

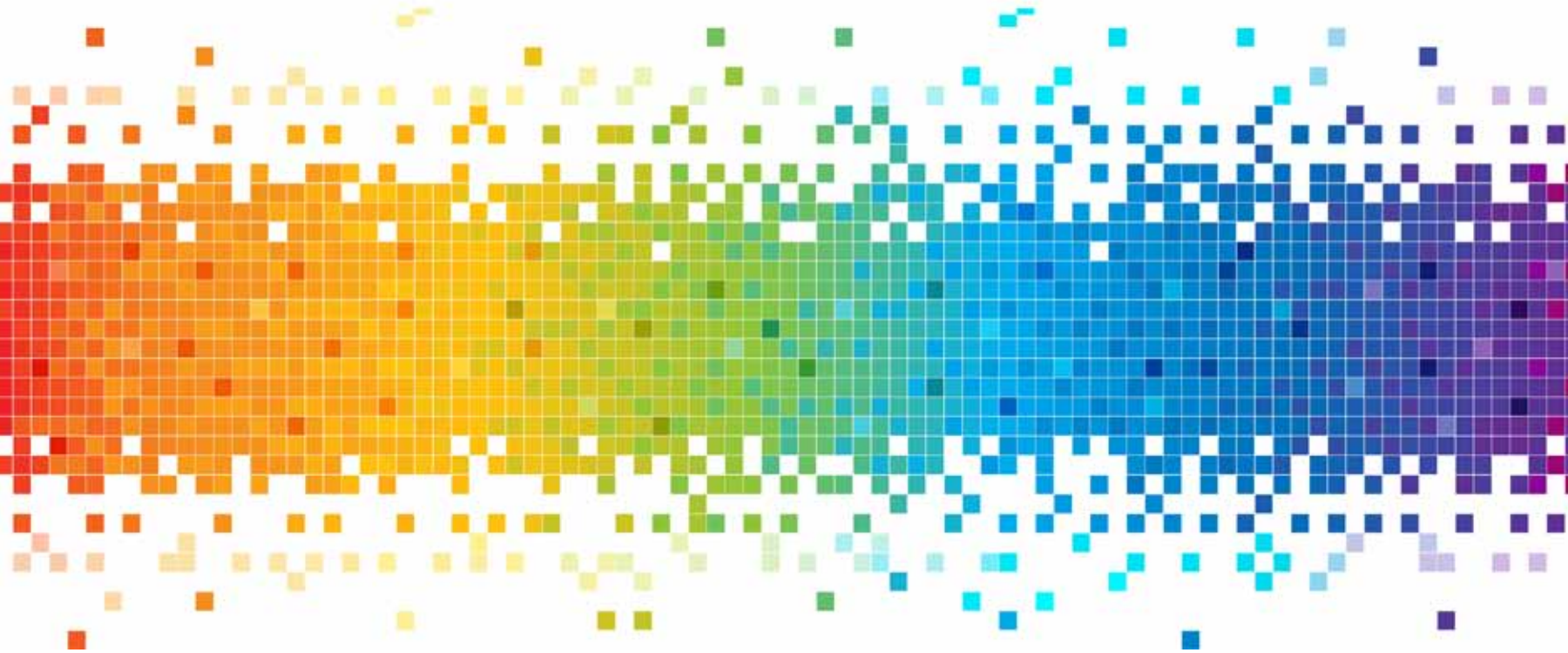
SD

HAZİRAN
TEMMUZ
AĞUSTOS
2013
12 TL
(KDV DAHİL)

YAZ

27

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ



PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK TIP VE DİĞER SAĞLIK BİLİMLERİ EĞİTİMİ ALANINDA ÖNEMLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN - OLCAY ÖZEN SAĞLIK MESLEKLERİNDE KEŞİŞİM VE GÖREV KAYMASI | DOÇ. DR. SALİH MOLLAHALİLOĞLU SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI 2023 VİZYONU | PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ - YRD. DOÇ. DR. İLKAY GÜNGÖR DÜNDEN BUGÜNE HEMŞİRELİK EĞİTİMİ | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN HEMŞİRE VE EBELİK EĞİTİMİNE FARKLI AÇIDAN BAKIŞ | YRD. DOÇ. DR. NİHAL SUNAL HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYONUN ROLÜ | PROF. DR. Z. CANDAN ALGUN FİZYOTERAPİ EĞİTİMİNDE BİLİNMEYENLER | PROF. DR. TÜRKAN KUTLUAY MERDOL BESLENME VE DİYETETİK EĞİTİMİ | PROF. DR. MİTHAT KIYAK SAĞLIK YÖNETİMİ EĞİTİMİ: DURUM VE ÖNERİLER
AYTÜL NURDAN YAVUZ YILMAZ - YRD. DOÇ. DR. GÜLFER BEKTAŞ - DOÇ. DR. ARZU İRBAN TIBBİ DOKÜMANTASYON VE TIBBİ SEKRETERLİK MESLEĞİNİN GELİŞİMİ VE EĞİTİMİ
PROF. DR. İRFAN ŞENCAN SAĞLIKTA SERTİFİKA EĞİTİMİ | DOÇ. DR. BARKIN BERK - PROF. DR. ŞEREF DEMİRAYAK ECZACILIK EĞİTİMİ: MEVCUT DURUM VE YENİ ARAYIŞLAR
EMİN OLGUN ECZACILIK MESLEĞİNİN GELECEĞİ | YRD. DOÇ. DR. EMİR YÜZBAŞIOĞLU DİŞ HEKİMLİĞİ EĞİTİMİNDE SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
DOÇ. DR. HANEFİ KURT DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK SINAVI (DUS) | PROF. DR. ABDULLAH SONSUZ MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİNİN SORUNLARI
AHMET EMİN ÖZTÜRK - ERDEM YUSUF ÇAMIRCI - OĞUZ KIZILKAYA ÖĞRENCİNİN GÖZÜNDEN TIP EĞİTİMİ | SD KIDEMLİ HOCALARA TIP EĞİTİMİNİ VE TUS'U SORDUK
PROF. DR. OSMAN NURİ DİLEK TIP VE TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ YA DA "GENÇLERİN ÖNÜNÜ AÇMAK LAZIM" | PROF. DR. MUHAMMET GÜVEN - PROF. DR. HAKAN POYRAZOĞLU TIP EĞİTİMİNİN SORUNLARINA TIP FAKÜLTESİ DEKANLARININ BAKIŞI | PROF. DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ: MEVCUT DURUM VE GELECEKTE BİZİ NELER BEKLİYOR?
DR. AHMET MURT - DR. AKİF ENES ARIKAN - DR. FEHİM ESEN ASİSTANLARIN GÖZÜNDEN TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ | PROF. DR. FAHRİ OVALI TIPTA UZMANLIK KURULU: NEREDEN NEREYE?
YRD. DOÇ. DR. İLKNUR KESKİN "ACCREDITED BY..." | PROF. DR. ZEKERİYA AKTÜRK MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİNDE AKREDİTASYON
PROF. DR. KAMİL ADALET MEZUNİYET SONRASI TIP EĞİTİMİ AKREDİTASYONU | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR



HAZİRAN-TEMMUZ-AĞUSTOS 2013
YAZ, SAYI 27
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Öztürk
Doç. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Doç. Dr. Mustafa Taşdemir
Dr. Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0212 453 48 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayımcının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Sağlıklı bir toplum için güçlü sağlık eğitimi

Sağlık alanında güçlü bir “okul” olabilme misyonu ile yayın hayatına başlayan SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), bugüne kadar 650’nin üzerinde makale ve 14 ayrı dosya konusu ile sağlığın değişik alanında yaşanan sorunları, çözüm önerileri ile birlikte ele aldı. SD sayfalarında, sadece sorunlar temelinde değil, geleceği tasarlayan vizyoner bir anlayışla değişik konular gündeme taşındı.

Dergimizin elinizde tuttuğunuz 27. sayısında, “sağlık profesyonellerinin eğitimi” konusu dosya olarak hazırlandı.

Ülkemizde yükseköğretime olan ilgi giderek artıyor. Özellikle sağlık alanında talep yoğunlaşması yaşanıyor. Sağlık alanında değişik alanlarda insan gücüne olan ihtiyaç, beraberinde yükseköğretimde sağlık alanının giderek daha fazla ölçüde tercih edilmesini getiriyor. İhtiyacın ve talebin fazlalığı, eğitim kalitesini doğrudan etkiliyor. Hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, ebelik gibi sağlık alanı mesleklerine dünyada olduğu gibi ülkemizde de değişik meslekler eklendi ve gelecekte de eklenmeye devam edecek. Sayıca 40’a yaklaşan sağlık mesleklerinden bir kısmı lise düzeyi; ağırlıklı diğer bir kısmı ön lisans, bir kısmı lisans veya yüksek lisans düzeyinde eğitim gerektiriyor.

Artık merkezde yer alan sağlık hizmeti kullanıcısı olan halkın, sağlık hizmetleri sunumunda nicelik ve nitelik açısından

ileri düzeyde beklentileri oluşmuş durumda. Sağlık hizmetlerinde kalite, öncelikle “yeterli” düzeyde eğitim almış sağlık profesyonelleri ile sağlanabilir. Yeterli bilgi, beceri ve yetkinlik kazanarak eğitim almış sağlık profesyonellerinin çalışma hayatında motivasyonunun da sağlanması durumunda, halkın sağlığının geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği kolaylaşacak, gereksiz sağlık harcamaları önlenerek verimlilikte artış sağlanacak, sonuçta hizmet alanların memnuniyet düzeyleri yükselecektir.

Sağlık profesyonellerinin yeterliliği için, nicelik ve nitelikçe yeterli öğretim elemanı, teorik ve pratik eğitim için uygun fiziki ortam, uygun eğitim araç ve gereci gerekiyor. Tıp ve diğer sağlık bilimleri alanında bazı kurumlarda, yukarıda değinilen bileşenlerden bir veya daha fazlasında yetersizlik olabilmekte ve sonuçta eğitimin kalitesi olumsuz etkilenmekte. Eğitimde öncelikle diğer bir sorun, gelişen teknoloji, ortaya çıkan yeni ihtiyaçlar, değişen anlayışlar ve yeni mesleklerin gerektirdiği görev kaymalarını dikkate alacak bir eğitim müfredatıdır.

Bu sayımızdaki dosyada tıp ve diğer sağlık bilimleri eğitimi alanında mezuniyet öncesinde ve sonrasında

yaşanan sorunlar ele alındı; çözüm önerileri farklı bakış açılarıyla tartışıldı.

Ölçme, değerlendirme ve seçme konusu ülkemizde ayrıntılı tartışılması gereken alanların başında gelmekte. Tıp ve diş hekimliğinde uzmanlık öğrencilerinin seçim sınavı olan TUS ve DUS hakkındaki değerlendirmelere dosya kapsamında yer verildi.

Kaliteli ve yeterli bir eğitimle yetkin sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesinin garantisi, eğitim programlarının akreditasyonudur. Tıpta mezuniyet öncesi ve sonrası akreditasyon konusu, dosyada işlenen diğer bir konu.

Bu dosya ile sağlık bilimleri eğitimi alanında yaşanan sorunları, değişik alternatifleri içeren çözüm önerileriyle birlikte ilgili paydaşlara sunuyoruz.

Verimli bir tartışma ortamı sağlamak, sunulacak alternatif görüşlerle sorunların çözümünü kolaylaştırmak için okuyucularımızın görüşlerini bilgi@sdplatform.com kanalı ile bizlerle paylaşmasını diliyoruz.

Sağlık ve huzur içinde yeni sayılarda buluşmak temennisi ile...

İçindekiler

6

TIP VE DİĞER SAĞLIK BİLİMLERİ EĞİTİMİ ALANINDA
ÖNEMLİ SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK



10

SAĞLIK MESLEKLERİNDE KESİŞİM VE
GÖREV KAYMASI
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN - OLCAY ÖZEN

12

SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN SAĞLIKTA
İNSAN KAYNAKLARI 2023 VİZYONU
DOÇ. DR. SALİH MOLLAHALİLOĞLU

14

DÜNDEN BUGÜNE HEMŞİRELİK EĞİTİMİ
PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ
YRD. DOÇ. DR. İLKAY GÜNGÖR

18

HEMŞİRE VE EBELİK EĞİTİMİNE
FARKLI AÇIDAN BAKIŞ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

20

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYONUN ROLÜ
YRD. DOÇ. DR. NİHAL SUNAL

22

FİZİYOTERAPİ EĞİTİMİNDE BİLİNMEYENLER
PROF. DR. Z. CANDAN ALGUN

26

BESLENME VE DİYETETİK EĞİTİMİ
PROF. DR. TÜRKAN KUTLUAY MERDOL

30

SAĞLIK YÖNETİMİ EĞİTİMİ: DURUM VE ÖNERİLER
PROF. DR. MİTHAT KIYAK

34

TIBBİ DOKÜMANTASYON VE TIBBİ SEKRETERLİK
MESLEĞİNİN GELİŞİMİ VE EĞİTİMİ
AYTÜL NURDAN YAVUZ YILMAZ
YRD. DOÇ. DR. GÜLFER BEKTAŞ
DOÇ. DR. ARZU İRBAN



38

SAĞLIKTA SERTİFİKA EĞİTİMİ
PROF. DR. İRFAN ŞENCAN

40

ECZACILIK EĞİTİMİ: MEVCUT DURUM
VE YENİ ARAYIŞLAR
DOÇ. DR. BARKIN BERK
PROF. DR. ŞEREF DEMİRAYAK

46

ECZACILIK MESLEĞİNİN GELECEĞİ
EMİN OLGUN

48

DİŞ HEKİMLİĞİ EĞİTİMİNDE SORUNLAR
VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
YRD. DOÇ. DR. EMİR YÜZBAŞIOĞLU



52

DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK SINAVI (DUS)
DOÇ. DR. HANEFİ KURT

54

MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİNİN SORUNLARI
PROF. DR. ABDULLAH SONSUZ

60

ÖĞRENCİNİN GÖZÜNDEN TIP EĞİTİMİ
AHMET EMİN ÖZTÜRK
ERDEM YUSUF ÇAMIRCI
OĞUZ KIZILKAYA



64

KIDEMLİ HOCALARA TIP EĞİTİMİNİ
VE TUS'U SORDUK
SD

68

TIP VE TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ YA DA
"GENÇLERİN ÖNÜNÜ AÇMAK LAZIM"
PROF. DR. OSMAN NURİ DİLEK

72

TIP EĞİTİMİNİN SORUNLARINA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLARININ BAKIŞI
PROF. DR. MUHAMMET GÜVEN
PROF. DR. HAKAN POYRAZOĞLU



76

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ: MEVCUT DURUM VE
GELECEKTE BİZİ NELER BEKLİYOR?
PROF. DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU

80

ASİSTANLARIN GÖZÜNDEN TIPTA
UZMANLIK EĞİTİMİ
DR. AHMET MURT
DR. AKİF ENES ARIKAN
DR. FEHİM ESEN



84

TIPTA UZMANLIK KURULU: NEREDEN NEREYE?
PROF. DR. FAHRİ OVALI

88

"ACCREDITED BY..."
YRD. DOÇ. DR. İLKNUR KESKİN

94

MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİNDE AKREDİTASYON
PROF. DR. ZEKERİYA AKTÜRK



98

MEZUNİYET SONRASI TIP EĞİTİMİ
AKREDİTASYONU
PROF. DR. KAMİL ADALET

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Tıp ve diğer sağlık bilimleri eğitimi alanında önemli sorunlar ve çözüm önerileri

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize İli, İkizdere İlçesi'nde doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığının ardından 1994'te doçent, 2000 yılında da profesör olduğu Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde halen çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları; hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishalleri ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvarıdır. Dr. Öztürk, 2009 yılından beri YÖK Üyesidir.

Ülkemizde tıp ve hemşirelik başta olmak üzere sağlıkta değişik alanlarda hizmetin doğurduğu büyük bir sağlık insan gücü ihtiyacı mevcuttur. İhtiyacın, eğitimci insan gücü ve fiziki altyapının çok üzerinde olması nedeniyle tıp ve diğer sağlık bilimleri yükseköğretimi alanında değişik sorunlar yaşanmaktadır. Bu yazıda tıp vd. sağlık bilimlerinin bazılarında (başka

yazarlar tarafından ele alınanlar dışında-kiler) öncelik arz eden eğitim ve öğretim sorunları ele alınacak ve kısa vadede yapılabileceklerle değinilecektir.

Ülkemizde yükseköğretime olan talep giderek artmaktadır. Son yıllarda artan devlet ve vakıf üniversite sayılarına rağmen yükseköğretim talebine henüz cevap verilememektedir. 2012 yılında

tercih yapma hakkına sahip 1 milyon 787 bin 582 lise ve meslek lisesi mezunu adaydan 1 milyon 132 bin 839'u tercih hakkını kullanmıştır. Ayrıca talebin tıp ve sağlık ile hukuk gibi belli alanlarda daha yoğun olması, bu alanlarda nitelikli bir eğitim yapılması konusunda sıkıntılar oluşturmaktadır. Sağlık alanında, mezuniyet sonrası iş bulabilme imkânı bu alana olan talebi artıran diğer bir önemli faktördür.



Başta hemşirelik olmak üzere, bazı sağlık meslekleri alanında lise düzeyinde eğitim, ülkemizin bugün ulaştığı gelişmiş düzeyiyle çelişmektedir. Bu durum Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve YÖK tarafından ele alınarak çözüme kavuşturulmalıdır. Lise mezunlarının ön lisans ve lisans mezunlarıyla meslekte aynı unvanı kazanması engellenerek, ilgili meslek alanlarında “yardımcılık” gibi unvanlar ihdas edilmelidir.

Sağlık meslekleri alanı çeşitlilik yönünden giderek zenginleşmektedir. Hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe gibi sağlık alanında kadim mesleklerle giderek yenileri eklenmiştir ve yakın zamanda başkaları da eklenecektir. Bu mesleklerden bir kısmı lise düzeyi; ağırlıklı diğer bir kısmı ön lisans, bir kısmı lisans veya yüksek lisans düzeyinde eğitim gerektirmektedir (Tablo 1).

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” adlı kitapta; “... bir ülkede mevcut sağlık hizmetlerini; doğru sayıda insanla, doğru yerde, doğru zamanda, doğru becerilerle, doğru motivasyon ve tutumlarla, doğru maliyetlerle, doğru verimlilikle, doğru işleri yaparak sunma ve sağlık hizmetlerini sunarken o ülkenin sosyal ortamına ve ekonomik şartlarına uygunluğu sağlama ihtiyacı vardır” denmektedir.

Sağlık alanı gibi uygulamalı bilimlerde eğitimde, bilgi yanında beceri ve tutum (davranış) kazanılması işin olmazsa olmazıdır. Hekim vd. sağlık personelinin eğitim yeterlilikleri, dönemin gerektirdiği yeterli düzeyde sağlanamazsa sayıca ulaşılan hedefler, fonksiyon açısından yetersiz kalacaktır. Halen sürdürdüğümüz anlayışa göre sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları merkezde yer almaktadır; hâlbuki bu anlayış değişmiştir ve artık merkezde sağlık kullanıcıları yer almaktadır. Tıp ve sağlık bilimleri eğitiminde, bu paradigma değişikliği öncelikle dikkate alınmalı, iletişim başta olmak üzere müfredatlarda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu kapsamda olmak üzere, hastanede bakım

Tablo 1: Sağlık alanına son yıllarda eklenen yeni meslekler

▶ Diş protez teknisyeni / lise-ön lisans* ▶ Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri** (AABT) - Paramedik (ön lisans) ▶ Acil Tıp Teknisyeni (ATT) /lise** ▶ Optisyenlik***(ön lisans) ▶ Klinik psikolog (yüksek lisans/ doktora) ▶ Fizyoterapist (lisans) ▶ Odyolog (lisans) ▶ Diyetisyen (lisans) ▶ Dil ve konuşma terapisti (lisans) ▶ Podolog (önlisans) ▶ Sağlık fizikçisi (yüksek lisans) ▶ Anestezi teknisyeni (lise) ▶ Anestezi teknikeri – (ön lisans) ▶ Tıbbi laboratuvar teknisyeni (lise) ▶ Tıbbi Laboratuvar ve patoloji teknikeri (ön lisans) ▶ Tıbbi görüntüleme teknisyeni (lise) ▶ Tıbbi görüntüleme teknikeri (ön lisans) ▶ Ağız ve diş sağlığı teknikeri (ön lisans)	▶ Diş protez teknikeri (ön lisans) ▶ Tıbbi protez ve ortez teknisyeni (lise) ▶ Tıbbi protez ve ortez teknikeri (ön lisans) ▶ Ameliyathane teknikeri (ön lisans) ▶ Adli tıp teknikeri (ön lisans) ▶ Odyometri teknikeri (ön lisans) ▶ Diyaliz teknikeri (ön lisans) ▶ Fizyoterapi teknikeri (ön lisans) ▶ Perfüzyonist (lisans) ▶ Radyoterapi teknikeri (ön lisans) ▶ Eczane teknikeri (ön lisans) ▶ İş ve uğraşı teknikeri /Ergoterapi teknikeri (ön lisans) ▶ İş ve uğraşı terapisti /Ergoterapist (lisans) ▶ Elektrofizyoloji teknikeri (ön lisans) ▶ Mamografi teknikeri (ön lisans) ▶ Tıbbi sekreterlik****(lise)/ Tıbbi dökümantasyon ve sekreterlik(ön lisans)
--	--

*1989 tarihli 3575 Sayılı Kanun (1219/ Ek Md. 4)

**2000 tarihli Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği; Haziran 2005 tarih ve 5371 Sayılı Kanunla değişik 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı kanun;

***2004 tarihli 5193 Sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun

**** Her hangi bir kanunla tanımlı değil

Diğer meslekler: 2011 tarihli 6225 Sayılı Kanun (1219/ Ek Md. 13)

ve tedavi hizmetleri yanında; ayaktan tedavi merkezleri, yaşlı bakım merkezleri, evde akut ve kronik bakım, evde koruyucu hizmetler gibi nitelik değiştiren hizmetler de eğitimde dikkate alınmalıdır. Günümüz sağlık hizmetinde insan odaklı bir hizmet anlayışı ile birlikte sağlık çalışanının hesap verebilirliğinin gündemde olduğu gerçeği de göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlıkta yeni mesleklerin ortaya çıktığı günümüzde, hekim vd. sağlık çalışanları arasında bilgi ve beceri açısından son yıllarda giderek artan entegrasyon, yeni yapılanmada meslekler arasında bazı görev kaymalarına neden olacaktır. Sağlık mesleklerinde entegrasyon ve yeni görev kaymaları, sağlık alanında yüksek öğretimde dikkate alınması gereken yeni konulardandır. Sağlık alanında teknoloji ve bilişimin giderek artan önemi de eğitimde dikkate alınması gereken diğer öncelikli ve önemli bir konudur. Mezuniyet öncesi kaliteli eğitim artık yeterli olmamakta, bilginin yıllık değişim hızının artması nedeniyle mezuniyet sonrası sürekli eğitime olan ihtiyaç giderek artmaktadır. Tıp ve sağlık yükseköğretimi alanında önemli değişiklikler şu şekilde olmuştur:

- Sağlık kullanıcılarının merkeze yerleşmesi (sağlık çalışanları ve kurumlarıyla yer değiştirme)
- İnsan odaklı hizmet anlayışı
- Sağlık çalışanının hesap verebilirliği
- Sağlıkta artan meslek çeşitliliği ve meslekler arasında görev kaymaları
- Eğitim ve öğretimde teknoloji ve bilişimin etkisinin giderek artması
- Mezuniyet sonrası sürekli eğitim ihtiyacının artması ve yaygınlaşması

Tıp eğitiminde öncelikli sorunlar

Tıp eğitiminde, mezuniyet öncesi ve sonrasında değişik sorunlar yaşanmaktadır. Ülkemizde tıp eğitiminin asgari standartları konusunda değişik çalışmalar yapılmış olmakla birlikte, henüz ülke düzeyinde uygulama açısından istenen düzeye erişilememiştir.

Ülkemizde 79’ü faal olmak üzere 82 tıp fakültesi vardır. YÖK iznini alıp, yasal süreci bekleyen 13 tıp fakültesi yanında başka tıp fakültesi talepleri de mevcuttur. Bu durumda Karayip ülkelerini hariç tu-



tarsak dünyada nüfus başına en fazla tıp fakültesi olan ülke durumuna yükselmiş durumdayız.

Tıp fakültelerinin önemli bir kısmında, temel tıp bilimleri başta olmak üzere, tıbbın diğer alanlarında eğitim ve öğretimde yeterli sayıda öğretim üyesi bulunamamakta; ülke genelinde yeterli, hatta fazla görünen öğretim üyelerinin büyük illerde yoğunlaşması nedeniyle, özellikle Anadolu illerindeki tıp fakültelerinde öğretim üyesi eksikliği sorunu yaşanmaktadır.

Tıp fakültelerinin klinik pratiklerinin etkin yapılabilmesi için sayı ve çeşitlilik açısından yeterli hastaya olan ihtiyaç nedeniyle tıp fakültesinin hitap ettiği bölge nüfusu da önem taşımaktadır. Dünyada genel olarak asgari 1-1,5 milyon nüfusa hitap eden tıp fakülteleri yerine, ülkemizde bu rakam 500 bin altına ineabilmektedir.

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde değişik sorunlar yaşanmaktadır. Temel bilimler sorun yaşanan alanların başında gelmektedir. Klinikle entegre edilmiş, ayrıntıdan uzak, iyi hekim yetiştirmeyi sağlayan temel bilim eğitimi için yeterli düzeyde fiziki alan ve teknolojik alt yapıya sahip tıbbi beceri dahil uygulama laboratuvarları genel olarak yetersizdir.

