

DOSYA/DERLEME**TOPLUMA YÖNELİK - TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİ NEDEN ve NASIL?***Feride B. SAÇAKLIOĞLU*, Meral TÜRK*****GİRİŞ**

Topluma yönelik ya da topluma dayalı tıp eğitimi kavramı; sağlık alanında var olan eşitsizliklerin kabul edilemez olduklarından hareketle, bu eşitsizliklerin aşılmasında tıp eğitiminin de bir rolü olabileceği düşüncesinden yola çıkmaktadır. Topluma dayalı tıp eğitimi sağlık çalışanlarının, kendi ülkelerinin koşullarına uygun olarak yetiştirilmelerini hedefleyen bir eğitim yaklaşımıdır. Ülke koşullarına uygunluk, iki boyutu kapsamaktadır; müfredatın ülkenin öncelikli sağlık sorunlarını kapsaması "topluma yönelik tıp eğitimi" ve uygulamanın ülkenin birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarını da içine alması "topluma dayalı tıp eğitimi". Topluma dayalı tıp eğitimi kavramı özünde politik bir kavramdır. Sağlık çalışanlarının eğitiminin, salt eğitim yöntemlerine ve tekniklerine indirgenerek "sterileştirildiği", yöntem ve teknik tartışmalarının içeriğinin önüne geçebildiği bir süreçte, üniversitelere toplumsal sorumluluklarını ve rollerini hatırlatmaktadır.

NASIL BİR SÜREÇ BİZİ TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİNİ TARTIŞMAYA GETİRDİ?

Tıp eğitiminin tarihine bakıldığında üç temel dönem ayırılmaktadır. Bunlardan birincisi, 1910 yılına dek süren çıraklık modeli ya da Flexner öncesi dönem olarak adlandırılır. Flexner dönemi, (1910- 1970) eğitime biyomedikal yaklaşımın uygulandığı dönemdir. Yakın zamanda ise topluma yönelik tıp eğitimi yeni bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır (Magzoub, 1994)

1910 yılında Flexner, çıraklık modelinin nitelikli hekimler yetiştirilebilmesi için yeterli olmadığını, eğitimin içeriğindeki bilimsel bilginin ve tıbbi uygulamaların artırılması gerektiğini vurgulayan ünlü raporunu

* Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı

** Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

yayınlanmıştır. Flexner modeli sağlık sorunlarına katkı, disiplin tabanlı bir yaklaşımı öngörür ve var olan bilginin aktarılması esasına dayanır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çok yaygın olarak benimsenen bu yaklaşım uzun yıllar boyunca uygulanmış, ülkemizde verilen tıp eğitiminde de bu yaklaşım benimsenmiştir. Eğitimin tamamına yakın bir bölümünün sınıflarda, laboratuvarlarda ve üçüncü basamak hastanelerde yapıldığı bu sistemde, sonuç olarak mezun olan hekimler içinde yaşadıkları toplumun sorunlarını bilmeden yetişmekte ve gerçekte mesleklerini yürütecekleri koşullara hazırlanmadan mezun olmaktadır.

Ancak değişim kaçınılmazdı, 1970'li yılların başında, gelişmekte olan ülkelerdeki bazı tıp fakülteleri, yerel toplumların gereksinimlerini karşılayacak bir tıp eğitimi modeli üzerinde çalışmaya başladılar. Temel sorun "tıp eğitiminin toplumun gereksinimlerine ne kadar karşılık geldiği" idi. 1978 yılında Almaata deklarasyonu ile Temel Sağlık Hizmetleri kavramı tanımlandı (WHO, 1978). Öte yandan insan hakları hareketi, sağlığın da içinde olduğu bir yelpazede eşit haklar için mücadele etmekteydi (White, 1983). Nicelik ve nitelik açısından sağlık insan gücünün, ulusal sağlık sisteminin özgün gereksinimlerine ve toplumun sağlık gereksinimlerine ve taleplerine yanıt verebilecek biçimde planlanması önerilmekteydi (Fülöp, 1985). Dünya Sağlık Örgütü'nün bir çalışma grubunun raporunda sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizliklerin olduğu belirtilmekte, sınıf, yaş, etnik kökeni ne olursa olsun sağlık hizmetlerinden eşitlikçi bir biçimde yararlanmayı sağlayacak girişimlerin hükümetlerce yapılması gerektiği vurgulanmaktaydı (WHO, 1987).

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonunun 1988 yılındaki Edinburgh konferansından sonra yayınlanan bildirmede tıp eğitimine ilişkin çok temel saptamalar ve öneriler arasında:

"..Eğitimin verildiği alanın genişletilmesi ve hastane dışına çıkartılması, müfredatın toplumların sağlık önceliklerini yansıtması.." yer almaktaydı (Edinburgh, 1988).

