Türk Tabipleri Birliği
Ankara Tabip Odası Eğitim Bürosu Çalışması

Tıp Eğitimi

GİRİŞ

Eğitim belli bir amaca ulaşmak için bilinçli ve düzenli bir şekilde kişilerin davranışlarını değiştirme sürecine denir. Daha özlü bir tanımla, eğitim üretim içindir.

Eğitimin özelliği, belli amaçlara göre biçimlenebilir olmasındadır. Bu amaçlar da, düzenin altyapısal özelliklerinden kaynaklanır. Gerçekten de günümüzde eğitim, sanki düzenin gerek duyduğu insan tipini üretmeyi üstlenmiş bir kurum gibidir. Bu nedenle de, altyapıda meydana gelen değişiklikler, eğitim olgusunu derinlemesine etkiler. Buna karşılık, bir üst yapı kurumu olan eğitim de, geniş anlamda alındığında, gelişen bilincin itici gücü olarak, altyapıda oluşan değişimlere katkıda bulunur.

Sağlık hizmetleri(insanların biyolojik anlamda sağlıklı olmalarına çalışır. Ancak biyolojik anlamdaki sağlık, ne ekonomik ne de sosyal, kültürel ve siyasal yapılardan ayrı düşünülemez. Sağlık hizmetlerini yerine getirecek olan insan gücünü eğitiyorken de, salt biyolojik plandaki sorunları değil, onun etkilenegeldiği ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal koşulları da gözardı etmemek gerekir.

Ülkemizin altyapısal özellikleri eğitim kurumunu hem nicel, hem de nitel ölçekte belli kalıplara uydurmuştur. Ekonominin niteliksiz emekle çalışır özellikte olduğu geri kalmış kapitalizmde, eğitim de, düzenin gereklerine göre biçimlenir. Bu nedenle ülkemizde, eğitim, nicel olarak tabana yayılmamıştır. Yapılan eğitim de her düzeyde, kişiyi daha verimli ve bilinçli olmaktan çok, daha kolay güdülüp, daha da kolay sömürülen özelliklerle donatmaktadır. Bunun nedeni de eğitim olgusunun veriliş biçimiyle, düzenin koruma aracı haline getirilmiş olmasıdır.

Tıp eğitimi de, bu genel eğitim yapısından ayrı düşünülemez. Sağlık hizmetlerini götürecek insan gücü üretilirken, yapılan eğitim öylesine soyut hale getirilmiştir ki, bu eğitimden çıkan sağlık elemanları salt biyolojik düzeydeki sorunları çözmeye alıştırılmış, bu bile yetersiz yapılmıştır. Bu biyolojik yapı, etkilendiği ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal koşullardan ayrı olarak düşünülmüştür.

Sonuçta, sağlık olaylarını salt biyolojik planda gören bir insan gücü üretilmiştir. Bu ise bir yandan, tıp eğitimi açısından sorunlar ge-

tirirken, bir yandan da, ülkemizin sağlık sorunlarının çözümlenememesinde temel etkenlerden biri olmuştur.

Bu nedenle önce, ülkemizdeki sağlık sorunlarını ve bu sorunlarda hekimin payını kısaca saptamakta yarar var.

Yalnız bu konuya girmeden bir noktayı belirtmek gerekir: Ülkemize ilişkin istatistiksel verilerin çok yetersiz olması nedeniyle birçok konuda geçmiş yıllara ait, nispeten sağlıklı sayılabilecek araştırmalara başvurduk.

TÜRKİYE'NİN SAĞLIK DÜZEYİ

Bir ülkede sağlık düzeyinin saptanmasında bazı evrensel ölçütler kullanılır. Bunlar içinde Bebek Ölüm Hızı ile 0-4 yaş grubunda Ölüm Yüzdesi en sık başvurulan ikisidir.

Tablo 1 : Türkiye'de Çocuk Ölümleri ve Diğer Ülkelerle Kıyaslama

	0-4 yaş grubunda ölüm yüzdesi	Bebek Ölüm Hızı (Bin canlı doğumda)
Türkiye		
Kırsal	54.9	168
Kentsel	38.8	113
Toplam	50.9	153
İsveç	1.4	12
Bulgaristan	6.2	21
Yunanistan	7.6	32
Filipinler	41.8	71

Kaynak: Heperkan, Y. ve arkadaşları — Türkiye Nüfus Araştırmalarından Elde Edilen Hayatî İstatistikler, Hıfzıssıhha Okulu, SSYB, 1970.

Bu konuda başvurulan bir diğer ölçüt de, yaşa özel ölüm nedenleridir. Ama ülkemizde, ölüm nedenlerinin saptanmasındaki nicel ve nitel yetersizlikler nedeniyle güvenilir bir ölçüt olmaktan çıkmaktadır. Yine de varolan verilere bir göz atmakta yarar vardır.

Tablo 2 : Türkiye'de 1970 Yılında İl ve İlçe Merkezlerinde 0-4 Yaş Grubu Çocuklarında Ölüm Nedenleri

Hastalıklar	Sayı	Yüzde
Erken Neonatal	7715	21.8
Geç Neonatal	4113	11.6
Doğum travmaları	789	6.7
İnfeksiyonlar	4697	39.7
Diğer	6342	53.7
Post Neonatal	17322	48.9
1-4 Yaş Grubu	6231	17.7
Pnömoni	12052	51.1
Enterit	6732	27.1
Kazalar	686	2.9
Beslenme Yetersizliği	241	1.0
Diğer	4205	17.9
Toplam	35381	100.0

Kaynak: Hayatî İstatistikler — İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler (1970), Devlet İstatistik Enstitüsü, Yayın No. 642 (1972).

Tablo 3 : Türkiye'de İl ve İlçe Merkezlerinde 5 Yaşından Yukarı Nüfusta Ölüm Nedenleri

Hastalıklar	Sayı	Yüzde
Kalp hastalıkları	27.251	39.4
Neoplazmlar	7.205	10.4
MSS damar lezyonları	5.710	8.3
Kazalar	4.225	6.1
İnfeksiyon hastalıkları	3.739	5.4
Pnömoni	1.435	2.1
Siroz	777	1.1
Adam öldürme	777	1.1
Nefrit ve nevroz	688	1.0
Diyabet	684	1.0
Diğer	16.683	24.1
Toplam	69.175	100.0

Kaynak: Hayatî İstatistikler — DİE Yayın No. 642 (1972).