Klinik bilimlerde, iyi hekim yetiştirmeye yönelik bir pratik eğitimi verilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Bazı fakültelerde

öğretim üyesi eksikliği, bazılarında ise staj gruplarında fazla sayıda öğrenci olması ve yeterli sayıda ve çeşitlilikte hasta bulunmaması nedeniyle yeterli düzeyde pratik eğitim verilememektedir.

İntörn eğitimi dönemi çoğu fakültede TUS'a hazırlanmak için fırsat dönemi olarak görülmekte; tıp öğrencilerinin çoğu bu dönemi fakültelerde pratik uygulama yerine TUS dershanelerinde geçirmektedir. İntörnlük dönemi eğitim standartları belirlenmeli, ölçme-değerlendirme ölçütleri netleştirilmelidir. İntörnlük dönemini aile hekimliğinin ilk yılı gibi kabul eden bir düzenleme yapıp, eğitim bu duruma göre yeniden şekillendirilebilir.

Çekirdek müfredatın öngördüğü düzeyde bilgi, beceri ve tutum kazandırma ile sağlanan yeterliliği ortaya koyan çalışmalar ne yazık ki yetersizdir. Ülke genelinde konunun değişik yönlerden araştırılması gerekmektedir.

TUS sınavı, hekimler için gerekli bilgiyi ve yeterliliği ölçmeden ziyade, bir eleme sınavı fonksiyonu görmektedir. TUS geldiği nokta itibarıyla, hekim yeterliliğinin değerlendirilmesini değil, önemli bir kısmı hekimlik pratiği ile ilgisiz, müfredat dışı sorularla ezberciliği teşvik etmektedir. TUS soruları, hekim yeterliliğini ölçen, eğitimin kalitesini artırıcı tarzda hazırlanmalı, pratik eğitimin önemini azaltmaya neden olan mevcut durumdan

kurtarılmalıdır. Uzmanlığa girişte adaleti sağlayan TUS benzeri merkezi bir sınav devam etmeli, ancak temel bilimler, klinik bilimler ve mezuniyet sonrasında üç basamaklı, ABD'deki USMLE benzeri bir sınav sistemine geçilmelidir. Ülke imkânları hesaba katılarak, hekimlik pratiğini daha nesnel şekilde ortaya koyacak farklı bir sınav modeli üzerinde de çalışılabilir. Ancak, sınav değişimi kararı iyi tartışılmadan alınmamalı, bunun için ÖSYM ve tıp fakültelerinden görev alacak bir komisyon ön hazırlık yapmalıdır.

Tıpta uzmanlık veren tıp fakültesi sayısı 72, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi sayısı ise 50'dir (Ayrıca izin almış ancak henüz açılmayan hastaneler de mevcuttur). Uzmanlık öğrenciliği dönemi için Tıpta Uzmanlık Kurulu, çekirdek müfredatlar vasıtasıyla eğitimde asgari standartları (ilgili uzmanlık alanında eğitimci sayısı, birimin sağlık hizmeti kapasitesi, birimin eğitim alt yapı imkânları vd.) sağlama çalışmalarını devam ettirmektedir. Ancak Üniversite Sağlık Uygulama Araştırma Merkezleri ve Eğitim Araştırma Hastanelerinin bir kısmında öğretim üyesi, eğitim sorumlusu ve eğitim alt yapısı sorunları yaşanmaktadır. Ülkemizde, halen sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde önemli görevler ifa eden uzmanlık öğrencilerine olan ihtiyaç; uzmanlık öğrencilerini kurumlara dağıtırken, eğitimin kalitesi ile tezat oluşturacak zorunlu uygulamalar yapılmasına neden olabilmektedir. Tıpta uzmanlık eğitiminde asgari standartlar belirlendikten sonra, standartları sağlayamayan kurum ve/veya birimlerde eğitimin durdurulması ilgili sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır. Bu durumda, ilgili birim ve kurumlarda hizmeti sürdürecektir sayıda uzman hekim temini zorunludur.

Tıpta uzmanlıkla, doktoranın denk kabul edilmesi tıp eğitiminin üzerinde yeterince durulmamış diğer bir sorundur. Sadece uzman olmak isteyenler için, uzmanlık tezi, bilimsel bir başariya imza atmak yerine, bürokratik bir engel oluşturmaktadır. Ülke genelinde yapılan uzmanlık tezlerinin kalitesi incelenmeye değer ciddi bir konudur. Bununla birlikte sadece tıp değil, yükseköğretimin hemen tüm alanlarında lisansüstü eğitimde genel bir kalite sorunu olduğu yadsınamaz. Tıpta uzmanlıkla, birleşik, örtüşük veya ardışık doktora yapma imkânı sağlanmalı, ayrıca sadece uzmanlık yapmak isteyenlere bu imkân temin edilmelidir. Tıpta doktora yapanların özlük hakları (eğitim dönemi ve sonrasında) en az uzmanlara sağlanan bir düzeye yükseltilmeli hatta temel bilimlere pozitif ayrımcılık sağlayan haklar verilmelidir. TUS kadrolarının yetersizliği nedeniyle, biyokimya ve mikrobiyoloji haricindeki

temel bilimlere uzmanlık öğrencisinin verilemediğini dikkate alınarak, ilgili bilim dallarına yeterli sayıda lisansüstü öğrenci alınması gerekmektedir. Günümüzde herkes tarafından bilinen nedenlerle hekimlerin temel tıp bilimlerini tercih etmeyişlerinin gerekçelerini ortadan kaldıran düzenlemelere acil ihtiyaç vardır.

Bu konularda YÖK ve Tıp Dekanları Konseyi'nin 4-5 Haziran 2011'de Ankara'da, Tıp Dekanları Konseyi'nin 22-23 Aralık 2012'de Kayseri'de yapılan çalıştayları ile 8-9 Mart 2013'de YÖK tarafından Afyon'da yapılan "Tıp ve sağlık bilimlerinde öncelikli sorunlar ve çözüm önerileri çalıştay"ında ilgili konular ve diğer sorunlar ele alınmış, değişik çözüm önerileri sunulmuştur. Tıp Dekanları Konseyi Çalıştay Raporları derginin bu sayısında başka bir yazıda özetlenmiştir. Bahsedilen raporlardaki çözüm önerilerinin öncelikle uygulanmasının, sorunların çözümüne katkı sağlayacağını düşündüğümü belirtmek isterim.

Diğer sağlık meslekleri eğitimi alanında sorunlar

Eczacılık ve diş hekimliği konusu farklı yazılarda irdelenecektir. Ancak, tıpta olduğu gibi, diş hekimliğinde de uzmanlık ve doktora sorunu çözülmemelidir. Uzmanlık tercihi, doktoranın önünü kesmemeli, özlük haklarında gerekli iyileştirmeler sağlanarak akademik yaşamı tercih edeceklerin doktora eğitimi teşvik edilmelidir.

Hemşirelik, ebelik, fizyoterapistlik, beslenme ve diyetetik alanları vd. sağlık meslekleri alanında en önemli sorunlardan biri alanında yeterli öğretim üyesi yokluğudur. Sağlık bilimleri alanında lisansüstü eğitim için nitelik ve nicelik açısından "seferberlik" başlatılmalıdır.

Alanların çoğunda tanımlanmamış çekirdek eğitim müfredatları eğitimde asgari hedeflerin değerlendirilmesi ve kıyaslanmasında sorun oluşturmaktadır. Sağlık bilimleri alanındaki bütün programların çekirdek müfredatları bilgi, beceri ve yetkinlikler açısından acilen belirlenmelidir.

Hemşirelik vd. bazı sağlık meslek alanlarında mutlak ihtiyaç nedeniyle açılan fakülte ve yüksekokullarda ilgili alanlarda olması gereken öğretim üyesi ve görevlisi, eğitim alt yapısı araç ve gereçleri vd. eğitim standartları konusunda asgari ölçütler ortaya konmasını zorlaştırmaktadır.

Konuyla ilgili gayretler, ihtiyaç engeline takılmaktadır. Afyon çalıştayında, hemşirelik, ebelik, fizyoterapistlik, beslenme ve diyetetik alanları için eğitim ve öğretime başlamada öğretim üyesi açısından bazı

asgari standartlar ortaya konmuş ve ilgili standartlar YÖK genel kurulu tarafından kabul edilmiştir.

YÖK Başkanlığı tarafından, kurulan hemşirelik komisyonu hemşirelikte eğitim sorunları ve insan gücü konularında çalışmalarına devam etmektedir.

Bu alanlarda öncelikli sorun, nitelikli öğretim üyesi ihtiyacını karşılamak, olmayan programlar için çekirdek müfredatları belirlemektir. Çekirdek müfredatların gereğine ülke çapında uyumu sağlamak ve denetlemek YÖK'ün önem vermesi gereken görevleri arasındadır. Hepsinde belirli pratik uygulamaların yer aldığı bu mesleklerde, gerekli düzeyde beceri ve yetkinlik kazanıldığını ortaya koyacak ölçütleri ihtiyaç vardır. İlgili pratiklerin yapılacağı sağlık kuruluşlarının kapasite ölçütleri de belirlenmesi gereken standartlar arasındadır. İlgili alanlara özgü beceri laboratuvarlarının standartlarının belirlenerek uygulamaya konulması diğer bir önemli husustur.

Yukarıda belirtilen hususlar, sağlık meslek yüksekokulları için de dikkate alınmalı; bu okullardaki pratik eğitimler için gerekli eğitimci ve alt yapı standartları belirlenmelidir. Sağlık meslek yüksekokullarında staj eğitiminin nerede, nasıl yapılacağıının çerçevesi belirlenmeli, ilgili okulların staj protokolünün yeterliliği ve uygunluğu incelenmeli ve protokole uyum sürekli denetlenmelidir.

YÖK Genel Kurulu tarafından kabul edilen yükseköğretim yeterlilikleri çerçevesi dikkate alınarak, ulusal sağlık problemlerini yansıtan ve ülke ihtiyaçlarına uygun ön lisans, lisans ve lisan üstü öğretimde çekirdek müfredatlar eğitim kalitesinin iyileştirilmesine imkân sağlayacaktır. Hazırlanacak müfredatların belirli dönemlerde güncellenmesi ve müfredatlara teorik ve pratikte uyumun sürekli denetlenmesi sağlanmalıdır.

Tıp alanında mezuniyet öncesi dönem için başlatılmış olan akreditasyon çalışmalarının diğer programlar için de uygulanmaya başlaması eğitim kalitesinde yükselmeye imkân sağlayacaktır.

"Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması" sonuçları, yürütülen hizmet içi eğitim programlarının sağlık personelleri tarafından yeterli bulunmadığını göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre görüşülen sağlık personellerinin %50,4'ü hizmet içi eğitimleri yeterli bulmamaktadır. Bilginin hızla yenilediği günümüzde, mezuniyet sonrası eğitimi belirlenmiş bir disiplinle ele alarak, uzaktan öğretim metotları dâhil değişik alternatifler bu amaçla kullanılmalıdır.

Başta hemşirelik olmak üzere, bazı

sağlık meslekleri alanında lise düzeyinde eğitim, ülkemizin bugün ulaştığı gelişmiş düzeyiyle çelişmektedir. Bu durum Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve YÖK tarafından ele alınarak çözüme kavuşturulmalıdır. Lise mezunlarının ön lisans ve lisans mezunlarıyla meslekte aynı unvanı kazanması engellenerek, ilgili meslek alanlarında "yardımcılık" gibi unvanlar ihdas edilmelidir.

Sonuç olarak; tıp vd. sağlık bilimleri alanında eğitim ve öğretimde acil ele alınıp çözümlenmesi gereken değişik sorunlar mevcuttur. Öncelikle yapılması gereken programların müfredatlarının ülkenin sağlık sorunlarına dikkat ederek belirlenmesi ve güncellenen müfredatlar çerçevesinde bir eğitim yapılmasının sağlanmasıdır. Tıp ve sağlık bilimlerinde nitelikli, sayıca yeterli eğitimcinin yetiştirilmesinin sağlanması gerekmektedir. Yeni belirlenen ve bir kısmında henüz eğitime başlanmamış programlar için yapılacak eğitimin çerçevesi, kurulacak komisyonlar tarafından belirlenmeli, YÖK bu konularda rehberlik yapmalıdır. Belirlenmiş yeni sağlık mesleklerine, ülke ihtiyaçlarına göre hangilerinin ekleneceği planlanmalıdır. Entegre sağlık hizmeti anlayışına göre oluşacak görev kaymalarını dikkate alan, uyum eğitimleri verilmelidir. Uzaktan eğitim alternatifinden de yararlanarak, nitelikli sürekli eğitim sağlanmalı, bazı alanlarda sertifikasyon ile tamamlama eğitimleri yapılmalıdır. Yükseköğretimde kurumsal akreditasyon ve bazı programlarda akreditasyon ile kalitenin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1) Boulet J, Bede C, Mckinley D, Norcini J. An overview of the world's medical schools, *Medical Teacher*; 2007;29:20-6.

2) Öztürk R. Ülkemizde Tıp Eğitimine Genel Bir Bakış; <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilar/136/Ulkemizde-tip-egitimine-genel-bir-bakis.aspx> (Erişim tarihi: 11.06.2013)

3) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011 (http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglikta_insan_kaynaklari_2023_vizyonu.pdf) (Erişim tarihi: 11.06.2013)

4) Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tarafından Sağlık Bakanlığına Sunulan Öneriler: <http://www.yok.gov.tr/web/guest/haberler>; <http://www.yok.gov.tr/documents/10279/173480/Y%C3%BCksek%C3%B6%C4%9Fretim+Kurulu+Ba%C5%9Fkanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Tara%C4%B1ndan+Sa%C4%9F%C4%B1k+Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1na+Sunulan+%C3%96neriler/57dc443c-feab-454d-b035-9ebaa65950d6> (Erişim tarihi: 11.06.2013)

5) Tıp Fakültesi Dekanları Çalıştay Raporu (22-23 Aralık 2012): http://www.tipdek.org/pdf/dekanc_rapor.pdf (Erişim tarihi: 11.06.2013)

6) Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi: <http://tyyc.yok.gov.tr/>; <http://tyyc.yok.gov.tr/?pid=48> (Erişim tarihi: 11.06.2013)

Sağlık mesleklerinde kesişim ve görev kayması

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Olca Özgen



1981 yılında Karaman'da doğdu. İlk, orta, lise öğrenimi Karaman'da tamamladı. Anadolu Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümünden 2005 yılında mezun oldu. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde Yüksek Lisans yapmaktadır. 2010 yılından bu yana Medipol Üniversitesi Rektörlük Özel Kalemi olarak görev yapmaktadır.

Ek ski toplumlarda sağlık hizmeti, doktor ya da şifacı ve bunlara yardımcı olanların eliyle sunulmaktaydı. Artan bilgi, gelişen teknoloji ve bu çerçevede insan ihtiyaçları ve ilişkilerinin ulaştığı düzey sağlık hizmetini, üyeleri gittikçe artan bir ekibin işi haline getirdi. Bu ekibin büyüklüğü ve üyelerinin çeşitliliği, ihtiyaca, topluluklar arası farklılıklara ve imkânlar göre değişiklikler göstermektedir. Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık meslekleri, 1928 tarihli 1219 sayılı kanunla belirlenmiştir. Bu kanun ile tabiplik, diş tabipliği, ebelik, sünnetçilik ve hastabakıcı hemşirelik, sağlık meslekleri olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (1953) ve 6283 sayılı Hemşirelik 1954) Kanunu ile bu mesleklerin hukuki alt yapısının oluşturulduğuna şahit oluyoruz.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun (1961) ikinci maddesinde sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ve mukavele ile istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş olanlar olarak tanımlanmaktadır. Ancak hemen ardından, "bu hizmet sahasında çalışan ve yükseköğrenim görmemiş olanlar yardımcı sağlık personelidir" hükmü yer almaktadır. Bu dönemden

sonra sağlık sistemimiz içinde genel kabul olarak tabipler, diş tabipleri, eczacılar ve yardımcı sağlık personeli içine alan bir mesleki sınıflama anlayışı hâkim olmuştur.

Özellikle yardımcı sağlık personeli kavramının altı çok iyi doldurulmamış, görev tanımları, yeterlikler ve eğitim ihtiyacı üzerinde fazla durulmamıştır. Hızla artan sağlık farkındalığı ve gelişen sağlık sistemi, yeni sağlık meslek gruplarının ortaya çıkmasını kaçınılmaz kılmış, ancak yetki ve sorumluluk sınırları belirsiz sağlık meslekleri bazen alaylı, bazen de okullu olarak sisteme dâhil olagelmışlerdir. Çoğu kez eğitim ihtiyacının giderilmesi ve görev tanımı, bu meslekler yaygınlaştıktan sonra ortaya çıkmıştır. Mesela diş protez teknisyenliği ve optisyenlik böyle gelişmiştir.

2011 yılında 1219 sayılı kanuna eklenen bir maddeyle, Türkiye'de bir şekilde varlık mücadelesini kazanmış olan sağlık meslekleri yasal tanıma kavuşmuşlardır. Bu meslekler; klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni ve teknikeri, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni ve teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez

teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni ve teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, odyometri teknikeri, diyaliz teknikeri, fizyoterapi teknikeri, perfüzyonist, radyoterapi teknikeri, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti, iş ve uğraşı teknikeri, elektronörofizyoloji teknikeri ve mamografi teknikeridir.

Bu meslek sahiplerinin yeterince sağlık sistemimizde yer aldığını ve kendi rollerini tam olarak oynadıklarını söyleyemeyiz. Sayıca yetersizlikleri bir yana, ülkemizde bu meslek sahiplerine uluslararası tanımlara uygun görev ve bu görev ve sorumlulukları tam olarak üstlenecek düzeyde eğitim verdiğimiz de tartışmalıdır. Böyle olunca görev paylaşımları kişisel becerilere bağlı olmaktadır. Çoğu yerde bir meslek mensubu diğerinin görevini üstlenmekte, hatta görevler arası sınırlar net çizilememektedir. Birçok meslekte, hala lise mezunu teknisyen ile ön lisans mezunu teknikerin aynı işleri yaptığı görülmektedir.

Literatüre baktığımızda, sağlık alanında sorumluluk üstlenen mesleklerin, başlıca dört grup altında ele alındığını görüyoruz. Bunların başında doktorlar gelmektedir. İkincisi farklı mesleki unvanları kapsayan hemşirelik, üçüncüsü diş hekimliğidir. Dördüncü grupta çok sayıda sağlık

çalışanını kapsayan sağlık meslekleri ele alınmaktadır. Bu gruplar arasında doktorlar, başlıca pratisyen hekimleri ve uzman hekimleri kapsamaktadır ve tüm dünyada neredeyse standartlaşmış bir meslek grubudur. Hemşirelik, hasta bakımını ve bazı girişimleri üstlenen, ebe, hemşire ve uzman hemşire gibi farklı unvanlar altında da olsa az çok ülkeler arası kıyaslanabilir bir meslek grubunu oluşturmaktadır. Diş hekimliği, çoğu ülkede tıbbın dışında ele alınmakta ve genellikle pratisyen diş hekimliğini kapsamaktadır. Türkiye gibi bazı ülkelerde uzman diş hekimliği de bulunmaktadır. Diğer sağlık meslekleri ise çok geniş bir yelpazede yer alan farklı uzmanlık alanlarını kapsar. Genelde sağlık profesyonelleri tabiri bu grup için kullanılır.

Görüldüğü gibi bütün dünyada standardı en fazla belirgin sağlık mesleği doktordur. Buna rağmen başta pratisyen hekimlik olmak üzere doktorların yetki ve sorumluluk sınırları ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Tıp uzmanlıkları arasındaki yetki ve sorumluluk geçişleri konumuzun dışında kaldığından değinmek istemiyoruz. Ancak ülkemizde alışlagelmiş genel doktor rollerine baktığımızda, hasta ile olan ilişkinin yönetilmesi, kağıtla ya da dijital hasta kayıtlarının tutulması, hastanın hospitalize edilmesi, diyet ve tedavi programının düzenlenmesi, hastanın ameliyata hazırlanması, yara pansumanı yapılması, bazen sedyede hasta taşınması dâhil birçok vasıfsız işe müdahil olunması gibi tablolarla karşılaşırız. Laboratuvar yönetimi, klinik yönetimi ve hatta işletmenin yönetimi gibi roller de söz konusu olabilmektedir.

Her ne kadar uzmanlık alanlarına temas etmek istemesek de, bir örnek vermek yerinde olacaktır. Formal bir tıp eğitiminin üzerine en az 4 yıllık uzmanlık eğitimi alınarak tıpta uzmanlık payesi kazanılmaktadır. Bir erkek doktorun mecburi hizmete ilave olarak askerlik de yaptığını hesaplarsak yaklaşık 14 yıllık bir süre sonunda uzman hekim olarak görev aldığı bir hastanede kalıcı olabilmektedir. Bu serüveni yaşamış olup bulunduğu ortamda konvansiyonel röntgen ve ultrasonografi ile uğraşmak zorunda kalan radyoloji uzmanlarının hiç de az olmadığını biliyoruz. “Hastaya herhangi bir girişimde bulunmayan, belli teorik bilgilerle teknik bulguları bir araya getiren bu tanı işlemlerini, 14 yıl harcayarak edindiğimiz bir meslekle mi gerçekleştirmeli miyiz?” konusu tartışmalıdır.

Hemşirelik de, doktorlardan sonra tüm dünyada en fazla bilinen ve standartları gelişmiş bir meslek grubudur. Ancak yine alışlagelmiş hemşire rollerine bir

gözlem yaparsak, hasta odalarının düzen ve bakımı, servis yemek arabaları, eksik sarf malzeme takibi, tüp, ilaç ve benzeri malzeme tedariki, taşınması, stoklanması, refakatçilerle didişilmesi gibi doğrudan hasta bakımı dışında birçok uğraş alanları olduğunu görürüz. Bir yandan doktorların müdahil olduğu yukarıda sözü edilen eylemlerde de yer alırken diğer yandan hasta bakıcı diye tarif edilen vasıfsız temizlik personelinin görev alanına da girerler. Ebelik ve hemşirelik ile ebe-hemşirelik ayrımı, lise mezunu hemşireler ile üniversite mezunu hemşirelerin yetki ve sorumluluk sınırları, lisansüstü eğitimle uzmanlaşmış hemşirelerin rollerinde nelerin değiştiği konuları belirsizliklere mahkûm edilmektedir.

Hizmet yükünün çok fazla olması, hızla gelişen teknolojinin bizleri sürüklemesi ile değişen beklentiler ve hizmet sunum anlayışları, muhtemelen bu meslekler arasında görev yetki ve sorumluluk sınırlarını çizmemizi zorlaştırmaktadır. Alınan eğitim ile gereken beceri ve üstlenilen sorumluluk düzeyleri arasında paralellik kurulamaması da bu sürecin doğal sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Uzun yıllar eğitim vererek yetiştirdiğimiz mesleklerle kısa sürede edinilecek becerileri yüklemek, sadece kaynak israfına yol açmakla kalmayıp, vasıf gerektiren alanlardaki oluşan boşluklar ve yitirilen takım hiyerarşisi nedeniyle de ekip davranışını bozmaktadır.

Bir yandan ideal bir takım oyunu sahneye konulamazken, diğer yandan aldığı eğitimle paralel olmayan düşük vasıflı işleri yükleyerek kapasite israfına yol açılmaktadır. Açık kalan alanların yeterince eğitim almamış, bilgi ve beceri ile donanmamış kişilerce kompanse edilmeye çalışılması ise hizmet kalitesini ve hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir husustur.

Sağlık hizmet kalitesini sağlamak için süreçlerin ve bu süreçlerde görev alacak aktörlerin görev yetki ve sorumluluklarının iyi belirlenmiş olması gerekmektedir. Sınırlı insan kaynağını verimli kullanmak için doğru insanı doğru yerde istihdam etmek zorundayız. Yani her meslek sahibi, kendi mesleki sınırları içindeki görevleri tam olarak yerine getirebilmeli ve bunun hesabını verebilmelidir. Diğer açıdan bakarsak, tanımlanmış görevlere uygun, o görevin gerektirdiği bilgi ve beceri yetkinliği ile donatılmış meslek mensuplarını yetiştirmeliyiz.

Her geçen günün spontan ihtiyaçların doğurduğu, ihtiyaçlar doğdukça bu ihtiyacı giderecek yükü rasgele birilerinin üstlendiği kaotik ortamdan kurtulmamız, sağlık sistemimizin geleceği açısından önemlidir. Bunun için sağlık otoritesinin ihtiyaçları ve ihtiyaca uygun vasıfları

belirlemesi ve dinamik olarak güncellemesi gerekmektedir. Bu hususta meslek gruplarının taassuplarına teslim olmanın, gelişmenin önündeki en büyük engeller olduğunu da unutmamak gerekir.

Çözüm açısından yukarıda değindiğimiz örneklerimize dönersek, doktorların yapmak zorunda olduğu ve kendi eğitim düzeyini gerektirmeyen birçok görev ve sorumlulukları, mesela üniversite mezunu doktor yardımcılara devre diledilir. Aynı husus, hemşireler için de geçerlidir. Hepsi üniversite mezunu olan hemşirelerimize yükleyeceğimiz hasta bakımına odaklı vasıflı görevler, hasta güvenliği açısından daha etkili olacaktır. Bu denli yetkinlik gerektirmeyen işleri daha az eğitimle yetiştirilen hemşire yardımcılarının üstlenmesi, hemşirelerin işlerini kolaylaştıracak ve verimliliği artıracaktır.

Benzer şekilde radyoloji uzmanı yerine temel tıp bilimleri eğitimi almış konvansiyonel röntgen veya ultrasonografi konusunda beceri kazanmış yeni meslekleri devreye sokmak, radyoloji uzmanlarının daha üst teknolojilere yönelmelerine, daha sofistike girişimsel işlemlerde kazanacakları yetkinliklerini daha fazla hastanın kurtulmasına harcamalarını sağlayacaktır. Bu tür yeni yaklaşımlar, mevcut mesleklerle zarar vermek şöyle dursun, onları daha vasıflı alana itecektir.