Dünya genelinde sağlık hizmetlerine ulaşmada ciddi eşitsizlikler söz konusudur. Gereksinim duyduğunda bir hekime ulaşamayanların oranı % 60 civarındadır (Schmidt, ve ark.,2000). Tıp fakültelerinden mezun olan hekimler, özel hekimlik yapabilecekleri, yeterli teknik olanaklara sahip yerlerde çalışmaya, uzmanlaşmaya yönelmektedirler. Üçüncü basamak hastanelerinde yetişen öğrenciler, birinci ve ikinci basamakta karşılaşacakları koşullara ve sorunlara hazırlıksız mezun olmaktadır. Öte yandan tıp fakültelerinin hizmet verdikleri toplumlara karşı bir sorumluluklarının olduğu kuşkusuzdur. Pek çok akademik kuruluşun bu sorumluluklarını yerine getirmede yetersiz kaldıkları, toplumdaki sağlık sorunlarını bir "eğitim materyali" olarak algıladıkları, toplumun sağlık düzeyini geliştirmede yeterli katkıda bulunmadıkları yönünde eleştiriler vardır (Glick ve ark. 2000). Topluma yönelik topluma dayalı tıp eğitimi kavramı kısaca özetlenen bu süreç sonucunda gündeme gelmiştir.

KAVRAMLARI TANIMLAMAKTA YARAR VAR

Topluma yönelik tıp eğitimi ile topluma dayalı tıp eğitimi farklı kavramlar mıdır? Kavramların net bir biçimde tanımlanması tartışmayı kolaylaştırıcaktır. DSÖ çalışma grubu "Bir eğitim programı ya da müfredat eğer eğitimin tüm sürecinde, farklı eğitim ortamlarını dengeli bir biçimde kullanıyorsa TOPLUMA YÖNELİK ya da TOPLUMA DAYALI olarak tanımlanabilir" (WHO, 1987) demektedir. Ancak zaman içinde bu iki kavramın daha net bir biçimde tanımlandığını ve ayrıştığını görüyoruz.

Topluma Yönelik Tıp Eğitimi

Temel Sağlık Hizmetleri kavramı sağlık sistemi için ne anlam ifade ediyorsa, Topluma Yönelik Tıp Eğitimi (TYTE) kavramı da tıp eğitimi için o anlama gelmektedir. Topluma yönelik eğitim, sağlık çalışanlarının eğitiminde toplumun sağlık gereksinimlerini göz önünde bulundurarak, hem bireyleri hem de nüfus gruplarını hedef almaktır. (Network of Community Oriented Education, 1979)

TYTE, müfredatın, eğitimin verildiği ülkenin öncelikli sağlık sorunları ile uyumlu olmasını öngörür. Amacı, birinci, ikinci, üçüncü basamakta toplumun sağlık sorunlarına etkin bir biçimde müdahale edebilen hekimler yetiştirmektir. Amaç hiçbir zaman halk sağlığı uzmanları, ya da yeni bir çeşit hekim yetiştirmek değildir, hekimin içinde yetiştiği ve hizmet verdiği toplumun gereksinimlerine karşılık verebilmesini sağlamaktır. TYTE tüm hekimlerin yaşamları boyunca genel pratisyen olarak kalmalarını, sadece kırsal alanda hizmet vermelerini hedeflememektedir. Hekimlerin çalıştıkları alan ne olursa olsun, ister araştırmacı olsunlar, ister farklı dallarda uzmanlaşsınlar, ister genel pratisyen olarak çalışsınlar, topluma yönelik bir bakış açılarının olmasının önemi vurgulanmaktadır. Bu yaklaşım, bir genel cerrahın guatr

olgularıyla karşılaştığında; "Bütün bu olgular nereden geliyor?" sorusunu sormasını sağlamalıdır. Böylece hekim, sorun çıktıkça hizmet veren biri değil, sorunun kaynağını araştıran ve çözüm üretmeye çalışan birisi olacaktır.

TYTE bir başka bakış açısıyla hastalık yönelimli hekim yetiştirme anlayışından, sağlık yönelimli hekim yetiştirme anlayışına da bir dönüşümü sağlamaktadır (Jonas, 1981).

Topluma Dayalı Tıp Eğitimi

Topluma Dayalı Tıp Eğitimi (TDTE) öğrenme etkinliklerinin gerçekleştiği yerin toplum ve toplumun sağlık hizmetinden yararlandığı birimler olmasıdır. TDTE'de toplumdaki bir öğrenme ortamı olarak yaygın olarak yararlanılır ve sadece öğrenciler değil, öğretim üyeleri, toplumun bireyleri, farklı sektörlerin temsilcileri de bu eğitim deneyimine katılırlar.

TDTE sınıfın dışında gerçekleştirilen öğrenme etkinliklerini kapsar. Öğrenmeye, öğrenme araçlarına ve programın değerlendirilmesine farklı bir yaklaşım gerektirir. TDTE verebilmek üniversitenin denetimi dışındaki kurumlarla iyi bir işbirliği gerektirir. Her program yerel koşullara ve kendine özgüdür, bir yerde geliştirilmiş bir programı alıp bir başka yerde aynen uygulamak olanaksız ve yanlıştır.

TDTE Halk Sağlığı Anabilim Dallarının alan uygulamalarıyla eş anlamlı kabul edilmemelidir. Halk Sağlığı Anabilim Daları anahtar bir rol oynasalar da, TDTE tüm tıp fakültesinin, hatta tıp fakültesi dışındaki kuruluşların da sorumluluğu olarak algılanmalıdır. Programın sürekliliğini sağlayabilmek için bu çoğul sorumluluk yaşamsal önem taşımaktadır.

