

GÖZLEM VE GÖRÜŞLER

TIP EĞİTİMİNİN GELİŞİM SÜRECİ

Erol GÜRPINAR*, Berna MUSAL**

Günümüzde tıp eğitiminde tüm dünyada ve ülkemizde büyük bir değişim süreci yaşanmaktadır. Yıllardır süre gelen klasik eğitim sistemi, yerini öğrenci merkezli aktif eğitim sistemlerine bırakmaktadır. Bu değişimi yaratan nedenler nelerdir, neden tıp fakülteleri böyle köklü değişimlere gereksinim duymaktadır gibi soruların yanıtlarını tıp eğitiminin tarihsel gelişim süreci içerisinde aramak ve yanıtları bulabilmek için tıp eğitiminin dönüm noktalarını irdelemek gerekmektedir. Bu yazıda tıp eğitiminde bu dönüm noktalarını yaratan temel olaylar ve dönemlerin temel yapı taşları ve özellikleri irdelenmeye çalışılacaktır.

Tarihsel süreç içerisinde tıp eğitiminin dönüm noktalarını üç bölüme ayırabiliriz.

- 1) Flexner öncesi dönem (1910 dan öncesi)
- 2) Flexner dönemi (1910-1970)
- 3) Topluma dayalı tıp eğitimi dönemi (Schmidt&Magzoub, 1994).

1910 ÖNCESİ DÖNEMDE TIP EĞİTİMİ

1910' lu yıllara değin tıp eğitimi uzun yıllar din etkisinde kalmıştır. Hastalıklar tanrıların insana bir cezası olarak kabul edilmiş ve tapınaklarda dinsel iyileştirme yöntemleri uygulanmıştır. Bu dönemde tıp rahiplerin ve kiliselerin kontrolündeydi. Tıp eğitimi daha çok usta çırak eğitimi şeklinde, kilise ve manastırlarda yürütülmekteydi (Soyer A, 2001).

10-12. yy. arasında tıpta dinin etkisini azaltan, bilimin gücünü ise arttıran olaylar gerçekleşti (Lyons&Petrucci, 1996). Bu olayların başında dinde reform uygulamaları gelmekteydi. Clemont Council ismi verilen bir dinsel toplantıda din adamlarının tıp uygulamaları yapmaları yasaklandı. R. Descartes ve R. Bacon gibi düşünürler bu dönemde bilimin gelişiminde önemli rol oynadılar. Öğrenmede en iyi yolun gözlemler ve deneysel çalışmalar yapmak (ampirizm) olduğunu savundular (Dirican&Bilgel, 1993). Bu dönemde tıpta bilimsel yöntemler ile deney ve araştırmalar yapılmaya başlandı (Eren N, 1996). Tıp eğitiminin din etkisinden sıyrılıp bilimsel olarak verilmesinin 10. yy. başlarında İtalya'da kurulan Salerno tıp fakültesi ile başladığı söylenebilir. Burada öğrenciler üç yıl mantık, beş yıl tıp eğitimi aldıktan sonra bir hekimin yanında da bir yıl çalıştıktan sonra serbest çalışma izni alabilmekteydiler (Lyons&Petrucci, 1996).

Bu tıp okulunu Bolonga, Montpellier, Padua ve Paris tıp okullarının açılması izledi, ve tarih özellikle Padua ve Paris tıp okullarının büyük gelişimine ve pozitif bilime katkılarına sahne oldu. Özellikle 15 yy. da Padua üniversitesinin katkısıyla gözleme ve deneye dayalı tıp eğitimi gelişti (Atabek&Görkey, 1998).

15. ve 16 yy. da Rönesans dönemi ile bilim daha da güçlendi ve bu dönemde tıbbi metinler yazılıp dağıtılır duruma geldi. Yine bu dönemlerde tıp eğitiminde büyük bir değişimde Fransız devrimi ile yaşandı. Hastanelerde, hasta başında gerçekleştirilen eğitim bu dönemde gelişti (Terzi C, 2001).