663 Sayılı KHK'nin 23. Maddesinin birinci fıkrası ile kurulmuş bulunan Sağlık Meslekleri Kurulu, sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, meslekî alan ve dal belirlemesi gibi meslekî düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirmek, meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapmak, meslekî müeyyide uygulamak, etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetleme görevlerini yerine getirmekle yükümlüdür. Sağlık hizmetleri ve meslek tanımlarının gelişen teknolojiler, oluşan yeni ihtiyaçlar ve beklentiler doğrultusunda belirlenmesi gerekmektedir. Bu hususta yukarıda sözü edilen kurulun üzerine düşen görevi yerine getireceği kanısındayız.

Kaynaklar

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun

663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame

1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun

6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu

Sağlık Bakanlığı'nın sağlıkta insan kaynakları 2023 vizyonu

Doç. Dr. Salih Mollahaliloğlu



1968 yılında Eskişehir'de doğdu. 1994 yılında Karaçi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni, 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı doktorasını bitirdi. Doktora sonrası eğitimini Harvard Halk Sağlığı Okulunda "Takemi Program in International Health" konusunda tamamladı. Ayrıca Erasmus Üniversitesinden "International Health and Policy Evaluation" konusunda diplomaya sahiptir. Sağlık Bakanlığı'nın çeşitli kademelerinde görev yapan Dr. Mollahaliloğlu, halen Sağlık Politikaları Kurulu Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Bugünümüzün dünyasında sağlıkta insan kaynakları (SAİK) alanında yaşanan en önemli sorunların başında sağlık insan gücünde yaşanan sayısal yetersizlikler gelmektedir. Sayısal yetersizlik özellikle gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkeler açısından ciddi bir dezavantaj oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun %20'sine sahip olan Avrupa ve Kuzey Amerika'nın küresel hekim stokunun hemen hemen yarısına ve %60 hemşire stokuna sahipken, dünya nüfusunun yaklaşık %50'sini barındıran Asya'nın küresel hekim, hemşire ve ebe stokunun yalnızca %30'una sahip olduğu görülmektedir. Türkiye'de insan gücü sayısı açıdan benzer sorunları yaşamaktadır. Gerek DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri gerekse OECD ülkeleri arasında 1000 kişiye düşen hekim ve hemşire sayısı açısından Türkiye halen son sıralarda yer almaktadır.

Sayısal insan gücü yetersizliklerin yanı sıra toplumların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin değişmesi, hızla gelişen ve değişen teknoloji, küreselleşme ve sağlık sisteminde meydana gelen değişiklikler sonucu tüm dünyada sağlıkta insan kaynakları planlamasına duyulan ihtiyaç artmıştır. Özellikle son on yıllarda gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerin geçirdiği sağlık reformları sonucu sağlık sisteminin işleyişine uygun nitelikli ve gerekli insan kaynakları varlığının önemi daha da artmıştır. Benzer bir süreci yaşayan ülkemizde de yürütülen reform çalışmaları kapsamında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete

uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda sağlık sistemimize uygun, ihtiyaca yönelik yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı sağlık insan gücü yetiştirmek, ihtiyaç duyulan hizmet bölgelerinde görevlendirilmelerini sağlamak, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarını ihtiyaca uygun yapmak ve bu sayede sağlık alanında etkin ve verimli bir hizmet sektörü geliştirmek Sağlık Bakanlığı'nın temel amaçlarından biri haline gelmiştir.

İnsan gücü planlamasında kullanılan yöntemler ise çeşitlilik göstermektedir. İş gücü tahmin projeksiyonlarında nüfusa düşen personel sayısı yaklaşımı, hedeflenen hizmet yaklaşımı, sağlık hizmetleri talep yaklaşımı ve sağlık arz yaklaşımı vb. gibi yöntemler ile iş yükü ölçme yöntemi, zaman serileri yöntemi, dağılım analizleri, regresyon analizi, simülasyon yöntemi, veri analizi, rasyo analizi gibi sayısal ve istatistiksel yöntemler veya bir kaç yöntemin karması şeklinde kullanılmaktadır. Yöntemlerde kullanılacak yeterli ve kaliteli veri imkânı arttıkça daha geniş kapsamlı ve güvenilir planlamaların yapılabilirdiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı da bu süreçte insan kaynakları planlamasını 2023 Vizyonu kapsamında, DSÖ tarafından geliştirilmiş "SAİK Orta Vadeli Arz ve İhtiyaç Projeksiyonları Yazılımı"nı kullanarak hazırlamıştır. Söz konusu yazılım, kurumsal ve hizmet gelişimine vurgu yapan, hastalık, doğum, ölüm, koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak ve tedavi hizmetleri, kamu sağlık harcamaları, kamu-özel sektör dengesi vb. gibi çok farklı varsayımları

dikkate alan, esnek, bilgisayar tabanlı bir simülasyon modelidir. Planlamada tüm sağlık sektörünün de ihtiyacını dikkate almıştır.

SAİK 2023 Vizyonu kapsamında ülkemizin personel ihtiyacı ve sektörlere dağılımı yirmi çeşit personel grubu için belirlenmiştir. Örnek verecek olursak 2023 yılına gelindiğinde ülkemizin ekonomik şartları çerçevesinde ve hedeflenen sağlık hizmetlerini istenilen nitelikte halkımıza verebilmek için toplamda yaklaşık 137 bin uzman hekim, 19 bin pratisyen hekim, 44 bin aile hekimi, 28 bin diş hekimi, 33 bin eczacı, 283 bin hemşire, 118 bin ebe-sağlık memurunun sektörde görev yapıyor olması gerekmektedir. Uzman hekimlerin yaklaşık 103.000'ni, hemşirelerin 238 bini kamu da istihdam edilmiş olacaktır. Yine bu süreçte sağlık sektörünün mevcutlara ilave 2 bin 800 yöneticiyi ve yaklaşık 5000 mühendisi kadrosuna katması gerekmektedir. Bütün bu planlamaları gerçekleştirebilmek için de Sağlık Bakanlığının eğitim konularında MEB ve YÖK, istihdam ve finansal konularında da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile yakın çalışması zorunludur. Ayrıca bu hesaplamaların süreçte yaşanan gelişmeler ışığında belirli periyotlarla tekrar gözden geçirilmesi ve hedefe ulaşmak için gerekli düzeltmelerin yapılması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığının ilgili birimleri SAİK 2023 Vizyonu raporu sonrasında da çalışmalarına devam ederek, aynı metodoloji ile daha önceden planlaması yapılmış meslekler de dahil olmak üzere toplamda yaklaşık otuz meslek

Hâlihazırdaki mevcut öğrenci alma sayısı devam ederse hekim ve hemşire-ebe hedefinin % 90'nına ulaşılabacağı, bununla birlikte ağız ve diş sağlığı teknikerliğinde hedeflenenin sadece üçte birine ulaşılırken, anestezi teknisyenliği ve acil tıp teknisyenliğinde ise en az iki kat ihtiyaç fazlalığı oluşacağı görülmektedir.



için planlama ve revizyon çalışmalarını tamamlamak üzeredir.

SAİK 2023 Vizyonu çalışması temelde mesleklerle göre ihtiyaç duyulan sayıyı, sektörlere göre dağılımını ve bu hedefe ulaşmak için gerekli öğrenci sayısını vermektedir. Bu çerçeveden değerlendirilecek olursak, eğer ilave tedbirler alınmazsa bazı mesleklerde hedeflere ulaşmamız mümkün görülmediği gibi bazı mesleklerde de ihtiyaç fazlalığı oluşacaktır. Hâlihazırdaki mevcut öğrenci alma sayısı devam ederse hekim ve hemşire-ebe hedefinin % 90'nına ulaşılacağı, diş hekimi ve eczacı sayısındaki hedeflere tamamen varılacağı, bununla birlikte ağız ve diş sağlığı teknikerliğinde hedeflenenin sadece üçte birine ulaşılırken, anestezi teknisyenliği ve acil tıp teknisyenliğinde ise en az iki kat ihtiyaç fazlalığı oluşacağı görülmektedir. Bu durumda eksik personel alanlarındaki açığın sistemdeki mevcut farklı bir meslek grubuyla kapatma yoluna gidilmesi ve bunun istenmeyen sonuçları ile talep fazlası personelin istihdamı vb. sorunlar ileriki yıllarda gündeme gelecektir.

Ülkemizdeki sağlık insan gücündeki sorunun sadece sayısal olmadığı herkes tarafından kabul edilmektedir. Mezuniyet öncesi verilen eğitimin sahanın ihtiyaçlarıyla ne kadar paralellik arz ettiği tartışılması gereken bir konudur. Ayrıca artırılacak öğrenci sayısı ile hedeflere ulaşılmağa çalışılırken, alternatif çözümler üzerinde de durulmasında fayda bulunmaktadır. Yurt dışında uygulanan hekim yardımcılığı, hemşire yardımcılığı gibi hem hekim-hemşirenin iş yükünü hafifleten, hem de daha kısa sürede yetiştirilmesi mümkün olan ve ülkeye maliyeti daha düşük olan mesleklerin yanı sıra, röntgen okuma gibi belli alanlar üzerinde uzmanlaşmış yeni mesleklerin oluşturulması ya da mevcut mesleklerden birine ilave eğitimle birlikte görev devrinin sağlanması düşünülmelidir.

Bu süreçte yakından takip edilmesi gereken meslek gruplarından birini de hemşireler oluşturmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda önemli bir yere sahip olan hemşirelerin sayısal açıdan hekimlerden çok daha fazla yetersizliği ve 2023'e kadar yetiştirilmesi gereken sayının büyüklüğü bunu zorunlu kılmaktadır. Hemşire sayısında kısmen daha yeterli bir duruma gelindiği takdirde hekimlerin üzerindeki bazı görevleri devretmesi kolaylaşacaktır. Bu süreçteki en büyük handikaplardan birisi de Sağlık Meslek Liseleri'nin (SML) hemşirelik bölümlerine 2016-2017 öğretim yılından sonra öğrenci alınmamasının düşünülmesi. Hâlbuki bu öğrencilerin SML'nin müfredatı gözden geçirilerek kısa sürede halk sağlığı hemşiresi, aile hekimi hemşiresi vb. olarak yetiştirilmesi ve istihdamı mümkündür. Ayrıca meslek lisesi, ön lisans, lisans gibi birçok farklı eğitimlere sahip olan hemşirelerin aynı havuzda eşit olarak hemşire olarak değerlendirilmesi, branşlaşma (kronik hastalıklar, ameliyathane ya da onkoloji hemşireliği vb.) olmaması da bu süreçte çözülmesi gereken öncelikli konulardan birini oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması yeni fırsatlar oluştururken bazı faaliyetlerin başarısı açısından da risk oluşturma ihtimali bulunmaktadır. Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığının alanıyla ilgili tamamlayıcı konularda çalışmalar yürüten Sağlık Meslek Standartları Daire Başkanlığı, Eğitim ve Sertifikasyon Hizmetleri Daire Başkanlığı, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzman Eğitimi Daire Başkanlığı vb. birimlerle bir araya getirilerek insan kaynakları ile ilgili müstakil bir genel müdürlüğün oluşturulması konusu, işin önemi ve önceliği açısından yeniden değerlendirilmelidir.

Bunun dışında her ne kadar alınan tedbirlerle her geçen yıl azalsa da personel sayısındaki bölgesel dengesizlikler,

değişimin getirdiği sıkıntılar, şiddet, performansa dayalı ek ödeme, bazı mesleklerde görev yetki ve sorumlulukların belli olmaması vb. konular da insan gücü planlamasında en az personel sayısı kadar önemli ve yeniden üzerinde durulması gereken konulardandır. Son yıllarda ülkemizde sağlık turizminin hızlıca gelişmesi, sağlık serbest bölgelerinin oluşturulması, yabancı ülkelere sağlık alanında insan gücü anlamında da yardımda bulunulması, hükümetin yeniden gündeme getirdiği nüfus ve doğumu artırma hedefi vb. politikalarının da benzer bir paralellikte kısa sürede planlara eklenmesi ve uyumunun sağlanması gerekmektedir.

Kaynaklar

2010-2011 Öğretim Yılı Yükseköğretim İstatistikleri, ÖSYM, <http://www.osym.gov.tr/belge/1-13575/2011-2012-ogretim-yili-yuksekokretim-istatistikleri.html> (Erişim tarihi: 13.05.2013)

Avrupa'da Sağlıkta İnsan Kaynakları, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

Bossert, T., *Methods for Projecting Supply and Demand for HRH Strategic Planning*, Harvard School of Public Health, presentation, 2010

Chen L & et. all. *Human resources for health: overcoming the crisis*. *Lancet*, 2004; 364(9449):1984-1990.

European Health for All Database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe, <http://data.euro.who.int/hfad/> (Erişim tarihi: 18.04.2013).

OECD Health Data 2011, http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html (Erişim tarihi: 25.04.2013).

Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

Sur, H., *Sağlıkta İnsan Kaynakları Planlaması*, <http://www.sdplatform.com/Kategori/3/saglik-yonetimi.aspx> (Erişim tarihi: 09.05.2013)

World Health Report 2006: *Working together for health*, World Health Organization (WHO), Geneva, 2006.

Dünden bugüne hemşirelik eğitimi

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji



1964'te Diyarbakır'da doğdu. İlk ve orta eğitimini İstanbul'da, lise öğrenimini Kırklareli'de tamamladı. 1985 yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 1987 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans, 1994 yılında doktora derecesi aldı. Akademik çalışmalarını, 1986-1990 yılları arasında Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda, 1991-1996 yılları arasında ise İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda sürdürdü. 1999 yılında doçent, 2005'te profesör oldu. Halen Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır. Dr. Beji, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Yrd. Doç. Dr. İlkay Güngör



1979 yılında İstanbul'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini bu kentte tamamladı. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 2001 yılında mezun oldu. Aralık 2001'de araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda 2004 yılında yüksek lisans, 2009 yılında doktora derecesi aldı. Haziran 2012'de İ.Ü. Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı ve halen bu göreve devam etmektedir. Başlıca ilgi alanları arasında doğum, riskli gebelikler, infertilite ve üreme sağlığı yer almaktadır.

Hemşirelik, hem bağımsız hem de işbirliği içinde aldığı rollerle, sağlıklı veya hasta her yaşta bireylere, ailelere, gruplara ve topluma her ortamda bakım veren profesyonel bir meslek grubudur.⁽¹⁾ Türkiye'de modern hemşireliğin kökleri

1853'de Kırım Savaşı sırasında iki yıl boyunca, İstanbul Selimiye kışlasında yaralı İngiliz ve Türk askerlerine bakım hizmeti veren Florence Nightingale'e dayanmaktadır.⁽²⁾ Ülkemizde ilk olarak bir askeri hekim olan Besim Ömer Paşa, 1911 Trablusgarp ve 1912 Balkan Savaşları'nda yetersiz hasta

bakımına bağlı yaşanan zorlukların ardından hemşirelik mesleğine olan gereksinimi dile getirmiş ve İstanbul'da tanınmış ailelerinin kızlarını, "Gönüllü Hastabakıcılık Kursu"na çağırmıştır. Kızılay Derneği bu önerinin üzerinde durmuş ve altı aylık gönüllü hastabakıcılık kursları açmıştır. İlk hemşirelik okulumuz,



1920 yılında İstanbul'da açılan Amerikan Hastanesi'nin hemşire gereksinimini karşılamak üzere kurulan Amiral Bristol Sağlık Lisesi olmuştur. Ardından 1925 yılında İstanbul'da Cumhuriyet döneminin ilk hemşire okulu olan Kızılay Özel Hemşire Okulu kurulmuştur. 1946 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı, bünyesindeki yataklı tedavi kurumlarının ihtiyacını karşılamak üzere hemşire okulları açmıştır. Ortaokul mezunlarını alan bu okulların eğitim süresi 1958 yılına kadar 3 yıl, 1958'den sonra 4 yıl olmuştur. 1988-1991 yılları arasında Sağlık Meslek Liselerinin (SML) sayısı büyük bir artış göstererek 90'lı sayılarda 300'lü sayılara ulaşmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı verilerine göre 2012-2013 eğitim-öğretim yılında 341 Anadolu Sağlık Meslek Lisesi'nde hemşirelik eğitimi verilmektedir. (3-8)

Ülkemizde yükseköğretimde hemşirelik eğitiminin başlaması, bir ihtiyaçtan çok Florence Nightingale Hemşirelik Okulları ve Hastaneleri Vakfı gibi bazı uluslararası kuruluşların etkisi ile olmuştur. 1950'lerde lisans ve yüksek lisans eğitimlerini tamamlamak için Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Kolombiya Üniversitesine burslu olarak 12 hemşire gitmiş ve daha sonra bu hemşireler ülkemizde ABD hemşirelik modellerine dayalı hemşirelik programlarını kurmuşlardır. Üniversite düzeyinde hemşirelik eğitimi, ilk olarak 1955 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ile başlamış, bunu 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu takip etmiştir. Hemşirelik eğitiminin ve hemşirelik mesleğinin gelişmesine, bu okulların önemli katkıları olmuştur. Daha sonraki yıllarda 1982'de Atatürk ve Cumhuriyet Üniversiteleri Hemşirelik Yüksekokulları, 1985'de Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Hemşirelik Yüksekokulu, 1993'de Marmara, 1994'de Dokuz Eylül ve 1995'de Gazi Üniversiteleri Hemşirelik Yüksekokulları açılmıştır. Hemşirelik eğitimi 1991 yılında Anadolu Üniversitesinde SML mezunlarına açılan bir program ile 1999 yılına kadar hemşirelik önlisans programı olarak da verilmiştir.(3, 4, 6) Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi'nin (ÖSYM) "2012-ÖSYS Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu" Merkezi Yerleştirme ile Öğrenci Alan Yükseköğretim Lisans Programları tablosuna göre, toplam 108 hemşirelikte lisans programı (fakülte, yüksekokul, sağlık bilimleri fakültesi bünyesinde) bulunmaktadır.(9)

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ile Yükseköğretim Kurumu (YÖK) arasında yapılan bir protokol ile ülkenin artan hemşire gereksinimini karşılamak ve nitelikli hemşire yetiştirmek üzere, 1996 yılında sağlık meslek liseleri yüksekokula dönüştürülerek 79 adet sağlık yüksekokulu açılmıştır.



Protokol ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu bölümlerine, sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarının hemşirelik ve ebelik programlarına, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Programına öğrenci alınmasına son verilmiştir. Sağlık Bakanlığı, 1996-1997 yılında üniversitelere devrettiği; hemşire, sağlık memuru ve ebe eğitimi yapan sağlık yüksekokullarında verilen eğitimin niteliğini eleştirmiş ve alınan öğrenci sayılarının gereksinilenin altında olduğunu ileri sürerek 2001 yılında 25 sağlık meslek lisesinin hemşirelik bölümüne 684 öğrenci almak suretiyle lise düzeyinde eğitimi yeniden başlatmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık meslek liseleri 2004 yılından itibaren Milli Eğitim Bakanlığı'na (MEB) devredilmiş; 2005 yılında öğrenci alımı durdurulmuş; güncellenen Hemşirelik Yasasına konulan (03.05.2007) bir ek madde ile 2007-2008 öğretim yılından itibaren 5 yıl süreyle olmak üzere, SML'nin hemşirelik bölümlerine yeniden öğrenci alınmaya başlanmıştır.(6, 10, 11) Bu 5 yıllık süre dolduktan sonra 12.07.2012 Tarihli ve 28351 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı

Sağlık alanındaki gelişmeler, yüksek ve pahalı teknoloji kullanımı, kaliteli sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimin artması nitelikli hemşirelere duyulan ihtiyacı arttırmaktadır. Nitelikli hemşirelerin yetiştirilmesinde, eğitim ve eğitimi yürüten hemşire eğitimcilerin yetkinlikleri önem kazanmaktadır. Hemşirelik eğitiminde kalitenin artırılması için eğitimin nitelik ve düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir.



Yasal düzenlemelere göre hemşire, üniversite düzeyinde eğitim alan bir sağlık personeli olarak tanımlanmasına rağmen, günümüzde halen sağlık meslek liselerine öğrenci alımı sürdürülmekte, acil tıp teknisyenleri gibi hemşirelik eğitimi almamış diğer sağlık çalışanları da hemşire olarak görev yapabilmektedir.

Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 23. maddesinde Hemşirelik Kanununa eklenen geçici bir madde ile "Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjanlar oluşturulmak üzere bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir" kararı alınmıştır. Bu karardan sonra göre, 341 tane Anadolu Sağlık Meslek faaliyet göstermeye başlamıştır. Bu okulların yanı sıra Özel Anadolu Sağlık Meslek Lisesi sayısı hızla artmaktadır. Özetle, ülkemizde hemşirelik eğitimi halen üniversite düzeyinde Hemşirelik Fakülteleri, Hemşirelik Yüksekokulları ve Sağlık Yüksekokulları (SYO); lise düzeyinde Sağlık Meslek Liseleri (SML) ile verilmeye devam etmektedir.^(8, 12)

Dünyada hemşirelik eğitimi çoğunlukla 10-12 yıllık eğitimin ardından ortaöğretim üzerine temellendirilmiş 3 veya 4 yıllık yüksek eğitim düzeyinde verilmektedir.⁽¹³⁾ Ülkemizin de Sağlık Bakanlığı düzeyinde katıldığı ve imza koyduğu, ikinci Avrupa Hemşirelik ve Ebelik Konferansında yayımlanan *Münih Deklerasyonu*'nda hemşirelik eğitiminin lisans ve lisansüstü programlarda yürütülmesi öngörülmüştür. Hemşirelik lisans programlarında eğitim süresi en az 4 yıl ve 4 bin 600 saat teorik ve pratik eğitimi kapsar. Avrupa'da Avrupa Birliği direktifleri doğrultusunda, birleştirilmiş hemşirelik programının yaratılmasına çalışılmakta, tüm hemşirelik programlarının yüksek eğitim sistemine entegre edilmesi için çaba gösterilmektedir. Ülkemizde de hemşirelik eğitimi lisans

düzeyinde standardize edilmiştir. Ders programlarının Avrupa Birliği ülkeleriyle denkliğinin sağlanması için çekirdek müfredat oluşturulmuş ve programlar değişen sağlık sorunlarına yönelik güncellenmiştir. Ayrıca *Bologna Süreci* ile pek çok okulda kredilendirme sistemi ile denklik sağlanması çalışmaları sürdürülmektedir.^(6, 14, 15) Ülkemizdeki hemşirelik eğitimi için bir standart oluşturulmasını sağlamak amacıyla, *Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı çalışmaları (HUÇEP)* komisyonu, Üniversitelerarası Kurul Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından 2002 yılında oluşturulmuş ve Üniversitelerarası Kurul tarafından onaylanan hemşirelik çekirdek müfredatı 20 Mart 2004 tarihinde tüm yüksekokullara tanıtılmıştır. YÖK kapsamında Ekim 2012 tarihinde oluşturulan Hemşirelik Komisyonu bünyesinde HUÇEP alt komisyonu oluşturulmuş ve HUÇEP güncelleme çalışmaları devam etmektedir.⁽¹⁰⁾

Mezuniyet sonrası eğitimin nitelik ve niceliği geliştikçe, hemşirelerin hasta bakımına ilişkin bilgi ve becerileri, liderlik, savunuculuk gibi rollerinin ön plana çıkacağı belirtilmektedir. Mezuniyet sonrası eğitimde kazanılan bilgi ve becerilerle hemşireler, mesleki felsefe, bilimsel yaklaşım ve çeşitli bakım modellerini klinik alanda uygulayabilmekte; hizmet alanında değişim için lider sağlık profesyoneli rolünü üstlenebilmektedir.⁽¹⁶⁾ 1960'lardan itibaren başta Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Kanada ve Avustralya olmak üzere dünyada birçok ülkede, sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirelik uygulamalarının kapsamının genişletilmesi yönünde oluşan güçlü eğilimler, Batı ülkelerinde hemşirelikte lisansüstü eğitimlerin ve ileri hemşirelik rollerinin geliştirilmesine yol açmıştır.⁽¹⁷⁻²⁰⁾ Hemşirelerin uzmanlaşma sürecinde ilk olarak, hemşirelik lisansı üzerine mezuniyet

sonrası eğitimler ve sertifika programları ile diyabet yönetimi, enfeksiyon kontrolü, palyatif bakım, stoma bakımı, yara bakımı gibi klinik alanlarda özelleşmiş uzman hemşireler (clinical nurse specialists) yetiştirilmeye başlanmıştır. Daha sonra master programı, master sonrası sertifika veya doktora programlarını tamamlayan hemşireler için, *uzman klinik hemşire (clinical nurse specialist)*, *pratisyen/uygulayıcı hemşire (nurse practitioner)*, *sertifikalı anestezi hemşiresi (certified registered nurse anesthetist)* ve *sertifikalı hemşire-ebe (certified nurse-midwife)* olmak üzere dört uzmanlık alanında ileri hemşirelik rolleri tanımlanmış, eğitimleri ve sertifikaları ile orantılı olarak uzmanlık sahibi oldukları alanlarda birçok klinik uygulamaları bağımsız olarak uygulama hakkı verilmiştir. Günümüzde ileri hemşirelik uygulamalarını sürdüren bu hemşireler, erişkin/pediyatrik/yenidoğan, birincil bakım/akut bakım, aile sağlığı, yetişkin-gerontoloji, kadın sağlığı ve ruh sağlığı gibi alt uzmanlık alanlarına da ayrılabilir.^(17, 21, 22) Amerika Birleşik Devletleri'nde 2004'te American Association of Colleges of Nursing tarafından ileri hemşirelik rollerinin 2015'e kadar doktora düzeyine çıkarılmasını önerildikten sonra doktoralı hemşire sayısı hızlı bir artış göstermeye başlamıştır. Günümüzde hemşirelikte iki tip doktora programı yürütülmektedir. Birincisi teori ve araştırma odaklı doktora derecesi PhD (Doctor of Philosophy), ikincisi ise uygulama odaklı hemşirelik doktorası olan DNP (Doctor of Nursing Practice, Doctor of Nursing Science DNS, ya da DNSc) doktorasıdır.^(23 - 25)

Türkiye'de hemşirelik lisansüstü eğitimi, 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde bilim uzmanlığı programlarının, 1972 yılında yine Hacettepe Üniversitesi'nde ilk bilim doktorası programlarının

açılmasıyla başlamıştır. Ülkemizde ilk hemşirelikte doçentlik 1972 ve ilk profesörlük 1978'de gerçekleşmiştir.⁽¹⁰⁾ Yüksek lisans programları, tezli ve tezsiz olmak üzere iki şekilde yürütülebilmektedir. Halen birçok üniversitede bu eğitimler sürdürülmektedir. Ülkemizde hemşirelik bilimselleşme sürecinde yol almaktadır ve doktora programlarının sayıları da giderek artmaktadır. Bu programların PhD düzeyinde niteliğinin geliştirilmesi ve evrensel üniversitelerle rekabet edebilmesi ve hemşirelik bilimine katkı sağlaması doğrultusunda çabalar sürdürülmektedir. Yüksek lisans ve doktora programları hemşirelikte; Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Psikiyatri Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği, Hemşirelikte Yönetim ve Hemşirelik Öğretimi olmak üzere toplam dokuz ana bilim dalında yürütülmektedir.^(5, 6, 14) Uzman hemşirelerin rol ve sorumluluklarının geliştirilmesi ve bunların yasal düzenleme kapsamında desteklenmesi gerekmektedir. Özellikle lisansüstü eğitimle özel alanlarda daha yetkin hale gelen hemşirelerin bilgi ve deneyimlerini uygulamaya aktarabilmeleri, bakımın da kalitesini yükseltecektir.

