



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PROFESYONELLİK MİNİ-DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN
TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

ALİ İHSAN TAŞCI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

PROF. DR. ESRA AKDENİZ

TIP EĞİTİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL- 2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ali İhsan Taşçı

TEŞEKKÜR

Severek yaptığım hekimlik yıllarımda sağlık hizmeti yanında sağlık eğiticiliği görevlerinde bulunma imkanlarım oldu. Usta-çırak öğrenme modeliyle hem öğrendim hem de öğretmeye gayret ettim. Yıllar sonra eğitim adına yaptıklarımızı sorgularken tıp eğitimi bilimi ile tanıştım, bireysel okumalarla ve kurslar ile öğrenmeye çalıştım. Nihayet Marmara Üniversitesi, Tıp Eğitimi anabilim dalı, tıp eğitimi doktora programına kabul edildim. Öğrendikçe ilgim arttı. Kendimde ve eğiticilik görevlerimde değişimleri hissettim.

Doktora eğitimine bağlamam ve süreçte gelişen engelleri aşmamda desteğim olan eşime, eğitim sürecinde kendilerinden öğrenme fırsatı bulduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Ali Gülpınar'a, Prof. Dr. Özlem Sarıkaya'ya, Doç. Dr. Sinem Yıldız İnanıcı'ya, öğrenci arkadaşlarıma ve tez süreçlerinde yakın ilgisini ve olumlu yaklaşımlarını hissettiren tez danışmanım sayın Prof. Dr. Esra Akdeniz'e, teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Profesyonelliğe Bakış.....	6
4.1.1. Sosyolojik bakış.....	6
4.1.2. Eğitimsel bakış	7
4.1.3. Yeni profesyonellik	8
4.2. Profesyonelliğin Temelleri	10
4.2.1. Erdemler temelli profesyonellik	10
4.2.2. Davranış temelli profesyonellik.....	10
4.2.3. Profesyonel kişilik temelli profesyonellik.....	11
4.3. Profesyonelliğin Bağlam İle İlişkisi	13
4.4. Profesyonelliğin Önemi.....	14
4.5. Profesyonellik Tanımlamaları	16
4.5.1. Kelime anlamı	16
4.5.2. Tıp yemini ve etik kodlar.....	16
4.5.3. Tanımda uzlaşısı.....	18
4.5.4. Profesyonelliği tanımlamalar ve çerçeveler.....	19
4.6. Profesyonellik Eğitimi.....	29
4.6.1. Amaç.....	29
4.6.2. Profesyonel eğitim uygulamaları.....	29
4.6.3. Profesyonellik eğitiminin zorlukları.....	29
4.6.4. Profesyonellik eğitimi nasıl olmalı.....	30
4.6.5. Profesyonellik müfredatı	31

4.6.6. Eğitim yöntemleri	31
4.6.7. Profesyonellikte örtük müfredat	34
4.6.8. Profesyonellikte kurum kültürü	35
4.7. Profesyonelliğin Değerlendirilmesi	36
4.7.1. Niçin değerlendirmeli?	36
4.7.2. Neler değerlendirilmeli/neyi ölçmeli?	36
4.7.3. Nasıl değerlendirmeli?	38
4.7.4. Hangi yöntemlerle değerlendirilmeli?	40
4.7.5. Kim değerlendirmeli?	46
4.7.6. Ne zaman ölçmeli/değerlendirmeli?	47
4.7.7. Nerede değerlendirilmeli?	48
4.8.8. Ölçme araçlarının psikometrik niteliği	48
4.8. Profesyonellik Mini Değerlendirme (P-MEX) Ölçeği ve İlgili Araştırmalar	59
4.8.1. Orijinal araştırma	59
4.8.2. Japonya çalışması: 2009	61
4.8.3. Japonya çalışması: 2011	62
4.8.4. İran çalışması: 2019	63
4.8.5. Finlandiya çalışması: 2015	63
4.8.6. Asistan işe alım sınavlarında simüle ortamlarda P-MEX kullanımı	64
4.9. Kavramsal çerçeve	65
5. GEREÇ VE YÖNTEM	68
5.1. Araştırma Yeri ve Etik Kurul Kararı	68
5.2. Türkçeye Çeviri	68
5.3. Katılımcılar	68
5.4. Katılımcıların Eğitimi ve Ön Uygulama	68
5.5. Veri Toplama	69
5.5.1. P-MEX uygulamaları	69

5.5.2. Katılımcı geri bildirimleri.....	69
5.6. Veri Analizi	69
5.6.1. Tanımlayıcı istatistikler	69
5.6.2. Kapsam geçerliliği.....	70
5.6.3.Yapı geçerliliği	70
5.6.4. Genelleştirilebilirlik analizi ve karar çalışması	70
5.6.5. İç tutarlılık	70
5.6.6. Kabul edilebilirlik, uygulanabilirlik ve eğitime etki	70
6. BULGULAR.....	71
6.1. Tanımlayıcı İstatistikler.....	71
6.2. Madde Analizleri	71
6.3. Geçerlilik	75
6.4. Güvenirlilik.....	76
6.5. İç tutarlılık	77
6.6. Kabul Edilebilirlik, Uygulanabilirlik ve Eğitime Etki	78
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	80
7.1. Madde Analizleri	80
7.2. Kapsam Geçerliği	81
7.3. Yapı Geçerliği.....	82
7.4. Güvenirlilik.....	83
7.5. İç Tutarlılık.....	83
7.6. Kabul Edilebilirlik, Uygulanabilirlik ve Eğitime Etki	83
7.7.Sınırlılıklar.....	84
7.8. Sonuç	84
8. KAYNAKLAR.....	85
9. ÖZGEÇMİŞ.....	101
10-BİLİMSEL FAALİYETLER.....	101
11. EKLER.....	101

KISALTMALAR LİSTESİ

ABIM: Foundation and the American Board of Internal Medicine

ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education

ACP-ASIM: The American College of Physicians and American Society of Internal Medicine

AFA: Açıklayıcı faktör analizi

CFA: Doğrulamalı faktör analizi (Confirmatory factor analysis)

CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative fit index)

COSMIN: Sağlık durumu ölçüm araçlarının standartları

DFA: Doğrulamalı faktör analizi

DOPS: Direct Observation of Practical Skills

EFA: Açıklayıcı faktör analizi

EFIM: European Federation of Internal Medicine

G: generalizability coefficient

G-çalışmaları: Genelleştirilebilirlik çalışmaları

IWGAP: International Working Group on the Assessment of Professionalism

K-çalışmaları: Karar çalışmaları

KTT: Klasik test teorisi

mini-CEX: Mini klinik sınav

OSCE: Nesnel yapılandırılmış klinik sınav (Objective structured clinical examination)

P-MEX: Profesyonellik mini değerlendirme ölçeği (Professionalism Mini-Evaluation Exercise)

RMSEA: Yaklaşık hata kareler ortalaması karekökü (Root mean square error of approximation)

SEM: Yapısal eşitlik modeli (Structural equation model)

TLI: Tucker–Lewis indisi

TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi

TABLO LİSTESİ

Tablo: 1 Profesyonellik alanları ve profesyonel özellikler.....	25
Tablo: 2 Orijinal P-MEX ölçeğinin kategorileri ve maddeleri (Cruess ve ark., 2006)	60
Tablo: 3 Türkçe P-MEX ölçeğinin kategorileri ve maddeleri	61
Tablo: 4 Öğrencilerin ve değerlendiricilerin kliniklere göre dağılımları	71
Tablo: 5 P-MEX ölçeği madde analizleri	71
Tablo: 6 Cerrahi ve dahili bölümlerde P-MEX puanlarının karşılaştırılması	73
Tablo: 7 Değerlendirme yapılan kliniklere göre P-MEX puanlarının karşılaştırılması	73
Tablo: 8 Değerlendirici gruplarına göre P-MEX puanlarının karşılaştırılması.....	74
Tablo: 9 Değerlendirme ortamlarına göre P-MEX puanlarının karşılaştırılması	74
Tablo: 10 Cinsiyete göre P-MEX puanlarının karşılaştırılması	74
Tablo: 11 Modellere göre DFA analizi uyum göstergeleri.....	80
Tablo:12 Türkçe P-MEX karar çalışmasının sonuçları ve diğer çalışmalarla karşılaştırılması	77
Tablo: 13 P-MEX orijinal ölçeği faktörleri ve iç tutarlılıkları	77
Tablo: 14 Eğitici geri bildirimleri soruları ve 5’li likert ölçeğine katılım durumları	78
Tablo: 15 Öğrenci geri bildirimleri soruları ve 5’li likert ölçeğine katılım durumları.....	79

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil: 1 Arnold ve Stern'e göre profesyonellik temelleri ve özellikleri (Mueller, 2009)	21
Şekil: 2 TUKMOS çerçevesinde Temel yetkinlikler (TUKMOS)	24
Şekil: 3 Profesyonelliğin kavramsal çerçevesi	66
Şekil: 4 Profesyonelliği değerlendirmenin kavramsal çerçevesi	67
Şekil: 5 Gözlenmedi/uygulanamaz işaretlenen madde sayısı ve oranları.....	72
Şekil: 6 P-MEX maddelerinin Likert grafiği (Yukarıdan aşağıya pozitiften negatife doğru sıralanmıştır).....	72
Şekil: 7 Modifiye P-MEX ölçeğinin yapısal eşitlik modellemesi yoluyla doğrulayıcı faktör analizinin diyagramı.	76

1. ÖZET

Tezin başlığı: Profesyonellik Mini-Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Öğrencinin Adı, Soyadı: Ali İhsan Taşçı

Danışmanın Adı, Soyadı: Prof. Dr. Esra Akdeniz

Programın Adı: Tıp Eğitimi Doktora Programı

Amaç: Hekimin temel yetkinlik alanlarından biri olan profesyonelliği değerlendirmek için kültürlere uygun standardize edilmiş ölçek arayışları devam etmektedir. Profesyonellik mini değerlendirme ölçeği (P-MEX) profesyonellik alanlarını doktor-hasta ilişkileri becerileri, düşünümsel beceriler, zaman yönetimi ve profesyoneller arası beceriler olmak üzere dört boyutta ölçekbilmektedir. Bu çalışmada, ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve Türkçe ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesini yapmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 58 uzmanlık öğrencisi, eğitici, uzman, akran ve hemşirelerden oluşan 24 değerlendirici tarafından, vizit, poliklinik ve grup uygulamalarında Türkçe P-MEX ile değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliliği uzman görüşlerine göre test edilmiştir.

Yapı geçerliliği tüm P-MEX maddelerinin orijinal ölçekteki faktör yapılarına uygunluğuna doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) ile bakılarak test edilmiştir. Modelin uygunluk değerlendirilmesi, mutlak uygunluk ölçütlerinden yaklaşık hata kareler ortalaması karekökü (root mean square error of approximation (RMSEA), karşılaştırmalı uygunluk ölçütlerinden comparative fit index (CFI) ve Tucker Levis indeksi (TLI) ile tayin edilmiştir. Güvenirlik için, genelleştirilebilirlik analizi (generalizability analysis) ve karar çalışması yapılmış, ölçeğin iç tutarlılığı için Cronbach's alpha değerleri hesaplanmıştır. P-MEX uygulamaları tamamlandıktan sonra; ölçeğin kabul edilebilirliği, uygulanabilirliği ve eğitime etkisi konularında katılımcılardan geri bildirimler alınmıştır.

Bulgular: P-MEX uygulamasından 696 form elde edilmiştir. Dört faktörlü ölçekte P-MEX formlarının puan ortalaması 3,2'dir (SD= 0,2). P-MEX kapsam geçerliliği eğitici grubu tarafından uygun bulunmuştur.

Türkçe, 24 soruluk ölçeğin orijinal yapısının doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) uyum iyiliği CFI=0,675, TFI= 0,604, RMSEA=0,089 hesaplanmıştır. İkinci aşamada, modelde madde çıkarımı yapılmadan maddelerin yüklendiği faktörler değiştirilmiştir ve aynı faktör içindeki maddelerin kovaryansları modele eklenerek model modifiye edilmiştir. Modifiye modelde CFI=0,857, TFI=0,834, RMSEA=0,057 hesaplanmıştır.

Türkiye kültüründe elde edilen sonuçların karar çalışması ile P-MEX ölçeği ile profesyonelliği doğru değerlendirmek için 18 kez değerlendirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Cronbach's alpha puanı 0,844 olup ölçeğin iç tutarlılığı uygun bulunmuştur.

Kabul edilebilirlik ve eğitime etki konusunda eğitimcilerin tamamı olumlu görüş bildirmişlerdir. Ölçeği kullanmanın zaman alıcılığı ve poliklinik şartlarında zorluğu kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Bulgular, uzmanlık öğrencilerinde uygulanan Türkçe P-MEX'in yeterli geçerlilik ve güvenirlilikte olduğunu göstermektedir. Yine ölçeğin, kabul edilebilirlik ve uygulanabilirliği yüksek bulunmuş, eğitime olumlu etkisi olduğunu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi profesyonellik, uzmanlık eğitimi, eğitim, ölçme ve değerlendirme

2.SUMMARY

Title of Thesis: Adaptation of The Professionalism Mini-Evaluation Exercise To Turkish: A Validity and Reliability Study

Student Name, Surname: Ali İhsan Taşçı

Supervisor Name: Prof. Dr. Esra Akdeniz

Program Name: Doctorate programme of Medical Education

Objective: There is an ongoing search for standardized scales appropriate for each culture to evaluate professionalism, which is one of the basic competencies of a physician. The Professionalism Mini-evaluation Exercise (P-MEX) instrument measures professionalism in four dimensions: doctor-patient relationship skills, reflective skills, time management, and interprofessional skills. This study aimed to adapt P-MEX into Turkish and evaluate the validity and reliability of the Turkish version.

Materials and Methods: A total of 58 resident students at Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital were assessed with the Turkish version of P-MEX by 24 raters consisting of faculty members, attending physicians, peer residents, and nurses during patient room visits and outpatient clinic and group practices. The content validity of the scale was tested according to expert opinions. For construct validity, the confirmatory factor analysis through structural equation modeling was performed for all the P-MEX items, and the goodness-of-fit status of the model was determined based on the comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), and the root mean square error of approximation (RMSEA). For reliability, a generalizability analysis and a decision study were undertaken, and Cronbach's alpha scores were calculated for the internal consistency of the scale. After the administration of P-MEX was completed, the participants were asked to provide feedback on the acceptability, feasibility, and educational impact of the instrument.

Results: A total of 696 forms were obtained from the administration of P-MEX. The mean score of the P-MEX forms based on a four-point scale was 3.2 (standard deviation: 0.2). The content validity of P-MEX was found to be appropriate by the faculty members. In the confirmatory factor analysis (CFA) of the original structure of the 24-item Turkish scale, the goodness-of-fit parameters were calculated as follows: CFI=0.675, TLI=0.604, and RMSEA=0.089. In the second stage, the factors on which the items loaded were changed without removing any item, and the model was modified by adding the covariances of the items within the same factor. For the modified model, the CFI, TLI, and RMSEA values were calculated as 0.857, 0.834, and 0.057, respectively. The decision study on the results obtained from the use of P-MEX in a Turkish population revealed the necessity to perform this evaluation 18 times to correctly evaluate professionalism with this instrument. Cronbach's alpha score was 0.844, and the internal consistency of the instrument was found to be appropriate. All the faculty members provided positive feedback on the acceptability, feasibility, and educational impact of the adapted P-MEX. Among the limitations reported were the time-consuming nature of P-MEX assessment and difficulty of using this instrument in outpatient settings.

Conclusion: The findings of this study showed that the Turkish version of P-MEX had sufficient validity and reliability in assessing professionalism among resident students. Similarly, the acceptability and feasibility of the instrument were found to be high, and it had a positive impact on education.

Keywords: Medical professionalism, residency, education, educational measurement

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Profesyonellik hekimlerin temel yetkinlik alanlarında biridir. Profesyonelliğe ilişkin yetersizliklerde, sağlık hizmetinin kalitesinde düşme, memnuniyetsizlik, ihtilaflar ve şiddet olaylarında artma, hekimlik mesleğinin değerinde ve saygınlığında azalma gibi birçok olumsuzluklarla karşılaşmak mümkündür. Bu nedenlerle tıp eğitiminde, profesyonellik eğitimi ve profesyonelliğe yönelik değerlendirmeler büyük önem arz etmektedir (Cruess ve Cruess, 1997; Papadakis ve ark., 2004).

Mesleklere göre profesyonellik anlayışları ve profesyonellik özellikleri değişkenlik gösterir. Bu tezde profesyonellikten kastedilen, tıpta profesyonelliktir.

Tıpta profesyonelliğin tanımı ve çerçevesi hakkında görüş birliği mevcut değildir. Farklı perspektiflere göre çeşitli tanımlamalar yapılmıştır (Cruess ve ark., 2004; Hilton ve Slonick, 2005; Jha ve ark., 2006; Swick, 2000; van-de-Camp ve ark., 2004; Wagner ve ark., 2007; Hafferty, 2006). Bu nedenle öğrenme ve değerlendirme yöntemleri de çeşitlidir.

2011 yılında, profesyonelliğin değerlendirmesi çalışma grubunun (International Working Group on the Assessment of Professionalism - IWGAP) raporunda ana temalar ve öneriler belirlenmiş, profesyonelliği, bireysel, kişiler arası, toplumsal-kurumsal seviyelerde değerlendirmek için çok boyutlu bir bakış açısının gerekliliği vurgulanmıştır (Hodges ve ark., 2011). Bu grup, 2019 yılında, konu ile ilgili yapılan çalışmaları değerlendirmiş, ana belirsizlik ve çalışma alanının profesyonelliğin tanımı ve değerlendirmesi olduğunu belirtmiştir (Hodges ve ark., 2019).

Profesyonelliği değerlendirme araçları geliştirilmiş olmasına rağmen geçerli ve güvenilir standart değerlendirme araçlarının olmaması önemli bir güçlüktür (Hodges ve ark., 2011). Herhangi bir ölçme ve değerlendirme aracının/yönteminin tüm boyutlarıyla profesyonelliği değerlendirmesi mümkün değildir. Bu nedenle kapsayıcılığı artırmak için farklı araçlar ve yaklaşımlarla profesyonelliğin, kişisel, kişiler arası ve sosyal/kurumsal boyutlarıyla değerlendirilmesi önerilmektedir (Goldie, 2013). Birçok çalışmada da profesyonelliği ölçmede çoklu ölçme araçları kullanılması önerilmektedir (Arnold, 2002, Levinson, 2014, Mueller, 2009).

Profesyonelliği en iyi ölçme araçlarının, ilgili davranışın doğrudan gözlenmesi ile yapılanlar olduğu, bu nedenle mini klinik sınav (mini-CEX) ve özellikle profesyonellik mini değerlendirme ölçeğinin (P-MEX) ölçme ve değerlendirme programının temel komponenti olması gerektiğini belirtilmektedir. Ancak kişi, izlendiğini bildiğinde, bazı davranışlarını değiştirebileceği bilindiğinden, çalışma arkadaşlarından elde edilen görüşler (360 derece

değerlendirme) ile hasta görüşlerinin tamamlayıcı bilgi kaynağı olarak kullanılması önerilmektedir (Wilkinson ve ark., 2009).

Profesyonellik özellikleri kültürüne göre değişiklikler gösterebilir. Bu nedenle profesyonelliği ölçme ve değerlendirmede bir kültür için geliştirilen araçlar ve yöntemlerin farklı kültürlerde kabullenilişi ve uygulanışı sorun oluşturabilir. Keza profesyonellikte kullanılan tanımlamaların başka dillere çevirileri, orijinal anlamlarını yansıtmayabilmektedir. Bu nedenlerle herhangi bir ölçek, başka bir dilde ve kültürde kullanılmak isteniyorsa, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmalıdır (Hodges ve ark., 2011).

Profesyonel davranışın ölçme değerlendirmesinde kullanılan yöntemler ve araçların, diğer ölçme ve değerlendirmelerde olduğu gibi, güvenilirlik, geçerlilik, kabul edilebilirlik (acceptability), uygulanabilirlik (feasibility) ve eğitime etkisi temel kalite göstergeleridir (van Mook ve ark., 2009b; Norcini ve ark., 2018; Terwee ve ark., 2007).

Sağlık durumu ölçüm araçlarının standartlarının (COSMIN) belirlendiği uzlaş çalışmaları, ölçüm araçlarının kalitelerini değerlendirmede yol gösterici olmaktadır (Mokkink ve ark., 2010c; Terwee ve ark., 2012; Mokking et al, 2010a). Ancak, bugüne kadar, tıbbi profesyonelliği ölçen araçların ölçüm özelliklerinin kalitesinin, evrensel olarak kabul edilmiş standart bir çerçeveye dayalı sistematik bir değerlendirmesi henüz yapılmadığı belirtilmektedir (Li ve ark., 2017). Bu durum profesyonellik ölçme araçları ve sonuçlarına güveni tartışılır hale getirmektedir.

Profesyonellik mini değerlendirme (P-MEX), mini klinik sınav (mini-CEX) formatında geliştirilmiş bir profesyonellik değerlendirme aracıdır. Ölçek ile dört kategoride (doktor-hasta ilişkileri becerileri yansıtıcı beceriler, zaman yönetimi, profesyoneller arası beceriler) 24 özellik değerlendirilebilmektedir. Çalışmada, yarı yapılandırılmış görüşmeler sonunda, P-MEX değerlendirmelerin refleksiyonu uyardığı, profesyonelliğin önemini, öğrenmeyi ve profesyonelliğe uygun davranışların farkındalığını artırdığını belirtilmiştir (Cruess ve ark., 2006).

Ölçeğin, iki farklı kültürde, Japonya ve İran'da validasyonu yapılmıştır. (Tsugawa ve ark., 2009; Tsugawa ve ark., 2011; Amirhajlou ve ark., 2019). Başka bir çalışmada, uzmanlık eğimi öncesi ve eğitime başladıktan sonraki birinci yılda, P-MEX ile yapılan profesyonellik değerlendirmelerinin uyumlu olduğu gösterilmiştir (Bajwa ve ark., 2017; Bajwa ve ark., 2019).

Bu çalışmada, profesyonellik Mini-Değerlendirme ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve Türkçe ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesini yapmak amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda belirlenen araştırma soruları şunlardır:

- 1-P-MEX ölçeği Türkçe versiyonu Türkiye kültürüne uygun mudur?
- 2- P-MEX ölçeği ile profesyonelliği doğru ölçmek için kaç defa uygulanmalıdır?
- 3- P-MEX ölçeğinin kabul edilebilirlik, uygulanabilirlik ve eğitime etkisi nasıldır?

Profesyonellik mini değerlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, Türkçe ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonucunda,

- 1- Tıp eğitiminde, profesyonellikle ilgili yeterliklerin değerlendirmelerinde, uluslararası standartlarda, güvenilir ve geçerli bir ölçek kullanılması, mezunların profesyonel özelliklerinin değerlendirilmesinde kaliteyi artıracaktır. Keza ölçekle, profesyonellikle ilgili yetersizlik alanlarının belirlenmesi ve düzeltilmesi daha kolay olacaktır.
- 2- Profesyonellik konusunda, mezun yeterlikleri arttıkça, hekimliğin saygınlığında artma, sağlık hizmetleri kalitesinde artma, sağlıkla ilgili uyuşmazlıklarda azalma ve sağlıkla ilgili şiddet olaylarında azalma söz konusu olabilecektir.
- 3- Türkiye’de profesyonelliğin değerlendirilmesi konusunda yapılacak tıp eğitimi araştırmalarında, Türkiye’de validasyonu yapılmış uluslararası bilinirliği olan bir ölçeğin kullanılması, araştırmanın uluslararası kabulünü ve yayınlanışını kolaylaştırabilecektir.
- 4- Ölçek, bazı ülkelerde olduğu gibi, işe alımlarda, uzmanlık eğitime girişlerde, sertifikasyonlarda, yeterliklerin güncellenmelerinde kullanım alanı bulabilecektir.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Profesyonelliğe Bakış

Tıpta profesyonellik, sosyoloji ve eğitim perspektiflerinden tanımlanmış ve kavramsallaştırılmıştır (Hafferty, 2006a).

Sosyolojik bakış açısı ile tıp profesyonelliği, sosyal olarak gelişmekte ve yapılanmaktadır ve bu nedenle bazı özellik ve davranışlara indirgenemez. Sosyolojik olarak profesyonellik bir profesyonelleşme sürecidir. Bu süreçte hekimlerin profesyonel kimlikleri, sadece kişisel kaliteleri ile değil aynı zamanda bireysel ihtiyaç ve talepleri, toplumdaki sosyal normlar, çevresindeki insanların davranışları ve kurumların kültürleri gibi birçok faktör tarafından belirlenmektedir (Martimianakis ve ark., 2009).

Tıp eğitimi kurumlarının, profesyonellik tanımlamalarında, hasta hekim ilişkilerinde temel gereklilikler olan yeterlikler veya çıktılara vurgu yapılmaktadır (Hafferty 2006a; Martimianakis ve ark., 2009). Birçok tıp eğitimcisinin bakış açısına göre, profesyonelliğin teşvik edilmesi, geliştirilmesi ve değerlendirilmesi için, profesyonellik özellikleri, gözlemlenebilir davranışlarla tanımlanarak eğitim süreçlerinde kullanılabilir hale getirilmelidir (van Mook ve ark., 2009a).

4.1.1. Sosyolojik bakış

Sosyolojik bakışta, profesyonellik, meslek mensupları ve toplum arasında yazılı olmayan bir sosyal sözleşmeye dayanmaktadır (Cruess, 2006; Stern, 2000). Bu sözleşme, meslek mensuplarına ayrıcalık ve yetki vermekte ve toplumdaki statülerini yükseltmektedir. Keza, meslek mensuplarının oluşturduğu topluluklar, meslek kurallarını düzenleyebilme, özerklik içinde çalışabilme imkanına sahip olmaktadır (Birden ve ark., 2014; Stern, 2000; Swick, 2000).

Bu tür yetkiler karşılığında, hekimler halkın sağlık sorunları değerlendirme, teşhis ve tedavilerini uygulama, bunları yaparken de hastalara şefkat ve merhamet göstermeleri, hastalarının iyiliği ön planda tutmaları, dürüst olmaları, kamu kaynaklarını en uygun şekilde kullanmaları gibi sorumlulukları yerine getirmeleri gerekmektedir (Birden ve ark., 2014; Cruess, 2006; van Mook ve ark., 2009b).

Sosyolojik profesyonellik anlayışına dayanan yaklaşıma göre, öğrenciler, daha deneyimli profesyonelleri izlemeleri, birlikte çalışmaları, geribildirim almaları sonucunda, mesleki

kimliklerini bu kültürün değerleri, tutumları ve davranışlarıyla uyumlu hale gelmek için kademeli olarak kendilerini ayarlarlar (Cruess, 2006; Goldie, 2013; Monrouxe ve Ress, 2010).

Sosyalleşme mekanizmaları belirsiz olmasına rağmen, meslek rol modelleri, gelişmekte olan profesyoneller üzerindeki en birincil etkiye sahiptir. Bu nedenle, profesyonelliği geliştirmek bireyleri profesyonel bir ortama maruz bırakarak başatılır (Anderson ve ark., 2014). Ancak tıp eğitiminde, empati ve değerler gibi özelliklerde düşüş, tıbbi uygulamada profesyonellik krizi tartışmaları, bu görüşü tartışmalı hale getirmektedir (Goldie, 2013; Monrouxe ve Ress, 2012).

Profesyonelliği anlamaya yönelik sosyolojik yaklaşım, yirminci yüzyılın ortalarına kadar etkili olmuştur (Cruess, 1997). Toplumsal eşitlik anlayışında artış, statü farklılıklarında azalma, refah düzeylerinde artış sonucunda meslekler daha fazla sorgulanmaya ve eleştirilene maruz kaldı (Birden ve ark., 2014; Cruess, 2006). Meslekler, sosyal sözleşmelerinde kararlaştırılan sorumlulukları yerine getirmek yerine, sosyal avantajlarını sürdürmekle suçlandılar (van Mook ve ark., 2009b). Keza, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilme oranlarının artmasıyla birlikte hekimlerin uygulamalarının daha fazla incelenmesine ve tartışılmasına yol açmıştır (Castallani ve Hafterfly, 2006).

Sonuç olarak, profesyonellik anlayışı ve kelimenin yaygın kullanımı, hastane işletmeciliği, üst düzey liderlik ve yöneticilik, satış, reklam, müşteri memnuniyeti gibi alanları tanımlayıcı haline geldi (Evans, 2008).

4.1.2. Eğitimsel bakış

Eğitim uygulamalarındaki gelişmeler, profesyonelliğin doğrudan eğitim yoluyla geliştirilebilecek bir yetkinlik olarak görülmesine neden olmuştur (Birden ve ark., 2014). Halkın meslek rollerine ilişkin düzenlemede daha büyük bir rol oynaması, tüketiciler haline gelmesi, meslekleri düzenlemede etkili olmaya başlaması da bu yaklaşımın temellerini oluşturmuştur (Evans, 2008).

Profesyonellik, değerlendirilebilen, gözlemlenebilen ve doğrulanabilen bir yetkinlik olarak görülmeye başladıkça, kavramın anlaşılması da değişmiştir (O'Flynn ve ark., 2014; Stern, 2000).

Bununla birlikte, eğitim pratiği, ağırlıklı olarak gelişim için rol modellemeye dayanmaya devam ederek, profesyonellikle ilişkili sosyolojik teoriden büyük ölçüde etkilenmeye devam etmiştir (Baernstein ve ark., 2009).

Profesyonelliği anlamaya yönelik eğitim yaklaşımlarının en temel zayıflıklarından birinin, kavramı aşırı basitleştiren ve indirgemeci yaklaşımı ve gözlemlenebilir davranışa vurgu yapması olduğu ileri sürülmektedir (Goldie, 2013).

4.1.3. Yeni profesyonellik

Yeni profesyonellik anlayışı 1990'ların başından beri tartışılmaktadır (Evans, 2008). Bu anlayış iki farklı yöne gelişmiştir.

Birincisinde, yeni profesyonellik, farklı davranış ve tutumlardan oluşan bir kontrol listesinden ziyade, bireysel davranışın bütününe atıfta bulunan bütünsel bir kavram olarak görülmüştür. Bir bireyin farklı zamanlarda ve farklı bağlamlarda sergilediği tüm davranışları ve aynı zamanda bu davranışların dayandığı kişisel özellikleri temel değerleri ve inançları temsil eder. Bu yeni profesyonellik anlayışı, eğitim yaklaşımının, profesyonelliği, ustalaşması gereken bir yetkinlik olarak ele almanın, bireyleri beklenen dışa dönük davranışları yerine getirmek için yüzeysel olarak profesyonel 'davranmaya' teşvik ettiği eleştirisinden doğmuştur (Goldie, 2013).

Yeni profesyonellik, uygulamalarını hizmet ettikleri topluluğun ihtiyaçlarına odaklayarak bireyleri gerçekten 'profesyonel olmaya' teşvik eden, Gestalt hümanizmiyle ilişkilendiren daha psikolojik bir anlayışı getirdi (Birden ve ark., 2014). Bu yeni profesyonellik anlayışı, davranışın bağlama bağlı olduğunu, karşılaşılan durumlardan etkilendiğini ve işyeri kültürleri ve beklentilerinden etkilendiğini ancak profesyonellik tezahürlerinin büyük ölçüde bağlamsal sınırları aşan temel kişisel nitelikler tarafından belirlendiğini kabul etmektedir. (Birden ve ark., 2014; Goldie, 2013).

Yeni profesyonelliğin ikinci yönünde, günümüzde mesleklerin karşı karşıya olduğu algılanan tehditler ve profesyonellik konusunda gücün yeniden dengelenmesi ile ilgilidir (Birden ve ark., 2014).

Bu yeni profesyonellik anlayışında, hekimlerin davranışlarının gittikçe daha fazla tartışılır ve sorgulanır olmasının özerk öz düzenlemeyi tehdit ettiğini, genel halk tarafından profesyonellerin otoritesinin kaybına katkıda bulunduğunu ileri sürülmektedir (Pfadenhauer, 2006).

Sosyolojik yaklaşım taraftarları, dış düzenlemenin mesleki kimlik kaybına neden olduğu olduğunu öne sürerken, yeni profesyonellik, yüksek kaliteli hizmet sunumuna odaklanmaktadır (Birden ve ark., 2014; Cruess, 2006, van Mook ve ark., 2009b).

Yeni profesyonelliğin ikinci kavramı, öz düzenlemeye olası bir dönüşü düşünmenin modası geçmiş olduğunu ve bunun yerine profesyonellerin dikkatlerini amaçlarının ve uygulamalarının bütünlüğüne çevirmeleri gerektiğini, böylece profesyonelin önceliklendirilmesinden hizmet kullanıcısına doğru bir kaymaya işaret etmeleri gerektiğini öne sürmektedir. (Evans, 2008; van Mook ve ark., 2009b). Bu ikinci yeni profesyonellik kavramı, birincisi ile aynı yerde sona erecek şekilde yorumlansa da arkasındaki motivasyonlar oldukça farklıdır. Yeni profesyonelliğin ilk kavramsallaştırması hümanizme dayanırken, ikincisi kural koyucu iktidarın ve gücün düzenlemelerinin sonucudur.

4.2. Profesyonelliğin Temelleri

Profesyonelliğin temelleri, tanımı ve çerçevesi konusunda anlayış farklılıkları, tartışmaların kaynağını oluşturmaktadır (DeAngelis 2015).

4.2.1. Erdemler temelli profesyonellik

Kökleri Hipokrat'a kadar uzanan, en eski çerçeve, erdemler temelli (virtue based) profesyonelliktir (Pellegrino, 2002).

Erdemler temelli profesyonellikte, hekim, adil, ahlaklı, fedakâr, merhametli, dürüst, güvenilir, insana saygılı, saygın, hastasının mahremiyetini koruyan, çıkar çatışmaları dahil her durumda önceliği hastası olan kişidir (Brody ve Doukas, 2014; Pellegrino, 2012). Başka bir deyişle, profesyonel hekim, erdemleri pratik uygulamalarına yansıtan kişidir.

Hastalar ve toplum hekimlerin yukarıda belirtilen erdemlere sahip olmalarını beklemektedir. Bunun sonucu hekime güven, kararlarına saygı gerçekleşir. Hekimlerde bu güvenin karşılığını vermelidirler. Bu durum tıp profesyonellerinin toplumla sosyal anlaşması olarak görülmektedir (Crusess ve Crusess., 2006).

Erdemler temelli profesyonellik çerçevesinde, profesyonellik ile ilgili yetersizlikler ve sorunlar, hekimin karakteri ve değerleri ile ilgili sorunlardan kaynaklandığı düşünülür (Brody ve Dukas., 2014).

Erdemlerin ölçülmesindeki zorluk eğitimde davranış temelli profesyonellik çerçevesinin daha fazla kullanılmasının sebeplerinden biridir (Irby, 2017).

