



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ECZACILIK FAKÜLTELERİNE YÖNELİK İLETİŞİM
BECERİLERİ EĞİTİM PROGRAMI GELİŞTİRME
ÇALIŞMASI: ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ECZACILIK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ İLE
SİMÜLASYON UYGULAMASI**

Gizem GÜLPINAR

**ECZACILIK İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY**

**ANKARA
2018**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ECZACILIK FAKÜLTELERİNE YÖNELİK İLETİŞİM
BECERİLERİ EĞİTİM PROGRAMI GELİŞTİRME
ÇALIŞMASI: ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ECZACILIK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ İLE
SİMÜLASYON UYGULAMASI**

Gizem GÜLPINAR

**ECZACILIK İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY

ANKARA

2018

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Müdürlüğü'ne,

Doktora Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Eczacılık Fakültelerine Yönelik İletişim Becerileri Eğitim Programı Geliştirme Çalışması: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencileri ile Simülasyon Uygulaması” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususun doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

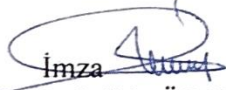
İmza:

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalında
Gizem GÜLPINAR tarafından hazırlanan
“Eczacılık Fakültelerine Yönelik İletişim Becerileri Eğitim Programı Geliştirme
Çalışması: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencileri ile Simülasyon
Uygulaması” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından
DOKTORA TEZİ olarak OY BİRLİĞİ / ~~OY~~
~~ÇOKLUĞU~~ ile kabul/~~ret~~ edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/03/2018



İmza
Prof. Dr. Sevgi ŞAR
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı



İmza
Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY
Ankara Üniversitesi
Üye



İmza
Prof. Dr. Selen YEĞENOĞLU
Hacettepe Üniversitesi
Üye



İmza
Prof. Dr. R. Tamay BAŞAĞAÇ GÜL
Ankara Üniversitesi
Üye



İmza
Yrd. Doç Dr. Bilge SÖZEN ŞAHNE
Hacettepe Üniversitesi
Raportör

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza
Unvanı Adı ve Soyadı
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve kısaltmalar	x
Şekiller	xi
Çizelgeler	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. İletişim Nedir?	1
1.1.1. Sağlık İletişimi Kavramı	2
1.1.2. Eczacı Hasta İletişimi ve Hasta Odaklı Danışmanlık	8
1.1.3. Danışmanlık Modelleri	13
1.1.3.1 Modellerin Karşılaştırılması	14
1.1.3.2. Calgary Cambridge Danışmanlık Modeli	17
1.2. Eczacılıkta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitimi	20
1.2.1. Eczacılıkta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitiminde Kullanılan Yöntem ve Teknikler	25
1.2.2. Eczacılıkta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitiminde Kullanılan Ölçme Değerlendirme Yöntemleri	28
1.3. Simülasyon nedir?	30
1.3.1. Eczacılık Eğitiminde Simülasyon Kullanımı	33
1.3.2. Simüle ve Standardize Hasta Kavramları	34
1.3.3 Standardize Hasta Kullanımının Avantaj ve Dezavantajları	37
1.4. Program Geliştirmede Temel Kavramlar	40
1.4.1. Eğitim Programı	40
1.4.2. Öğretim Programı	41
1.4.3. Ders Programı	42
1.4.4. Örtük Müfredat	42
1.4.5. Program Geliştirme	43

1.5.	Program Geliştirmenin Ögeleri	43
1.5.1.	İhtiyaç Belirleme	44
1.5.2.	Hedef Belirleme	45
1.5.3.	İçerik Belirleme	51
1.5.3.1.	İçerik Seçimi	51
1.5.3.2.	İçeriğın Düzenlenmesi	52
1.5.4.	Eğitim Durumlarının Düzenlenmesi	53
1.5.4.1.	Öğrenme Yaşantıları	53
1.5.4.2.	Öğretme Yaşantıları	54
1.5.5.	Öğretme Stratejileri	55
1.5.6.	Öğretme Yöntemleri	56
1.5.7.	Öğretme Teknikleri	58
1.5.8.	Program Değerlendirme	59
1.5.8.1.	Program Değerlendirme Yaklaşımları	61
1.6.	Araştırmanın Amacı	63
1.7.	Araştırmanın Kuramsal Çerçevesi	63
1.8.	Araştırmanın Önkoşulları ve Kısıtları	71
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	76
2.1.	Eczacılık Fakültelerine Yönelik Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programının Geliştirilmesi	78
2.2.	Dereceli Puanlama Anahtarı (Rubrik) Hakkında (Hasta Odaklı İletişim Değerlendirme Formu- HOİDF)	84
2.2.1.	Dereceli Puanlama Anahtarı (Rubrik) için Yöntem	85
2.2.2.	Puanlama Anahtarı Kullanılarak Yapılan Ön Çalışma ile İlgili Bulgular	94
2.2.3.	Dereceli Puanlama Anahtarı Kullanılarak Yapılan Ön Çalışmaya İlişkin Tartışma	104
2.2.4.	Dereceli Puanlama Anahtarı Kullanılarak Yapılan Ön Çalışmaya İlişkin Sonuç	106
2.3.	Araştırma Süreci	107
2.3.1.	Uygulama Öncesi Hazırlık Süreci	108
2.3.2.	Uygulama Süreci	113
3.	BULGULAR	119

3.1.	Dereceli Puanlama Anahtarından Elde Edilen Bulgular	119
3.2.	Öğrencilere Verilen Geri Bildirim Formundan Elde Edilen Nitel Veriler ve Araştırma Güncesinden Elde Edilen Bulgular	123
4.	TARTIŞMA	129
4.1.	Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi	130
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	150
	ÖZET	158
	SUMMARY	159
	KAYNAKLAR	160
	EKLER	174
Ek-1		174
Ek-2		175
Ek-3		177
Ek-4		179
Ek-5		180
Ek-6		181
Ek-7		192
Ek-8		205
Ek-9		206
Ek-10		209
Ek-11		213
	ÖZGEÇMİŞ	216

ÖNSÖZ

Bu tez çalışması sonucunda iki temel hedefe ulaşmayı amaçladım. Bunlardan ilki, eczacılık mesleğinin işleyişindeki değişimle beraber gündeme gelen hasta odaklı anlayış doğrultusunda eczacının verdiği hizmetin kaliteli hale gelmesinde büyük bir paya sahip iletişim ve danışmanlık becerileri hakkında toparlayıcı bir bilgi sunmaktır. Buna ilave olarak, özellikle Batı ülkelerinde yerleşmiş bir kavram olarak karşımıza çıkan “eczacı danışmanlık becerileri”nin iletişim olgusu içindeki yerini açıklayarak, danışmanlık becerilerinin eczacılık hizmeti için önemini ortaya koymayı da amaçlamıştım. İkinci hedefim, eczacılık fakültesi öğrencilerine iletişim ve danışmanlık becerilerini kazandıracak yapılandırılmış ve diğer eczacılık fakültelerinde uygulamaya elverişli bir eğitim programı tasarlamak ve uygulamaktır. Böylelikle kendi ilgi ve merakım olan “iletişim” konusunu eczacılık mesleği ile bir araya getirmiş olacaktım. Bütün bu süreçte sadece tezin gerektirdiği uzmanlık bilgisi anlamında değil ileride devam etmek istediğim akademik yaşantımda bana yol gösterecek, belki de bir daha çok zor edinebileceğim pek çok deneyimi kazanmış oldum ve bu süreçten çok keyif aldım.

Tez konusunun araştırılmasından tez çalışmasının tamamlanmasına kadar geçen zorlu süreçte bazı kişi ve kuruluşların yardım ve destekleri olmasaydı bu tezin tamamlanması mümkün olmayabilirdi. Desteğini ve yol göstericiliğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, yüksek lisans ve doktora öğrenciliğim süresince yardımcı olan ve iş hayatımda ilerlerken bana her zaman güvenen tez danışmanım Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi (AÜEF) Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı öğretim üyesi değerli hocam Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY’a teşekkür ederim. Hem meslek hayatı ile ilgili hem de yaşama dair kendisinden çok şey öğrendim. Bütün bir dönem boyunca “Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İletişim Becerileri” eğitimlerine katılmamı ve gözlemlememi sağladığı, kendi deneyimlerini benimle büyük bir özveriyle paylaştığı ve Standardize Hastalarla uygulama aşamasında paha biçilmez katkılar sunduğu için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı öğretim üyesi Yard. Doç. Dr. İpek GÖNÜLLÜ’ye teşekkürü bir borç bilirim. Aynı

zamanda Standardize Hastaların organize edilmesinde ve eğitimlerinde yol göstericiliği ve emeğini esirgemeyen AÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı'nda Yetişkin Eğitimi Uzmanı Şengül ERDEN'e teşekkür etmek istiyorum. Öncelikle insanlığından çok etkilendiğim, tezimin içinden çıkılmaz gibi gözüken zor zamanlarında tüm sakinliğiyle beni yatıştıran, bana inanan ve tez çalışmamda “temel iletişim becerileri” konusunda beni eğiten Uzm. Psikolog Sema YÜCE'ye sonsuz teşekkür ederim. Biliyorum ki engin deneyim ve bilgisinden yararlanmak için ne zaman kapısını çalsam bana yine elinden geldiğince yardımcı olacaktır. Tez verilerimin istatistiksel değerlendirilmesi sırasında benimle yoğun bir şekilde çalışan, titizlik gösterdiğim zamanlarda bana katlanarak gerektiğinde yeni metotları öğrenip, deneyen, araştırmacı yönü ile hep takdir ettiğim İstatistikçi Mehmet Uğur PEKER'e teşekkürü bir borç bilirim. Tez çalışması vasıtasıyla tanıştığım ve cana yakınlığıyla kendisine hayran bırakan, Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü öğretim üyesi değerli hocam Doç. Dr. Neşe GÜLER'e istatistiksel değerlendirme sürecinde engin akademik bilgisinden yararlanmamı sağladığı, aynı zamanda hayata dair ettiğimiz sohbetlerde deneyim ve tecrübelerini benimle içtenlikle paylaştığı için teşekkür ederim. Tez çalışması kapsamında dereceli puanlama anahtarının geliştirilmesi için tasarlanan ön çalışmada öğrencilerin gözlemlenmesi sürecinde puanlayıcı olmayı kabul ederek tez çalışması için hayati değerde olan yardımını esirgemeyen Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Işıl İrem BUDAKOĞLU'na teşekkür ederim. Tez çalışmasında faydalandığım bazı materyalleri temin etmemi sağlayan, doktora eğitimim boyunca araştırma ve bilim adına bana pek çok şey öğreten Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Yasemin YALIM'a teşekkür ederim. Eğitim süresince tam bir gönüllülük ve isteklilikle bir şeyler öğrenme arzusu taşıyan “İletişimci Gençlik” grubuna yani; tez çalışmasının tüm katılımcı öğrencilerine yürekten teşekkür etmek istiyorum. Bu süreçte kendilerinden çok şey öğrendiğimi belirtmek isterim. Çalışmanın en önemli kısımlarından biri olan laboratuvar uygulamaları sırasında tüm titizliğime anlayış göstererek, kendilerinden istenileni yapmaya uğraşan, gerek eğitimlerde gerekse pratik uygulamalarda büyük bir özveri ile çalışan tüm Standardize Hastalara teşekkür etmek isterim. Aynı zamanda AÜTF Mesleksel Beceri ve İletişim Laboratuvarında çalışan

tüm memurlara bana olan yardımları için teşekkür ediyorum. Tez çalışmasının maddi olarak desteklenmesini sağlayarak gerekli tüm giderleri karşılayan Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinatörlüğü'ne teşekkür ederim. AÜEF Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Sevgi ŞAR'a iş hayatım boyunca gösterdiği anlayış ve her alanda öğrettikleri için teşekkürü bir borç bilirim. İş arkadaşlarım Dr. Ecz. Miray ARSLAN, Uzm. Ecz. Nilay TARHAN ve Ecz. Yağmur KILIÇDAĞI'na gösterdikleri yakınlık ve arkadaşlıkları için teşekkür ederim. Tez çalışması boyunca zora düştüğüm her konuda benden yardımını esirgemeyen, aynı zamanda yaşama dair pek çok konuda bakış açımı, yaklaşımıyı değiştiren, beni geliştiren takım arkadaşım, dostum Ecz. Mehmet Barlas UZUN'a sonsuz teşekkür ederim. Bu sürecin en zor zamanlarında, yorgunluktan sinirlerimin bozulduğu anlarda kendimi güvenli limanlarında bulduğum sevgili aileme çok teşekkür ediyorum. Koşulsuzca beni seven ve bana güvenen sevgili annem Belma AYKAÇ'a, hayatım boyunca benim için hep en iyisini isteyen babam Nezir AYKAÇ'a ve sırdaşım, biricik kardeşim İrem AYKAÇ'a sonsuz teşekkür ederim. Birlikte olduğumuz tüm zamanlarda sevgisi, anlayışı, desteği ve hoşgörüsü ile hayatıma huzur veren; gerek iş yaşamımda, gerek sosyal hayatımda kendimi geliştirmem konusunda beni hep teşvik eden biricik eşim Ali Rifat GÜLPINAR'a teşekkür ederim. Sen olmasan bu tezi tamamlayamayabilirdim. Son olarak, tez çalışmasının yoğun ve sıkıntılı yazım aşamasında ona kavuşma düşüncesi ile tarifsiz bir heyecan duyarak mutlu olduğum, miniğim, canım kızım Oya GÜLPINAR, iyi ki doğdun, dünyanın en güzel duygusu olan “anneliği” bana tattırdığın için teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ACPE	Accreditation Council for Pharmacy Education
EczÇEP	Ulusal Eczacılık Çekirdek Eğitim Programı
SH	Standardize Hasta
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TEB	Türk Eczacıları Birliği
CPPE	Center for Postgraduate Pharmacy Education
HOİDF	Hasta Odaklı İletişim Değerlendirme Formu
PaCT	Patient Centered Communication Tools for Pharmacists
G	Genellenebilirlik
K Çalışması	Karar Çalışması

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Modellerin özellikleri (Mehay ve ark., 2012).....	17
Şekil 1.2. Calgary Cambridge modeli şematik gösterimi (Silverman ve ark., 2005).18	
Şekil 1.3. Eğitimde program geliştirme süreci (Demirel, 2014).....	45
Şekil 2.1. HOİDF'nin güvenilirlik çalışması için deney tasarımı.....	87
Şekil 2.2. Verilerin değişkenlik kaynakları (Güler ve ark., 2012).	88
Şekil 2.3. b x m x g deseni için veri yapısı örneği.	88
Şekil 2.4. Gözlemcilerin puanlamalarındaki değişkenlik kaynaklarının büyüklüklerine ilişkin venn diyagramları.	103
Şekil 3.1. Cohen's d etki büyüklüğü formülü.	121

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Hedeflerin aşamalı sınıflaması.	47
Çizelge 1.2. Türkiye’deki Eczacılık Fakültelerinde “iletişim” ile ilgili verilen derslere ait bilgiler.....	67
Çizelge 2.1. Araştırma modeli.	76
Çizelge 2.2. “Eczacı-Hasta İletişimi ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı” haftalık plan.....	78
Çizelge 2.3. Gözlemcilerin demografik özellikleri.....	90
Çizelge 2.4. b x m x g deseninde G çalışmasına ait varyans bileşenleri ve toplam varyansı açıklama oranları.	94
Çizelge 2.5. Eczacı gözlemciler esas alınarak yapılan G çalışmasına ait varyans bileşenleri ve toplam varyansı açıklama oranları.....	97
Çizelge 2.6. Hekim gözlemciler esas alınarak yapılan G çalışmasına ait varyans bileşenleri ve toplam varyansı açıklama oranları.....	100
Çizelge 2.7. K çalışması ile gözlemci sayılarının değiştirilmesi sonucu elde edilen senaryolara göre G ve Phi kat sayıları.....	103
Çizelge 3.1. Ön test-son test puanlarına ilişkin betimsel istatistikler.	119
Çizelge 3.2. Ön test ve son test puanlarına ait Shapiro-Wilk Testi değerleri.	120
Çizelge 3.3. Öğrencilerin puanlama anahtarından aldıkları son test-ön test puanları arasındaki farkı belirten eşleştirilmiş örneklem t-testi sonuçları.	121

1. GİRİŞ

1.1. İletişim Nedir?

İletişim, zihinlerde o ya da bu şekilde canlanan, yer bulan ve literatürde neredeyse sınırsız sayıda tanımı yapılmış olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. İletişim olgusunun bir yönüne açıklık getiren bu birçok tanımın hiçbiri yanlış olmamakla birlikte tam ve eksiksiz de değildir. Zıllıoğlu ve arkadaşlarının aktardığına göre; iletişim kavramı için bazı tanımlara aşağıda yer verilmiştir (Zıllıoğlu ve ark., 2007):

- “İletişim bilginin, fikirlerin, duyguların, becerilerin vb.nin simgeler kullanılarak iletilmesidir.”
- “İletişim mesajlar aracılığıyla gerçekleştirilen toplumsal etkileşimdir.”
- “İletişim katılanların bilgi yaratıp, karşılıklı bir anlamaya ulaşmak amacıyla bu bilgiyi birbiriyle paylaştıkları bir süreçtir.”
- “İletişim, insanların kolektif olarak toplumsal gerçekliği yaratıp düzenledikleri süreçtir.”

Yukarıda yer verilen ve buraya koyulmayan pek çok tanım irdelendiğinde, ortak noktanın; bir etkileşim ve paylaşma üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir.

Latince'deki “*communis*” sözcüğünden türetilen İngilizce karşılığı “*communication*” olan iletişim, ortaklığı, toplumsallaşmış olmayı ve birlikteliği anlatmaktadır. İnsanlar toplumsallaşabilmek için, yani başkalarıyla bir arada olabilmek, onları anlayabilmek ve kendini anlatabilmek için iletişim kurar (Gürgen, 1997).

İletişim kavramının kapsamını daha iyi anlatabilmek için farklı bir örnek vermenin uygun olduğu düşünülmektedir. Dökmen (1999)'e göre Hilde, iletişimi; bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma süreci olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre, iki

insanın konuşmasını da, arıların bal bulunan yeri birbirilerine bildirmesini de iletişim olarak kabul etmiştir. İletişimin gerçekleşebilmesi için iki sistemin varlığı ön koşuldur. Bu sistemlere örnek; iki insan, iki hayvan, iki makine ya da bir insan ile bir hayvan, bir insan ile bir makine (örneğin bir bilgisayar) şeklinde verilebilir. İletişimde bahsedilen bu sistemler arasında bilgi alışverişi söz konusudur. Alışveriş sözcüğü burada bilginin iki yönlü akışını ifade etmektedir. Bilginin tek yönlü akışı ise iletişim kavramı içine girmemektedir (Dökmen, 1999).

Bu çalışmada, iletişim denildiği zaman, kişilerarası iletişim olgusunun anlaşılması gerekmektedir. İletişimin diğer çeşitleri olan; kitle iletişimi, örgüt içi iletişim, kişi içi iletişim vb. iki insan dışındaki sistemler arasındaki bilgi alışverişini içeren iletişim türleri kapsam dışı tutulmuştur. Nitekim bu çalışmanın asıl konusu olan “eczacılıkta iletişim” kavramı, kişilerarası iletişim boyutunda incelenmiş olup, çalışmanın tüm kurgusu bu temel üzerine oturtulmuştur. Bundan sonra bahsedilecek olan “iletişim” kavramı ile iki insan arasında gerçekleşen bir sürecin anlaşılması gerekmektedir.

1.1.1. Sağlık İletişimi Kavramı

Artan bir öneme sahip olan sağlık iletişimi [health communication] kavramı, Amerika Birleşik Devletleri’nin Sağlıklı İnsanlar 2010 [*Healthy People 2010*] başlıklı hedef raporunun ilgili bölümünde aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır (Parrott, 2004):

“Önemli sağlık konuları ile ilgili bireylerin, kurumların ve toplumların bilgilendirilmesi, etkilenebilmesi ve motive edilmesi ile ilgili bir teknik ve sanattır. Sağlıkta iletişimin kapsamı; hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki, sağlık politikası ve sağlık hizmetlerinin yanı sıra toplum içindeki bireylerin yaşam kalitesinin ve sağlığının geliştirilmesini içerir.”

Sağlık iletişimi denildiğinde, sağlıkla ilgili bilgilerin gerek kamusal sağlık politikaları, gerekse de sağlık çalışanları vasıtasıyla belirli amaçlar doğrultusunda iletimi söz konusudur. Tabak (2003)’a göre, sağlık iletişimi, bireyler arasındaki

sağlıkla ilgili etkileşim ve işlemlere, iletişim kavram ve kuramlarının uygulanmasıdır. Bu doğrultuda sağlık iletişiminin kapsam ve işlevini, sağlık hizmetlerinin tanınması, doğru sağlık bilgilerinin iletilmesi, sağlıkla ilgili tutumların değişmesi ve sağlıklı yaşamak için gerekli davranışların geliştirilmesi şeklinde belirlemek mümkündür. Etkili iletişimin, etkili sağlık hizmetleri ve çıktıları yaratmada önemli rolünün olduğu kabul edilmektedir (Berry, 2007).

Her ne kadar belirtilen hedeflere ulaşabilmek için, toplumsal ve kurumsal anlamda planlı ve amaçlı bir şekilde iletişimin uygulanması gerekiyor olsa da, bu çalışma için sağlıkta iletişim kavramının kişilerarası boyutu ön plandadır. Bu doğrultuda, sağlık iletişimi konulu uluslararası bir konferansta, iletişim uygulamaları ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkiyi konu eden “Toronto Fikir Birliği Beyanı”nı [*Toronto Consensus Statement*] vurgulamak gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Beyanda aşağıda belirtilen sekiz ana madde yer almaktadır (Simpson ve ark., 1991):

1. Tıbbi uygulamalarda meydana gelen iletişim sorunları ortak ve hayatidir.
2. Hastanın yaşadığı anksiyete¹ ve tatminsizlik duygusu, bilgi, açıklama ve geri bildirim eksikliği ile alakalıdır.
3. Hekimler sıklıkla hastanın ihtiyaç duyduğu bilginin miktarı ve türünü yanlış algırlar.
4. Klinik iletişimin kalitesinin iyileştirilmesi, pozitif yönde sağlık çıktıları elde etmek ile ilişkilidir.
5. Çözümlemeyecek olsa dahi, hastanın endişelerini anlama ve tanımlama, anksiyetede gerileme ile sonuçlanır.
6. Hastanın görüşmeye daha fazla katılımı tatmin duygusunu, uyuncunu² ve tedavi çıktıları geliştirir.
7. Ciddi hastalığı olan hastalarda psikolojik sıkıntı düzeyi, yeterli bilgi almış olduklarını hissettiklerinde daha az olur.

¹ Anksiyete: (İng. Anxiety) Canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonöretik bozukluk.

² Uyuncu: (İng. Compliance, adherence) Uyumluluk, uyum.

8. Faydalı bir klinik iletişim kurma, gereksiz yere uzatılmaması ve hekimin ilgili teknikleri öğrenmesi şartıyla klinik uygulamada rutin olarak mümkündür ve normal klinik görüşmeler sırasında başarılabilir.

Görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının hasta ile kurduğu etkili iletişim sayesinde, hem kendileri, hem hastalar, hem de üçüncü kişiler için daha pozitif çıktılar elde edilmektedir (Simpson ve ark., 1991).

Elde edilen çıktıları daha somut olarak ortaya koyabilmek için, öncelikle hekim hasta iletişimine değinmenin iyi bir başlangıç olabileceği düşünülmüştür. Yapılan bir araştırmada hem hastaların hem de hekimlerin “iyi hekim” denildiğinde zihinlerinde canlananlar sorgulanmıştır. Buna göre hekimler için bu kavram “teşhis kabiliyeti” iken, hastalar için, “dinlemek” iyi hekimliğin bir göstergesi olarak ortaya çıkmıştır. Araştırmada “dinlemek”, hekimlerin önem sırasında sonlarda yer almıştır (Berry, 2007). Berry (2007)’nin aktardığına göre yapılan diğer bir çalışmada, hasta için iyi hekim kararını vermede üç faktörün etkili olduğu bulunmuştur. Bunlar, hekimin hastayla etkili iletişim kurması ve önemsemesi; tıbbi prosedürleri açık ve anlaşılır bir dil ile açıklaması; son olarak da, hastayı dinlemesi ve ona soru sorma imkânı vermesidir. Hekimler tarafından belirtilenler ise, deneyim ve iyi bir fakülteden mezun olup olmadığı şeklinde olmuştur.

Hekimlerin, hekim veya hastalık odaklı bir eğitimden geçmemiş olmalarından dolayı hastanın değerlerini, korku ve kaygılarını yeteri kadar önemsemediklerinden, ve bu bakış açısını da hasta görüşmelerine yansıtamadıklarından bahsedilmektedir (Fallowfield ve ark., 2002). Buna karşın hekimlerin amaçlarına ulaşabilmeleri için hastalarla iletişim kurmak zorunda oldukları tartışmasız bir gerçektir. Ong ve arkadaşları (1995), hekim-hasta ilişkisinin üç temel hedefi olduğuna değinmiştir. Bunlar; etkili bir kişilerarası ilişki yaratmak, bilgi akışını sağlamak, tıbbi karar vermektir.

Etkili bir kişilerarası ilişki yaratmak: Etkili bir iletişimin, optimal tıbbi bakım için bir ön koşul olduğu belirtilmektedir. Başarılı bir hekim hasta iletişiminin sonucu

hasta memnuniyeti, tatmini, hastanın bilgilenmesi ve dolayısıyla uyuncunda artış gibi çıktılar elde edildiği belirtilmektedir (Berry, 2007). Semptomlarda iyileşme, kan basıncında ve kan şekerinde düşme, acı ve ağrıda azalma gibi çıktılar elde edilmektedir (Stewart, 1995).

Bilgi akışını sağlamak: Hekim, hastadan yeterli veriyi alarak doğru tedavi planını oluşturmalıdır. Diğer perspektiften bakıldığında ise hasta, durumunu bilmek, anlamak ve anlaşılmak istemektedir. Her iki tarafın da ihtiyacını karşılamak ancak bu bilgi akışını sağlamak ile mümkün olur. Hekimlerin görüşmeler esnasında hastadan nasıl bilgi topladıklarına dair yapılan bir çalışma, hekimlerin neredeyse 18. saniyeden sonra hastanın sadece sorununun ne olduğunu öğrenip, görüşmenin kontrolünü ele almaya meyilli olduklarını ve kapalı uçlu soru sormaya erken başladıklarını gösterir nitelikte sonuçlar vermiştir (Beckman ve Frankel, 1984). Aynı zamanda hastanın görüşmeye olan katkısı, yani verdiği bilgi miktarı da hekimin tutumu ile değişkenlik göstermektedir. Hekim daha hasta odaklı bir yaklaşım sergilemesi ve hasta ile ortaklık kurması sonucu hastalar daha rahat soru sorabilmekte, daha özgürce fikirlerini ifade edebilmekte ve daha çok bilgi paylaşımında bulunma cesareti göstermektedirler (Berry, 2007). Hastanın bilgi talebi açısından bakıldığında ise hastaların genel olarak hastalıkları veya durumları ile ilgili bilgi almaktan hoşnut oldukları söylenebilir. Ameliyat olan hastalara verilen bilgiler ile ilgili yapılan bir çalışmada, hastaların neredeyse %30'undan fazlasının ameliyatları ile ilgili bir şey bilmedikleri gösterilmiştir. Hastalar, ameliyatın süresi, ağrı veya acı çekip çekmeyeceği, normal yaşantısına ne zaman dönebileceği gibi önemli konularda bilgilendirilmemektedirler (Williams, 1993).

Tıbbi karar vermek: Geleneksel hekim hasta ilişkisinde paternalistik³ yaklaşım ön planda tutulmuştur. Yaklaşık son otuz yıldır, hasta perspektifinin öncelenmesi, daha hasta odaklı ve ortak karar vermeye dayalı ilişkilerin kurulması gündeme gelmiştir (Berry, 2007; Ong ve ark., 1995).

³ Paternalistik tutum: Hasta hakkındaki kararlarda hekimin baba-çocuk ilişkisinde olduğuna benzer biçimde baskın davranması durumudur.

Coulter (1999)'a göre hastalar da birer uzmandır. Hekimler hastalığın nedenleri, korunma yolları, teşhisi ve tedavi seçenekleri konusunda her ne kadar bilgi sahibi iseler de, hastalar da kendi durumları, yaşadıkları hastalık konusunda en bilgili olan taraftır. Bir nevi kendinin uzmanıdır. Alışkanlıklar, korku ve endişeler, bakış açısı, tercihler hastadan hastaya değişir ve hekimin uzman olduğu hastalık, teşhis ve tedavi boyutunu etkiler. Bu sebeple ortak karar vermek, bilginin çift yönlü akışını sağlar. Böylelikle her iki taraf da süreçte sorumluluk alır.

Hekim hasta ilişkisinin ardından, diğer sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakını iletişiminin önemini vurgulamak farklı bir bakış açısı ortaya koyacaktır. Hekim hasta ilişkisinin, diğer sağlık çalışanları ile hastanın ilişkisinden pek çok nedenden ötürü daha farklı olduğu belirtilmektedir. Bu farklılığın temel nedeni olarak; ilgi alanı ve becerilerin farklı olması ileri sürülmüştür. Hekimler anatomi, fizyoloji vb. mesleki dersler konusunda daha yoğun bir eğitime tabi tutulurlarken, semptomlar, teşhis gibi konulara daha çok hassasiyet göstermektedirler. Oysa hemşireler, hastalığın hastada ve yakınında yarattığı etkiyi gözlemlene olanağını daha sıklıkla bulmakta, aynı zamanda “hasta bakımı” ile uğraşarak iletişim gibi farklı becerileri de geliştirmektedirler (Berry, 2007).

Hemşirelerin empati becerisinin gelişkin olduğunun saptandığı araştırmalar mevcut olmakla birlikte (Drury ve ark., 1988; McCabe, 2004; Salisbury ve Tettercell, 1988), iletişim becerilerini ve hasta odaklı bakım tutumunu geliştirmeleri gerektiğinin ortaya koyulduğu çalışmalar da mevcuttur (Luker ve ark., 1998; Menzies, 1960). Sağlık çalışanlarının kurdukları iletişim, ilişki kurduğu tarafın hasta olması ve savunmasız bir pozisyonda olmasından ötürü çok daha dikkat edilerek yürütülmesi gereken bir süreçtir. Çünkü ilişkideki taraflar birbiri ile eşit pozisyonda değildir. Her ne kadar ilişkilerinde hastanın kararlarının önemsenmesinin ve ortak karar vermenin öneminin büyük ölçüde anlaşıldığı bir zemin kurulmuş olsa da, sağlık çalışanı yine de sağlık veren taraf olduğu için yüceltmeye meyillidir (CPPE, 2014). Bu sebeple hasta, kendi adına karar verici konumunu kendi isteğiyle sağlık çalışanına bırakmadığı sürece, yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı, ilişkinin doğası gereği ilişkideki otorite

dengeinin sağlık çalışanından yana olduğunun bilincinde olarak, sağlık çalışanın hastayı anlama ve önemseme sorumluluğunun olduğu kesin olarak belirtilmelidir.

Sağlık alışanlarının birbirleri ile eş güdüm içinde ve takım şeklinde çalışması, hasta bakımı açısından önemli getiriler sağlamaktadır. Nitekim mesleklerarası birliğin tam olarak gerçekleştirilemediği de belirtilmektedir (Berry, 2007). Bunun için de farklı sebepler ortaya sürülmüştür. Bunlardan bazıları; kişisel değer ve beklentiler, hiyerarşı, kültürel ve etnik farklılıklar, cinsiyet, profesyonel rutinin farklılığı, gelir farklılığı ve rekabet şeklinde sıralanabilir (Manojlovich, 2010; O’Daniel ve Rosenstein, 2008). Ancak eğitim sırasında sağlık çalışanlarının bir araya gelmesinin, birbirlerini ve beklentilerini anlamak, rollerini kavramak açısından faydalı olduğu grlmştr (Keller ve ark., 2013).

Son olarak, empati ve güven, iyi ilişkiler inşa etmek için önem teşkil etmektedir. Empati uzun yıllar boyunca üzerinde tartışmaların yürütüldüğü bir kavramdır. Rogers (1975) empatinin bir beceriden ziyade bir süreç olduğunu ileri sürmüştür. Karşıdaki duygularını işelleştirmeden, kendin olduğunun bilincinde olarak karşıdaki gibi hissedebilmek, karmaşık ve zahmetli bir varoluş biçimidir. Empatinin en önemli göstergelerinden biri hasta duygularını anlamak ve yansıtmaktır (etkin dinleme). Empati alışma ve pratik ile öğrenilebilir (Rogers, 1975). Bir beceriden çok daha karmaşık süreçleri içinde barındıran empatinin ğretilbilmesi de kolay değildir. Bir varoluş biçimi olarak dşnlen ve gözlemlenmesi güç olan empati olgusunun işelleştirilmesi için çaba sarf etmek, başlı başına kapsamlı bir çalışma tasarımı gerektirmektedir. Bu konuda eczacılık öğrencileri ile yapılan girişimsel çalışmalar da mevcuttur (Chen ve ark., 2008; Kerr ve ark., 2015). Larson ve Yao (2005) empatiyi, yüzeysel ve derinlemesine hareketlerden oluşan “duygusal işgücü, emek” [emotional labor] olarak tanımlamaktadır. Yüzeysel hareketler; gerçekten hissedilmese de duyguların gösterilmesi ve davranışa dökülmesi olarak tanımlanmış olup, derinlemesine hareketler ise; bireylerin duruma ilişkin algılarını ya da duygusal odağını içten gelerek değiştirmeye çalışmasıdır. O halde kişinin yalnızca “yüzeysel hareketleri”ne bakarak karşıdaki ile empati kurduğunu söylemek doğru değildir. Güven ise yargılamadan kabullenme sonucu oluşur. Güven olmadan, en etkili iletişim

de gerçekleştirilmiş olsa arzu edilen etkileri elde etmek zorlaşmaktadır. Pek çok hasta ve hasta yakının örselenebilir konumda olduğu düşünüldüğünde güven duygusu ihtiyacının ön plana çıktığını vurgulamak gerekir. Destekleyici iletişim davranışı sergileyen sağlık çalışanlarına karşı güven duygusunun daha çabuk geliştiği ifade edilmektedir. Nitekim sağlık çalışanlarının, hastanın kendilerine sadece mevki ve statüleri dolayısıyla güven duyacaklarını zannetmeleri de doğru bulunmamaktadır. Güven duygusu yaratabilmenin en önemli koşulunun; hastayı ve onun ihtiyaçlarını anlayarak, ona uygun davranmaktan geçtiği belirtilmektedir. Unutulmamalıdır ki güven kazanmak yıllar, kaybetmek ise dakikalar içinde olabilmektedir (Berry, 2007). Bu doğrultuda, sağlık çalışanları için güven yaratıcı iletişim davranışı gösterilmesinin, sağlık çıktılarının iyileştirilmesi açısından gerekli olduğu söylenebilir.

İlerideki bölümde (Bknz. Bölüm 1.3) daha detaylı açıklanacak olan simülasyon tekniği, empatinin yüzeysel boyutunu ölçebilmeye olanak tanımaktadır. (Teherani ve ark., 2008). Dolayısıyla bu çalışma kapsamında empatinin yüzeysel hareketleri olarak ortaya konulan, “*hastanın duygularını anlama*” ve “*uygun yanıtlar verme*” becerisinin geliştirilmesi üzerinde durulmuştur. Bu açıklamaların yol göstericiliğinde “empati” kavramı ile ilgili yapılan her açıklamada, zihinlerde bu iki kavramın şekillenmesi gerektiğini burada vurgulamak yerinde olacaktır.

1.1.2. Eczacı Hasta İletişimi ve Hasta Odaklı Danışmanlık

Eski Yunan’dan bu yana ilaç yapımında görev alan eczacılar, ilaç sanayii ve teknolojiideki gelişmeler ile beraber ilaç yapımı işini ilaç firmalarına devretmişlerdir. Bugün ise serbest eczacıların elinde sadece ilaç dağıtıcısı rolü kalmıştır. İlaç dağıtıcısı olan eczacının sağlık sistemine olan katkısından başlayarak, eczacılık mesleğinin işleyişi ile ilgili son yıllarda pek çok tartışma gündeme gelmiştir. Eczacılar, ilaç yapmıyorsa, ilaçlar başka yerlerden (örneğin; süpermarketler, internet vb.) eczacı olma zorunluluğu olmayanlar vasıtasıyla (örneğin; sağlık teknikerleri, bilgisayarlı otomatize sistemler vb.) satılabiliriyorsa eczacılığın geleceğini belirleyecek bazı soruları sormak gerekli hale gelmiştir (Wiedenmayer ve ark., 2006):

- Hala eczacılara ihtiyacımız var mı?
- Eczacılık hizmetlerinin değeri nedir?

Hekimin ilacı reçete etmesi ve eczacının da ilacı sunması şeklinde tanımlanan geleneksel yaklaşım; güvenli, etkili ve uyuncu yüksek bir ilaç tedavisi sağlamak için ne yazık ki uygun ve yeterli değildir. İlaç kaynaklı hatalar, yüksek maliyetlidir ve hastaneye yatış, hekime başvurma, laboratuvar testleri ve iyileştirici tedaviler ile sonuçlanmaktadır. Uluslararası Eczacılık Birliği- FIP (International Pharmaceutical Federation) 1999 yılında “Profesyonel Standartlar Bildirgesi –Reçeteli İlaçlar ile İlişkili İlaç Hataları” başlıklı bir bildirme yayınlamıştır. Bu bildirmede ilaç hatalarının tanımı, ciddiyeti ile ilgili bir sınıflandırma yapılmış, aynı zamanda ilaç üretimi, ambalajlanması ve etiketlenmesi, dağıtımı ve kullanımı ile ilgili sağlık çalışanlarına çeşitli öneriler sunulmuştur (FIP, 1999). Bu noktada, eczacılar aldıkları mesleki eğitim dolayısıyla ilaç tedavisi yönetiminde, sorumluluk alabilecek sağlık çalışanları olarak görülmektedir (Wiedenmayer ve ark., 2006).

Eczacılar; halkın ilaçlarını güvenli, etkili ve akılcı kullanımını sağlamak üzere eğitilmiş sağlık çalışanlarıdır (Anderson, 2002). Eczacıların rolleri; eskiden sadece ilaç dağıtımı yapmak ile sınırlı iken, şimdi hasta bakımı yapan, karar veren, iletişim kuran, yönetici, yaşam boyu öğrenen, eğitici ve araştırmacı şeklinde yeniden tanımlanmıştır (Wiedenmayer ve ark., 2006). Eczacılık hizmetleri ise değişen paradigma ile genişleyen bu görevler çerçevesinde şekillenmektedir (Anderson, 2002; Clark ve Mount, 2006; Hepler ve Strand, 1990; Taylor ve Harding, 1989).

Son yıllarda pek çok ülkede eczacılık hizmetlerinin odağı ilaçtan hastaya doğru kaymış ve hastanın farmasötik ihtiyaçları, “en iyi, kaliteli ve güvenilir şekilde ilaç yapma”nın önüne geçmiştir (Anderson, 2002). Öncelikle hekimlik uygulamalarında esas alınan “hasta odaklılık” yalnız eczacılıkta değil, diğer sağlık hizmetlerinde de önem verilen bir hizmet anlayışı olmuştur (Berwick, 2002; Davis ve ark., 2005; Robb ve Seddon, 2006).

Ne demektir hasta odaklılık? Mead ve Bower (2000)'ın aktardığına göre, McWhinney hasta odaklı yaklaşımı, “hekimin hastanın dünyasına girerek, hastanın hastalığını⁴ hasta gözünden görmesidir” şeklinde tarif etmiştir. Aynı zamanda hastaya bilgi vermek ve karar sürecine dâhil etmek de hasta odaklı yaklaşımda bahsedilen kavramlardır.

Mead ve Bower, hasta odaklı bakımın beş temel boyutunu aşağıdaki şekilde tarif etmiştir (Mead ve Bower, 2000):

1. Sağlık çalışanları, hastanın hastalık deneyimini etkileyen biyomedikal faktörlerin yanında sosyal ve psikolojik faktörleri de anlamak zorundadır.
2. Sağlık çalışanları hastayı “insan” olarak düşünmeli ve öyle değerlendirmelidir. Bu algılayış, hastanın hastalığı ile ilgili özgün deneyimlerini anlamayı beraberinde getirecektir.
3. Sağlık çalışanları, gücü ve sorumluluğu paylaşmalıdır. İdeal sağlık çalışanı-hasta ilişkisinde, daha eşitlikçi bir anlayış hâkimdir. Hastanın tedavi ile ilgili kararlarda söz sahibi olması ve hekim ile diyalog içine girmesi eşitlikçi anlayışın bir sonucudur.
4. Sağlık çalışanları ile hasta arasında terapötik anlaşma sağlanmalıdır. Hastanın tedavi planını veya girişimleri kabul etme durumunun irdelenmesi gerekmektedir. Hasta ve sağlık çalışanı için ortak kabul sağlanmalıdır. Ancak bu şekilde hasta, sağlık çalışanının kendisini önemseydiğini hissedebilir ve ona güven duyar.
5. Sağlık çalışanının da insan olduğunun unutulmaması gerekir. Hekimin teşhis ve tedavi sürecine yansıttığı sübjektivite hekim-hasta ilişkisine içkin olduğundan kabul edilebilir olarak değerlendirilebilir. Ancak böyle bir durum, hastada zorlayıcı bir etki yaratabilir ve onu saldırgan davranış göstermeye itebilir. Sağlık çalışanı ise davranışlarının hasta üzerindeki etkilerinin bilincinde olarak durumu kontrol edebilmelidir.

⁴ İngilizce'deki “illness” karşılığı olarak kullanılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin hasta odaklı hale gelmesi ile birlikte “farmasötik bakım” kavramı ortaya çıkmıştır (Anderson, 2002). Hepler ve Strand farmasötik bakımı “*eczacıların hastanın yaşam kalitesini arttıracak terapötik sonuçlara ulaşılmasında aldığı mesleki sorumluluktur*” şeklinde tanımlamıştır (Hepler ve Strand, 1990). Farmasötik bakım gereği sunulan hizmette ise iletişim becerileri önemli bir yere sahiptir (Beardsley ve ark., 2008; Hyvarinen ve ark., 2008; Planas ve Er, 2008).

Eczacının amacı; sadece ilacın dağıtımı ile sınırlı olmayıp, temelde hastanın ilaçlarını güvenli ve doğru kullanabilmesi için tedavisini anlamasını sağlamaktır. Hastanın denilene uyması⁵ için onu ikna etmektense, istendik tedavi çıktılarına ulaşabilmek için ona destek olmak ana prensiptir (Beardsley ve ark., 2008). Bu amaca ulaşabilmek için hastayla kurulan ilişki; hastanın ihtiyaçlarını karşılamaya dönük ve profesyonel bir zeminde ve yapılandırılmış bir şekilde olmalıdır. Yapılandırmadan kastın ne olduğu “Danışmanlık Modelleri” başlığı altında irdelenecektir (Bknz. Bölüm 1.1.3).

Tez çalışması kapsamında gerçekleştirilen literatür taraması sonucu, genellikle eczacı-hasta iletişimi [pharmacist-patient communication], eczacı-hasta danışmanlığı [pharmacist-patient counseling, consultation], eczacı-hasta görüşmesi [pharmacist-patient interviewing] terimlerinin birbirinin yerine kullanıldığı saptanmıştır. Danışmanlık becerilerinin iletişim becerilerini kapsadığı yönünde bir anlayışın mevcut olduğu da söylenebilir. Ancak eczacılık eğitiminde iletişim eğitim programı tasarlarken, içerisinde danışmanlık becerilerinin de olması gerektiği yönünde söylemlere de rastlanmıştır (Wallman ve ark., 2013). Sonuç olarak, eczacılık açısından iletişimin mi danışmanlığı kapsadığı, yoksa danışmanlığın mı iletişimi kapsadığı ile ilgili kesin bir yargıya varmanın, gereksiz bir tartışma olduğu belirtilmelidir. Ancak ileride iletişim becerileri eğitim programı geliştirmek için çaba sarf edecekler için bir temel teşkil etmesi açısından; sağlık çalışanları için “iletişim” ve “danışmanlık” kavramlarının birbirileri ile yakın ilişki içinde olduklarını vurgulamak önemlidir. Eczacılık için iletişim ve danışmanlık becerileri birlikte düşünülmelidir.

⁵ İngilizce’deki “comply” karşılığı olarak kullanılmıştır.

Danışmanlık⁶, en iyi hareket planını oluşturmak için “tartışmak veya öneri almak üzere görüşmek” şeklinde tanımlanmaktadır. Eczacı-hasta danışmanlığının, eczacı ve hasta arasında gerçekleşen tartışma sürecinin, yapılandırılmış bir şekilde planlandığı bir aktivite olarak düşünülmesi gerekmektedir (CPPE, 2014). Danışmanlığın bir sorgulama süreci olduğu da söylenmektedir. Bu sorgulama bazen çok basit bir bilgi ihtiyacı için, örneğin hastanın penisiline olan alerjisini tespit etmek için yapılabilse de, bazen çok karmaşık süreçleri netleştirmek, örneğin hastanın ilacını düzenli alıp almadığını sorgulamak, amacıyla yapılmaktadır. İlk bakışta bu süreci yönetmenin her gün hasta ile karşılaşan bir eczacı için kolay olduğu düşünülebilir. Ancak, araştırmalar görüşme sürecindeki bu sorgulamadan, her zaman istenilen kalitede veriyi elde etmenin mümkün olmadığını ve danışmanlığın dikkat gerektiren bir süreç olduğunu kanıtlamaktadır (Beardsley, 1986). Örneğin, ilaçlarını düzenli kullanmadığından şüphelenilen bir hastaya “İlaçlarınızı düzenli alıyorsunuz değil mi?” sorusunu yönelten eczacı, büyük olasılıkla doğru kullanmayan hastadan “evet” cevabını alacaktır. Eczacının soruyu soruş biçimi dikkat edilmesi gereken bir konudur ve eczacının iletişim becerisinin bir göstergesidir (CPPE, 2014). Eczacı burada hastadan doğru veriyi elde edemediği gibi görüşme için ayrılan zamanı da boşa harcamış olacaktır. Bu örnek; hasta danışmanlığında kullanılan iletişim becerilerinin, danışmanlık sürecinin kalitesini etkilediğini göstermenin ötesinde, danışmanlık ve iletişimin iç içe kavramlar olduğunu da kanıtlaması açısından açıklayıcıdır.

Son olarak, eczacıların sağlık sistemine olan katkıları yapılan çalışmalarda gösterilmektedir. Bu katkılar; reçeteli ilaç danışmanlığı, kendi kendine tedavide hasta danışmanlığı, koruyucu sağlık hizmeti sunma, hastayı eğitme, hasta takibi ve hasta uyuncunun arttırılması şeklinde çeşitlenmektedir (Alotaibi ve ark., 2016; Crockett ve ark., 2006; Cruthirds ve ark., 2013; Tsuyuki ve ark., 2016; Varma ve ark., 1999). Sayılan bu görevlerin kalitesini belirleyen önemli unsurlardan birinin hastayla kurulan etkili iletişim olduğunu söylemenin, buraya kadar anlatılanlar ışığında yanlış olmayacağı açıktır.

⁶ İngilizce’deki “consultation” veya “counseling” karşılığı olarak kullanılmıştır.

1.1.3. Danışmanlık Modelleri

Yıllar boyunca geliştirilmiş danışmanlık modelleri, sağlık çalışanları için yapılandırılmış bir danışmanlık süreci sağlamakta ve birbirinden farklı içerikleri ile profesyonelin özgün bir stil geliştirmesine olanak tanımaktadır (CPPE, 2014). Gerek hekim-hasta gerekse de eczacı-hasta görüşmesi, kısıtlı zaman dâhilinde, dikkatle kurgulanması gereken bir süreç olup, rastgele bir bilgi alışverişinden çok, yapılandırılmış ve mümkün olduğunca standart hale getirilmiş birtakım basamakların izlendiği bir zaman dilimi olarak planlanmalıdır. Anlaşılmamış tarafların oluşturacağı kaotik bilgi topluluğu bu sürecin en istenmeyen sonucu olarak düşünülebilir. Verilecek bilginin hastaya en uygun şekilde ve en uygun miktarda aktarılması ve hasta ile sağlık çalışanı açısından en optimal çıktının elde edilmesi, danışmanlığın gereğidir. Bu sebeple bu zamanının en etkili şekilde kullanılması gerekmektedir. Sağlık çalışanının süreci yönetebilmesi için geliştirilen danışmanlık modelleri sürecin organize edilebilmesinde yol gösterici olmaktadır.

Bir ressam düşünelim; tahmin edilebileceği üzere bu ressam, fırçayı eline alıp resim yapmadan önce belirli bir hazırlık yapacaktır. Boyaların ve fırçaların hazırlanması, çizilecek objelerin kompozisyonun oluşturulması, eskizin çizilmesi gibi. Ressam, resmi tamamlamadan önce hangi sırada hangi işlemleri yapacağını aklında belli bir sıraya koyar. Resmi çizmeye başladıktan sonra en az hata ile ilerleyebilmesi için önceden eskizi çizmesi gerektiğini bilir. Bu örneği, bir sağlık çalışanının hasta ile olan danışmanlık sürecine uyarlamak açıklayıcı olacaktır. Hasta ile yapılan görüşmenin en etkili şekilde yürütülebilmesi için sürecin yapılandırılması ve hangi basamakları içermesi gerektiği bilinmelidir. Ancak, görüşmenin yapılandırılması görüşme sürecinde otoriter bir tutum sergilemek demek değildir. Hasta ile yapılan görüşmeler her zaman keskin sınırları olan basamaklardan oluşmamalıdır. Hastanın istek ve talepleri ve değinilmemiş problemleri, şikâyetleri varsa bunları dinlemek ve görüşmede esnek davranabilmek de gerekmektedir (CPPE, 2014). Görüşmenin yapılandırılması sadece deneyim ve tecrübe ile başarılmayan, öğrenilmesi gereken bir beceridir.

Çok çeşitli kapsam ve amaçlardaki danışmanlık modellerinin seçiminde bir ölçüt söz konusu değildir. Hepsinin kendi içinde güçlü ve zayıf yanları mevcuttur. Sağlık çalışanının doğasına uygun, kendini rahat hissedebileceği ve en uygulanabilir olanın seçilebileceği belirtilmektedir (Pawlikowska ve ark., 2007).

Bu çalışma kapsamında tüm modellerin dayandığı temelleri açıklamak, okuyucuyu ayrıntıda boğabileceği ve kargaşa doğurabileceği için, aynı zamanda çalışmanın esas amacına katkı sağlamayacağından gereksiz görülmüştür. İlerleyen kısımda (Bknz. Bölüm 1.1.3.1), danışmanlık modellerinin benzeşen ve ayrışan yönlerine değinmenin daha uygun olacağı düşünülmüştür. Okuyucuyu bilgilendirmek amacıyla modellere örnek vermek gerekirse başlıca şunlar sayılabilir: The Medical Model, Stot and Davis, Pendleton, Neighbour, Helman's Folk Model, Health Belief Model, Disease Illness Model, BARD, Calgary Cambridge Model, Transactional Analysis, Problem Based Interviewings. Burada şunu belirtmek yerinde olacaktır; geliştirilen tüm modeller hekim-hasta danışmanlığını esas almaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalar ile bazı modellerin eczacı-hasta danışmanlığına uygunluğu araştırılmıştır.

1.1.3.1 Modellerin Karşılaştırılması

Tüm danışmanlık modellerinin üç açıdan benzeştiği söylenebilir. İlk olarak, bilgi girişi basamağının (Neighbour Modeli için, Yakınlık Kurma; Calgary Cambridge Modeli için, Veri Toplama; Health Belief Model için, Düşünceler, Endişeler, İnançlar; Helman Modeli için ise, Ne Oldu? örnek verilebilir); ikinci olarak, bilgi işleme basamağının (McWinney Modeli için, Hekim ve Hastanın Gündemini Eşleştirmek; Calgary Cambridge Modeli için, Yapı Oluşturma örnek verilebilir); son olarak da sonuç çıktısı basamağının (Pendleton Modeli için, ortak karar verme; Calgary Cambridge Modeli için, Açıklama ve Plan Yapma; Neighbour Modeli için, Güven Verme ve Bakım örnek verilebilir) parantez içindeki model örneklerinde görüldüğü gibi farklı isimlerde olsa da aynı işlevi gören, ortak basamaklar olduğu belirtilmiştir (Mehay ve ark., 2012).

Danışmanlık modellerinin benzeşen kısımlarında olduğu gibi ayrışan kısımlarında da üç açıdan farklılaştığı tespit edilmiştir. Bunlar; kavramsal içerik, hasta ya da hekim odaklılık, görev ya da beceri odaklılık şeklinde sıralanmıştır (Mehay ve ark., 2012).

Bir modelin kavramsal içeriği, danışmanlık modelinin özünde neyi başarmayı amaçladığına odaklanmakta, bu amaca nasıl ulaşılacağını, uygulama yöntemini göstermemektedir. Calgary Cambridge gibi her iki özelliği de başarı ile içinde barındıran danışmanlık modelleri mevcuttur (Mehay ve ark., 2012). Örneğin, Disease Illness Modeli daha çok amaca yönelik bir modeldir. Model, felsefik kurgusuna nasıl ulaşılacağı konusunda net bilgi vermemektedir.

Modelin hasta ya da hekim odaklı olması; bilgi alma, danışmanlık sürecinin işleyişi ve çıktı aşamalarının kime göre belirlendiği ile ilgili bir durumdur. Örnek vermek gerekirse, hekim odaklı bir model olan Bryne and Long Modeli'nde hekimin gerçekleştirmesi gereken altı basamak vardır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Mehay ve ark., 2012);

1. Hekim hasta ile ilişki kurar.
2. Hekim hastanın görüşme talebinin nedenlerini ortaya çıkarmaya çalışır.
3. Hekim, sözel veya fiziksel muayene, inceleme yapar.
4. Hekim, hekim ve hasta veya hasta (tam bu sıralamayla) durumu değerlendirir.
5. Hekim ileri araştırma ve muayene ile ilgili açıklama yapar.
6. Hekim görüşmeyi sonlandırır.

Görüldüğü gibi tüm basamaklar hekimin kontrolündedir ve dolayısıyla hekim odaklı bir model olduğu açıktır.

Tate Modeli ise daha hasta odaklı bir modeldir. Modelde beş görev mevcuttur.

1. Hastanın görüşme talebini ortaya çıkarma,
 - Hastayı katılımı için yüreklendirme
 - Gözlemlleme
 - Sosyal ve mesleki bilgi edinme
 - Hastanın sağlık okur-yazarlığını araştırma

2. Klinik problemleri belirleme,
 - Yeterli bilgi edinme
 - Akılcı bir gözlem ve araştırma yapma
 - Doğru teşhis koyma
3. Problemleri hastaya açıklama,
 - Hastaya teşhis ve tedaviyi açıklama
 - Uygun dil kullanımı
 - Hastanın sağlık okur-yazarlığını dikkate alma
 - Anlaşılabilirliğin kontrolünü yapma
4. Hastanın problemlerini yönetme,
 - Hastaya seçenek sunma
5. Danışmanlık sürecini etkili yönetme
 - Zamanı etkili kullanma
 - Uygun reçete yazma
 - İlişkiyi geliştirme
 - İyimser tavsiyelerde bulunma

Tate Modeli içerik açısından hastayı öncelemektedir. Yukarıda belirtilen beş madde kapsamında, durumu hastanın anlayacağı şekilde açıklamanın ve hastanın kararlarının önemli olduğu görülmektedir. Bu iki model örneği ile hasta veya hekim odaklılık açısından modeller arasında varolan farkın daha netleşebileceği düşünülmüştür.

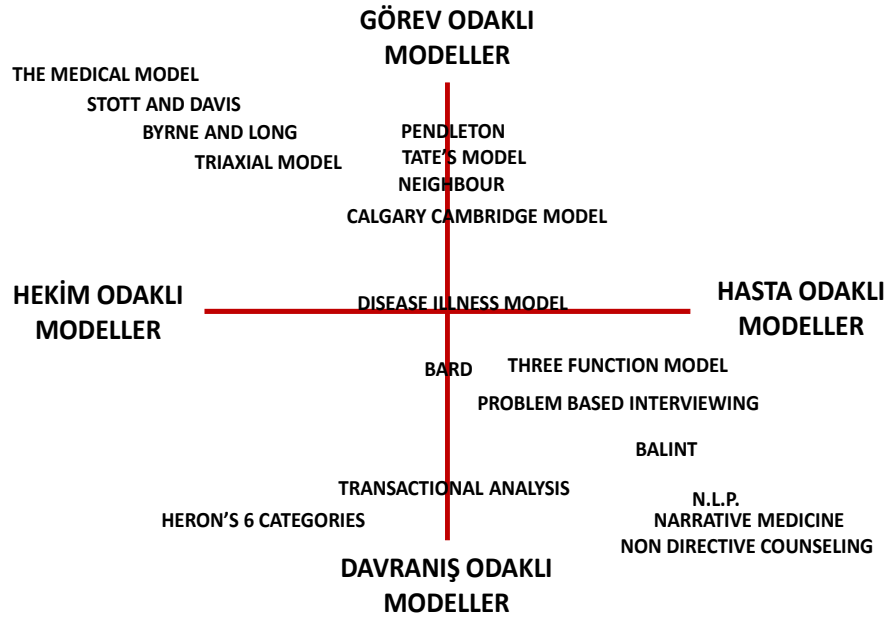
Görev odaklı modeller denildiğinde, tamamlanması gereken görevlerin listesinin oluşturulduğu ve bu şekilde düzenlenmiş bir akışı olan modeller kastedilmektedir. Davranış odaklı modeller ise, süreç içinde hekimin davranışlarına, tutumuna ve yaklaşımına önem vermektedir (Mehay ve ark., 2012). Yukarıda örneği verilen Tate Modeli ele alınırsa, hekimin yapması gerekenlerin görev listesi şeklinde sıralanmış olduğu görülmektedir. Tutum veya davranış odaklı bir modele örnek olarak BARD verilebilir. BARD modeli davranış, amaç, oda (fiziki ortam) ve diyalog olmak üzere dört unsuru önemsemiştir. Bunlar aşağıdaki şekilde açıklanmıştır (Mehay ve ark., 2012):

- Davranış: Hasta davranışı hekimin davranışından etkilenmektedir.

- Amaçlar: Görüşmenin amacı irdelenmeli ve açıkça ortaya konmalıdır. Hasta ve hekimin ortak paydada buluşması gereklidir.
- Oda: Fiziki ortam hekim-hasta görüşmesini etkilemektedir (odadaki mobilya düzeni gibi).
- Diyalog: Hasta ile nasıl konuşulduğu önemlidir. Ses tonu, söylenen şey, beden dili uygun olmalıdır.

BARD modeli hekim-hasta ilişkisindeki tutumlara ve davranışlara yöneliktir. Tek tek yapılması gereken görevler listelenmemiştir. Bu açıdan Tate Modeli'nden farklıdır.

Belirtilen farklılıkların daha iyi anlaşılabilmesi için Şekil 2.1'de Mehay ve arkadaşları (2012)'nin oluşturduğu şemayı vermek uygun görülmüştür.



Şekil 1.1. Modellerin özellikleri (Mehay ve ark., 2012).

1.1.3.2. Calgary Cambridge Danışmanlık Modeli

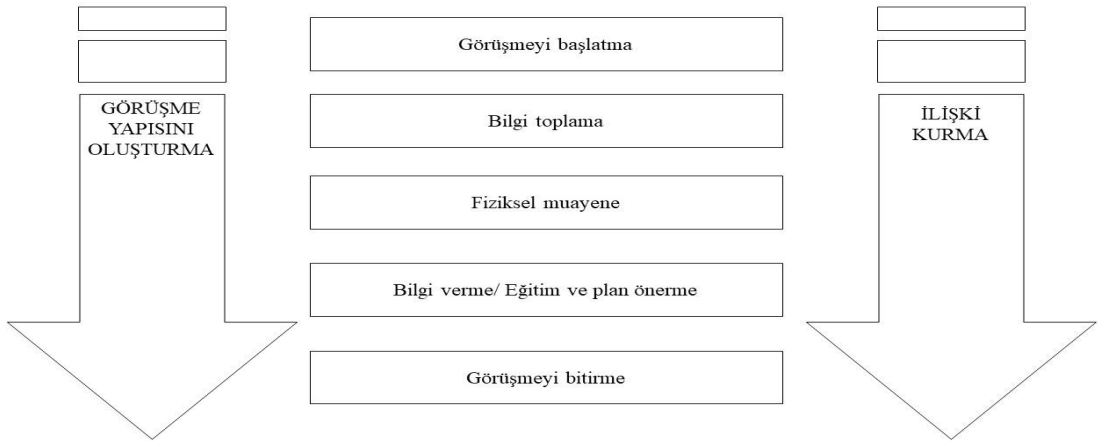
Calgary Cambridge modeli, beceri odaklı iletişim ve danışmanlık becerileri eğitimlerinde “ne öğretilmeli ve ne öğrenilmeli?” konusunda yol gösterici olan aşağıdaki dört öge üzerine kurulmuştur (Kurtz ve ark., 2005):

- 1- Yapı: İletişim becerilerini nasıl organize etmeli?
- 2- Beceriler: Geliştirilmek istenen beceriler nelerdir?
- 3- Geçerlik: Hekim-hasta iletişiminde bu becerilerin fark yarattığına dair kanıt var mı?
- 4- Kapsam: İletişim eğitiminin kapsamı nedir?

Model görev odaklı tasarlanmış olup iki ana amacı bulunmaktadır. Birincisi, eğitici ve öğrencilere öğretme ve öğrenme süreçlerini yapılandırmaları ve kavramsallaştırmaları konusunda yardımcı olmak; ikincisi, hem eğiticilere hem de öğrencilere yönelik hazırlanacak iletişim ve danışmanlık becerileri eğitim programlarının tasarlanmasında uzmanlara yol göstermektir (Kurtz ve ark., 2005).

Model, 1990 yılında geliştirilmiş ve sonraki yıllarda üzerinde çeşitli değişiklikler yapılmıştır. 2003 yılında yayınlanan genişletilmiş versiyonu ile son halini almıştır.

Model danışmanlık sürecinde 71 bağımsız beceriyi içeren ana basamaklardan oluşmaktadır. Becerileri kolay tanımlama ve öğretme fırsatı tanıyan modelin şemasına Şekil 1.2’de yer verilmiştir.



Şekil 1.2. Calgary Cambridge modeli şematik gösterimi (Silverman ve ark., 2005).

Yukarıda belirtilen basamakların altında yer alan temel beceriler aşağıda kısaca açıklanmıştır (Kurtz ve ark., 2005; Silverman ve ark., 2005):

1. Görüşmeyi başlatma.

- a. Yakınlık kurma (hastayı karşılama, kendini tanıtmak, hasta konforunu sağlama)
- b. Görüşmenin nedenlerini belirleme (hastanın sorunlarını belirleme, doğrulama ve görüşme gündemi üzerinde uzlaşma sağlama)

2. Bilgi toplama

- a. Hasta hakkında bilgi toplama (hastayı öyküsünü anlatması için cesaretlendirme, uygun soru sorma ve dinleme tekniklerini kullanarak hastanın sorunlarını araştırma)
- b. Hasta perspektifini alma (hastanın fikir, endişe, inanç ve beklentilerini araştırma, hastayı duygularını ifade edebilmesi için cesaretlendirme)

3. Fiziksel muayene

Bu basamak pek çok eczacı-hasta görüşmesi için uygun değildir. Ancak, kan basıncı ölçümü, biyokimyasal testlerin analizi vb. hizmetler söz konusu ise bu basamak da sürece dâhil edilebilir.

4. Bilgi verme/eğitme ve plan önerme

- a. Uygun içerikte bilginin uygun şekilde ve miktarda sağlanması (hastanın başlangıç noktasının tespiti, bilginin kümelenmesi vb.)
- b. Hastanın kavrayışının kontrolü (özetleme, jargon ve teknik terim kullanımından kaçınma, tekrarlatma, gösterme, piktogram kullanma vs.)
- c. Hastayla anlaşma sağlama (hasta perspektifine uygun bilgi sağlama ve plan önerme)
- d. Plan önerme (plan üzerinde ortak karar verme, hastayı sürece dâhil etme, hastanın plana uyumunu kontrol etme)

5. Görüşmeyi bitirme

- a. Gerekli ise bir sonraki görüşmeyi planlama (tekrar görüşmesi, devamlı destek konusunda garanti verme)
- b. Son kez özetleme ve kontrol

“Görüşmenin yapısını oluşturma” ve “ilişki kurma” basamakları tüm görüşme sürecini kapsamaktadır. O sebeple yukarıda açıklanan beş basamakta da dikkate alınmalıdır. Bu sebeple diğer beş görev haricinde bu iki basamak ve içerdiği beceriler sürekli görevler olarak adlandırılmıştır (Kurtz ve ark., 2005).

- **Görüşmenin yapısını oluşturma**

- Görüşme akışına uygun hareket etme
- Zamana uyma ve görüşme amacını gözetme

- **İlişki kurma**

- Beden dilini doğru kullanma
- Yakınlık kurma (empati gösterme, destekleme vb.)
- Hastayı dâhil etme

1.2. Eczacılıkta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 1997 yılında “*Geleceğin Eczacılarını Hazırlamak: Müfredat Geliştirme*” isimli raporunda, eczacıların biri de “*iletişimci*” olan yedi önemli rolüne değinmiştir (WHO, 1997).

Eczacılıkta etkili iletişim becerilerinin ve bu becerileri öğretebilmek için gerekli eğitimlerin önemine çeşitli rehberlerde, kılavuzlarda değinilmektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri Eczacılık Eğitimi Akreditasyon Kurulu (ACPE- Accreditation Council for Pharmacy Education), eczacılık mezunlarının; hastalar, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları ile aynı zamanda politika belirleyiciler, toplumun her üyesi ve idari ve destek personeli ile ekip ruhunu yakalamak için iletişim kurmak ve işbirliği yapmak zorunda olduğunu belirtmiştir (ACPE, 2011). Avrupa Birliği’nin yayınladığı standartlar iletişim becerileri ile ilgili daha üstü kapalı maddeler içermektedir. Avrupa Parlamentosu ve Konseyi (EUROPA- European Parliament and the Council) 2005 Direktifi’nde, eczacılık mezunları; bilimsel verileri değerlendirebilmek üzere yeterli bilgiye sahip olarak ilaçlarla ilgili yeterli bilgiyi aktarabilmeli ve ayrıca, ilaçlarla ilgili bilgi ve önerileri verebilmeli şeklinde iki madde

yer almaktadır (EUROPA, 2005). Avrupa Eczacılık Öğrencileri Birliği (The European Pharmaceutical Students' Association-EPsA) ve Uluslararası Eczacılık Öğrencileri Federasyonu (The International Pharmaceutical Students' Federation- IPSF)'nın yayınladığı bir raporda, eczacılık eğitiminin iletişim ve danışmanlık becerilerini içermesi gerektiği belirtilmektedir (EPsA ve IPSF, 1999).

Farklı ülkelerde, eczacılıkta iletişim becerileri için farklı beceri geliştirme yolları ve hangi becerilerin eğitime entegre edilmesi gerektiği ile ilgili farklı kılavuzlar bulunmaktadır. Ancak hastaya danışmanlık vermenin, tüm eczacılık eğitim programlarının içinde hayati bir öneme sahip olduğu söylenmektedir (Wallman ve ark., 2013). ACPE standartlarına göre eczacılık eğitiminde iletişim; sözel ve yazılı kişilerarası iletişim, sağlık okuryazarlığı, özel durumdaki hastalarla iletişim, danışmanlık becerileri, etkin dinleme ve empati, etkin insan davranışı, problem çözme becerileri, sağlık bilgisinin aktarımındaki kültürel farklar, grup sunum becerileri, zor durumlarla baş etme yolları, eczacı danışmanlığının belgelenmesi, davranış değişikliği prensipleri gibi konuları kapsamaktadır (ACPE, 2011).