Teknolojik gelişmelerle birlikte, küreselleşme ve demografik yapıdaki değişimlerden sağlık hizmeti ve dolayısıyla hemşirelik mesleği de etkilenmiştir. Bu değişim, hemşirelik uygulamalarına yanıt verecek nitelikli hemşirelerin yetiştirilmesini zorunlu kılmaktadır.⁽¹⁵⁾ Küreselleşmenin eğitim sistemiyle bütünleşmesi olan eğitimde uluslararasılaşma hemşirelik eğitimine de yansyarak hemşirelikte bilginin doğası, eğitim kurumlarının ve eğitimin yapısını giderek değiştirmektedir. Az gelişmiş ülkelerde yabancı ülkelere ait üniversitelerin açılması, sayıları giderek artan vakıf ve özel üniversitelerde hemşirelikte mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarının açılması, televizyonla, açık öğretim programları ile uzaktan eğitim, on-line eğitim, modüler yapılar, sanal eğitim gibi eğitim programları ve öğrenci değişimleri hemşirelik eğitiminde uluslararasılaşmanın getirdiği önemli etkilere sahiptir.^(14, 26)

Hemşirelik eğitiminde kaliteyi sağlamak için, hastane ve okul arasında işbirliği yapılması, öğretim elemanlarının uygulama alanlarına entegrasyonunun sağlanması, klinikte çalışan hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitimlerinin desteklenerek yaygınlaştırılması ve öğrenci eğitiminde yer almalarının sağlanması, öğrencilere eğitim süresince karar verme, kritik düşünme, liderlik, yaratıcılık sosyal sorumluluk ve güven duygusunun kazandırılması, uygulamaya ilişkin standartların oluşturulması ve öğrenci

merkezli müfredat değişikliğine ilişkin çalışmaların hızlandırılması önerilmektedir. Ayrıca, akademik personelin zorlukları, öğrencilerin değerlendirilmesi, okulların fizik yapısı, mesleki kurumlarla ilişkiler, ders programları gibi eğitim kalitesini etkileyen önemli faktörler olduğu unutulmamalıdır.⁽¹⁵⁾

Sonuç olarak, Türkiye'de 1920 yılında açılan ilk hemşirelik okulundan günümüze değin hemşirelik eğitiminde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Sağlık alanındaki gelişmeler, yüksek ve pahalı teknoloji kullanımı, kaliteli sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimin artması nitelikli hemşirelere duyulan ihtiyacı arttırmaktadır. Nitelikli hemşirelerin yetiştirilmesinde, eğitim ve eğitimi yürüten hemşire eğitimcilerin yetkinlikleri önem kazanmaktadır. Hemşirelik eğitiminde kalitenin artırılması için eğitimin nitelik ve düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir. Yasal düzenlemelere göre hemşire, üniversite düzeyinde eğitim alan bir sağlık personelini olarak tanımlanmasına rağmen, günümüzde halen sağlık meslek liselerine öğrenci alımı sürdürülmekte, acil tıp teknisyenleri gibi hemşirelik eğitimi almamış diğer sağlık çalışanları da hemşire olarak görev yapabilmektedir. Farklı eğitim düzeylerine sahip hemşirelik mesleği üyelerinin aynı yetki ve sorumluluklara sahip olmalarına bağlı yaşanan karmaşa ve ortaya çıkardığı sorunlar halen devam etmektedir.

Kaynaklar

- 1) International Council of Nurses (2010). *Definition of Nursing*. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> (Erişim tarihi: 01.05.2013).
- 2) Aksayan, S., Çimete, G. (2000), *Nursing Education and Practice in Turkey*. *Journal of Nursing Scholarship*, 32: 211-212.
- 3) Ökdem, S., Abbasoğlu, A., Doğan, N. (2000). *Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi*. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 1(1): 5-11.
- 4) Ulusoy, F. (1998). *Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreci*. C.Ü. Hemşirelik yüksekokulu Dergisi, 2(1): 1-8.
- 5) Yavuz M. (2004). *Nursing doctoral education in Turkey*. *Nurse Educ Today*. 24(7):553-9.
- 6) Ergöl Ş. (2011). *Türkiye'de Yükseköğretimde Hemşirelik Eğitimi*. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1(3):152-155.
- 7) Bahçecik, N., & Alpar, Ş. E. (2009). *Nursing education in Turkey: From past to present*. *Nurse Education Today*. 29, 698-703
- 8) Milli Eğitim Bakanlığı. <http://integm.meb.gov.tr/TR/okullar.asp?PAGE=Liste> (Erişim tarihi: 01.05.2013).
- 9) ÖSYS-Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sistemi (2012). *Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu, Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi* 2012, Ankara, <http://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2012/OSYS/2012OSYSKONTILAVUZ.pdf> (Erişim tarihi: 01.05.2013).
- 10) Kocaman, G. (2008). *Türkiye'de Hemşirelik Eğitim Sorunları ve Çözüm Arayışları*. In: Bayındır Ü,

Durak Hİ. Türkiye' de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması. "Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu". Tıp - Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı.

11) Ülker S, Buldukoğlu K, Aksayan S, Atalay M, Kocaman G, Oktay S, Pektekin Ç. (2001). *Türkiye'de Hemşirelik: Temel Mesleki Eğitim ile İnsan Gücüne İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Yükseköğretim Kurulu Komisyonu.

12) Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Karamame-lerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete : 17.7.2012 - 28351

13) Pearson, A., Peels, S. (2001). *A global view of nursing in the new millennium_4 : The education of nurses*. *Int J Nurs Pract*, 7(4): 15-19.

14) Temel, A.B. (2011). *Küreselleşme ve hemşirelik eğitiminde uluslararasılaşma*. *DEUHYO ED.*, 4(3): 144-150.

15) Topuksak B, Kublay G. (2010). *Hemşirelik Eğitiminde Kalite: Toplum Sağlığı Açısından Önemi* *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı: 306-311.*

16) Akdemir N, Özdemir L, Akyar İ. (2011). *Türkiye'de mezuniyet sonrası eğitim kapsamında iç hastalıkları hemşirelik eğitiminin durumu*. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 50-58.

17) Furlong, E., Smith, R. (2005). *Advanced nursing practice: Policy, education and role development*. *J Clin Nurs*, 14(9): 1059-66.

18) Marecki, M. (2006). *The past, present, and future of the advanced practice role in women's healthcare*. *J Perinat Neonatal Nurs.*, 20(1): 79-81.

19) Pearson, A., Peels, S. (2002a). *The nurse practitioner*. *Int J Nurs Pract.*, 8(4): 5-9.

20) Pearson, A., Peels, S. (2002b). *Advanced practice in nursing: International perspective*. *Int J Nurs Pract.*, 8(2): 1-4.

21) *Advanced Practice Registered Nurses Joint Dialogue Group Report* (2008). *Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification&Education*, <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/APRNReport.pdf> (Erişim tarihi: 01.05.2013).

22) Daly, W. M., Carnwell, R. (2003). *Nursing roles and levels of practice: A framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice*. *J Clin Nurs.*, 12(2): 158-67.

23) *American Association of Colleges of Nursing* (2004). *AACN Position Statement on the Practice Doctorate in Nursing*, <http://www.aacn.nche.edu/publications/position/DNPpositionstatement.pdf> (Erişim tarihi: 01.05.2013).

24) *American Association of Colleges of Nursing* (2006). *The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice*, <http://www.aacn.nche.edu/publications/position/DNPEssentials.pdf> (Erişim tarihi: 01.05.2013).

25) *American Association of Colleges of Nursing* (2012). *Growth in Doctoral Nursing Programs: 2006-2011*, <http://www.aacn.nche.edu/membership/members-only/presentations/2012/12doctoral/Potempa-Doc-Programs.pdf> (Erişim tarihi: 01.05.2013).

26) Şenyuva E. (2011). *Trends Towards Distance Education Of Nursing Education Turkish Online Journal of Distance Education-TOJDE*, 12 (4): Article 8.

Hemşire ve ebelik eğitimine farklı açıdan bakış

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisası eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sosyalizasyon uygulamaları ile birlikte yardımcı sağlık personeli kategorisi altında ele alınan mesleklerin başında hemşirelik ve ebelik gelmektedir. Bu iki meslek grubu istatistiklerde çoğu kez birlikte değerlendirildiğinden yanlış yargılara yol açılmaktadır. Bu meslek sahiplerinin sayıları uluslararası karşılaştırmalarda, ebe-hemşire olarak yıllardır birlikte verildiğinden, kıyaslanan ülkelere göre ebe sayımızın yüksek oluşu, hemşire sayısının yetersizliğindeki dramatik tabloyu örtmüştür. Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine göre Bakanlıkta 89 bin hemşire ve 47 bin ebe görev yapmaktadır. Sağlık memurlarının ve bazı alanlarda paramediklerin de hemşire görevlerinde istihdam edilmesiyle sağlık sektöründe hemşirelik hizmeti yapan personel sayısı 125 bini bulmaktadır. Yine Bakanlık tarafından yayımlanan İlerleme Raporunda, 2011 yılında 100 bin kişiye 229 ebe-hemşire düştüğü bilgisi yer almaktadır. DSÖ Avrupa Bölgesi karşılaştırmalı tablolarına göre 100 bin kişiye 237 ebe ve hemşire düşen Türkiye, bu bölgede yer alan 53 ülke arasında sıralamanın sonunda yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın son yayımlanan istatistiklerinde, Bakanlık kadrolarında görev yapan hemşire ve ebe sayısı 182 bin olarak verilmektedir. Yine Bakanlığın İstatistik Yıllığına göre 100 bin kişiye düşen ebe sayısı 68'dir. DSÖ Avrupa Bölgesinde ise ortalama 100 bin kişiye 42 ebe düşmektedir. Kısacası ebe sayısı en fazla olan ülkeler arasında olduğumuz görülmektedir.

Bu istatistiki ayırımdan daha önemli olan husus, bu meslek gruplarının birbirinden ayrı olan görev tanımlarının, hem iş alanlarında hem de halkın nezdinde birbiri içine geçiyor olmasıdır. Bu durum biraz da, hemşire yetersizliği olan alanlarda ebelerin görevlendirilmeleriyle olmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2023 vizyonu çalışmasında yer alan öngörüye göre, 2023 yılında 183 bin ilave hemşireye ve 37 bin ilave ebeye ihtiyaç duyulacaktır. Bu ihtiyaç planlamasının hemşirelik ve ebelik mesleklerinin evrensel tanımları üzerinden yapıldığını sanıyorum. Hâlbuki ülkemizde hemşireler kendi görev tanımları dışındaki birçok görevi yapmak zorunda kalırken, ebeler çoğu yerde hemşirelik görevi yürütmektedir. Zira sosyalizasyon döneminden beri, ebelerin asıl görev yerleri olan sağlık evleri ve sağlık ocaklarında yaygın hizmet yapan ebe sayısı, toplam ebe sayımızın çok altında kalmıştır. Ebelerin görev yaptığı aktif sağlık evleri ve sağlık ocaklarının ulaştığı en üst sayılar bile, ayrı ayrı 5 binli rakamların altında kalmıştır. Sonuçta toplam ebe sayımızın yarısının bile buralarda istihdam edildiği şüphelidir. Bugün sağlık evleri ile birlikte aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebelerin sayısı da fazla değildir. Geriye kalan ebelerimizin hepsinin hastane doğumhanelerinde çalışıyor olması da zaten düşünülemez. Dolayısı ile bugünkü görev tanımı ve istihdam biçimi çerçevesinde bir ebe açığı olmadığı için kalan ebelerimiz, yoğun bakım, acil servisler, ameliyathane, diyaliz merkezleri, kan merkezleri gibi alanlarda, ya da hasta servislerinde, amacı dışında istihdam edilmektedir.

Oysaki ebelik, hemşirelikten ayrı bir meslek disiplini ve ayrı bir eğitim gerektirir. Hemşirelik Kanunu ile hemşirelik alanında bazı gelişmeler kaydedilmekle birlikte, ebelik 1219 sayılı Kanunda tanımlandığı haliyle kalmıştır. Hemşirelik eğitiminin yükseköğretim düzeyinde olması yönünde yoğun çabalar harcanıp düzenlemeler yapılırken, ebelik adeta kendi haline terk edilmiş durumdadır. Bu alan, kendi eğitimcisi de yeterince yetiştirmiş değildir. Nitekim birçok ebelik yüksekokulunda hemşire kökenli öğretim üyeleri görev yapmaktadır. Hemşirelikten farklı bir meslek sahibi olan

ebeler, girişimsel anlamda hemşirelerin sahip olmadığı yetkilere sahiptir. Epizyo açabilir, açılan kesiği dikebilir ve doğum yaptırabilirler. Eğitimleri de bu yetkinliği kazandıracak düzeyde olmak zorundadır. Girişim bakımından tecrübeli ebelerin acil servis, ameliyathane, diyaliz merkezi gibi yerlerde istihdam edilmesi, bu bakımdan şaşırtıcı değildir.

Halen eğitim veren yükseköğretim kurumlarından her yıl mezun olan hemşire sayısı 4 bin 500 civarındadır. Tarafların bütün gayretlerine ve kısıtlı öğretim üyesi sayısına rağmen öğrenci kontenjanı ancak 7 bin civarına erişebilmiştir. Bu esnada lise düzeyinde eğitim alarak hemşire unvanı kazananların sayısı yükseköğretim düzeyinde mezun olanlara hemen hemen eşittir. Kısacası bir yandan hemşire açığını kapatma uğraşı verilirken diğer taraftan lise düzeyinde hemşirelik eğitime son verilmesi ihtimali siyaseten zor görünüyor. Hemşirelik Kanununda yapılan değişiklikle hemşirelik eğitimi üniversite düzeyine çekilmiş oldu. Sağlık hizmetlerinin bugün geldiği düzey ile hemşirelik mesleğinin kendine düşen sorumluluğu üstlenmesi ve yetkilerini kullanması açısından bu düzenlemenin son derece yerinde olduğunu biliyoruz. Bir geçiş dönemi olarak lise düzeyinde hemşirelik eğitime 5 yıllık geçici bir süre daha tanınmış idi. Ancak bu süre tamamlandığında siyasi güç tekrar uzatma kararı aldı.

Görülüyor ki, hemşirelikte "olması gereken" ile "olmak zorunda olan" henüz birbiri ile harmoniyi sağlayamamıştır. Siyasetin orta öğretime dayalı hemşirelik eğitime daha uzun yıllar izin vermesinin kaçınılmaz olduğu anlaşıyor. Bu durum, hemşire görev tanımında arzu edilen düzeyin yakalanmasını güçleştirecek, sağlık ekibi içinde hemşire rolünün beklenen etkinliğe erişmesini engelleyecektir. Neticede önümüzdeki vakia, hemşireliğin

yükseköğretim düzeyine dayalı olması ideali ile orta öğretim düzeyine dayalı eğitimden vazgeçilemeyeceği ihtimali arasında kalan çelişkili bir durumdur.

Bu durumda en akılcı yol, orta öğretime dayalı hemşirelik mesleği ile yükseköğretime dayalı hemşirelik mesleği arasında görev tanımı ve statü bakımından farklılık yaratarak her ikisine de sahip çıkmak olacaktır. Bu stratejinin birinci adımı, hemşireliği ancak yükseköğretimle elde edilecek bir meslek olması hususunda taviz vermeden koruyarak, sağlık hizmeti alanında gereken itibar ve rolü kazanmasını sağlamak; ikinci adımı ise orta öğretime dayalı hemşirelik mesleğini yeniden tanımlayarak, mesela hemşire yardımcısı olarak hizmet yükünün paylaşılmasını temin etmek olacaktır. Böylece hemşire (üniversite mezunu) gözetimi altında belli görevleri ifa edecek olan hemşire yardımcıları (lise mezunu), bir yandan hemşire açığının kapatılması yönündeki durdurulamaz politikalara destek verecek ve iş yükünün paylaşılmasını sağlayacak, diğer taraftan ekip içinde hemşirenin statüsünü daha üste çıkartıcı bir rol oynayacaktır.

Bu görüşe, hemşire arkadaşlarımızın bir kısmının katılmayacağını biliyorum. Kısacası bu yaklaşımı en çok benimsemesi gerekenler, hemşirelik mesleğinin itibar ve kalitesini düşünmek ve bu sorumluluğu taşımak zorunda olan yükseköğrenim görmüş hemşireler olmalıdır. Zira alternatif olarak görünen durum, yani istemesek de olacak olan realite, yine uzatmalarla orta öğretime dayalı hemşirelik eğitiminin devamı ve hemşireliğin sadece yükseköğretimle elde edilen bir meslek olamamasından başka bir şey değildir.

Ebelik yüksekokullarından yılda 1300 civarında ebe mezun olmaktadır. Hemşireliğin aksine son yıllarda lise düzeyindeki ebelik programlarına öğrenci kabul edilmemektedir. Bunun nedeni, ebe açığının söz konusu olmamasıdır. Önümüzdeki yıllarda artık ebeleri yükseköğretim mezunu olarak göreceğimiz anlaşıyor. İlk bakışta olumlu gözükken bu gelişme, ebelik eğitimi veren yüksekokullarda yeterince ebe kökenli öğretim üyesi bulunmaması ve yeterli sayıda doğum yaptırma imkânı sağlanamadan öğrencilerin mezun edilmesi gibi olumsuz örneklerle maalesef gölgelenmektedir.

Bu noktada ebelik mesleği ile doğrudan ilişkili olan bir hususa dikkat çekmek isterim: Ülkemizde geçmiş yıllardaki hedefimiz, sağlık personeli (ebe) yardımıyla yapılan doğum oranını artırmaktı. Daha sonra hedef büyütülerek, sağlık kuruluşlarında doğum yapılması teşvik edildi. Bu hedefe yönelik azımsanmayacak düzeyde başarı elde edildiğini biliyoruz. Bu doğumların gerçekleştiği hastane doğumhanelerinde ebeler görev yapıyor olsa da, hâkim sınıf kadın

hastalıkları ve doğum uzmanı olan doktorlardır. Gebe takibi ve gebeliğin sona erme biçimine karar verme yetkisi ebelerden doktorlara kaymış durumdadır. Genel doktor davranış tarzının ebe davranış tarzından farklı olması tabiidir. Ancak buna hastaların talepleri, artan beklentileri, gittikçe yükselen farkındalık ve hesap sorma potansiyellerinin yanında risklere ve komplikasyonlara bağlı olarak doktorları tehdit eden hasta modellerinin ortaya çıkması, doktor davranış tarzını çok farklı hale getirmektedir.

Bakanlık kaynaklarına göre Türkiye’de sezaryen doğumların tüm doğumlara oranı % 47’dir. Bu oranın ülke içindeki dağılımı dikkat çekicidir. Mesela Doğu Anadolu’da % 28-32 arasında seyrederken, Batı Anadolu’da % 47, Ege’de % 55, Akdeniz ve Marmara’da % 55’tir. Doğum için hastaneye ulaşım ve doğumların hastanede yapılması ile bu oranlar arasında doğrudan bir ilişki göze çarpmaktadır. Doğu bölgelerimizde de bu erişim sağlandıkça sezaryen doğumların buralarda da artması şaşırtıcı olmayacaktır.

Doğumların hastanede yapılması ile sezaryen doğum arasındaki beklenen ilişki, yıllar itibarıyla çok açık bir şekilde görülmektedir. 2003 yılında hastanede doğum oranı yüzde 78 iken sezaryenle doğum oranı yüzde 21, 2007 yılında hastanede doğum yüzde 85 iken sezaryen oranı yüzde 36, 2008 yılında hastanede doğum yüzde 90 iken sezaryen oranı yüzde 37, 2011 yılında hastanede doğum yüzde 94 iken sezaryen oranı yüzde 47 olmuştur. Dikkat edilirse hastanede doğum ile sezaryen arasında doğrusal bir ilişki göze çarpmaktadır. Bu sonucun oluşmasında kentleşmeye bağlı kentli davranışı diye adlandıracağımız bir talebin rolü olduğunu göz ardı edemeyiz. Ancak belki daha etkili olan, hastaneye ulaşmış gebenin bizzat doktorla muhatap olmasıdır.

Sınırlı sayıda kadın hastalıkları ve doğum uzmanımız olmasına rağmen, bilhassa özel hastanelerde bu uzmanların çoğu gebe takibi yapmakta ve sadece obstetrisyen (doğum uzmanı) olarak mesailerini doldurmaktadır. Gebe takibi yapan ve gebenin isteği üzerine doğumu üstlenmek zorunda olan doktorun takibi altındaki bütün gebelerinin taleplerine cevap verebilecek planlama yapabilmesi beklenir. Yani doğum, doktorun planladığı bir zaman içinde olmak durumundadır. Bu da çoğu kez indüksiyon ve ardından sıklıkla sezaryenle sonuçlanır. Günümüzde doğumlarının tamamı sezaryen olan özel hastanelerin varlığı bunun objektif göstergesidir. Kısacası sezaryenle doğum talebinin ve bu talebe zemin hazırlayan doktor davranışının, gittikçe artan sezaryen oranlarının ana sorumluları olduğu kanısındayım.

Sezaryen oranlarını Dünya Sağlık Örgü-

tünün makul saydığı düzeylere indirmek için Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü çalışmalar başarısız olmaktadır. Zira hem talebi hem de bu talebi körükleyen doktor davranışını değiştirecek bir düzenleme yapılmamaktadır. Gebe takibini kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yapacağı bir iş olmaktan çıkarmak ve doktorların mesailerini daha nitelikli alanlara kaydırmak, birinci adım olarak düşünülebilir. Bunun için gebe takibini yapacak, ultrasonografi dâhil tanı ve takip araçlarını kullanabilecek, doğumu bizzat üstlenecek ve riskli durumlarda sezaryen endikasyonunu koyma yetki ve donanımı olacak ebelere ihtiyaç vardır. Yani ikinci adım, obstetrisyenlere alternatif olabilecek nitelikli ebeler yetiştirmektir.

Yukarıda, ebelerin girişimsel anlamda hemşireden daha yetkin olduğuna işaret etmiştim. Burada ise obstetrisyenin görevini kısmen üstlenecek bir yetkinlikten söz ediyorum. Bu yetkinliklerin orta öğretime dayalı bir ebelik eğitimi ile elde edilemeyeceği, izahtan varestedir. Lisans düzeyinde bir yükseköğretimin de yeterli olamayacağını düşünüyorum. Böyle bir ebelik mesleği için hemşirelik lisans eğitimi üzerine yüksek lisans veya doktora düzeyinde bir eğitimin gerekli olduğuna inanıyorum. Yani gerçek anlamda “ebe-hemşire mesleği” ortaya çıkmış olacaktır. Ebeler, ancak böyle bir durumda sorumluluk üstlenmek, halk nezdinde saygınlık kazanmak ve obstetrisyenlere alternatif olmak hususlarında yeni bir rol üstlenebilirler.

Kısacası, hemşirelik mutlaka yükseköğretimle kazanılan bir meslek olmalıdır. Bu konuda üniversitelerimiz kaliteli eğitim kapasitelerini geliştirmelidir. Sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümlerinden mezun olanlar, yardımcı hemşire unvanı ve yeni görev tanımı ile istihdam edilerek üstün vasıf gerektirmeyen hemşirelik işlerini üstlenmeli, böylece üniversite mezunu hemşirelere hasta bakımı konusunda daha fazla sorumluluk sahibi ve daha saygın bir rol kazandırılmalıdır. Ebelik ise gebeleri öncelikle üstlenen, sezaryen endikasyonu koyma yetki ve sorumluluğunu taşıyabilecek donanımı kazandıran lisansüstü düzeyde eğitime dayalı bir meslek halini almalıdır.

