

DOSYA/DERLEME**TIP EĞİTİMİNDE TAM ENTEGRASYONA DOĞRU: MENDERES DENEYİMİ**

İ. Ferhan DEREBOY, Mehmet GÜREL**,
Semra ERPEK ***, Öner ŞAVK*****

ÖZET

Tıp eğitiminde organ sistemleri temelli müfredat modeli yaklaşık yarım yüzyıl önce ABD'de geliştirilmiş ve 1960'lı yıllardan başlayarak ülkemizde giderek artan sayıda fakültede uygulanmaya başlamıştır. Ancak bu uygulamalar genellikle klinik öncesi eğitimle ve yatay entegrasyonla sınırlı kalmıştır. Bu yazıda entegrasyon boyutları (yatay-dikey-derinliğine) tanımlanmakta, uygulanan eğitimin gerçekte ne denli entegre olduğunu değerlendirmeye yönelik pratik bir araç olarak entegrasyon karnesi sunulmaktadır. Gerçek anlamda entegre tıp eğitiminden söz edebilmek için, müfredatın eğitimin her aşamasında üç boyutlu entegre edilmiş olması gereklidir. Bu anlayışla tasarlanmış olan Adnan Menderes Tıp Fakültesi eğitim sistemi ülkemiz için bir ilk deneyim oluşturması bakımından yazının son bölümünde tanıtılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tıp Eğitimi, Entegre Müfredat, Entegrasyon Boyutları

SUMMARY

Organ-system-based curriculum model in medical education has been developed nearly half a century ago in the United States, and has been adopted by ever growing number of Turkish medical schools since 1960s. These applications of the model, however, has been restricted to the preclinical education and with horizontal integration. The present article addresses horizontal, vertical and in-depth dimensions of integration and presents a practical instrument to be used in evaluating the extent of integration of a curriculum under question. In order to reach to genuine integration in medical

education, every level of the curriculum should be integrated three dimensionally. The final section of the article since as it is perceived as the first experience towards full integration in Turkey.

Key Words: Medical Education, Integrated Curriculum, Integration Dimensions

Dünyada organ sistemleri temelli entegre tıp eğitimi müfredatı ilk olarak 1950'lerin başlarında, yani bundan yarım yüzyıl önce Amerika'da Western Reserve tıp okulunda geliştirilmiş ve uygulanmıştır (Papa ve Harasym, 1999). Entegre model 1960'ların başlarında kurulan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi kanalıyla çok geçmeden Türkiye'ye aktarılmıştır. O dönemde eğitimle uğraşan genç Hacettepeli akademisyenler bir kaç aylık sürelerle Western Reserve tıp okuluna gönderilerek yeni modeli gözleme şansı bulmuşlardır. Hacettepe'nin ilk müfredatı da büyük ölçüde Western Reserve müfredatından esinlenmiştir (Dogramacı, 1968).

Hacettepe örneğinin başarılı olması ile birlikte, ülkemizde daha sonra açılan tıp fakültelerinin büyük bölümü entegre modeli benimsemiştir. TTB tarafından 2000 yılında yayınlanan "Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu"nda ülkemizdeki tıp fakültelerinin % 59'unun entegre modeli, % 23'ünün klasik modeli, % 5'inin aktif modeli benimsediği; % 13'ünün ise entegre eğitim uygulamakla birlikte değişik aktif eğitim yöntemlerini kullandığı belirtilmiştir (Kılıç ve Sayek, 2000). Bu değerlere bakarak, fakültelerimizin yaklaşık dörtte üçünde tıp eğitiminin asıl olarak sistem temelli bir müfredat uyarınca sürdürüldüğü söylenebilir. Üç gelişmiş ülkedeki tıp fakültelerinin eğitim modellerinin dökümlendiği benzer bir çalışmada sistem temelli müfredata sahip tıp fakültelerinin oranı İngiltere için % 75, Avustralya için % 73, Kanada için de % 60 olarak belirlenmiştir (Elliott, 1999). Görüldüğü gibi, entegre modelin yaygınlığına

* Prof. Dr., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak., Dekan Yrd.

** Prof. Dr., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak., Dekan

*** Yrd. Doç., Dr. Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak., Koordinatör

**** Doç. Dr., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak., Koordinatör

ilişkin ülkemiz verileri İngiltere ve Avustralya verileriyle büyük ölçüde benzeşmektedir.

Entegre modelin tıp fakültelerinin çoğunluğunda benimsenmiş görünmesine karşılık, uygulamada ne ölçüde entegrasyonun gerçekleştirildiği konusunda belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklardan söz ederken ortak bir terminoloji kullanılması, kavramsal bulanıklıklardan uzak bir tartışma sürdürebilmek açısından gerekli görünmektedir. Bu makalede entegrasyonun derecesi ve entegrasyonun boyutlarına ilişkin kavramlar üzerinde ayrı ayrı durulacak, ülkemizde entegre modeli uygulayan okullar bu kavramsal çerçeve içinde değerlendirilecek, son olarak entegrasyonu her üç boyutta daha ileri düzeylere taşımak amacıyla geliştirilen ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesinde denemeye başlanan bir model sunulacaktır.

ENTEGRASYON DERECESİ VE ENTEGRASYON BOYUTLARI

Entegrasyonun derecesinden söz ederken ortak terimler kullanmanın gerekliliğinden yola çıkan Harden (1998, 2000), disiplin-temelli tıp eğitiminden sistem-temelli tıp eğitime uzanan bir süreklilik içinde onbir basamaklı entegrasyon merdivenini tanımlamış, basamaklarda ilerledikçe entegrasyon açısından daha ileri aşamaya geçilmiş olacağını belirtmiştir (Tablo 1). Entegre modeli benimsemiş olan fakültelerimizde sürdürülen klinik öncesi eğitim merdivenin dokuzuncu basamağına, stajlarda uygulanan disiplin temelli eğitim ise merdivenin en alt basamaklarına karşılık gelmektedir.

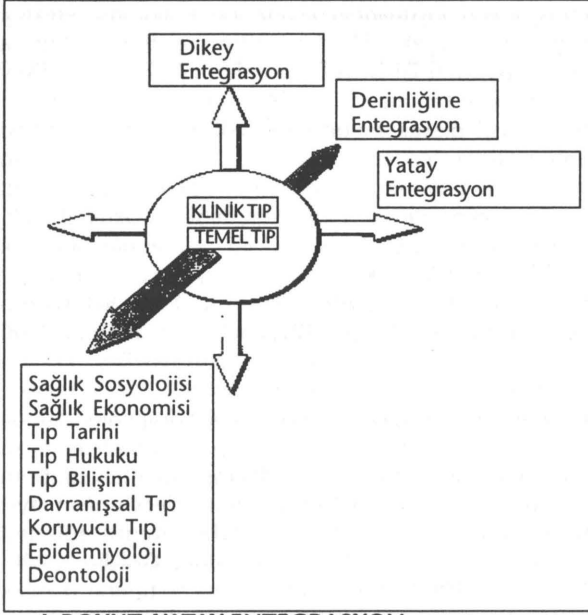
Bir entegre tıp müfredatı geliştirilirken veya

değerlendirilirken entegrasyon derecesinin yanısıra entegrasyon boyutlarının da göz önüne alınması gerektiği söylenebilir (Şekil 1). Tıp eğitimine ilişkin yazında entegrasyonun iki boyutunu anlatmak yatay ve dikey entegrasyon terimleri için sıklıkla kullanılmaktadır. Bu iki boyut asıl olarak biyomedikal disiplinler arasındaki entegrasyonu ilgilendirmektedir. Oysa son yıllarda tıp eğitiminin biyomedikal yönünün çok öne çıkarıldığı; bunun tersine ruhsal, toplumsal, felsefi, hukuksal, etik, ekonomik, kültürel, iletişimsel vb. yönlerinin göz ardı edildiği yönündeki eleştiriler giderek daha sık seslendirilmektedir (Cribb ve Bignold, 1999; Whitcomb ve Anderson, 1999; Fox, 1999; Pauli ve arkadaşları, 2000 a/b/c). Bu eleştirilerin etkisiyle eksikliği hissedilen öğelerin tıp müfredatına eklendiği gözlenmektedir. Dikkat edilirse, burada söz konusu edilen biyomedikal disiplinler dışında kalan tıp disiplinlerinin ve hatta tıp dışı disiplinlerin tıp eğitimine katkılarıdır. Bu katkıların tıp müfredatının gövdesini oluşturan biyomedikal derslerden ayrı tutulmaması tam tersine gövdeyle entegre edilmesi önerilmektedir (Brook ve ark, 2000; Goldie, 2000; Sachdeva, 2000). Bunu entegre tıp eğitime derinlik kazandırarak üçüncü entegrasyon boyutu olarak nitelendirmek uygun görünüyor. Gerçekten de, sadece biyomedikal disiplinlerle sınırlı bir tıp eğitiminin derinlikten yoksun kalacağı; psikoloji, sosyoloji, antropoloji, deontoloji, epidemiyoloji, informatik, hukuk vb disiplinlerin katkılarıyla tıp eğitiminin derinlik kazanacağı söylenebilir. Bugüne dek sözü edilen katkılar entegrasyonun üçüncü boyutu olarak tanımlanmadığı için, bu boyutun üzerinde uzlaşmış bir isimlendirmesi de henüz bulunmamaktadır. Bu yazıda üçüncü boyut derinliğine entegrasyon olarak adlandırılacaktır.

