

TIP EĞİTİMİNİN TARİHÇESİ

Kevser VATANSEVER*

Öz: Tıp eğitimi çağlar boyunca, bilimsel, politik, ekonomik ve sosyal gelişmelerden doğrudan etkilenmiştir. Milattan önce başlayan Dogma çağı ve izleyen Ampirik çağda tıp eğitimi sosyal statüye göre mümkün olabilmıştır. Aydınlanma çağında da bu durum değişmemiş, tıp eğitiminden sadece seçkinler yararlanabilmiştir. Eğitimin içeriği ise dönemin doğrusal neden-sonuç ilişkisi kurmaya dayanan bilim anlayışından etkilenmiştir. Flexner'in 1910'da hazırladığı rapor aslında bir başlangıç değil Amerikan Tabipler Birliği'nin tıbbi "bilimsel" hâle getirmeye yönelik neredeyse 50 yıldır sürdürdüğü çabalarının bir sonucudur ve kadınların ve Afrikalı-Amerikalıların gidebildiği okullar başta olmak üzere çok sayıda tıp fakültesinin kapatılmasıyla hedefe ulaşmıştır. Raporun küçük grup eğitimi ya da tıp fakülteleriyle toplum arasında organik ilişki gibi önerileri ilgi görmemiş, tıpta disiplin-temelli eğitim hâkim olmuştur. Günümüzde tıp fakültelerinin sosyal sorumlulukları daha çok gündeme gelse de, hâkim olan anlayış yeterliğe-dayalı eğitim, standardizasyon ve akreditasyon gibi sonuç-odaklı bir üretim söylemine dayalı uygulamalardır. Tıp eğitimiyle ilgili uluslararası ya da ulusal çok sayıda rapor yayınlanmıştır. Raporlar ilham verici olsa da beklenen değişim çok kolay olmamıştır. Değişiklik gerçekleşse bile, bu tıp eğitimine daha çok kaynak ayrılması ya da ulusal ve üniversitedeki yöneticilerin desteği sonucu değil, çoğu zaman kaynakların azalmasına ve diğer öğretim üyelerinin direncine rağmen. Öğrencilere ve topluma karşı sorumluluklarının farkında ve adanmış okul yöneticilerinin ve öğretim üyelerinin çabalarıyla gerçekleşebilmiştir. Tıp eğitiminde olumlu değişiklikler yaratma potansiyeline sahip probleme dayalı öğrenme, topluma-dayalı/yönelik eğitim gibi stratejiler ciddi yatırım ve işbirlikleri gerektirir ve kalıcılığı ulusal eğitim ve sağlık politikalarından doğrudan etkilenir.

Anahtar sözcükler: tıp eğitimi, tıp tarihi, tıp eğitimi tarihi, sosyal sorumluluk

History of Medical Education

Abstract: Medical education has been directly influenced by scientific, political, economic and social developments throughout the ages. In the eras of Dogma (BC) and Empiricism, medical education could be attained according to social status. This tendency didn't change during Enlightenment, only elites could benefit medical education. Content of education was influenced by scientific perspective of the era based on linear causal relationship. The Report prepared by Flexner in 1910, wasn't actually a beginning but a result of American Medical Association's nearly 50 years of efforts to make medicine "scientific", and the goal was achieved by closure of many medical schools, including schools for women and African-Americans. Report's recommendations on small group education or organic relations with community didn't attract attention, and discipline-based education prevailed in medicine. Although currently medical schools' social responsibilities are more on the agenda, dominant approaches are competence-based education, standardization, accreditation, which are based on outcome-driven production discourse. Numerous international or national reports on medical education have been published. Although reports were inspiring, expected change wasn't easy. If any change happened, this wasn't due to increase in resources allocation or the support of national and university administrators, but due to efforts of school managers and faculty staff committed to their responsibilities for students and community, despite decreasing resources and resistance of other faculty members. Strategies like problem-based learning or community-based/oriented education that have the potential to create positive changes in medical education require substantial investments and collaborations; and sustainability is directly affected by national education and health policies.

Key words: medical education, history of medicine, history of medical education, social responsibility

1. Giriş

Tanınmış İngiliz hekim Thomas Sydenham 1640'larda İngiltere'deki iç savaştan döndükten sonra Oxford'da tıp eğitimi almaya karar verir ancak Oxford'da gördüklerinden hiç memnun olmaz. Oxford'da doktorluk değil ancak kunduracılık öğrenilir dediği rivayet edilir. Bu yakınmasının temel nedeni, eğitim veren doktorların kendi bilimsel araştırmalarını günlük klinik hizmetlerden daha üstün görmesidir. Kendisi ise tıbbın hasta başında öğrenileceğine inanır (Weatherall, 2006).

Sydenham'ın kunduracı-hekim karşılaştırması, hekimlik mesleği ile ilgili önemli tartışmaları da vurguluyor. Hekimler zanaatkâr mıdır, sanat mı icra eder ya da bilim insanı mıdır? Mezun olduklarında ticaret erbabı mı olacaklar? Ya da kariyer tercihleri ne olursa olsun, toplumda edindikleri ekonomik ve sosyal ayrıcalıklar karşılığında kâr/kazanç beklemeden toplumun/bireyin yararına çalışan, sağlık hakkı savunuculuğu yapan, hasta yararını kendi yararından üstün tutan, özgeci kamu/toplum sağlığı çalışanları mı olacaklar?

* Emekli Hekim (ORCID No: 0000-0002-8943-9874)

Geliş Tarihi / Received : 14.05.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 03.07.2020

Bu yazıda Hipokrat'tan başlayarak tıp eğitiminde neyin amaçlandığı ve bu amaca uygun olarak hangi yaklaşımlar ve yöntemlerden yararlanıldığı inceleneyecektir. Ayrıca çağlar boyunca yaşanan bilimsel, politik, ekonomik ve sosyal gelişmeler tanımlanmaya çalışılacak ve bu gelişmelerin tıp eğitimindeki etkileri tartışılacaktır. Bu çerçevede Sydenham'ın vurgusuyla tıp fakültelerinden daha çok kunduracı mı yoksa hekim mi yetiştiriyor tartışmasına tanıklık edeceğiz.

Yazıda tıp eğitimi dört dönem halinde incelenecektir.

Bu dönemlerin ilki **"dogma çağı"**, ikincisi **"ampirik çağ"** üçüncüsü **"aydınlanma çağı"** dördüncüsü ise **"endüstrileşmiş tıp eğitimi çağı"** olarak tanımlanmıştır. Dogma çağında Hipokrat ve Galen ile milattan önce Eski Mısır'da, Çin'de ve Hindistan'da önemli hekimlerinin izleri kısaca sürülecektir.

Ampirik çağda dinin etkisi ve Avrupa'nın karanlık çağı boyunca Ortadoğu ve Asya ülkelerinin tıp eğitimine katkıları tartışılacaktır.

Aydınlanma çağında tıp eğitiminde yaşanan dönüşüm ele alındıktan sonra, çok çeşitli ve çok çelişkili raporlarla taçlandırılan ve "endüstrileşmiş tıp eğitimi çağı" olarak tanımlamayı tercih ettiğim dördüncü dönem üzerinden günümüzün temel tartışmaları yansıtılmaya çalışılacaktır.

Bu yazıda Türkiye'de tıp eğitimi tarihi ele alınmamıştır. Tıp eğitimi ve tıp tarihi alanında bu konuda çok yayın vardır.

Ayrıca tıp eğitiminde ölçme-değerlendirme ve sınavlar konusu ilişkili bölümlerde edilen birkaç cümle dışında ayrıntılı tartışılmamıştır. Bu konuda Türkçe en iyi kaynak, Dr. Sıla Elif Törün'ün (**Törün, 2015**) Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi'nde yayınlanan "Değerlendirme ve Geçerlik Üzerine Arkeolojik Bir Çaba – Bağlam ve Kavram Bilgisi" makalesidir.

2. Tıp eğitiminin birinci dönemi: Dogma Çağı (MÖ~1500- MS 11. yy)

Tıp eğitiminin günümüze aktarılan ilk örnekleri MÖ.15. yüzyıla dayanır. Bu dönemden başlayarak birkaç bin yıl boyunca hekimliğin doğuştan kazanılan yetenek olduğu inancıyla genellikle aile içinde edinilen bilgi birikiminin babadan oğula aktarılmasıyla gerçekleştirilmiştir. Çin'de Konfüçyus'un heuristik öğretim yöntemine dayanan ve öğrencinin kendi motivasyonunu vurgulayan, eğiticiyi sadece

aydınlatici kişi olarak gören eğitim modeli tıp eğitiminde de hâkim olmuştur, ancak hekimlik aile mirası kabul edildiğinden eğitim ailede usta-çıraklık modeli içinde gerçekleşmiştir. Eğitimle yetkinlik kazanan öğrencilerin nihai amacı imparatorluk hekimlik lisans sınavını geçerek yönetici sınıfa katılmak olmuştur. Devlet için çalışacakları seçen bu açık sınav aynı zamanda eğitimin de içeriğini belirlemiş, öğrencileri ezberlemeye yöneltmiştir (**Lam ve ark., 2006**). Nitekim antik çağlardan beri sınavlar öğrenmeyi yönetmektedir (assessment drives learning).

Bilinen ilk tıp kitabı MÖ 1500'lü yıllarda Mısır'da yayınlanmış ve hekimler eğitimlerini Yaşam Evi (Per Ankh) denen şifa merkezi/tapınaklarda almıştır. Yaşam Okulu'nda tıbbi bilginin yanı sıra sanat, din, mimarlık ve yönetim gibi diğer disiplinlerinde de eğitim ve öğretim verilmiş ve eğitim baba-hekimlerin gözetiminde aile içinde yürütülmüştür. Eğitimi tamamlayan hekimler Hipokrat andının öncüsü sayılabilecek ve doğru olmak, sır tutmak, eğiticiye minnettarlık gibi erdemleri vurgulayan bir yemin ederek göreve başlamışlardır (**Elçin, 2010**).

Aynı dönemde Hindistan'da ise tıp eğitiminde eğiticinin yeri özellikle vurgulanmıştır. Öğrencilere şu öğütlenmiştir; *tıp öğrenmek için sağlam ahlaklı, sağduyulu, pratik becerileri takdir görmüş, gerekli araç gereci olan, basit olgularda kendine güvenen, zor olanları çözeceğine inanan, asık suratlı ya da tutkulu olmayan bir eğitici bulun* (**Fulton, 1953**).

Tıp tarihinin en önemli figürlerinden Hipokrat'ın da yaşadığı Antik İyonya'da tıp eğitimi kitaptan çok deneyime dayalı idi ve yine bir baba-hekimden alınıyordu. Serbest hekimlerle hekim yardımcıları arasında kesin bir sınır çizilmişti. Hekim olarak yetişecek her adayın özellikle Gymnasion eğitiminden geçerek beden eğitimi, felsefe, müzik, coğrafya ve diğer dallarda eğitim alması ardından deneyimli hekimlerin yanında en az altı yıl öğrenim görmesi zorunluydu (**Yoket, 2003**). Özgür ya da köle erkekler usta-çırak modeli içinde eğitim alabiliyor ancak sadece özgür erkekler çırak yetiştirebiliyordu (**Fulton, 1953**).

Bu dönemde Antik İyonya topraklarında öne çıkan yapılar, sağlık tanrısı ya da hekimlerin tanrısı Asklepios için yapılan ve ilk hastaneler ve tıp okulları olarak bilinen Asklepionlardır. Asklepionların en bilinenleri Kos, Knidos ve Pergamon'da kurulanlardır (**Elçin, 2010**). Antik dönemde tıp eğitimine içerik ve yöntem açısından bakıldığında, Hipokrat ve Galen'in iki ayrı uçta olduğu görülür. Hipokrat

dinsel inançların ve mitolojinin tıba girmesine karşı çıkmıştır ve Kos adasında kurduğu tıp okulunda ağırlıklı hasta başında eğitimle hastalıkların nedenlerini insanların doğa yasalarıyla ilişkisindeki bozulmalara bağlayan bir fizyopatoloji bilgisini, hastaları gözlemleyerek akıl yürütmeyi ve tıp ahlakının ve tıbbi etiğin temel ilkelerini aktarmayı amaçlamıştır (**Uğurlu, 1997**). Hipokrat'ın öğretileri ve tıp alanındaki uygulamaları sonraki yüzyıllarda da Avrupa'da gelişen tıbbın temellerine katkı sağlamıştır.

Galen ise teorik bilgiyi daha ön planda tutmuş ve gelecekteki hekimlerin sadece uygulamada değil teorik olarak da yeterli öğrendiklerini kanıtlamak zorunda olacaklarını savunarak tıp eğitimini yeni bir anlayışa taşımıştır. Roma döneminde kölelerin ve kadınların hekim olabilmelerine olanak sağlamasıyla da bir dönüm noktası oluşturmuştur (**Elçin, 2010**).

3. İkinci Dönem: Ampirik Çağ (11. yy-16.yy ortası) Batıda ortaçağda dünya metafizik bir anlayışla açıklanmıştır. Avrupa'da orta çağ boyunca bir kaç nitelikli okul dışında, hem hasta bakımı hem de hekim eğitimi kilisenin ve din adamlarının hâkimiyeti altında bilimsel düşünceden uzak bir yapıda sürdürülmüştür. Tıp alanında eğitime seçkinlerin bireysel niteliklerini geliştirmesi işlevi yüklenmiş ve eğitime erişim daha çok ailevi ve sosyal statü tarafından belirlenmiştir (**Törün, 2015**). Bu dönemde Avrupa'da öne çıkan ilk tıp okulu İtalya'da, Salerno'da kurulmuştur. Salerno'da kilisenin hastanesinden eğitim alanı olarak yararlanılmıştır. Ayrıca şifacı kadınların kolayca cadı olarak nitelendirilebildiği kilisenin karanlık çağında kadınların eğitim alabildiği tıp okulu olmuştur (**Fulton, 1953**). Dönemin sağlık turizmi merkezi olan Salerno, Yunanlı, Yahudi ve Arap hekimler için cazibe merkezi olmuş ve eğitimin içeriği özellikle o dönemde çok gelişmiş olan Ortadoğu-Arap hekimlerinin öğretileriyle zenginleşmiştir (**Stelmaschuk, 2001**). Okul tüm Avrupadan, Ortadoğudan ve Anadolu'dan çok sayıda öğrenci kabul etmiştir (**Stelmaschuk, 2001**). Ancak genel olarak ortaçağda Avrupa'da tıp öğrencileri pasif alıcı konumundadır; topoğrafik anatomi ile başlayan eğitimde neden-sonuç ilişkisi kurulmadan ve hastadan öykü alınmadan gözlemci olarak kalmışlardır (**Fulton, 1953**).