Literatürde eczacılık fakültelerinde iletişim dersleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, üç farklı grupta yapılması uygun görülmüştür. Bunlar; eczacının iletişim becerilerinin tanımlanması ve sınıflandırılmasına ilişkin çalışmalar, iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik kullanılan tekniklere ilişkin çalışmalar ve iletişim becerileri derslerinin ölçme ve değerlendirmesine ilişkin çalışmalardır.

İletişim becerileri genel olarak yazılı ve sözlü olmak üzere iki temel alt bölümde toplanmıştır. Yazılı iletişim becerileri ile ilgili yapılmış çalışmalardan biri özgeçmiş hazırlama egzersizlerini içermektedir (Rickles ve ark., 2009). İletişim derslerinde kullanılan senaryo yazma egzersizleri de yazılı iletişim teknikleri ile ilgili yapılmış çalışmalarda kullanılmıştır (Romanelli, 2008; Villaume ve ark., 2006). Eczacılara yönelik yapılan diğer yazılı iletişim becerileri çalışmalarında ise, klinikte hasta bakım dosyası hazırlama (Hasan, 2008), hastanın ilaç ve tedavi geçmişi dosyalarının incelenmesi (Stupans ve ark., 2010) gibi süreçler yer almaktadır. Sözlü iletişim becerileri çalışmaları ise kişilerarası iletişim ve sunum tekniklerinin incelendiği

alışmalar olmak üzere iki alt sınıfa ayrılmaktadır. Kişilerarası iletişim teknikleri ile ilgili yapılmış çalışmalar kendi içinde hasta ile iletişim, interdisipliner iletişim şeklinde gruplandırılabilir. Eczacı-hasta iletişiminin geliştirilmesi üzerinde en çok çalışılan konu olarak görülmektedir. Hasta ile görüşme (danışmanlık) tekniklerini ve hastaya doğru ve etkili danışmanlık hizmeti verebilmeyi öğrenmek bu çalışmaların amacını oluşturmaktadır (Wallman ve ark., 2013). İnterdisipliner iletişim becerilerine ilişkin yapılan çalışmalar ise genellikle, eczacılık fakülteleri öğrencileri ile diğer sağlık mesleği adayları arasındaki iletişimi iyileştirmek, iletişim eksiklerini gidermek amacıyla yapılmıştır (Begley ve ark., 2009; Boyatzis ve Batty, 2004; Hagemeyer ve ark., 2014; Kilminster ve ark., 2004; Luetsch ve Rowett, 2016).

Türkiye’de eczacılık mevzuatı eczacının görev ve sorumlulukları dâhilinde danışmanlık hizmetine yer vermektedir. 12.04.2014 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik” kapsamında “*Eczanelerde, eczacının görev ve sorumlulukları çerçevesinde, ilaç kullanımı konusunda danışmanlık hizmeti verilir.*” ifadesi yer almaktadır ("Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik," 2014). Bu madde kapsamında eczacıların danışmanlık hizmeti verme görevinin olduğu belirtilmiştir. Eczanelerde verilen hizmetin kalitesinin artırılması ve sreklipliğinin sağlanması amacıyla “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik” gereği hazırlanan, “İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu”na göre iyi eczacılık uygulamaları, “*ilaç ve diğer sağlık ürünlerinin hasta mağduriyetine yol amayacak şekilde temin edilmesi, hastaya sunulan ilaç veya ilaçların kullanımının önce ayrıntılı olarak anlatılması, anlatılanların hasta tarafından anlaşıldığının teyit edilmesi ve sonrasında ilaç tedavisinin izlenmesi, hastanın ilaçlardan en iyi şekilde faydalanması için bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi*” şartı bulunmaktadır (“İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu,” 2015). 22.05.2014 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde alışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” kapsamında sağlık meslek mensubunun iş ve görev tanımları arasında, “*hastayı, ilaçları, ilaçların uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemelerini güvenli ve etkin bir şekilde kullanabilmesi için bilgilendirir.*” maddesi ve “*ilaç etkileşimleri, uyumsuzluk ve kontrendikasyonları, yan etkileri, doz ve uygun ilaç depolama konuları*

ile ilgili olarak hekime ve hastalara bilgi ve danışmanlık hizmeti verir. ” maddesi yer almaktadır ("Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik," 2014). Yukarıdaki hükümler ışığında, eczacıların hastayı bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verme görev ve sorumlulukları çeşitli yasa, yönetmelik ve kılavuzlarda belirtilmiş olduğu görülmektedir.

Türk eczacılık mevzuatı incelendiğinde dikkati çeken nokta; eczacıların danışmanlık hizmeti vermesine ilişkin hükümlerin varlığı, fakat verilecek danışmanlık hizmetinde eczacının hangi basamakları izlemesi gerektiğinin yani danışmanlık hizmetini nasıl vereceğinin netliğe kavuşturulmamış olduğudur. Bu konunun önemi Türkiye’de serbest eczacıların verdiği danışmanlık hizmeti ile ilgili yapılmış bir araştırma ile açıklanabilir. İstanbul Ümraniye bölgesinde serbest eczane sahibi eczacıların verdikleri eczacılık hizmetleri akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan serbest eczacılardan verdikleri hizmeti, yüz yüze yapılan anket uygulaması ile değerlendirmeleri istenmiştir. Anket sonuçlarına göre eczacılar, verdikleri hizmetin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Anket uygulaması sonrasında aynı eczacıların eczanelerine simüle hastalar gönderilmiştir. Sonuç olarak, araştırmaya katılan eczacıların verdikleri hizmetin anket sonuçlarının aksine yetersiz olduğu değerlendirilmiştir. Bu bulgular ışığında, serbest eczacıların akılcı ilaç uygulamaları ile ilgili sürekli eğitim kapsamında eğitim almalarının gerekliliği üzerinde durulmuştur (Toklu ve ark., 2010). Bu çalışma eczacıların verdiği hizmetin geliştirilmesi gerektiğini göstermekle birlikte, eczacıların verdikleri danışmanlık hizmetinin eksik olduğunu fark edememeleri açısından da çok önemli bir göstergedir. Eczacılar danışmanlık hizmetini vermeleri gerektiğinin bilincindedirler; ancak kaliteli ve etkili danışmanlık hizmeti verme konusunda bilgi sahibi olmadıkları gibi, bu konuda yeterli beceriyi de gösterememektedirler. Politika belirleyicilerin ve yasa koyan ilgili kurum ve kuruluşların, danışmanlık hizmeti vermeyi zorunlu kılmış oldukları, ancak danışmanlığın nasıl verileceği kısmının irdelenmesi işini akademiye bıraktıkları yönünde bir çıkarım yapmak uygun olabilir. Aynı zamanda politika belirleyicilerden bağımsız, bu işin akademinin görevi olduğunu belirtmenin de yanlış bir söylem olmayacağı belirtilmelidir.

Türkiye’deki Eczacılık Fakülteleri, eczacılık mesleğini tercih eden öğrencileri güncel ilaç ve sağlık bilgileri ile donatma ve yaşadığı topluma katkı veren eczacılar olarak yetiştirmeyi hedeflemekte ve eğitim-öğretim faaliyetlerinin güncel hayatla ilişkili olarak “asgari” koşullarda aynı olması gerektiği görüşünü benimsemektedir. 2015 yılında Eczacılık Fakülteleri Dekanlar Konseyi, Türkiye’deki Eczacılık Fakültelerinin eğitim ve öğretim faaliyetlerini sürdürebilmeleri için belirlenmiş olan “asgari” gereklilikleri kapsayan Ulusal Eczacılık Çekirdek Eğitim Programı (EczÇEP) çalışmalarını tamamlamıştır (Dekanlar-Konseyi, 2015). Çekirdek eğitim programına ilaveten her fakültenin kendi misyon ve vizyonuna uygun olarak tasarlanacak Geliştirilmiş Eğitim Programı (GEP) çalışmaları ise devam etmektedir. Bu çalışmalar öğrenciye gerekli bilgi, beceri, tutum ve değerleri kazandırmaya yönelik olarak tasarlanmıştır. Sağlık çalışanının iletişim rolünün önemini ve bu konuda yeterli eğitimin sağlanması gerektiği EczÇEP dâhilinde belirtilmektedir. Yine EczÇEP kapsamında eczacının hasta ile kurduğu iletişim becerilerine yönelik belirlenmiş pek çok yeterlilik ve yetkinlik mevcuttur. Bu yeterliliklere ilişkin örnekler aşağıda verilmiştir:

- *“Hastalar, hasta yakınları, meslektaşları, ekibi, diğer sağlık mensupları ve diğer kişilerle etkin bir iletişim kurar.”*
- *“Hastadan doğru bilgi alabilmek için uygun iletişim tekniklerini kullanır.”*
- *“İletişimde karşılıklı anlaşılmayı sağlar.”*
- *“İletişimde ön yargısız davranır.”*
- *“Akılcı ilaç kullanımı konusunda hasta ve sağlık personeli ile fikir alışverişinde bulunarak hastayı bilgilendirir.”*
- *“Hastalara önerilerde bulunurken sistematik bir yol izler.”*
- *“İlaçların güvenli, etkili ve doğru kullanımını sağlamak için hastaya yeterli bilgi sunar.”*
- *“Hastaların anlayabileceği dili kullanır.”*
- *“Hastanın tedaviye uyuncunu sağlar.”*

EczÇEP'in yürürlüğe konması ile birlikte, bir eczacılık öğrencisinin yukarıda sayılan yeterliliklere sahip olarak mezun olması gerektiği, Türkiye'deki eczacılık fakülteleri için birer gereklilik halini almıştır. Yukarıda belirtilen tutumların ancak ve ancak, öğrencinin eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerileri eğitimini alması ile ve bu eğitim sonucunda da bu becerileri kazandığının ölçülüp değerlendirilmesi sonucunda sergilenebileceği açıktır.

Bu noktaya kadar eczacı-hasta iletişimi ve danışmanlığının sağlık alanındaki önemi açıklanmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda Dünya ve Türkiye mevzuatı, eczacılık eğitimi ile ilgili çeşitli kuruluşların belirlediği şartlar ve tanımlar ile EczÇEP'in ortaya koyduğu gerekler dikkate alındığında, eczacılık fakültelerinin lisans eğitimlerinde, *Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı*'nın olması gerektiği anlaşılmaktadır. İlerleyen bölümlerde ise bu eğitim programının nasıl tasarlanması, hazırlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusunda geniş kapsamlı bir çalışma ile elde edilen bulgular ve öneriler sunulmaktadır. Tez çalışmasının ana amacı olan, *Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı*'nın hazırlanması, uygulanması ve programın etkililiğinin değerlendirilmesi ile ilgili tüm aşamalarda bilinmesi ve dikkat edilmesi gereken noktalar, sonraki bölümlerde (Bknz. Bölüm 1.4) eğitim bilimleri ile işbirliği içinde ortaya konulan çerçevede anlatılacaktır.

1.2.1. Eczacılıkta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitiminde Kullanılan Yöntem ve Teknikler

Eczacılık eğitiminde iletişim ve danışmanlık becerilerini arttırmaya yönelik kullanılan yöntemlere ilişkin pek çok çalışma mevcuttur. Tasarlanan eğitimlerde tek bir yöntemin kullanılmasındansa, birçok yöntemin bir arada kullanılmasının tercih edildiği gözlemlenmiştir. Bu yöntemleri içeren çalışmalarda; **klasik anlatma yöntemi** (Hyvärinen ve ark., 2010; Lawrence, 2007; Medina, 2006; Mort ve Hansen, 2010), **tartışma yöntemi** (Boesen ve ark., 2009; Hyvärinen ve ark., 2010; Medina, 2006; Mort ve Hansen, 2010; Parkhurst, 2007; Popovich ve Katz, 2009), **problem çözmeye**

dayalı yöntem (Hanya ve ark., 2014; Hyvärinen ve ark., 2010; Medina, 2006; Mort ve Hansen, 2010; Parkhurst, 2007; Popovich ve Katz, 2009), **laboratuvar yöntemi** (Hanya ve ark., 2014; Kilminster ve ark., 2004; Medina, 2006; Mort ve Hansen, 2010), **bireysel çalışma yöntemi** (Hanya ve ark., 2014; Hyvärinen ve ark., 2008; Mort ve Hansen, 2010; Parkhurst, 1997; Popovich ve Katz, 2009) ve **örnek olay yöntemi** (Medina, 2006) gibi çok çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Çalışmalarda sayılan bu yöntemlerin uygulamaya konma biçimleri ise farklıdır.

Eczacılık eğitiminde iletişim becerilerini arttırmaya yönelik kullanılan teknikler, yukarıda aktarılan yöntemlerin farklı uygulanış biçimleri olan; simüle, standardize ve gerçek hasta kullanımı, beyin fırtınası, soru-cevap, rol oynama, sınıf dışı ortamda örneğin, bir hastane veya eczane ortamında gözlem yapma ve hastaya danışmanlık verme, bireysel rapor yazma veya sunum yapma, internet ve video kullanımı, ev ödevi hazırlama tekniğini içeren çalışmalardan oluşmaktadır. Öğretme yöntemlerinde olduğu gibi öğretme tekniklerinde de tek bir teknik seçimi söz konusu değildir. Eğitim programının çeşitliliği ve etkinliğinin sağlanması için birden çok yöntem ve teknik tercih edilmektedir.

Standardize Hasta (SH) kullanılan çalışmaların büyük bir kısmı, bu teknik ile eczacılık öğrencilerinin iletişim (etkin dinleme, uygun soru sorma vs.) ve danışmanlık becerilerinin (hastadan yeterli bilginin alınması, bilginin etkili aktarımı, profesyonel tutumun geliştirilmesi vs.) geliştiğini, aynı zamanda öğrencilerin yazılı iletişim becerilerinin (bilgilerin kayıt altına alınması) da ilerlediğini göstermektedir (Hanya ve ark., 2014; James ve ark., 2001; Rao, 2011; Rickles ve ark., 2009). SH'lar, tıp, eczacılık, hemşirelik gibi sağlık çalışanlarının eğitiminde, interdisipliner anlamda takım çalışmasını sağlamak ve iletişim becerilerini geliştirmek için de kullanılmaktadır (Vyas ve ark., 2012). Yapılan bazı çalışmalarda SH tekniğinin kullanılmasının araştırma sonuçlarına olan katkılarına değinilmektedir. SH tekniği ile ilgili detaylı bilgilere daha sonra (Bknz. Bölüm 1.3.2) değinileceği için burada kısaca bahsetmekle yetinilmiştir.

Beyin fırtınası, soru-cevap ve grup çalışması tekniklerinin kullanıldığı çalışmalar, iletişim becerileri hakkında, genellikle öğrencilerin sınıf ortamında tartışmasına ve birlikte çalışmasına olanak sağlayacak egzersizler üzerinden kurgulanmıştır. Arizona Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, “Hasta ile Görüşme ve Danışmanlık Becerileri Dersi”ne kayıt olan eczacılık fakültesi birinci sınıf öğrencilerinden, doğaçlama egzersizler üzerinde temel iletişim ve danışmanlık becerilerini tartışmaları istenmiştir. Egzersizlerde öğrenciler sırayla eczacı, hasta ve gözlemci olmak üzere farklı rollere bürünmektedir. Bu çalışmanın amacı, öğrencinin farklı duyguları yaşaması ile hem kendini hem de karşıdakini anlayabilmesini sağlamaktır. Aynı zamanda teknik, öğrencinin karşıdakini dinleme becerileri ve bir beceriden diğerine kolaylıkla geçiş yapabilmesini de kolaylaştırmaktadır (Boesen ve ark., 2009). Oklahoma Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eczacılık Fakültesi'nde yapılan bir araştırmada klinik iletişim dersini alan bir grup eczacılık öğrenci ile yapılan grup egzersizlerinde, grup içi tartışmalar ve soru-cevap tekniklerinin kullanımı ile öğrencinin benlik tanımlamasını yapabilmesi ve öz saygısını geliştirmesi amaçlanmıştır (Medina, 2006).

Sınıf dışı ortamın iletişim ve danışmanlık becerileri eğitiminde kullanılmasının öğrencinin kendini “eczacı” olarak hayal edebilmesine, becerileri gerçek ortamda karşılaştığı hastalar üzerinde kullanarak deneyimlemesine olanak tanınması açısından tercih edildiği görülmektedir. Öğrencilerin sahada eczacılık hizmetlerini sunması, onların uygulayarak öğrenmesini sağlamaktadır. Staj benzeri bir uygulama sonucu öğrencilerin sahadaki deneyimlerini, eğiticilerin geri bildirimlerini ve öğrencideki gelişimi tespit etmek üzere yapılan çalışmalar mevcuttur. Reçetesiz ilaç kullanımı üzerine yapılan bir çalışmada, bir eczane ortamında öğrencilerden farklı kültürdeki hastalarla edindikleri mesleki iletişim becerilerini kullanarak iletişime geçmeleri istenmiştir. Eczacı-hasta görüşmesinin gerçek ortamda gerçek hasta ile gerçekleştirilmesinin, sınıf ortamında düzenlenen rol oynama tekniğinden çok daha etkili olduğuna değinilmektedir (Orr, 2007). Buna ilave olarak, staj yapan öğrencileri, staj yerinde iletişim ve danışmanlık becerileri açısından değerlendirmek için eğiticilere yönelik standart rehberlerin hazırlanmasının beceri ve tutum gelişimine katkı

sağladığına yönelik yapılmış bir çalışmada bu konuda geliştirilmiş bir ölçekten de bahsedilmektedir (Kassam ve ark., 2008).

Bahsedilen tekniklere ilave olarak, internet, video ve bilgisayar kullanımı ile eczacılık fakültesi öğrencilerinin iletişim becerilerini arttırmaya yönelik yapılmış çalışmalar da bulunmaktadır (Hastings ve West, 2003; Hyvarinen ve ark., 2008; James ve ark., 2001; Mort ve Hansen, 2010).

1.2.2. Eczacılıkta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitiminde Kullanılan Ölçme Değerlendirme Yöntemleri

Eczacılık eğitiminde iletişim ve danışmanlık becerileri eğitimlerinin ölçme-değerlendirilmesinde kullanılan metotlar; sübjektif ve objektif değerlendirmeler olmak üzere iki kategori altında toplanmıştır (Wallman ve ark., 2013). Sübjektif değerlendirmeler; ders değerlendirme anketleri ile öz-yetkinlik ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalar, öz-değerlendirme çalışmaları ve hasta tatmin ölçeklerinden oluşmaktadır. Objektif değerlendirmeler ise; puanlama karşılaştırmaları ve eğiticilere yönelik dereceli puanlama anahtarlarının (rubrik) kullanıldığı uzman değerlendirme çalışmalarından oluşmaktadır.

Ders değerlendirme anketleri, öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerileri eğitiminden ne öğrendiklerini ve ne kadar bilgi sahibi olduklarını, aynı zamanda konu ile ilgili tutumlarını ölçmek için kullanılmaktadır. Buradaki temel amaç; verilecek eğitim öncesi ön test olarak ve eğitim sonrası son test olarak, öğrencilerin puanlama anahtarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir artış tespit etmektir. Smithson ve arkadaşları (2015)'na göre, bu gibi ölçeklerin tercih edilmesinin nedeni; performans dayalı ölçümlerin hem zaman alıcı ve yüksek maliyetli olması, hem de değerlendirmenin değerlendiricinin sübjektif bakış açısından etkilenebilme olasılığı nedeniyle güvenilirliğin daha düşük olduğunun düşünülmesidir.

Öz-yetkinlik ölçekleri ise, öğrencilerin eğitim sonunda iletişim ve danışmanlık becerisi göstermeye olan inancını ve bu konuda kendini ne kadar yetkin gördüklerini ölçmeye yönelik hazırlanmıştır. Ders değerlendirme ölçeklerine benzer biçimde, öğrenciye ön test ve son test olarak uygulanan öz-yetkinlik ölçeklerinin amacı da; eğitim sonucunda, öğrencinin öz-yetkinliğinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğunu tespit etmektir. Böylelikle eğitimin öğrencinin geliştirilmek istenen beceri konusundaki öz-yetkinliğini arttırdığı ve etkili olduğu ile ilgili yorumlar yapılmaktadır. Eczacılık üçüncü sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada benzer bir değerlendirme yönteminin kullanıldığı görülmektedir (Hastings ve West, 2003).

Ders değerlendirme ve öz-yetkinlik ölçekleri, uygulanmaları kolay olmasına karşın, öğrencinin göstermesi gereken becerilere ve öğrenme çıktılarına yönelik veri vermemesi dolayısıyla dezavantajlı olarak görülmektedir. Ancak eczacılık eğitiminden sorumlu eğiticiler çoğunlukla anket şeklinde yapılandırılmış bu ölçüm araçlarını uygulamayı tercih etmektedirler (Bray ve ark., 2011).

Öz-değerlendirme, eğitim müfredatlarının değerlendirilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Mort ve Hansen (2010)'in aktardığına göre Fjortoft, öğrencilerin öğrenme ihtiyaçlarını kendilerinin tespit edebileceklerini ve bu öğrenme ihtiyaçlarının ne kadarının karşılandığını değerlendirebileceklerini ifade etmektedir. Buradan hareketle, öz değerlendirme, eczacılık fakültelerine ölçme değerlendirme süreçlerini yeniden gözden geçirme olanağı tanımaktadır. Ancak öğrencilerin öz değerlendirme yapabilmesi için gerekli değerlendirme becerilerine sahip olması şarttır. Austin ve Gregory (2007)'ye göre öğrenciler öz-değerlendirme yaparken, yeteneklerine ve becerilerine gereğinden fazla değer biçmektedirler. Bu sebeple bu tür değerlendirmenin eğitici, akran ya da SH'ların yaptığı değerlendirmelerin yanında daha az etkili bulunduğu öne sürülmektedir. Buna rağmen öz-değerlendirmenin yaşam boyu öğrenmeyi desteklemesi sebebi ile eğitim programlarının içinde yer almasının gerektiği de vurgulanmaktadır. Öğrencilerin hasta danışmanlığı yaptığı görüşmeler kayıt altına alınmakta ve video şeklinde öğrencilere izlettirilmektedir. Öğrenciler öz-değerlendirme yaparak eczacı-hasta görüşmelerinde gösterdikleri performanslarındaki gelişimi, bizzat görmekte ve değerlendirmektedirler (Mort ve Hansen, 2010).

Hasta tatminin değerlendirildiği çalışmalar genellikle, hasta-öğrenci görüşmelerinden sağlanan tatminin hasta tarafından değerlendirilmesinden ibarettir. Almeida ve arkadaşları (2015)'nın aktardığına göre Olivier tatmin kavramını, “*hizmet performansından beklenen ile algılananın sübjektif karşılaştırmasıdır*” şeklinde tanımlamaktadır. Bu sebeple tatmin değerlendirmelerinin sübjektif bir yanı olduğu belirtilmelidir.

Objektif değerlendirmelerin kullanıldığı çalışmalarda, dereceli puanlama anahtarları ile öğrencilerin puanlanması veya önceki çalışmalar ile karşılaştırma yapılarak sağlanan gelişimin ortaya çıkarılması durumu söz konusudur. İletişim becerilerinin objektif bir şekilde değerlendirilmesi güçtür. Bu sebeple bu şekilde yapılacak değerlendirmeler için tecrübeli ve iyi eğitilmiş gözlemcilere ihtiyaç duyulmaktadır. İyi eğitilmiş gözlemcilerin kullanımı emek yoğun ve zaman alıcı bir süreçtir ve her zaman tecrübeli gözlemci bulmak da kolay olmamaktadır. Ancak, yapılan değerlendirmelerin sübjektif değerlendirmelere göre daha geçerli ve güvenilir olduğu da gözden kaçırılmaması gereken bir unsurdur. Bununla beraber sübjektif değerlendirmeler ile ilgili beceri ve tutuma sahip olunup olunmadığını yeterli bir biçimde kanıtlamak çok güçtür (Wallman ve ark., 2013).

1.3. Simülasyon nedir?

Simülasyon bir teknoloji değildir. Simülasyon, gerçek hayat deneyimlerini, rehber niteliğini taşıyan deneyimlerle güçlendirmek, desteklemek için tamamen interaktif bir şekilde gerçek hayatı kopyalamak suretiyle hatırlatan bir tekniktir (Gaba, 2004).

Simülasyonun kullanımı asırlar öncesine dayanmaktadır. Ordu, şövalyelere savaş becerisi kazanabilmeleri için satrancı, bir savaş oyunu denemesi olarak simülasyon niyeti ile kullanmıştır (Bradley, 2006). İlerleyen yıllarda havacılık alanında simülasyon denemeleri yapılmıştır. İlk uçuş simülatörünün mucidi olan Edwin Link buna bir örnektir. 1920 yılında ilk uçuş dersini aldıktan sonra, 1928 yılında

ilk uçağını - Cessna AA - satın almış ve bir yıl sonra ise uçmayı öğrenmenin daha kolay, güvenilir ve daha az maliyetli bir yolu olabileceğine inanarak, “Blue Box” ya da “Link trainer” adında bir uçak simülatörü prototipini tasarlamıştır. Kendi adını verdiği “Link eğitmeni [Link trainer]” simüle uçakları, ordu tarafından pek çok ölümcül kaza sonucu tercih edilmiştir. Simülasyon tekniğinin Link’in girişi sonucunu ilerlemesi ile 1960’larda, NASA’nın işbirliği ile tamamen dijital ürünler olan Apollo simülatörleri de üretilmiştir (Rosen, 2008).

Ordu ve havacılık sektöründe simülasyon ile ilgili gözlenen pek çok gelişme, tıbbın modelleme ve simülasyonda ilerlemesi için zemin oluşturmuş ve ona yol açmıştır (Rosen, 2008). Yirminci yüzyılın ikinci yarısı itibari ile tıpta simülasyonun modern çağının başlamasına, üç önemli olay vesile olmuştur. Bu olayların ilki; resüsitasyon⁷ becerisi kazandırmak için iki anesteziistin bir oyuncakçı ile beraber çalışarak geliştirdiği mankendir. Resusci-Annie adıyla bilinen manken, parça-görev eğitici [part-task trainer] olarak düşük maliyetli, hem de etkili, çığır açan ve eğitimde kullanılan bir model olmuştur. Bir simülatör çeşidi olan parça-görev eğiticisinin detaylı tanımına daha sonra değinilecektir. İkinci gelişme ise; 1960’ların sonlarında Abraham ve Danson tarafından, gerçek bir insanın pek çok yönünü taklit edebilen karmaşık bir manken olan Sim One’in üretimidir. Kalp atışları ve kan basıncı olan Sim One, nefes alabilmekteydi. Gözlerini kırpmakta, dört adet intravenöz uygulanabilen ilaca ve tüple veya maskeyle uygulanan Oksijen ve Nitrik Oksit’e duyarlıydı. Bir bilgisayar programı sayesinde, fizyolojik cevapları anında verebilmekteydi. O zamanın ekonomik şartları Sim One gibi pek çok mankenin üretimine elverişli olmadığı için, başarısı sınırlı düzeyde kaldı. Eğitimde lisans düzeyinde de çok sayıda mesleki becerinin öğretilmesi gerekmektedir. Bunun için simülasyon da sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak lisans sonrası bu becerilerin sıkça gözden geçirilip yenilenmesi gerekmektedir. Bu nedenle simülasyon kullanımı lisansüstü dönemde de gündeme gelmiştir (Bradley, 2006).

⁷ Resüsitasyon: solunumu veya kan dolaşımı durmuş bir kişiye dışarıdan yapılan destekleyici müdahalelerdir.

Sağlık çalışanlarına belli başlı becerileri kazandırmak için eğitimde kullanılan simülatörler; düşük teknoloji sistemlerden yüksek teknoloji içerenlere kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır (Bradley, 2006). Maran’a göre simülatörler aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (Maran ve Glavin, 2003):

- Parça-görev eğiticileri
- Bilgisayar temelli sistemler
- Sanal gerçeklik içeren ve haptik sistemler⁸
- Simüle ve standardize hastalar
- Simüle ortamlar
- Entegre simülatörler

Parça-görev eğiticiler, gerçekliğin bir parçasının benzetimi olarak açıklanabilir. Örneğin vücut yapısının bir kısmı (göz, kol, bacak vs.) parça-görev eğiticisi olabilir. Genellikle temel psikomotor becerilerin kazandırılması için kullanılırlar. Kateterizasyon⁹, intravenöz uygulama gibi işlemlerin öğretilmesinde tercih edilmektedirler (Bradley, 2006; Maran ve Glavin, 2003). Genellikle düşük teknoloji simülatörler olarak bilinmektedirler (Cant ve Cooper, 2010).

Bilgisayar temelli sistemler, insan fizyolojini, farmakolojik müdahaleleri veya çeşitli ortamları modellemekte ve bilgisayar ortamında bunların birbirleri ile etkileşimine olanak tanımaktadır. CD-ROM temelli sistemler, vücuttaki fizyolojik değişiklikleri veya bir ilacın vücuttaki tedavi edici etkisini gözlemlemek için kullanılmaktadır (Bradley, 2006; Cant ve Cooper, 2010; Maran ve Glavin, 2003).

Sanal gerçeklik içeren sistemler, bilgisayar temelli sistemlerin en gelişmiş olanıdır. En temel amacı; sanal nesneleri veya ortamları tüm insan duyularına, doğal muadilleriyle özdeş bir şekilde sunmaktır. Haptik sistemlerde, simüle ortamlar içerisinde bir enstrüman ya da bir alet kullanıldığında, müdahalenin dokunsal bir geri

⁸ Haptik sistemler: Simüle ortamda alet ile yapılan müdahalelerin dokunsal bir geri dönüşü oluyormuş gibi hissedilmesini sağlayan sistemlerdir.

⁹ Kateterizasyon: Doğal vücut deliklerinden uygun bir kateterle sıvı alınması veya verilmesi işlemidir.

dönüşü oluyormuş gibi hissedilmekte ve bu durum kullanıcıya modelle fiziksel temas halinde olma duygusunu yaşatmaktadır (Maran ve Glavin, 2003). Bu teknoloji, laparoskopi ve endoskopi becerileri eğitimlerinde sıklıkla kullanılmaktadır (Bradley, 2006; Maran ve Glavin, 2003; Okuda ve ark., 2009).

Literatürde SH ve simüle hasta olmak üzere iki farklı kavram ile karşılanan bir başka uygulamada gerçek kişiler görev almaktadır. Bu kavramlara ilave olarak, yalancı hasta, yalancı müşteri, eğitilmiş hasta, programlanmış hasta terimleri de kullanılmaktadır. Bu iki kavram arasındaki farklılığa daha sonra (Bknz. Bölüm 1.3.2) değinilecek olup, bu kısımda sadece genel bir tanımlama yapılacaktır. Simüle ve SH genel anlamıyla, sağlık çalışanlarının eğitiminde yer almak üzere eğitilmiş hasta rolü yapan kişilerdir.

Simüle ortamlarda gerçekçi çalışma ortamlarının yaratılması sonucu senaryonun da gerçeklik değeri arttırılmış olacaktır (Maran ve Glavin, 2003).

Entegre simülatörler, yüksek teknolojiли mankenlerin bilgisayar ile desteklenmesi sonucu oluşturulan entegre sistemlerdir. Mankene monte edilen monitörlerden, uygulanan ilaca mankenin verdiği yanıt izlenebilmektedir (Kneebone, 2003).

1.3.1. Eczacılık Eğitiminde Simülasyon Kullanımı

ACPE, simülasyon kullanımını değerli bir teknik olarak nitelendirmektedir. Aynı zamanda bu tekniğin kullanımının, analitik düşünme ve problem çözme becerilerini arttırdığını da belirterek mutlaka lisans müfredatında yer verilmesini önemli görmüştür (Mieure ve ark., 2010). Özellikle öğrencinin gerçek hayatta karşılaşma olasılığı düşük olan, nadir durumlarda tercih edilebileceğine ve böylelikle öğrencinin deneyim kazanmasına olanak sağlayacağına değinmektedir (Kane-Gill ve Smithburger, 2011).

Eczacılık eğitiminde simülasyona, dünyadaki pek çok fakültenin çekirdek müfredatında yer verildiğine ilişkin ifadeler rastlanmaktadır. Bu konuda en iyi ve en etkili uygulamanın hangisi olduğuna dair araştırmalar ise hâlâ sürmektedir (Kane-Gill ve Smithburger, 2011). Kullanılan simülasyon uygulamaları kendi içinde çeşitlilik göstermektedir. Yüksek gerçeklik içeren sistemlerin, farmakoloji ve medisinal kimya derslerine dahil edildiği söylenmekte olup, yine pek çok lisans programında eczacılık fakültesi öğrencileri, tıp ve hemşirelik öğrencileri ile birlikte simülasyon laboratuvarlarına girmektedir. Birçok eczacılık fakültesi müfredatında yer alan derslerde SH, bir simülasyon tekniği olarak tercih edilmektedir. SH, hasta öyküsü almak, iletişim ve danışmanlık becerilerini geliştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Buna ilave olarak, sanal gerçeklik ve simüle ortamlar da kullanılan daha gelişkin simülasyon tekniklerine örnek olarak verilebilir. Öyle ki bazı eczacılık fakültelerinde “sanal temiz oda” projesi ile hayata geçirilen sistem vasıtasıyla öğrenciler, nükleer eczacılıkta radyoaktif ilaçların nasıl hazırlandığı ve muhafaza edildiğini deneyimleme şansı bulmaktadır. Öğrenci taktığı üç boyutlu gözlük ve joystick sayesinde duvara yansıtılan steril ortam içerisine girebilmekte, oradaymış gibi hareket edebilmekte ve sanal objelere müdahale edebilmektedir. Çok çeşitli amaçlar ile manken veya maket kullanımına da eczacılık eğitiminde rastlanmaktadır (Lin ve ark., 2011). Örneğin, acil durumlarda ilk yardım müdahalesi, kan basıncı ölçümü gibi bireysel ve takım çalışması gerektiren durumlar için kullanılan mankenler üzerinden bu konu ile ilgili eğitimler gerçekleştirilmektedir (Lin ve ark., 2011; Seybert ve Barton, 2007).

1.3.2. Simüle ve Standardize Hasta Kavramları

Simüle hasta ve SH adlandırmalarının literatürde birbiri yerine kullanıldığına ve ikisi arasında herhangi bir ayrımın gözetilmediğine dair çıkarım yapmak söz konusudur (Boulet ve ark., 2009; Lane ve ark., 2001). SH veya simüle hastanın en genel tanımı; “özel bir tıbbi koşul altında hasta rolü oynamak üzere eğitilmiş ve programlanmış kişidir.” şeklinde ortaya konulmaktadır. Ancak bu iki kavramın farklı olduğunu vurgulayan ve aradaki ayrımı ortaya koyarak, anlam kargaşasını gidermeye

alışan çalışmalara da rastlanmıştır (Barrows, 1993; Beigzadeh ve ark., 2015; Bokken ve ark., 2010; Churchouse ve McCafferty, 2012).

Literatür SH ve simüle hasta kavramlarını ele alış biçimleri açısından incelendiğinde, bu anlam farklılığını ortaya koyan yazarlar arasında da tutarsızlık olduğu göze çarpmaktadır. Bir çalışmada açıklanan SH kavramı ile diğer bir çalışmadaki anlam birbirine eş değildir. Örneğin, Churchouse ve McCafferty'nin aktardığına göre Gayle Gliva McConvey SH'ları, "hasta değerlendirme, muayene, hasta ile iletişim ve danışmanlık becerileri eğitimlerinde kullanılmak üzere gerçek bir hastanın kendi öyküsünü örneğin; kendi tetkik sonuçlarını, fiziksel muayene bulgularını vs. kullanarak eğitimde yer alan kişilerdir." şeklinde tanımlamaktadır. Yine, Churchouse ve McCafferty'nin aktardığına göre Glass ve arkadaşları ise SH'yı, "hasta ile görüşme ya da bir fiziksel muayene sırasında hasta rolü oynayan eğitilmiş oyunculardır." şeklinde tanımlamaktadır. Bu iki tanım irdelendiğinde ortaya bir anlam kargaşası çıktığı nettir (Churchouse ve McCafferty, 2012). Tanımlara göre ilk olarak SH denildiğinde zihinlerde, rol yapmadan kendi gibi olarak, kendi hikayesini temel alarak hastayı canlandıran kişi düşüncesi oluşmaktadır. İkinci olarak da, kendi özelliklerinden ve yaşadıklarından bağımsız olarak hasta rolü oynayabilen ve bu rolü bir karaktere büründürebilen profesyonel bir oyuncu algısı oluşmaktadır.

Aynı karışıklık simüle hasta kavramı için de geçerlidir. Beigzadeh ve arkadaşlarının aktardığına göre Collins ve Harden simüle hastayı, "*farklı klinik senaryoları canlandırabilmek için eğitim almış sıradan kişilerdir*" şeklinde tanımlamıştır. Eğer doğru eğitildiyse simüle hastalar, bir uzman tarafından gerçek hasta mı değer mi fark edilmemektedir (Beigzadeh ve ark., 2015). Ancak Bokken ve arkadaşlarına (2010) göre, simüle hastalar, kendi deneyimleri ve öyküsünü temel alarak rol yaptığı için gerçeklik hissi yüksek bir görüşme gerçekleştirmektedirler.

Literatür taraması gerçekleştirilirken, SH ve simüle hasta kavramları arasındaki farklılığı özel olarak konu alıp, bu farklılığı net bir şekilde ele alan tek bir çalışmaya ulaşılabilmıştır. Churchouse ve McCafferty (2012)'ın yaptığı bu çalışmada SH ve simüle hasta kavramları ile ilgili geniş kapsamlı literatür taraması yapılmış ve bu iki

kavram arasındaki farklılığın iki durumdan kaynaklandığı ileri sürülmüştür. İlk olarak, kişinin gerçekten hasta olmadan, hasta olarak rol yapmak üzere eğitilmesi ikinci olarak, tıbbi durum karşısında kendi özelliklerini (duygu, düşünce, fiziksel, biyokimyasal bulgular vs.) değiştirmeden kullanması bu farklılıkların ana kaynağıdır.

Bahsedilen bu kavram kargaşasını bir kenara bırakabilmek ve bu tez kapsamında bahsi geçen SH kavramını netleştirebilmek için, literatürde Barrows ve Abrahamson (1964) tarafından ilk kez “Programlanmış Hasta” olarak ortaya atılan ve günümüzde SH’ya evrilen kavramı açıklamanın daha doğru olduğu düşünülmüştür. Programlanmış hasta yani SH; “özel bir hastanın karakteristiğini canlandırmak üzere dikkatlice eğitilmiş bir insandır” şeklinde açıklanmıştır. Adamo ise SH ve simüle hasta arasındaki ayrımı, iki hasta öyküsü üzerinden çok net bir şekilde yapmaktadır (Adamo, 2003):

Simüle hasta: 55-65 yaşları arasında periferik vasküler hastalık teşhisi konulmuş bir erkek işçi, simüle hasta olarak işe alınmıştır. Hasta hekimi tarafından tıbbi durumunu içselleştirebilmesi ve kendi mevcut hastalığı, sosyal durumu ile alakalı cevaplar verebilmesi için eğitilmiştir. Hastaya hayali isim verilmiştir ve sanki daha önce doktora gitmemiş gibi davranması için şartlandırılmıştır. Bu rolün tıp öğrencilerinin eğitilmesi amacıyla gerçekleştirildiği konusunda bilgilendirilmiştir. Gerçek bir teşhis veya tedaviye tabi tutulmayacağını anlaması sağlanmıştır. Öğrenci ile gerçekleştirilecek bu görüşme, hastalığa ilişkin gerçek deneyime dayalı kişiselleştirilmiş bir tasvirdir. Bu görüşme esnasında gerçekleşen diyaloglar, dolayısıyla öğrencinin öğrenim çıktıları, her tıp öğrencisi için farklılık gösterebilmektedir. Gerçek hastalarda olduğu gibi, öğrenci ile yapılan bu görüşmenin içeriği de tek, eşsiz ve randomizedir. Yapılan bu görüşme ile aynı simüle hastanın başka bir öğrenci ile gerçekleştirdiği diğer bir görüşme arasında tutarsızlıklar mevcuttur.

Standardize hasta: 60-69 yaşlarında, sağlıklı, eğitimli bir kadın, herhangi bir kalp rahatsızlığı ya da anormal kardiyak bulguları ve göğüs yara izleri olmaksızın işe alınır. Dispne atakları yaşayan telaşlı, endişeli bir hastayı

canlandırması beklenmektedir. Tıp öğrencisi tarafından muayene sırasında, hastalığına karşı belirli bir duygusal tepki veya tutum takınması için eğitilir. Ayrıca görüşme sırasında öğrencinin sergilemesi gereken beceri veya tutumların işaretlendiği gözlem formlarını nasıl doldurması gerektiği ile ilgili de bilgilendirilmiştir. Aynı senaryoyu oynayabilmek için birbirinden farklı kadınlar eğitilebilir.

Bu örneklerden hareketle, simüle hasta ile gerçekleştirilen görüşmelerde hasta rolündeki kişi gerçekten hasta olduğu için gerçeklik hissi daha fazla olabilmekte ancak, görüşmenin içeriği, amacı ve hedefleri önceden belirlenmediği için öğrenciden öğrenciye farklılık gösterebilmektedir. SH'ler ile olan görüşmelerde, kişi gerçekten hasta olmadığı için gerçeklik hissi o kişinin rol yeteneğine ve aldığı eğitimin kalitesine göre değişmektedir. Ancak SH görüşmelerinde, görüşmenin akış basamakları önceden belirlendiği için, öğrencinin ulaşması gereken öğrenim hedefleri değişkenlik göstermemektedir.

1.3.3 Standardize Hasta Kullanımının Avantaj ve Dezavantajları

Tıp eğitiminde olduğu kadar eczacılık eğitiminde de sıklıkla kullanılan SH tekniğinin pek çok avantajının olduğu bilinmektedir. Tıp eğitiminde SH'nın yalnızca gerçek hasta bulunamadığında kullanılması gerektiğine dair yanlış bir inanış söz konusudur. Halbuki gerçek hastaların aksine SH'lar, her tür durumda ve anda kullanıma elverişlidir. İstenirse bir SH, sınıf ortamında veya klinik dışı herhangi bir ortamda eğitime dâhil edilebilir. Eğitim süresince üzerinde durulması istenen herhangi bir hastalık, durum ya da problemi bu hasta üzerinden anlatma ve istenilen zamanda ve mekânda (klinik dışı ortam zorunluluğu olmadan) öğrenciyi değerlendirme olanağı tanır. Gerçek hastanın aksine SH'lar her öğrenciye aynı durumu, sorunu vs. yaşatabilir (Barrows, 1993). Her durumda aynı öğrenim hedeflerinin sağlanabilmesi, yani pek çok kere aynı senaryonun aynı şekilde oynanabilmesi, farklı öğrencilere aynı durumları standardize bir şekilde öğretebilmeyi olanaklı kılmaktadır.

SH klinik ortamda karşılaşılan sorunların çözümü açısından önemli görülmektedir. İletişim becerilerinin geliştirilmesi, interdisipliner deneyimler için zemin hazırlama, hasta muayene ve klinik müdahale gibi durumların kontrollü ve güvenilir bir şekilde deneyimlenmesini sağlaması açısından pek çok avantajı içinde barındırmaktadır (Smithson ve ark., 2015).

SH'lar, öğrenci ile defalarca karşılaşması ve öğrencinin çeşitli becerilerini geliştirebilmesi için görev alırlar. Eğitimlerde birer öğretim tekniği ve değerlendirme aracı olarak kullanılırlar. Bu sebeple öğrencinin hasta için vereceği yanlış karar, eğiticide tedirginlik yaratmaz. Öğrencinin gerçek hasta ile yüzleşmeden önceki ara geçiş basamağını oluştururlar. Böylelikle öğrenci öğrendiği yeni bilgiyi hasta üzerinde denemekten çekinmez, yanlış yapmaktan korkma olasılığı düşer (Barrows, 1993).

Öğrenci, gerçek hayatta karşılaşma olasılığının az olduğu, ancak karşılaştığı zaman da içinden çıkması güç olan durumları SH sayesinde daha kolay deneyimleyebilmektedir. Ölmekte olan hasta, cinsel istimara uğramış hasta, engelli hasta gibi durumlarda ne yapması ve kendini nerede konumlandırması gerektiğini yaşayarak öğrenme fırsatı bulur (Barrows, 1993).

SH kullanımı eğitim amacıyla manipüle edilebilir. Bu konudaki en güçlü tekniklerden biri “mola verme” adıyla bilinen tekniktir. Öğrenci, SH ile görüşme halinde iken eğitici bir anda “mola” diye bağırıp, senaryoyu durdurabilir. SH hasta rolünden çıkmaz fakat o anda görüşmeye ara verir. Eğitici ve öğrenci, o ana kadar neler olduğu, kişilerarası ilişkilerin nasıl geliştiği, bundan sonraki adımların ne olması gerektiği hakkında tartışır. Böyle bir uygulama eğiticiye, gerçek hasta ile görüşmede mümkün olmayacak, anında müdahale imkânını tanır. Böylelikle eğitici, hasta ile olan görüşme sonlandığında öğrenciye görüşme esnasında neler olduğunu hatırlatmak ve öğrencinin hatırlamasını beklemek zorunda kalmaz. Eğitici gerekli bilgilendirmeleri yaptıktan sonra “devam” diyerek görüşmenin devam etmesini sağlar. Sanki mola verilmemiş gibi oyun devam eder (Barrows, 1993).

Eğitimde SH kullanımının önemli iki dezavantajı üzerinde durulmaktadır. Bunlardan biri zaman alan bir teknik olması, ikincisi ise maliyetinin yüksek olmasıdır. Hasta öyküsü oluşturma ve senaryo yazma eğiticilerin uzun zaman ayırması gereken

bir süreçtir. Senaryonun yazılmasının ardından, senaryonun hayata geçirilip uygulanmasının maliyetli olduğu vurgulanmaktadır. SH'lar saatlik ücrete tabi çalıştırılmaktadırlar (Flynn, 2012). Bu sebeple SH'ların hem eğitimi hem uygulamaları maliyetli olmaktadır. Gerçeklik hissi yüksek bir simülasyon yaratabilmek için SH eğitimine fazla zaman ayırmanın gerekli olduğu belirtilmektedir (Buellens ve ark., 1997). Barrow ise daha önce SH deneyimi olmayan birinin yaklaşık iki-üç saatlik bir eğitim ile iyi bir görüşme yapabilecek düzeye gelebileceğini savunmaktadır (Barrows, 1993). Fakat bu görüşün tersine, kaliteli bir eğitimin saatler sürmesi gerektiği, ancak böyle olursa senaryo eğitimi, senaryodan beklenenleri hafızaya alma gibi konularda pratik sağlanmanın mümkün olduğu da belirtilmektedir (Rethans ve ark., 1991).

Belirtilen bu dezavantajlara ilave olarak SH'nın canlandırabileceği semptomların kısıtlılığı da başka bir dezavantaj olarak sayılmıştır. Fakat Barrows'un bu görüşe karşı çıktığı söylenmekte ve kendisinin SH'ya uyarlanabilecek 60 adet semptom-bulgu listesi oluşturduğu belirtilmektedir. (Buellens ve ark., 1997).

Yapılan görüşmelerin SH üzerinde yarattığı fiziksel, ruhsal ve uzun dönemli negatif etkilerinin olduğu ifade edilen bir diğer dezavantajdır. Genellikle ilk kez hasta rolü yapacak kişilerde ve kesintisiz 40 dakika boyunca görüşme yapan (yaklaşık 3-4 görüşme) tecrübeli hastalarda utanma, endişe, sıkıntı, anksiyete, huzursuzluk gibi duygusal değişimlere daha sıklıkla rastlanmakta ve bu durum hastaların performanslarını etkilemektedir. Buna ilave olarak, hastada fiziksel değişimler de meydana gelebilmektedir. Senaryo gereği sürekli aynı beden duruşunu (öne eğik) sergilemek durumunda olan hastada boyun, baş ağrılarının oluşması buna örnek olarak verilebilir. Uzun dönemde rol gereği oynadığı hastalığa yakalanan hastaların olduğu da belirtilmiştir. Örneğin sürekli jinekolojik muayene olan bir SH'nin vajinal enfeksiyon kapma olasılığı artmaktadır (Plaksin ve ark., 2016).

Görüşmelerin SH'lar üzerinde yarattığı negatif etkilerin yanında, SH olarak çalışmanın SH için bazı yararlarının olduğundan da bahsedilmektedir. Genellikle SH'lar eğitime katkı sağlamanın mutluluğunu yaşadıklarını ifade etmektedirler. Aynı zamanda tıbbi bilgilerinde artış olduğunu, sağlık sistemi hakkında daha fazla şey

öğrendiklerini bildirmişlerdir. Kronik hastalara olan ön yargılarından arınarak, onlarla daha rahat empati kurabildiklerini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinin daha kaliteli hale gelmesi de sayılabilecek faydalar arasındadır (Plaksin ve ark., 2016).

1.4. Program Geliştirmede Temel Kavramlar

1.4.1. Eğitim Programı

Eğitim programı kavramının, M.Ö. birinci yüzyıldan bu yana kullanıldığı belirtilmektedir. Roma’da yarış arabalarının yarıştığı oval biçimindeki koşu pistini, Julius Ceaser ve askerleri Latince curriculum¹⁰ olarak kullanmışlardır. Sonraları somut bir kavram olarak kullanılan “curriculum”, eğitim bilimlerinde “izlenen yol” anlamında kullanılan soyut bir olguya doğru evrilmiştir (Demirel, 2014). Eğitimde program kavramı, pek çok düşünür ve eğitim bilimci tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Demirel (2014)’in aktardığına göre Carter V. Good’un hazırladığı eğitim sözlüğünde eğitim programı, *“bir çalışma alanında sertifika ya da diploma alabilmek için sistematik olarak sıralanması gereken dersler ya da konulardan oluşan bir liste”* anlamında kullanılmaktadır.

Saylor ve arkadaşları (1981)’nın aktardığına göre Caswell ve Campell eğitim programını, *“öğrencilerin öğretmenlerin rehberliğinde kazandıkları yaşantıların tümü”* olarak tanımlamaktadır. Saylor ve arkadaşları (1981) ise eğitim programını, *“eğitilecek bireylere öğrenme yaşantılarını kazandırma planı”* olarak görmektedirler.

Demirel (2014)’in aktardığına göre, Türkiye’de program geliştirme çalışmalarının öncülerinden Varış eğitim programını, *“bir eğitim kurumunun,*

¹⁰ İngilizce’de “track” karşılığı olarak kullanılmıştır.

çocuklar, gençler ve yetişkinler için sağladığı, milli eğitim ve kurumun amaçlarının gerçekleştirilmesine dönük tüm faaliyetleri kapsar” şeklinde tanımlamaktadır. Ertürk ise eğitim programını “yetişek” olarak nitelemekte ve “geçerli öğrenme yaşantıları düzeni” olarak tanımlamaktadır.

Demirel (2014) ise önceki tanımlardan hareketle eğitim programını, “*öğrenene, okulda ve okul dışında planlanmış etkinlikler yoluyla sağlanan öğrenme yaşantıları düzeneği*” şeklinde yeniden tanımlamıştır.

Tanımlar incelendiğinde kimi eğitim kuramcıları, eğitim programını bir sistem olarak düşünmektedir. Onlara göre eğitim programı, insanlar ve süreçlerle ya da işlemlerin ve personelin örgütlenmesi ile uğraşan bir sistemdir. Kimi kuramcıları ise eğitim programını içerik olarak düşünmektedir. Bu doğrultuda tanımlarla birebir örtüşen bir programlama yaklaşımı olmadığını belirtmek doğru olacaktır (Demirel, 2014). Zira önemli olan eksiksiz bir tanım değil, etkin bir çabadır. Bu yönden eğitim ile ilgilenenler, çeşitli fikirleri uygulama açısından ele almak durumundadır (Varış, 1971).

1.4.2. Öğretim Programı

Okul ya da okul dışında bir bireye kazandırılması planlanan bir dersin öğretimi ile ilgili tüm etkinlikleri kapsayan plandır (Demirel, 2014).

Öğretim programı eğitim programı içerisinde ağırlık taşıyan bölümdür. Belirli bilgi kategorilerinden oluşan bilgi, beceri ve tutumların eğitim programının amacı doğrultusunda ve planlı bir biçimde kazandırılmasına yönelik oluşturulan program öğretim programıdır (Şeker ve ark., 2014). Eğitim programı, hedefler doğrultusunda planlanan tüm eğitim etkinliklerini kapsamaktadır. Öğretim programı, bir eğitim programı içerisinde yer alan sınıf ve derslerde ele alınacak konularla ilgili tüm öğretim etkinliklerini kapsamaktadır (Demirel, 2014). Öğretim programı bir açıdan ders programları bütününden oluşmaktadır (Şeker ve ark., 2014).

1.4.3. Ders Programı

Bir ders süresi içinde planlanan hedeflerin bireye nasıl kazandırılacağını gösteren tüm etkinlikleri içeren bir plandır (Demirel, 2014). Ders programı öğretim programı içerisinde yer almaktadır (Şeker ve ark., 2014).

1.4.4. Örtük Müfredat

Programın ders dışı etkinlikleri de içine alan belirsiz ve daha az gözlenebilen kısmı örtük müfredat ya da gizli müfredat olarak adlandırılmaktadır (Henson, 2006). Öğrenciler resmi ve yazılı programların yanında planlanmamış, yazılı örtük müfredattan da etkilenirler (Şeker ve ark., 2014).

Örtük müfredat açık şekilde belirli ve yazılı olmayan bir programdır. Bu sebeple kavramın sosyolojik niteliği daha fazladır. Bu geniş içeriğe dâhil olan unsurlar; okul içinde görev yapan öğretmen ve yöneticilerin davranışları, yaklaşımları, inançları, değer yargıları, okul atmosferinin niteliği, değerleri, okul içi ortamın öğrencilere sağladığı etkileşim örüntüsü, okul içi yazılı olmayan kuralları, rutinleri, disiplini, otoriteye itaat etme gibi kültürel tutumlar ve daha birçok kültürel etken şeklinde sıralanabilir (Tezcan, 2003).

Toplumsal hayata uyum sağlamada eğitim programları kadar etkili olabilen örtük müfredat, öğrencilerin öğrenmeleri üzerinde etkili olmaktadır. Resmi programlar ne kadar iyi planlanıp hazırlanırsa hazırlansın, programın amaç ve hedeflerine gerçekte tam olarak ulaşmak mümkün olmamaktadır. Örtük müfredat genellikle okul yöneticileri tarafından kabul edilmez fakat öğrenciler üzerinde resmi programdan daha derin ve kalıcı bir anlamı olabilir (Şeker ve ark., 2014).

Program geliştirme uzmanları, eğitimde program geliştirme çalışmalarında örtük müfredatı iyi çözümleyebilmeli ve onu normal eğitim programının bir parçası haline

getirmelidirler (Demirel, 2014). Bu yolla öğrencilere öğretilmek istenenS hedef davranışlara ders dışı yollar kullanılarak erişmeleri sağlanabilir.

1.4.5. Program Geliştirme

Eğitim programı tasarımı bir programın hangi öğelerden oluşacağının tespit edilmesi sürecidir. Program tasarımı, öğretimin düzenlenmesini anlamlı bir bütünlük içinde ele almayı amaçlar. Bir eğitim programı planlanırken öncelikle programın tasarımı ile işe başlamak gerekmektedir (Demirel, 2014).

1.5. Program Geliştirmenin Öğeleri

Program tasarımı bir eğitim programını oluşturan temel öğelerden oluşmaktadır. Bu öğeler arasındaki ilişkiler açısından farklılıkların ortaya konması farklı tasarımları ortaya çıkarmaktadır. Bir programın temel öğeleri; hedef, içerik (konu alanı), öğrenme yaşantıları ve değerlendirmedir.

Eğitim programlarının bu öğelere farklı ağırlıklar verilerek oluşturulması, tasarımcının kendine özgü tasarımını yaratmasını sağlar. Örneğin Demirel (2014)'in belirttiğine göre; *“süreç değerlendirme ağırlıklı bir program tasarımında, öğrenme yaşantılarını düzenleme daha çok ağırlık kazanmakta; ürün değerlendirme ağırlıklı programda ise ölçme teknikleri daha çok ön plana çıkmaktadır.*

Eğitim programı tasarımı çalışması aşağıdaki şu dört soruya cevap aramaktadır:

1. Ne yapılmalıdır?
2. Konu alanı neleri içermelidir?
3. Hangi öğrenme stratejileri, kaynak ve etkinlikleri kullanılmalıdır?
4. Sonuçları değerlendirmek için hangi ölçme teknikleri ve araçları kullanılmalıdır?

Bu dört soruya verilen cevap birbiri ile sürekli ilişkilidir. Herhangi biri için alınan karar diğerlerini de etkilemektedir (Demirel, 2014).

1.5.1. İhtiyaç Belirleme

İhtiyaç belirleme, “*hedef grubun öğrenme gereksinimleri ile ilgili bilgi toplama ve analizini kapsayan sistematik bir süreçtir*”. Bu süreç, önceliklerin belirlenmesi ve kaynakların yerinde kullanılması için akılcı bir yaklaşım sağlar (Şahin, 2006).

İhtiyaç belirleme çalışmalarında toplumun, bireyin ve konu alanı ile ilgili ihtiyaçların belirlenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bu amaç doğrultusunda ihtiyaç belirleme araştırmalarında şu sorulara cevap aranmalıdır (Demirel, 2014):

1. Toplumun beklenti ve ihtiyaçları nelerdir?
2. Bireyin ihtiyaçları nelerdir?
3. Konu alanı ile ilgili ihtiyaçlar nelerdir?

Toplumun beklenti ve ihtiyaçları temelde eğitim programlarının hedeflerini ortaya koymak konusunda yardımcı bir bileşendir. Bu belirlemelere ilişkin hedefler ve unsurlar programda yer almazsa okul ile toplum arasında bir çatışma olabilir. Eğitilen bireyler topluma uyum sağlamada başarısız olurlar. Toplumun hangi niteliklere sahip bireylere ihtiyacının olduğu iyi irdelenmelidir.

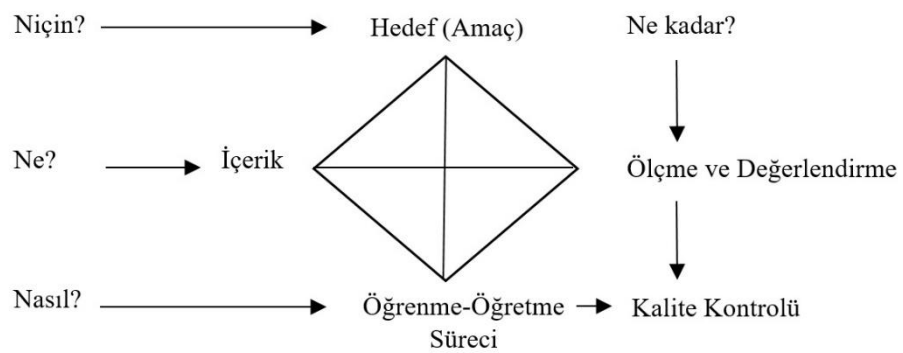
Birey ve toplum ihtiyaçları arasında bir uyum sağlamak gerekmektedir. Birey, toplumun kendine sunduğu olanaklardan yararlanmak ister. İyi bir meslek sahibi olmak, maddi kazanç sağlamak ve geçinmek arzusundadır. Bunu gerçekleştirdiği oranda toplumun ihtiyaçlarını karşılamak konusunda fayda sağlar. Eğitim yoluyla toplum ve birey ihtiyaçlarının paralellik kazanmasını sağlamak olasıdır. Bu süreci gerçekleştiren de eğitim programlarıdır.

Eğitim programlarının etkili olabilmesi için program hedefleri ile konu alanları arasında bir tutarlılık olmalıdır. Belirlenen hedeflere ulaşabilmek için ne tür konu alanlarının seçimine ihtiyaç duyulduğu belirlenmelidir.

İhtiyaç değerlendirmesi “Ne?” ile “Ne olmalı?” arasındaki farkın nasıl kapatılacağı yönünde önceliklerin belirlenmesi sürecidir. İhtiyaç değerlendirme süreci çeşitli aşamalardan oluşmaktadır. Bu aşamalar; planlama, bilgi toplama ve bilginin çözümlenip rapor edilmesidir (Demirel, 2014). İhtiyaç değerlendirmede kullanılan çok değişik yöntem ve teknikler mevcuttur. Ancak konunun detayına bu çalışma kapsamında yer verilmemiştir.

1.5.2. Hedef Belirleme

Eğitimde program geliştirme süreci hedef, içerik, öğrenme-öğretme süreci ve değerlendirme boyutları arasındaki dinamik ilişkiler bütünüdür. Demirel (2014) eğitimde program geliştirme sürecini Şekil 1.3’te olduğu gibi göstermiştir. Program geliştirme öğelerinden “hedef belirleme” ile ilgili hazırlıklar yapılırken “Bireyleri niçin eğitiyoruz?” sorusuna yanıt vermek gerekmektedir.



Şekil 1.3. Eğitimde program geliştirme süreci (Demirel, 2014).

Senemoğlu (2015)’nin aktardığına göre Ertürk hedefi, “*yetiştirdiğimiz insanda bulunmasını uygun gördüğümüz eğitim yoluyla kazandırılabilir nitelikteki istendik*

özelliklerdir” şeklinde tanımlamaktadır. Bu özellikler; bilgi, beceri, tutum, ilgi alışkanlık vb. olabilir (Demirel, 2014).

Hedefler ölçülebilir davranıştan daha genel bir niteliği ifade etmektedir. Ancak bünyesinde davranışları kapsamakta olduğu için gözlenebilir, ölçülebilir davranış olarak ifade edilmeye müsait özelliklerdir (Senemoğlu, 2015). Örneğin; “Kişiler ve hasta ile ilişkisinde temel iletişim becerilerini uygular” hedefi gözlenebilir, ölçülebilir tek bir davranıştan oluşmaz. Bunun yanında gözlenebilir davranışları bünyesinde barındırır. Devinişsel hedeflerden beceri haline getirme düzeyindeki bu hedefin davranışları şunlar olabilir: “İletişim kavramını tanımlar; günlük yaşantıda kullanılan iletişim engellerini ayırt eder” vb.

Hedefler gözlenebilir, ölçülebilir tek bir davranıştan oluşmadığından öğretim ve ölçme-değerlendirme etkinliklerinin düzenlenmesinde yol gösterici olarak yetersiz kalabilirler. Bu nedenle Senemoğlu (2014)’nın aktardığına göre Tyler, hedeflerin belli bir konu alanında ya da yaşamda kullanılabilecek gözlenebilir, ölçülebilir öğrenci davranışı olarak ifade edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Böyle olduğunda öğretme-öğrenme ve sınama durumlarının hazırlanmasına yol göstermektedir (Senemoğlu, 2015).

Hedeflerin gözlenebilir, ölçülebilir olması ne kadar önemliyse, düzenli olması da o kadar önemlidir. Bu düzenin sağlanması hedeflerin aşamalı bir şekilde sınıflandırılmasını zorunlu kılar. Hedeflerin aşamalı sınıflamasında yaygın olarak kabul edilen görüş, Bloom ve arkadaşları tarafından oluşturulan, Bloom Taksonomisi olarak adlandırılan sınıflamadır. Bu sınıflamada belli bir alana giren hedefler kolaydan zora, basitten karmaşığa doğru sıralanmıştır. Aşamalılıkta herhangi bir basamaktaki davranışın edinilebilmesi için ondan önce gelen basamaklardaki davranışların öğrenilmiş olması gerekir (Karaca, 2006). Hedeflerin aşamalı sınıflaması üç alanda yapılmaktadır. Bunlar; “bilişsel alan”, “duyuşsal alan” ve “devinişsel (psiko-motor) alan”dır. Bilişsel alan; zihinsel öğrenmelerin çoğunlukta olduğu ve zihinsel yetilerin geliştirildiği alandır. Duyuşsal alan; bireyin ilgilerini, tutumlarını, güdü düzeylerini, kısaca bireyin duygusal özellik ve eğilimlerini kapsayan alandır. Devinişsel alan; zihin

ve kas koordinasyonunu gerektiren becerilerin baskın olduğu alandır. Bu alanda beceriler ağırlıklıdır (Demirel, 2014; Senemoğlu, 2015). Çizelge 1.1’de hedeflerin aşamalı sınıflaması yer almaktadır. Günlük yaşamda hiçbir hedef alanı bir diğerinden kesin hatlarla ayrılmaz. Örneğin; sevdiğimiz bir derste (duyuşsal bir özellik) bilişsel olarak daha başarılı oluruz. Hakkında bir fikrimiz olan (bilişsel bir özellik) kişiye karşı olumlu ya da olumsuz bir tutum (duyuşsal bir özellik) takınırız. Öğrenci temel iletişim becerileri hakkında bilgi sahibi (bilişsel bir özellik) ise, hastayla etkin bir şekilde iletişim kurar (devinişsel özellik). Örneklerden görüldüğü gibi hedef alanları kesin çizgilerle ayrılmaz. Ancak, hedefte hangi özellik ağır basıyor ise o alana yerleştirilir (Senemoğlu, 2015).

Çizelge 1.1. Hedeflerin aşamalı sınıflaması.

Bilişsel Alan	Duyuşsal Alan	Devinişsel Alan
Bilgi	Alma	Algılama
Kavrama	Tepkide Bulunma	Kurulma
Uygulama	Değer Verme	Kılavuzla Yapma
Analiz	Örgütleme	Mekanikleşme
Sentez	Kişilik Haline Getirme	Beceri Haline Getirme
Değerlendirme		Duruma Uydurma
		Yaratma

Hedeflerin aşamalı sınıflaması dikkate alındığında her alan için belirli düzeylerin olduğu göze çarpmaktadır. Bu düzeylerin ne ifade ettiği aşağıda sırası ile kısaca açıklanmıştır (Senemoğlu, 2015; Şeker ve ark., 2014):

Bilgi düzeyindeki öğrenim hedefleri, bireyin herhangi bir nesne ya da olguyla ilgili özellikleri görünce tanınması, sorunca söylemesi ya da ezberden sayması gibi hatırlama davranışlarıdır. Bilişsel alanın en alt basamağında yer almaktadır. Basit öğrenme şekli olsa da bu düzeydeki öğrenmeler diğer öğrenme basamaklarına temel oluşturmaktadır. Bilişsel alanın bilgi basamağı sadece kavrama, uygulama, analiz, sentez ve değerlendirme basamaklarının temelini oluşturmamakta, aynı zamanda duyuşsal ve devinişsel alanların da önkoşul öğrenmesini oluşturmaktadır.

Kavrama düzeyinde birey, bir alt basamak olan bilgi düzeyindeki tanıma ve hatırlama süreçlerinden farklı olarak, kendisi için anlamlı öğrenmelere ulaşmaktadır. Bilgi düzeyinde edindiği bilgileri, anlamını kaybetmeden başka biçimde ifade etme, anlamını açıklama ya da yorumlama gibi daha üst düzey öğrenmeler gerçekleşir.

Uygulama düzeyinde bireylerden, bilgi ve kavrama basamağında kazandırılan öğrenmelere dayalı olarak kendisi için yeni bir sorunu çözmesi, önceden edindiği kazanımları kendisi için yeni bir duruma uygulayabilmesi beklenmektedir.

Analiz düzeyinde bireylerin bilişsel olarak bir bilgi bütününe ya da örüntüsünü öğeleri, ilişkileri ve bütünü oluşturan örgütlenme ilkeleri açısından irdelemesi istenmektedir. Bilimsel bir araştırma çalışmasının dayandığı felsefî temelleri analiz edebilme bu düzey için verilebilecek bir örnektir.

Sentez düzeyinde birey, özgün bir ileti meydana getirebilir ve özgün bir plan ya da işlemler takımı oluşturabilir. Özgün bir dönem ödevi hazırlama bu düzey için bir örnek teşkil edebilir. Değerlendirme düzeyinde bireyden ortaya konmuş bir ürünün yeterlilikleri sağlama açısından uygun olup olmadığını gerekçeleri ile beraber sunması beklenir.