Öte yandan konunun çok önemli bir başka boyutu daha vardır; TDTE veren bir kurum, toplumu öğrencilerini eğitecek bir laboratuvar ya da veri toplanacak bir ortam olarak görmemelidir. TDTE içinde yaşanan topluma da eğitim sürecinin sonunda olumlu değişimler, çıktılar sağlamalıdır (Magzoub, ve ark. 2000). TDTE "turistik alan gezileri" olarak algılanmamalı, tek amacın eğitim olduğu, süreklilik kaygısı taşımayan, topluma yarar hedefi gütmeyen etkinlikler olmamasına özen gösterilmelidir (Hamad, 2000). TDTE ile ilgili literatürde sıklıkla dile getirilen "toplumun eğitim amacıyla kullanılması" ifadesi de, hiç kuşkusuz talihsiz ve yanlıştır bir ifadedir.

TYTE VE TDTE AYRI DÜNYALAR MI?

TDTE toplumun önceliklerini hedefleyen bir müfredatın yani TYTE'nin uygulanması olarak da tanımlanmaktadır. Ancak dünyadaki farklı uygulamalara bakıldığında, Hartum (Sudan) Tıp Fakültesinde olduğu gibi, topluma yönelik olmayan bir müfredatın toplum içinde uygulandığı örneklere de, Newcastle (Avustralya) ve Maastricht (Hollanda) Tıp Fakültelerinde olduğu gibi topluma yönelik bir müfredatın farklı yöntemlerle, ağırlıklı olarak üçüncü basamak hastanede yürütüldüğü örneklere de rastlanabilmektedir. Bir fakültenin müfredatının

topluma yönelik olmadan uygulamaların toplumun içinde gerçekleştiriliyor olması çok tehlikelidir. Çünkü böylesi bir fakülte, belki de içinde bulunduğu toplumu sadece bir öğrenme laboratuvarı olarak kullanıyordur (Feletti, 1995).

Geleneksel bir müfredatın içine birkaç tane birinci basamakta hasta problemi eklenince, müfredatın "topluma yönelik" hale gelmesi söz konusu değildir. Benzer bir biçimde topluma yönelik bir müfredat da birkaç yerel sağlık kurumu ziyareti, ya da toplum gezisi ile topluma dayalı bir yapı kazanmayacaktır. Topluma yönelik eğitim "toplumun diğer yansı nasıl yaşıyor" sorusunu soran, farklı bir düşünme biçimidir. Ulaşılması gereken hedef toplumun öncelikli sağlık sorunlarını kapsayan bir müfredatın toplumun içinde yürütülmesidir.

"Maastricht Deneyimi"

Maastricht Tıp Fakültesi'nde probleme dayalı eğitim; multidisipliner yaklaşımla, küçük gruplarda danışman eşliğinde kendi kendine öğrenmenin özendirildiği, beceri ve tutum eğitiminin verildiği, gelişim testi üzerinden bilgi değerlendirilmesinin yapıldığı ve sağlık hizmetleriyle erken temas ve temel sağlık hizmetlerine uyumun amaçlandığı bir süreçtir. Eğitim ve araştırmanın toplumun görüşlerini, sağlık gereksinimlerini yansıtmaya gerektiğinden hareketle, Hollanda özelinde yaşlıların sağlık sorunları öne çıkarılmış, ev bakımı, birinci basamakta hasta izlemi ve teknoloji kullanımına ağırlık verilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verileri ile müfredat analizi sonuçlarını karşılaştırarak oluşturdukları bir dizi program aracılığıyla topluma yönelik müfredatı, topluma dayalı uygulamalarla yaşama geçirmektedirler. Program Fakülte, Genel Pratisyenlik departmanı ve bölgedeki genel pratisyenlerin katkılarıyla yürümektedir. Amaç birinci ve ikinci basamakta karşılaşılan sağlık sorunlarının farkında olan hekimler yetiştirmektir."

TOPLUMA YÖNELİK BİR MÜFREDAT İÇİN ÖNCELİKLİ SAĞLIK SORUNLARININ BELİRLENMESİ OLANAKLI MIDIR?

Sağlık çalışanı yetiştiren eğitim kurumlarının hizmet verdikleri toplumun temel sağlık sorunlarını, bu sorunların önceliğini bilimsel temellere dayanacak biçimde belirleyebilmesi çok önemlidir. Öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesinde izlenecek temel yol üç aşamadan oluşmaktadır:

1. Belirli bir bölgede ya da ülkede, belirli bir zaman diliminde görülen sağlık sorunlarını saptayıp listelemek,
2. Bu sağlık sorunlarının çözümünde hizmet veren sağlık çalışanları ile her bir sorun için bir değerlendirme yapmak,
3. Yapılan bu değerlendirmeler ışığında müfredat önerisi geliştirmek.

Bu üç temel aşamanın gerçekleştirilmesinde, ülkeler ya da farklı fakülteler değişik yollar izlemektedir. Birinci aşama gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklı

yöntemlerle gerçekleştirilmektedir. Gelişmiş ülkeler güvenilir bir sağlık kayıt sistemine sahip oldukları için, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin bir yıllık kayıtları, belirli bir bölgedeki sağlık sorunlarını listelemek için kullanılabilir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde kayıtların yetersiz olması, bu aşamanın alan araştırmaları ile desteklenmesini gerektirmektedir.