Avrupa'nın ortaçağ karanlığını yaşadığı bu dönemde, Ortadoğu'da tıp bilimi ve eğitiminde çok önemli gelişmeler ve bir yükseliş yaşanmıştır.

İran'da Gondi-Shapur kentinde kurulan "Bimaristanlar-hasta evleri-" üniversite, eğitim hastanesi ve

kütüphaneleriyle, günümüzün tıp okullarına benzer gelişmiş merkezler kurulmuştur (**Rezaeian ve Pocock, 2016**). Bu merkezlerde öğrenciler eğitici gözetiminde çalışmışlardır. Mezunlar akredite bir hekim olabilmek için sınava girmek zorundadır. Arapların İran'ı işgalinin ardından Gondi-Shapur kentindeki okulun tüm sistemi Bağdat'a taşınmış ve İslami Tıbbın Altın Çağı böylece başlamıştır. İranlı Ebu Bekir El-Razi 200'ün üzerinde tıp ve felsefe kitabı yazarak dönemin İslam tıbbının tüm tıbbi bilgilerini bir araya getirmiştir. Avrupa'da da yüzyıllar boyunca kitaplarından yaygın olarak yararlanılmıştır (**Rezaeian ve Pocock 2016**). Tıp eğitimcisi ve hekim olarak pek çok ülkede tanınan, hasta başı eğitim yaklaşımını ön plana çıkaran El-Razi, öğrencilerine "hastalara arkadaşça sorular sormayı ve öykülerini anlatmalarına izin vermelerini" öğütlemiş ve etik değerlere önem vermiştir (**Elçin, 2010**).

Aynı dönemde Selçukluların Anadolu ve Ortadoğu'da hâkim olmasıyla bölgede siyasi, kültürel ve demografik değişiklikler başlamıştır. Sağlık alanında da önemli değişiklikler yaşanan bu dönemde özellikle Sultan Melikşah döneminde büyük hastaneler yapılmış, salgın hastalıklara karşı ücretsiz tedavi edecek ve ilaç sağlayacak bir sistem kurulmuştur. Tıp eğitimi ise genellikle hastanede uygulamalı olarak usta-çırak ilişkisi içinde verilmiştir, bunun yanı sıra büyük hekimlerin evlerinde ya da şehir şehir gezerek eğitim alınabilmiştir. Hekim adayı, hastaneden/bimarhaneden ya da esnaf teşkilatından serbest çalışan bir hekimi eğitimcisi/ustası olarak seçtikten sonra uzun bir eğitim döneminin ardından ustasının hekimlik yapma yetkisini onaylamasıyla ancak mesleğe başlayabilmiştir. Eğitimcinin anlatım ve gösteriminden sonra öğrenciler de hastalar ve kadavralar üzerinde uygulama yapabilmektedirler. Daha sonraları dini eğitim kurumları olan medreselerde de tıp eğitimi verilmeye, özel tıp okulları kurulmaya başlanmıştır. Üniversite eşdeğeri olarak kurulan medreselerde hekimlik eğitimi bağlantılı hastanelerle verilmiştir (**Kayhan, 2011**). Vezir Nizamül Mülk'ün kurduğu Nizamiye Medresesi ve ona bağlı hastane, Selçuklular döneminde kurulan ilk üniversite ve tıp okuludur (**Duman, 2015**). Yine Kayseri'deki Gevher Nesibe Darüşşifası, bir eğitim ve hizmet kurumu olarak uzun yıllar hizmet vermiştir (**Duman, 2015**).

Osmanlı döneminde saray hekimliği ve saraya bağlı bir tıp okulu hemen kurulamamış, uzun süre serbest hekimler tarafından ya da medreselere bağlı darüşşifalar/bimarhanelerde tıp eğitimi verilmiştir. Kanunî döneminde Süleymaniye Külliyesi'nin kurulmasının

ardından kurumlaşmış bir eğitim başlamıştır. Daha çok Galen ve İbn'i Sina'nın kitaplarından mantık ve klasik tıp bilgileri öğretildikten sonra, Süleymaniye Darüşşifasında uygulamalı eğitim yapılmaktaydı. Ancak Osmanlı döneminde tıp eğitimi veren medreseler ya da külliyeler yaygınlaşmamıştır. Bir yandan da, serbest hekimler öğrenci/çırak yetiştirmeye devam etmiştir (Duman, 2015).

4. Üçüncü Dönem: Aydınlanma Çağı (17.yy - 18. yy)
Günümüzde tıpta hâkim olan düşünme biçimi 17. yüzyılda Aydınlanma çağında doğa bilimlerini anlamak açısından sunulan rasyonalist ve materyalist kavramsal çerçeveden köken alır (Pauli, ve ark., 2000). 18. yüzyılda Batı'da Rönesans ile başlayan, akıl ve bilimin ilerlemenin araçları olarak öne çıktığı Aydınlanma çağında, tek-yönlü doğrusal neden-sonuç ilişkisi kurma anlayışı bilimsel düşünmenin temelini oluşturmuştur (Pauli ve ark., 2000). Diğer yandan genel olarak eğitim, demokrasi ve eşitlik kavramları çerçevesinde kurumsallaşsa da, yoksulların okuryazarlık dışında üniversite düzeyinde eğitime erişimi sınırlı kalmıştır. Tıp eğitimi dâhil üniversite düzeyinde eğitime önceki çağlarda olduğu gibi yine sadece seçkinler erişebilmiştir (Törün, 2015).

Bilimsel düşünme anlayışının tıbbı en temel katkısı hastalık tanımları ve organlara-sistemlere göre belirlenen sınıflamalar olmuştur. Böylece hastalıklar ne görüleceği bilinen, stabil ve tanımlanabilir fenomenlere dönüşmüştür. Somatik (mekanistik) etyolojiler tanımlamak üzere neden/nedenler kümesi arayışı sonucunda, tıpta tanı ve tedavi teknolojilerinin gelişmesinin yolu açılmıştır (Pauli ve ark., 2000).

Laennec'in stetoskobu bulması gibi gelişmeler ise hekimlere sadece bedeni gözlemekle yetinmeyip duysal algılarıyla tanısal karara varma fırsatı vermiştir. Bu döneme kadar hastalıklar birkaç örnek dışında semptom grupları olarak sınıflanmıştır. Özellikle anatomi diseksiyonları patolojilerin tanımlanmasıyla ilgili önemli bulgular sağlamıştır (Pauli ve ark., 2000). Artık tanılar sadece pozitivist bir veri toplama yoluyla konabilmektedir ve gerçeklik hasta bireyler yerine hastalıklar olarak yeniden tanımlanmıştır (Pauli ve ark., 2000).

Tıpta biyoteknik ve biyomekanik paradigma hekimlik hizmetinin yanı sıra araştırma ve eğitimi de bütün yönleriyle değiştirmiştir. Doğaya ve felsefenin amacına yönelik yeni bir bakış açısı ile tıpta da somut, yararlı ve ampirik bulgular üzerinden metafiziğe yönelik eleştiriler yoğunlaşmış, insanın

doğası natüralistik olarak açıklanmış ve hekimlerin de dahil olduğu entelektüellerle ilgili yeni roller tanımlanmıştır. Tıp/hekimlik üniversitede öğretilen bir meslek olarak tanımlanarak pratik ağırlıklı meslekler olan cerrahlar, eczacılar ve diğer iyileştiricilerden farklılaşmıştır (Bonner, 2000). Tıp eğitimi beş yıl sürerken, cerrahi eğitimi dört yılda verilmiştir (Sigerist, 1941).

Yine de Aydınlanmayla birlikte tıp eğitiminde müfredat içeriği ya da eğitim yöntemleri büyük değişiklikler göstermemiştir. Her ne kadar, batı tıbbının ve tıp eğitiminin Avrupa kaynaklı olduğu düşünülse de, modern tıbbın ve tıp eğitiminin kökeninde Avrupa üniversitelerinden çok İstanbul ya da Buhara'daki okulların ve kolonileştirilen Amerikan halklarının bilgilerinin etkisi olduğu bilinmelidir. Uzun süre İstanbul, Buhara ve diğer Yakındoğu ve Orta-doğu kentlerinde yetişen tıp bilginlerinin kitapları ve eğitim-muayene-tedavi yöntemleri ile Uzak Asya ve Amerika yerli halklarının bitkilerle tedavi yöntemleri rehber alınmıştır (Harrison, 2015).

Avrupa ve Amerika'da eğitim dili Latince iken, Aydınlanma çağıyla birlikte ulusçuluğun yaygınlaşmasıyla üniversitelerde tıp ve diğer okullarda Latince'nin yanı sıra ulusal dilleri müfredata dâhil etme çabaları yaygınlaşmıştır (Sigerist, 1941). Ülkelerin ulusçuluk anlayışındaki farklılıklar tıp eğitimine de yansımıştır; örneğin, Büyük Britanya'da liberal meşrutiyet ulusçuluk akımından az etkilenmiş ve üniversitelerin dönüşümü daha yavaş olmuştur (Bonner, 2000). Büyük Britanya'da Kraliyet Hekimler ve Cerrahlar Koleji 1700'lerde hekimler ve ebelerle mezuniyet sonrası lisans sınavı yapmaya başlayabilmişken, cerrahlar için lisans sınavı, cerrahların büyük direnci nedeniyle daha geç ve sancılı gerçekleşebilmiştir (Bonner, 2000). Almanya'da bu dönemde üniversite dışında, hastaneler, askeri okullar ve özel okullarda da tıp eğitimi verilmiştir. Üniversitelerde profesörlerin eğitimci ve araştırmacı rollerinin birleştirilmesi, öğretim üyeleri ve öğrencilerin özerkliği savunulmuştur (Bonner, 2000).

Anatomi ağırlıklı temel bilimler eğitiminde ve klinikte yine didaktik yöntem hâkim olmaya devam etmiş ve öğrencilerin amfilerde ve koğuşlarda pasif dinleyen konumu değişmemiştir (Halperin ve ark., 2010).

Aydınlanma çağında da Avrupa'da üniversite hastaneleri dışında çalışacak hekim yetiştirmek önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmüştür. Hekimlik ve cerrahlığın henüz birleşmediği bu çağda kırsal alanda

ve kasabalarda çalışanlar çoğunlukla uygulamalı okullardan mezun cerrahlar, ilaççılar (druggist), berberler, ebeler ve taşra doktorlarıdır (**Sigerist, 1941**). Çoğu seçkin ve zengin ailelerden gelen hekimler yüksek maliyetli ve kentte uzun süre devam eden eğitimin ardından düşük kazanç elde edeceği kırsal alanda çalışmayı tercih etmemiştir. Temel beklentileri zaten devlet ya da kraliyet görevi almaktır. Diğer yandan kırsal nüfus ağır bir yoksulluk, açlık içinde ve kötü koşullar altında yaşamakta ve dolayısıyla salgınlarda büyük kayıplar vermektedir. Bu duruma çözüm olarak kırsal alandaki rahiplere yönelik kısa süreli kurslar, pratik-cerrahlar yetiştiren liseler, berber-cerrah yetiştiren askeri cerrahi okulları, Almanya'da "landarzt-taşra doktoru" ya da kaplıca görevlisi okulları, Büyük Britanya'daki "eczacı-cerrahlar" ya da Amerika'da "taşra doktorları" yetiştiren programlar denenmiştir (**Sigerist, 1941; Bonner, 2000**).

Zaman içinde kırsal bölgelerde sağlık çalışanı sayısı artsa da, bilindiği üzere, yoksulluk-işsizlik ortadan kaldırılmadan, temel eğitim sunulmadan, iyi barınma ve çalışma koşulları ile temiz su-sanitasyon olanakları sağlanmadan hekimlerin toplum sağlığının iyileşmesine katkıları çok azdır. Nitekim Aydınlanma çağında da aynısı olmuştur.

Her ne kadar üniversiteler yaygınlaşmış olsa da, Avrupa'da ve Amerika'da öğrencilerin çoğu tıp eğitimlerini kendileri planlamıştır. Edinburgh'ta öğrencilerin 1/5'i, Philadelphia'daki öğrencilerin 2/5'i tıp eğitimlerini üniversitede almıştır. Tıp dersleri tamamlayıcı olarak görülmüş, pratik deneyim öncelenmiştir (**Bonner, 2000**). Çoğunluğu premedikal, temel bilim ve klinik eğitimleri aynı zamanda almıştır (**Weatherall, 2006**). Tıp eğitimcileri de genellikle özel hizmet sunmuşlar, yüksek ücretler karşılığında öğrencilere gözlem altında kadavra diseksiyonu, ameliyat, gebe muayenesi ya da doğum yaptırmışlardır. Hastanede eğitim için bir yüzyıl daha geçmesi gerekmiştir (**Bonner, 2000**).

Aydınlanma çağında doğa bilimlerine ilgi arttıkça botanik, kimya ve fizyoloji alanlarındaki yenilikler üniversite müfredatlarına eklemiştir. Eğitimciler çok çeşitli disiplinlerin derslerini verebilmişlerdir. Örneğin, 18. yüzyılda toplum sağlığı hareketinin öncülerinden Johann Peter Frank fizyoloji, patoloji, adli tıp ve halk sağlığı dersleri vermiştir (**Sigerist, 1941**). Nozoloji (hastalık sınıflandırma bilimi) alanına ilgi artıp hastalık sınıflamaları üzerinde daha çok çalışıldıkça pratik eğitim müfredatlarında daha çok yer bulmuştur (**Bonner, 2000**).

5. Dördüncü Dönem: Endüstrileşmiş Tıp Eğitimi Çağı (18. yüzyıl sonu-günümüz)

18. yüzyıl sonu ve 19. yüzyılın ilk yarısında sanayileşmeyle birlikte tarım ve ticarete dayalı eski üretim ilişkilerinin, üretim biçimlerinin ve politik yapıların değişmesi sonucu eski sosyal kurumların yerini yenileri almıştır. Toplumsal işbölümü içinde özel nitelik gerektiren işler ayrılmış ve farklı profesyonel roller ortaya çıkmıştır (**Dunn, 1978**). Eğitim, din, tıp ve kültür kurumları, kentleşmiş, sanayileşmiş ve şirketleşmiş yeni ekonomik düzene uyum sağlamak zorunda kalmıştır (**Brown, 1980**). Modernite çerçevesinde ulus-devletlerin tarihte yerini almaya başlamasıyla da, ulus inşa etmenin en önemli araçlarından birisi olarak eğitim, ortak değer ve entelektüel birikime sahip vatandaş yetiştirmek amacıyla hızla kurumsallaşmıştır (**Törün, 2015**).