17. yy. ise tıp uygulamalarına istatistiğin ilk girdiği yıllar oldu ve bu olay tıp eğitiminde bilimsel yöntemlerin

* Uzm. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD (Makale hazırlandığı dönemde DEÜTF Halk Sağlığı AD, Araştırma görevlisi)

** Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

daha da güçlenmesini sağladı. 18 yy ise Hollanda Leiden tıp fakültesi Avrupa'nın en önemli tıp fakültesi konumuna geldi, bu tıp fakültesinin tıp eğitimine en büyük katkısı, diğer bilim dallarının tıp bilimine girmesini sağlamak oldu (Eren N, 1996).

19. yy. da dünyada tıp eğitiminde Amerika ekolünün ağırlık kazandığını görmekteyiz. Bu yüzyılda tıp eğitiminde bilim gereken yerini almıştı, ancak düzenli ve sistematik yaklaşımdan uzak bir eğitim söz konusuydu (Patrick&Ober, 1997). Öğrencilerin hangi kriterlere göre mezun olacağı, öğrenim süresinin ne kadar olacağına ilişkin belli bir düzenleme yoktu. Tıp fakülteleri ağırlıklı özel ve paralı okullardan oluşmaktaydı. Tıp fakültesine kayıttan önce hekim adayından bir hekimin yanında bir, iki yıl süre ile çalışmış olması istenir, ardından da en fazla bir yıllık kısa bir akademik eğitim verilir ve kişi tıp fakültesinden mezun edilirdi. Tıp mesleğine bir düzey kazandırılması amacı ile 1847'de Amerikan Tıp Birliği kuruldu. Bu kurumun çalışmaları sonucunda 1900'lü yıllarda tıp fakültesine kabul için ön koşul olarak kolej mezunu olma şartı getirildi. Akademik eğitim de dört yıla uzatıldı ve düzenli bir müfredat çerçevesinde tıp fakültelerinde eğitim verilmesi sağlandı. Bu konsey 1904 yılında Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitim konseyini kurdu ve bu konsey Amerika ve Kanada da Abraham Flexner'i tıp eğitimini teftiş etmekle görevlendirdi (Goodman&Musgrave, 2002).

1910-1970 ARASI DÖNEMDE TIP EĞİTİMİ

A. Flexner kendisine verilen görevin ardından Amerika ve Kanada'da eğitim veren tıp fakültelerini tek tek incelemiş ve 1910 yılında ünlü "Flexner raporu" nu tamamlamıştır. Bu raporda özetle tıp eğitiminin bir kısmının hastanelerde verilmesi gerektiğini, laboratuvarı olmayan tıp fakültelerinde eğitimin yetersiz olduğunu, öğretim elemanlarının tam zamanlı çalışması gerektiğini vurgulamıştır. Raporunda bu kriterleri sağlayamayan tıp fakültelerinin verdikleri eğitimin yeterli olmadığını belirtmiştir.

Raporun ardından Amerika ve Kanada'da belirtilen koşulları sağlayamayan tıp fakülteleri kapatılmış ve rapordan önce 160 olan tıp fakültesi sayısı 85'e inmiştir.

Bu rapor tıp eğitiminde temel bazı değişimlerin yaşanmasına yol açtı. Nitelikli hekimler yetiştirilebilmesi için eğitimin içeriğindeki bilimsel bilginin ve tıbbi uygulamaların artırılmasını, tıp fakültesine kabul edilecek öğrencilerin belirli bir bilimsel düzeyde eğitim almış olma şartını, tıp öğrencilerinin fizik, kimya ve biyoloji alanlarında sistematik bir eğitim almasını, tıp eğitimi veren kurumların laboratuvarı olmasını sağlamış, bu yolla tıp eğitiminde belirli bir standartın yakalanmasını ve tıp eğitiminin kalitesinde çok önemli bir artışın yakalanmasını sağlamıştır (Saçaklıoğlu F, 2001, Boelen C, 2002).

Sonuçta, tıp eğitiminde yeni bir çağın başladığını ve Flexner modeli olarak adlandırılan, bugün de klasik eğitim

olarak tanımladığımız yeni bir eğitim modelinin Amerika ve Kanada'dan başlayarak tüm dünyaya yayıldığını ve yaklaşık bir yüzyıl boyunca etkisini gösterdiğini görmekteyiz.