Duyuşsal alanın ilk basamağı olan *alma*, bir olay veya uyarıcının farkında olmak veya o olay ve uyarıcıya açık olmak anlamına gelmektedir. Bireyin duyuşsal bir davranış geliştirebilmesi için öncelikle nesne veya olguların farkında olması gerekmektedir. Duyuşsal alanın *alma* düzeyinde kazandırılacak farkında olma davranışı, bilişsel alanın bilgi basamağındaki hatırlama davranışı ile iç içe olduğu vurgulanmalıdır. Örneğin, bireyin sigaranın sağlığa zararlı olduğunun farkında olması için sigaranın ne tür zararları olduğunu bilmesi gerekir.

Tepkide bulunma düzeyinde bireyler olaylar veya uyarıcılara karşı tepkide bulunurlar. Sivil toplum kuruluşlarında çalışmak için gönüllü olmak, derse katılım konusunda istekli olmak gibi örnekler verilebilir.

Değer verme düzeyinde birey, belirli bir olay ya da olguya yönelik değerleri kabul eder ve kendini zorlamadan tutarlı ve istikrarlı bir biçimde değer vermeye devam eder. Toplumsal yaşamda bireylerin hak ve özgürlüklerine saygı duyma konusunda duyarlı olması örnek gösterilebilir.

Örgütlenme düzeyinde birey, diğer aşamalarda olduğu gibi sadece başkaları tarafından oluşturulmuş değerleri kabul etmekle kalmaz, benimsediği değerleri kendi içerisinde veya başka değerlerle ilişkilendirerek kendi değer sistemini oluşturur. Bu düzeye ulaşan bireyde gözlemlenen örnek davranışlar; kendi davranışının sorumluluğunu alma, kendine özgü bir yaşam düzeni oluşturma, değerler arasındaki çatışmaları çözerek yeni bir değer sistemi geliştirmedir.

Devinişsel alanın ilk basamağı olan *algılama* düzeyinde birey, nesnelerin niteliklerini duyuları yardımıyla farkına varmaktadır. Birey bu aşamada duyu organları vasıtası ile ilgili becerilerin nasıl yapılacağını dikkatle izlemeli, araç, gereç ya da işlemleri algılamalıdır. Örneğin, tansiyon ölçümünün nasıl yapıldığını algılama bu düzey için örnek bir davranıştır.

Kurulma düzeyinde bireyin belli bir beceriyi sergilemek üzere hazır oluş durumu söz konusudur. Zihinsel, bedensel ve duyuşsal kurulma olmak üzere üç alt düzeyden oluşur. Kişilerarası etkili iletişim kurabilme becerisi kazanmak için istekli olmak zihinsel kurulma düzeyi için örnek olarak verilebilir.

Kılavuz denetiminde yapma düzeyinde birey bir modeli takip ederek, verilen komutların rehberliğinde bir beceriyi sergiler. Bu basamakta başka bir şeyi ya da kişiyi aynen taklit etme söz konusudur. Eğitici rehberliğinde tablet basım makinesini kullanarak tablet basabilmek bu düzey için örnek bir hedeftir.

Mekanikleşme düzeyinde tekrarlar sonucu birey, ilgili davranışı beceri haline getirmekte ve daha sonra beceri haline gelen davranış mekanikleşmektedir.

Laboratuvar araştırmasında analiz cihazını düzgün olarak kullanma bu basamak için örnektir.

Beceri haline getirme düzeyinde birey bir becerinin otomatikleşmiş olarak, tereddüt edilmeden kas kontrolüne dayalı olarak çok iyi ve kolay bir şekilde yapabilir. Hastayla yapılan görüşmelerde danışmanlık becerilerini düşünmeden sergileyebilme bu düzey için örnek gösterilebilir.

Duruma uydurma birey beceriyi karşılaştığı yeni bir durumda etkili olarak kullanabilir. Bu düzeyde başlarda hata fazla olabilmekte ancak zaman ilerledikçe davranışta yapılan yanlışlık azalmaktadır. Örneğin, görme engelli bir hastayla yapılan görüşme sırasında iletişim ve danışmanlık becerilerini kullanabilme gibi.

Yaratma düzeyinde yeni bir motor beceri geliştirilir veya kendine özgü bir devinışsel ürün ortaya konur. Bu düzeyde birey önceden edindiğı bilgi, beceri ve tecrübelerden yararlanarak bugüne kadar yapılmamış özgün bir ürün ortaya çıkarır. Bu düzey bir bakıma bilişsel alanın sentez aşamasının özelliklerini yansıtır. Özgün bir ilaç molekülü sentezleme veya yeni bir ilaç analiz metodu yaratma bu düzeye örnek olarak verilebilir.

Eğitim programı tasarlanırken yukarıda anlatılan bilişsel, duyuşsal ve devinışsel alanlara uygun hedefler yazılırken uyulması gereken bazı kurallar vardır. Bunlar genel olarak şu şekilde sıralanabilir (Demirel, 2014):

- Hedefler, öğretmenin değil, öğrencinin neler yapması gerektiğini ifade etmelidir. Davranışa dönük olmalıdır.
- Hedefler, öğrenme sürecine değil, öğrenme ürününe dönük olmalıdır.
- Hedefler, öğrenme ürününü gösterecek nitelikte olmalıdır.
- Hedefler, konu başlıkları esas alınarak yazılmamalıdır.
- Hedef, tek tip öğrenme ürününü ifade etmelidir.

- Hedef, öğrencilerin kazanacağı davranışları gösteren eylemle ifade edilmelidir.

Daha önce belirtildiği gibi eğitim programlarının sınama durumlarını gerçekleştirebilmek için hedeflerin davranışlara dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu noktadan hareketle, hedef davranışların davranış cinsinden ifade edilebilmesi için üç ölçüt belirlenmiştir. Buna göre bir davranışın eğitim açısından davranış olabilmesi için; *gözlenebilir, ölçülebilir ve istenilir* olması gerekmektedir. Belirtilen niteliklerdeki davranışların net ve anlaşılır bir biçimde ifade edilebilmesi için uygun eylemlerle bitirilmesi gerekmektedir. Ancak bu bölüm, konu ile ilgilenenlerin hedef yazımının eğitim için önemini kavramaları ve eğitim programı tasarımında hedef yazımı ile ilgili ön bilgi sahibi olmaları amacıyla tasarlanmıştır. Konuya meraklı araştırmacıların davranış yazımında kullanılan eylemlerle ilgili daha detaylı bilgiye, eğitimde program geliştirme hakkındaki kaynaklardan ulaşabileceği düşünülmüştür. Tez çalışması kapsamında tasarlanan eğitim programında hedeflerin belirlenmesi için izlenen yol ile ilgili detaylı bilgiye ileriki bölümlerde değinilmiştir (Bknz. Bölüm 2.1).

1.5.3. İçerik Belirleme

İçerik belirleme eğitim programlarının geliştirilmesinde ikinci aşamayı oluşturmaktadır. Bu aşamada programda belirlenen hedeflere ulaşabilmek için “Ne öğretmeli?” sorusuna yanıt aranır (Karaca, 2006). Şeker (2014)’in aktardığına göre Phenix içerik kavramını “*Öğrenciden kazanması beklenen bazı bilgi ve yeterliliklerle ilgili konu alanlarıdır*” şeklinde tanımlamaktadır.

1.5.3.1. İçerik Seçimi

Eğitim programı öğeleri arasında bağımsız olan tek öge hedeftir. Diğerleri hedefe bağlıdır. Burada hareketle içerik seçiminde ilk ve değişmez ilke, içeriğin

hedeflere uygun olarak seçilmesi gerektiğidir. İçerik seçiminde bazı ölçütlerin dikkate alınması gerekmektedir (Şeker ve ark., 2014). Bu ölçütler;

- Çocukların ve gençlerin ülkenin kalkınmasına katkıda bulunacak bir şekilde yetişebilmeleri için ne öğrenmelidir, çağdaş uygarlık düzeyine ulaşabilmek için nelerle donatılmalıdır gibi soruların cevaplarının arandığı **toplumsal fayda**,
- Okulun uyguladığı içerik ve etkinlikler bireylere gelişim ve öğrenmelerine yardımcı olmakta mıdır, bireylerin öğrenmeleri gereken içerik nedir gibi soruların cevaplarının arandığı **bireysel fayda**,
- İçerik sınıf içinde öğretilirken öğrenen için bir anlam ifade etmekte midir, ilgi ve ihtiyaç ilkelerine uymakta mıdır gibi soruların cevaplarının arandığı **öğrenme ve öğretim**,
- Çağların deneyiminden geçmiş disiplinlerin geçerliği için bir kontrol mekanizması olan **bilgi strüktüründe içeriğin kapladığı yer** olarak ifade edilmektedir.

Yukarıdakilere ek olarak, içerik seçiminde kullanılacak ölçütler; kişisel yeterlik, anlamlılık, ilgililik, kullanışlılık, öğrenilebilirlik ve gerçekleştirilebilirliktir (Şeker ve ark., 2014).

1.5.3.2. İçeriğin Düzenlenmesi

İçerik hedeflerle tutarlı, öğrencinin hazırbulunuşluk düzeyine uygun, somuttan soyuta, basitten karmaşığa, kolaydan zora ve birbirinin önkoşulu, bilinenden bilinmeyene, kendi içinde mantıklı bir tutarlılık gösterecek şekilde düzenlenmelidir (Şeker ve ark., 2014). Bu süreçte öğretmenin görevi, içeriği en uygun biçimde organize ederek yapılandırma, uygun materyal seçimini sağlama ve konunun tüm dengeli yaklaşımı ile anlamlı bir biçimde edinilmesini kolaylaştırmaktır. Öğretmen bunları yaparken şu dört temel ilkeyi göz önünde bulundurmalıdır (Demirel, 2014):

- Kapsama ilkesi: Yeni bir içerik önceden öğrenilen yapının içerisinde verilmelidir.
- Tümdengelim ilkesi: İçeriğin sunulmasında önce genel yapılar ortaya konmalı daha sonra ayrıntılar verilmelidir.
- Önkoşul ilkesi: Ön öğrenmeler yeni öğrenmelere temel oluşturmalıdır. Bilgi yapıları arasında oluşturulan aşamalılık, bilginin ileride de ele alınabilmesine olanak tanımalıdır.

Tez kapsamında tasarlanan eğitim programının içerik düzenlemesi ile ilgili detaylı bilgiye Bölüm 2.1’de değinilmiştir.

1.5.4. Eğitim Durumlarının Düzenlenmesi

Program geliştirmenin üçüncü ögesi olan eğitim durumlarının düzenlenmesi basamağında “Nasıl?” sorusuna cevap aranır. Program geliştirme çalışmalarının süreç boyutunu oluşturmaktadır. Eğitim durumlarını Şeker (2014)’in aktardığına göre Ertürk, “*öğrenme yaşantıları düzeneği*” ya da “*bireyi etkileme gücünde olan dış şartlar*” şeklinde tanımlamıştır. Demirel (2014) ise eğitim durumlarının düzenlenmesinde belirli ölçütleri olması gerektiğini belirtmektedir. Buradan hareketle eğitim durumlarını öğrenci açısından öğrenme yaşantıları düzeneği, öğretmen açısından öğretme yaşantıları düzeneği olarak düşünmektedir. Düzenleme çalışmalarını bu nedenle öğrenciye ve öğretmene dönük olmak üzere iki aşamada ele almaktadır.

1.5.4.1. Öğrenme Yaşantıları

Öğrenme yaşantılarının bir düzeneğe göre sıralanması gerekmektedir. Bu düzeneğin sıralanması aşağıdaki gibidir (Demirel, 2014):

- Giriş ya da Hazırlık Etkinlikleri: Bireye ders ya da ünitenin sonunda hangi davranışları (bilgi-beceri veya tutum açısından) kazanacağı önceden bildirilmelidir. Diğer bir deyişle birey hedeften haberdar edilmelidir. Bu hedefe ulaşabilmek için nasıl bir bilgi gereksinimi olduğu açıklanmalıdır. Hedef-içerik ilişkisinden haberdar olan birey o ders ya da ünite ile ilgili bilgileri almaya hazır hale gelmiş demektir.
- Gelişme Etkinlikleri: Ön öğrenmeleri ve hazırlık çalışmalarını yerine getiren öğrenen, yeni bilgi, beceri veya tutumları kazanmaya hazırlıklı hale gelmiştir. Ünite veya ders işlenirken yapılması planlanan etkinlikler program tasarımı aşamasında çalışma ekibi tarafından iyi analiz edilmelidir.
- Sonuç Etkinlikleri: Ders ya da ünite sonunda yapılması planlanan etkinlikler bu bölümde yer almaktadır. Bu etkinlikler genellikle tartışma soruları, gezi, gözlem deney, özet çıkarma, üretme gibi bilinenenden hareketle bilinmeyeni bulmaya yönelik tasarlanabilir. Son aşamada öğrenme ürünlerini değerlendirmek üzere bir ölçme işlemine gidilmelidir. Böylece öğrenmenin niteliği test edilmiş olur.

1.5.4.2. Öğretme Yaşantıları

Öğrenen için ortaya konan öğrenme yaşantıları düzeneği, öğretene için de geçerli kılmak olasıdır. Bu kısımda öğretene bir reçete vermek yerine, öğrenmeyi kolaylaştırmak konusunda rehberlik nasıl yapılır sorusunun cevabı üzerinde durmanın daha doğru bir yol olduğu söylenebilir. Burada hareketle öğretme durumları da üç aşamada sıralanmıştır. Bunlar (Demirel, 2014):

- Giriş Etkinlikleri: Bu aşamada öğrenin ne öğreneceği, nasıl öğreneceği konusunda bilgilendirilmesi gerektiği için daha çok sunuş yoluyla öğretim yaklaşımından yararlanılır. Öğreten bu yaklaşımı benimsediği için daha çok anlatma yöntemini ve gösteri tekniğini kullanabilir.

- Gelişme Etkinlikleri: Bu aşmada daha çok buluş yoluyla öğrenme yaklaşımına yer verilmelidir. Bunu gerçekleştirebilmek için tartışma yöntemi ve soru-cevap tekniği gibi farklı yöntem ve teknikler etkili olabilir. Böylelikle öğrenen ve öğretene etkileşimi daha fazla olmaktadır. Öğreneni bilgilendirmekten çok buldurmak amaç olmalı ve öğretene rehber görevi üstlenmelidir.
- Sonuç Etkinlikleri: Öğretene araştırma yoluyla öğretim yaklaşımına yer vererek, öğrenenlerin tümünü araştırma-inceleme yapmaya yöneltmelidir. Bunu gerçekleştirebilmek için bireysel ya da grup projeleri verebilir, benzetim (simülasyon) tekniğini kullanarak bireyi çözüm yolları üretmeye itebilir. Bu aşamada öğretene, dersin ya da ünitenin yapısı gereği drama, doğaçlama, problem çözme gibi değişik öğretim tekniklerinden de faydalanabilir. Tüm bu etkinliklerin sonunda ölçme ve değerlendirme çalışmalarına yer verilmelidir. Bu konu ile ilgili ayrıntılı açıklamalara Bölüm 1.5.8’de değinilmiştir.

Öğretme yaşantıları düzenlenirken öğretme strateji, yöntem ve teknikleri dikkate alınmalı ve bunlar içinden uygun olanları işe koşulmalıdır. Bu ölçüt ne kadar iyi başarılsa; öğrenenler, düşünme becerileri açısından geliştirilmiş, eleştirel, sorgulayıcı ve yaratıcı düşünmeye sevk edilmiş olacaklardır.

1.5.5. Öğretme Stratejileri

Pek çok öğretme stratejisi bulunmakla birlikte, bunları genel olarak aşağıdaki gibi sınıflandırmak mümkündür (Karaca, 2006; Senemoğlu, 2015):

- Sunuş Yoluyla Öğretme Stratejisi: Öğretene merkezli bir strateji olan sunuş yoluyla öğretme stratejisinde genelden özele doğru bir sıra izlenir. Dolayısıyla derste öncelikle genel ilke ve kavramlar verilir. Sunuş yoluyla öğretme stratejisinde bol örnek vermek gerekebilir. Özellikle soyut kavramları anlamlı hale getirmek için duyu organlarına hitap eden

uyarıcılar kullanılır. Bu stratejinin kullanılmasında en çok düz anlatım yöntemi tercih edilir.

- Buluş Yoluyla Öğretme Stratejisi: Öğrenen merkezli olan bu strateji önceden paketlenen bilgiyi sunmaktan çok, öğrenenin kendi kendine öğrenebilmesine olanak tanır. Öğrenene bağımsız olarak öğrenebilme becerisini kazandırmanın en uygun yolu, buluşlar yapmasını sağlamak ve merakını tatmin etmesine olanak tanımaktır. Bu stratejinin kullanımında öğrenen, işlenen konu ile ilgili bilmesi gereken temel bilgi ve becerilere sahip olmalıdır. Daha sonra bu bilgi ve becerileri kullanarak daha üst düzeyde öğrenme yaşantılarına sahip olur. Ancak burada önemli olan öğrenenin belirsizlik içinde kaybolarak öğrenmekten vazgeçmemesi için öğretmenin yapılandırılmış buluş yaklaşımını tercih ederek, bulunması gereken ilke, kavram ya da çözüm ile ilgili verileri, örnekleri organize etmesi önerilmektedir. Tartışma, örnek olay gibi öğretim yöntemleri kullanılabilir.
- Araştırma Yoluyla Öğretme Stratejisi: Öğreten rehberliğinde öğrenenin araştırma ve inceleme yapmasına olanak tanıyan bir yaklaşımdır. Öğrenci merkezli öğretim etkinlikleri planlanır. İlk aşamada problem öğrenen tarafından belirlenir. Öğreten öğrenenin problemi tespit edebilmesi için soru-cevap tekniğini kullanabilir. İkinci aşamada hipotezler kurulur. Üçüncü olarak hipotezin sınanması için gerekli veri toplama süreci başlatılır. En son olarak, toplanan veriler analiz edilir ve yorumlanır. Araştırma yoluyla öğretme stratejisini uygulayabilmek için öğrenenin üst düzey bilgi ve beceri sahibi olması gerekir.

1.5.6. Öğretim Yöntemleri

Yöntem, “*bir problemi çözmek, bir deneyi sonuçlandırmak, bir konuyu öğrenmek ya da öğretmek gibi amaçlara ulaşmak için bilinçli olarak seçilen ve izlenen düzenli yoldur*” (Demirel, 2014). Etkili bir öğretim-öğrenme yaşantısı sağlayabilmek için uygun yöntemin seçimi önemlidir.

Öğretim hedeflerinin gerçekleşmesi uygun yöntemin saptanmasıyla sağlanabilir. Bu nedenle her ders için tek bir yöntem yerine farklı yöntemlerin kullanılması gereklidir (Karaca, 2006).

Her öğretme yöntemi, içerik ile öğrencinin etkileşimini sağlamalıdır. Bu nedenle yöntem ve içeriği birbirini tamamlayan iki temel öge olarak görmek, öğretimde yöntem ve içerik birliğini sağlamak gereklidir. Bu bütünlüğün sağlanmasında öğretmenin öğreteceği şey kadar onu nasıl öğreteceği de planlanmalıdır (Karaca, 2006).

Eğitim durumlarının düzenlenmesinde yaygın olarak kullanılan öğretim yöntemleri aşağıda verilmiştir:

- **Anlatma Yöntemi:** En eski öğretim yöntemi olarak bilinir. Bu yöntemde öğretmen öğrenene bilgiyi otokratik bir biçimde iletir ve öğrenen pasif bir şekilde dinleme konumunda kalır. Öğretmen merkezlidir ve işitsel öğrenme becerisi yüksek bireyler için etkilidir. Aynı anda ve kısa zamanda kalabalık gruplara bilgi aktarımı söz konusu olabilir. Uygulaması kolay ve ekonomiktir.
- **Tartışma Yöntemi:** Grup üyelerinin bir konu ya da problem üzerinde konuşarak mümkün olan çözüm yollarını ortaya çıkarmaları esasına dayanır. Öğrenciler görüş ve düşüncelerini açıkça ifade edebilme olanağı bulduğu için demokratik bir yöntemdir. Öğreten-öğrenen etkileşimi gerektirir. Farklı görüşlere karşı anlayış ve hoşgörü gelişimini sağlar. Öğrenenin kendini ifade etme, dolayısıyla konuşma, soru sorma ve karşıdakini dinleme becerileri gelişir. Objektif karar alabilme becerisi gelişir.
- **Örnek Olay Yöntemi:** Dersin öğrenim hedeflerine uygun olarak, öğrenene gerçek yaşamda karşılaşılmış bir olayın sunulup, sınıf içinde öğrenenin tartışma ve yorum yaparak çözüme gitmesini sağlar. Bu yöntemi birçok alana uygulamak mümkündür. Problem çözme, empati, kritik düşünme becerisini geliştirir. Aynı zamanda öğrenende yaratıcı

olmayı da teşvik eder. Öğrenen bildiğini gerçek bir duruma uyarlama şansı bulur.

- Gösterip-Yaptırma Yöntemi: Öğreten bir işlemin uygulanmasını, bir aracın çalıştırılmasını aşama aşama gösterir, anlatır ve öğrenen de alıştırma ve uygulama yaparak aynı beceriyi yeterli düzeye gelene kadar tekrar ettirir. Gösterme kısmı öğretene, yapma kısmı ise öğrenene merkezlidir. Daha çok devinışsel becerilerin kazandırılması için uygun bir yöntemdir. Karmaşık becerilerde bu yöntemi uygulamak zaman alabilir. Özellikle kalabalık gruplarda uygulamak zaman alıcıdır.
- Problem Çözme Yöntemi: Problem çözme, önceki bilgi ve beceriler yardımıyla veya araştırma yoluyla yeni bilgiler edinerek karşılaşılan problemin çözülmesi yöntemidir. Bu yöntemde izlenen yol araştırma yoluyla öğretme stratejisinde izlenen basamakların aynısıdır. Öğrenen merkezli olup, ilgi ve güdülemeyi artırır. Yaratıcı düşünme ve karar verme becerisi geliştirilir. Bilgiyi algılama ve akılda tutuma daha uzun süreli olur. Bu yöntem öğrenenin ileride karşılaşılabileceği olası sorunların üstesinden gelebilmesi için çözüm modelleri üretmesini sağlar. Öğretene iyi bir rehber olması önemlidir. Bu yöntemin uygulanması zaman alabilir ve öğrenmenin değerlendirilmesi güç olabilmektedir.
- Bireysel Çalışma Yöntemi: Bireysel çalışma yönteminde öğrenen bir konuyu yaparak veya yaşayarak öğrenir. Bu sebeple öğrenen merkezli bir yöntemdir. Bu yöntemin kullanımında diğer yöntemler gibi iyi bir planlama yapmak ve zamanı etkili kullanmak önemlidir.

1.5.7. Öğretme Teknikleri

Teknik, bir öğretme yöntemini uygulamaya koyma biçimi ya da sınıf içinde yapılan işlemlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Demirel, 2014).

Eğitim durumlarının düzenlenmesinde yaygın olarak kullanılan öğretim teknikleri aşağıda verilmiştir:

- Grupla Öğretim Teknikleri
 - Beyin fırtınası
 - Gösteri
 - Soru-cevap
 - Drama ve rol yapma
 - Benzetim
 - İkili ve grup çalışmaları
 - Mikro öğretim
 - Eğitsel oyunlar
- Bireysel Öğretim Teknikleri
 - Bireyselleştirilmiş öğretim
 - Programlı öğretim
 - Bilgisayar destekli öğretim
- Sınıf Dışı Öğretim Teknikleri
 - Gezi
 - Gözlem
 - Sergi
 - Görüşme
 - Proje ve ev ödevi

1.5.8. Program Değerlendirme

Literatür incelendiğinde program ve değerlendirme kavramları ile ilgili pek çok farklı tanım yapıldığı görülmektedir. Genel olarak değerlendirme, “ölçme sonuçlarının bir ölçütle veya ölçütler takımıyla kıyaslanıp bir karara varılması sürecidir” şeklinde tanımlanabilir (Karaca, 2006). Tanımdan anlaşılacağı üzere değerlendirme “ölçme”, “ölçüt” ve “karar” olmak üzere üç unsurdan oluşmaktadır.

Bu doğrultuda ölçme, “*geniş anlamıyla herhangi bir özelliği gözlemek ve gözlem sonucunu sayılarla ya da başka sembollerle ifade etmektir*”. Ölçme işleminin gerçekleşebilmesi için ölçülecek bir niteliğin olması, niteliğin gözlenebilmesi ve amaca uygun sayı ve sembollerle gösterilebilmesi gerekir. Ölçüt “*ölçme sonuçlarının karşılaştırılmasında esas alınan ve ilgili karar süreci boyunca değiştirilmeyen niceliklerdir*”. Karar ise “*değerlendirmenin sonucudur*”. Öğrenci başarısını değerlendirme, yapılan yazılı ya da sözlü sınavlar, çoktan seçmeli testler, ödevler, projeler gibi çeşitli ölçme sonuçlarının bir ölçütle kıyaslanması suretiyle varılan bir karar ile sonuçlanır. Bu kararın isabetlilik derecesi (Karaca, 2006);

- Ölçme sonuçlarının hatasız, geçerli ve güvenilir olmasına,
- Ölçütün ve değerlendirmenin amacına uygun olmasına,
- Kıyaslama sırasında yapılan işlemlerin doğru olmasına bağlıdır.

Ölçme ve değerlendirme birbiri ile ilişkili iki kavramdır. Genellikle bu iki kavram birbiri ile karıştırılarak birbirinin yerine kullanılır. Ancak bu kavramların bazı ayırıcı özellikleri mevcuttur. Ölçme özelliğin miktarını gösterirken, değerlendirme bu miktarın yeterli olup olmadığını ya da amaca uygun olup olmadığını ortaya koyar. Ölçme daha çok gözlem, değerlendirme ise karşılaştırma, yorum ve yargıya dayanır. Ölçme yapılabildiği ölçüde nesnel bir işlemken, değerlendirme çeşitli ölçmeler sonucu ortaya çıkan öznel yanı daha ağır basan yargıya dayanan bir işlemdir. Değerlendirmenin olabilmesi için ölçme işleminin gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu sebeple değerlendirmeyi ölçmeyi içeren daha kapsamlı bir terim olarak ifade etmek mümkündür (Karaca, 2006).

Bu açıklamalardan hareketle program değerlendirme, programın etkililiği hakkında karar verme sürecidir şeklinde tanımlanabilir. Demirel (2014)’in aktardığına göre Ertürk program değerlendirmeyi, yetişek geliştirmenin son ve tamamlayıcı halkası olarak eğitim hedeflerinin gerçekleşme derecesini tayin etme süreci olarak ifade etmektedir. Eğitim programı değerlendirilirken programın tüm öğelerini tek tek irdelemek gereği ortaya çıkmaktadır.

Program değerlendirme, yönelik olduğu amaca göre yapıldığında kendi içinde üçe ayrılmaktadır (Demirel, 2014):

1. Tanılayıcı Değerlendirme [Diagnostic Evaluation]: Programa başlamadan önce öğrencilerin önkoşul niteliğindeki bilişsel, duyuşsal ve devinişsel özelliklerini tanılamak amacıyla yapılmaktadır. Öğrencileri tanımlarken bilişsel giriş davranışları, duyuşsal giriş özellikleri ve devinişsel giriş becerilerinin ne olduğunun tespit edilmesi ve ardından öğrenciye kazandırılması planlanan özellikleri kazandırıcı uygulamalara yer verilmesi gerekmektedir.
2. Biçimlendirici Değerlendirme [Formative Evaluation]: Öğrencilerin program başladıktan sonra süreç içinde sürekli değerlendirilmeleri önemli görülmektedir. Bu süreçte öğrencilerin öğrenme güçlüklerini ortaya çıkarmak ve gerekli iyileştirici düzeltmeleri gerçekleştirmek için yapılan değerlendirme yaklaşımına biçimlendirici değerlendirme denilmektedir.
3. Düzey Belirleyici Değerlendirme [Summative Evaluation]: Program sonunda öğrencilerin kazanılmış davranış, özellik ve becerilerini ölçmeye yarayan değerlendirme türüdür. Bu değerlendirme ile eğitim programının öğrencilere istenilen davranışı kazandırıp kazandırmadığı veya programın yeterli olup olmadığı hakkında bir yargıya varmak olasıdır.

1.5.8.1. Program Değerlendirme Yaklaşımları

Program değerlendirme konusunda çok farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; Hedefe Dayalı Değerlendirme Yaklaşımı, Metfessel-Michael Değerlendirme Modeli, Provus'un Farklı Yaklaşımı ile Değerlendirme Modeli, Stake'in Uygunluk-Olasılık Modeli, Stufflebeam'in Bağlam, Girdi-Süreç ve Ürün Modeli, Eisner'in Eğitsel Eleştiri Değerlendirme Modeli olarak sıralanabilir. Bu

bölümde çalışma kapsamında esas alınan yaklaşım olan Hedefe Dayalı Değerlendirme Modeli açıklanacaktır.

R.Tyler tarafından 1933-1941 yılları arasında geliştirilen bu model günümüzde halen geçerliğini korumaktadır. Tyler'ın bu modeli daha sonra geliştirilen modeller için odak noktası olmuştur. Tyler'ın değerlendirme modeli, program geliştirme modellerini esas alır. Tyler'a göre bir programın birbiri ile karşılıklı etkileşim içinde olan üç ögesi bulunmaktadır. Bunlar; hedefler, öğretme yaşantıları ve değerlendirmedir. Bu modelin merkezinde eğitim hedefleri vardır. Hedeflerin değerlendirilmesinde hangi hedeflere ulaşılabildiğine bakılır. Daha sonra ulaşılamayan hedeflere neden ulaşılamadığına dair hedef ve öğretme yaşantıları incelenir. Hedeflerin programın hizmet ettiği gruba uygun olup olmadığı irdelenir. Gerekirse hedefler değiştirilir. Hedeflerde bir hata yoksa hedeflerin kazandırıldığı öğrenme-öğretme yaşantıları incelenir. Yaşantıda bir sorun varsa yaşantı değiştirilir. Hedefe dayalı değerlendirme sürecinde aşağıdaki aşamalara yer verilmektedir (Demirel, 2014):

1. Programın hedeflerini belirleme
2. Hedefleri kazandırılmak istenen özelliğe göre sınıflama
3. Hedefleri davranış cinsinden ifade etme
4. Hedefe ulaşıp ulaşılmadığını gösterecek durumu saptama
5. Ölçme tekniklerini geliştirme ya da seçme
6. Öğrencilerin davranış yeterlilikleri ile ilgili veriyi toplama
7. Elde edilen verilerle belirlenen hedefleri karşılaştırma

Tyler değerlendirme sürecinde öğrenci davranışlarının öğretimin başında ve sonunda olmak üzere iki kez ölçülerek hedeflere ulaşma derecesini tayin etmek gerektiğini ileri sürmüştür. Ayrıca davranışların kalıcılığını kontrol etmek için program bitiminden belli bir süre sonra da davranışların izlenme çalışması ile değerlendirilmesi gerektiğini savunmuştur. Bu özelliğinden ötürü Hedefe Dayalı Değerlendirme Modeli deneysel araştırma yöntemlerine uymaktadır. Bu tür değerlendirmede, bilişsel hedeflere ulaşma derecesini tespit etmek için hedef

dayanaklı başarı testleri, devinişsel beceriler için gözlem puanlama anahtarları ve duyuşsal hedefler için tutum ölçeklerinden yararlanılabilir (Demirel, 2014).

1.6. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı; Eczacılık Fakültelerine yönelik hem teorik hem de pratik oturumları olan “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri” eğitim programının geliştirilmesi ve bu eğitim programının eczacılık fakültesi öğrencileri üzerinde etkili olup olmadığının saptanmasıdır.

1.7. Araştırmanın Kuramsal Çerçevesi

Türkiye’de eczacılık mesleğinin kapsamı, “dağıtıcı” rolünden ileriye gidememekte ve dünyada hızla artan, eczacıları “dükkân sahibi” tanımlamasından sıyrarak, “farmasötik bakım” sorumluluğunu üstlenme çabalarının gerisinde kalmaktadır. Türkiye’de eczacıların günlük iş yükünün büyük bölümü, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nın belirlediği çeşitli bürokratik işlemlerden oluşmaktadır (Gülpınar ve ark., 2015). Yapılan çeşitli çalışmalar, dünyada da eczacıların danışmanlık yapmaya zaman ayıramaması gibi problemlerle karşılaştıklarını göstermekle beraber, mesleğin sağlık zincirinin önemli bir halkası olması için uğraş verilen uygulamaların ve girişimlerin, Türkiye’dekine oranla daha fazla olduğu da açıktır. Bu uğurda eczacılık öğrencileri için düzenlenen lisans düzeyinde eğitimler, mesleki eğitim programları vs. ile sıklıkla karşılaşılmaktadır (Alotaibi ve ark., 2016; Manolakis ve Skelton, 2010; McLean ve ark., 2003; Nemire ve Meyer, 2006).

Türkiye’de eczacıların sağlık danışmanlığı rolünü ön plana çıkarmak üzere başlatılan girişimlerden en kapsamlısı, Türk Eczacıları Birliği’nin (TEB) öncülük ettiği “Rehber Eczanem” projesidir. Türkiye’nin çeşitli illerinden gönüllü olan serbest eczacılara verilen mesleki eğitimler sonucunda, eczacıların verdikleri danışmanlık hizmetlerinin kalitesi ve bu hizmetler sonucu elde edilen sağlık çıktıları rapor

edilmektedir. Bu raporlara göre, eczacıların verdiği etkili danışmanlık hizmeti sonucu hastanın sağlık çıktılarında gelişmeler tespit edilmiştir (TEB, 2016). Ancak bu projede gönüllülük esası vardır ve belirli sayıda serbest eczacının katılımı ile yürütülmektedir. Öyle ki proje, SGK'nın bürokratik işlerinin yanı sıra, aslında “farmasötik bakım”ın bir gereği olan örneğin, belirli sayıda tansiyon hastasının takibi gibi farklı sorumlulukları da beraberinde getirmektedir.

Ülkemizde SGK'nın yüklediği sorumluluklar sonucu serbest eczacılarımız, dünyadaki aksine, sağlık sisteminin bir parçası olarak genişleyen rolleri dolayısıyla eczacılık mesleğinin gerektirdiği; hastaya danışmanlık verme, hasta ile ilişki kurma, onu anlama ve eğitme sorumluluğunu gerçekleştirmek için yeterli zamanı bulamamaktadır. Zaman ayırmakta güçlük çekmenin yanı sıra, Türkiye’de eczacılar hastalar tarafından, “danışmanlık veren” bir sağlık çalışanından çok, “işletme sahibi” olarak düşünülmektedir. Mesleki saygınlığın azalması sonucu eczacılar, mesleki tatmin duygusu da yaşayamamaktadırlar Gülpınar ve arkadaşları (2015)’nın yaptığı çalışmada, bu konuda dile getirdikleri memnuniyetsizlikler Türkiye’de eczacılık hizmetleri uygulamalarının ne noktada olduğunu gözler önüne sermektedir. Öyle ki aynı çalışmada, bazı eczacılar hastayı “para kaynağı” olarak gördüğünü ifade edebilecek kadar “işletmeci” kimliğine bürünmüş durumundadır. Bu söylem, eczacının hastayı anlama sorumluluğundan ne kadar uzaklaştığını, mesleki kimliğinin ne kadar deforme olduğunu açık bir şekilde göstermektedir. Halbuki öğrencilerin eczacı olmadan önce ettikleri “Eczacılık Yemini”nde, eczacılık mesleğini yürütürken insanlık sevgisini ön planda tutacaklarına dair sözler yer almaktadır. Bu sebeple hastayı öncelikle “insan” olarak görebilmeyi gerekli kılan eczacılık mesleğinin, eczacı-hasta ilişkisi bağlamında yeniden ele alınması gerekmektedir.

Ülkemizde verilen eczacılık hizmetlerinin durumunu ortaya koyan çalışmalar çok az sayıdadır. Bölüm 1.2’de bahsedilen İstanbul Ümraniye bölgesinde serbest eczane sahibi eczacılar ile Toklu ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan ve Türkiye’deki serbest eczacıların danışmanlık bilgi ve becerilerini ortaya koyan çalışma, eczacılık eğitiminin özellikle danışmanlık bilgi ve becerileri konusunda yetersiz kaldığına ve değiştirilmesi gerektiğine bir kanıt niteliğindedir.

Eczacılık lisans eğitimi kapsamında öğrenciye, ilaç etken maddesinin sentezi, ilaç teknolojisi, etki mekanizmaları, toksisitesi vb. pek çok konuda yoğun teknik bilgi verilmektedir. Öğrenci ise lisans eğitimi boyunca öğrendiği bu teknik bilgileri, hastaya nasıl aktaracağını, ne kadar bilgi vereceğini, hastayla olan kısıtlı zamanını nasıl etkili kullanacağını, hastaya bir insan olarak nasıl yaklaşması gerektiğini bilememektedir (Hastings ve West, 2003). Öğrenciler bu eksikliklerini yaptıkları stajlar sırasında fark etmekte ve öğrenim hayatları boyunca sıklıkla dile getirmektedirler.

Türkiye’deki eczacılık mevzuatı incelendiğinde eczacılık mesleğinin sadece ilaç satmaktan öte bir görev tanımının olduğu göze çarpmaktadır. Dünyada eczacılık hizmetlerinin “hasta odaklı” hale büründüğü ve ilacın hastaya iletilmesinden çok hastaya verilen danışmanlık hizmetinin önem kazandığı düşünülürse, Türkiye’deki eczacılık uygulamalarının etkililiğini arttırabilmek için eczacı-hasta iletişimi olgusuna ağırlık verilmesi şarttır. Aksi halde eczacılık mesleği, eczacıların adeta birer SGK çalışanı olarak görev yaptıkları bu ortamda, üstlenmek zorunda oldukları bürokratik görevler karşısında yok olma tehdidi ile karşı karşıyadır. Bu sebeple, eczacıların etkili eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerileri sergileyebilmeleri için eczacılık fakültelerine yönelik tasarlanacak eğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Yukarıda belirtilen gerekçeler doğrultusunda, bu çalışmanın temel varsayımının “iletişimin öğretilebileceği” olduğu söylenmelidir. Bu varsayımdan yola çıkarak tez çalışması kapsamında hazırlanan yapılandırılmış eğitim programı, dünyada buna benzer yapılmış pek çok çalışmaya yalnızca sınırlı bir katkı olarak görülmelidir. Ülkemizde ise eczacılık alanında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Eczacılıkta iletişim ve danışmanlık becerileri eğitimleri kapsamında SH kullanmak, yaygın ve etkili bir öğretim tekniğidir. Bu çalışmanın temel tartışma eksenini SH’ların hazırlanan eğitim programındaki etkililiğini ortaya koymak değildir. Aksine, SH’ların iletişim ve danışmanlık becerilerinin öğretilmesinde etkili bir teknik olduğu varsayımı üzerinden yürütülmüş olması bu çalışmanın bir diğer ön kabulü olarak ortaya konulmalıdır. Mesquita ve ark. (2010)’larına göre;

“SH’lar eğitimde bir öğretim tekniği olarak kullanıldığında, iletişim becerilerini eğitim ortamından pratik ortama aktarabilme gücüne sahiptir. Eczacılık eğitimi ile ilgilenenlerin eczacıların etkili iletişim becerileri ile donatabilmek için bir öğretim tekniği olarak SH’lara odaklanmaları gerekmektedir.”

Öyleyse bu çalışmada, eğitim programının etkili olmasında kullanılan SH öğretim tekniğinin etkisinin araştırılmadığı açıktır. Zira öyle olsaydı mutlaka bir kontrol grup ile çalışmak gerekirdi. Bu konu ile ilgili çalışmadaki ön kabul, yukarıda da aktarıldığı üzere, SH’ların mutlaka bu eğitim programı içerisinde yer alması gerektiğidir. Bu doğrultuda bu çalışmanın hipotezi şu şekilde oluşturulmuştur: Öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerilerini geliştirebilmek için hem teorik hem de pratik oturumların olduğu bir eğitim programı planlanmalıdır. Tasarlanan programın değerlendirilmesi, beceri ve tutum ölçekleri ile değil, performansın gözleme dayalı olarak puanlanması şeklinde gerçekleştirilmiş olup, bu açıdan somut ve geçerli bir uygulama örneği olarak değerlendirilmelidir.

Buraya kadar söylenenler ışığında, Türkiye’deki eczacılık fakülteleri müfredatlarında eczacı-hasta iletişim ve danışmanlığı konusunda herhangi bir dersin olup olmadığı, ders içerikleri, kullanılan yöntem ve teknikler vs. incelenmiştir. Türkiye’deki eczacılık fakültelerinin web sayfalarından eğitim müfredatlarına, ders içeriklerine ve öğrenim hedeflerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu bilgiler ışığında, Türkiye’de 2017 yılı itibarıyla eğitim vermekte olan 29 eczacılık fakültesinden 12’sinde ilgili derslerin varlığı tespit edilmiştir (Çizelge 1.2).

Çizelge 1.2. Türkiye’deki Eczacılık Fakültelerinde “iletişim” ile ilgili verilen derslere ait bilgiler.

Üniversite	Dersin Adı	Dersin Durumu	Ders saati ve Uygulanışı	Dersin Ait Olduğu Yarıyıl
Ankara Üniversitesi	Genel Etik, Eczacılık Etiği ve Eczacı-Hasta İletişimi	Seçmeli	2 saat teorik	9.yy
Atatürk Üniversitesi	İletişim Becerileri	Seçmeli	2 saat teorik	8.yy
	Eczacı-Hasta İlişkisi	Seçmeli		5.yy
Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi	Eczanelerde Etkin İletişim	Eczane Eczacılığı Alan Dersi Zorunlu	3 saat teorik	9.yy
Çukurova Üniversitesi	İletişim Becerileri	Seçmeli	2 saat teorik	1.yy
Ege Üniversitesi	İletişim Becerileri	Seçmeli	2 saat teorik	2.yy
Erciyes Üniversitesi	İletişim Becerileri	Seçmeli	2 saat teorik	2.yy
Hacettepe Üniversitesi	Sağlıkta İletişim	Seçmeli	3 saat teorik	8.yy
İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi	İletişim Becerileri ve Akademik Rapor Yazma	Zorunlu	4 saat teorik	1.yy, 2.yy, 3.yy, 4.yy
	Yazılı İletişim	Zorunlu	3 saat teorik	5.yy
İstanbul Medipol Üniversitesi	Hasta Bilgilendirme	Seçmeli	4 saat teorik	9. ve 10.yy
	Sağlık İletişimi ve Medya	Seçmeli	2 saat teorik	9. ve 10.yy
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi	Eczacılıkta İletişim	Zorunlu	2 saat teorik	4.yy
Marmara Üniversitesi	İletişim Becerileri	Zorunlu	2 saat teorik	9. ve 10. yy
Yeditepe Üniversitesi	İletişim Becerileri	Zorunlu	2 saat teorik	2.yy

Çizelge 1.2’de iletişim becerilerine yönelik derslerin olduğu fakültelerde bu derslerin kendi içinde içerik, öğrenim hedefi, ders saati açısından uyumsuz olduğu görülmektedir. Örneğin; bazı derslerin konuları arasında, iletişim modelleri, etkin dinleme, empati vs. yer alırken bazılarında bu konulara hiç değinilmemektedir. Bunun yanında hiç bir ders içeriğinin “danışmanlık becerileri”ne yer vermediği de tespit edilmiştir. Ayrıca derslerin tümünün teorik olarak yürütüldüğü görülmekte olup, derslerin fakülte müfredatlarında yer almış oldukları dönemler de farklılık göstermektedir. Bu kapsamda bazı eczacılık fakülteleri müfredatlarında iletişim becerileri derslerinin hiç olmadığı ve var olanlarda ise herhangi bir uyumun görülmediği anlaşılmaktadır.

Genellikle derslerin öğrenim hedefleri arasında “etkin iletişim becerisine sahip olma” ortak bir hedef olarak belirtilmiştir. Bir öğrencinin “etkin iletişim becerisine sahip olduğu” hedefine ulaşabilmek için, öğrencinin o beceriyi sergilediğini o ders kapsamında gözlemlemek ve kanıtlamak gerekmektedir. Bu ise ancak ve ancak, anlatma yöntemi dışında drama, rol-yapma gibi farklı öğretim yöntem ve tekniklerinin kullanımı ile mümkün olmaktadır. Ancak, Türkiye’deki eczacılık fakültelerinde yürütülen teorik derslerde genellikle anlatma yönteminin ağırlıklı olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bu durumun değişmesi, eczacılık eğitiminin daha interaktif bir şekle dönüşmesi gerektiği EczÇEP’te belirtilmektedir (EFDK, 2015).

Eczacılık fakültelerinde teorik şekilde işlenen derslerin öğrenim hedeflerinin “öğrenci etkin iletişim kurabilmek için gerekli becerileri açıklar/tanımlar” şeklindeki bilişsel bir hedeften öteye gitmemesi gerekmektedir. Dersin tasarımı aşamasında duyuşsal ve devinişsel hedefler koyabilmek için beceri gelişiminin gözlemlenerek değerlendirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla eczacılık fakülteleri müfredatlarında pratik oturumlar içermeyen ve anlatma yöntemi kullanılarak işlenen iletişim becerilerine yönelik eğitimlerin, öğrencinin iletişim becerilerini geliştirdiğine yönelik kesin bir yargıya varmak olanaksızdır. Aynı zamanda ülkemizde yer alan bu derslerin etkin ya da modern anlamda bir iletişim eğitimi verdiğine kanıt sayılamayacağı da belirtilmelidir.

Batı ülkelerinde genellikle iletişim becerilerine ilişkin yapılan müfredat çalışmalarında, teorik dersler ile beraber, hastayla yapılan görüşmeler gibi pratik oturumlara yer verilmektedir (Blom ve ark., 2011). İletişim becerileri eğitimleri, uygulamalı olmadığı sürece beceriler kolayca unutulmaktadır. Aynı zamanda iletişim becerileri eğitimlerinde kullanılan sınıf içi öğretim yöntem ve tekniklerinden ziyade, öğrencinin bu süreci deneyimleyerek öğrenmesi gerektiği de vurgulanmaktadır (Aspegren, 1999). Bu çalışma kapsamında tasarlanan eğitim sonucunda elde edilmesi beklenen ölçülebilir genel hedef, eğitim gören öğrencilerin, eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerisi gösterebilmesidir. Bu hedefe ulaşabilmek için hazırlanan eğitim programında hem teorik hem de pratik içerikli oturumların yer alması gerekmektedir. Teorik kapsamlı derslerde çeşitli öğretim yöntem ve teknikleri kullanılarak anlatılan

konuları, öğrencinin laboratuvarda uygulayarak pekiştirmesi amaçlanmıştır. Ancak bu şekilde öğrencide duyuşsal ve devinişsel hedeflere ulaşmak mümkündür. Bu sebeple, tez çalışması kapsamında tasarlanan eğitim programına mümkün olduğunca SH kullanılarak yürütölen laboratuvar pratikleri yerleştirilmiştir. Ortaya konulacak yapılandırılmış eğitim programı, Türkiye’deki eczacılık faköltelerinin müfredatlarındaki, uygulamalı iletişim becerileri dersi eksiğini kapatabilecek potansiyelde etkili olacağı öngörüsü dolayısıyla önemli görölmektedir.

Eğitim programının içeriğı, genel olarak lisans düzeyi eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerileri eğitimlerinin hemen tüm dünyada benzer konuları kapsayan içerikleri ile uyumlu olarak belirlenmiştir. Oturumlar şu dört ünite altında şekillendirilmiştir (Bachmann ve ark., 2013; Schwartzman ve ark., 2013):

- Temel İletişim Becerileri
- Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri
- Çatışma Çözümü
- Takip Süreci

İletişim becerileri ile ilgili seminerlerde veya eğitimlerde, “İnsanlarla iyi iletişim kurabilmek için onlarla empati kurmak gerekir” “Çocuğunuzu anlayabilmek için onu daha iyi dinlemelisiniz” “Hastalarınıza mutlaka özen gösteriniz” türünden soyut cümleleri sıklıkla duymak mümkündür. Biliriz ki empati kurmayı başarıp, kendimizi doğru ifade ettiğimiz ve karşıdakini dinlemeyi becerebildiğimiz zaman insanlarla iyi iletişim kurarız. Fakat bunları nasıl gerçekleştireceğimizi bilemeyiz. İşlerliğı kanıtlanmış temel iletişim becerilerinin neler olduğunun daha somut bir tarifini yapan, bu becerilerin daha kolay anlaşılmasını, öğretilbilmesini ve gösterilip, gözlemlenebilmesini sağlayan Thomas Gordon’un “Doktor Hasta İşbirliğı” kitabı temel iletişim becerileri ve çatışma çözümü oturumlarının ana kaynağı olarak seçilmiştir.

Eczacı-hasta danışmanlığı sürecinde sahip olunması gereken becerilerin neler olduğü, bu becerilerin öğretilbilmesi için nasıl bir yöntem izleneceğı, başarılı bir

iletişim ve danışmanlık eğitim programı tasarlarken eğiticilerin dikkat etmesi gereken noktalardır (Kurtz ve Silverman, 1996). Bu iki temel noktadan hareketle araştırmacı, “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri” oturumlarında öğrencilere iletişim ve danışmanlık becerilerini öğretebilmek üzere Calgary Cambridge Danışmanlık Modeli’ni esas almıştır. Bu tercihte pek çok ölçüt belirleyici olmuştur. İlk olarak, modelin iletişim ve danışmanlık becerileri eğitimlerinde sıklıkla kullanılması öncelikli tercih sebebi olmuştur. Modelin temelde hasta odaklı yaklaşımı benimsemiş olması, araştırma kapsamında tasarlanan eğitimin temel felsefesi ile paralellik göstermesi model seçimindeki ikinci ölçüt olmuştur. Üçüncü olarak, öğrenciye becerilerin aktarımı konusunda kolaylık sağlayacağı düşünölen; becerilerin anlaşılır ve akılda kalıcı bir şekilde şematize edilmiş olması modelin seçimindeki diğer bir unsurdur. Dördüncü ve en önemlisi de, hekim-hasta görüşmeleri için tasarlanan modelin, ufak değişikliklerle eczacı-hasta görüşmeleri için de uygulanabilir olduğunu gösteren Greenhill ve arkadaşları (2011)’nın çalışması modelin seçiminde belirleyici olmuştur.

Daha önce de belirtildiği gibi iletişim becerileri eğitimlerinin interaktif biçimde yürütölmösinin olumlu çıktıları yaratması sebebiyle, yukarıda belirtilen üniteler altında şekillenen teorik oturumların tasarımında, anlatma yöntemine ilave olarak sıklıkla tartışma, soru- cevap, beyin fırtınası, rol-oynama, grup egzersizleri gibi farklı öğretim yöntemleri ve tekniklerine başvurulmuştur. Böylelikle öğrencinin edilgin konumdan aktif hale geçirilmesi amaçlanmıştır.

Eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerilerini değerlendirmek üzere sıklıkla kullanılan sübjektif değerlendirme yöntemleri (ders değerlendirme anketleri, tatmin ölçekleri vb.) program değerlendirmede en sık kullanılan yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Sübjektif yöntemler ile öğrencinin ilgili beceri veya tutumu kazanıp kazanmadığını test etmesi çok zor olmakla birlikte, program değerlendirmede yalnızca bu yöntemlerin kullanımının araştırma sonuçlarının geçerlik ve güvenilirliğini de düşörmektedir (Wallman ve ark., 2013). Bu sebeple araştırmada öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerilerini değerlendirebilmek üzere objektif bir değerlendirme yöntemi olan eğiticilere yönelik tasarlanmış dereceli puanlama anahtarı (rubrik) tercih edilmiştir. Öğrencilerin sergiledikleri performansların puanlanması için kullanılan

dereceli puanlama anahtarı hakkında detaylı bilgiye sonraki bölümlerde (Bknz. Bölüm 2.2) değinilmiştir.

1.8. Araştırmanın Önkoşulları ve Kısıtları

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı tarafından verilen “Genel Etik, Eczacılık Etiği ve Eczacı-Hasta İletişimi” isimli seçmeli lisans dersine 2016-2017 güz yarıyılında kayıt yaptıran öğrencilerle yürütülmüştür. Dersin başında öğrencilere 14 haftalık süreç anlatılmış, 21 gönüllü öğrencinin araştırmaya katılması sağlanmıştır. Bu durumda, “eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerileri” konusunda olasılıkla kendini geliştirmek isteyen, bu konuya ilgi duyan ve bu konunun kendi uğraş yaşamları ile ilişkisini önemseyen öğrencilerin bu çalışmaya katıldığı söylenebilir. Bu bir grup “duyarlı” öğrenci, açıktır ki, tüm eczacılık öğrencilerini temsil edemez, çünkü araştırma her ne kadar bir lisans dersi çerçevesinde yürütülmüş olsa da, katılımcı öğrenciler rasgeleme yöntemi ile seçilmemiştir. Çalışmaya katılma iradesini gösteren bu öğrenciler çalışmaya dikkatle ve özveriyle katılmış, kendilerinden bir şeyler ortaya koyarak, onu belirli ölçülerde sahiplenmiştir. Yani, bu süreci diğer öğrencilerle ve araştırmacıyla tamamlama sorumluluğunu almışlardır. Çalışmanın sonuçları bu kaçınılmaz ön durumdan fazlasıyla etkilenmiş olabilir.

Vurgulanması gereken ikinci nokta katılımcı öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun (16’sı kadın, 5’i erkek) kadın olduğudur. Bu durumun pek çok nedeni olabilir. İletişim becerilerini öğrenmek ve uygulamak konusunda kız öğrencilerin daha istekli olması bu sebepler arasında sayılabilir. Eczacılık öğrencilerinin bu konudaki eğilim ve tercihlerinin şekillenmesinde var olan toplumsal cinsiyet rollerinin etkili olabileceği açıktır. Bu savın doğru olup olmadığı, diğer olası nedenlerle karşılaştırmalı olarak başka bir araştırmanın konusu olabilir. Burada önemli olan nokta, çalışmayı değerlendirirken bu durumun göz önünde tutulması gerektiğidir.

Üçüncü olarak, çalışmanın yapılandırılması, içerik seçimi hakkında yapılan tercih ile ilgili açıklama yapmanın gerekli olduğu düşünülmüştür. “Eczacı-hasta iletişimi ve danışmanlık becerileri” eğitim programı oturumlarında yer alan konu başlıkları çok çeşitli olmakla birlikte, bu çalışmaya “özel durumu olan hastalarla (görme engelli, zihinsel engelli, yaşlı ve çocuk hastalar vs.) iletişim” başlığı dâhil edilmemiştir. Çalışma sırasında zaman zaman “algılama güçlüğü çeken yaşlı hastalarla iletişim” konusu gündeme gelmiş ve bu konu ile ilgili çeşitli sınıf içi uygulamalar yapılmış olsa da, bu başlığa yapılandırılmış program içinde bir yer ayrılmamıştır. Eğitim programını yapılandırırken öyle ya da böyle bir seçim yapma zorunluluğu ile karşı karşıya kalınması sebebiyle, öncelikle bir eczacının normal şartlarda karşılaşma olasılığının yüksek olduğu düşünülen hasta profili ile etkili iletişim kurma becerisine sahip olması gerektiği, ondan sonra daha karmaşık beceriler gerektiren hasta profilleri ile karşılaşmasının daha doğru bir yol olacağı düşünülmüş ve bu doğrultuda eğitim programı içerikleri oluşturulmuştur. Aynı zamanda öğrencilerden gelen geri bildirimlere istinaden pratik oturumların sayısının azlığı da bir diğer kısıt olarak belirtilebilir. Bu görüşe bir ölçüde katılmakla birlikte, çalışma süresinin ve her pratik uygulamanın saat başı ücret ile yürütüldüğü göz önünde bulundurulursa, maddi kaynakların kısıtlılığı sebebiyle, öğrencinin fayda sağlayacağı optimal programın hazırlanması konusunda özen gösterildiği söylenmelidir. Benzer olarak, eğitimin sonunda bazı öğrenciler kendi görüşme videolarını izleyemedikleri ve dolayısıyla videolar üzerinde eğitici ve akranları ile tartışma yapabilme olanağı bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim programı hakkında yapılan bu eleştirinin haklı bir eleştiri olduğu düşünülmektedir. Ne yazık ki, eğitim programının 14 haftadan ibaret olması, araştırmacıyı bazı seçimler yapmaya itmiştir. Dolayısıyla akran ve eğitici geri bildiriminin yapıldığı video izleme oturumu zaman kısıtlılığı sebebiyle programa dâhil edilememiştir. Eğitim programının bu eksiği öğrencilerin hem beceri gelişimini bir yönüyle olumsuz etkilemiş, hem de objektif bir şekilde öz-değerlendirme deneyimi yaşamalarına engel olmuş olabilir. Görüşme kayıtlarının izlenmesi ve irdelenmesi özellikle iletişim becerileri eğitimlerinde sıklıkla kullanılmakta ve öğrencilerin kendi güçlü ve zayıf yönlerini görerek gelişmelerine katkı sağlamaktadır (Mort ve Hansen, 2010; Zick ve ark., 2007). Yine de eğitim programlarının hemen her zaman süre kısıtıyla karşılaşacağını kabul etmek ve bir öncelik sıralaması yapmanın zorunlu

olacağını öngörmek gerçekçi bir yaklaşım olacaktır. Programın pekâlâ eksikleri olabilir ancak bu programı uygulayacak eğiticiler dilerlerse, program üzerinde esnek davranarak pratik oturumların sayısını fazlalaştırabilirler.

Dördüncü nokta, *gizli müfredatın* bu çalışmadaki etkisinin ölçülemezliği ve bilinemezliğidir. Öğrenciler, bu çalışma devam ederken bir yandan da kendi eczacılık eğitimlerine devam etmişlerdir. Araştırmaya katılan tüm öğrencilerin eczacılık eğitimi gereği, serbest eczanede staj deneyimi bulunduğu, aynı zamanda araştırma esnasında da bazı öğrencilerin farklı eczanelerde staj yaptığı bilinmektedir. Bu öğrenciler hem fakülte ortamında hem de sahada kazandıkları deneyimler ve gözlemler sonucu pek çok denetlenemeyen unsurun etkisi altında kalmaktadır. Örneğin, staj yaptıkları serbest eczanelerin sahibi ve mesul müdürü olan eczacılar ve eczanenin diğer çalışanları onlar için birer rol model olabilmektedirler. Öğrenciler, eczacıların hastalarıyla ve yakınlarıyla ilişkisini gözlemlemektedirler. Onları hastalarına veya çalışanlarına yaklaşım biçimleri, onlarla kurdukları iletişim bakımından örnek alan öğrenciler, rol modellere içkin olan nitelermeleri, bakış açılarını ve dünya görüşünü de içselleştirmektedirler. Burada önemli görülen nokta; öğrencilerin eğitimleri boyunca, denetlenemeyen, mekanizmaları kolayca ayrıştırılamayan gizli müfredata yoğun olarak maruz kalmaları sonucu, farklı eğiticilerle, farklı derslerde, farklı stajlarda, farklı rol modeller karşısında, farklı değerler, tutumlar kazanmaları ve bu öğeleri kimliklerinin ayrılmaz birer parçası haline getirmeleridir. Gizli müfredatın öğrenciler üzerindeki etkisini ve bu çalışma kapsamındaki ağırlığını ölçmek, en azından bu çalışma kapsamında, mümkün olmamıştır. Tam da bu olanaksızlık nedeniyle eczacılık eğitiminin, dolayısıyla gizli müfredatın, eğitimin başarısı üzerine olan etkisi yok sayılmıştır. Hal böyle olsa da öğrenciler gizli müfredata eğitim hayatları boyunca maruz kaldıkları için vurgulanmasında yarar görülmüştür.

Beşinci olarak değinilmesi gereken nokta, eğitim programının pratik oturumlarının Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleki Beceri ve İletişim Laboratuvarı'nda yürütülmesidir. Pratik oturumların amacı, öğrenciye SH ile yaptığı görüşmeleri olabildiğince sanallıktan uzak, gerçeğe en yakın bir deneyim gibi hissettirebilmektir. Böylelikle öğrenci yaşadığı deneyimi daha kolay

içselleştirebilecek ve daha kalıcı bir öğrenme sağlayacaktır. Öğrencinin sanallık hissinden uzaklaşmasında SH'ların büyük bir payı olmakla birlikte, bu konuda önemli görülen bir başka unsur da görüşme yapılan ortamın canlandırılan duruma uygunluğudur. Bir başka deyişle, öğrenciler, kendilerini eczane ortamı gibi tasarımlanmış bir odada bulduklarında, hasta ile yaptıkları görüşmede ilgili becerileri sergileyebilmeleri daha olası görülmektedir. Ortamın tasarımı, öğrencilerin gerçeklik hissini yaşamaları için yardımcı bir unsurdur. Tam da bu noktada pratik oturumların yapıldığı laboratuvarın, tıp fakültesi öğrencilerine yönelik hazırlanmış poliklinik odaları olması, öğrencilerde gerçeklik duygusunun yaratılmasında engelleyici bir unsur olabileceğini vurgulamak gerekir. Görüşme odalarında eczane ortamı gibi raf sisteminin olmamasının, ilaçların masanın üzerine dizilmiş olmasının bile görüşme esnasında belirli anlarda öğrencinin rol yaptığını hissetmesine sebep olduğu araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Aynı zamanda laboratuvar uygulamalarının belirtilen bu poliklinik ortamında gerçekleştirilmesi, öğrencilerin beden dilini sergilemelerini engellemiş olabilir. Odaların fiziksel şartları öğrencinin her zaman hastayı anlamaya ve dinlemeye yönelik bir beden dili sergilemesine elverişli olduğu söylenmelidir. Halbuki gerçek bir eczane ortamında eczacının etkili beden dili sergilemesine engel olacak pek çok unsur (eczane çalışanı, diğer hastalar vb.) bulunmaktadır. Bu sebeple pratik oturumlarda, öğrencinin sergilediği performansın bu durumlardan belli bir miktar etkilenmiş olabileceği ön görülmektedir. Ancak bu etkinin, en azından bu çalışma kapsamında, ölçülebilmesi mümkün olmamıştır.

Altıncı olarak, eğitim programında SH'lara ilişkin kısıtlara değinmek yerinde olacaktır. Çalışmada hasta tarafından verilen geri bildirimler hakkında olumsuz görüş bildiren öğrenciler de olmuştur. Bazı öğrencilere göre beceri gelişimine katkı sağlamada yetersiz kalan SH geri bildirimleri doğallıktan uzaktır. Bu konuya ilişkin öğrencilerin değerlendirmelerinde belirli bir düzeyde haklılık payı olduğu düşünülmektedir. SH'ların geri bildirimlerinde gözlenen bu eksiklik, aynı hastaların yıllardır tıp eğitiminde aynı vakalarla çalışıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Yıllardır aynı hastalarla aynı öğrenim hedefleri doğrultusunda hazırlanmış senaryoların canlandırılması hastaların süreç içerisinde rutinleşmesine neden olmuş olabilir. Aynı hastaların öğrenim hedefleri değişmeyen senaryoları oynamaları; hem

görüşmenin duygudan yoksun, hem de verilen geri bildirimin tek düze olmasına neden olmuş olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma kapsamında Tıp Fakültesi'nde çalışan SH'ların kullanılması, yeni SH kullanılamaması bu bağlamda bir kısıt oluşturmuştur.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, hazırlanan eğitim programının, öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerileri üzerindeki etkisini saptamayı amaçlayan deneysel bir araştırmadır. Araştırma çerçevesinde, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi lisans öğrencilerine, geliştirilen “Eczacı-Hasta İletişimi ve Danışmanlık Becerisi” eğitim programı uygulanmıştır. Çalışmaya 2016-2017 eğitim öğretim güz yarısında beşinci sınıfta olan gönüllü öğrenciler dâhil edilmiştir. Gönüllü olan öğrencilere 14 haftalık eğitim programı uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkeni, öğrencilere uygulanan eğitim programı, bağımlı değişkeni ise, öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerileri düzeyleridir. Araştırmada “Tek Grup Ön Test Son Test Modeli” kullanılmıştır. Kontrol grubu olmayan bu modelde öğrencilere bağımsız değişken (eğitim programı) uygulanır. Bu modelin sayıltısı, son test puanlarının ön test puanlarından daha büyük olması halinde, bu artışın bağımsız değişkenin etkisi ile oluştuğudur. Araştırma modeli Çizelge 2.1’de gösterildiği şekildedir.

Çizelge 2.1. Araştırma modeli.

Ön test	Bağımsız değişken	Son test
O ₁₁	X	O ₁₂
Puanlama anahtarı ile performans değerlendirme	Eğitim Programı	Puanlama anahtarı ile performans değerlendirme

Araştırmada tasarlanan eğitim programı haftada 2 saat olmak üzere 14 hafta (bir yarıyıl) için planlanmıştır. Fakat eğitim programının uygulamalı oturumları için haftada 2 saat bazı senaryolar (takip görüşmesi) için yeterli gelmiş iken, bazıları için daha fazla süre gerekmiştir. Haftalık eğitim programı Çizelge 2.2’de verilmiştir. Teorik dersler tez sahibi tarafından Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nde verilmiş, SH kullanılarak gerçekleştirilen laboratuvar pratikleri ise Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleksi Beceri ve İletişim Laboratuvarı’nda yürütülmüştür. Eğitim bu öngörüler ışığında, 27 Eylül 2016 tarihinde resmen başlamış

ve 27 Aralık 2016 tarihinde öğrencilerin son test uygulamalarının gerçekleştirilmesi ile sona ermiştir.

Araştırmada kullanılan laboratuvarın, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde hali hazırda lisans eğitiminde aktif bir şekilde kullanılan bir uygulama merkezi olması sebebiyle, araştırma için her istenilen anda bu laboratuvarı kullanma fırsatı bulunamamıştır. Tıp Fakültesi'nin 2016-2017 eğitim öğretim güz yarıyılı dönemlik programından arta kalan boş zamanlarda tez çalışmasının pratik dersleri burada yürütülmüştür. Hem istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde etmeye, hem de eğitim programının pratik kısımlarının tek gözlemci ile yürütülebilmesine olanak tanıyacak maksimum sayıda gönüllü öğrencinin araştırmaya dâhil edilmesi tercih edilmiştir. Eğitim grupları için ideal grup büyüklüğü 5-15 üye ile sınırlıdır (Masson ve ark., 2014). Bu araştırma Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı tarafından verilen “Genel Etik, Eczacılık Etiği ve Eczacı-Hasta İletişimi” isimli seçmeli lisans dersine kayıt yaptıran 5'i erkek 16'sı kadın 21 gönüllü beşinci sınıf öğrencisi ile yapılmıştır. Öğrencilere bir araştırma sürecine dâhil oldukları ve sürecin işleyişi dersler başlamadan önce anlatılmış ve gönüllülük sağlanmıştır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmak isteyen öğrencilere, “Genel Etik, Eczacılık Etiği ve Eczacı-Hasta İletişimi” isimli seçmeli lisans dersini aldıkları için yaşayabilecekleri mağduriyeti ortadan kaldırmak amacıyla, araştırmadan çekildikleri anda alternatif bir müfredata tabi olabilecekleri garantisi verilmiştir. Dersi alan öğrencileri ideal grup büyüklüğüne göre ikiye bölerek eğitim programını iki grup şeklinde yürütmek, gruplarda oluşabilecek farklı dinamiklerin, ön test ve son test ölçümlerini etkileyebileceği ihtimalinin göz önünde bulundurulması sebebiyle tercih edilmemiştir. Bu nedenle 21 kişilik tek bir araştırma grubuna eğitim programı uygulanmıştır.

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu araştırmayı onaylamıştır. 03.12.2016 tarih ve 328 sayılı Etik Kurul raporu ekte yer almaktadır (Ek-1). Katılımcı öğrenciler ve SH'lar çalışma öncesinde, araştırma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve katılım konusunda aydınlatılmış onamlarını vermişlerdir. Katılımcıların okuyup imzaladıkları aydınlatılmış onam formları sırasıyla Ek-2 ve Ek-

3'te yer almaktadır. Laboratuvar pratikleri için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden alınan izin yazısı ise Ek-4'tedir. Son olarak bu araştırma Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinatörlüğü tarafından “Lisansüstü Tez (Doktora) Projesi” kapsamında 16L0237003 kod numarası ile desteklenmiştir.