5.1. Yeni üniversiteler neye / kime hizmet ediyordu?

Üniversiteler artık yeni işbirliklerine açılmıştır. Üretim ilişkilerinin gereksinim duyduğu eğitilmiş uzmanlar ve yöneticiler yetiştiren okullar hızla yaygınlaşmış, yeni bir sosyal sınıf olarak yöneticiler ve profesyoneller yetiştirilmeye başlanmıştır (**Dunn, 1978**).

Harvard Üniversitesinin yeni başkanı 1846'da yaptığı eğitim dönemi açılış konuşmasında, sanayii ve üniversiteler arasındaki yeni işbirliğinin müjdesini vermiştir; *Harvard artık seçkin çiftçiler, zengin tüccarlar, rahipler, hukukçular ve çeşitli centilmenlerin gereksinimlerine bağlı olmayacaktır. Becerikli mühendisler ve diğer önemli alanlarda uzmanlar yetiştirerek ülkenin doğal zenginliklerini keşfedip endüstrinin hizmetine sunabilecek ve endüstrinin enerjisini yönetebilecek kişiler yetiştirecektir* (**Brown, 1980**).

Üretim sürecinde teknoloji kullanımının artmasıyla sanat ve ustalığın yerini neredeyse tümüyle bilimsellik almış, hekimlik başta olmak üzere profesyonel meslekler özel kuramsal bilgi temelinde uygulanabilen, belli bir eğitim ve diplomayı gerektiren, alana özgü otonomi, yetki ve statü tanıyan özellikleriyle farklılaşmıştır (**Törün, 2015**). Bilginin nesnel, evrensel ve tek bir gerçeklik olarak akıl ve deney yoluyla elde edilebileceği görüşü, üretim ve hizmet alanlarında verimlilik temelinde standardizasyonu öne çıkarmıştır (**Törün, 2015**).

5.2. Yeni tıp anlayışı ve tıp eğitimi neye / kime hizmet ediyordu?

Artık tıbbın temel hedefi, kapitalist toplumu destekleyen bir tıp sistemi kurmak ve sağlık hizmetine

erişmeye en çok gereksinim duyan topluluklara (en düşük maliyetle) hizmet ulaştırmaktır. Bu çerçevede finansal ve siyasi gücü yüksek şirketler ve vakıflar ile tıp profesyonellerinin ortak noktada buluşması çok zor olmamıştır (**Brown, 1980**). Henüz ulusal sağlık sistemleri olmadığından bağımsız hastaneler ağı içinde işlev gören tıp, artık toplumun emek gücünün sağlığını koruyarak üretimde verimliliği sağlayan "bilimsel" bir meslektir (**Brint, 2006**).

Mesleklerin ayrışması tıpta da uzmanlık alanlarının çok hızlı bir şekilde artmasını beraberinde getirmiş ve bu durum araştırmaları ve tıp eğitimi de etkilemiştir (**Weisz, 2007**). Artık tıbbın genel hizmet çerçevesi silikleşmiş, dominant hizmet sunma biçimi uzmanlık hizmetleri olmuştur (**Weisz, 2007**). Tıp bilimindeki gelişmelerin etkisiyle önce Avrupa'da tıp eğitiminde anatomi, fizyoloji, biyokimya gibi konularda uzmanlaşmış temel bilim laboratuvarlarında müfredatlar uygulanmaya başlanmıştır (**Weatherall, 2006**).

Modern tıp eğitiminin biyomekanik yaklaşımına uygun şekilde ABD'deki ilk uygulaması 1867'de zengin bir işadamı olan Johns Hopkins'ın bir üniversite kurmasının ardından gerçekleşmiştir. İlk dekanı olan Daniel Gilman'ın Berlin Üniversitesi'ni ziyaretinin ardından temel tıp bilimleri bölümleri oluşturulmuş, premedikal dönemden mezuniyet sonrası eğitime dek iyi örgütlenmiş programlar başlatılmış ve tanınmış klinisyenlere tam zamanlı profesör kadroları açılmıştır. Böylece, Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Fakültesi hastane temelli tıp eğitiminin ilk örneklerinden biri olmuştur (**Weatherall, 2006**).

Avrupa'da ise İkinci Dünya Savaşı sonrasında bile hastane temelli tıp eğitimi yaygın değildir ve tam zamanlı öğretim üyelerinin sayısı çok azdır. İngiltere'de, Londra'da St Bartholomew Hastanesi'ne 1919'da atanan Sir Archibald Garrod, ilk tam-zamanlı tıp profesörüdür ve üniversiteye tümüyle bağlı ilk eğitim hastanesi 1935'te açılmıştır (**Weatherall, 2006**).

Hekim örgütlerinin tersine hekimler henüz toplumda güç ve zenginlik kazanmamıştır ve durumları "birkaç kişi için zenginlik, çoğu için rekabet, çoğunluk için sadaka" olarak tanımlanmıştır (**Markowitz ve Rosner, 1973**). Amerikan Tıp Birliği'nin (AMA) 1847'de kurulması, tıpta küresel değişikliklerin yaşanacağı bir dönemin başlangıcıdır. Kurumun ilk işlerinden biri "kocakarı ilaçları" "şarlatan uygulamaları" olarak tanımladığı uygulamaları listelemek

ve bilimsel çalıştığına dair lisans verdiği hekimleri topluma ilan etmek olmuştur.

5.3. Amerikan Tabipler Birliği (AMA) ve Flexner Raporu

Flexner Raporu öncesinde ABD'nde 1870 yılında 62.000 hekimin olduğunu görüyoruz ki bu sayı tarihte nüfus başına düşen en yüksek hekim sayısıdır; 100 bin kişiye 175 hekim düşmektedir (**Warner, 2014**). O yıllarda tıp fakültesi sayısı çok fazladır, eğitim pahalı değildir ve tanınmış okullara kaydolmak zor değildir. Kimi öğrenciler kolej eğitimi sonrası kimi de diploması olmadan benzer eğitim sonrası tıp fakültesine kaydolabilmektedir. ABD ve Kanada'da tıp fakültelerinde bilimsel bilgi ve yöntemlerin öğretildiği kapsamlı bir premedikal eğitim zorunlu olsa da uygulanmamaktadır, usta-çırak modeli hâkimdir. Hekimlik lisansı henüz zorunlu hâle gelmemiştir, isteyen herkes bir klinik/muayenehane kurabilmiştir (**Drake, 2014**). Bu karmaşa içinde, Amerikan tıbbi da kan alma, kontrolsüz ağır metal ve hayvan zehirlerinin kullanımı gibi uygulamalara dair dehşet öyküleriyle itibar kaybetmiş haldedir (**Faunce ve Gatenby, 2005**).

AMA aslında Flexner Raporu'ndan önce de, seçkin tıp fakültelerinin ve elit hekimlerin çalışmalarıyla ABD tıp okullarını Avrupa seviyesine taşıyacak standartlar belirlemiş, çok sayıda hekimin çalışma iznini iptal etmiş ve onlarca tıp okulunu kapatmıştır. AMA Tıp Eğitimi Konseyi 1905'te 4 yıl premedikal kolej, 4 yıl tıp fakültesi eğitimi standart olarak belirlemiş, ulusal ve yerel tabipler birliklerinin lisans boardlarına bu standartları empoze edip birçok eyalette "niteliksiz" okulları kapattırılmış, çok sayıda hekimin lisansını iptal ettirmiştir. Ancak öğrenciler açısından diplomaları AMA tarafından onaylanan okullara gitmenin bir yararı yoktur. Ayrıca hekim adaylarının çoğu tıp fakültelerinde büyük temel bilim laboratuvarlarında eğitim almayı vakit kaybı olarak görmüş, klinik deneyim kazanmayı tercih etmiştir (**Brown, 1980; Bonner, 1989**).

Bu durumda yapılacak şey, AMA Tıp Eğitimi Konseyinin kendisinin harekete geçmesi olmuştur. Konsey sekreteri Colwell 1906'da tüm tıp fakültelerini ziyaret etmiş, bir ziyaret raporu hazırlamıştır. Raporun yola çıkan AMA Tıp Eğitimi Konseyi, yerel tabip birlikleri ve Amerikan Tıp Kolejlere Birliği (AAMC) ile işbirliği içinde, "iyi durumdaki" okulların diplomalarını onaylayan, okullara laboratuvar kurma zorunluluğu getiren, sadece "bilimsel" hekimlerin lisanslarını tanıyan, tıp okullarını ve eğitim hastanelerini akredite eden bir örgüte dönüşerek sektörün gücünü kontrol etmeye başlamıştır (**Brown, 1980**).

AMA'nın bu çalışmalarının ilk sonucu bilimsel (!) çalışmadıkları için kadın ve/veya Afrikalı-Amerikalı hekimlerin AMA üyesi olmasının ve çalışma izni/lisans alabilmesinin önünün kesilmesi olmuştur. Tıp Eğitimi Konseyinin bu önlemleri yeterli bulmaması üzerine bu kez Rockefeller Tıp Araştırmaları Enstitüsü Başkanı Simon Flexner'in kardeşi Abraham Flexner'den, Carnegie Vakfı bünyesinde ABD'deki tıp eğitimini değerlendiren bir çalışma yapması istenmiştir (**Steinecke ve Terrell, 2010**).

5.4. Flexner'in ABD-Kanada (1910) ve Avrupa (1912) Tıp Eğitimi Raporlarının etkileri

Flexner, 1910 tarihli Birleşik Devletler ve Kanada'da Tıp Eğitimi Raporunu hazırlamak için ABD ve Kanada'da yüzlerce okulu ziyaret etmiştir. O günlerde okulu ziyaret edilen bir dekan, Flexner'in okulda sadece bir gün geçirmiş olmasını eleştiren bir öğretim üyesine "aksine, biz şanslılarız" yanıtını vermiştir. Flexner 18 ay süreyle yoğun ve hızlı bir çalışma sürdürmüş, laboratuvarlara ayrılan odaların önünden hızla geçerek mekânın uygunluğu, ekipmanların yeterliliği hakkında izlenim edinmiş, birkaç kişiyle görüşerek kadroda yerel hekimlerin yer alıp almadığı konusunda fikir sahibi olmuştur (**Steinecke ve Terrell, 2010**).

Flexner raporunun önerileri şöyledir (**Flexner, 1910; Steinreich, 2010; Drake, 2014**):

1. Tıp fakültelerine giriş standartlarının yükseltilmesi
2. Tek tip entegre tıp eğitimi modeli
3. Bilimsel bilgi ile bağlantılı klinik eğitim
4. Bilimsel süreçler olan tanı ve tedavide eleştirel düşünme, problem çözme ve entelektüel sorgulamaya vurgu
5. Tıp fakülteleri ve toplum arasında organik ilişki
6. Tıp fakültesi müfredatlarının hastalıklardan korunma gibi halk sağlığı konularını içermesi
7. Kalitenin bozulmasına izin vermeden tüm sosyo-ekonomik ve kültürel gruplardan öğrencilere tıp eğitimi fırsatı
8. Okul sayısının katı bir şekilde kontrolü: *Tıp eğitiminin laneti okul sayısının çok fazla olmasıdır, bu durum yalnızca zayıf ve gereksiz kalabalık yapan okulların kapatılmasıyla iyileşebilir* (**Flexner, 1910**).
9. Büyük oditoryum dersleri yerine küçük gruplarda eğiticilerin kişisel ilgi gösterebildiği aktif katılımlı eğitim

10. Eğiticilerin tam-zamanlı çalışması ve araştırma-eğitim görevlerini engellemeyecek düzeyde gönüllü yardım çalışmaları dışında özel çalışmaya izin verilmemesi

11. Ticarileşmeye karşı direnilmesi; *tıptaki ticari güdülenmenin yok edilmesi ahlaki bir zorunluluktur* (**Flexner, 1910**).

Görüldüğü üzere, Flexner raporunda ticarileşmenin önlenmesi uyarısı dışında tıp eğitiminde tıbbi etiğin yerinin ne olacağına dair bir değerlendirme ya da öneri yoktur. Ayrıca, "Mendel'in bahçesini beslemek" metaforuyla tanımlanan ve bozuk genlerin diğer nesillere geçişini engellemek amacıyla devletin ırklar arası evliliği yasaklayan, zorunlu kurtaj, kısırlaştırma yapan ve göçü kısıtlayan öjeni politikalarının tıpta mesleki değerler /profesyonellik üzerindeki yıkıcı etkileri vurgulanmamıştır. Flexner, 1912 tarihli Avrupa'da Tıp Eğitimi raporunda öjeni hareketine ve Alman tıp eğitimine hayranlığını ifade etmiştir (**Flexner, 1912; Faunce ve Gatenby, 2005**).

Aslında Flexner Raporunda "hekimlerin işlevinin bireysel ve tedavi edici olmaktan çok sosyal ve korumaya yönelik olması gerektiği" vurgulansa da, bu gözlem gözardı edilmiştir. Kendisi de 1925'te tıbbın pozitivist ve "bilimsel" yönlerinin fazlasıyla dominant hâle gelmesinden ve doktorların "üzücü bir şekilde kültürel ve felsefi yönlerinin eksik olmasından" yakınmıştır (**Faunce ve Gatenby, 2005**).

Kendisinin de yakındığı bu sonuç iki nedenden kaynaklanmaktadır. İlki, Raporda eğitimin ağırlıkla bilimsel yönünün vurgulanmasıdır. İkincisi Rapordan yararlanarak tıp eğitiminde yapılan değişikliklerin bilimsel müfredat belirleme ve standardizasyonla sınırlı kalmasıdır. Tıp fakültelerinin toplumla organik bağ kurması, ticarileşmenin önlenmesi, tıp eğitiminde fırsat eşitliği ve halk sağlığı konularına ağırlık verilmesi gibi öneriler ise geri planda kalmıştır (**Hodges, 2010**). Flexner Raporunun acı bir sonucu toplam 166 tıp fakültesinden yüzde 54'ünün kapatılması ve kapatılanların çoğunun Afrikalı Amerikalı ya da kadınlara eğitim veren tıp fakülteleri olmasıdır (**Hodges, 2010**).