Bu eğitim modelinin temel özellikleri;

- Temel ve klinik bilimler arasında kesin bir ayırım vardır,
- Temel bilimler ilk bir-iki yılda, klinik bilimler son iki-üç yılda verilir,
- Öğrencilere büyük gruplar halinde didaktik dersler verilir,
- Eğitici merkezlidir, öğrenci pasif alıcı konumdadır,
- Öğrencinin neyi, nasıl öğreneceğine eğitici karar verir,
- Eğitimin tamamına yakın bölümü üçüncü basamak hastanelerde yapılır (Saçaklıoğlu F, 2001, Terzi C, 2001).

1970'TEN GÜNÜMÜZE TIP EĞİTİMİ

Flexner modeli eğitim pek çok olumlu yönlerine karşın, geçen yıllar içerisinde tıp eğitiminde bir takım olumsuzluk ve eksiklikleri de beraberinde getirmiştir.

Bu olumsuzluklar

- Klasik tıp eğitiminin bilgi yükü öğrencinin kapasitesinin üzerindedir,
- Temel bilimler, klinik uygulamalarla ilişkilendirilmeden öğrenilmektedir,
- Klasik tıp eğitimi sağlık hizmeti alanına çok dar bir pencereden, sadece üçüncü basamak gözüyle bakmaktadır
- Klasik eğitim ile yetişen hekimler toplumun sağlık ihtiyaçlarına yanıt verememektedir (Schmidt&Magzoub, 1994).

Öğrenciler bu modelde, eğitimlerinin büyük bir kısmını kalabalık sınıflarda, laboratuvarlarda ve üniversite hastanelerinde gerçekleştirip, toplumdan, toplumun sağlık sorunlarından ve ileride çalışacakları sağlık sisteminden uzakta, yalnızca üçüncü basamakta yetişmekte ve eğitim almaktadırlar. Klasik tıp eğitiminde temel olarak hastane temelli bir eğitim programı vardır, hastanede yatan hastalar ve hastalıkları üzerinden bir eğitim çerçevesi belirlenmektedir, ancak bilindiği gibi üçüncü basamakta ancak tanı ve tedavisi zor olan ve temelde birinci ve ikinci basamakta çözülemeyen olgular ağırlıklı olarak yer almaktadır. Tıp fakülteleri verdikleri bu eğitim şekli ile çalışacakları sağlık sistemini, hizmet verecekleri toplumun yapısını ve sağlık sorunlarını bilmeyen, tanımayan hekimler yetiştiren bir kurum özelliği göstermekteydi. Bu nedenle klasik eğitim programı toplumda sık görülen ve öncelik taşıyan temel sağlık sorunlarından ve toplumun sağlık düzeyini yükseltme hedefinden uzaktır (Schmidt ve diğerleri, 1991).

1978'de Alma Ata'da gerçekleşen temel sağlık hizmetleri konferansında "2000 yılında herkese sağlık" hedefi belirlenmiştir (WHO, 1988). Bu hedefe ulaşabilmek ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmek için hizmet vereceği toplumu tanıyan, öncelikli sağlık sorunlarını ve

bunların korunma ve tedavi yollarını bilen hekimlere gereksinim vardır. Bu hedefleri gerçekleştirebilmek, toplumunu ve öncelikli sağlık sorunlarını tanıyan hekimlerin yetiştirilmesini sağlayabilmek için, tıp eğitiminde bu hedefe uygun bir eğitim programının uygulanması gerekmektedir (Bryant HJ, 1993, Boelen C, 1992). Dünya Sağlık Örgütü tıp eğitimi ile bu hedefe uygun hekimler yetiştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 1993).

Dünya Hekimler Birliğinin 1988 yılı Edinburg bildirgesinde benzer sorunlara değinilmekte ve tıp eğitimin amacı "bütün toplumun sağlık düzeyini yükseltecek hekimler yetiştirmektir" şeklinde tanımlanmakta ve bazı önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler arasında tıp eğitiminin, toplumda sık görülen ulusal sağlık sorunlarına yönelik ve toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilecek şekilde yapılandırılması gerektiği ve öğrencilere yalnız bilgi değil, mesleki beceri ve sosyal değerlerin de kazandırılması ve eğitimin yaşam boyu sürmesi gerektiği vurgulanmıştır. Tüm bu rapor ve bildirimlerin ortak noktası hizmet vereceği toplumun temel sağlık sorunlarına hakim, bunların korunma, tedavi yollarını iyi bilen hekimlere ve bu hekimleri yetiştirecek olan eğitim modeline olan gereksinimdir (World Conference., 1998).