2.1. Eczacılık Fakültelerine Yönelik Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programının Geliştirilmesi

Eğitimin Haftalık Programının Oluşturulması. Araştırma kapsamında, araştırma grubuna verilecek eğitim programının içeriklerini oluşturmak amacıyla ayrıntılı bir literatür tarama çalışması yapılmıştır. Bu kaynaklardan yola çıkarak, eğitim uygulaması kapsamında ele alınması gereken öncelikli kavram ve konular belirlenmiştir. Çizelge 2.2’de bu doğrultuda belirlenen haftalık eğitim programı yer almaktadır (ACPE, 2011; Beardsley, 2001; Blom ve ark., 2011; Makoul, 2001; Rao, 2011; Rickles ve ark., 2009; Schwartzman ve ark., 2013).

Çizelge 2.2. “Eczacı-Hasta İletişimi ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı” haftalık plan.

Üniteler	Dersin Yapısı	İçerik	Haftalar
	Pratik	Ön test	1.hafta
Temel İletişim Becerisi Oturumları (3 oturum)	Teorik	Temel İletişim Becerileri	2.hafta
	Teorik	Temel İletişim Becerileri	3.hafta
	Pratik	SH ile Uygulama	4.hafta
Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri Oturumları (4 oturum)	Teorik	Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri	5.hafta
	Teorik	Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri	6.hafta
	Teorik	Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri	7.hafta
	Pratik	SH ile Uygulama	8.hafta
Çatışma Çözümü Oturumları (3 oturum)	Teorik	Çatışma Çözümü	9.hafta
	Teorik	Çatışma Çözümü	10.hafta
	Pratik	SH ile Uygulama	11.hafta
Eczacı Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi Oturumları (2 oturum)	Teorik	Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi	12.hafta
	Pratik	SH ile Uygulama	13.hafta
	Pratik	Son test	14.hafta

Çizelge 2.2’de görüldüğü gibi, eğitim programı dört farklı ünite üzerinde şekillendirilmiştir. Örneğin; “Temel İletişim Becerileri Oturumları” ön testten sonraki ilk üç haftayı kapsayan üç oturum şeklinde planlanmıştır. Bunun ilk iki oturumu teorik

ders, son oturumu ise laboratuvarda yürütülen pratik derstir. Aynı şekilde “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri Oturumları”; ilk üçü teorik, sonuncusu ise pratik olmak üzere dört oturumdan oluşmaktadır. Eğitim programı hazırlanırken dikkat edilen en önemli noktalardan biri; her üniteye ilişkin bir pratik oturumun programa dâhil edilmesine özen gösterilmesidir. Böylelikle, tüm dört ünitenin de teorik oturumlarında tartışılan ve pekiştirilen beceriler için konuya ilişkin hazırlanan senaryolar üzerinden uygulanma imkânı yaratılmıştır.

Teorik oturumlar, U düzeni oturma planı şeklindeki dersliklerde gerçekleştirilmiştir. U düzeni oturma planı, küçük grup çalışmalarına uygun ve her öğrencinin eşit seviyede bulunduğu, öğrencilerin birbirini görmesini kolaylaştıran ve dolayısıyla tartışmaya ve fikir alışverişine olanak tanıyan bir düzenlemedir. Bu sebeple teorik derslerin, öğrenciyi mekânın yapısı gereği dinleyici olarak konumlandıran klasik amfilerde değil, U düzeni oturma planı oluşturulmuş dersliklerde yapılması tercih edilmiştir.

Pratik oturumların, öğrenci ve SH’nın eczane olarak betimlenen bir odada görüşme yapmasına olanak tanıyacak alt yapı ve donanımına sahip bir laboratuvar ortamında gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Görüşmelerin yapılacağı laboratuvar ortamının; öğrenci ve SH’ların görüşme sürecini kaydedecek, gözlemcinin görüşmeyi aynı anda izleyebilmesine ve geri bildirim vermesine olanak tanıyan kapalı devre izleme sistemine sahip olması gerekmektedir. Ankara’daki eczacılık fakültelerinde bu gerekleri sağlayan alt yapı ve donanımına sahip bir iletişim laboratuvarının olmaması ve aynı zamanda lisans eğitimlerinde SH’ları profesyonel bir şekilde kullanmaları sebebiyle, pratik oturumlar Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin Mesleksi Beceri ve İletişim Laboratuvarı’nda gerçekleştirilmiştir.

Oturumların Hedef ve Çıktılarının Belirlenmesi. Eğitim programının temel konuları belirlendikten sonra, her konuya özel oluşturulan oturumların bilişsel alan, devinîşsel alan ve duyuşsal alan hedefleri eğitici ve öğrenci rehberleri içerisinde iki boyutlu bir çizelge (belirtke tablosu) üzerinde gösterilmiştir. Öğrencinin kazanması hedeflenen bilişsel alan hedefleri, tablonun öğrenim hedefleri sütununda, devinîşsel

alan hedefleri alt yeterlilik sütununda, duyuşsal alan hedefleri de program yeterlilikleri sütununda gösterilmiştir. Her üniteye özel oluşturulan oturumların belirtke tabloları ile ilgili bir örneğe (Bknz. Eğitici ve öğrenci rehberlerinin ilk sayfaları) “Ekler” bölümünde yer verilmiştir (Ek-5).

Oturum İçeriklerinin Belirlenmesi. Belirtke tablolarında yer alan hedeflerden hareketle her oturumun içeriklerini belirlemek üzere literatür taramasına başlanmıştır. “Temel İletişim Becerileri” oturumlarının içerikleri esas olarak Thomas Gordon’un “Hasta Doktor İşbirliği” ve “Kadınlar için Etkililik Eğitimi” kitapları temel alınarak oluşturulmuştur (Adams ve Lenz, 1999; Dökmen, 1999; Gordon ve Edwards, 2014; Rosenberg, 2011). Calgary Cambridge danışmanlık modelinden hareketle bu modelde yer alan beceriler “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri” oturumlarının içeriklerinin temelini teşkil etmiştir. Aynı zamanda Eczacılık Lisansüstü Eğitim Merkezi’nin (Center for Postgraduate Pharmacy Education- CPPE) eczacılar için hazırlamış olduğu “Eczacılık Hizmetleri için Danışmanlık Becerileri: Hasta Odaklı Bir Yaklaşım” adlı uzaktan eğitim materyali ve aynı merkezin eğitim amaçlı oluşturduğu internet sayfaları da bu oturumlar için yararlanılan temel kaynaklar olmuştur (Beardsley ve ark., 2008; CPPE, 2012, 2014, 2016; Desmond ve Copeland, 2010; FIP, 2012; Foster ve ark., 1995; Sleath, 1996).

“Çatışma Çözümü” oturumlarının içeriklerinin ve konu başlıklarının belirlenmesi için pek çok kaynaktan yararlanılmıştır (Adams ve Lenz, 1999; Cüceloğlu, 2015; Dökmen, 1999; Gordon ve Edwards, 2014; Rosenberg, 2011). “Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Süreci” oturumları yine CPPE’nin “Yeni İlaç Hizmetleri” isimli düzenlemesini tanıtmak amacıyla hazırladığı eğitim materyallerinden ve eczacı-hasta iletişimi hakkında yazılmış kitap ve kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır (Beardsley ve ark., 2008; Bosworth, 2010; CPPE, 2011, 2015; Rosengren, 2009).

Yukarıdaki kaynaklar taranarak şekillenen oturumların içerik seçimlerinde bazı ölçütler temel alınmıştır. İçeriğin, bireyin hedeflere ulaşabilmesini kolaylaştıracak nitelik ve nicelikte olmasına özen gösterilmiştir. Gerektiği ve yeteri kadar ayrıntıya

girilmiştir. Aynı zamanda içerik, bilişsel, duyuşsal ve devinişsel hedefleri gerçekleştirebilecek şekilde seçilmiştir. Eczacılıkta iletişim eğitiminin ihtiyaçları ve aynı zamanda öğrencinin ilgi ve ihtiyaçları da gözetilmiştir. Örneğin; batı ülkelerinde eczacı-hasta iletişimi ve danışmanlığı eğitim içeriklerinde yer alan “Motivasyonel Görüşme Teknikleri” hem ülkemiz hem öğrenci koşul ve ihtiyaçları düşünüldüğünde yoğun ve ileri seviye olarak değerlendirildiği için eğitim içeriğine dâhil edilmemiştir.

İçerik organize edilirken içeriğin aşamalılık ilkesi dikkate alınmıştır. Bir konu, kendinden sonraki konuların öğrenilmesini kolaylaştıracaksa ilk sıralarda yer almasına özen gösterilmiştir. Örneğin; “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri” oturumlarında, “hasta odaklılık” kavramını açıklamadan “hasta perspektifini alma” becerisini anlatmaya çalışmak, öğrencinin algılama güçlüğü çekmesine yol açacaktır. Ayrıca oturumlar kendi içinde bir bütünlük oluşturacak şekilde alt başlıklardan oluşturulmuştur.

Eğitici ve Öğrenci Rehberlerinin Hazırlanması. Oturum süreçlerinin işleyişleri, eğiticilere yönelik hazırlanan rehberlerde açıklanmıştır. Eğitici rehberi, hazırlanan eğitim programını uygulayacak eğiticilere yol gösterecek kılavuzlardır. Oturumların öğrenim hedeflerinin, oturumlarda kullanılan öğretim tekniklerinin, oturum hedeflerinin ve süreçlerin nasıl yürütüldüğünün açık bir şekilde ortaya koyulmasını sağlayan eğiticilerin yol haritalarıdır. Bu eğitim programını kendi eğitim kurumlarında uygulamak isteyen eğiticiler, tez kapsamında hazırlanan eğitici rehberlerinden yararlanarak, yapılandırılmış tüm oturumlar hakkında detaylı bilgi edinebileceklerdir. Oturumlara ait hazırlanan eğitici rehberlerinden bir örneğe “Ekler” bölümünde yer verilmiştir (Ek-6). Diğer oturumlara yönelik hazırlanan eğitici rehberlerine ulaşmak için tez sahibi ile iletişime geçilebilir.

Oturum sürecinin işleyişi, “Teorik Ders Tasarımı” adlı tablo altında eğitici rehberlerinde belirtilmiştir. Pratik ders tasarımı da “Uygulama Aşaması” adı altında eğitici rehberlerinin son kısımlarında yer almaktadır. Oturumda hangi konulara ne kadar zaman ayrıldığı, konuların etkili bir şekilde anlatılmasına olanak tanıyan öğretme teknikleri ve oturumlarda kullanılacak gereçlerin neler olduğu tabloya

yerleştirilmiştir. Böylelikle her oturumun işleyişinin detaylı anlatımından önce, eğiticilerin oturumların tasarımı hakkında fikir sahibi olması kolaylaşacaktır.

Eğiticilere yönelik hazırlanan rehberlerde oturum süreçleri ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Bu sebeple, “Teorik Ders Tasarımı” tablosu detaylı bir şekilde yazıya dökülmüştür. Buradaki amaç; eğiticilere sürecin işleyişini anlatmak, sınıf içerisinde yapılacak egzersizleri açıklamak ve dikkat etmeleri gereken noktaları belirtmektir.

Oturumların uygulama aşaması da eğitici rehberlerinde yer almaktadır. Pratik oturumlar için hazırlanan senaryolarda, olgu özeti, duygu ve davranış tanımları ile eğiticinin öğrenciyi izlerken dikkat etmesi gereken tüm noktalar ayrıntılı bir biçimde ortaya konulmuştur. Böylelikle eğitici için senaryo eğitimi yaparken ve öğrenciyi gözlemlerken önemli noktaların neler olduğu, eğiticinin dikkatine sunulmuş olmaktadır.

Eğitici rehberlerine ek olarak, eğitim programına katılacak grup üyelerine yönelik kılavuzlar da hazırlanmıştır (öğrenci rehberleri). Oturumların amaç ve hedefleri, eğitim programı sonucunda kazandırılması amaçlanan bilişsel, duyuşsal ve devinişsel hedefler, oturumlar kapsamında işlenen konular hakkında kısa notlar, sınıf ortamında yapılacak egzersizler, uygulamalı oturumlardaki senaryo hakkında öğrenci yönergesi ile öğrencinin değerlendirilme ölçütleri ve yöntemi açıkça yazılmıştır. Öğrenciye, her konuya ait oturumlar başlamadan önce ilgili rehberler dağıtılır. Oturumlara ait hazırlanmış öğrenci rehberlerinden bir örneğe “Ekler” bölümünde yer verilmiştir (Ek-7). Diğer oturumlar için hazırlanan öğrenci rehberlerine tez sahibi ile iletişime geçilerek ulaşılabilir.

Öğretme Strateji, Yöntem ve Tekniklerinin Seçilmesi. Teorik oturumların tasarımında, öncelikli olarak, hangi öğrenme durumlarında hangi yöntem ve tekniğin kullanılması gerektiğinin kararı verilmiştir. Teorik oturumların giriş etkinlikleri planlanırken, ilk aşamada daha çok sunuş yoluyla öğretim yaklaşımından yararlanılmıştır. Eğitim programı içerisindeki oturumların girişinde genellikle; oturumun amaç ve hedefleri hakkında bilgilendirme, grup kurallarını sayma,

oturumdan beklentileri öğrenme gibi etkinliklere yer verilmiştir. Grup üyeleri bu aşamada amacın ve hedeflerin neler olduğu, ne öğrenileceği konusunda bilgilendirilmeleri sonucu bilgileri almaya hazır hale gelmektedir. Giriş etkinliklerinde sunuş yoluyla öğretim yaklaşımı kullanılırken daha çok anlatma yöntemi ve gösteri tekniği benimsenmiştir.

Gelişme etkinlikleri, oturum için planlanan içeriğin işleneceği kısımdır. Bu aşamada daha çok buluş yoluyla öğretme stratejisine ağırlık verilmiştir. Dolayısıyla bu amacı gerçekleştirebilmek için tartışma yöntemi ve beyin fırtınası, soru-cevap tekniğinin etkili kullanımına özen gösterilmiştir. Aynı zamanda eğitim programı hazırlanırken araştırma yoluyla öğretme stratejisinin kullanımına da özellikle yer verilmiştir. Bu amaçla tercih edilen ikili ve grup alıştırmaları, sınıf içi rol-yapma egzersizleri gibi öğretim teknikleri sayesinde grup üyesinin konu üzerinde düşünerek, problemi çözmesi kolaylaştırılmaya çalışılmıştır. Böylelikle öğrenen ve öğretene etkileşimi daha fazla olmaktadır.

Teorik oturumların sonuç etkinlikleri planlanırken, araştırma yoluyla öğretim yaklaşımı esas alınmaya çalışılmıştır. Grup üyeleri o haftaki oturumda işlenen konularla ilgili araştırma ve inceleme yapmaya yöneltilmiştir. Bunu gerçekleştirebilmek için genellikle bireysel ev ödevleri verilmiştir. Bir sonraki hafta verilen ev ödevlerinin oturumun gelişme etkinliklerinin başında tartışılması için gerekli plan yapılmıştır. Eğitim programının ana konularına ilişkin son oturumlar pratik ders şeklinde tasarlanmış olup, bu oturumlarda simülasyon tekniği kullanılmıştır. Böylelikle eczacı-hasta ilişkisine dair gerçek olayların yapay ortamlarda canlandırılması ile problemlere çözüm yolları üretme ve beceri geliştirme hedeflenmiştir.

2.2. Dereceli Puanlama Anahtarı (Rubrik) Hakkında (Hasta Odaklı İletişim Değerlendirme Formu- HOİDF)

Araştırmanın ölçme-değerlendirme ayağının temel gereci olarak, öğrencilerin eczacı-hasta iletişimi ve danışmanlık becerilerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir dereceli puanlama anahtarı (rubrik) [rubric] kullanılmıştır. Dereceli puanlama anahtarı St. Louise College of Pharmacy’de çalışan bir grup araştırmacının geliştirdiği, Patient Centered Communication Tools for Pharmacists (PaCT)’ın Türkçe’ye uyarlanmış versiyonudur. Türkçe’ye uyarlama işlemi öncesinde orijinal dereceli puanlama anahtarının kullanımı için yazarlardan gerekli izinler alınmıştır. Puanlama anahtarının geliştirilmesi, geçerlik, güvenirlik çalışmaları Grice ve ark. (2017)’ı tarafından gerçekleştirilmiştir. Orijinal puanlama anahtarı açık erişime sahip olup, “Ekler” bölümünde yer verilmiştir (Ek-8).

PaCT Hakkında. Tıp eğitiminde iletişim ve danışmanlık becerilerini geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçtüğü kanıtlanmış pek çok puanlama anahtarı bulunmakla beraber, yapılan literatür çalışması sonucu, eczacılık eğitiminde geçerli ve güvenilir ölçüm yaptığı kanıtlanmış herhangi bir puanlama anahtarına rastlanamamıştır. Tıp eğitiminde kullanılan puanlama anahtarlarının eczacılık eğitiminde de uygulanabileceğine dair söylemler mevcuttur (CPPE, 2014). Ancak PaCT’ın kullanılabilirlik ve kapsam geçerliği yapılmış, eczacılığa özel geliştirilen ilk iletişim ve danışmanlık modeli ve aynı zamanda dereceli puanlama anahtarı olduğu belirtilmiştir.

PaCT için temel hedefler; eczacı-hasta iletişimi için etkili, anlaşılır ve geçerli bir puanlama anahtarı geliştirmek ve bu anahtarın, hem eğitimde hem de ölçme-değerlendirmede öğrencinin sergilediği becerileri değerlendirmek amacıyla kullanılması olarak belirlenmiştir. Eczacılık öğrencilerine yönelik hazırlanan PaCT’ın geliştirilmesi ve geçerlik-güvenirlik çalışmalarında çok basamaklı bir yol izlenmiştir. PaCT’ın geliştirilmesi sürecinde pek çok danışmanlık modeli ve ölçme aracının incelendiği belirtilmektedir (Grice ve ark., 2017).

Puanlama anahtarında, 23 beceri beş grup (A, B, C, D ve E) altında toplanmıştır. Puanlama anahtarında puanlama için beş adet beceri düzeyi bulunmaktadır.

Bu çalışma kapsamında PaCT'ın Türkçe'ye uyarlandıktan sonra (Türkçe'ye uyarlanmış hali için Bknz. Ek-9) geçerli-güvenilir ölçüm yaptığını kanıtlayan çeşitli istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. (Bkz. Bölüm 2.2.1)

Bu çalışma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama; HOİDF'nin güvenilirlik çalışmalarına yönelik, eğitim programı uygulama öncesi aşaması olarak tasarlanmıştır. İkinci aşama ise, esas eğitim programının uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi kısımlarından ibarettir. Bu çalışma kapsamında tasarlanan eğitim programının etkililiği, eğitim programının uygulanmasından önce ve bitiminden sonra katılımcıların SH ile yaptıkları görüşmelerin, eğitici tarafından izlenip, eğiticinin HOİDF'yi doldurarak katılımcıları değerlendirmesi sonucu elde ettikleri puanların değişimini gösteren nesnel veriler ile anlaşılmıştır.

2.2.1. Dereceli Puanlama Anahtarı (Rubrik) için Yöntem

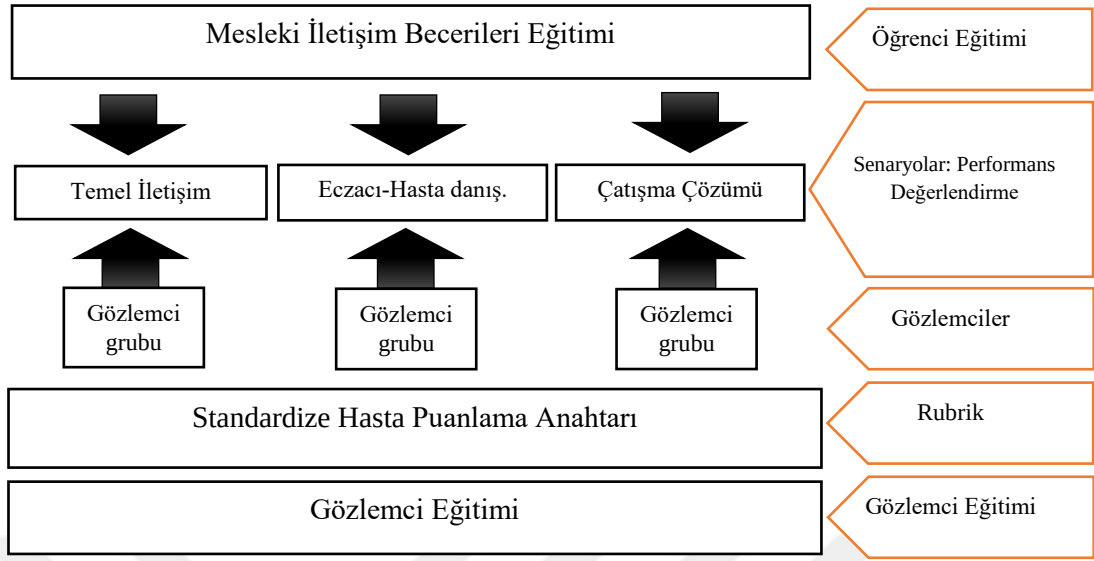
HOİDF'nin Geçerliliği. PaCT'ın dil geçerliliği için İngilizce'den Türkçe'ye çeviri yapılmıştır. Yapılan çeviri iki dil uzmanı (Türkçe ve İngilizce) tarafından kontrol edilmiştir. Gerekli düzeltmelerin yapılması ile puanlama anahtarı yeniden İngilizce'ye çevrilmiştir. Puanlama anahtarının orijinali ile çevirisi arasında anlam farklılığı incelenmiş ve puanlama anahtarı Türkçe'ye çevrilerek son şekli verilmiştir.

Öncelikle SH ile daha önceden çalışmış ve hekim-hasta veya eczacı-hasta iletişimi konusunda ders vermiş olan, altı uzmana belli değerlendirme ölçütleri sunularak kendilerinden görüş istenmiştir. Bu ölçütler şunlardır: puanlama anahtarındaki maddelerin puanlama anahtarının genel amacına uygunluğu; kullanılan ifadelerin gündelik konuşma diline yakınlığı ve anlaşılabilirliği; maddelerin ilgili beceriyi değerlendirmedeki yeterliliğine ilişkin görüşler; birbiri ile birebir aynı anlama gelebilecek cümlelerin bulunup bulunmadığı; maddelerin konunun mümkün olan her

boyutunu kapsayıp kapsamadığı. Bu çerçevede ilgili uzmanlardan düzeltme ve/veya yeni madde yazmaları talep edilmiştir. Gelen öneriler doğrultusunda maddeler gözden geçirilerek yeniden yapılandırılmıştır. Dereceli puanlama anahtarındaki madde sayısı 22'ye düşürülmüştür. Bunun sebebi, eğitim programının, “özel durumlar” başlığı altındaki becerilere ilişkin herhangi bir öğrenim hedefi içermemesidir. Dereceli puanlama anahtarındaki 22 becerinin dahil olduğu beş grup şunlardır ve sırasıyla A, B, C, D ve E grupları olarak adlandırılmıştır: “hastayla bağlantı kurma”, “hastanın bakış açısının görüşme sürecine dahil edilmesi”, “ilgi ve empati gösterme”, “plan ve eğitim” ve “incelikle iletişim”.

PaCT'taki beş adet beceri düzeyi değiştirilmemiştir. Bunlar; “yetersiz”, “geliştirilmesi gerekli”, “vasat”, “beceri sahibi” ve “başarılı” olarak adlandırılmıştır. Öğrencinin sergilediği performansa göre bu beceri düzeylerinden birinin seçilmesi sonucu öğrenci puanlanmaktadır. İfade edilen beceri düzeyleri 1 ile 5 arasında sırasıyla puanlanmıştır.

HOİDF Kullanılarak Yapılan Puanlamaların Güvenirlik Çalışmaları. Bu aşama, eğitim programının etkililiğini değerlendirmek üzere oluşturulan dereceli puanlama anahtarının, eğitim programı öncesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm yaptığını kanıtlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu aşama için uygulanan deneysel tasarım Şekil 2.1'de gösterilmektedir.

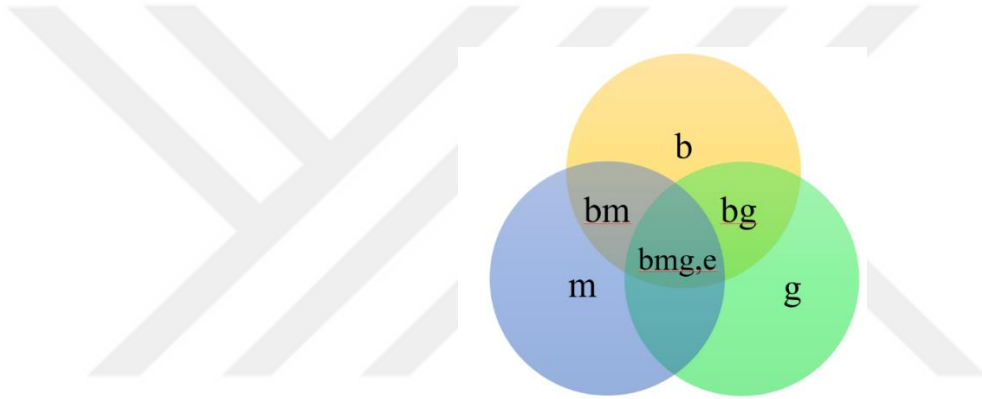


Şekil 2.1. HOİDF'nin güvenilirlik çalışması için deney tasarımı.

Çalışmada genellenebilirlik (G) kuramına göre tümüyle çarpazlanmış desen $b \times m \times g$ (b: birey, m: madde (beceri), g: gözlemci) kullanılmıştır. Bir başka deyişle; tüm bireyler, her bir beceri dikkate alınarak her bir gözlemci tarafından puanlanmıştır. Çalışma tasarımına göre elde edilen veriler, yedi değişkenlik kaynağına sahiptir (Şekil 2.2). Bunlar aşağıda belirtildiği gibidir:

- Birey (Öğrenci) Kaynaklı Değişkenlik (b): Ölçme objesi olan öğrencilerin maddelerden aldıkları farklı puanlar arasındaki farklılıktır.
- Madde (Görev ya da beceri) Kaynaklı Değişkenlik (m): Bir maddenin diğer maddeye göre eşit güçlükte olmamasından kaynaklanan değişkenliktir.
- Gözlemci (Puanlayıcı) Kaynaklı Değişkenlik (g): Gözlemcilerin puanlamalarındaki yüksek-düşük puan verme durumundan kaynaklanan değişkenliktir.
- Birey-Madde Kaynaklı Değişkenlik (bm): Maddelerin güçlük düzeylerinin öğrencilere göre farklılık göstermesinden kaynaklanan (birey avantajı/yeteneği ya da tersi) değişkenliktir; bireyler ile maddeler arasındaki etkileşim değişkenliğidir.

- Birey-Gözlemci Kaynaklı Değişkenlik (bg): Gözlemcilerin puanlamada yüksek ya da düşük puan vermelerindeki farklılıktan kaynaklanan birey gözlemci etkileşim değişkenliğidir.
- Madde-Gözlemci Kaynaklı Değişkenlik (mg): Gözlemcinin bazı maddeleri puanlarken diğer maddeleri puanladığından daha farklı yaklaşımda bulunmasından (daha hasis ya da cömert) kaynaklanan madde gözlemci etkileşim değişkenliğidir.
- Birey-Madde-Gözlemci Kaynaklı Değişkenlik (bmg): Birey, madde ve gözlemci etkileşiminden ve/veya tesadüfi hatalardan kaynaklanan değişkenliktir.



Şekil 2.2. Verilerin değişkenlik kaynakları (Güler ve ark., 2012).

Çalışmada kullanılan $b \times m \times g$ deseni için oluşturulmuş veri yapısı örneği Şekil 2.3'te gösterilmiştir.

	m1					m2						m22				
	g1	g2	g3	g4	g5	g1	g2	g3	g4	g5		g1	g2	g3	g4	g5
b1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
b2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
b3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
b5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x

Şekil 2.3. $b \times m \times g$ deseni için veri yapısı örneği.

Bu çalışmada ölçmenin hedefi bireyler olacağı için bireyler değişkenlik kaynağı olarak adlandırılmamıştır. Bireyler çalışmada ölçmenin objesi olarak değerlendirilmiştir. Değişkenlik kaynakları madde ve gözlemcilerdir. Becerinin diğer

beceriye göre eşit güçlükte olmaması, örneğin öğrencinin kendini tanıtırma becerisi ile etkin dinleme becerisi arasındaki güçlük derecesi farklılığı, maddelerin de değişkenlik kaynağı olarak gösterilmesini gerekli kılmıştır. Gözlemci kaynaklı değişkenliğin esas alınmasının nedeni, gözlemcilerin puanlamaları arasındaki tutarsızlıkların oluşabileceği varsayımdır. Bu sebeple bu çalışma için g, mg ve bg değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Bu doğrultuda, Jonsson ve Svingby'e göre, performans değerlendirmede, gözlemcilerin puanlaması arasında ne kadar çok tutarlılık sağlanabilirse, puanlama anahtarı ile yapılan puanlamaların o kadar güvenilir olduğu varsayılmaktadır. Gözlemcilerin puanlamaları arasındaki değişkenlik, gözlemciler-arası veya gözlemcinin kendi içindeki farklılıktan kaynaklanabilmektedir. Gözlemciler-arası güvenilirlik [inter-rater reliability], iki ya da daha çok gözlemcinin aynı bireyi birbirlerinden bağımsız olarak puanlamalarından elde edilen puanların tutarlılık derecesi olarak tanımlanır. Gözlemci-içi güvenilirliği [intra-rater reliability] ise, bir gözlemcinin farklı zamanlarda aynı bireyleri birden fazla kere puanlamasından elde edilen verilerin tutarlılığı olarak ifade edilmektedir (Jonsson ve Svingby, 2007). Bu aşamada, eğitim programı uygulanmadan önce öğrencilerin SH ile gerçekleştirdiği görüşmelerin, farklı gözlemciler tarafından puanlanması, gözlemciler-arası puanlama hedeflenmiştir.

Öğrencilerin SH ile yaptıkları görüşmeleri puanlamak üzere beş farklı gözlemci belirlenmiştir. Gözlemci örnekleme biri erkek dördü kadın toplam beş kişidir. Gözlemcilerin üçü, Ankara ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakülteleri, Tıp Eğitimi Anabilim Dalları'nda hekim-hasta iletişimi eğitimi vererek öğrencileri SH ile yaptıkları görüşmeleri değerlendiren öğretim üye ve elemanlarından seçilmiştir. Diğer iki gözlemciden biri tez çalışmasını yürüten kişidir yani araştırmacıdır. Son gözlemci ise eczacı-hasta iletişimi konusunda eğitim almış ve SH ile yapılan görüşmeleri değerlendirme deneyimi olan bir serbest eczacıdır. Bu iki gözlemcinin ortak özellikleri; eczacı olmaları, bu tez kapsamında geliştirilecek eğitim programının öğrenim hedeflerini bilmeleri ve SH ile yapılan görüşmeleri değerlendirme deneyimine sahip olmaları olarak sayılabilir. Sonuç olarak beş gözlemcinin üçü kadın

olup hekimdir ve hekim-hasta iletişimini bilen uzmanlardır. Diğer ikisi ise biri kadın biri erkek olup, eczacıdır ve eczacı-hasta iletişimi konusunda deneyimlidir. Tüm gözlemcilerin, SH ile yapılmış görüşmeleri değerlendirme deneyimi de bulunmaktadır. Gözlemcilerin demografik özellikleri Çizelge 2.3'te özetlenmiştir.

Çizelge 2.3. Gözlemcilerin demografik özellikleri.

Köken	Kadın	Erkek	Toplam
Tıp	3	-	3
Eczacı	1	1	2
Genel Toplam	4	1	5

Gözlemciler yukarıda belirtilen ölçütler doğrultusunda belirlenmiş olup, HOİDF'yi kullanarak puanlama yapabilmeleri için Şekil 2.1'de belirtilen “gözlemcilerin eğitimi” başlıklı aşama dâhilinde tez sahibi tarafından eğitime tabi tutulmuşlardır. Bu eğitim kapsamında tez çalışmasını yürüten kişi, HOİDF'deki maddelerin ne anlam ifade ettiği ve beceri düzeylerini seçme konusunda çeşitli videolar üzerinde diğer dört gözlemci ile beraber tartışmalar yürütmüş ve tüm gözlemcilerin puanlama konusunda ortak bir bakış açısı belirlemelerini sağlamıştır.

Bu aşamadan sonra, gözlemcilerin puanlayacakları becerileri sergileyecek öğrencilerin seçimi ve eğitimi süreçleri başlatılmıştır. Şekil 2.1'de “öğrenci eğitimi” başlığı altındaki aşamada, 14 haftalık eğitim programının teorik kısımları kısaltılmış biçimde (dört saat sürecek şekilde) 2015-2016 yılında 5. sınıfta olan 15 öğrenciye uygulanmıştır. Kısa da olsa öğrencilere verilen eğitimin amacı; SH ile yapacakları görüşmelerde beklenen becerileri sergileyememe ve dolayısıyla puanlama anahtarının farklı beceri düzeylerini puanlamadaki başarısını tespit edememe durumunu ortadan kaldırmaktır. Öğrencilere dört saatlik kısaltılmış eğitim programı, 14 Nisan 2016 tarihinde verilmiş olup, katılan 15 öğrenciye de “eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerileri katılım belgesi” dağıtılmıştır. Verilen kısaltılmış eğitim programı sonrasında öğrenciler, 20 Nisan 2016 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleksi Beceri ve İletişim Laboratuvarı'na götürülmüş ve SH ile görüşme yapmaları sağlanmıştır.

Tez kapsamında hazırlanan asıl eğitim programı, 5.sınıf öğrencilerine uygulanacağı için, kısaltılmış eğitim programının da Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 5.sınıf öğrencilerine verilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Eczacılık eğitiminin son yılında öğrencilerin yoğun staj uygulamaları içerisinde olması, eczane ortamında hasta ile bir şekilde ilişki içine girmelerini sağlamaktadır. Aynı zamanda son sınıf öğrencilerinin ilaç ve farmakoloji bilgilerinin daha fazla olacağı öngörüldüğü için SH ile yapılan görüşmelerde, hastaya bilgi aktarma konusunda daha deneyimli olmaları sebebiyle, becerileri gösterme ihtimallerinin de artacağı düşünülmüştür. Hazırlanan senaryolar üzerinde, öğrencinin sadece iletişim ve danışmanlık becerileri puanlandığından, senaryo için gerekli ilaç bilgisi, SH uygulama yönergelerine konulmuştur. Ancak öğrencilerin daha doğal ve kendilerine güvenli bir görüşme geçirebilmeleri için temel bir farmakoloji ve ilaç bilgisine de ihtiyaç duyulmaktadır. Daha çok eczacılığa giriş ve temel bilimlerin yer aldığı 1. ve 2.sınıf eczacılık eğitimi müfredatında, öğrencinin yapacağı görüşmelerin, daha tutuk ve doğallıktan uzak olabileme olasılığı göz önünde bulundurularak katılımcılar bu sınıflardan seçilmemiştir. Katılımcı olarak seçilen öğrenci grubu en azından eczane ortamının nasıl bir yer olduğunu, yaptıkları stajlar dolayısıyla bilmektedir ve eczane içinde hasta ile olan ilişkileri gözlemleme fırsatı bulmuştur. Verilen kısaltılmış eğitim programının kısa ve öz olması ve öğrencide beceri geliştirmeme riskine karşı, puanlama anahtarının geçerlik çalışmaları için yukarıda sayılan sebeplerden ötürü öğrencilerin 5.sınıflardan seçilmesinin kritik bir nokta olduğu düşünülmektedir.

“Senaryolar” başlıklı aşamada (Şekil 2.1), SH ile yapılacak görüşmeler için üç farklı senaryo hazırlanmıştır. Bu senaryolar, esas eğitim programı için belirlenen üç temel konunun öğrenim hedeflerine uygun düzenlenmiştir. İlk senaryo “Temel İletişim Becerileri”, ikinci senaryo “Eczacı-Hasta Danışmanlığı” ve üçüncü senaryo da “Çatışma Çözümü” senaryosu olarak isimlendirilmiştir. Öğrencilerden beklenen, bu oturumların öğrenim hedeflerine ulaşarak gerekli becerileri sergilemeleridir.

Seçilen 15 öğrenci rastgele beşerli üç gruba bölünmüştür. Her üç gruba da farklı senaryolar verilmiştir. Öğrenciler dört saatlik ortak teorik eğitimden sonra kendi gruplarına düşen senaryoyu, SH ile görüşme yapmadan yaklaşık 10 dakika önce tek

başlarına okumuşlardır. Böylelikle senaryo üzerinde önceden tartışma imkânı yaratılmamış olup sürecin doğallığı sağlanmıştır. Şekil 2.1'e göre, "senaryolar: performans değerlendirme" aşamasına istinaden, her öğrenci kendi senaryosunu SH ile karşılıklı oynamıştır. Yapılan görüşmeler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleksi Beceri ve İletişim Laboratuvarı'nın teknik alt yapısı dâhilinde videoya çekilmiştir.

Gözlemciler-arası farklılıkları [inter-rater reliability] tespit edebilmek amacıyla, öğrencilere ait 15 video gözlemcilere gönderilmiş ve gözlemcilerden, öğrencilerin SH ile yaptıkları görüşmelerde sergiledikleri becerileri HOİDF üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Gözlemciler, videoları çevre etkisinden arındırılmış ortamda izlemişler ve verilen eğitime uygun olarak puanlama yapmışlardır.

Verilerin Çözümlemesi. Bu çalışmada G kuramı ile desenlere ait varyans bileşenlerinin kestirilmesi ve değişkenlerin toplam varyansı açıklama oranları hesaplanmıştır.

Klasik test kuramına göre güvenilirliğin hesaplanmasında; "(...) birden fazla hata kaynağı aynı anda göz önünde bulundurulamaz. Böylece klasik test kuramında, farklı varyans kaynaklarının büyüklüğünün kestirilmesi çoklu analizlerin yapılmasını gerektirdiği gibi, farklı varyans kaynaklarına dayalı güvenilirliklerin aynı anda kestirilmesi de mümkün olmamaktadır. (...) aynı ölçmeye ilişkin olarak klasik test kuramının farklı hata kaynaklarına vurgu yapan farklı güvenilirlik yöntemleri ile hesaplanan güvenilirlik katsayıları da birbirinden farklı olabilir. G kuramı, klasik test kuramının bu sınırlılığını ortadan kaldırmaya yönelik daha esnek bir yöntem olarak geliştirilmiş olup; puanlayıcı, zaman, ölçme formu, görevler ya da maddeler gibi tüm potansiyel değişkenlik kaynaklarından gelebilecek hataları birlikte ve eş zamanlı değerlendirerek kapsamlı tek bir güvenilirlik kat sayısı hesaplanmasına olanak vermektedir." (Güler ve Gelbal, 2010).

Güler'in aktardığına göre Shavelson ve Webb, G kuramını dört açıdan klasik test kuramının daha genişletilmiş hali olarak belirtmektedirler (Güler ve Gelbal, 2010):

1. *“G kuramı, çoklu varyans kaynaklarını tek bir analizde ele alır.”*
2. *“Her bir varyans kaynağının büyüklüğünün belirlenmesini sağlar.”*
3. *“Hem bireylerin başarılarına dayalı göreceli kararlar, hem de bireylerin başarılarıyla ilgili mutlak kararlar alınmasına ilişkin iki farklı güvenilirlik kat sayısının hesaplanmasına olanak tanır.”*
4. *“Belirli bir amaca bağlı olarak, ölçme hatasının en aza indirgenebileceği ölçmelerin düzenlenmesine (karar çalışmaları) olanak tanır.”*

Kısacası G kuramı başarının ölçülmesine yönelik güvenilirliğin kestirilmesine uygun bir kuramdır. G kuramı, klasik test kuramının sadece yeniden yorumlanması olmayıp, aynı zamanda güvenilirlik ile geçerlik arasındaki geleneksel farkın, güvenilir ölçmeler düzenleyerek nasıl ortadan kaldırılabileceğine ilişkin bir yaklaşım da ortaya koymaktadır (Güler ve Gelbal, 2010).

G kuramında, güvenilirliğin araştırılmasında iki aşamadan söz etmek mümkündür. Bunlardan ilki G çalışması (G çalışması) ve ikincisi karar çalışmasıdır (K çalışması). Güler’e göre, *“K-çalışması sürecinde araştırmacı, farklı senaryolar kullanarak daha yüksek güvenilirlik ve daha düşük hataların olduğu durumlar elde etmeye çalışır. Örneğin; “Daha fazla sayıda puanlayıcı kullandığımda ne olur?”, “Görev sayısını azaltırsam ölçme aracımın güvenilirliğinde kaybım çok fazla olur mu?” vb. sorularının cevabı K-çalışması yapılarak araştırılır. Sonuç olarak, tek bir G-çalışmasından elde edilen aynı varyans kestirimlerine dayalı pek çok K-çalışması düzenlenebilir.”*

Ölçümdeki değişkenlik kaynaklarının büyüklükleri ve toplam değişkenlik içindeki oranları ile K çalışmasının sonuçları Edu G 6.1-e programı ile elde edilmiştir.

2.2.2. Puanlama Anahtarı Kullanılarak Yapılan Ön Çalışma ile İlgili Bulgular

HOİDF'nin geçerlik çalışmaları için deney tasarımı veri setinden; 15 birey x 22 madde x 5 gözlemci ile çalışılmıştır. Ancak beş gözlemci tüm öğrencileri puanlamış olarak bir de iki eczacı ayrıca üç hekim gözlemci kendi içinde ayrı ayrı ele alınmıştır.

İki Değişkenlik Kaynaklı Tesadüfi Desen için Varyans Bileşenlerinin Kestirilmesi

G çalışması sonucunda b x m x g deseni ile kestirilen varyans bileşenleri ve toplam varyansı açıklama oranları Çizelge 2.4'te verilmiştir.

Çizelge 2.4. b x m x g deseninde G çalışmasına ait varyans bileşenleri ve toplam varyansı açıklama oranları.

Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik Dercesi Sd	Kareler ortalaması	Varyans	%
Temel iletişim senaryosu (5 gözlemci) (G= 0,89, Phi= 0,75)					
b	79,37091	4	19,84273	0,16083	11,3
m	203,89273	21	9,70918	0,31776	22,4
g	49,71636	4	12,42909	0,09062	6,4
bm	84,38909	84	1,00463	0,09008	6,4
bg	27,21091	16	1,70068	0,05211	3,7
mg	110,44364	84	1,31481	0,15211	10,7
bmg	186,22909	336	0,55425	0,55425	39,1
Toplam	741,25273	549			100
Eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu (5 gözlemci) (G= 0,66, Phi= 0,33)					
b	36,18909	4	9,04727	0,05446	3,1
m	247,69455	21	11,79498	0,36926	21,3
g	149,04364	4	37,26091	0,30641	17,7
bm	108,05091	84	1,28632	0,15554	9,0
bg	36,46545	16	2,27909	0,08048	4,7
mg	149,99636	84	1,78567	0,25541	14,8
bmg	170,89455	336	0,50861	0,50861	29,4
Toplam	898,33455	549			100
Çatışma çözümü senaryosu (5 gözlemci) (G= 0,72, Phi= 0,35)					
b	10,01091	4	2,50273	0,01630	2,3
m	119,11455	21	5,67212	0,17885	24,9
g	36,10182	4	9,02545	0,07067	9,9
bm	38,14909	84	0,45416	0,04097	5,7
bg	8,08000	16	0,50500	0,01162	1,6
mg	83,65818	84	0,99593	0,14933	20,8
bmg	83,76000	336	0,24929	0,24929	34,8
Toplam	378,87455	549			100

Farklı senaryolar altında puanlanan öğrencilerin performans ölçümü için yapılan G çalışması sonucunda kestirilen varyans ve toplam varyası açıklama oranları incelenmiştir (Çizelge 2.4).

Birey (öğrenci) değişkenine ait varyans bileşeninin temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %11,3'ünü açıkladığı ve üçüncü büyüklük sırasına sahip olduğu görülmektedir. Eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %3,1 ile yedinci sırada, çatışma çözümü senaryosu altında %2,3 ile altıncı sırada yer almaktadır. Aynı eğitimi alan öğrencilerin performansları arasındaki farklılığın en çok ortaya konduğu senaryonun temel iletişim senaryosu olduğu, bunu sırasıyla eczacı-hasta ve çatışma çözümü senaryolarının izlediği gözlenmiştir.

Madde değişkenine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansı açıklaması bakımından %22,4, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %21,2 ve çatışma çözümü senaryosu altında %24,9 ile tüm senaryolarda büyüklük sıralamasında ikinci oldukları görülmektedir. Tüm senaryolar altında maddelerin yüksek oranda birbirinden farklı zorluk derecelerinde olduğu anlaşılmaktadır. Farklılık derecesi bakımından büyükten küçüğe doğru sıralama yapmak gerekirse; çatışma çözümü, temel iletişim ve eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu sıralamasının ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

Gözlemci değişkenine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansı açıklaması bakımından %6,4 ile beşinci sırada, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda %17,2 ile üçüncü sırada ve çatışma çözümü senaryosu altında %9,9 ile dördüncü sırada yer almaktadır. Gözlemci ana etkisi için kestirilen varyans bileşenlerinin yüksek olması, gözlemcilerin yaptıkları puanlamalar arasında farklılıkların bulunduğu, puanlar arasında bir tutarlılığın olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Puanlamalar arasındaki tutarsızlık, en fazla eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda, ikinci olarak çatışma çözümü ve son olarak da temel iletişim senaryosunda gözlemlenmiştir.

Birey madde (bm) ortak etkisine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %6,4'ünü açıkladığı ve beşinci büyüklük sıralamasına sahip olduğu görülmektedir. Eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %9,0 ile beşinci, çatışma çözümü senaryosu altında %9,9 ile dördüncü sıradadır. Belli öğrencilerin bağl durumlarının bir maddeden diğerine farklılaştığını göstermektedir. Bu farklılaşma en çok eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda görülmüştür. Bunu sırasıyla temel iletişim ve çatışma çözüm senaryoları izlemektedir.

Birey gözlemci (bg) ortak etkisine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %3,7'sini ve eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda %4,6'sını açıklamakta ve her ikisinde de altıncı sırada yer almakta iken, çatışma çözümü senaryosu altında %1,6 ile yedinci sırada yer almaktadır. Öğrencilerin performansları değerlendirilirken, aynı öğrenciye verilen puanların gözlemciden gözlemciye farklılık gösterip göstermediğinin bir göstergesi olan birey gözlemci ortak etkisi en fazla eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda gözlemlenmiştir. Puanlar arasında görülen tutarlılık en fazla çatışma çözümü senaryosundadır.

Madde gözlemci (mg) ortak etkisine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında %10,7 ile ve eczacı hasta ilişkisi senaryosu altında %14,8 ile dördüncü büyüklük sıralamalarına sahip iken, çatışma çözümü senaryosu altında %20,8 ile üçüncü büyüklük sıralamasına sahiptir. Bu durum bazı maddelere verilen puanların, bir gözlemciden diğerine farklılaştığı, gözlemcilerin, öğrencileri bir görevden diğerine kararlı puanlayamadıkları şeklinde yorumlanabilir. Bu farklılaşma en çok çatışma çözümü, en az temel iletişim senaryosunda gözlemlenmiştir.

Birey madde gözlemci (bmg) ortak etkisi toplam varyans üzerinden değerlendirildiğinde, temel iletişim senaryosu altında %39,1, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %29,4 ve çatışma çözümü senaryosu altında %34,8 ile en büyük etki oranına sahiptir. Toplam varyans içinde en düşük değere sahip olması beklenen birey madde gözlemci bileşenine ait etki payı her üç senaryo için de yüksek oranda bulunmuştur. bmg artık varyansın büyük olması tesadüfi hataların büyük olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Beş gözlemcinin bir arada değerlendirildiği G çalışmasında gözlemci değişkenine ait varyans bileşenlerinin (g, bg, mg) toplam varyansı açıklama oranlarının büyük olması ve puanlamalar arasında farklılaşma olması nedeniyle gözlemciler eczacı ve hekim olarak ikiye ayrılmış ve her iki grup için de ayrı ayrı G çalışması yapılmıştır.

Çizelge 2.5. Eczacı gözlemciler esas alınarak yapılan G çalışmasına ait varyans bileşenleri ve toplam varyansı açıklama oranları.

Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik Dercesi Sd	Kareler sortalaması	Varyans	%
Temel iletişim senaryosu (2 eczacı gözlemci) (G= 0,75, Phi= 0,62)					
b	18,72727	4	4,68182	0,07965	8,6
m	109,47727	21	5,21320	0,46688	50,5
g	0,11364	1	0,11364	-0,00530	0,0
bm	48,27273	84	0,57468	0,22489	24,3
bg	2,90909	4	0,72727	0,02738	3,0
mg	1,98636	21	0,09459	-0,00606	0,0
bmg	10,49091	84	0,12489	0,12489	13,5
Toplam	191,97727	219			100
Eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu (2 eczacı gözlemci) (G= 0,67, Phi= 0,55)					
b	12,18182	4	3,04545	0,04654	5,6
m	84,58636	21	4,02792	0,33755	40,8
g	0,11364	1	0,11364	-0,00563	0,0
bm	48,61818	84	0,57879	0,16937	20,5
bg	2,63636	4	0,65909	0,01905	2,3
mg	6,58636	21	0,31364	0,01472	1,8
bmg	20,16364	84	0,24004	0,24004	29,0
Toplam	174,88636	219			100
Çatışma çözümü senaryosu (2 eczacı gözlemci) (G= 0,69, Phi= 0,57)					
b	7,24545	4	1,81136	0,02825	5,5
m	47,50909	21	2,26234	0,17684	34,4
g	0,07273	1	0,07273	-0,00357	0,0
bm	32,35455	84	0,38517	0,10584	20,6
bg	1,42727	4	0,35682	0,00833	1,6
mg	5,92727	21	0,28225	0,02175	4,2
bmg	14,57273	84	0,17348	0,17348	33,7
Toplam	109,10909	219			100

Farklı senaryolar altında eczacı gözlemciler tarafından puanlanan öğrencilerin performans ölçümü için yapılan G çalışması sonucunda kestirilen varyans ve toplam varyansı açıklama oranları incelenmiştir (Çizelge 2.5).

Birey (öğrenci) değişkenine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %8,6'sını, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda %5,6'sını,

çatışma senaryosu altında %5,5'ini açıklamaktadır. Aynı eğitimi alan öğrencilerinden en fazla benzeşik performansın, çatışma çözümü senaryosuna katılanlarca sergilendiği, ardından eczacı-hasta danışmanlığı senaryosuna katılanların sergilediği anlaşılmaktadır. Temel iletişim senaryosuna dâhil olan öğrencilerin gösterdikleri beceriler bakımından farklılaşmanın en fazla olduğu gözlenmektedir.

Madde değişkenine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %50,5'ini, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda %40,8'ini ve çatışma çözümü senaryosunda %34,4'ünü açıklayarak üçünde de birinci sırada yer almıştır. Madde zorluk derecelerinin yüksek oranda birbirinden farklı olduğu anlaşılmaktadır. Farklılık derecesi bakımından büyükten küçüğe doğru sıralama yapmak gerekirse; temel iletişim, eczacı-hasta danışmanlığı ve çatışma çözümü senaryosu sıralamasının ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

Gözlemci değişkenine ait varyans bileşeni, her bir senaryo için toplam varyansın %0'ını açıklayarak ana etkiler içinde en düşük varyans bileşenini oluşturmaktadır. Gözlemleyici ana etkisi için kestirilen varyans bileşeninin sıfır olması, eczacı gözlemcilerin yaptıkları puanlamalar arasında farklılığın bulunmadığı, gözlemcilerin verdikleri puanlar arasında bir tutarlılığın olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Birey madde (bm) ortak etkisine ait varyans bileşeni, temel iletişim senaryosu altında %24,3 ile ikinci sırada yer alırken, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %20,5 ile ve çatışma çözümü senaryosu altında %20,6 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Belli öğrencilerin bağıl durumlarının bir maddeden diğerine farklılaştığını göstermektedir. Bu farklılaşma en çok temel iletişim senaryosunda görülmüştür. Bunu sırasıyla çatışma çözümü ve eczacı-hasta danışmanlığı senaryoları izlemektedir.

Birey gözlemci (bg) ortak etkisine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %3,0'ünü, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda %2,3'ünü açıklamakta ve her ikisinde de beşinci sırada yer almakta iken, çatışma çözümü senaryosu altında % 1,6'sını açıklayarak altıncı sırada yer almaktadır. Buna

göre, bu ölçme için bg ortak etkisinden kaynaklanan farklılığın küçük olduğu, belli bireylerin bağıl durumlarının bir gözlemciden diğerine çok değişmediği yorumu yapılabilir.

Madde gözlemci (mg) ortak etkisine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %0'ını açıklarken, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %1,8'ini açıklayarak altıncı sırada, çatışma çözümü senaryosu altında %4,2'sini açıklayarak beşinci sırada yer almaktadır. Bu durum bazı maddelere verilen puanların, bir gözlemciden diğerine temel iletişim senaryosunda hiç farklılaşmadığı, diğer iki senaryoda da fazla farklılaşmadığı, gözlemcilerin, öğrencileri bir görevden diğerine kararlı puanladıkları şeklinde yorumlanabilir.

Birey madde gözlemci (bmg) ortak etkisi toplam varyans üzerinden değerlendirildiğinde, temel iletişim senaryosu altında %13,5 ile üçüncü, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %29,0 ile ikinci ve çatışma çözümü senaryosu altında %33,7 ile yine ikinci büyüklük oranına sahiptir. Toplam varyans içinde en düşük değere sahip olması beklenen bmg ortak etkisi eczacı-hasta danışmanlığı ve çatışma çözümü senaryosu için yüksek oranda bulunmuştur. bmg artık varyansın büyük olması tesadüfi hataların büyük olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Farklı senaryolar altında hekim gözlemciler tarafından puanlanan öğrencilerin performans ölçümü için yapılan G çalışması sonucunda kestirilen varyans ve toplam varyası açıklama oranları incelenmiştir (Çizelge 2.6).

Çizelge 2.6. Hekim gözlemciler esas alınarak yapılan G çalışmasına ait varyans bileşenleri ve toplam varyansı açıklama oranları.

Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Serbestlik Dercesi Sd	Kareler ortalaması	Varyans	%
Temel iletişim senaryosu (3 hekim gözlemci) (G= 0,84, Phi= 0,64)					
b	66,52727	4	16,63182	0,21259	11,8
m	128,69091	21	6,12814	0,27089	15,1
g	49,55152	2	24,77576	0,19499	10,9
bm	87,33939	84	1,03975	0,09953	5,5
bg	18,41818	8	2,30227	0,07096	4,0
mg	74,18182	42	1,76623	0,20501	11,4
bmg	124,51515	168	0,74116	0,74116	41,3
Toplam	549,22424	329			100
Eczacı hasta ilişkisi senaryosu (3 hekim gözlemci) (G= 0,44, Phi= 0,15)					
b	28,73939	4	7,18485	0,04773	2,0
m	190,59697	21	9,07605	0,39455	16,6
g	132,47879	2	66,23939	0,55040	23,2
bm	92,32727	84	1,09913	0,13258	5,6
bg	29,09697	8	3,63712	0,13344	5,6
mg	115,92121	42	2,76003	0,41172	17,4
bmg	117,83636	168	0,70141	0,70141	29,6
Toplam	706,99697	329			100
Çatışma çözümü senaryosu (3 hekim gözlemci) (G= 0,49, Phi= 0,12)					
b	4,92727	4	1,23182	0,00920	1,1
m	89,50606	21	4,26219	0,18496	21,3
g	33,23636	2	16,61818	0,13553	15,6
bm	28,53939	84	0,33975	0,02110	2,4
bg	4,49091	8	0,56136	0,01295	1,5
mg	59,83030	42	1,42453	0,22962	26,4
bmg	46,44242	168	0,27644	0,27644	31,8
Toplam	266,97273	329			100

Birey (öğrenci) değişkenine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %11,8'ini, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda %2,0'sini, çatışma senaryosu altında %1,1'ini açıklamaktadır. Aynı eğitimi alan öğrencilerin performansları arası farklılığın, en az çatışma çözümü senaryosunda, ardından eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda olduğu anlaşılmaktadır. Temel iletişim senaryosuna dâhil olan öğrencilerin gösterdikleri beceriler bakımından birbirlerinden farklılaşma oranı en fazladır. Temel iletişim senaryosuna dâhil olan öğrenciler performans bakımından hekimler nazarında eczacılara göre daha fazla farklılık göstermekte iken, diğer iki senaryoda eczacılar, öğrenciler arasındaki farklılığı hekimlere göre daha fazla tespit edebilmişlerdir.

Madde değişkenine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %15,1'ini açıklayarak ikinci, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda %16,6'sı ile dördüncü ve çatışma çözümü senaryosunda %21,3'ünü açıklayarak üçüncü sırada yer almaktadır. Madde zorluk derecelerinin yüksek oranda birbirinden farklı olduğu anlaşılmaktadır. Farklılık derecesi bakımından büyükten küçüğe doğru sıralama yapmak gerekirse; çatışma çözümü, eczacı-hasta danışmanlığı ve temel iletişim senaryosu sıralamasının ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

Gözlemci değişkenine ait varyans bileşeni, temel iletişim senaryosu altında %10,9 ile beşinci, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %23,2 ile ikinci ve çatışma çözümü senaryosu altında %15,6 ile dördüncü büyüklük sıralamasına sahiptir. Hekim gözlemciler için kestirilen en yüksek varyans bileşeni eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda iken, bunu sırasıyla çatışma çözümü ve temel iletişim senaryoları takip etmektedir. Hekim gözlemcilerin temel iletişim senaryosu için yaptıkları puanlamalar arasındaki farklılık diğer iki senaryoya göre daha azdır. Fakat yine de gözlemcilerin her üç senaryo için verdikleri puanlar arasındaki tutarlığın, eczacı gözlemcilere göre çok az olduğu görölmektedir.

Birey madde (bm) ortak etkisine ait varyans bileşeni, temel iletişim senaryosu altında %5,5 ile altıncı sırada yer alırken, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %5,6 ile ve çatışma çözümü senaryosu altında %2,4 ile beşinci sırada yer almaktadır. Belli öğrencilerin bağlı durumlarının bir maddeden diğerine farklılaştığını göstermektedir. Bu farklılaşma en çok eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda görölmüştür. Bunu sırasıyla temel iletişim ve çatışma çözümü senaryoları izlemektedir. bm ortak etkisine ait varyans bileşeni, eczacı gözlemcilerinki ile karşılaştırıldığında, her senaryo altında öğrencilerin maddeden maddeye değişen farklı düzeylerde beceriye sahip oldukları eczacı gözlemciler tarafından daha yüksek düzeylerde ortaya konduğu söylenebilir.

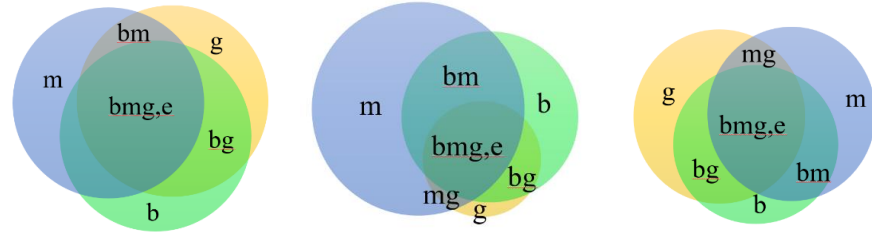
Birey gözlemci (bg) ortak etkisine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %4,0'ünü açıklayarak yedinci, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosunda %5,6'sını açıklayarak beşinci ve çatışma çözümü senaryosu altında

%1,5'ini açıklayarak altıncı sırada yer almaktadır. Buna göre, çatışma çözümü senaryosu altında yapılan ölçme için bg ortak etkisinden kaynaklanan farklılığın küçük olduğu, belli bireylerin bağıl durumlarının bir gözlemciden diğerine çok değişmediği yorumu yapılabilir. Çatışma çözümü senaryosunda hem hekim hem de eczacı gözlemciler, öğrencilerin birbiri arasındaki beceri farklılıklarını daha tutarlı değerlendirmişlerdir.

Madde gözlemci (mg) ortak etkisine ait varyans bileşeni temel iletişim senaryosu altında toplam varyansın %11,4'ünü açıklayarak dördüncü, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu altında %17,4'ünü açıklayarak üçüncü sırada, çatışma çözümü senaryosu altında %26,4 ile ikinci büyüklük sıralamasında yer almaktadır. Bu durum bazı maddelere verilen puanların, bir gözlemciden diğerine farklılaştığı, gözlemcilerin, öğrencileri bir görevden diğerine kararlı puanlayamadıkları şeklinde yorumlanabilir. Bu farklılaşma eczacı gözlemcilerde olduğu gibi en çok çatışma çözümü senaryosunda görülmüştür.

Birey madde gözlemci (bmg) ortak etkisinin, toplam varyansı açıklama oranı temel iletişim senaryosu için %41,3, eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu için %29,6, çatışma çözümü senaryosu için %31,8'dir. Her üç senaryodaki bmg ortak etkisi en büyük varyans oranına sahiptir. bmg artık varyansın büyük olması tesadüfi hataların büyük olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Eczacı gözlemciler ile karşılaştırıldığında, hekim gözlemcilerin yaptığı ölçümlerde açıklanamayan hata oranı daha yüksektir.

Gözlemcilerin yaptıkları ölçümlerdeki değişkenlik kaynaklarının büyüklüklerine ilişkin Venn diyagramları Şekil 2.4'te gösterilmiştir.



Beş Gözlemcinin Toplamı

Eczacı Gözlemciler

Hekim Gözlemciler

Şekil 2.4. Gözlemcilerin puanlamalarındaki değişkenlik kaynaklarının büyüklüklerine ilişkin venn diyagramları.

Şekil 2.4'ten de görüleceği üzere, her üç senaryo altında; eczacı gözlemcilere ilişkin yapılan G çalışması ile hem beş gözlemcinin hem de sadece hekim gözlemcilerin yaptıkları puanlamalarının değerlendirildiği G çalışmalarının sonuçları karşılaştırıldığında, birey değişkenine ait varyans bileşenin alanı çok daha büyüktür. Bu durum, eczacı gözlemcilerin yaptıkları ölçümlerin bireyler arası farklılığı ortaya çıkarmada daha iyi oldukları şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca yine eczacı gözlemcilerin ölçümlerindeki gözlemci değişkenine ait alanın, diğer iki diyagramdakinden çok daha küçük bir alanı kaplaması, eczacı gözlemcilerin puanlamalarının daha tutarlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada eczacı gözlemcilerin puanlamaları arasındaki tutarlılık daha fazla olduğu için K çalışması eczacı gözlemcilerin puanlamaları dikkate alınarak yapılmıştır. Çalışmada birey ve madde sayıları sabit tutularak yer alan iki eczacı gözlemci sayısına ve bu sayının bir artırılıp bir azaltılmasına göre düzenlenen senaryolar için yapılan K çalışması sonucunda G ve Phi " Φ " (güvenirlilik) katsayılarına ilişkin değerler Çizelge 2.7'de verilerek açıklanmıştır.

Çizelge 2.7. K çalışması ile gözlemci sayılarının değiştirilmesi sonucu elde edilen senaryolara göre G ve Phi kat sayıları.

Gözlemci Sayıları					
1	2*	3	4	5	6
G 0,760	G 0,789	G 0,823	G 0,842	G 0,853	G 0,861
Φ 0,664	Φ 0,683	Φ 0,709	Φ 0,723	Φ 0,731	Φ 0,737

* Mevcut durum

Çizelge 2.7'de görüldüğü gibi çalışmadaki 15 birey ve 22 madde sayısına ve bu maddeleri puanlayan iki eczacı gözlemciye göre elde edilen G katsayısı 0,789 ve Φ katsayısı da 0,683 olarak kestirilmiştir. Buradan görüleceği gibi, uygulamadaki

durumda değerlendirmeden elde edilen puanların G katsayısı Φ katsayısından daha yüksektir. Madde sayısı sabit tutularak (22) gözlemci sayısının bir azaltılması (1) durumunda kestirilen G katsayısı 0,760 ve Φ kat sayı 0,654, gözlemci sayısının bir arttırılması (3) durumunda ise G katsayısı 0,823 ve Φ katsayısı 0,709 olarak kestirilmiştir. Buradan görüleceği gibi gözlemci sayısının bir arttırılması (3) durumunda G katsayısındaki artış 0,034 iken, bir azaltılması (1) durumunda G katsayısında gözlenen azalma ise 0,029 olmaktadır. Benzer durum, Φ katsayısı için de incelenirse, gözlemci sayısının bir arttırılması (3) durumunda Φ katsayısındaki artış 0,026 iken, bir azaltılması (1) durumunda Φ katsayısında gözlenen azalma ise 0,019 olmaktadır. Gözlemci sayılarının arttırılması ile elde edilen artışlar, azaltılması sonucu elde edilen azalmadan daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat ne azaltma ne de arttırma durumunda G ve Φ katsayılarında önemli bir değişim olmamaktadır. Benzer bir çalışmada gözlemci sayısını bir arttırarak (2) ikiye çıkarılması ile G ve Φ katsayılarında oluşan farklar sırasıyla 0,09 ile 0,08 olduğu bulunmuştur. Çalışmada gözlemci sayılarının arttırılması ile katsayılarda elde edilen artışın ileriki çalışmalar için fark edilir düzeyde etki yaratmayacağı belirtilmiştir (Aran ve ark., 2014). Çizelge 3.5'te görüleceği üzere, eczacı gözlemci etkisi toplam varyans içindeki oranının (%0) daha önceki bölümde açıklandığı gibi sıfır olması sebebiyle, gözlemci sayısındaki artış ya da azalmanın G ve Φ katsayılarını fazla etkilemeyeceği söylenebilir. Gözlemci sayısını arttırmanın, G ve Φ katsayılarında çok küçük artışlara sebep olması nedeniyle, gözlemci sayısında değişikliğe gidilmesi emek ve zaman açısından ekonomik olmayacağı yorumu yapılabilir.

2.2.3. Dereceli Puanlama Anahtarı Kullanılarak Yapılan Ön Çalışmaya İlişkin Tartışma

Çalışmada yer alan 22 maddeye tümüyle çaprazlanmış $b \times m \times g$ modeli uygulanarak yapılan G çalışması sonucunda kestirilen varyans ve toplam varyansı açıklama oranları incelendiğinde, eczacı gözlemcilerin puanlamalarında birey (b) ana etkisi için kestirilen varyans bileşeninin toplam varyansın büyük bir oranını açıkladığı görülmüştür. Bireyler için kestirilen varyansın toplam varyans içindeki oranının en

büyük olması istenilen bir durumdur. Buna göre, eczacı gözlemcilerin yaptığı ölçmeler ile bireyler arası farklılıkların ortaya çıkarılabildiği sonucuna varılmıştır. Hekim gözlemciler ise temel iletişim senaryosunda bireyler arası farklılıkları diğer senaryolara göre daha çok ortaya çıkarabilmişlerdir. Bunun nedeni, temel iletişim ile ilgili senaryonun tıp fakültelerinde de benzer şekilde puanlanması ve dolayısıyla hekim gözlemcilerin bireyler arası farklılıkları ortaya çıkarmak konusunda daha deneyimli olmalarıdır. Ancak tüm senaryolar için eczacı gözlemcilerin puanlamalarındaki gözlemci (g) ana etkisi (0) sıfır olarak elde edilmiştir ki bu sonuç da puanlamada en tutarlı puanlamanın eczacılar tarafından yapıldığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Eczacı gözlemciler için madde (m) ana etkisi için kestirilen varyans, toplam varyansın büyük bir kısmını açıklamaktadır. Buna göre, eczacılar için maddelerin güçlük düzeylerinin birbirine yakın olmadığı, bir maddenin diğerinden daha zor olduğu sonucuna varılmıştır. Puanlama anahtarındaki maddelerin güçlük düzeylerinin birbirinden farklı olması sebebiyle, maddeler için kestirilen varyansın toplam varyans içindeki oranının büyük olması istenilen bir durumdur. Hekim gözlemciler için ise bu durumun tam tersi şekilde olduğu görülmektedir. Hekim gözlemciler maddelerin güçlük düzeylerinin farklı olduğunu fark etmek konusunda eczacılara nazaran daha başarısız olmuşlardır.