4.2.2. Davranış temelli profesyonellik

Erdemlere dayalı modelde, erdemli olabilen hekimlerin erdemlerini davranışlarına dönüştürmedeki algılanan başarısızlıklarına yanıt olarak 1990'larda davranışlar ve yetkinlikler temelli farklı bir model gelişti. Davranış temelli (behavior based) profesyonellik, gözlemlenebilir davranışlar ön plandadır. İyi hekim, hasta bakımı görevlerini yerine getirmede sürekli olarak yetkinlik gösteren kişidir. Bu tanım dahilindeki profesyonellik, ustalaşılması gereken bir yetkinlik alanıdır. Günümüzde profesyonelliğin baskın çerçevesidir. Erdemlerin ölçülebilmesinin zorlukları nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Halbuki davranışlar tanımlanabilir, gözlemlenebilir ve değerlendirilebilir (Irby ve ark., 2016).

Davranış temelli profesyonellikte, etik ilkelere saygılı, hastalar, toplum, iş arkadaşları ile iyi iletişim ve ilişkiler kuran, kendini geliştiren, sorunları çözebilen, liderlik yapabilen, sistem kurallarına uyan, bilgili, gerekli becerilere sahip hekim, profesyoneldir. Davranışlar ve tutumların içsel inanç ve değerlerin bir yansıması olduğu kabul edilir. Ancak, vurgu, erdemlere sahip olmak değil, işini uygun yapmak üzerinedir (Irby ve ark., 2016).

Davranış modeli, davranışlar ayrıntılı olarak tanımlanırsa profesyonelliğin etkili bir şekilde değerlendirilebileceğini ve sonuç hedeflerine, alt yeterliliklere ve yeterliliklere yönelik indirgemeci bir yaklaşıma yol açabileceğini iddia eder. Bu model, çevrenin kontrol edilebileceğini, davranışların dışarıdan pekiştirilebileceğini ve öğrenmenin sosyal olarak düzenlenebileceğini varsayar.

4.2.3. Profesyonel kişilik temelli profesyonellik

Davranışçı modelin profesyonellik özelliklerinin indirgemeci bir bakışla ele aldığı tartışmalarıyla, profesyonel kimlik oluşumu olarak adlandırılan üçüncü bir model ortaya çıkmıştır (Irby, 2017).

Profesyonel kişilik oluşumu (identity formation), kişilik/kimlik gelişimine ve sosyalleşmeye odaklanır. Bir gelişimsel süreç olarak, düşünce, hareket etme ve hissetme bağlamında hekimlerin profesyonel kimliklerinin gelişimlerini sağlamaya yöneliktir. İyi hekim, kimliğine, hekimlik mesleği değerleri ile uyumlu bir dizi değer katar ve en iyi hekimlere yakışan profesyonel bir kimliği arzular (Martimianakis ve ark., 2009; Crusess ve ark., 2015; Dornan ve ark., 2015; Jarvin-Selinger ve ark., 2012).

Profesyonel kişilik temelli profesyonellik çerçevesinde hekimin, gelişim sürecinde, kim olduğu, kim olmak istediği tartışılır (Irby ve ark., 2016).

Kişilik oluşumu, bireysel (psikolojik) ve toplumsal (sosyolojik) seviyelerde meydana gelen uyarlanabilir, gelişimsel bir süreç olarak görülmektedir. Tıp eğitimi bağlamında, bu süreç sonunda öğrenciler bir hekim gibi düşünür, hisseder ve davranır (Crusess ve ark., 2015; Frost ve Regerh, 2013).

Öğrenme, bir uygulama topluluğuna katılım, rol modellerin gözlemlenmesi ve başkalarıyla olan etkileşimlerinin yanı sıra doğrudan öğretim, koçluk, değerlendirme ve geri bildirim yoluyla gelişir (Crusess ve ark., 2014).

Bu çerçevede, profesyonellik eksiklikleri, kimlik oluşumunun gelişim aşamalarında ilerleme yetersizliği ve tıp mesleğinin değerlerini içselleştirme başarısızlığı olarak görülür. Bu, hatalar meydana geldiğinde izlemek ve müdahale etmek için aşamaya uygun stratejiler geliştirilmelidir (Irby ve ark., 2016).

4.3. Profesyonelliğin Bağlam ile İlişkisi

Profesyonellik, zamansal, durumsal, kültürel ve örgütsel bağlamlara göre farklı algılanır (Goldie, 2013). Profesyonellik, sosyal çevre, etkileşimlerden bağımsız değildir (Hafferty, 2006c). Dolayısı ile profesyonelliğin tanımı da bağlamla bağlantılı olmalıdır (Walsh ve Abelson, 2008).

Davranışları dikkate alarak yapılan profesyonellik tanımlamaları profesyonellik özelliklerini somutlaştırır. Bu durum değerlendirme yapmayı kolaylaştırır da davranışın gözlemlendiği bağlamı arka plana iter. Profesyonellik için gerekli özelliklerin listelendiği tanımlamalar, bu özelliklerin bağlama bağlı olduğu gerçeğini dikkate almamaktadır (Wear ve Kuczewski, 2004).

Tıp eğitiminde öğrenme ortamının profesyonelliğe etkisi gözlemlenirken bağlamın önemi vurgulanmaya başlandı. Ginsburg ve arkadaşları, öğrencilerin profesyonellikle ilgili algıları ile kurumların tanımladıkları profesyonelliğin farklı olduğunu, profesyonelliği geliştirmek için öğrencilerin klinik ortamlarda karşılaştıkları ikilemleri dikkate almanın şart olduğunu, profesyonel davranışın tanımlanandan çok daha fazla bağlama bağlı olduğunu belirtmektedir (Ginsburg et al, 2000, Ginsburg ve ark., 2002).

Van de Camp ve arkadaşlarının (2004) sistematik derleme çalışmasında, profesyonelliğin ortamların farklılığından etkilendiğine, çok boyutluluğuna dikkat çekmektedir. Bu çalışmada profesyonellik özelliklerinin üç düzeyde toplandığı belirtilmektedir.

- 1- **Kişiler arası profesyonellik:** Hastalar ve diğer sağlık profesyonelleri ile etkili ilişki ve iletişim sağlamak için gerekli profesyonellik özelliklerini kapsar.
- 2- **Toplumsal profesyonellik:** Toplumun tıp mesleğinden beklentileri ile ilgili profesyonellik özelliklerini kapsar.
- 3- **Bireysel profesyonellik:** Birey olarak tıp mesleğinde etkili ve yeterli olabilmekle ilgili ilgili profesyonellik özelliklerini, yani kişisel özellikleri veya davranışları kapsar.

Lesser ve arkadaşları (2010), hekimin davranışlarının bağlama bağlı olarak çok katmanlı olduğunu, sağlık hizmetlerinin, birbirini etkileyen çok sayıda dağınık ve merkezi olmayan ajanlar arasında dinamik bir etkileşim ağı ile karakterize, karmaşık bir uyarlanabilir sistem olarak anlaşılması gerektiğini belirtmektedirler.

4.4. Profesyonelliğin Önemi

Profesyonellik hekimlerin temel yetkinlik alanlarından biridir. Profesyonelliğe ilişkin yetersizliklerde, sağlık hizmetinin kalitesinde düşme, memnuniyetsizlik, ihtilaflar ve şiddet olaylarında artma; hekimlik mesleğinin değerinde ve saygınlığında azalma gibi birçok olumsuzluklarla karşılaşmak mümkündür. Bu nedenlerle tıp eğitiminde, profesyonelliğe yönelik değerlendirme büyük önem arz etmektedir (Cruess ve Cruess, 1997; Papadakis ve ark., 2004).

Sağlık tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin profesyonel yeterlikler olmaksızın sunulması anlamını yitireceği gibi, bu alanda sorunlar memnuniyetsizlikten başlayarak sağlıkta şiddete varan boyutta sorunlara neden olabilmektedir.

1- Hastaların ve toplumun beklentisi

Toplum ve hastalar, hekimlerden yüksek standartlarda profesyonel davranışlar beklemekte, profesyonellik dışı davranışlar kabul edilemez bulunmaktadır. Son yıllarda tıp mesleği, profesyonellik ihlalleri nedeniyle eleştirilmektedir (Brennan ve Monson, 2014; Campbell ve ark., 2007a; Campbell ve ark., 2007b).

Duff (2004) profesyonellikle uyuşmayan davranışları, fikri veya kişisel sahtekarlık, kibir ve saygısızlık, cinsiyet, etnik köken, yaş veya cinsel yönelim temelinde önyargı, kendini çok önemli ve yetenekli görmekten kaynaklanan hastalar ve iş arkadaşlarıyla yıpratıcı/küçük düşürücü etkileşimler, tıbbi hataların sorumluluğunu almama, kurum kaynaklarının kullanımında sorumluluk hissetmeme, gereksiz iş ve işlemler yapma, kendini geliştirmede yetersizlik, dikkatsizlik, tembellik, plansızlık, kötü alışkanlıklara sahip olma, hastalar, öğrenciler ve çalışma arkadaşları ile uygunsuz cinsel yakınlaşmalar olarak örneklendirilmektedir.

2- Hekimin iyilik hali ve sağlık hizmetlerinin sonuçlarına etki

Profesyonellik, sağlık meslek mensuplarının iyilik halini ve sağlık hizmetinin sonuçlarını etkilemektedir. Bir başka yönü ile sağlık hizmetleri günümüzde bir işletmecilik olarak görüldüğünden ve uygulandığından, işletmelerde profesyonellik başarının vazgeçilmez bir parçasıdır.

Çalışmalarda, profesyonelliğin, hasta memnuniyetinde, güven duygusunda, tedavi planlarına bağlılıklarında artma, hasta şikayetinde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Brennan ve Monson, 2014;; Bahazic ve Crosby, 2011; Patel ve ark., 2011).

Profesyonellik, hekim mükemmelliği ile ilişkilidir. Profesyonel olmayan davranışların olduğu ortamlarda mükemmellikten bahsedilemez (Reed ve ark., 2008).

4.5. Profesyonellik Tanımlamaları

Tıp mesleğinde profesyonellik, hekimin mesleki ve insani değerlere sahip oluşu, hasta, hasta yakınları ve meslektaşları ile uygun ilişkiler ve iletişim içinde uygun kararlar alıp uygulayabilmesi olarak tanımlanabilir. Ancak, kavrama bakış, kültür ve zaman faktörleri nedeniyle, profesyonelliğin tanımı ve buna paralel olarak eğitimi, ölçme ve değerlendirilme yöntemleri hakkında fikir birliği oluşmamıştır.

4.5.1. Kelime anlamı

Profesyon (profession) latince meslek anlamına gelen “professio” dan türetilmiş bir kelimedir. Bir mesleğin (profession) karakteristik özellikleri, davranışları, taahhütleri, değerleri ve amaçları profesyonelliği (professionalism) oluşturur ve bu mesleğin üyeleri de profesyonelleridir (professionals).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde, profesyonel, bir işi kazanç sağlamak amacıyla yapan (kimse), amatör karşıtı, profesyonellik ise profesyonel olma durumu olarak tanımlanmaktadır.

Cruess’e göre meslek (profession), karmaşık bir bilgi ve becerilere sahip olan kişilerin, bu yeteneklerini başkalarının hizmetinde kullanmasıdır. Üyeleri, etik kurallara ve ahlaki değerlere bağlılık, yetkin, dürüst, fedakar olmayı ve halkın yararı için çalışmayı taahhüt ederler. Bu taahhütler, meslek ile toplum arasındaki sosyal bir sözleşmedir. Bu taahhüt, mesleğe uygulamalarında önemli ölçüde özerklik hakkı ve kendi kendini düzenleme ayrıcalığı verir. Meslek üyeleri, hizmet edilenlere ve topluma karşı sorumludurlar (Crusses ve Cruess, 2004; Pellegrino, 2002).

4.5.2. Tıp yemini ve etik kodlar

Tıp mesleğine girişte alınan yeminlerin kökleri antik Yunan'da ve Hipokrat Yemini'ne dayanmaktadır (Pellegrino, 2012).

Yemin, öğretme ve öğrenmenin önemini, hekimlerin yüksek ilke ve ideallere bağlı kalarak yeteneği ve muhakemesini hastaların faydasına kullanacağını vurgulayan, hastaların ve toplumun hekimden neler beklemesi gerektiğini kısmen kodlayan bir sosyal sözleşme biçimiydi. Yemin, özetle, zarara neden olmamak, adaletsizlik yapmamak; ahlaki ilkelere, sosyal normlara ve yasalara uymak; sınırlamaları kabul etmek ve meslektaşlığa saygı duymak; kendi konumunu istismar etmemek ve hastalar tarafından sağlanan bilgilerin gizliliğini korumak gibi prensipler ihtiva etmektedir.

1847'de Amerika'da, modern etik anlayış ve standartları, Amerikan Tıp Birliği (AMA) tarafından oluşturulmuştur. Hekimler ve hastalar, hekimler ve diğer doktorlar ve hekimler ve diğer topluluklar arasında karşılıklı yükümlülükler içeren bir sözleşme olarak sunulan kuralların amacı, üyelerinin kalitesini güvence altına alarak halkın güvenini sağlamaktır. (Wynia, 2008). Bu bildirmede, reklam yapmamak, hastaları gereksiz ilaca veya müdahalelere maruz bırakmamak, hekimlerin aile üyelerine ücretsiz bakım sunmak; diğer hekimlerin hastalarının bakımına karışmamak, şarlatanlığın teşhir edilmesi ve hastayı aşırı ziyaret etmekten kaçınmak gibi kurallar yer almaktaydı. (Sox 2007).

1948, Dünya Tabipler birliği tarafından Hekimin Taahhüdü olarak Cenevre Bildirgesi'ni kabul etti. Taahhüt, tıp mezunlarının mesleğe girerken yaptıkları günümüz yemininin köklerini oluşturur (Pellegrino, 2002).

Bu hekim taahhüdü profesyonellik prensiplerini içermektedir:

“Hayatımı insanlığın hizmetine adamaya YALNIZCA TAAHHÜT EDİYORUM;

HASTANIN SAĞLIĞI VE SAĞLIĞI ilk düşüncem olacak;

Hastamın özerkliğine ve haysiyetine SAYGI GÖSTERECEĞİM;

İnsan yaşamına en üst düzeyde saygıyı SÜRDÜRECEĞİM;

Görevim ile hastam arasına yaş, hastalık veya engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, siyasi ilişki, ırk, cinsel yönelim, sosyal konum veya başka herhangi bir faktörün etki etmesine İZİN VERMEYECEĞİM;

Hasta öldükten sonra bile, bana verilen sırlara SAYGI GÖSTERECEĞİM;

Mesleğimi vicdan ve haysiyetle ve iyi tıbbi uygulamalara uygun olarak YAPACAĞIM;

Tıp mesleğinin onur ve asil geleneklerini GÜÇLENDİRECEĞİM;

Öğretmenlerime, meslektaşlarıma ve öğrencilerime hak ettikleri saygı ve minnettarlığı GÖSTERECEĞİM;

Tıbbi bilgilerimi hastanın yararı ve sağlık hizmetlerinin ilerlemesi için PAYLAŞACAĞIM;

En yüksek standartta bakım sağlamak için kendi sağlığımla, refahımı ve yeteneklerimi KORUYUP GELİŞTİRECEĞİM;

Tıbbi bilgilerimi tehdit altında bile insan haklarını ve sivil özgürlükleri ihlal etmek için KULLANMAYACAĞIM;

Şerefim üzerine veriyorum.”

4.5.3. Tanımda uzlaş

Profesyonellik konusunda çokça çalışılmış, çeşitli tanımlamalar, açıklamalar yapılmış olmasına rağmen tam bir uzlaş sağlanmış değildir (O'Sullivan ve ark., 2012; van de Camp ve ark., 2004; Walsh ve Abelson, 2008; Arnold 2002; Wilkinson ve ark., 2009; Birden ve ark., 2014; Goldie, 2013).

Tanımda uzlaş olmamasının nedeni

Swick'e (2007) göre, çağdaş tıp uygulamasının karmaşıklığı, tıp profesyonelliğinin karmaşıklığına neden olmakta, bu durum basit, evrensel olarak kabul edilmiş bir tanıma zorlaştırmaktadır.

Van Mook ve ark.'na (2009b) göre, tıbbi bilginin hızla genişlemesi, bilgi teknolojilerinin gelişmesi, hastaların bilgiye ulaşmalarının kolaylaşması, sağlığın ticarileşmesi, sağlıkla ilgili bilgilendirmelerin reklamlarla kirletilmesi, hasta haklarının gelişmesi, hastalık, sağlık ve yaşam ile algılar farklılaşması gibi nedenlerle hekimlere bakış ve hekimin sağlık sistemindeki rolü, hekimlerden, sağlık kurumlarından beklenti değişmiştir. Sosyal hayatta değişimler profesyonellik anlayışını etkilemektedir.

Profesyonellik, hümanizm ve kişisel ve profesyonel gelişim kavramları birbirini kapsar şekilde kullanılmaktadır. Profesyonelliğin bir takım kişisel nitelikler mi yoksa tıbbi uygulamalarda gösterilmesi gereken ahlaki değerler/özellikler mi olduğu, temel kavramsal farklılığı oluşturmaktadır (Birden ve ark., 2014).

Profesyonelliğin tanımlarındaki ahlaki değerler, etik ilkeler, yasal düzenlemeler ve hümanistik özellikler, kültürlere göre farklılıklar gösterdiğinden evrensel bir tanımlama yapılamamaktadır (Cohen, 2007).

Profesyonelliğin uzman veya meslekten olmayan herhangi bir birey tarafından bile kolayca ve tutarlı bir şekilde tanınabileceğini, ancak fark ettiklerini ifade etmeye çalıştıklarında tanımlama sorunların ortaya çıktığı belirtilmektedir (Swick, 2000; Wilkinson ve ark., 2009).

Profesyonellerin sosyolojisi üzerinde yapılan derleme çalışmasında, profesyonelliği bir dizi kişilik özellikleri veya davranışlardan ibaret olduğu görüşlerinin uygun olmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmada, profesyonelliğin kararlı bir yapı olmadığı, aksine "etkileşimlerle sosyal olarak inşa edilmiş " olduğu savunulmaktadır. Keza, profesyonelliğin,

bireysel bir nitelikten ziyade, bir sağlık ekibi veya organizasyonu tarafından paylaşılan bir özellik olduğu görüşü vurgulanmaktadır (Martiminakis ve ark., 2009).

Bu perspektifin benimsenmesi, profesyonelliğin nasıl öğretildiği ve değerlendirildiğinin ve ayrıca profesyonel olmayan davranışların örgütsel bağamlarda nasıl ele alındığının yeniden düşünülmesini gerektirecektir.

Tıp eğitiminde profesyonelliğin müfredatı, eğitimi ve değerlendirilmesi ilgili tartışmalar, profesyonelliği tanımlama ve çerçeveleme farklılıklarına dayanmaktadır. Altta yatan temel çerçeveleri, varsayımları dikkate almadan yapılacak yorumlar, yanlış anlama ve kafa karışıklığına neden olmaktadır (Irby ve Hamstra, 2016).

Tanımda uzlaşı gerekli midir?

Anlaşılır, herkesin kabul edeceği bir profesyonellik tanımı gereklidir. Tanımlama, hem meslek üyelerinin ortak bir kimliği oluşması için, hem halka mesleğin neye değer verdiğini göstermek için, hem de tıp eğitiminin planlanması, ölçme ve değerlendirme için gereklidir (Birden ve ark., 2014).

Profesyonellikle ilgili problemlerin tanımlanmaları, müfredatların oluşturulması, eğitim ve değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesi için profesyonelliğin temel yapıları hakkında bilgilerimiz netleştirilmelidir (Irby, 2017).

4.5.4. Profesyonelliği tanımlamalar ve çerçeveler

Epstein ve Hundret (2002), profesyonelliği “hizmet edilen bireylerin ve toplumun yararına olmak üzere iletişim becerilerinin, mesleki bilgilerin, teknik becerilerin, klinik akıl yürütmelerin, duyguların ve değerlerin günlük pratiğe sürekli ve uygun bir şekilde yansıtılması olarak tanımlamaktadır.

Huddle (2005), profesyonelliğin tıbbi ahlak olduğunu öne sürerek, öğrencinin ahlaki özelliklerin, etik tartışmalarda, ikilemlerde verdiği yanıtlarla veya gözetim altındaki performansları ile değerlendirmenin mümkün olmadığını belirtmektedir. Yazara göre, tıbbi ahlak/profesyonellik gerçek hasta karşılaşmalarında, sistem tarafından empoze edilen stresler (zaman baskısı, evrak işleri) ve içsel stresler (zaman baskısı, aile sorunları, yorgunluk, açlık) altında hekimler tarafından yapılan eylemlerin seçimi ile ilişkilidir.

Hasta hekim ilişkisinin temelinde, halkın tıp mesleğine olan güveni yatar. Bu güven hekimlerin toplumla olan sözleşmesinin gereğidir ve profesyonelliği gerektirir. Tıp profesyonelliğini

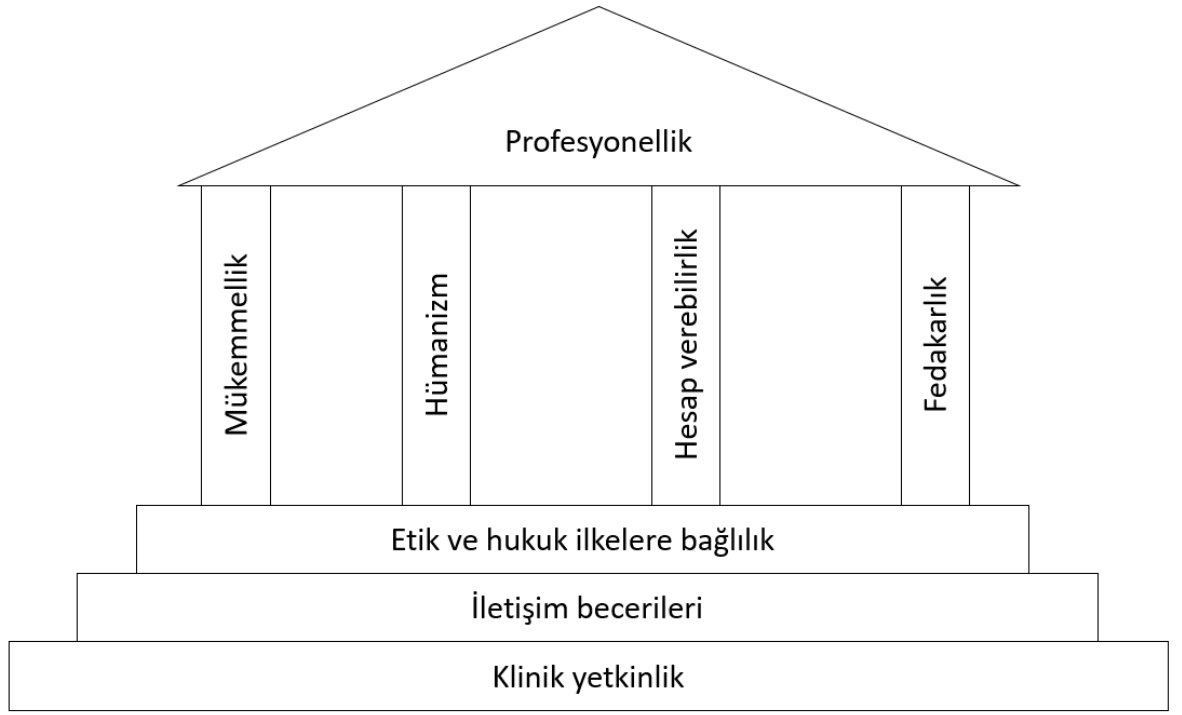
oluşturan özellikler arasında fedakarlık (altruism), saygı (respect), dürüstlük (honesty), bütünlük (integrity), görev bilinci (dutifulness), onur (honour), mükemmellik (excellence) ve hesap verebilirlik (accountability) yer alır (Cohen, 2006).

Swick (2000), tıbbi profesyonelliğin, hekimler olarak hastalarımızın ve halkımızın bize verdiği güvene layık olduğumuzu gösterdiğimiz davranışlardan oluştuğunu, güveni hak ettiğimizi gösterememek, onun kaybına ve dolayısıyla bir meslek olarak tıbbın statüsünün kaybolmasına neden olacağını belirtmektedir. Swick'e göre tıbbi profesyonellik, aşağıdaki davranışları içermektedir:

1. Hekimler kendi çıkarlarını başkalarının çıkarlarına tabi kılar.
2. Hekimler yüksek etik ve ahlaki standartlara uyarlar.
3. Hekimler toplumsal ihtiyaçlara yanıt verir ve davranışları hizmet verilen topluluklarla sosyal bir sözleşmeyi yansıtır.
4. Hekimler, dürüstlük ve doğruluk, şefkat ve merhamet, fedakârlık ve empati, başkalarına saygı ve güvenilirlik dahil olmak üzere temel insani değerlere sahiptir.
5. Hekimler kendileri ve meslektaşları için hesap verebilirdir.
6. Hekimler mükemmelliğe sürekli bağlılık gösterirler.
7. Hekimler, bilimsellik ve ilerleme gösterir.
8. Hekimler karmaşıklık ve belirsizlikle başa çıkabilir.
9. Hekimler eylemleri ve kararları üzerinde refleksiyon yapabilirler.

Pellegrino (2002 ve 2012), profesyonelliği, mesleğe uygun davranış biçimlerinin ve niteliklerinin gösterilmesi olarak tanımlamakta, erdemler, değerlere önem vermektedir. Hastanın iyiliğinin en önde tutulabilmesini, hekimin erdemleri sağlayabilir.

Arnold ve Stern'e (2006) göre, profesyonelliğin temelleri/çerçevesi, klinik yetkinlik, iletişim becerileri ve etik ve hukuk ilkelere bağlılıktan oluşmaktadır. Bu temeller üzerine hekimler, hesap verebilirlik (davranışların ve eylemlerin sorumluluğunu taşımak), fedakârlık (davranış ve uygulamalarında kişisel çıkarları değil hastaların çıkarlarını gözetmek), mükemmellik (yaşam boyu, bilgi ve beceriyi sürdürme, öğrenmeyi ve ilerleme), hümanizm (şefkat, empati, dürüstlük ve saygı) özelliklerini taşımalıdır. Bunların birlikteliği profesyonelliği oluşturur.



Şekil:1 Arnold ve Stern'e göre profesyonellik temelleri ve özellikleri (Mueller, 2009)

Wilkinson ve arkadaşlarının (2009) derleme çalışmasına göre, profesyonellik aşağıdaki alanlarda kümelenmektedir.

1. Etik ilkelere bağlılık (Doğruluk/dürüstlük, mahremiyete saygı, ahlaki tutum ve farklılıklara saygı vb.)
2. Hastalar ve yakınları ile etkili iletişim/etkileşim (Kişilerin farklı tutumlarına saygı, kibarlık, empati, kararlara hastanın katılımının sağlama ve hastalarla ilişkileri profesyonellik sınırlarında sürdürme vb.)
3. Sağlık sisteminde çalışan kişilerle etkili iletişim/etkileşim (Ekip çalışması, farklılıklara saygı, görgü kurallarına uyum, kibarlık, nezaket, profesyonellik sınırlarını koruma)
4. Güvenilirlik (Hesap verebilirlik, işi tamamlama, dakiklik, sorumluluğunu yerine getirme, organize olma vb.)
5. Kendini yeterliğini, diğerlerini ve sistemi geliştirme (Kendini tanıma, kendini değerlendirme, yardım alabilme, yardım edebilme, liderlik, belirsizliklerle başa çıkma, yaşam boyu öğrenme, savunuculuk, vb.)

Hilton'a (2008) göre, profesyonellik, bir kişilik özelliği/karakterden ziyade, edinilmiş durumdur. Altı alanı mevcuttur. Bu alanların çoğu, herhangi bir sosyal etkileşimli meslekte

gerekli beceriler olsa da, “refleksiyon yapan ve etik davranan hekim” tıp profesyonelliği için basit bir tanım olabilir.

A-Kişiye ait (içsel) tutumlar

1. Etik esaslara uygun uygulama
2. Refleksiyon kabiliyeti ve öz farkındalık/kendini tanıma
3. Eylemlerinde sorumluluk/hesap verebilirlik (mükemmellik, yaşam boyu öğrenme, kritik akıl yürütme taahhüdü).

B- İş birliği ile ilgili tutumlar

4. Hastalara saygı,
5. Başkalarıyla birlikte çalışma (ekip çalışması)
6. Sosyal sorumluluk

Amerikan İç Hastalıkları Birliğinin (American Board of Internal Medicine) profesyonellik projesine göre (Project Professionalism, 1995), profesyonellik fedakarlık, hesap verebilirlik, mükemmellik, görev, onur/dürüstlük ve saygıdan (altruism, accountability, excellence, duty, honour/integrity and respect) oluşmaktadır. Bu proje daha sonraki yıllarda profesyonellik söylemlerine ve çerçevelerine öncülük etmiştir (Project Professionalism, 1995).

Profesyonellik tanımlamalarında konsensus olarak kabul edilebilecek, tıpta profesyonelliğin önemini ve esaslarını içeren bir bildiri (physician charter), 2002 yılında The European Federation of Internal Medicine (EFIM), the American College of Physicians and American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation and the American Board of Internal Medicine (ABIM) tarafından yayınlanmış, (Medical Professionalism Project, 2002; ABIM, 2002) daha sonra bu bildiri birçok kurum ve örgüt tarafından onaylanmıştır (Blank ve ark., 2003). Profesyonelliği tıp alanında toplumla bir sözleşme olarak ele alan sözleşmede, profesyonelliğin temel prensiplerini ve profesyonel sorumlulukları belirlemiştir.

Temel prensipler:

1. Hastanın iyiliğinin/menfaatinin önceliği prensibi
2. Hastanın otonomisi prensibi
3. Sosyal adalet prensibi

Profesyonel sorumluluklar:

1. Mesleki yeterliklere sahip olma taahhüdü,
2. Hastalara karşı dürüstlük taahhüdü
3. Hasta mahremiyetine saygı taahhüdü
4. Hastalarla uygun ilişkiyi sürdürme taahhüdü
5. Hasta bakım kalitesini artırma taahhüdü
6. Sağlık bakımına ulaşımını artırma taahhüdü
7. Sınırlı kaynakların uygun/adil dağıtımını taahhüdü
8. Bilimsel bilgiye bağlılık taahhüdü
9. Çıkar çatışmalarını yöneterek güveni sürdürme taahhüdü
10. Profesyonel sorumlulukları yerine getirme taahhüdü.

Kanada’da CanMEDS çerçevesinde yetkin bir uzman olmak için gerekli yedi özelliği belirlemiştir. Bunlar, tıpta uzman, iletişimci, ekip üyesi, yönetici, sağlık savunucusu, bilim insanı ve profesyonelliktir (medical expert, communicator, collaborator, manager, health advocate, scholar and professional). Bu çerçevede profesyonellik, etik prensiplere, mesleğe yönelik düzenlemelere bağlılık ve uygun kişisel davranış standartlarını göstermek, bireylerin ve toplumun sağlığını ve esenliğini öncelemek olarak açıklanmaktadır (Frank, 2005; Frank ve ark., 2015).

İngiltere’de Royal Kolej, tıbbi profesyonelliğin, halkın hekimlere duyduğu güvenin temelini oluşturan bir dizi değer, davranış ve ilişkiyi ifade ettiğini, günlük uygulamalarında hekimlerin, dürüstlük, merhamet, fedakarlık, devamlı gelişme, mükemmellik, sağlık ekibindeki üyelerle ortak çalışma (Integrity, Compassion, Altruism, Continuous improvement, Excellence, Working in partnership with members on the wider healthcare team) prensiplerine bağlı olması gerektiğini belirtmektedir (Working Party of the Royal College of Physicians, 2005).

İngiltere’de Genel Tıp Konseyi (General Medical Council) 2013 yılında yayınladıkları “Good Medical Practice” belgesi hekimlerin görevleri esnasında sergilemeleri gereken davranışlar belirtilmektedir. Bunlar aşağıda belirtilmiştir (General Medical Council, 2013).

1- Bilgi, beceri ve performans alanı

- Bilgi ve deneyimi uygulamaya geçirin
- Çalışmanızı net, doğru ve okunaklı bir şekilde kaydedin
- Hastaları korumak için sistem kurallarına uyun

2- Güvenlik ve kalite alanı

- Güvenlik için riskleri dikkate alın
- Hastaları ve meslektaşlarınızı sizin sağlığınızın oluşturduğu risklerden koruyun
- Hastalarla etkili iletişim sağlayın

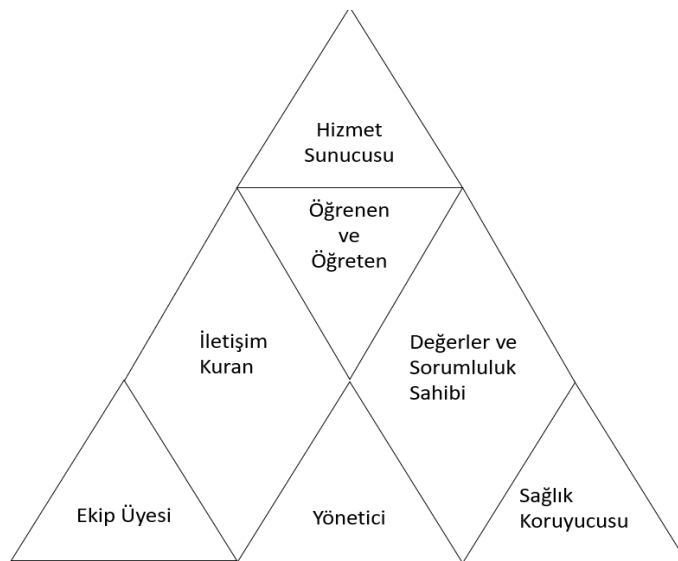
3- İletişim ve ekip çalışması alanı

- Hasta bakımını sürdürmek veya iyileştirmek için meslektaşlarınızla işbirliği içinde çalışın
- Öğretme, deneyim, destekleme ve değerlendirme sağlayın
- Bakımın sürekliliği ve koordinasyonu sağlayın
- Hastalarla paylaşım sağlayın ve sürdürün
- Hastalara saygı gösterin

4- Güveni sürdürme alanı

- Hastalara ve meslektaşlarına adil ve ayırım gözetmeksizin davranın
- Dürüstlük ve doğrulukla hareket edin

Türkiye’de Tıpta Uzmanlık Kurulu, müfredat çalışmalarında (TUKMOS) uzmanlık eğitiminde temel yetkinlikler olarak belirledikleri özellikler CanMEDS çerçevesi ile benzerlik göstermektedir. TUKMOS çerçevesindeki yedi özellik, yönetici, ekip üyesi, sağlık koruyucusu, iletişim kuran, değer ve sorumluluk sahibi, öğrenen ve öğreten, hizmet sunucusudur (Frank, 2005; TUKMOS).