Kaynaklar

Akdağ R: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, Sağlık Bakanlığı, 2012 Ankara

Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Sağlık Bakanlığı, 2011 Ankara

Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernandez-Quevedo C: Health in Transition, Turkey Health System Review, Vol.13, No.6, European Observatory, 2011

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010

WHO/Europe, European HFA Database, January 2013

Hemşirelik eğitiminde simülasyonun rolü

Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal



1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun oldu. 2001 yılında Farmakoloji ve Toksikoloji Anabilim Dalında doktorasını tamamladı. 2002-2010 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi, ardından Uşak Üniversitesi'nde Öğretim Üyesi olarak çalıştı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Hemşirelik Bölüm Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Hemşirelik, kurumsal içeriğin pratik beceri ile anlamlı bir biçimde bütünleşmesini gerektiren uygulamalı bir meslektir. Hemşirelik eğitimi süresince öğretilen kuramsal bilgilerin klinik uygulamaya aktarılması öncelikli hedeflerden biri olup, hemşire öğrenciler açısından oldukça zor ve stresli bir durumdur. Hemşirelik okullarında görev alan eğitmenler; rehberlik, gözetim, rol modelliği ve öğrencinin kişisel gelişimine katkı yoluyla, bilginin ve klinik becerinin geliştirilmesini, profesyonel bir tutum edinilmesini kolaylaştırmaktadırlar. Böylece öğrenci hemşirelerin, hemşirelik mesleğinin sunulduğu gerçek ortamlara hazırlanması sürecinde sosyalleşmeleri ve uyum sağlamaları yönünde yardımcı olmaktadır.

Hemşirelik eğitimi veren okullarda öğrenci sayısının fazla, eğitimci sayısının az olması, klinik ortamların kalabalık ve sayısal yetersizliği, hasta haklarının çok önemsendiği günümüz kliniklerinde sürekli ve giderek gelişme kaydeden teknik donanım, öğrencilerin becerilerini uygulama ve geliştirme olanaklarını istendik düzeyde kullanamamalarına, hasta bakım sonuçlarını etkin şekilde değerlendirebilmelerine olumsuz etki göstermektedir.

Klinik ortamdaki hemşire öğrencilerin, hasta ile iletişim kurma, eleştirel düşünme, empatik yaklaşım sergileme ve ekip işbirliği yaklaşımını kavrama temelli konularda, teknik olmayan becerileri sergilemekte güçlük yaşadığı literatürde bildirilmektedir.

Son yıllarda hemşirelik eğitiminde, kuramsal ve uygulama alanında gereksinilen entegrasyona yönelik ciddi eksiklikler olduğu, bu amaca dönük eğitim müfredatlarında değişiklikler yapıldığı dikkati çekmektedir. Hemşire öğrencilerin kliniğe hazırlıkları sürecine ilişkin yeni yaklaşımlara gerek duyulduğu literatürlerle desteklenmektedir.

Ülkemizde öğrenci hemşirelerin klinik ortama hazırlanmaları sürecinde, senaryo/bilgisayarlı simülasyon eğitiminin kullanımı oldukça yeni bir yaklaşımdır. Senaryo/bilgisayarlı simülasyon yöntemini uygulamaya geçiren okullar ülkemizde artış göstermekte, buna karşın etkinliğine yönelik ciddi çalışma sonuçlarına az rastlanmaktadır. Konuya dönük uluslararası çalışmaların daha fazla olduğu bilinmektedir.

Klinik deneyimin arttırmasına yönelik klinik simülasyon kullanımı, bir eğitim aracı olarak okullarda giderek yaygın hale gelmektedir. Simülasyon öğrencilere güvenli, kontrollü bir ortamda teknik ve düşünsel becerilerin kazandırılmasında etkindir.

Hemşirelik eğitiminde öğrenci hemşireleri kliniğe hazırlarken uygulamalarda zorluk yaratan konular sıklıkla; eleştirel düşünme, iletişim ve hızlı klinik karar verme becerilerinin geliştirilmesidir. Klinik simülasyonun öğrencilerin eleştirel düşünme becerileri üzerine etkisinin incelendiği çalışmalarda, katılımcıların kendi düşünme süreçleri ile klinik karar vermede farkındalık geliştirdikleri bildirilmektedir. Öz yeterlilik üzerine yapılmış diğer bir çalışmada öğrencilerin psikomotor, klinik karar verme becerilerinde ve güven duy-

gusunda iyileşme olduğu vurgulanmıştır. Klinik karar verme becerilerinin önemli detayları; fark etme, ayrıntıları yorumlama ve girişimde bulunma aşamaları şeklinde değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra klinik karar verme ile ilgili olarak; iletişimde ve girişimde bulunma, beceri geliştirme, kendini analiz etme ve öğrencinin gelişim boyutu irdelenmiş, sonuç olarak simülasyon eğitimi almış öğrencilerin klinik uygulamaları sırasında kendilerinde alınan geri bildirimlerinde, klinik karar verme süreçlerinde iyileşme olduğu sonucuna varılmıştır.

Disiplinler arası iletişim, önemsenen diğer konulardan biridir. Hekim ve hemşireler arasındaki ekip çalışması optimal hasta bakımı açısından önem taşımaktadır. Simülasyon ve disiplinler arası ekip çalışması farklı meslek grupları arasındaki iletişim geliştirilmesinde önemli öğrenme stratejisi olarak ortaya çıkmaktadır. Etkin ekip çalışması ve iletişim hasta güvenliğinin önemli bir yönüdür. Zayıf iletişim kritik hastaların bakımında bir gecikme nedeni olarak kötü ekip performansı olarak tanımlanmıştır. Pronozu ciddi seyreden bir hasta için gereksinilen yardım sürecinde hekim ve hemşireler arasında iletişim sorunlarının ortaya çıktığı sık sık rapor edilmektedir. Kritik hastaların tanınması ve yönetimi programı var olan eğitimlerin bir parçası olarak hastanelerde öğretilmektedir. Oysa nitelikli hemşire ve tıp öğrencisi yetiştirmek için özel tasarlanmış simülasyon programları bulunmaktadır. Durumu kötüleşen hastaya yönelik simülasyon senaryolarını ve disiplinler arası eğitim öğrencilerin öğrenme ile ilgili algılarını, iletişim tekniklerini ve klinik performanslarını olumlu yönde etkilediği



araştırmalarla desteklenmiştir. Disiplinler arası öğrenmenin yükseltilmesine yönelik simülasyon eğitimi, ameliyathane, kadın doğum ve çocuk hastalıkları olmak üzere çeşitli klinik ortamlarda kullanılmaktadır.

Klinik uygulama ve kuramsal ders programı arasına köprü görevi gören simülasyon sağlık alanında, "klinik bir durumu mümkün olduğu kadar gerçeğe yakın bir şekilde yansıtarak bu durum ile uygulama da gerçekten karşılaştığında onun daha kolay anlaşılabilir ve yönetilebilir olmasını sağlayan bir yöntemdir." şeklinde tanımlanmaktadır.

Hemşirelik eğitiminde simülasyonun kullanımı yoluyla öğrenci hemşirelerin bilginin aktarılması, beceri kazandırılması, kazanılan becerinin değerlendirilmesi, iletişim kurma, eleştirel düşünme ve kritik karar verebilmelerini yönün de gerçek hasta ile karşılaşmadan önce hazır hale gelmelerini sağlanmaktadır.

Simülasyon ile öğrencilere sağlanan interaktif öğrenme ortamı yoluyla teknolojinin iyi düzeyde kullanımına yönelik becerilerde artış kaydedilmektedir. Bunun yanı sıra öğrencilerin kendilerine olan güvenlerinin arttığı bilinmektedir. Simülasyonun bu anlamdaki yararları literatürlerle desteklenmektedir. Ayrıca hemşirelik bakımında temel ilke "önce hastaya zarar vermeme" ilkesidir. Simülasyon eğitiminde hastaya zarar vermeden temel becerileri kazandırmak amaçlanmaktadır. Beceriye tekrar olacağı öğrenci hemşirelerin kliniğe hazır olmaları ve girişimsel uygulamalardan kaynaklanan tıbbi hataları azaltmaları yönünde önemli bir faktördür. Öğrenciler kendi bakım gereksinimlerine karar verebilmekte, kendi kararları ile hareket edebilmekte, geri bildirimler yoluyla ile hatalarını görebilmekte ve

hatalarını düzeltmelerine yönelik doğru yaklaşımları elde edebilmektedirler. Bu geri bildirimler öğrencilerin performansını arttırmaktadır. Gelişen simülasyon modelleri ile ilaç etkileşimleri güvenli bir ortamda değerlendirilebilmektedir.

Simülasyonlar mezun olan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde bilgi ve becerinin geliştirilmesi, eksiklik hissettikleri alanlarda gereksindikleri uygulamaların tekrarlanması yoluyla iyileştirilmesinde ve yeni bakım tekniklerinin uygulanmasında kullanılmaktadır.

Hemşire eğitmenlerin öğrenciyi değerlendirmeleri standart, gerçekçi ve önyargısız olmaktadır. Kuramsal eğitim ile uygulama arasındaki boşluk kapatılmaktadır. Simüle edilen ortamlarda becerilerin uygulanması klinik uygulama gereksinimini azaltmaktadır. Hemşirelik okullarında ki öğretim elemanı sayısal yetersizliği, hastaların hastanede kalış sürelerinin az olması, hasta haklarının korunduğunu günümüzde istenen bir durumdur.

Simülasyon eğitimi oldukça karmaşık ve çok yönlü bir eğitim yöntemidir. Eğitmcilerin bu konuda öncelikli hedefi kendilerini geliştirmeleri olmalıdır. Senaryoları önceden çok iyi çalışan eğitmenler, uygulama sırasında işlem basamaklarına dönük sonuçları ve öğrenciden beklendiklerini beceriyi değerlendirme ölçütlerini iyi analiz etmelidirler.

Karmaşık ve çok yönlü bir model olmasına ek olarak çok pahalı ciddi kaynak gerektiren senaryo/bilgisayarlı simülasyon yöntemi, tüm hemşirelik eğitimi veren okullarda hayata geçirilememektedir. Öncelikle senaryo/ bilgisayarlı simülasyon kullanan okullar eğitim çıktılarını

yaşadıkları olumlu/olumsuz deneyimlerini paylaşmalıdır. Tüm hemşirelik okulları daha az gelişmiş modellerden, aşamalı bir şekilde bu sisteme geçiş yapmalı, böylece daha gelişmiş senaryo ve modellerle öğrencilerin en iyi şekilde yetişmesi sağlanmalıdır.

Kaynaklar

Boztepe, H., Terzioğlu, F. Hemşire Öğrencilerde Beceri Değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16(1) 57-63

Fidment, S. The objective structured clinical exam: A qualitative study on student experiences in healthcare. *Student Engagement and Experience Journal* 2012;1(1):1-8.

Fotheringham D. Triangulation for the Assessment of Clinical Nursing Skills: A Review of theory, Use and Methodology. *Int J Nurs Stud* 2010;47(3):386-91.

From: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.013> (Erişim tarihi: 19.02.2013)

Grant, L. Using the Clark simulation evaluation rubric with associate degree and baccalaureate nursing students. *Nursing Education Perspectives* 2010;31,101-105

Jones, D. A., Devita, M. A., Bellomo, R., Rapid-response teams. *The New England Journal of Medicine* 2011; 365(2), 139-146

Laseter, K. Clinical judgment development: Using simulation to create an assessment. *Journal of Nursing Education* 2007;46, 496-503

Llaw, S. Y., et al., An Interprofessional Communication Training Using Simulation to Enhance Safe Care for a Deteriorating Patient, *Nurse Education Today* (2013)32(6)35-39

Pamela L., Lindsey. Nursing students clinical judgment regarding rapid response: The Influence of a Clinical Simulation Education Intervention *Nursing Forum* 2013;48(1) 61-68

Peeples, E., Subbe, C. P., Hughes, P., Gemmell, L., Timing and Teamwork-an Observational pilot study of patients referred to a rapid response team with the aim of identifying factors amenable to redesigning of a rapid response system. *Resuscitation* 2012;83(6),782-787

Fizyoterapi eğitiminde bilinmeyenler

Prof. Dr. Z. Candan Algun



1969 yılında Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulundan mezun oldu. 1974'te doktorasını tamamladı, 1983'te doçent ve 1988 yılında profesör oldu. St. Elizabeth Medical Center, Dayton, Ohio'da fizyoterapist, Hacettepe ve Dokuz Eylül Üniversitelerinde araştırma görevlisi, öğretim görevlisi ve öğretim üyesi olarak çalıştı. Ampute rehabilitasyonu, geriyatrik ve nörolojik fizyoterapi alanlarında çalışmalarını sürdürmekte olan Dr. Algun, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon, farklı nedenli fonksiyonel kayıp ve fiziksel yetersizlikte hareketin ya da günlük yaşamda kişinin tekrar bağımsız olması ve yaşam kalitesinin artırılması için kanıta dayalı tedavi yöntemlerini uygulayan bir sağlık bilim dalıdır. Sağlıklı yaşamak ve yaşam kalitesinin artması, herkes için önemli ve hak edilen ihtiyaçtır. Sağlıklı olmak; iyi planlanmış, amaca yönelik, beden ve ruh bütünlüğünü sağlayan doğru ve bilinçli yapılan hareketle artırılabilir ve fizyoterapi bu konuda katkı sağlayabilir. Bir diğer yaklaşımla fizyoterapi-rehabilitasyon; hasta, engelli veya sağlıklı her yaş grubunda azalan veya kaybolan hareketliliğin tekrar kazanılması ve geriye kalan fonksiyonun artırılması amacı ile uygulanan tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımlarını, aktivite eğitimlerini ayrıca yardımcı teknolojilerin kullanımını kapsar.

Fizyoterapi uygulamaları eski Çin, Yunanistan ve Roma'da başlamış, 19.yüzyılda Hollanda ve İsveç'te geliştirilmiş, 1914-1916 yılları arasında poliomyelit epidemisi ile binlerce çocuğun paralizisi olması ve I. Dünya Savaşı sonrası artan engelli sayısı nedeniyle duyulan gereksinim sonucu gündeme gelmiştir. 1813 yılında İsveç'te Royal Central Institute of Gymnastics fizyoterapinin yapıldığı ilk kurumdur. 1887'de egzersiz, masaj ve manipulasyon uygulayan fizyoterapistlerin olduğu bilinmektedir. 1894 yılında bu gün belirlediği etik prensiplerle öne çıkan İngiliz Fizyoterapistler Birliği-CSP

(Chartered Society of Physiotherapy) kurulmuş, 1913 yılında ise ilk fizyoterapi okulu Otago Üniversitesinde açılmıştır. Fizyoterapi konusunda bu farkındalık 1917'de atılan önemli adımlarla Amerika, İngiltere, Avustralya, Kanada ve daha sonra tüm dünya ülkelerine yayılmıştır. Etkin çalışmaları ile sürekli gündemde kalan Amerikan Fizik Tedavi Derneği (American Physical Therapy Association) ise 1921'de kurulmuştur.

Fizyoterapist kimdir?

Çocuk, genç, yetişkin ve yaşlı her grupta yer alan insanlara yaşam süreleri boyunca maksimum hareket ve fonksiyon sağlamak, devam ettirmek ve iyileştirmek için fizyoterapi yöntemlerini uygulayan bir sağlık elemanıdır. Sağlıklı olmanın temeli olan ağrısız, bağımsız hareketliliği yaşlanma, yaralanma, sakatlık veya hastalık sonucu kısmen ya da tamamen kaybeden kişilere tekrar kazandırmaya çalışan da fizyoterapisttir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından Ocak 2011'de yapılan fizyoterapist tanımı şu şekildedir: "Fizyoterapist, fizyoterapi alanında lisans eğitimi veren fakülte ve yüksekokuldan mezun, uzman hekimlerin teşhisine bağlı olarak hastaların hareket ve fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla kanıta dayalı fizyoterapi protokollerini uygulayan ve koruyucu uygulamalar yapan sağlık meslek mensubudur" demektedir. Bu

tanım genel olarak iyi ve sınırları doğru belirleyen bir açıklamadır.

Ülkemizde fizyoterapi eğitiminde teorik, uygulama ve kanıta dayalı bilgiler harmanlanarak dört yıllık eğitim boyunca verilmektedir. Fizyoterapistlik dünyada kabul gören ve nitelikleri düzenlenmiş bir meslektir. Fizyoterapi, hareket potansiyelini olumsuz etkileyen, tedavi eden ve insanların fiziksel, psikolojik, ruhsal ve sosyal iyilik haline katkıda bulunan, bilgi ve beceri gerektiren, başkalarına yardım eden dinamik bir meslektir. Diğer taraftan değerlendirme ve analiz yaparak, hastalığın durumuna yönelik tedavi planı oluşturan ve önerilerde bulunan, ayrıca hasta için ev programları veren fizyoterapistler; toplumsal sağlık stratejilerine de katkı yapıp öğreten, araştıran ve geliştiren konumda olabilir ve mesleklerini bağımsız uygulayabilirler.

Ayrıca fizyoterapistler hareket bozukluklarını, aktivite limitasyonlarını doğru tanımlama becerisine sahip olarak sağlığı arttıran, destekleyen kısa ve uzun dönem tedavi amaçlarını belirleyip sürekli öğrenme ve profesyonel gelişime bağlılıkla mesleklerini sürdürmektedir. Fizyoterapi dokunma mesleğidir ve bu yönüyle mesleki farklılığı vardır. Fizyoterapist elle yapılan tedavileri veya nörofizyolojik yaklaşımlı hareket yöntemlerini uygular. Bu nedenle rehabilitasyonun her aşamasında hastada fonksiyonu ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı arttırmak amacıyla dokunarak fizyoterapi yapma gerekliliği vardır.

Fizyoterapi eğitiminde güncel yaklaşımlardan birisi fizyoterapistlerin 5 yıllık üniversite eğitiminden sonra yüksek lisanslı olarak mezun olmalarıdır. Ülkemizde bu yönde ilk uygulama, İstanbul Medipol Üniversitesi'nde 2013-2014 eğitim-öğretim yılında başlatılacak ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nün başarılı öğrencileri son sınıfta yüksek lisans derslerini de alarak 5. yılın sonunda yüksek lisanslarını da yapmış olarak mezun olacak ve daha sonra isteyenler doktora eğitimine devam edebilecektir.



Fizyoterapi eğitiminin kapsamı nedir?

Fizyoterapi eğitim süresi, müfredat ve klinik uygulama ilkeleri; WCPT, Avrupa Fizyoterapistler Birliği (European Region World Confederation for Physical Therapy) ve Avrupa Fizyoterapi Yüksek Eğitim Ağı- ENPHE (European Network Physiotherapy Higher Education) tarafından belirlenmekte ve tanınmaktadır.

Fizyoterapi eğitiminde genel olarak üç grup ders vardır. Birinci grup dersler temel bilimlerle ilgili olan 'anatomi, fizyoloji, tıbbi biyoloji ve genetik, biyokimya, mikrobiyoloji yanı sıra patoloji, fizik, nöroanatomi, egzersiz fizyolojisi, farmakoloji, klinik bilimler, normal motor gelişim derslerini; ikinci grup dersler ise davranışsal ve sosyal bilimlerle ilgili olan psikoloji, sosyoloji, araştırma yöntemleri, iletişim teknikleri ve bilgi teknolojileri benzeri öğretileri kapsamaktadır. Üçüncü grup dersler ise meslekle ilgili olup kineziyoloji, biyomekanik, manipulasyon ve mobilizasyon yöntemleri, tedavi edici egzersiz, elektrofiziksel ajanlar, protez, ortez, iş ve uğraşı tedavisi, elle uygulanan tedavi yöntemleri ve kalp, dolaşım, solunum, kas-iskelet sistemi, cerrahi sonrası rehabilitasyon uygulamalarını ve özel alanlarda kanıta dayalı fizyoterapi

yöntemlerini ayrıca teknolojik gelişmeleri, yardımcı gereçleri, çevre adaptasyon, ev ve işyeri ergonomik düzenlemelerini içermektedir.

Teorik ve uygulamalı eğitimle edinilen bilgi birikimi, klinik eğitim ve hasta uygulama deneyimleri ile sürdürülmekte, farklı durum ve ortamda tedavi yaklaşımları yaptırılarak öğrenme deneyimi kazandırılmaktadır. Ayrıca mesleki bilgi kaynaklarına erişim ve kaynaklardan edinilen bilgiyi bilimsel yaklaşımla araştırmaya yansıtmak ve bunu yazılı veya sözel sunmakta fizyoterapi eğitimi kapsamında ele alınmaktadır. Son yıllarda sanal gerçeklik ve robotik fizyoterapi uygulamaları özellikle nörolojik rehabilitasyon kapsamında yapılmaktadır.

Fizyoterapi eğitiminde farklı öğretim strateji ve yöntemleri kullanılarak interaktif ve öğrenci merkezli öğrenme veya probleme dayalı öğretim yöntemleri ile öğrencilere sorumluluk bilinci verilmeye çalışılmakta, öğrenciler gözlem, dokunma, hareket performans, analiz ve uygulamalarını öncelikle sınıf ve laboratuvar ortamında çalışmaktadır.

1965 yılında ise Mc Master Üniversitesinde probleme dayalı öğrenme (problem-based learning) yöntemi uygulanmaya

başlanmış, sağlıkla ilgili senaryolar hazırlanarak öğrencilerin gözetim ve denetim altında temel bilimler, fizik tedavi teori ve uygulamaları, araştırma yöntemleri ve klinik beceriler kapsamında eğitim almaları öngörülmüştür. Bu yolla, öğrencilerin zamanın çoğunu araştırma ve okuma ile geçirdikleri saptanmıştır. Genelde eleştiri alan bu yönetime karşı fikir, fizyoterapi eğitiminde elle uygulanarak edinilen klinik becerilerin özel uygulama eğitimi gerektirdiği öğrenmenin gelişmesinde öğretim üyelerinin vereceği teorik ve uygulamalı derslerin önemli olduğu yönündedir.

Northeastern Üniversitesinde 1972'de co-op programı (cooperative education) başlatılmış ve bu eğitim pek çok yerde uygulamaya konmuştur. Bu eğitim modelinde ana fikir olarak mesleğin sınıf ortamında değil bizzat uygulayarak öğrenileceği ve öğrencilerin sağlık alanının içinde iyi yetişecekleri görüşü ile hem teorik hem pratik eğitimin yarı yarıya yaptırılarak sürdürülmesi gerektiği belirtilmiştir.

Mesleki gelişimin dünya genelinde belirlenen ilkelerinin yanı sıra farklılıklar gösterdiği bilinen bir gerçektir. Bu gün Amerika'da hemen her eyalette başlatılan yeni uygulamayla fizyoterapi eğitimi 4 yıl



Ülkemizde iyi yetişmiş fizyoterapistler vardır ancak mesleklerini bağımsız icra etmeleri konusunda büyük sıkıntılar sürmekte ve çözümü de giderek çözümsüz boyuta taşınmaktadır. Oysa ki tanısı konmuş ve fizyoterapi gerektiren hastaya bir fizyoterapist tedavi programını planlayıp uygulayabilir ve sorumluluk taşıyabilir.

olup üzerine 3 yıllık uzmanlık eğitimi ile fizyoterapistler DPT (Doctorate Physical Therapy) unvanı ile mezun olmakta ve sporcu sağlığı, kadın sağlığı ve geriyatrik, nörolojik, ortopedik, pediatrik fizyoterapi ve benzeri alanlarda uzmanlaşarak mesleklerini icra etmektedir. Yani sıra 2 yıllık PTA (Physical Therapy Assistance) olarak mezun olan grup kesinlikle hasta almamakta sadece yardımcı personel olarak görev yapmaktadır. Ülkemizde ise durum farklı uygulanmaktadır.

Fizyoterapi eğitiminde güncel yaklaşımlardan birisi fizyoterapistlerin 5 yıllık üniversite eğitiminden sonra yüksek lisanslı olarak mezun olmalarıdır. Ülkemizde bu yönde ilk uygulama, İstanbul Medipol Üniversitesi'nde 2013-2014 eğitim-öğretim yılında başlatılacak ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nün başarılı öğrencileri son sınıfta yüksek lisans derslerini de alarak 5. yılın sonunda yüksek lisanslarını da yapmış olarak mezun olacaklardır. Bu uygulama çağdaş eğitim görüşü paralelinde başlatılacak ve yetkin fizyoterapistler yetiştirilerek mesleğe katkı sağlanacaktır.

Türkiye'de fizyoterapi eğitiminin temeli

Prof. Dr. İhsan Doğramacı tarafından dünyadaki mesleki gelişmelere paralel olarak 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu kurularak atılmıştır. Bir yıl İngilizce hazırlık eğitiminden sonra dört yıllık fizyoterapi lisans eğitim programı olarak başlatılan eğitim, sırasıyla İstanbul, Dokuz Eylül, Pamukkale Üniversitelerinde açılmış ve bugün sayı 56 olmuştur. Ülkemizde nüfusa oranla fizyoterapist sayısının yetersizliği ortadadır ancak alt yapı oluşturmadan yeni eğitim programlarının açılması önemli bir mesleki problemdir. Fizyoterapi meslek hocalarından bizzat öğrenilecek özel dokunma ve uygulama yöntemlerini kapsamaktadır. Mesleki eğitim birebir gösterme ve öğrencilerin birbirleri üzerinde öğrendiklerini pratik etme esasına dayanmaktadır.

Ülkemiz genelinde bugün için uygulanan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon eğitim programlarının standardı var veya yok denebilir. Belirli temel dersler bağlamında bakıldığında müştereklik yansımakta ancak uzmanlığa yöneltecek dersler konusunda farklılıklar görülmektedir. Bunun yanında mesleki uygulama derslerini verecek yeterli sayıda meslek kökenli

öğretim üye ve görevlileri olmadığı için klinik pratik eksikliği önemli sorun olmaktadır. Çok sayıda Üniversite ortamında pratik uygulama donanımı ve eğitim gereçleri bulunmamakta ayrıca hastane ortamında klinik çalışma yapılması da istenilen düzeyde olmamaktadır. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon eğitiminde bir diğer sorun fakültelerde bölüm veya yüksekokul çatısı altında eğitimin yer almasıdır. Dünya genelinde mesleki gelişim ve yapılanma gözönüne alınarak bağımsız Fizyoterapi Fakültelerinin kurulması ikilemin giderilmesi uygun olacaktır. Böylece öğrencilerin fark nedir? Sorusu da yanıt bulacaktır.

Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu-WCPT (The World Confederation for Physical Therapy) ulusal fizyoterapist birliklerinin konfederasyonu olarak 1951 yılında kurulmuş ve dünyada sosyal, ekonomik, kültürel ve politik ortam farklılıkları olduğunu ancak fizyoterapi lisans eğitim programının üniversite veya bu seviyede en az dört yıl verilmesini ve bağımsız olarak onaylanıp akredite edilmesini önermiştir. WCPT fizyoterapistlerin dört yıllık başlangıç eğitim programlarının standartlarını açıklayan kılavuz çıkarmış, ayrıca etik ilkeleri belirlemiş hangi ülkede olursa olsun tek başına bir meslek olarak fizyoterapistlerin mesleki unvanını kullanabileceğini ve bağımsız olarak mesleklerini icra edebileceklerini açıklamıştır. Ayrıca yüksek lisans ve doktora programlarının bilgi ve beceri kazandıran, yenilik yansıtan ve profesyonel yeterlilik sağlayan eğitimler olması gerektiğini belirtmiştir.

Genel sorunlar

Ülkemizde iyi yetişmiş fizyoterapistler vardır ancak mesleklerini bağımsız icra etmeleri konusunda büyük sıkıntılar sürmekte ve çözümü de giderek çözümsüz boyuta taşınmaktadır. Oysa ki tanısı konmuş ve fizyoterapi gerektiren hastaya bir fizyoterapist tedavi programını planlayıp uygulayabilir ve sorumluluk taşıyabilir.

Mesleki otonomi, profesyonel olabilmenin temel özelliğidir. Bu yolla fizyoterapist özel bilgilere sahip olarak kendini yeniler ve kendi alanında mesleki yetersizlik hissetmeden mesleğini icra edebilir. Diğer yönde fizyoterapistler, hastanın ihtiyaçlarına yönelik bağımsız yargılarda bulunabilen kişiler olarak mesleki uygulamalarını motivasyonları artarak sürdürebilirler.

Dünya Fizyoterapi Konfederasyonu tarafından Eylül 2011'de yayımlanan deklarasyona göre fizyoterapi gerektiren hastalıklarda fizyoterapistlerin hizmet tanımı yapılmıştır. Hastanın fizyoterapist tarafından değerlendirilmesi, hastanın ihtiyaçlarına uygun fizyoterapi programı

ve hedeflerinin oluşturulması, uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Durum böyleyken ülkemizde diğer sağlık personeli ve halk yeteri kadar mesleği tanımamakta ayrıca fizyoterapistler mesleki otonomi kullanamadığı için bu sonuç uygulamalara yansımaktadır. İlk mezun verişinin 48.ci yılına ulaşmış bir mesleğin gelmiş olduğu düzey gerçekten çok üzücü ve rahatsız edicidir.

İngiltere'de 1973'de yayımlanan McMillan raporu ile fizyoterapistlerin tedavinin şekline ve ne kadar sürmesi gerektiğine karar vermesi kabul edilmiştir. 1977 yılında ise fizyoterapistlerin hastanın tanısı sonrası tedavi kararı verip uygulama yapmaları yasal olarak sorumluluk ve uzmanlık kazanmaları sağlanmıştır.

Ülkemizde ise sayıca fazla meslek gruplarının etkinliği doğruları oluşturmakta ve fizyoterapistler hiçbir mesleki haklarını kullanamadıkları için bu durum en önemli mesleki sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Esas görevi ilaç yazmak, hastanın tanısını koymak, hastanın genel durumu hakkında bilgi yansıtmak ve hastasını yönlendirmek olan fiziksel tıp ve rehabilitasyon hekimleri fizyoterapi programını yazmakta ve fizyoterapistler yazılan bu tedavi programını aynen uygulamak zorunda bırakılan meslek elemanları olmaktadır. Her meslek diğer mesleklerde olmayan bilgilere sahiptir. Bu mesleki onuru zedeleyen durum son yıllarda hükümetimizin çıkardığı bazı haklarla hafifletilmeye çalışılmış ancak halen istenilen ve olması gereken düzeye ulaşmamıştır.

Bugün Hollanda ve ABD'de bazı eyaletlerde fizyoterapistlerin bazı alanlarda doğrudan hasta kabul etmelerine olanak sağlanmıştır. Nörolog, ortopedist veya halk sağlığı uzmanının hastalarını doğrudan fizyoterapistle yönlendirmeleri iş yükünün dağılımı ve finansal açıdan olumlu sonuçlar vermiştir. Türkiye'de fizyoterapistler yasal olarak ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, spor hekimliği, el cerrahisi, gelişimsel pediatri gibi bazı hekimlerle doğrudan çalışabilmekte; ancak nöroloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, yoğun bakım ve benzeri bazı branşlarda fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri vasıtası ile hasta alabilmektedir. Bu durumda teşhisi konan hasta ikinci bir uzmana tekrar gönderilmekte; bu uygulama hastaların hizmet alımını zorlaştırmakta, zaman kaybına neden olmakta ve kamuya zarar olarak yansımaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan (Resmi Gazete: 24.03.2013 – 28597 Sayılı) Sağlık Uygulama Tebliği ile fizyoterapistlerin diğer branş hekimlerinin yönlendirmeleri ile vereceği hizmetler

ödeme kapsamı dışı bırakılmış ve fizyoterapistler tarafından yapılan tedavilerle ilgili sadece, "Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzman hekimince uygulandığında faturalandırılır." ifadesi kullanılmıştır. Bu durumda fizyoterapistler tarafından bizzat yapılan tedaviler fiziksel tıp uzmanlarınca uygulanıyor gibi işlem görmekte ve en önemlisi fiziksel tıp uzmanı olmadığı zaman fizyoterapi hizmeti verilememektedir. Sözgelimi romatoloji uzmanları hastalarını yasal olarak doğrudan fizyoterapistle yönlendirmekte; ancak fiziksel tıp uzmanları vasıtası ile yapılan hizmetin karşılığı ödenmektedir. Bu nedenle toplum sağlığına koşullu yaklaşım getiren Sağlık Uygulama Tebliği'nin ilgili hükümlerinin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki mesleki otonomi çalışma hayatını destekleyici, özendirici ve hastanın sorumluluğunun alınmasını sağlayıcı ve verimliliği artırıcı bir yaklaşımdır.

Dünya genelinde geline son uygulamalar ışığında bugün ülkemizde gençlerin en çok tercih ettiği meslekler arasında olduğu bilinen fizyoterapistlik mesleğinin sorunlarının yakın gelecekte çözümleneceği umuduyla...

Kaynaklar

A.C.Noonan Cooperative Education in a Physical Therapy Curriculum, Physical Therapy, vol:69:5, May1989

American Physical Therapy Association, Guide to Physical Therapist Practice, Physical Therapy, 8:1,9-744,2001

J.M.Binkley Problem-Based Learning in physical Therapy: A Review of the Literature and Overview of the Mc Master University Experience. Physical Therapy, vol:78: 2, February 1998

Holdsworth LK, Webster VS. Direct Access to physiotherapy in primary care: now?-and into the future? Physiotherapy.90(2):64-72,2004

Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C. Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. Physical Therapy. 88(8):936-46, August 2008

Türkiye Fizyoterapistler Derneği Yayınları

World Confederation for Physical Therapy WCPT guideline for the development of a system of legislation/regulation/recognition of physical therapists. London, UK, 2011-European Region World Confederation for Physical Therapy, Brussels, Belgium, ER-WCPT,2010

Beslenme ve diyetetik eğitimi

Prof. Dr. Türkan Kutluay Merdol



1967 yılında Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünden mezun oldu. 1974'de doktora derecesini aldı. 1979 da Doçent, 1988 profesör oldu. 36 yılın Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünde, 2 yıl Libya Al-Fateh Üniversitesi'nde, 4 yıl İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsünde görev yapmıştır. Türkiye Diyetisyenler Derneği Onur Kurulu üyesi ve 1972 yılında yayınına başlayan Beslenme ve Diyet Dergisinin yardımcı editörüdür. Yıllarca Avrupa Diyetetik Dernekleri Federasyonu (EFAD) ve Uluslararası Diyetetik Dernekleri Federasyonu (ICDA)'nın Türkiye Temsilciliğini yapmıştır. Halen Okan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı olarak görev yapmakta olan Dr. Merdol evlidir ve bir çocuk annesidir.

Beslenme ve diyetetik; besinlerin içerdiği makro ve mikro besin öğeleri yanında biyoaktif tüm maddelerin yapılarını, onların vücutta sindirim, emilim ve metabolik süreçlerini, bu öğelerin yetmezliğinde ortaya çıkan hastalık durumlarını, enfeksiyon ve dejeneratif hastalıklar başta olmak üzere oluşumlarında ve tedavilerinde beslenmenin önemli olduğu pek çok hastalıkta uygulanması gereken diyet programlarının esaslarını, bebeğin anne karnından itibaren, bebeklik, çocukluk, ergenlik dönemlerinde yaşanan beslenme sorunlarını ve izlenmesi gereken beslenme programlarını, sağlık kurumları ve okullar başta olmak üzere toplu beslenme yapılan kurumlarda yiyecek içecek servisinin ekonomik, hijyenik ve hizmet alan kişilerin yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmelerini sağlamak üzere sistematik olarak yapılması gerekenleri, toplumun beslenme sorunlarının belirlenmesi ve toplumun beslenme yönünden bilinçlendirilmesi gibi pek çok konuyu irdeleyen ve araştıran bilim alanlarıdır.

İnsan sağlığının korunmasında beslenmenin önemi ilk çağlardan beri bilinen bir olgudur. M.Ö. 2500 yıllarında Babil'de bulunan taş tabletlerde hastalıklarda beslenmede yapılacak uygulamalara ilişkin bilgiler bulunmaktadır. M.Ö. 1600 -1500 tarihlerini yansıtan bilgilerin yer aldığı Edwin Smith ve Ebers Papirüslerinde sağlık için bitki ya da hayvan organlarından elde edilen yaklaşık 600 tarifin yer aldığı bildirilmektedir. Bu tarifelerde sıklıkla kullanılan ürünler; kekik, ceviz yaprağı ve yağı, zeytin yaprağı ve yağı, sarımsak, hardal, susam yağı, nane, yosun, defne yaprağı, üzüm, sirke, bal, karaciğer, beyin, kemik suyu gibi bitkisel ve hay-

vansal kaynaklı ürünlerdir. M.Ö. 460-377 yıllarında yaşayan ve tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat, hastaların tedavisinde istirahat yanında beslenmede yapılacak düzenlemelerin ne kadar önemli olduğunu *"Besinle tedavi edebileceğiniz hallerde ilaç tavsiye etmeyiniz"* sözünü açıklamıştır. Hipokrat'ın tedavide besin karışımları denediğini ve ilk önemli karışımının bal, sirke ve karabiber olduğu bilinmektedir. Bu uygulamalar, besinlerin içindeki etken maddelerin izolasyonuna kadar sürmüştür, daha sonra kimya ve biyokimya alanında yaşanan gelişmelere paralel olarak pek çok hastalığın gelişiminde ve tedavinin etkinliğinde diyetin önemli rolü olduğu pek çok araştırma ile kanıtlanmıştır. Ancak hastaya uygun diyetler 20. yüzyıl sonuna kadar doktor tarafından belirlenmiş ve diyet hemşireleri aracılığı ile hastaya ulaştırılmaya çalışılmıştır. Doktor ve hemşirelerin hastanın tedavi sürecinde işlerinin yoğunluğu, diyetin doktor ve hemşire dışında başka bir sağlık personeli tarafından kontrole alınması zorunluluğunu doğurduğundan konu ilk kez 1870'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde gündeme getirilmiştir. Amerikan Tıp Derneği 1877 yılında kendisine bağlı bir Diyetetik Komitesi oluşturmuş ve komitenin başına o sıralar bir yemek öğretmeni olarak görev yapan fakat tarifeleri daima besinlerin sağlıklı ilişkilerini göz önüne alarak hazırlatmasıyla ünlü Sarah Tyson Rorer'i getirmişlerdir. Mrs. Rorer aynı yıl Diyetetik Gazete adı ile bir yayına başlamış, gazete çok ilgi görmüş ve kendisine her gün yüzlerce; "su şişmanlatır mı", "sıcaklarda et mi, sebze mi yemeli" gibi sorularla dolu mektuplar gelmeye başlamıştır. 1880'de 3 doktor Mrs Rorer'a kurumlarında bir diyet mutfağı açmasını önermişler ve o tarihten sonra hastanelerde diyet mutfağı

yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu gelişmelerden sonra diyet alanında çalışacak kişi gereksinimi ağırlık kazanmış ve 1899 yılında *diyetisyen* unvanıyla yeni bir meslek tanımı yapılmıştır.

Beslenme alanındaki gelişmeler bu tarihten sonra hız kazanmış ve diyetisyen tanımının yapılmasından 6 yıl sonra (1904) vitaminler kimyasal olarak tanımlanabilmiştir. Daha sonra besinlerin bileşimleri ve besin öğelerinin vücuttaki fonksiyonları üzerine çalışmalar yoğunlaştırılmıştır. Bu durum, tıpta tedaviden çok korunmanın önemli olduğu konusundaki görüşlere ağırlık kazandırmaya başlamış ve koruyucu hekimlik daha da önemli olmuştur. Bu durumda diyetetik alanı daha fazla ilgi çekmeye başlamış ve sadece hastalıkta nasıl bir diyet uygulanacağı değil, sağlığın korunması için neler yenilmesi gerektiği üzerinde de çalışmalar yapılmaya ve rehberler oluşturulmaya başlanmıştır. Bu arada tıp fakültelerinde beslenme dersleri de müfredatta yer almaya başlamıştır. Amerika'da tıp fakültelerinde bu dersi ilk açan yer John Hopkins Üniversitesi'dir. 1903'de üniversite bünyesinde 3 aylık diyetetik kursları yapılmaya başlanmıştır. Bu kurslara kabul edilmek için temel bilimlerin birinden mezun olmak ve 25 yaşın üzerinde olmak koşulu getirilmiştir. Bu kurslardan geçenlere diyetisyen denmeye başlanmıştır. Diyetisyenlerin o tarihlerde bir örgütleri yoktur, fakat 1909 yılında kurulan Ev Ekonomistleri Derneğine üye olarak iletişimlerini sağlamaya çalışmışlardır.

Bu tarihlerden sonra yaşanan Birinci Dünya Savaşı sırasında İngiltere'de 2 milyon 500 bin erkek askere alınmak için sağlık kontrolünden geçirilirken bunların % 41'inde beslenme bozukluğu olduğu saptanmış ve askere alınmaları uygun

görülmemiştir. 1917'de ABD'nin savaşa girmesiyle besinleri satın alma, saklama ve servisinde dikkat edilecek noktaları öğretecek, askerlerin besin ihtiyaçlarını ve yemeleri gerekli miktarı tayin edecek, hasta ve yaralıların beslenmesini planlayacak kişi ihtiyacı ortaya çıkınca orduya diyetetik formasyonu olan 356 kişi alınmıştır. O yıl Ev Ekonomistleri Derneği savaş nedeniyle yıllık toplantılarını iptal edince Lenna Cooper ve Lulu Graves isimli iki diyetisyen "şimdi diyetisyenlerin bilgilendirilmeye daha çok ihtiyaçları var" diyerek tüm diyetisyenleri davet ettikleri bir konferans düzenlemişlerdir. Bu konferansa 98 kişi katılmış ve toplantıda alınan Diyetisyenler Derneği kuruluşu kararı ile 1917'de Amerikan Diyetetik Derneği (ADA) adı ile dünyada ilk olan diyetisyenler derneğini kurmuşlardır. ADA, ilk toplantısını 1918 yılında yapmış ve o yıl ihtiyaç nedeniyle diyetetik hizmetlerini 4 alana ayırmışlardır. Bu 4 alan şu şekildedir:

- 1) Tedavici diyetisyen (Kliniklerde hastaların ihtiyaçlarına uygun beslenme programları geliştirir, bunların uygulanmasını ve raporlanmasını sağlar)
- 2) Yönetici diyetisyen (Toplu beslenme yapılan kurumlarda yiyecek içecek servisini, çalışan personeli eğiterek, fiyat kontrolünü ve servisin hijyenik olmasını sağlayarak yönetir)
- 3) Toplum sağlığı diyetisyeni (Sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, bakanlık vb. yerlerde görev alarak, bireylere ve gruplara hastalıkları önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile geliştirilmiş beslenme uygulamaları için danışmanlıklar yapar)
- 4) Eğitici-danışman diyetisyen (Bir sağlık kurumunda ya da kendi ofisinde kişilere durumlarını değerlendirerek önerilerde bulunur. Çoğunlukla eğitim kurumlarında, sağlık kurumlarında ve spor takımları ile çalışırlar).⁽¹⁾

Amerika'da yaşanan bu gelişmeler, diğer ülkelere de yansımış ve pek çok ülkede üniversitelerde beslenme ve diyetetik alanında eğitim veren bölümler açılmaya başlamıştır. 1922 yılında İsveçli diyetisyenler, 1923 yılında da Danimarkalı diyetisyenler derneklerini kurmayı başarmışlardır. Bu arada (1922) ABD'de diyetisyenlik eğitimi dört yıla çıkarılmış ve ADA 1925 yılında "Journal of American Dietetic Association" adlı bir dergi yayımlamaya başlamıştır. Beslenme ve diyetetik eğitimini başlatan Japonya'da da diyetisyenler 1926 yılında derneklerini kurarak faaliyetlerine başlamışlardır.

Diyetisyenler, mesleğe başladıklarında ağırlıklı olarak hastanelerde görev almışlar daha sonra (1930'larda) ana ve çocuk sağlığı merkezlerinde de çalışmaya başlamışlardır. Önceleri kadınların icra ettiği bu mesleğe erkekler de katılmaya başlamış ve ADA ilk erkek üyesini 1930 yılında kayda geçirmiştir.

Sonraki yıllarda, çalışma yaşamındaki kişilerin sayısının artışı ve kadınların da çalışma yaşamına başlaması, ev dışında yemek yemeyi gündeme getirince *yönetici diyetisyen* olarak tanımlanan kurum diyetisyenliği ağırlık kazanmaya ve yemek servisi veren kurumlar diyetisyen istihdam etmeye başlamışlardır. Bu gelişmelerin ardından 1938'de II. Dünya Savaşı patlak verince diyetisyenliğin önemi yine gündeme gelmiş ve 1939 yılında orduya 1300 diyetisyen çağırılmıştır. Hastanelerde uygulamaların daha etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlamak amacıyla 1942'de hastanelerde beslenme ve diyet şeflikleri ile yönetim organizasyonları yapılmaya ve *tedavici diyetisyen* tanımı da etkin bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. ABD ordusu bünyesinde diyetisyen olarak onlara yüzbaşı, binbaşı gibi unvanlar kazandırmışlardır. Daha sonra ordu kendi akademilerinde diyetisyen eğitimini de üstlenmiş ve ihtiyaçları olan diyetisyenleri kendileri yetiştirmeye başlamışlardır. Bu arada Kanada (1933), İngiltere (1936), Hollanda (1941), İsviçre (1942), Yeni Zelanda (1943), Norveç (1948), Fransa (1954), Avusturya (1955), Almanya (1957), İrlanda (1960) gibi ülkeler de derneklerini kurarak faaliyetlerine başlamışlardır.⁽²⁾

Tüm bu gelişmeler yaşanırken kalp hastalıkları ile beslenme arasındaki ilişkiler üzerinde yapılan araştırmaların yoğunlaşmasıyla üniversitelerde diyetisyen yetiştirmek amacıyla açılan beslenme ve diyetetik bölümleri sayıca artmaya başlamış ve 1961'de ILO (International Labor Organisation) 0.69 kodu ile meslek tanımını yönetmeliğine geçirmiştir. Mesleğin yaygınlaşması, meslekte yeni düzenlemelerin de yapılmasını zorunlu kılınca ADA 1969'da diyetisyen olarak çalışabilmesi için RD (registered dietitian) koşulunu getirmiştir. RD olabilmek için ADA'nın ACEND (Accreditation Council for Education in Nutrition and Dietetics) konseyinden onay almış bir eğitim kurumundan mezun olmak, yine ACEND onaylı bir kurumda 6-12 aylık staj süresini tamamlamak, ADA'nın CDR (Commission on Dietetic Registration) komisyonunun hazırladığı ulusal çapta uygulanan bir sınavda başarı göstermek ve CPD (Continuing Professional Development) kredisi toplamak (en az 75 saat) gerekmektedir. ADA bu amaçla, 1977 yılından itibaren yoğun bir şekilde hizmet içi eğitim seminerleri düzenlemeye başlamıştır. 1984 yılında ADA'nın 51 bin üyesi varken bugün (2012 yılı itibarıyla) bu sayı 72 bine ulaşmış durumdadır⁽¹⁾. Amerikan Diyetisyenler Derneği 2012 yılında adını Academy of Nutrition and Dietetics (AND) olarak değiştirmiştir. Amerikan nüfusuna göre (314 milyon), sadece akademiye üye olanları dikkate alarak yapılan hesaplamada, diyetisyen başına 4361 kişi düştüğü görülür. Bu değer Türkiye için bugün yaklaşık 27 bin dolayındadır. ABD'de 2008 yılında alınan bir kararla 13 Mart, Registered Dietitian Day (Kayıtlı Diyetisyenler Günü) olarak

kutlanmaya başlanmıştır. 2013 yılında bu kutlamalar tüm Mart ayında düzenlenen etkinliklerle gerçekleştirilmiştir.

Diyetisyenlik mesleğindeki gelişmeye paralel olarak diyetisyenlerin çalışma alanları da oldukça fazlaşmıştır. Filipinli meslektaşımız Orbeta'nın söylediği gibi "*Nerede besin varsa orada diyetisyen için bir altın kâse vardır*".⁽³⁾ Beslenme alanındaki gelişmelere bağlı olarak diyetisyen eğitimi almayan kişiler kendilerini Nutritionist (Türkçede henüz karşılığı yok) olarak adlandırmaya başlamışlardır. Çalışma alanları diyetisyenlerin çalışma alanları ile zaman zaman çakıştığı için, diyetisyenler çalışma alanlarına bağlı olarak kendilerini diyetisyen ya da diyetisyen/nutritionist olarak tanımlayabilmektedirler. Ancak nutritionist olduğunu ileri süren kişi, kendisini diyetisyen olarak tanımlayamamaktadır. Bu durumu AND şu sözlerle anlatmaktadır: "*Tüm kayıtlı diyetisyenler nütrisyonisttir ancak tüm nütrisyonistler kayıtlı diyetisyen değildir*". Bu nedenle pek çok görev alanında kullanılan unvan, hem diyetisyen hem de nütrisyonist olarak ifade edilebilmektedir. Tablo 1'de diyetisyenlerin Amerika'da görev alabileceği alanlar ve kullanılan unvanlar gösterilmiştir. İkinci sütunda unvanların Türkiye'de kullanılan karşılıkları gösterilmiştir. Kullanılan bu unvanlar için özel sertifika gerekmemekte ancak bu konularda hem Amerika'da hem de Türkiye'de sıklıkla sertifika veren çalıştaylar ya da kurslar düzenlenmektedir.

Beslenme ve diyetetik eğitimi, pek çok ülkede 4 yıllık bir eğitimle yürütülmektedir. Avrupa'da İngiltere başta olmak üzere bu eğitimin süresi, pek çok diğer meslek için olduğu gibi, lise eğitiminin dört yıl olması nedeniyle üç yıldır. Beslenme ve diyetetik bölümlerinde verilmekte olan eğitim ve öğretim programlarının birinci aşaması, diyetetik uygulamalarına esas olan kimya, biyokimya, fizyoloji, anatomi gibi temel ve sağlık bilimleri derslerini içermektedir. İkinci aşamada dersler, doğrudan uygulama alanıyla ilgilidir. Öğrenciler beslenme ilkeleri, besin kimyası, besin biyokimyası, ana-çocuk beslenmesi, hastalıklarda beslenme, toplum sağlığında beslenme, toplu beslenme sistemleri yönetimi gibi derslerde teorik yanında laboratuvar destekli eğitimler almaktadır. Son aşamada, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sahada gözlem ve deneyimini kazanmak üzere yapılan staj çalışması yer almaktadır. Bu eğitim programı ile öğrenci diyetisyenlik mesleği için gerekli ilke, kavram, bilgi ve becerileri kazanıp geliştirmektedir. Diyetisyen unvanı ile mezun olan öğrenciler, beslenme ve diyetetik alanlarında bilim uzmanlığı ve doktora programları ile eğitimlerine devam edebilirler.

Türkiye'deki durum

Türkiye'de diyetisyenlik eğitimi 1962 yılında Hacettepe Üniversitesinde Prof. Dr.

İhsan Doğramacı tarafından başlatılmıştır. Önceleri diyetetik adı ile açılan program, 1963'te beslenme ve diyetetik olarak değiştirilmiştir. İlk mezunlarını 1966'da veren bölümde, ilk beş yıl sırasıyla 10, 13, 11, 4 ve 11 olmak üzere toplam 48 gibi çok az sayıda öğrenci eğitim almıştır. Daha sonra kontenjanın 60'lara yükseltilmesiyle bugün, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünden mezun öğrenci sayısı 2200'ü aşmış durumdadır. Bu mezunların yaklaşık 170'i bilim uzmanlığı ve yaklaşık 75'i de doktora derecelerini almışlardır. 36 yıl tek başına eğitimini sürdüren Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünden sonra aynı program ile diğer bir bölüm 1998 yılında Erciyes Üniversitesi'nde, 1999'da da Başkent Üniversitesi'nde açılmıştır. Uzun bir aradan sonra başka üniversitelerde de beslenme ve diyetetik bölümleri açılmaya ve diyetisyen yetiştirilmeye başlanmıştır (2007-2008 Yeditepe, Haliç ve Yakın Doğu Üniversiteleri), 2008-2009 Bilim Üniversitesi vb.). Daha sonra büyük bir hızla artan bölüm sayısının 2013 yılında 45'i aştığı görülmektedir.