Ayrıca; Kaba Doğum Hızı : Binde 40
Kaba Ölüm Hızı : Binde 15
Nüfus Artışı : Yüzde 2,5
Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi :
Erkekte 51.1 yıl
Kadında 58.9 yıl
(**Kaynak:** Nüfus Araştırması, 1966-67)

HEKİM GÖRÜNÜMÜ

1976 verilerine göre Türkiye'deki hekim sayısı 20.668'dir. Bunların 12.394'ü (% 59.2'si) uzman, 8474'ü (% 40.8'i) pratisyendir. (**Kaynak:** TOB Bülteni 1976, Sayı: 9-10).

Tablo 4 : Yerleşim Yerlerine Göre Hekimlerin Dağılımı (*)

Yerleşim yeri	Hekim sayısı	Hekim yüzdesi	Türkiye'de tüm Nüfusun dağılımı (Yüzde)
İlçe ve köyler	132	13.4	68.0
Üç büyük il	607	61.4	5.2
Diğer 64 il	249	25.2	26.8
Toplam	988	100.0	100.0

Kaynak: Health Manpower Planning in Turkey, C. E. Taylor, R. Dirican and K. Deuschle, The John Hopkins Press, 1967.
(*) % 10'luk örneklemede.

Hekimlerin yurt düzeyindeki dağılımına bakarsak, üç büyük ilde yığılma göze çarpmaktadır.

1973 yılıyla bir karşılaştırma yapacak olursak bu dağılımın kentler lehine değiştiği görülmektedir.

Tablo 5 : Kentlere Göre Hekim ve Yatak Dağılımı

	Hekim sayısı (yüzde)	Hasta yatağı sayısı (yüzde)
Üç büyük il	69.2	44.6
Diğer 64 il	30.8	55.4

Kaynak: İbrahim Yasa, Türkiye'nin Toplumsal Yapısı ve Temel Sorunları, 1973.

Bu dağılımın ekonomik nedenlerine eğilirsek, üç büyük ilde ortalama yıllık ev halkı gelirinin diğer yerleşme yerlerine göre daha yüksek olduğunu görürüz.

Tablo 6 : Yerleşme Yerlerine Göre Yıllık Ortalama Ev Halkı Geliri (1971)

Yerleşme Yerleri	Ortalama yıllık ev halkı geliri
Üç Büyük İl	26.470
50.000 den çok nüfuslu Kentlerde	10.700
15.000 - 50.000 arası nüfuslu kentlerde	11.482
2000 - 15.000 arası nüfuslu Kentlerde	9979
2000'den düşük nüfuslu Kentlerde	8181

Kaynak: E. Kongar; Türkiye'nin Toplumsal Yapısı, 1976.

Hekim başına düşen nüfus yönünden kentler arasında bir karşılaştırma çarpıcı değerler vermektedir.

Tablo 7 : Kentlerde Hekim Başına Düşen Nüfus

İl	Hekim başına düşen nüfus
Ankara	533
İstanbul	513
İzmir	724
Adıyaman	16.465
Niğde	17.728
Yozgat	17.171

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, 1975 İstatistik Yıllığı.

Bugün Türkiye'de 16 tane Tıp Fakültesi vardır ve yılda bin civarında hekim yetişmektedir. 1973-1974 yılına ilişkin sayılar aşağıdadır.

Tablo 8 : Tıp Fakülteleri Öğrenci ve Mezun Sayısı (1973-74)

Fakülte	Öğrenci Sayısı	Mezun Sayısı
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	1509	215
Ankara Hacettepe Tıp Fakültesi	1250	120
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi	1967	313
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	1439	178
Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fak.	557	48
Ankara Üniv. Diyarbakır Tıp Fakültesi	337	47
Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi	199	—
İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	1375	109
Istanbul Üniv. Tıp Fakültesi Bursa	205	—
Antalya Tıp Fakültesi	32	—
Samsun Tıp Fakültesi	17	—
Sivas Tıp Fakültesi	20	—
Eskişehir Tıp Fakültesi	55	—
Trabzon Tıp Fakültesi	38	—
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	180	—

Not: 1977 yılında Edirne Tıp Fakültesi'nin açılması ile tıp fakültesi sayısı 16'ya çıkmıştır. Mezun veren fakülte sayısı ise Kayseri, Adana, Bursa Tıp Fakültelerinin mezun vermesi ile 10'a yükselmiştir.
Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı, 1973-1974.

Aslında Sağlık Eğitiminde daima planlama hedefinin altında kalınmıştır.

Tablo 9 : Planlanan ve Gerçekleştirilen Sağlık Yüksek Öğretiminde Gelişme.

	1970/71	1976/77	1977/78
3. Beş yıllık planda öngörülen öğrenci sayısı	2800	2810	3160
Gerçekleştirilen öğrensi sayısı	1200	2098	2160

Kaynak: N. Akar, «Yeni Tıp Fakülteleri Neler Getiriyor?», TOB Bülteni. Eylül/Ekim 1977.

ÖĞRENCİ :

Şimdi de kısaca Tıp Fakültesine giren öğrencinin nitelikleri üzerinde duralım. Geçen sene üniversite giriş sınavına yaklaşık 345.000 kişi girmiş, ancak bunların yaklaşık 70 bin kadarı üniversiteye girme olanağını elde etmişti.

Öğrencilerin baba mesleklerine göre bir dökümü yapılmak istenirse;

Tablo 10 : Öğrencilerin Baba Meslekleri. (% olarak)

Okul	Bu çağda okuyan	tarım	işçi	serbest	memur
İlk	73	59	19	15	7
Orta	19	—	—	—	—
Lise	9	—	—	—	—
Üniversite	3	17	8	33	42

Kaynak: Sosyalizme Giriş. J. Moch'tan çeviri. Özgün Yayınları. 1974

Burada görüldüğü gibi tarım kesiminde üniversiteye girme şansı azalırken serbest meslek sahipleri ve memurlarda artmaktadır. 1974-75 döneminde yüksek öğrenime başvuran öğrencilerin yapılan sosyo-ekonomik çözümlemesi de benzer sonuçları vermiştir. Aşağıdaki tablo, bir çiftçi çocuğunun üniversite giriş sınavına girebilme olasılığı 1 iken diğer meslek gruplarının ne olduğunu sergilemektedir.