Şekil:2 TUKMOS çerçevesinde temel yetkinlikler

2012 yılında, Amerikan Tıbbi Uzmanlık Kurulu (American Board of Medical Specialities), profesyonelliğin operasyonel bir tanımını yapmıştır. Buna göre, tıbbi profesyonellik, toplumun ve hastaların beklentilerine uygun olarak, meslek üyelerinin ortak yetkinlik standartlarını, etik değerlerini ve sağlık hizmetinin en iyi nasıl organize edileceği ve sunulacağını vaat etmesi ve tüm tıp profesyonellerinin vaatlerini yerine getirmeleridir (Wynia ve ark., 2014).

Amerika’da tıp eğitimi akreditasyon kurulu (Accreditation Council for Graduate Medical Education: ACGME) temel yeterlikleri profesyonellik, hasta bakımı ve prosedürel beceriler, tıbbi bilgi, pratik temelli öğrenme ve gelişme, kişilerarası iletişim, sistem temelli pratik ana temalarında sınıflamaktadır. Profesyonellik temasında, öğrencilerin profesyonellik taahhütlerine ve etik kurallara bağlılık göstermesini gerektiği belirtilmektedir. Bunlar aşağıda listelenmiştir.

- a) Şefkat/merhamet, dürüstlük ve başkalarına saygı göstermek(compassion, integrity, and respect for others)
- b) Kişisel çıkarları yerine hasta ihtiyaçlarına/menfaatine öncelik vermek
- c) Cinsiyet, yaş, kültür, ırk, din, engellilik, ulusal köken, sosyoekonomik durum ve cinsel yönelim dahil çeşitli hasta popülasyonlarına saygı ve duyarlılık
- d) Kişisel ve profesyonel özelliklerini geliştirme kabiliyeti göstermek.
- e) Çıkar çatışması durumlarını uygun şekilde çözümlmek

ACGME’nin, profesyonellik yeterlikleri listesi içerisinde sayılmamakla birlikte, temel yeterliklerde profesyonelliği ilgilendiren alanlar bulunmaktadır. Bilgi ve becerilerinin düzeyini ve sınırlıklarının farkında olmak, bunları geliştirmek, hastalar, hasta yakınları, ekip üyeleri ile kişiler arası uygun ilişkiler sürdürmek ve iletişim becerilerini geliştirmek, ekip üyesi ve lideri olarak çalışabilmek, hastaları, hasta ailelerini, öğrencileri ve diğer sağlık personellerini eğitmek, yönetim ve sağlık sistemi kurallarına uygun çalışabilmek gibi yeterlikler bunlar arasında sayılabilir (Accreditation Council for Graduate Medical Education).

Tablo:1 Profesyonellik alanları ve profesyonel özellikler

Epstein ve Hundret, 2002	İletişim becerileri Mesleki bilgi, beceri, klinik akıl yürütme Duygu ve değerler
Cohen, 2006	Fedakarlık (altruism) Saygı (respect) Dürüstlük (honesty) Bütünlük(integrity) Görev bilinci(dutifulness) Onur (honour) Mükemmellik (excellence) Hesap verebilirlik(accountability)

Swick, 2000	Hekimler kendi çıkarlarını başkalarının çıkarlarına tabi kılar. Hekimler yüksek etik ve ahlaki standartlara uyarlar. Hekimler toplumsal ihtiyaçlara yanıt verir ve davranışları hizmet verilen topluluklarla sosyal bir sözleşmeyi yansıtır. Hekimler, dürüstlük ve doğruluk, şefkat ve merhamet, fedakarlık ve empati, başkalarına saygı ve güvenilirlik dahil olmak üzere temel insani değerlere sahiptir. Hekimler kendileri ve meslektaşları için hesap verebilirler. Hekimler mükemmelliğe sürekli bağlılık gösterirler. Hekimler, bilimsellik ve ilerleme gösterir. Hekimler karmaşıklık ve belirsizlikle başa çıkabilir. Hekimler eylemleri ve kararları üzerinde refleksiyon yapabilirler
Arnold ve Stern, 2006	Profesyonelliğin temelleri/çerçevesi, klinik yeterlik, etkili iletişim becerileri ve etik ilkelere bağlılıktan oluşmaktadır. Hesapverebilirlik (davranışların ve eylemlerin sorumluluğunu taşımak) Fedakarlık (davranış ve uygulamalarında kişisel çıkarları değil hastaların çıkarlarını gözetmek) Mükemmellik (yaşam boyu, bilgi ve beceriyi sürdürme, öğrenmeyi ve ilerleme) Hümanizm (şefkat, empati, dürüstlük ve saygı) özelliklerini taşımalıdır. Bunların birlikteliği profesyonelliği oluşturur.
Wilkinson ve ark., 2009	1-Etik ilkelere bağlılık (Doğruluk/dürüstlük, mahremiyete saygı, ahlaki tutum ve farklılıklara saygı vb.) 2-Hastalar ve yakınları ile etkili iletişim/etkileşim (Kişilerin farklı tutumlarına saygı, kibarlık, empati, kararlara hastanın katılımının sağlama ve hastalarla ilişkileri profesyonellik sınırlarında sürdürme vb.) 3-Sağlık sisteminde çalışan kişilerle etkili iletişim/etkileşim (Ekip çalışması, farklılıklara saygı, görgü kurallarına uyum, kibarlık, nezaket, profesyonellik sınırlarını koruma) 4-Güvenilirlik (Hesap verebilirlik, işi tamamlama, dakiklik, sorumluluğunu yerine getirme, organize olma vb.) 5-Kendini yeterliğini, diğerlerini ve sistemi geliştirme (Kendini tanıma, kendini değerlendirme, yardım alabilme, yardım edebilme, liderlik, belirsizliklerle başa çıkma, yaşam boyu öğrenme, savunuculuk, vb.)
Hilton, 2008	A-Kişiyeye ait (içsel) tutumlar 1-Etik esaslara uygun uygulama 2-Refleksiyon kabiliyeti ve öz farkındalık/kendini tanıma 3-Eylemlerinde sorumluluk/hesap verebilirlik (mükemmellik, yaşam boyu öğrenme, kritik akıl yürütme taahhüdü). B- İş birliği ile ilgili tutumlar 1-Hastalara saygı, 2-Başkalarıyla birlikte çalışma (ekip çalışması) 3-Sosyal sorumluluk
Project Professionalism, 1995	Fedakârlık (altruism) Hesap verebilirlik (accountability) Mükemmellik (excellence) Görev (duty) Onur/dürüstlük (honour/integrity) Saygı (respect)
Physician charter, 2002	Profesyonelliği tıp alanında toplumla bir sözleşme olarak profesyonelliğin temel prensiplerini ve profesyonel sorumlulukları belirlemiştir Temel prensipler: 1-Hastanın iyiliğinin/menfaatinin önceliği prensibi 2-Hastanın otonomisi prensibi 3-Sosyal adalet prensibi Profesyonel sorumluluklar: 1-Mesleki yeterliklere sahip olma taahhüdü,

	2-Hastalara karşı dürüstlük taahhüdü 3-Hasta mahremiyetine saygı taahhüdü 4-Hastalarla uygun ilişkiyi sürdürme taahhüdü 5-Hasta bakım kalitesini artırma taahhüdü 6-Sağlık bakımına ulaşımını artırma taahhüdü 7-Sınırlı kaynakların uygun/adil dağıtımı taahhüdü 8-Bilimsel bilgiye bağlılık taahhüdü 9-Çıkar çatışmalarını yöneterek güveni sürdürme taahhüdü 10-Profesyonel sorumlulukları yerine getirme taahhüdü. .
CanMEDS, 2005 ve 2015	Yetkin bir uzman olmak için gerekli yedi özelliği belirlemiştir. Tıpta uzman (Medical expert) İletişimci (Communicator) Ekip üyesi (Collaborator) Yönetici (Manager) Sağlık savunucusu (Health advocate) Bilim insanı (Scholar) Profesyonelliktir (Professional)
Royal College of Physicians, 2005	Tıbbi profesyonelliğin, halkın hekimlere duyduğu güvenin temelini oluşturan bir dizi değer, davranış ve ilişkiyi ifade eder: Dürüstlük (Integrity) Merhamet (Compassion) Fedakarlık (Altruism) Devamlı gelişme (Continuous improvement) Mükemmellik (Excellence) Sağlık ekibindeki üyelerle ortak çalışma (Working in partnership with members on the wider healthcare team)

GMC (General Medical Council)	“Good Medical Practice” belgesi hekimlerin görevleri esnasında sergilemeleri gereken davranışlar belirtilmektedir. 1- Bilgi, beceri ve performans alanı • Bilgi ve deneyimi uygulamaya geçirin • Çalışmanızı net, doğru ve okunaklı bir şekilde kaydedin • Hastaları korumak için sistem kurallarına uyun 2- Güvenlik ve kalite alanı • Güvenlik için riskleri dikkate alın • Hastaları ve meslektaşlarınızı sizin sağlığınızın oluşturduğu risklerden koruyun • Hastalarla etkili iletişim sağlayın 3- İletişim ve ekip çalışması alanı • Hasta bakımını sürdürmek veya iyileştirmek için meslektaşlarınızla işbirliği içinde çalışın • Öğretme, deneyim, destekleme ve değerlendirme sağlayın • Bakımın sürekliliği ve koordinasyonu sağlayın • Hastalarla paylaşım sağlayın ve sürdürün • Hastalara saygı gösterin 4-Güveni sürdürme alanı • Hastalara ve meslektaşlarına adil ve ayırım gözetmeksizin davranın Dürüstlük ve doğrulukla hareket edin
TUKMOS	TUKMOS çerçevesindeki yedi özellik: Yönetici, Ekip üyesi, Sağlık koruyucusu, İletişim kuran, Değer ve sorumluluk sahibi, Öğrenen ve öğreten, Hizmet sunucusu
ACGME 2020 (Accreditation Council for Graduate Medical Education)	ACGME temel yeterlikleri profesyonellik, hasta bakımı ve prosedürel beceriler, tıbbi bilgi, pratik temelli öğrenme ve gelişme, kişilerarası iletişim, sistem temelli pratik ana temalarında sınıflamaktadır. Profesyonellik temasında, öğrencilerin profesyonellik taahhütlerine ve etik kurallara bağlılık göstermesini gerektiği belirtilmektedir. yeterlikler listelenmiştir: 1. Şefkat/merhamet, dürüstlük ve başkalarına saygı göstermek(compassion, integrity, and respect for others) 2. Kişisel çıkarları yerine hasta ihtiyaçlarına/menfaatine öncelik vermek 3. Cinsiyet, yaş, kültür, ırk, din, engellilik, ulusal köken, sosyoekonomik durum ve cinsel yönelim dahil çeşitli hasta popülasyonlarına saygı ve duyarlılık 4. Kişisel ve profesyonel özelliklerini geliştirme kabiliyeti göstermek. • Çıkar çatışması durumlarını uygun şekilde çözümlmek

4.6. Profesyonellik Eğitimi

4.6.1. Amaç

Profesyonellik eğitiminin amacı, profesyonel kimliğin oluşumunu, profesyonellik özelliklerini her durumda davranışlarına yansıtabilen iyi bir hekimin yetişmesini sağlamaktır (Hafferty, 2006a; van Mook ve ark. 2010).

4.6.2. Profesyonellik eğitimi uygulamaları

Günümüzde tıp fakülteleri yeterlilik listelerinde ve çekirdek müfredatlarında profesyonellik eğitimi ve değerlendirmeleri yer almaktadır (Stephenson ve ark.,2006). Ancak konuya verilen önem, müfredat içinde kapsamı değişkendir. Önlük giyme törenlerindeki konuşmalar, etik ve tıp tarihi dersleri, seçmeli dersler, iş başı sınavlarında kısmen de olsa yapılan değerlendirmeler profesyonellik eğitiminde yapılan yaygın uygulamalardır

Profesyonellik eğitiminin kalitesi için, kurum kültürü, müfredat, öğrenme aktiviteleri, eğiticilerin eğitimi, ölçme ve değerlendirmelerin eğitim biliminin kanıtlarına göre oluşturulması, uygulanması ve geliştirilmesi gerekir.

4.6.3. Profesyonellik eğitiminin zorlukları

Profesyonellik tanımı, profesyonelliğin eğitimle kazanılıp kazanılamayacağı, bağlama ve kültüre göre değişkenlikleri konularındaki tartışmalar eğitime de yansımaktadır.

Profesyonelliğin kompleks yapısı tıp eğitiminde en tartışmalı ve zor alanı haline gelmesine neden olmaktadır (Wagner ve ark., 2007).

Profesyonellik ile ilişkili özellikler, kişilik, çocukluktan itibaren aile, toplum ve meslektaşlardaki değer yargıları ile ilişkilidir. Bunlardaki olumsuz kazanımların düzeltilmesi kolay değildir. Olumlu özelliklerin kazanılması için uzun süreli çabaların gerekli olduğunu bilmekteyiz (Monrouxe ve ark., 2016).

Profesyonellikte olması gereken özellikler, beklentiler ile ilgili söylemler, uyarılar ve değerlendirmelerden ziyade öğrencilerin gördüklerinden, yaşadıklarından yakaladıkları ve kabullendikleri daha kabul edilebilir ve kalıcı olmaktadır (Wear ve Castellani, 2000).

Yukarıda bahsedilen, profesyonelliğin sonradan kazanılıp kazanılamayacağı tartışmaları olsa da genel kanaat profesyonelliğin doğuştan ve çocukluktan gelen bir kişilik özelliği olmaktan ziyade sonradan kazanılmış bir durum olduğudur (Hilton ve Slotnick, 2005; Wear ve Castellani, 2000). Keza, eleştirel düşünme, marifet, açık fikirlilik, adalet, vicdan, sorumluluk, ahlak,

dürüstlük, saygı, öz denetim, sağduyu, metanet, fedakarlık, güven, umut, iyimserlik, iyilik, şefkat, empati, nezaket gibi bir çok değer ve özelliğin tamamen olmasa da eğitimle kazanılabileceği görüşü psikolojik araştırmalarla desteklenmiştir (Bryan ve Babelay, 2009).

Profesyonellik eğitiminin zorlukları arasında sağlığın ticarileşmesi, medyada showmen benzeri meslek mensuplarına halkın ilgisi, meslekteki olumsuz rol modellerin çokluğundan söz etmek de gereklidir.

4.6.4. Profesyonellik eğitimi nasıl olmalı

Profesyonellikle ilgili eğitim üç aşamada olmalıdır (Stern ve Papadakis, 2006):

1. Profesyonellikle ilgili standartlar/beklentiler belirlenmelidir.
2. Profesyonellikle ilgili eğitim fırsatları sunulmalıdır.
3. Sonuçları değerlendirmelidir.

Profesyonellikle ilgili standartların/beklentilerin belirlenmesi, kurumun profesyonellik ve profesyonel davranışın açıkça tanımlanması anlamına gelir. Bu standartlar fakültenin yeterliklerinde açıkça belirtilmiş olmasını gerektirir. Yine müfredatlarda amaçlar, öğrenim hedefleri, öğrenme yöntemleri, ölçme ve değerlendirme metotları belirlenmelidir. Yazılı müfredatlar yanında yazılı olmayan kurallar, alışkanlıklar, kalıplaşmış uygulamalar tarafından oluşturulan örtük müfredat da dikkate alınmalıdır.

Profesyonellikle ilgili teorik dersler yanında, uygulamalar, küçük grup tartışmaları, refleksiyon oturumları, kritik olgu tartışmaları, anlatı tıbbı gibi eğitim fırsatları yatay ve dikey müfredatlarda yerini almalıdır. Eğiticiler ile öğrenciler arasında etkili iletişim kurma ve geri bildirim verme imkanı sağlanmalıdır.

Eğitimin sonuçları değerlendirilmeli, eksiklikler giderilmelidir. Formatif değerlendirmeler ve uygun geri bildirimlerin en etkili eğitim yöntemi olduğunu bilmekteyiz.

Cruess ve Cruess, profesyonelliği öğretmek için ilkeleri belirlemişlerdir (Cruess 2006; Cruess 2009).

1-Kurum yönetimi (örn. dekanlar, bölüm başkanları, vb.) açık bir şekilde profesyonelliğe verilen önemi açıklamalıdır. Keza, yönetim profesyonellik için yeterli kaynakları (örneğin, eğiticiler için zaman) sağlamalıdır.

2-Profesyonelliğin bilişsel temelleri (tarihçe, tanım, değerler, nitelikler, davranışlar ve ilgili sorumluluklar) öğretilmelidir.

3-Kurumların öğrenme ortamları, öğrencilerinin ve hekimlerin davranışlarını ve eğitimi etkiler. Bu nedenle öğrenme ortamları kurumun misyonunda belirtildiği şekilde hesap verebilirlik, adalet, dürüstlük, saygı ve hizmet gibi profesyonellik kurallarına uygun olmalıdır.

4-Profesyonelliği öğretmekten sorumlu öğretim üyeleri, kurum içinde saygınlığı olan, profesyonellik nitelikleri ve davranışları sergileyenlerden seçilmelidir.

4.6.5. Profesyonellik müfredatı

Profesyonelliği öğretme ve öğrenme için müfredat geliştirilmeli (Branch ve ark., 2001) ve Profesyonellik konuları tüm müfredata entegre edilmelidir (Goldie, 2008).

Harden'ın çıktığı odaklı eğitim modelinde, hekimlerin, yaptıkları işin uygunluğu, işlerini uygun tarzda yapmaları ve bunları yaparken uygun kişilik ve özellikleri taşıması gerektiği belirtilmektedir. Üç halka modeli denen bu modelde, son iki grup yeterliklerin profesyonellik alanında olduğu görülmektedir (Harden,1999).

Profesyonelliğin geliştirilmesi, ilgili eğitim hedefine ulaşmak için;

- Profesyonellik eğitimi müfredat boyunca hem dikey hem de yatay olarak kapsamlı bir şekilde entegre edilmelidir (Stirrat ve ark., 2010).
- Hem bilgi hem de davranışsal yönleri ile profesyonellik çıktıları müfredata entegre edilmelidir (Goldie 2008).
- Profesyonellik konuları, çekirdek ve seçmeli müfredatta yerini almalıdır.

Profesyonellik müfredatı aşağıdaki alanları kapsamalıdır.

- a) Profesyonelliğe yönelik bilgi, farkındalık, duyarlılık
- b) Profesyonel beceriler: Muhakeme, akıl yürütme
- c) Profesyonel yeterlikler: Karar verme, değerlendirme
- d) Profesyonel tutum ve davranışlar

4.6.6. Eğitim yöntemleri

4.6.6.1. Dersler ve konferanslar

Profesyonelliğin tanımı, çerçevesi, olumlu ve olumsuz davranış modelleri, değerler, etik anlayışlar, ikilemler gibi konuların bilişsel boyutlarının öğretilmesi için teorik dersler,

konferanslar ilk yıllarda kullanılabilecek eğitim yöntemleridir. Bu derslere insani ve sosyal bilimler bölümleri de dahil edilmelidir. Bu derslerde ve konferanslarda bilgi ve bilinç oluşturulabileceği gibi akıl yürütmeler de geliştirilebilir.

Teorik dersler, bilgiyi aktarmanın etkili bir yoludur. Bilişsel olarak farkındalığı artırır ve davranışın değişmesine neden olur (Alguire 2004). Ancak sadece teorik derslerle profesyonel yeterlikler sağlanamaz (Mazmanian ve Davis. 2002).

Teorik derslerin etkinliği, teknoloji destekli olguların sunulması (Profesyonel ve profesyonel olmayan davranışların örneklerini gösterme), etik ikilem senaryolarını tartışılması ile geliştirilebilir. Çok miktarda bilgiyi özetlemenin yanı sıra, web tabanlı programlar, öğrencilerin uygun zamanlarında erişimine imkan sağlama ve öğrencilerin değerlendirmelerinin yapılabilme avantajlarına sahiptirler (Cook ve ark., 2015).

Web tabanlı öğretim modülleri eğiticiler ve öğrenciler arasında çevrimiçi tartışmalar da içerebilir. Bununla birlikte, web tabanlı öğretim modüllerinin profesyonellik öğretiminde etkili olup olmadığı bilinmemektedir. Genel olarak, sadece profesyonelliği öğretmek için didaktik derslere ve web tabanlı modüllere güvenmek öğrenme için yetersizdir (Mueller 2015).

4.6.6.2. Küçük grup çalışmaları

Probleme dayalı öğrenme oturumlarında senaryolara biyomedikal boyut yanında psikososyal boyutlar da eklenmelidir. Bu sayede profesyonellikle ilgili öğrenmeler ve akıl yürütmeler geliştirilebilir. Klinik ortamlarda yapılacak küçük grup çalışmalarında gözlemler ve yaşantılar üzerinden refleksiyonlar profesyonelliğin geliştirilmesinde en etkili yöntemlerdir.

Vaka tartışmaları ve uygulamalı eğitim oturumları gibi deneyimsel ve etkileşimli öğretim yöntemleri, öğrencilerin eğitim performansını artırabilmektedir (Mazmanian ve Davis, 2002; Burgess ve ark., 2014).

Tartışma grupları (iletişi zorluğu olan bir vakayı tartışma), rol play (etik sorun olarak görülen bir konuyu canlandırma), simülasyon (bir hastaya “üzücü, kötü haber verme”), ekip tabanlı öğrenme ve self-refleksiyon bu tür eğitim örnekleridir (Burgess ve ark., 2014; Branch, 2010). Bu yöntemler için güvenli ve yapılandırılmış ortamlar sağlanmalıdır (Cuess ve Cruess, 2006).

4.6.6.3. Simüle ortamlar

Gerçeğe yaklaştırılmış simüle ortamlarda profesyonellikle ilgili senaryolar, öğrencilerin oynadıkları role-play aktiviteleri, bilişim destekli görseller üzerinden eğitim yapılabilir. Bu eğitimler hem bilişsel boyutta hem de akıl yürütmeler boyutunda profesyonelliği geliştirecektir.

4.6.6.4. Rol model eğitim

Tıpkı hekim-hasta ilişkisinin sağlık hizmetinin temelini oluşturması gibi, öğrenci-öğretmen ilişkisi de genel öğrenme deneyiminin temelini oluşturur. Öğretmenlerin öğrencilere davranış şekli, hastalar ve meslektaşları ile nasıl etkileşimde bulunduğu öğrencileri ve öğrenmeyi etkiler. Öğrenci-öğretmen ilişkisi aynı zamanda öğrencinin sosyal kimliğini de etkilemektedir. İdeal rol modelleri klinik yeterlilik, öğretim becerileri ve olumlu kişisel niteliklerine sahiptirler. Bu özelliklerini hastalar, öğrenciler, meslektaşlar, yardımcı sağlık personeli ve diğer ekiplerle etkileşimler sırasında gösterebilirler. Öğrencilerin rol modellerinin tutum ve davranışlarını izlediğini ve taklit ettiğini bilinmektedir. Neticede, rol model eğitimin profesyonelliği öğretmede en etkili yöntem olduğu konusunda fikir birliği mevcuttur (Crusess ve Cruess, 2006; Crusess ve ark., 2008; Levinston ve ark., 2014).

Ancak rol modellerin olumlu etkisi kadar olumsuz etkisi de olabilmektedir (Pellegrino, 2002). Bu nedenle rol model olabilecek eğiticiler dikkatle seçilmeli, öğrencilere gözlemledikleri her davranışa kendi akıl yürütmeleri ile bir değer biçme kabiliyeti kazandırılmalıdır.

Tıp eğitiminde kısa staj süreleri nedeniyle otantik bağlam temelli öğrenme ve olumlu rol modellerle ilişki fırsatlarının azalması da başka bir zorluktur (Seggie, 2011).

4.6.6.5. Anlatı tıbbı

Biyomedikal ve psiko-sosyal boyutları ile anlatılan hastalık hikayeleri, profesyonellik eğitiminin her aşamasında kullanılabilir. İyi kurgulanmış veya gerçek olguların anlatıları ile profesyonellik konusunda bilgi, bilinç ve akıl yürütmeler sağlanabilir. Ayrıca öğrencilerin kendi yaşantılarını yazmaları istenerek bunlar üzerinden eğitim yapılabilir.

Dürüstlük, açıklık, empati, fedakârlık gibi bazı profesyonellik özellikleri soyut yapısı öğretilmesinde zorluklara neden olmaktadır. Anlatı tıbbı, özellikle konu hakkında yazılmış edebi eserlerin okunması ve tartışılması öğrencinin soyut değerleri daha iyi içselleştirmesini sağlayabilmektedir (Wear ve Nikson, 2002).

Keza, profesyonellikle ilgili öğrenci anlatıları, refleksiyonu teşvik etmek ve öğrencinin konuya verdiği önemi artırmak ve bilinç düzeyini yükseltmek için önemlidir (Baernstein ve ark., 2009; Rees ve Monrouxe, 2011).

Anlatıların yapılan analizinde, öğrencilerin eğitimcilerinin ve ilişkide oldukları meslek mensuplarının özellikleri üzerine değerlendirmeler yapabildiklerini hem olumlu hem de olumsuz davranışlarla karşılaştırarak yaşanan deneyimlerin öğrencilerin profesyonellik özelliklerini şekillendirdiğini göstermektedir (Karnieli-Miller ve ark., 2010).

4.6.6.6. Refleksiyon oturumları

Refleksiyon yapabilme kabiliyeti ve duygusal zeka profesyonellik gelişimi ve uygulamaları ile ilgilidir (Hafferty, 2018). Tıp eğitiminde refleksiyon uygulamaları hemen her eğitim aktivitesi ile birlikte uygulanabilir. Burada kastedilen, refleksiyon oturumları, profesyonellik eğitimi odaklı uygulamalardır. Kritik olaylar, hasta şikayetleri, medyada yer alan tıbbi ilginç olaylar, tıbbi uygulama hatası iddialarını içeren dosyalar tartışılarak öğrencilerin refleksiyon yapmaları istenir ve kendi aralarında tartışmaları teşvik edilebilir.

Öğrencilerle teması olan hekimler ve eğitim görevlileri de kendilerinin rol model oldukları, her davranışlarının öğrencileri etkilediği bilinci refleksiyonlarla geliştirilebilir (Cruess ve ark., 2008).

4.6.7. Profesyonellikte örtük müfredat

Müfredatlar, resmi, uygulanan ve gizli müfredatlar olarak tanımlanmaktadır. Resmi müfredat, okulun yayınladıkları yazılı müfredat listesidir. Resmi müfredat, çeşitli nedenlerle tam olarak uygulanamayabilir. Resmi müfredatın eğitim süreçlerinde gerçekleşen kısmı ile müfredatta olmayan ancak eğitimcilerin gerçekleştirdiği öğrenmeler uygulanan müfredat olarak adlandırılmaktadır. Bunların dışında, öğrenciler eğitimciler, çalışanlar, akranlardan gözledikleri, yaşadıkları ile etkilenerek profesyonellik konusunda kendi anlayış ve davranışlarını oluşturmaktadır. Bu türdeki öğrenmeler gizli/örtük müfredat adını almaktadır (Hafferty ve ark., 2015; Cruess ve Cruess, 2006; Goldie, 2008; Monrouxe, 2010).

Örtük/gizli müfredatın öğrencilerde, idealizmin kaybedilmesi, kalıplaşmış mesleki davranışların benimsenmesi, hastaların duygularına karşı duyarsızlaşma, etik kurallara bağlılıkta azalma, çalışma ortamlarında hiyerarşiyi kabullenmek ve iyi hekimlik davranışları hakkında düşüncelerde azalmaya yol açtığı belirtilmektedir (Lempp ve Seale, 2004).

Örtük müfredatın profesyonellikte resmi ve uygulanan müfredattan daha etkili olduğu öne sürülmektedir (Cruess ve Cruess, 2006; Goldie, 2012). Ancak örtük müfredatın planlanabilmesi, kontrol edilebilmesi zordur hatta mümkün değildir. Bu nedenle eğiticiler örtük müfredatın öneminin farkında olarak, olumsuz örnekler ve yaşantıların tartışma ortamlarında gündeme getirilerek öğrencilerin değerleri, akıl yürütme kapasiteleri geliştirilmeye çalışılmalıdır (Hafferty, 2006d; Cruess ve Cruess, 2006).

4.6.8. Profesyonellikte kurum kültürü

Profesyonellik eğitiminde çok önemli etkisi olan kurum kültürünün gelişmesi, çok boyutlu uzun süren bir süreçtir. Öncelikle kurumlar, fakültenin amaçları, yeterlikleri, hedefleri gibi yazılı belgelerinde profesyonelliğe verdikleri önemi açık bir şekilde ifade etmiş olmalı, profesyonelliğe verdikleri önemi eğitim ve eğitim dışı aktivelerinde gündemde tutmalı ve teşvik etmelidirler.

Kurum kültürünün oluşmasında, üst yönetimin anlayış ve tutumlarının ilk derecede önemlidir. İlk olarak, yöneticiler, eğiticiler, öğrenciler ve diğer paydaşlarla kurumun ortaklaştığı profesyonelliğin kurumsal tanımını yapılmalıdır. Bu tanımlama, kurumun tanıtımı, hesap verebilirliği için önemlidir. Keza bu tanımlama eğitim programını düzenleyenler, eğiticiler ve öğrenciler için yol gösterici olacaktır. Kurum üst yönetiminin, kurum kültürü için önemli etkisi de eğiticilerin seçim kriterlerindeki tutumları ve profesyonellik dışı olaylarda gösterdikleri tepki ve yaptırımlardır. Bunlar, eğiticilerin kendilerini kontrol ve geliştirmelerinde uyarıcı olacak dolayısı ile kurum kültürünün gelişmesine katkı sağlayacaktır.

4.7. Profesyonelliğin Değerlendirilmesi

Yakın zamana kadar, tıp eğitiminde değerlendirmeler, öncelikle tıbbi bilgi, pratik ve klinik becerilere odaklanmıştır. Profesyonellik değerlendirmeleri ya yapılmamış ya da yapılsa bile geçme/kalma kararları üzerine etkileri olmamıştır (Arnold, 2002). Son yıllarda profesyonellik değerlendirmeleri, ölçme ve değerlendirme programlarının ana bileşenlerinden olmaya başlamıştır (Cruess ve Crusess, 2006).

Profesyonelliğin değerlendirilmesi konusunun anlaşılmasında, klasik sorgulama formatı, niçin, ne, nasıl, kim, nerede ve ne zaman soruları kullanılabilir (Hawkins ve ark., 2009).

4.7.1. Niçin değerlendirmeli?

Eğitim programlarında ölçme ve değerlendirmelerin amaçları, öğrenmeyi sağlamak ve programın çıktılarına ulaşıp ulaşılmadığını belirlemektir. Bu bağlamda, profesyonelliği değerlendirmede, iki temel amaç mevcuttur. Birincisi, öğrencilerin profesyonellik durumlarını belirlemek ve eksikliklerini tespit etmek, bunlara uygun geri bildirimler vererek gelişimlerini sağlamak (Formatif değerlendirme), ikincisi eğitim çıktılarına ulaşıp ulaşılamadığını tespit etmektir (summatif değerlendirme) (Stern ve Papadakis, 2006).

Formatif değerlendirmelerde geri bildirimlerin, öğrencilerin profesyonel davranışlarını geliştirdiği bilinmektedir (Papadakis ve ark., 2004; van Mook ve ark., 2007; Goldie 2012; Lynch ve ark., 2004). Genel olarak, profesyonellik konusunda uygun değerlendirmeleri yapılması öğrenme çıktılarını olumlu yönde etkilemekte, profesyonellik konusunda yetersizlikleri de önlemektedir (Sullivan ve Arnold, 2009).

Değerlendirme öğrenmeyi yönlendirmektedir (Epstein, 2007). Öğrenciler bir konu hakkında değerlendirileceklerini bildikleri takdirde bu konuda kendilerini geliştirmeye çalışırlar. Öğrencilerin, “beklenen şeylere değil incelenenlere daha fazla önem verir, saygı duyar” görüşü bu durumu ifade etmektedir (Cohen, 2006).

4.7.2. Neler değerlendirilmeli/neyi ölçmeli?

Etik, iletişim, değerler ve sorumluluklar, ekip üyeliği, mükemmeliyet, kişisel gelişim gibi birçok yeterliğin toplamından oluşan profesyonellik, bireysel, kişilerarası, kurumsal ve toplumsal boyutlara sahiptir. Profesyonellik özelliklerini, tüm boyutlarda ölçmek ve değerlendirmek zordur. Keza, profesyonelliğin çoğu tanımında belirlenen nitelikler eğitimciler ve öğrenciler açısından tam anlaşılammaktadır (Wilkinson ve ark., 2009). Nitelikler

tanımlansa bile, ölçeklerde davranışsal terimlerle tam olarak işlevselleştirilmedikçe puanlayıcılar tarafından doğru bir şekilde yorumlanamayabilirler (Mazor ve ark., 2008).

Davranış, tutum, erdemler?

Literatür, profesyonel davranışa daha çok, profesyonel tutum kısmına daha az odaklanmıştır (O'Sullivan ve ark., 2012). Bunun nedeni davranışın daha kolay gözlenebilmesi ve ölçülebilmesinden kaynaklanabilir.

İçsel değerler ve erdemlerin, davranış olarak dışa yansıdığı varsayılır. Ancak, bu durumun ne derecede olduğunu bilmemekteyiz (Hafferty 2006b). Keza, sosyo-bilişsel psikoloji bu varsayımı desteklememektedir. Sosyal baskının davranışı etkilediği durumlarda davranış, tutumun zayıf bir göstergesi olabilmektedir (Rees ve Knight, 2007).

Profesyonellik bağlam bağımlıdır

Profesyonellik, kişinin geçmiş deneyimleri, kişisel özellikleri, duygu durumu, davranışın gerçekleştiği ortam ve buradaki kişilerin sayısı, özellikleri, kurum ve toplumsal kültür gibi bağlamı oluşturan unsurlarla ilişkilidir (Wallace ve ark., 2005; Hodges ve ark., 2011). Bağlamsal faktörler profesyonellik değerlendirmelerinde dikkate alınması gereklidir (Goldie, 2013).

Profesyonellik özellikleri toplum kültürüne göre değişiklikler gösterebilir. Bu nedenle ölçme ve değerlendirmede bir kültür için geliştirilen araçlar ve yöntemlerin farklı kültürlerde kabullenilişi ve uygulanışı sorun oluşturabilir. (Hodges ve ark., 2011).

Neler ölçüleceği hakkında sınıflamalar

Wilkinson derleme çalışmasında profesyonelliğin beş alanında ölçme ve değerlendirmenin uygunluğu belirtilmektedir (Wilkinson ve ark., 2009).