Tablo 1. Tıp Eğitiminde Entegrasyon Basamakları (Harden 1998, 2000)

| | | |
|----|---------------------|---|
| 11 | Disiplin aşırı | Öğrenme odağı belirli temalar değil, gerçek yaşamın merceğinden süzölmüş bilgi alanlarıdır. Eğitimci öğrenme için bir ortam ve çerçeve sağlar, entegrasyon öğrencinin zihninde gerçekleşir. |
| 10 | Disiplinler arası | Öğretim belirli temalar üzerinde odaklaşmakta ancak artık disiplinlerin katkısı ayırt edilememekte, programda belirtilmemektedir. |
| 9 | Çok-disiplinli | Öğretim belirli temalar (sistemler veya yaşam evreleri) üzerinde odaklanmakta ve disiplinlerin bu temaya katkıları ayırt edilebilmektedir. |
| 8 | Tamamlayıcı program | Disiplin temelli ve entegre eğitim yan yana sürdürülmektedir ancak artık entegre dersler müfredatın büyük bölümünü oluşturmaktadır. |
| 7 | Korelasyon | Disiplin temelli dersler müfredatın çoğunu kapsamakta birlikte, entegre eğitimin gerçekleştiği etkinlikler veya ortak dersler düzenlenmektedir. |
| 6 | Paylaşım | İki disiplin ortak bir eğitim programı planlayıp uygulamaktadır, ancak bu durum genele uygulanmamıştır. |
| 5 | Zamansal eşgüdüm | Ders programı, ilintili konuların farklı disiplinler tarafından eş zamanlı olarak öğretilmesini sağlayacak biçimde düzenlenmektedir. |
| 4 | İçine katma | Eğitici kendi dersi içine diğer disiplinlerin konularını da katarak dersinin kapsamını genişletmekte ve genelleştirmektedir. |
| 3 | Uyumluluk | Eğitici işlenecek derslerin içeriğini birbirlerine danışmakta veya resmi toplantılarda (örn: müfredat komitesi) tartışmaktadır. |
| 2 | Farkındalık | Eğitim disiplin temelli olmakla birlikte, eğitimci diğer derslerde hangi konuların işlendiğini bilmektedir. |
| 1 | Yalıtlımlık | Eğitim disiplin temellidir ve eğitimci başka disiplinlerin derslerinde nelerin öğretildiği veya öğrenildiğinden habersizdir. |

Şekil 1. Müfredatın Üç Boyutta Entegrasyonu



I. BOYUT: YATAY ENTEGRASYON

Entegrasyonun birinci boyutu, temel tıp bilimlerinin kendi içinde, klinik tıp bilimlerinin de kendi içinde organ sistemleri bazında entegrasyonu ile ilintilidir. Yatay entegrasyona yönelik tıp fakültelerinde, her organ sistemi için ayrı bir ders kurulu (subject committee veya topic committee) oluşturulur ve bu kurullara eğitim konularını işlemeleri için ders programında belirli zaman dilimleri ayrılır. Ders kurullarının işlevi, disiplinler arasında işbirliği kurarak belirli bir sistemin farklı yönlerinin farklı disiplinler tarafından ama birbirini bütünleyecek biçimde işlenmesini sağlamaktır. Böylelikle öğrencilerin farklı derslerde işlenen konuları birbiriyle kaynaştırmaları ve belirli bir organ sistemini her yönüyle kavramaları kolaylaştırılmış olur. Burada "ders kurulu" teriminin birden çok anlamda kullanıldığını belirtmekte yarar var: Terim bir yandan gerçek anlamda kurulları anlatmak için kullanılırken, bir yandan da bu kurulların geliştirdikleri ve işledikleri entegre ders içeriğini anlatmak için kullanılmaktadır. Belki de ikinci anlamda kullanım için "ders bloğu" ya da "ders modülü" denmesi terimsel açıklık bakımından daha uygun olacaktır.

Bu söylenenlerin ışığında şöyle bir tanımlamada bulunabiliriz: Yatay entegrasyonun gerçekleştirildiği tıp fakültelerinde ders programının kurucu öğeleri ders kurulları iken, eğitimlerini disiplin-temelli modele göre sürdüren fakültelerde ders programının kurucu öğeleri tıp disiplinlerinin birbirinden bağımsız dersleridir (bunlar eski bir alışkanlıkla "kursü dersi" olarak da adlandırılmaktadır). Bu tanım klinik öncesi eğitim için açık ve kesin görünmektedir. Ama klinik eğitim ya da staj eğitimi söz konusu olduğunda işler karışmaktadır. Bu aşamada müfredatın kurucu öğeleri klinik disiplinlerin stajları olmakta ve disiplinler arası entegrasyonu sağlamaya yönelik kurullar devre dışı kalmaktadır. Eğer yukarıdaki yatay entegrasyon tanımının klinik öncesi eğitim için olduğu kadar klinik eğitim için de geçerli olması gerektiğini

kabul edersek, o zaman entegre modeli benimsemiş tıp fakültelerinin büyük bölümünde, klinik eğitim aşamasında yatay entegrasyonun söz konusu olmadığını söyleyebiliriz.

Sorunun çözümünün klinik stajların da sistem temelli biçimde planlanıp uygulanmasından geçtiği açıktır. Nitekim ABD'de entegre multidisipliner staj eğitimi kimi kurumlarda kısmen kimi kurumlarda da tümüyle disiplin temelli stajların yerini almaya başlamıştır (Whitcomb ve Anderson, 1999). Bilebildiğimiz kadarıyla, İngiltere'nin tıp eğitimi veren en büyük kurumu olan Manchester Tıp Fakültesi sistem-temelli staj programını geliştirip uygulayan ilk yer olmuştur (O'Neill ve ark, 2000). Tıpkı Manchester gibi A. Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde de klinik eğitim 3. sınıftan başlayarak sistem-temelli bir anlayışla entegre edilmiş staj blokları yoluyla gerçekleştirilmektedir. Ülkemiz için yeni ve özgün olduğunu düşündüğümüz bu denemeye yazının son bölümünde değinilecektir. Klinik eğitimin sistematik biçimde sistem-temelli olarak uygulandığı bu iki fakülte dışında, eğitim programında yer yer entegre stajların yer aldığı kurumlara İngiltere'den bir örnek olarak, öğrencilerin 3. veya 4. sınıfta sekiz haftalık bir entegre kurstan geçirildiği Leicester tıp okulu (Hastings ve ark, 2000); ABD'den bir örnek olarak, 3. sınıfta entegre interdisipliner stajlara yer veren Dartmouth tıp okulu (Nierenberg, 1998); ülkemizden bir örnek olarak da stajların 4. ve 5. sınıflarda kısmen disiplin-temelli kısmen de sistem-temelli olarak sürdürüldüğü Dokuz Eylül Tıp Fakültesi verilebilir.

II. BOYUT: DİKEY ENTEGRASYON

Entegrasyonun ikinci boyutu müfredatta temel tıp bilimleri ile klinik tıp bilimleri arasındaki bütünleşmenin sağlanmasıyla ilintilidir. İlk sistem-temelli müfredatı geliştiren Case Western Reserve tıp okulunda başlangıçta sadece temel tıp disiplinleri arasında yatay entegrasyon öngörülmüşken, süreç içinde temel ve klinik tıp disiplinleri arasında dikey entegrasyona yönelinmiştir. Böylece öğrencilere belirli bir sistemin normal fonksiyonlarına ek olarak fonksiyon bozuklukları, ilişkili klinik bulgu ve belirtiler, bunlara karşılık gelen hastalıklar anlatılmaya başlanmıştır. Hatta her ders kurulunda öğrencilerin bağlantılı bir kaç hasta ile karşılaşması programlanarak entegre bilgilerinin işe yararlığını duyumsamaları yolunda çaba gösterilmiştir (Papa ve Harasym, 1999). Ülkemizde entegre tıp eğitimi modelinin ilk örneğini oluşturan Hacettepe Tıp Fakültesi, Western Reserve tıp okulunda zamanla sağlanan dikey entegrasyona yönelik bu gelişmeleri müfredatına katmamıştır. Böyle olunca, yeni kurulan tıp fakülteleri de Hacettepe örneğini izleyerek sadece klinik öncesi eğitimde yatay entegrasyonu hedefleyen müfredatlar geliştirebilmişler, dikey entegrasyonu gündemlerine almamışlardır.