Tablo 11 : Baba Mesleklerine Göre Üniversite Giriş Sinavına Girme Olasılıkları

Sanayici Çocukları	34.3 puan
Tüccar Çocukları	9.9 puan
Memur Çocukları	8.4 puan
Serbest Meslek Erbabının Çocukları	6.9 puan
Esnaf, Sanatkâr Çocukları	4.7 puan
İşçi Çocukları	2.8 puan
Çiftçi Çocukları	1 puan

Kaynak: Yüksek Öğrenime Başvuran Öğrenciler 1974-75, Sosyo-Ekonomik Çözümleme; D.P.T.

Mesleklere göre genel gelir dağılımına bir göz atacak olursak;

Tablo 12 : Mesleklere Göre Genel Gelir Dağılımı (1976)

Meslek Grupları	Nüfus	Gelir Payı %
Büyük Tüccar/Serbest Meslek Yüksek Bürokrat	4.5	20.9
Küçük Bürokrat//Teknisyen Küçük esnaf/Zanaatkâr	15.0	40.0
İşçi ve Köylü	80.5	39.1

Kaynak: E. Kongar, Türkiye'nin Toplumsal Yapısı, 1976.

1974-75'de yapılan Sosyo-Ekonomik çözümlemeye göre Sağlık bilimleri gelir farkı gözetmeksizin ilk tercih olmaktadır.

Ankara Üniversitesi öğrencileri arasında baba mesleklerine göre bir inceleme yapılmış ve şu sonuçlara varılmıştır :

Tablo 13 : Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Baba Meslekleri (% olarak)

Memur - Subay	53.6
Esnaf - Tüccar	16.0
Büyük - Orta Toprak Sahibi	15.5
İ ş ç i	5.7

Kaynak: Cumhuriyet Gazetesi. 17/5/1974, S. 5.

Yine 1974-75 Sosyo-Ekonomik çözümlemesine göre üinversite sınavına girenlerin % 14.6'sı kurs görmektedir. Girenler arasında kurs görenlerin yüzdesi konusunda aşağıdaki tablo aydınlatıcıdır.

Tablo 14 : Üniversite Hazırlık Kursuna Gitme Oranları

	Üniv. Hazırlık Kursuna gitme oranları	Üniversite sınavını ilk girişte kazanma oranları
Boğaziçi ve Hacettepe Ü.	% 76	% 37
Diyarbakır Tıp F. 1976/77	% 42	% 58

Kaynak: 1) E. Doğramacı, Milliyet. 11/1977.

Üniversiteye giren öğrencilerin büyük bir kısmı kent kökenlidir. Aşağıda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne giren öğrencilerin oturdukları illere göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 15 : Öğrencilerin Oturdukları İllere Göre Dağılımları (10 Büyük İl)

İstanbul	1	
İzmir	2	
Ankara	148	(% 58)
Adana	5	
Bursa	—	
Gaziantep	2	
Eskişehir	1	
Konya	6	
Kayseri	6	
Samsun	4	
Diyarbakır	1	
Toplam :	176	(% 65)

Kaynak: S. Yumuturuğ. AÜTF'ne girenler üzerine bir araştırma, 1973.

1976-77 yılında Diyarbakır Tıp Fakültesi'ne giren 515 öğrencinin ayrışımı, öğrencilerin % 74'ünün Diyarbakır dışındaki 29 ilden geldiğini göstermiştir. Yani bölge öğrencileri üniversitelerinden yeteri kadar yararlanamamaktadır. Diğer kentlerde iyi yetişme olanağını bulan öğrenciler onların yerini almaktadır. Kent kökenli öğrenciler belir-

li beklentilerle üniversiteye gelmekte ve bu özellikleri eğitim sırasında ve sonrasında etkili olmaktadır.

Söz gelişi tıp fakültesine girerken büyük ölçüde uzmanlaşmayı arzulamaktadırlar. Verilen eğitim de uzmanlığa özendirdiği için oran gittikçe artmaktadır.

Tablo 16 : Öğrencilerin Mezun Olduktan Sonra Ne Yapmak İstedikleri

	Ankete Katılan Tüm Öğrenciler		Dönem 1 Öğrencileri		Dönem 5 Öğrencileri	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Pratisyen olup serbest çalışmak	27	5.2	7	3.8	7	6.2
Uzman olup serbest çalışmak	13.8	26.9	34	18.4	38	33.6
Üniversitede kalıp bilim adamı olmak	107	20.6	40	21.7	25	22 1
Yurt dışına gitmek	25	4.8	11	5.9	4	3.5
Sosyalizasyon uygulamasında görev almak	58	11.3	28	15.2	12	10.6
Şimdilik bir fikrim yok	136	26.5	51	27.7	22	19.5
Diğer	22	4.3	13	6.5	5	4.4
Toplam	513	99.6	184	99.2	113	99.9

Kaynak: 1976-77 öğretim yılında Hcattepe Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine uygulanan anket.

Not: Toplam öğrenci sayısı 2046

Ankara Üniversitesi'nde yapılan bir ankette de :

Tablo 17 : Uzmanlaşma Eğilimi

	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzmanlaşmak istiyenler	36	26.08	87	63.4	123	89.1
Pratisyen kalmak istiyenler	1	0.72	12	8.69	13	9.4
Kararsız	—	—	2	1.44	2	1.44
Toplam :	37	26.8	101	73.16	138	100.0

Kaynak: TOB Ekim 1977; Sayı 24-25

Uzmanlaşma eğiliminin nedenleri konusunda aşağıdaki tablolar aydınlatıcıdır.

Tablo 18 : Niçin Uzmanlaşıyorlar?