Hacettepe'de eğitim başladıktan sonra diyet mutfacı ve çocuklar için özel mama mutfacı da açılmış ve ilk öğrenciler bölümde laboratuvarlar gelişene kadar ilk uygulamalarını bu mutfaklarda yapmışlardır. Esasında diyet mutfacı daha önce İstanbul'da Prof. Müfide Küley tarafından çok önceleri açılmış ve hastalara özel diyetler hazırlama uygulamalarına başlanmıştır. Bu mutfaktaki uygulamalar hemşirelerin denetiminde yürütülüyordu. Bugün hala her sağlık kurumunda görevli bir diyetisyen bulunmaması nedeniyle diyet mutfakları istenen düzeylere gelememiş, özel diyet hazırlanmasından çok, hazır özel karışımlar kullanılması yaygınlaşmaya başlamıştır.

Ben, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünün ikinci yıl mezunlarındım. Öğrenci olduğumuz yıllarda çevremizde mesleğimizin ne olduğunu anlatmakta zorluk çekerdik. Bu nedenle mezun olur olmaz örgütlenmemiz gerektiğine karar vererek dernek kurma faaliyetlerine öncülük ettim. Dernek kurmak için bir tüzük hazırlamak gerekiyordu. Benzer bir tüzük bularak işe başlayabiliriz diye düşünerek Hemşirelik Derneği tüzüğü üzerinde mesleğimize uygun düzeltmeler yaparak "Diyetisyenler Derneği Tüzüğü"nü hazırladık. İlk mezunlar, görgü ve bilgi edinmek üzere Amerika'ya gönderilmişti. Biz bir avuç arkadaş gerekli işlemleri tamamlayarak 1969 yılında "Türkiye Diyetisyenler Derneği (TDD)" adı ile derneğimizi kurduk (Kurucu üyeler: Türkan Kutluay Mirdol, Güneş Soysal, Ufuk Güneyli, Şenda Tunca, Sevinç Yücecan). Derneğimizin kuruluşu, pek çok Avrupa ve Asya ülkesinden daha erken bir tarihte gerçekleştirilmiştir. Burada önemli bir konuyu belirtmekte yarar vardır: Hacettepe Üniversitesi'nin

kurucusu Prof. Dr. İhsan Doğramacı, Hacettepe'de çok büyük bir kütüphaneyi de hemen devreye sokmuştu. Kütüphanede bizim eğitim gördüğümüz yıllarda ADA Dergisi (JADA) de bulunuyordu. Biz gelişmeleri bu dergi aracılığı ile çok yakından izlediğimiz için derneğimizi hızlı bir şekilde kurmamızda bu yayının çok önemli bir etkisi oldu. Türkiye'de pek çok başka dernek, öğrencilerin mezuniyetlerinden çok sonra kurulabilmiştir. Dernek tüzüğümüzde belirttiğimiz pek çok faaliyeti, kuruluşumuz kadar hızlı bir şekilde gerçekleştirmeye başladık ve biz de mesleğin tanıtımında önemli bir yer tutacağına inanarak 1972 yılında Beslenme ve Diyet adı ile TDD Dergisini yayımlamaya başladık (İlk Yayın Kurulu: Türkan Kutluay Mirdol, Gülten Köksal, Sevil Yeğinobalı, Vahide Özbayer, Merih Beygo. Editör: Ayşe Baysal). Derneğin yıllar içinde sağladığı bağışlar nedeniyle dergi yayını hala başarı ile sürdürülmekte ve derneğe ait bir ofisimiz bulunmaktadır. Derginin yayınının ve dernek faaliyetlerinin sürdürülmesinde kıymetli hocamız Prof. Dr. Ayşe Baysal'ın çok büyük emeği vardır. Mahatma Gandhi, yanında çalıştıracağı kişilerde en az iki yıl gönüllü hizmet etme koşulu ararmış. Dernek çalışmaları gönüllülükle yürütülen önemli çalışmalardır. Bir oluşumu kurmak önemlidir ancak bu oluşumun faaliyetlerini sürdürmek çok daha önemlidir. Öncü kurucu olarak, derneğin faaliyetlerini özverili ile sürdüren meslektaşlarıma ve son üç yılda dernek faaliyetlerine özel bir ivme kazandıran değerli meslektaşım ve sevgili öğrencim Ayhan Dağ ve ekibine ve değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Baysal'a bu satırlar aracılığı ile teşekkürü bir borç biliyorum.

Meslekte yaşam boyu eğitimin önemi nedeniyle mezun olan meslektaşlarımızın hizmet içi eğitimlerinin gerçekleştirilmesi amacıyla 1989 yılında "hizmet içi eğitim seminerlerimizi" başlattık. Türkiye Diyetisyenler Derneği'nde görev yapan pek çok meslektaşımızın ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyeleri başta olmak üzere çeşitli üniversitelerde görev yapan değerli meslektaşlarımızın bu eğitimlerde büyük emeği vardır. Bu seminerler, başladığı yıldan bu güne yılda en az iki kere olmak üzere aralıksız ve başarı ile sürmektedir. Türkiye Diyetisyenler Derneği olarak 1998 yılından beri 6 Haziran, Diyetisyenler Günü olarak kutlanmaktadır. Bu kutlamalarda meslekte 20, 30 ve 40 yıllarını dolduran meslektaşlarımıza hizmet plaketleri verilmektedir. ADA'nın diyetisyenler günü kutlamasına 2008 yılında başladığı dikkate alınırsa TDD'nin bu anlamda bir öncülük yaptığı söylenebilir. İngiltere Diyetisyenler Derneği'nin üye sayısı 6 bin 500'dür ve ofisinde hepsi maaşlı görevli 25 kişi çalışmaktadır. Henüz 2 bin dolayında üyesi bulunan TDD ofisinde ise maaşlı-görevli sadece bir kişi çalışmaktadır. Bu da TDD'nin özverili çalışmalarının önemli bir göstergesidir.

Uluslararası meslek örgütlerimiz

Diyetisyenler, ülkelerarası işbirliğini ve bilgi alışverişini sağlamak amacı ile 1950 yılında Uluslararası Diyetetik Dernekleri Komitesi (ICDA-International Committee of Dietetic Associations) adı ile bir komite kurmuşlardır. Bu komite, 1952 yılından başlayarak 4 yılda bir uluslararası kongreler düzenlemektedir. Türkiye bu kongrelere ilk kez, 1972 yılında Hannover'de gerçekleştirilen VI. Kongreye "Türkiye'de beslenme" konulu bir tebliğle (Türkan Kutluay Mirdol) katılmıştır. O yıl bu toplantıya Gülten Köksal ve Suna Başkan da katılmışlardır. Türkiye Diyetisyenler Derneği'nin ICDA'ye üyeliği 2000 yılında başarılabilmektedir. ICDA, 2002 yılında adını Uluslararası Diyetetik Dernekler Konfederasyonu olarak değiştirmiştir. Bilindiği gibi diyetetik dernekleri dışında her ülkede beslenme ile uğraşan uzmanların üye oldukları Beslenme Dernekleri (Society of Nutrition) de bulunmaktadır. Bu dernekler de 1948 yılında IUNS (International Union for Nutrition Societies-Uluslararası Beslenme Dernekleri Birliği) adı ile bir çatı altında birleşmişler ve 1952 yılında uluslararası kongrelerini düzenlemeye başlamışlardır. ICDA, 1978 yılında bu birliğe tüm dünya diyetetik dernekleri adına üye olarak bu iletişim ağı içinde etkin roller üstlenmeye başlamıştır. ICDA diyetetik eğitim ve uygulamaları ile dünya çapında araştırmalar yapmakta ve bunu zaman zaman sitesinde (www.internationaldietetics.org) yayımlamaktadır. Amerika Avrupa, Asya ve Afrika diyetisyenlik eğitim ve uygulamaları ile ilgili bilgi ve gelişmelerin yer aldığı bu yayınlara, Türkiye Diyetisyenler Derneği Dış İlişkiler Komitesi aracılığı ile ICDA'den gönderilen tüm anketleri cevaplandırarak verdiği katkılarını aksatmadan sürdürülmektedir. ICD'ye üye dernekler; Almanya, Amerika, Avustralya, Avusturya, Brezilya, Çin Halk Cumhuriyeti, Danimarka, Fransa, Filipinler, Finlandiya, Güney Afrika, Hindistan, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Karayibler, Kore, Malezya, Norveç, Slovenya, Şili, Türkiye, Yunanistan, Yeni Zelanda, Arjantin, El Salvador, Endonezya, Hong Kong, Kıbrıs Rum Kesimi, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Nijerya, Pakistan, Singapur ve Tayvan'dır.

Avrupa'daki diyetetik dernekleri de bir federasyon şeklinde bir araya gelmelerinin uygun olacağı görüşü ile 1978 yılında Danimarka'da EFAD'ı (European Federation of Associations of Dietitians-Avrupa Diyetetik Dernekleri Federasyonu) kurmuşlardır (4). Türkiye Diyetisyenler Derneği, EFAD'a 1994 yılında üye olmuştur. EFAD her yıl bir ülkede delege toplantısı düzenlemektedir. Türkiye Diyetisyenler Derneği EFAD'a ilk delegayı (Prof. Dr. Muazzez Garibağaoğlu) 1994 yılında göndermiştir. Bu delege, harcamalarının yarıdan fazlasını kendi cebinden yapmıştır ve delege toplantılarına katılı-

Tablo 1: Diyetisyenlerin çalışma alanları, verilen unvan ve çalışma yerleri

Alan	Unvan		Çalışma Yeri
	Amerika	Türkiye	
Klinik Beslenme	Clinical Dietitian	Klinik Diyetisyeni	Hastaneler
Toplum Beslenmesi	Community Dietitian	Toplum Sağlığı Diyetisyeni	Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Bakanlıklar
Yiyecek İçecek Servisi	Administrative Dietitian	Yönetici Diyetisyen	Tüm Toplu Beslenme Yapılan Kurumlar
Diyabet	Diabetes Dietitian	Diyabet Diyetisyeni	Klinikler, Poliklinikler, Diyabet Kampları
Kardiyoloji	Cardiology Dietitian	Kardiyoloji Diyetisyeni*	Kardiyoloji Klinikleri
Renal Hastalıklar	Renal Dietitian	Renal Diyetisyen	Diyaliz Üniteleri
Bariatrik Cerrahi	Bariatric Dietitian	Bariatri Diyetisyeni*	Bariatrik Cerrahi Klinikleri
Kanser	Cancer Dietitian	Kanser Diyetisyeni*	Kanser Klinikleri
Yaşlılık	Geriatric Dietitian	Yaşlılık Diyetisyeni*	Yaşlı Bakım Evleri, Merkezler
Obezite	Obesity Dietitian	Şişmanlık Diyetisyeni*	Klinikler, Poliklinikler, Özel Ofisler
Sporcular	Sport Dietitian	Sporcu Diyetisyeni	Spor Klüpleri, Spor Merkezleri
Pediyatri	Pediatric Dietitian	Pediyatri Diyetisyeni*	Pediyatri Klinikleri, Ana ve Çocuk Sağlığı Üniteleri
Enteral-Parenteral Beslenme	Enteral Parenteral Nutrition Support Dietitian	Enteral Parenteral Ünite Diyetisyeni*	Enteral Parenteral Üniteler, Bu uygulamalarda kullanılan ürünlerin satış danışmanlıkları
Metabolik Bozukluklar	Metabolic Disorder Dietitian	Metabolik Hastalıklar Diyetisyeni*	Metabolik Hastalık Takip Klinikleri, Metabolik Hastalık Dernekleri Uygulama Mutfakları
Yeme Bozuklukları	Eating Disorder Dietitian	Yeme Bozuklukları Diyetisyeni*	Yeme Bozuklukları Takip Klinikleri, Özel Ofisler
Beslenme Danışmanlığı	Nutrition Counselor	Beslenme Danışmanı*	Hastaneler, Her tür sağlık kuruluşu, Toplu Beslenme Yapılan Kurumlar, Özel Ofisler, Okullar, Medya
Prenatal Dönem Beslenmesi	Prenatal Dietitian	Prenatal Diyetisyen*	Gebelik Takibi Yapılan Sağlık Kurumları
Araştırma	Research Dietitian	Araştırma Diyetisyeni*	Üniversiteler, Araştırma Enstitüleri
Eğitim	Nutrition Educator	Beslenme Eğitimsi*	Okullar, Üniversiteler, Enstitüler
Medya	Media Dietitian	Medya Diyetisyeni*	TV, Radyo, Gazete vb.
Aile	WIC (Women, Infant, Child) Nutritionist	Aile Diyetisyeni***	Aile Hekimi Ofisleri (Türkiye’de henüz böyle bir uygulama yok)
Besin Endüstrisi	Industrial Dietitians	Besin Endüstrisi Diyetisyeni*	Besin Üretim Firmaları
İntegrative Beslenme**	Integrative Nutritionist	Diyete uyum sağlama diyetisyenliği***	Klinikler, Poliklinikler, Özel ofisler
Holistik Beslenme**	Holistik Nutritionist	Holistik (Bütüncül) Beslenme Uzmanı***	Poliklinikler, Özel Ofisler
Beslenme Koçluğu**	Nutrition Couching	Beslenme Koçluğu*	Spor Merkezleri,

* Henüz kullanılmayan terimleri, muhtemel kullanım karşılıklarını anlatmaktadır. ** Yeni gelişen alanlar *** Türkiye’de henüz bu alanlarda çalışan bulunmamaktadır.

minı düzenli olarak sürdürmüş ve 1996 yılında delege toplantısının İstanbul’da yapılmasını sağlamıştır. EFAD kurulduğu yıldan sonra iki yılda bir eğitim forumları düzenlemekteydi (Daha sonra bu forumlara son verildi). Bu forumlara Türkiye olarak üç kez davetli konuşmacı (Türkan Kutluay Merdol, Gülden Pekcan, Tanju Besler) ve oturum başkanlıkları olarak (Türkan Kutluay Merdol, Ayşe Baysal) katılmıştır. EFAD 2006 yılında DIETS (Dietitians Improving the Education and Training Standards- Diyetisyen Eğitim ve Uygulama Standartlarını Geliştirme) adı ile bir proje başlattı. Proje başkanlığını Anne de Looy adlı İngiliz bir profesör diyetisyenin yaptığı bu projede Türkiye Diyetisyenler Derneği de yer almaktadır. Bir süre dissemination (haber yayımı) grup başkanlığını yürüttüğüm bu proje, öğretim elemanı ve diyetisyen değişim ziyaretleri ile Avrupalı diyetisyenlerin birbirleri ile iletişimlerini güçlendirerek

bilgi alışverişi yapmalarını ve özellikle diyetisyen eğitiminin önemli bir parçası olan staj uygulamalarında kaliteyi yükseltmeyi hedeflemektedir. Proje her üç ayda bir newsletter (bülten) yayımlamaktadır. Bu bültenlere Türkiye’den de yazı göndererek katılım verilmektedir. EFAD diyetisyenlik için eğitim ve uygulama standartlarını gösteren bir benchmark (göstergeler) hazırlamıştır ve üye ülkelerden bunu tercüme ederek dernek web sitelerine koymasını istemiştir. TDD’de bu konuda üzerine düşeni yapmış ve hem TDD sitesinde (www.tdd.org.tr) hem de EFAD sitesinde (www.efad.org) yayımlanmasını sağlamıştır. EFAD’a üye ülkeler; Almanya, Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Lüksemburg, Norveç, Portekiz, Türkiye, Yunanistan, Kıbrıs Rum Kesimi, Macaristan, Polonya, Slovenya, İsveç, Portekiz’dir.

Asya ülkelerindeki diyetisyen dernekleri de Asian Federation of Dietetic Associations (AFDA) adı ile 1990 yılında kurdukları federasyon aracılığı ile iletişimlerini gerçekleştirmektedirler. Hong Kong, Endonezya, Malezya, Filipinler, Singapur, Tayland, Çin, Japonya gibi ülkelerin üye olduğu AFDA da ICDA gibi dört yılda bir kongre düzenlemektedir.⁽⁵⁾

Kaynaklar

- 1) *A new Look at the Profession of Dietetics, Report of the 1984 Study Commission on Dietetics, The American Dietetic Association, Chicago, 1985.*
- 2) Kutluay Merdol, T.: 30. Yılımda Dünya Diyetisyenliği, Beslenme ve Diyet Dergisi, 25:1:7-11, 1996.
- 3) Kutluay Merdol, T.: Diyetisyenleri ve Beslenme Uzmanlarını 21. Yüzyıla Hazırlamak (Çev). Beslenme ve Diyet Dergisi, 22:1: 15, 1993
- 4) *Education Programmes for Dietitians in the Memberstates of EFAD, Mimograf.*
- 5) www.internationaldietetics.org (Erişim tarihi: 31.05.2013)

Sağlık yönetimi eğitimi: Durum ve öneriler

Prof. Dr. Mithat Kıyak



1956 yılında Bitlis'te doğdu. Elazığ Lisesi'ni ve İstanbul Tıp Fakültesi'ni (1980) bitirdi. 1984'te Halk Sağlığı Uzmanı, 1994'te Doçent, 2001'de Profesör oldu. 1986-2000 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığında Sağlık Bakanlığı kadrosunda ve 2000-2007 yılları arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'nde çalıştı. Halen Okan Üniversitesi'nde İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; kişilerin / toplumun sağlığını geliştirmek, hasta bireyleri iyileştirmek olmalıdır. Bu amaçla düzenlenmiş sağlık sistemlerini, kurumları, hastaneleri yönetmek için yönetim eğitimi almış çalışanlara gereksinim duyulması doğaldır. “Nasıl bir yönetim eğitimi olmalı?” sorusunun yanıtını vermek için ana hedef olan sağlığı geliştirmek ve onu gerçekleştirecek yönetim kavramlarını ele almak gerekir. Sağlığı geliştirme, sadece sağlık kuruluşlarının değil tüm sektörlerin çabalarıyla temelde sağlığı eğitimi ve temel sağlık hizmetleri olmak üzere toplumların var olan sağlık durumlarını daha da iyiye götürme çabalarıdır. Sağlığı geliştirebilmek için bir durum analizine ihtiyaç duyulur. Toplumların sağlığı; o toplumun siyasi-ekonomik yapısına, ekonomik durumu

ve ekonomik gücün dağılımına, eğitim ve kültürel yapısına, genetik yapısına, çevresel koşullara bağlıdır. O halde sağlık hizmetlerini yönetebilmek için bu ayrıntıları bilmek; öte yandan iyi yönetebilmek için hiç değilse yönetim biliminin temeli olan Fayol'un, Taylor'un bilimsel yönetim süreçlerinden başlamak gerekir. Durum analizi yapabilecek, öncelikleri saptayabilecek, planlayıp değerlendirebilecek ama sağlığın belirleyicilerini

ve ekonomik gücün dağılımına, eğitim ve kültürel yapısına, genetik yapısına, çevresel koşullara bağlıdır. O halde sağlık hizmetlerini yönetebilmek için bu ayrıntıları bilmek; öte yandan iyi yönetebilmek için hiç değilse yönetim biliminin temeli olan Fayol'un, Taylor'un bilimsel yönetim süreçlerinden başlamak gerekir. Durum analizi yapabilecek, öncelikleri saptayabilecek, planlayıp değerlendirebilecek ama sağlığın belirleyicilerini





bilen, sağığı geliştirmeyi ilke edinen yöneticilerin yetiştirildiğı bir sağık yönetimi eğıtıminden söz edebiliriz. Sonrası, uluslararası akreditasyona uygun sağık yönetimi eğıtımını ele almaktır.

Sağığın belirleyicileri

Blum, sağığı öncelikle çevrenin sonra genetik yapının, davranışların ve bakım hizmetlerinin etkilediğini ve bunların da kültür, ekolojik denge, nüfus, ekonomik ve politik sistemin etkisi altında olduğunu belirtir.⁽¹⁾ Roemer, ulusal sağık sistemlerinin belirleyicilerini ekonomik, politik ve kültürel belirleyiciler olarak değerlendirir.⁽²⁾ Toplumların sağık durumları ülkeden ülkeye ya da bölgelere, kentlere göre farklılıklar göstermektedir. Beklenen yaşam umudu için Japonya ile Türkiye arasında 10 yıl, Kenya ile 20 yıl, Nijerya ile 30 yıl fark vardır.⁽³⁾ İş sağığı açısından değerlendirdiğimizde iş kazası riski bazı ülkelerde diğerlerine göre 30 kat daha fazla olabilmektedir. NHS Health Scotland 2004 verilerine göre Glasgow'da en yoksul bölgelerde yaşayan insanların yaşam beklentisi, en zengin olanlardan 12 yıl daha kısadır. Sosyal konum ne kadar yüksekse sağık o kadar iyileşir. Hastalık nedenlerini biyolojik olarak değerlendirdiğimizde kolesterol seviyesi, sigara, tuz gibi birçok risk faktörü sayabiliriz. Bu risk faktörlerinin nedenlerine baktığımızda sosyal belirleyiciler öne çıkmaktadır. Örneğin sigarayı asıl tüketenler yoksul kesimlerdir.⁽⁴⁾ Benzer şekilde ister beklenen yaşam umudu, ister bebek ölüm hızı, ister kardiyovasküler hastalıklar açısından değerlendirelim sosyoekonomik düzey açısından iyi olmayan bölgelerde durum daha kötüdür. Sağık yönetimi

eğıtımını sadece hastane işletmeciliğine indirgemenin ne denli yanlış olduğu, sağık yöneticisinin hedefinin sağığı geliştirmek üzere odaklanması gerektiğini vurgulamak gerekir.

Yönetim

Tarihi çok eskilere dayansa da yönetim bilimi, F.Taylor'un 1911 yılında *Bilimsel Yönetim* adlı kitabı yazmasından sonra sosyal bilim olarak değerlendirilmiştir.⁽⁵⁾ Taylor'dan önce hem yönetim hem toplum sağığı açısından önemli bir isim Robert Owen 1800'lü yıllarda verimi artırmanın çalışanların sağığı ile ilişkisini gözlemlemiş ve İngiltere'de çalışma yaşının 10'a çıkarılmasını, çalışma süresinin 10,5 saate indirilmesini önce kendi işletmelerinde olmak üzere kabul ettirmiştir.⁽⁶⁾ Yönetim biliminin gelişme sürecinde çalışanların sağıkları verimi artırmak bağlamında ele alınmıştır. Önemli olan kar elde etmektir, bunun için çalışanların sağıklı olması gerekir. İş sağığı ve güvenliği konusu bu noktadan hareketle gelişmiştir. Günümüzde bile çalışanların sağık hakkını elde etmek için işverenler böyle ikna edilmeye çalışılıyorlar!

Sağık yönetimini toplumun sağık düzeyini geliştirmek için kaynakların planlanması, örgütlenmesi, hizmetin verilmesi (yönetme) ve değerlendirilmesi olarak tanımlayabiliriz. Böyle baktığımızda mikro anlamda muayenehane, poliklinik, ilaç şirketi, hastane yönetimini düşünebildiğimiz gibi makro anlamda toplum sağığı merkezi, sağık müdürlüğü, sağık bakanlığı yönetimini düşünebiliriz.

Sağık yönetimine herhangi bir işletmenin yönetimi gibi bakmak, her şeyden önce toplum sağığı açısından son derece riskli bir yaklaşımdır. İnsan yaşamına ait toplumsal uygulamaların ya da bizzat insana yönelik uygulamaların yönetildiğı ortamların, sağığı bilmeyen, sağık etiğinden habersiz yöneticiler tarafından yönetilmesi geri dönülmez hatalara yol açabilir. Öte yandan sağığı bilip bilimsel yönetim tekniklerini bilmeyenlerin de başarılı bir yönetim sürdürmeleri de düşük bir olasılıktır.



Sağlık yönetimi eğitimi

Sağlık yönetimine herhangi bir işletmenin yönetimi gibi bakmak, her şeyden önce toplum sağlığı açısından son derece riskli bir yaklaşımdır. İnsan yaşamına ait toplumsal uygulamaların ya da bizzat insana yönelik uygulamaların yönetildiği ortamların, sağlığı bilmeyen, sağlık etiğinden habersiz yöneticiler tarafından yönetilmesi geri dönülmez hatalara yol açabilir. Öte yandan sağlığı bilip bilimsel yönetim tekniklerini bilmeyenlerin de başarılı bir yönetim sürdürmeleri de düşük bir olasılıktır. Toplum sağlık yönetimi, özellikleri çok farklı olan (toplumsal analizlerin yapıldığı, kar değil toplumsal yararın ön planda olduğu) ve son derece önemli bir yönetim tarzıdır. Dolayısıyla sağlık yöneticileri yetiştirmek üzere ayrı bir sağlık yönetimi eğitiminin gerekliliği açıktır.

Klasik bilgiler, sağlık yönetimi eğitiminin hem ABD’de hem Türkiye’de daha çok hastane yönetimi tarzında başladığı şeklindedir. Temel Sağlık Hizmetleri anlamındaki sağlık yönetimi, ağırlıklı olarak halk sağlığı eğitimi almış olanlara bırakılmıştır. Oysa toplum sağlığını düşündüğümüzde hangi konuda hangi düzeyde olursa olsun bütün sağlık yöneticilerin sağlık yönetimi eğitimi almış olmaları gerekir. Sağlık yönetimi eğitimi yukardaki bilgiler ışığında işletme ağırlıklı değil, hem işletme konularını, hem de biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleriyle sağlık konularını içermelidir.

Sağlık yönetimi ön lisans eğitimi

İki yıllık meslek yüksekokullarında veya sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarında eğitimini sürdüren “sağlık kurumları

işletmeciliği” programlarının tam olarak sağlık yönetimini kapsamı mümkün değildir. İki yılda hangi alanlarda yetkin sağlık elemanları yetiştirilecekse ona uygun programlar açılmalıdır.