1. Kişinin kendisi, başkaları ve sistemlerle ilişkili yetkinliğini sürdürme ve geliştirme taahhüdü
2. Etik prensiplere bağlılık
3. Hastalarla ve onların yakınları ile etkili ilişki/iletişim sağlama
4. Sağlık sisteminde meslektaşları, tüm ekip üyeleri ile etkili ilişki/iletişim sağlama
5. Güvenilirlik ve hesap verebilirlik

Profesyonellik bilişsel ve davranışa yansıyan profesyonelliğin çerçevesi dikkate alınarak kurumsal ve toplumsal boyutlarda değerlendirilmelidir.

1. Profesyonelliğe yönelik bilgi, farkındalık, duyarlılık,
2. Profesyonel beceriler (muhakeme, akıl yürütme),
3. Profesyonel yeterlikler (karar verme, değerlendirme)
4. Profesyonel tutum ve davranışlar

4.7.3. Nasıl değerlendirmeli?

Profesyonellik genel olarak bilişsel düzeyde (çoktan seçmeli sınavlar, sözlü sınavlar, olgu temelli sınavlar, vb.) performans düzeyinde (simulasyon, nesnel yapılandırılmış klinik sınav, Mini klinik sınav, P-MEX, 360 derece değerlendirme, portfolio vb.) değerlendirmeleri içerir (Goldie 2013).

Bilişsel düzeyde, profesyonellikle ilgili bilgi, farkındalık, değerler, inançlar ve akıl yürütmeler, yazılı ve yapılandırılmış sözlü sınavlar ile ölçülebilir ve değerlendirilebilir.

Anketler, sorgulama formları, geri bildirimler, sesli düşünme çalışmaları, refleksiyon oturumları, olgu anlatıları formatif değerlendirmeler amacıyla kullanılabilir.

Profesyonel özelliklerin gelişimi ve değerlendirilmesinde bilişsel boyutta değerlendirilmeler önemli olmakla birlikte profesyonel tutum ve davranışlar ölçülmeli ve değerlendirilmelidir. Bunun için yapılandırılmış ve yapılandırılmamış gerçek ortamlarda direk gözlemi ile esastır. Çünkü profesyonelliğin bilişsel düzeyden tutum ve davranış düzeyine (performans düzeyi) dönüşmesinde kişisel özellikler ve sosyal bağlam etkisi önemlidir (Ginsburg ve ark., 2000).

Wilkinson'un derleme çalışmasında profesyonellik ölçme araçları 9 grupta toplanmaktadır (Wilkinson ve ark., 2009).

1. Klinik karşılaşmaların gözlenmesi: Mini klinik sınav (mini-CEX), Professionalism Mini-Değerlendirme (P-MEX)
2. Çalışma arkadaşlarından görüşleri: 360 derece değerlendirme (Multisource feedback)
3. Profesyonellik dışı olay kayıtları
4. Kritik olay raporları
5. Simulasyonlar
6. Yazılı sınavlar
7. Hasta görüşleri

8. Eğitici kanaati
9. Kendi kendini değerlendirme

Profesyonel yeterliklerin ölçülmesinde kullanılan araçlarını gözleme dayalı direk performans ölçümleri ve birikim metotları olarak iki ana grupta sınıflamaktadır. Direk performans ölçümleri değerlendiricinin öğrenciyi gözlemesi ile yapılır. Birikim metotlarında eğitim süreci içinde çok sayıda kaynaktan alınan bilgilerin birikiminin ölçülmesidir (van der Vluten ve ark., 2010).

1-Direk performans lmleri: Gözlemin süresine göre iki eşitir.

a-Anlık hasta karşılaşmalarını gözlem: Öğrencinin bir hasta ile karşılaşmasının gözlenmesi ile yapılmaktadır.

- Mini-klinik sınav (Mini-CEX)
- Girişimsel becerilerin gözlenmesi (Direct Observation of Practical Skills (DOPS))
- Profesyonellik mini-değerlendirme (P-MEX)
- Klinik karşılaşma videolarının gözlenmesi

b-Uzun süreli gözlemlerin llmesine dayalı metotlar: Haftalar, aylar hatta yıllar sonunda öğrencinin performansı ölçülmektedir.

- Akran değerlendirmeleri (mini-PAT)
- 360 derece değerlendirme

2-Birikim metodları: Performansı gösteren örnek materyaller zaman içinde toplanmaktadır.

- Portfolio
- Logbook

Gözleme dayalı değerlendirmelerin geçerli ve güvenilir olabilmesi için, gözlemin metodu, gözlem yapanın kim olduğu (eğitici, akran, hemşire, hasta vb.), gözlemcinin eğitimi, deneyimi, motivasyonu, gözlemin yapıldığı ortam, gözlemde kullanılan lme yöntemi (global değerlendirme, ölçek ile değerlendirme, ölçeğin özelliği) nemli parametrelerdir.

Gözleme dayalı değerlendirmelerde gözlendiğini bilen ğrenci, davranışlarını kontrol etmeye, kendinden beklenen davranışları göstermeye çalışacaktır. Bu durum gözleme dayalı değerlendirmelerin önemli bir eksikliğidir (Goldie, 2013; van Mook ve ark., 2009b). Uzun süreli gözlemlere dayalı değerlendirmelerde bu bakımdan avantajlı görülebilir.

Gözlemlerde, simüle ortamların gerçek dünyadaki durumların yerine kullanılması, genelleştirilebilirliğini sınırlandırır. Gerçek ortamlarda çok sayıda gözlemciden alınan geribildirimler veya aynı gözlemcinin çok sayıda gözlem sonuçları performansın daha gerçekçi göstergesidir (Arnold, 2002). Bununla birlikte, profesyonelliği değerlendirmek için gözlemci derecelendirmelerine güvenmek sorunludur. Gözlemci derecelendirmeleri subjektif olduğu ve değerlendiriciler arasında büyük farklılıklar gösterdiği için eleştirilmektedir (Arnold, 2002; Norcini, 2006).

Gözlemci derecelendirmelerinin gözlemlenen bireyin cinsiyetine, ırkına, etnik kökenine veya yaşına bağlı olarak değiştiği öne sürülmektedir (Eva ve ark., 2004).

Bazı gözlemci derecelendirmeleri, özellikle akranlar hastalar gibi eğitim dışı değerlendiricilerin öğrencileri yargılamak konusunda isteksizliği söz konusu olabilmektedir (Arnold, 2002).

Çalışmalar, gözlemleyerek yapılan profesyonellik değerlendirmelerinin, sonraki eğitim yıllarındaki davranışı öngördüğünü göstermektedir (Adam ve ark., 2015). Ancak gözleme dayalı değerlendirmelerin eksik yönleri nedeniyle profesyonellik değerlendirmesi için geçerli bir kaynak olmadığını iddia eden araştırmacılar da mevcuttur (Mazor ve ark., 2007).

4.7.4. Hangi yöntemlerle değerlendirilmeli?

Tıp eğitiminde profesyonelliğin ölçme ve değerlendirme yöntemleri, son yıllarda üzerinde en çok çalışılan konulardan olmasına rağmen zorlukları ve sorunları çözülebilmemiş değildir.

Yöntem ve araçların çokluğuna rağmen güvenilir standart bir araç yoktur

2011 yılında, profesyonelliğin değerlendirmesi çalışma grubunun (International Working Group on the Assessment of Professionalism -IWGAP) raporunda ana temalar ve öneriler belirlenmiş, profesyonelliği, bireysel, kişiler arası, toplumsal-kurumsal seviyelerde değerlendirmek için çok boyutlu, çok paradigmatik bir bakış açısının gerekliliği vurgulanmıştır. Profesyonellik değerlendirme metotları geliştirilmiş olmasına rağmen geçerli ve güvenilir standart bir değerlendirme aracı olmaması önemli bir güçlüktür (Hodges ve ark., 2011).

Çoklu değerlendirme yöntemleri kullanılmalı

Profesyonelliği kapsamlı bir şekilde değerlendirmek için davranış ve tutum ve değerlerin triangulasyonunu sağlayan çok düzeyli bireysel, kişilerarası ve kurumsal), çok yöntemli değerlendirme yapılmalı elde edilen sonuçlar birlikte değerlendirilmelidir (Goldie, 2013; Wilkinson ve ark., 2009; Arnold, 2002; Levinson ve ark., 2014; Mueller, 2009).

Profesyonelliği ölçme araçları kalite göstergeleri yeteri değildir

Profesyonellik de geçerli, güvenilir, uygulanabilir ve kabul edilebilir araçlarla ölçülmeli ve değerlendirilmelidir. Ancak, profesyonelliği ölçme araçlarının çokluğuna ve çeşitliliğine rağmen derleme çalışmalarında profesyonellik ölçüm araçlarının kalite göstergeleri yeterli değildir (Jha et al, 2007; Li ve ark., 2017; Veloski ve ark., 2005, Hodges ve ark., 2011).

Derleme çalışmasında, 134 çalışmanın 72'sinde güvenilirlik bilgisi olmadığı, kapsam geçerliliği 86 çalışmada tartışılmış olmakla birlikte bunların sadece 34'ünde güçlü bulgular olduğu, yapı geçerliliğinin ise 61 çalışmada tartışıldığı, uygulanabilirlik konusunda da yetersiz bulgular olduğu belirtilmektedir (Veloski ve ark., 2005).

En iyi değerlendirme araçları hangileridir?

Wilkinson ve arkadaşlarının(2009) çalışmasında, profesyonelliği en iyi ölçme araçlarının, ilgili davranışın doğrudan gözlenmesi ile yapılanlar olduğu, bu nedenle mini klinik sınav ve özellikle P-MEX'in ölçme programının temel komponenti olması gerektiğini belirtilmektedir. Ancak kişi, izlendiğini bildiğinde, bazı davranışlarını değiştirebileceği bilindiğinden, çalışma arkadaşlarından elde edilen görüşler (360 derece değerlendirme) ile hasta görüşlerinin tamamlayıcı bilgi kaynağı olarak kullanılması önerilmektedir.

Profesyonelliği ölçmede önce amaç belirlenmeli, daha sonra araç ve yöntem seçimi yapılmalıdır. Formatif amaçlı sınavlarda, hemen tüm araçlar kullanılabilse de sumatif sınavlarda psikometrik özellikleri yüksek araçlar seçilmelidir. Örneğin akran değerlendirmeleri, hasta geri bildirimleri, kritik olay raporları, kendini değerlendirme ve portfolyo gibi yöntemler, formatif değerlendirmeler uygun yöntemler iken sumatif değerlendirmeler için mini klinik sınav, profesyonellik mini değerlendirme ölçekleri ile değerlendirmeler uygun yöntemlerdir.

Değerlendirme araçları nasıl seçilmelidir?

Profesyonelliği ölçme aracının seçiminde pratik bir yöntem Miller çerçevesini kullanmaktır. Bilir ve nasıl olduğunu bilir aşamalarında profesyonelliğin bilişsel boyutu çoktan seçmeli yazılı veya sözlü sınav çeşitleri kullanılabilir. Gösterir basamağı, nesnel yapılandırılmış klinik sınav (OSCE) ve benzeri simüle ortamlarda yapılan sınavlar uygundur. Uygular basamağı, iş başında uygulanan mini klinik sınav, P-MEX, akran değerlendirmeleri, hasta geri bildirimleri, eğitici genel kanaat raporları, profesyonellik portfolyosu uygun seçimlerdir (Goldie, 2013).

4.7.4.1. Yazılı-sözlü sınavlar

Çoktan seçmeli veya açık uçlu yazılı sınavlar ile profesyonellik, ancak bilgi düzeyinde değerlendirilebilir (Goldie, 2013). Profesyonellik beceri ve tutumu hakkında bilgi vermez.

Kısıtlılıklarına rağmen yazılı ve sözlü sınavlar, eğitimin ilk yıllarında ihmal edilmemelidir. Özellikle olgu ya da senaryo temelli yazılı sınavlarla öğrencilerin profesyonellikle ilgili akıl yürütmeler, etik ikilemlere yaklaşım değerlendirilebilir (Wilkinson ve ark., 2009).

Profesyonellikle ilgili film, olay sunuların izlenmesi sonrası sözlü sınavlar, öğrencilerin akıl yürütmelerinin arka planındaki düşünce ve inançlarını ortaya çıkartmak için kullanılabilir (Ginsburg ve ark., 2007).

4.7.4.2. Mini klinik sınav

Mini klinik sınav, öğrenci-hasta görüşmesinin (karşılama, öykü alma, muayene yapma, laboratuvar ve görüntüleme istemlerini yapma ve bulguların değerlendirilmesi, tanı öngörüler, tedavi planları, hasta bilgilendirmeleri vb. durumlar) eğitici tarafından gözlenmesi, sonrasında kılavuz üzerinden değerlendirme yapılması ve geri bildirim verilmesidir. Gerçek iş ortamlarında gerçek hasta ile 15-30 dakika öğrencinin gözlenmesi sonrası değerlendirilme yapılmalıdır. Klasik uygulamada öğrenci, zamanı, görev/problem listesine uygun hastayı ve değerlendiriciyi seçer. Geçerliği, ortamın otantikliği ile güvenilirliği, çok sayıda değerlendirici ile yapılan çok sayıda sınavlar ile sağlanabilir. Uzmanlık öğrencisi için farklı klinik problemlerden ve olaylardan seçilen yılda 4-8 değerlendirmenin gerekli olduğu belirtilmektedir (Norcini ve ark., 2003; Durning ve ark., 2002).

Mini klinik sınav kılavuzlarında, profesyonellik ile ilgili, hasta ve hasta yakınlarında etkin iletişim kurma, hastalık ve tedaviler hakkında bilgilendirme ve danışmanlık verme, yasal, etik ve mesleki sorumlulukları ve değerleri gözetme, insani, toplumsal ve kültürel değerleri gözetme ve benzeri değerlendirme alanları bulunabilmektedir. Ancak mini klinik sınavlar ile gerçek ortamlarda, profesyonellik için gereken spesifik davranışları bütüncül olarak değerlendirmek zordur (Cruess ve Cruess, 2006).

4.7.4.3. Profesyonellik mini değerlendirme (P-MEX)

Profesyonellik mini değerlendirme ölçeği ile (P-MEX) ile sadece profesyonelliğe yönelik özellikler gözlenip değerlendirilebilmektedir (Steinert ve ark., 2005). Doktor hasta ilişkileri,

refleksiyon, zaman kullanımı ve kişiler arası ilişkiler alanında beceriler olmak üzere dört farklı alanda ölçme yapılabilmektedir. P-MEX kullanılarak, 10-12 gözlemle öğrencisi davranışlarını değerlendirmek için yeterli genellenebilirliğin elde edilebileceği, geri bildirim vermeyi teşvik ettiği, profesyonelliğin önemi konusunda farkındalığı arttırdığını belirtilmektedir (Cruess ve ark., 2006).

4.7.4.4. Simülasyon ortamında değerlendirmeler

Gerçek durumlara yaklaştırılan simülasyon ortamlarında öğrencilerin klinik performansları yanında, sınırlılıklarına rağmen kişiler arası iletişim, ekip çalışması gibi bazı profesyonellik özellikler de geçerli ve güvenilir şekilde değerlendirilebilir (Sullivan ve Arnold, 2009).

Mezuniyet öncesi simüle hastalardan alınan geri bildirimlerin de değerlendirmede kullanılması mümkün olmakla birlikte, simüle hastaların olumsuz geri bildirim vermede isteksiz olmaları nedeniyle güvenilirlikleri düşük olmaktadır (Wilkinson ve ark., 2002).

OSCE istasyonlarında, gerçeğe uygun etik ikilemler karşısında öğrencinin etik davranış ve etik akıl yürütme yeterlikleri değerlendirilebilir. Güvenirlikleri için istasyon sayısının artırılması gerekir. Formatif amaçlı değerlendirmeler için uygundur (Ginsburg et al, 2000; McClean ve Card, 2004).

OSCE ile empati, kültürel özelliklere duyarlılık/anlayış, saygı/şefkat gibi hümanizm alanları değerlendirildiği belirtilmektedir (Rogers ve Coutts, 2000).

OSCE istasyonlarında profesyonellik değerlendirmelerinin geçerli ve güvenilir olduğu, senaryolara zaman baskısı, ikilemler, zor durumlar eklenebilmesinin diğer yöntemlere göre avantajı olduğu belirtilmekle birlikte, öğrencinin iş başında profesyonel davranışlarını ön görmede yetersiz olduğu yönünde ve eleştirilen alanları mevcuttur (Wallenstein ve ark., 2010). Keza öğrencilerin gerçek özelliğini göstermek yerine yapmacık davranışlar gösterebilmeleri ihtimali yüksektir (Rees ve Knight, 2007).

Bu eksik yönleri göz önüne alındığında OSCE ile profesyonelliğin değerlendirilmenin kalitesi hakkında net bir yargıya varmanın zor olduğu söylenebilir (Ginsburg ve ark., 2000). Bununla birlikte, yöntem öğrencilerin davranışları arka planındaki nedenleri, akıl yürütmeleri ortaya çıkartılması halinde eğitime ve öğrencilerin gelişimlerine katkı sunan bir yöntemdir (Lynch ve ark., 2004).

4.7.4.5. Hasta şikayetleri/profesyonellik dışı olay raporları

Sağlık hizmetlerinde tıbbi kötü uygulama ve profesyonellikle bağdaşmayan olaylarla ilgili şikayetlerin değerlendirilmesi hem sistemin işleyişi hem de çalışanların davranış ve tutumları hakkında yöneticilere ve eğitimcilere değerli bilgiler sağlar (Papadakis ve Loeser 2006; Ainsworth ve Szauter 2006; Fontaine ve Wilkinson 2003).

İş başı eğitimi sırasında, öğrencilerin neden olduğu veya yaşadıkları profesyonellik dışı olaylar, şikayet olarak kurum yönetimine veya eğitimcilerine yansıtıldıklarında, öğrencinin formatif değerlendirilmesinde kullanılabilir. Olayın muhatabı hekim ve diğer sağlık personelinin yargılama ortamı olmaksızın dinlenilmesi, kayıtların incelenmesi durumun açığa kavuşmasını ve refleksiyon imkanı sağlayacaktır. Olayların raporları, eğitim süreçlerinde örnek olgu olarak kullanılabilir. Ancak bu olaylar summatif değerlendirmenin bir parçası olarak dikkatli kullanılmalıdır (Goldie, 2013; Stark ve ark., 2006; Baernstein ve Fryer-Edwards 2003; Verkerk ve ark., 2007).

4.7.4.6. Hasta geri bildirimleri

Hasta geri bildirimleri, özel sağlık sektöründe hasta/müşteri memnuniyetini ölçmek, hekimlerin performanslarını değerlendirmek, yetersiz alanları düzeltmek amacıyla kullanılan yöntemlerdir. Bu şekilde yapılan değerlendirmelerin hekimlerin profesyonel davranış performanslarını olumlu yönde geliştirdiği belirtilmektedir (Reinders ve ark., 2011; Baines ve ark., 2018).

Hasta geri bildirimlerinin gerçek durumu yansıtıp yansıtmadığı konusunda tartışmalar mevcuttur. Örneğin hastaların uygun olmayan taleplerinin yerine getirilmemesi, kurumsal ve sağlık politikalarından kaynaklanan sorunlar hekimler hakkında olumsuz kanaat bildirilmesine yol açabilir. Keza, hastaların memnuniyetten çok memnuniyetsizliklerini belirtmede istekli olmaları başka bir karıştırıcı faktördür.

Tıp eğitiminde geçek hasta geri bildirimlerinin alınması ve değerlendirilmesi zordur. Çünkü öğrencilerin hasta ile ilişkileri daha çok gözlem altında ve eğitimcilerin sorumluluğunda gerçekleşmektedir. Mezuniyet sonrası dönemde hasta geri bildirimleri, öğrencilerin yetersiz alanlarının belirlenmesini ve bu şekilde refleksiyon yapılması imkanını doğuracaktır.

Profesyonellik değerlendirilmesinde hasta geri bildirimlerinin, iş başında gerçek durumu yansıtabilme avantajına rağmen, değerlendirilenlerin ve değerlendirenlerin özellikleri ile

kısıtlılıkları dikkate alınarak, diğer yöntemlerle birlikte kullanılması önerilmektedir (Wilkinson ve ark., 2009).

4.7.4.7. Profesyonellik portfolyosu

Portfolio, eğitim sürecinde hasta görüşmeleri, olgu anlatıları, kritik olay raporları, sınavlar, araştırmalar gibi çeşitli eğitim aktivite materyallerini toplandığı dosyadır (Wilkinson ve ark., 2002). Bunlar üzerinden, öğrenme ve gelişim sürecini öğrenciyle birlikte planlama, izleme, rehberlik, refleksiyon izleme ve değerlendirme aracıdır (Van Tartwijk ve Driessen, 2009; Davis ve ark., 2001).

Portfolyolar kısa süreli, sınırlı sayıda yeterlik, hatta tek yeterlik üzerinde olabildiği gibi uzun süreli, Miller'in uygular seviyesindeki tüm performansların toplandığı temel bir değerlendirme metodu olarak kullanılabilir (Scheele ve ark., 2008; Dannefer ve Henson, 2007).

Geçerlilik ve güvenilirlikleri konusunda tartışmalar olmakla birlikte, (Rees ve Shard, 2004; O'Sullivan ve ark., 2002) portfolio, planlama, rehberlik ve değerlendirme amacıyla diğer yöntemlerle birlikte kullanılması halinde uygun olacağı belirtilmektedir (Van Tartwijk ve Driessen, 2009).

Portfolio dosyaları refleksiyon oturumları ile birleştirildiğinde (Reflective Portfolio), bireysel ve mesleki gelişimi sağlama ve değerlendirme aracı olarak kullanılabilir (Kalet ve ark., 2007). Bu amaçla bireyselleştirilmiş hedefler ve gelişim süreçleri belirlenmeli, öğrencinin etkinlikleri, uygulamaları ve benzeri ürünleri değerlendirilmeli ve refleksiyonları yapılmalıdır.

4.7.4.8. Eğiticinin kanaati

Eğiticilerin öğrenci hakkında kanaati, iyi bilinen ve uygulanan önemli bir değerlendirme yöntemidir. Ancak güvenilirliği için eğiticilerin, deneyimleri, motivasyonları, öğrenciyi yeterince tanımaları ve gözlemleri önemlidir.

Önceden belirlenmiş kriterlerle gözlemcinin genel görüşü, öğrencinin önemli özelliklerin tanınmasını sağlar. Ancak, tek bir gözlemcinin, tek bir gözlemle verdikleri görüşlerinin, iç tutarlılık göstergelerine rağmen savunulması zordur (Wilkinson ve Wade., 2007).

Eğitici genel değerlendirmeleri eğitim sürecinde çok sayıda yapılarak, diğer değerlendirme yöntemleri ile elde edilen sonuçlarla birlikte değerlendirilmesi uygundur.

4.7.4.9. Kendini değerlendirme

Kendi kendini değerlendirme (self assessment), bireylerin kendi profesyonelliklerini değerlendirmeleridir (Goldie, 2013).

Kişinin kendini değerlendirmesi, formatif değerlendirme ve refleksiyon imkânı oluşturması bakımından değerli bir yöntemdir ve kişisel gelişime katkısı olabilir. Kendi kendini değerlendirme anketleri, sorgulama formları, öğrencilerin kendi davranışları üzerine düşünmesini sağlamak kendi yetersizliklerinin farkında olmak, kendini geliştirmek için etkili yöntemlerdir (Arnold, 2002). Kendini değerlendirme ölçekleri geliştirilmiştir. Profesyonelliğin 15 alanında öğrencinin kendi durumuna uygun olan seçeneği belirlemesi istenen ölçeğin kullanışlı olduğu bildirilmekle birlikte güvenilirlik konusu belirtilmemektedir (Gauger ve ark., 2005).

İç gözlemler önyargılara tabidir. Öğrencilerin sosyal olarak kendilerini en çok arzu ettikleri şekilde algılama arzuları nedeniyle kendi kendini değerlendirme sonuçları, profesyonelliğin objektif değerlendirme sonuçları ile zayıf bir şekilde ilişkilendirilir (Arnold, 2002). Bu nedenle, öğrencilerin kendini değerlendirme sonuçları güvenilir değildir (Epstein ve Hundred, 2002) ve summatif amaçlı kullanılması uygun değildir. (Wilkinson ve ark., 2009; Rees ve Shepherd, 2005).

4.7.5. Kim değerlendirmeli?

Profesyonelliğin değerlendirmesinin kim tarafından yapılması, eğitimin aşaması, değerlendirmenin amacı ve değerlendirme ortamına göre değişiklik gösterebilir.

Simüle ortamlarda öğrencilerin profesyonelliklerinin değerlendirilmesinde eğiticiler, klinikte çalışan eğitici dışında hekimler ve simüle hastalar değerlendirici olabilir. Ancak, özellikle değerlendirilmekte olan yapının net bir tanımının yapılmadığı durumlarda, değerlendiricilerin deneyimi ve motivasyonu azlığında değerlendiriciler arası güvenilirlik sorunlu olabilir (Ginsburg ve ark., 2000).

Çok kaynaklı 360 derece değerlendirmede, eğitici, akran, meslektaş, hemşire ve diğer personeller, öğrenciyi, profesyonel tavır/davranış, iş alışkanlıkları, kişilerarası davranışlar, ekip çalışması ve benzeri alanlarda değerlendirmektedir (van der Vluten ve Schuwirth, 2005; Veloski ve ark., 2005). Gerçek hasta temasının olduğu ortamlarda, yukarıda belirtilen değerlendiricilerin uygun profesyonel davranışlarına kıyasla profesyonel olmayan davranışları tanımlamakta daha fazla fikir birliği göstermektedir (Wilkinson ve ark., 2009).

Farklı ortamlarda birden fazla gözlemciden veri toplamak gözlemlerin geçerli olmasını sağlamaktadır (Stern ve Papadakis, 2006). Bu aracın tıp öğrencileri için ve (Reed ve ark., 2008) hekimler için uygulanabilir, güvenilir ve geçerli olduğu bildirilmektedir (Donnon ve ark., 2014).

Deneyimli eğiticiler öğrencilerin profesyonelliğini güvenilir bir şekilde değerlendirebilirler. Ancak, değerlendiricilerin, profesyonel olmayan davranışları kayıt altına almak konusunda genellikle isteksizdirler.

Akranların birbirleri ile yakın ve çeşitli temasları olduğu gerçeği göz önüne alındığında, profesyonellik özelliklerini değerlendirmede eğiticiler ve doktorlardan daha iyi olabilirler. Amacın geri bildirim verme, rehberlik ve gelişim olduğu bilgisi, verilecek geri bildirimlerin arkadaşlarının başarısı ile ilişkilendirmeyeceği güvencesi ile motivasyonun sağlanmış, güvenli bir ortamda yapılacak akran değerlendirmeleri, öğrencinin profesyonel davranışları hakkında gerçek bilgiler sağlayabilir. Akran değerlendirmeleri, öğrencilerde profesyonellik, takım çalışması ve iletişim becerileri ve geri bildirim verme becerisinin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Akran değerlendirmelerinin formatif değerlendirmeler için uygun olduğu, summatif değerlendirmelerde kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir (Ginsburg ve ark., 2000; Arnold ve ark., 2005).

Uzmanlık eğitiminde öğrencilerin profesyonellik değerlendirmesinde, hemşireler ve hastaların yargılarını benzer bulunmuştur (Boon ve Turner, 2004). Ancak, hemşirelerin birlikte çalıştıkları uzmanlık öğrencileri ile iyi ilişkileri sürdürme arzusu, hastaların sağlık bakımlarında uzmanlık öğrencilerine ihtiyaçları ve beklentileri nedeniyle, hemşire ve hasta yargılarında güvenilirliği azaltan konulardır (Ginsburg ve ark., 2000).

4.7.6. Ne zaman ölçmeli/değerlendirmeli?

Profesyonellik bir süreçtir. Ölçme ve değerlendirmeler eğitimin ilk yıllarından başlayarak, tüm aşamalarında ve sonrasında devam ettirilmelidir (Hafferty 2006b; O’Sullivan ve ark., 2012; Hodges ve ark., 2011; Goldie 2013).

Bununla birlikte, değerlendirmenin içeriği ve yöntemi, öğrencinin gelişim ve mesleki eğitim düzeyine uyacak şekilde uyarlanmalıdır (Hilton ve Slotnick, 2005).

Profesyonelliğin değerlendirilmesi için ideal zamanlama, değerlendirmenin formatif veya sumatif amacına ve hedeflenen belirli niteliklerin ölçülmesine göre düzenlenmelidir. Eğitimin ilk yıllarında öğrencilerin grup tartışmaları ve simüle ortamlara katıldığı dönemler, hasta

temasının gerçekleştiği staj ve intörnlük dönemleri ve uzmanlık eğitimi yılları gibi aşamalarda profesyonellik değeriendirmeleri için önemli aşamalar olarak kabul edilebilir (Hawkins, 2009).

4.7.7. Nerede değeriendirilmeli?

Dershaneler, simüle ortamlar ve hasta ile temasın gerçekleştiği gerçek ortamların her birinde değeriendirmeler yapılmalıdır. Değeriendirme ortamlarında, dinamiklerin ve bağlamların farklılığı nedeniyle farklı ortamlarda değeriendirmelerin önemini açıklar.

Akademik/klinik ortamlar dışında, öğrencilerin davranışları, gerçek durumu yansıtmakta daha güvenilir ve bu ortamlarda da değeriendirmeler devam ettirilmelidir. Bu ortamlardaki davranışlar 360 derece değeriendirmeler gibi yöntemlerle yapıldığında öğrencilerin profesyonellik durumları hakkında değeri bilgileri elde edilebilir (Havkins ve ark., 2009).

4.8.8. Ölçme araçlarının psikometrik niteliği

Psikometri, profesyonellik gibi psikolojik özelliği ölçmek ve değeriendirmek için kullanılan araçların kalitesiyle ilgilidir (Miller ve Lovler, 2016).

Psikometride en iyi bilinen ve en sık kullanılan teori klasik test teorisidir. Validasyon çalışmalarında da sıklıkla klasik test teorisi ve genelleştirilebilirlik teorileri kullanılmaktadır.

Klasik test teorisi (KTT), psikometrik verileri kullanarak, doğrudan gözlemlenemeyen değerişkenleri veya nitelikleri yorumlar. Klasik test teorisine göre bir psikometrik ölçü aracı kullanılarak elde edilen puanlar, ölçülen yapının gerçek puanı ve hata puanından oluşur. Ancak hatanın rastgele olduğunu, doğru ve hata puanlarının bağımsızlığını ve ilişkisizliğini varsayar (Brennan, 2011). Ancak, psikometride ortak görüş, değerişkenlerin dolaylı göstergelere dayanması nedeniyle sistematik hata her yerde olduğu yönündedir (Miller ve Lovler, 2016). Sistematik hatanın mevcut olduğu durumlarda, hata puanlarının rastgele olduğu varsayılmaz. KTT'nin sistematik hatayı dikkate almaması, önemli bir sınırlılığını ve eleştirilen yönünü oluşturur (Furr, 2011).

Eksikliklerine rağmen, validasyon çalışmaları, psikolojik ölçümlerle elde edilen test puanlarından elde edilen çıkarımlar ile yapılmaktadır.

Sağlık alanında ölçme araçlarının nasıl olması gerektiği, kalite kriterleri hakkında çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Profesyonel davranışın ölçme değeriendirmesinde kullanılan yöntemler ve araçların, diğer ölçme ve değeriendirmelerde olduğu gibi, güvenilirlik, geçerlilik, kabul

edilebilirlik (acceptability), uygulanabilirlik (feasibility) ve eğitime etki en temel kalite göstergeleridir (van Mook ve ark., 2009b; Norcini ve ark., 2018).

Medical Outcomes Trust'ın Bilimsel Danışma Komitesi ölçme araçlarının değerlendirmede dikkate alınması gereken sekiz özelliğini tanımlamıştır. Bunlar (1) kavramsal ve ölçüm modeli (conceptual and measurement model), (2) geçerlilik, (3) güvenilirlik, (4) yanıt verebilirlik (responsiveness), (5) yorumlanabilirlik (interpretability), (6) katılımcı ve idari yük (respondent and administrative burden), (7) alternatif formlar ve (8) kültürel ve dil uyarlamalarıdır. Bu özniteliklerin her birinde, hangi araçlarla gözden geçirilmesi gerektiğine göre belirli kriterler tanımlanmıştır (Aaronson ve ark., 2002).

Terwee ve arkadaşlarının sağlık durumunu ölçeklerinin özellikleri için kalite kriterleri çalışmasında, (1) kapsam geçerliliği, (2) iç tutarlılık, (3) kriter geçerliliği, (4) yapı geçerliliği, (5) tekrarlanabilirlik, (6) yanıt verebilirlik (responsiveness) (7) zemin ve tavan etkileri ve (8) yorumlanabilirlik kriterleri belirlenmiştir (Terwee ve ark., 2007).

Sağlık durumu Ölçüm Araçlarının seçimi için konsensus temelli standartlar (COSMIN) belirlenmiştir. COSMIN, kontrol listesi, çalışmaların metodolojik kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş geniş çapta kabul görmüş bir çerçevedir. Çerçevede, iç tutarlılık (yansıtıcı ve biçimlendirici modeller için uygunluk ve tek boyutluluk ile ayırım), içerik geçerliliği (uygunluk ve kapsamlılık hakkında karar verme), yapı geçerliliğinin bir yönü olarak hipotez testleri, kriter geçerliliği ve yanıt verebilirlik (kavram ve geçerliliğe ilişkin ilişki uygun ölçüler) konularında kriterler belirlenmiştir (Mokkink ve ark., 2010 c; Terwee ve ark., 2012; Mokking ve ark, 2010a).

Profesyonellik anlayışı zamana ve kültürel bağlamlara göre değişir (Hodges ve ark., 2011) bu da profesyonelliğin karmaşık, çok boyutlu bir yapı olduğunu düşündürür (Wilkinson ve ark., 2009). Bu nedenle, sağlık araştırmacıları, eğitimciler ve yöneticiler için, tıbbi profesyonelliği amaçlarına ve hedef kitlelere göre değerlendirmek için uygun araçları kullanmak ve geliştirmek bir zorunluluk teşkil etmektedir (Li ve ark., 2017).

Birçok ölçme aracının, ölçüm özellikleri açısından tam olarak değerlendirilmediği ve dolayısıyla bu durumun kullanımlarını sınırlayacağı gösterilmiştir. Bugüne kadar, tıbbi profesyonelliği ölçen aletlerin ölçüm özelliklerinin kalitesinin, evrensel olarak kabul edilmiş standart bir çerçeveye dayalı sistematik bir değerlendirmesi henüz yapılmamıştır (Li ve ark., 2017).