Nedenler	Hekimlerin %
Bir dalda başarı kazanmak ve hastalara daha yararlı olmak	55.1
Uzmanın toplumdaki saygınlığının fazla oluşu	11.5
Çalışma koşullarının iyiliği ve büyük kentlerde yaşama olanağı	9.6
Daha bol kazancın elde edilmesi	9.5
Gerçek pratisyenliğin, eğitimin yetersizliğinden ötürü oluşamaması	8.5
Diğer nedenler	5.9

Kaynak: R. Dirican. TOB Bülteni. Mart/1977. Sayı: 18

Tablo 19 : Niçin Uzmanlaşıyorlar?

Nedenler	Hekimlerin %
Fakültede yeterli yetişememe inancından dolayı	47.8
Mesleğin ileri aşaması oldugu için	30.4
Hem yetişememe inancı hem de mesleğin ileri aşaması olduğu için	3.6
Akademik karier yapmak için İhtisaslaşmış hekimin kazancı fazla olduğundan Sağlık düzeni zorladığından dolayı	18.2

Kaynak: N. Akar, S. Kaynak, M. Yüksel. Tıp Fakülte öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi üzerine bir anket araştırması. TOB Bülteni. Eylül-Ekim/1977 Sayı: 24-25.

Tablo 20 : Öğrencilerin pratisyen kalmama gerekçeleri.

	Ankete katılan tüm öğrenciler		Pratisyen kalmak istemeyenler Dönem I		Dönem V	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Türkiye'de halkın pratisyene güveni olmadığı için	50	11.0	13	10.8	5	8.2
Pratisyen olarak kentte yaşamam daha güç olacağı için	24	5.4	6	5.0	5	6.8
Bilgi düzeyimi geliştir - meme olanak sağ - ianmadığı için	68	37.3	33	27.5	28	38.3
Uzmanlık daha kazançlı olduğu için	109	24.5	36	30.8	22	30.1
Diğerleri	21	4.7	7	5.8	3	4.1
Toplam :	444	99.1	120	99.9	73	99.8

Kaynak: 1976-77 öğretim yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakülteleri öğrencilerine uygulanan anket.

Uzmanlaşma eğiliminin ekonomik nedenlerine daha sonra değineceğiz.

ÖĞRETİM ÜYELERİ :

Türkiye'de Tıp Fakültesi öğretim üyesinin başlıca üç niteliği vardır: Bilim adamlığı, hekimliği, öğretmenliği. Şimdi bunlara kısaca bir göz atalım.

Bugün dünyanın ekonomik yönden güçlü devletleri, ekonomi alanında olduğu gibi, bilgi alanında da tekelleşmeye yönelmişlerdir. Böylece ortaya çok sağlam bir zincir çıkmıştır. Çünkü, nasıl ki ekonomik kudret, bilgi yaratma olanağını yaratıyorsa, bilgi de ekonomik güce güç katmaktadır. Elde edilen bilgiler yeni teknolojilerin doğmasına neden olmakta, bu bilgileri edinmek istiyen az gelişmiş ülkeler de beraberinde teknolojiyi de almak zorunda kalmaktadırlar. Gelişmiş ülkeler, ürettikleri bilgileri çeşitli iletişim araçları ile bütün dünyaya yamaktadırlar. Bu durumda bir Türk bilim adamının yapacağı şey ya bu yayınları izlemek veya fırsat bulursa belirli merkezlere giderek çalışmaktır.

Sonuç olarak şunu söylemek zor değildir: Türkiye'deki tıp bilimcileri, zorunlu olarak izleyici ve transfer edicidir. Bilgi üretim olanakları son derece sınırlı olan ülkemizde, «tıpta bilim adamlığı» ünvanı yapıştırma bir etiket giib durmaktadır. Ama bu durum, öğretim üyesinin suçu değil, dramıdır. Bu nedenle, Türkiye'de bir fakülte öğretim üyesi, zamanının büyük bir kısmını herhangi bir hekimin yapabileceği sıradan sağlık hizmetleriyle doldurur. Zaten bu konuda da çok yüksek talep vardır. Serbest rekabetin hâkim olduğu sağlık piyasasında kalite çok önemlidir. Hasta, fiyatı ne olursa olsun, kendisine en güvenilir hekimi seçmek isteyecektir. Bu piyasa koşullarında, hekim için seçilecek en doğru yol, önce uzman sonra da üniversitede öğretim görevlisi olmaktır. Bu açıklamamız, neden üniversitelerin preklinik kürsülerine güçlükle öğretim üyesi bulunurken, klinik kürsülerinde gereksiz yığılmalar olduğunu açıklamaktadır.

Tablo 21 : A. Ü. Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi - Ders - Öğrenci İlişkisi

Ders	Öğretim Üyesi Sayısı	Teorik Ders	Öğretim Üyesi Başına düşen Öğrenci
Biokimya ve Kimya	1	106	470
Biofizik	1	120	470
Anatomi	1	85	470
Histoloji-Embrioloji	2	128	235
Fizyoloji	4	162	117
Fizyopatoloji	2	90	235
Farmakoloji	3	143	157
Genel Cerrahi	26	97	18
Kadın Doğum	11	56	43
Göğüs Cerrahisi	6	34	79
Kardioloji	10	34	47
Göğüs Hastalıkları	9	28	52
İnfeksiyon Hastalıkları	9	48	52
K.B.B.	6	31	79

Kaynak: S. Kaynak. Tıp Eğitiminin Sorunları. Temmuz-1977, TOB Bülteni.

Klinik kürsülerde öğretim üyesi olma eğiliminin yükseklik nedenini, öğretim üyesi olmak için değil de kaliteli hekim olmak ve muhtemelen piyasada iyi yer edinebilmek için diye açıklamak zorundayız.

Öte yandan yeni kurulan üniversitelere öğretim üyelerinin gitmemesi olgusu vardır.

Tablo 22 : Yeni Tıp Fakültelerinin Kürsü ve Öğretim Üye durumları

Tıp Fakültesi	Boş veya Kurulmamış Kürsü	Öğretim Üye Sayısı
Diyarbakır Tıp Fakültesi	10	19
Bursa Tıp Fakültesi	10	40
Erzurum Tıp Fakültesi	7	27

Kaynak: E. Kadri Unat. Tıp Fakültelerinin Çıkmazı. Milliyet, 1977 (düzenlenerek)

Varolan piyasada kendine iyi bir yer edinmiş öğretim görevlisinin, bu olanağı tepmek istemeyişi bir neden olarak sayılabilir. Çünkü talep büyük kentte daima daha fazladır.