Gözlemci (g) ana etkisi için kestirilen varyans bileşeninin eczacı gözlemciler için sıfır olması, gözlemcilerin yaptıkları puanlamalar arasında farklılığın olmadığı, puanlamalar arasında bir tutarlılığın söz konusu olduğu sonucuna varılmasını sağlamıştır. Hekim gözlemciler için gözlemci ana etkisi için kestirilen varyans bileşeninin özellikle eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu için büyük olması, gözlemcilerin tüm öğrenciler için yaptıkları puanlamalar arasında farklılığın olduğunu ve puanlamalar arasında bir tutarlılığın olmadığını göstermektedir. Hekim-hasta iletişimi konusunda uzman olan deneyimli üç hekim gözlemcinin, puanlama öncesi eğitim almış olmalarına rağmen puanlamalarında görülen tutarsızlık, hekim gözlemciler yerine eczacı gözlemciler ile değerlendirme yapılmasının daha güvenilir sonuçlar vereceğini ortaya çıkarmıştır. Bu durum, eczacı gözlemcilerin eczacı-hasta

ilişkinine ve bu ilişkideki dengelere daha aşına olmaları sebebiyle, öğrencide gözlemleyecekleri becerileri ayırt etme konusunda daha başarılı oldukları biçiminde yorumlanabilir. Bu sonuç, eczacı gözlemciler için elde edilen m ana etkisinin toplam varyans içerisindeki yüzdesinin yüksek olması durumunu da desteklemektedir.

Sonuç olarak, yapılan K çalışması göstermektedir ki, eczacı gözlemci sayısını arttırmak veya azaltmak ölçümlerin güvenilirliğini fazla etkilememektedir. Bu bulguya dayanılarak, eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerilerinin puanlanması için yapılacak eğitim düzenlemelerinde, eğitilmiş ve deneyimli gözlemci bulmanın zor olduğu da göz önüne alınırsa, tek ya da iki gözlemci ile de istenilen güvenilirlikte puanlamalar yapılabilceği savunulabilir.

2.2.4. Dereceli Puanlama Anahtarı Kullanılarak Yapılan Ön Çalışmaya İlişkin Sonuç

Bu çalışma ile Türkiye’de eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerilerini değerlendirmek için yapılan ölçümlerdeki değişkenlik kaynaklarının toplam değişkenlik içindeki büyüklükleri ortaya konulmuştur. Belirtmek gerekir ki, literatürdeki örneklerde konu ile ilgili performans değerlendirme çalışmalarında, puanlama anahtarı ile geçerli ve güvenilir ölçümler gerçekleştirildiğine dair yapılan çalışmaların genellikle hekim-hasta iletişimine yöneldiği, bu konuda eczacı-hasta iletişimine yönelik yapılan çok az çalışma olduğu görülmektedir. Aynı zamanda yapılan ölçümlerin geçerli ve güvenilir olduğunu kanıtlamak için seçilen yöntemin G kuramı olması bu çalışmayı özgün kılan bir başka unsur olmuştur. Şöyle ki, eczacılık eğitiminde eczacı-hasta iletişim becerileri ile ilgili yapılan performans değerlendirme çalışmaları ile ilgili literatür incelendiğinde, bu yöntemin kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 5.sınıf öğrencisi 15 gönüllü katılmıştır. Bu örneklem, Türkiye’de eğitim görmekte olan 5.sınıf eczacılık fakültesi

öğrencilerinin çok küçük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu anlamda, ilgili örneklemin ülke bazında temsil ediciliği sınırlıdır.

HOİDF, yukarıda belirtilen K çalışması sonuçları göz önüne alınarak, tek bir eczacı gözlemci tarafından bir eğitim araştırmasında kullanılmıştır. Ancak yapılan çalışma ile eczacı gözlemcilerin yaptıkları puanlamaların tutarlı olduğu ve bir maddeden diğerine öğrencileri kararlı puanlayabildikleri ortaya çıkmıştır. Bu sebeple HOİDF eczacı gözlemcilerin kullanımı için uygundur. HOİDF'nin tek gözlemci tarafından kullanımı sonucu güvenilir ölçümler yapılabileceği söylenebilir.

Bu çalışma yeni örneklemeler üzerinde yapılacak geçerlik-güvenirlik çalışmaları ile geliştirilmeye açıktır. Gelecekte konuyla ilgili çalışmalar yapmayı düşünen araştırmacılar, eğitimin etkililiğini ölçmede bu dereceli puanlama anahtarını kullanabilirler.

2.3. Araştırma Süreci

Bu araştırma, uygulama öncesi hazırlık süreci ve uygulama süreci olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Araştırmanın uygulama öncesi hazırlık süreci; eğitim programının hazırlanmasını, tez sahibinin eğitilme sürecini, senaryoların oluşturulmasını, ölçme-değerlendirmede kullanılacak dereceli puanlama anahtarının geçerlik-güvenirlik çalışmalarını, SH'lar ile tanışma ve SH'ların eğitim çalışmalarını içermektedir. Araştırmanın hazırlık aşaması Ekim 2015- Ağustos 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulama süreci; hazırlanan eğitim programının ön test ile başlayarak katılımcılara uygulanması ve son test yapılması ile sonlandırılması aşamalarını içermektedir. Araştırmanın uygulama aşaması, 27 Eylül 2016 tarihinde resmen başlamış ve 27 Aralık 2016 tarihinde sonlandırılmıştır.

2.3.1. Uygulama Öncesi Hazırlık Süreci

Eğitim programının uygulanma aşamasından önce çeşitli hazırlıklar yapılmıştır. Bu hazırlıklar aşağıda belirtilmiştir.

Eğitim Programının Hazırlanması. Eğitim programının geliştirilme aşamaları detaylı bir şekilde açıklanmıştır (Bknz. Bölüm 2.1).

Tez Sahibinin (Araştırmacının) Eğitilme Süreci. Tez sahibinin de yer aldığı 12 kişilik iletişim becerileri eğitim grubu, Uzman Psikolog Dr. Sema Yüce'nin 24 saatlik “İletişim Becerileri Eğitici Eğitimi” programına katılarak eğitim almıştır. Bu eğitimin ve daha sonra katılımcılara uygulanan “Temel İletişim Becerileri” ve “Çatışma Çözümü” oturumlarının temelini Thomas Gordon'un etkili iletişim yaklaşımı oluşturmuştur (Gordon ve Edwards, 2014). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde 2007 yılında başlatılan “Tıpta İletişim Becerileri” eğitim programı kapsamında küçük gruplar şeklinde iletişim eğitiminde eğitici olacak öğretim üyeleri, Dr. Sema Yüce'den benzer bir eğitici eğitimi almaktadırlar (Oğuz, 2010).

Dereceli Puanlama Anahtarının Geçerlik-Güvenirlik Çalışmaları. Bu kısımla ilgili yapılan çalışmalar Bölüm 2.2.1'de detaylı olarak anlatılmıştır.

SH'ların Seçimi. Bu araştırma kapsamında hazırlanan “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri” eğitim programının uygulanması sürecinde ve ölçme-değerlendirmede kullanılacak puanlama anahtarının geçerlik-güvenirlik çalışmalarında kullanılmak üzere Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı'na bağlı Mesleksel Beceri ve İletişim Laboratuvarı'nda kayıtlı 13 SH ile çalışılmıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde çalışan SH'lar çeşitli ölçütlere göre seçilmektedir. SH olarak çalışmak isteyenlerin yaptığı başvurular uzman kişiler tarafından değerlendirilerek, ön elemenden geçirilmektedir. Elemedeki temel ölçütler;

adayın dikkat, algı, kavrama yetileri, iletişime yatkınlık konusundaki bazı saptanabilir parametreleri ile SH olarak çalışma gerekçeleri olarak kabul edilmiştir. Ayrıca hekimlerle yaşanmış kötü deneyimler, dolayısıyla bitmemiş işlerin varlığı sorgulanmış ve kronik akıl hastalığı, mental gerilik gibi durumlar ile fakültede öğrenci ya da öğrenci velisi olmak gibi çıkar çatışması yaratabilecek durumların varlığı da kabul edilemez ölçütler olarak belirlenmiştir (Oğuz, 2010).

Senaryoların gereklerine uygun yaş, cinsiyet ve fiziksel özellikte SH'ların seçilmesine özen gösterilmiştir. Uygulama günü yaşanabilecek öngörülemeyen herhangi bir aksaklık olasılığına karşı, tek bir senaryo için birbirinin alternatifi olabilecek iki SH ile çalışılmıştır. Bir senaryo için seçilecek iki farklı SH'nın senaryonun gereklerine göre benzer özelliklerde olmasına özen gösterilmiştir.

SH'ların Eğitimi. SH eğitimi, katılımcılarda beceri gelişimine katkı sağlayan önemli unsurlardan biridir. SH'nın katılımcıdan ne beklemesi gerektiğini iyi bilmesi ve tespit edebilmesi, senaryoyu oynarken dikkat etmesi gerekenlerin neler olduğunu anlayabilmesi için SH eğitimlerine mümkün olan ölçüde özen gösterilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda hastaların standardize hale gelebilmeleri için de eğitimin etkili bir şekilde yapılandırılıp, uygulanması şarttır.

SH hasta eğitimleri iki şekilde gerçekleştirilmektedir. İlk olarak, SH'lara eğitim programına katılacaklara verilen eğitimin benzeri bir genel eğitim verilir. Böylelikle SH'ların, katılımcıların sergilemesi beklenen beceri ve tutumlara duyarlılık geliştirmeleri sağlanmaya çalışılır. Aynı zamanda görüşme sonunda öğrencinin ulaşması istenen öğrenim hedeflerinden de haberdar olarak, öğrenciden beklenenleri daha rahat fark ederler. Bu eğitimlerin içeriklerinde temel drama eğitimleri de yer almaktadır. Doğaçlama, duygu aktarımı, karakter yaratma, rol oynama gibi konular üzerinde durularak, uygulamalı çalışmalar yapılır. Bu aşamada drama eğitimcilerinden yardım alınabilir. Geri bildirim verme eğitimi de genel eğitim içerisinde yer almaktadır. Geri bildirim vermenin önemi ve geri bildirim verme basamakları tek tek tartışılır ve uygulama yapılarak pekiştirilir.

Tez çalışması kapsamında kullanılan SH'lar, daha önceden tıp fakültesi bünyesinde genel eğitime tabi tutuldukları için SH'lara tez çalışması kapsamında genel eğitim verilmemiştir. Ancak SH'ların aldığı genel eğitim “Temel İletişim” ve “Çatışma Çözümü” konuları ile ilgili olduğu için ve yıllardır hekim-hasta iletişimi konusunda çalıştıkları için eczacı-hasta iletişimi ile ilgili ek bir eğitime gerek duyulmuştur. Bu sebeple, araştırmacı SH'ları, eczacı-hasta iletişiminin ve danışmanlığının ne olduğu, danışmanlık sürecinde bir eczacının hangi becerilere sahip olması gerektiği, hazırlanan eğitim programının öğrenim hedefleri konusunda eğitmiştir. Böylelikle yaklaşık 10 yıldır “Tıpta İletişim Becerileri Eğitimi”nde yer almaları sebebiyle hekim-hasta ilişkisi ve bu ilişkideki dinamiklere alışkın olan SH'lar, eczacı-hasta ilişkisi boyutunun hangi unsurları kapsadığını, dinamiklerini ve bu eğitim ile nasıl bir boyuta taşınmasının hedeflendiğini anlamışlardır. Eğitim programı kapsamındaki oturumların amaç ve hedefleri, öğrenciden beklenenler tartışılmış ve uygulamalı çalışmalar yapılarak, beceri ve tutumlara duyarlılık sağlamaları hedeflenmiştir. Bu eğitim, tüm SH'lar (13 SH) ile ikişer saatlik üç oturum olarak gerçekleştirilmiştir.

SH'lara genel eğitime ilave olarak, senaryo eğitimi de uygulanmıştır. Genel eğitim ile eczacı-hasta iletişim ve danışmanlığı hakkında bilgi sahibi olan SH'ya verilen senaryo eğitimi, pratik oturumlar için SH'nın hazırlanma süreci olarak düşünülmelidir. SH'ların senaryo eğitimleri “uygulama süreci” kapsamında gerçekleştirildiği için bu konuya daha sonra detaylı olarak değinilecektir (Bknz. Bölüm 2.3.2).

SH'ların Ücretlendirilmesi. SH'lara uygulama ve sınav (ön test-son test) saatleri için eşit, eğitim saatleri için daha az olmak üzere saat başı ücret ödenmiştir.

Senaryoların Hazırlanması. “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri” eğitim programı hazırlık sürecinin en önemli kısımlarından biri senaryo yazımıdır. Tez çalışması kapsamında hazırlanan tüm senaryolar, Olive ve arkadaşlarının belirlediği vaka geliştirme basamakları esas alınarak hazırlanmıştır. Bu basamaklar (Olive ve ark., 1997):

- Egzersizin öğrenim hedeflerinin belirlenmesi: Pratik oturumların öğrenciye kazandırması beklenen becerilerin, açık ve gözlenebilir davranışlar şeklinde belirtilmesi şeklinde oluşturulur. Duyuşsal alan hedefleri pratik oturumların öğrenim hedefleri olarak düşünülmüştür. Eğitici ve öğrenci rehberlerinde yer alan belirtke tablolarının “alt yeterlilik” sütunu pratik oturumların öğrenim hedeflerini işaret etmektedir.
- Hasta özelliklerinin belirlenmesi: Hastanın yaşı, cinsiyeti, genel görünüm ve durumu gibi temel konular belirtilmiştir. Belirtilen özelliklerin, hastanın klinik tablosu ile uyumlu olmasına özellikle dikkat edilmiştir. Örneğin; aynı anda çoklu ilaç kullanan diyabet, astım ve hipertansiyon teşhisi konulmuş bir hastanın yaşı veya genel durumu; herhangi bir kronik ilaç kullanmayan, gribal enfeksiyon teşhisi konulmuş tek bir ilaç kullanacak hastanın genel durumundan daha detaylı olması muhtemeldir.
- Olay yerinin belirlenmesi: Tez çalışması kapsamında işlenen konunun eczacı-hasta iletişimi olması sebebiyle senaryolar yazılırken “eczane” ortamında yaşanan olaylar temel alınmıştır. Tüm senaryolar eczane ortamında geçmektedir.
- Hasta geçmişinin oluşturulması: Bazı eğiticiler gerçek vakalar üzerinden senaryo yazmayı tercih etmektedirler. Ancak bu tez çalışmasında tecrübeli serbest eczacılar ve farmakologlara danışılmış, senaryolar onların tecrübelerinden yararlanılarak yazılmıştır. Aile geçmişi, risk arz eden durumlar, geçmiş ilaç öyküsü, sosyal ilişkiler gibi konular bu kısımda detaylı bir şekilde belirtilmelidir. Ancak bu noktada dikkat edilmesi gereken nokta, çok fazla detay verilmemesi gerektiğidir. SH’nın kafasının karışmadan role bürünebilmesi gerekmektedir. Burada tercih edilen yazım şekli diyalog metinden çok paragraf şeklinde sunulan “olgu özeti” olmuştur. Hastayı bir kalıba sokup doğallıktan uzaklaştırmamak için diyalog yazımından uzak durulmuştur. Öngörülemeyen durumlarda (öğrencinin önceden tahmin edilmemiş bir soru sorması vb.), hastanın genellikle negatif yönde cevap vermesi gerektiği belirtilir. Ayrıca bu gibi

durumlar için benimsenen bir diğer yaklaşım da, hastanın tıkanıdığı yerlerde kendi geçmişini devreye sokmasıdır. Bu noktada öğrencinin deneyimi, bilgisi önem kazanmaktadır. Öğrenci ne kadar deneyimli ve bilgili ise karmaşık hasta geçmişleri ile başedebilmesi de o kadar kolay olmaktadır. Ancak, hastanın kendi hastalık veya ilaç öyküsünü devreye sokması, senaryonun öğrenim hedeflerinden sapması riskini de doğurmaktadır.

- Hastanın duygu ve davranışlarının tanımlanması: Hastanın duygularının açık ve net bir şekilde yazılması SH'nın senaryoyu içselleştirebilmesi açısından çok önemlidir. SH tarafından gönderilecek hem sözel hem de sözel olmayan iletiler ile ifade edilen duygular, öğrencinin de rol oynandığı hissinden çıkarak, durumu derinlemesine hissetmesini kolaylaştıracaktır. Bu sebeple senaryo yazımında ve SH eğitimleri sırasında, duyguların üzerinde durmak gerekmektedir. Gerekirse deneyimli SH'lardan veya drama eğitmenlerinden yardım alınmalıdır.
- Hasta teşhisinin veya test sonuçlarının belirtilmesi: Bazı vakalar hastanın test sonuçlarını yorumlamayı gerektirmektedir. Örneğin; biyokimyasal bulgular. Ayrıca hastaya konulan teşhisin de senaryo yazarken belirtilmesi gerekmektedir.
- Hastanın ne kadar bilgi vereceğinin belirlenmesi: Senaryonun başarıya ulaşabilmesi için SH'nın ne kadar bilgi vereceğinin belirlenmesi gerekmektedir. Eğer hasta, ilk sorulan soruda tüm geçmişini, tüm bilgileri ortaya koyarsa, senaryonun ilerleme şansı olmayacaktır. Öğrencinin ileriki safhalarda hangi becerileri sergileyeceğini görme olanağı kısıtlanacaktır. Bu sebeple SH'nın ne zaman, ne kadar bilgi vermesi gerektiğini iyi bilmesi, dolayısıyla senaryo yazımında bu süreçlerin de iyi düşünülmesi gerekmektedir. Örneğin; hasta görüşmenin başlama aşamasında aniden, “çok moralim bozuk, şeker hastasıymışım” şeklinde bir açığa vurma gerçekleştirirse, öğrencinin hastanın beden dilini gözleme, hastanın duygularını anlamaya çalışma çabası ve bu beceriyi tespit basamağı otomatik olarak atlanmış olacaktır. Bir başka örnekte; Öğrenci “Ne kadar zamandır ilacınızı kullanmıyorsunuz?” diye

sorduğunda, “İki haftadır” şeklinde kısa ve net bir cevap yeterlidir. Öğrenci “Peki, ilacınızı kullanmama sebebiniz nedir?” şeklinde açık uçlu bir soru ile devam ederse, SH daha detaylı bilgiyi o zaman vermelidir. Bu sebeple hastanın, hangi soru karşılığında ne kadar bilgi vereceği öğrenim hedeflerine göre adım adım netleştirilmelidir.

- SH geri bildirimi: Senaryo yazarken SH'lara ve eğitimcilere yönelik yönergelerde, öğrenciye verilecek geri bildirim hakkında mutlaka detaylı bilgiye yer verilmelidir (Park ve ark., 2011). SH uygulama yönergelerinde “geri bildirim” başlığı altında verilecek geri bildirimde SH'nın dikkat etmesi gerekenler belirtilmiştir. Bu aşamada, önce olumlu geri bildirim verilmesi daha sonra öğrencinin eksik olduğu kısımların “ben dili” ile ifade edilmesi ve en son olarak, yine öğrencinin olumlu yönlerinin vurgulanması şeklinde, geri bildirimde sandviç yöntemi esas alınmıştır. Araştırmada kullanılan senaryoların SH yönergesine ilişkin bir örneğe Ek-10'da yer verilmiştir.

Tez çalışması kapsamında beş senaryo hazırlanmıştır. Ön test ve son test için kullanılan senaryo aynıdır. “Temel İletişim Becerileri”, “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri”, “Çatışma Çözümü” ve “Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi” pratik oturumları için birer senaryo hazırlanmıştır. Dereceli puanlama anahtarının geçerlik çalışmasında da aynı senaryolar kullanılmıştır.

2.3.2. Uygulama Süreci

Araştırmanın uygulama aşaması, 14 haftalık eğitim programının araştırmacı tarafından 21 gönüllü öğrenciye uygulanması sürecini kapsamaktadır. Eğitim programı Çizelge 2.2'de gösterilen haftalık program çerçevesinde uygulanmıştır. Eğitim programı uygulanmadan önce 21 gönüllü öğrenci ön teste tabi tutulmuştur. Çizelge 2.1'de belirtilen araştırma modeline göre ön test, öğrencilerin hasta ile yaptıkları görüşmenin dereceli puanlama anahtarı kullanılarak araştırmacı tarafından puanlanması şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmacı, oturumları Ek-6'da çatışma çözümü oturumları için örneği verilmiş eğitici rehberlerinde tanımlandığı şekilde yürütmüştür. Öğrencilere haftalık program doğrultusunda ilgili öğrenci rehberleri dağıtılmış ve öğrencilerin oturumları bu rehberlerden takip etmeleri sağlanmıştır.

Temel İletişim Becerileri Oturumları. Temel iletişim becerileri teorik oturumları ikişer saatlik iki oturumda tamamlanmıştır. İki teorik oturum sonrası öğrencilerin öğrendiklerini sergileyebilmeleri için ertesi hafta dört saat süren bir pratik oturum gerçekleştirilmiştir. Tüm pratik oturumlar, bir öğrencinin SH ile yaptığı görüşme sürecinin yaklaşık 10-15 dakika sürmesi sebebiyle teorik oturumlara göre daha fazla zaman gerektirmiştir. Araştırmacı, öğrencinin SH ile yaptığı görüşmeyi aynı anda kapalı devre izleme sistemi ile izlenmiş ve puanlama anahtarı kullanarak değerlendirmiştir. Görüşme tamamlandıktan sonra hem SH hem de araştırmacı tarafından öğrenciye geri bildirim verilmiştir. Öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerilerini etkili bir şekilde öğrenebilmesi için yapılandırılmış geri bildirimin önemli olduğu düşünülmektedir. Öğrenciye verilen yapılandırılmış geri bildirimin öğrenciyi motive ettiği de bilinmektedir (Hyvarinen ve ark., 2008).

Pratik oturum için yazılan temel iletişim senaryosu ile ilgili yönerge, hem öğrenci hem de eğitici rehberlerinde, rehberlerden yararlanacak kişilerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir. Örneğin, eğitici rehberlerinde “Temel İletişim Becerileri Oturumları Uygulama Aşaması Öğrenci Yönergesi” başlığı altında, eğiticinin SH görüşmesinde öğrenciyi gözlerken dikkat etmesi gerekenler detaylı bir şekilde tanımlanmışken; öğrenci rehberlerinde “Temel İletişim Becerileri Oturumları Uygulama Aşaması Eğitici Yönergesi” başlığı altında öğrencinin faydalanması için senaryo içeriğine göre ilgili farmakolojik bilgi ve öğrenciden görüşme sürecinde ne istendiğine ilişkin birkaç talimat yer almaktadır (Bknz. Ek-6 ve Ek-7'nin son kısmı). Temel iletişim becerileri oturumlarında aktarılan bilgiler ve beceriler 14 haftalık eğitim programının alt yapısını oluşturmaktadır. Öğrencinin eczacı-hasta danışmanlığı, çatışma çözümü ve takip görüşmesi oturumlarına katılabilmesi için ön koşul, temel iletişim becerileri oturumlarını eksiksiz tamamlamasıdır. Öğrencinin daha

sonraki oturumların öğrenim hedeflerine ulaşabilmesi için temel iletişim bilgisi ve becerisine sahip olması gerekmektedir.

Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri Oturumları. Eczacı-hasta danışmanlık becerileri teorik oturumları ikişer saatlik üç oturumda tamamlanmıştır. Üç teorik oturum sonrası altı saat süren bir pratik oturum gerçekleştirilmiştir. Pratik oturumlar temel iletişim becerileri oturumlarında olduğu gibi yürütülmüştür.

Pratik oturum için yazılan eczacı-hasta danışmanlığı senaryosu ile ilgili yönerge, hem öğrenci hem de eğitici rehberlerinde, “Temel İletişim Becerileri” oturumlarında olduğu gibi rehberlerden yararlanacak kişilerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir.

Çatışma Çözümü Oturumları. Çatışma çözümünün teorik oturumları ikişer saatlik iki oturumda tamamlanmıştır. İki teorik oturum sonrası dört saat süren bir pratik oturum gerçekleştirilmiştir. Pratik oturumlar diğer pratik oturumlarda olduğu gibi yürütülmüştür.

Pratik oturum için yazılan çatışma çözümü senaryosu ile ilgili yönerge, hem öğrenci hem de eğitici rehberlerinde, rehberlerden yararlanacak kişilerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir.

Eczacı Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi Oturumları. Eczacı hasta danışmanlığında takip görüşmesi teorik oturumu iki saatlik bir oturumda tamamlanmıştır. Teorik oturum sonrası altı saat süren bir pratik oturum gerçekleştirilmiştir. Pratik oturumlar temel iletişim pratik oturumlarında anlatıldığı gibi yürütülmüştür.

Pratik oturum için yazılan takip görüşmesi senaryosu ile ilgili yönerge, hem öğrenci hem de eğitici rehberlerinde, rehberlerden yararlanacak kişilerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiştir.

Ön çalışma öncesinde eğitimin içerik planlaması yapılırken haftalık programda pratik oturumlar yalnızca temel iletişim, eczacı-hasta danışmanlığı ve çatışma çözümü için tasarlanmıştır. Önceden oluşturulan haftalık eğitim programında takip görüşmesi yalnızca bir teorik oturum ile sınırlandırılmış olup, ön çalışma için takip görüşmesi senaryosu hazırlanmamıştır. Ön çalışma yalnızca üç farklı senaryo üzerinden yürütülmüştür. Ancak ön çalışma sonrası eğitim programının teorik oturumlarında yapılan değişiklikler dolayısıyla haftalık programda bir haftalık yer açılmış ve dolayısıyla programa takip görüşmesi için bir pratik oturumun ilavesi mümkün hale gelmiştir. Bu sebeple eğitim programı uygulamasından yaklaşık bir ay önce bir takip görüşmesi senaryosu oluşturulmuştur. Takip görüşmesi senaryosu, öğrencinin eczacı-hasta danışmanlık becerileri pratik oturumunda karşılaştığı hastanın takibi şeklinde tasarlanmıştır. Böylelikle birkaç hafta önce laboratuvarında karşılaştığı hastayı takip etme şansına erişmiş olan öğrencide gerçeklik hissi daha kolay yaratılmıştır.

Senaryo Eğitimleri. Uygulama öncesi hazırlık sürecinde belirtildiği gibi SH'lara verilen senaryo eğitimleri uygulama süreci içerisinde gerçekleştirilmiştir. Burada önemli görülen nokta şudur; pratik oturumlar ile SH'ya verilecek senaryo eğitimi arasındaki sürenin iyi ayarlanması gerekmektedir. Bu süre, ne SH'yı senaryodan uzaklaştırarak dikkat edilmesi gereken önemli kısımları unutturacak kadar uzun olmalı, ne de SH'nın oynayacağı senaryoyu yeterince içselleştirmeden uygulamak zorunda kalarak, öğrenci ile görüşme sürecinin suni olmasına yol açacak kadar kısa olmalıdır. Araştırmacı tarafından yapılan SH'ların senaryo eğitimleri, pratik oturumlardan bir hafta önce başlatılmış ve pratik oturuma en geç üç gün kala tamamlanmıştır. Senaryo eğitimi ile pratik oturum öncesi en az üç günlük zaman dilimi bırakmak, SH'nın senaryo gereği oynayacağı role kendini daha iyi hazırlayabilmesini sağlamıştır.

Yukarıda da belirtildiği gibi her bir senaryo için iki SH ile çalışılmıştır. SH'nın senaryo eğitimi birer saatlik iki oturum şeklinde gerçekleştirilmiştir. İlk oturumda SH'lara senaryo metni ve senaryoya hazırlanma aşamalarını gösteren yönerge dağıtılmıştır. Senaryo okunmuş ve ayrıntılar üzerinde bilgi verilmiştir. SH'lardan ikinci oturuma senaryo üzerinde çalışmalarını tamamlamış olarak gelmeleri

istenmiştir. İkinci oturumda, senaryoya hâkimiyet, hastanın kişileştirilmesi, yan konuşmaların standardizasyonu gibi konular üzerinde çalışılmıştır. Örneğin, kanser teşhisi konulmuş bir hasta neler hisseder? Hangi duygularla eczaneye gelir? şeklinde üretilen sorulara eğitim sürecinde birlikte cevaplar aranmıştır. SH'nın senaryo gereği mevcut duygu ve davranışları üzerinde konuşulmuş, kendini kanser hastası gibi hissedebilmesi için gerekli tüm yardımcı eşya, makyaj (solgun yüz) vs. den yararlanılmıştır. Son olarak, uygulanan teknikler, yapılan tartışmalar sonucunda senaryoyu içselleştiren SH, gerçek görüşme öncesi deneme amaçlı önceden eğitilmiş bir oyuncu ile görüşme yapmıştır. Görüşme sonunda SH, eğitilmiş oyuncuya öğrenciye vereceği gibi yapılandırılmış geri bildirim vermiştir. Yapılan görüşmede eksik veya değiştirilmesi gereken davranış veya tutumlar üzerinde son düzeltmeler gerçekleştirilmiştir.

Geri bildirimin yapılandırılması, eğitimin etkililiği için hem eğitici hem de öğrenci açısından değerli görülmektedir (Olive ve ark., 1997). Araştırmacı, SH'nın vereceği geri bildirimi görüşme sürecinde hastanın hissettiklerine yönelik yapılandırmıştır. Örneğin, senaryo öğrenim hedefleri arasında “etkin dinlemek” olan bir görüşmede öğrenci bu beceriyi göstermediyse, SH'nın vereceği geri bildirim, “Çok tedirginim dediğimde beni etkin dinlemediniz” şeklinde yapılandırılmamıştır. Burada önemli olan hastanın görüşme sırasında öğrencinin davranışı karşısında ne hissettiğini ifade etmesidir. O zaman verilmesi gereken geri bildirim “Tedirginliğimi belirttiğimde, bu önemli bir sorun değil diye karşılık vermeniz, beni anlamadığınızı düşünmeme sebep oldu” şeklinde olmalıdır. SH'nın, öğrencinin hangi davranışının kendisini ne gibi bir duygu durumuna ittiğini dikkatli bir şekilde irdelemesi gerekmektedir. Öğrencinin etkin dinlemesi gerektiği, eğiticinin geri bildiriminde yer almalıdır. Aynı durum için düşünülecek olursa, “Sence hasta.... dediğinde, ona nasıl bir cevap verseydin onu etkin dinlemiş olurdun?” eğiticinin vereceği geri bildirime iyi bir örnektir.

Eğitim programı tamamlandıktan sonra eğitimin etkililiğini değerlendirebilmek için son test uygulaması gerçekleştirilmiştir. Son test de ön test gibi öğrencilerin hasta ile yaptığı görüşmelerin araştırmacı tarafından dereceli puanlama anahtarı kullanılarak

puanlanması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Ön testte kullanılan senaryonun aynısı son testte de kullanılmıştır. Aynı senaryo altında yapılan puanlamaların bağımlı gruplar bakımından karşılaştırılmıştır.

Eğitim programı sonunda öğrencilere eğitim hakkında izlenim ve düşüncelerini aktarabilmeleri için Öğrenci Geri Bildirim Formu dağıtılmıştır (Ek-11). Formda eğitim programı ve grup çalışması, eğitici ve SH tarafından verilen geri bildirimler, laboratuvar uygulamaları, öğrencilerin bu süreçten elde ettikleri kazanımlar hakkındaki düşünceleri, programla ilgili değiştirilmesi gereken noktalar ve varsa önerileri ile ilgili öğrencilerin görüşlerini almak üzere oluşturulan açık uçlu sorular mevcuttur. Bu formdan elde edilen verilere bulgular kısmında yer verilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Dereceli Puanlama Anahtarından Elde Edilen Bulgular

Eğitim programı uygulanmadan önce hazırlanan senaryo altında 21 gönüllü öğrencinin gösterdiği performans, araştırmacı tarafından dereceli puanlama anahtarı kullanılarak puanlanmıştır (ön test). Eğitim programı uygulandıktan sonra, aynı senaryo üzerinde, öğrencilerin gösterdikleri performans, araştırmacı tarafından dereceli puanlama anahtarı kullanılarak yeniden puanlanmıştır (son test). Ön test ve son testten elde edilen veriler, eğitim programının etkisini ölçmek amacıyla analiz edilmiştir. Bu analiz ile cevabı aranan soru aşağıdaki gibidir:

Dereceli puanlama anahtarı ile puanlanan öğrencilerin ön test ve son test puanları arasındaki fark anlamlı mıdır?

Ön test ve son test puanlarına ilişkin betimsel istatistikler Çizelge 3.1’de gösterilmiştir. Bu verilere göre ön test puanı ve son test puanı ortalamaları incelendiğinde belirgin bir farklılığın olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.1. Ön test-son test puanlarına ilişkin betimsel istatistikler.

n=21		Becerileri Grupları					TOPLAM
		A	B	C	D	E	
Ön test	Ortalama	1,57	1,29	1,07	1,66	2,51	1,87
	Std. sapma	0,53	0,54	0,24	0,58	0,49	0,41
	Medyan	1,33	1,00	1,00	1,57	2,50	1,77
	Min. – Max	1,00 - 2,67	1,00 - 3,00	1,00 - 2,00	1,00 - 3,00	1,88 - 3,50	1,36 - 2,73
Son test	Ortalama	4,63	4,69	4,74	4,52	4,74	4,65
	Std. sapma	0,35	0,60	0,41	0,46	0,37	0,35
	Medyan	4,67	5,00	5,00	4,57	4,88	4,73
	Min. – Max	4,00 - 5,00	3,00 - 5,00	3,50 - 5,00	3,29 - 5,00	3,75 - 5,00	3,55 - 5,00

İki örneklemin karşılaştırılmasından önce, ön test ve son test puanları dağılımlarının normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. HOİDF’den alınan toplam puan için ön test ve son test puan farkları, normallik sınaması Shapiro-Wilk testi kullanılarak hesaplanmış ve 0,05 düzeyinde normal dağılımdan geldiği hipotezi test edilmiştir. Çizelge 3.2’de normallik testinin sonuçları gösterilmiştir. Aynı

zamanda çalışmada ön test ve son test puanları arasındaki farka puanlama anahtarındaki “beceri grupları” bağlamında da bakılacağı için puanlama anahtarında belirlenmiş beceri grupları ön test ve son test puan farkları da aynı şekilde normallik sınamasına tabi tutulmuştur.

Çizelge 3.2. Ön test ve son test puanlarına ait Shapiro-Wilk Testi değerleri.

Ön test-son test puan farkları	Shapiro Wilk	
	Test	p
A _{Son test} - A _{Ön test}	0,958	0,480
B _{Son test} - B _{Ön test}	0,817	0,001
C _{Son test} - C _{Ön test}	0,760	0,001
D _{Son test} - D _{Ön test}	0,927	0,118
E _{Son test} - E _{Ön test}	0,953	0,384
T _{Son test} - T _{Ön test}	0,922	0,096

Eşleştirilmiş gruplar için karşılaştırma yapıldığında dağılımların normallik durumu Shapiro Wilk normallik testine tabi tutulmuş, B ve C beceri grupları için son test–ön test puanları birlikte normal dağılım özelliği göstermediği anlaşılmıştır ($p<0,05$). B ve C beceri gruplarından alınan puanların karşılaştırılması için parametrik olmayan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, diğer beceri gruplarından alınan puanların karşılaştırması için eşleştirilmiş örneklemelerde t testi kullanılmıştır.

Ön test ve son test puanları arasındaki farklılıklar eşleştirilmiş örneklemeler t-testiyle incelenmiş ve $p<0,05$ olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada testler arasında oluşan etki büyüklükleri de önemli bulgular olarak ortaya konulmuştur. Çalışmadan elde edilen bir p değeri, uygulamanın etkililiği ile ilgili yeterli ve güvenilir bilgi veremez. Bu nedenlerden dolayı, yapılan bir hipotez testini etki büyüklüğü hesaplamaları takip etmelidir (Özsoy ve Özsoy, 2013). Cohen, Vacha-Haasse ve Thompson’dan aktaran Özsoy ve Özsoy (2013)’a göre etki büyüklüğü “örneklemde elde edilen sonuçların yokluk hipotezinde tanımlanan beklentilerden sapma düzeyini gösteren istatistiksel değerdir”. Bir başka deyişle etki büyüklüğü, Sánchez-Meca ve Marín-Martínez’den aktaran Üstün ve Eryılmaz (1999)’a göre, “*Örneklem büyüklüğü ve istatistiksel testlerin sonuçlarından bağımsız olarak, araştırılan olgunun çalışma sonuçlarında ne ölçüde var olduğudur*” (Çizelge 3.3). Cohen’den aktaran Özsoy ve Özsoy (2013)’a göre etki büyüklüğünü hesaplamak

için iki örneklem grubunun ortalamaları farkının standart sapmaya bölümü olarak ifade edilen bir formül kullanılır (Şekil 3.1).

$$d_{cohen} = \frac{\overline{X_D} - \overline{X_K}}{\sigma_{ortak}}$$

D: Son test, K: Ön test

Şekil 3.1. Cohen's d etki büyüklüğü formülü.

Şekil 3.1'deki formüle göre hesaplanan d değerinin 0,20'ye kadar olmasını etki büyüklüğünün “zayıf”; 0,50 civarında olmasını “orta”; 0,80'den yüksek olmasını etki büyüklüğünün “büyük” olarak değerlendirilebileceğini ifade etmektedir (Özsoy ve Özsoy, 2013).

Çizelge 3.3. Öğrencilerin puanlama anahtarından aldıkları son test-ön test puanları arasındaki farkı belirten eşleştirilmiş örneklem t-testi sonuçları.

	Eşleştirilmiş gruplar farkları				Test*	Sd	p
	Ortalamalar farkı	Standart sapma	%95 güvenle farkların sınırları				
			Alt sınır	Üst sınır			
A Son test - A Ön test	3,06349	,56391	2,80681	3,32018	24,895	20	,0001
B Son test - B Ön test	3,40476	,68226	3,09420	3,71532	4,060	-	,0001
C Son test - C Ön test	3,66667	,42817	3,47176	3,86157	4,101	-	,0001
D Son test - D Ön test	2,86395	,57049	2,60426	3,12363	23,005	20	,0001
E Son test - E Ön test	2,22619	,55708	1,97261	2,47977	18,313	20	,0001
T Son test - T Ön test	2,78139	,45876	2,57256	2,99021	27,784	20	,0001

* B ve C puanları için Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, A, C, D, E ve T için Eşleştirilmiş Örneklemelerde t testi sonuçları yer almaktadır.

Çizelge 3.3'te belirtilen sonuçlara göre, 14 haftalık eğitim programına tabi olan öğrencilerin ön test ve son test toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ($t(20)=27,784$, $p<0,05$) görülmektedir. Çizelge 3.1'e göre öğrencilerin eğitim programına katılmadan önce ön testten aldıkları puanların ortalaması $\bar{X}=1,8701$ iken, eğitim programına katılım sonrasında $\bar{X}=4,6515$ 'e yükselmiştir. Ön test ile son test toplam puanlar arasındaki etki büyüklüğü değeri (Cohen's d) 6,074'tür. Buna göre eğitim programının ön testi ile son testi arasında “büyük” bir farkın olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, hazırlanan eğitim programının, öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerilerinin geliştirilmesinde büyük etkisinin olduğu söylenebilir. Bu bulgular ışığında araştırma problemi olan “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık

Becerileri Eğitim Programı”nın öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerilerinin geliştirilmesine etkisi var mıdır?” sorusuna verilecek yanıt şu şekilde olacaktır: “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı”nın öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerilerinin geliştirilmesine pozitif yönde etkisi ve bu etki büyük etki büyüklüğüne sahiptir.

“Hastayla Bağlantı Kurma” beceri grubu puanları (A), Çizelge 3.1’e göre ön testte en düşük 1,00, en yüksek 2,67 iken; son testte en düşük 4,00, en yüksek 5,00 puanları arasında yer almıştır. Çizelge 3.3’te belirtildiği üzere, A beceri grubunun son test-ön test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t(20)=24,895$, $p<0,05$).

“Hastanın Bakış Açısının Görüşme Sürecine Dâhil Edilmesi” beceri grubu puanları (B), Çizelge 3.1’e göre ön testte en düşük 1,00, en yüksek 3,00 iken; son testte en düşük 3,00, en yüksek 5,00 puanları arasında yer almıştır. Çizelge 3.3’te belirtildiği üzere, B beceri grubunun son test-ön test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($z=4,060$, $p<0,05$).

“İlgi ve Empati Gösterme” beceri grubu puanları (C), Çizelge 3.1’e göre ön testte en düşük 1,00, en yüksek 2,00 iken; son testte en düşük 3,50, en yüksek 5,00 puanları arasında yer almıştır. Çizelge 3.3’te belirtildiği üzere, C beceri grubunun son test-ön test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($z=4,101$, $p<0,05$).

“Plan ve Eğitim” beceri grubu puanları (D), Çizelge 3.1’e göre ön testte en düşük 1,00, en yüksek 3,00 iken; son testte en düşük 3,29, en yüksek 5,00 puanları arasında yer almıştır. Çizelge 3.3’te belirtildiği üzere, D beceri grubunun son test-ön test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t(20)=23,005$, $p<0,05$).

“İncelikle İletişim” beceri grubu puanları (E), Çizelge 3.1’e göre ön testte en düşük 1,88, en yüksek 3,50 iken; son testte en düşük 3,75, en yüksek 5,00 puanları

arasında yer almıştır. Çizelge 3.3’te belirtildiği üzere, E beceri grubunun son test-ön test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t(20)=18,313$, $p<0,05$).

Yukarıdaki bulgular ışığında, öğrencilerin ön test ve son testte almış oldukları toplam puanlar karşılaştırıldığında oluşan anlamlı farklılık, öğrencilerin eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerilerinde anlamlı bir gelişme olduğunu ve dolayısıyla eğitim programının etkili olduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Öğrencilerin ön test ve son testte her bir beceri grubu için almış oldukları puanlar karşılaştırıldığında oluşan anlamlı farklılık ile her bir beceri grubunda gelişme olduğu görülmüştür. Bu beceri gruplarının ortalamaları arasındaki fark göz önüne alındığında, en fazla gelişme “İlgi ve Empati Gösterme”- C grubu becerilerde olmuştur.

3.2. Öğrencilere Verilen Geri Bildirim Formundan Elde Edilen Nitel Veriler ve Araştırma Güncesinde Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde öncelikle öğrencilere eğitim sonrası dağıtılan Geri bildirim Formundan elde edilen veriler sunulmuştur. Daha sonra araştırmacının tez sırasına tuttuğu araştırma güncesinin değerlendirilmesi ile elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Notlardan yapılan alıntılar, eğitim programı ile ilgili öğrenciler ve SH’ların görüşlerini ortaya koyduğu düşünülen kısımları içermektedir.

Geri bildirim formunda öğrencilerin eğitim programının işleyişi ve küçük grup çalışmasına ilişkin görüşleri aşağıdaki gibidir:

“İnsanların duygularını anlamaya çalışıyorum, anladığımı ifade etmeye çalışıyorum. Bunun hasta için çok önemli olduğunu kavradım. Bunun daha önce farkında değildim.”

“İletişimin ne kadar önemli olduğunu, hocamız sadece anlattığı teorik derste değil, günlük hayatta da kullanıyordu. Bizzat karşımızda model vardı. Kullandığı üslubu, duruşu ve karşıdakini dinleme becerisi ve anlaması ile kendisi örnekti.”

“Keşke daha uzun olsaydı, daha fazla reçeteyle karşılaşmak isterdim. Yani demek istediğim daha fazla laboratuvar uygulaması olsaydı iyi olurdu. Daha çok örnekle karşılaşmış olurduk.”

“Bir dönem boyunca iletişim konuları ile ilgilenmek, konuya ısınmamı kolaylaştırdı diyebilirim. Birkaç haftalık veya birkaç saatlik olsaydı geçici olurdu, unutturdum.”

Öğrencilerin eğitim programı sırasında verilen geri bildirimlere ilişkin görüşleri aşağıdaki gibidir:

“(...) aldığım geri bildirimler beni en çok geliştiren kısımdı. Yaptığım davranışların doğrusunu öğrenmemi sağlayan geri bildirimlerdi.”

“Hastadan aldığım geri bildirim kısmı keşke daha uzun tutulsaydı ve derste gördüğümüz kritik noktalar üzerinde dursalardı daha faydalı olurdu.”

“Verilen geri bildirimlerin yazılı olmasını tercih ederdim. Dersten sonra eksiklerimi evde daha rahat giderebilirdim. Sanki geri bildirimler o an için çok faydalı oluyor ama sonra sen not almazsan ya da kalıcı hale getirmezsən uçup gidiyor gibiydi.”

“Standart hastalar sanki çok genel yorumlar yapıyorlardı. Biraz daha kişiye inselerdi biraz daha özel cümleler kursalardı keşke...”

Formda öğrencilerden eğitim programı sırasında yaşadıklarına dair unutamadıkları bazı hatıraları paylaşmışları istenmiştir. Öğrencilerin aktardığı hatıralardan bazıları aşağıdaki gibidir:

“(...) dersin ilk günü hocanın sınıfa girip: “Bu bir iletişim dersi olacak.” dediği anı unutamıyorum, tam aradığım şeydi bu çok mutlu olmuştum. Kendimi geliştirmek istiyordum. O an çok heyecanlanmıştım.”

“Unutamadığım en kötü hatıram diyemesem de ilk haftaki pratik derste çok heyecanlanmıştım. Kendimi çok yetersiz hissetmiştim.”

“Hocamdan aldığım geri bildirimlerde bana iletişim konusunda doğal bir yeteneğimin olduğunu söylediği anı unutamıyorum.”

“Gözlerim kapalı arkadaşşıma tümüyle güvendiğim egzersizi hiç unutamıyorum. Güvenmek zorundaydık ve sonunda hiç bir şey olmadı, hiçbir yere çarpmadım. O an birine güvenmenin hem ne kadar zor hem de ne kadar rahatlatıcı bir şey olduğunu anlamıştım.”

“Sabahın o erken saatinde gerçekten bana faydalı olacağına inandığım bir ders için uyanmamı unutamam.”

“Hastanın verdiği ilk geri bildirimde eczacı gibi hissettiğim o anı unutamıyorum.(...)bence o yaşadığım mesleki tatmin duygusuydu.”

Öğrenciler eğitim programından elde ettikleri en önemli kazanımları şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Bu eğitim bana öyle şeyler kattı ki! Neredeyse katılmayacaktım başta. Ben ki eczane açmayı hiç düşünmeyen biriydim, hasta karşısında konuşamayan biriydim, şimdi hastayla o kadar rahat iletişim kurabiliyorum ki, eczane mi açsam acaba diye düşünmeye başladım. Kendime güvenim geldi resmen.”

“Sadece eczanede hastayla değil, arkadaşlarımla bile iletişim kurarken faydalı oldu. Kendimi çok iyi ifade edemezdim, yargılanmaktan korkuyordum herhalde. Belki

bu korkumu hemen attım diyemem ama kalabalık bir ortamda artık daha rahat kendimi ifade edebiliyorum. Sınıf içinde beyin fırtınası egzersizlerine katıldım, fikrimi söyledim. Herkes beni dinledi, benim için çok önemliydi.”

“Hastayı dinlemek ve anlamanın önemini çok iyi kavratılan bir eğitimdi. Bilgi vermeden önce onun durumunu anlamak gerekiyormuş. Gerçekten böyle yaptığınızda verdiğiniz bilgi bile anlamlı hale geliyor. Önemli olan kişinin duygularını hissedip, öyle iletişime geçmekmiş.”

“Mesleki bilgilerimi doğru şekilde kullanabilmeyi öğrendiğimi düşünüyorum.”

Araştırmacının eğitim programı uygulama sürecinde tuttuğu araştırma güncesinde bulunan anlatılardan dikkat çekici olanlar aşağıda sıralanmıştır:

“Keşke eczacılar bizi böyle karşılasa, bizimle ilgilense. Ben çoğu eczanede eczacının ayağa bile kalkmadığını görüyorum. Yanındaki elemanıla muhatap oluyoruz hep. Eczacıların tek derdi reçete olmasa, para kazanmak olmasa, hastayla ilgilenseler biz de daha mutlu oluruz. Bu eğitim umarım bu konuda bir kapı açar, faydalı olur. Ben eczaneye sadece ilaç almak için gidiyorum çünkü.” (SH senaryo eğitimi sırasında yapılan bir yorum)

“Ben eczacımdan çok memnunum. Öyle güzel ilgileniyor ki benimle ve babamla! Babam biraz rahatsız olduğu için her an soluğu onun yanında alıyoruz (...) Her zaman ilgili, her zaman güler yüzlüdür. Bir şey sormaya çekinmeyiz. Bizi dinler ve önerilerde bulunur. Zaten o yüzden de yıllardır gittiğim tek eczanedir. Doktorum gibi bilirim eczacımı. Bazen doktora sormaya çekindiğimi ona sorarım. Keşke tüm eczacılar böyle olsa... Bir de her zaman üzerinde beyaz önlüğü vardır benim eczacımın çok temiz çalışır, çalışanları da öyle...” (SH senaryo eğitimi sırasında yapılan bir yorum)

“Hocam ben bir gün eczaneye gitmiştim. Eczaneye bir girdim orta yerde karpuz kesiyorlardı. Bu hiç hoşuma gitmemişti. Gerçekten ilk izlenim diye bir şey var, o an

eczaneden çıkmak istedim. Hasta bu şekilde karşılanmamalı.” (Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerisi 1. oturum sırasında yapılan tartışmadan alıntı)

Bu yorumun ardından başka bir öğrencinin konu ile ilgili ortaya koyduğu görüşü ise daha dikkat çekicidir:

“Ne var ki, ben eczaneye girdiğimde, benim hoşuma gider eczanede karpuz kesilmesi, ikram edilmesi! Bana misafirperverliği hatırlatır. Sonuçta taşrada pek çok eczanede yapılır bu.” (Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerisi 1. oturum sırasında yapılan tartışmadan alıntı)

“Hocam hasta tutmuş diyor ki: “doktorun yazdığı reçeteyi ben kullanmak istemiyorum.” Bu da ne demek? Siz de diyorsunuz ki hastaya saygı gösterin, ama kullanmazsa iyice hasta olacak. Bence bu konuda saygı göstermek doğru bir yaklaşım değil. Maalesef kullanmazsanız daha kötü sonuçlarla karşılaşsınız der geçerim ben. Kullansın ya da kullanmasın kendi bilir. Daha fazla ne yapılabilir ki?” (Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri oturumları sırasında yapılan bir tartışma)

“Bence hastanın hayat şartlarını sorgulayarak ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğine birlikte karar vermek çok güzel de, bu sorgulamayı yapmaya gerçekte zamanımız yok. Her gelen hastayla nasıl böyle ilgilenelim? Ben ilgilensem hasta şaşırır.” (Eczacı-Hasta Danışmanlık Sürecinde Takip Görüşmesi teorik oturumunda yapılan bir tartışma)

“Bu laboratuvar uygulaması benim için çok zorlayıcı geçti. Hastaya da çok sinirlendim. Ben inhalerin kullanımını gösteriyorum, o hala ben bunu nasıl kullanacağım diyor. Beni bilerek çok zorladı sanki! “Kullanmak istemiyorsanız nasıl bir yol izleyelim?” dedirtene kadar ayak diredi gibi geldi. Sonuçta görüşme nereye gitti anlamadım.” (Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri pratik oturumu sonrası bir öğrencinin geri bildirimi)

“Hastayı takip etmenin ne kadar önemli olduğunu bugün laboratuvarda gördüm. Hâlbuki ben ona inhalerini kullanırken ağzını suyla çalkalaması gerektiğini söylemiştim. Demek ki bu bilgiyi gerçekten anlayıp anlamadığını kontrol etmek gerekiyormuş. Böyle hastalar çok var aslında, genelde hastaya ilacı anlatılır geçilir. Sonrası hiç düşünülmez.” (Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi pratik oturumu sonrası bir öğrencinin aktardıkları)

“Siz bu rehberi bize dağıttığınız günün akşamı birkaç arkadaşına değerler egzersizini yaptırđım. Gördüm ki tüm arkadaşlarım farklı bir sıralama yapmış. Herkesin değer verdiği nokta ne kadar farklı aslında. Hep denir ya: “karşıdakine saygı duy o senden farklı olabilir” diye ama hiç bu kadar yakından yaşamamıştım ben bu farklılığı. Belirtilmiş beş tane değerde bile hemfikir olmak mümkün değil. Düşünün tüm hayatınızda sahip olduğunuz değerleri... Gerçekten karşıdaki farklı düşünebilir, bunu artık daha iyi anladım.” (Çatışma Çözümü teorik oturumu sırasında bir öğrencinin görüşleri)

4. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında yürütülen eğitimin en temelde bir iletişim eğitimi olması amaçlanmıştır. Katılımcı öğrencilerin, seçilen konu ile ilgili olarak (burada; “eczacı-hasta iletişimi”) belirli becerileri hatta tutumları kazanmaları hedeflenmiştir. Çalışmanın ancak bu hedefe ulaşırsa “başarılı” sayılacağı önkabulü ile yola çıkılmıştır. Kastedilen beceriler doğrudan ya da dolaylı olarak hemen tamamen iletişim ile ilgilidir. Örneğin, en temelde, öğrencinin hasta ile olan ilişkisinde hastanın inanç, istek ve değerlerini önemseyen bir yaklaşım benimsemesi; bu doğrultuda, hastayı anlayabilmek için onu dinleme, kendini ifade edebilmek için doğru kelimeleri seçebilme becerilerini gösterebilmesi, hasta danışmanlığı sürecini bilinçli bir şekilde yöneterek, aktarılabilecek bilgiyi en doğru miktar ve şekilde verebilmesi, çatışmaları en etkili yoldan çözebilmesi, özetle, uğraş yaşamı boyunca devamlılık gösterecek olan etkili iletişim kurma, hastayı sürece dâhil etme becerisi kazanması amaçlanmıştır. Kazandırılmak istenen beceriler tümüyle gözlenebilir becerilerdir. Araştırma sonuçları bu bilgi çerçevesinde değerlendirildiğinde eğitim programının etkililiğine dair kimi çözümlemeler yapmak kolaylaşmaktadır.

Araştırma özünde bir eğitim programı geliştirme ve etkililiğinin incelenmesi üzerine kurgulandığından, çalışma sonuçları eğitim programının değerlendirilmesinde kullanılan dereceli puanlama anahtarındaki beceri gruplarından alınan puanların değerlendirilmesi şeklinde yorumlanacaktır.

Araştırmanın yapısı, uygulama koşulları, sonuçları ve katılımcı öğrencilerin geri bildirimleri bir bütün olarak ele alındığında çeşitli saptamalar yapmak mümkündür. Buradan yola çıkarak bazı noktaların ayrıntılarıyla tartışılması ise, kuşkusuz, önemlidir. Tartışmaya öncelikle eldeki somut veriler, eğitim programının uygulanmasından önce ve sonra dereceli puanlama anahtarı ile değerlendirilen öğrencilerin puanlarının istatistiksel analiz sonuçları incelenerek başlanacaktır. Daha sonra ilerideki olası çalışmalar için faydalı olacağı düşünülen kimi öneriler sunulacaktır.

4.1. Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Araştırma Bölüm 3’te verilen bulgular ışığında, tasarlanan eğitim programının, öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerilerinin geliştirilmesinde büyük bir etkiye sahip olduğunu söylemek mümkündür. Öğrencilerde eğitim programı kapsamında beş beceri grubunda da gelişim tespit edilmiş olup, en büyük gelişim “İlgi ve Empati Gösterme” isimli C grubu becerilerde gerçekleşmiştir.

Tasarlanan eğitimin temelinde, hasta odaklı danışmanlık hizmeti anlayışı yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının hasta ile olan ilişkisinde bilgi sağlayan taraf olması, hastanın sağlık çalışanını bir otorite olarak görerek ilişkide pasif bir tutum sergilemesini gerektirmediği anlayışıyla şekillenen eğitim programında “hasta ve hasta yakını” eğitimin merkezinde yer almıştır. Bu temelden hareketle, hastayı bir insan olarak anlamak, duygularını önemsemek eğitim içeriklerinin şekillenmesinde önemli bir dayanak noktası olmuştur. Oturumlarda işlenen konular farklı da olsa, *hastayı anlamak (duygusal açıdan)* ve *duruma hasta gözünden bakabilmek*, öğrencinin içselleştirmesi istenen bir anlayış olmuştur. Eğitim programının en başında “Temel İletişim Becerileri” oturumlarından başlayarak, bu iki olgunun tutum haline getirilmesi için öğrenme yaşantıları dikkatle kurgulanmıştır. Öğrencilerde *duyguları önemseme* ve *duygulara uygun yanıtlar verme* becerilerindeki gelişimin diğerlerine göre fazla olmasının nedeni eğitim programının kurgulanmasında tercih edilen bu *hasta odaklı yaklaşım* olabilir. Alturizm¹¹, hasta odaklılık, iletişim gibi sağlık çalışanlarına özgü her türlü icraat eninde sonunda empatiyle iç içedir. Hasta odaklılık anlayışını temel alan pek çok danışmanlık modeli, örneğin Calgary Cambridge, hastanın süreçte aktif rol almasını ve aynı zamanda hastayı anlama becerilerini teşvik etmektedir (Mudiyanse, 2016). Hasta odaklı yaklaşım, empatinin doğası ile uyumludur (Benbassat ve Bauman, 2004). Aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, hastalar, hasta odaklılık anlayışı temelinde gerçekleştirilen hekim-hasta görüşmeleri sonucunda duygularının, hasta odaklı olmayan görüşmelere göre daha iyi anlaşıldığını

¹¹ Alturizm: bireyin bencil duygularını bastırarak başkalarına yardım etmesi

deneyimlemişlerdir. Aynı çalışmada hasta odaklı tutumu benimseyen hekimlerle yapılan görüşme sonrasında hastaların endişe düzeylerinin düştüğü de tespit edilmiştir (Henbest ve Stewar, 1990). Geri bildirim formunda eğitimin ilk günü bulunduğu yer ile eğitim tamamlandığında geldiği noktayı değerlendiren öğrencinin hastayı anlamaya dair gösterdiği çabayı ifade eden ve hastayı anlamanın önemini belirttiği sözleri, eğitimin hastanın duygularını anlamak üzerinde etkili olduğunu gösterir niteliktedir. Dolayısıyla bu eğitim programında benimsenen hasta odaklılık yaklaşımı ve bu yaklaşımı temel alarak hazırlanan eğitim içerikleri hastanın duygularını anlamak açısından öğrencide gelişim sağlamaya yardımcı olmuş olabilir.

Öğrenciler eğitim boyunca hasta açısından anlaşılmanın ne kadar önemli olduğunu daha önce bilmediklerini sıklıkla dile getirmişlerdir. SH uygulamalarında hastaların verdiği geri bildirimler, hastaların öğrenci ile yaptığı görüşme boyunca hissettiklerini aktarmak üzerine kurgulandığı için, hasta tarafından verilen geri bildirimlerin, öğrencinin hastanın duygularını daha iyi anlaması üzerine katkı sağladığı söylenebilir. Eğitim boyunca yapılan SH-öğrenci görüşmelerinin, hastanın duygularını anlama ve uygun yanıtlar verme becerilerinin gelişmesine katkı sağladığı düşünülmektedir. Hastanın görüşme boyunca neler hissettiğini duymak öğrenciler için farklı bir deneyim olmuştur. Pratik oturumlar sırasında hastadan ve eğiticiden alınan geri bildirimlerin büyük bir etkisinin olduğunu ifade etmek gerekir. Kavas (2008)'a göre rol oynama sonrası gerçekleştirilen değerlendirme aşamasının “bilince çıkarma” işlevi bulunmaktadır. Kişi, değerlendirme aşaması sonucunda yaşadıkları üzerinde düşünme fırsatı bulur ve süreçle ilgili algıları değişir, farkındalığı artar. Öğrencilere verilen geri bildirimler, onların hasta ile yaptıkları görüşme sırasında yaşadıkları üzerinde düşünmelerini sağlamak ve yaşanan sürecin nasıl işlediğini anlayarak, ona müdahale etme şansı tanımaktadır. Eğitim sonrası çoğu öğrencinin aktardıkları, hasta tarafından verilen geri bildirimin beceri gelişimi üzerinde katkısı olduğu yönünde olmuştur. Hastanın ağzından ne hissettiğini duymak, öğrencinin hasta ile yaptığı görüşmede ona ne hissettirdiğini daha kolay kavramasını sağlamış olabilir. Hastanın duygularını öğrenme şansı bulan öğrenci onun duygularını anlamak için yoğunlaşmış ve bu konuda bir beceri gelişimi sağlanmış olabilir.

Eczacılık eğitiminde yapılan stajlara ek olarak, öğrencinin durumu hasta gözüyle görmesine olanak tanıyan eğitim programı kapsamında gerçekleştirilen laboratuvar uygulaması, bir başka deyişle eğitim programı içerisindeki pratik oturumlar, hastanın daha iyi anlaşılmasını sağlamış olabilir. Birinci basamak sağlık hizmetinin sunumunda hekimler ve eczacıların işbirliği içinde birlikte çalışması için ortam yaratılan bir çalışmada, hekimlerin eczacılara verdiği geri bildirimler sayesinde eczacılar, hekimlerin ihtiyaçlarını daha kolaylıkla fark eder hale gelmişlerdir. Eczacılar verilen geri bildirimlerin hekimleri anlamak konusunda kendilerini geliştirdiğini ifade etmişlerdir (Austin ve ark., 2005). Dış hekimliği öğrencilerine uygulanan “endişeli bir hasta ile baş etmek” temalı iletişim becerileri eğitimi sonucunda, öğrenciler gerçek hastalarla görüşmüşlerdir. Eğitim almayan kontrol grubu öğrencilere göre eğitim alan öğrencilerde hastaları anlama becerisi daha çok geliştiği saptanmıştır. Çalışmada, eğitim sırasında uygulanan rol-oylama egzersizleri ve bu egzersizler sonucu edinilen becerilerin pratiğinin yapılmasını sağlayan saha uygulamaları beceri geliştirmenin en önemli parçası olarak değerlendirilmiştir (Van der Molen ve ark., 2004). Buradan hareketle iletişim becerileri eğitimlerinde hasta duygularını anlamak açısından rol oynama ve simülasyon tekniği gibi öğrenciyi sürecin içine dâhil eden, durumu birebir yaşamasını sağlayan tekniklerin kullanılmasının önemli olduğu sonucuna varmak mümkündür. Şüphesiz hangi tekniğin hangi beceri gelişimine katkı sağladığına dair kesin ve net bir yargıya varmak bu çalışmanın tasarımı açısından mümkün olamamaktadır. Ancak ileriki çalışmalarda eczacılık fakültesi öğrencilerine yönelik yapılacak farklı deneysel tasarımı olan araştırmalar ile teknikler arasında karşılaştırma yapmak ve daha nesnel bir yargıya varmak olasıdır. Bu araştırmalar tasarlanırken öğrencilerin öğrenme stillerinin, öğrenme yaşantılarının kurgulanmasında önemli bir yere sahip olduğu unutulmamalıdır. Tıp ve eczacılık öğrencilerine bir arada iletişim becerileri eğitimi verilen bir çalışmada farklı şekillerde öğrenen öğrenciler için farklı yöntem ve tekniklerin kullanıldığı görülmektedir. Eğitim programında kullanılan video kayıtlarının dinlenmesi işitsel öğrencilerin öğrenmesini desteklediği, akran görüşme videolarının izlenmesi ise görsel öğrenenleri desteklediği belirtilmiştir. Dokunsal öğrenciler ise SH’larla yaptıkları periyodik görüşmelerden ve küçük grup çalışmalarından istifade etmişlerdir (Hess ve ark., 2016). Bu sebeple iletişim becerileri eğitim programlarında çok çeşitli yöntem ve tekniklerin kullanılması geniş bir

yelpazede öğrenciye ulaşmayı ve ilgili becerilerin daha kalıcı bir biçimde öğretebilmesini sağlayabilir.

Öğrencilerde karşıdakinin duygularını anlama, önemseme ve bunu gösterebilme becerilerinin gelişmesinde önemli bir payı olduğu düşünülen bir diğer etkenin, öğretilmek istenen davranışın eğitici/rol model tarafından sergilenmesi olduğu düşünülmektedir. Eğitim boyunca araştırmacı, katılımcı öğrencilerle geçirdiği zaman diliminde onları anlamak ve sürece onların gözünden bakabilmek için çaba göstermiş ve benimsediği bu tutumu öğrencilere yansıtmaya çalışmıştır. Öğrencilerin çoğunun, gerek eğitim içerisinde gerekse de eğitim sonunda verdikleri geri bildirimlerde eğiticinin beceri edinmeleri üzerinde büyük bir payı olduğuna dair ortaya koydukları söylemleri bu savı destekler niteliktedir. Başlangıçta birbirine alışma aşamasında olan grup, zamanla birbirini anlama, yargılamama ve olduğu gibi kabul etme üzerine oluşan grup dinamikleri sayesinde, karşıdakini toplumsal statüsünden ve rolünden bağımsız olarak bir birey gibi görebilmeyi başarmıştır. Yaratılan bu atmosferde hem araştırmacının etkisi, hem de grubun karşıdakini anlama üzerine geliştirdiği genel eğilim, öğrencilerin bu becerileri elde etmesinde olumlu yönde etkili olmuş olabilir. Ortaya konan bu saptamaya paralel olarak, Rogers (1975)'a göre, karşıdakinin duygularını anlamak ve ona duyarlılıkla yaklaşabilmek doğuştan gelen bir özellik değildir; hassas, anlayışlı ve empatik kişilerin oluşturduğu bir çevrede hızla öğrenilebilir. Stupans (2010)'ın aktardığına göre McDonough ve Bennett iletişim becerilerinin geliştirilebilmesi için eğiticinin öğrenciyi etkilemesi gerektiğini ileri sürmektedir. Özellikle beceri ve tutum geliştirmeyi hedefleyen eğitimlerde eğiticiler sergiledikleri davranışlarında öğrenciye rol-model olmalıdırlar. Öğretilmek istenen hedef davranışın grup lideri tarafından benimsenmiş olduğunu gören öğrenciler, bu davranışı benimseme ve hayatlarına geçirme işlemini daha kolay ve isteyerek yapacaklardır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta eğiticilerin yalnız sınıf içinde değil aynı zamanda sınıf dışında da ilgili becerileri sergilemeye özen göstermesi gerektiğidir. Daha önceden açıklanan gizli müfredat olarak bilinen bu sürecin öğrencilerin öğrenmelerine büyük oranda etki ettiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu sebeple öğrenciden beklenen davranışların, her durum ve koşulda mümkün olduğunca eğitici tarafından da sergilenmesi, eğitim programlarının başarısını etkileyen öğelerin

(hedef, içerik, öğretme stratejileri, yöntemleri vb.) yanında programın etkili olabilmesi için kilit bir unsurdur.