İngiltere'deki tıp fakültelerinin dikey entegrasyona yönelmelerinde belki de en önemli itici güç General Medical Council tarafından 1993 yılında yayınlanan "Yarının Doktorları: Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimine Yönelik Öneriler" başlıklı belge olmuştur. Belgede yer alan onüç öneriden biri; disiplin-temelli eğitime son

verilmesi, temel tıp ve klinik tıp disiplinlerinin bir araya gelmesiyle öğrenme hedeflerinin ortaklaşa saptanması, hem yatay hem dikey entegrasyonun gerçek anlamda sağlanması yönündeydi. Son yıllarda İngiltere'deki tüm tıp okulları müfredat ve eğitim yöntemlerinde öneriler doğrultusunda köklü değişiklikler yapmaya yönelmişlerdir (Hastings ve ark, 2000). Amerika'da da belirli fonlar tarafından desteklenen ortak projelere katılan tıp okulları yatay ve dikey entegrasyona doğru yol ortaklığı yapmakta, birbirlerinin deneyimlerinden yararlanmaktadır (Schmidt, 1998). Kimi tıp okullarında ise, öğretim elemanları ile öğrencilerin ortaklaşa çalıştıkları "dikey entegrasyon grupları" kurarak kendi özgün müfredatlarını oluşturma çabası gözlenmektedir (Nierenberg, 1998).

Kuşku yok ki, yatay entegrasyonun olmadığı yerde dikey entegrasyondan söz etmek olanaksızdır. Dolayısıyla, sadece temel tıp eğitimini değil, klinik tıp eğitimini de sistem temelli bir anlayışa göre programlamak gerçek entegrasyona giden yolda atılmış ilk adım olarak görülmelidir. Yine de, klinik eğitimin kendi içinde teorik (3. sınıf) ve pratik (4. ve 5. sınıflar) olarak iki aşamaya ayrılması durumunda dikey entegrasyon yolunda fazla ilerlenemeyeceği öngörülebilir. Manchester ve Menderes deneyimlerinin ortak yanı klinik eğitimin teorik ve pratik yanının ayrılmaz bir bütün olarak görülmesi, dolayısıyla sistem temelli teorik ve pratik klinik eğitimin 3. sınıfta başlamasıdır.

Aslına bakılırsa dikey entegrasyon; temel tıp - klinik tıp bağlantısını sağlamak olarak tanımlanabileceği gibi, teorik-pratik eğitim birlikteliğini pekiştirmek olarak veya öğrencilere bilgi-beceri-tutum kazandırmanın eş zamanlı ve birbirini bütünler tarzda yapılması olarak da tanımlanabilir. Bu bağlamda, ilk sınıflardan başlayarak gerek laboratuvar gerekse birinci basamak koşullarında öğrencilere klinik beceri ve deneyim kazandırma yönündeki müfredat düzenlemeleri dikey entegrasyon yönünde atılmış önemli adımlar olarak görülmelidir. Laboratuvar ortamında maketler ve standart hastalar (hasta rolü yapan kişiler) üzerinde klinik beceri eğitimi gören öğrencilerin, bu eğitimi görmeyen öğrencilere göre stajyerliğe çok daha donanımlı başladıkları ve bu farkın stajyerlik yılları boyunca da kapanmadığı bildirilmektedir (Remmen ve ark, 1999, 2001). Klinik beceri eğitiminin stajyerlik yıllarıyla sınırlı tutulmaması gerektiğini gösteren bu türden araştırma verileri, dikey entegrasyonun yüce bir hedef olmaktan öte, eğitimin sonuçları bakımından anlamlı bir ilke olduğunun kanıtları niteliğindedir.

Benzer biçimde, öğrencilerin daha ilk sınıflardan başlayarak gerçek hastalarla karşılaşmaları, hem edindikleri temel tıp bilgilerinin klinik yararlılığını farkedebilmeleri, hem ilk klinik deneyimlerini ve becerileri kazanmaları, hem de doğru yaklaşım ve tutumları benimsemeleri bakımından büyük değer taşımaktadır. Hastaneden çok birinci basamak ortamında gerçekleşmesi önerilen erken klinik yaşantıların öğrencilerde *hastalık merkezli* (disease-centered) yaklaşım yerine *hasta merkezli* (patient-

centered) yaklaşımın gelişmesi, hemşireler ve diğer sağlık görevlileriyle etkin işbirliğine girebilme yetisinin filizlenmesi, etik duyarlılığın artması gibi olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Goldie, 2000). Buna ek olarak, ilk sınıflarda başlayan birinci basamak uygulamaları gerek hastalıklardan korunma ve sağlığı sürdürme konularının gerekse sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirme çalışmalarının müfredata entegrasyonunu da kolaylaştırmaktadır (Sachdeva, 2000; Weeks ve ark, 2000).

III. BOYUT: DERİNLİĞİNE ENTEGRASYON

Entegrasyonun üçüncü boyutu her şeyden önce, tıp eğitimin biyomedikal yaklaşıma göre değil, biyopsikososyal yaklaşıma göre sürdürülmesi ve öğrencilere de bu anlayışın aşılması yönündeki kararlılıkla bağlantılıdır. Derinliğine entegrasyonun bir çok yönü bulunmaktadır (Şekil 1) ve bu yönlerin her birinin ayrıntılı biçimde ele alınması bu makalenin sınırları dışında kalmaktadır. Ayrıca alternatif/tamamlayıcı tıp gibi kimi konular ABD'deki tıp okullarının yaklaşık üçte ikisinin müfredatında yer almasına karşılık (Barzansky ve ark, 2000) henüz ülkemiz tıp fakültelerinin gündemine girmemiştir. Burada sadece konunun canalıcı önemi olan üç yönüne; yani davranışsal tıp, tıp etiği ve koruyucu tıbbın müfredata entegrasyonuna kısa kısa değinilecektir.

Tıp eğitiminin mutlaka biyopsikososyal modele göre sürdürülmesi, davranışsal tıp ve iletişim becerilerini kapsamaması gerektiği günümüzde herkesin üzerinde anlaşıldığı bir konudur. Son zamanlardaki tartışmalar bu eğitimin nasıl yapılması ve müfredata nasıl entegre edilmesi gerektiği üzerinde yoğunlaşmaktadır (Brook ve Gordon, 1998; Aspergen, 1999). Amerika'da yapılan bir çalışmada tıp okullarının % 71'inde davranışsal tıp eğitimine zaman ayrıldığı, ama okulların sadece % 8'inde bu eğitimin müfredatın kalaniyla entegre edilmiş olduğu belirlenmiştir (Brook ve ark, 2000). Bu bağlamda ufuk açıcı örnekler arasında Rochester tıp okulunun 1. ve 2. sınıf müfredatında yer alan biyopsikososyal modele dayalı "İnsan Sağlığı ve Hastalığına Giriş" dersleri sayılabilir. Her hafta gerçekleştirilen iki saatlik eğitimde *hasta merkezli öğrenme* yoluyla öğrencilerin hastalıkların biyolojik yanına ek olara toplumsal, psikolojik, hukuksal, ekonomik yanlarını kavramaları hedeflenmektedir (Cohen ve ark, 2000). Bu denemenin en çarpıcı yanı, her hafta ele alınan hastaların o hafta işlenen biyomedikal derslerle bağlantılı olması için çaba gösterilmesidir.

Tıp eğitimi üzerine sosyolojik çalışmaların ortaya koyduğu bir gerçek, tıp öğrencilerinin eğitim ilerledikçe daha az idealist ama daha çok pragmatist olmalarıdır (Cribb ve Bignold, 1999). Tıp alanındaki araştırmaların yönünü artık bilimsel merak veya insanlık için daha iyi bir gelecek sağlama ülkülerinin değil, ticari çıkarların belirlemeye başladığı öne sürülmektedir (Rosch, 1998). Belki bu ürkütücü gelişmelerin de etkisiyle, tıp eğitiminin asıl olarak bir ahlak eğitimi (moral education) olduğu fikrinin yeniden egemen kılınması gereğine işaret

edilmeye başlanmıştır (Pauli ve ark, 2000/c). Bundan yaklaşık otuz yıl önce başlayan tıp etiği eğitiminin ilk kez resmen tıp müfredatının parçası olarak tanınması süreci öylesine hızlı ilerlemiştir ki, 1980'lerin ortalarında ABD'de etik eğitiminin minimum standartı "De Camp Önerileri" olarak tanımlanmış ve 1990'lara gelindiğinde tıp etiği Amerika'daki tıp okullarının büyük bölümünün çekirdek müfredatının ayrılmaz bir parçası olmuştur (Goldie, 2000). İngiltere'de ise Genel Tıp Konseyi 1993 yılında tıp etiği ve hukukunun tıp müfredatının çekirdek bileşenlerinden biri olması gerektiğini belirtmiş, bundan beş yıl sonra ülkedeki tüm tıp fakültelerinden etik eğitimi veren eğitimcilerin katılımıyla bir ortak metin yayınlanmıştır. Bu metinde tıp öğrencilerinin etik ve hukuk eğitimine ilişkin minimum içerik yani çekirdek program oniki başlık altında tanımlanmış, ayrıca eğitimin uygulanma biçimine ilişkin önerilerde bulunulmuştur. Bu öneriler arasında konumuz açısından önem taşıyan şöyledir: "Etik ve hukuk eğitimi müfredatın tamamının parçası olmalı, ilk yıllarda başlamalı ve eğitimin başından sonuna dek pekiştirilmeli, müfredatın geri kalan bölümüyle tamamen entegre edilmelidir." (Teaching Medical Ethics.. 1998).