Öğretim üyelerinin öğretmenliğine gelince, ve eğiticiliğine bakınca...

Yukarıda anlatmaya çalıştığımız gibi, büyük bir kısmının, öğretim görevlisi olmaktaki amacı piyasada iyi yer edinebilmek olan kişilerin, eğitime ve öğrenciye en son görev gözüyle bakmaları doğal karşılanmalıdır. Hele bu kişilerin eğitim konusunda eğitimden geçmiş olmalarını beklemek, pek hayalci bir yaklaşım sayılmalıdır.

Bu konuda asıl üzerinde durulması gereken nokta öğretim görevlilerinin denetimsizliğidir. Diğer ülkelerde öğretim üyelerinin, görevlerinin gerektirdiği çalışmaları yapması ve belirli bir verimlilik düzeyinin üstünde kalmaları için, sürekli denetim uygulanmakta ve gerektiğinde öğretim üyesi ünvanları geri alınmaktadır. Ülkemizde ise öğretim üyeleri durağan, stabil bir ünvan olmakta ve bu alanda arzulanan dinamizm bir türlü görülmemektedir.

MÜFREDAT PROGRAMLARI :

Şimdi de, Türkiye'deki tıp fakültelerinin müfredat programlarına bir göz atalım.

Prof. Dr. Rahmi Dirican 1974 yılında yaptığı bir araştırmasında, tüm tıp fakültesi dekanlarına fakültelerindeki tıp eğitiminin amacının ne olduğunu sormuş. Verilen yanıtlar içinde yalnız bir tanesi ülkenin gereksinmelerine göre hekim yetiştirmek şeklinde. Diğer yanıtlar

arasında da ortak bir amaç birliği saptamak mümkün değil. Nasıl olsun ki: Türkiye'deki tıp fakültelerinin süreleri bile farklı. Kimi 7, kimi 6 yıl. Eğer yedi yıl olması gerekiyorsa neden diğerleri eksik okutuyorlar? Yok 6 yıl yeterliyse, bir fazla yılın yararı nedir? Fakülteler arasında bir amaç birliği olmadığı için eğitim sistemlerinde de farklılıklar olması doğal karşılanmalıdır. Sözgelişi Hacettepe ve ona bağlı kurulan tıp fakültelerinde integre sistemle öğrenim yapılırken diğer fakültelerde geleneksel eğitim çeşitli farklılıklarla devam ettirilmektedir. Tablo 23 ve 24'de fakülteler arası ders saatlerinin bir karşılaştırması yapılmaktadır.

Tablo 23 : Türk Tıp Fakültelerinde belirli derslere ayrılan saatler (1973-1974)

Tıp Fakültesi	Derslere Ayrılan Saatler					Kadın Doğ.
	Pediatri	Anatomi	Fizyoloji	Patoloji	Dahiliye	
İstanbul ve Bursa	327	244	217	279	819	615
Ankara ve Antalya	232	341	264	295	432	232
Erzurum	821	413	96	169	825	789
Ege	541	452	210	329	747	606
Cerrahpaşa	467	372	235	236	814	498
Diyarbakır	313	256	320	320	468	312
Çukurova	821	413	96	169	825	789
Hacettepe, Gevher Nesibe Samsun, Trabzon	953	326	313	177	1065	589

Not: 672 saatlik semioloji dahil edilmemiştir.

İstanbul Tabip Odası Yeni Telefonları :
Başkan — 22 78 45
Genel Sekreter — 22 73 74

Tablo 24 : Türk tıp fakültelerinde Hijyen, Koruyucu Hekimlik ve Toplum Sağlığı, Toplam Ders Saatleri (1973-1974)

Tıp Fakültesi	Didaktik	Pratik	Toplam
İstanbul ve Bursa	128	96	224
Ankara ve Antalya	201	266	467
Ege	132	121	253
Erzurum	105	156	261
Cerrahpaşa	124	62	186
Diyarbakır	152	220	372
Hacettepe, Gevher Nesibe, Eskişehir, Trabzon, Samsun ve Sivas	355	228	583

Kaynak: R. Dirican, 1974.

Bir de bu tablolarda yer almayan FKB yılları vardır. Lisedeki soyut fizik, kimyanın bir devamı gibi anlatılan bu konuların tıpla ilgisini kurmak pek mümkün olmamaktadır. Yalnız son zamanlarda, özellikle Hacettepe'de Sosyal Bilimlere ve İstatistik konularına ağırlık verilmektedir.

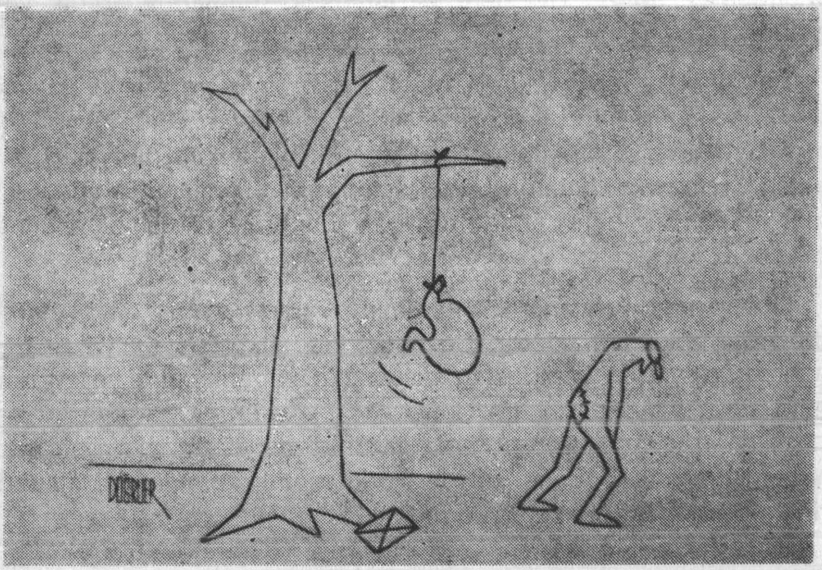
Bir diğer farklı uygulama olarak, Hacettepe ve ona bağlı fakültelerde, 10 aylık intörnlük çalışması gösterilebilir. Burada genç hekim adayı, tüm sorumlulukları yüklenerek bir hekim gibi aktif çalışmaktadır. Ne var ki, intörn programlarının düzenlenmesinde eğitim kadar önemli bir diğer etmen de, hastanenin gereksinmeleri olmaktadır.