Bu gereksinimler ve çözüm önerileri tıp eğitiminde bir değişim rüzgarı başlatmış ve pek çok tıp fakültesinde bu etki kendini göstermiştir. İlk olarak Kanada'da Mc Master Üniversitesinde MacDonald ve ekibi yaşadıkları toplumun öncelikli sağlık sorunlarını belirlemiş ve eğitim programlarına yansıtmayı başarmışlardır (MacDonald PJ ve diğerleri, 1989). Daha sonra pek çok tıp fakültesi de benzer yöntemlerle kendi toplumlarının öncelikli sağlık sorunlarını belirlemiş ve eğitim programlarını düzenlemişlerdir. Böylece tıp eğitiminde ilk kez eğitim programı, içinde yaşanan ve hizmet sunulan toplumun öncelikli sağlık sorunlarına göre planlanmış ve topluma yönelik bir eğitim programına geçilmiştir (Hamad B, 1994). Bu şekilde tıp eğitimi, pek çok fakültede içinde yaşadığı toplumu ve sık görülen sağlık sorunlarını tanıyan korunma ve tedavi yollarını iyi bilen hekimler yetiştirme başarısını kazanmıştır.

TOPLUMA YÖNELİK VE TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİ

Gerek topluma dayalı tıp eğitimi gerekse topluma yönelik tıp eğitimi aslında bir bütünün iki ayrı parçasıdır. Bu iki yaklaşımın ortak amacı; toplumda sık görülen, öncelik taşıyan sağlık sorunlarının tanı, tedavi ve korunma yollarını iyi bilen ve çalıştığı her basamakta bu sorunları çözebilen hekimler yetiştirmektir. Yani hekimlerin ülkelerinin koşullarına uygun olarak yetiştirilmesini hedefleyen bir eğitim yaklaşımıdır. Öğrenme etkinliklerinin, içinde yaşanan toplum ve toplumun sağlık hizmetinden yararlandığı birimlerde gerçekleştirilmesi topluma dayalı tıp eğitimi yaklaşımıdır. Bu amaca ulaşmak için eğitim sürecinin bir kısmı üçüncü

basamak sağlık kuruluşlarının yanı sıra birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında da gerçekleştirilmelidir. Bilindiği gibi öğrenciler üçüncü basamak hastanelerde toplumda sık rastlanan sağlık sorunlarının ancak çok küçük bir kısmı ile karşılaşabilirler (Schmidt&Magzoub, 1994). Bu nedenle eğitimin bir kısmının üçüncü basamak dışında, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında da gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu sayede öğrenciler her basamakta farklı sağlık sorunları ile karşılaşmakta, bu sağlık sorunlarının tanı, tedavi ve korunma yöntemlerini yerinde öğrenmekte ve ilerde bu sorunla karşılaştığında çalıştığı her basamak sağlık kurumunda soruna etkin bir biçimde müdahale edebilmektedir. Ayrıca öğrenciler bu şekilde ilerde çalışacakları sağlık sistemini ve bu sistem içerisinde kendi rollerini kavramaktadır.

Topluma yönelik tıp eğitimi ise, içinde yaşanan toplumun öncelikli sağlık sorunlarının neler olduğunu saptanıp, eğitim programının buna göre düzenlenmesidir. Bu özelliği ile öğrencinin ilerde hizmet vereceği toplumun yapısını, toplumun sağlık sorunlarının neler olduğunu öğrenmesi hedeflenir (Uçku R, 2001). Bu şekilde topluma yönelik tıp eğitimi, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, hastalıkların iyileştirilmesi, önlenmesi ve esenlendirilmesine, toplumun sağlık gereksinimlerine cevap verebilen, hizmet sunacağı topluma yabancı olmayan hekimlerin yetiştirilmesine olanak sağlar (Benor DE ve diğerleri, 1989, Delisle R, 1997).