4.8.8.1. Geçerlilik

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özellikleri, başka özelliklerle karıştırmadan ölçebilme derecesidir. Ölçme aracı, kullanılma amacına uygun ölçüm yapabildiği ölçüde geçerlidir. Ölçme araçlarıyla elde edilen sonuçların geçerliliği, ölçmenin amacına, uygulandığı gruba ve uygulama şekline göre de değişebilir. Bu nedenle, geçerlilik bir ölçeğin özelliği değil, toplanan verilerden yapılabilecek çıkarımların özelliğidir (Shumway ve Harden, 2003). Bir ölçüm geçersiz olduğunda, elde edilen sonuçlar anlamsız hale gelir. Bu nedenle geçerlilik, psikometride en önemli kavramlardan biridir. Geçerlilik kapsam, kriter ve yapı geçerliliği olarak üç ana kategoride incelenebilir.

4.8.8.1.1. Kapsam geçerliliği

Kapsam geçerliliği (içerik geçerliliği, content validity) , ölçme aracının içeriğinin ölçülecek yapının özelliklerini kapsama derecesidir. (Terwee ve ark., 2007; Shumway ve Harden, 2003; Mokking ve ark., 2010a; Norcini ve ark.,2018) Başka bir deyişle, kapsam geçerliliği, bir ölçek içindeki soruların, ölçülecek özellikleri yeterlikleri yansıtmak/kapsama düzeyini gösterir.

İçerik doğrulama süreçlerinde, alakasız içeriğin kaldırılması ve kalan öğelerin özelliği tam yansıttığından emin olmak için, uzman bir grubun kanaatleri dikkate alınmaktadır (Kane, 2013; Mokking ve ark., 2010a). İçerik doğrulama süreçlerinde, uzman grubu, ölçmeyi hedeflenen özelliklerin ayrıntılı bilgisine ve bu özelliklerin psikometrik öğelere dönüşümünü yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekir. Ancak, kapsam geçerliliği, bir ölçme aracının öğelerini tasarlayan ekip tarafından yapıldığında, içerikteki eksiklikleri tespit etme ihtimalinin azalacağı ve doğrulama için yanlılığın artacağı ihtimali dikkate alınmalıdır (Kane, 2013).

Bir araştırmada kapsam geçerliliğinin uygun olduğunun söylenebilmesi için, ölçüm amacının, hedef kitlenin, ölçülen kavramların ve maddelerin seçiminin net bir açıklaması yapılmış olmalıdır. Ayrıca, madde seçimi çalışmalarına araştırmacılar ve uzmanlar yanı sıra ölçümün yapılacağı kitlenin temsilcileri dahil edilmiş olmalıdır (Terwee ve ark., 2007).

Kapsam geçerliliği, ölçekteki maddelerin uygunluğu (relevance) ve kapsayıcılığı (comprehensiveness) hakkında karar verilmesini gerektirmektedir. Uygunluk, konu uzmanlarının ölçekteki maddeleri, ölçülecek özelliklere/yapıya, ölçüm yapılan kişilere (öğrenciler, hastalar ve vb.) ve ölçme amacına uygunluğu hakkında görüşleri ile değerlendirilir. Ölçek ile bir madde üzerinde çok sayıda eksik gözlem yapılması, maddenin ana kütle ile ilgili olmadığını veya belirsiz bir şekilde formüle edildiğinin bir göstergesi olabilmektedir. Yeni bir

ölçme aracı geliştirildiğinde, aracın içeriği, odağı ve detayı hedef kitleyle eşleşmelidir. Ölçe aracı geliştirildiği orijinal hedef popülasyondan başka bir popülasyonda kullanıldığında, tüm maddelerin yeni çalışma popülasyonu için uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir. Maddelerin kapsayıcılığını değerlendirmek için, maddelerin kapsamı, ölçme alanların tanımı ve teorik temel dikkate alınmalıdır. Kapsayıcılık, konu uzmanlarına ölçekteki maddelerin ölçülecek özelliklerin tamamını kapsayıp kapsamadığı ve ilave edilmesi gereken madde olup olmadığı sorusu ile belirlenebilir (Mokkink ve ark., 2010b).

4.8.8.1.2. Ölçüt geçerliliği

Ölçüt geçerliliği (kriter geçerliliği, criterion validity), bir ölçme aracı ile elde edilen sonuçların, altın standart başka bir ölçme sonuçları ile karşılaştırılmasıdır. (Terwee ve ark., 2007; Shumway ve Harden, 2003; Mokking ve ark., 2010b) Başka bir deyişle, kriter geçerliliği, bir psikometrik aracın sonuçlarının, aynı yapıyı ölçen başka bir aracın sonuçlarıyla ne ölçüde ilişkili olduğunu ifade eder (Furr, 2011; Kane, 2013).

Altın standart bir ölçek olmaması durumunda, ölçüt geçerliliği anlamını kaybedecektir (Mokking ve ark., 2010b). Düşük güvenilirliğe sahip bir kriter ile karşılaştırma, ölçeğin yanlış olarak kriter geçerliliği sonuçların sunulmasına neden olabilir (Furr, 2011).

Bir araştırmada, altın standart yöntemin gerçekten "altın" olduğu konusunda yeterli bulgular varsa, altın standartla ölçeğin sonuçlarının korelasyonu en az 0,70 ise, ölçüt geçerliliği olduğu kabul edilir. (Terwee ve ark., 2007).

Tek bir altın standart kriterin bulunmadığı durumlarda, birden fazla altın standart olmayan kriter verisinin kullanılması ölçeğe doğrulama desteği sunabilir. Çağdaş anlayışta, ölçüt geçerliliği hem kriterle hem de mantıksal yolla doğrulama kanıtını içermelidir (Newton ve Shaw, 2014).

Ölçüt geçerliliği ile ilgili çeşitli kategoriler mevcuttur. Uyum geçerliliği (convergent validity), ölçme sonuçlarının ve teorik olarak ilişkili bir kriter arasındaki korelasyona, ayırt edici geçerlilik (discriminant validity), ölçme sonuçlarının ve teorik olarak ilgisiz bir kriter arasındaki korelasyona (Furr, 2011), tahminsel geçerlilik (predictive validity), ölçme sonuçlarının gelecekteki davranışlarla ilgisine, eşzaman geçerlilik (concurrent validity), ölçme sonuçlarının günümüz davranışlarla ilgisine atıfta bulunmaktadır (Newton ve Shaw, 2014). Günümüzde bu kategoriler, ölçüt geçerliliği kanıtı olarak görülmektedir, ancak ölçüt geçerliliğin kesin kanıtı sağlamak için tek başlarına güvenilemezler.

4.8.8.1.3. Yapı geçerliliği

Yapı geçerliliği (construct validity) ölçme aracının ölçmek istediği şeyi ölçtüğü hakkında dolaylı bilgilerin elde edilmesidir (Shumway ve Harden, 2003). Başka bir deyişle, yapı geçerliliği, belirli bir enstrümandaki puanların, ölçülen kavramlarla ilgili teorik olarak türetilmiş hipotezlerle tutarlı bir şekilde ilişkili olma derecesini ifade eder (Terwee ve ark., 2007; Mokking ve ark., 2010b).

Yapı geçerliliği, ölçülen psikolojik özellik ile ilgili puanlara atıfta bulunarak bir testin kendisinden ziyade ölçüm sonuçları ile ilgilidir. Günümüzde yapı geçerliliği, psikolojik ölçüm sonuçlarının anlamı ile ilgilidir ve temelde yatan özelliklerin göstergeleri olduğunu kabul edilir (Newton ve Shaw, 2014; Kane, 2013).

Uygulamada, yapı geçerliliği, psikometrik araçların hem oluşturulmasında hem de değerlendirilmesi aşamalarında kullanılabilir (Kane, 2013).

Yapı geçerliliği, hipotez testleri, yapısal geçerlilik (structural validity) ve kültürler arası geçerliliği içermektedir (Mokking ve ark., 2010b; Mokking ve ark., 2010c; Shumway ve Harden, 2003).

Yapı geçerliliği, önceden tanımlanmış hipotezler (örneğin, ölçümler arasındaki beklenen korelasyonlar veya "bilinen" gruplar arasındaki puanlarda beklenen farklılıklar hakkında) test edilerek değerlendirilmelidir. Bu hipotezlerin olabildiğince spesifik olması gerekir. Hipotezler önceden belirtilmişse ve sonuçların en az %75'i bu hipotezlerle örtüşüyorsa, yapı geçerliliği için olumlu bir değerlendirme yapılır (Terwee ve ark., 2007).

Boyut veya faktör yapısı, ortaya çıkan verilerin dahili yapısını ve özellikle temsil ettiği temel yapıların veya değişkenlerin türü ve sayısını ifade eder. Tüm maddeler benzer bir seviyeyle korelasyon gösteriyorsa, bu tek boyutluluğa işaret eder ancak madde kümelerinin birbirleriyle ve diğerleriyle korelasyon göstermediği durumlarda çok boyutlu bir faktör yapısı olduğu düşünülmelidir. (Furr, 2011).

Faktör analizi yapılarak elde edilen her bir temel değişken (faktör), konuya ilişkin farklı boyutları temsil eder.

Faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır.

Ölçeğin faktör yapısına ilişkin önceden bir bilginin olmadığı durumlarda açıklayıcı faktör analizi kullanılır (Miller ve Lovler, 2016; Mokking ve ark 2010b). Bu analizle ölçekle yapılan ölçümlerin bulguları kullanarak, ölçeğin faktör yapısı belirlemektedir. (Furr, 2011). Açıklayıcı faktör analizi, çok sayıda ölçek maddesini gruplayarak faktör denen daha az sayıda değişkenle ifade etmek, ölçülen özelliğin arka planında olabilen boyutları belirlemek, ölçek hakkında yapısal geçerlik için kanıt elde etmek için kullanılmaktadır (Williams ve ark.,2010). Doğrulayıcı faktör analizi, bir ölçeğin başka bir kültürde uygulanması ile elde edilen verilerin orijinal ölçeğin faktör yapısına uyup olup olmadığı değerlendirilmektedir (Furr, 2011). Doğrulayıcı faktör analizi, yapısal eşitlik modellemesi (Structural equation modeling (SEM)) ile değerlendirilebilmektedir. Ölçeğin yeni uygulaması ile ilgili uyum iyilik düzeyi (goodness of fit of the model) elde edilir. (Hoyle, 1994).

Modelin uyum iyilik düzeyi, uyumdaki yüzde iyileşmeyi gösteren karşılaştırmalı uyum indeksi (comparative fit index: CFI), CFI değerlerindeki artık hatayı inceleyen RMSEA (the root mean square error of approximation) değerleri ile belirlenebilir. CFI değerleri > 0.90 , verilere iyi bir uyumu gösterir (Bentler, 1990). RMSEA < 0.05 , uygun bir uyumu, RMSEA < 0.10 , kabul edilebilir bir uyumu gösterir (Steiger, 2002). Tucker-Lewis İndeksi (TLI) uyum indeksinden biridir. TLI, RMSEA gibi diğer indekslerin sağladığı bilgiyi tamamlar. Büyük değerler uyumun iyiliğini gösterir.

Faktör analizi yapılabilmesi için gerekli örnek sayısı tartışma konusudur. Temel kural, değişken başına dört ila 10 örnek ve minimum 100 örnek olmalıdır. (Terwee ve ark., 2007)

Faktör analizi ölçeğin yapı geçerliliği hakkında bilgi vermekle birlikte tek başına geçerlik yargısını oluşturamaz. Bu nedenle diğer kanıtlarla beraber kullanılmalıdır (Bringmann ve Eronen, 2016; Humphry, 2011).

4.8.8.2. Güvenirlik

Ölçmenin sonuçları benzer şartlarda tekrarlandığında aynı olmalıdır (Norcini ve ark., 2018). Güvenilirlik, bir psikometrik aracın ölçmeyi amaçladığı değişkeni ne ölçüde doğru bir şekilde yansıttığı ile ilgilidir (Furr, 2011).

Güvenirlik ölçme ortamı, ölçen kişi ya da kişiler, ölçülen nitelik ve ölçme aracının özelliklerinden etkilenmektedir. Öğrenci, çok sayıda, farklı ortamlarda ve farklı değerlendiriciler tarafından gözlenmeli ve değerlendirilmelidir. Değerlendiricilerin eğitimi, deneyimi ve motivasyonu güvenilirliği etkileyen faktörlerdendir. Keza ölçme aracının kolay anlaşılır ve işaretlenebilir olması gereklidir (van Mook ve ark., 2009b).

Güvenilirliğin düşük olduğu durumlarda, gözlemlenen puanlar hedef özellikleri doğru gösteremez ve bu, verilerden yapılan çıkarımları ve dolayısıyla bunların geçerliliğini düşürür (Furr, 2011). Güvenirlik ölçütleri uygun olsa da ölçüm sonucu geçerli olmayabilir (Newton ve Shaw, 2014). Bu nedenle, bir ölçümü valide etmek için güvenirlik kriterleri tek başına kullanılamaz.

Bir testin güvenilirliği, bir testin tutarlılığı (consistency), tekrarlanabilirliği (reproducibility) ve genelleştirilebilirliğini (generalizability) kapsamaktadır (Shumway ve Harden, 2003).

Klasik test teorisinde güvenilirliği istatistiksel olarak tahmin etmek için alternatif formlar ve test-tekrar test güvenilirliği gibi çeşitli yaklaşımlar mevcuttur (Furr, 2011). Cronbach alfa katsayısı kullanılarak tahmin edilen iç tutarlılık en sık kullanılan yöntemlerden biridir (Brennan, 2011).

4.8.8.2.1 Test sonuçlarının kararlılığı (test-retest stability)

Bir ölçme aracı, aynı örnekleme, aynı koşullarda, fakat bir zaman sonra tekrar uygulanması sonrası elde edilen sonuçlar benzer olmalıdır. Bu süre önemli hatırlamaları önleyecek kadar uzun, ancak ölçülecek özellikte önemli değişim olmayacak kısa olmalıdır. Bu, test puanlarının kararlılığı veya test-tekrar test güvenilirliği olarak da adlandırılır (Shumway ve Harden, 2003).

Ölçüm sonuçları karşılaştırılarak korelasyon katsayısı hesaplanır. Ölçeğin kararlılık göstergesi değeri en az 0,70 olmalıdır.

4.8.8.2.2. Eşdeğer veya alternatif form güvenilirliği

Aynı davranışları temsil edebilecek farklı maddeler kullanılarak eşdeğer iki form oluşturulur. Bunun için her iki formdaki maddelerin sayısı, kapsamaları, zorluk dereceleri, puanlama şekli, benzer olmalıdır. Aynı gruba her iki form ile ölçüm yapılır. Ölçüm sonuçları arasındaki korelasyon hesaplanır (Shumway ve Harden, 2003).

4.8.8.2.3. İç Tutarlılık (Internal consistency)

İç tutarlılık, en tipik olarak uygulanan güvenirlik yaklaşımıdır. Bir öğrencinin bir testin iki veya daha fazla bölümündeki puanlarının birbiriyle uyuma derecesini içerir (Shumway ve Harden, 2003). Başka bir deyişle, iç tutarlılık, bir ölçeğin maddelerin birbiriyle ne ölçüde ilişkili olduğu (homojen) ve aynı kavramı ölçmesinin bir ölçütüdür (Terwee ve ark., 2007).

4.8.8.2.4. Yarıya Bölme Yöntemi (Split-Half Method):

Ölçek maddeleri iki eşit parçaya bölünerek iki adet ölçek hazırlanır. Her iki ölçek, aynı örneklere uygulanarak ölçüm yapılır. Her iki yarım ölçekten parçadan aldıkları puanların korelasyonu yapılarak güvenirlik değerlendirilir.

Yarıya bölme yöntemi, iç tutarlılığın basit yaklaşımıdır. Korelasyonda, 0,7'in üzerindeki değerler, güvenilir bir ölçümü gösterir (Shumway ve Harden, 2003).

4.8.8.2.5. Kuder-Richardson (KR) Güvenirlik Katsayıları:

Ölçekteki her bir maddenin aynı özelliği ölçtüğü varsayıldığında her bir maddenin diğer maddelerle korele olması gerekir. Ölçeğin iki yarısı yerine tüm maddeler arasındaki tutarlılık hesaplanabilir. Bu iç tutarlılık katsayısı olarak adlandırılır.

4.8.8.2.6. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:

Cronbach alfa katsayısı, ölçekteki her bir maddeden elde edilen ölçüm sonuçları arasındaki varyansın genel varyansa oranlanması ile elde edilen ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır.

Cronbach alfa katsayısı ile iç tutarlılık hesaplanabilmektedir. Ölçeğin maddelerin birbiriyle ne derecede tutarlı olduğunu ve arka plandaki değişkeni ne ölçüde temsil ettiği hakkında bilgi verir.

Cronbach alfa katsayısı hesaplamadan önce ölçeğin iç yapısı tutarlı olması (homojen, tek boyutlu) gerekir. İç yapısı tutarlı ölçek, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılarak elde edilebilir (Terwee ve ark., 2007).

Ölçeğin homojenliği ve alt ölçeklerdeki sayılar belirlendikten sonra, Cronbach alfa her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmalıdır. Cronbach alfa, yeterli bir iç tutarlılık ölçüsü olarak kabul edilir.

Düşük bir Cronbach's alpha değeri bir ölçekteki maddeler arasında korelasyon eksikliğini gösterir, bu da maddelerin değerlendirilebilmesini güçleştirir. Çok yüksek bir Cronbach's alpha, ölçekteki maddeler arasında yüksek korelasyonu göstermekle birlikte bazı maddelerin fazlalığını gösterebilir. Faktör analizi uygulandığında ve Cronbach alfa 0,70 ile 0,95 arasında olduğunda iç tutarlılık uygun olduğu kabul edilmektedir (Terwee ve ark., 2007).

4.8.8.2.7. Puanlama Tutarlılığı

a) Gözlemciler Arası Tutarlılık (Inter-rater Consistency):

Birden çok gözlemci, birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı ölçek ile ölçmeye çalıştığı zaman kullanılan güvenilirlik ölçütüdür (Shumway ve Harden, 2003). Ölçüm sonuçlarının %70 ve daha yüksek oranda korelasyonu, güvenilirlik için gereklidir.

b) Gözlemciler İçi Tutarlılık (Intra-rater Consistency):

İki veya daha fazla gözlemin aynı gözlemci tarafından yapılması söz konusu olduğunda ölçümler arası korelasyon ile gözlemciler içi korelasyon olarak bilinir. Burada da %70 üzerinde korelasyon beklenir.

4.8.8.3. Genelleştirilebilirlik Teorisi (Generalisability Theory)

Klasik test teorisinde, gözlemlenen test puanlarını ve rastgele hatayı doğru bir şekilde yansıttığı ancak sistematik hatayı hesaba katmadığını varsayılmaktadır. Klasik test teorisinde güvenilirliğini hesaplamak yöntemleri (Eşdeğer Formlar, Test Tekrar Test, İki Yarıya Bölme, KR-20, KR-21, Cronbach Alpha) her biri değişkenliğe sebep olabilecek kaynaklardan birini değerlendirebilmektedir. Davranış ölçümlerinde olduğu gibi, puanlarda değişkenliğe sebep olan kaynakların (öğrenci, değerlendirici, test formu, madde, ölçme ortamı, vb.) birden fazla olduğunda ölçme işleminin güvenilirliğini hesaplamak için bu teknikler yetersiz kalabilmektedir.

Genelleştirilebilirlik teorisi, davranış ölçümlerinde, sistematik hata dahil olmak üzere diğer tüm hata kaynaklarını (maddeler, puanlayıcılar, zaman, formlar vb.) hesaba katarak güvenirliliği değerlendiren istatistiksel bir yöntemdir (Brennan, 2011; Furr, 2011). Teoride, ölçmenin güvenilirlik katsayısının ve hata varyansının belirlenmesine yönelik varyans analizi yapılmaktadır (Shavelson ve Webb, 2005).

Genelleştirilebilirlik teorisi ile öğrenciler, maddeler, değerlendiriciler, test ortamı gibi değişkenlik kaynaklarından hangilerinin ölçme hatasına daha fazla etki ettiği, madde, değiştirici veya ölçüm sayısını artırarak daha yüksek güvenilirliğe ulaşılabilir mi gibi sorulara yanıt aranmasını sağlayabilir. Neticede, gerçek puanın diğer facetlere göre ne ölçüde tespit edildiğini veya değiştiğinin belirlenmesi ölçüm sonuçlarından yapılan çıkarımların uygunluğunu tespit edilebilir (Furr, 2011; Miller ve Lovler, 2016).

Genelleştirilebilirlik teorisi, değerlendirmelerin genelleştirilebilirliğini (veya güvenirliliğini) değerlendirmek ve yeterli genelleştirilebilirliği sağlamak için gereken değerlendirme sayısını belirlemek için uygulanabilir.

Genelleştirilebilirlik teorisinde bir ölçmede, ölçme sonuçlarında değişkenliğe sebep olan kaynaklara yüzey (facet) denilmektedir. Değişkenlik kaynaklarının kendi içindeki farklı düzeylerden oluşur bu düzeyler koşul (level) olarak adlandırılmaktadır.

Genelleştirilebilirlik analizleri genelleştirilebilirlik çalışmaları (G-çalışmaları) ve karar çalışmaları (K-çalışmaları) olmak üzere 2 adımda tamamlanmaktadır.

G çalışmasında tüm olası hata kaynakları birlikte değerlendirilir, hata kaynaklarının etkileri ortaya konulur. Elde edilen bilgiler, ölçme desenine karar vermede veya ölçeğin daha sonraki kullanımlarda değişkenlik kaynaklarından gelen hataları azaltılmak için kullanılabilir (Shavelson ve Webb, 2005).

K çalışmaları ise G çalışmasında elde edilen bilgileri kullanarak güvenilir ölçme yöntemleri tasarlamak, belirli bir güvenilirlik düzeyine ulaşmak için gereken değerlendirme sayısını tahmin etmek için kullanılabilir (Norcini ve ark., 2003).

Genellenebilirlik kuramında ölçme sonuçlarının genellenebilirliği verilerin hangi tür kararlarda kullanılacağına bağlıdır. Örneğin davranış bilimlerinde bireyleri özellikleri bakımından sıralamak (norma bağlı) ve bireyleri özellikleri bakımından mutlak seviyelerini (ölçüte bağlı) belirlemek istenebilir. Ölçme sonuçlarının kullanılacağı amaçlara göre farklı güvenilirlik katsayıları (G ve Phi) hesaplanabilmektedir (Shavelson ve Webb, 2005).

G katsayısı bağıl/göreceli değerlendirmeler, Phi katsayısı mutlak derecelendirme için güvenilirlik tahminleri verir.

Karar çalışmasında, kabul edilebilir bir güvenilirlik seviyesi olarak kabul edilen en az 0,70 Phi katsayısına ulaşmak için her öğrenci için yapılması gereken değerlendirme sayısını belirlenmektedir (Ryan ve ark., 2021). Örnek olarak karar çalışmasından elde edilen 0,80'lik bir güvenilirlik katsayısı (dependability coefficient), mini-CEX'in ön çalışmasına dayalı olarak iyi bir tekrarlanabilirliği gösterdiği öne sürülmüştür (Norcini ve ark., 1995).

4.8.8.4. Kabul edilebilirlik (acceptability)

Kabul edilebilirlik, bir ölçme yönteminde, ölçme yönteminin ve sonuçlarının eğitimciler, öğrenciler ve kurum tarafından değerli görülmesidir (Norcini ve ark., 2018).

Profesyonellik konusunda kullanılan ölçeğin kabul edilebilirliği, öğrenci, kurum ve yöntem boyutları ile değerlendirilmelidir. Öğrenci boyutu ile profesyonel davranışı ölçmeye, geri bildirim vermeye ve öğrencinin profesyonel olmayan davranışlarını değiştirmeye uygun

olmalıdır. Keza, öğrenci kendi davranışı üzerinde düşünmeye ve kendini değiştirmeye fırsatı olmalıdır. Kurum boyutunda, profesyonelliği ölçme yöntem ve sonuçları öğrencilerin profesyonel durumlarını ortaya koymalı ve profesyonel olmayan davranışlarını düzeltmeye yönelik bilgi sağlamalıdır. Yöntem boyutunda, kullanılan yöntem aşırı yapılandırılmış olmamalı ve taraflarca anlaşılabilir olmalıdır (van Mook et al, 2009b).

4.8.8.5. Uygulanabilirlik (feasibility)

Uygulanabilirlik, ölçme yönteminin, taraflar, ölçme ortamı ve bağlamı dikkate alındığında pratik, gerçekçi, etkili ve mantıklı olmasıdır (Norcini et al, 2018). Yöntem için gereken maliyet ve zaman uygulanabilirliği etkileyen iki temel unsurdur (van Mook et al, 2009b).

4.8.8.5. Eğitime Etki

Profesyonellik ölçümü, profesyonellik konularında farkındalık ve önemini takdir etme, profesyonel olmayan davranışları tanıma ve düzeltmeye gayret etme, motivasyon artırma gibi yollarla öğrencilerin profesyonel gelişimine olumlu etki sağlamalıdır (Norcini ve ark., 2018). Eğiticiler ölçmenin eğitime etkisinin bilincinde olarak, olumlu değerlendirme ortamı sağlamalı ve uygun geri bildirim vermeyi ihmal etmemelidirler. Ölçme araçlarındaki detaylı değerlendirme maddelerinin öğrenmeyi olumsuz etkisi olabileceği dikkate alınmalıdır. Keza, ölçme sıklığı, zamanı da eğitime etki eden faktörlerdendir (van Mook et al, 2009b).

4.8. Profesyonellik Mini Değerlendirme Ölçeği (P-MEX) ve İlgili Araştırmalar

4.8.1. Orijinal araştırma

Profesyonellik mini değerlendirme ölçeği ile (P-MEX), doktor hasta ilişkileri becerileri, yansıtıcı beceriler, zaman yönetimi, profesyoneller arası beceriler olmak üzere dört alanda profesyonellikle ilgili 24 adet davranış ölçülebilmekte ve değerlendirilebilmektedir (Cruess ve ark., 2006). Ölçek çeşitli ülkelerde valide edilmiştir ve kullanılmaktadır (Tsugava ve ark., 2009; Tsugava ve ark., 2011; Amirhajlou ve ark., 2019; Karukivi ve ark., 2015).

Orijinal ölçeğin geliştirilmesinde, McGill Üniversitesinde (Kanada) 92 fakülte öğretim üyesinden oluşan çalışma grubu, profesyonelliği yansıtan 142 gözlenebilir davranış belirlemişler, daha sonra bunlardan 24 adedi ile her birinin 4 düzeyi olan ölçek oluşturmuşlardır. Ölçekteki düzeyler, beklenenlerim üzerinde (4: exceeded expectations), beklentileri karşılamakta (3: met expectations), beklentilerin altında (2: below expectations), ve kabul edilemez (1: unacceptable) şeklinde tanımlanmıştır. Beşinci düzey olarak, davranış gözlenemedi (not observed) veya uygulanamaz (not applicable) eklenmiştir.

Oluşturulan ölçek önce, iki uygulama ile test edilmiştir. Önce çeşitli bölümlerden davet edilen 38 öğretim üyesi, bir öğrenciyi simüle ortamda gözlem sonrası, daha sonra iç hastalıklarından dört öğretim üyesi, bir hasta-öğrenci karşılaşmasını gözlem sonrası ölçeği kullanarak değerlendirme yapmışlar. Bu testlerden alınan geri bildirimlerle formda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, ölçek kullanılmaya başlanmıştır.

Çalışmada, iç hastalıkları, genel cerrahi, pediatri, psikiyatri ve kadın doğum kliniklerinde staj yapan 3. ve 4. sınıf staj öğrencileri P-MEX formu kullanılarak değerlendirilmiş, daha sonra tüm öğrenciler ve değerlendiriciler ile P-MEX ölçeğinin faydalı yönleri, sınırlılıkları ve ölçek hakkında algıları konusunda yarı yapılandırılmış görüşme gerçekleştirmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler ile demografik bilgiler, değerlendiriciler, değerlendirme yerleri, madde analizleri ile her bir skor kategorisinde sıklık (beklenenin altında ve uygulanamaz skorlarına odaklı) hesaplamaları yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi ile formun iç yapısı analiz edilmiştir. Genellenebilirlik analizi ve karar çalışması ile hesaplanan ortalama skor için ölçüm sayısı hesaplanmıştır.

Çalışmada 74 öğrenciden 211 form toplanmış. Ortalama 24 maddenin 6 sı doldurulmamış veya uygulanamaz seçeneği işaretlenmiş. 211 formun %40 ında 4 madde için uygulanamaz

(not applicable) olarak değerlendirildiğinden P-MEX formunda uygun olmadığı, diğer maddelerin bu kategorileri kısmen karşıladığına karar verilmiştir.

Genellenebilirlik ve karar çalışmasına göre profesyonelliği doğru ölçmek için P-MEX ölçeği ile 10-12 değerlendirme yapılmasının gerekli olduğu hesaplanmıştır.

Öğrenci hasta karşılaşmalarının gerçekleştiği yerlerde doğrudan gözlem sonunda P-MEX ile değerlendirme yapılabilir. Ölçek hem mezuniyet öncesi ve hem de mezuniyet sonrası eğitimde, formatif veya sumatif amaçla kullanılabilir. Çalışmada yarı yapılandırılmış görüşmeler sonunda, P-MEX değerlendirmelerin self-refleksiyonu uyardığı, profesyonelliğin önemini, öğrenmeyi ve profesyonelliğe uygun davranışların farkındalığını artırdığını belirtilmiştir (Cruess ve ark., 2006).

Tablo: 2 Orijinal P-MEX ölçeğinin kategorileri ve maddeleri (Cruess ve ark., 2006)

Skill category	Number	Description
Doctor–patient relationship skills	P1	Listened actively to patient
	P2	Showed interest in patient as a person
	P3	Showed respect for patient
	P4	Recognized and met patient needs
	P5	Accepted inconvenience to meet patient needs
	P6	Ensured continuity of patient care
	P7	Advocated on behalf of a patient and/or family member
	P12	Maintained appropriate boundaries with patients/colleagues
Reflective skills	P8	Demonstrated awareness of limitations
	P9	Admitted errors/omissions
	P10	Solicited feedback
	P11	Accepted feedback
	P13	Maintained composure in a difficult situation
Time management	P15	Was on time
	P16	Completed tasks in a reliable fashion
	P18	Was available to patients or colleagues
Interprofessional skills	P12	Maintained appropriate boundaries with patients/colleagues
	P14	Maintained appropriate appearance
	P17	Addressed own gaps in knowledge and skills
	P19	Demonstrated respect for colleagues
	P20	Avoided derogatory language
	P21	Assisted a colleague as needed
	P22	Maintained patient confidentiality

	P23	Used health resources appropriately
	P24	Respected rules and procedures of the system

Tablo: 3 Türkçe P-MEX ölçeğinin kategorileri ve maddeleri

Kategori	Madde No	Tanımlama
Doktor-hasta ilişkileri becerileri	P1	Hastayı etkin olarak dinledi
	P2	Hastaya birey olarak ilgi gösterdi
	P3	Hastaya saygı gösterdi
	P4	Hastanın ihtiyaçlarını anladı ve karşıladı
	P5	Hasta ihtiyaçlarını karşılamada zahmete girmeyi kabullendi
	P6	Hasta bakımının devamlılığını sağladı
	P7	Hasta ve/veya ailesinin haklarını savundu
	P12	Hastalar ve iş arkadaşları ile olması gereken sınırları korudu
Yansıtıcı beceriler	P8	Sınırlılıkların farkındaydı
	P9	Hata ve eksikleri kabul etti
	P10	Geri bildirim almayı talep etti
	P11	Geri bildirimleri kabul etti
	P13	Zor bir durumda soğukkanlılığını korudu
Zaman yönetimi	P15	Zamanlamaya uydu
	P16	Görevleri güven telkin eder şekilde tamamladı
	P18	Hastalar ve iş arkadaşları ona ihtiyaç duyduklarında yanlarındaydı
Profesyoneller arası beceriler	P12	Hastalar ve iş arkadaşları ile uygun sınırları korudu
	P14	Uygun görünümünü korudu
	P17	Bilgi ve becerilerinde eksikliklerini ele aldı
	P19	İş arkadaşlarına saygı gösterdi
	P20	Onur kırıcı ifadelerden kaçındı
	P21	İş arkadaşlarına gerektiği şekilde yardım etti
	P22	Hasta mahremiyetini korudu
	P23	Sağlık kaynaklarını uygun şekilde kullandı
	P24	Sistemin kurallarına ve prosedürlerine saygı gösterdi

4.8.2. Japonya çalışması: 2009

Japonya’da 23 tıpta uzmanlık öğrencisinin, sekiz değerlendirici tarafından P-MEX ölçeği ile değerlendirilmesi sonrası validasyon çalışması yapılmıştır. Çalışmada 184 P-MEX formu elde edilmiştir. Yapısal eşitlik modellemesi yoluyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi ile hem orijinal ölçek hem ölçeğe yeni maddelerin eklenmesi ile modifiye ölçeğin yapı geçerliliği

olduğu gösterilmiştir. “Farklılıklara saygı duydu, gerektiğinde diğer uzmanlıklardan görüş aldı, hastalara uygun şekilde danışmanlık sağladı, hastaları tıbbi olarak iyi yönetti ve uygun şekilde aydınlatma yaparak ve onam aldı” ölçeğe eklenen yeni maddeleri oluşturmuştur.

P-MEX’in yapı geçerliliği güvenilirlik genelleştirilebilirlik ve karar çalışması ile test edilmiştir. Karar çalışmasında profesyonelliği doğru olarak ölçmek için gerekli değerlendirme sayısının 10 olduğu hesaplanmıştır.

Geri bildirimlerde tıpta uzmanlık öğrencilerinin çoğu ölçeğin maddelerin uygun olduğunu, değerlendirme sonuçlarının kendi öz değerlendirmeleriyle benzer olduğunu ve değerlendirmenin motivasyonlarını artırdığını belirtmiştir (Tsugawa ve ark., 2009).

4.8.3. Japonya çalışması: 2011

Japonya’da 7 hastanede 165 uzmanlık öğrencisi, birlikte çalıştıkları, klinik uzmanları, hemşireler, akranlar, kıdemsiz uzmanlık öğrencileri tarafından P-MEX formu ile 360 derece değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada kapsam geçerliliği için P-MEX değerlendirmelerinden sonra değerlendiricilere ölçeğin maddelerinin uygunluğunu “P-MEX maddeleri öğrencilerin profesyonelliklerini değerlendirmede uygun ve geçerli midir” sorusuna verilen cevaplarla değerlendirilmiştir. Değerlendirilenlerin yaklaşık %80’i P-MEX maddelerinin uygun olduğunu belirtmişlerdir.

Ölçüt geçerliliği için P-MEX değerlendirmeleri sonrası değerlendiricilerden öğrencinin genel performansı için “Öğrenci yüksek standartlarda profesyonel davranışlar sergiliyor” sorusuna verilen cevaplarla değerlendirilmiştir. P-MEX test sonuçları ile karşılaştırılan sonuçların uyumlu olduğu (0,78) olduğu gösterilmiştir.

Yapı geçerliliği için yapısal eşitlik modeli vasıtası ile doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Uyum iyilik ölçüleri yeterli olduğu (0,60–0,99) bulunmuştur.