Öte yandan, yabancı dil eğitimine verilen ağırlık da çeşitli fakültelerde farklı olmaktadır. Sözgelişi Hacettepe'de ilk yıl salt yabancı dil öğrenimi yapıldıktan sonra hiç yabancı dile yer verilmemekte, öbür yandan Ankara Üniversitesi'nde ilk yıl haftada 10 saat, 2, 3, 4 üncü yıllar haftada 4 saat şeklinde olmaktadır. İşin bir de nitelik yönü vardır. Yabancı dil derslerini tıptan anlamayan, tıp terimlerine yabancı öğretmenler vermektedir.

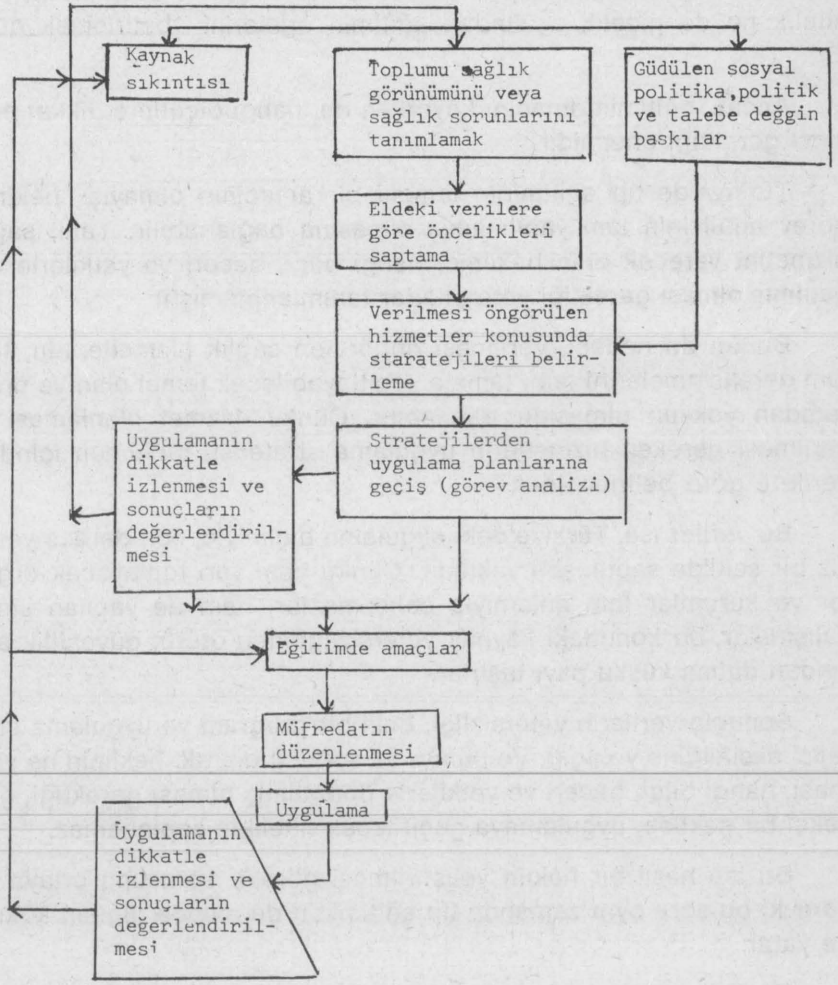
Tablo 25 : Hazırlık sınıfında öğrendiğiniz veya muaf olarak bildiğiniz İngilizce(veya diğer bir yabancı dil) bilgisinden, tıp eğitiminizde yararlanıyor musunuz?

	Ankete katılan					
	Tüm öğrenciler		Dönem I		Dönem V	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	195	38.0	36	19.5	62	54.8
Hayır	308	60.0	147	80.0	46	40.7
Yanıtsız	10	1.9	1	0.5	5	4.5
Toplam	513	99.9	184	100.0	113	100.0

Özet olarak söylemek gerekirse Türkiye'deki tıp fakülteleri arasında amaç, süre ve içerik yönünden önemli farklılıklar vardır.



SAĞLIK ALANINDA İNSAN GÜCÜ EĞİTİMİNİN PLANLANMASI



SORUNLAR

1. EĞİTİMDE AMAÇSIZLIK :

Tıp eğitiminde, temel sorun, bu eğitimin hangi amaçlara göre biçimlenmesi gerektiğini saptamaktır. Bu temel sorun çözülmeden, ne nitelik ne de nicelik açısından eğitimin ögelerini belirlemek güçtür.

Ancak, eğitimin amacını koyarken de, hangi ölçütlere dikkat edilmesi gerektiği önemlidir.

Türkiye'de tıp eğitiminin temelli bir amacının olmayışı, hekimin görev analizinin tam yapılmamış olmasına bağlanabilir. Yani, sağlık hizmetini verecek olan hekimin, hangi bilgi, beceri ve yetkilerle donatılmış olması gerektiği yeteri kadar tanımlanmamıştır.

Bunun da nedeni, verilmesi öngörülen sağlık hizmetlerinin, toplum gereksinmelerini tamı tamına yanıtlayabilecek temel plan ve programdan yoksun olmasıdır denilebilir. Çünkü, hizmet planlaması ve verilmesi gereken hizmetlerin uygulama stratejisi, toplumun içindeki verilere göre belirlenebilir.

Bu veriler ise, Türkiye'deki uygulama biçimiyle, son derece yetersiz bir şekilde saptanabilmektedir. Çünkü hem veri toplayacak örgütler ve kurumlar tam anlamıyla çalışamazlar, hem de yapılan sınırlı çalışmalar, bu konudaki kaynak yetersizliğinden ötürü, güvenlilik açısından daima kuşku payı taşırlar.

Sonuçta verilerin yetersizliği, belli bir program ve uygulama stratejisi eksikliğine yolaçar. Ve bunun da sonucu olarak, hekimin ne yapması, hangi bilgi, beceri ve yetkilerle donatılmış olması gerektiği, gerçekçi bir şekilde, uygulamaya geçirilecek nitelikte saptanamaz.