İkinci aşama bu listelerin ışığında sağlık sorunlarının öncelikli olup olmadıklarına, dolayısıyla müfredatta yer alıp almamalarına karar vermektir. Bu konudaki araştırmalara öncülük eden bir çalışma, 1984 yılında Mc Master üniversitesinde yaşama geçirilmiştir (MacDonald ve ark., 1989). Bu çalışmada sağlık sorunlarının öncelikli olup olmadıklarını belirlemek için sekiz temel ölçüt ele alınmıştır. Değerlendirmeye alınan ölçütler şunlardır:

1. Sağlık sorununun şiddeti; bu amaçla insidans ya da prevalans değerlendirmeye alınmaktadır.
2. Olgu fatalitesi.
3. Sağlık sorununun yaşam kalitesine olan etkisi.
4. Bu sağlık sorununun ne kadar iş-güçten kalmaya yol açtığı.
5. Aciliyet; müdahale edilene dek geçebilecek sürenin ne olduğu.
6. Korunabilirlik; bu sağlık sorunundan korunmaya yönelik bir yöntem var mı?
7. Tanı; bu sağlık sorununa tanı koyabilecek bir yöntem var mı?
8. Tedavi; bu sağlık sorununa yönelik bir tedavi programı var mı?

Yazarlar yukarıda açıklanan sekiz başlığı değerlendirmek için bir puanlama sistemi geliştirmişler ve her başlığa yapılandırılmış değerlendirme ölçütlerine göre sıfır ile iki arasında bir puan vermişlerdir. Sekiz başlıktan alınan puanların toplamı, sağlık sorununun öncelik skorunu vermektedir.

Daha sonra 1990 yılında Mısır'daki Süveyş Kanalı Üniversitesi'nde bu ölçütlere sağlık sorununun sosyal ve ekonomik etkisi, bu soruna yönelik ulusal bir programın olup olmaması, ilerde salgına yol açabilecek bir sorun olup olmaması, sakatlığa yol açıp açmadığı gibi ölçütler de eklenmiştir.

İkinci aşamada, ilgili sağlık sorununun tedavisinde görev alan birinci basamak hekimleri, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan uzmanlardan oluşan ekiplerin, bu ölçütleri kıstas alan değerlendirmeler yapmaları sağlanmakta, bu amaçla Delphi tekniği benzeri kalitatif araştırma teknikleri kullanılmaktadır.

Öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesinde üçüncü aşama ise, bu verilerden yola çıkarak müfredatın geliştirilmesidir. Burada hem ikinci aşamada yapılan değerlendirme, hem de sağlık sorununun eğitim açısından

prototip değeri, klinik mantığı ve disiplinler arası katkıya uygun olup olmaması ölçüt alınmaktadır. Mac Master (Kanada), Süveyş Kanalı (Mısır), Havana (Küba), Ilorin (Nijerya), Chulalongkorn (Tayland), New Castle (Avustralya), Maastricht (Hollanda) Tıp Fakülteleri benzer yöntemlerle toplumlarının öncelikli sağlık sorunlarını belirlemişler ve müfredatı bu önceliklere göre düzenlemişlerdir. Sevindirici olan, gelişmekte olan ülkelerde de bu işin yapılabilmiş olmasıdır.

NEDEN TOPLUMA YÖNELİK-TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİ?

Herhangi bir ülkede tıp eğitiminde en yüksek standart yerel gereksinimlere en iyi yanıt verebilmesidir (**Ramalingaswami, 1987**). TDTE'nin de içinde bulunulan topluma, öğrencilere, eğitimi veren fakülteye olumlu katkıları olacaktır.

1. Hizmet sunumundaki eşitsizliklerin çözümlenmesine katkıda bulunmak (**Harris, 1982; Erney, 1991; Magnus&Tollan 1993**).

TDTE'nin sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizliğin ortadan kaldırılmasına katkıda bulunacağı, toplumun içinde eğitim alan hekimlerin bu toplumlara hizmet etmeye yöneleceği, hizmetin yetersiz olduğu bölgelerde çalışmaya gönüllü olmaları öne sürülmektedir (**Harris, 1982, Erney, 1991, Magnus&Tollan 1993**). Meksika Ulusal Otonom Üniversitesi, Michigan Eyalet Üniversitesi, Filipinler Üniversitesi ve New Mexico Tıp Fakültelerinden mezun olanların daha çok genel pratisyenlik, aile hekimliği tercih ettiği bildirilmiştir (**Kantrowitz, 1987**).

2. Öğrencileri gelecekteki meslek yaşamlarında çalışacakları koşullarda yetiştirmek (**Schmidt 1983**)

Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler giderek hastanede geçen sürenin azaldığını, hasta yataklarındaki sirkülasyonun hızlı olduğunu gösteriyor. Hekimler mesleki yaşamlarında giderek daha fazla toplum içinde hasta ile temas etmek durumunda kalacaklar (**Booton, 1992, Murray et al, 1995, Oswald et al, 1995**). Bu nedenle öğrencileri gelecekte çalışacakları koşullara hazırlamak önemli. Öte yandan yapılan farklı çalışmalardan elde edilen veriler, TDTE ile yetişen hekimlerin, sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu bölgelerde çalışmaya hazırlıklı olduğunu göstermiş (**Magnus&Tollan, 1993 ; Blumenthal, 1996; Kumpusalo, 1996**). 3. Liderlik, ekip çalışması, toplumla iletişim becerileri kazandırmak (**Magzoub, 1994**).