Flexner'in 1912'de hazırladığı Avrupa'da Tıp Eğitimi Raporu, özellikle İngiltere'de Üniversite Eğitimi Kraliyet Komisyonu ve Kraliyet Cerrahlar Koleji'nden gelen büyük bir dirençle karşılaşmış ve tıp fakültelerinin değerlendirilmesine karşı çıkmıştır (**Flexner, 1912; Bonner, 1989**). Flexner raporunda övgüyle söz edilen Alman tıp eğitimine, fazla teorik ve bilimsel

olduğu ve mezun olur olmaz hizmete başlayacak hekimleri yeterince mesleğe hazırlamadığı eleştirileri yöneltmiştir. Yine de bir yıl sonra Londra'da tıp eğitimi veren hastanelerin Londra Üniversitesi profesörlerinin gözetimi altına alınmasına dönük çalışmalar başlamıştır. Raporda İngiltere ve Fransa'da iyi örgütlenmiş üniversite tıp fakültesi olmamasına rağmen, hastanelerde iyi bir klinik eğitim olduğundan bahsedilmiştir (**Weatherall, 2006**). Almanya'da ise üniversite öncesi iyi bir hazırlık süreci olması, iyi donatılmış laboratuvarlar, iyi bir temel bilim eğitimi ve eğitim kariyeri yapan öğretim üyelerinin varlığı gibi üstünlükler olduğunu ancak didaktik ağırlıklı olmasının bir dezavantaj olduğu vurgulanmıştır (**Bonner, 1989**).

Abraham Flexner'in önerileri arasından sadece hekimleri tıp bilimcileri olarak yetiştirmeyi ve laboratuvar derslerinin mesleki formasyonun odağı haline gelmesini temel alan yaklaşım, Kuzey Amerika'dan başlayarak tüm dünyada radikal bir etki yaratmıştır (**Warner, 2014**).

6. Dördüncü Dönemin İkinci Yarısı (İkinci Dünya Savaşı Sonrası-...)

20. yüzyılın ikinci yarısı tıp eğitiminin tüm yönleriyle gözden geçirilmeye başlandığı dönemdir. Bu dönemde tıp eğitimine önemli etkisi olan demografik, teknik, sosyal, ekonomik ve bilimsel gelişmeler olmuştur.

6.1. Demografik, teknik ve politik değişim

İkinci Dünya Savaşı sonrası "baby boom", var olan eğitim sistemlerini zorlamış ve sorgulanmasına neden olmuştur (**Pauli ve ark., 2000**). Soğuk Savaş Döneminde beklenmedik bir gelişme olmuş ve ilk uzay aracı Sputnik'in 1957 yılında Sovyetler Birliği tarafından uzaya gönderilmesi, bilim alanındaki yatırımlara rağmen Sovyetler Birliği'nin epey gerisinde kalan Amerikan eğitim sisteminin yenilenmesi gerektiğini yeniden ortaya koymuştur (**Törün, 2015**). Sputnik'in meydan okumasının ardından ülkede her seviyede yeni müfredatlar oluşturulması ve öğretme teknikleri geliştirilmesine yönelik ilgi ve yatırımlar artmış, teknik rasyonaliteye dayalı meslek alanlarında, özellikle hekimlerin, mühendislerin ve öğretmenlerin mesleki eğitimlerinde reformlar başlamıştır (**Pauli ve ark., 2000; Tennyson, 2010**).

ABD'de eğitim, çalışma hayatı, sosyal ve siyasi yaşamda sürdürülen ayrımcı politikalara karşı 1950'li-lerin ortalarında yükselen Sivil Haklar Hareketi, okullarda, işe alımlarda ve sosyal yaşamda ırka dayalı ayrımcılığı yasaklayan 1964 tarihli "Medeni

Haklar Yasasının (Civil Rights Act) çıkarılmasına yol açmıştır (**Törün, 2015**). Vietnam Savaşı'na karşı savaş karşıtı gösteriler düzenleyen, barış talep eden, ayrımcılığın yasaklanmasını ve eğitim, çalışma, sosyal güvence gibi temel insan haklarını savunan öğrenci hareketi Avrupa'da da yankı bulmuştur. Bu politik isyan tıp fakültelerini de sorgulamaktan geri durmamıştır (**Bloom, 1988**). O yıllarda tıp öğrencileri geleneksel eğitim yöntemlerini eleştirmiş ve üniversitelerin iktidara hizmet eden, toplumdan uzak güç merkezleri olmasına karşı çıkmışlardır. Toplumcu anlayışla ve insan onurunu yücelten ideallerle toplum sağlığı ve kapsamlı sağlık hizmetini savunmuşlar, yabancılaştırmış ve insancıl olmaktan uzaklaşmış modern bilim ve teknolojiyi reddetmişlerdir (**Funkenstein, 1978; Bloom, 1988**).

6.2. Sağlık hizmetlerinde yeni bir anlayış:

Temel sağlık hizmetleri

Batı'da 1970'lerdeki petrol krizi endüstride kullanılan ağır teknolojilerin ve "Fordist" üretim yöntemlerinin çökmesine neden olmuştur. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliğinde ise (SSCB) endüstri ve tarımda ileri teknolojik gelişmeler sağlanmış, eğitim ve sağlık gibi temel hizmetlerin tüm nüfusa ulaşması amacıyla ulusal programlar oluşturulmuştur (**Bloom, 1988**).

SSCB'de basamaklı sağlık sistemi ve onun birinci basamağını oluşturan *feldscherlerin*, Çin'de kültür devriminin getirdiği sağlık sisteminin temel bileşeni olan *çiplak ayaklı doktorların* toplum sağlığının iyileşmesinde sağladıkları başarı, "temel sağlık hizmetleri" konusundaki arayışlara ilham vermiştir (**Cueto, 2004**). Alma-Ata kentinde 5-12 Eylül 1978'de düzenlenen Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, tıbbi elitizme, hastalık-odaklı tıp teknolojilerine, gelişmemiş ülkelere koruyucu hizmetler yerine hastane-odaklı sağlık hizmeti ihracına ve kentlerdeki üçüncü basamak hastanelerde aşırı uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının yetiştirilmesine yönelik eleştirilerin yükseltildiği bir dönüm noktası olmuştur. Alma-Ata Konferansı sonrasında 1978'de, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tıp Eğitiminde Yeterliğe-Dayalı Eğitim Programı Geliştirilmesi rehber kitabını yayınlamış ve genç mezunların toplumların en önemli sorunlarını çözebilecek şekilde eğitilmeleri, bireyleri tedavi etmek yerine toplumların korunmasını benimsemeleri gerektiği vurgulanmıştır. Topluma dayalı ve probleme dayalı başka bir sağlık çalışanı eğitimi yaklaşımının gerektiği hatırlatılmıştır (**Gaghie ve ark., 1978**).

Sonradan Alma-Ata Bildirgesinin gerçekçi olmadığı, çok genel ve idealist olduğu eleştirileri yaygınlaşmıştır. En maliyet-etkin stratejileri seçmek üzere 1979'da

Rockefeller Vakfı sponsorluğunda Bellagio, İtalya'da düzenlenen bir konferansın yarattığı ivmeyle yoksul ülkeler için düşük-maliyetli teknik girişimlerle sınırlı paketler (selektif temel sağlık hizmetleri) önerilmiştir (Cueto, 2004).

6.3. Eğitim psikolojisi alanındaki gelişmeler ve tıp eğitimine etkisi

20. yüzyılın ikinci yarısından sonra, tıp teknolojileri ve biyomedikal bilimlerdeki bilgi patlaması, tıbbi disiplinleri müfredatta daha fazla zaman talep etmeye yönelmiştir. Klinik bilimler ve temel bilimlerin kopukluğu daha çok dikkat çekmeye başlamış ve entegrasyon yolları aramaya başlanmıştır (Drake, 2014).

6.3.1. Davranışçı kuram

20. yüzyıl başlarında dikkat çeken iki araştırmacı olan John Dewey ve Edward Thorndike'in öğrenmeyle ilgili davranışçı ilkelerin doğrudan öğretme sürecine uygulanabileceğine dair görüşleri çerçevesinde, davranışçı kuram 40 yıl sonra da olsa eğitim programlarını biçimlendirmiştir (Tennyson, 2002).

Davranışçı kurama göre öğrenme, gözlenen performansın biçiminde ya da sıklığında değişiklik olmasıdır (Ertmer ve Newby, 2011). Eğitimi lineer bir şekilde uyaran-yanıt reaksiyonu çerçevesinde değerlendiren kuram, tıp eğitiminde de yankısını bulmuştur. Artık tıp fakültelerine çok sayıda öğrenci kaydedilebilmiştir, çünkü task analizi ve öğrenen analizi temelinde düzeye/hedef davranışa uygun eğitim içeriği ardışık lineer basamaklarla sunulacak şekilde hazırlanabilmiş ve tekrar tekrar kullanılabilmiştir (Ertmer ve Newby, 2011). Görsel-işitsel araçlar geliştiğinden büyük sınıf dersleri yaygın kullanılabilir. Hedef davranış ve hangi koşullarda yapılmasının beklendiğini tanımlayan ölçülebilir öğrenme hedefleri yazılmış, eğitim materyalleri ve sınavlar bu hedeflere göre belirlenmiş ve kritere-dayalı yazılı ve çoğunlukla çoktan seçmeli sınavlar yaygınlaşmıştır (Tennyson, 2010).

Davranışçı kurama dayalı yöntemlerin temel varsayımlarına göre; eğitim (tıp eğitimi) kültürel olarak kayıtsızdır / tarafsızdır ve anlatmak öğrenmeye eşittir (Tennyson, 2010). Öğrenciler arasında sadece öğrenme stillerine göre farklılıklar vardır ve bu amaçla farklı stillere uygun çeşitlendirilmiş eğitim yöntemleri kullanmak gerekir. Geri bildirim ise öğrenilen davranış pekiştirmek için kullanılır. Zaman içinde davranışçı kuramın önerilerinin tıp eğitimi gibi karmaşık öğrenme görevlerinin olduğu müfredatlar için uygun olmadığı gösterilmiştir (Tennyson, 2010).

Yine de davranışçı kuramın uygulamaları psiko-motor beceri eğitimlerinde ve sınavlarında, ilk kez karşılaşılabilecek konular için sınıf derslerinde bilgiyi hedefe uygun biçimde düzenlemede ve sınamada yol göstericidir.

6.3.2. Bilişsel kuram

Davranışçı kuram 1970'lere gelindiğinde yerini bilişsel kurama bırakmıştır. Eğitim bilimcilerin ilgisi uyaran-yanıt-pekiştirme modelinden uzaklaşmış, öğrenenlerin zihinsel süreçlerine yönelmiştir. Gözlemlenebilen davranış değişiklikleri yerine üst düzey düşünme, problem çözme gibi karmaşık bilişsel becerilere ve bilginin bellekte nasıl işlendiğine vurgu yapılmıştır. Bilginin (information) nasıl algılandığı, düzenlendiği, bellekte nasıl depolandığı ve geri çağırıldığını açıklayan bilişsel kuram ayrıca ustalık/uzmanlık (expertise) gelişimini ve klinik akıl yürütme-problem çözme becerilerinin nasıl kazanıldığını da aydınlatmıştır (Ertmer ve Newby, 2011).

Bilişsel kuramın katkılarıyla tıp eğitiminde öğrenenlerin aktif katılımı, küçük grup eğitimi ve mentörlük önem kazanmıştır (Pauli ve ark., 2000). Küçük grup etkinlikleri, pretestler, hazır bulunuşluk testlerinden yaygın yararlanılmıştır. Geri bildirim ise davranış pekiştirmek yerine bilgi işlemeyi desteklemek için kullanılan biçimlendirici (formative) değerlendirme aracına dönüşmüştür (Mann, 2011). Probleme dayalı öğrenmenin (PDÖ) temellerinde bilişsel kuramın bu yönleri vardır (Mann, 2011).

6.3.3. Yapılandırmacı kuram

Jean Piaget kendi çocuklarını gözlemleyerek düşünce ve dil gelişiminin evrelerini tanımlamış ve bireyin çevre ile etkileşerek bilgisini yapılandırdığını açıklamıştır. Bu yönüyle yapılandırmacılık kuramının temellerini atmıştır. Yapılandırmacılık kendi başına bir öğrenme kuramı olmaktan daha çok anlamaya ya da bilmeye nasıl ulaşıldığıyla ilgili felsefi bir bakış olarak kabul edilebilir (Savery, 2006).

Yapılandırmacı kuram önceki kuramlardan farklı olarak öğreneni odağa almış, öğrenenin yeni bilgiyi önceki bilgileri ve deneyimleri ile eklemeyerek aktif olarak işlediğini, eğiticinin görevinin ise bilgi aktarmak değil öğrenmeyi kolaylaştırmak, rehberlik yapmak olduğunu vurgulamıştır (Kauffman, 2010). Eğiticinin görevi, öğrenenlere bildikleri ile yeni deneyimleri arasındaki tutarsızlıkları fark edebilecekleri öğrenme yaşantıları sunmak, konuyla ilgili problemler çerçevesinde grup etkileşimine fırsat veren bir ortam hazırlamaktır (Mann, 2011). Howard Barrows'un PDÖ modeli, yapılandırmacı

kuramın en kapsamlı uygulamalarından biridir (**Savery, 2006**).

PDÖ sürecinde öğrenci grubuna problem sunulur, öğrenciler problem durumunu tanımlar, bildikleri üzerinden hipotez oluştururlar ve problemdeki bilinmeyenleri tanımladıktan sonra öğrenme hedeflerini belirlerler. Bağımsız öğrenme sürecinden sonra yeni bilgilerini grupla etkileşerek zenginleştirirler (**Savery, 2006**). Her tıp fakültesi PDÖ için kendine özgü adımlar tanımlamış olsa da, ana hatlar Barrows'un tanımladığı gibidir (**Savery, 2006**).

Yapılandırmacı kuramdan yararlanarak geliştirilen bir başka eğitim modeli *taska dayalı öğrenmedir* (TDÖ). Eğitimin ilk yıllarında organ-sistem temelinde PDÖ gibi stratejiler başarılı olsa da, klinik staj döneminde gerçek klinik ortamda bilim dalları arasında entegrasyon daha karmaşık ve zordur (**Harden ve ark., 2000**). TDÖ klinik bilimlerin entegrasyonunu ve PDÖ yaklaşımını birleştirmiştir. Öğrenciler, hekimin klinik pratiğinde üstlendiği task (görev/ödev) (örneğin, karın ağrısı) etrafında sadece taskı değil altta yatan kavram ve mekanizmaları da anlamaya çalışır. TDÖ programı tasarlanırken tasklarla öğrenme hedefleri, ilgili temalar (normal/yapı ve fonksiyon, biyokimya, mikrobiyoloji, enfeksiyon, farmakoloji, yaşa bağlı etmenler) eşleştirilir ve sınıf dersi, beceri eğitimi, küçük grup tartışması, gerçek hastada muayene ve öykü gibi öğrenme fırsatları hazırlanır (**Harden ve ark., 2000**). Ancak PDÖ ve TDÖ gibi eğitim modelleri ciddi düzeyde öğretim üyesi zamanına ihtiyaç duyar ve bağımsız çalışma ortamları ve öğrenme kaynakları için büyük yatırımlar gerektirir (**Anderson, 2000**).

