

7. BÖLÜM

Acil Serviste Geri Bildirim

David A. Wald

Department of Emergency Medicine; William Maul Measey Institute for Clinical

Çeviri: Doç. Dr. Mehmet Ali KARACA

Deneyimli ve yeni eğitimciler için kaliteli geri bildirim uyarıcı bir özellik taşımaktadır. Bunu göz önünde bulduğunuzda, geri bildirim tıbbi eğitim sürecinin önemli bir parçasıdır. Yapıcı, yargılamayan bir geri bildirim etkileri uzun sürelidir. Doğru gerçekleştirilen geribildirim, öğrencinin tutum ve davranışlarını şekillendirmeye yardımcı olabilecek ikna edici bir öğretim aracı olabilir. Ende [1] tarafından açıklandığı gibi, klinik tıp eğitiminin oluşturulmasında geri bildirimler, öğrencinin, aynı ya da benzer faaliyette gelecekteki performanslarını yönlendirmek amacıyla spesifik bir etkinlikteki performansını açıklayan bilgiler anlamına gelir.

En uygun geri bildirim öğrenciler için tanımlayıcı bilgiler içerir ve tarafsız bir gözlemci tarafından gerçekleştirilir. Ancak, eğitmenler aynı zamanda değerlendirme sürecinde bulunduğu için bu desteklenmesi zor bir dayanaktır. Bu nedenle, eğitmenin geribildirim ve değerlendirme arasındaki farkı biliyor olması önemlidir [2]. Geri bildirim, yatak başı ya da klinikte çalışma, shift ya da rotasyondan sonra gerçek zamanlı olarak gerçekleştirilen biçimlendirici bir süreçtir. Öte yandan değerlendirme, belirli öğrenme hedeflerine ulaşma ile ilgili bir performans özeti sağlar ve bir stajyerlik veya rotasyon notu oluşturma ile ilişkilidir. Değerlendirme süreci öğretim üyesine yargılama sorumluluğu da yüklemektedir. Geri bildirim ve değerlendirme açıkça farklı olmakla birlikte, zaman zaman biçim ve niyetlerinde bir örtüşme bulunur. Her ikisi de tıp eğitimi sürecinin ilerlemesinde ve öğrenci eğitiminde önemlidir. Öğrencinin ilgisini göz önünde bulundurarak, geri bildirim veren eğitmenin temel amacı öğrencinin kendi performansını objektif değerlendirmesini sağlamak olmalıdır. Geri bildirim sağlanırken, eğitmen iyi yapılmış bir işi güçlendirmeye odaklanmalı, öğrenciyi zayıf alanları konusunda uyarmalı ve öğrencinin klinik performansını nasıl iyileştireceği konusunda yönlendirme veya tavsiyede bulunmalıdır [3]. Geri bildirim olmazsa, hatalar düzeltilemez

Practical Teaching in Emergency Medicine, İkinci Baskı. Düzenleyen: Robert L. Rogers, Amal Mattu, Michael E. Winters, Joseph P. Martinez ve Terrence M. Mulligan. © 2013 John Wiley & Sons, Ltd. 2013'te John Wiley & Sons, Ltd. tarafından yayımlandı

tarafından ortaya konulan ortak program gerekliliklerinde (Temmuz 2007'den itibaren geçerli olmak üzere) açıklanmıştır [17].

Eğitmen/stajyer geliştirme

Diğer herhangi bir yetenek gibi, etkili geri bildirim sağlama tekniği de eğitim ve pratik gerektirir. Bununla birlikte, iyi niyetli bireysel eğitimcilerin, eğitim sürecine bağlı kalmaksızın AS' te anlamlı bir düzeyde geri bildirimini gerçekleştirmesi olası değildir. AS' in hızlı tempolu ortamında öğretim ve geri bildirim için özel olarak tasarlanmış materyal bulunmamaktadır [18-20]. Eğitim, müfredatın bir parçası olarak geribildirim koçluğu (örn. Stanford Fakülte Geliştirme Programı) ve bölüm veya tıp fakültesi destekli fakülte geliştirme kursları dahil olmak üzere fakülte geliştirme programlarından elde edilebilir. Stajyerler, etkili geribildirimde bulunma konusunda bir modül içeren bir Acil Tıp için "Öğretmen gibi asistan" müfredatından yararlanabilirler [19].