4. Farklı sağlık çalışanlarının ekip içindeki rollerinin öğrenilmesi (**Magzoub, 1992**).

5. Sağlık hizmetlerine multidisipliner ve bütünlükçü bir bakış sağlamak (**Hamad, 1982**).

6. Alan çalışmaları aracılığıyla öncelikli sağlık sorunlarına göre müfredatın güncellenmesi (**Neufeld, 1989**).

7. Toplum, üniversite ve hükümet arasında işbirliği zemini oluşturma.

"Christian Medical College Deneyimi

Hindistan'ın Vellore kentinde yer alan Christian Medical College topluma yönelik ve topluma dayalı tıp eğitimi veren önemli okullardan biridir. Güney Asya için her koşulda çalışabilecek ve tıbbi görevlerini kısıtlı koşullarda gerçekleştirebilecek hekimler yetiştirmeyi hedeflemektedir. Okul topluma yönelik ve topluma dayalı tıp eğitimi için birçok program geliştirmiştir. Bunlardan biri Toplum Sağlığı ve Gelişimi programıdır. Bu programın amacı toplumun kendi sağlığına ilişkin bilincini geliştirmeyi ve öğrencilerin kırsal bölgedeki sağlık sorunlarının farkına varmalarını sağlayarak, mezun olduklarında daha fazla sosyal sorumluluk üstlenmeleri yönünde tutum kazandırmayı hedeflemektedir. Yürütülen Toplum Sağlığı ve Gelişimi programıyla sağlık göstergelerinde belirli bir iyileşme sağlandıktan sonra, daha ileri iyileşmenin ancak sosyoekonomik kalkınma ile olanaklı olacağı belirtilmekte ve eşgüdümlü toplum kalkınması projeleri de yürütülmektedir (**Mendis, 2001**).

TOPLUMA DAYALI EĞİTİM PROGRAMLARINI NASIL SINIFLAMALI?

TDTE programlarını üç temel başlık altında irdelemek olasıdır.

1. Hizmet yönelimli programlar

Bu başlık altındaki programlar öğrenciler ve çalışanlar aracılığıyla hizmet vermeye odaklanmıştır. Hizmet denince, birinci basamakta sunulan sınırlı sağlık hizmetlerinden, toplumun harekete geçirildiği toplum kalkınma programlarına dek uzanan bir yelpazedeki hizmetler ele alınmaktadır. Bu başlık altındaki hemen hemen tüm programlar gelişmekte olan ülkelerde sürdürülmektedir.

2. Araştırma yönelimli programlar

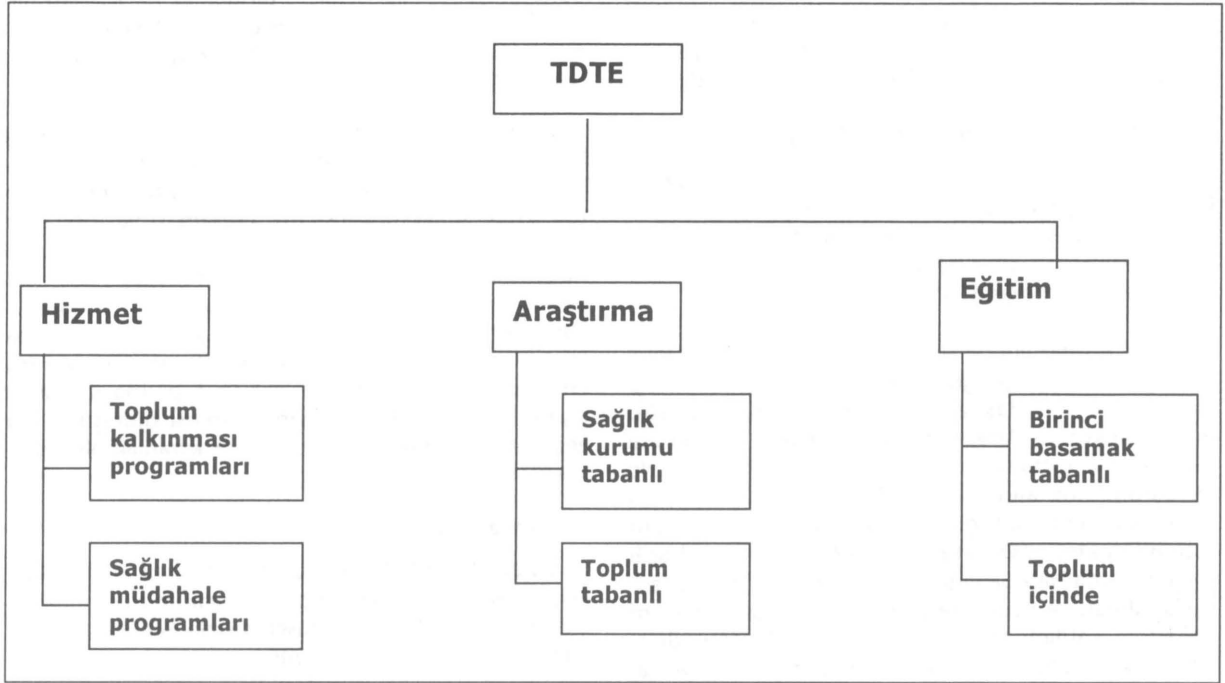
Bu başlık altında öğrenciler ve fakülte çalışanlarının toplumun sağlık sorunları üzerinde çalıştığı programlar yer almaktadır. Araştırmaların amacı sözcüğü, sağlık hizmetlerinin sunulmasında ortaya çıkan bir sorunu saptamak ve çözüm geliştirmek, karar oluşturmaktır. Bu başlık altındaki programların büyük çoğunluğu gelişmiş ülkelerde sürdürülmektedir.