6.4. Raporlar dönemi

Academic Medicine dergisinin 2000 yılında yayınladığı bir ek sayıda, Flexner Raporundan sonra o tarihe dek tıp eğitimiyle ilgili 130 bildirge, rapor ya da proje yayınlandığı bildirilmiştir (**Anderson, 2000**). Bu bölümde tüm dünyada tartışılan ve etkide bulunan, ağırlıklı ABD, Kanada ve İngiltere kaynaklı raporlar seçilmiştir; daha yüzlerce rapor vardır ve hâlen üretilmektedir. Elbette daha pek çok rapor seçilebilirdi, ancak burada özellikle ulusal ve uluslararası alanda en çok tartışılan ve etki yaratan raporlardan kısaca bahsedilecektir.

AMA Tıp Eğitimi Konseyi'nin 1982'de yayınladığı **Tıp Eğitimi için Gelecek Yönelimleri Raporu'nun** 35 önerisinde okula öğrenci kabulünden eğitim ve öğretime, mezuniyet sonrası ve uzmanlık eğitimine dek tüm eğitim süreci ele alınmıştır. Bu rapor

doğrudan müfredat reformu önermese de önemli tartışmalar başlatmıştır (**Drake, 2014**). Müfredat reformu önerisi ise iki yıl sonra 1984'te Amerikan Tıp Okulları Birliği (**AAMC**) tarafından yayınlanan **20. Yüzyıl için Hekimler: Hekimlerin Genel Mesleki Eğitimi Paneli (GPEP) Raporu'ndan** gelmiştir (**Drake, R., 2014**). Bu raporda öz-yönelimli öğrenme ve problem çözme becerilerini destekleyen aktif öğrenme yöntemleri ayrıntılı ele alınmıştır.

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) tarafından 1988'de ilan edilen **Edinburgh Bildirgesi**, önlenebilen hastalıklarda ölen, hizmete ulaşamayan milyonlar karşısında tıp eğitiminin gözden geçirilmesi gerektiğini ve tıp eğitiminin amacının sadece erişebilenlere tedavi edici hizmet sunan değil tüm insanların sağlığını geliştiren doktorlar yetiştirmek olduğunu vurgulamıştır (**WFME, 1988**). Öneriler arasında, topluma-dayalı/topluma yönelik eğitim (TDYTE), öz-yönelimli öğrenmenin desteklenmesi, eğitim ve sınavlarda mesleki yeterlik, sosyal değerler ve ulusal önceliklerin kapsanması, eğitici gelişimi, hasta yönetimi eğitiminde korunma ve sağlığın geliştirilmesinin vurgulanması, PDÖ ve TDYTE yoluyla temel ve klinik bilimlerin entegrasyonu, öğrenci seçiminde akademik başarı ötesinde kriterler olması, sağlık ve eğitim bakanlıkları ile işbirliği, ülke gereksinimine uygun sayıda öğrenci seçilmesi, diğer sağlık çalışanları ile ortak eğitim, araştırma ve hizmet fırsatlarının geliştirilmesi yer almıştır (**WFME, 1988**).

AAMC tarafından 1993'te açıklanan ve etki oluşturmuş bir başka rapor **Tıp Öğrencilerini Eğitmek: Tıp Eğitimindeki Değişimlerin Değerlendirilmesi – Uygulamaya Giden Yol (ACME-TRI) Raporudur**. Bu rapor dekanlarla yapılan bir araştırmada saptanan sorunların ve çözümün önündeki engellerin tanımlanması, sorunların çözümü ya da en azından etkilerinin azaltılmasına yönelik somut öneriler ve eylem planı sunması nedeniyle tüm tarafların dikkatini çekmiştir (**Drake, 2014**).

İngiltere'de 1993 tarihli **Genel Tıp Konseyi Eğitim Komitesi Yarının Doktorları Raporu**, benzer şekilde sağlık hizmetleri ve tıp eğitimindeki sorunları vurgulamıştır. Raporda hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin dengesinin bozulması, toplumun yaşlanması, tıp bilgisi ve teknolojisinin hızla değişmesi ve bu değişimin gelecekte yeni ahlaki ve etik sorunlar yaratabilecek olması, toplumun ve bireylerin hekimlerden özellikle iletişim becerileri açısından beklentisinin artması gibi nedenlerle değişimin gerekçeleri açıklanmıştır (**GMC, 1993**). Eğitim

programlarının gözden geçirilmesi, çekirdek eğitim programı (ÇEP)+özel çalışma modülleri (ÖÇM) oluşturulması, eğitim amaç ve hedeflerinin bilgi, beceri ve tutum başlıklarını içermesi, iletişim becerileri, halk sağlığı, engellilik, araştırma temalarının vurgulanması, sınav sistemlerinin mesleki nitelikleri değerlendirilebilmesi, tıp doktoru derecesinin yanı sıra, başarılı öğrenciler için bütünlük yüksek lisans ve doktora programları açılması önerilerden bazılarıdır (**GMC, 1993**).

Flexner raporundan 100 yıl sonra 2010'da yine **Carnegie Vakfı** tarafından hazırlanan **Hekimleri Eğitmek: Tıp Fakülteleri ve Uzmanlık Eğitimi için Reform Çağrısı Raporu** sadece hekimlerin nasıl eğitileceğini değil mesleğe yönelik yaklaşımın da değişmesi gerektiğine yönelik bir çağrı içermektedir (**Drake, 2014**). Raporda AAMC Tıp Eğitimi Liyezon Komitesi tarafından akredite edilen 11 tıp fakültesi ve üç eğitim hastanesi ile herhangi bir üniversiteye bağlı olmayan üç eğitim hastanesine yapılan ziyaretlerin sonuçlarına yer verilmiş, tıp eğitimi için dört temel amaç belirlenmiştir (**Drake, 2014**):

- (1) öğrenme çıktılarının standardizasyonu (yeterliğe dayalı sınav) ve öğrenme sürecinin bireyselleştirilmesi (her öğrencinin öğrenme gereksinimlerinin karşılanması),
- (2) bilgi ve klinik deneyimin her aşamada entegrasyonu,
- (3) öğrenme sürecindeki tüm hekimlerin sorgulama ve yenilikçilik gibi zihinsel alışkanlıklar kazanmaya olan gereksinimi,
- (4) mesleki kimlik gelişiminin tıp eğitimi boyunca temel odak olması.

6.4.1. Raporların etkisi /etkisizliği

Bu raporlarda öğrenci seçiminden eğitimin içeriğine, ÖÇM'lere, TDTYE'ne, ulusal sağlık sistemiyle işbirliğine dek çeşitli vurgular yapılmıştır ve pek çok fakülte ya da ulusal tıp eğitimi otoriteleri bu raporlara uygun gelişme sağlama çabası göstermiştir.

Anderson'ın (2000) vurguladığı gibi, tıp eğitiminde bu raporlardan yola çıkarak değişim gerçekleştirme çabalarının nedeni, tıp fakültelerine ek mali kaynak, yeni binalar, daha fazla öğretim üyesi sağlanması değildir. Aksine, kısıtlı kaynaklarla, çoğu zaman direnç gösteren öğretim üyelerine rağmen öğrencilerine, fakültesine ve topluma/ülkesine karşı sosyal

sorumluluk taşıyan gönüllü yöneticiler ve öğretim üyelerinin adanmışlığıyla yol alınabilmiştir. Bir anlamda, bu kadar çok rapor yayınlanması ve aynı raporların farklı versiyonlarının üretilmesi tıp eğitiminde işlerin pek de iyi gitmediğini, değişimin yavaş olduğunu akla getirmektedir.

Ayrıca, bu raporlarda bir çelişki görülmektedir. Bir yandan öğrenme sonuçlarının standardizasyonu, diğer yandan öğrenme sürecinin kişiselleştirilmesi vurgulanmaktadır. Standardizasyon, sonuç odaklı bir üretim söylemine dayanırken eğitimin kişiselleştirilmesi ve öz-yönelimli öğrenmenin desteklenmesi bu söylemden tümüyle uzaklaşmayı gerektirir (**Hodges, 2010**).

Eğitim süresinin ve çıktılarının standart olduğu koşullarda kişiselleştirilen yöntemleri uygulayabilmek için ciddi bir kaynak ve öğretim üyesi zamanı ayırmak gerekir. Standardizasyon, akreditasyon gibi sonuç odaklı yaklaşımların temelini endüstrinin temel düsturu olan verimlilik anlayışı oluşturur ve özünde tıp eğitimi maliyetlerinin azaltılmasını hedefler. Bu durumda eğitimin bireysel öğrenme gereksinimlerine uygun hâle getirilmesi büyük zorluklarla karşılaşacaktır (**Hodges, 2010**).

Flexner Raporu gibi bu raporların da toplumla entegrasyon, halk sağlığı konularına ağırlık verilmesi ve eğitimde fırsat eşitliği gibi önerileri ilgi görmüştür. Kanada'da yayınlanan bir rapor sonradan tıp eğitimi yöneticilerine ve örgütlerine danışılarak gözden geçirilmiş ve ikinci versiyonda, "tıp fakültelerinin toplumsal sorumlulukları ve hesap verebilirliği" başlığı "birey ve toplumların gereksinimlerinin dikkate alınması"na dönüşmüş, "temel bilimler ve klinik eğitimin zaman olarak entegrasyonu" ise "tıbbın bilimsel temelleri üzerine inşa edilmesi" şeklinde değiştirilmiştir, böylece belirsizleşmiş ve anlam kaybına uğramıştır (**Hodges, 2010**).

Raporlardaki ortak vurgulardan birisi, tıp fakültelerinin topluma karşı sorumluluklarının hatırlanmasıdır.

Topluma karşı sorumluluk tıbbi ve akademik otonominin üzerindedir. Tıp eğitiminin mesleki değerleri de içeren bir içerik ve süreç olarak planlanması gerekir, ancak mesleki değerler, müfredat içinde bütünlük olmaktan çok uzaktır ve okulun kurumsal ikliminin ve eğiticilerin inanç sistemleri ve davranışlarının etkisi altında gizli müfredat/toplumsal öğrenme yoluyla kazanılmaktadır (**Pauli ve ark., 2000**).

Sağlık ortamındaki hâkim söylem giderek insandan uzaklaşmış, poliklinik kapısından her giren artık bir insan değil bir "hasta" olmakla çerçevelenmiştir. Temel bilimler ise organizmanın, organ sistemlerinin ve dokuların sosyoekonomik, fiziksel ve biyolojik çevreyle etkileşimine değinmeden insanın yapı ve işlevlerini molekül ya da gen düzeyinde neredeyse matematik formüllerle anlatmaya çalışmaktadır. Temel ve klinik bilim içeriklerinin biyopsikososyal ve ekolojik bir model içinde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir (**Pauli ve ark., 2000**).

6.5. Uygulama örnekleri ve öncüler

Bu bölümde, dünyada ilk/öncü olma özelliği taşıyan ya da ulusal bir politikaya dönüşmüş, ülke için ilk örneği oluşturmuş tıp eğitimi uygulamalarına yer verilmiştir. Bu bağlamda, yatay ve dikey entegrasyon, probleme dayalı öğrenme, topluma dayalı eğitim ile ilgili ilk ya da en yaygın uygulanan örnekler açıklanmıştır. Türkiye'den topluma yönelik eğitim ve ulusal çekirdek eğitim programı ÇEP) örneklenmiştir.

6.5.1. Entegrasyon: Case Western Reserve Üniversitesi Tıp Fakültesi

Temel ve klinik bilimlerin organ-sistem üzerinden entegre edildiği ilk tıp eğitimi programı, 1957'de ABD'nde Case Western Reserve Üniversitesinde başlamıştır (**Rendina, 2019**). Programın temelini oluşturan üç kavram, (1) disiplinler arasında (*yatay*) ve preklinik-klinik arasında (*dikey*) entegrasyon, (2) insan organizması bilgisi, (3) kapsamlı klinik hizmet olarak belirlenmiştir. Uzmanlaşmanın tıbbi insansızlaştırdığı inancıyla temel bilimler programına psikoloji, sosyoloji, antropoloji konuları dahil edilmiştir (**Rendina, 2019**). Bu program daha sonra pek çok ülkede ve fakültede uygulanmaya başlamıştır.

Entegrasyonla ilgili temel sorunlardan ilki, çoğunlukla aynı organ-sistem alanında farklı disiplinlerin ardışık ders anlattığı disiplinler arası koordinasyonla sınırlı kalmasıdır (**Brauer ve Ferguson, 2015**). Klinik yıllarda klinikler arası ve temel bilimlerle entegrasyon uygulamaları ise genellikle eşzamanlıktan öte geçmemiştir.

Entegrasyonu geliştirmek için tıp eğitiminin ilk yıllarında kısa klinik stajlar önerilse de, koordinasyon düzeyinin üzerinde gerçek dikey entegrasyon sağlayan uygulamalar azdır (**Brauer ve Ferguson, 2015**).

Entegrasyon, sınavlara yansıdığı ölçüde başarılıdır. Bu amaçla, ilk yıllarda disiplinler-arası entegre çoktan

seçmeli ya da açık uçlu sorular, klinik dönemde temel bilimleri kullanma becerisine yönelik refleksiyon testleri, öğrencilerin klinik senaryodaki mekanizmaya dair yorumunu değerlendiren çoktan seçmeli ve açık uçlu soruların bileşiminden oluşan İçerik Değerlendirme soruları (CAPP-content appraisal), tek paragraflık Klinik Akıl Yürütme Egzersizi (clinical reasoning exercise), simüle hasta görüşmesi sonrası Tanı Gerekçeleştirme Egzersizi (diagnostic justification exercise) gibi araçlar önerilmektedir (**Brauer ve Ferguson, 2015**). Ancak, öğretim üyelerine yönelik ölçme-değerlendirme kurslarında ya da öğrencilere uygulanan sınavlara benzer soru örneklerine rastlanmamaktadır.