Topluma dayalı-Topluma yönelik tıp eğitimi programını uygulayan pek çok tıp fakültesi bu programı uygularken probleme dayalı öğrenim modelini kullanmaktadır (Hamad B, 1994). Bu modelin kullanılmasının temel nedenleri, en iyi öğrenme yöntemini kullanarak öğrencilerin performansını en üst düzeye çıkarmak, biyolojik, toplumsal ve davranışsal öğelerin entegre olarak kavranması, sorgulama, problem çözme, yaşam boyu öğrenme, ekip paylaşımı, iletişim yetisi kazanımları ve elde edilen kalıcı bilgilerin hekimlik mesleğine uyarlanmasındaki avantajlardır (Barrows&Kelson, 1993, Schin ve diğerleri 1993, Davis&Harden, 1999).

PROBLEME DAYALI ÖĞRENİM

Probleme dayalı öğrenim (PDÖ) ilk kez 1967'de Kanada'da Mc Master Üniversitesinde uygulanmaya başlanmış ve giderek tüm dünyada yaygınlaşmaya başlamıştır (Harden RM ve diğerleri, 1984). Bu eğitim yöntemi, senaryo temelinde saptanan bir sağlık sorunun çözülmesine yönelik çalışma sürecinde, önceki bilgilerin kullanılması ve öğrencilerin gereksinim duydukları öğrenme konularının belirlenmesi, öğrenilmesi ve tartışılması temeline dayanan bir aktif eğitim yöntemidir. PDÖ 6-8 kişiden oluşan öğrenci grubu ve bir eğitim yönlendiricisi tarafından küçük bir grupta uygulanır. PDÖ öğrenci merkezlidir, eğitici kolaylaştırıcı rol oynar (Musall B, 1998)

Bu eğitim modeli öğrenciye, meslek yaşamında karşılaşılabileceği sorunları çözerken, alışkanlığı kazanılmış

bir mantık yürütme, analiz etme, sentezleme, bilgiye ulaşma ve yorum becerisini verir. Böylece öğrencinin bilgi ve beceriyi aynı anda geliştirmesi, bilgiyi sentez ve analiz etmesini, kendi kendine sürekli öğrenme yetisi kazanmasını sağlar (Barrows HS, 1984). Ayrıca öğrendiği bilgiyi nerede ve nasıl kullanacağını öğretir. Küçük bir grup ile birlikte tartışarak sorarak, etkili bir biçimde öğrenmeyi ve ekip çalışmasının önemini öğrenciye öğretir (Davis&Harden, 1999).

Öğrenilen bilginin uzun erimli bellekte kalmasını, unutulmamasını sağlar (Norman&Schmidt, 1992, Schmidt, 1993). Öğrencinin pasif alıcı konumdan, aktif sorarak, araştırarak ve merak ederek öğrenmesini sağlar. Öğrencinin problem çözme becerisini, problemler karşısında alternatif hipotezler üretebilmesini, bu hipotezleri açıklamak için yeni bilgiler öğrenmesini, yeni bilgilere ulaşabilmek için kaynakları taramasını, kullanmasını ve değerlendirmesini, ekip çalışması ve iletişim becerisi kazanmasını sağlar (Davis&Harden, 1999, Barrows&Kelson, 1993).

DÜNYADAN PDÖ ÖRNEKLERİ

Dünyada PDÖ programı ilk kez 1967'de Kanada Mc Master üniversitesinde uygulanmaya başlanmıştır. Fakültenin kuruluş amacı sağlık sistemindeki sorunları çözebilecek, toplumun sağlık sorunlarını tanıyan ve çözmeye becerisine sahip hekimler yetiştirmek olarak tanımlanmıştır. Bu tıp fakültesini Maastricht tıp fakültesi izlemiş ve 1974 yılında Avrupa'da ilk kez bu tıp fakültesinde PDÖ programı uygulanmaya başlanmıştır. Günümüze dek Southern Illinois, Dundee, Liverpool, Ben Gurion, New Mexico üniversiteleri gibi pek çok tıp fakültesi eğitim programlarını bu yöntem üzerine oturtmuşlardır (Dolmads D ve diğerleri, 2002).