Eğer derinliğine entegrasyon asıl olarak dar bir biyomedikal anlayışla oluşturulmuş iki boyutlu tıp müfredatının yerine biyopsikososyal anlayışla geliştirilmiş derinlikli ve çok yönlü bir müfredat geçirmek anlamına geliyorsa, o zaman koruyucu tıp eğitiminin müfredata kaynaştırılmasını entegrasyonun üçüncü boyutu bağlamında düşünmek uygun görünmektedir. Tıp uygulamasında ve tıp eğitiminde koruyucu hekimliğin önemini vurgulayan ilk uluslararası belge olan *Alma Ata Bildirgesi* 1978 yılında yayınlanmış ve aradan geçen zamanda bu yönde önemli müfredat yenilikleri gündeme gelmiştir (Lanphear, 1999). Ancak son yıllarda hastalıklardan korunma ve sağlığın sürdürülmesine ilişkin konuların müfredatta *ne oranda* yer aldığından çok *nasıl* yer aldığı üzerinde de durulmaktadır. Çünkü artık sadece tek bir disiplinin üstlendiği koruyucu hekimlik eğitimi yeterli görülmemekte, tersine tıp disiplinlerinin genelini koruyucu tıp eğitiminde sorumluluk üstlenmesi ve bu eğitimin müfredatın her düzeyine "yatay ve dikey entegre edilmesi" önerilmektedir (Pomrehn ve ark, 2000). Koruyucu tıbbın müfredata entegrasyonu bakımından tıp eğitiminin ilk yıllarında başlayan birinci basamak uygulamaları önem taşımaktadır (Sachdeva, 2000). Bu bağlamda, 1960'larda kurulan Hacettepe ve Atatürk Üniversiteleri Tıp Fakültelerinde eğitimin o çağı aşan bir anlayışla programlanmış olduğunu teslim etmek gerekir. Çünkü bu fakültelerde öğrencilere mezun olana dek izleyeceği bir aile verilmekte, ilk sınıflardan başlayarak haftada üç saat aile kliniklerinde geçirecek yakın gözetim altında erken klinik deneyimler edinmeleri sağlanmaktaydı. Özellikle toplum yönelimli bir tıp merkezi olarak tasarlanan Erzurum'daki fakültenin öğrencileri, staj sürelerinin üçte birini sağlık ocaklarında geçirmekteydiler (Dogramacı, 1966). Koruyucu tıbbın müfredatın her düzeyine entegrasyonu ile anlatılmak istenen bu olsa gerek.

ÖĞRENCİ MERKEZLİ TEKNİKLER

Şurası açık ki; gerek klinik öncesi eğitimde gerekse klinik eğitimde belirli konuların eğitimciler tarafından entegre biçimde verilmesi ayrı şeydir, öğrencilerin o konuları zihinlerinde entegre etmeleri ayrı şeydir. Bu koşullardan ilkinin gerçekleşmesi, ikincisinin gerçekleşmesini güvence altına almaz (Papa ve Harasym, 1999). Son yıllarda entegrasyon sorumluluğunu asıl olarak öğrencilere bırakan yeni eğitim teknikleri geliştirilerek kullanıma sokulmuştur. Bu öğrenci merkezli teknikler arasında; probleme dayalı öğrenme, kılavuzla keşfederek öğrenme, işe dayalı öğrenme, şemaya dayalı öğrenme sayılabilir.

Günümüzde entegrasyonun tamamlayıcı ögesi olarak kabul edilen öğrenci merkezli tekniklerin kökenleri son yirmi yılda ABD'de eğitimin her aşamasında etkili olan reform dalgasında aranmalıdır (Marx, 2000). Bu reform dalgası asıl olarak kurmacı (constructivist) öğrenme kuramından esinlenmekte ve öğrenci-merkezli eğitimin bayraktarlığını yapmaktadır. Bilginin pasif olarak edinilmediğini ama zihinde önceki bilgiler üzerine aktif biçimde kurulduğunu öne süren kurmacılığın eğitime ilişkin temel önerileri beş başlık altında toplanmaktadır (Woolfolk, 1995). Tablo 2'de özetlenen bu önerilerden biri olan öğrenci-merkezli eğitim anlayışı ve tekniklerinin özellikle 90'lı yıllarda tıp eğitiminde de giderek daha geniş yer bulmaya başladığı gözlenmektedir (Spencer ve Jordan, 1999). Bu tekniklerin belli başlıları arasında olan probleme dayalı öğrenme (problem-based learning), kılavuzla keşfederek öğrenme (guided discovery learning), işe dayalı öğrenme (task-based learning) ve şemaya dayalı öğrenmeye (scheme-based learning) kısa kısa değinilecektir.

Probleme dayalı öğrenme (PDÖ) tekniğinin tıp eğitiminde kullanılmasında öncülüğü 1971 yılında Kanada'da McMaster tıp okulu yapmıştır (Papa ve Harasym, 1999). Bundan sadece üç yıl sonra Hollanda'da Maastricht Tıp Fakültesi PDÖ tekniğini kullanmaya başlamış ve müfredatını buna göre düzenlemiştir. Aradan geçen yaklaşık otuz yılda PDÖ tekniğinin gelişmiş ülkelerdeki tıp fakültelerinde yaygın biçimde kullanılmaya başlandığı gözlenmektedir. Bununla birlikte PDÖ'nün kullanım biçimi konusunda iki farklı anlayış söz konusudur. Birinci anlayış, klinik öncesi eğitimin asıl ögesinin PDÖ olması ve tüm müfredatın PDÖ temelli olarak düzenlenmesi yönündedir. Sınıf ya da amfi derslerinin en aza indirildiği bu anlayışın geçerli olduğu okulların oranı Kanada için % 46, Avustralya için % 75, İngiltere için % 37.5, Türkiye için ise % 5 olarak bildirilmektedir (Elliot, 1999; Kılıç ve Sayek, 2000). İkinci anlayış ise, PDÖ'nün sistem-temelli veya disiplin-temelli tasarlanmış bir müfredatta diğer eğitim teknikleri ile birlikte kullanılması yönündedir. PDÖ tekniğini bu ikinci anlayış doğrultusunda yer yer kullanan okulların oranı Kanada için % 38.5, Avustralya için % 25 ve İngiltere için de % 44 olarak verilmektedir (Elliot, 1999). A. Menderes Tıp Fakültesinde PDÖ ikinci anlayış doğrultusunda sistematik biçimde uygulanmaktadır.

Tablo 2. Kurmacılığın Eğitime İlişkin Temel Önerileri (Woolfolk 1995).

| | |
|---------------------------------------|---|
| 1. Karmaşık Öğrenme Ortamları | Öğrencilere grup içinde görüş alış verişinde bulunma, tartışarak ortak kararlara varma olanağı sağlanmalıdır. |
| 2. Topluca Sürdürülen Görüşmeler | Öğrencilerin belirli bir konu ile farklı bağlamlar içinde, farklı benzetmeler ve örneklerle karşılaşması sağlanmalıdır. |
| 3. İçeriğin Çoklu Sahnelenmesi | Öğrencilerin bilginin nasıl kurulduğunu kavramaları, kendi düşüncelerini nelerin biçimlendirdiğinin farkına varmaları, öz-eleştirel bir tarz içinde belirli görüşleri seçme-geliştirme-savunma ve başkalarının görüşlerine saygı gösterebilme yetisi kazanmaları sağlanmalıdır. |
| 4. Bilginin Kurulması Sürecini Anlama | Öğrencilerin bilginin nasıl kurulduğunu kavramaları, kendi düşüncelerini nelerin biçimlendirdiğinin farkına varmaları, öz-eleştirel bir tarz içinde belirli görüşleri seçme-geliştirme-savunma ve başkalarının görüşlerine saygı gösterebilme yetisi kazanmaları sağlanmalıdır. |
| 5. Öğrenci Merkezli Eğitim | Öğrencilerin neyi nasıl öğrenecekleri sadece öğretmen tarafından değil, öğretmen ve öğrenciler tarafından birlikte saptanmalıdır. Öğrenciler kendileri için anlam taşıyan problem ve projeleri seçerek özel olarak ilgilenebilmeye fırsatı bulabilmelidirler. Değerlendirme sürecine katılmalıdırlar (otantik değerlendirme). Öğrencilerin bireysel gereksinimleri göz önüne alınarak gerekli program düzenlemeleri yapılmalıdır. |

Özellikle Anglo-sakson kökenli ülkelerde yaygın uygulama alanı bulan PDÖ tekniğinin günümüzde uygulama standartları belirlenmiş, avantajları ve dezavantajları ayrıntılı biçimde dökümlenmiştir (AMEE Medical Education Guide No:15, 1999). Açık olan bir şey varsa, PDÖ öğretim üyelerinin zamanı açısından bakıldığında sınıf derslerine göre daha emek yoğun bir eğitim tekniğidir (Galey, 1998). Yakınlarda yayınlanan önemli bir gözden geçirme çalışmasında, 2000 yılına dek yapılan PDÖ'nün etkinliğini sınamaya yönelik araştırmalarda gözlenen etki boyları (effect size) değerlendirilmiş ve PDÖ'nün harcanan yoğun emek ve kaynakla orantılı bir getirisi olmadığı sonucuna varılmıştır (Colliver, 2000/a). Bu makalenin de etkisiyle günümüzde PDÖ'nün getirileri ve götürüleri üzerine alevli tartışmalar sürmektedir (Norman ve Schmidt, 2000; Albanese, 2000; Colliver, 2000/b).