6.5.2. PDÖ: Kanada McMaster Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kanada McMaster Üniversitesi Tıp Fakültesi kurulduğu yıl olan 1969'da, entegrasyonu konu temelinden problem temeline doğru taşıyarak probleme dayalı öğrenme modeli ile eğitime başlamıştır. Öğrencileri tıp fakültesindeki ilk günlerinden itibaren biyomedikal ve/veya günlük hekimlik pratiğinde sık karşılaşılan klinik problemlerle buluşturan bu modelde, temel bilimler disiplin sınırları silikleşmiş olarak problemin belirlenmesine ve çözümüne katkı sunacak şekilde programda yer almıştır (**Pallie ve Carr, 1987**). Bu modelde dersler yerine beş-altı öğrenciden oluşan tutorial gruplarına, öğrenmeyi kolaylaştıran/yönlendiren tutorlar rehberliğinde problemler sunulur. Genellikle haftada iki kez 2-4 saat süreli tutorial oturumlarının ilkinde, yeni (soğuk-yetersiz yapılandırılmış) problemle ilişkili alan, konu ya da başlıklar tartışılır, tutor ise sadece tartışmanın sonuçsuz olmamasını sağlayacak kadar süreci yönetir. İlk oturumun ardından öğrenme kaynaklarına, bazen de ek bir "kaynak oturumunda" konu alanı uzmanı öğretim üyesine başvurarak bilgi edinen öğrenciler grup olarak problemi tekrar ele alıp öğrendiklerini paylaşır (**Pallie ve Carr, 1987**).

PDÖ, eğitim programının bütününe değiştiren yegane model olarak pek çok okulda orijinal halinden uyarlanarak farklı şekillerde uygulanmıştır (**Savery, 2006**).

PDÖ'yle ilgili pek çok yanlış uygulama vardır. PDÖ'nün müfredat tasarımı yaklaşımı yerine problem çözmeyi öğretme yöntemi olarak algılanması, yeterli zaman, mekân, finans ve bilgi kaynağı ayrılması, problemlerin iyi seçilmemesi, kaynakların yenilenmemesi, öğrenme hedefleriyle uyumsuz çoğunlukla çoktan seçmeli testlerden oluşan sınavlar, en sık rastlananlardır (**Savery, 2006**).

6.5.3. Topluma yönelik eğitim: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi DPT Projesi

Topluma yönelik eğitim programı, mezunların hizmet verdikleri toplumun temel sağlık sorunlarını çözebilecek yeterlikte yetiştirilmesini amaçlar (**Schmidt ve ark., 1991**). Tıp disiplinlerinin eğitim içeriğini kendi aralarında belirlemesinden artık vazgeçilmesini ve toplumun temel sağlık sorunlarının çözümüne nasıl katkıda bulunmaları gerektiği üzerinden karar vermelerini gerektirir (**Schmidt ve ark., 1991**).

Bu amaçla (1) var olan bilgilerin gözden geçirilmesi, (2) uzman görüşü alınması, (3) yeni bilgilerin toplanması gibi yöntemler kullanılabilir (**Saçaklıoğlu, 2005**). Gelişmiş ülkelerde kapsamlı sağlık kayıt sistemi olması nedeniyle sağlık kayıtlarından öncelikli sağlık sorunlarını belirlemek kolaydır. Ancak gelişmemiş ülkelerde kayıtların yetersiz olması nedeniyle, alan araştırmalarına gereksinim duyulur (**Saçaklıoğlu, 2005**).

Bu konuda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (EÜTF) gerçekleştirilen Tıp Eğitiminde Müfredatın Geliştirilmesi İçin Toplumumuzun Öncelikli Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi (**Saçaklıoğlu, 2005**) DPT projesi, kapsamlı bir örnek oluşturmaktadır. Proje kapsamında yapılanlar aşağıda listelenmiştir:

1. İzmir kent merkezinde öncelikli semptom, başvuru nedeni ve hastalıkların belirlenmesi: Araştırmada 1173 hanede yetişkinler ve 0-14 yaş bebek ve çocuklarla ilgili görüşmeler yapılarak ayakta ya da yatarak tedavi gerektiren öncelikli sorunlar saptanmış ve onbeş organ-sistem başlığı altında listelenmiştir.

2. Eğitim programında yer alacak hastalıkların eğitsel önceliklerinin Delphi tekniği ile saptanması: Birinci, ikinci, üçüncü basamakta çalışan 837 hekimin görüşleri, üç tur halinde gerçekleştirilen Delphi tekniği ile alınmış ve 1273 başlıktan oluşan semptom, klinik durum ve hastalık listesi elde edilmiştir.

3. Eğitim programı gereksinimlerinin saptanması için temel bilim ve klinik bilim öğretim üeleriyle iki uzman paneli (EÜTF Eğitim Programında Hangi Sorunlar, Ne Ağırlıkta ve Nerede Öğretilmeli?)

- **Panel 1'de temel bilim öğretim üeleri**, eğitim programının yatay ve dikey entegrasyonunda kullanılacak verilerin elde edilmesi amacıyla, "Prototip Değer" ve "İnterdisipliner Katkı" açısından hastalık ve başvuru nedenlerini sıralamıştır.

- **Panel 2'de klinik öğretim üeleri**, listelenen sorunları "fatalite", "yaşam kalitesi kaybı", "aciliyet", "süre" ve "sağlık hizmet sunumunun etkinliği", "koruyucu yöntem varlığı", "tanı konulabilirlik", "tedavi edilebilirlik" kriterleri açısından değerlendirmiş, hastalık ve başvuru nedenlerini önceliklerine göre sıralamıştır (**Saçaklıoğlu, 2005**).

Çalışmanın sonuçları EÜTF eğitim programı hazırlanırken etkin bir şekilde kullanılmıştır. Mezuniyet hedeflerine dayalı yaklaşımla, eğitim programı son yıldan ilk yıla doğru tasarlanmıştır. Mezuniyet aşamasında öğrencilerin kazanması istenen bilgi, beceri ve tutum hedefleri, çözmeleri beklenen başvuru nedenleri temelinde entegre edilmiştir (**Saçaklıoğlu, 2005**). İlişkili hastalıklar, ilişkili patoloji mekanizmaları ve normal yapı-fonksiyon başlıkları belirlenerek dikey ve yatay entegre yeni bir program oluşturulmuştur.

6.5.4. Topluma dayalı eğitim etkinlikleri: Avustralya tıp fakülteleri

Avustralya'da, 1997 yılında ulusal tıp eğitimi modeli olarak benimsenen ve intörnlikten önce son klinik staj yılında uygulanması önerilen *kırsal topluma dayalı longitudinal eğitim yılı modeli*, tüm tıp fakülteleri için zorunlu hâle gelmiştir. Uzak, kırsal ve yerli halkların yaşadığı bölgelerde yürütülen ve gönüllü öğrencilerin katıldığı program, bir yıl süreyle üniversite hastanesindeki eğitime paralel müfredat çerçevesinde uygulanmaktadır. On yıl içinde programa katılan okul sayısı iki kat, kırsal ya da yerli halklar kökenli mezun sayısı üç kat artmıştır (**Geffen, 2014**). Daha sonra, 2001'de Devlet Kırsal Tıbbi İşgücü Stratejisi kabul edilmiş ve 14 tıp fakültesinde Kırsal Klinik Okullar kurulmuştur (**Couper ve Worley, 2010**).

İlk örneği 1997'de Flinders Üniversitesi Tıp Fakültesinde "*paralel kırsal toplum müfredatı*" adıyla başlayan programda 250 km. uzaklıktaki kırsal genel pratisyen (GP) ofisleriyle ve GP uzmanları, genel cerrahi, jinekoloji ve anestezi asistanlarının çalıştığı kırsal bölge hastanesiyle işbirliği kurulmuştur (**Worley, 2000**). İlk üç yılda PDÖ uygulanan fakültede paralel kırsal klinik staj programının amaçları, topluma dayalı ve hasta-merkezli program oluşturmak, üçüncü basamak ve kırsal bölge hastanelerinin işbirliğini geliştirerek üniversitede sağlanamayacak klinik deneyimi kazandırmak, kırsal bölge hekimlerine akademik kariyer olanakları sunmak, kırsal hekimlikte kariyer yapma planı olan öğrencileri desteklemektir (**Couper ve Worley, 2010**). Programda Avustralya genel pratisyenlik sistemi esas alınmış ve uzaktan

eğitim stratejileri kullanılmıştır. Bölge sağlık kurumlarında belli düzeyde hasta yükü olması (haftada 500 muayene, öğrenci başına haftada en az bir ameliyat, iki hasta görüşmesi ve yıl boyunca toplam 20 doğum, hastanede komplike olmayan Mİ, pediatrik astım, İV sıvı desteği gereken ishal vakalarına yatarak tedavi yapılabilmesi) koşulları aranmıştır (Couper ve Worley, 2010). Öğrencilere kalacak yer, muayene odası, kütüphane ve video konferans olanakları sağlanmıştır. Üniversite hastanesinde altı haftalık beş staj şeklinde uygulanan klinik stajlarla aynı amaç-hedefler, içerik ve yöntemler tüm yıl boyunca tüm disiplinler entegre edilerek sürdürülmüş, beceri sınavları ve performans değerlendirmeleri yerel eğitici hekimler tarafından yapılmıştır (Couper ve Worley, 2010). Dokuz yıl boyunca programın mezunlarının izlendiği bir çalışmada, yüzde 55'inin kırsal ve uzak bölgede çalıştığı, kentlerde çalışanların çoğunun uzmanlık eğitimi devam edenler olduğu ve yüzde 33'ünün genel pratisyenlik ya da kırsal ve uzak bölge hekimliği uzmanlığını seçtiği saptanmıştır (Couper ve Worley, 2010).

6.6. Yeterliliğe dayalı eğitim ve ÇEP

Yetkinlik (competence) ve yeterlilik (competency) kavramları etrafında bitmeyen tartışmalar sürmektedir. En yaygın kullanılan tanıma göre **yetkinlik** bir işi yapabilmek (istenen çıktıya ulaşabilmek) için gereken nitelikler iken, **yeterlilikler** yetkin performans için gereken davranış boyutlarıdır (Moore ve ark., 2002). Bu tanımlar psikometrik söylem ve üretim söylemi öğelerini içerir ve çıktı-temelli eğitim modeline köken oluşturur. Yetkinlik ve yeterlilik kavramları, işletme literatüründen eğitim literatüre kazandırıldığında durum daha da karmaşıklaşmıştır (Hodges, 2010; Moore ve ark., 2002). YDE'nin yaygınlaşmasıyla tıp eğitiminde artık *ürün süreci belirler* yaklaşımı hâkim olmuştur.

YDE'ne yönelik eleştirilerden ilki, eylem-odaklı ve çıktıya yönelik davranışçı varsayımlara dayanan bu yaklaşımın ahlaki kurallar, etik ilkeler, mesleki değerler gerektiren bütüncül ve usta bir performans için gerekli refleksiyon, yaratıcılık ve diğer üst düzey düşünme becerilerini gölgelediğidir (Boyd ve ark., 2018). Ayrıca YDE'nin eğitim programı tasarımında kullanılmasının çok karmaşık olduğu, iş yükünü artırdığı, programlarda eksikliklere sık rastlandığı, eğitim ve sınavların hemen minimum standartlara yollandığı gözlemlenmektedir (Boyd ve ark., 2018).

Diğer yandan, YDE programından yetkin olduğu kanıtlanarak mezun olan bir hekimin performansı, aldığı eğitimden çok çalışma ortamı ve sağlık

sisteminin özelliklerinden etkilenmektedir (Boyd ve ark., 2018). Ayrıca bilinen yetkinlik/yeterlilik çerçevelerindeki yetkinlik alanlarının tümünün geçerli ve güvenilir biçimde değerlendirilmesi henüz başarılamamıştır. Sınavlar tıbbi bilgi/beceri ölçen yazılı ve uygulama sınavları ile sınırlı kalmıştır ve yenilikçi örnekler azdır.

Çekirdek eğitim programı (ÇEP) ise öğrenme çıktılarının, kazanılması gereken çekirdek yeterlilikleri kapsamı gerektiği fikrinden yola çıkmıştır (Harden, 2000). Her öğrencinin kazanması gereken yeterlilikleri içeren ÇEP'in öğrencilerin ilgi alanlarına göre katılabileceği ve daha ileri hedeflere yönelik ÖÇM'lerle birlikte sunulması önerilmektedir (Harden, 2000).

ÇEP belirlenirken konunun bir hekim için ne kadar önem taşıdığı, sorunun sıklığının ve bu konunun tıbbın diğer alanlarına ne kadar genelleştirilebileceğinin (entegrasyona uygunluğu) değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca toplum, hastalar, sağlık yönetimi ve diğer sağlık meslekleri mensupları gibi paydaşlara danışılması ve kritik olay tekniği çalışmaları gibi daha kapsamlı araştırma yöntemlerine başvurulması vurgulanmaktadır (Harden, 2000). Ancak sorunun sıklığını belirlemek için genellikle literatürdeki örneklerin uyarlanması yolu izlenmekte, ÇEP oluşturma süreci toplumdan, diğer sağlık mesleklerinden ve birinci basamak hekimlerinden temsilcilerin sınırlı olduğu ya da hiç yer almadığı bir akademik araştırma biçiminde sürdürülmektedir.

Norman ve arkadaşları (2014), ÇEP ve benzeri yaklaşımların genellikle fakültelerde heyecanla karşılandığı ancak uygulanması zor olduğundan çoğunlukla vitrin süslemeden öte kullanılmadığını bildirmiştir.

6.6.1. Türkiye'de Ulusal ÇEP (Arıcı ve ark., 2020)

Türkiye'de Ulusal ÇEP (UÇEP) çalışmaları 2001'de başlamış, ilki 2002'de yayınlanmış, 2014'te güncellenerek Yükseköğretim Kurulu Genel Kurulunda kabul edilmiş ve 2020'de yenilenmiştir (UÇEP 2020). UÇEP-2020 (1) Tıp Fakültesi Mezunlarının Ulusal Yetkinlik ve Yeterlilik Belgesi, (2) Güncelleme ve İçerik, (3) Davranışsal, Sosyal ve Beşeri Bilimler Listesi olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (Arıcı ve ark., 2020).