Genelleştirilebilirlik analizi ve karar çalışması ile öğrencinin ortalama skorunu belirleyecek kaç değerlendirme yapılması gerektiği tespit edilmiştir. Japonya’da yeterli güvenilirlik katsayısına ulaşmak için değerlendiriciler uzman doktorlar olduğunda 6 ila 8, hemşireler olduğunda 6 ölçüm gerekli iken değerlendiriciler akranlar veya kıdemsiz uzmanlık öğrencileri olduğunda 26 ölçüm gerekli olmuştur. Çalışmada P-MEX kullanarak yapılan 360 derece değerlendirmelerde 0,80 güvenilirlik katsayısını garanti etmek için toplamda 18 ölçüm gerekli olduğu belirtilmiştir (Tsugawa ve ark., 2011).

4.8.4. İran Çalışması: 2019

İran’da dört eğitim hastanesinde acil tıp kliniklerinde 90 uzmanlık öğrencisi ve 22 eğitici ile yapılan validasyon çalışmasında, 20 dakikalık öğrenci-hasta klinik karşılaşmasının eğitimciler tarafından gözlemi sonrası, öğrencinin P-MEX ölçeği ile değerlendirilme sonuçları kullanılmıştır.

Yapı geçerliliği için structural equation model (SEM) uygulanmış, SEM indeksleri çalışmaya uygulanarak modelin uyum iyiliği durumu belirlenmiş, comparative fit index (CFI > 0,90 iyi uyum göstergesi), the root-mean-square error of approximation (RMSEA < 0,08 kabul edilebilir uyum göstergesi) hesaplanmıştır. Çalışmada güvenilirlik skorları için genelleştirilebilirlik teorisi kullanılmış. Sonunda genelleştirilebilirlik kat sayısı (G) belirlenerek bir öğrenci için kaç değerlendirme gerekeceği hesaplanmıştır.

383 formun toplandığı çalışmada yapı geçerliliği için yapısal eşitleme modeli uygulanarak modelin iyilik durumu ölçütlerinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Genelleştirilebilirlik teorisi ile bir öğrencinin güvenilir bir sonuç için 14 değerlendirmenin yapılması gerektiği belirlenmiştir.

Görünüş ve kapsam geçerliliği için P-MEX formu çalışmaya katılan dört eğitici ve uzmandan oluşan grupta değerlendirilmiş. Kararlılık için 21 öğrenciye 3 hafta sonra test-retest uygulanarak Pearson's korelasyon kat sayısı hesaplanmış. P-MEX güvenilirliği için Cronbach alfa değerleri belirlenerek yapılmıştır. Uygulamalardan sonra yapılan ankette, ölçeğin kabul edilebilirlik durumu uzmanlık öğrencileri arasında yüksek bulunmuş, eğitimciler arasında başlangıçta düşük olan kabul edilebilirlik oranları zamanla artmıştır (Amirhajlou ve ark., 2019).

4.8.5. Finlandiya Çalışması: 2015

P-MEX Finlandiya çalışmasında orijinal form Finişçeye ve sonrasında İngilizceye geri çevirisi yapılarak yaz psikiyatri programına katılan 23 öğrenciye iki eğitici tarafından uygulanmış, öğrencilerin çalışmasına katılan grup ile 360 derece değerlendirme, öğrencilerin kendi-kendilerini değerlendirmeleri yapılmış, daha sonra öğrenci ve eğitimcilerle geribildirimde tartışılmıştır. P-MEX skorları, üç grubun yaptığı değerlendirme skorları ile (eğitici, çalışanlar ve kendi kendini değerlendirme) karşılaştırılmış. Öğrenci sayısı azlığı nedeniyle doğrulayıcı faktör analizi yapılmamış, formun iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa skorları hesaplanmıştır. P-MEX skorları sırasıyla (eğitici, çalışanlar ve kendi kendini değerlendirme) $3,26 \pm 0,21$, $3,23 \pm 0,26$, $3,01 \pm 0,07$ tespit edilmiş, eğitici ve çalışanların değerlendirme sonuçları

birbiri ile korale bulunurken ($r=0.573$, $p=0,040$), kendi kendini değerlendirme skorları arasında korelasyon tespit edilmemiştir (Karkuwi ve ark., 2015).

4.8.6. Asistan işe alım sınavlarında simüle ortamlarda P-MEX kullanımı

Standardize hasta ile P-MEX ile değerlendirme yapıldıktan sonra işe alınan Çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanlarının, P-MEX sonuçları ile birinci yılda profesyonellik özelliklerinin karşılaştırıldığı, iki çalışmada P-MEX in güvenilirliği ve prediktif geçerliliği belirlenmiştir (Bajwa ve ark., 2017; Bajwa ve ark., 2019).

Yukarıdaki çalışmaların devamı niteliğindeki çalışmada, simüle edilmiş klinik ortamlarda da P-MEX ile profesyonelliğin değerlendirmesinin uzun dönem sonuçları incelenmiş ve validasyon kanıtları incelenmiştir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanlarının kabulü için yapılan sınavların bir kısmı olarak, simülasyon merkezlerinde standart hasta ve doktor karşılaşmasının P-MEX ölçeği ile değerlendirilmesinin sonuçları, güvenilirlik, Cronbach alfa, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile yapı geçerliliği değerlendirilmiştir. Sekiz yıl boyunca 275 uzmanlık öğrencisinin sınav sonuçlarına göre ölçeğin yapı geçerliliği gösterdiği ve güvenilir olduğu kanıtlanmıştır (Bajwa at al., 2021).

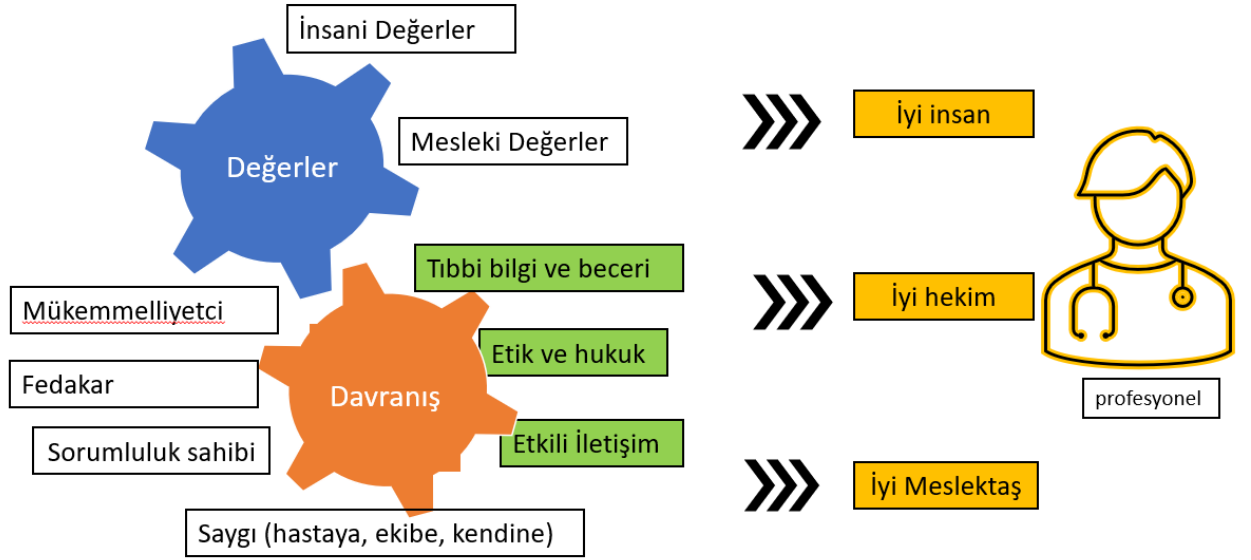
4.9. Kavramsal çerçeve

Hasta hekim ilişkisinin temelinde, halkın tıp mesleğine olan güveni yatar. Bu güven hekimlerin toplumla olan sözleşmesinin gereğidir ve profesyonelliği gerektirir (Cohen, 2006). Tıbbi profesyonellik için hekimler, hastalar ve halkın güvenine layık/uygun davranışlar göstermelidirler. Bu güvenin gereğini gösterememek, güven kaybına ve bir meslek olarak tıbbın statüsünün kaybolmasına neden olur (Swick, 2000).

Epstein ve Hundret (2002) profesyonelliği “Hizmet edilen bireylerin ve toplumun yararına olmak üzere iletişim becerilerinin, mesleki bilgilerin, teknik becerilerin, klinik akıl yürütmelerin, duyguların ve değerlerin günlük pratiğe sürekli ve uygun bir şekilde yansıtılması” olarak tanımlamaktadır. Profesyonelliğin bu tanımı, birçok yazar ve kurumun önerdiği profesyonellik bileşenlerini geniş kapsamaktadır (Cruess ve ark., 2004; Hilton, 2005; Jha ve ark., 2006; Swick, 2000; van-de-Camp ve ark., 2004; Wagner ve ark., 2007; Ludwig, 2014). Keza bu tanım profesyonelliğin toplumsal beklentilerle (Cruess, 2004) ve kültürel değişikliklere (Cruess ve Cruess, 2010; Hafferty, 2006a) göre şekillendiğine vurgu yapmaktadır. Epstein ve Hundret (2002) tarafından yapılan profesyonellik tanımlaması, tez çalışmamızda profesyonellik tanımı olarak tercih edilmiştir.

Tıbbi profesyonelliği oluşturan özellikler, çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Aşağıdaki sınıflama tez çalışmamızda tercih edilmiştir (Wilkinson ve ark., 2009).

1. Etik ilkelere bağlılık (Doğruluk/dürüstlük, mahremiyete saygı, ahlaki tutum ve farklılıklara saygı vb.)
2. Hastalar ve yakınları ile etkili iletişim/etkileşim (Kişilerin farklı tutumlarına saygı, kibarlık, empati, kararlara hastanın katılımının sağlama ve hastalarla ilişkileri profesyonellik sınırlarında sürdürme vb.)
3. Sağlık sisteminde çalışan kişilerle etkili iletişim/etkileşim (Ekip çalışması, farklılıklara saygı, görgü kurallarına uyum, kibarlık, nezaket, profesyonellik sınırlarını koruma)
4. Güvenilirlik (Hesap verebilirlik, işi tamamlama, dakiklik, sorumluluğunu yerine getirme, organize olma vb.)
5. Kendini yeterliğini, diğerlerini ve sistemi geliştirme (Kendini tanıma, kendini değerlendirme, yardım alabilme, yardım edebilme, liderlik, belirsizliklerle başa çıkma, yaşam boyu öğrenme, savunuculuk, vb.)

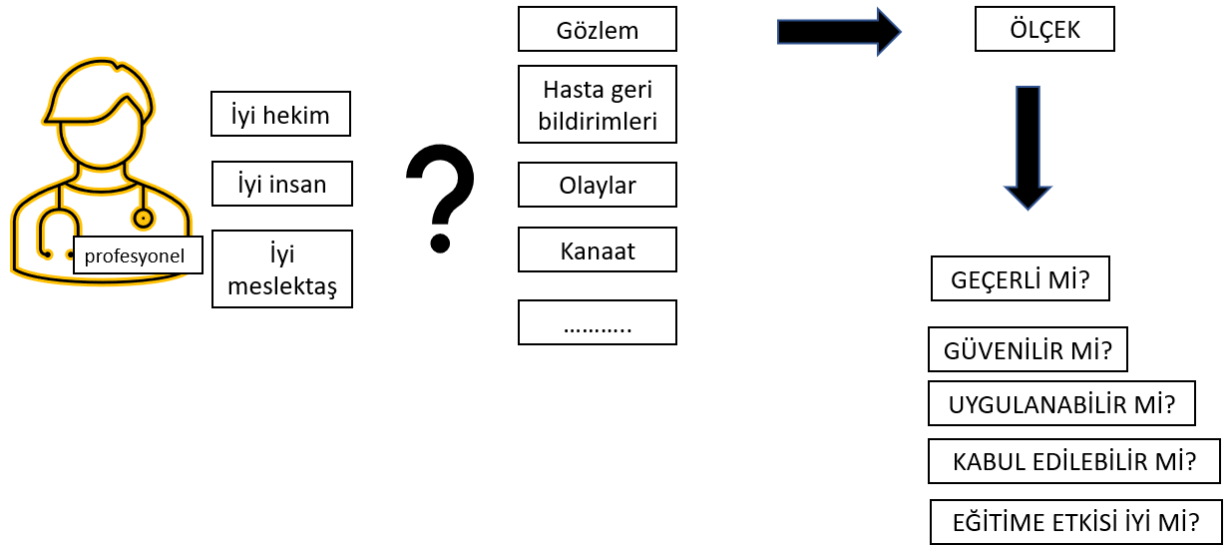


Şekil:3 Profesyonelliğin kavramsal çerçevesi

Profesyonellik, hekimin iş başında gözlenmesi, 360 derece değerlendirmeler, hasta geri bildirimleri, kritik olay raporları, eğitici veya yönetici kanaatleri ile değerlendirilebilmektedir. Bunlardan en öne çıkanı gözlemle dayalı değerlendirmedir (Wilkinson ve ark., 2009; van der Vloten ve ark., 2010).

Gözleme dayalı değerlendirmelerde gözlemediğini bilen öğrenci, davranışlarını kontrol etmeye, kendinden beklenen davranışları göstermeye çalışacaktır. Bu durum gözleme dayalı değerlendirmelerin önemli bir eksikliğidir (Goldie, 2013; van Mook ve ark., 2009b). Gerçek ortamlarda çok sayıda gözlemciden alınan geribildirimler veya aynı gözlemcinin çok sayıda gözlem sonuçları performansın daha gerçekçi göstergesidir (Arnold, 2002).

Gözleme dayalı değerlendirmelerin geçerli ve güvenilir olabilmesi için, gözlemin metodu, gözlem yapanın kim olduğu (eğitici, akran, hemşire, hasta vb), gözlemcinin eğitimi, deneyimi, motivasyonu, gözlemin yapıldığı ortam, gözlemde kullanılan ölçme yöntemi (global değerlendirme, ölçek ile değerlendirme) ölçeğin özelliği önemli parametrelerdir.



Şekil:4 Profesyonelliği değerlendirmesinin kavramsal çerçevesi

Profesyonellik anlayışı zamana ve kültürel bağlamlara göre değişir (Hodges ve ark., 2011). Bu nedenle, tıbbi profesyonelliği amaçlarına ve hedef kitlelere göre değerlendirmek için uygun araçları kullanmak ve geliştirmek bir zorluk teşkil etmektedir (Li ve ark., 2017).

Profesyonel davranışın ölçme, değerlendirmesinde kullanılan araçların, diğer ölçme ve değerlendirmelerde olduğu gibi, güvenirlik, geçerlik, kabul edilebilirlik (acceptability), uygulanabilirlik (feasibility) ve eğitime etkisi temel kalite göstergeleridir (Terwee ve ark., 2007; van Mook ve ark., 2009b; Norcini ve ark., 2018).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırma Yeri ve Etik Kurul Kararı

Bu gözlemsel çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2021-2022 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Hastanenin etik komitesinden 2020 yılında 249 sayı ile uygunluk alınmıştır.

5.2. Türkçeye Çeviri

Orijinal dildeki ölçek, dil ve alan uzmanlarınca Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra bu çeviri, ingilizceye tekrar çevrilmiştir. Orijinal ölçekle, geri çevrilen ölçeğin karşılaştırılması yine dil ve alan uzmanlarınca yapılmış, anlam farklılıkları olup olmadığı değerlendirilmiş, gerekli düzeltmeler yapılarak Türkçe ölçeğin son haline karar verilmiştir.

5.3. Katılımcılar

1- Öğrenciler: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde en az altı aylık eğitimini tamamlamış, genel cerrahi kliniğinden 10, kadın hastalıkları ve doğum kliniğinden 10, üroloji kliniğinden 10, iç hastalıkları kliniğinden 20, çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinden 10 uzmanlık öğrencisi olmak üzere toplam altı klinikte 60 uzmanlık öğrencisi çalışmaya dahil edilmiştir.

2- Değerlendiriciler grubu: Değerlendirici olarak her klinikte, öğrencilerin en az 3 ay birlikte çalıştıkları, eğiticiler, uzmanlar, akranlar ve hemşirelerden oluşan 4'er kişi olmak üzere toplamda 24 kişi belirlenmiştir. Değerlendirici olarak belirlenen uzmanlık eğitimi program yöneticileri, profesörler, doçentler, doktor öğretim üyeleri ve başasistanlar “eğitici” olarak tanımlanmıştır. Bunun dışında değerlendirici grupta yer alan ve klinikte uzman olarak çalışan hekimler “uzman”, klinikte görev yapan uzmanlık öğrencileri “akran” ve klinikte görev yapan hemşireler “hemşire” olarak tanımlanmıştır.

5.4. Katılımcıların Eğitimi ve Ön Uygulama

Çalışmanın yapılacağı kliniklerdeki, öğrenciler ve değerlendiricilerle, çalışmanın amacı, P-MEX ölçeğinin Türkçe versiyonunun özellikleri, değerlendirmenin nasıl yapılacağı konularında, en az bir saat süren, araştırmacının yönetiminde eğitim toplantıları yapılmıştır. Araştırmanın tanıtım broşürü, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu katılımcılara verilmiştir. Toplantıda değerlendiricilerin yaptıkları değerlendirmelerin gizliliği, öğrencilerin herhangi bir

aşamada araştırmadan çekilebilecekleri gibi etik prensipler belirtilmiştir. Eğitim toplantıları sonrasında, en az 20 dakika süren bir öğrenci hasta karşılaşması değerlendirici grubuna izlettirilmiş, değerlendiricilerden P-MEX Türkçe ölçeği kullanarak öğrenciyi değerlendirmeleri istenerek ön uygulama yapılmıştır.

5.5. Veri Toplama

5.5.1. P-MEX uygulamaları

Değerlendirmeler, öğrenci ve hasta karşılaşmasının gerçekleştiği klinikteki hasta odaları, poliklinik odaları ve toplantı salonlarında yapılmıştır. Klinikteki hasta odalarında yapılanlar “vizit uygulaması”, poliklinik odalarında yapılanlar “poliklinik uygulaması”, toplantı salonlarında yapılanlar “grup uygulaması” olarak tanımlanmıştır. Her öğrenci, bir eğitici, bir uzman, bir akran, bir hemşire olmak üzere toplam 4 değerlendirici tarafından, vizit, poliklinik ve grup uygulamalarında, bir aydan kısa olmayan sürelerde, 3 kez minimum 20 dakikalık karşılaşmalarda P-MEX Türkçe versiyonu ile değerlendirilmiştir. Vizit, poliklinik ve grup uygulamalarında, öğrencinin değerlendirilmesinden sorumlu olan tüm değerlendiriciler (eğitici, uzman, akran, hemşire) birlikte veya ayrı ayrı katılabilmelerine izin verilmiş, değerlendiricilerin birlikte katıldığı uygulamalarda, puanlamaların her bir değerlendirici tarafından bağımsız olarak ayrı ayrı yapılması istenmiştir.

5.5.2. Katılımcı geri bildirimleri

P-MEX uygulamaları tamamlandıktan sonra; kapsam geçerliliği için eğitimcilerle şu sorular yönetilmiş ve açık uçlu yanıtları alınmıştır: “P-MEX ölçeğinin içeriği hekimlerin profesyonel yeterlikleri değerlendirmek için uygundur ve profesyonellikle ilgili alanları kapsamaktadır”, “P-MEX ölçeğinin maddelerine, hekimlerin profesyonelliğe ilişkin yeterliklerini değerlendirmek için başka hangi maddeler ilave edilmelidir?” ve “P-MEX ölçeğinde gözleme uygun olmadığını veya benzer özellikleri ölçtüğünü düşündüğünüz hangi maddeler çıkartılabilir?”. Ayrıca, eğitimcilerden ve öğrencilerden, P-MEX ölçeğinin kabul edilebilirliği, uygulanabilirliği ve eğitime etkisi konularında görüşleri içeren geribildirim formlarını doldurmaları istenmiştir.

5.6. Veri Analizi

5.6.1. Tanımlayıcı istatistikler

Tanımlayıcı istatistikler ile katılımcıların demografik bilgileri, değerlendirme yerleri, madde analizleri yapılmıştır.

P-MEX ölçeği skorları bakımından gruplar arasındaki farklılıklar ortalama ve standart sapma ile özetlenmiş ve t-testi ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı test edilmiştir.

5.6.2. Kapsam geçerliliği

Eğiticilerin “P-MEX ölçeğinin içeriği hekimlerin profesyonel yeterlikleri değerlendirmek için uygundur ve profesyonellikle ilgili alanları kapsamaktadır” görüşüne katılım durumları ve P-MEX ölçeğinin kapsamı ile ilgili açık uçlu sorulara alınan yanıtlar ile değerlendirilmiştir.

5.6.3.Yapı geçerliliği

Yapı geçerliliği, tüm P-MEX maddeleri için yapısal eşitlik modeli vasıtası ile doğrulayıcı faktör analizi yapılarak modelin uyum testi, comparative fit index (CFI) ve the root mean square error of approximation (RMSEA) ile tayin edilmiştir. Yapı geçerliliği analizlerinde Jamovi ve R (lavaan paketi) programları kullanılmıştır.

5.6.4. Genelleştirilebilirlik analizi ve karar çalışması

Türkiye kültüründe elde edilen sonuçların güvenilirliği genelleştirilebilirlik analizi (generalizability analysis) ve karar çalışması (decision study) incelenmiştir. Dependability katsayısı öğrencilerin ölçme uygulamalarının objesi olduğu capraz dizayn ile belirlenmiştir. Karar çalışması ile de P-MEX ölçeği profesyonelliği doğru ölçmek için kaç kez değerlendirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Bu hesaplamada 0.80’lik dependability katsayısı (phi) uygun tekrarlanabilirliği (reproducibility) sağladığı kabul edilmiştir (Norcini ve ark., 1995). Genelleştirilebilirlik analizi ve karar çalışması R (gtheory paketi) ile yapılmıştır.

5.6.5. İç tutarlılık

Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için cronbach’s alpha puanları hesaplanmıştır. İç tutarlılık analizleri R programının psikometri paketi psych ile yapılmıştır.

5.6.6. Kabul edilebilirlik, uygulanabilirlik ve eğitime etki

Eğiticilerin ve öğrencilerin kabul edilebilirlik, uygulanabilirlik ve eğitime etki ile ilgili geri bildirim formlarına verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

6.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışmada 60 uzmanlık öğrencisinden 58'i Türkçe P-MEX ölçeği ile üç farklı klinik ortamda (vizit, poliklinik ve grup uygulamaları), eğitici, uzman, akran ve hemşirelerden oluşan toplam 24 değerlendirici tarafından üçer kez değerlendirildi (Tablo 4). Kurum değişikliği nedeniyle iki öğrencinin değerlendirilmeleri tamamlanamadı. Toplam olarak 696 form elde edildi. Uzmanlık öğrencilerin 26'sı kadın (%44,82) 32'si erkek (%55,17) öğrencilerden oluşmuştur.

Tablo: 4 Öğrencilerin ve değerlendiricilerin kliniklere göre dağılımları

		Uzmanlık Öğrencisi	Değerlendirici
Cerrahi Hastalık Klinikleri	Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği	9	4
	Genel Cerrahi Kliniği	10	4
	Üroloji Kliniği	10	4
Dahili Hastalık Klinikleri	Çocuk Hastalıkları Kliniği	10	4
	İç Hastalıkları Kliniği (A ve B kliniği)	19	8
Toplam		58	24

6.2. Madde analizleri

696 formun P-MEX puanı ortalaması 3,2 (SD= 0,2) olarak hesaplandı. Her bir maddenin ortalama puanları ve standart sapmaları Tablo 5'de gösterilmiştir.

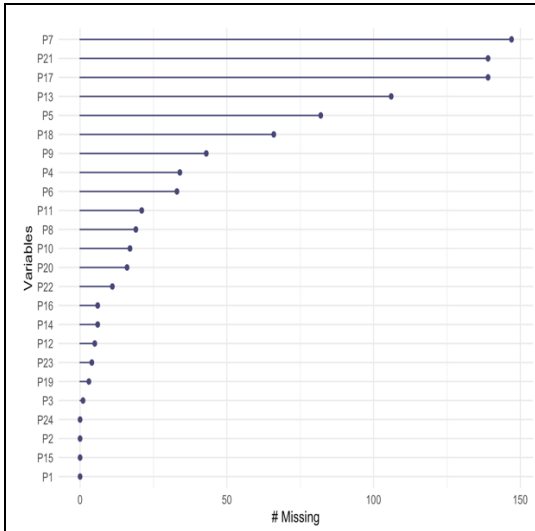
Tablo: 5 P-MEX ölçeği madde analizleri*

Faktör	Madde	Madde tanımlaması	Ortalama (SD)
Doktor-Hasta İlişkileri Becerileri	P1	Hastayı etkin olarak dinledi	3,4 (0,5)
	P2	Hastaya birey olarak ilgi gösterdi	3,3 (0,5)
	P3	Hastaya saygı gösterdi	3,3 (0,5)
	P4	Hastanın ihtiyaçlarını anladı ve karşıladı	3,2 (0,5)
	P5	Hasta ihtiyaçlarını karşılamada zahmete girmeyi kabullendi	3,1 (0,6)
	P6	Hasta bakımının devamlılığını sağladı	3,2 (0,5)
	P7	Hasta ve/veya ailesinin haklarını savundu	3,1 (0,5)
	P12	Hastalar ve iş arkadaşları ile olması gereken sınırları korudu	3,4 (0,5)
Yansıtıcı Beceriler	P8	Sınırlılıkların farkındaydı	3,3 (0,6)
	P9	Hata ve eksikleri kabul etti	3,1 (0,6)
	P10	Geri bildirim almayı talep etti	2,8 (0,6)
	P11	Geri bildirimleri kabul etti	3,2 (0,5)
	P13	Zor bir durumda soğukkanlılığını korudu	3,2 (0,5)
Zaman Yönetimi	P15	Zamanlamaya uydu	3,3 (0,6)
	P16	Görevleri güven telkin eder şekilde tamamladı	3,4 (0,5)
	P18	Hastalar ve iş arkadaşları ona ihtiyaç duyduklarında yanlarındaydı	3,4 (0,5)
Profesyoneller Arası Beceriler	P12	Hastalar ve iş arkadaşları ile olması gereken sınırları korudu	3,4 (0,5)
	P14	Uygun görünümünü korudu	3,4 (0,6)

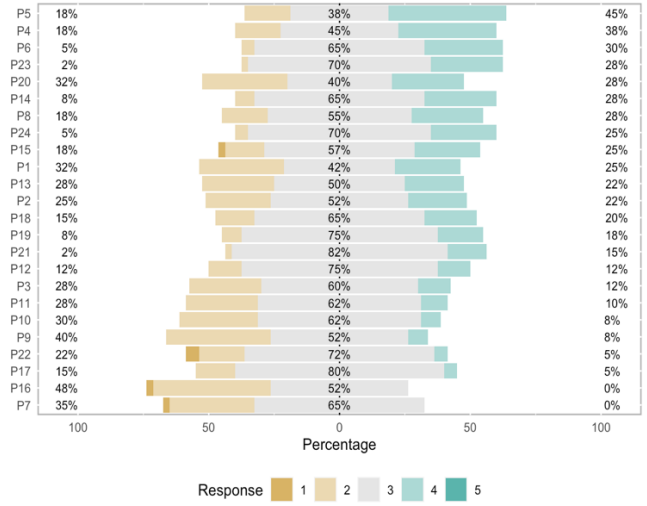
	P17	Bilgi ve becerilerinde eksikliklerini ele aldı	3,1 (0,6)
	P19	İş arkadaşlarına saygı gösterdi	3,6 (0,5)
	P20	Onur kırıcı ifadelerden kaçındı	3,6 (0,5)
	P21	İş arkadaşlarına gerektiği şekilde yardım etti	3,4 (0,5)
	P22	Hasta mahremiyetini korudu	3,3 (0,5)
	P23	Sağlık kaynaklarını uygun şekilde kullandı	3,3 (0,5)
	P24	Sistemin kurallarına ve prosedürlerine saygı gösterdi	3,3 (0,5)
	P-MEX ortalama puanı		3,2 (0,2)

*Faktörler ve maddeler orijinal ölçeğe göre yerleştirilmiştir. Cruess ve ark., 2006

P-MEX maddelerinden “Gözlenmedi/Uygulanamaz” seçeneği en fazla P7. maddede (Hasta ve/veya ailesinin haklarını savundu) işaretlenmiştir (%21,12). Daha sonra P17. madde (Bilgi ve becerilerinde eksikliklerini ele aldı) ve P21 (İş arkadaşlarına gerektiği şekilde yardım etti) gelmektedir (% 19,97). P5. ve P4. maddeler en pozitif maddelerken, P7. ve P16. maddeler en negatif maddelerdir (Şekil 5 ve 6).



Şekil: 5 Gözlenmedi/uygulanamaz işaretlenen madde sayısı ve oranları



Şekil: 6 P-MEX maddelerinin Likert grafiği (Yukarıdan aşağıya pozitiften negatife doğru sıralanmıştır)

Değerlendirme yapılan cerrahi ve dahili bölümler ayrı olarak dikkate alındığında, P-MEX puanı cerrahi bölümlerin ortalamasının dahili bölümler puan ortalamasından istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 6, p= 0,023).

Tablo: 6 Cerrahi ve dahili bölümlerde P-MEX puanlarının karşılaştırılması

	Cerrahi (n=348)	Dahili (n=348)	Toplam (n=696)	p
Ort. (SD)	3,3 (0,3)	3,2 (0,2)	3,2 (0,2)	0,023 ¹
Min - Maks	2,8 - 4,0	2,7 - 3,7	2,7 - 4,0	

¹: t-testi p değeri; Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma; Min: Minimum, Maks: Maksimum

Değerlendirme yapılan klinikler ayrı ayrı dikkate alındığında, P-MEX değerlendirme formlarının ortalamaları, Kadın hastalıkları ve Doğum kliniği için 3,1 (0,2), Genel Cerrahi Kliniği için 3,4 (0,2), Üroloji Kliniği için 3,5 (0,1), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği için 3,2 (0,2), İç Hastalıkları Kliniği için 3,2 (0,2) olarak hesaplandı. Klinikler arası puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlendi ($p<0,001$). Hangi kliniklerdeki puanların birbirinden farklı olduğunu görmek için ikili karşılaştırmalar yapıldı. Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniği ile iç hastalıkları kliniklerinin puanları benzer bulundu. Puan sıralaması yüksekten başlayarak üroloji, genel cerrahi, çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları ve kadın hastalıkları kliniği şeklinde oldu (Tablo 7).

Tablo 7: Değerlendirme yapılan kliniklere göre P-MEX puanlarının karşılaştırılması

	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (n=120)	Genel cerrahi (n=120)	İç Hastalıkları (n=228)	Kadın Hast, (n=108)	Üroloji (n=120)	Toplam (n=696)	p
Ort (SD)	3,2 (0,2) ^{a*}	3,4 (0,2) ^b	3,2 (0,2) ^a	3,1 (0,2) ^c	3,5 (0,1) ^d	3,2 (0,2)	< 0,001 ¹
Min - Maks	2,7 - 3,6	2,9 - 4,0	2,8 - 3,7	2,8 - 3,7	3,2 - 3,7	2,7 - 4,0	

*Farklı harfler ikili karşılaştırmalar sonucu istatistiksel olarak anlamlılığı ifade etmektedir($p<0,05$); ¹: ANOVA testi p değeri; Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma; Min: Minimum, Maks: Maksimum

Değerlendirici alt grupları dikkate alındığında, P-MEX değerlendirme formlarının ortalamaları, eğiticiler için 3,3 (0,2), uzmanlar için 3,2 (0,2), akranlar için 3,3 (0,3) ve hemşireler için 3,3 (0,2) olarak hesaplandı. Değerlendiriciler arası P-MEX puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0,001$). Hangi değerlendirici gruplarının birbirinden farklı olduğunu görmek için ikili karşılaştırmalar yapıldı. Eğiticiler ile hemşirelerin verdikleri P-MEX puanları farklı değilken uzmanlar ve akran puanlarının farklı olduğu görüldü. Puan sıralaması yüksekten başlayarak akran, eğitici, hemşire ve uzman değerlendiricileri şeklinde idi (Tablo 8).

Tablo 8: Değerlendirici gruplarına göre P-MEX puanlarının karşılaştırılması

	Akran (n=174)	Eğitici (n=174)	Hemşire (n=174)	Uzman (n=174)	Toplam (n=696)	p
Ort (SD)	3,3 (0,3) ^{ab}	3,3 (0,2) ^a	3,3 (0,2) ^a	3,2 (0,2) ^b	3,2 (0,2)	< 0,001 ¹
Min - Maks	2,8 - 4,0	2,8 - 3,7	2,8 - 3,7	2,7 - 3,6	2,7 - 4,0	

*Farklı harfler ikili karşılaştırmalar sonucu istatistiksel olarak anlamlılığı ifade etmektedir (p<0,05); ¹: ANOVA testi p değeri; Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma; Min: Minimum, Maks: Maksimum

Değerlendirme ortamları dikkate alındığında, P-MEX değerlendirme formlarının ortalamaları, grup uygulamaları için 3,2 (0,3), vizit uygulamaları için 3,3 (0,3), poliklinik uygulamaları için 3,2 (0,2) olarak bulundu. Değerlendirme ortamına göre puan ortalamaları farklı değildir (Tablo 9, p= 0,196).

Tablo 9: Değerlendirme ortamlarına göre P-MEX puanlarının karşılaştırılması

	Grup (n=232)	Pol (n=232)	Vizit (n=232)	Total (n=696)	p
Ort (SD)	3,2 (0,3)	3,2 (0,2)	3,3 (0,3)	3,2 (0,2)	0,196 ¹
Min - Maks	2,8 - 3,9	2,8 - 3,8	2,7 - 4,0	2,7 - 4,0	

¹: t-testi p değeri; Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma; Min: Minimum, Maks: Maksimum; Pol: Poliklinik

Değerlendirme yapılan uzmanlık öğrencilerin cinsiyetleri dikkate alındığında, P-MEX değerlendirme formlarının ortalamaları, erkek öğrencilerde 3,3 (0,3), kadın öğrencilerden 3,2 (0,2) daha yüksek saptandı (Tablo 10, p=0,017).