3. Eğitim odaklı programlar

Bu başlık altındaki programlar toplum içindeki birinci basamak sağlık kurumu, tanımlanmış bir nüfus grubu ya da bir işyeri gibi ortamlarda öğrenci eğitimine odaklanmıştır. Bu programların temel amacı hizmetten yararlanamayan bölgelerde çalışacak hekim yetiştirmektir. Bu başlık altındaki programlar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sürdürülmektedir.

TDTE programlarını bu üç başlık altında bazı alt başlıklara da ayırmak olasıdır. Şekilde TDTE programlarının ayrıntılı sınıflandırılması verilmiştir.

Şekil TDTE Programlarının Sınıflandırılması (Magzoub, 1994)



TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİNDE NE TÜR ÖĞRENME ETKİNLİKLERİ GERÇEKLEŞTİRİLEBİLİR?

DSÖ toplum içinde dört tip öğrenme etkinliğinden söz etmektedir (WHO, 1987). Burada bu sınıflama kullanılacaktır.

1. Temel Sağlık Hizmetleri Kurumlarında Eğitim
 - Birinci basamak sağlık kuruluşları
 - Bölge hastaneleri
2. Toplum araştırmaları ve ilgili projeler
 - Hizmet verilecek toplumu tanıma
3. Aile Bakım Programları
 - Aile ziyaretleri
 - Aileye hastanede ya da sağlık ocağında eşlik etme
4. Tanımlanmış Bir Toplumda Toplum Kalkınması İçin Çalışma
 - Öğrenciler multiprofesyonel ve sektörler arası ekiplerde çalışırlar

ZAMANLAMA NASIL OLMALI?

TDTE'de zamanlama denince iki boyut akla gelmektedir. Birincisi öğrenciler ilk toplumsal deneyimlerini ne zaman yaşamalı? İkincisi ise bu deneyim bir defaya özgü mü olmalı yoksa müfredat içinde süreklilik mi taşımalı? Bir başka deyişle müfredat içinde ne kadar bir yer kaplamalı?

TDTE tüm eğitim boyunca diğer öğrenme etkinlikleri ile dengelenmeli ve toplumla ilk temas olabildiğince erken dönemde gerçekleşmelidir. Toplum içindeki öğrenme etkinliklerine ayrılan zaman söz konusu olduğunda, TDTE veren kurumların ayırdığı zamanın %5 ile %50 arasında

değiştirdiği gözlenmektedir. Bazı yazarlar TDTE'nin kalitesinin bu zamanla paralel olarak arttığını öne sürmektedir (Magnus, 1993). Yine toplumla erken temasın ve toplumda geçirilen sürenin uzunluğunun geleneksel tip eğitimine kıyasla, öğrencilere farklı sağlık çalışanları ile daha fazla birlikte olma şansı tanıdığı bildirilmektedir (Abdel Rahim, 1992).

"Gezira Deneyimi"

Sudan'da öğrenci merkezli, entegre, topluma yönelik eğitim veren Gezira Tıp Fakültesi'nde topluma dayalı tip eğitimi yaklaşımı tüm eğitim sürecini uzunlamasına kapsamaktadır. Öğrenciler ilk yıl farklı kalkınma düzeylerindeki birer köyle eşleştirilmekte ve bu köyleri süreç içinde izlemekte, veri toplamaktadırlar. Öğrenciler önce gözlemci, sonra hizmet sunumunda yardımcı, daha sonra ise doğrudan klinik değerlendirmeyi yapıp tedaviyi yönlendirmektedirler. TDTE etkinlikleri sadece Halk Sağlığı'nın değil tüm ilgili klinik dalların katılımı ile gerçekleştirilmektedir. İlk günden itibaren öğrencilerle topluma dayalı tip eğitiminin felsefesi tartışılmaktadır. Tüm süreç boyunca tıp dışı farklı disiplinlerden de programın yürütülmesi için danışmanlık ve destek alınmaktadır (Mendis, 2001)".

TDTE ETKİNLİKLERİNE ÖĞRENCİLERİN KATILIMI NE DÜZEYDE?

TDTE etkinliklerine öğrencilerin etkin bir biçimde katılmaları, gerçek yaşamın içinde deneyim kazanmaları çok önemlidir. Konu ile ilgili yayınlar incelendiğinde dört düzeyde öğrenci katılımının söz konusu olduğu görülmektedir. Birinci düzeyde, fakültenin fabrika gibi yerlere düzenlediği gezilerde öğrencilerin gözlemci olduğu

izlenmektedir. İkinci düzeyde öğrencilerin, fakültenin yürüttüğü projelerde veri toplayan kişi olarak toplumla temas etmesi söz konusudur. Üçüncü düzeyde öğrenci sağlık hizmeti sunan birisidir, dördüncü düzeyde ise toplum kalkınması çalışanı olarak işlev görmektedir.

YA ÜNİVERSİTENİN KATILIM DÜZEYİ?

Üniversitenin katılımı teknik bir katkıyı içerebilir. Bunun içinde proje tasarımı, planlama ve program önerisi geliştirme gibi etkinlikler yer almaktadır. Ya da öğrencilerin masraflarının karşılanması, projelere maddi destek sağlanması gibi parasal katkıda bulunur.