Son bölümden başlanacak olursa, öncelikle **davranışsal, sosyal ve beşeri bilimler** başlıklarının belirlenmiş olması, tıbbın biyopsiko-sosyal varlık olan insanlara yönelik bir hizmet alanı ve bilim olduğu

kadar bir sanat alanı da olduğunun tıp fakültelerinde hatırlanması açısından önemlidir. Temel insan hakları, profesyonellik, etik-hukuk, iletişim, sağlık yönetimi, teknoloji, sosyo-ekonomik sorunlar, çevresel sorunların eğitim programlarında yer bulabilmesi olumlu bir yenilik olacaktır.

UÇEP-2020 çalışma kurulları incelendiğinde katılımcıların tıpta uzmanlık alanlarına göre dengeli bir dağılım olduğu ağırlıkla Batı ve Orta Anadolu tıp fakültelerinin temsil edildiği görülmektedir. Birinci basamak hekimlerinin temsiliyeti ise sınırlıdır, ikinci basamak hastanelerde çalışan uzmanlar, Sağlık Bakanlığı temsilcileri, diğer sağlık çalışanları ve hasta dernekleri ve benzeri hasta temsilcileri yer almamıştır. ÇEP oluşturma sürecinin daha çok bir akademik araştırma biçiminde sürdürüldüğü izlenimi edinilmiştir.

Klinik Semptom /Bulgu /Durum ve Çekirdek Hastalıklar /Klinik Problemler Listelerinin güncellenmesi çalışmasının ağırlıkla literatür çalışması olarak sürdürüldüğü görülmüştür. Literatürden erişilen **kaynaklar listesi** incelendiğinde hane halkı sağlık araştırması, hastalık yükü, yaşlılık, kronik hastalıklar, ruh sağlığı konularında yayınlar yer alırken, beş yılda bir yenilenen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (TNSA) yer almadığı görülmüştür (**Arıcı ve ark., 2020**). TNSA 2018 sonuçları yakın tarihte, Kasım 2019'da (muhtemelen UÇEP-2020 çalışmalarının son döneminde) yayınlanmıştır. Özellikle öncelikli sağlık sorunları arasında ilk sıralarda olan *anne-çocuk sağlığı, üreme sağlığı, beslenme ve kadının güçlenmesi* konularında *en güncel ulusal verilere* ulaşma açısından TNSA 2020 sonuçları yol gösterici olacaktır.

Sahada birinci basamakta çalışan hekimlerin görüşlerinin alındığı buna göre eklemeler, çıkarmalar ya da öğrenme (performans) düzeylerinde değişiklik yapıldığı belirtilmektedir (**Arıcı ve ark., 2020**); ancak hangi bölgelerden kaç kişiye ulaşıldığı, nasıl veri toplandığı ve değerlendirildiği henüz açıklanmamıştır.

Yetkinlik alanları ve ders programı ilişkisi kurulabilmesi amacıyla klinik semptom/bulgu/durum ve ilişkili çekirdek hastalıklar listelerinde beklenen performans düzeyleri belirlenmiş, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda acil tedavi ön tanı, tanı, tedavi, izlem, korunma alanlarında öğrenme (performans) düzeyleri listelenmiştir. Ayrıca, temel hekimlik uygulamaları öğrenme düzeyleri sadece bilmekten karmaşık durumlar/olgularda dâhil

yapabilmeye dek basamaklı dört düzey halinde tanımlanmıştır (**Arıcı ve ark., 2020**). Performans ve uygulama öğrenme düzeylerinin belirlenmiş olması, bilgi yükünün azaltılması ve mezunlardan beklenen uygulama düzeyine göre eğitim programında simüle ortamlardan gerçek klinik ortama dek uygulamalı eğitim yapılması ve gerçek performansı ölçebilen sınavların seçilmesi açısından fakültele yol gösterici olacaktır.

Yetkinlik Alanları için yetkinlik/yeterlik listesi ile eğitim programının ilişkilendirilmesinin gösterildiği Şekil 1.2'de, teorik dersler intörlük dönemi dâhil ilişkilendirilmesine rağmen, alan uygulamaları/topluma dayalı uygulamaların yer almadığı dikkat çekmiştir ve muhtemelen "farklı eğitim yöntemleri" başlığı altında varsayıldığı değerlendirilmiştir (**Arıcı ve ark., 2020**).

7. Tıp eğitiminin ticarileşmesi

Akademik Tıbbı Canlandırma için Uluslararası Kampanyası (ICRAM) çerçevesinde 2003'te bir araya gelen bir grup, akademik tıbbın ve tıp eğitiminin geleceğine dair senaryolar oluşturmuştur (**Clark, 2005**). Olası senaryolar (1) *Akademik Şti*, (2) *Reform*, (3) *Popüler Kültür*, (4) *Küresel Akademik Ortaklık* (5) *Tam bağımlılık (devlete/şirketlere)* olarak belirlenmiştir (**Clark, 2005**).

Tıp eğitiminin geldiği nokta, geleceğinin **Akademik Şti** olarak şekilleneceğini düşündürmektedir. Tıp eğitimine ayrılan kaynaklar kısıtlıdır ancak beklentiler yüksektir; bu durumda akademik tıp kaynak bulmak için özel sektöre yönelmektedir. Kamunun tıp eğitiminden çekildiği, beyin göçünün arttığı, eğitimde fırsat eşitsizliğinin derinleştiği, dünya nüfusunun yüzde 90'ının kaynakların sadece yüzde 10'una erişebildiği günler çok uzak değildir ve yoksul ülkelerde çoktan beridir yaşanmaktadır (**Clark, 2005**).

Küreselleşme söyleminde yer alan açık pazar, serbest ticaret, insan ve sermayenin serbest hareketi, dış kaynaktan edinme, offshore (deniz aşırı piyasa) ve benzeri unsurlar giderek tıp eğitiminin içine de işlemiştir (**Hodges ve ark., 2009**). Hekim yetersizliğinden yakan zengin bir ülkede hekim ithalinin yolları aranmakta, tıp eğitimi / tıp fakültesi ihraç edilmektedir (**Hodges ve ark., 2009**). Uluslararası öğrenci/müşteri çekmek amacıyla örneğin Polonya'da bazı tıp fakültelerinde eğitim İngilizce verilmekte, "*ABD Eğitim Bakanlığı tarafından tanınmıştır*" reklamları yapılmaktadır. Ya da 11 yıl süreyle 750 milyon dolar karşılığında "*isim ortaklığı-franchising*" sözleşmesi yapılarak

Katar Weill Cornell Tıp Okulu kurulmaktadır. Bu okulda Cornell müfredatı kullanılarak Katarlı öğrencilerin yüzde 70'ni çekilmesi hedeflenmiştir. Ekonominin ve entelektüel zenginliğin konsolide edilmesinde artık üniversiteler çok önemlidir (**Hodges ve ark., 2009**).

Bir yandan da küresel standartların belirlenmesi ile ilgili çalışmalar yoğunluk kazanmıştır.

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) önce tıp eğitiminin üç düzeyi **temel tıp eğitimi, mezuniyet sonrası eğitim, sürekli mesleki gelişim (Karle, 2006)**, 2016'da eklenen **master derecesi programları**yla güncel olarak dört düzeyi için tıp fakültelerinin akreditasyonunda kullanılmak üzere **Kalite İyileştirmek üzere Küresel Standartlar** yayınlamıştır. Bu standartlar DSÖ ve Dünya Tabipler Birliği (DTÖ) tarafından onaylanmıştır. O dönemde WFME Başkanı olan Karle'ye (2006) göre standartların gerekçesi tıbbın uluslararası hâle gelmesi karşısında tıp pratiğini ve tıbbi işgücünü korumak ve Dünya Ticaret Örgütü'nün yükseköğrenimi meta olarak tanımlamasına karşın kaliteyi düşürmemektir. Bu nedenle uyumlaştırma, standardizasyon, akreditasyon ve karşılıklı tanınma gibi kalite güvencesi önlemleri gereklidir (**Karle, 2006**).

Ayrıca tıp okullarının akreditasyon durumuyla ilgili veri tabanı hazırlamanın, okullara bu listede yer alma motivasyonu kazandıracağını ifade etmiştir. Yine de, okulların özerkliğinin etkilenmesi, eğitimin minimum standartlara sınırlanması, yerel farklılıkların göz ardı edilmesi gibi tehlikeler olduğunu belirtmiştir (**Karle, 2006**).

Akreditasyon çalışmalarında G-8 ülkelerinin standartlarının Asya, Doğu Avrupa, Afrika ve Güney Amerika tıp fakültelerine uyarlanması yönünde artış olduğu dikkat çekmektedir.

Nitekim ABD'de mezuniyet sonrası eğitim standartları belirleyen ve programları akredite eden Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (ACGME), Uluslararası ACGME'yi (U-ACGME) kurmuş ve 2008'de Singapur Sağlık Bakanlığının talebiyle mezuniyet sonrası eğitimi akreditasyonuna girişmiştir (**Day ve Nasca, 2019**). Daha sonra 2011'de Katar ve Suudi Arabistan'da akreditasyon başlamıştır (**Day ve Nasca, 2019**).

Ortak standartların/çıktılar-yeterliliklerin belirlenmesinin ardında davranışçı varsayımların yanı sıra dünyayı homojen algılama yanılgısı da vardır (**Hodges ve ark., 2009**). Amerika ya da Avrupa

standartları Afrika'ya uyabilir mi? Afrika'dan bir dekan küresel standartlara yönelik eleştirisinde Afrika'da tıp fakültesi mezunlarının doğum yaptırabilecek, anestezi verebilecek ya da ameliyat yapabilecek yetkinliğe erişmiş olmasının zorunlu olduğunu ancak bu girişimlerin ABD okullarının mezuniyet öncesi programlarında kesinlikle yer alamayacağını hatırlatmıştır. Amerikalı bir hekimin yoksul kırsal Afrika kliniğinde, Afrikalı bir hekim Amerikan hastanesinde çalışması hayal edildiğinde ciddi sorunlar yaşanacağını tahmin etmenin zor olmadığını vurgulamıştır (**Hodges ve ark., 2009**).

7.1. Öğrencilerin yaşadıkları zorluklar, tehlikeler

Neredeyse tüm ülkelerde tıp öğrencileri, ağır eğitim programının yarattığı stresin yanı sıra, büyük meblağlar tutan eğitim kredisi borcu altında ezilmektedir ve yoksul gençler ağır masrafları nedeniyle tıp eğitimini artık tercih edememektedir. ABD'nde tıp öğrencilerinin yüzde 60'ı en zengin yüzde 20'de yer alan ailelerden gelmektedir. En yoksul yüzde 60'ta yer alan öğrenciler ise sadece yüzde 20 oranındadır (**Hodges ve ark., 2009**). İngiltere'de bir öğrencinin yıllık ortalama eğitim kredisi borcu 7300 sterlin, Avustralya'da bu meblağ 36 bin-63 bin Avustralya doları olarak hesaplanmıştır (**Ross ve ark., 2006; Hays ve ark., 2015**). ABD'de devlet okullarında okuyan öğrencilerin borç miktarı, ailesinin sosyoekonomik durumu ve kariyer tercihi karşılaştırıldığında yoksul ailelerden gelen ve borcu 100 bin doların altında olanlar mezun olduklarında aile hekimliği, genel dâhiliye, genel pediatri gibi birinci basamak uzmanlıklarını tercih ederken, borcu 100 bin doların fazla olanlar yüksek kazanç sağlayan uzmanlıklara yönelmektedir (**Phillips ve ark., 2014**). Bu durum, pek çok ülkede birinci basamakta çalışacak hekim sayısının yetersizliğinin eğitim programlarıyla çok da ilgisi olmadığını düşündürmektedir.

Diğer yandan, tıp fakültesi mezunları, ABD'de USMLE, Türkiye'de TUS gibi, çeşitli ulusal, merkezi sınavlara girmek zorundadır. Bu sınavlarda başarılı olmak tıp fakültesini bitirmekten öte bir hazırlık gerekmektedir. ABD'de USMLE hazırlık kursu fiyatları (2300-4400 dolar) yüksektir. Türkiye'de ise TUS dersaneleri ilk sınıflardan itibaren promosyon etkinlikleri, deneme sınavları vb düzenlemekte ve kurslar/kamplar için 7000 Türk lirası gibi yüksek ücretler istemektedir.

Tıp öğrencileri yaşamsal sıkıntılarının ve gelecek kaygılarının yanı sıra, ağır ders yükü ve hoyrat

klirik eğitim ortamlarında profesyonel olmayan eğitimcilerin davranışları gibi etmenler sonucunda **travmatik de-idealizasyon** olarak tanımlanan patolojik bir süreç yaşarlar (**Testerman ve ark., 1996**). Var oluş çabası içinde naif idealizmalarını kısa sürede kaybederler, ne görürlerse onu taklit ederek gizli müfredat yoluyla bir şekilde mesleki kimliklerini geliştirirler.

Tıp öğrencilerinin meslek ahlakı kuralları ve etik ilkeleri içselleştirdikleri bir mesleki kimlik geliştirmeleri ve çıkar ilişkilerinden uzak bir yaklaşım benimsemelerinin önünde önemli bir engel, ilaç şirketlerinin sağlık hizmeti içindeki baskın pozisyonlarıdır. İlaç şirketleri ile etkileşim mesleki değerlerin bozulmasına, uygunsuz ilaç kullanımına, hasta-hekim ilişkisinin bozulmasına ve mesleğin toplum gözündeki saygınlığının azalmasına yol açmaktadır (**Civaner ve ark., 2009**). Tıba daha fazla nüfuz etmelerinin önüne geçilemezse, "pharmageddon" yaşanması ve tıbbi bakımın maksimum kar için insanlara ilaç satma aracına dönüşmesi kaçınılmazdır (**Holloway, 2014**).

Tıp öğrencileri kliniklerde hekim-ilaç şirketi etkileşimine sıkça tanıklık etmektedir. Eğitim programları ise ilaç pazarlama yöntemleriyle baş etme becerilerini öğretmekte sınırlı etkiye sahiptir (**Civaner ve ark., 2009**). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, tıp öğrencilerinin ilaç şirketi pazarlama stratejilerine çok sık maruz kaldıkları, yüzde 33'ü bu durumun kendi davranışlarını etkilemediğini düşündükleri ve bu konuda eğitim gerektiği görüşüne katılmadıkları saptanmıştır (**Civaner ve ark., 2009**).

8. Sonuç

Tıp eğitimini çağlar boyunca izlediğimizde her dönemde aslında diğer sosyal kurumların etkisiyle değişim gösterdiğini ya da aslında pek değişmediğini görüyoruz.