Hastayı anlama ve uygun yanıtlar verme becerilerinin gelişimi ile ilgili olarak vurgulanması gereken önemli bir nokta, son testte SH'nın bazı öğrenciler ile yaptığı görüşmelerin başında duygularını sözel olarak ifade etmesi; araştırmacının, bu öğrencilerin hastanın duygularını ayırt edip edemediğini tespit etmesini güçleştirmiştir. Araştırmacı, SH eğitimlerinde duyguların mümkün olduğunca beden dilinin altına gizlenmesi gerektiği üzerinde durmuş ve SH'lardan rol yaparken bu önemli noktaya dikkat etmelerini istemiş olsa da, SH'lar zaman zaman görüşmelerde ne yazık ki bekleneni arzu edildiği şekilde gerçekleştirememiştir. Öğrenci hastayı gözlemleme ve duygularını ayırt edebilmeye vakit bulamadan, SH'lar senaryo gereği içinde bulundukları duygu durumunu sözel olarak belirtmişlerdir. Araştırmacı bu gibi durumlarda görüşme sonrasında SH'ları bir sonraki görüşme için uyarmış ve senaryoda kendisinden bekleneni hatırlatmıştır. Ancak son testte ne yazık ki yapılan görüşmelerin bir tekrarı daha mümkün olmadığı için, o görüşmeyi değerlendirmek araştırmacı için zorlayıcı bir karar verme süreci haline dönüşmüştür. Hasta kaygılı ve üzgün olduğunu görüşmenin başında söylemiş olmasaydı, öğrenci bunu fark edebilecek miydi? Son testte yaşanan öngörülemeyen bu durum, bazı öğrencilerin hastanın duygularını rahatlıkla anlamasına neden olmuştur. Bu noktada her öğrencinin eğitim boyunca gösterdiği gelişim, karar verme sürecinde araştırmacı için yol gösterici olmuştur. Öğrencinin duyguları anlama becerisi puanlanırken, araştırmacı öğrencinin önceki performanslarını ve sınıf içindeki tutumlarını dikkate almıştır. Ancak son testte yaşanan bu deneyimin, başka eğitimcilere yol göstermesi açısından belirtilmesi uygun görülmüştür. Yapılan çalışmalarda, SH'ların kontrolü ele alıp, öğrencinin konuşmasını keserek söylemek istediklerini bitirmelerine izin vermediklerini ortaya koyan diyalog örnekleri mevcuttur. SH'lar bazen de öğrencilerin durumla daha rahat başa çıkabilmeleri için senaryoyu yönlendirdiği de belirtilmektedir (de la Croix ve Skelton, 2009). Bu gibi sebepler dolayısıyla, eğitim programlarının ölçme ve değerlendirme aşaması tasarlanırken birkaç farklı ölçme yöntemini birlikte kullanmak program değerlendirmelerinde bu gibi aksaklıkların üstesinden gelinmesini sağlayabilir. Örneğin, öğrencilerde duyguları anlama ve uygun yanıtlar verme becerisinin gelişip

gelişmediğini tespit edebilmek için uygulanan performansa dayalı bir sınava ilave olarak, öğrencilerin çeşitli eczacı-hasta görüşme videolarını izleyerek bu videolarda sergilenen ilgili becerileri değerlendirmeleri istenebilir. Böylelikle öğrencide geliştirilmesi beklenen beceriler iki farklı sınav türü ile test edilebilir.

Eğitim programı sonunda “İlgi ve Empati Gösterme- (C)” beceri grubundan sonra en fazla gelişim gösteren ikinci beceri grubu “Hastanın Bakış Açısının Görüşme Sürecine Dâhil Edilmesi - (B)” dir. Duyguları anlama ve uygun yanıtlar verme becerilerinin fazla gelişim gösterdiği bir eğitimin sonunda, öğrencilerin hastaların bakış açısını önemsemesi ve bu beceriyi geliştirmesi beklenen bir durum olarak düşünülmektedir. Öyle ki, hastanın duygularını önemsemek hastayı yargılamamaya içkin olarak değerlendirilebilir.

Hasta bakış açısını belirlemek soru sorma becerisini gerektirmektedir (Grice ve ark., 2013; Quirk ve ark., 2008). Danışmanlık sürecinin belki en önemli basamağı olan hasta bakış açısının araştırılması sürecinde doğru soruların doğru zamanda sorulması gerektiği bilincini oluşturmak gerekir. Hastaya gerekli bilgiyi vermeden önce hasta ihtiyaçları, beklentileri ve inançlarının ortaya çıkarılması, hastanın sürece dâhil edilmesi, eczacı-hasta danışmanlığının iki yönlü bir etkileşim süreci olarak yürütmesini sağlamaktadır. Hastaya sorulan sorular ile hasta perspektifinin alınması, verilecek bilginin de hastaya göre şekillendirilmesini sağlamaktadır. Hastanın bu süreçte aktif rol alması, danışmanlık süreci boyunca öğrendiği bilgiyi daha kolay hatırlama tutmasını sağlayacaktır. Görüşmenin başında kullanılmak üzere eczacılar için önerilen “başlıca sorular” [prime questions] olarak adlandırılan soru grubu, hasta perspektifini ve bilgisini anlamaya yönelik olarak oluşturulmuştur. (Nguyen, 2013). Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri Oturumlarında öğrencilere soru sorma başlığı altında anlatılan bu soru grubu, öğrencilerin hasta bakış açısını belirleme becerisini geliştirmelerine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu sorular hastanın eczaneye gelmeden önce hekimle yaptığı görüşmeyi irdelemek ve hastanın hem hastalığı hem de tedavisi hakkında bildiklerini ortaya koymak üzere tasarlandığı için öğrencilerin ön testte yaptıkları gibi doğrudan ilaç bilgisi sağlamak yerine, önce hasta hakkında bilmeleri

gerekenleri öğrenerek danışmanlık sürecini daha doğru bir şekilde yürütmelerini sağlamıştır.

Öğrenciler eğitimin ilk zamanlarında hastaya soru sormadan ve onu dinlemeden senaryonun gerektirdiği teknik bilgiyi bir an önce hastaya aktarmaya çalışma eğiliminde olmuşlardır. Eczacıların açık uçlu soru sorabilme becerisinin araştırıldığı bir çalışmada, eczacıların hasta ile yaptıkları görüşmelerin yalnızca %7'sinde açık uçlu soru sordukları tespit edilmiştir (Sleath, 1995). Eczacıların yaptığı görüşmelerde kullandıkları becerilerin tespit edildiği başka bir araştırmada, eczacıların hasta bakış açısının araştırılması konusunda zayıf olduğu ve yine çok azının da açık uçlu soru sorabildiği ortaya konulmuştur. Bu sebeple, soru sorma becerisini geliştirecek eğitimlere ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (Greenhill ve ark., 2011). Ortaya çıkan bu tablodan hareketle, hasta odaklı danışmanlık anlayışına tüm eğitim boyunca önem verilmesi sebebiyle, öğrencilerde bilgi vermeden önce hastaya soru sorma becerisi kademeli olarak geliştiği gözlenmiştir. Gerek yapılan stajlarda, gerekse de sosyal yaşantımızdaki genel eğilim dolayısıyla, öğrencilerde yerleşmiş bir tutum olan “fazla konuşma, az dinleme” alışkanlığının değişmesi kolay olmamıştır. Sınıf içinde yapılan dinleme ve soru sorma becerisi egzersizlerinin bu konuya önemli bir katkı sağladığı düşünülmektedir. Yaratıcı drama egzersizlerinin eczacılık öğrencilerinin çeşitli iletişim becerilerini (soru sorma vb.) geliştirdiği görülmüştür (Boesen ve ark., 2009). Aynı zamanda eğitimin nispeten uzun bir süreci kapsaması, öğrencilerde “dinlemeden konuşma” alışkanlığının değiştirilebilmesinde gerekli olduğu düşünülen bir unsurdur. İletişim becerileri ile ilgili yapılacak eğitimlerin etkili olabilmesi için sürece uzun olması gerektiğinin yanında, belli bir zaman dilimi sonra etkisinin ne düzeyde olduğunu saptayabilmek için takip seanslarının yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Maguire ve Pitceathly, 2002). Az dinleme, çok konuşma ve soru sormama durumunu değiştirmek üzere tasarlanacak eğitimlerde soru sorma becerisini geliştirebilmek için uygulanacak eğitimin uzun dönemi kapsamasının gerekliliği unutulmamalıdır. Eğitimin 14 hafta boyunca devam etmesinin, birkaç saatlik eğitimlere göre daha etkili olduğunu ve öğrenilenlerin unutulmadan hatırlanmasını sağladığını belirten öğrencinin geri bildiriminden de anlaşılabacağı üzere, öğrencide kalıplaşan davranışları değiştirebilmek ve istendik davranışı geliştirebilmek için uzun

zaman dilimi etkili olmaktadır. Profesyonel bir eczacı-hasta danışmanlığı sürecinin karşılıklı soru-cevap biçimde yürütülmesi gerektiği düşünülürse, bu süreçte öncelikle öğrenciyi soru sorabilecek hale getirmek gerekir. Bu sebeple hem eğitimin uzun dönemli olması sağlanmalı hem de öğrenciyi soru sormaya itecek egzersizler ve senaryolar oluşturularak, soru sormayı bir alışkanlık haline getirmeleri sağlanmalıdır. Ancak burada unutulmaması gereken nokta, eğiticilerin bu egzersizleri çok iyi yapılandırması gerektiğidir. Aksi takdirde egzersiz gereği soru soran öğrencinin tutarsız yanıtlar alması veya yanıtsız kalması olasılığı karşısında beceri gelişimi olumsuz etkilenecektir.

Ön test ve son testte kullanılan senaryonun kronik hastalığı olan bir hastayı temel alması, hasta bakış açısının görüşme sürecine dâhil edilmesini kolaylaştırmış olabileceği düşünülmektedir. Genellikle kronik ve yaşlı hastaların tedavi sürecinde aktif rol almak istediği ve bu hastaların eczacıdan da bu yönde bir tutum beklediği belirtilmektedir (Sleath, 1996). Öte yandan hastanın tedavi süreci ve ilaçla ilgili sorgulanması süreci, eczacının konuyla ilgili bilgisinin fazla olmasını gerektirmektedir. Bu sebeple eczacılar, sorulan sorulara yanıt bulamazlarsa, hasta gözünde güven kaybedeceğini düşünerek hastaya soru sormaktan çekinmektedir (Guirguis, 2011). Pratik oturumlardan önce dağıtılan “öğrenci yönergeleri” öğrencilerin senaryodaki bilgi eksiklerini kapatıp, onları hastaya soru sormak konusunda cesaretlendirmiş olabilir.

Hasta bakış açısını sorgulama becerisinin gelişiminde çatışma çözümü oturumlarının katkısının olduğu söylenebilir. Çatışma, kendi içinde veya kişiler arasında, değerlerin veya gereksinimlerin farklılaşması sonucu ortaya çıkan bir anlaşmazlık durumu olarak tanımlanmaktadır (Saltman ve ark., 2006). İlişkilerde sağlıklı olan mümkün olduğunca en az çatışma yaşamak değil, yaşanan çatışmaların en etkili yoldan çözümüdür (Gordon ve Edwards, 2014). Çatışma çözmek için farklı yolların olduğu bilinmektedir (Saltman ve ark., 2006). Tarafların ihtiyaçlarının karşılandığı, ortak bir çözümün bulunduğu yol en etkili ve ideal yol olarak görülmektedir. Ortak çözüme ulaşmak, karşıdakinin değerleri ve ihtiyaçlarına saygı göstermeyi gerekli kılmaktadır. Çatışma çözümü oturumlarında işlenen gereksinim ve

değer çatışmaları, öğrencilerin çatışmanın kaçınılacak bir süreç olmadığını, aksine doğal ve yaşanması olası bir durum olduğu yönünde fikir değiştirmelerini sağlamıştır. Çatışmalı anlarda nasıl bir pozisyon almaları gerektiği hakkında bilgi sahibi olduktan sonra, bu bilgiyi kullanmak üzere gerek sınıf içi rol-oylama egzersizinde gerekse SH karşısında pratik yaparak bu bilgiyi kullanma şansı bulmuşlardır. İnsanların farklı değerleri ve inanışlarının olabileceği çatışma çözümü oturumlarında tartışılan “değer çatışması” başlığı altında derinlemesine irdelenmiştir. Sınıf içinde yapılan “değerler” ile ilgili egzersizler sonrası yapılan tartışma ve katkılarla öğrenciler, hem kendi öncelikli değerlerinin neler olduğu üzerine, bazılarının ifade ettiği üzere ilk kez, düşünmüş, hem de başkalarının da kendilerinden farklı değerlere sahip olabileceğini deneyimleyerek görmüşlerdir. Çatışma çözümü öğrenci rehberindeki “Değerler” egzersizi ile ilgili yaşadığı deneyimi aktaran öğrencinin görüşleri bu savı destekler nitelikte olmuştur. Çatışma çözümü oturumlarının öğrenim hedefleri içerisinde yer alan “hasta ihtiyaçlarını önemser ve belirler” maddesi de oturumların hasta bakış açısını sorgulama becerisi ile alakalı olduğunu göstermektedir. Literatürde hastayla ortak karar vererek, bir plan doğrultusunda hareket edebilme yeterliliğine ulaşabilmek için birkaç etkili yöntemin varlığından söz edilmiştir. Bu yöntemlerden birisinin de çatışma çözümü konusunda beceri sahibi olmak olduğu belirtilmiştir (Wouda ve van-de-Wiel, 2013). Çatışma çözümü oturumlarının hasta bakış açısının sorgulanması, hasta değerlerinin, düşünce ve inançlarının önemsenmesi konularına katkı sağladığı düşüncesinden yola çıkılarak, iletişim becerileri ile ilgili eğitimlerde yer verilmesi gereken önemli bir ünite olduğu belirtilmelidir.

Hastanın bakış açısını araştırmak ve sürece dâhil etmek konusunda dikkat çeken bazı eleştiriler de mevcuttur. Hastalığa, kişiye ve duruma göre hastanın hekimden beklentilerinin değişebileceği vurgulanmaktadır. Kimi zaman hasta hekimin paternalist tutum sergileyerek, kendisi yerine karar vermesini tercih edebilmektedir. Hastanın görüşmeden beklediği, bir an önce fayda sağlamak olabilir ve her zaman istek ve ihtiyaçlarının sorgulanmasını tercih etmeyebilir. Bu sebeple her görüşmede hasta bakış açısının araştırılması uygun olmayabilir. Hastanın beklentilerini anlayarak sürece o doğrultuda devam etmek gerekmektedir (Epstein, 2006). Nitekim bu eğitim yapılandırılırken araştırmacının, belirtilen bu durumu, bir başka deyişle, her hastanın

süreçten beklentisinin farklı olabileceğinin bilincinde olduğu belirtilmelidir. Gerçek hayatta her hastanın eczacıdan detaylı sorgulama yapmasını beklemeyeceği aşikârdır. Ne var ki eğitimin, öğrenciye hasta gözünden olayları değerlendirebilmeyi, hasta bakış açısının danışmanlık sürecinde ne kadar belirleyici olduğunu kavratmayı ve bunu gözlenebilir bir beceri haline getirmeyi hedefleyerek tasarlanması, senaryoların bu hedefe uygun hazırlanmasını ve SH'ların da bilgi talebi olan ve sürece katılmak isteyen hastalar yönünde eğitilmesini gerekli kılmıştır.

Eğitim sonunda gelişme saptanan diğer beceri grubu “Hastayla Bağlantı Kurma- (A)” olmuştur. Hastayla bağlantı kurma aşaması danışmanlık sürecinin başlangıç aşamasıdır. Hastayla yapılan görüşmede hastanın karşılanması, sorunlarının tespiti bu aşamanın gerekleridir. Hastayla bağlantı kurmak, ilk izlenim ve hastanın karşılanması danışmanlık sürecini büyük ölçüde etkilemektedir. Eczacıların hasta ile kurdukları ilişkide sergiledikleri temel iletişim becerilerinin neler olması gerektiğini değerlendirdikleri bir çalışmada, hastanın sıcak bir şekilde karşılanmasını önem sırasına göre son sıralara yerleştirdikleri bildirilmiştir (Hargie ve ark., 2000). Benzer olarak, hasta ve eczacıların iletişim sürecindeki rollerini tanımlayan başka bir çalışma, hastaların eczacılardan kendilerini “hoş geldiniz” diyerek karşılamalarını beklediklerini, ancak eczacıların bu beklentiye yerine getirmediğini ve genellikle tam tersi bir şekilde hastaların eczacıya “merhaba” diyerek içeri girdiklerini belirtmektedir (Worley ve ark., 2007). İlk izlenim üzerinde önemli bir etkisinin olduğu bilinen hastayı karşılama ve görüşmeyi başlatma aşamasında eczacıların gereken becerileri yeteri kadar göstermediği de ortaya konulmuştur (Greenhill ve ark., 2011; Greenwood ve ark., 2006). Eczacıların hastayı karşılama becerisinin geliştirilmesi gerektiği yapılan bir başka çalışma sonuçlarına bakılarak da anlaşılabılır. Gülpınar ve arkadaşları (2015)'nın eczacılarla yaptıkları yüz yüze görüşmelerde eczacılar, hasta ile danışmanlık sürecinin kendileri için bir anlam ifade etmediğini, eczanedeki bürokratik işlerin yolunda gitmesinin onlar için daha önemli olduğunu, gelen hastalarla ilgilenmek bile istemediklerini ifade etmişlerdir. Bu örneklerden yola çıkarak eczacıların hastayı karşılamak ve yakınlık kurmanın profesyonel bir ilişkinin ilk basamağı olduğunu fark etmeleri için çaba sarf edilmeli ve bu becerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır. Hastayla ilgilenerek danışmanlık hizmeti vermek yerine eczacılık

mesleği ile ilgisi olmayan yönetsel, bürokratik işlerle meşgul olmak, eczacıların hem hasta hem de hekim gözünde profesyonel imajını zedelemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde eczacılar, özellikle Asya ülkelerinde, profesyonel olmayan işlerle uğraşmak zorunda kalırken; gelişmiş ülkelerde ise eczacılar bir sağlık çalışanı olarak konumlandırılmış olmanın keyfini yaşamaktadırlar. Eczacıların toplum gözünde sağlık çalışanı imajını oluşturabilmeleri için hasta ile daha çok zaman geçirerek danışmanlık hizmeti vermeleri gerekmektedir (Hermansyah ve ark., 2012). Eczacıların toplum gözündeki imajı hakkında, SH eğitimlerinde hasta rolü oynayan iki kadının konu ile ilgili araştırmacıya yaptığı yorumlar bu görüşü desteklemektedir. SH’lardan biri eczacıların hastalara yeterli zamanı ayırmadığını belirtmiş ve bu durumun bir hasta olarak eczanede verilen hizmetten beklentisini etkilediğini ifade etmiştir. Diğer SH’nın söylemleri ise eczacısının her zaman kılık kıyafetine özen göstererek kendisi ve babasıyla ilgilenmesi onu doktoru yerine koyarak ona güven duymasına neden olduğunu göstermektedir. Eczacının hastayı karşılama esnasında fiziksel görünümü, hastaya olan ilgisi vs. hastalar gözündeki eczacı imajını etkilemektedir. Öğrencilere verilen bu eğitimin hastanın karşılanması ve sorunlarının doğrulanması ve önceliklendirilmesi becerilerinin gelişmesi açısından başarılı olmuştur. Nitekim eğitimin başında öğrenciler isim ve rollerini belirtmeden sadece “Hoşgeldiniz!” diyerek hastayı karşılama eğilimindeydiler. Hatta araştırmacı bazı öğrencilerin ayağa bile kalkmadan oturduğu yerden hastayı karşıladığını gözlemlemiştir. Bu konuda sağlanan gelişmede sınıf içinde ilk izlenim ve profesyonel imaj ile ilgili yapılan tartışmaların payı olduğu düşünülmektedir. Bu tartışmalar sayesinde araştırmacı, hastanın karşılanması aşamasında önemli bir yere sahip olan “profesyonel imaj” kavramını öğrencilerin farklı şekilde anlamlandırdıklarını fark etmiştir. Araştırmacının araştırma güncesindeki notlarından yapılan alıntılar incelendiğinde, bir öğrencinin hasta olarak eczanede karpuz kesildiğini görmekten dolayı duyduğu rahatsızlığı belirtmesi ve buna cevaben diğer öğrencinin bunu misafirperverlik olarak nitelendirmesi ilk izlenim ve profesyonel imaj hakkındaki bu farklı algılayışı ortaya koymaktadır. Profesyonel bir imaj sergilemenin ve hastayı karşılamanın öneminin kavratılması işi, Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri 1.oturumunda tercih edilen öğretim yöntemi ile mümkün olmuştur. Bu aşamada tartışma yönteminin kullanılması, öğrencilerin farklı görüşleri duymasını sağlamış ve fikir değişikliği yaşamasına neden

olmuş olabilir. İlk izlenim ve hasta karşılama ile ilgili sınıf içinde yapılan tartışmaların, hasta karşılama ve sorunlarıyla ilgilenme becerilerini içeren görüşmenin ilk basamağı ile ilgili farkındalığın artırılması ve dolayısıyla bu becerilerin geliştirilmesi konusunda fayda sağladığı düşünülmektedir. Nitekim birçok iletişim becerisini kazandırmanın en iyi yollarından biri de küçük grup tartışmaları yapmaktır (Sangappa ve Tekian, 2013; Wouda ve van-de-Wiel, 2013).

Görüşmenin ilk basamağı olan “Hastayla Bağlantı Kurma” beceri grubunun altında yer alan *görüşmenin hastayla beraber planlanması* öğrencilerin zorlandığı bir beceri olmuştur. A grubu becerilerin diğerlerine göre (B ve C) daha az gelişme göstermesinin sebebi de bu becerideki zorlanma olabilir. Öğrencilerin *görüşmenin hastayla beraber planlanması* becerisinde daha düşük performans göstermesi iki sebebe bağlanabilir. Bunlardan ilki, SH ile görüşme yapmadan önce kendilerine dağıtılan öğrenci yönergeleri nedeniyle oynayacakları senaryo hakkında fikir sahibi olmaları olabilir. Öğrencilere dağıtılan bu uygulama yönergesi öğrenciye yol gösterici olarak hazırlanmış olmakla birlikte, hastaların önceden eğitildiğini bilen öğrenciler, hastaların da o günkü görüşme konusu hakkında bilgi sahibi olduğunun farkında olmaları sebebiyle bu basamağı ya da beceriyi atlamış olabilirler. Hastayla bu konu üzerinde konuşma gereği duymamış olabilirler. Bu durum rol-oynama tekniğinin bir dezavantajı olarak görülebilir. Öğrenciler bu süreçte rol yaptıklarının bilincindedirler ve gerçeklik duygusunu tam anlamıyla yaşayamamaktadırlar. Bazı araştırmacılara göre “görüşme gündemi üzerinde uzlaşma sağlamak” ya da “görüşmenin hastayla beraber planlanması” becerilerinin eczacı-hasta görüşmeleri için uygun olmayan becerilerdir. Eczacı-hasta görüşmelerine yönelik tasarlanan danışmanlık modelleri genellikle hekim-hasta görüşmelerinden adapte edilerek hazırlandığı için, bazı becerilerin eczacıların verdiği danışmanlık sürecinin her basamağında uygulanabilir olmadığına yönelik yapılan çalışmalar mevcuttur. “Görüşme Gündemi Üzerinde Uzlaşma Sağlamak [Establish Mutual Acceptance of Visit Agenda]” da bunlardan biri olarak düşünülmektedir (Greenhill ve ark., 2011). Bu sav doğru ise, öğrencilerin *görüşmenin hastayla beraber planlanması* becerisinde daha düşük performans göstermesini açıklayan bir gerekçe olarak yorumlanabilir. Bu sebeple öğrencilerin

görüşmeyi hastayla beraber planlama becerisinde zorlanmış olduğu ve hastayla yaptığı görüşmeye bu beceriyi adapte etmekte güçlük çektiği öne sürülebilir.

Eğitim sonunda istatistiksel olarak anlamlı bir değişim gösterdiği tespit edilen diğer beceri grubu “Plan ve Eğitim- (D)” olmuştur. Ancak ortalamalar arası farklara göre A, B ve C ile karşılaştırıldığında D’nin daha az gelişim gösterdiği bulunmuştur. Dereceli puanlama anahtarına göre D grubu beceriler yedi tanedir. Bu becerileri grubunun hedefleri genel hatlarıyla; *hastayla ortak karar verme (hastanın sürece istediği ölçüde dahil edilmesi ve uyum kontrolü), hastayı uygun biçimde eğitme, plan önerme ve hastanın verilen bilgiyi anladığını kontrol etme* olarak ifade edilebilir. Eğitimin “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri” ile “Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi” oturumları belirtilen bu hedefleri içerecek şekilde tasarlanmıştır. Diğer bir deyişle, hasta ile ortak karar verme, hastayı eğitme ve hastanın anladığını doğrulama ile ilgili tartışmalar, egzersizler ve konu üzerindeki düşünceler bu oturumlar esnasında gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple D grubundaki gelişimin nedenlerinin irdelenebilmesi için bu oturumların temel mantığından ve oturumlarda gerçekleştirilen etkinliklerden bahsetmek doğru olacaktır.

Eğitimin başında uygulanan ön testte, başta da belirtildiği gibi, öğrenciler genellikle, hastayı dinlemeden, hastaya soru sormadan, senaryo gereği gereken bilgiyi bir an önce vererek hastayı bilgilendirme gayreti içinde hareket etmişlerdir. Öğrencilerin bu tutumu şaşkınlıkla karşılanacak bir durum olarak görülmemelidir. Literatür incelendiğinde eczacıların bilgi verme rollerine diğerlerine (hastayı dinleme, sorunlarını belirleme, verilecek bilgiyi kişiye göre düzenleme, yargılayıcı olmayan bir tutum içerisinde olma, hastanın duygularını önemseme vb.) kıyasla daha aşına oldukları görülmekte, hastaların da eczacılardan genellikle bu konuda beklentilerinin olduğu anlaşılmaktadır (Haugbølle ve ark., 2002; Jaradat ve Sweileh, 2003; Kansanahoa ve ark., 2002; Pilnick, 2003; Worley ve ark., 2007). Hastaların eczacılardan beklediği bilgi verme veya hastayı eğitme rolleri literatürde sıkça işlenen ve anlamsal olarak netleştirilmeye çalışılan kavramlar-beceriler olmuştur. Hastayı eğitmek amacıyla, hastaya bilgi vermek ve öneri sunmak aslında temelinde benzer süreçler gibi görünse de yaklaşım açısından farklı olduğu belirtilmektedir. Pilnick

(1999)'in aktardığına göre, Silverman bilgi ve öneri arasındaki ayrımı, şu şekilde yapmaktadır: hastaya yapılacak eğitim, kişiselleştirilmemiş, hastaya özel hale getirilmemiş ise sadece bilgi verme; kişisel ve hastaya özel hale getirilmiş ise öneri verme şeklinde anlaşılmalıdır. Bu ayrımdan hareketle hasta eğitimi sürecinin de “hasta odaklı yaklaşım” temelinde gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmelidir. Zira salt bilgi vermek, prospektüs ya da kısa ürün bilgisi¹² vermekle eşdeğer görülebilir. Eczacının vereceği bilgiyi hastanın yaşantısı, alışkanlıkları, inanç ve değerleri gibi hastadan hastaya değişecek parametreler doğrultusunda şekillendirmesi ve kişiye özel hale getirmesi gerekmektedir. Hasta hakkında tüm bu özgün nitelikleri kapsayacak biçimde bilgi sahibi olmak ise ancak ve ancak hastanın sürece aktif katılımı ile mümkün olacaktır. Daha önceden de belirtildiği gibi hasta odaklı yaklaşım, sunulan hizmette hastayı öncelemeyi gerektirmektedir. Nitekim hastalığın ve tedavi sürecinin başrolünde hastanın olduğunu fark etmek, tedaviyi uyumlu bir şekilde yürütecek olan kişinin de *hasta* olduğunun ayırdına varmamızı sağlayacaktır. Bu sebeple verilecek her türlü kararda (ilaç kullanımından, gerekli ise hayat tarzı değişikliklerine kadar) görüşü alınacak ve önemsenecek kişi hasta olmalıdır. Bu sebeple hastanın istediği ölçüde sürece dâhil edilmesi, en azından eczacı tarafından bu sorgulamanın yapılması gerekmektedir.

Öğrencilerin bu anlayışı temel alarak hasta ile iletişim kurması gerektiği bilincine ulaşmaları kolay olmamış, başlarda öğrencilerin direnciyle karşılaşmıştır. Araştırmacının araştırma güncesinden yapılan alıntılarda bir öğrencinin ilacını kullanmak istemeyen hastaya saygı göstermek konusunda eğiticiye dile getirdiği tepki ve hastayla birlikte karar verme sürecine gerçekte ayrılacak yeterli zamanın olmadığını belirten diğer öğrencinin söylemleri bu direnci ortaya koyar niteliktedir. Hastayla ortak karar verme sürecinin nasıl bir tutum gerektirdiğini görmeleri amacıyla sınıf içinde izlettirilen eczacı-hasta görüşmesi videoları öğrenciler tarafından “yapay” olarak değerlendirilmiştir. Bu süreci hastadan sürekli teyit almaya benzeten ve bu durumun doğal olmadığını ifade eden öğrenciler olmuştur. Hastanın görüşlerini önemsemenin hastaya saygı duymak olduğunu kavrayabilmek, “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri” oturumlarında istendiği ölçüde gerçekleştirilememiş olabilir. “Eczacı-

¹² Kısa ürün bilgisi: kullanma talimatı

Hasta Danışmanlık Becerileri” pratik oturumunda öğrencilerin SH ile yaptığı görüşmelerin doğallıktan uzak olması bu kanıya ulaşmada önemli bir etken olmuştur.

Sonuç olarak, her ne kadar D grubu becerilerde son test lehine bir değişim söz konusu olsa da, öğrencilerin *hastayla ortak karar verme* süreci ile ilgili göstermeleri gereken becerileri tam olarak içselleştirilip içselleştirilmediklerini anlayabilmek için eğitimde bu konuya daha fazla zaman ayırmak gerektiği görülmüştür. Öğrencilerin bu konuya gösterdikleri direnç, serbest eczacıların hastanın tedavi sürecinde hekimlere göre daha az söz sahibi olmalarından kaynaklı da olabilir. Temelde hekimin yazdığı reçeteyi hastaya sunma görevi ile sınırlı kalan serbest eczacılık uygulamalarında eczacılar, hasta ile ilgili verilecek herhangi bir kararda kendini sorumlu görmemesi olasıdır. Böyle bir tablo karşısında hasta üzerinde karar verme yetkisi olmayan eczacılardan, hastayla ortak karar verme becerisini göstermesini beklemek de gerçekçi olmayabilir. Hastanın tedavi sürecinde serbest eczacılara daha fazla sorumluluk verilmesi, hastayı sürece dâhil etme konusunda daha teşvik edici olabilir.

Yukarıda bahsedilenler haricinde öğrencilerin hastayı sürece dâhil etme konusunda gösterdikleri direncin bir başka sebebi, kendilerini hastaya karşı daha otoriter konumda görmeleri de olabilir. Eczacı-hasta ilişkisini inceleyen bir çalışmada eczacıların çoğunlukla hasta karşısında otoriter bir duruş sergilediği, hastayı önemsemediği görülmüştür (Sleath, 1996). Bu tutumun değişebilmesi için eczacı-hasta ilişkisinin sosyal ve davranışsal boyutunun tartışıldığı derslerin eczacılık eğitiminde yer alması gerekmektedir. Eğiticilerin hasta bakımı, hastayı önemseme gibi konular üzerinde durarak hasta odaklı eczacılık hizmeti sunumunu kavratmaları gerekmektedir. Ancak bu şekilde hasta ile olan ilişkiler daha hümanistik bir düzlemde kurulacaktır.

Ön testte D grubu becerilerden olan *hastaya ve duruma uygun eğitim yöntemi kullanma* ve *hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını kontrol etme* becerilerini neredeyse hiçbir öğrenci sergilememiştir. Literatür genellikle eczacıların, hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını kontrol etmediğini söylemektedir. Ancak eczacılar çeşitli yöntemlerle (hastaya belirli sorular sorarak, hasta takibi yaparak,

hastanın anlatılanları tekrar etmesini isteyerek) hastanın tedaviyi veya ilacın kullanımını anlayıp anlamadığını belirleyebilmektedir (Watermeyer ve Penn, 2009). Eğitim sonunda öğrenciler çoğunlukla hastayı sorgulayarak, hastanın verilen bilgiyi, öneriyi anlayıp anlamadığını kontrol eder hale gelebilmişlerdir. “Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi” oturumlarının temelini teşkil eden “uyunç” kavramı, hastanın eğitiminde öğrencilerin kendi rolünü fark etmesi açısından etkili olmuş olabilir. Uyuncun sağlanmasında eczacının rolü, hastalarda uyunç problemi nedenleri, ne tür sorular sorarak uyunç problemini ortaya çıkarabilecekleri ve eğer uyunç problemi tespit edilmişse bu konuda iletişim becerileri açısından ne gibi bir yol izleyebilecekleri tartışılmıştır. Hastalarda uyunç probleminin pek çok nedeni bulunmaktadır. Hastanın verilen bilgiyi anlamaması, birden çok ilaç kullanması, tedavi rejiminin karmaşık olması, hastanın inanışları, yan etki korkusu bunlardan bazılarıdır (Bosworth, 2010). Öğrencilerin bir hastanın neden uyunç problemi yaşayabileceğini daha iyi kavrayabilmeleri için birden çok ilaç kullanmak zorunda olan Kronik Obstrüktif Akciğer hastasının kendi ağzından bir gününü anlattığı bir video sınıf içinde izlenmiş ve video üzerinde tartışılmıştır. Hasta videoda içinde bulunduğu durumu, hissettiklerini, hekiminin ve eczacısının süreç içerisinde kendisine olan yaklaşımlarını paylaşmıştır. Günde altı ilaç kullanarak yaşamının nasıl bir şey olduğunu görme fırsatı bulan öğrenciler, hasta eğitiminde daha sabırlı olmaları gerektiğini, gerekirse bir değil birkaç defa tekrar etmenin önemini kavradıklarını ifade etmişlerdir. Bu kavrayışın pratik oturumlarla beraber pekiştiği düşünülmektedir. “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri” pratik oturumunda ilk defa astım teşhisi konulan bir hasta ile yaptıkları görüşmeden birkaç hafta sonra “Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi” pratik oturumunda aynı hastanın takibini yapan öğrenciler, doğru sorular sorarak ve uygun şekilde hastaya yaklaşarak hastanın yaşadığı uyunç probleminin kaynağını bulmaya çalışmışlardır. Bir önceki görüşmede hastaya verdikleri bilginin hasta tarafından yanlış anlaşılmış olduğunu ve sonuçta hastanın ilacı kullanmayı bırakmış olduğunu gören öğrenciler, hastaya verilecek bilginin hasta tarafından her zaman doğru anlaşılamayabileceğini yaşayarak deneyimlemişlerdir. Hastaya inhaler kullanımı sırasında yapması gerekenleri anlattıktan sonra hastanın anlayıp anlamadığını kontrol etmesi gerektiğinin ne kadar önemli olduğunu laboratuvarında gördüğünü ifade eden öğrencinin söylemi hastayı

eğitime basamağı ile ilgili pratik oturumların katkısını ortaya koymaktadır. Bir başka çalışmada da eczacılık fakóltesi öğrencilerinin uyunç problemi yaşayan hastalarla görüşme yapmaları sağlanmıştır. Öğrenciler, hastayı eğitirken kullandıkları etkili iletişim becerilerinin ve hastanın sürece aktif katılımının hastaların tedaviye olan uyunlarını arttırdığını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda uyunç problemi olan bir hasta ile birebir ilişki içinde olmaları onları daha iyi anlamalarını sağladığını da belirtmişlerdir (Darbishire ve ark., 2012).

Dereceli puanlama anahtarında yer alan “İncelikle İletişim” başlıklı E grubu beceri puanlarında da anlamlı bir artış görölmüştür. Bu gruptaki beceriler arasında; *dostane ilişkinin sürdürölmesi, etkili soru sorma, sözlü ve sözsüz iletişim, hasta okuryazarlığına uygun dil kullanımı, kendine güven, profesyonellik ve organizasyon* yer almaktadır. E grubu becerilerin ön test puan ortalamaları diğer beceri gruplarına göre daha yüksektir. Bir başka deyişle bu tablo, ön testte öğrencilerin E grubu becerileri diğer beceri gruplarına göre daha fazla sergileyebildiğini, hazırbulunuşluklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin bu gruptaki becerilere olan yatkınlığı, eğitim öncesindeki öğrenim yaşantılarında edindikleri deneyimler ve bilgiler olabilir. şüphesiz bu kanıyı doğrulayabilmek için başka bir çalışma tasarlamak ve öğrencilerle nitel bir görüşme yapmak uygun olabilir. Böyle bir araştırma yapabilmek için bu bulgudan hareketle bir araştırma sorusu oluşturulabilir. Öğrencilerin ön testte E grubu becerilerden yüksek puan almalarının bir diğer sebebi de, bütün öğrencilerin sözsüz iletişim becerilerinden hem ön testte hem de son testte en yüksek puanı almış olmaları olabilir. Bu durum öğrencilerin hasta ile görüşme yaptıkları ortamdan kaynaklı olabilir. Daha önce de belirtildiği üzere, hekim ve hastanın yüz yüze baktığı bir poliklinik şeklinde tasarlanmış olan Mesleksenel Beceri ve İletişim Laboratuvarında, eczanelerde bulunan ve eczacının dikkatini dağıtabilecek pek çok unsurun (eczane çalışanları, diğer hastalar vs.) olmaması açıklayıcı bir neden olarak öne sürölabilir. Bu sebeple odanın fiziksel şartları öğrencinin her zaman hastayı anlamaya ve dinlemeye yönelik bir beden dili sergilemesine elverişli olduğu söylenmelidir. Pek çok dikkat dağıtıcı unsurun bulunacağı gerçek bir eczane ortamında veya buna en yakın şekilde kurgulanan bir ortamda, öğrencinin beden dilini,

dolayısıyla sözsüz iletişim becerisini gözlemlemek daha gerçekçi sonuçlar alınmasını sağlayacaktır.

Yukarıda belirtilen gerekçeler *profesyonellik* becerileri için de geçerli olmuştur. Öğrenciler gözlemlendiklerinin ve bir araştırma kapsamında bu eğitimi aldıklarının bilincindedirler. Bu faktör öğrencileri hem ön test hem de son testte hastayla kurdukları ilişkide daha profesyonel bir tutum sergilemeye itmiş olabilir. Bu çıkarıma ilave olarak, öğrencilerle oturumlar sırasında yapılan tartışmalardan hareketle, daha önceden bir eczane ortamında bulunmuş oldukları ve hasta ile kurulan ilişki konusunda belli bir kaniya sahip oldukları bilinmektedir. Öğrencilerdeki genel düşünüş eczanenin sağlık kuruluşu olmasının yanında bir “işletme” olduğu ve gelen hastanın da aynı zamanda bir müşteri olduğu yönündedir. Bu sebeple eczane sahibi olarak para kazanabilmeleri için hastayı hoş tutmaları gerektiğinin bilincinde olduklarını ifade etmişlerdir. Hastaya karşı nazik olmak, beyaz önlük giymek ve uygun etiket kurallarını sergilemek gerektiği konusunda önceden deneyim kazanmış ve bu bakışı bahsedilen işletme sahibi olma anlayışı dolayısıyla içselleştirmiş olmaları olasıdır. Yine belirtmek gerekir ki daha gerçekçi bir sonuç alabilmek için profesyonellik becerisini gerçek eczane ortamında gözlemlemek daha uygun olacaktır. Hasta bakış açısı ile eczacıların ve hemşirelerin değerlendirildiği bir çalışmada hastalarla yapılan görüşmelerden bir alıntı şu şekildedir (Hobson ve ark., 2010):

“Serbest eczanede çalışan eczacılar, eczaneye gelen hastayla yakınlık kurmak zorundadır. Çünkü orası bir işletmedir. Dolayısıyla siz de hastaya olan yaklaşımınızda nazik olmalı ve onunla iyi iletişim kurmalısınız ki bir dahaki sefere yine size gelsin.”

Eğitim programının E grubu beceriler içerisinde yer alan *kendine güven* becerisini geliştirdiğini de belirtmek gerekir. Bunda en büyük etkenin, eğitimin pratik oturumlar içermesi olabileceği düşünülmektedir. Üzerinde tartışılan becerilerin meslek hayatına geçiş öncesi hata yapma özgürlüğü tanınan güvenli bir ortamda denenmesi; öğrencilerin ilk zamanlardaki tutuk ve ürkek hallerinin yerini kendine güvenli, hastaya yaklaşımında kendinden daha emin bir duruşa bırakmasını sağlamıştır. Öğrencilere eczacılık eğitimi boyunca hasta karşısında nasıl davranmaları

gerektiği sıklıkla vurgulanmaktadır. Bu kadarıyla yetinerek öğretilbilecek tek şey, hastayla etkili iletişim kurabilmenin önemli bir beceri olduğu bilgisidir. Öğrencileri hasta karşısına geçirmek, onlara hata yapma şansı tanımak öğrencide kendine güveni geliştiren önemli bir unsurdur (Beigzadeh ve ark., 2015). Aynı zamanda kendine güven duygusu ile alakalı olan öz-yeterlilik algısının iletişim becerileri eğitimleri ile artırılmasının hayati bir öneme sahip olduğu da belirtilmektedir (Hess ve ark., 2016). Eczacıların geleneksel ilaç dağıtıcı rollerini devam ettirerek, danışmanlık sürecinde aktif rol almak istemedikleri vurgulanmakta; bu durumun nedenini ise iletişim becerileri konusunda eksik bilgi ve beceriye sahip olmalarına ve kendilerine güvenmemelerine bağlamaktadırlar (Hastings ve West, 2003). Nitekim eğitimin başında uygulama olduğunu duyunca katılmak istemeyen, kameradan, gözlenmekten, rol yapmaktan ve hastayla yüz yüze gelmekten hoşlanmadığını belirten öğrenciler olmuş, eğitimin sonunda bu öğrencilerin söylemleri değişmiştir. Bu savı destekleyen en iyi iki örnek öğrencilerin eğitim hakkında yaptığı yorumlarda gizlidir. Eczane açma niyeti bile olmayan bir öğrenci, eğitim sonunda eczane açma düşüncesini iyiden iyiye değerlendirmeye başlamış ve hastayla iletişim sürecinde kendine güven konusunda yol kat ettiğini bildirmiştir. Diğer bir öğrenci ise eğitim sayesinde bir topluluk karşısında yargılanma korkusu olmadan kendini daha rahat ifade edebilir hale geldiğini belirtmiştir. Eğitim programının yapılandırılmasında tercih edilen laboratuvar uygulaması ve interaktif egzersizler öğrencinin süreç boyunca aktif olmasını sağlamıştır. Öğrencinin sürekli “dinleyen” pozisyonunda olmasına neden olan anlatım yönteminin mümkün olan en az düzeyde kullanılması ve her teorik oturum sonrası gerçekleştirilen pratik oturumlar öğrencilerin kendine güvenlerini ve öz-yeterliliklerini arttırmış olması muhtemeldir. İnteraktif öğretim yöntem ve tekniklerini tercih ederek eğitim programı tasarlayacak eğiticiler, programı uygulamadan önce ve sonra öğrenciye uygulayacakları öz-yetkinlik ölçekleri ile eğitimin öz-yetkinlik algısı üzerindeki etkisini ortaya koyabilirler. Hangi yöntem ile öğrencide öz-yetkinliğin daha fazla geliştiğini tespit etmeye yönelik yapılacak çalışmalar, iletişim becerileri derslerinde kullanılacak yöntem ve tekniklerin belirlenmesi için yol gösterici olabilir.

Bu çalışmada organizasyon becerisinde sağlanan gelişme, öğrencilerin görüşmeleri mantıklı bir sıraya göre yapılandırabildiğini göstermektedir. Örneğin, bir

ilacın yan etkilerini anlattıktan sonra “pardon sormayı unuttum öncelikle hangi şikayetleriniz vardı?” şeklinde bir soru görüşmenin odağının kaymasına neden olacaktır. Öğrencilerin organizasyon becerilerinde gözlenen gelişme, danışmanlık becerileri eğitimlerinde kullanılan Calgary-Cambridge Danışmanlık Modeli dolayısıyla sağlanmıştır. Modelin görev odaklı olması öğrencinin hangi basamakta ne yapacağını iyi kavramasını sağlamıştır. Aynı zamanda oturumlarda sık sık öğrencilere bir şema olarak Calgary-Cambridge Danışmanlık Modeli’ne göre danışmanlık süreci basamaklarının neler olduğunun gösterilmesi ve oturumların bu şema esas alınarak tasarlanması, görüşmelerde o sıranın takip edilmesi açısından kolaylık sağlamış olduğu düşünülmektedir (Bknz. Bölüm 1.1.3.2).

Sonuç olarak, eğitim programının başarılı olmasının altında yatan etkenler yukarıda tartışılanlar olabilir. Tasarlanan “İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitimi” etkili olduğu kanıtlanmış, destekleyici ve öğrencilerin ilgisini çeken bir program olması dolayısıyla eczacılık eğitiminde kullanılması mümkündür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler analiz edildiğinde elde edilen sonuçlar özet olarak şu şekildedir: Eğitim çalışmasından önce ve sonra yapılan ön test ve son test puanlarının son test lehine farklılaştığı ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konulmuştur. Başka bir deyişle, hem teorik hem de SH'ların kullanıldığı pratik oturumları içeren “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı” öğrencilerde iletişim ve danışmanlık becerilerini geliştirmiştir.

Araştırılan olgunun çalışma sonuçlarında ne ölçüde var olduğu farklı bir ifade ile testler arasında oluşan etki büyüklükleri de araştırma kapsamında hesaplanmıştır. Buna göre, “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı”nın öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerilerinin geliştirilmesine pozitif yönde etkisinin olduğu ve bu etkinin “büyük” etki büyüklüğüne sahip olduğu gösterilmiştir.

Eğitim programının değerlendirilmesinde dikkat edilen beş beceri grubunun (“Hastayla Bağlantı Kurma”, “Hastanın Bakış Açısının Görüşme Sürecine Dâhil Edilmesi”, “İlgi ve Empati Gösterme”, “Plan ve Eğitim” ve “İncelikle İletişim”) ön testi ile son testi arasında yapılan istatistiksel testler sonucu anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Bu beceri grupları için hesaplanan ortalamalar arası farklar göz önüne alınarak kendi içlerinde karşılaştırıldığında, “İlgi ve Empati Gösterme (C)” beceri grubundaki gelişme diğerlerine göre daha fazla olmuştur. Bunu sırasıyla, “Hastanın Bakış Açısının Görüşme Sürecine Dâhil Edilmesi (B)”, “Hastayla Bağlantı Kurma (A)”, “Plan ve Eğitim (D)”, ve “İncelikle İletişim (E)” beceri grupları takip etmektedir.

Eğitim programının etkililiğine dair yukarıda yürütülen tartışmadan sonra çalışmayla ilgili çarpıcı noktaları vurgulayarak, genel bir değerlendirme yapmanın faydalı olacağı düşünülmüştür.

İdeal bir iletişim becerisi eğitim programı kurgulamak için farklı öğretim yöntem ve tekniklerini önceden belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda birleştirerek kullanmak gerektiği açıktır. Çalışmaya başlamadan önce belirtilen bu önkabul ile yola çıkılmış ve farklı öğretim yöntem ve tekniklerini içinde barındıran yapılandırılmış

eğitim programının etkili olduğu kanıtlanmıştır. İletişim becerilerini öğretebilmenin en iyi yollarından biri olan rol-yapma ve simülasyon tekniklerinin eczacı-hasta iletişim becerileri eğitimlerinde yer alması öğrenciye gerekli becerilerin ve tutumların kazandırılabilmesi açısından önemli görülmektedir. Bununla beraber öğrenciler uğraş yaşamlarına atılmadan önce, hata yapma özgürlüğü bulunan güvenli bir ortamda deneyim kazanmış olacak ve uğraş yaşamlarında kaçınılmaz olarak yaşayacakları durum ve olaylarla önceden karşılaşma şansı elde edeceklerdir. Bu sebeple eczacılık fakültelerinde iletişim becerisi dersi verecek eğiticilerin salt anlatma yöntemi dışında programın başarısını etkileyecek, özellikle rol-yapma ve simülasyon gibi farklı yöntem ve teknikleri programlarına dâhil etmeleri gerektiği ifade edilmelidir.

Performansa dayalı program değerlendirmelerinde, tasarlanan eğitim programının hedeflenen çıktılara ulaşip ulaşmadığını anlayabilmek için gözlenebilir davranışlar açıkça ortaya konmalıdır. Bu çalışma kapsamında tasarlanan ve uygulanan eğitim programının öğrencilerde eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerilerini geliştirip geliştirmediğini değerlendirebilmek üzere dereceli puanlama anahtarında gözlenebilir davranışları içeren beş beceri grubu oluşturulmuştur. Eğitim sonunda her bir beceri grubunda, farklı düzeylerde olmakla birlikte, gelişim sağlandığı tespit edilmiştir. Eğiticilerin bu gibi performansa dayalı eğitim programları tasarlarırken, geliştirmeyi hedefledikleri gözlemlenebilir davranışları açık, kısa ve net bir şekilde ifade etmeleri önemlidir. Eğitim programı amaç ve hedefleri oluşturulduktan sonra, bu amaç ve hedefleri karşılayacak en iyi ölçme-değerlendirme aracının, içerik seçiminden önce oluşturulması önerilebilir. Bu çalışmada öğrencilerin becerilerini değerlendirmek üzere geliştirilen dereceli puanlama anahtarında yer alan beceriler her ne kadar açık, net ve gözlenebilir davranışları işaret etse de, dereceli puanlama anahtarının pratik kullanımda zorlayıcı derecede uzun olduğu söylenebilir. Puanlama anahtarının eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık sürecine uygun becerileri içerecek şekilde yeniden gözden geçirilerek sadeleştirilmesi önerilebilir. Buna ilave olarak daha geniş bir örneklem ile çalışılarak dereceli puanlama anahtarı için daha ileri düzeyde geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılması, güvenilirliği yüksek puanlamalar yapılması açısından önemli görülmektedir.

Tasarlanan eğitimde yer verilen her ünite kendinden sonraki ünite için ön koşul öğrenmeleri barındırır. Bu sebeple eğitim içeriğinin örgütlenmesinde kullanılan strateji, doğrudan programlama yaklaşımı olmuştur. Daha açık bir deyişle, “Temel İletişim Becerileri” ünitesi “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri” ünitesi için bir ön koşuldur. Bu sebeple ünitelerin sırasında yapılacak değişiklik, örneğin “Temel İletişim Becerileri” oturumlarından önce “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri” oturumlarının işlenmesi, öğrencide hedeflenen davranış değişikliğini yaratamama durumu ile karşılaşılmasına neden olabilir. Eğitim programını uygulayacak eğiticilerin bu noktaya dikkat etmeleri gerekir.

Buradan hareketle, eğitim programı içerisindeki ünitelere ayrılan zamana ilişkin birkaç saptama yapmak yerinde olacaktır. Bilindiği gibi, eğitim programı bir eğitim öğretim yılının tek bir yarıyılını kapsayacak şekilde (14 hafta) tasarlandığından, zaman çizelgesi içerisine üniteler yerleştirilirken, bir üniteye en fazla dört haftalık zaman ayırmak zorunda kalınmıştır. Fakat araştırmacı, eğitim programının uygulaması sırasında gerek öğrencilerden gelen geri bildirimler gerek kendi gözlemleri sonucunda her üniteye ayrılan zamanın daha uzun olması gerektiği kanısına varmıştır. Örneğin “Temel İletişim Becerileri”ni en iyi şekilde öğretebilmek için programda olduğu gibi iki hafta teorik, bir hafta pratik oturumdan daha uzun bir süreye ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Aynısı diğer üniteler için de geçerlidir. Bu gerekçeler doğrultusunda eğitim programı üzerinde değişiklik yapmak gerekirse, her bir ünite bir sonrakinin ön koşulu olacak şekilde, sarmal yaklaşım benimsenerek farklı yarıyıllarda işlenebilir. Böylece üniteler için ayrılan zaman artmış olacağı gibi, her ünitenin ölçme değerlendirmesini daha ayrıntılı ve sağlıklı biçimde yapmak da olanaklı hale gelecektir. Şunu belirtmek gerekir ki, eğitim programında böylesi bir düzenlemeye gidilirse, her ünite sonunda hedeflenen çıktılara ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirebilmek için ayrı bir dereceli puanlama anahtarı geliştirmek gerekecektir.

Bir önceki paragrafta değinilen öneriden hareketle “Çatışma Çözümü” ünitesi ile ilgili önemli bir noktayı belirtmenin de yerinde olacağı düşünülmektedir. Eğitim içerikleri tasarlanırken “Çatışma Çözümü”nün de eğitim içeriklerinde yer alması gerektiği düşünülmüştür. Ne var ki insan ilişkilerinde “çatışma” kavramı, farklı

boyutları olan, kapsamlı bir konudur. Bu sebeple çatışma çözümü ile ilgili oturumlar düzenlenirken, konu ile ilgili farkındalık geliştirmek ve öğrenciye olabildiğince *hasta odaklı hizmet* ve *hasta bakış açısının sürece dâhil edilmesi* temel felsefesini aşlamak temel hedef olmuştur. Çatışma çözümü ile ilgili verilecek eğitimlerde bilişsel ve devinışsel hedeflerden çok duyuşsal hedeflere ulaşabilmek için daha uzun süreli, kapsamlı ve pratik oturumların daha fazla olduğu bir eğitim programının kurgulanması gerektiğı belirtilmelidir.

Eğitim programının önemli bir parçası olan eğitici ve SH'lar tarafından verilen geri bildirimlere ilişkin saptanmış bazı noktalara değinmenin gerekli olduğu düşünülmektedir. Hem eğitici hem SH geri bildirimlerinin öğrencilerde beceri gelişimine katkı sağladığını söylemek gerekir. Ne yazık ki öğrencilere verilen geri bildirimler pratik oturumlar dâhilinde ve çok kısa süreli olarak gerçekleştirilebilmiştir. Eğitim tasarlanırken zaman kısıtlılığı nedeniyle araştırmacının, öğrencilerin yaptıkları görüşmelerin sınıf ortamında izlendiğı ve görüşmeler üzerinde hem öğrencilerin hem de eğiticinin geri bildirim verdiğı, akran değerlendirmesi olarak adlandırılan bir veya birkaç oturum tasarlama şansı olmamıştır. Böylesi geri bildirim oturumlarının iletişim becerileri eğitimlerinde sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir. Öğrencilerin hem kendilerinin hem de akranlarının hasta ile yaptıkları görüşmeleri izlemeleri ve sınıf içinde bu görüşmelerin birlikte irdelenmesi, davranış değışikliğı sürecinde kullanılabilecek önemli bir tekniktir. Pratik oturumlardan sonra öğrenci-SH görüşmelerinin sınıf içinde izlenerek, araştırmacı ve katılımcı öğrencilerle beraber tartışma ortamının yaratılacağı bir geri bildirim oturumunun yapılandırılması, bu eğitim programını uygulayacak eğitimcilere öneri olarak sunulabilir.

Bu noktada, SH geri bildirimleri ile ilgili olarak eğitimcilere yol gösterici birkaç öneri sunmak yerinde olacaktır. Eğitim sırasında kullanılan senaryoların öğrenim hedefleri arasında tıp eğitimindekilerle benzerlik gösterenler vardır. Buna bir örnek, etkin dinlemenin de içinde yer aldığı temel iletişim becerileri tüm sağlık çalışanları için aynı ve edinilmesi gereken becerilerdir. Bir tıp öğrencisinden hastasını dinlerken etkin dinleme becerisine sahip olması beklenirken, eczacılık fakültesi öğrencisinden de aynı beceriye sahip olması beklenmektedir. Bu süreçte SH'ların temel iletişim

becerileri ile ilgili neredeyse her öğrenciye aynı şekilde geri bildirim verdiği gözlemlenmiştir. SH'ların tıp eğitiminde gözlediğinden farklı olarak katılımcı öğrencilerde gözlemesi gereken diğer becerilerde daha başarılı oldukları görülmüştür. Bu sebeple belirli aralıklarla SH'ların yenilenmesi, SH'nın senaryoya alışma olasılığını ortadan kaldırabilir. Burada önemli olan nokta hastanın senaryoya ısınma zamanı ile alışma zamanının ayırt edilmesidir. Senaryoya ısınmak ve senaryoyu içselleştirmek hastanın senaryo gereği kendinden beklenen davranışları rahatlıkla ve doğal bir şekilde sergileyebilmesidir. Diğer taraftan senaryoya alışan bir SH, senaryoyu içselleştirme aşamasını geçerek senaryonun gereklerini düşünmeden yapar hale gelmiştir. Böylesi bir durumda senaryoyu ezbere oynamaya başlamakta ve geri bildirimleri de adeta yazılı bir metni okur gibi düşünmeden vermektedir. Şüphesiz ki bu genellemeyi her SH için yapmak olanaksızdır. Bununla birlikte yaşanan bu eksikliğin giderilebilmesi için hastaların senaryoya alışma durumunun söz konusu olabileceği akılda tutularak, eğiticiler tarafından SH'ların gözlemlenmesi ve gerekirse yeni SH'lar ile çalışılması önerilebilir. Böylelikle hasta tarafından verilen geri bildirimlerin daha etkili olması sağlanabilir.

Eğitim programı sonucunda beceri gelişimine katkı sağladığı düşünülen çalışmanın yürütüldüğü fiziksel ortam ile ilgili yapılan değerlendirmenin belirtilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Bilindiği gibi eğitim programı, küçük grup çalışması olarak tasarlanmış ve teorik oturumlar U düzeni oturma planı şeklinde yürütülmüştür. Öğrenen merkezli bir yaklaşım ile tasarlanan eğitim programlarında özellikle küçük grup çalışmalarının istenen hedefe ulaşmada büyük bir pay sahibi olduğunu söylemek gerekir. Herkesin rahatlıkla birbirini görebildiği, öğrencilerin rahatça kendini ifade edebilmesini teşvik edecek U düzeni oturma planı, teorik oturumların hem daha öğretici hem de daha keyifli geçmesini sağlamıştır. Kürsü ve sıraların belirgin bir şekilde iletişimi kopardığı amfi tarzı sınıf düzeni eğiticinin öğrenciye ulaşmasını zorlaştırmaktadır. Bunun yerine eğiticinin de öğrenciyle temasını kolaylaştıran U düzeni oturma şekli ve küçük grup çalışmaları, böylesi beceri ve tutum gelişimi hedeflenen eğitimler için tercih edilmelidir.

Son olarak, araştırma sonunda kazanılan becerilerin kalıcı olup olmadığı ve öğrencilerin bu becerileri tutumlarına ne kadar yansıtılabildiklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir saptamaya değinmek yerinde olacaktır. Bilindiği gibi bu araştırma bir grup gönüllü öğrenci üzerinde bir defaya mahsus olmak üzere uygulanmıştır. Çalışma sonunda elde edilen veriler değerlendirilmiş ve tartışılmıştır. Bu noktaya kadar yürütülen tartışma ve yapılan yorumlar çalışmanın öğrenciler üzerindeki etkileri sonucunda elde edilen veriler üzerinden yürütülmüştür. Böylesi bir girişimin katılımcı öğrenciler üzerindeki etkilerinin zamanla silinmesi olasıdır. Becerilerin kalıcılığı ile ilgili değerlendirmelere olanak verecek bir araştırma tasarlamak eğitimin etkililiği ile ilgili daha derinlemesine yorumlar yapılmasına olanak verebilirdi. Ne var ki, daha önce de açıklandığı gibi, çalışmanın amacı etkili ve öteki eczacılık fakültelerinde de uygulanmaya elverişli bir eğitim programı tasarlamaktır. Eğitimin öğrenciler üzerindeki uzun dönemli etkisinin araştırılması bu çalışmanın kapsamına dâhil edilmemiştir. Eğitim programının öğrencilerde sağladığı beceri gelişimi ile ilgili değerlendirmenin, kısa dönemli etkililik verileri üzerinden yeterli bir düzeyde yapılabileceği düşünülmüştür. Eğitim programı uygulamasının katılımcı öğrenciler üzerindeki uzun erimli etkilerini ölçmek üzere farklı girişimlerde bulunmak, çeşitli izlem çalışmaları yapmak farklı bir deney tasarımı gerektirmektedir. Bu konu ile ilgilenen araştırmacılara böylesi girişim çalışmaları sonucunda uzun dönem etkileri ölçebilmek için tasarlanmış farklı izlem çalışmaları yürütebilecekleri konusunda öneride bulunulabilir.

Ülkemizde eczacı ve hasta iletişimi; hastayı anlamak, hastayla beraber plan yapmak, hastaya öneriler sunmak ve tedavi sürecine etkide bulunmaktan çok, hekimin sunduğu tedavi planına göre hastaya ilacını sunmak çerçevesinde kısıtlı kalmıştır. Bu çerçevede ülkemizde verilen eğitimin kazandırdığı yeterlilikler düşünüldüğünde çok yüzeyseldir. Hastayla uzun zaman geçiren, hastaya ilacını sunmaktan öte, hastalığına ve tedavisine dair kapsamlı öneriler sunan ve yaşam tarzı değişikliklerinde motive edici rol üstlenen, tedavi sürecini takip eden eczacı yok denecek kadar azdır. Ülkemizdeki bu eksiklik eczacıların bu konudaki bilgi ve beceri noksanlarından dolayı olabileceği gibi, çoğunlukla serbest eczacıların bahsedilen şekilde çalışmak konusunda gösterdikleri direnç kaynaklı olmadığını, politika düzenlemelerinin eczacıların iş

tanımları üzerindeki belirleyici etkisinden ileri gelmekte olduğunu görmek güç değildir. Serbest eczacılık uygulamalarının sürdürüldüğü ortamlarda, sürecin kaçınılmaz bir sonucu olarak, eczacılar birer sağlık çalışanından çok işletmeci rollerini daha fazla benimsemek zorunda kalmaktadır ve uğraş yaşamlarında ağırlıkla bu doğrultuda hareket etmektedirler. Ülkemizdeki durum, ne yazık ki budur.

Öte yandan dünyadaki eczacılık uygulamalarına bakıldığında, özellikle Batı’da, eczacıların hasta ile ilişkisinin profesyonellik bağlamında daha ileri düzeyde olduğu görülmektedir. Hasta, hastalık, danışmanlık, hasta odaklılık, farmasötik bakım kavramları birer tanımdan ibaret olmayıp, içleri doldurulmuş ve meslek uygulamalarında karşılılıklarını bulmuştur. Bu sebeple eczacının hastayla kurduğu iletişim daha kapsamlı, daha profesyonel ve hasta odaklı bir anlayış temelinde gerçekleştirilmektedir. Bunun sebebi, hastalarla iletişim ve danışmanlık konusunda verilen eğitimlerin etkili olmasının yanında yukarıda bahsedildiği gibi sağlık politikalarının ve yapılan düzenlemelerin eczacıların hasta ile ister klinikte ister serbest eczanelerde daha rahat ve kapsamlı görüşmeler yapabilmesine olanak tanımasıdır. Eczacılar için oluşturulan farklı çalışma alanları, eczacının sağlık sistemi içerisindeki danışman rolünü genişletmekte, hasta ve diğer sağlık çalışanları tarafından kabul görmesini sağlamaktadır.

Eczacının salt işletmeci rolünden çok hasta danışmanlığı rolünü vurgulamak ve ortaya çıkarmak için iletişim becerilerini devreye sokarak eczacının hasta ile olan ilişkisinin daha sağlıklı ve profesyonel bir düzlemde gerçekleşmesine katkı sağlamak kuşkusuz ki önemli bir adım olacaktır. Biz eğitimciler, eczacılık lisans eğitimlerine eczacı-hasta iletişim becerilerine yönelik yapılandırılmış dersler ilave edebiliriz. Eczacının hasta odaklı hizmet verebilmesine, hastayı anlayarak etkili iletişim kurmasına yardımcı olabiliriz, olmalıyız da... Bu noktada özellikle vurgulanması gereken, eczacının bu çalışmada olduğu gibi hastayla uzun süre etkileşim içinde olabilmesi ve bu denli kapsamlı iletişim kurabilmesinin, danışmanlık hizmeti verebilmesinin, sadece yeni eğitim programlarının geliştirilmesi ve müfredata eklenmesi ile mümkün olamayacağıdır. Konumuzun dışında olmakla birlikte, kısaca değinmek gerekir ki; eczacılar bu denli emek ve beceri gerektiren bir hizmet anlayışını

benimseyebilmeleri için devlet düzenlemeleri ile teşvik edilmelidirler. Sadece ilaç sunumu ile sınırlı kalan bir hizmet anlayışının sürdürülmesi, beceri sahibi olsa da bir noktada eczacının güdülenmesine engel olacaktır. Unutulmamalıdır ki hasta bakımında eczacıların da diğer sağlık çalışanları kadar aktif çalışması ve süreçte yer alması, sağlık sistemine pek çok fayda sağlamaktadır. Belirtilen bu faydayı sağlayabilmesi ve eczacılık mesleği tanımında var olan danışmanlık kavramının gereğini hakkıyla yerine getirebilmesi için eczacıların, sattıkları ilaç karşılığında değil, verdikleri hizmet karşılığında ücretlendirildiği akılcı bir sistemin oluşturulması gerektiği ortadadır.

Ülkemizde gerçekleştirilen kapsamlı bir ilk çalışma olarak bu tezin, eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerileri bağlamında eğitimcilere yol gösterici nitelikte olduğu düşünülmekte ve bundan sonra yapılacak yeni girişimler ve araştırmacılar için teşvik edici olması umut edilmektedir.

ÖZET

Eczacılık Fakültelerine Yönelik İletişim Becerileri Eğitim Programı Geliştirme Çalışması: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencileri ile Simülasyon Uygulaması

Bu araştırma ile Eczacılık Fakültelerine yönelik hem teorik hem de pratik oturumları olan “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri” eğitim programının geliştirilmesi ve bu eğitim programının eczacılık fakültesi öğrencileri üzerinde etkili olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşabilmek için araştırma iki bölümden oluşturulmuştur. İlk aşamada, “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri” eğitim programı geliştirme çalışmaları yapılmıştır. İkinci aşamada, tasarlanan eğitim programı gönüllü öğrenciler üzerinde denenerek etkililiği değerlendirilmiştir.

Araştırma çerçevesinde, gönüllü olan öğrencilere 14 haftalık eğitim programı uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkeni, öğrencilere uygulanan eğitim programı, bağımlı değişkeni ise, öğrencilerin iletişim ve danışmanlık becerileri düzeyleridir. Araştırmada “Tek Grup Ön Test Son Test Modeli” kullanılmıştır. Çalışmaya 2016-2017 eğitim öğretim güz yarıyılında beşinci sınıfta olan gönüllü öğrenciler dâhil edilmiştir. Tasarlanan eğitim programının teorik oturumları tez sahibi tarafından küçük grup çalışmasına uygun şekilde Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nde verilmiş, standardize hasta kullanılarak gerçekleştirilen laboratuvar pratikleri ise Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleki Beceri ve İletişim Laboratuvarı’nda yürütülmüştür.

Eğitim programını uygulamadan önce ve sonra, ön test ve son test olarak, öğrencilerin standardize hasta ile yaptıkları görüşmenin, araştırma kapsamında güvenilir ölçüm yaptığı kanıtlanan, dereceli puanlama anahtarı (rubrik) kullanılarak araştırmacı tarafından puanlanması gerçekleştirilmiştir. Ön test ve son testten elde edilen veriler, eğitim programının öğrencilerde istenen becerileri geliştirip geliştirmediğini anlamak amacıyla analiz edilmiştir. Buna göre, öğrencilerin ön test ve son testte almış oldukları toplam puanlar karşılaştırıldığında oluşan anlamlı farklılık, öğrencilerin eczacı-hasta iletişim ve danışmanlık becerilerinde anlamlı bir gelişme olduğunu ve dolayısıyla eğitim programının etkili olduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Dereceli puanlama anahtarı kapsamındaki beş beceri grubu için almış oldukları puanlar karşılaştırıldığında oluşan anlamlı farklılık ile her bir beceri grubunda gelişme olduğu görülmüştür. Bu beceri gruplarının ortalamaları arasındaki fark göz önüne alındığında, en fazla gelişme ilgi ve empati gösterme becerisinde olmuştur.

Anahtar Sözcükler: danışmanlık, eczacı-hasta iletişimi, eğitim programı, hasta odaklılık, iletişim becerileri, standardize hasta

SUMMARY

A Study on Curriculum Development of a Communication and Counseling Skills Course for Pharmacy Students: A Simulation Based Approach at Ankara University Faculty of Pharmacy

The aim of this thesis study is to develop a “Pharmacist-Patient Communication and Counseling Skills” lecture-laboratory course and to determine the impact of this course with standardized patient on pharmacy students. To reach this aim, the study was planned to consist of two parts. In the first stage, "Pharmacist-Patient Communication and Counseling Skills" education program was developed. In the second stage, the designed course was tested on volunteer students and evaluated for effectiveness.