Öğrenci-merkezli eğitim teknikleriyle klasik eğitim tekniklerini bir potada eritmeye yönelik yaklaşımlar arasında en göz dolduranlarından biri kılavuzla keşfererek öğrenmedir (KKÖ). Çoğu zaman sistem-temelli entegre müfredatın söz konusu olduğu yerlerde uygulanan bu teknikte, öğrenme konuları önce didaktik sınıf derslerinde ele alınmakta, ardından öğrenci küçük grup tartışmaları ve çalışma kılavuzları eşliğinde kendi kendine öğrenmeye yönlendirilmektedir. PDÖ'deki eğitim yönlendiricisinin işlevini KKÖ'de yazılı çalışma kılavuzları almakta, böylelikle öğretim elemanının yoğun emeğine gerek duyulmamaktadır (Spencer, 1999). KKÖ henüz etkinliği PDÖ denli kapsamlı incelenmiş bir teknik değildir. Bununla birlikte tekniğin hem aşırı özveri gerektirmemesi hem de Dundee tıp okulu gibi tıp eğitimi konusunda öncü ve iddialı bir kurumda uygulanmakta oluşu (Harden ve ark, 1997) hızla yaygınlaşabileceğini düşündürmektedir. Gerçekte, Dundee'de geliştirilip uygulamaya konmuş olan işe dayalı öğrenme (İDÖ) özellikle klinik staj eğitimine

uyarlanmış bir tür KKÖ olarak değerlendirilebilir (Harden ve ark, 2000). Çünkü İDÖ tekniğinde de asıl olan, öğrencilerin çeşitli klinik stajlarda edindikleri bilgi ve deneyimi yazılı çalışma kılavuzlarından yararlanarak entegre etmesidir. Burada her bir çalışma kılavuzu öğrencinin üstesinden gelmesi gereken ayrı bir öğrenme işi / ödevi olarak görülmektedir. Kılavuz konusu olan işler ise, hekimlerin birinci basamakta en sık karşılaşabilecekleri sorunlar / yakınmalar arasından seçilmektedir. Ülkemizde Dokuz Eylül Tıp Fakültesi staj eğitimini İDÖ tekniğine dayalı olarak sürdürmeğe başlamıştır.

Henüz çok yaygınlık kazanmamış olmakla birlikte, Kanada'daki Calgary tıp okulunda geliştirilerek uygulamaya konmuş olan şemaya dayalı öğrenme (ŞDÖ) tıp eğitiminde ulaşılan son aşama olarak sunulmaktadır (Papa ve Harasym, 1999). Tıpkı İDÖ'de olduğu gibi ŞDÖ temaları da pratisyen hekimlik yaşantısında karşılaşılması olasılığı yüksek klinik sorunlar (clinicil presentations) arasından seçilmektedir. Bunlar belirli tanımlardan çok, bedenin belirli durum ya da yaralanmalara yanıtı niteliğindeki bulgu ve belirtilerdir. Calgary'nin müfredatı, bedenin her türlü yanıtını kapsadığı düşünülen 120 kadar klinik soruna dayanılarak oluşturulmuştur (Woloschuk ve ark, 2000). Her bir sorununun ortaya çıkış mekanizmalarını gösteren şematik çizimlerin hazırlanması çalışmalarını sürmektedir. Bu şemaların tıp eğitiminin başından sonuna dek farklı bağlamlarda kullanılması öngörülmektedir. Bir şema ilk sınıflarda daha çok mekanizmaları anlamayı ve akılda tutmayı kolaylaştıran bir kavram haritası gibi işlev görürken, ileri sınıflarda hem kavram haritası hem de tanıya varma sürecinde kullanılabilecek akış şeması (algorithm) olarak işlev görebilmektedir. Böylelikle tıp öğrencileri mesleğe başladıklarında karşılıklarına gelen hastaların sergileyebilecekleri her bir sorun için ayrı bir şema ile donanmış olmaktadır. Bunun da, hastaların sorunlarını çözüme açısından en etkili teknik olduğu ileri sürülmektedir.

Zaten ŞDÖ tekniği, her soruna uygulanabilecek genel bir problem çözme sürecinin olmadığı, tersine problem çözümünün içeriğe özgü olduğu, yani farklı problemlerin farklı yollardan çözülebileceği yönündeki görüşlere dayandırılmaktadır (Mandin ve Dauphinee, 2000). Bu bağlamda, PDÖ ve ŞDÖ tekniklerinin kökenlerinde birbirine zıt anlayışların yattığı söylenebilir. PDÖ, öğrencilere genel bir problem çözme becerisi kazandırmanın yararlılığı düşüncesine dayanan bir teknik iken, ŞDÖ bu düşüncenin geçersizliğinden yola çıkılarak geliştirilmiş bir tekniktir.

TIP EĞİTİMİNDE ENTEGRASYON KARNESİ

Tam anlamıyla entegre tıp eğitiminden söz edebilmek için, gerek klinik öncesi eğitimin gerekse klinik eğitimin yatay - dikey - derinliğine entegrasyonu gözetir biçimde düzenlenmiş olması gerekir. Ancak bu cümlede geçen klinik öncesi / klinik eğitim ayrımının belirli oranda bulanıklık içerdiği söylenebilir. Sözelimi 3. sınıf tıp eğitiminin hangi aşamasına karşılık gelmektedir? Ülkemizde tıp eğitiminin dönemleri 1980'li yıllarda alınan "Tıp Fakültelerinin Eğitim ve Öğretim Planı ile İlgili İlkeler" başlıklı bir YÖK kararıyla düzenlenmiştir. Bu karara göre tıp eğitimi üç aşamadan oluşmaktadır: (1) Temel Tıp Bilimlerinde Önlisans Dönemi fakültenin ilk iki sınıfına karşılık gelmekte olup, bu sınıfları bitirenler önlisans diploması almaya hak kazanmaktadırlar. (2) Klinik Tıp Bilimlerinde Yüksek Lisans Dönemi fakültenin üçüncü, dördüncü ve beşinci sınıflarına karşılık gelmektedir. İlk kararda bu dönemi başarıyla tamamlayan öğrencilerin yüksek lisans diploması almaya hak kazanacakları belirtilmişse de, bir kaç yıl önce alınan yeni bir kararla bu hak geri alınmıştır. (3) Aile hekimliği dönemi fakültenin altıncı sınıfına karşılık gelmektedir. Bu dönemi de başarıyla tamamlayan öğrenciler tıp doktorluğu diploması almaya hak kazanmaktadırlar. Kararda bu dönemde hangi internlik stajlarının kaç ay yapılacağı ayrıntılı biçimde belirtilmiştir.

Ülkemizdeki tıp fakültelerinin büyük bölümünde öğrenciler klinik stajlara 4. sınıfta başlayabilmektedirler. Yukarıda değinilen ülkemize ilişkin yasal çerçeve göz önüne alındığında, üç yıllık klinik eğitim aşamasının ilk yılını öğrencilerin klinik dışında geçirdiği söylenebilir. Bu uygulamanın alışkanlıklar dışında yasal bir gerekliliği olmadığı gibi, bilimsel bir dayanağı da bulunmamaktadır. Tersine, öğrencilerin daha temel bilimler eğitimi aşamasında bile hastayla karşılaşmasının yararlı olduğu yönündeki kanıtlara bakarak (Goldie, 2000; Howe, 2000), klinik eğitim aşamasının her gününü hastalarla iç içe geçirmeleri gerektiği savlanabilir. Tıp eğitimi fikre dayalı (opinion-based) olarak değil de kanıta dayalı (evidence-based) olarak düzenlemeye başlamamız durumunda, pek çok alışkanlığımızdan vazgeçmemiz gerekeceği açıktır.