Tablo: 10 Cinsiyete göre P-MEX puanlarının karşılaştırılması

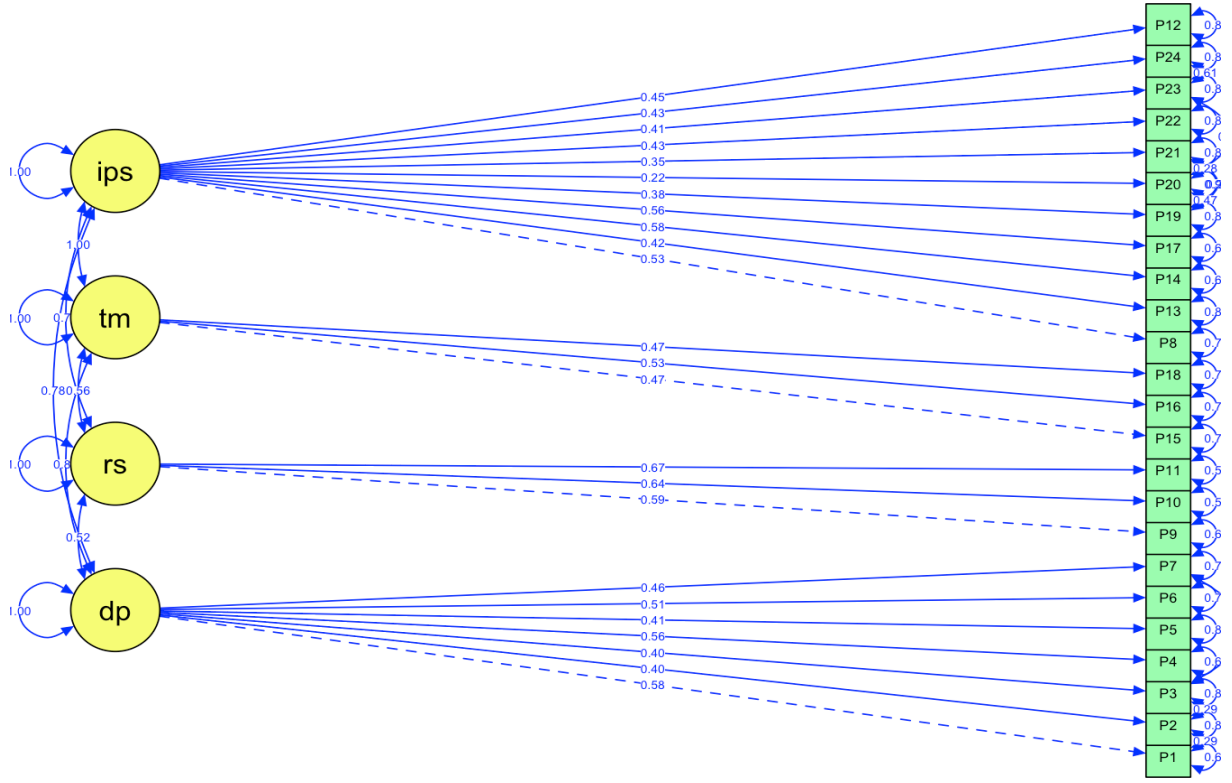
	Erkek (n=384)	Kadın (n=312)	Total (n=696)	p
Ort (SD)	3,3 (0,3)	3,2 (0,2)	3,2 (0,2)	0,017 ¹
Min - Maks	2,8 - 4,0	2,7 - 3,9	2,7 - 4,0	

¹: t- testi p değeri; Ort: Aritmetik ortalama; SD: Standart sapma; Min: Minimum, Maks: Maksimum

6.3. Geçerlilik

Kapsam geçerliliği için eğitimcilerden şu iki ifadeye katılım düzeylerini puanlamaları istenmişti: “P-MEX ölçeğinin içeriği hekimlerin profesyonel yeterlikleri değerlendirmek için uygundur” ve “P-MEX ölçeğinin maddeleri hekimlerin profesyonel yeterlikleri değerlendirmek için profesyonellikle ilgili tüm alanları kapsamaktadır”. Eğitimcilerin bu görüşlere katılımları yüksek bulunmuştur (sırasıyla Ort=4,83 (SD=0,4) ve Ort=4,66 (SD=0,5). “P-MEX ölçeğinin maddelerine, hekimlerin profesyonel yeterliklerini değerlendirmek için başka hangi maddeler ilave edilmelidir?” sorusuna, sıklık sırasına göre, tıbbi görüşme becerisi, etkili ve açık konuşabilme, hastayı aydınlatma ve onam alma, sorumluluk bilinci yanıtları alınmıştır. “P-MEX ölçeğinde gözleme uygun olmadığını veya benzer özellikleri ölçtüğünü düşündüğünüz hangi maddeler çıkartılabilir?” sorusuna ise, hasta ve ailesinin haklarını savundu (madde 7) ve geri bildirimleri kabul etti (madde 11) yanıtları alınmıştır.

Yapı geçerliliği için, Türkçe, 24 soruluk ölçeğin orijinal yapısının doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) (Model:Orijinal) uyum iyiliği CFI=0,675, TFI= 0,604, RMSEA=0,089 hesaplanmıştır (Şekil 7). Modifiye edilmiş modelde madde çıkarımı yapılmamıştır. Maddelerin yüklendiği faktörler değiştirilmiştir ve aynı faktör içindeki maddelerin kovaryansları modele eklenmiştir (P23~~P24, P19~~P20, P2~~P3, P1~~P2, P3~~P7, P20~~ P21, P19 ~~ P21, P20~~P23). Modifiye modelde CFI= 0,857, TFI=0,834 ve RMSEA=0,057 hesaplanmıştır (Tablo 11).



Şekil: 7 Modifiye P-MEX ölçeğinin yapısal eşitlik modellemesi yoluyla doğrulayıcı faktör analizinin diyagramı.

dp: Doktor hasta ilişkileri becerileri faktörü, rs: düşünümsel beceriler faktörü, tm: Zaman yönetimi faktörü, ips: Profesyoneller arası beceriler faktörü. Tek yönlü oklar, değişkenler arasındaki nedensel ilişkileri temsil ederken, çift başlı oklar iki değişken arasındaki korelasyonları temsil eder. Okların yanındaki sayılar standart yol katsayılarını (standardized path coefficients) gösterir. Modelin uyum iyiliği değerleri CFI=0,857, TFI=0,834, RMSEA=0,057'dir.

Tablo:11 Modellere göre DFA analizi uyum göstergeleri

	CFI	TFI	RMSEA	RMSEA 90% GA	
				Alt sınır	Üst sınır
Model: Orijinal	0,648	0,604	0,089	0,082	0,095
Model: Modifiye	0,857	0,834	0,057	0,049	0,065

CFI: Comparative Fit Index; TLI: Tucker-Lewis Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; GA: Güven aralığı

6.4. Güvenirlik

Genelleştirilebilirlik analizi ve karar çalışması R (gtheory paketi) ile yapıldı ve sonuçlar orijinal çalışma ve Japonya uyarlama çalışmasının sonuçları ile birlikte karşılaştırılmalı olarak Tablo 12'da sunuldu. 0,80 ve üzeri katsayıya orijinal ölçekte 12, Japonya çalışmasında 16, Türkiye çalışmasında ise 18 uygulama ile ulaşıldığı görüldü.

Tablo: 12 Türkçe P-MEX karar çalışmasının sonuçları ve diğer çalışmalarla karşılaştırılması

Değerlendirme sayısı	Güvenirlilik kat sayısı (Dependability coefficient)		
	P-MEX Türkiye	P-MEX Japonya*	P-MEX Kanada**
1	0,37	0,22	0,28
2	0,52	0,36	0,44
4	0,65	0,53	0,61
6	0,70	0,62	0,70
8	0,73	0,69	0,76
10	0,75	0,73	0,79
12	0,77	0,77	0,82
14	0,78	0,79	0,84
16	0,79	0,81	
18	0,80		

* Tsugava ve ark., 2009, **Orjinal çalışma, Cruess ve ark.,2006;

6.5. İç tutarlılık

P-MEX ölçeğinin tüm sorular için Cronbach alpha değeri 0,844 olarak hesaplanmıştır. Orjinal ölçeğe göre oluşturulmuş alt boyutlar için cronbach alfa değerleri, doktor-hasta ilişkileri becerileri için 0,641, düşünsel beceriler için 0,62, zaman yönetimi için 0,401 ve profesyoneller arası beceriler için 0,684 olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

Tablo: 13 P-MEX orijinal ölçeği faktörleri ve iç tutarlılıkları

Faktörler	Kısa adı	Maddeler (Orijinal)	Cronbach alfa ¹	Maddeler (Modifiye edilmiş)	Cronbach alfa ²
P-MEX ölçeği		P1-P24	0,844	P1-P24	0,844
Doktor-hasta ilişkileri becerileri	dp	P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P12	0,641	P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7	0,646
Düşünsel beceriler	rs	P8, P9, P10, P11, P13	0,620	P9, P10, P11	0,614
Zaman yönetimi	tm	P15, P16, P18	0,401	P15, P16, P18	0,401
Profesyoneller arası beceriler	ip	P12, P14, P17, P19, P20, P21, P22, P23, P24	0,684	P8, P12, P13, P14, P17, P19, P20, P21, P22, P23, P24	0,734

¹: Orijinal faktörler ; ²: Modifiye edilmiş faktörler.

Modifikasyonda orijinal ölçekte “doktor-hasta ilişkileri” ve “profesyoneller arası beceriler” boyutlarında yer alan P12 sadece “profesyoneller arası beceriler” boyutunda; “düşünsel beceriler” boyutunda bulunan P8 ve P13 ise “profesyoneller arası beceriler” boyutunda yer aldı.

6.6. Kabul Edilebilirlik, Uygulanabilirlik ve Eğitime Etki

Kabul edilebilirlik ve eğitime etki konusunda eğiticilerin tamamı olumlu görüş bildirmişlerdir. Uygulanabilirlik konusunda eğiticilerin tamamı “P-MEX ölçeğini kullanmak için gerekli zaman uzun değildir” P-MEX ölçeğini polikliniklerde kullanmak kolaydır” görüşüne katılmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 14).

Tablo: 14 Eğitici geri bildirimleri soruları ve 5’li likert ölçeğine katılım durumları

		5’li likert ölçeğine* katılım ortalamaları (SD)
Kabul edilebilirlik	P-MEX formu öğrencilerin profesyonel yeterliklerini değerlendirmek ve gelişimlerini sağlamak için değerli bir yöntemdir.	4,66 (0,5)
	P-MEX formu öğrencilerin profesyonel yeterliklerini değerlendirmek ve gelişimlerini sağlamak için kullanılmalıdır.	4,5 (0,5)
Uygulanabilirlik	P-MEX ölçeğindeki soru sayısı fazla değildir.	2,33 (0,5)
	P-MEX ölçeğindeki maddeler kolaylıkla anlaşılabilir.	3,83 (0,4)
	P-MEX ölçeği ile öğrenciyi değerlendirmek kolaydır.	3,83 (0,4)
	P-MEX ölçeğini kullanmak için gerekli zaman uzun değildir.	1,83 (0,4)
	P-MEX ölçeğini kullanmak için gerekli zamanı ayırmakta güçlük çekmedim.	3,83 (0,9)
	P-MEX ölçeğini ziyaretlerde kullanmak kolaydır.	4,16 (0,4)
	P-MEX ölçeğini polikliniklerde kullanmak kolaydır.	1,83 (0,4)
	P-MEX ölçeğini grup çalışmalarında kullanmak kolaydır.	4,5 (0,5)
	P-MEX ölçeğini kullandığımda harcadığım zaman sağlık hizmeti sunarak elde edeceğim performans puanımı etkilememektedir.	2,83 (0,7)
	P-MEX öğrencilerin profesyonel yeterliklerini değerlendirmek için kullanışlı bir yöntemdir.	3,83 (0,4)
Eğitime etki	P-MEX ölçeği ile profesyonelliğin değerlendirilmesi, profesyonelliğin önemini artırmaktadır.	4,16 (0,4)
	P-MEX ile öğrencinin profesyonel yetersizlikleri tespit edilebilmekte ve düzeltilmesi için fırsat sunmaktadır.	4,66 (0,5)
	P-MEX ölçeği ile profesyonelliğin değerlendirme sonrasında geri bildirim vermek kolaylaşmaktadır.	4,83 (0,4)
	P-MEX ile profesyonelliği değerlendirmek eğitimi olumlu etkilemektedir.	4,83 (0,4)

* 5-kesinlikle katılıyorum, 4-katılıyorum, 3-Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 1-kesinlikle katılmıyorum
SS: standart sapma

Uzmanlık öğrencileri ölçeğin kabul edilebilirliği, uygulanabilirliği ve eğitime olumlu etkisi konusunda olumlu görüş bildirmişlerdir. Sadece “P-MEX ölçeği ile profesyonelliği değerlendirmek için gerekli zaman uzun değildir” ve “P-MEX ile değerlendirilmek profesyonel davranış gösterme yönünde motivasyonumu artırmaktadır” seçeneklerinin her birine öğrencilerin %17’si olumsuz görüş bildirmişlerdir (Tablo 15).

Tablo: 15 Öğrenci geri bildirimleri soruları ve 5’li likert ölçeğine katılım durumları

		5 li likert ölçeğine* katılım ortalamaları (SD)
Kabul edilebilirlik	P-MEX ölçeği profesyonel yeterlikleri değerlendirmek için değerli bir yöntemdir.	3,98 (0,7)
	P-MEX ölçeği profesyonel yeterlikleri değerlendirmek için kullanılmalıdır.	3,72 (0,9)
Uygulanabilirlik	P-MEX ölçeğindeki maddeler kolaylıkla anlaşılabilir.	4,23 (0,6)
	P-MEX ölçeği ile profesyonelliği değerlendirmek için gerekli zaman uzun değildir.	3,58 (1)
	P-MEX ölçeği ile profesyonelliği değerlendirmek kullanışlı bir yöntemdir.	3,69 (0,8)
Eğitime etki	P-MEX sonrasında profesyonelliğin önemi konusunda farkındalığım artıyor	3,81(0,7)
	P-MEX sonunda olumlu ve olumsuz yönlerimin farkında olabiliyorum.	3,74 (0,7)
	P-MEX ile değerlendirilmek profesyonel davranış gösterme yönünde motivasyonumu artırmaktadır.	3,34 (1)

* 5-kesinlikle katılıyorum, 4-katılıyorum, 3-Ne katılıyorum ne de katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 1-kesinlikle katılmıyorum
SS: standart sapma

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Tıpta profesyonelliğin değerlendirilebilmesi için geçerli, güvenilir, kabul edilebilir, uygulanabilir ve eğitime olumlu etkisi olan ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak farklı kültürlerde ve eğitim ortamlarında kullanılabilen standart ölçekler geliştirme konusunda zorlukları devam etmektedir (Hodges ve ark., 2011).

2006 yılında Kanada’da geliştirilen P-MEX ölçeğinin (Cruess ve ark., 2006) Türkçe versiyonun, Türkiye kültüründe validasyonu çalışmamızda yeterli geçerlik ve güvenirlik bulguları elde edilmiştir. Keza, ölçeğin kabul edilebilirlik, uygulanabilirlik ve eğitime etkisi konusunda genelde olumlu görüşler elde edilmiştir.

Çalışmaya katılacak kliniklerin ve öğrencilerin, kimler tarafından, nerelerde ve kaç defa değerlendireceğinin önceden belirlenmiş ve uygulamalar sonunda belirlenen protokole uyum sağlanmıştır. Çalışmamız bu yönü ile diğer çalışmalardan farklılık arz etmektedir (Cruess ve ark., 2006; Tsugava ve ark., 2009; Tsugava ve ark., 2011; Amirhajlou ve ark., 2019).

7.1. Madde Analizleri

Orijinal çalışmada “Gözlenmedi/Uygulanamaz” görüşü %40 dan fazla olan “hasta ihtiyaçlarını karşılamada zahmete girmeyi kabullendi” (P5), “hasta ve/veya ailesinin haklarını savundu” (P7), “hata ve eksikleri kabul etti” (P9) ve “iş arkadaşlarına gerektiği şekilde yardım etti” (P21) maddelerin P-MEX ölçeğine uygun olmayabileceğini belirtmişlerdir (Cruess ve ark., 2006). Çalışmamızda “Gözlenmedi/Uygulanamaz” seçeneği işaretlenme oranı P7. P17. ve P21. maddelerde yaklaşık %20 oranında olup yüzdelere orijinal çalışmaya düşüktür.

Ölçekte “Beklentilerin altında ve kabul edilemez” işaretleme oranı yüksek maddelerin öğrencilerin profesyonelliğe ilişkin yeterlik noktasındaki zayıflıkları göstermesi açısından önemlidir. Orijinal çalışmada “sınırlılıkların farkındaydı” (P8), “geri bildirim almayı talep etti” (P10), “zamanlamaya uydu” (P15) ve “bilgi ve becerilerinde eksikliklerini ele aldı” (P17) adlı dört maddenin “beklentilerin altında ve kabul edilemez” işaretleme oranının diğerlerinden yüksek olduğu görülmüştür (Cruess ve ark., 2006). Japonya çalışmasında ise “hasta bakımının devamlılığını sağladı” (P6), “geri bildirim almaya istekli oldu” (P10), “zamanlamaya uydu” (P15) ve “bilgi ve becerilerinde eksikliklerini giderdi” (P17) maddelerinin skorları diğerlerinden daha düşük olduğu belirtilmiştir (Tsugava ve ark., 2009). Çalışmamızda, P7 (hata ve eksikleri kabul etti) ve P16. (görevleri güven telkin eder şekilde tamamladı) maddeler en düşük puan alan maddeler olmuştur.

Öğrencilerin çalıştığı klinikler, değerlendirici alt grupları, değerlendirme ortamları ve öğrencilerin cinsiyeti dikkate alınarak P-MEX ortalamaları arasında farklılıklar hesaplanmış olması çalışmamızın farklılıklarından birini oluşturmaktadır.

7.2. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği, konu uzmanlarına ölçekteki maddelerin, ölçülecek özelliklerin tamamını kapsayıp kapsamadığı ve ilave edilmesi ve çıkartılması gereken madde olup olmadığı sorusu ile belirlenebilir (Mokking ve ark., 2010a; Mokking ve ark., 2010b; Kane, 2013). Uzman grubun, ölçmeyi hedeflenen özelliklerin ayrıntılı bilgisine sahip olmaları gerekir. Ancak, kapsam geçerliliği, bir ölçme aracının öğelerini tasarlayan ekip tarafından yapıldığında, yanlılığın artacağı ihtimali dikkate alınmalıdır (Kane, 2013).

Çalışmamızda, “tıbbi görüşme becerisi”, “etkili ve açık konuşabilme”, “hastayı aydınlatma ve onam alma”, “sorumluluk bilinci” konularında maddelerin ilave edilmesi gerektiği; “hasta ve ailesinin haklarını savundu” (P 7) ve “geri bildirimleri kabul etti” (P 11) maddelerinin çıkartılabileceği görüşü elde edilmiştir.

Japonya’da 2009 yılında yapılan P-MEX validasyon çalışmasında, ölçeğe kapsam geçerliliği için “farklı görüşlere saygı”, “gerektiğinde uzman görüşü isteme”, “tıbbi iyi uygulama”, “aydınlatılmış onam alma” olmak üzere dört maddenin eklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Tsugava ve ark., 2009). Ölçeğin kapsamı ile ilgili olarak Fong et aladaşlarının çalışmasında, “geri bildirim almayı talep etti” (P10), “hasta ihtiyaçlarını karşılamada zahmete girmeyi kabullendi” (P5) , “hasta ve/veya ailesinin haklarını savundu” (P7) ve “uygun görünümünü korudu” (P14) maddelerinin uygun olmadığını ve ölçekten çıkartılabileceğini; “meslektaşlar arasında dayanışma (collegiality) ve empati ile iletişim (communication with empathy)” maddelerinin eklenmesi gerekliliğini belirtilmiştir (Fong ve ark., 2021; Fong ve ark., 2020a).

Singapur’da uzmanlık eğitimi programındaki uzmanlar, P-MEX maddelerinin 19 adedinin profesyonelliği değerlendirmek için uygun olduğu konusunda konsensusa varmışlar. Ancak, dört maddenin (solicited feedback, advocated on behalf of a patient, extended his/herself to meet patient needs, used health resources appropriately) ölçeğe dahil edilmesi veya çıkartılması konusunda konsensus sağlayamamışlardır (Fong ve ark., 2020b). Asya kültüründe, batı ülkelerinden farklı olarak hastalara saygı, hesap verebilirlik ve güvenilirlik profesyonelliğin ana unsuru olarak ortaya çıkmaktadır (Park ve ark., 2017). These Kapsam geçerliliği için ilave edilmesi ve çıkartılması gereken maddeler konusunda çalışmalarda farklılıklar kültürel farklılıklar ile ilişkilendirilebilir.(Al-Rumayan ve ark., 2017).

En iyi profesyonellik değerlendirilmesi, öğrenci hasta karşılaşmasının, değerlendirici tarafından doğrudan gözlenmesi ile yapılabilmektedir (Wilkinson ve ark. 2009). Farklı ortamlarda birden fazla gözlemciden veri toplamak sonuçların geçerliliğini artırır (Stern, 2006). Değerlendirmeler, eğiticiler, hekimler, akranlar, hemşireler ve hastalar tarafından yapılabilir (Veloski ve ark., 2005). Akranlar tarafından yapılan değerlendirmelerin yanlılığı tartışma konusudur (Arnold ve ark., 2005; Curran ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda, akran değerlendiricilerin verdikleri puanlar, diğer değerlendiricilerden daha yüksek bulunmuştur. Hastaların profesyonelliği değerlendirildiği ölçekler geliştirilmiştir (Ratelle ve ark., 2020; Fujikawa ve ark., 2022). Ancak hasta geri bildirimlerinin kısıtlılıkları nedeniyle dikkate kullanılmaları gerektiği belirtilmektedir (Wilkinson ve ark. 2009). Çalışmamızda P-MEX uygulamalarının, hastalar dışında, farklı statüdeki değerlendiricinin (multisource feedback) residentleri doğrudan gözlemi ile yapılmış olması, yukarıda belirtilen temel prensiplerle uyumludur.

7.3. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği yapısal eşitlik modeli (structural equation modeling) vasıtası ile doğrulayıcı faktör analizi (confirmatory factor analysis) ile incelenmektedir. Karşılaştırmalı uyum indeksi (comparative fit index: CFI) > 0,90 ve RMSEA (the root mean square error of approximation) < 0,05, uygun bir uyumu, <0,10, kabul edilebilir bir uyumu gösterir (Bentler, 1990; Steiger, 2002). Türkçe, 24 soruluk ölçeğin orijinal yapısının doğrulayıcı faktör analizinde bu değerler düşük bulunmuştur. Madde çıkarımı yapılmadan modifiye edilen modelin yapı geçerliliği ölçütleri yeterli bulunmuştur.

Orijinal ölçekteki 12. madde (hastalar ve iş arkadaşları ile olması gereken sınırları korudu) hem “doktor-hasta ilişkileri becerileri” hem de “profesyoneller arası beceriler” faktörüne eşit yük verdiği için her iki boyutlu olduğu değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda bu madde sadece “profesyoneller arası beceriler” faktörüne daha yüksek yük verdiği için tek boyutlu olarak değerlendirilmiştir. Tsugava ve arkadaşlarının çalışmasında da aynı yönde bulgular belirtilmiştir (Tsugava ve ark., 2009; Tsugava ve ark., 2011). Ayrıca orijinal ölçekte “düşünümsel beceriler” boyutunda bulunan P8 ve P13 ise “profesyoneller arası beceriler” boyutunda yer aldığı görülmüştür.

7.4. Güvenirlik

Bir testin güvenilirliği, bir testin tutarlılığı (consistency), tekrarlanabilirliği (reproducibility) ve genelleştirilebilirliği (generalizability) kapsamaktadır (Shumway ve Harden, 2003). Mini klinik sınav (Mini-CEX) çalışmasına göre dependability katsayısı 0,80 değerinin iyi bir tekrarlanabilirlik (reproducibility) sağlamaktadır (Norcini ve ark.,1995). Orijinal P-MEX çalışmasında da 0.80'lik dependability katsayısı sağlamak için 10-12 formun gerekliliği belirtilmektedir (Cruess ve ark.,2006). Tsugava et aladaşlarının 2009 yılındaki ilk P-MEX validasyon çalışmasında 16 formun gerekli olduğu gösterilmiştir (Tsugava ve ark., 2009). Tsugava et arkadaşlarının 2011 yılındaki ikinci çalışmasında değerlendirici klinik doktorları ise 6-8, hemşireler ise 4-6, akran ve genç doktorlar ise 26 P-MEX değerlendirme gerekli olmaktadır (Tsugava ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda ise bu rakam daha yüksek çıkmış, profesyonelliğe ilişkin yeterliklerin uygun ölçümü için 18 değerlendirmenin gerektiği görülmüştür.

7.5. İç Tutarlılık

İç tutarlılık, bir ölçeğin maddelerin birbiriyle ne ölçüde ilişkili olduğu (homojen) ve aynı kavramı ölçmesinin bir ölçütüdür. Cronbach alfa 0,70 ile 0,95 arasında olduğunda iç tutarlılık uygun olduğu kabul edilmektedir (Terwee ve ark., 2007). Çalışmamızda P-MEX ölçeğinin tüm sorular için Cronbach alpha değeri 0,844 olarak hesaplanmıştır. Orijinal ölçeğe göre oluşturulmuş alt boyutlar için cronbach alfa değerlerinin daha düşük çıkmasında alt boyutlarda madde sayılarının azlığının etkisinin olduğunu düşündürmektedir.

7.6. Kabul Edilebilirlik, Uygulanabilirlik ve Eğitime Etki

Çalışmamızda kabul edilebilirlik (acceptability), uygulanabilirlik (feasibility) ve eğitime etki konusunda hazırlanan sorgu formları, bu alanlardaki teorik temeller dikkate alınarak hazırlanmıştır (Norcini ve ark., 2018; van Mook ve ark., 2009b). Kabul edilebilirlik ve eğitime etki konusunda katılımcılar olumlu görüş bildirmekle birlikte uygulanabilirlik alanında, katılımcılar ölçeği uygulamanın zaman aldığını ve poliklinikte kullanmanın zor olduğunu belirtmişlerdir. Orijinal P-MEX çalışmasında da ölçeğin öğrenciyi gözleme, kayıt ve geri bildirim vermenin zaman alıcılığı majör sınırlılığı olarak bildirilmektedir (Cruess ve ark., 2006). İran'da acil kliniklerde P-MEX değerlendirme ve geribildirimlerin yoğun saatlerde olumsuz etkilendiği vurgulanmıştır (Amirhajlou ve ark., 2019). Singapur'da uzmanlık öğrencileri üzerinde yapılan P-MEX çalışmasında, 333 katılımcıdan 113'ü (%34) P-MEX ölçeğinin çok uzun olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir (Fong ve ark., 2020). Hindistan'da dış hekimliği öğrencilerinin profesyonel özelliklerinin P-MEX ölçeği ile değerlendirilmesi

sonrası öğrencilerin %71.43'ü, eğitimcilerinin %75'i uygulanabilir, öğrencilerin %23.81'i ölçeğin uzun olduğu, kabul edilebilirlik ile ilgili olarak, öğrencilerin %61.9, eğitimcilerin %75'i P-MEX ölçeğinin kullanımı sırasında kendilerini rahat hissettikleri, öğrencilerin %33'ü değerlendirilme sırasında anksiyete hissettiklerini belirtmişlerdir (Kaur ve ark., 2020). Eğitime etki konusunda, orijinal çalışmada ölçeğin, profesyonellik konusunda düşünümü ve farkındalığı artırdığı, profesyonellik dışı davranışlarını tanımayı kolaylaştırdığı olduğu bildirilmiştir (Cruess ve ark., 2006). Japona'da yapılan çalışmada öğrencilerin %83'ü değerlendirme sonucunun kendi kendilerini değerlendirmelerine uygun olduğunu, %70'i ölçek ile değerlendirmelerin profesyonel davranış gösterme yönünde motive edici olduğunu, %70'i ölçek maddelerinin profesyonelliği değerlendirmek için mantıklı ve uygun olduğunu ve %61'i değerlendirme deneyiminin kendisini daha objektif şekilde tanımaya faydası olduğunu belirtmiştir (Tsugava ve ark., 2009). Bizim çalışmada ölçeğin kabul edilebilirliği ve eğitime etkisine ilişkin görüşler olumlu çıkarken uygulamaya ilişkin bazı maddelerde ortaya çıkan olumsuz görüşler ölçeğin yapısı kadar klinik yüke, klinik hizmet ortamına ve sağlık sistemine ait durumlara işaret etmektedir. Dolayısıyla bu sonuçlar ölçeğin yapısında yapılabilecek düzenlemeler kadar nitelikli bir uzmanlık eğitimi için uzmanlık eğitimi ile klinik hizmet yükünün uygun optimizasyonu sorununu da gündeme getirmektedir.

7.7. Sınırlılıklar

Gözlem altında olan, değerlendirildiğini bilen kişilerin davranışlarını değiştirmesi, gerçek davranışlarını sergilememesi gerçeği tüm gözleme dayalı değerlendirmelerde olduğu gibi bu çalışmanın da sınırlılıklarındandır.

Çalışma tek merkezdeki uzmanlık öğrencileri ile yapılmıştır. Bu durum genelleştirilebilirlik durumunu etkileyebilir. Bu nedenle çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kurum ve kliniklerin kültürel farklılıkları, yoğun çalışma ortamlarında Türkçe P-MEX ölçeğini kullanarak profesyonelliği ölçmenin ve değerlendirmenin zaman alıcılığı, çalışmanın sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

7.8. Sonuç

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, Türkçe P-MEX ölçeğinin Türkiye kültüründe geçerli, güvenilir, kabul edilebilir, uygulanabilir ve eğitime etkisinin olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Ölçekteki soru sayısının fazlalığı, ölçeği uygulamanın zaman alıcılığı, bazı maddelerin gözlenmeme oranlarının ve öğrencinin profesyonellik özelliğini doğru olarak

gösterebilmek için yapılması gereken ölçme ve değerlendirme sayısının yüksekliğine rağmen ölçek Türkiye’de kullanılabilir özelliktedir.

8. KAYNAKLAR

- Aaronson, N., Alonso, J., Burnam, A., Lohr, K. N., Patrick, D. L., Perrin, E., & Stein, R. E. (2002). Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 11(3), 193–205. <https://doi.org/10.1023/a:1015291021312>
- ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, & European Federation of Internal Medicine (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of internal medicine*, 136(3), 243–246. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
- Accreditation Council for Graduate Medical Education: ACGME. Erişim tarihi: 24.06.2020. <https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/CPRResidency2020.pdf>
- Adam, J., Bore, M., Childs, R., Dunn, J., Mckendree, J., Munro, D., & Powis, D. (2015). Predictors of professional behaviour and academic outcomes in a UK medical school: A longitudinal cohort study. *Medical teacher*, 37(9), 868–880. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1009023>
- Ainsworth, M. A., & Szauter, K. M. (2006). Medical student professionalism: are we measuring the right behaviors? A comparison of professional lapses by students and physicians. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(10 Suppl), S83–S86. <https://doi.org/10.1097/00001888-200610001-00021>
- Alguire P. C. (2004). The future of continuing medical education. *The American journal of medicine*, 116(11), 791–795. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.03.00>
- Al-Rumayyan, A., Van Mook, W. N. K. A., Magzoub, M. E., Al-Eraky, M. M., Ferwana, M., Khan, M. A., & Dolmans, D. (2017). Medical professionalism frameworks across non-Western cultures: A narrative overview. *Medical teacher*, 39(sup1), S8–S14. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1254740>
- Amirhajlou, L., Bidari, A., Alipour, F., Yaseri, M., Vaziri, S., Rezai, M., Tavakoli, N., Farsi, D., Yasinzadeh, M. R., Mosaddegh, R., & Hashemi, A. (2019). Validity, reliability and acceptability of Professionalism Mini-Evaluation Exercise (P-MEX) for emergency medicine residency training. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 12, 12. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v12i12.1641>
- Anderson, J. R., Taylor, L., & Gahimer, J. (2014). Assessing the impact of a short-term service-learning clinical experience on the development of professional behaviors of student physical therapists: A pilot study. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 14(4), 130–143. <https://doi.org/10.14434/v14n4.12788>
- Arnold L. (2002). Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(6), 502–515. <https://doi.org/10.1097/00001888-200206000-00006>

- Arnold, L., Shue, C. K., Kritt, B., Ginsburg, S., & Stern, D. T. (2005). Medical students' views on peer assessment of professionalism. *Journal of general internal medicine*, 20(9), 819–824. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0162.x>
- Arnold, L., Stern, D.T. (2006). What is medical professionalism? In Stern, D.T. (Eds.) *Measuring Medical Professionalism* (pp. 15-37). New York: Oxford University Press.
- Baernstein, A., & Fryer-Edwards, K. (2003). Promoting reflection on professionalism: a comparison trial of educational interventions for medical students. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 78(7), 742-747. <https://doi.org/10.1097/00001888-200307000-00018>
- Baernstein, A., Oelschlager, A. M., Chang, T. A., & Wenrich, M. D. (2009). Learning professionalism: perspectives of preclinical medical students. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(5), 574-581. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819f5f60>
- Bahaziq, W., & Crosby, E. (2011). Physician professional behaviour affects outcomes: a framework for teaching professionalism during anesthesia residency. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie*, 58(11), 1039-1050. <https://doi.org/10.1007/s12630-011-9579-2>
- Baines, R., Regan de Bere, S., Stevens, S., Read, J., Marshall, M., Lalani, M., Bryce, M., & Archer, J. (2018). The impact of patient feedback on the medical performance of qualified doctors: a systematic review. *BMC medical education*, 18(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1277-0>
- Bajwa, N. M., Nendaz, M. R., Posfay-Barbe, K. M., Yudkowsky, R., & Park, Y. S. (2021). A Meaningful and Actionable Professionalism Assessment: Validity Evidence for the Professionalism Mini-Evaluation Exercise (P-MEX) Across 8 Years. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 96(11S), S151–S157. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004286>
- Bajwa, N. M., Nendaz, M. R., Galetto-Lacour, A., Posfay-Barbe, K., Yudkowsky, R., & Park, Y. S. (2019). Can Professionalism Mini-Evaluation Exercise Scores Predict Medical Residency Performance? Validity Evidence Across Five Longitudinal Cohorts. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 94(11S Association of American Medical Colleges Learn Serve Lead: Proceedings of the 58th Annual Research in Medical Education Sessions), S57-S63. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002895>
- Bajwa, N.M., Yudkowsky, R., Belli, D. et al. (2017). Improving the residency admissions process by integrating a professionalism assessment: a validity and feasibility study. *Adv in Health Sci Educ* 22,69-89. <https://doi.org/10.1007/s10459-016-9683-8>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Birden, H., Glass, N., Wilson, I., Harrison, M., Usherwood, T., & Nass, D. (2014). Defining professionalism in medical education: a systematic review. *Medical teacher*, 36(1), 47-61. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.850154>
- Blank, L., Kimball, H., McDonald, W., Merino, J., ABIM Foundation, ACP Foundation, & European Federation of Internal Medicine (2003). *Medical professionalism in the new millennium: a*

physician charter 15 months later. *Annals of internal medicine*, 138(10),839-841.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-10-200305200-00012>

Boon, K., & Turner, J. (2004). Ethical and professional conduct of medical students: review of current assessment measures and controversies. *Journal of medical ethics*, 30(2),221-226.
<https://doi.org/10.1136/jme.2002.002618>

Branch, W. T., Jr (2010). The road to professionalism: reflective practice and reflective learning. *Patient education and counseling*, 80(3),327-332.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.022>

Branch, W. T., Jr, Kern, D., Haidet, P., Weissmann, P., Gracey, C. F., Mitchell, G., & Inui, T. (2001). The patient-physician relationship. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA*, 286(9),1067-1074. <https://doi.org/10.1001/jama.286.9.1067>

Brennan, M. D., & Monson, V. (2014). Professionalism: good for patients and health care organizations. *Mayo Clinic proceedings*, 89(5),644-652.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.01.011>

Brennan, R. L. (2011). Generalizability theory and classical test theory. *Applied Measurement in Education*, 24(1),1-21. <https://doi.org/10.1080/08957347.2011.532417>

Bringmann, L., Eronen, M. (2016). Heating up the measurement debate: What psychologists can learn from the history of physics. *Theory and Psychology* 26(1),27-43.
<https://doi.org/10.1177/0959354315617253>

Brody, H., & Doukas, D. (2014). Professionalism: a framework to guide medical education. *Medical education*, 48(10),980-987. <https://doi.org/10.1111/medu.12520>

Bryan, C. S., & Babelay, A. M. (2009). Building character: a model for reflective practice. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1283-1288.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b6a79c>

Burgess, A. W., McGregor, D. M., & Mellis, C. M. (2014). Applying established guidelines to team-based learning programs in medical schools: a systematic review. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(4),678-688.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000162>

Campbell, E. G., Gruen, R. L., Mountford, J., Miller, L. G., Cleary, P. D., & Blumenthal, D. (2007a). A national survey of physician-industry relationships. *The New England journal of medicine*, 356(17),1742-1750. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa064508>

Campbell, E. G., Regan, S., Gruen, R. L., Ferris, T. G., Rao, S. R., Cleary, P. D., & Blumenthal, D. (2007b). Professionalism in medicine: results of a national survey of physicians. *Annals of internal medicine*, 147(11),795-802. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-11-200712040-00012>

Castallani, B., Hafferty, F. W. (2006). The complexities of medical professionalism. In: Wear, D., Aultman, J.M., (eds., pp.3-24). *Professionalism in medicine: critical perspectives*. Boston: Springer.