1999 yılında Kanada, Avustralya ve İngiltere'deki tüm tıp fakülteleri üzerinde yapılan bir çalışmada topluma dayalı-topluma yönelik eğitim programı uygulayan tıp fakültelerinin oranının Kanada'da %53.8, Avustralya'da %100.0, İngiltere'de %93.8 olduğu, PDÖ programını uygulayan fakültelerin oranının Kanada'da %46.2, Avustralya'da %75.0, İngiltere'de %37.5 olduğu saptanmıştır (Elliott M, 1999).

1979 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile, içlerinde Kanada'dan Mc Master, Hollanda'dan Maastricht, ABD'den New Mexico, Küba'dan Havana, Çin'den Şangay tıp fakültelerinin öncülüğünü yaptığı Topluma Yönelik Tıp Eğitimi veren eğitim kuruluşlarının iletişim ağı (Network of Community Oriented Education Institutions for Health Sciences) kuruldu. Bu kuruluş 1999 yılında The Network: Community Partnerships for Health Through Innovative Education, Service and Research adını aldı. Kuruluş amacı topluma hizmet etmeye istekli ve toplumun sağlık sorunlarını her basamakta çözebilecek, içinde buldukları toplumun sağlık gereksinimlerine karşılık verebilecek hekimlerin yetiştirilmesi amacı ile topluma dayalı-topluma yönelik eğitimi yaygınlaştırmaktır. Bu kurum dünyada

topluma dayalı-topluma yönelik tıp eğitiminin ve ikincil olarak da Probleme Dayalı Öğrenimin yayılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Walton H, 1993). Uluslar arası toplantılar, yayınlar, probleme dayalı öğrenimin yaygınlaşması için çalışmalar, sağlık personelinin bu konuda eğitimi gibi pek çok etkinlikte bulunmaktadır. Başlangıçta 19 üyesi varken günümüzde 300 dolayında üyesi bulunmaktadır. Bu üyelerin yaklaşık 200'e yakını bugün PDÖ yöntemini kullanmaktadır (Hamad B, 1994).

TÜRKİYEDE TIP EĞİTİMİ SÜRECİ

Türkiye'de tıp eğitiminin sorunları 1970'lerden beri tartışılmaktaydı. Günümüze dek yapılan pek çok çalışmada tıp eğitiminin amacı ile ülkenin sağlık sorunlarının uyuşmadığı görülmüştür. Sağlık hizmetini sunacak insan gücü yetiştirilirken, eğitimin ülkenin gerçeklerinden soyutlandığı ortaya konmuştur (Eren N, 1981, Fişek&Cilasun, 1987). 1970 yılında Bursa'da yapılan tıp eğitimi seminerinde, ülkenin hastane hekiminden çok toplum içinde tedavi ve koruyucu hizmet verebilecek hekime ihtiyacı olduğu, tıp eğitiminin toplum hizmetine yönelebilmesi için geleneksel eğitim programlarında değişiklik yapılması gerekliliği vurgulanmıştır. Tıp fakültelerinin ülkenin gereksinimlerine uygun, saptanan sağlık sorunlarını çözebilecek bilgi ve beceriyi sahip hekimler yetiştirmesi gerektiği o dönemlerde yine sıklıkla vurgulanmıştır (Aksakoğlu G, 1979).

1990'lı yıllarda ise Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) ve Türk Tabipleri Birliğinin (TTB) yaptığı araştırmalar ile Türkiye'deki tıp eğitimi ile ilgili sorunlar ortaya konmuştur. TBMM'nin 1991 yılında yaptığı araştırma sonucu yayınladığı raporda ülke gereksinimlerine göre yetiştirilmiş nitelikli hekim sayısındaki yetersizlik vurgulanmıştır. TBMM'nin yaptığı bu araştırmaya katılan pek çok dekan eğitim programları hazırlanırken ülkenin sağlık sorunlarının dikkate alınması ve üniversite hastaneleri dışında da eğitime ağırlık verilmesi gerektiğini belirtmiştir (TBMM, 1991). TTB mezuniyet öncesi raporunda Türkiye'deki tıp fakültelerinde ulusal sağlık sorunlarından çok, ender görülen hastalıkların ayrıntılarını bilen ileri derecede uzmanlık düzeyi gerektiren bilgilerle donanmış hekimlerin yetiştirilmekte olduğunu, tıp eğitimi ile ülkenin sağlık gereksinimleri arasındaki ilişkinin yetersiz olduğunu vurgulamaktadır. Çözüm olarak: Türkiye'nin gereksinimlerine uygun, birinci basamakta çalışabilecek genel pratisyen hekim yetiştirilmesi, tıp eğitiminin topluma dayalı ve problem çözmeye yönelik aktif eğitim yöntemi ile verilmesi, kısaca toplumun sağlık düzeyini yükseltecek hekimler yetiştirilmesi önerilmiştir (Kılıç&Sayek, 1997).