Bu tartışmalar ışığında, bir tıp fakültesinde eğitimin ne derece entegre olduğunu değerlendirmeye yönelik entegrasyon karnesi 2x3 gözlü bir çizelge biçiminde tasarlanmıştır (Tablo 3). Çizelgenin satırları eğitimin temel

bilimler ve klinik bilimler dönemlerine, sütunları ise entegrasyon boyutlarına karşılık gelmektedir. Karnede aile hekimliği aşamasına yer verilmemiştir. Çünkü Avrupa ülkelerinin çoğunda olduğu gibi ülkemizde de tıp eğitiminin asıl olarak ilk beş yılı kuramsal ve uygulamalı yaniyla bir yüksek öğretim niteliğinde sürmekte, bundan sonra tıp öğrencileri değişen sürelerle yakın gözetim altında klinik deneyim kazanmaya yönelmektedir. Dolayısıyla öğretimin olmadığı bir aşamada entegrasyondan söz etmenin fazla bir anlamı bulunmamaktadır. Ayrıca, bu noktada internlik stajlarının kesin biçimde belirlenmiş olması, kurumlar arası değişkenliği sıfıra indirmektedir. Karne ise asıl olarak her kurumun eğitim programının kendine özgü niteliğini ortaya koymaya yönelik bir ölçüm aracı niteliği taşıdığından, değişkenliği olmayan bir özelliğin karnede yer almasının yararı olmadığı düşünülmüştür.

Tablo 3. Tıp Eğitiminde Entegrasyon Karnesi

| | Yatay Enteg. | Dikey Enteg. | Derinliğine Enteg. |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------------|
| Klinik Tıp Bilimleri Dön. | + / - | + / - | + / - |
| Temel Tıp Bilimleri Dön. | + / - | + / - | + / - |

Yazı boyunca dile getirilen entegrasyon anlayışına göre, bir tıp fakültesinde uygulanan eğitim sisteminin tam anlamıyla entegre olduğunu söyleyebilmek için, karnenin tüm gözlerinin pozitif (+) olması gerekmektedir. Ülkemizde entegre sistemi uygulayan fakültelerin entegrasyon notlarını bu karneyle değerlendirdiğimizde ortaya ilginç sonuçlar çıkmaktadır. Bu fakültelerin büyük bölümünün ilk üç sınıfta yatay entegrasyonu gerçekleştirmiş oldukları, ancak bunun ötesine geçemedikleri söylenebilir. Bu bakımdan Temel Tıp Bilimleri Döneminde yatay entegrasyon için bir (+), Klinik Tıp Bilimleri Döneminin sadece ilk sınıfındaki yatay entegrasyon için de en fazla yarım (+) puanı hak ettikleri düşünülebilir. Dikey ve derinliğine entegrasyon gözlerinden (+) alınmaması durumunda karne notunun 6 üzerinden 1.5 düzeyinde kalacağı söylenebilir. Bu da, entegre sistemi benimsemiş fakültelerin çoğunda eğitimin tam anlamıyla entegre olmaktan uzak olduğu anlamına gelmektedir. Entegrasyondan anlaşılan şeyin ilk üç sınıfta yatay entegrasyonla sınırlı olması, entegrasyon konusunda daha ileri adımlar atma düşüncesinin gelişmesini engellemektedir.

TAM ENTEGRASYON ÜLKÜSÜ VE MENDERES DENEYİMİ

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesinde geliştirilmekte olan müfredat ve eğitsel etkinlikler tıp eğitiminde tam entegrasyonu gerçekleştirme denemesi niteliğindedir. Bu denemenin yeri ve zamanının rastlantısal olmadığı düşünülebilir. Yeni kurulmuş olmak; bir yandan belirli bir eğitim geleneğinin henüz yerleşmemiş olması bakımından, bir yandan da öğretim kadrosunun oldukça genç olması bakımından tıp eğitiminde yenileşme yönünde atılım yapılmasını kolaylaştırmıştır. Ayrıca, Dokuz Eylül Tıp Fakültesi'nin aktif eğitime geçişi ile birlikte ülkemizde tıp eğitiminde yenileşme rüzgarlarının esmeye

başlaması da yeni bir entegrasyon modeline yönelmesi için elverişli bir ortam yaratmıştır. Tam entegre tıp eğitimi modelini geliştirirken gözetilen ilke, hem temel tıp hem de klinik tıp müfredatının yatay-dikey-derinliğine anlamda entegre edilmesi olarak belirlenmiştir. Belirli bir eğitim modelini geliştirmenin bir yönü müfredatın dayanacağı ilkeleri belirlemek ve ders programının genel çerçevesini çizmekse, bir yönü de yeni eğitim modelini geliştirip uygulayacak yeni organları oluşturmaktır. Menderes deneyimi de aynı çizgiyi izlemiştir.

Yatay entegrasyon tam entegre tıp eğitimine giden yolda ilk adımı oluşturmaktadır. Temel tıp bilimleri döneminde yatay entegrasyonu sağlamak için müfredat sistem-temelli olarak düzenlenmiştir. Belirlenen genel çerçevede 1. ve 2. sınıf müfredatı, sistemleri ilgilendiren ders blokları biçiminde tasarlanmış, ders bloklarının ayrıntılı programını oluşturmak, uygulamak ve geliştirmek üzere ders kurulları kurulmuştur. Buraya dek geleneksel entegre sistem anlayışının dışına çıkılmadığı söylenebilir. Ancak fakültemizde temel tıp müfredatının yanısıra klinik tıp müfredatının tasarlanması sırasında da sistem-temelli

yaklaşımına bağlı kalınmıştır. Bu da klasik disiplin temelli staj sisteminden köklü bir kopuşu zorunlu kılmıştır. Böylelikle, 1.- 2. sınıflarda müfredatın ders blokları üzerine kurulması ve eğitim programının ders kurulları tarafından sürdürülmesine paralel biçimde, 3.-4.-5. sınıflarda da müfredat staj blokları üzerine kurulmuş ve eğitim programının staj kurulları tarafından uygulanması öngörülmüştür. Bu yaklaşımın özü, aynı organ/doku/sistemle bağlantılı rahatsızlıkların tanı ve tedavisiyle ilişkili ders ve stajların bir araya getirilmesine dayanmaktadır. Tablo 4'de beş yıllık müfredatın genel çerçevesi özetlenmektedir. Tablodan da anlaşılacağı gibi, temel tıp döneminde 32 hafta olan ders yılı uzunluğu, klinik tıp döneminde 40 haftaya çıkmaktadır. 3. sınıftaki *Kliniğe Giriş* ve 4. sınıftaki *Toplum Hekimliği* staj bloklarının ders yılının başında tüm sınıfa bir kerede uygulanması öngörülmüştür. Benzer biçimde 5. sınıftaki *Pratisyen Hekimlik* staj bloğunun yılın sonunda tüm sınıfın katılımıyla gerçekleştirilmesi tasarlanmıştır. İlke olarak, klinik tıp dönemindeki öğrencilerin tipik bir eğitim gününün yarısı klinik uygulamaya (staj), diğer yarısı da kuramsal dersler, laboratuvar uygulamaları ve öğrenci

Tablo 4. Adnan Menderes Tıp Fakültesi Müfredatının Kurucu Öğeleri

| DÖNEM | SINIF | MÜFREDATIN KURUCU ÖGELERİ | SÜRE |
|--------------------------------|----------|------------------------------------|----------|
| Temel Tıp Bilimleri Dönemi | 1. Sınıf | Ders Blokları | |
| | | Temel Tıp Bilimleri I | 6 hafta |
| | | Temel Tıp Bilimleri II | 6 hafta |
| | | Temel Tıp Bilimleri III | 6 hafta |
| | | Temel Tıp Bilimleri IV | 5 hafta |
| | 2. Sınıf | Kas-İskelet Sistemi | 9 hafta |
| | | Solunum-Dolaşım Sistemleri | 7 hafta |
| | | Sindirim-Boşaltım Sistemleri | 7 hafta |
| | | Sinir Sistemi ve Duyu | 7 hafta |
| | | Endokrin Sistem ve Üreme | 5 hafta |
| Hastalıkların Biyolojik Temeli | 6 hafta | | |
| Klinik Tıp Bilimleri Dönemi | 3. Sınıf | Staj Blokları | |
| | | Kliniğe Giriş | 4 hafta |
| | | Kan-Lenf-İmmün Sistem Hastalıkları | 12 hafta |
| | | Kalp-Göğüs Hastalıkları | 12 hafta |
| | 4. Sınıf | Gastro-intestinal Hastalıklar | 12 hafta |
| | | Toplum Hekimliği | 4 hafta |
| | | Genito-üriner Hastalıklar | 12 hafta |
| | | Doğum ve Endokrin Hastalıklar | 12 hafta |
| | 5. Sınıf | Nöro-psikiyatrik Hastalıklar | 12 hafta |
| | | Lokomotor Sistem Hastalıkları | 8 hafta |
| | | Kulak Burun Boğaz Hastalıkları | 4 hafta |
| | | Göz Hastalıkları | 4 hafta |
| | | Deri Hastalıkları | 4 hafta |
| | | Tıbbi Laboratuvar | 4 hafta |
| | | Pratisyen Hekimlik | 16 hafta |

merkezli eğitim tekniklerine ayrılmaktadır.