Sonuç

Geri bildirim, tıbbi eğitim sürecinin önemli bir parçasıdır ve tıp öğrencilerinin ve kursiyerlerinin mesleki gelişimini ilerletebilir. Yoğun ve zaman zaman kaotik AS ortamında bile, eğitimciler özetlenen stratejileri kullanarak etkili geri bildirim sağlayabilir ve geribildirim sağlanmasını diğer öğrenme zamanlarına dahil edebilirler. Bireysel eğitimciler, öğrenme sürecini geliştirmek ve öğrencilerin ve kursiyerlerin gelecekteki performansını yönlendirmek için çeşitli geri bildirim sağlama yöntemlerinden birini seçebilirler.

Özet noktalar

- 1 Geri bildirim tanımlayıcı, tarafsız ve belirli gözlemlere dayanmalıdır.
- 2 Geri bildirim, öğrencinin performansının objektif bir değerlendirmesini sağlamalıdır.
- 3 Geri bildirim, öğrencinin davranışındaki değişikliği teşvik etmeyi amaçlamalıdır.

Kaynaklar

1. Ende J. Feedback in clinical medical education. JAMA 1983; 250:777-781.
2. Quattlebaum T. Techniques for evaluating residents and residency programs. Pediatrics 1996; 98(6 Part 2): 1277-1283.
3. Lucas JH, Stallworth JR. Providing difficult feedback: TIPS for the problem learner. Fam Med 2003; 35(8): 544-546.

4. Sheehan JT. Feedback: giving and receiving. *J Med Educ* 1984; 59: 913.
5. Hewson M, Little M. Giving feedback in medical education: verification of recommended techniques. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 111–116.
6. Branch W, Paranjabe A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Acad Med* 2002; 77: 1185–1188.
7. Ward M, Gruppen L, Regehr G. Measuring self-assessment: current stat of the art. *Adv Health Sci Educ* 2002; 7: 63–80.
8. Hodges B, Regehr G, Martin D. Difficulty in recognizing one's own incompetence: novice physicians who are unskilled and unaware of it. *Acad Med* 2001; 76: s87–s89.
9. Gil D, Heins M, Jones P. Perceptions of medical school faculty members and students on clinical clerkship feedback. *JMed Educ* 1984; 59: 856–864.
10. Furney S, Orsini A, Orsetti K, et al. The one minute clinical preceptor. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 620–624.
11. Wald DA, Barrett J. Procedural observation of medical students: is there a relationship between direct observation and procedural instruction and assistance? *Acad Emerg Med* 2004; 11: 500.
12. Schum T, Krippendorf R, Advanced Education Faculty Development Group. Feedback notes: a system for feedback to students and residents. *Acad Med* 2000; 75(5): 556–557.
13. Prystowsky J, DaRosa D. A learning prescription permits feedback on feedback. *Am J Surg* 2003; 185: 264–267.
14. Paukert J, Richards M, Olney C. An encounter card system for increasing feedback to students. *Am J Surg* 2002; 183: 300–304.
15. Manthey D, Coates W, Ander D. Report of the task force on national fourth year medical student emergency medicine curriculum guide. *Ann Emerg Med* 2005; 47: e1–e7.
16. Liaison Committee on Medical Education. Functions and Structure of a Medical School. Updated May 2011. Available at: [www.lcme.org / functions2011may.pdf](http://www.lcme.org/functions2011may.pdf). Accessed November 15, 2011.
17. Common Program Requirements. July 1, 2011. Available at: www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/dh_dutyhoursCommonPR07012007.pdf. Accessed November 15, 2011.
18. Richardson BK. Feedback. *Acad Emerg Med* 2004; 11(12): e1–e5.
19. Farrell SE, Pacella C, Egan D, et al. Resident-as-teacher: a suggested curriculum for emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2006; 13(6): 677–679.
20. Henderson P, Ferguson-Smith AC, Johnson MH. Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback. *BMC Med Educ* 2005; 5(1): 11.