Within the framework of this research, volunteer students attended to 14-week designed education program. The course applied to the students is the independent variable of this study and the communication and counseling skills of the students has been identified as the dependent variable. Pre-post-test model was used to assess the effectiveness of the course. 21 volunteer five-year pharmacy students were included in the study during fall 2016-2017. Lectures with a small group were given in Ankara University Faculty of Pharmacy and laboratory sessions with standardized patients was held in Professional Skills and Communication Laboratory in Ankara University Faculty of Medicine.

Before and after applying the education program, as pre and post-test, students were scored by a valid and reliable rubric according to their performances with standardized patients. The data obtained from the pre-test and post-test were analyzed in order to figure out whether the education program improved the skills. According to the statistical analysis a significant difference in the students' total scores compared to the pre-test and post-test results was found. Thus, it can be said that this education program is effective to improve pharmacy students' communication and counseling skills. There was a significant improvement in all five tools in the rubric. Given the difference between the averages, the most improvement is in the ability to demonstrate interest and empathy.

Key words: communication skills, counseling, education program, patient-oriented, pharmacist-patient communication, standardized patient

KAYNAKLAR

- ACPE. (2011). Accreditation standards and guidelines for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree: The Accreditation Council for Pharmacy Education, 2006 rev. Erişim: [https://www.acpe-accredit.org/pdf/S2007Guidelines2.0_ChangesIdentifiedInRed.pdf]. Erişim Tarihi: [06.02.2017]
- ADAMO G (2003). Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. *Med Teach*, **25(3)**: 262-270. doi:10.1080/0142159031000100300
- ADAMS L, LENZ E. (1999). Kadınlar için Etkililik Eğitimi. Ed. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- ALMEIDA RSD, BOURLIATAUX-LAJOINIE S, MARTINS M (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, **31(1)**: 11-25. doi:10.1590/0102-311x00027014
- ALOTAIBI HS, SHIVANANDAPPA TB, NAGARETHINAM S (2016). Contribution of community pharmacists in educating the asthma patients. *Saudi Pharm J*, **24(6)**: 685-688. doi:10.1016/j.jsps.2015.06.002
- ANDERSON S (2002). The state of the world's pharmacy: a portrait of the pharmacy profession. *Journal of Interprofessional Care*, **16(4)**: 391-404. doi:10.1080/1356182021000008337
- ARAN ÖC, GÜLER N, SENEMOĞLU N (2014). An evaluation of the rubric used in determining students' levels of disciplined mind in terms of Generalizability Theory. *Dumlupınar University Journal of Social Sciences*, **42(42)**: 165-172.
- ASPEGREN K (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. *Med Teach*, **21(6)**: 563-570.
- AUSTIN Z, DOLOVICH L, LAU E, TABAK D, SELLORS C, MARINI A, NATALIE KENNIE (2005). Teaching and assessing primary care skills: The family practice simulator model. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **69(4)**: 68.
- AUSTIN Z, GREGORY PAM (2007). Evaluating the accuracy of pharmacy students' self-assessment skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **71(5)**: 89.
- BACHMANN C, ABRAMOVITCH H, BARBU CG, CAVACO AM, ELORZA RD, HAAK R, LOUREIRO E, RATAJSKA A, SILVERMAN J, WINTERBURN S, ROSENBAUM M (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, **93(1)**: 18-26. doi:10.1016/j.pec.2012.10.016
- BARROWS HS (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Academic Medicine*, **68(6)**: 443-451.

- BARROWS HS, ABRAHAMSON S (1964). The programmed patient: A technique for appraising student performance in clinical neurology. *Journal of Medical Education*, **39(8)**: 802-805.
- BEARDSLEY RS. (1986). The Patient Interview. In: *Communication Skills in Pharmacy Practice: A Practical Guide for Students and Practitioners* Ed.: Tindall, W. N., Beardsley, R. S., Kimberlin, C. L., USA: Lea and Febiger. 2.nd. Ed., 85-108.
- BEARDSLEY RS (2001). Communication skills development in colleges of pharmacy. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **65(4)**: 307-314.
- BEARDSLEY RS, KIMBERLIN CL, TINDALL WN. (2008). Communication Skills in Pharmacy Practice: A Practical Guide for Students and Practitioners. Ed: Beardsley, R. S., Kimberlin, C. L., Tindall, W. N. 5th Ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- BECKMAN HB, FRANKEL R (1984). The effect of physician behavior on collection of data. *Annals of Internal Medicine*, **101(5)**: 692-696.
- BEGLEY K, HADDAD AR, CHRISTENSEN C, LUST E (2009). A health education program for underserved community youth led by health professions students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **73(6)**: 98.
- BEIGZADEH A, BAHMANBIJARI B, SHARIFPOOR E, RAHIMI M (2015). Standardized patients versus simulated patients in medical education: are they the same or different. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, **2(1)**: 25-28. doi:10.15171/jept.2015.05
- BENBASSAT J, BAUMAL R (2004). What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Academic Medicine*, **79(9)**: 832-839.
- BERRY D. (2007). Health Communication Theory and Practice. Ed. New York, USA: Open University Press.
- BERWICK DM. (2002). Escape Fire. Ed. New York: The Commonwealth Fund.
- BLOM L, WOLTERS M, TEN-HOOR-SUYKERBUYK M, VAN-PAASSEN J, VAN-OYEN A (2011). Pharmaceutical education in patient counseling: 20h spread over 6 years? *Patient Educ Couns*, **83(3)**: 465-471. doi:10.1016/j.pec.2011.05.018
- BOESEN KP, HERRIER RN, APGAR DA, JACKOWSKI RM (2009). Improvisational exercises to improve pharmacy students' professional comm skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **73(2)**: 35.
- BOKKEN L, VAN DALEN J, RETHANS JJ (2010). The case of "Miss Jacobs": adolescent simulated patients and the quality of their role playing, feedback, and personal impact. *Simul Healthc*, **5(6)**: 315-319. doi:10.1097/SIH.0b013e3181ddcd71
- BOSWORTH H. (2010). Improving Patient Treatment Adherence: A Clinician's Guide. Ed. New York Springer Science+Business Media.
- BOULET JR, SMEE SM, DILLON GF, GIMPE JR (2009). The use of standardized patient assessments for certification and licensure decisions. *Simulation in Healthcare*, **4(1)**: 35-42.

- BOYATZIS M, BATTY KT (2004). Domiciliary medication reviews by fourth year pharmacy students in Western Australia. *The International Journal Of Pharmacy Practice*, **12**: 73-81.
- BRADLEY P (2006). The history of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ*, **40(3)**: 254-262. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02394.x
- BRAY BS, SCHWARTZ CR, ODEGARD PS, HAMMER DP, SEYBERT AL (2011). Assessment of human patient simulation-based learning. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **75(10)**: 208.
- BUELLENS J, RETHANS J, GOEDHUYS J, BUNTINX F (1997). The use of standardized patients in research in general practice. *Family Practice*, **14(1)**: 58-62.
- CANT RP, COOPER SJ (2010). Simulation-based learning in nurse education: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, **66(1)**: 3-15. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05240.x
- CHEN JT, LALOPA J, DANG DK (2008). Impact of patient empathy modeling on pharmacy students caring for the underserved. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **72(2)**: 40.
- CHURCHHOUSE C, MCCAFFERTY C (2012). Standardized patients versus simulated patients: Is there a difference? *Clinical Simulation in Nursing*, **8(8)**: e363-e365. doi:10.1016/j.ecns.2011.04.008
- CLARK BE, MOUNT JK (2006). Pharmacy Service Orientation: a measure of organizational culture in pharmacy practice sites. *Res Social Adm Pharm*, **2(1)**: 110-128. doi:10.1016/j.sapharm.2005.12.003
- COULTER A (1999). Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *British Medical Journal*, **319**: 719-720.
- CPPE. (2011). New Medicine Service: Delivering Quality and Making a Difference. Erişim: [https://www.cppe.ac.uk/learningdocuments/pdfs/cppe_new_medicine_service19aug.pdf] Erişim Tarihi: [04.03.2017]
- CPPE. (2012). Consultation skills Erişim: [<http://www.cppe.ac.uk/e-learning/consultskills/free>]. Erişim Tarihi: [04.03.2017]
- CPPE. (2014). Consultation Skills for Pharmacy Practice: Taking a Patient-Centred Approach. Manchester: Outset Publishing Ltd. Erişim: [<http://www.consultationskillsforpharmacy.com/docs/docb.pdf>] Erişim Tarihi: [31.01.2017]
- CPPE. (2015). New medicine service. Erişim: [<https://www.cppe.ac.uk/e-learning/newmedicineservice/story.html>]. Erişim Tarihi: [04.03.2017]
- CPPE. (2016). Consultaton skills: what good practice look like. Erişim: [<https://www.cppe.ac.uk/e-learning/consultation-skills-what-good-practice-looks-like/story.html>]. Erişim Tarihi: [04.03.2017]

- CROCKETT J, TAYLOR S, GRABHAM A, STANFORD P (2006). Patient outcomes following an intervention involving community pharmacists in the management of depression. *Aust J Rural Health*, **14(6)**: 263-269. doi:10.1111/j.1440-1584.2006.00827.x
- CRUTHIRDS DL, HUGHES PJ, WEAVER S (2013). Value of pharmacy services to the healthcare system: an interdisciplinary assessment. *International Journal of Pharmacy Practice*, **21(1)**: 38-45. doi:10.1111/j.2042-7174.2012.00239.x
- CÜCELOĞLU D. (2015). İnsan İnsana. Ed. 51. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- DARBISHIRE PL, PLAKE KS, KIERSMA ME, WHITE JK (2012). An introductory pharmacy practice experience on improving medication adherence. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **76(3)**: 42.
- DAVIS K, SCHOENBAUM SC, AUDET A-M (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med*, **20(10)**: 953-957. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x
- DE LA CROIX A, SKELTON J (2009). The reality of role-play: interruptions and amount of talk in simulated consultations. *Med Educ*, **43(7)**: 695-703. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03392.x
- DEKANLAR-KONSEYİ. (2015). Mezuniyet öncesi eczacılık eğitimi: Ulusal çekirdek eğitim programı. Erişim: [<http://euk.saglik.gov.tr/eczcep2015/eczcep-2015.pdf>]. Erişim Tarihi: [10.02.2016]
- DEMİREL Ö. (2014). Eğitimde Program Geliştirme: Kuramdan Uygulamaya. Ed. 21. Baskı. Ankara: Pegem Akademi.
- DESMOND J, COPELAND LR. (2010). Günümüz Hastasıyla İletişim. Yamaç, D. Tekin, E., Trans. Ed. Ankara: Elif Yayınevi.
- DÖKMEN Ü. (1999). İletişim Çatışmaları ve Empati. Ed. 10. Baskı. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- DRURY M, GREENFIELD S, STILWELL B, HULL FM (1988). A nurse practitioner in general practice: patient perceptions and expectations. *The Journal of The Royal College of The General Practitioners*, **38(316)**: 503-505.
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik. (2014). *Resmi Gazete*, 28970, 12 Nisan 2014. Erişim: [<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140412.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140412.htm>]. Erişim Tarihi: [06.02.2017]
- EFDK. (2015). Mezuniyet Öncesi Eczacılık Eğitimi: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı <http://docplayer.biz.tr/570123-Eczacilik-fakulteleri-icin-kapsamli-mufredat.html>
- EPSA, IPSF. (1999). Pharmacy education a vision of the future: A comprehensive collaborative study by pharmacy students worldwide of essential developments in pharmacy education.

- EPSTEIN RM (2006). Making communication research matter: what do patients notice, what do patients want, and what do patients need? *Patient Educ Couns*, **60(3)**: 272-278. doi:10.1016/j.pec.2005.11.003
- EUROPA. (2005). Directive 2005/36/EC of the European parliament and the council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Erişim: [<http://eur-lex.europa.eu/LEXUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF>]. Erişim Tarihi: [06.02.2017]
- FALLOWFIELD L, JENKINS V, FAREWELL V, SAUL J, DUFFY A, EVES R (2002). Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*, **359(9307)**: 650-656. doi:10.1016/s0140-6736(02)07810-8
- FIP. (1999). FIP statement of professional standards medication errors associated with prescribed medication. Erişim: [https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=229&table_id=]. Erişim Tarihi: [30.01.2017]
- FIP. (2012). Counseling Concordance Communication: Innovative Education for Pharmacists Pohjanoksa-Mäntylä, M., Puumalainen, I., Airaksinen, M., Yeung, S. S. T. (Eds.). Erişim: [https://fip.org/files/fip/HaMIS/fip_ipsf_pce_2nd_2012.pdf] Erişim Tarihi: [04.03.2017]
- FLYNN K. (2012). *The use of standardized patients to minimize anxiety in undergraduate nursing students in the clinical setting*. (Master of Arts in Nursing Theses), St. Catherine University.
- FOSTER SL, SMITH EB FAU - SEYBOLD MR, SEYBOLD MR (1995). Advanced counseling techniques: integrating assessment and intervention. *American Pharmacy*, **NS35(10)**: 40-50.
- GABA DM (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality and Safety in Health Care*, **13(suppl_1)**: i2-i10. doi:10.1136/qshc.2004.009878
- GORDON T, EDWARDS WS. (2014). Hasta ve Doktor İletişimi. Ed. 1. Baskı. İstanbul: Profil Yayıncılık.
- GREENHILL N, ANDERSON C, AVERY A, PILNICK A (2011). Analysis of pharmacist-patient communication using the Calgary-Cambridge guide. *Patient Education and Counseling*, **83(3)**: 423-431. doi:10.1016/j.pec.2011.04.036
- GREENWOOD K, HOWE A, HOLLAND R (2006). The use of consultation skills assessment tools in pharmacist-patient consultations. *International Journal of Pharmacy Practice*, **14(4)**: 277-282. doi:10.1211/ijpp.14.4.0008
- GRICE GR, GATTAS NM, PROSSER T, VOORHEES M, KEBODEAUX C, TIEMEIER A, BERRY TM, WILSON AG, MANN J, JUANG P (2017). Design and validation of Patient-Centered Communication Tools (PaCT) to measure students' communication skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **81(8)**: 5927.

- GRICE GR, GATTAS NM, SAILORS J, MURPHY JA, TIEMEIER A, HURD P, PROSSER T, BERRY T, DUNCAN W (2013). Health literacy: use of the Four Habits Model to improve student pharmacists' communication. *Patient Education and Counseling*, **90(1)**: 23-28. doi:10.1016/j.pec.2012.08.019
- GUIRGUIS LM (2011). Mixed methods evaluation: pharmacists' experiences and beliefs toward an interactive communication approach to patient interactions. *Patient Education and Counseling*, **83(3)**: 432-442. doi:10.1016/j.pec.2011.04.038
- GÜLER N, GELBAL S (2010). Açık uçlu matematik sorularının güvenilirliğinin klasik test kuramı ve genellenebilirlik kuramına göre İncelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, **10(2)**: 989-1019.
- GÜLER N, UYANIK GK, TEKER GT. (2012). Genellenebilirlik Kuramı. Ed: Güler, N. Ankara: Pegem Akademi.
- GÜLPINAR G, UZUN MB, YALIM YY (2015). The effects of Social Security Institution implementations on community pharmacists' job satisfaction: a qualitative study. *Turkish Journal of Bioethics*, **2(1)**: 36-46.
- GÜRGEN H. (1997). Örgütlerde İletişim Kalitesi. Ed. İstanbul: Der Yayınları.
- HAGEMEIER NE, RICK HESS J, HAGEN KS, EMILY L SORAH (2014). Impact of an interprofessional communication course on nursing, medical, and pharmacy students' communication skill self-efficacy beliefs. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **78(10)**: 186.
- HANYA M, YONEI H, KURONO S, KAMEI H (2014). Development of reflective thinking in pharmacy students to improve their communication with patients through a process of role-playing, video reviews, and transcript creation. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, **6(1)**: 122-129. doi:10.1016/j.cptl.2013.09.009
- HARGIE ODW, MORROW NC, WOODMAN C (2000). Pharmacists' evaluation of key communication skills in practice. *Patient Education and Counseling*, **39**: 61-70.
- HASAN S (2008). A tool to teach communication skills to pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **72(3)**: 67.
- HASTINGS JK, WEST DS (2003). Comparison of outcomes between two laboratory techniques in a pharmacy communication course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **67(4)**: 101.
- HAUGBØLLE LS, DEVANTIER K, FRYDENLUND B (2002). A user perspective on type 1 diabetes: sense of illness, search for freedom and the role of the pharmacy. *Patient Education and Counseling*, **47**: 361-368.
- HENBEST RJ, STEWAR M (1990). Patient-Centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Family Practice*, **7(1)**: 28-33.
- HENSON KT. (2006). Curriculum Planning: Integrating Multiculturalism, Constructivism and Education Reform. Ed. 3. Baskı. USA: Waveland Press.

- HEPLER CD, STRAND LM (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, **47(3)**: 533-543.
- HERMANSYAH A, SUKORINI A, SETIAWAN C, PRIYANDANI Y (2012). The conflicts between professional and non-professional work of community. *Pharmacy Practice (Internet)*, **10(1)**: 33-39.
- HESS R, HAGEMEIERS NE, BLACKWELDER R, ROSE D, ANSARI N, BRANHAM T (2016). Teaching communication skills to medical and pharmacy students through a blended learning course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **80(4)**: 64.
- HOBSON RJ, SCOTT J, SUTTON J (2010). Pharmacists and nurses as independent prescribers: exploring the patient's perspective. *Family Practice*, **27(1)**: 110-120. doi:10.1093/fampra/cmp070
- HYVARINEN M-L, TANSKANEN P, KATAJAVUORI N, ISOTALUS P (2008). Feedback in patient counselling training- Pharmacy students' opinions. *Patient Education and Counseling*, **70(3)**: 363-369. doi:10.1016/j.pec.2007.11.005
- HYVÄRINEN M-L, TANSKANEN P, KATAJAVUORI N, ISOTALUS P (2010). A method for teaching communication in pharmacy in authentic work situations. *Communication Education*, **59(2)**: 124-145. doi:10.1080/03634520903576184
- İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu. (2015). Erişim: [\[https://www.titck.gov.tr/PortalAdmin/Uploads/UnitPageAttachment/sGvnnJYO.pdf\]](https://www.titck.gov.tr/PortalAdmin/Uploads/UnitPageAttachment/sGvnnJYO.pdf). Erişim Tarihi: [06.02.2017]
- JAMES D, NASTASIC S, DAVIES JG, HORNE R (2001). The design and evaluation of a simulated-patient teaching programme to develop the consultation skills of undergraduate pharmacy students. *Pharmacy World and Science*, **23(6)**: 212-216. doi:10.1023/a:1014512323758
- JARADAT N, SWEILEH W (2003). A descriptive study of community pharmacy practice in Palestine: Analysis and future look. *An-Najah University Journal for Research*, **17(2)**: 191-199.
- JONSSON A, SVINGBY G (2007). The use of scoring rubrics: Reliability, validity and educational consequences. *Educational Research Review*, **2(2)**: 130-144. doi:10.1016/j.edurev.2007.05.002
- KANE-GILL SL, SMITHBURGER PL (2011). Transitioning knowledge gained from simulation to pharmacy practice. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **75(10)**: 210.
- KANSANAOH H, ISONEN-SJÖLUND N, PIETILA K, AIRAKSINEN M, ISONEN T (2002). Patient counselling profile in a Finnish pharmacy. *Patient Education and Counseling*, **47**: 77-82.
- KARACA E. (2006). Öğretimde Planlama ve Değerlendirme. Ed. 1. Baskı. Kütahya: Feryal Matbaacılık.
- KASSAM R, POOLE G, COLLINS JB (2008). Development of an instrument to assess the impact of an enhanced experiential model on pharmacy students' learning

opportunities, skills and attitudes: a retrospective comparative-experimentalist study. *BMC Med Educ*, **8**: 17. doi:10.1186/1472-6920-8-17

KAVAS MV. (2008). "Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Yaklaşım" Konusundaki Etik Eğitiminde Anlatısal Uygulamaların Etkililiği. (Doktora Tezi), Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

KELLER KB, EGGENBERGER TL, BELKOWITZ J, SARSEKEYEVA M, ZITO AR (2013). Implementing successful interprofessional communication opportunities in health care education: a qualitative analysis. *International Journal of Medical Education*, **4**: 253-259. doi:10.5116/ijme.5290.bca6

KERR JL, STAHNKE AM, ERIN M. BEHNEN (2015). Assessing empathy and self-efficacy levels of pharmacy students in an elective diabetes management course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **79(3)**: 42.

KILMINSTER S, HALE C, LASCELLES M, MORRIS P, ROBERTS T, STARK P, SOWTER J, THISTLETHWAITE J (2004). Learning for real life: patient-focused interprofessional workshops offer added value. *Medical Education*, **38(7)**: 717-726. doi:10.1046/j.1365-2923.2004.01769.x

KNEEBONE R (2003). Simulation in surgical training: educational issues. *Medical Education*, **37**: 267-277.

KURTZ S, SILVERMAN J, DRAPER J. (2005). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine Ed. 2. Baskı. UK: Radcliffe Publishing Ltd.

KURTZ S, SILVERMAN JD (1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, **30**: 83-89.

LANE JL, SLAVIN S, ZIV A (2001). Simulation in medical education: A review. *Simulation & Gaming*, **32(3)**: 297-314.

LARSON EB, YAO X (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, **293(9)**: 1100-1106.

LAWRENCE L (2007). Applying transactional analysis and personality assessment to improve patient counseling and communication skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **71(4)**: 81.

LIN K, TRAVLOS DV, WADELIN JW, VLASSES PH (2011). Simulation and introductory pharmacy practice experiences. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **75(10)**: 209.

LUETSCH K, ROWETT D (2016). Developing interprofessional communication skills for pharmacists to improve their ability to collaborate with other professions. *Journal of Interprofessional Care*, **30(4)**: 458-465. doi:10.3109/13561820.2016.1154021

LUKER KA, AUSTIN L, HOGG C, FERGUSON B, SMITH K (1998). Nurse-patient relationships: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*, **28(2)**: 235-242.

- MAGUIRE P, PITCEATHLY C (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, **325**: 697-700.
- MAKOUL G (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, **76**(4): 390-393.
- MANOJLOVICH M (2010). Nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. *Medical Care*, **48**(11): 941-946.
- MANOLAKIS PG, SKELTON JB (2010). Pharmacists' Contributions to Primary Care in the United States Collaborating to Address Unmet Patient Care Needs: The Emerging Role for Pharmacists to Address the Shortage of Primary Care. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **74**(10): Article S7.
- MARAN NJ, GLAVIN RJ (2003). Low- to high-fidelity simulation – a continuum of medical. *Medical Education*, **37**(1): 22-28.
- MASSON RL, JACOBS EE, HARVILL RL, SCHIMMEL CJ. (2014). Grupların Aşamaları, Grup Süreci ve Terapötik Güçler (Bal, P. N., Trans.). In: *Grup Danışmanlığı: Stratejiler ve Beceriler* Ed.: Masson, R. L., Jacobs, E. E., Harvill, R. L., Schimmel, C. J., Ankara: Pegem Akademi.
- MCCABE C (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Issues in Clinical Nursing*, **13**: 41-49.
- MCLEAN W, GILLIS J, WALLER R (2003). The BC community pharmacy asthma study: a study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma care protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia. *Can Respir J*, **10**(4): 195-202.
- MEAD N, BOWER P (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literatures. *Social Science & Medicine*, **51**: 1087-1110.
- MEDINA MS (2006). Teaching self-concept and self-esteem in a clinical communications course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **70**(5): 99.
- MEHAY R, BEAUMONT R, DRAPER J, LAMB I, MOULTON L, KENNY D. (2012). Revisiting models of the consultation. *The Essential Handbook for GP Training & Education*. Erişim: [\[http://www.essentialgptrainingbook.com/resources/web_chapter_04/04%20consultation%20models.pdf\]](http://www.essentialgptrainingbook.com/resources/web_chapter_04/04%20consultation%20models.pdf). Erişim Tarihi: [03.02.2017]
- MENZIES IEP (1960). A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, **13**: 95-121.
- MESQUITA AR, LYRA DP, JR., BRITO GC, BALISA-ROCHA BJ, AGUIAR PM, DE ALMEIDA NETO AC (2010). Developing communication skills in pharmacy: a systematic review of the use of simulated patient methods. *Patient Educ Couns*, **78**(2): 143-148. doi:10.1016/j.pec.2009.07.012
- MIEURE KD, VINCENT WR, 3RD, COX MR, JONES MD (2010). A high-fidelity simulation mannequin to introduce pharmacy students to advanced cardiovascular life support. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **74**(2): 22.

- MORT JR, HANSEN DJ (2010). First-year pharmacy students' self-assessment of communication skills and the impact of video review. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **74(5)**: 78.
- MUDIYANSE R (2016). Empathy for patient centeredness and patient empowerment. *Journal of General Practice*, **04(01)**. doi:10.4172/2329-9126.1000224
- NEMIRE RE, MEYER SM (2006). Educating students for practice: Educational outcomes and community experience. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **70(1)**: Article 20.
- NGUYEN HT (2013). The prime questions in authentic patient's consultations: a call for additional research on current and new paradigms. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, **9(3)**: 339-352. doi:10.1016/j.sapharm.2012.04.007
- O'DANIEL M, ROSENSTEIN AH. (2008). Professional Communication and Team Collaboration. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* Ed.: RG, H.: Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- OĞUZ Y (2010). Tıpta iletişim becerileri eğitiminde standardize hasta uygulaması: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi deneyimi. *Sendrom*, **22(1)**: 39-44.
- OKUDA Y, BRYSON EO, DEMARIA S, JR., JACOBSON L, QUINONES J, SHEN B, LEVINE AI (2009). The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *Mount Sinai Journal of Medicine*, **76(4)**: 330-343. doi:10.1002/msj.20127
- OLIVE KE, ELNICKI DM, KELLEY MJ (1997). A practical approach to developing cases for standardized patients. *Advances in Health Sciences Education*, **2**: 49-60.
- ONG LML, DE-HAES JC, HOOS AM, LAMMES FB (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, **40(7)**: 903-918.
- ORR KK (2007). Integrating virtual patients into a self-care course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **71(2)**: 30.
- ÖZSOY S, ÖZSOY G (2013). Eğitim araştırmalarında etki büyüklüğü raporlanması. *Elementary Education Online*, **12(2)**: 334-346.
- PARK JH, SON JY, KIM S, MAY W (2011). Effect of feedback from standardized patients on medical students' performance and perceptions of the neurological examination. *Med Teach*, **33(12)**: 1005-1010. doi:10.3109/0142159X.2011.588735
- PARKHURST C (1997). A writing proficiency examination for pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **61**: 163-166.
- PARKHURST C (2007). A communication course for a linguistically diverse student population. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **71(2)**: 36.
- PARROTT R (2004). Emphasizing "communication" in health communication. *Journal of Communication*, **54**: 751-787.

- PAWLIKOWSKA T, LEACH CJ, LAVALLEE SLP, CHARLTON R, PIERCY J. (2007). Consultation models. In: *Learning to Consult* Ed.: Charlton, R., Oxford Seattle: Radcliffe Publishing.
- PILNICK A (1999). "Patient counseling" by pharmacists: Advice, information, or instruction? *THE SOCIOLOGICAL QUARTERLY*, **40(4)**: 613-622.
- PILNICK A (2003). "Patient counselling" by pharmacists: four approaches to the delivery of counselling sequences and their interactional reception. *Social Science & Medicine*, **56**: 835-849.
- PLAKSIN J, NICHOLSON J, KUNDROD S, ZABAR S, KALET A, ALTSHULER L (2016). The benefits and risks of being a standardized patient: A narrative review of the literature. *Patient*, **9(1)**: 15-25. doi:10.1007/s40271-015-0127-y
- PLANAS LG, ER NL (2008). A systems approach to scaffold communication skills development. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **72(2)**: 35.
- POPOVICH NG, KATZ NL (2009). A microteaching exercise to develop performance-based abilities in pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **73(4)**: 73.
- QUIRK M, MAZOR K, HALEY HL, PHILBIN M, FISCHER M, SULLIVAN K, HATEM D (2008). How patients perceive a doctor's caring attitude. *Patient Educ Couns*, **72(3)**: 359-366. doi:10.1016/j.pec.2008.05.022
- RAO D (2011). Skills development using role-play in a first-year pharmacy practice course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **75(5)**: 84.
- RICKLES NM, TIEU P, MYERS L, GALAL S, CHUNG V (2009). The impact of a standardized patient program on student learning of communication skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **73(1)**: 4.
- ROBB G, SEDDON M (2006). Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 6: keeping the patient front and centre to improve healthcare quality. *N Z Med J*, **119(1242)**: U2174.
- ROGERS CR (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, **5(2)**: 2-10.
- ROMANELLI F (2008). Seminar series course to teach essential knowledge and skills not covered in the traditional pharmacy curriculum. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **72(4)**: 84.
- ROSEN KR (2008). The history of medical simulation. *Journal of Critical Care*, **23(2)**: 157-166. doi:10.1016/j.jcrc.2007.12.004
- ROSENBERG MB. (2011). Şiddetsiz İletişim. Ed. 2. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- ROSENGREN DB. (2009). Building Motivational Interviewing Skills: A Practitioner Workbook. Ed. New York: The Guildford Press.

- Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. (2014). *Resmi Gazete*, 29007, 22 Mayıs 2014. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522.htm>. Erişim Tarihi: [07.02.2017]
- SALISBURY CJ, TETTERSELL MJ (1988). Comparison of the work of a nurse with that of a general practitioner. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **38(312)**: 314-316.
- SALTMAN DC, O'DEA NA, KIDD MR (2006). Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgraduate Medical Journal*, **82(963)**: 9-12. doi:10.1136/pgmj.2005.034306
- SANGAPPA SB, TEKIAN A (2013). Communication skills course in an Indian undergraduate dental curriculum: A randomized controlled trial. *Journal of Dental Education*, **77(8)**: 1092-1098.
- SAYLOR JG, ALEXANDER WM, LEWIS AJ. (1981). Curriculum Planning. Ed. 4.th Ed. USA: Holt, Rinehart and Winston.
- SCHWARTZMAN E, CHUNG EP, SAKHARKAR P, LAW AV (2013). Instruction and assessment of student communication skills in US and Canadian pharmacy curricula. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, **5(6)**: 508-517. doi:10.1016/j.cptl.2013.07.001
- SENEMOĞLU N. (2015). Öğretim Süreci. In: *Gelişim, Öğrenme ve Öğretim: Kuramdan Uygulamaya* Ed.: Senemoğlu, N., Ankara: Yargı Yayınevi. 24. Baskı.
- SEYBERT AL, BARTON CM (2007). Simulation-based learning to teach blood pressure assessment to doctor of pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **71(3)**: 48.
- SILVERMAN J, KURTZ S, DRAPER J. (2005). Skills for Communicating with Patients. Ed. UK: Radcliff Publishing Ltd.
- SIMPSON M, BUCKMAN R, STEWART M, MAGUIRE P, LIPKIN M, NOVACK D, TILL J (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statements. *British Medical Journal*, **303**: 1385-1387.
- SLEATH B (1995). Pharmacist question-asking in New Mexico community pharmacies. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **59(4)**: 374-379.
- SLEATH B (1996). Pharmacist-patient relationships: authoritarian, participatory, or default? *Patient Education and Counseling*, **28(3)**: 253-263.
- SMITHSON J, BELLINGAN M, GLASS B, MILLS J (2015). Standardized patients in pharmacy education: An integrative literature review. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, **7(6)**: 851-863. doi:10.1016/j.cptl.2015.08.002
- STEWART MA (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, **152(9)**: 1423-1433.

- STUPANS I, OWEN S, RYAN G, WOULFE J, MCKAUGE L (2010). Scaffolding patient counselling skills in Australian University Pharmacy. *Asia-Pacific Journal of Cooperative Education*, **11(2)**: 29-37.
- ŞAHİN H (2006). Eğitim programi geliştirme sürecinde önemli bir aşama: ihtiyaç belirleme. *Tıp Eğitimi Dünyası*, **22(22)**: 1-9.
- ŞEKER H, GÖRGEN İ, TUNCEL İ, ALCI B, KABLAN Z, BAYKARA K, KÜÇÜKTEPE C, TURAN H. (2014). Eğitimde Program Geliştirme: Kavramlar Yaklaşımlar. Ed: Şeker, H. Ankara: Anı Yayıncılık.
- TABAK RS. (2003). Sağlık İletişimi. Ed. İstanbul: Mart Matbaacılık.
- TAYLOR K, HARDING G (1989). The community pharmacist: over qualified dispenser or health professional? *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **39(322)**: 209-210.
- TEB. (2016). Smart (Akılcı) Eczane Pilot Projesi: Değerlendirme Raporu. Erişim: [http://www.rehbereczanem.com/yayin_01.html#link3]. Erişim Tarihi: [06.03.2017]
- TEHERANI A, HAUER KE, O'SULLIVAN P (2008). Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. *Patient Education and Counseling*, **71(2)**: 148-152. doi:10.1016/j.pec.2008.01.003
- TEZCAN M (2003). Gizli müfredat eğitim sosyolojisi açısından bir kavram çözümlemesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, **1(1)**: 1-8.
- TOKLU HZ, AKICI A, OKTAY Ş, CALI S, SEZEN SF, KEYSER-UYSAI M (2010). The pharmacy practice of community pharmacists in Turkey. *Marmara Pharmaceutical Journal*, **14**: 53-60.
- TSUYUKI RT, AL HAMARNEH YN, JONES CA, HEMMELGARN BR (2016). The Effectiveness of Pharmacist Interventions on Cardiovascular Risk: The Multicenter Randomized Controlled Rx EACH Trial. *J Am Coll Cardiol*, **67(24)**: 2846-2854. doi:10.1016/j.jacc.2016.03.528
- ÜSTÜN U, ERYILMAZ A (2014). A Research Methodology to Conduct Effective Research Syntheses: Meta-Analysis. *Eğitim ve Bilim*, **39(174)**. doi:10.15390/eb.2014.3379
- VAN DER MOLEN HT, KLAVER AA, DUYX MP (2004). Effectiveness of a communication skills training programme for the management of dental anxiety. *British Dental Journal*, **196(2)**: 101-107. doi:10.1038/sj.bdj.4810907
- VARIŞ F. (1971). Eğitimde Program Geliştirme: Teori ve Teknikler. Ed. 1. Baskı. Ankara: Sevinç Matbaası.
- VARMA S, MCELNAY JC, HUGHES CM, PASSMORE AP, VARMA M (1999). Pharmaceutical Care of Patients with Congestive Heart Failure- Interventions and Outcomes. *Pharmacotherapy*, **19(7)**: 860-869.
- VILLAUME WA, BERGER BA, BARKER BN (2006). Learning motivational interviewing: Scripting a virtual patient. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **70(2)**: 33.

- VYAS D, MCCULLOH R, DYER C, GREGORY G, HIGBEE D (2012). An interprofessional course using human patient simulation to teach patient safety and teamwork skills. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **76(4)**: 71.
- WALLMAN A, VAUDAN C, SPORRONG SK (2013). Communications training in pharmacy education, 1995-2010. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **77(2)**: 36.
- WATERMEYER J, PENN C (2009). "Tell me so I know you understand": pharmacists' verification of patients' comprehension of antiretroviral dosage instructions in a cross-cultural context. *Patient Education and Counseling*, **75(2)**: 205-213. doi:10.1016/j.pec.2008.09.009
- WHO. (1997). The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist: curricular development: report of a third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. Vancouver, Canada, 27–29 August 1997.
- WIEDENMAYER K, SUMMERS RS, MACKIE CA, GOUS AGS, EVERARD M, TROMP D. (2006). Developing Pharmacy Practice: A focus on patient care. Erişim: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69399/1/WHO_PSM_PAR_2006.5_eng.pdf] Erişim Tarihi: [12.04.2017]
- WILLIAMS OA (1993). Patient knowledge of operative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **86**: 328-331.
- WORLEY MM, SCHOMMER JC, BROWN LM, HADSALL RS, RANELLI PL, STRATTON TP, UDEN DL (2007). Pharmacists' and patients' roles in the pharmacist-patient relationship: are pharmacists and patients reading from the same relationship script? *Research in Social and Administrative Pharmacy*, **3(1)**: 47-69. doi:10.1016/j.sapharm.2006.03.003
- WOUDA JC, VAN-DE-WIEL HBM (2013). Education in patient-physician communication: how to improve effectiveness? *Patient Educ Couns*, **90(1)**: 46-53. doi:10.1016/j.pec.2012.09.005
- ZICK A, GRANIERI M, MAKOUL G (2007). First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Education and Counseling*, **68(2)**: 161-166. doi:10.1016/j.pec.2007.05.018
- ZILLIOĞLU M, YÜKSEL AH, GÜRGEN H, YILMAZ RA, CANGÖZ İ. (2007). İletişim Kavramı ve Tanımı. In: *İletişim Bilgisi* Ed.: Yüksel, N. A., Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. 1-19.

EKLER

Ek-1

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 03/12/2015

Toplantı Sayısı : 22

Karar Sayısı : 328

328- Üniversitemiz Eczacılık Fakültesi araştırma görevlilerinden **Gizem Gülpınar**'ın "Eczacılık Fakültelerine Yönelik İletişim Becerileri Eğitim Programı Geliştirme Çalışması: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencileri ile Simülasyon Uygulaması" başlıklı çalışması ile ilgili 17/09/2015 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Eczacılık Fakültesi araştırma görevlilerinden **Gizem Gülpınar**'ın "Eczacılık Fakültelerine Yönelik İletişim Becerileri Eğitim Programı Geliştirme Çalışması: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrencileri ile Simülasyon Uygulaması" başlıklı çalışmasının, Onam Formlarına araştırmacının adı-soyadının yazılması, ulaşılabilir bir adres veya telefon numarası ve imzasının bulunması, araştırmaya katılacak gönüllülerin de adı-soyadı ve imza bölümünün eklenmesi, araştırma dosyasına araştırmacılar tarafından her sayfası imzalanmış Helsinki Bildirgesi eklenmesi araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIĞIDIR
03/12/2015



Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ankara Üniversitesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY'ın danışmanlığında “*ECZACILIK FAKÜLTELERİNE YÖNELİK İLETİŞİM BECERİLERİ EĞİTİM PROGRAMI GELİŞTİRME ÇALIŞMASI: ANKARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ İLE SİMÜLASYON UYGULAMASI*” adlı doktora tez araştırmasına katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz.

Araştırmanın temel amacı; Eczacılık Fakültelerine yönelik hem teorik hem de pratik oturumları olan “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri” eğitim programının geliştirilmesi ve bu eğitim programının eczacılık fakültesi öğrencileri üzerinde etkili olup olmadığının saptanmasıdır.

Araştırma haftada iki saat olacak şekilde 14 hafta sürecektir. Eğitim programında şu dört ünite üzerinde şekillendirilmiştir: “Temel İletişim Becerileri”, “Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerileri”, “Çatışma Çözümü” ve “Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Süreci”. Her ünite için teorik ve pratik oturumlar tasarlanmıştır. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nde yürütülecek teorik oturumlardan sonra, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleki Beceri ve İletişim Laboratuvarı’nda görüntülü-sesli kayıt alınarak bir pratik oturum gerçekleştirilecektir. Bu pratik oturumun amacı; teorik oturumlarda tartışılan becerilerin pratikte uygulanmasını sağlamaktır. Bir katılımcıdan elde edilen verilerin araştırmada kullanılabilmesi için araştırmanın en başında ve en sonunda gerçekleştirilecek laboratuvar uygulamasına eksiksiz katılmanız gerekmektedir. Aynı zamanda tasarlanan eğitim programının %70’ine katılım gösterilmesi zorunludur.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılamayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tarih ve İmza:



STANDARDİZE HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ankara Üniversitesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY'ın danışmanlığında “*ECZACILIK FAKÜLTELERİNE YÖNELİK İLETİŞİM BECERİLERİ EĞİTİM PROGRAMI GELİŞTİRME ÇALIŞMASI: ANKARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ İLE SİMÜLASYON UYGULAMASI*” adlı doktora tez araştırmasına standardize hasta olarak katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de eczacılık eğitiminde eczacılık fakültesi öğrencilerinin iletişim ve danışmanlık becerilerinin iyileştirilmesi ile ilaç ve eczacılık hizmetlerinin kalitesinin ve güvenilirliğinin artmasına katkıda bulunmaktır. Bu çalışmaya eczacılık eğitimine katkı sağlamak isteyen gönüllüler katılabilmektedir.

“Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı” kapsamında hazırlanan senaryolarda hasta rolü oynamak üzere görevlendirileceksiniz. Bu çalışma için 13 SH ile çalışılacaktır. Öğrenci ile görüşme yapmadan önce iki eğitim alacaksınız. İlki, ikişer saatlik üç oturum şeklinde planlanan eczacı-hasta danışmanlık süreci ve dinamikleri ile ilgili bir eğitim, ikincisi ise birer saatlik iki oturum şeklinde tasarlanan senaryo eğitimidir. Her senaryo için iki farklı SH ile çalışılacaktır.

Size verilen eğitimlerden sonra Mesleksel Beceri ve İletişim Laboratuvarı’nda öğrenci ile görüşme yapmaya hazır hale geleceksiniz. Öğrenci ile yapacağınız görüşme esnasında görüntülü-sesli kayıt alınacak olup, kayıt; SH eczane olarak benzetimlenen ortama girmeden hemen önce başlatılacak ve eczaneyi terk etmesinin ardından sonlandırılacaktır. Görüşme SH’nın eczaneye girmesi ve öğrencinin de SH’yı karşılaması ile başlayacaktır. Tüm süreç kapalı devre sistemle araştırmacı tarafından izlenecektir. Öğrenci görüşme sonunda SH’dan geri bildirim alacak ve SH’yı uğurladıktan sonra araştırmacı ile görüşme değerlendirmesi yapacaktır. Bu görüşmede önce öğrenci kendini ve süreci değerlendirecek, daha sonra araştırmacının geri bildirimini alacaktır. Görüşme sonrası araştırmacı SH’ya da geri bildirim verecektir. Her uygulama sonrasında SH programın işleyişi, senaryonun çalışması ve kendine ilişkin değerlendirmeleriyle ilgili yazılı geri bildirim vermesi planlanmaktadır.

Araştırma 14 hafta sürecektir. Bir dönemde gönüllü tek bir SH’nın araştırma için harcaması gereken toplam sürenin en fazla 10 saat olması gerektiği hesaplanmıştır. SH olarak görevlendirildiğiniz andan itibaren araştırma için harcadığınız saat başına ücret alacaksınız.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya

da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizinle ilgili veriler hiçbir Şekilde kullanılmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılar a sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin, bilimsel amaçlarla kullanılması, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi zgr irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tarih ve İmza:

Ek-4



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Temel Tıp Bilimleri Bölümü
Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı



Sayı : 12933319-044/E.50713

21.10.2015

Konu : 31-32175 Araş.Gör.Gizem GÜLPINAR

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 20.10.2015 tarih ve 93984376/E.50323 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi ve Doktora öğrencisi Uzm.Ecz.Gizem GÜLPINAR'ın "Simülasyon Uygulaması" başlıklı tez çalışması için İletişim Becerileri Laboratuvarı kameralı odalarını kullanabileceği ve "İletişim Becerileri Dersleri" kapsamında Standardize Hastalarla yapılan uygulamaları "İzlem ve Kayıt" odasından izleyebileceği tarafımızca uygun görülmektedir.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

 e-imzalıdır

Prof.Dr. ŞEHSUVAR ERTÜRK
Anabilim Dalı Başkanı

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

- /ANKARA
Telefon No: 0312 595 73 28 Belge Geçer No: 0312 320 58 39
e-posta: tipegit@ankara.edu.tr internet adresi: -

Bilgi için: Devrim PİRBUDAK
SEKRETER

Ek-5

Çatışma Çözümü Oturumları Belirtke Tablosu		
Yeterlilik	Alt Yeterlilik	Öğrenim Hedefi
Eczacı-hasta ilişkisi başta olmak üzere kişilerarası ilişkilerde çatışma süreçlerini etkin şekilde yönetir.	Hasta ile yaşadığı çatışmalarda temel iletişim becerilerini kullanarak sorunu tanımlar.	Güç kavramını tanımlar.
	Hastanın ihtiyaçlarını ve beklentilerini önemser.	Güç kullanmanın etkilerini açıklar.
	Hasta ile işbirliği kurar.	Güç kullanmanın ve uygulamanın yarattığı duyguların farkına varır.
	Çatışmayı çözerken ilk çözümün hastadan gelmesi için özen gösterir.	Çatışma ve çatışma türlerini tanımlar.
	Farklı çözüm önerileri sunar.	Çatışma çözme yöntemlerini açıklar.
	Hastayı çözüm sürecine dâhil eder.	Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeler.
	Çözüm önerilerinden birini seçerken hem kendi hem hasta için uygun olanı seçmeye özen gösterir.	Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeler.
	Çözüm önerilerinin etkililiğini değerlendirir.	
		Değer çatışmalarına örnekler verir.
		Değer çatışmalarının gereksinim çatışmalarından farkını açıklar.
		Değer çatışmalarını çözme yöntemlerini açıklar.

Ek-6

ÇATIŞMA ÇÖZÜMÜ EĞİTİCİ REHBERİ

Değerli eğitimciler,

Eczacılıkta iletişim eğitiminin amacı öğrencinin; hasta, hasta yakınları, meslektaşları, çalışma arkadaşları ve toplumla karşılıklı destek, saygı ve güvene dayalı etkili iletişim kurabilmesini sağlayacak becerileri kazandırmaktır.

Staj uygulamaları, eczacılık fakültesi öğrencilerinin hasta, hasta yakınları, meslektaşlar, çalışma arkadaşları ve toplumla etkili iletişim kurulabilmesini sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Ancak eczacılık fakültelerinde lisans eğitimi kapsamında öğrenciye iletişim becerisi kazandırmaya yönelik pratik oturumları da içeren standart hale getirilmiş bir müfredat bulunmamaktadır. Staj öncesi yıllarda küçük grup çalışmaları ve standardize hasta uygulamaları yoluyla kazandırılması hedeflenen iletişim ve danışmanlık becerilerinin, stajlarda gerçek hastalarla iletişim yoluyla geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Bu rehber eczacılık fakültesi öğrencilerine iletişim ve danışmanlık becerisi eğitimi verecek siz eğitimciler için hazırlanmıştır. Rehberde, iletişim eğitimi programı ve sürecine ilişkin ayrıntılar ile birlikte eğitim sürecinde kullanacağınız eğitim materyalleri de yer almaktadır.

İletişim ve danışmanlık becerileri eğitimi eğitimcileri olarak sizlerin, eğitime ve rehberine yönelik geri bildirimleriniz çok değerlidir.

İyi eğitimler...
Araş.Gör. Gizem GÜLPINAR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ
ÇATIŞMA ÇÖZÜMÜ EĞİTİM PROGRAMI

AMAÇ

- Eczacı-hasta ilişkisi başta olmak üzere kişilerarası ilişkilerde çatışma süreçlerini etkin şekilde yönetme becerisi kazandırmaktır.

KAYNAK KİTAPLAR

1. BALTAŞ Zuhale, "Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri"
2. CÜCELOĞLU Doğan, "İyi Düşün Doğru Karar Ver"
3. CHAPMAN Gary, "Sevginin Beş Dili"
4. COVEY Stephen R, "Etkili insanların Yedi Alışkanlığı"
5. COX Gill & DAINOW Sheila "Kendi Gücünüzü Keşfedin"
6. CÜCELOĞLU, Doğan, "İnsan İnsana"
7. DOUBTFIRE Dianne "İnsanlarla İyi Geçinmenin Yöntemleri"
8. ERÖZENCİ Ahmet, "Bir Türk Filmi Olarak KANSER"
9. GORDON Thomas, "Etkili Liderlik Eğitimi"
10. GORDON Thomas, "Etkili Satış Eğitimi"
11. GORDON Thomas, "Hasta-Doktor İşbirliği"
12. LERNER, "Öfke Dansı"
13. MYLONDER Maureen, "Patch Adams" (Yaşam boyu kahkaha)
14. NAVARRO Leyla, "Beni Gerçekten Duyuyor musun?"
15. ÖZ Mehmet, "Şifayı Yüreğinde Ara"
16. ÖZER Kadir, "Ben İletişimsizlik Becerisi"
17. PEASE Allan, "Beden Dili"
18. ROSENBERG Marshall, "Şiddetsiz İletişim"
19. DÖKMEN Üstün, İletişim Çatışmaları ve Empati

Çatışma Çözümü Oturumları Belirtke Tablosu

Yeterlilik	Alt Yeterlilik	Öğrenim Hedefi
Eczacı-hasta ilişkisi başta olmak üzere kişilerarası ilişkilerde çatışma süreçlerini etkin şekilde yönetme becerisi kazandırmaktır.	Hasta ile yaşadığı çatışmalarda temel iletişim becerilerini kullanarak sorunu tanımlar.	Güç kavramını tanımlar.
	Hastanın ihtiyaçlarını ve beklentilerini önemser.	Güç kullanmanın etkilerini açıklar.
	Hasta ile işbirliği kurar.	Güç kullanmanın ve uygulamanın yarattığı duyguların farkına varır.
	Çatışmayı çözerken ilk çözümün hastadan gelmesi için özen gösterir.	Çatışma ve çatışma türlerini tanımlar.
	Farklı çözüm önerileri sunar.	Çatışma çözme yöntemlerini açıklar.
	Hastayı çözüm sürecine dâhil eder.	Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeler.
	Çözüm önerilerinden birini seçerken hem kendi hem hasta için uygun olanı seçmeye özen gösterir.	Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeler.
	Çözüm önerilerinin etkililiğini değerlendirir.	

TEORİK EĞİTİM TASARIMI

Çatışma Çözümü Eğitim Programı 1.Oturum Küçük grup çalışması (toplam 110 dk.)

YAPILACAKLAR	ÖĞRETİM TEKNİĞİ	KULLANILACAK KAYNAKLAR / GEREÇLER	SÜRE
Beklentileri öğrenme Eğitimin amacı, öğrenme hedeflerinin tanıtımı	Bireysel sunum Sunum	Barkovizyon-Yansıtıcı Sunum materyali Flip-chart	10 dk.
Çatışma ve çatışma türlerini tanımlayabilme	Katılımlı sunum	Barkovizyon-Yansıtıcı Sunum materyali	10 dk.
Güç kavramını tanımlayabilme Güç kullanmanın etkilerini açıklayabilme Güç kullanmanın ve uygulamanın yarattığı duyguların farkına varma	Grup çalışması (bireysel ve ikili grup çalışması) İnteraktif sunum	Barkovizyon-Yansıtıcı Sunum materyali	30 dk.
Ders arası (10 dk.)			
Çatışma çözme yöntemlerini açıklayabilme Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeleyebilme	Katılımlı sunum Grup çalışması (ikili ve küçük grup çalışması)	Barkovizyon-Yansıtıcı Sunum materyali	40 dk.
Oturumu değerlendirme	Soru-cevap	Barkovizyon-Yansıtıcı Filipchart	10 dk.

Çatışma Çözümü Eğitim Programı 2.Oturum Küçük grup çalışması (toplam 110 dk.)

YAPILACAKLAR	ÖĞRETİM TEKNİĞİ	KULLANILACAK KAYNAKLAR / GEREÇLER	SÜRE
İkinci oturumun tanıtımı	Bireysel sunum Sunum	Sunum materyali Yansıtıcı- barkovizyon	10 dk.
Değer çatışmalarını tanımlama ve örneklendirme	Katılımlı sunum	Barkovizyon-Yansıtıcı Sunum materyali	15 dk.
Timsah nehri hikâyesi alıştırmaları ve üzerinde tartışma	Grup çalışması (bireysel ve ikili grup çalışması) İnteraktif sunum	Barkovizyon-Yansıtıcı Sunum materyali	25 dk.
Ders arası (10 dk.)			
Değerlerimizi gözden geçirme egzersizini yaptırma ve üzerinde tartışma	Katılımlı sunum Bireysel çalışma	Barkovizyon-Yansıtıcı Sunum materyali Post-it	30 dk.
Değer çatışmalarını çözme yöntemlerini açıklama	Katılımlı sunum	Barkovizyon-Yansıtıcı Sunum materyali	10 dk.
Oturumu değerlendirme	Soru-cevap	Barkovizyon-Yansıtıcı Filipchart	10 dk.

1.OTURUM

BEKLENTİLERİ ÖĞRENME VE EĞİTİMİN AMACININ, HEDEFLERİNİN TANITIMI

Süre: 10 dk.

Hedef: Grup üyelerinin “Çatışma Çözümü” oturumundan beklentilerini paylaşmalarındır.

Öğrenim Yöntemi:

1. Bireysel Sunumlar
2. Sunum

Süreç: Grup üyelerinden “Çatışma Çözümü eğitiminden neler bekliyorsunuz?” sorusunun yanıtlanmasını isterim. Eğitici isterse Flip-chart’a beklentilere ilişkin kısa notlar alabilir ve sürecin sonunda beklentileri toparlayabilir.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon-Yansıtıcı
2. Sunum materyali
3. Flip-chart

ÇATIŞMA ve ÇATIŞMA TÜRLERİ

Süre: 10 dk.

Hedef: Çatışma ve çatışma türlerinin açıklanmasıdır.

Öğrenim Yöntemi:

1. Katılımlı sunum

Süreç: Katılımcılara çatışma ve çatışma türleri anlatılır. Anlatıma vites değiştirme slaytı ile başlanır.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon-Yansıtıcı
2. Sunum materyali

GÜÇ

Süre: 30 dk.

Hedef: Güç kavramının tanımlanması ve güç kullanmanın etkilerinin ve yarattığı duyguların irdelenmesidir.

Öğrenim Yöntemi:

1. Grup çalışması
2. İnteraktif sunum

Süreç: Katılımcılara aşağıdaki açıklamalar yapılır:

“Üç anınıza dönmenizi istiyorum. Lütfen rahat oturun ve gözlerinizi kapatın, şu andaki görüntü, duygu ve düşüncelerinizi unutun. Bir kişinin diğer biri veya birileri üzerinde güç kullandığı veya onu kontrol ettiği bir durumu hatırlayın. Bu, bir aile ferdi, bir öğretmen, bir polis veya bir çocuk olabilir. Güç kullanmayı, ödül veya cezalarla bir başkasını kontrol eden veya belirli bir davranışa zorlayan bir durum gibi düşünün.... Durumu hatırlayın..... yeri hatırlayın.... zamanı hatırlayın.... Kişileri gözünüzün önüne getirin... ne oluyor? Kişiler ne yapıyor? Sesleri dinleyin... Durumu izlerken siz ne yapıyorsunuz? Neler hissediyorsunuz?

Şimdi bu olay hakkındaki duygu ve düşüncelerinizi “Durum 1” başlığı altına yazın..

Şimdi gözlerinizi tekrar kapatın... rahatlayın... Bu kez sizin üzerinizde güç kullanıldığı bir durumu düşünün... Bir aile ferdi... anneniz veya babanız olabilir... öğretmeniniz..... arkadaşınız veya başkası.... Durumu hatırlayın..... yeri hatırlayın..... zamanı hatırlayın.... Kişileri gözünüzün önüne getirin... ne yapıyor? Ne diyor? Neler duyuyorsunuz? Ne oluyor?

Siz ne yapıyorsunuz?..... Ne diyorsunuz?..... Neler hissediyorsunuz?

Şimdi bu olay hakkındaki duygu ve düşüncelerinizi “Durum 2” başlığı altına yazın.

Şimdi gözlerinizi tekrar kapatın... rahatlayın... Bu kez sizin başka biri üzerinde güç uyguladığınız bir durumu düşünün... O kişi ne diyor?..... Siz neler düşünüyorsunuz?..... Siz neler hissediyorsunuz?.....

Bu durum hakkındaki duygu ve düşüncelerinizi “Durum 3” başlığı altına yazın.”

Katılımcıların hatırladıkları olaylarla ilgili paylaşım yapılmaz. Tahtaya güç kullanan, güç kullanılan ve izleyici durumunda olan kişilerin davranış ve duyguları katılımcılardan alınarak yazılır.

Katılımcılar ikiye ikiye eşleştirilir. Biri diğerinin omzundan bastırıp çöktürmeye çalışırken, diğeri direnmeye çalışır. Sonra direnmeden çökmesi istenir. Oyun aynı şekilde karşı tarafa uygulatarak tekrarlanır. Katılımcılara “Güç kullanırken karşı taraf direndiğinde neler hissettiniz?..... direnmeden çöktüğünde neler hissettiniz?.... Size güç kullanılırken her iki durumda neler hissettiniz?” soruları yöneltilir ve yanıtlar flipcharta ayrı ayrı yazılır. Yanıtlar karşılaştırılır ve tartışılır. Ardından güç tanımı yapılır ve güç türleri açıklanır.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon- Yansıtıcı
2. Sunum materyali
3. Bireysel çalışma kağıdı
4. Flip-chart

ÇATIŞMA ÇÖZME YÖNTEMLERİ

Süre: 40 dk.

Hedef: Çatışma çözme yöntemlerinin açıklanması ve yöntemlerin etkililiklerinin irdelenmesidir.

Öğrenim Yöntemi:

1. Katılımlı sunum
2. Grup çalışması

Süreç: Katılımcılara çatışma çözme yöntemlerinden ikisi (yöntem 1 ve 2) sunum yoluyla açıklanır.

Grup ikiye ayrılır ve yarısı dışarı çıkarılır. İçeride kalanlara “eşleşeceğiniz kişi sizden bir şey isteyecek, onu vermemek için elinizden geleni yapın” yönergesi verilir. Sınıfın dışına çıkanlara da “isteyeceğiniz bir şey (not istemek gibi) belirleyin ve istediğinizi söke söke alın” talimatını verilir. Dışarıdakiler içeri alınır ve eşleştirme yapıldıktan sonra görüşmeler başlatılır. 5 dakika sonra sonlandırılır ve katılımcılara neler hissettikleri, duyguları sorulur. Yöntem 1 ve 2 pekiştirilir.

Grup üyeleri 2 gruba ayrılır. Tüm gruplara ellerine verilen kartlardan 4 eşit büyüklükte kare yapmaları istenir. Ancak gruplara farklı yönerge verilir ve gruplar birbirlerinin yönergelerinden haberdar edilmez.

Grup 1: Herkes kendi karesini yapmaya çalışacak, gereksinim duyduğu kartı karşıdakinden izin istemeden alabilecek.

Grup 2: Herkes konuşarak, yardımlaşarak kare yapacak.

Oyunun sonunda 2. grubun daha hızlı tamamlaması beklenir. Daha sonra, her grupta yaşanan duygular paylaşılır.

Yöntem 3 sunum yoluyla açıklanır. Çatışmanın günlük yaşamımızdaki yeri vurgulanır.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon- Yansıtıcı
2. Sunum materyali
3. Bireysel çalışma kağıdı

OTURUMU DEĞERLENDİRME

Süre: 5 dk.

Hedef: Oturuma ilişkin grup üyelerinin geri bildirimlerinin alınmasıdır.

Öğrenim Yöntemi: Soru-cevap

Süreç: Katılımcılardan her iki oturuma ilişkin duygu ve düşüncelerini belirtmeleri istenir. Oturumun geliştirilmesine ilişkin önerileri alınır.

Eğitim gereçleri:

1. Flip-chart

2. OTURUM

OTURMUN TANITIMI

Süre: 10 dk.

Hedef: İkinci oturumun öğrenme hedefleri hakkında bilgi verilmesidir.

Öğrenim Yöntemi:

1. Bireysel Sunumlar
2. Sunum

Süreç: İkinci oturumun öğrenim hedefleri ve program alt yeterlilikleri açıklanır. Soru cevap yoluyla bir önceki oturum hatırlatılır.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon- Yansıtıcı
2. Sunum materyali

DEĞER ÇATIŞMALARINI TANIMLAMA VE ÖRNEKLENDİRME

Süre: 10 dk.

Hedef: Değer çatışmalarının tanımlanması ve gereksinim çatışmalarından farkının net bir şekilde ortaya konmasıdır.

Öğrenim Yöntemi: Katılımlı sunum

Süreç: Değer çatışmaları, davranış penceresi üzerinde tanımlama ve gösterme yoluyla açıklanır.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon- Yansıtıcı
2. Sunum materyali

TİMSAH NEHRİ HİKÂYESİ ALIŞTIRMASI VE ÜZERİNDE TARTIŞMA

Süre: 25 dk.

Hedef: Her bireyin değerlerinin birbirinden farklı olabileceğinin kavratılmasıdır.

Öğrenim Yöntemi: Grup çalışması

Süreç: Timsah nehri hikâyesi sınıfta yüksek sesle okunur. Grup üyelerinden hikâyedeki beş kişinin davranışlarını, kendileri için en kabul edilemezden en kabul edilebilir olana doğru sıralamaları istenir. Bu sıralamayı sadece kendi başlarına yapmaları istenir. Herkes sıralamayı bitirince, önce gönüllü olan grup üyesinden başlanarak sınıftaki herkesin sıralamasını gruba yüksek sesle, gerekçesi ile beraber açıklaması istenir. Görülecektir ki; kimsenin sıralaması birbiri ile aynı olmayacaktır. Grup üyeleri arasında birbirlerinin değerlerine saygı duymak koşulu ile birbirlerinin gerekçeleri hakkında tartışmaları için zaman tanınır. En sonunda gruba herkesin değerlerinin farklı olabileceği ve “tek bir doğru” sıralamanın mümkün olmayacağı açıklanır.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon- Yansıtıcı
2. Sunum materyali

TİMSAH NEHRİ HİKÂYESİ

Bir zamanlar AYŞE isimli bir kız GALİP isminde bir genci çok sevmiştir. AYŞE ile GALİP nehrin iki ayrı yakasında oturmaktaydılar. Nehirde insan yiyen timsahlar yaşıyordu. Üstünde köprü yoku. AYŞE istediği halde GALİP ile bir araya gelemiyordu. NAMIK isimli bir kayıkçı AYŞE’yi karşı kıyıya geçirmeyi teklif etti. Ancak karşıya geçirmeden önce bir kere kendisi ile yatmasının şart olduğunu söyledi. AYŞE razı olmak istemiyordu. BASRİ adında bir büyüğüne giderek kararsızlığını anlattı. BASRİ bu konuda fikri olmadığını ve aralarına girmek istemediğini belirtti. AYŞE çaresiz kalınca NAMIK ile ilişkiyi kabul etti. Böylece GALİP ile beraber olma şansını bulacaktı.

AYŞE karşı kıyıya geçince GALİP’e durumu anlattı. GALİP bu durumda hiçbir şekilde AYŞE ile birlikte olmak istemediğini belirtince AYŞE üzüntü ile KEMAL’e gitti. KEMAL, GALİP’in yaptığına çok kızdı ve gidip onu bir güzel dövdü. AYŞE, GALİP’in yediği dayaktan mutluluk duyuyordu.

Şimdi, hikâyedeki bu beş kişinin davranışlarını, sizce en kabul edilemezden en kabul edilebilir doğru sıralayınız.

AYŞE: AŞK
GALİP: GURUR
NAMIK: NAMUS
BASRİ: BİLGELİK
KEMAL: KIZGINLIK

DEĞERLERİMİZİ GÖZDEN GEÇİRME EGZERSİZİNİ YAPTIRMA VE ÜZERİNDE TARTIŞMA

Süre: 30 dk.

Hedef: Grup üyelerinin değerlerinin farkına varmasını sağlama ve hayatlarında öncelikli değer yargılarını belirleyerek kendilerini tanımlarına olanak sağlamadır.

Öğrenim Yöntemi:

1. Katılımlı sunum
2. Bireysel çalışma

Süreç: “Değerleri gözden geçirmek” egzersizindeki yapılacaklar kısmı yüksek sesle okunur. Grup üyelerinin bireysel çalışması istenir. Bu egzersizdeki gerekli sıralamayı yapan grup üyelerinin her birine beşer post it dağıtılır. Bu beş post-it üzerine biraz önce sıralamış oldukları ilk beş değeri yazmaları istenir. Beşinci değer yazılı olduğu post-it’ten başlayarak, birinciye doğru tek tek post-it’leri yere atmaları istenir. Yere attıkları her değer artık hayatlarında olmadığı ifade edilir. Buradaki amaç, grup üyesinin yere attığı değeri, hayatında ne kadar önemseydiğini hissetmesinin sağlanmasıdır. Bu vazgeçiş sırasında grup üyeleri değerlerinin önem sırası hakkında değişikliğe gidebilir. Birinci post-it de yere atıldıktan sonra, beşinci değer yazılı olduğu post-it’ten başlayarak değerlerini yerden almaları istenir. Bu egzersiz sayesinde, grup üyeleri değerlerinin hayatlarında ne kadar önemli bir yere sahip olduğunu daha rahat kavrayıp, hissedecektir. Aynı zamanda kendileri için önemli gördükleri ilk beş değeri gözden geçirme fırsatı bulacaklardır.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon- Yansıtıcı
2. Sunum materyali
3. Post-it

DEĞERLERİ GÖZDEN GEÇİRMEK

YAPILACAKLAR: Aşağıda sıralanmış on sekiz değeri içeren bir liste bulunmaktadır. Listeyi dikkatlice inceleyin. Değerleri yaşamınıza yol gösteren ilkeler olarak önem bakımından sıraya koyun. Sizin için en önemli değer yanına (1)... diğerlerine oranla en az önemli olanın yanına (18) yazmalısınız. Yavaş ve dikkatli çalışmalısınız. Düşüncelerinizi değiştirirseniz, sıralamanızı da değiştirebilirsiniz. En son sıralama sizin değerler karşısında ne hissettiğinizi doğru olarak ortaya koyacaktır.

- Rahat bir yaşam (Müreffeh bir yaşam)
- Eşitlik (Kardeşlik, herkes için fırsat eşitliği)
- Heyecanlı bir yaşam (Hareketli bir yaşam)
- Aile güvenliği (İnsanın sevdiklerini gözetmesi)
- Özgürlük (Bağımsızlık, serbest seçim)
- Mutluluk (Hoşnutluk)
- Kendi kendisiyle barışık olmak (İç çatışmalardan uzak olmak)
- Olgun aşk (Cinsel ve ruhsal yakınlık)
- Milli güvenlik (Saldırıdan korunmuş olmak)
- Haz (İnsanın hoşlandığı uğraşsız bir yaşam tarzı)
- Kurtuluş (Günahtan kurtulmuş olma ve sonsuz yaşam)
- Öz saygı (Kendine değer vermek)
- Başarı duygusu (Kalıcı bir katkıda bulunmuş olmak)
- Sosyal yakınlık (Saygı ve hayranlık konusu olmak)
- Gerçek dostluk (Çok yakın arkadaşlık)
- Bilgelik (Yaşamın gerçeklerini görmek)
- Barış içinde bir dünya (Savaş ve çatışmadan uzak olmak)

- Güzel bir dünya (Doğa güzelliğı ve sanatlar)
DEĞER ÇATIŞMALARINI ÇÖZME YÖNTEMLERİNİ AÇIKLAMA

Süre: 10 dk.

Hedef: Değer çatışmalarını çözme yöntemlerini açıklamaktır.

Öğrenim Yöntemi: Katılımlı sunum

Süreç: Grup üyelerine değer çatışmalarını çözme yöntemleri açıklanır. Gereksinim çatışmalarını çözme yöntemlerinden farkları üzerinde durulur.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon- Yansıtıcı
2. Sunum materyali

OTURUMU DEĞERLENDİRME

Süre: 5 dk.

Hedef: Oturuma ilişkin grup üyelerinin geri bildirimlerinin alınmasıdır.

Öğrenim Yöntemi: Soru-cevap

Süreç: Katılımcılardan her iki oturuma ilişkin duygu ve düşüncelerini belirtmeleri istenir. Oturumun geliştirilmesine ilişkin önerileri alınır.

Eğitim gereçleri:

1. Barkovizyon-Yansıtıcı
2. Flip-chart

ÇATIŞMA ÇÖZÜMÜ EĞİTİM PROGRAMI UYGULAMA AŞAMASI EĞİTİCİ YÖNERGESİ

Hastanın Adı: AYÇA ARISOY ♀

Yaşı: 45 - 50

Medeni Hali: Evli

Eğitimi: Kendi durumunuz

Yaşadığı Yer: Ankara

Olgu özeti: Hastanın kızı (Eylül) bu sene çok yoğun bir şekilde üniversite sınavına hazırlanıyor. SH, eczacıdan kızını yoğun ve yorucu olan bu süreçte, fiziksel ve ruhsal yönden daha iyi ve güçlü hissedeceğini düşündüğü bir vitamin kompleksi kullanması için ikna etmesini rica ediyor.