Tam entegre tıp eğitimine giden yolda ikinci adım dikey entegrasyondur. Temel tıp bilimleri döneminde dikey entegrasyonun sağlanabilmesi için birinci basamak ortamında sürdürülen alan çalışmaları, beceri laboratuvarında sürdürülen klinik beceri eğitimi ve öğrenci merkezli eğitim tekniklerinden yararlanılması öngörülmüştür. Şimdiki durumda uygulanmakta olan öğrenci merkezli teknik PDÖ'dür. Bu doğrultuda, gerek 1. sınıfta gerekse 2. sınıfta her ders bloğunda bir klinik senaryo işlenmesi öngörülmüştür. Senaryolar standart PDÖ tekniğine uygun biçimde sekizer öğrencilik gruplarda dörder saatlik üç oturumda işlenmektedir.

Klinik tıp bilimleri döneminde dikey entegrasyonu sağlamak açısından alınan en kritik karar, klinik stajları bu dönemin tamamına yaymak olmuştur. Bilindiği gibi ülkemizdeki standart yaklaşım klinik eğitimin ilk bir yılının asıl olarak kuramsal eğitim biçiminde değerlendirilmesidir. Bu yaklaşımda, öğrenciler Biyokimya, Mikrobiyoloji, Patoloji, Farmakoloji derslerini sadece 3. sınıfta görmekte; hastalıkların oluşumu ve tedavisinin anlaşılması açısından çok önemli olan bu dersleri 4. ve 5. sınıflarda klinik stajlarını yaparken görmemektedirler. Dolayısıyla hem klinik bilimler temel bilimlerden koparılmış, hem de klinik uygulama kuramsal temelinden yoksun bırakılmış olmaktadır. Dikey entegrasyondan söz edilmesini olanaksız kılan bu durumu düzeltmek amacıyla üretilen çözüm "staj kurulları" olmuştur. Bu çözüm, öğrencilerin bir yandan 3. sınıftan başlayarak staj yapmasını sağlarken, diğer yandan

da 5. sınıfın sonuna dek Biyokimya, Mikrobiyoloji, Patoloji, Farmakoloji ve hatta Biyofizik, Fizyoloji, Genetik vb. temel tıp disiplinleriyle ilgili dersler görmesini olanaklı kılmıştır. Bu düzenlemeye ek olarak, öğrenci merkezli tekniklerden bu dönemde de yararlanılması öngörülmektedir. Şimdiki durumda asıl olarak PDÖ tekniği kullanılmakla birlikte, gelecekte şemaya dayalı öğrenme tekniğinin kullanıma sokulması yönünde çalışmalar sürmektedir. Öğrenci merkezli teknikler entegrasyon sorumluluğunu belli ölçüde öğrenciye vermekte, böylelikle de bir anlamda tam entegrasyonun öğrenci yanının başarılmasına yardımcı olmaktadır.

Tam entegrasyona ulaşmak için atılması gereken son adım derinliğine entegrasyonu sağlamaya yönelik düzenlemelerdir. Bu amaçla, öğrencilerin fakültede geçirdikleri beş yıl boyunca koruyucu hekimlik, tıp hukuk ve etiği, iletişim becerileri ve tıp bilişimi eğitimi görmeleri öngörülmüş ve ders programları bu doğrultuda düzenlenmiştir. Bu eğitim alanlarının belirli anabilim dallarının tekeline bırakılması, hekimlik mesleği açısından genel anlamda taşıdıkları can alıcı önemin anlaşılmasını zorlaştırmakta ve giderek marjinal etkinlikler olarak algılanmalarına yol açmaktadır (Aspergen, 1999; Goldie, 2000). Benzer biçimde probleme dayalı öğrenme, alan çalışmaları, klinik beceri eğitimi, tıp İngilizcesi eğitimi gibi etkinlikler de disiplinler üstü nitelik taşımaktadır. Bu etkinliklerin her biri entegre tıp eğitimi açısından büyük önem taşıdığı için ve hepsi de disiplinler arasındaki sınırların geçersiz olduğu alanlarda gerçekleştirildiği için topluca

Tablo 5. Tıp Eğitimi Birimleri Alt-Birimleri ve Sorumluluk Alanları

| TEB ALT-BİRİMİ | İŞLEVİ |
|--|---|
| 1. Müfredat ve Entegrasyon Alt-Birimi | Müfredatın geliştirilmesi ve entegre edilmesi. |
| 2. Ölçme ve Değerlendirme Alt-Birimi | Eğitimde ölçmenin yetkinleştirilmesi, öğrenci geri bildirimlerinin değerlendirilmesi, ilerleme (progress) sınavının gerçekleştirilmesi. |
| 3. Eğiticilerin Eğitimi Alt-Birimi | Kurslar ve benzeri etkinliklerle öğretim elemanlarının eğitim ve değerlendirme yöntemlerine ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirmek, yeni eğitim teknikleri konusunda eğitmek. |
| 4. Öğretim Yöntem ve Teknikleri Alt-Birimi | Öğrenci merkezli eğitim tekniklerinin incelenmesi, uygulanması. |
| 5. Alan Çalışmaları Alt-Birimi | Eğitimin topluma-dayalı olarak sürdürülmesi, birinci basamak uygulamalarının düzenlenip sürdürülmesi. |
| 6. Klinik Beceriler Alt-Birimi | Yeterliliğe dayalı ve insancıl eğitim anlayışı doğrultusunda öğrencilere klinik beceri eğitimi vermek, klinik beceri laboratuvarının işleyişini düzenlemek. |
| 7. İletişim Becerileri Alt-Birimi | Öğrencilere iletişim becerisi kazandırmanın yöntemlerini araştırmak, geliştirmek ve uygulamak. |
| 8. Tıp Hukuk ve Etiği Alt-Birimi | Öğrencilere tıp eğitimi boyunca verilmesi gereken hukuk ve etik eğitiminin programını ve yöntemlerini belirlemek, uygulamak, sonuçlarını değerlendirmek. |
| 9. Tıp Bilişimi Alt-Birimi | 1. sınıftaki temel bilgi teknolojileri dersini yürütmek, öğrencilerin tıp bilişimi alanında temel bilgi ve becerileri edinmesini sağlamasına yönelik sonraki sınıflara ilişkin düzenlemeleri yapmak, program önerileri geliştirip uygulamak, bilgisayar laboratuvarının verimli kullanımını sağlamak. |
| 10. Tıp İngilizcesi Alt-Birimi | Öğrencilerin İngilizce kaynaklardan yararlanmasını sağlamaya yönelik öneriler geliştirmek, eğitimi programlamak ve uygulamak. |

"Entegre Hekimlik Uygulamaları" (EHU) olarak adlandırılmıştır.

Tanımlanan eğitsel etkinlikler anabilim dalları tarafından gerçekleştirilemeyeceğinden ötürü, bunları planlayıp sürdürme işlevini üstlenecek yeni organların kurulması gereği doğmuştur. Bu konuda geliştirilen çözüm, Tıp Eğitimi Birimini (TEB) kurmak olmuştur. TEB'in on alt-birimi bulunmaktadır ve bu alt-birimlerinden her biri hangi disiplinden olursa olsun ilgili öğretim elemanlarının gönüllü katılımıyla canlılık bulan ve takım ruhuyla çalışan topluluklardır. TEB alt-birimleri ve sorumluluk alanları Tablo 5'de özetlenmiştir. Tablo incelendiğinde anlaşılacağı gibi, EHU kapsamındaki her bir eğitsel etkinliğin planlanıp uygulanması işi ayrı bir alt-birime verilmiştir. TEB toplantıları dekan, dekan yardımcısı, bölüm başkanları ve alt-birim başkanlarının katılımıyla düzenli aralıklarla gerçekleştirilmektedir. TEB fakültede eğitimin yönünün belirlenmesinde en etkili organdır. Gerek TEB alt-birimlerine üyeliğin gönüllülük esasına dayanması, gerekse alt-birim başkanlarının atamayla değil üyeler tarafından seçimle belirlenmesi fakültede eğitimle ilgili örgütlenmenin katılımcı ve demokratik bir nitelik taşımasını getirmiştir. Bland ve arkadaşları (2000) tıp eğitiminde müfredat değişikliği sürecini inceleyen literatürü tarayarak konuyla doğrudan ilintili 158 makaleyi eleştirel biçimde değerlendirmişler ve başarılı bir yenileşme süreci için son derece önemli görünen altı koşul belirlemişlerdir. Bunlardan biri fakültede katılımcı bir yönetim tarzı oluşturmaktır. Bu koşulun sağlanabilmesi için herkesin fikrine kulak vermek ve eleştiriye açık olmak yetmemekte, öğretim üyelerinin yönetime katılımını sağlayacak formal mekanizmaların oluşturulması gerekmektedir. Menderes deneyinde katılımcı yönetimin gereği TEB'in kurulmasıyla yerine getirilmiştir. Bunun, tam entegrasyon deneyimine destek vermeyen öğretim elemanlarını bile eğitim üzerine düşünme sürecine katmak ve giderek fakültenin eğitim sistemine sahip çıkmak bakımından büyük yararı olduğu gözlenmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