Bu ise nasıl bir hekim yetiştirilmesi gerekir sorusunu ortaya çıkarır ki bu soru oynı zamanda tıp eğitiminin de amaçsızlığının kökünde yatar.

Böylesi merkezî bir sağlık örgütlenmesi ve planlaması olmayınca, hekimi belirleyen ölçütler, ekonominin serbest piyasa koşullarından türerler. Hekim bu serbest piyasanın koşullarına uygun olarak, geriye doğru biçimlenir. Yani hekimin sorunu, piyasada en geniş talebi kendinde toplayacak şekilde biçimlenmek olmaktadır. Bu piyasa koşulları, belli bir hekim tipini gerektirdiğinden, hekim, bu tipe uymaya özenmekte ve temel plan, amaç ve yöntemlere bağlanmamış

olan tıp eğitimi de, böylesi hekim yetiştirmek yönünde yeniden biçimlenmektedir.

Hem piyasadan kalkan uyarıların hekimi ve onun aracılığıyla tıp eğitimini etkilemesi, hem de sağlık hizmetlerinin temel veri, plan ve stratejiden yoksun oluşu, doğrudan ekonomik altyapının getirdiği sorunlardır. Zira liberal bir altyapı, merkezî bir planlama ile gereksinimlerin doyurulmasını değil, piyasada kendiliğinden oluşan, ya da oluşturulan en kârlı alanlara öncelik tanır. Yani kâr sorunu, gereksinmelerin doyurulması sorunundan daha öne alınmıştır.

Bu ise merkezî planlamayı sürekli dışlayan bir üst yapıyı getirir. Böylece yoğun kısır döngüler ortaya çıkarak, kötü örgütlenme ve hizmetle yetersiz tıp eğitimi arasında bazı olumsuz zincirlerin doğmasına yol açar.

2. EĞİTİMDEKİ AMAÇSIZLIĞIN GETİRDİKLERİ :

Tıp eğitimindeki amaçsızlık, bugünkü uygulamanın ortaya koyduğu çeşitli verilerle kanıtlanabilir. Örneğin çeşitli tıp fakültelerinin farklı müfredat uygulaması ve sonuçta farklı bilgi, beceri ve yeteneklerle donatılmış hekimlerin üretilmesi, ülkenin sağlık sorunlarının gerektirdiği bir hekim tipinin henüz geliştirilmediğini gösteren kanıtlardır.

Müfredatın nicelik yönünden belirlenmesi tamamen ilgili öğretim üyelerinin aralarındaki çalışmaya bağlı olarak oluşturulmaktadır. Bu ise bilimsel olmaktan çok uzak rasgelelik ölçüsünde bir belirlemedir. Nitelik yönünden belirleme ise, yine ilgili öğretim üyelerinin ya kendilerince önemli saydıkları konuların anlatılması yada ilgili dersin her bölümünün, herhangi bir önem sırasına uymaksızın mümkün olduğunca ayrıntıyla verilmesi şeklindedir.

Bu müfredat bozukluğunun bir nedeni de, müfredatı belirleyen kimselerin sübjektif kalmalarının yanısıra, eğitim konusundaki eğitimsizlikleridir. Gerçekten de öğretim üyesi olmak için gerekli aşamalardan hiçbirisi, öğretici yetiştirme amacına yönelik değildir. Ayrıca daha önce de sözünü ettiğimiz gibi öğretim üyesi olmadaki özendirici etkenlerin, eğitim olgusundan değil de, hekimlik mesleğinin yarattığı olanaklardan kaynaklandığını da belirtmek gerekir. Sonuçta eğitime son görev gözüyle bakan nitelikli hekimler üretilmiş olur.

Öğrencinin öğretim olgusu içindeki konumu da, bu müfredat ile yakından ilgilidir. Öğrenci kendi öğrenme gücü, yetenek ve zekâ nitelikleri gözönünde bulundurulmadan hazırlanmış bir müfredatı, hem

de belli kolaylaştırıcı yöntemlere uymaksızın verilen müfredatı almak zorundadır. Bunda öğrencinin söz hakkı yoktur. Kaldı ki, bu durum öğrencinin doğasına da aykırı değildir. Zira uzun bir üniversite öncesi eğitimde de aynı şey yapılmış ve öğrenci, öğretmenin verdiği kimi bilgileri ezberleme alışkanlığını edinmiştir.

Öte yandan öğretim yöntemlerinin, hem öğretim üyesinin bu konudaki bilgisizliği, hem öğretim üyesi - öğrenci oranının optimalden uzak oluşu, hem de gereken araç ve gereçlerin yetersizliği nedeniyle belli kalıplara uymak zorunda oluşu da önemli bir sorundur.

Ayrıca eğitim olayında, sonuçların ve verimin değerlendirilmesi de, amaç ve araçların yeniden üretilmesinde önemli bir ölçüttür. Bu Türkiye'de yapılmayan bir uygulamadır. Böylece bir yandan ülkenin gereksinimlerinden kopuk bir eğitim uygulanırken, bir yandan da, kendi içinde belirli verilere ve kaynaklara dayanmayan, değerlendirilmesi yapılarak yeniden biçimlendirilme çabası gösterilmeyen durağan bir tıp eğitim modeli ortaya çıkmaktadır.

ÖNERİLER :

Yukardaki tartışmaları gözönünde tutarak gerçekleşmesi olası bazı çözümler üstünde durmak istiyoruz.

Öncelikle sağlık hizmetleri ile tıp eğitimini aynı potada kaynaştıracak ve aralarındaki gerekli eşgüdümü sağlayacak bir üst düzeyde örgütün oluşturulmasında yarar vardır. Böyle bir örgüt tıp fakülteleri, SSYB, Türk Tabipler Birliği, Sosyal Sigortalar Kurumu, Gülhane Askerî Tıp Akademisi, Bayındırlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı'ndan yüksek düzeyde temsilciler ve öğrenciler olmalıdır. Bu örgütün eğitim planlamasında izleyeceği yol şu olmalıdır. Önce toplumun sağlık gereksinmelerini sağlam verilere dayanıp saptayarak, bu gereksinmeleri karşılayacak en uygun sağlık planlamasını yapmak. Daha sonra bu sağlık planlamasına uygun görevleri tanımlamak ve bu görevleri en iyi şekilde uygulayacak işbölümüne gitmek. En son olarak da, bu işbölümüne uygun insan gücü guruplarını yetiştirecek eğitimin planlaması yapılmalıdır.