TDTE etkinliklerinde sorumluluğun nasıl paylaşıldığı da önemlidir. Bu tip eğitim veren kurumlarda dört tip sorumluluk paylaşımının söz konusu olduğu gözlenmektedir. Anabilim Dalı, Fakülte, Üniversite düzeyinde ve ortak sorumluluk. Anabilim Dalı düzeyinde bir sorumluluk alınması söz konusu olduğunda bu genellikle Halk Sağlığı Anabilim Dalları tarafından üstlenilmektedir (Omatara, 1992). Fakülte tabanlı programlarda Halk Sağlığı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dallarının katılımı söz konusu olmaktadır (Ajyedun, 1992). Üniversite düzeyinde bir program yürütülüyorsa, tıp fakültesi dışında, ziraat, iktisat gibi fakültelerin devreye girdiği izlenmektedir (Hamad, 1982). TDTE programları üniversitenin hükümet ve toplum temsilcileri ile işbirliği yaptığı koşullarda daha başarılı olmaktadır (Nooman, 1990). Süreklilik arzetmeyen programların genellikle birkaç gönüllü tarafından başlatıldığı izlenmektedir (Jinadu, 1992).

"Küba Deneyimi:

1982 yılında gerçekleştirilen tıp eğitimi reformu sonrasında Halk Sağlığı Bakanlığı tıp eğitiminin amacının genel pratisyen yetiştirmek olduğunu belirlemiştir. Küba'da 21 tıp fakültesinin 14'ü bölgesel temelde kurulmuştur. Tüm fakültelerin bir bağlantılı hastanesi bulunmaktadır. Küba'da tıp eğitimi topluma yönelik ve topluma dayalıdır. Amaç kentsel ve kırsal bölgelere yeterli hekim sağlayabilmektir. Belirlenen öncelikli sağlık sorunları listelenerek öğrenim hedeflerine dönüştürülmüştür. Topluma yönelik müfredat 286 sağlık sorununun ve 760 becerinin öğrenilmesini hedeflemektedir. İki yıllık temel tıp eğitiminin ardından dört yıllık klinik eğitimin tamamına yakın bölümü toplum içindeki ayaktan tedavi birimlerinde gerçekleştirilmektedir. Araştırma toplumun sosyal, epidemiyolojik ve klinik gereksinimlerine odaklanmıştır ve müfredatın güncelleştirilmesinde kullanılmaktadır. Sağlık sistemi ile tıp eğitimi arasında gerçek bir entegrasyon vardır (Gomez ve ark., 2001)".

SONSÖZ

Kamu sağlık hizmetlerine ayrılan payın giderek kısıtlanması, üniversitelerin gelirlerinin önemli bir kısmını döner sermaye gelirlerinin oluşturması, her kurumun kendi başının çaresine bakmaya zorlanması, büyük sağlık işletmelerine dönüşmüş ve giderek fiilen özelleştirilmiş

olan üçüncü basamak üniversite hastanelerinin içinde bulunduğu çıkmaz, verili ve tartışılmaz bir kavram gibi sunulmaktadır. Üniversiteler, özelde tıp fakülteleri, en kısa zamanda toplumsal sorumluluklarını tartışmaya başlamalıdır.

Öğrenmeye yaklaşım nasıl olursa olsun, eğitimde hangi teknikler ve eğitim yöntemleri kullanılırsa kullanılsın, öğrenci sayısı kaç olursa olsun, müfredatın toplumun sağlık önceliklerini kapsamı ve toplumun sağlık hizmeti aldığı tüm kurumların eğitim amacıyla değerlendirilmesi yaşamsal önem taşımaktadır. Hekimlerin yaklaşık olarak % 90'ının çalışacağı birinci basamak kurumlarda eğitimin yürütülmesi, mezuniyet sonrası tercihlerini ve çalışma motivasyonlarını olumlu etkileyecektir. Topluma yönelik ve topluma dayalı tıp eğitiminin, temel bir eğitim felsefesi olduğunu, tıp eğitiminde politik bir tavır alış, bir kararlılık olduğunu unutmamak gerekir.

KAYNAKLAR

Abdelrahim, I.M., Mustafa, A.E., Ahmed, B.O., (1992) Performance evaluation of graduates from a community-based Curriculum: The Housemanship Period at Gezira. *Medical Education*, 26, 233-240.

Ajyedun, B.A., (1992) Community Based Experience and Service (COBES) Programme. *Annals of Community Oriented Education*, 5, 61-68.

Blumenthal, D.S., (1990) The Area Health Education Centre: A Model of Community-based Health Sciences Education. *Annals of Community Oriented Education*, 3, 85-90.

Boon, P., *Teaching General Medicine in General Practice*. In: (1992) A. Towle (Ed.) *Sharing Ideas*. 1: Community-based Teaching. London: King's Fund Centre.

Crebolder, H.F.J.M., (1994) *Metsemakers, J.F.M., General Practice, Medical Education and Community-based Teaching: The Maastricht Experience*. *Annals of Community Oriented Education*, 7, 121-129.

Erney, S.L., Allen, D.L., (1991) Effect of a Year Long Primary Care Clerkship on Graduate Selection of Family Practice Residencies. *Academic Medicine*, 66, 234-236.