Duygu- Davranış Tanımları ve Eğitiminin Standart Hasta Görüşmesinde Grup Üyesini Gözlerken Dikkat Etmesi Gerekenler

SH, kendini tedirgin ve çaresiz hissediyor. Çünkü kızı bu stresli koşturmaca içerisinde, zaman zaman sınavı kazanamayacağını düşünerek umutsuzluğa kapılıyor. Evde sürekli morali bozuk gezmeye başladı. Akşamları okuldan gelince agresif davranıyor. SH, hayatın sadece üniversiteden ibaret olmadığını, çalışırsa kazanabileceğini anlatıyor. Eylül, beden hem çok yorgun hem de çok endişeli olduğu için annesini dinlemiyor bile. Bunun yanında SH'nın oğlu Arda da ortaokulda okuduğu için ailenin masrafları çok ve bu yüzden Eylül'ün bu sene üniversiteyi kazanmasını istiyor.

Eylül bu süreçte hem beden enerji vermesi hem de sinirlerini güçlendirmesi umuduyla SH'nın arkadaşının yarım bıraktığı vitamini kızının kullanması için arkadaşından alır. Ancak Eylül vitamini (gereksiz yere ilaç kullanmak istemediğini belirtiyor) kullanmayı kesinlikle reddediyor. Kendi başına bu sürecin üstesinden gelebileceğini söylüyor. Ancak SH onun için endişelidir ve arkadaşının çocuğuna iyi gelen vitamini Eylül'ün de kullanmasını ister. Çareyi eczacı ile konuşup, kızını ikna etmesi için ricada bulunmakta bulur.

SH, eczaneye tedirgin ve biraz da çaresiz bir şekilde girer. Öğrenciye durumu anlatır. Öğrenci SH'yı etkin dinlemeli, uygun sorular ile durumu anlamalı (hangi ilacı almış? Kaç yaşında? (18) Tam olarak sizden ne istiyor? Neden istiyor? Kızı neden vitamini kullanmak istemiyor? Başka ilaç kullanıyor mu? (hayır) Herhangi bir kronik hastalığı var mı? (hayır)) ve empati kurabildiğini hissettirmelidir. Ancak daha sonra öğrenci, Eylül'ü böyle bir ikna sürecine girmenin doğru olmayacağını ben dili ile ifade etmeli, hastaya Eylül'e saygı duyması gerektiğini ve kararlarını kendi verebileceğini uygun bir dil ile anlatmalıdır. Bunun üzerine SH da Eylül'ün ne kadar zor bir süreçte olduğunu tekrarlar. Onun için üzüldüğünü ve kızının da eczacıyı(öğrenciyi) çok sevdiğini bir abla-abi olarak gördüğünü belirtir. Onunla konuşup bu vitamini kullanması için tekrar rica etmesini talep eder. Öğrenci sizi tekrar etkin dinlemeli ve bunun mümkün olmayacağını ben dili ile ifade etmeli (doktora sormadan belki de faydasından çok zararının olabileceği bir ilacı vermek istemez). SH, "bu vitaminin bir zararı olabilir mi peki?" diye sorar. Öğrenci hastanın ihtiyacından fazla vitamin depolaması halinde karaciğeri yorabileceğini söylemeli. Öğrenci SH'ya bir çözüm önerisi olup olmadığını sormalı, yoksa kendisi bir çözüm önerisi getirmelidir. Bulduğu çözümün SH için uygun olup olmadığını sormalı. Burada önemli olan öğrencinin sizi etkin dinleyerek farklı çözüm önerileri sunmasıdır.

Bu senaryodaki kritik kısım, öğrencinin SH'yı etkin dinleyerek farklı çözüm önerileri sunmasıdır. Vites değiştirme becerisini etkin bir şekilde kullanarak hastayı anladığını hissettirmeli ve ne kendi çözümünü SH'ya kabul ettirmeli, ne de onun çözümünü kerhen kabul etmelidir.

SH'dan beklenen ise; öğrencinin birkaç defa etkin dinleme ve vites değiştirme yaptığını gördükten sonra durumu fazla uzatmadan, öğrencinin çözüm odaklı olduğunu anlayınca, çatışmayı sonlandırmasıdır.

ÇATIŞMA ÇÖZÜMÜ ÖĞRENCİ REHBERİ

Sevgili Öğrenciler,

Eczacılıkta iletişim eğitiminin amacı, hasta, hasta yakınları, meslektaşlarınız, çalışma arkadaşlarınız ve toplumla karşılıklı destek, saygı ve güvene dayalı etkili iletişim kurmanızı sağlayacak becerileri kazandırmaktır.

Staj uygulamalarında eczacılık fakültesi öğrencilerinin hasta, hasta yakınları, meslektaşları, çalışma arkadaşları ve toplumla etkili iletişim kurabilmelerini sağlayacak koşullar yaratılmaya çalışılmaktadır. Ancak eczacılık fakültelerinde lisans eğitimi kapsamında öğrenciye iletişim becerisi kazandırmaya yönelik pratik oturumları olan standart hale getirilmiş bir müfredat bulunmamaktadır. Bu sebeple size verilecek olan bu eğitim, eczacılık fakültelerine yönelik “Eczacı-Hasta İletişim ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı” kapsamında düzenlenmiştir.

Bu rehberin amacı katıldığınız iletişim eğitimi için temel bilgileri sağlamak ve konu hakkında çeşitli egzersizler sunmaktır.

Eğitim sırasında derse aktif katılımınız, eğiticiye ve eğitim materyaline yönelik geri bildirimleriniz çok değerlidir.

Başarı dileklerimle...

Arş. Gör. Gizem GÜLPINAR
2016

ANKARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ
ÇATIŞMA ÇÖZÜMÜ EĞİTİM PROGRAMI

AMAÇ

- Eczacı-hasta ilişkisi başta olmak üzere kişilerarası ilişkilerde çatışma süreçlerini etkin şekilde yönetme becerisi kazandırmaktır.

KAYNAK KİTAPLAR

- 20.BALTAŞ Zuhale, "Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri"
- 21.CÜCELOĞLU Doğan, "İyi Düşün Doğru Karar Ver"
- 22.CHAPMAN Gary, "Sevginin Beş Dili"
- 23.COVEY Stephen R, "Etkili insanların Yedi Alışkanlığı"
- 24.COX Gill & DAINOW Sheila "Kendi Gücünüzü Keşfedin"
- 25.CÜCELOĞLU, Doğan, "İnsan İnsana"
- 26.DOUBTFIRE Dianne "İnsanlarla İyi Geçinmenin Yöntemleri"
- 27.ERÖZENCİ Ahmet, "Bir Türk Filmi Olarak KANSER"
- 28.GORDON Thomas, "Etkili Liderlik Eğitimi"
- 29.GORDON Thomas, "Etkili Satış Eğitimi"
- 30.GORDON Thomas, "Hasta-Doktor İşbirliği"
- 31.LERNER, "Öfke Dansı"
- 32.MYLONDER Maureen, "Patch Adams" (Yaşam boyu kahkaha)
- 33.NAVARRO Leyla, "Beni Gerçekten Duyuyor musun?"
- 34.ÖZ Mehmet, "Şifayı Yüreğinde Ara"
- 35.ÖZER Kadir, "Ben İletişimsizlik Becerisi"
- 36.PEASE Allan, "Beden Dili"
- 37.ROSENBERG Marshall, "Şiddetsiz İletişim"
- 38.DÖKMEN Üstün, İletişim Çatışmaları ve Empati

EĞİTİM PROGRAMI UYGULAMA SÜRECİ

1. **Teorik Dersler:** 110 dk'lık iki ayrı ders şeklinde planlanmıştır.
2. **Pratik Dersler:** Teorik derslerden sonraki hafta Standardize hastalar ile birlikte hasta ve eğitici geri bildirimini kapsayan bir haftalık uygulamadır.

Çatışma Çözümü Oturumları Belirtke Tablosu		
Yeterlilik	Alt Yeterlilik	Öğrenim Hedefi
Eczacı-hasta ilişkisi başta olmak üzere kişilerarası ilişkilerde çatışma süreçlerini etkin şekilde yönetme becerisi kazandırmaktır.	Hasta ile yaşadığı çatışmalarda temel iletişim becerilerini kullanarak sorunu tanımlar.	Güç kavramını tanımlar.
	Hastanın ihtiyaçlarını ve beklentilerini önemser.	Güç kullanmanın etkilerini açıklar.
	Hasta ile işbirliği kurar.	Güç kullanmanın ve uygulamanın yarattığı duyguların farkına varır.
	Çatışmayı çözerken ilk çözümün hastadan gelmesi için özen gösterir.	Çatışma ve çatışma türlerini tanımlar.
	Farklı çözüm önerileri sunar.	Çatışma çözme yöntemlerini açıklar.
	Hastayı çözüm sürecine dâhil eder.	Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeler.
	Çözüm önerilerinden birini seçerken hem kendi hem hasta için uygun olanı seçmeye özen gösterir.	Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeler.
	Çözüm önerilerinin etkililiğini değerlendirir.	
		Değer çatışmalarına örnekler verir.
		Değer çatışmalarının gereksinim çatışmalarından farkını açıklar.
		Değer çatışmalarını çözme yöntemlerini açıklar.

BİRİNCİ OTURUM

Öğrenim Hedefleri

- Güç kavramını tanımlar.
- Güç kullanmanın etkilerini açıklar.
- Güç kullanmanın ve uygulamanın yarattığı duyguların farkına varır.
- Çatışma ve çatışma türlerini tanımlar.
- Çatışma çözme yöntemlerini açıklar.
- Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeler.
- Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeler.

EĞİTİM PROGRAMI

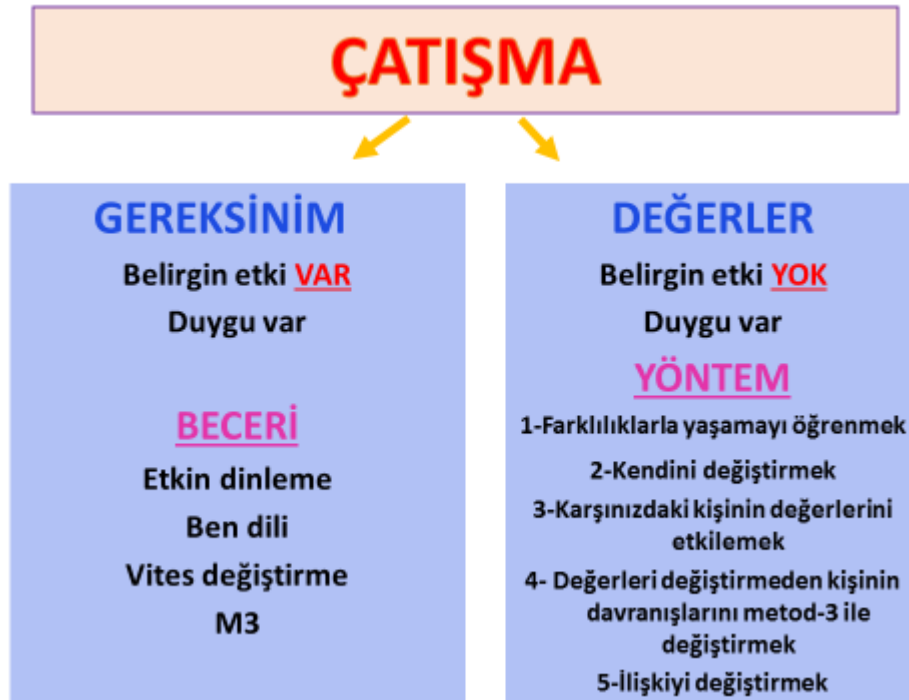
Oturumun amaç, hedef ve içeriği hakkında bilgilendirme
Çatışma ve çatışma türlerini tanımlayabilme
Güç kavramını tanımlayabilme
Güç kullanmanın etkilerini açıklayabilme
Güç kullanmanın ve uygulamanın yarattığı duyguların farkına varma

ARA

Çatışma çözme yöntemlerini açıklayabilme
Çatışma çözme yöntemlerinin etkililiğini irdeleyebilme
Metod 1 ve Metod 3'ü konu alan rol play
Oturumun değerlendirilmesi

ÇATIŞMA

- İlişkinin gerçek amıdır.
- Genellikle çatışma çıkarmamak üzere yetiştiriliyoruz. Ama;
 - ✓ Çatışmasız ilişki sağlıklıdır.
 - ✓ Ölü ve teğet bir ilişkidir.



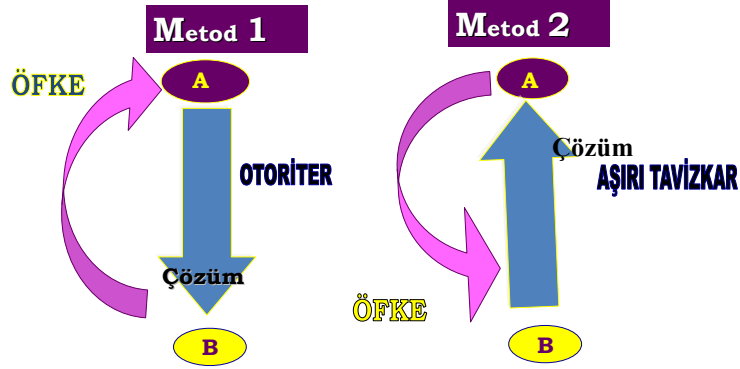
GÜÇ EGZERSİZİ

DURUM 1

DURUM 2

DURUM 3

ÇATIŞMA ÇÖZME YÖNTEMLERİ



Metod 1 üç durumda kullanılması uygun olabilir.

- Acil durumlar
- A'nın ihtiyaçları B'ninkinden daha önemliyse
- B tehlikeyle karşı karşıya ve farkında değilse

Metod 1 kullanılmaya mecbur kalınırsa;

- Neden kullanmak zorunda kaldığınızı "ben dili" ile açıklayın
- "Etkin dinleme" ile karşı tarafın duygularını ifade etmesine izin verin

Metod 1 ve Metod 2'de biri kazanıyor diğeri kaybediyor gibi görünse de;

- uzun dönemde her iki taraf da kaybeder.
- iç kontrollü disiplin gelişmesine katkıda bulunmaz. Dış kontrollü disiplin gelişir.

KAYBEDEN YOK (KAZAN- KAZAN) YÖNTEMİ

Metod 3

1- SORUNUN TANIMI

(Ben dili, Etkin dinleme, Vites değiştirme becerilerini kullanmak)

2- ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

(İlk Çözüm önerisi karşıdan)

3- ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİ DEĞERLENDİRME

4- ÇÖZÜM ÖNERİLERİNDEN BİR YA DA İKİSİNDE KARAR

(Metod 1'e kaymamaya özen göster)

5- UYGULAMA

6- DEĞERLENDİRME

METOD 3'Ü KULLANMAK İÇİN ORTAM HAZIRLAMAK

1. İlişki içerisinde kimin daha güçlü olduğu Metod 3'ün kullanılmasını etkiler. Sizin kendinizi daha güçlü hissettiğiniz veya eşit güçte olduğunuz ilişkilerde Metod 3 kullanımı kolaylıkla sonuç verecektir. Eğer diğer kişinin sizden daha güçlü olduğunu ve bu gücü kullanarak istediklerini elde ettiğini hissediyorsanız, Metod 3 kullanmak için onu ikna etmeniz elindeki güçten vazgeçmesi anlamına gelir. Bu durum Metod 3 kullanmak için en zor olanıdır, inisiyatifi ele almalısınız.

Yapılacak iki şey vardır:

- a. Önleyici Ben Dili Kullanmak: "İlişkimize çok değer veriyorum ve sorunlarımızı çözmek için yeni bir metod denemek istiyorum."
 - b. Yüzleştirici Ben Dili kullanmak: Kaybetmek sizde nasıl duygular uyandırıyor, size rağmen kazandığı zaman onun için ne hissediyorsunuz, ona anlatın. "Beni katmadan kararlar aldığında çok incinmiş hissediyorum, çünkü bu benim ihtiyaçlarımın karşılanmaması demek oluyor. Böylece benim ne hissettiğimle ilgilenmediğini düşünüyorum." Ben dili kullanarak kendinizi karşınızdakini korkutmadan ifade eder ve dirençler için etkin dinleme yaparsanız, çok olumlu sonuçlar alırsınız.
2. Altı aşamada problem çözme tekniğini kullanmak ve kimsenin kaybetmediği çözümler üretmek iki tarafı da rahatlatacaktır.
 3. Kimsenin bölmeyeceği ortamlarda konuşmak ve bunun için gerekli zamanı ayırmak gerekir.
 4. Çözüm önerileri mutlaka yazılı hale getirilmelidir.

KAYBEDEN YOK (KAZAN-KAZAN)

Kaybeden yok metodunu kullanmak size şu faydaları sağlar:

1. atışmaların yzeeye çıkmasına, ifade edilmesine ve yapıcı bir şekilde çözümlenmesine olanak sağlar.
2. Kişiler atışmanın heyecanlı ve ilginç değişiklikler getirebileceğini öğrenir; çatışmaya olumlu bakmaya ve konuşulması için inisiyatif kullanmaya başlarlar.
3. Herkes kendi ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğunu alır, hem de bunu karşısındaki pahasına yapmayı öğrenir.
4. Çatışma herkesin hakkına saygı duyularak çözüldüğü için tekrar ve tekrar gündeme gelmez.
5. Herkesin yaratıcı düşünme potansiyeli kullanıldığı için daha iyi çözümler üretilir.
6. zm kişilere zorla dayatılmadığı için çözümü uygulamaya koymakta daha istekli olurlar.
7. Düşmanlık duyguları azalır.
8. Kişiler bu iletişim biçimini diğer ilişkilerinde model olarak kullanmaya başlarlar.



İKİNCİ OTURUM

Öğrenim Hedefleri

- Değer çatışmalarını tanımlar.
- Değer çatışmalarını çözme yöntemlerini açıklar.

EĞİTİM PROGRAMI

Oturumun amaç, hedef ve içeriği hakkında bilgilendirme

Değer çatışmalarını tanımlama ve örneklendirme

Timsah nehri hikâyesi alıştırmaları ve üzerinde tartışma

ARA

Değerlerimizi gözden geçirme egzersizini yaptırma ve üzerinde tartışma

Değer çatışmalarını çözme yöntemlerini açıklama

Oturumun değerlendirilmesi

DEĞER ÇATIŞMALARI



TİMSAH NEHRİ HİKÂYESİ

Bir zamanlar AYŞE isimli bir kız GALİP isminde bir genci çok sevmişti. AYŞE ile GALİP nehrin iki ayrı yakasında oturmaktaydılar. Nehirde insan yiyen timsahlar yaşıyordu. Üstünde köprü yoku. AYŞE istediği halde GALİP ile bir araya gelemiyordu. NAMİK isimli bir kayıkçı AYŞE'yi karşı kıyıya geçirmeyi teklif etti. Ancak karşıya geçirmeden önce bir kere kendisi ile yatmasının şart olduğunu söyledi. AYŞE razı olmak istemiyordu. BASRÎ adında bir büyüğüne giderek kararsızlığını anlattı. BASRÎ bu konuda fikri olmadığını ve aralarına girmek istemediğini belirtti. AYŞE çaresiz kalınca NAMİK ile ilişkiyi kabul etti. Böylece GALİP ile beraber olma şansını bulacaktı.

AYŞE karşı kıyıya geçince GALİP'e durumu anlattı. GALİP bu durumda hiçbir şekilde AYŞE ile birlikte olmak istemediğini belirtince AYŞE üzüntü ile KEMAL'e gitti. KEMAL, GALİP'in yaptığına çok kızdı ve gidip onu bir güzel dövdü. AYŞE, GALİP'in yediği dayaktan mutluluk duyuyordu.

Şimdi, hikâyedeki bu beş kişinin davranışlarını, sizce en kabul edilemezden en kabul edilebilir doğru sıralayınız.

AYŞE: AŞK
GALİP: GURUR
NAMİK: NAMUS
BASRÎ: BİLGELİK
KEMAL: KIZGINLIK

DEĞERLERİ GÖZDEN GEÇİRMEK

YAPILACAKLAR: Aşağıda sıralanmış on sekiz değeri içeren bir liste bulunmaktadır. Listeyi dikkatlice inceleyin. Değerleri yaşamınıza yol gösteren ilkeler olarak önem bakımından sıraya koyun. Sizin için en önemli değer yanına (1)... diğerlerine oranla en az önemli olanın yanına (18) yazmalısınız. Yavaş ve dikkatli çalışmalısınız. Düşüncelerinizi değiştirirseniz, sıralamanızı da değiştirebilirsiniz. En son sıralama sizin değerler karşısında ne hissettiğinizi doğru olarak ortaya koyacaktır.

- Rahat bir yaşam (Müreffeh bir yaşam)
- Eşitlik (Kardeşlik, herkes için fırsat eşitliği)
- Heyecanlı bir yaşam (Hareketli bir yaşam)
- Aile güvenliği (İnsanın sevdiklerini gözetmesi)
- Özgürlük (Bağımsızlık, serbest seçim)
- Mutluluk (Hoşnutluk)
- Kendi kendiyile barışık olmak (İç çatışmalardan uzak olmak)
- Olgun aşk (Cinsel ve ruhsal yakınlık)
- Milli güvenlik (Saldırıdan korunmuş olmak)
- Haz (İnsanın hoşlandığı uğraşsız bir yaşam tarzı)
- Kurtuluş (Günahtan kurtulmuş olma ve sonsuz yaşam)
- Öz saygı (Kendine değer vermek)
- Başarı duygusu (Kalıcı bir katkıda bulunmuş olmak)
- Sosyal yakınlık (Saygı ve hayranlık konusu olmak)
- Gerçek dostluk (Çok yakın arkadaşlık)
- Bilgelik (Yaşamın gerçeklerini görmek)
- Barış içinde bir dünya (Savaş ve çatışmadan uzak olmak)
- Güzel bir dünya (Doğa güzelliği ve sanatlar)

ÇATIŞMA ÇÖZÜMÜ EĞİTİM PROGRAMI UYGULAMA AŞAMASI

1. Hasta ile yaşadığı çatışmalarda temel iletişim becerilerini kullanarak sorunu tanımlar.
2. Hastanın ihtiyaçlarını ve beklentilerini önemser.
3. Hasta ile işbirliği kurar.
4. Çatışmayı çözerken ilk çözümün hastadan gelmesi için özen gösterir.
5. Farklı çözüm önerileri sunar.
6. Hastayı çözüm sürecine dahil eder.
7. Çözüm önerilerinden birini seçerken hem kendi hem hasta için uygun olanı seçmeye özen gösterir.
8. Çözüm önerilerinin etkililiğini değerlendirir.

ÇATIŞMA ÇÖZÜMÜ EĞİTİM PROGRAMI UYGULAMA AŞAMASI ÖĞRENCİ YÖNERGESİ

10 yıldır bir semt eczanesinin sahibi ve mesul müdürsünüz. Sabah erken saatlerde eczanenize 2 yıldır tanıdığınız bir hastanız üzgün bir şekilde giriyor. ***Hastanız ile yapacağınız görüşme Pharmaton kapsül hakkında olacaktır.***

Hastanın adı: AYÇA ARISOY ♀
Medeni Hali: Evli
Yaşadığı Yer: Ankara

Eczacı-Hasta Danışmanlık Sürecinde Yaklaşım

Eczacılık mesleği, hastayı dikkatli biçimde dinleme, sorularını yanıtlama; hastalığına ilişkin bilgileri aktarma ve sonuçta bu bilgiler ışığında, hastanın kendi **"özerk"** seçim ve eylemine olanak tanımayı gerektirmektedir.

Hasta **resit, vetkin ve veterli** (akıl hastalığı, koma, fiziksel sakatlıklar vb. hastanın özerk birey olma niteliğini kısıtlayan tıbbi olgular) ise **tedaviyi reddetme hakkına da sahiptir.** Bazı durumlarda hastanın iyiliğinin düşünülmesi gerekçesiyle hasta adına karar verilebilmekte ve hastanın özerkliği göz ardı edilmektedir.

"Eczacı hastanın kararına özerkliğini göz önüne alarak saygı duymalı ve hasta üzerinde herhangi bir baskı veya ikna yöntemine gitmemelidir."

Mesleğinizi, iyi eczacılığın gereklerini yerine getiren biri olarak yürütmeniz beklenmektedir. **Bunları yaparken iletişim becerilerine dikkat ediniz.**

Pharmaton; bir gıda takviyesidir, çeşitli mineral ve vitaminleri içerir. **İlaç değildir.**

Gıda Takviyesi Kullanımında Dikkat Edilmesi Gerekenler:

- Hastanın herhangi bir hastalığı yoksa, doktor önermemişse gerekli kan tetkikleri yapılmadan kullanılmamalı,
- Günlük beslenme durumu değerlendirilmeli,
- Hiçbir takviye edici, besinlerin içinde bulunan sağlık için gerekli besin öğelerini sağlayamaz,
- Herhangi bir ilaç kullanılıyorsa doktora danışmadan vitamin/ mineral takviyesi kullanılmamalı. İlacın etkisini azaltabilir ya da etkileşim sonucu yan etki yapabilir,

- Önerilen dozlarda alınmalı,
- Yeterli ve dengeli beslenmeye öncelik verilmelidir.

****UNUTULMAMALIDIR Kİ;**

Dengeli beslenen bireylerde bebeklik dönemi hariç özel bir vitamin desteğine gereksinim duyulmamaktadır. Birey vitamin kullanmadan önce doktor tarafından vitamin ve beslenme eksikliği yönünden değerlendirilmeli ve hangi vitamene ihtiyaç duyduğunun belirlenmesi gerekmektedir.

A vitamini fazlası: İştahsızlık, cilt kuruluğu, karaciğer ve dalak büyümesi, kemik ağrısı, kafa içi basınç artışı

B grubu vitaminlerin fazlası: Genellikle zararsızdır. B6 vitamininin aşırı alınması sonucu deride kızarıklık, kaşıntı, karaciğer ve sinir sistemi bozukluğu oluşabilir.

C vitamini fazlası: İshal, karın ağrısı ve idrarda kristal çıkması

D vitamini fazlası: Kan kalsiyum seviyesinde yükselme, bulantı, kusma, kabızlık, pankreatit, kalp ritim bozukluğu, böbrek taşı ve hastalıklarına neden olmaktadır.

EĞİTİM PROGRAMI TANITIMI VE DEĞERLENDİRME

Haftalar	Dersin Yapısı	İçerik
1.hafta	Pratik	Ön test
2.hafta	Teorik	Temel İletişim
3.hafta	Teorik	Temel İletişim
4.hafta	Pratik	Standardize Hastalar ile Uygulama
5.hafta	Teorik	Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerisi
6.hafta	Teorik	Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerisi
7.hafta	Teorik	Eczacı-Hasta Danışmanlık Becerisi
8.hafta	Pratik	Standardize Hastalar ile Uygulama
9.hafta	Teorik	Çatışma Çözümü
10.hafta	Teorik	Çatışma Çözümü
11.hafta	Pratik	Standardize Hastalar ile Uygulama
12.hafta	Teorik	Eczacı-Hasta Danışmanlığında Takip Görüşmesi
13.hafta	Pratik	Standardize Hastalar ile Uygulama
14.hafta	Pratik	Son test

EĞİTİM PROGRAMI DEĞERLENDİRME İLETİŞİM BECERİLERİ ÖĞRENCİ DEĞERLENDİRME FORMU ÖRNEĞİ

ÖĞRENCİNİN		DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ					TOPLAM NOT
		1. DEĞERLENDİRME (Maksimum 50 puan)			2. DEĞERLENDİRME (maksimum 50 puan)		
		Eğitim sürecinin genel değerlendirilmesi (2. Uygulama hariç)			Standardize hasta ile yapılan Son Uygulamanın değerlendirilmesi		
No	Adı, Soyadı	Derse devam (Maksimum: 5 puan)	Aktif katılım (Maksimum: 15 puan)	Yeni becerileri uygulama (Maksimum: 15 puan)	Öğrencinin genel performansı (Maksimum: 15 puan)	2. Uygulama (Maksimum:50 puan)	

AÇIKLAMALAR TABLOSU

ÖLÇÜTLER	ÖRNEK PUANLAMA														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Aktif Katılım*	Aktif katılımı yetersiz Örnek: Grup tartışmalarına aktif olarak katılmadı, görev almak konusunda isteksizdi. Grupta ortaya konan bilgiye katkısı azdı.					Aktif katılımı kısmen yeterli Örnek: Grup tartışmalarına aktif olarak kısmen katıldı, görev almak konusunda istekli değildi. Sorumluluklarını yerine getirdi.					Aktif katılımı yeterli Örnek: Grup tartışmalarına aktif olarak katıldı, görev almak konusunda istekli davrandı. Sorumluluklarını yerine getirdi.				
Yeni becerileri uygulama çabası	İletişim becerilerini uygulama çabası hiç göstermedi: Örnek: Verilen uygulama ödevlerini/alıştırmaları hiçbir şekilde yapmadı. Uygulamalar esnasında etkin dinleme yapmak için çaba göstermedi					İletişim becerilerini uygulama çabası kısmen gösterdi: Örnek: Verilen uygulama ödevlerini/alıştırmaları kısmen yaptı. Uygulamalar esnasında etkin dinleme yapmak için kısmen çaba gösterdi.					Her zaman yeni becerileri uygulamaya çaba gösterdi: Örnek: Verilen uygulama ödevlerini/alıştırmaları tam olarak yaptı. Uygulamalar esnasında etkin dinleme yapmak için çok çaba gösterdi.				

* Teorik derslerde

Son uygulamanın değerlendirilmesi(%50)

Standardize hasta ile yapılan son uygulamanın değerlendirilmesi ise aşağıdaki örnek değerlendirme rehberi üzerinden yapılacaktır. Bu rehberi 14 haftalık eğitim programında yapılan pratik oturumlarda uygulama esnasında sizlere not vermede yardımcı olması için kullanabilirsiniz.

Not: Değerlendirme Formu'ndaki "E9" numaralı başlık bu eğitim programına içerik açısından dâhil değildir. Değerlendirmeye alınmamıştır.

Ek-8

UNSATISFACTORY (U)	NEEDS IMPROVEMENT (NI)	ADEQUATE (A)	CAPABLE (C)	PROFICIENT (P)
Student does not attempt any criterion OR the overall effect is counterproductive to the goal of the skill ² .	Student attempts few criteria OR does not achieve overall goal of the skill ² .	Student attempts criteria AND minimally achieves overall goal of the skill ² .	Student attempts most criteria AND achieves overall goal of the skill ² .	Student completes all criteria AND achieves overall goal of the skill ² .
A. Invest in the Patient				
A1. Create rapport		Notes	Circle one:	
• Address patient appropriately (Mr./Ms./Mrs. or asks how patient prefers to be addressed) • Offer warm greeting • Introduce self (name and role) • Acknowledge known information about patient (if unknown, ask open-ended question)			U NI A C P	
A2. Verify, include, and prioritize patient concerns			U NI A C P	
• Solicit concerns throughout encounter • Repeat patient's concerns in own words • Describe how and when they will address the concerns during the encounter • Let the patient know why an issue won't be covered or who else will address the problem(s)			U NI A C P	
A3. Plan the visit with the patient			U NI A C P	
• Let the patient know what to expect (explain the pharmacist's role for this encounter) • Establish mutual acceptance of visit agenda			U NI A C P	
B: Integrate the Patient's Perspective				
B1. Ask/acknowledge patient's perspective (related to concerns & plan)		Notes	Circle one:	
• Gather relevant information (e.g. perceived causes of problem, importance and implications of treatment/monitoring, impact of disease and therapy on life, values, etc.) • Elicit specific requests (and goals) • Avoid making assumptions or inserting own values (cultural, spiritual, traditions, complementary and alternative medicine, etc.)			U NI A C P	
B2. Affirm and incorporate patient's perspective (related to plan)			U NI A C P	
• Restate patient's perspective in non-judgmental manner • Is transparent when decision is influenced by patient's perspective			U NI A C P	
C. Demonstrate Interest and Empathy				
C1. Acknowledge emotions		Notes	Circle one:	
• Address emotion (does not ignore emotion) • Encourage patient to expand on expression of feeling/emotion • Prompt patient to express emotion as appropriate			U NI A C P	
C2. Respond appropriately to emotion			U NI A C P	
• Respond to patient's verbal and non-verbal cues • Re-direct the conversation tactfully back to the goal of the encounter when needed • Maintain composure in (verbal and non-verbal) reaction to patient expression of feelings and emotion • Display sincerity and is genuine when using statements that connect with the patient • Offer comfort, compassion, reassurance or support (apology, nonverbal, referral, etc.)			U NI A C P	
D. Plan and Educate				
D1. Involve patient in decision-making/plan to the extent he/she desires		Notes	Circle one:	
• Offer and explain options and choices when appropriate • Respond to patient's degree of interest in decision-making • Identify and involve decision/support partners			U NI A C P	
D2. Determine goals with patient			U NI A C P	
• Identify short and/or long-term goals			U NI A C P	
D3. Propose the plan			U NI A C P	
• Provide clear and specific plan • Frame information in terms of patient's original concerns and perspective • Offer rationale for assessments (physical exams, tests) or treatments			U NI A C P	
D4. Assess baseline knowledge of plan			U NI A C P	
• Ask about baseline knowledge or previous experience or biases			U NI A C P	
D5. Explore and discuss patient's level of agreement to plan			U NI A C P	
• Explore capability • Explore acceptability (e.g. adherence barriers, cost, locus of control, access, health beliefs, complexity/convenience of regimen, lack of support, psychological stress, etc.) • Ask permission prior to challenging patient's perspective and acceptability • Provide personalized strategies to overcome barriers • Revise plan based on patient's needs when appropriate			U NI A C P	
D6. Provide education and verify patient understanding			U NI A C P	
• Use education methods appropriate for patient, information, and situation (Teachback, ShowMe™, Universal Precautions, Chunk N' Check, demonstration, use of analogies, etc.) • Incorporate patient's preferred learning styles (written, verbal, electronic, etc.) • Develop patient self-efficacy (allow patient to sense control over their own behavior and environment in order to make appropriate changes).			U NI A C P	
D7. Complete the visit			U NI A C P	
• Provide summary (verbal and/or written) • Encourage questions • Respond to questions • Discuss plan for follow-up (including timeline) • Assure patient of ongoing support and relay how support can be accessed			U NI A C P	
E. Communicate with Finesse				
E1. Maintain rapport		Notes	Circle one:	
• Use conversation to keep patient at ease • Allow patient to talk (do not interrupt or cut off patient) • Demonstrate attentive listening and interest in patient • Suppress own negative reactions • Acknowledge patient's efforts toward understanding key messages, changing behaviors, and improvement			U NI A C P	

UNSATISFACTORY (U)	NEEDS IMPROVEMENT (NI)	ADEQUATE (A)	CAPABLE (C)	PROFICIENT (P)
Student does not attempt any criterion OR the overall effect is counterproductive to the goal of the skill ² .	Student attempts few criteria OR does not achieve overall goal of the skill ² .	Student attempts criteria AND minimally achieves overall goal of the skill ² .	Student attempts most criteria AND achieves overall goal of the skill ² .	Student completes all criteria AND achieves overall goal of the skill ² .
E2. Effective question-style				
• Use open-ended or closed-ended at appropriate times • Use prompts/continuers to encourage expansion when appropriate • Use non-leading or unbiased questions • Phrase questions tactfully • Sequence questions in logical manner • Avoid compounded and/or redundant questions				U NI A C P
E3. Verbal expression				
• Articulate clearly; pronounce accurately • Use proper grammar and vocabulary • Modulate tone, volume, and rate of speech • Use transitions seamlessly and maintain fluency • Reflect patient vernacular without using offensive slang				U NI A C P
E4. Appropriate language to patient's health literacy				
• Use clear and jargon-free language • Use applicable analogies and/or specific examples (verbal or pictorial)				U NI A C P
E5. Non-verbal expression				
• Maintain appropriate eye-contact and spatial relationship • Display suitable posture, body language • Use silence/pauses when appropriate • Avoid annoying habits and disruptive note-taking				U NI A C P
E6. Confidence				
• Confident when stating what one knows or does not know • Function within the boundaries of a pharmacist's responsibilities • Display confidence during encounter				U NI A C P
E7. Professionalism				
• Display appropriate physical appearance, comportment, demeanor, tact, manners, etc.				U NI A C P
E8. Organization				
• Balance patient and pharmacist priorities • Maintain focus • Flexible, yet retains control of interview				U NI A C P
E9. Special considerations (could be N/A)				
• Interpreters, deaf/blind patient • Manage the challenging patient (angry, uncommunicative, sad, frustrated, confused, cognitively-impaired, etc.)			List the situation here:	U NI A C P Not applicable

²Based loosely on the Four "Habits Model" with permission from The Permanente Medical Group
³"Skills" are A1-E9 headings
This tool is not intended to measure accuracy

Ek-9

HASTA ODAKLI İLETİŞİM DEĞERLENDİRME FORMU				
Öğrencinin Adı-Soyadı: Öğrenci Numarası: Lütfen sorulan etkinlik ile ilgili olarak öğrencinin davranışı hangi düzeyde ise o beceri düzeyini işaretleyiniz; her soruya yanıt veriniz.				
BECERİ DÜZEYLERİ				
YETERSİZ (Y)	GELİŞTİRİLMESİ GEREKİR (GG)	VASAT (V)	BECERİ SAHİBİ (BS)	BAŞARILI (B)
Öğrenci hiç bir kriteri yerine getirmemiştir VEYA öğrenci görüşmesinden elde edilen izlenim becerinin hedefine aykırıdır.	Öğrenci çok az kriteri yerine getirmiştir VEYA becerinin genel hedefine ulaşmayı başaramamıştır.	Öğrenci bazı ölçütleri yerine getirmiştir VE becerinin hedefine minimum derecede ulaşmayı başarmıştır.	Öğrenci ölçütlerin çoğunu yerine getirmiştir VE becerinin hedefine ulaşmayı başarmıştır.	Öğrenci tüm ölçütleri yerine getirmiş VE becerinin genel hedefine ulaşmayı başarmıştır.
A. HASTAYLA BAĞLANTI KURMA				
A1. Yakınlık kurma			Notlar	Birini işaretleyiniz
- Hastaya uygun biçimde hitap etti (Bay/ Bayan veya nasıl hitap edilmek isterse). - Hastayı sıcak karşıladı. - Kendini tanıttı (adını ve görevini) - Hasta hakkında bildiklerini (ya da bilinenleri) teyit etti (bilinmiyorsa açık uçlu soru sordu).				Y GG V BS B
A2. Hastanın sorunlarını doğrulama, dikkate alma ve önceliklendirme			Notlar	Birini işaretleyiniz
- Görüşme boyunca hastanın sorunlarını öğrenmeye çalıştı. - Hastanın sorunlarını kendi sözleriyle hastaya tekrar etti. - Görüşme boyunca hastanın sorunlarını nasıl ve ne zaman ele alacaklarını açıkladı. - Sorunun bu görüşme kapsamında neden ele alınamayacağını hastanın anlamasını sağladı ve ilgili problem(ler)i kimin çözebileceğini anlattı.				Y GG V BS B
A3. Görüşmeyi hasta ile beraber planlama			Notlar	Birini işaretleyiniz
- Hastayı bu görüşmeden ne bekleyebileceği ve eczacı olarak kendi rolü hakkında bilgilendirdi. - Hastayla görüşme gündemi üzerinde uzlaşma sağladı.				Y GG V BS B
B. HASTANIN BAKIŞ AÇISININ GÖRÜŞME SÜRECİNE DAHİL EDİLMESİ				
B1. Hastanın bakış açısını sormak/teyit etmek (Kaygılar ve plan ile ilgili)			Notlar	Birini işaretleyiniz
- Duruma ilişkin bilgi edindi. (örn: hastanın sorununun nedenleri, tedavi ve takibin önemi, hastalığın ve tedavisinin günlük yaşantısına olan etkisi, değerleri gibi konulardaki düşünceleri/algıları) - Hastanın özel taleplerini (ve amaçlarını) ortaya çıkardı. - Kendi değerlerini ortaya koymaktan ve varsayımlarda bulunmaktan kaçındı. (kültürel, dini, geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp vs.)				Y GG V BS B
B2. Hastanın bakış açısını doğrulama ve görüşme sürecine dâhil etme (plana ilişkin)			Notlar	Birini işaretleyiniz
- Hastanın görüşünü yargılayıcı olmayan bir tarzda yeniden ifade etti. - Hastanın bakış açısının kararı etkilemesi durumunda şeffaflığını korudu.				Y GG V BS B
C. İLGİ VE EMPATİ GÖSTERME				
C1. Duyguları önemseme			Notlar	Birini işaretleyiniz
- Hastanın duygularını önemsendi/değindi. (duygularını göz ardı etmedi.) - Hastanın duygularını gösterebilmesi için onu cesaretlendirdi. - Hastayı duygularını ifade etmesinin uygun olduğu konusunda teşvik etti.				Y GG V BS B
C2. Duygulara uygun yanıtlar verme			Notlar	Birini işaretleyiniz
- Hastanın sözlü ve sözsüz iletilerine karşılık verdi. - Gerektiğinde konuşmayı zarifçe yeniden görüşmenin amacına yöneltti. - Hasta duygu ve hislerini ifade ettiğinde (sözlü ve sözsüz olarak) tepki verirken soğukkanlılığını/sakinliğini korudu. - Hastaya ilgili konuşurken içten ve dürüst davrandı. - Sempati belirten anlamsız ifadelerden kaçınma. - Hastaya konfor, şefkat, güven veya destek sundu. (gönül alma, sözsüz destek, yönlendirme vs.) - Dokunma, yüz ifadeleri				Y GG V BS B

D. PLAN VE EĞİTİM		
D1. Hastanın karar sürecine istediği ölçüde dahil edilmesi	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Gerekli olduğunda seçenekler ve seçimler önerdi ve bunları açıkladı. - Hastanın karar verme sürecine katılma konusundaki ilgi düzeyine uygun biçimde davrandı. - Karar/ destek paydaşları olup olmadığını saptadı.		Y GG V BS B
D2. Hedeflerinin hasta ile birlikte belirlenmesi	Notlar	Birini işaretleyiniz
Kısa ve/ veya uzun vadeli hedefler konusunda karşılıklı fikir birliğini sağladı.		Y GG V BS B
D3. Planı önerme	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Açık ve özgün bir plan ortaya koydu. - Hastanın özgün sorunları ve bakış açısı çerçevesinde bilgileri düzenledi. - Tedavinin veya değerlendirmelerin (laboratuvar tetkikleri, fiziksel muayeneler) gerekçelerini belirtti.		Y GG V BS B
D4. Plan ile ilgili temel bilginin değerlendirilmesi	Notlar	Birini işaretleyiniz
Hastaya daha önceden edindiği bilgi/deneyim veya önyargıları olup olmadığını sordu.		Y GG V BS B
D5. Hastanın planı kabul etme düzeyinin belirlenmesi ve tartışılması	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Uygulanabilirliği araştırdı. - Hastanın kabulünü (uyuncunu) inceledi. - Uyuncu sorunları, maliyet, kontrol odağı, erişim, sağlık inanışları, doz rejiminin karmaşıklığı/ uygulanabilirliği, destek yokluğu, psikolojik stres vs. - Hastanın görüşünü ve planı kabul edebilirliğini sorgulayabilmek/tartışabilmek için izin istedi. - Engellerin üstesinden gelebilmek için kişiye özel stratejiler sundu. - Uygun olması halinde hasta ihtiyaçları doğrultusunda planı yeniden gözden geçirdi.		Y GG V BS B
D6. Hastayı eğitme ve hastanın anladığının doğrulanması	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Hasta, bilgi ve duruma uygun eğitim yöntemini kullandı. (tekrarlatma, gösterme, uygulamalı, analogi kullanma vs.) - Hastanın tercih ettiği öğrenme tarzını benimsedi ve ona uydu. (yazılı, sözlü, elektronik ortamda vs.) - Hastanın öz yeterliliğini geliştirdi.		Y GG V BS B
D7. Görüşmenin tamamlanması	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Görüşmeyi (sözlü ve/ veya yazılı olarak) özetledi. - Hastayı soru sorması için cesaretlendirdi. - Hastanın sorularını yanıtladı. - Takip süreci için planı tartıştı (zamanlama çizelgesi dahil). - Hastaya desteğin devamlılığı konusunda güvence verdi ve bu desteğe nasıl ulaşacağını anlattı.		Y GG V BS B
E. İNCELEKLE İLETİŞİM		
E1. Dostane ilişkinin sürdürülmesi	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Rahat etmesi için hastayla sohbet etti. - Hastanın konuşmasına olanak sağladı. - Konuşmasını kesmedi ya da hastayı susturmadı vs. - Hastayı etkin dinledi ve ona ilgi gösterdi. - Hastaya karşı olumsuz tepkilerini baskıladı. - Hastanın verilen önemli mesajları anlamaya, tutum değiştirmeye, yönelik çabalarını ve gösterdiği gelişmeyi takdir etti.		Y GG V BS B
E2. Etkili soru sorma	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Açık ve kapalı uçlu soruları doğru zamanlarda sordu. - Semptomları gözden geçirirken ve takip soruları için kapalı uçlu sorular; diğer tüm zamanlarda ise açık uçlu sorular - Tesvik edici/sürdürücüleri uygun durumlarda hastanın açılmasını desteklemek için kullandı. - Yönlendirmeyen ve çelişkili olmayan sorular sordu. - Hastaya nazıkçe soru sordu. - Soruları mantıklı bir sıraya göre sordu. - Karmaşık ve gereksiz sorular sormamaya özen gösterdi.		Y GG V BS B

E3. Sözlü iletişim	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Açık ve anlaşılır bir dil kullandı. - Dilbilgisini uygun kullandı. - Ses tonu, yüksekliği ve konuşma hızını ayarladı. - Konular arası geçişler akıcı ve kesintisizdi. - Saldırgan bir argoya yönelmeksizin hastanın dil düzeyini yansıttı.		Y GG V BS B
E4. Hastanın sağlık okuryazarlığına uygun dil kullanımı	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Tıbbi terim kullanmadan açık ve anlaşılır konuştu. - Uygun benzetmeler kullandı ve/veya özel örnekler verdi. - Sözel/şekilsel		Y GG V BS B
E5. Sözsüz iletişim	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Hasta ile uygun göz teması ve mekânsal ilişki kurdu ve sürdürdü. - Mesafe, seviye, engelleri elimine etme vs. - Uygun beden duruşunu-dilini ortaya koydu. - Gerektiğinde sessizliği ve duraksamaları kullandı. - Rahatsız edici tiklerden/davranışlardan ve rahatsız edecek biçimde not tutmaktan kaçındı.		Y GG V BS B
E6. Kendine güven	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Bildiklerini ve bilmediklerini dile getirirken kendine güvenliydi. - Eczacının sorumluluk sınırları dahilinde eylemde bulundu. - Görüşme esnasında kendine güvenli davrandı.		Y GG V BS B
E7. Profesyonellik	Notlar	Birini işaretleyiniz
Uygun; fiziksel görünüm, tutum/davranış, nezaket, etiket kuralları sergiledi.		Y GG V BS B
E8. Organizasyon	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Eczacının ve hastanın önceliklerini dengelemeye çalıştı. - Odağını korudu. - Esnek davrandı; ancak görüşmeye hâkimiyeti de korudu.		Y GG V BS B
E9. Özel durumlar	Notlar	Birini işaretleyiniz
- Sağır/görme engelli hasta, çevirmenler - Zorlu hastaları yönetti. (kızgın, iletişimi düşük, üzgün, kaygılı, kafası karışık, bilişsel olarak engelli vs.)		Y GG V BS B

**STANDARDİZE HASTA SENARYOSU ECZACI-HASTA
DANIŞMANLIĞINDA TAKİP SÜRECİ
SENARYOSU- SH YÖNERGESİ**

Hastanın Adı: ŞÜKRAN UYUMAZ ♀ veya MUSTAFA KOYUNLU ♂

Yaşı: 45

Medeni Hali: Evli 2 çocuk sahibi

Eğitimi: Kendi durumunuz

Yaşadığı Yer: Ankara

Olgu özeti:

Geceleri uykunuzdan uyandıran kuru öksürük ve hırıltılı solunum şikâyeti ile iki hafta önce doktora gittiniz. Doktor astımdan şüphelenerek gerekli tetkikleri yaptı ve astım teşhisi koydu. Astım ile ilgili bir koruyucu bir de rahatlatıcı iki ilaç reçete etti. İki hafta önce ilaçlarınızla ve tedavi sürecinizle ilgili gerekli danışmanlığı eczanızdan aldınız ve ilaçlarınızı kullanmaya başladınız. Yoğun bir tempo ile çalıştığınız ve yazılan ilaçları düzenli kullanabileceğiniz konusunda da tereddütleriniz vardı, ancak eczacınızın verdiği bilgiler sayesinde ilaçlarınızı düzenli kullanmak konusunda isteklisiniz. İki hafta sonrasında eczacınızla ilaçlarınız ve tedavi sürecinizle ilgili görüşmeye gittiniz.

Tedaviye Başlamadan Önceki Duygu ve Davranışlarınız

Astım teşhisi öncesi kronik hiçbir hastalığınız yoktur. Hem kendinizi hem de ailenizi rahatsız edecek boyuta ulaşan şikâyetleriniz sebebiyle üzgündünüz. Yer yer nefes alma güçlüğü çektiğiniz zamanlarda korkuya kapılıyordunuz. Geceleri ve genellikle sabaha karşı tutan öksürük krizi ise hem sizi hem de eşinizi rahatsız ediyordu. İki çocuğunuz da sizin için endişe ediyordu. 3 haftayı aşan süre ve göğsünüze inen bir grip yaşamıştınız. Önemsemeyerek geçeceğini düşünmüştünüz. Ancak göğsünüzde duyduğunuz hırıltı sesi ve öksürük krizlerine daha fazla dayanamayarak doktora gittiniz.

Duygu ve davranış tanımları

Pembe olan ilacınız (Miflonide) size bazı yan etkiler yaşattı. Her kullanımdan sonra ağzınızda yaralar oluştu. Eczacınız iki hafta önceki görüşmenizde bu ilacı kullandıktan sonra ağzınızı su ile çalkalamanız gerektiğini söylemişti, fakat siz bunu biraz aksatıyorsunuz. Yaralardan tedirgin olduğunuz için bu ilacı kullanmayı 4 gündür bıraktınız. Diğer mavi olan ilacı (Ventolin) kullanmaya devam ediyorsunuz.

Miflonide'in düzenli kullanılması gerektiği ve düzenli kullanılırsa astım ataklarınızı kontrol altına alabileceğini hatta tamamen geçirebileceğini bilerseniz, düzenli kullanırdınız. Aynı zamanda Ventolin'e olan ihtiyacınız da çok arttı (Neredeyse her gün). Ağzınızı bol suyla çalkalamaya özen gösterdiğinizde ağız içi yaralarınız da geçecektir.

DİYALOG

Eczacı: Hoş geldiniz Şükran Hanım (Mustafa Bey)

Hasta: Hoş bulduk Eczacı bey-hanım.

Eczacı: Nasılsınız? Planladığımız gibi bugün astım ilaçlarınız hakkında konuşacağız.

Hasta: Çok teşekkür ederim, kendimi çok değerli hissettim.

Eczacı: İlaçlarınızı kullanmaya başlayabildiniz mi?

Hasta: Evet tabii kullanıyorum.

Eczacı: Nasıl gidiyor peki?

Hasta: Gayet iyi eczacı bey-hanım.

Eczacı: Geçen sefer tedirgindiniz kullanmak konusunda şimdi nasılsınız?

Hasta: İyiyim iyiyim beni çok güzel bilgilendirmiştiniz. İnhalerlerime ben de alıştım.

Eczacı: Peki sizce iyi geliyor mu size?

Hasta: Yani pembe olan değil ama mavi olanı çok sık güzel bir şekilde kullanıyorum.

Eczacı: Pembe olanın iyi gelmeme sebebi nedir peki? **(Soru sormalı)**

Hasta: Ağzımda yaralar oluşuyor her kullandığımda 4 gündür kullanmayı kestim.

Eczacı: Peki bana iki ilacı da nasıl kullanacağınızı tarif edebilir misiniz? (Ağzınızı suyla çalkalıyor musunuz? diye de sorabilir. O zaman ** a geç)

Hasta: Pembe olanı sabah akşam birer nefes alıyordum. Ağzımda yara olalı kestim tabii de, diğerini de ne zaman sıkışırsam, öksürük krizim gelirse kullanıyorum. Bayağı iyi geldi o mavi olan. **(SİZİ BURADA YARGILAMAZSA MUTLU OLUN. ÖĞRENCİ İLETİŞİM ENGELİ KULLANMAMALI.)**

Eczacı: Günde kaç kere kullanıyorsunuz peki?

Hasta: Dün 5 kere filan kullandım mesela.

Eczacı: Anladığım kadarıyla Miflonide'i kestiniz ağzınızda yara oluyor diye, öbürünü ne zaman rahatsız olursanız kullanıyorsunuz.

Hasta: Aynen öyle! Pembe çok da önemli gelmedi bana sonuçta o eski hırıltı, öksürük krizi geçti ya çok mutluyum.

Eczacı: Şükran Hanım (Mustafa Bey), pembe olan inhalerinizi kullandıktan sonra ağzınızı suyla çalkalıyor musunuz?

****Hasta: Açıkçası bazen sabah evden telaşla çıkınca ağzımı çalkalamayı unutuyorum.**

Eczacı: Ağzınızdaki yaralar bu sebeple oluşmuştur muhtemelen. Bu pembenin düzenli kullanımı astım ataklarınızı kontrol altına almak, azaltmak ve hatta ileride geçirebilmesi açısından çok önemli. Eğer mavi olanı çok sık kullanırsanız bu sefer de başka yan etkileri olabilir. Dilerseniz şöyle yapalım mı, siz bunu banyoya koyun ve sabah da akşam da dişinizi fırçalamadan önce kullanın ve ardından da dişinizi zaten fırçalayacaksınız böylelikle ağzınızı da çalkalamış olursunuz. Nasıl olur? **(ÖĞRENCİ, PEMBE İLACIN GEREKLİLİĞİ KONUSUNDA BİLGİ VERMELİ, UNUTMAMANIZ İÇİN SİZE PLAN ÖNERMELİ VE SİZİN İÇİN DE UYGUNLUĞUNU ARAŞTIRMALI.)**

Hasta: Doğru diyorsunuz böyle yapayım. Bilmiyordum ki bunu düzenli kullanmamanın bu kadar önemli olduğunu. Ben sanıyordum ki öksürüğümü geçirince sorun yok.

Eczacı: Aynen öyle pembenin düzenli kullanımı sonucu ataklarınız azalacak. Son bir kez de bana ilaçlarınızı nasıl kullandığınızı gösterebilir misiniz? Biliyorsunuz bunların doğru kullanımı da etki görmeniz açısından çok önemli. **(ÖĞRENCİ, İNHALERİNİZİ NASIL KULLANDIĞINIZI GÖSTERMENİZİ VEYA ANLATMANIZI İSTEMELİ)**

Hasta: Tamam der ve gösterir ya da anlatır.

Eczacı: Son olarak toparlamak gerekirse, artık pembe ilacınızın ne kadar önemli olduğunu biliyorsunuz ve sabahları ve akşamları diş fırçalamadan önce birer kere kullanıp ağzınızı çalkalıyorsunuz. Eğer hala ağzınızda yaralar mevcut olursa bana ya da hekime gitmeniz de fayda olacaktır belki ilaç değişimi yapılması gerekir. Bana başka sormak istediğiniz bir şey var mı?

Hasta: Çok teşekkür ederim. Bana çok önemli bilgiler verdiniz. Beni çağırmasaydınız yanlış şekilde kullanacaktım ilacımı. Görüşmek üzere.

Eczacı: İyi günler.

GERİ BİLDİRİM

1. Beni takip ettiniz ve benimle ilgilendiniz.
2. İlacımın düzenli kullanmam gerektiğini bilmiyordum, bana verdiğiniz bilgiler ışığında şimdi düzenli kullanırsam ataklarımın azalacağını biliyorum.
3. Ağzımı çalkalamayı unutuyordum dediğimde ve yan etkileri anlattığımda beni yargılamadan, bana özel birkaç öneride bulundunuz ve benim için uygun olanı seçmem konusunda özen gösterdiniz. Beni önemseyişinizi hissettim.

4. İnhalerlerin kullanımını bana tekrar gösterdiniz böylelikle işinizi ne kadar titiz yaptığınızı görmek beni size bağladı. İşini severek ve iyi yapan bir eczacıdan bilgi aldığımı hissettim.
5. Eğer günlük hayatınızla ilgili (spor vs.) fazladan bilgi verirse de, benim hayat tarzıma özel sorular sorup öneriler vermeniz ayrıca çok mutlu etti. Sadece ilacı vermek değil hastayla ilgilendiğinizi görmüş oldum.

Eğer bunların çoğunu yapmazsa;

Yine de geri bildirimde beni çağırmanız beni çok mutlu etti. Kendimi eczacım tarafından çok önemseniyormuş gibi hissettim. Beni dinlediniz bana sorular sordunuz ve bunlar beni anlamaya çalıştığınızı bana gösterdi. Eğer pembe ilacın gerekli olduğunu iyi (sonuç beklentisi ve beklene yarar) ifade edemezse, pembe ilacı kullanmak konusunda hala kararsız hissediyorum, çünkü yan etkinin geçeceğine olan inancım oluşmadı, şeklinde bir geri bildirim verilebilir.

ÖĞRENCİ GERİBİLDİRİM FORMU

Sevgili öğrencim,

2016-2017 Eğitim-Öğretim Güz döneminde “Eczacı-Hasta İletişimi ve Danışmanlık Becerileri Eğitim Programı” hakkındaki görüşlerin, bu eğitimin daha kaliteli hale gelebilmesi açısından önemlidir. Lütfen aşağıdaki ifadeleri ve boşlukları dönem boyunca edindiğin izlenimler doğrultusunda, kendine en uygun olan şıkkı seçecek şekilde işaretle ve doldur.

Eğitim ve meslek yaşantında başarı dileklerimle...

Gizem GÜLPINAR

Bölüm.1.

Cinsiyet: Kadın ☐ Erkek ☐

Bu dönem aldığın seçmeli ders sayısı:.....

Varsa alttan aldığın ders sayısı:.....

Bölüm.2.

1. Hiç Katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle Katılıyorum	1	2	3	4	5
Standart hastalar bu eğitim programı için olmazsa olmazdı.					
Standart hastalar eğitim süresi boyunca bana saygılı davrandığını düşünüyorum.					
Standart hastalardan geri bildirim almaktan mutlu oldum.					
Standart hastalardan aldığım geri bildirimlerin beni geliştirdiğini düşünüyorum.					
Eğiticiden geri bildirim almaktan mutlu oldum.					
Eğiticiden aldığım geri bildirimlerin beni geliştirdiğini düşünüyorum.					
Standardize hastalarla yapılan uygulamalar teorik ders içeriklerini yansıtıyordu.					
Standardize hastalarla yapılan uygulamalarda teorik bilgimi rahatlıkla kullanabildim.					
Standardize hastalarla yapılan uygulamalar problem çözme becerimi arttırdı.					
Standardize hastalarla yapılan uygulamalardan keyif aldım.					
Bu eğitim programında standardize hastaların kullanılması, beni gerçek hayata hazırladığını düşünüyorum.					
Bu eğitim programı sayesinde iletişim becerilerimin geliştiğini düşünüyorum.					

Bu eğitim programının müfredatta yer alması gerektiğini düşünüyorum.					
Bu eğitim programının küçük grupla yürütülmesinden keyif aldım.					
Küçük grupla çalışmak bana göre değildi.					
Standart hastalarla çalışmak bana göre değildi.					
Bu eğitim programının etkili olabilmesi için eğiticinin performansının önemli olduğunu düşünüyorum.					
Bu eğitim programının daha etkili olabilmesi için sınıfta daha çok konuşma şansımızın olmasını istedim.					
Bu eğitim programının etkili olabilmesi için standart hastalarla daha çok uygulama yapmak istedim.					
Bu eğitim programının daha etkili olabilmesi için sınıf içi rol-play'lere daha çok zaman ayrılması gerektiğini düşünüyorum.					
Bu eğitim programının finali yalnızca standart hastalarla yapılan uygulama üzerinden değerlendirilmemeli diye düşünüyorum.					
Bu eğitim programını daha önceki yıllarda almak istedim.					

Bölüm.3.

Eğitim programı için hazırlanmış senaryolar,

Bu eğitim programındaki teorik dersler,

Standart hastadan aldığım geri bildirim,

Eğiticiden aldığım geri bildirim

Bence bu grup çalışması,

Bu eğitim programından elde ettiğim en önemli şey,

Bu eğitim programı sırasında unutmayacağım en güzel hatıram;

Bu eğitim programı sırasında unutmayacağım en kötü hatıram;

Bu eğitim programının daha verimli olabilmesi için

Bu eğitim programında keşke,

Laboratuvar uygulamalarında keşke,

Eğiticiiden öğrendiğim en önemli şey

Eğiticinin geliştirmesi gereken yönü,

Bu dersin ilk günü ile şu anı karşılaştırdığımda,

değişti.

Bu dersin ilk günü ile şu anı karşılaştırdığımda,

değişmedi.

Bu eğitim beklentilerimi,

sebeplerle karşıladı.

Bu eğitim beklentilerimi,

sebeplerle karşılamadı.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Gizem
Soyadı: GÜLPINAR
Doğum yeri ve tarihi: 26/09/1986
Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti
Medeni durumu: Evli
Askerlik durumu: -
İletişim adresi ve telefonu: (Ev) Yıldızevler Mahallesi 378.cadde Havuzlubağ Sitesi B1 Blok No:17 Çankaya-Ankara
(İş) Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı Tandoğan-Ankara
0536 540 20 61 (cep)
0312 203 31 28 (iş)

II- Eğitimi

2009 -2011 Ankara Üniversitesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Eğitimi)
2004 - 2008 Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi (Lisans Eğitimi)
2001 - 2004 Özel Yücen Fen Lisesi (Lise)
1997 - 2001 Özel Yüce Koleji (Ortaöğrenim)
1992 – 1997 Ahmet Vefik Paşa İlköğretim Okulu (İlköğrenim)

Yabancı Diller: İngilizce (İleri Seviye)

III- Unvanları

2011- Uzman Eczacı

IV- Mesleki Deneyimi

2010 – halen devam ediyor Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık
İşletmeciliği Araştırma Görevlisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Mezunları Derneği

Ankara Eczacı Odası

Türkiye Biyoetik Derneği

Tarım ve Gıda Etiği Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

1- Ulusal dergilerde yayımlanmış makaleler:

Uzun MB, **Gülpınar G**, Özçelikay G. Türk Eczacılığına Önemli Katkısı Olan Bir Asker: Prof.Dr. Gen. Enver İzgü, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 2016; 24(1): 30-4

Gülpınar G, Uzun MB, Yalın NY. Sosyal Güvenlik Kurumu uygulamalarının serbest eczacıların iş doyumuna üzerine etkisi: kalitatif bir çalışma. Turkish Journal of Bioethics, 2015; 2(1), 36-46.

Gülpınar G, Uzun MB, Özçelikay G. Views of the academic members in Ankara University Faculty of Pharmacy about pharmacy ethics education. Türkiye Klinikleri J Pharm Sci, 2015, 4(1), 1-8.

Gülpınar G, Özçelikay G. OTC Drug Regulations in Turkey: The Opinions of Community Pharmacists and Drug Industry. Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences, 2015; 12(3),18-29.

2- Uluslararası dergilerde yayımlanmış makaleler:

Uzun MB, **Gülpınar G**, Özçelikay G. The Situation Of Curriculums of Faculty Of Pharmacies In Turkey. Marmara Pharmaceutical Journal, 2017; 21(24530): 183-189

3- Ulusal sempozyum / kongre / konferans / kurultay bildirileri:

Gülpınar G, Özçelikay G. İletişim Öğretilebilir mi?. 3. Uluslararası İlaç ve Eczacılık Kongresi, 26-29 Nisan 2017, İstanbul, Türkiye

Dolu S, **Gülpınar G**, Uzun MB, Özçelikay G. Türkiye’de Eczanelerde İlaç Dışı Ürünlerin Satışında Eczacının Etik Sorumluluğu. 13. Türkiye Eczacılık Kongresi, 21-24 Aralık, İstanbul, Türkiye

Uzun MB, **Gülpınar G**, Kılıcdağı Y, Özçelikay G, Ankara University Faculty of Pharmacy Graduates Opinions About Undergraduate Education. 22nd EAFP CONFERENCE 12 - 13 - 14 May 2016 Faculty of Pharmacy - University Paris-Sud · France POSTGRADUATE STUDIES IN PHARMACY EDUCATION.

Keçeli Y, **Gülpınar G**, Özçelikay G, Drug Marketing Strategies In Turkey: An Ethical Evaluation Of Antihypertensive Drugs Registered Between 2005-2013. 22nd EAFP CONFERENCE 12 - 13 - 14 May 2016 Faculty of Pharmacy - University Paris-Sud · France POSTGRADUATE STUDIES IN PHARMACY EDUCATION.

Uzun MB, **Gülpınar G**, Özçelikay G. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 1.Sınıf Öğrencilerinin Meslek Tercihine Etki Eden Faktörler ve Eczacılık Mesleğinin Geleceği Hakkındaki Düşünceleri, I. Ulusal Eczacılık Eğitimi ve Akreditasyon Kongresi, 9-10 Mayıs 2016, Hacettepe Kültür Merkezi, Ankara.

Gülpınar G, Uzun MB, Özçelikay G (2015). The Comparison of Two Methods Used In Ethics Courses In Ankara University Faculty Of Pharmacy. ISOPS 11th International Symposium on Pharmaceutical Sciences, June 9-12, Ankara

Uzun MB, **Gülpınar G**, Özçelikay G (2015). The effects of Social Security Institution implementations on community pharmacists' job satisfaction: a qualitative study. ISOPS 11th International Symposium on Pharmaceutical Sciences, June 9-12, Ankara

Süzen B, Uzun MB, **Gülpınar G**, Özçelikay G (2015). Drug Labeling Systems In Public Hospitals. ISOPS11th- International Symposium on Pharmaceutical Sciences, June 9-12, Ankara

Uzun MB, **Gülpınar G**, Özçelikay G (2015). Farmakogenomi ve geleceği: İlaç ve genin kesiştiği noktada ortaya çıkabilecek etik sorunlar. VII. Türkiye Biyoetik Derneği Uluslararası Kongresi, 9-12 Nisan, Ankara

Aykaç G, Uzun MB, Gülbin Özçelikay (2015). Eczacı Meslek Hakkı ve Etik. 6. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu. 23-26 Eylül, Van.

Uzun MB, **Aykaç G**, Özçelikay G. (2015). Hasta Güvenliği Açısından E-Reçete. 6. Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu. 23-26 Eylül, Van.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

1- Ödüller

13. Türkiye Eczacılık Kongresi, 21-24 Aralık, İstanbul, Türkiye, Poster İkincilik Ödülü

2- Proje:

Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinatörlüğü BAP doktora tez projesi

VIII- Diğer Bilgiler

1- Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve Katıldığı eğitim seminerleri

Etkili İletişim Becerileri Eğitimi- Atölye Tempo. 14-15, 21-22 Temmuz 2016, Ankara

Joint American University of Sovereign Nations- Turkish Bioethics Association
Intensive Bioethics Course, 5-6th. June, 2016, Ankara

Geliştirilmiş Eğitim Programı Eğitimi- Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, 4-6
Ocak 2016, Ankara

Klinik Araştırma Etiği ve Klinik Araştırma Başvuru Dosyalarının Etik Kurullarda
Değerlendirilmesi- Türkiye Biyoetik Derneği. 28-29 Mart 2015, Ankara

Bilimsel Proje Yazma Eğitimi- Ankara Eczacı Odası. 20-22 Şubat 2015, Ankara

2- Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar

12th International Symposium on Pharmaceutical Sciences, June 26-29, 2018. Ankara,
Turkey. Organizasyon Komitesi Üyeliği