Son yüzyıl içinde geliştirilen yenilikçi tıp eğitimi programlarıyla ilgili eğitim araştırmalarının sonuçları ve fakültelerde değişikliklerin kalıcı olmaması, eğitsel bir "mucize reçete" olmadığının kanıtıdır. Tıp eğitimi programlarını geliştirirken en temel zorluk yeterli bütçe, öğretim üyesi zamanı ve lojistik kaynak sağlanamamasıdır. Böyle olunca, hevesli küçük bir grubun başladığı çalışma, kısa sürede bürokratik bir file dönüşür (**Norman ve ark., 2014**). Öğretim üyelerinin ve yönetimlerin direncinin yanı sıra, bir de kaynak kısıtlılığı varsa tükenme ve yılgınlık kaçınılmaz hâle gelir.

Tıp eğitiminin pek değişiklik gösterememesi tıpta biyomekanik ve teknik-bilimsel düşüncenin etkisinin sürmesiyle de ilişkilidir. Ne öğretileceği sorusu, temel bilimler ya da klinik uzmanlık konuları arasından başlık seçmek olarak anlaşılmakta, ders süresi ya da hangi konuyu kimin anlatacağı konularında bölümler ve öğretim üyeleri arasında neredeyse "vatan toprağını savunma" düzeyinde çatışmalar yaşanmaktadır.

Her ne kadar tıbbın bir sanat ve bilim alanı olduğu, sosyal bilimlerle yakın ilişkide olduğu her zaman dile getirilse de, pratikte kapıdan giren her hastanın kendisini çevreleyen büyük resmi yanında taşıdığı çoktan unutulmuştur. Hastalığa eşlik eden sosyo-ekonomik, psikolojik ve çevresel özellikler artık sadece birer "risk faktörü"dür ve hastalıkla eşleşip istatistiksel önem kazandığı ölçüde tabloda somatik durumların yanında yer bulabilir. Günlük hekimlik pratiğinde unutilan bu parçalar, doğal olarak tıp eğitiminin de dışında kalmıştır.

Tıp fakülteleri sosyal sözleşme gereği toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamaya muktedir ve hevesli hekim yetiştirmekle yükümlüdür. Bu bağlamda, tıp eğitiminde içeriğinin sağlık gereksinimlerini kapsamaması ve eğitimin üçüncü basamak eğitim hastanesinden çok toplum içinde toplumun katkılarıyla geçmesi gerekir. Ancak tıp fakültelerinde müfredat geliştirilirken genellikle disiplinlerin kendi aralarında uzlaşmaları temelinde akademik araştırma titizliğinde bir çalışma sürdürülür, toplum içinde eğitim ise yaklaşık 6000 saatlik tıp eğitimi programında sporadik gezi ve ziyaretlerle sınırlı kalır.

Sydenham'ın tıp eğitimi almak üzere geldiğinde gördükleri üzerine söylediği rivayet edilen "Oxford'da doktorluk değil ancak kunduracılık öğrenilir" sözlerinin üzerinden 400 yıla yakın süre geçmiştir. Belki de Sydenham'ın hayaleti hâlen tıp fakültelerinin koridorlarında dolaşmakta, ulusal ya da fakülte eğitim komisyonlarına katılmaktadır. Ve büyük ihtimalle yine memnuniyetsizlikle başını sallamaktadır.

Kaynaklar

- Anderson, B. M.** (2000). *A Guide to the 130 Reports in This Snapshot, Academic Medicine*, 75(9): Sx-Sxiv.
- Arıcı, D. S., Demir, M. A., & Gürpınar, E.** (2020). *Tıp Dekanları Konseyi Mezuniyet öncesi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı*. Galenos Yayınevi, İstanbul
- Bloom, S. W.** (1988). *Structure and Ideology in Medical Education: An Analysis of Resistance to Change*. *Journal of Health and Social Behavior*, 29: 294-306.
- Bonner, T. N.** (1989). *Abraham Flexner as Critic of British and Comtinentaş Medical Education*. *Medical History* 33: 472-9.

- Bonner, T. N.** (1990). *The German Model of Training Physicians in the United States, 1870-1914: How Closely was it Followed?* *Bulletin of History of Medicine* 64: 18-34
- Bonner, T. N.** (2000). *Becoming a physician: medical education in Britain, France, Germany, and the United States 1750-1945* (1st Ed.), Baltimore: JHU Press.
- Boyd, V. A., Whitehead, C. R., Thille, P., Ginsburg, S., Brydges, R., & Kuper, A.** (2018). *Competency-based medical education: the discourse of infallibility*, *Medical Education*, 52(1): 45-57.
- Brauer, D. G., & Ferguson, K. J.** (2015). *The integrated curriculum in medical education: AMEE Guide No. 96*, *Medical Teacher*, 37(4): 312-322.
- Brint, S.** (2006). *Saving the Soul of Professionalism: Friedson's Institutionalism Ethics and Defence of Professional Autonomy*. *Knowledge, Work and Society*, 4(2): 100-129.
- Brown, E. R.** (1980). *Rockefeller medicine men: medicine and capitalism in America*. Los Angeles: University of California Press.
- Civaner, M. M., Balcioğlu, H., & Vatanserver, K.** (2009). *Medical Students' Opinions About the Commercialization of Healthcare: A Cross-Sectional Survey*. *Advances in Health Sciences Education*, 14(5): 713-724.
- Clark, J.** (2005). *Education and debate Five futures for academic medicine: the ICRAM scenarios*. *British Medical Journal*, 331: 101-107.
- Couper, I. D., & Worley, P. S.** (2010). *Evaluation of the Parallel Rural Community Curriculum at Flinders University, South Australia: Lessons learnt for Africa*. *African Journal of Health Professions Education*, 2(2) : 14-6
- Cueto, M.** (2004). *The origins of "primary" care and "selective" care*. *American Journal of Public Health*, 34(11): 1863-1874.
- Day, S. H., & Nasca, T. J.** (2019). *ACGME International: The First 10 Years*. *Journal of Graduate Medical Education*, 11(4), 5-9.
- Drake, R. L.** (2014, March). *A retrospective and prospective look at medical education in the United States: Trends shaping anatomical sciences education*. *Journal of Anatomy*, 224 (3): 256-60.
- Dunn, T. A.** (1978). *Work, Class and Education: Vocationalism in British Columbia's Public Schools, 1900-1929*. PhD Tezi, University of British Columbia.
- Elçin, M.** (2010). *Tip eğitiminin tarihçesi*. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41: 195-202.
- Ertmer, P. A., & Newby, T. J.** (2011). *Behaviorism, Cognitivism, Constructivism: Comparing Critical Features From an Instructional Design Perspective*. *Performance Improvement Quarterly*, 24(3): 55-76.
- Faunce, T. A., & Gatenby, P.** (2005, October). *Flexner's ethical oversight reprised? Contemporary medical education and the health impacts of corporate globalisation*. *Medical Education*, 39: 1066-74
- Flexner, A.** (1910). *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (No. 4). New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Flexner, A.** (1912). *Medical Education in Europe. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (No. 6). New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Fulton, J.** (1953). *History of Medical Education History of Medical Education**. *British Medical Journal*, 4834: 457-461.
- Funkenstein, D. H.** (1978). *Medical Students, Medical Schools and Society During Five Eras: Factors Affecting the Career Choices of Physicians 1958-1976*. New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation.
- Gaghie, Wi. C., Miller, George, E., Sajid, A. W., & Telder, T. V.** (1978). *Competency based curriculum development in medical education*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Geffen, L.** (2014). *A brief history of medical education and training in Australia*. *The Medical Journal of Australia*, 201(1 Suppl): 19-22.
- GMC.** (1993). *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. London: GMC
- Halperin, E. C., Perman, J. A., & Wilson, E. A.** (2010). *Abraham Flexner of Kentucky, His Report, Medical Education in the United States and Canada, and the Historical Questions Raised by the Report*. *Academic Medicine*, 85(3): 203-210.
- Harden, R. M., Crosby, J., Davis, M. H., Howie, P. W., & Struthers, A. D.** (2000). *Task-based learning: The answer to integration and problem-based learning in the clinical years*. *Medical Education*, 34(5): 391-397.
- Harden, Ronald M.** (2000). *Core Curriculum*. In J. Dent (Ed.), *A Practical Guide for Medical Education* (pp. 39-49). Dundee: Elsevier Health Sciences.
- Harrison, M.** (2015). *A global perspective: Reframing the history of health, medicine, and disease*. *Bulletin of the History of Medicine*, 89(4): 639-689.
- Hays, R. B., Lockhart, K. R., Teo, E., Smith, J., & Waynforth, D.** (2015). *Full medical program fees and medical student career intention*. *Medical Journal of Australia*, 202(1): 46-50.
- Hodges, B. D.** (2010). *A Tea-Steeping or i-Doc Model for Medical Education?* *Academic Medicine*, 85(9): S34-44.
- Hodges, B. D., Maniate, J. M., Martimianakis, M. A., Alsuwaidan, M., & Segouin, C.** (2009). *Cracks and crevices: Globalization discourse and medical education*. *Medical Teacher*, 31(10): 910-917.
- Holloway, K.** (2014). *Uneasy subjects: Medical students' conflicts over the pharmaceutical industry*. *Social Science and Medicine*, 114: 113-20.
- Karle, H.** (2006). *Global standards and accreditation in medical education: A view from the WFME*. *Academic Medicine*, 81(12 suppl.): 43-48.
- Kayhan, H.** (2011). *Selçuklular Devrinde Tıp Bilimi ve Hekimler Hakkında Notlar*. *History Studies, International Journal of History*, 3(1): 155-63.
- Lam, T. P., Wan, X. H., & Ip, M. S. M.** (2006). *Current perspectives on medical education in China*. *Medical Education*, 40(10): 940-949.
- Mann, K. V.** (2011). *Theoretical perspectives in medical education: Past experience and future possibilities*. *Medical Education*, 45(1): 60-8.

- Markowitz, G. E., & Rosner, D. K.** (1973). Doctors in Crisis: A Study of the Use of Medical Education Reform to Establish Modern Professional Elitism in Medicine. *American Quarterly*, 25(1), 83–107.
- Moore, D. R., Cheng, M., & Dainty, A. R. J.** (2002). Competence, competency and competencies: performance assessment in organisations. *Work Study*, 51(6): 314–9.
- Norman, G., Norcini, J., & Bordage, G.** (2014). Competency-Based Education: Milestones or Millstones 1 ? . *Journal of Graduate Medical Education*, 6(1): 1–6.
- Pallie, W., & Carr, D. H.** (1987). *The McMaster Medical Education Philosophy in Theory, Practice and Historical Perspective*. In *Medical Teacher* 9(1): 59-71
- Pauli, H. G., White, K. L., & McWhinney, I. R.** (2000). Medical education, research, and scientific thinking in the 21st Century (Part one of three). *Education for Health*, 13(1): 15–25.
- Phillips, J. P., Petterson, S. M., Bazemore, A. W., & Phillips, R. L.** (2014). A retrospective analysis of the relationship between medical student debt and primary care practice in the United States. *Annals of Family Medicine*, 12(6): 542–549.
- Rendina, N.** (2019). The Case for Western Reserve: Medical Education Reform in the Midwest, 1900–1920. *Ohio History*, 126(1): 72–88.
- Rezaeian, M., & Pocock, L.** (2016). Medical Education and the Practice of Medicine in the Muslim countries of the Middle East. *Middle East Journal of Family Medicine*, 14 (7): 28-38
- Ross, S., Cleland, J., & Macleod, M. J.** (2006). Stress, debt and undergraduate medical student performance. *Medical Education*, 40(6): 584–589.
- Rubin, P., & Franchi-Christopher, D.** (2002). New edition of Tomorrow's Doctors. *Medical Teacher*, 24(4): 368–369.
- Saçaklıoğlu, F.** (2005). Tıp Eğitiminde Müfredatın Geliştirilmesi İçin Toplumumuzun Öncelikli Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası Erişim Tarihi 15 Mart 2020, <http://www.tead.med.ege.edu.tr/Dosyalar/5/DPT%20Proje%20Raporu.pdf>
- Savery, J. R.** (2006). Overview of Problem-based Learning: Definitions and Distinctions. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, 1(1): 9-20
- Schmidt, H. G., Neufeld, V. R., Nooman, Zohair, M., & Ogunbo-de, T.** (1991). Network of Community-Oriented Educational Institutions for the Health Sciences. *Academic Medicine*, 66(5): 259–263.
- Sigerist, H. E.** (1941). The Peoples's Misery: Mother of Diseases. *Bulletin of the History of Medicine*, IX(1): 81-100
- Steinecke, A., & Terrell, C.** (2010). Progress for Whose Future? The Impact of the Flexner Report on Medical Education for Racial and Ethnic Minority Physicians in the United States. *Academic Medicine*, 85(2): 236–245.
- Stelmaschuk, A.** (2001). The School at Salerno: Origin of the European Medical University. *The Proceedings of the 10th Annual History of Medicine Days*. 68–74.
- Tennyson, R. D.** (2002). Linking learning theories to instructional design. *Educational Technology*, 42(3): 51–55.
- Tennyson, R. D.** (2010). Historical Reflection on Learning Theories and Instructional Design. *Contemporary Educational Technology*, 1(1): 1–16.
- Testerman, J. K., Morton, K. R., Loo, L. K., Worthley, J. S., & Lambertson, H. H.** (1996). The natural history of cynicism in physicians. *Academic Medicine*, 71(10 Supplement): S43-45.
- Törün, S. E.** (2015). Değerlendirme ve Geçerlik Üzerine Arkeolojik Bir Çaba-Bağlam ve Kavram Bilgisi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, (43): 13–60. Erişim Tarihi 15 Mart 2020. <https://pdfs.semanticscholar.org/38ec/703541c67a2d7cdc7106e89d15f1e0f8ffb3.pdf>
- Uğurlu, C.** (1997). Hipokrat. *Ankara Tıp Fakültesi Mecmuası*, (3): 67–78.
- Warner, J. H.** (2014). *The Art of Medicine in an Age of Science: Reductionism, Holism, and the Doctor-Patient Relationship in the United State, 1890–1960s*. *Senri Ethnological Reports*, 120: 55–91.
- Weatherall, D. J.** (2006). Science in the undergraduate curriculum during the 20th century. *Medical Education*, 40(3): 195–201.
- Weisz, G.** (2007). *From Divisions of Medicine to Specialties*. In G. Weisz (Ed.), *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization* (pp. 191–209). Oxford: Oxford University Press.
- WFME.** (1988). *The Edinburgh Declaration*. *Medical Education*, 22(5); 481–482.
- Yoket, Ü.** (2003). Eski Çağda Tıp. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(2): 76–78.