Chandratilake, M., McAleer, S., Gibson, J., & Roff, S. (2010). Medical professionalism: what does the public think?. *Clinical medicine (London, England)*, 10(4),364-369.
<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-4-364>

- Cohen, J. J. (2006). Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. *Medical education*, 40(7),607-617. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02512.x>
- Cohen, J. J. (2007). Viewpoint: linking professionalism to humanism: what it means, why it matters. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(11),1029-1032. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000285307.17430.74>
- Cook, D. A., Sorensen, K. J., Nishimura, R. A., Ommen, S. R., & Lloyd, F. J. (2015). A comprehensive information technology system to support physician learning at the point of care. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(1),33-39. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000551>
- Cruess, S. R. (2006). Professionalism and medicine's social contract with society. *Clinical orthopaedics and related research*, 449,170-176. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000229275.66570.97>
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (1997). Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 72(11),941-952. <https://doi.org/10.1097/00001888-199711000-00009>
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2006). Teaching professionalism: general principles. *Medical teacher*, 28(3),205-208. <https://doi.org/10.1080/01421590600643653>
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2011). Commentary: professionalism, unionization, and physicians' strikes. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(5),548-551. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318212a93d>
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(6),718-725. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000700>
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(11),1446-1451. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000427>
- Cruess, R., & Cruess, S. (2008) Principles for Designing a Program for the Teaching and Learning of Professionalism at the Undergraduate Level. In R. Cruess, S. Cruess, & Y. Steinert (Eds.), *Teaching Medical Professionalism* (pp. 73-92). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511547348.006>
- Cruess, R., McIlroy, J. H., Cruess, S., Ginsburg, S., & Steinert, Y. (2006). The Professionalism Mini-evaluation Exercise: a preliminary investigation. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(10Suppl),S74-S78. <https://doi.org/10.1097/00001888-200610001-00019>
- Cruess, S, & Cruess, R (2008). The Cognitive Base of Professionalism. In R. Cruess, S. Cruess, & Y. Steinert (Eds.), *Teaching Medical Professionalism* (pp. 7-28). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511547348.003>

- Cruess, S. R., & Cruess, R. L. (2004). Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. The virtual mentor: VM, 6(4), virtualmentor.2004.6.4.msoc1-0404. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2004.6.4.msoc1-0404>
- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2008). Role modelling--making the most of a powerful teaching strategy. BMJ (Clinical research ed.), 336(7646), 718-721. <https://doi.org/10.1136/bmj.39503.757847.BE>
- Cruess, S. R., Johnston, S., & Cruess, R. L. (2004). "Profession": a working definition for medical educators. Teaching and learning in medicine, 16(1), 74-76. https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1601_15
- Curran, V. R., Fairbridge, N. A., & Deacon, D. (2020). Peer assessment of professionalism in undergraduate medical education. BMC medical education, 20(1), 504. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02412-x>
- Dannefer, E. F., & Henson, L. C. (2007). The portfolio approach to competency-based assessment at the Cleveland Clinic Lerner College of Medicine. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 82(5), 493-502. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31803ead30>
- Davis, M. H., Friedman Ben-David, M., Harden, R. M., Howie, P., Ker, J., McGhee, C., Pippard, M. J., & Snadden, D. (2001). Portfolio assessment in medical students' final examinations. Medical teacher, 23(4), 357-366. <https://doi.org/10.1080/01421590120063349>
- DeAngelis, C. D. (2015) Medical Professionalism. JAMA, 313, 1837-1838. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.3597>
- Donnon, T., Al Ansari, A., Al Alawi, S., & Violato, C. (2014). The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 89(3), 511-516. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000147>
- Dornan, T., Pearson, E., Carson, P., Helmich, E., & Bundy, C. (2015). Emotions and identity in the figured world of becoming a doctor. Medical education, 49(2), 174-185. <https://doi.org/10.1111/medu.12587>
- Duff, P. (2004). Teaching and assessing professionalism in medicine. Obstetrics and gynecology, 104(6), 1362-1366. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000146287.86079.d9>
- Durning, S. J., Cation, L. J., Markert, R. J., & Pangaro, L. N. (2002). Assessing the reliability and validity of the mini-clinical evaluation exercise for internal medicine residency training. Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 77(9), 900-904. <https://doi.org/10.1097/00001888-200209000-00020>
- Epstein, R. M. (2007). Assessment in medical education. New England Journal of Medicine, 356, 387-396. <https://doi.org/10.1056/NEJMr054784>
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. JAMA, 287(2), 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Eva, K. W., Rosenfeld, J., Reiter, H. I., & Norman, G. R. (2004). An admissions OSCE: the multiple mini-interview. Medical education, 38(3), 314-326. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2004.01776.x>

- Evans, L. (2008). Professionalism, professionalism and the development of education professionals. *British Journal of Educational Studies*, 56(1),20-38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8527.2007.00392.x>
- Fong, W., Kwan, Y. H., Yoon, S., Phang, J. K., Thumboo, J., Cheng, N. S. (2021). Assessment of medical professionalism using the Professionalism Mini-Evaluation Exercise (P-MEX): A survey of faculty perception of relevance, feasibility and comprehensiveness. *The Asia Pacific Scholar*, 6,114-118. <https://doi.org/10.29060/TAPS.2021-6-1/SC2358>
- Fong, W., Kwan, Y. H., Yoon, S., Phang, J. K., Thumboo, J., Leung, Y. Y., & Ng, S. C. (2020a). Assessment of medical professionalism: preliminary results of a qualitative study. *BMC medical education*, 20(1),27. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1943-x>
- Fong, W., Kwan, Y. H., Yoon, S., Phang, J. K., Thumboo, J., Leung, Y. Y., & Ng, S. C. (2020b). Assessment of medical professionalism using the Professionalism Mini Evaluation Exercise (P-MEX) in a multi-ethnic society: a Delphi study. *BMC medical education*, 20(1),225. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02147-9>
- Fontaine, S., & Wilkinson, T. J. (2003). Monitoring medical students' professional attributes: development of an instrument and process. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 8(2),127-137. <https://doi.org/10.1023/a:1024950411851>
- Frank, J. R. (2005). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework: Better Standards, Better Physicians, Better Care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frank, J.R., Snell, L., Sherbino, J. (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frost, H. D., & Regehr, G. (2013). "I am a doctor": negotiating the discourses of standardization and diversity in professional identity construction. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(10),1570-1577. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182a34b05>
- Fujikawa, H., Son, D., Aoki, T., Kondo, K., Takemura, Y., Saito, M., Den, N., & Eto, M. (2022). Translating and validating a Japanese version of the instrument for patient assessment of medical professionalism (J-IPAMP): a cross-sectional survey. *BMC medical education*, 22(1),641. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03699-8>
- Furr, R. (2011). *Scale construction and psychometrics for social and personality psychology*. SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781446287866>
- Gauger, P. G., Gruppen, L. D., Minter, R. M., Colletti, L. M., & Stern, D. T. (2005). Initial use of a novel instrument to measure professionalism in surgical residents. *American journal of surgery*, 189(4),479-487. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.09.020>
- General Medical Council. (7.06.2021). *Good medical practice*. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice>
- Ginsburg, S. R., Regehr, G., & Mylopoulos, M. (2007). Reasoning when it counts: students' rationales for action on a professionalism exam. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(10Suppl),S40-S43. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31813ffda4>

- Ginsburg, S., Regehr, G., Hatala, R., McNaughton, N., Frohna, A., Hodges, B., Lingard, L., & Stern, D. (2000). Context, conflict, and resolution: a new conceptual framework for evaluating professionalism. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(10Suppl),S6-S11. <https://doi.org/10.1097/00001888-200010001-00003>
- Ginsburg, S., Regehr, G., Stern, D., & Lingard, L. (2002). The anatomy of the professional lapse: bridging the gap between traditional frameworks and students' perceptions. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(6),516-522. <https://doi.org/10.1097/00001888-200206000-00007>
- Goldie J. (2008). Integrating professionalism teaching into undergraduate medical education in the UK setting. *Medical teacher*, 30(5),513-527. <https://doi.org/10.1080/01421590801995225>
- Goldie J. (2012). The formation of professional identity in medical students: considerations for educators. *Medical teacher*, 34(9),e641-e648. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.687476>
- Goldie J. (2013). Assessment of professionalism: a consolidation of current thinking. *Medical teacher*, 35(2),e952-e956. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.714888>
- Gordon J. (2003). Fostering students' personal and professional development in medicine: a new framework for PPD. *Medical education*, 37(4),341-349. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01470.x>
- Hafferty, F. (2006c). Viewpoint: the elephant in medical professionalism's kitchen. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(10),906-914. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000238230.80419.cf>
- Hafferty, F. W. (2006a). Definitions of professionalism: a search for meaning and identity. *Clinical orthopaedics and related research*, 449,193-204. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000229273.20829.d0>
- Hafferty, F. W. (2006d). Professionalism--the next wave. *The New England journal of medicine*, 355(20),2151-2152. <https://doi.org/10.1056/NEJMe068217>
- Hafferty, F. W. (2018). Academic Medicine and Medical Professionalism: A Legacy and a Portal Into an Evolving Field of Educational Scholarship. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(4),532-536. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001899>
- Hafferty, F. W. (2006b). Measuring medical professionalism: A commentary. In: Stern DT, (eds.), *Measuring medical professionalism*, New York, Oxford University Press,281-306.
- Hafferty, F. W., Gaufberg, E. H., & O'Donnell, J. F. (2015). The role of the hidden curriculum in "on doctoring" courses. *AMA journal of ethics*, 17(2), 130–139. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2015.17.02.medu1-1502>
- Harden, R. M. (1999) AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher*, 21(1),7-14. <https://doi.org/10.1080/01421599979969>
- Hawkins, R. E., Katsufakis, P. J., Holtman, M. C., & Clauser, B. E. (2009). Assessment of medical professionalism: who, what, when, where, how, and ... why?. *Medical teacher*, 31(4),348-361. <https://doi.org/10.1080/01421590902887404>

- Hilton, S. (2008). Education and the changing face of medical professionalism: from priest to mountain guide?. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 58(550),353-361. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X280128>
- Hilton, S. R., & Slotnick, H. B. (2005). Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Medical education*, 39(1),58-65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02033.x>
- Hodges, B. D., Ginsburg, S., Cruess, R., Cruess, S., Delport, R., Hafferty, F., Ho, M. J., Holmboe, E., Holtman, M., Ohbu, S., Rees, C., Ten Cate, O., Tsugawa, Y., Van Mook, W., Wass, V., Wilkinson, T., & Wade, W. (2011). Assessment of professionalism: recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical teacher*, 33(5),354-363. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.577300>
- Hodges, B., Paul, R., Ginsburg, S., & The Ottawa Consensus Group Members (2019). Assessment of professionalism: From where have we come - to where are we going? An update from the Ottawa Consensus Group on the assessment of professionalism. *Medical teacher*, 41(3),249-255. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1543862>
- Hoyle, R. H., & Smith, G. T. (1994). Formulating clinical research hypotheses as structural equation models: a conceptual overview. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(3),429-440. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.3.429>
- Huddle, T. S., & Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (2005). Viewpoint: teaching professionalism: is medical morality a competency?. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 80(10),885-891. <https://doi.org/10.1097/00001888-200510000-00002>
- Humphry, S. M. (2011). The role of the unit in physics and psychometrics. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 9(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/15366367.2011.558442>
- Irby, D. M. (2017). Constructs of Professionalism. In: Byyny, R. l., Papadakis, M. A., Paauw, D.S., Pfeil, S.A. (eds.). *Medical professionalism best practices: professionalism in the modern era* (pp. 9-14). Aurora, Colorado: Alpha Omega Alpha Honor Medical Society.
- Irby, D. M., & Hamstra, S. J. (2016). Parting the Clouds: Three Professionalism Frameworks in Medical Education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(12),1606-1611. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001190>
- Jarvis-Selinger, S., Pratt, D. D., & Regehr, G. (2012). Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(9),1185-1190. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182604968>
- Jha, V., Bekker, H. L., Duffy, S. R., & Roberts, T. E. (2006). Perceptions of professionalism in medicine: a qualitative study. *Medical education*, 40(10),1027-1036. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02567.x>
- Jha, V., Bekker, H. L., Duffy, S. R., & Roberts, T. E. (2007). A systematic review of studies assessing and facilitating attitudes towards professionalism in medicine. *Medical education*, 41(8),822-829. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02804.x>

- Kalet, A. L., Sanger, J., Chase, J., Keller, A., Schwartz, M. D., Fishman, M. L., Garfall, A. L., & Kitay, A. (2007). Promoting professionalism through an online professional development portfolio: successes, joys, and frustrations. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(11),1065-1072. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815762af>
- Kane, M. T. (2013). Validating the interpretations and uses of test scores. *Journal of Educational Measurement*, 50(1),1-73. <https://doi.org/10.1111/jedm.12000>
- Karnieli-Miller, O., Vu, T. R., Holtman, M. C., Clyman, S. G., & Inui, T. S. (2010). Medical students' professionalism narratives: a window on the informal and hidden curriculum. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(1),124-133. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c42896>
- Karukivi, M., Kortekangas-Savolainen, O., Saxén, U., & Haapasalo-Pesu, K. M. (2015). Professionalism Mini-Evaluation Exercise in Finland: A preliminary investigation introducing the Finnish version of the P-MEX instrument. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 3(4),154-158.
- Kaur, T., Jain, R., Thomas, A.M., Singh, T., (2020). Evaluation of Feasibility, Acceptability and Utility of Professionalism Mini Evaluation Exercise (P-MEX) Tool in Dental Students of India: A Preliminary Report. *Journal of Research in Medical Education & Ethics*, 10,147-151. <https://doi.org/10.5958/2231-6728.2020.00026.8>
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7469),770-773. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7469.770>
- Lesser, C. S., Lucey, C. R., Egner, B., Braddock, C. H., 3rd, Linas, S. L., & Levinson, W. (2010). A behavioral and systems view of professionalism. *JAMA*,304(24),2732-2737. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1864>
- Levinson, W., Ginsburg, S., Hafferty, F. W., Lucey, C. R. (2014). Evaluating professionalism. *Understanding Medical Professionalism*. (pp.213-242). New York: McGraw Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1058§ionid=59867717>
- Li, H., Ding, N., Zhang, Y., Liu, Y., & Wen, D. (2017). Assessing medical professionalism: A systematic review of instruments and their measurement properties. *PloS one*, 12(5),e0177321. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177321>
- Ludwig, S. (2014). Domain of competence: Professionalism. *Academic pediatrics*, 14(2Suppl), S66-S69. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.11.013>
- Lynch, D. C., Surdyk, P. M., & Eiser, A. R. (2004). Assessing professionalism: a review of the literature. *Medical teacher*, 26(4),366–373. <https://doi.org/10.1080/01421590410001696434>
- Martimianakis, M. A., Maniate, J. M., & Hodges, B. D. (2009). Sociological interpretations of professionalism. *Medical education*, 43(9),829-837. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03408.x>
- Mazmanian, P. E., & Davis, D. A. (2002). Continuing medical education and the physician as a learner: guide to the evidence. *JAMA*, 288(9),1057-1060. <https://doi.org/10.1001/jama.288.9.1057>

- Mazor, K. M., Canavan, C., Farrell, M., Margolis, M. J., & Clauser, B. E. (2008). Collecting validity evidence for an assessment of professionalism: findings from think-aloud interviews. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(10 Suppl),S9-S12. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318183e329>
- Mazor, K. M., Zanetti, M. L., Alper, E. J., Hatem, D., Barrett, S. V., Meterko, V., Gammon, W., & Pugnaire, M. P. (2007). Assessing professionalism in the context of an objective structured clinical examination: an in-depth study of the rating process. *Medical education*, 41(4),331-340. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02692.x>
- McClean, K. L., & Card, S. E. (2004). Informed consent skills in internal medicine residency: how are residents taught, and what do they learn?. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(2),128-133. <https://doi.org/10.1097/00001888-200402000-00006>
- Medical Professionalism Project (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet (London, England)*, 359(9305),520-522. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07684-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07684-5)
- Miller, L. A., & Lovler, R. L. (2015). *Foundations of Psychological Testing: A Practical Approach* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D. L., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010b). The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC medical research methodology*, 10,22. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-22>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010a). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of clinical epidemiology*, 63(7),737-745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010c). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 19(4),539-549. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: why should we care?. *Medical education*, 44(1),40-49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03440.x>
- Monrouxe, L. (2016). Theoretical insights into the nature and nurture of professional identities. In R. Cruess, S. Cruess, & Y. Steinert (Eds.), *Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity* (pp. 37-53). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316178485.005>
- Monrouxe, L. V., & Rees, C. E. (2012). "It's just a clash of cultures": emotional talk within medical students' narratives of professionalism dilemmas. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 17(5),671-701. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9342-z>

- Mueller, P. S. (2009). Incorporating professionalism into medical education: the Mayo Clinic experience. *The Keio journal of medicine*, 58(3),133-143. <https://doi.org/10.2302/kjm.58.133>
- Mueller, P. S. (2015). Teaching and assessing professionalism in medical learners and practicing physicians. *Rambam Maimonides medical journal*, 6(2),e0011. <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10195>
- Newton, P., & Shaw, S. (2014). *Validity in Educational and Psychological Assessment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Norcini, J. (2006). Faculty observations of student professional behavior. In: Stern DT, (eds.) *Measuring medical professionalism* (pp.147-157). New York (NY), USA: Oxford University Press.
- Norcini, J. J., Blank, L. L., Arnold, G. K., & Kimball, H. R. (1995). The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Annals of internal medicine*, 123(10),795-799. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00008>
- Norcini, J. J., Blank, L. L., Duffy, F. D., & Fortna, G. S. (2003). The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of internal medicine*, 138(6),476-481. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012>
- Norcini, J., Anderson, M. B., Bollela, V., Burch, V., Costa, M. J., Duvivier, R., Hays, R., Palacios Mackay, M. F., Roberts, T., & Swanson, D. (2018). 2018 Consensus framework for good assessment. *Medical teacher*, 40(11),1102-1109. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1500016>
- O'Flynn, S., Power, S., Horgan, M., & O'Tuathaigh, C. M. (2014). Attitudes towards professionalism in graduate and non-graduate entrants to medical school. *Education for health* (Abingdon, England), 27(2),200-204. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.143770>
- O'Sullivan, H., van Mook, W., Fewtrell, R., & Wass, V. (2012). Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Medical teacher*, 34(2),e64-e77. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.655610>
- O'Sullivan, P. S., Cogbill, K. K., McClain, T., Reckase, M. D., & Clardy, J. A. (2002). Portfolios as a novel approach for residency evaluation. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 26(3),173-179. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.26.3.173>
- Papadakis, M. A., Hodgson, C. S., Teherani, A., & Kohatsu, N. D. (2004). Unprofessional behavior in medical school is associated with subsequent disciplinary action by a state medical board. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(3),244-249. <https://doi.org/10.1097/00001888-200403000-00011>
- Papadakis, M., Loeser, H. (2006). Using Critical Incident Reports and Longitudinal Observations to Assess Professionalism. In: Stern, D. T., (eds.). *Measuring Medical Professionalism* (pp.159-173). New York, NY: Oxford University Press.
- Park, S. Y., Shon, C., Kwon, O. Y., Yoon, T. Y., & Kwon, I. (2017). A qualitative thematic content analysis of medical students' essays on professionalism. *BMC medical education*, 17(1),79. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0920-5>

- Patel, P., Robinson, B. S., Novicoff, W. M., Dunnington, G. L., Brenner, M. J., & Saleh, K. J. (2011). The disruptive orthopaedic surgeon: implications for patient safety and malpractice liability. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 93(21),e1261-e1266. <https://doi.org/10.2106/JBJS.J.01933>
- Pellegrino, E. D. (2002). Professionalism, profession and the virtues of the good physician. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 69(6),378-384. PMID: 12429956
- Pellegrino, E. D. (2012). Medical ethics in an era of bioethics: resetting the medical profession's compass. *Theoretical medicine and bioethics*, 33(1),21-24. <https://doi.org/10.1007/s11017-012-9209-1>
- Pfadenhauer, M. (2006). Crisis or Decline?: Problems of Legitimation and Loss of Trust in Modern Professionalism. *Current Sociology*, 54(4),565-578. <https://doi.org/10.1177/0011392106065088>
- Project Professionalism. (6.06.2021). American Board of Internal Medicine. Project Professionalism. ABIM. <https://medicinainternaucv.files.wordpress.com/2013/02/project-professionalism.pdf>
- Ratelle, J. T., Halvorsen, A. J., Mandrekar, J., Sawatsky, A. P., Reed, D. A., & Beckman, T. J. (2020). Internal Medicine Resident Professionalism Assessments: Exploring the Association With Patients' Overall Satisfaction With Their Hospital Stay. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(6),902-910. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003114>
- Reed, D. A., West, C. P., Mueller, P. S., Ficalora, R. D., Engstler, G. J., & Beckman, T. J. (2008). Behaviors of highly professional resident physicians. *JAMA*, 300(11),1326-1333. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1326>
- Rees, C. E., & Knight, L. V. (2007). The trouble with assessing students' professionalism: theoretical insights from sociocognitive psychology. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(1),46-50. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000249931.85609.05>
- Rees, C. E., & Monrouxe, L. V. (2011). Medical students learning intimate examinations without valid consent: a multicentre study. *Medical education*, 45(3),261-272. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03911.x>
- Rees, C. E., & Sheard, C. E. (2004). The reliability of assessment criteria for undergraduate medical students' communication skills portfolios: the Nottingham experience. *Medical education*, 38(2),138-144. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2004.01744.x>
- Rees, C., & Shepherd, M. (2005). Students' and assessors' attitudes towards students' self-assessment of their personal and professional behaviours. *Medical education*, 39(1),30-39. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02030.x>
- Reinders, M. E., Ryan, B. L., Blankenstein, A. H., van der Horst, H. E., Stewart, M. A., & van Marwijk, H. W. (2011). The effect of patient feedback on physicians' consultation skills: a systematic review. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(11),1426-1436. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182312162>
- Rogers, J. C., & Coutts, L. (2000). Do students' attitudes during preclinical years predict their humanism as clerkship students?. *Academic medicine: journal of the Association of American*

Medical Colleges, 75(10Suppl),S74-S77. <https://doi.org/10.1097/00001888-200010001-00024>

- Ryan, M. S., Richards, A., Perera, R., Park, Y. S., Stringer, J. K., Waterhouse, E., Dubinsky, B., Khamishon, R., & Santen, S. A. (2021). Generalizability of the Ottawa Surgical Competency Operating Room Evaluation (O-SCORE) Scale to Assess Medical Student Performance on Core EPAs in the Workplace: Findings From One Institution. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 96(8),1197-1204. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003921>
- Scheele, F., Teunissen, P., Van Luijk, S., Heineman, E., Fluit, L., Mulder, H., Meininger, A., Wijnen-Meijer, M., Glas, G., Sluiter, H., & Hummel, T. (2008). Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Medical teacher*, 30(3),248-253. <https://doi.org/10.1080/01421590801993022>
- Seggie, J. (2011). Revitalising professionalism. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 101(8),508-509. PMID:21920118
- Shavelson, R. J., & Webb, N. M. (2006). Generalizability Theory. *Complementary Methods for Research in Education* (3rd ed., pp.599-612). Washington, DC: Tayler & Francis Group.
- Shumway, J. M., Harden, R. M., & Association for Medical Education in Europe (2003). AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. *Medical teacher*, 25(6),569-584. <https://doi.org/10.1080/0142159032000151907>
- Sox, H. C. (2007). The ethical foundations of professionalism: a sociologic history. *Chest*, 131(5),1532-1540. <https://doi.org/10.1378/chest.07-0464>
- Stark, P., Roberts, C., Newble, D., & Bax, N. (2006). Discovering professionalism through guided reflection. *Medical teacher*, 28(1),e25-e31. <https://doi.org/10.1080/01421590600568520>
- Steiger, J. H. (2002). When constraints interact: a caution about reference variables, identification constraints, and scale dependencies in structural equation modeling. *Psychological methods*, 7(2),210-227. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.7.2.210>
- Steinert, Y., Cruess, S., Cruess, R., & Snell, L. (2005). Faculty development for teaching and evaluating professionalism: from programme design to curriculum change. *Medical education*, 39(2),127-136. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02069.x>
- Stephenson, A. E., Adshead, L. E., & Higgs, R. H. (2006). The teaching of professional attitudes within UK medical schools: Reported difficulties and good practice. *Medical education*, 40(11),1072-1080. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02607.x>
- Stern D. T. (2000). The development of professional character in medical students. *The Hastings Center report*, 30(4 Suppl), S26-S29. PMID:11658239
- Stern, D. T., & Papadakis, M. (2006). The developing physician--becoming a professional. *The New England journal of medicine*, 355(17),1794-1799. <https://doi.org/10.1056/NEJMr054783>
- Stirrat, G. M., Johnston, C., Gillon, R., Boyd, K., & Medical Education Working Group of Institute of Medical Ethics and associated signatories (2010). Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated. *Journal of medical ethics*, 36(1),55-60. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.034660>

- Sullivan, C., Arnold, L., (2009). Assessment and Remediation in Programs of Teaching Professionalism, In: Cruess, R.L., Cruess, S.R., Steinert, Y. (eds., pp. 24-29). Teaching Medical Professionalism. New York, Cambridge University Press.
- Swick, H. M. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(6),612-616. <https://doi.org/10.1097/00001888-200006000-00010>
- Swick, H. M. (2007). Viewpoint: professionalism and humanism beyond the academic health center. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(11),1022-1028. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181575dad>
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, 60(1),34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 21(4),651-657. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1>
- Tsugawa, Y., Ohbu, S., Cruess, R., Cruess, S., Okubo, T., Takahashi, O., Tokuda, Y., Heist, B. S., Bito, S., Itoh, T., Aoki, A., Chiba, T., & Fukui, T. (2011). Introducing the Professionalism Mini-Evaluation Exercise (P-MEX) in Japan: results from a multicenter, cross-sectional study. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(8),1026-1031. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182222ba0>
- Tsugawa, Y., Tokuda, Y., Ohbu, S., Okubo, T., Cruess, R., Cruess, S., Ohde, S., Okada, S., Hayashida, N., & Fukui, T. (2009). Professionalism Mini-Evaluation Exercise for medical residents in Japan: a pilot study. *Medical education*, 43(10),968-978. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03437.x>
- TUKMOS. (6.06.2021). Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34065/0/aciltipmufredatv24doc.doc>,
- Van De Camp, K., Vernooij-Dassen, M. J., Grol, R. P., & Bottema, B. J. (2004). How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Medical teacher*, 26(8),696-702. <https://doi.org/10.1080/01421590400019518>
- van der Vleuten, C. P., & Schuwirth, L. W. (2005). Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical education*, 39(3),309-317. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02094.x>
- van Mook, W. N., de Grave, W. S., Huijssen-Huisman, E., de Witt-Luth, M., Dolmans, D. H., Muijtjens, A. M., Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. (2007). Factors inhibiting assessment of students' professional behaviour in the tutorial group during problem-based learning. *Medical education*, 41(9),849-856. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02849.x>

- van Mook, W. N., de Grave, W. S., Wass, V., O'Sullivan, H., Zwaveling, J. H., Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. (2009c). Professionalism: evolution of the concept. *European journal of internal medicine*, 20(4),e81-e84. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2008.10.005>
- van Mook, W. N., Van Luijk, S. J., Fey-Schoenmakers, M. J., Tans, G., Rethans, J. J., Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. (2010). Combined formative and summative professional behaviour assessment approach in the bachelor phase of medical school: a Dutch perspective. *Medical teacher*, 32(12),e517-e531. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.509418>
- van Mook, W. N., van Luijk, S. J., O'Sullivan, H., Wass, V., Harm Zwaveling, J., Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. (2009a). The concepts of professionalism and professional behaviour: conflicts in both definition and learning outcomes. *European journal of internal medicine*, 20(4),e85-e89. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2008.10.006>
- van Mook, W. N., van Luijk, S. J., O'Sullivan, H., Wass, V., Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. (2009b). General considerations regarding assessment of professional behaviour. *European journal of internal medicine*, 20(4),e90-e95. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2008.11.011>
- Van Tartwijk, J., & Driessen, E. W. (2009). Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. *Medical teacher*, 31(9),790-801. <https://doi.org/10.1080/01421590903139201>
- Veloski, J. J., Fields, S. K., Boex, J. R., & Blank, L. L. (2005). Measuring professionalism: a review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 80(4),366-370. <https://doi.org/10.1097/00001888-200504000-00014>
- Verkerk, M. A., de Bree, M. J., & Mourits, M. J. (2007). Reflective professionalism: interpreting CanMEDS' "professionalism". *Journal of medical ethics*, 33(11),663-666. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.017954>
- Wagner, P., Hendrich, J., Moseley, G., & Hudson, V. (2007). Defining medical professionalism: a qualitative study. *Medical education*, 41(3),288-294. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02695.x>
- Wallace, D. S., Paulson, R. M., Lord, C. G., & Bond, C. F. (2005). Which Behaviors Do Attitudes Predict? Meta-Analyzing the Effects of Social Pressure and Perceived Difficulty. *Review of General Psychology*, 9(3),214-227. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.214>
- Wallenstein, J., Heron, S., Santen, S., Shayne, P., & Ander, D. (2010). A core competency-based objective structured clinical examination (OSCE) can predict future resident performance. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 17Suppl2,S67-S71. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00894.x>
- Walsh, C., & Abelson, H. T. (2008). Medical professionalism: crossing a generational divide. *Perspectives in biology and medicine*, 51(4),554-564. <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0042>
- Wear, D., & Castellani, B. (2000). The development of professionalism: curriculum matters. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 75(6),602-611. <https://doi.org/10.1097/00001888-200006000-00009>

- Wear, D., & Kuczewski, M. G. (2004). The professionalism movement: can we pause?. *The American journal of bioethics: AJOB*, 4(2),1-10.
<https://doi.org/10.1162/152651604323097600>
- Wear, D., & Nixon, L. L. (2002). Literary inquiry and professional development in medicine: against abstractions. *Perspectives in biology and medicine*, 45(1),104-124.
<https://doi.org/10.1353/pbm.2002.0019>
- Wilkinson, T. J., & Fontaine, S. (2002). Patients' global ratings of student competence. Unreliable contamination or gold standard?. *Medical education*, 36(12),1117-1121.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01379.x>
- Wilkinson, T. J., & Wade, W. B. (2007). Problems with using a supervisor's report as a form of summative assessment. *Postgraduate medical journal*, 83(981),504-506.
<https://doi.org/10.1136/pgmj.2007.058982>
- Wilkinson, T. J., Challis, M., Hobma, S. O., Newble, D. I., Parboosingh, J. T., Sibbald, R. G., & Wakeford, R. (2002). The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Medical education*, 36(10),918-924.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01312.x>
- Wilkinson, T. J., Wade, W. B., & Knock, L. D. (2009). A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(5),551-558. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819fbba2>
- Williams B, Onsman A, Brown T. Exploratory Factor Analysis: A Five-Step Guide for Novices. *Australasian Journal of Paramedicine*. 2010;8:1-13.
<https://doi.org/10.33151/ajp.8.3.93>
- Working Party of the Royal College of Physicians (2005). Doctors in society. *Medical professionalism in a changing world*. Clinical medicine (London, England), 5(6 Suppl 1),S5-40. PMID:16408403
- Wynia, M. K. (2008). The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. *Perspectives in biology and medicine*, 51(4),565-578.
<https://doi.org/10.1353/pbm.0.0051>
- Wynia, M. K., Papadakis, M. A., Sullivan, W. M., & Hafferty, F. W. (2014). More than a list of values and desired behaviors: a foundational understanding of medical professionalism. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(5),712-714. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000212>

9. ÖZGEÇMİŞ

10-BİLİMSEL FAALİYETLER

Makale:

Taşçı, A. İ., Akdeniz, E., Gülpınar, M. A., Danacıoğlu, Y. O., Sarı, E. E., Yaşar, L., Karandere, F., & Ferahman, S. (2023). Adaptation of the professionalism mini-evaluation exercise instrument into Turkish: a validity and reliability study. *BMC medical education*, 23(1), 698. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04675-6>

Uluslararası Bildiri:

Taşçı, A. İ., Akdeniz, E., Adaptation of the professionalism mini-evaluation exercise instrument into Turkish: a validity and reliability study, 12.Euroasian Uro-Oncology Congress, 1-4 Eylül 2022, Erzurum

11. EKLER

ETİK KURUL ONAY YAZISI