Dünyada ve Türkiye'deki bu yoğun tartışmalar, ülkemizde de etkisini göstermiş ve ilk kez Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde (DEÜTF) o dönemde dekan olan Prof.Dr.Emin Alıcı'nın öncülüğünde 1997-1998 akademik yılında aktif eğitim sistemine geçilmiştir. Aktif eğitimde Probleme Dayalı Öğrenim (PDÖ) programı

benimsemiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Musall B ve diğerleri, 2003). Daha sonraki yıllarda Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi'nin Hemşirelik Yüksek Okulu'nda PDÖ programı uygulanmaya başlamıştır. Bazı tıp fakülteleri önümüzdeki yıllarda PDÖ programına geçmeyi planlarken, bazı tıp fakültelerinde eğitim programının içine PDÖ oturumlarının kullanıldığı modüller eklenmiştir.

SONUÇ

Tıp eğitimi de yaşamın kurallarına uygun olarak sürekli değişim ve gelişim içerisinde. Hizmet verdiği toplumun gereksinimleri, öncelikleri, sağlık sorunları değiştiği tıp eğitimi de buna ayak uydurmaktadır. Kuşkusuz bu değişim hiçbir zaman durmayacaktır, ancak günümüzde tarihe tanıklık ettiğimiz de bir gerçektir. Topluma dayalı-topluma yönelik tıp eğitimi, probleme dayalı öğrenim gibi çağdaş eğitim yaklaşımları geleneksel tıp fakültelerinde bile eğitim programlarında değişime yol açmaktadır. Bu değişim sürecinin devam etmesi ve yenilikçi süreçleri gerçekleştiren tıp fakültelerinin de sürekli gelişim ve yeniliklere açık olması, problem çözebilen, sorgulayan, araştıran, yaşam boyu öğrenmeyi öğrenen, gelişime açık, ekip paylaşımını ve iletişim becerileri kazanmış, toplumun gereksinimlerine yanıt verebilen hekimlerin yetiştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Aksakoğlu G.** (1979), "Sağlık Örgütlenmesi Ve Tıp Eğitim Modelleri", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 18:31-38.
- Atabek ME, Görkey Ş.** (1998), "Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi", İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Barrows HS & Kelson AM.** (1993), "Problem-based Learning: A total approach to education", Monograph. Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, Illinois.
- Barrows HS.** (1984), "A Specific, Problem-Based, Self-Directed Learning Method Designed to Teach Medical Problem-Solving Skills, and Enhance Knowledge Retention and Recall", Tutorials In Problem-Based Learning, 16-32.
- Benor DE, Hobfoll ES, Prywes M.** (1989), "Important Issues in Community-Oriented Medical Education", Newyork, Springer-Verlag, 56-63.
- Bryant HJ.** (1993), "Education Tomorrow's Doctors", World Health Forum, 14:217-230.
- Boelen C.** (1992), "Medical Education Reform: The Need For Global Action", Academic Medicine, 67:745-749.
- Boelen C.** (2002), "A New Paradigm For Medical Schools a Century after Flexner's Report", Bulletin of the World Health Organization, 80:592-594.
- Davis MH, Harden RM.** (1999), "AMEE Medical Education Guide No.15: Problem -Based Learning: A Practical Guide", Medical Teacher, 21:130-140.
- Delisle R.** Use Problem-Based Learning in the Classroom. 1997.
- Dirican R, Bilgel N.** (1993), "Halk Sağlığı", Bursa: Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları.
- Dolmands D, Gijsselaers W, Moust J, Grave W, Wolfhagen I, Vleuten C.** (2002), "Trends in Research On The Tutor in Problem-Based Learning: Conclusions And Implications for Educational Practice And Research", Medical Teacher, 24:173-180.
- Elliott M.** (1999), "Are We Going in the Right Direction? A Survey of The Undergraduate Medical Education in Canada, Australia and the United Kingdom From a General Practice Perspective", Medical Teacher, 21:53-60.
- Eren N.** (1981), "Dünyada ve Türkiye'de Hekimlik Eğitimi", Ankara:Efem Matbaacılık.
- Eren N.** (1996), "Çağlar Boyunca Toplum Sağlık ve İnsan", Ankara: Gelişim Dizgi Yayıncılık.
- Fişek N, Cilasun U.** (1987), "Hekimlerin Tıp Eğitimi", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 28-34.
- Goodman CJ, Musgrave GL.** (2002), "The Flexner Report", <http://www.ncpa.org/w/w67.html>, 21-7-2002.
- Hamad B.** (1994), "What is Community-Based Education? Evolution, Definition And Rationale", Handbook Of Community-Based Education: Theory And Practices, Maastricht.
- Harden RM, Sowden S, Dunn R.** (1984), "Educational Strategies in Curriculum Development: The SPICES Model", Medical Education, 18:284-297.
- Kılıç B, Sayek İ.** (1997), "Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi raporu", Ankara: Türk Tabipleri Birliği, TTB Yayını.
- Lyons SA, Petrucelli RJ.** (1996), "Çağlar Boyu Tıp", 338.
- MacDonald PJ, Neufeld V, Chong JP, Tugwell P, Chambers LW, Oates MJ, Pickering RJ, Chongtrkul P.** (1989), "Setting Educational Priorities for Learning the Concepts of Population Health", Medical Education, 23:429-439.
- Musal B, Akalın E, Kılıç O, Esen A, Alıcı E.** (2002), "Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Probleme Dayalı