Feletti, G., Oneha, M., Tse, A., (1994) *Accountability in Learning and Teaching: Principles and Perspectives from an Academic-Community Partnership for Health in Hawaii*. In *Trends in Health Education*, Wellington Polytechnic, Wellington, New Zealand, June 30.

Fülöp, T., *Health Personnel for Tomorrow: (1985) The Great Challenge of the Health for All Movement*. WHO, WRP/HMD/INF, 4.4. Regional Office for the Western Pacific. 27 March.

Glick, S.Pryw *And Health Professions Education in Handbook of Community Oriented Education: Theory and Practices*, Network Publications, Maastricht.

Gomez,R., Urbina, C.E., (2001) The Cuban System of Medical Education, in *Addressing the needs of People: Best Practices in Community-Oriented Health Professions Education*, Ed. Richards R.W, Sayad J, Network Publications, Maastricht.

Hamad, B. (1982) Interdisciplinary Field Training Research and Rural Development Programme. *Medical Education*, 16, 105-107.

Hamad, B. (2000) "What is Community Based Education? Evolution, Definition and Rationale" in *Handbook of Community Oriented Education: Theory and Practices*, Network Publications, Maastricht.

Harris, D.L, Coleman, (1982) M., Impact of Participation in a Family Practice Track Program on Student Career Decisions. *Journal of Medical Education*, 57, 609-614.

Jinadu, K.M. (1992) Model of experiential community-based education for health care professionals: implications for developing countries. *Annals of Community-Oriented Education* 5, 19-26.

Jonas,S.,(1981) Health-oriented Physician Education, *Preventive Medicine*, 10, 700-709.

Kantrowitz, M., Kaufman, A., Mennin, S., Fülöp, T., Guilbert, J.J., (1987) Innovative Tracks at established institutions for the education of health personnel, WHO, Geneva.

Kumpusalo,E., Neittaanmaki,I., Virjo,I., Mattila,K., Kujala,S., Luhtala, R., Halila,H., Isokoski,M., (1996) Relevance of Medical Education to Professional Needs of Doctors in Community-Oriented and Traditional Medical Schools. *Education for Health*, 9, 167-178.

MacDonald, P.J., Chong, J.P., Chongtrakul, P., Neufeld, V., Tugwell, P., Chambers, L.W., Pickering, R.J., Oates, M.J.(1989) Setting Educational Priorities for Learning the Concepts of Population Health, *Medical Education*, 23, 429-439.

Magnus, J.H., Tollan,A., (1993) Institute of Clinical Medicine, Rural Doctor Recruitment: Does Medical Education in Rural Districts Recruit Doctors to Rural Areas?. *Medical Education*, 27, 250-253.

Magzoub, M.E. (1994) Studies in Community Based Education, Maastricht.

Magzoub, M. Schmidt, H. (2000). "Some Principles Involved in Community Based Education" in *Handbook of Community Oriented Education: Theory and Practices*, Network Publications, Maastricht.

Mendis, S., (2001) Christian Medical College in

Addressing the needs of People: Best Practices in Community-Oriented Health Professions Education, Ed. Richards R.W, Sayad J, Network Publications, Maastricht.

Murray,E., Jinks,V., Modell, M., (1995) Community Based Medical Education: Feasibility and Cost, *Medical Education*, 29, 66-71.

Neufeld,V., (1989) Community-based Medical Education: Some Recent Initiatives toward Making Medical Education More Responsive to National Health Priorities. *Annals of Community-Oriented Education*, 2, 65-84.

Neufeld,V., Pickering,R., Simpson,J., (1997) Priority Health Problems in the Education of Health Professionals, Network Publications, Maastricht.

Nooman,Z., Refaat, A.H., Esmat, E.S.(1990) Experience in Community-based Education at the Faculty of Medicine, Suez Canal University: In Z.M.Nooman, H.G.Schmidt, E.S.Ezzat (Eds). *Innovation in Medical Education: An Evaluation of its Present Status*. Springer Publishing Company, New York.

Omataro, B.A., Padonu, M.K.O., Bassi,A.P., (1992) Amodu, M.O. Community-based Medical Education: The University of Maiduguri Experience. *Annals of Community-Oriented Education*, 5, 41-46.

Ramalingaswami, F., Statement in: (1987) Bankowski, Z., Fülöp,T., (ed.) *Health Manpower Out of Balance; Conflicts and Prospects*, CIOMS, Geneva.

Schmidt,H.G., (1983) Problem-Based Learning: Rationale and Description. *Medical Education*, 17, 11-16.

Schmidt,H., Magzoub,M., Feletti,G., Nooman,Z., (2000) **Vluggen,P.,** *Handbook of Community Oriented Education: Theory and Practices*, Network Publications, Maastricht.

Tugwell, P., Bennett,K.J., Sackett,D.L., Haynes, R.B., (1983) The Measurement Iterative Loop: A Framework for the Critical Appraisal of Need, Benefits and Costs of Health Interventions. *Journal of Chronic Diseases*, 38, 339,1985. White, K. "Life and Death and Medicine". *Scientific American*, 229 (3), 23-33.

World Federation for Medical Education, The Edinburgh Declaration. (1989).Edinburgh.

World Health Organization , Declaration of Almaata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR 6-12 September 1978. "Health for All" series no.1, Geneva, WHO.

World Health Organization , Community-based education of health personnel. (1987) Report of a WHO study group. Technical Report Series No. 746, Geneva Switzerland.