AMÜ Tıp Fakültesinde uygulanan tıp eğitiminin amacı; birinci basamakta üstün nitelikli koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti vermek için gereken bilgi ve becerilerle donanmış, tıp mesleğinin etik değerlerini özümsemiş ve bilgiye ulaşma yollarını öğrenmiş hekimler yetiştirmektir. (Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönergesi, Madde 4). Kuşkusuz ülkemizdeki tıp fakültelerinin hepsi iyi hekimler yetiştirmeyi amaçlamaktadır ve kuşkusuz bunu başarmanın bir çok yolu vardır. Bu yazıda sunulan tam entegre tıp eğitimi modeli "nasıl iyi hekim yetiştiririz?" sorusuna yanıt ararken geliştirilmiş çözümlerden biridir. Manchester'da geliştirilen model Menderes modeliyle büyük benzerlikler taşımaktadır. Kuşku yok ki, kağıt üzerinde iyi görünen bir modelin uygulamada beklenen sonuçları vermemesi olasılığı vardır. Bizim ilk izlenimlerimiz modelin genel olarak iyi işlediği yönündedir. Ancak henüz sadece ilk üç sınıfta öğrencimizin bulunduğu göz önüne alınırsa bu konuda kesin konuşmak için çok

erken olduğu söylenebilir. Ayrıca teoride öngörülemeden kimi aksaklıklarla uygulamada karşılaşılabilmektedir. Bu yüzden, modelin etkinliğinin sürekli olarak geri bildirimler ve araştırmalarla sınanması ve gereken düzeltmelerin gecikmeden yapılması önem taşımaktadır. Deneyimlerimizin sadece bizim için değil ilgilenen herkes için aydınlatıcı olacağını düşünmekteyiz. Çünkü, fikre dayalı tıp eğitimi anlayışının yerini kanıta-dayalı tıp eğitimi anlayışının almaya başladığı günümüzde, artık neye inandığımızdan çok bilimsel anlamda neyi bildiğimiz önem taşımaktadır. Tıp eğitiminin daha iyiye götürmenin yolu, tıp eğitiminin kendisini de bir bilimsel inceleme alanı olarak görmekten geçmektedir.

KAYNAKLAR

Albanese M. (2000) "Problem-based learning: Why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills" *Medical Education* 34: 729-738.

AMEE Medical Education Guide No:15 (1999) "Problem-based learning: a practical guide" *Medical Teacher* 21: 130-140.

Aspergen K. (1999) "BEME Guide No 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles". *Medical Teacher* 21: 563-570.

Barzansky B, Jonas HS, Etzel SI. (2000) "Educational programs in US medical schools, 1999-2000" *Journal of American Medical Association* 284: 1114-1120.

Bland CJ, Starnaman S, Wersal L, Moorhead Rosenberg L, Zonia S, Henry R. (2000) "Curricular change in medical schools: how to succeed" *Academic Medicine* 75: 575-594.

Brook DW, Gordon C. (1998) "Education in behavioral medicine" *Medical Teacher* 20: 241-246.

Brook DW, Gordon C, Meadow H, Cohen MC. (2000) "Behavioral medicine in medical education: report of a survey" *Social Work in Health Care* 31: 15-29.

Cohen J, Krackov SK, Black ER, Holyst M. (2000) "Introduction to human health and illness: a series of patient-centered conferences based on the biopsychosocial model" *Academic Medicine* 75: 390-396.

Colliver JA. (2000 a) "Effectiveness of problem-based learning curricula: research and theory" *Academic Medicine* 75: 259-266.

Colliver JA. (2000 b) "Effectiveness of PBL curricula" *Medical Education* 34: 959-960.

Cribb A, Bignold S. (1999) "Towards the reflexive medical school: the hidden curriculum and medical education research" *Studies in Higher Education* 24: 195-209.

Dogramaci I. (1966) "Educational adaptation to the factors bearing on medical education in the developing countries: an experiment in medical education in Turkey" *Journal of Medical Education* 41 (9 Suppl): 180-185.

- Elliott MK.** (1999) "Are we going in the right direction? A survey of the undergraduate medical education in Canada, Australia and the United Kingdom from a general practice perspective" *Medical Teacher* 21: 53-60.
- Fox RC.** (1999) "Time to heal medical education?" *Academic Medicine* 74: 1072-1075.
- Galey WR.** (1998) "What is the future of problem-based learning in medical education?" *American Journal of Physiology* 20 (12 Suppl): 12-15.
- Goldie J.** (2000) "Review of ethics curricula in undergraduate medical education" *Medical Education* 34: 108-119.
- Harden RM, Davis MH, Crosby JR.** (1997) "The new Dundee medical curriculum: a whole that is greater than the sum of its parts" *Medical Education* 31: 264-271.
- Harden RM.** (1998) "Integrated teaching – what do we mean? A proposed taxonomy" *Medical Education* 32: 216-217.
- Harden RM, Crosby J, Davis MH, Howie PW, Struthers AD.** (2000) "Task-based learning: the answer to integration and problem-based learning in the clinical years" *Medical Education* 34: 391-397.
- Harden RM.** (2000) "The integration ladder: a tool for curriculum planning and evaluation" *Medical Education* 34: 551-557.
- Hastings AM, Fraser RC, McKinley RK.** (2000) "Student perceptions of a new integrated course in clinical methods for medical undergraduates" *Medical Education* 34: 101-107.
- Howe A.** (2000) "Teaching in practice: a qualitative factor analysis of community based teaching" *Medical Education* 34: 762-768.
- Kılıç B, Sayek I.** (2000) "Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu – 2000" Ankara: TTB Yayınları.
- Lanphear JH.** (1999) "Twenty years beyond Alma Ata: maintaining curriculum reform into the new millennium" *Education for Health: Change in Training & Practice* 12: 355-363.
- Mandin H, Dauphinee WD.** (2000) "Conceptual guidelines for developing and maintaining curriculum and examination objectives: the experience of the Medical Council of Canada" *Academic Medicine* 75: 1031-1037.
- Marx RW.** (2000) "School reform and research in educational psychology" *Educational Psychologist* 35: 147-148.
- Nierenberg DW.** (1998) "The use of "vertical integration groups" to help define and update course/ clerkship content" *Academic Medicine* 73: 1068-1071.
- Norman GR, Schmidt H.** (2000) "Effectiveness of problem-based learning curricula: theory, practice and paper darts" *Medical Education* 34: 721-728.
- O'Neill PA, Morris J, Baxter JM.** (2000) "Evaluation of an integrated curriculum using problem-based learning in a clinical environment: the Manchester experience" *Medical Education* 34: 222-230.
- Papa FJ, Harasym PH.** (1999) "Medical curriculum reform in North America, 1765 to the present: a cognitive science perspective" *Academic Medicine* 74: 154-164.
- Pauli HG** (2000 a) "Medical education, research and scientific thinking in the 21st century (part one of three)" *Education for Health: Change in Training & Practice* 13: 15-25.
- Pauli HG, White KL, McWhinney IR.** (2000 b) "Medical education, research and scientific thinking in the 21st century (part two of three)" *Education for Health: Change in Training & Practice* 13: 165-172.
- Pauli HG, White KL, McWhinney IR.** (2000 c) "Medical education, research and scientific thinking in the 21st century (part three of three)" *Education for Health: Change in Training & Practice* 13: 173-186.
- Remmen R, Derese A, Scherpbier A, Denekens J, Hermann I, Vleuten C, Royen PV, Bossaert L.** (1999) "Can medical students rely on clerkships to train students in basic clinical skills?" *Medical Education* 33: 600-605.
- Remmen R, Scherpbier A, Vleuten C, Denekens J, Derese A, Hermann I, Hoogenboom R, Kramer A, Rossum HV, Royen PV, Bossaert L.** (2001) "Effectiveness of basic clinical skills training programmes: a cross-sectional comparison of four medical schools" *Medical Education* 35: 121-128.
- Rosch PJ.** (1998) "Integrative thinking: the essence of good medical education and practice" *Integrative Physiological & Behavioral Science* 33: 141-150.
- Sachdeva AK.** (2000) "Faculty development and support needed to integrate the learning of prevention in the curricula of medical schools" *Academic Medicine* 75 (7 Suppl): 35-42.
- Schmidt H.** (1998) "Integrating the teaching of basic sciences, clinical sciences and biopsychosocial issues" *Academic Medicine* 73 (9 Suppl): 24-31.
- Spencer JA, Jordan RK.** (1999) "Learner centred approaches in medical education" *British Medical Journal* 318: 1280-1283.
- "Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum"** (1998) *Journal of Medical Ethics* 24: 188-192.
- Weeks WB, Robinson JL, Brooks WB, Batalden PB.** (2000) "Using early clinical experiences to integrate quality-improvement learning into medical education" *Academic Medicine* 75: 81-84.
- Whitcomb ME, Anderson MB.** (1999) "Transformation of medical student's education: work in progress and continuing challenges" *Academic Medicine* 74: 1076-1079.
- Woloschuk W, Harasym P, Mandin H, Jones A.** (2000) "Use of scheme-based problem solving: an evaluation of the implementation and utilization of schemes in a clinical presentation curriculum" *Medical Education* 34: 437-442.
- Woolfolk AE.** (1995) "Educational Psychology" 6th Ed., Boston: Allyn & Bacon