Öğrenim Programı, süreçleri ve eğitim yönlendiricilerinin rolü", Tıp Eğitimi Dünyası, 9;39-49.

Musal B. (1998), "Probleme Dayalı Öğrenim Yöntemi", Hekim ve Yaşam, 6-8.

Norman GR, Schmidt HG. (1992), "The Psychological Basis of Problem-Based Learning: A Review Of The Evidence", Academic Medicine, 67:557-565.

Patrick K, Ober MD. (1997), "The Pre-Flexnerian Reports: Mark Twain's Criticism of Medicine in the United States", Annals of Internal Medicine, 126:157-163.

Saçaklıoğlu F. (2001), "Topluma Yönelik-Topluma Dayalı Tıp Eğitimi Neden ve Nasıl", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 16:181-187.

Schmidt GH, Magzoub M. (1994), "Some Principles Involved in Community-Based Education", Handbook of Community-Based Education: Theory and Practices. Maastricht.

Schmidt GH, Neufeld V, Nooman M, Ogunbode T. (1991), "Network of Community-Oriented Educational Institutions for the Health Sciences", Academic Medicine, 66:259-263.

Schmidt HG. (1993), "Foundations of Problem-Based Learning: Some Explanatory Notes", Medical Education, 27:422-432.

Schin JH, Haynes BR, Johnson ME. (1993), "Effect

of problem-based, self-directed undergraduate education on life long learning", Canadian Medical Association Journal, 148: 969-976.

Soyer A. (2001), "Tıp Eğitimi Üzerine Birkaç Not", Toplum ve Hekim, TTB Yayınları, 16:168-170.

Studies in Community-Based Education. Sudan, 1994.

Terzi C. (2001), "Toplum Sağlığına Bir Köprü Tıp Eğitimi", İstanbul: İletişim Yayınları.

TBMM Araştırma Komisyonu. (1991) Türkiye'de Tıp Eğitimi Öğretim Üyesi Boyutu. Ankara, Cilt 2.

Uçku R. (2001), "Topluma Dayalı Tıp Eğitimi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deneyimi", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 6:188-193.

Walton H. (1993), "A Global Strategy For Medical Education: Partners in Reform", Medical Education, 27:394-398.

WHO. (1988), "From Alma-Ata to the Year 2000 'Health for All' Policy for the Twenty-First Century", Geneva.

WHO. (1993), "Increasing The Relevance of Education for Health Professionals", Technical Report Series, 838.

World Conference on Medical Education. (1998) The Edinburgh Declaration. Edinburgh, August.