Burada üzerinde durulması gereken en önemli nokta, sağlık hizmetlerinin en gerçekçi ve yeterli düzeyde yürümesi için, feed-back (geri besleme) mekanizmasının sürekli işletilmesi gerçeğidir. Eğitim uygulaması dikkatle izlenmeli, sonuçta yetişen insangücünün toplumun sağlık görünümüne uygunluğu sürekli değerlendirilmelidir. Eğer yetişen insan gücü toplumun sağlık gereksinmelerini karşılayabiliyor-

sa, o zaman yapılan planlama yeterlidir, doğrudur, denilebilir. Yok eğer, toplumun gereksinmeleri olduğu gibi duruyorsa, o zaman yukarıda sayılan basamakları yeniden gözden geçirerek aksayan nokta veya noktaları saptamak ve yeniden planlamaya gitmek gerekecektir.

Unutmamak gerekir ki, tıp ve sağlık konusu son derece dinamik ve değişkendir. Korkunç bir hızda değişen ve gelişen biyomedikal bilginin yanısıra ülkenin gereksinmeleri de zamanla değişime uğramakta ve buna paralel olarak da toplumun ekonomik, kültürel yapısı ve beklentileri de yeni boyutlar kazanmaktadır. İşte bu nedenle tıpta sürekli eğitim üzerinde önemle durulmaktadır. Hekimin bilgisini sürekli tazelemesi ve yenilemesiyle, halk kitlelerine verilen hizmet ile tıbbın verebileceği en iyi hizmet arasındaki fark en azda tutulmuş olmakta ve değişen ülke gereksinmelerine en kısa sürede sağlıklı çözümler bulunmaktadır. Aslında bir yerde sürekli eğitim, daha etkin bir feed-back (geri besleme) mekanizması olmaktadır. Bu feed-back mekanizmalarının iyi işleyebilmesi belirli koşullara bağlıdır. Bunlar :

1 — Ülkenin sağlık gereksinmelerinin neler olduğunu sağlıklı verilere dayanarak, kesin olarak saptamak.

2 — Sağlık hizmetlerinde gereksinme duyulan hekim tiplerini belirlemek.

3 — Sağlık hizmetlerinde gereksinme duyulan hekimlerin görev tanımlamasını yapmak.

Bu şekilde gerçekçi bir öğretim programı düzenlenerek mezunların yapacağı görevler açıkça ve tam olarak tanımlanırsa, öğretim üyeleri, öğrencileri hangi hizmetler için hazırladıklarını bilir ve dolayısıyla uygun ve tutarlı bir ders programı hazırlanmış olur. Yine bu şekilde, tıp fakülteleri arasında bir standardizasyon sağlanmış, birbirinden kopuk üniversitelerin ayrı ayrı amaçlarda ve bilgi düzeylerinde hekimler yetiştirmesi de önlenmiş olur.

Eğitimde bu amaç saptaması en canalıcı noktadır. Bu yapıldıktan sonra sıra, bu eğitimi verecek kişilerin eğitimine gelir. Çünkü uygulamada önemli olan, öğretim üyelerinin tutum ve davranışlarının saptanan amaç doğrultusunda olması ve ona ters düşmemesidir.

Bundan sonra, eğitimde bazı nesnel saptamalar yapmak gerekir. Bunlar Optimal öğrenci sayısı, öğrenci - öğretim üyesi oranı, kitaplar ve diğer malzemeler konusunda yapılması gereken saptamalardır. Çünkü bu ögelerin eğitimdeki payı çok önemlidir.

Üniversiteye giren öğrencinin niteliğinin değiştirilmesi konusu, genel bir eğitim sorunudur ve o düzeyde ele alınmalıdır. Ama bu konunun da üzerine önemle eğilmek gerekir.

Tıp eğitiminde seçilecek yöntemin de amaca uygun olması gerekir. Bu konuda bir model olarak sorunu çözmeye yönelik tıp eğitimi üzerinde durulabilir. Bu sistemde, daha eğitimin ilk yıllarından itibaren, tıp öğrencileri sorunlarla karşı karşıya bırakılmaktadır. Burada sözü geçen sorun, biyolojik bir yakınması olan bireyin içinde yaşadığı toplumun bir kesitiyle birlikte öğrencinin önüne konmuş şeklidir. Öğrenci karşılaştığı sorunların biyolojik, psikolojik, toplumsal ve ekonomik nedenleri üzerinde sorular sormaya ve araştırmaya başlamaktadır.

Bilgiyi ileride kullanmak üzere depo etmekle, gerektiği zaman öğrenmek ve onu uygulamak arasındaki fark, bu eğitimin, geleneksel eğitimden temeldeki büyük farkını yansıtmaktadır. Bu sistem öğrenciye neyi, neden, ne kadar öğrenmesi gerektiğini ve bilgisini nasıl yararlı hale sokabileceğini göstermektedir. Bu şekilde tıp fakültesinde verilmeye çalışılan yalnız bilgi temeli değil, daha önemlisi, düşünmek, araştırmak, soru sormak ve sorun çözmek gibi temel kavramları yerleştirmek olmaktadır. Bu yöntemle verilen, ayağı yerde kuramsal bir eğitim, toplum içinde yapılan bol pratikle de pekiştirilmelidir. Öğrenci daha ilk yıllardan sahada çalışmaya başlamalı ve sorumluluk yüklenmelidir.

Böylece öğrenciye, bir yandan tıp kavratılırken, öte yandan biyolojik sorunların kişinin içinde yaşadığı ortamda ve sorunlardan ayrı düşünülemiyeceği gerçeği de öğretilmektedir. Ancak bu şekilde hızla gelişen tıp bilgisini özümseyebilecek ve değişen ülke gereksinmelerine uyum sağlayacak esnek kafalar yetiştirmek mümkündür.