Ön lisans, eğitimi yöneticiden çok yönetim sürecinde görev alacak becerisi yüksek elemanlar yetiştirmeyi amaçlamalıdır. Bu anlamda ön lisans eğitimi sağlık kurumları işletmeciliği adıyla değil; sağlık hizmetlerinde muhasebe, sağlık hizmetlerinde pazarlama, sağlık hizmetlerinde lojistik gibi uzmanlık alanlarında yapılmalıdır. Doğal olarak eğitimi verenlerin bu alanlarda sektör deneyimli olmalarında büyük yarar vardır.

Sağlık yönetimi lisans eğitimi

Tarihsel sırayla gidilirse ilk sağlık yönetimi eğitimi, hastane yönetimi olarak 1914’te Chicago Üniversitesinde başlamıştır. 1948’de hastane yönetimi programlarına rehberlik etmek üzere Association of University Programs in Hospital Administration (AUPHA) kurulmuştur. 1959’da Almanya’da Hastane Enstitüsü, 1963’de Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, 1968’de bir akreditasyon kurumu Commission of Accreditation Health Management Education (CAHME), 1975’de Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, 1996’da Ankara, Marmara ve Başkent Üniversiteleri Sağlık Yönetimi Bölümleri, 2007’de Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü kurulmuş ve ardından sağlık yönetimi bölüm sayıları hızla artarak 2011’de 14, 2013’te 28’e ulaşmıştır. Önümüzdeki akademik dönemde 20 üniversitede daha bu programın açılması beklenmektedir. Sağlık yönetimi bölümü olan üniversiteler Hacettepe, Ankara,

Başkent, Marmara, Okan, Cumhuriyet, Selçuk, Süleyman Demirel, Bilim, Yeni-yüzyıl, Acıbadem, Dicle, Lefke Avrupa, İstanbul, Kırıkkale, Sütçü İmam, Yakın Doğu, Namık Kemal, Gümüşhane, Medipol, Üsküdar ve diğerleridir.

Sağlık yönetimi mezunlarına ihtiyaç olduğu kesin olmakla birlikte aniden bu denli çok sayıda mezun vermenin mezunlar grubunda işsizlik yaratacağı açıktır. Sağlık sektöründe çalışanların ağırlıklı olarak sağlık yönetimi mezunu olmaları uzun bir süreç gerektirir. Bu nedenle programların planlı olarak açılmasında yarar vardır.

Sağlık yönetimi eğitiminin kalitesi

Öncelikle fizik koşulları uygun, bilgiye rahat ulaşılabilen binalarda, yetkin öğretim üyelerinin olduğu kadroyla eğitim verilmesi ve müfredatların sağlık yöneticisinde olmazsa olmaz bilgi ve donanım kazandıracağı tarzda olması gerekir. Burada uluslararası akreditasyon kuruluşları, ülkemizde ve yurt dışında sağlık yönetimi eğitimi uzun yıllardır veren üniversitelerin müfredatları yol gösterici olacaktır.

Öncelikle yeterli altyapıyla ve sağlık yöneticisi olma isteğiyle gelmiş öğrenciler ile sağlık sektörünü bilen, çeşitli eğitim yöntem ve tekniklerini uygulayabilen yetkin öğretim üyeleri gerekir.

Commission of Accreditation Health Management Education (CAHME)’a göre⁽⁷⁾ akreditasyon için gerekli önkoşullar şunlardır: Kaliteyi ön planda tutacak eğitime uygun misyon, vizyon ve değerler; bir master programının önceli olması; 120 saatlik bir staj; bu eğitimin sağlanması için gerekli teknolojik ve fiziksel koşullar ile donanımlı bir kütüphane/veya erişim olmalıdır.

- Program Misyonu, Değerleri, Vizyonu, Hedefleri ve Destek: Gözlemlenebilir ve ölçülebilir amaçlar, hedefler ve performans çıktıları oluşturulmalıdır.
- Program, mezunlar için bir yetkinlik seti (olmazsa olmaz bilgi, beceri, tutum ve davranışlar - öğrenim çıktıları) belirlemelidir.
- Yeterli mali ve idari desteğe sahip olmalıdır.
- Üniversite politikaları; öğretim gelişimi, araştırma ve / veya burs ve hizmetler için zaman ve destek sağlamalıdır.
- Üniversite kampüsü yeterli olmalıdır (Kütüphane ve / veya bilgi kaynaklarına erişim, Bilgisayar teknolojisi ve uygun yönetim yazılımı, uygun sınıf ve diğer öğrenme alanı)
- Programın lideri, programın bütünlüğünü sağlayacak yetkiye sahip olmalıdır.

Program; müfredat, eğitim ve değerlendirme yöntemlerinin temelini oluşturan yetkinlikler ile ilgili tam ve doğru bilgiyi öğrencilerine; programla ilgili genel bilgileri ise kamuya sunmalıdır. Program, nitelikli öğrenciler kabul etmek için kriterlere sahip olmalıdır.

Program, bazı karar verme aşamalarına öğrencileri, mezunları ve uygulayıcıları da katmalıdır. Mezunların program hedefleri ile tutarlı kariyerler oluşturup oluşturmadıkları izlenerek programın değerlendirilmesi yapıyor olmalıdır.

Programda öğrenim hedefleri belirlenmelidir. Sektördeki güncel gelişmeler takip edilerek ders içerikleri yenilenebilir olmalıdır. Sağlık profesyonelleri ile etkileşim içinde öğrencilere deneyimler sunulmalıdır.

Müfredat içeriği

1. Toplum sağlığı ve durum değerlendirme
2. Sağlıkta politika oluşturma, uygulama ve değerlendirme
3. Örgüt geliştirme / örgütsel davranış teori ve uygulaması
4. Yönetim ve sağlık örgütlerinin değerlendirme ve yeniden tasarımı da dahil olmak üzere yapısal analizi,
5. Operasyonel değerlendirme ve iyileştirme
6. İnsan kaynakları ve sağlık profesyonellerinin yönetimi
7. Bilgi sistemleri yönetimi ve değerlendirme
8. Hukuk ilkeleri geliştirme, uygulama ve değerlendirme
9. Yönetim: yapısı, rolleri, sorumlulukları ve liderliğe uyum
10. Liderlik: vizyon, değişim yönetimi ve takım geliştirme
11. Yazılı, sözlü ve kişilerarası iletişim becerileri
12. İstatistiksel analiz ve uygulama
13. Ekonomik analiz ve karar verme uygulamaları
14. Piyasa analizi, araştırma ve değerlendirme
15. Finansal analiz ve yönetimi
16. İş Etiği ve klinik karar verme
17. Strateji oluşturma ve uygulama
18. Hasta bakımı gelişimi için kalite değerlendirmesi
19. Profesyonel beceri geliştirme

AUPMA'dan ekler⁽⁸⁾:

Uygun eğitim yöntem ve tekniklerinin kullanılması (eğitici eğitimi), öğrencinin mesleki derslerden önce iletişim, sayısal beceriler (matematik ve nicel), eleştirel

düşünme (sorunları analiz yeteneği), toplumsal ve kültürel bağlam (tarihi, felsefi, sosyal, kültürel, ekonomik, siyasi ve bilimsel temeller) konularında dersler alması yararlı olacaktır. Sağlık hukuku, sağlık hizmetleri pazarlaması, epidemiyoloji, ulusal ve diğer sağlık sistemleri dersleri de AUPHA'nın önerdiği diğer derslerdir.

Uygulamalı ve bütünleştirici öğrenme

Program, öğrencilerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin yanı sıra alan uygulamalarında yönetim yetkinlikleri gösterebilmeleri sağlamalıdır. Öğrenciler için, takım faaliyetlerinde bulunabilecekleri fırsatlar sunulmalıdır.

Program ve onun diğer akademik birimlerle olan ilişkisi, öğrencilerin üniversite boyunca akademik kaynaklardan rahatça faydalanmalarını sağlamalıdır. Program, çeşitli sağlık yönetimi işverenleri ile etkin çalışma ilişkilerine sahip olmalı ve uygulamayı programın eğitim ve kariyer rehberliğine entegre etmelidir.

Öğretim üyelerinin katkısı, katılımı ve niteliklerinin programın misyonunu gerçekleştirmek için yeterli olduğunu temin etmelidir. Öğretim üyelerinin işe alımında ve öğretim ihtiyaçlarının tanımlanmasında program öğretim üyeleri görev almalıdır.

AUPHA, 150'den az öğrencisi olanlar için en az iki öğretim üyesi, öğrenciler için danışmanlık sistemi, mezunların katkısı (dernek vd.), program danışma kurulu, sağlık sektörüyle işbirliği, staj zorunluluğu ve Ders izleğinin hazırlanmış ve sunulmuş olmasını önermektedir.

Önkoşul dersler: İletişim (yazılı ve sözlü), sayısal beceriler (matematik ve nicel), eleştirel düşünme (sorunları analiz yeteneği), toplumsal ve kültürel bağlam (tarihi, felsefi, sosyal, kültürel, ekonomik, siyasi ve bilimsel temeller) dersleri önerilmektedir.

Sağlık yönetimi yüksek lisans eğitimi

Yüksek lisans eğitimlerinde de lisansta bahsedilen akreditasyon ve deneyimler önemlidir. İki amaçla bu eğitim verilir. Mezuniyet sonrası eğitim kapsamında sağlık sektöründe yönetici olarak çalışanlara veya çalışmak isteyenlere yönelik tezsiz yüksek lisans programı ile akademik anlamda kendini yetiştirmek ve doktora programına hazırlık olarak tezli yüksek lisans programı olmak üzere iki amaçla yüksek lisans eğitimleri verilmektedir.

ABD'de Georgetown⁽⁹⁾ ve Southern

Indiana⁽¹⁰⁾ gibi üniversitelerinde ve ülkemizin sağlık yönetimi lisans programları da olan yüksek lisans programlarının birçoğunda biyoistatistik, epidemiyoloji, sağlık politikaları, sağlık yönetimi ve organizasyonu, sağlık hizmetlerinde finans, insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, sağlık ekonomisi, sağlık hukuku, stratejik yönetim gibi dersler bulunmaktadır. Sağlık yönetimi lisans bölümü olmayan üniversitelerin çoğunda ise sağlık yönetimi adı var olmasına karşın içerik işletme yüksek lisans programıyla hemen aynıdır. CAHME'nin yüksek lisans eğitimi konusunda da bir elkitabı (Self Study Handbook for Graduate Programs in Healthcare Management Education) bulunmaktadır.

Sağlık yönetimi doktora eğitimi

Ülkemizde sadece Ankara, Başkent, Hacettepe, İstanbul, Marmara ve Okan Üniversitelerinde yürütülen doktora programları çok sayıda açılan yüksek lisans programlarına akademisyen yetiştirmek anlamında çok önem kazanmıştır.

Lisans ve özellikle yüksek lisans eğitiminde beceri yanında sorunları analiz edebilen, çözüm yolları üretebilen donanımlı yöneticiler yetiştirmek hedeflenmelidir. Böyle olunca hem sağlığı ve sağlık politikalarını bilen ve hem de işletme donanımına sahip, toplumsal sorunlara duyarlı, sorunlara çözüm yolları önerebilecek analiz ve sentez yeteneği olan, uluslararası gelişmeleri takip edebilecek yöneticiler yetiştirmek gerekir.

Ülkemizde sağlık yönetimi bölümlerinin akredite olacak bir yaklaşımla müfredatlarını oluşturmaları ve sağlık sektörü içinden oluşturacakları danışma kurulları ile sürekli güncellemeleri sağlık sektörü insan gücünün kalitesini artıracaktır.

Kaynaklar

- 1) Kavuncubaşı Ş. (2000) "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi", Ankara, Siyasal Kitabevi.
- 2) Sargutan E. (2006) "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri", Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 3) <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html> (Erişim tarihi: 14.05.2013)
- 4) Marmot M, Wilkinson R.G.(2006) "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri"(çeviri editörleri Kayı İ, Yasin Y.), İNSEV yayınları,
- 5) Eren E. (2011)"Yönetim ve Organizasyon" Beta Yayınevi.
- 6) Bilir N, Yıldız A.N. (2004)"İş Sağlığı ve Güvenliği", Hacettepe Üniversitesi Yayınları
- 7) www.cahme.org (Erişim tarihi: 14.05.2013)
- 8) www.aupha.org/14a/pages/index.cfm (Erişim tarihi: 14.05.2013).
- 9) www.georgetown.edu (Erişim tarihi: 10.05.2013)
- 10) <http://www.usi.edu/> (Erişim tarihi: 10.05.2013)

Tıbbi dokümantasyon ve tıbbi sekreterlik mesleğinin gelişimi ve eğitimi

Aytül Nurdan Yavuz Yılmaz



1993 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi'ni bitirdi. 1995 yılında İstanbul Üniversitesi'nde Pedagojik Formasyon eğitimi aldı. Uzun yıllar özel sektörde üst düzey yöneticilikte bulundu. Farklı zamanlarda, değişik üniversitelerde ders verdi. Eylül 2011 tarihinden beri Acıbadem Üniversitesi'nde Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Program Danışmanı ve Öğretim Görevlisi olarak görevini sürdürmektedir.

Yrd. Doç. Dr. Gülfer Bektaş



İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi'nde Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Yüksek Lisans ve Doktora programını tamamlamıştır. MÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 1997-2011 yılları arasında Sağlık Yönetimi Bölümünde Öğretim Üyesi olarak görev yapmıştır. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik" Özel İhtisas Komisyonu Üyeliği'nde bulunmuştur. Halen Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Doç. Dr. Arzu İrban



1996 yılında İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İngilizce Tıp Bölümü'nden mezun oldu. 2002 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Anestezi ve Reanimasyon uzmanı olduktan sonra Marmara Üniversitesi Hastanesi'nde, ardından da Marmara Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü'nde Anestezi ve Reanimasyon Klinik sorumlusu olarak çalıştı. Ocak 2010'da Anestezi Doçenti, Nisan 2011'de Algoloji Uzmanı olan Dr. İrban, halen Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık; "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlanırken,⁽¹⁾ insanları hastalıklardan korumak, hastalandıkları zaman tedavi etmek ve tedaviden sonra tekrar hastalanmalarını önleyebilmek için yapılan faaliyetler ise *sağlık hizmetleri* olarak adlandırılmaktadır. *Sağlık insan gücü* ise, hizmet sunumunda sektörün en önemli kaynaklarından biridir ve her türlü sağlık hizmetini üreten personeli kapsamaktadır. Eskiden bir tek hekim tarafından yerine getirilen sağlık hizmetleri günümüzde çok çeşitli meslek gruplarından oluşan bir ekip hizmeti şeklini almıştır. Bu ekipte görev yapan meslek gruplarından herhangi birinin eksikliğinde veya verimli çalışmaması halinde sağlık hizmetlerinde aksaklık meydana gelmektedir.

Etkili bir sağlık hizmeti sunabilmek için uygun fiziki şartlara ihtiyaç olmakla birlikte; bu hizmetlerin sunumunda ve değişen ihtiyaçlara göre sürdürülebilmesinde en önemli güç olan, sağlığa ilişkin eğitim görmüş olan sağlık çalışanları, tarihin her döneminde yapılan işin temel unsuru ve belirleyicisi olmuştur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde amaçlanan hedeflere ulaşılabilmesi için, temel girdi olan insan faktörünün verimli bir şekilde kullanılabilmesi gerekmektedir.⁽¹⁾ İnsan gücünün verimli kullanılması ise iyi bir planlamadan geçer. İhtiyaç duyulan iş gücünü belirlemek ve belirlenen hedeflere ulaşmak, planlamanın ana şartıdır. Planlamanın başarılı olabilmesi de uygulanabilirliğiyle doğru orantılıdır.

Çağımızda özellikle sağlık kurum ve kuruluşlarının faaliyetlerinin planlanması, eşgüdüm ve denetiminin sağlanması, yönetimi, kurum ve kuruluşların kendi çevrelerinden ve alt sistemlerinden elde

edecekleri bilgilerin niteliğine ve bunların değerlendirilmesine bağlıdır. Gerekli bilgilere ulaşabilme, sağlık kurum ve kuruluşlarında her tür bilginin kaydını ve saklanması gerektirir.^(2,3) Bunun sonucu olarak tıbbi dokümantasyon kavramı sağlık hizmetleri sunumu kapsamında değerlendirilmeye başlanmış ve sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası haline gelmiştir.

Tıbbi doküman, tıbbi dokümantasyon ve önemi

İnsanların her alanda yapmış oldukları çalışmalar sonucunda elde ettikleri bilgileri kaydettikleri görsel, işitsel, basılı, yazılı, çizili kısaca elle tutulup, gözle görülebilen kayıtlara genel anlamda doküman denir. Uluslararası Dokümantasyon Federasyonu tarafından yapılan tanıma göre "Dokümantasyon; doküman veya dokümanda kayıtlı bilgilerin top-

Tıbbi sekreterler, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların tüm birimlerinde görev alırlar. Üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri, sağlık ocakları, özel hastane ve klinikler, özel muayenehaneler, tıbbi yazılım şirketleri, medikal malzeme satış ve tanıtım firmaları, ilaç tanıtım firmaları, ambulans şirketleri, sigorta şirketleri ve sağlık alanında hizmet veren tüm kuruluşlarda, tıbbi sekreter, arşivci, istatistik memuru olarak çalışabilirler.

lanması, derlenmesi, analiz edilmesi, düzenlenmesi, işlenmesi, saklanması ve gereği halinde tekrar kullanıma sunulması işlemlerinin tümü"dür.⁽⁴⁾ İnsan sağlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir şekilde kapsayan belgelere *tıbbi doküman*, bu belgelerin bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, yeniden düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin tümüne de *tıbbi dokümantasyon* adı verilmektedir.^(5, 6) Herhangi bir alanda yapılan çalışmalar sonucunda üretilen bilgiler, dokümanlara aktarıldıkları için unutulmamakta, üretilen dönemden günümüze ve geleceğe bilgi aktarımı yapılmaktadır. Geçmiş ile gelecek arasında, eski bilgilerin üzerine yenilerinin eklenmesiyle birlikte, insanlığın gelişmesine ve değişmesine katkı sağlanmaktadır. Özellikle bilim ile ilgilenen araştırmacıların, kendinden önceki zamanı da araştırmak istemesi, ne tür çalışmaların yapıldığı yapılmadığını ve içeriğinin ne olduğunu öğrenme gayreti ve konuya uygun bilimsel teknikler ve bu tekniklere uygun araştırma yapması dokümanların önemini ortaya koymaktadır. Zamanımızdaki bilgi yığını ve kargaşası düşünüldüğü zaman dokümantasyonun önemi anlaşılmaktadır. Araştırmacıların bilgilere kolaylıkla ulaşmasına, incelemesine, toplamasına ve değerlendirmesine yardımcı olmakta, ortaya çıkan bilgiyi sonradan tekrar kullanılmak üzere saklanmasını sağlamaktadır.



Günümüzde dokümantasyon, bilim ile ilgilenen insanlara yardımcı olduğu kadar, kaliteli hizmet vermek isteyen tüm kuruluşlara yönetim aşamalarında da yardımcı olmaktadır. Tıbbi dokümanlarda birey ve toplum sağlığı ile ilgili her türlü bilgi kaydedilip saklandığı için, daha sonra yapılabilecek tüm tıbbi araştırmalar için bu bilgiler kaynak niteliği taşıyacaktır. Ayrıca bu bilgiler, sağlık hizmetleri dışında iş kazaları, trafik kazaları gibi durumlarda sigorta, tazminat işlemleri ve adli tıp ile ilgili işlemlerde de resmi belge olarak kullanılabilir.

Hasta hakları kapsamında değerlendirildiğinde ise; hastaların kişisel özlük haklarının korunması ve hastaya ait bilgilerin mahremiyeti nedeniyle tıbbi dokümanların korunması ve saklanması çok önemlidir. Hasta dosyaları tedavinin gidişatını göstermesi açısından çok önemlidir. Tüm bunların yanı sıra sağlık hizmetlerinde doğru bilgilerin düzenli toplanıp zamanında ilgililere iletilmesi yönünden tıbbi dokümantasyon sistemi sağlık yönetim kademesinde yöneticilerin karar almasında, personelin istihdamı ve eğitiminde; hastaya verilen hizmetin değerlendirilmesinde ve kalitesinin artırılmasında kuşkusuzdur ki büyük bir önem arz etmektedir.⁽⁴⁾

Tıbbi dokümantasyonun sürecine bakış

Tıbbi dokümanların tarihçesi çok eski zamanlara kadar gitmektedir. İlk çağlardan bugüne kadar tıp tarihini aydınlatan belge ve bilgiler, aynı zamanda tıbbi dokümanların da bilinen ilk örnekleridir. Geçmişteki işlemler ve tedaviler bugüne kadar kalabilen çizimlerden, hikâyelerden, eski belgelerden öğrenilmiştir. İlk çağlardan bu yana hasta bakımı ve tedavisiyle uğraşan kişiler

çalışmalarını, hasta ve yaralılarına uyguladıkları tedavi metotlarına ait belgeleri, çeşitli yazı biçimleriyle ifade etmişler; kendilerinden sonra gelenlerin biriken bilgiden faydalanmasını sağlamışlardır.⁽⁴⁾ Yıllar içerisinde tıbbın gelişmesine paralel olarak belge tutma ihtiyacı giderek önem kazanmıştır. Eski dokümanlar, yeni kuşakların bu bilgilerden yararlanmasında yeni tekniklerin geliştirilmesine yardım etmişlerdir.⁽⁷⁾

Sağlıkla ilgili ilk kayıtlara, MÖ 2100 yılında Sümerlilerin dini başkenti olan Nippur'da bulunan çok sayıda çivi yazılı kil tabletlerde rastlanmıştır.⁽⁸⁾ Bugün bilinen anlamdaki ilk hastane, Fransa'da ortaçağda kurulan ve "*Tanrının evi*" anlamına gelen Hotel Di'eu'dur. Ortaçağda Londra'da kurulan St. Bartholomew's Hospital, hem hasta kayıtları tutması ve saklaması, hem de bir tıp kütüphanesi kurması bakımından öncü hastanelerden birisidir.⁽⁷⁾

Bir grup doktorun 1847'de Amerikan Tıp Derneği'ni (American Medical Association-AMA) ve 1848'de de Amerikan Hastaneler Derneği'ni (American Hospital Association-AHA) kurması, hastaneleri, daha nitelikli bakım ve hizmet verebilmesi ve tıp eğitiminin daha nitelikli bir hale getirilebilmesi için çalışmalar yapılmasına yönelmiştir. 1902'de AHA'nın bir kongresinde hastanelerde ilk defa hastaların kayıtlarının ve dosyalarının nitelikli, sağlam ve standart tutulmamasıyla ilgili sorunlar tartışılmıştır.⁽⁴⁻⁷⁾ AMA'nın 1913 yılındaki kongresinde, Amerikan Cerrahlar Birliği'nin (American College of Surgeons - ACS) kurulmasındaki amaç, hastane standardizasyonunu geliştirerek, hasta bakımını iyileştirmek ve yükseltmek olarak belirtilmiştir.

Hastaneler için minimum standartların oluşturulmasından sonra, kalitenin



Günümüzde uluslararası seviyeye açılan Türk tıp sisteminde, yabancı dilde iletişim kurabilen, hastalık ve ameliyatları ICD (International Classification Of Diseases) sistemi ile kodlayabilen, tıbbi terminolojiye hâkim, anatomi, bilgisayar bilgileri ile donatılmış sekreterlere duyulan ihtiyaç çok yüksektir.

giderek yükseldiği izlenmiştir. ACS'nin 1917'de hastanelerin iyileştirilmesi için oluşturduğu Hastane Standardizasyon Programı'nın 1919'da yayımlanması ve standartların oluşturulabilmesi için gereken bilgilerin tamamının tıbbi kayıtlardan elde edilmesi AHA ve AMA'nın dikkatlerini tekrar tıbbi dokümanların standartlara uygun olarak tutulabilmesine çekmiştir.^(4, 5) 1920'lerden sonra, sağlık kuruluşlarında tutulan sağlık kayıtları yetersiz bulunduğu için daha detaylandırılarak, her hasta için bir dosya tutulması işlemine başlanmıştır. Bu dönemde bazı hastanelerin, birbirine benzer hastalık ve tedavilerin kayıtlarını, öğrenme süreçlerine yardım etmesine yönelik olarak birlikte tuttıkları, ayrıca genel bir sınıflandırma için hastanelerde hastalık ve tedavilerin indekslemeye başlandığı izlenmiştir.

Gelişmeler, hastalıkların uluslararası bir sınıflandırma listesi ile birlikte aynı hastalık numaraları kullanılarak kodlanması sürecinin başlangıcını oluşturmuştur.^(5, 7) Daktiloların ortaya çıkışı ile hasta kayıtları daktilo edilmeye başlanmıştır. 1930'lu yıllardan sonra hasta kayıtlarında fiziksel muayene sonuçlarına ek olarak, hastanın soy geçmişi, özgeçmişi, ameliyat sonuçları gibi bazı verilerin de alınarak kişilerin doğumundan ölümüne kadar oldukça uzun bir dönemi kapsayacak şekilde biriktirilmeye başlandığı ifade edilmektedir.⁽⁴⁾

1952'de ACS, dört profesyonel örgütle birleşerek Joint Commission on Accreditation of Hospitals'ı (JCAH) kurmuştur. JCAH'ın Amerika'da hastaneleri akredite eden bir kurum olarak ortaya çıkması, tıbbi kayıtların gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Tıbbi kayıtlar olarak adlandırılan hasta, temsilci ve müşteri

kayıtlarını JCAH'ın belirlediği standartlarda hazırlayamayan sağlık kuruluşlarının akredite edilmemesi, tıbbi kayıtları temel standart haline getirmiştir.^(5, 7, 8, 9)

1912 yılında 5 kişiden oluşan bir grup, Massachusetts General Hospital'da klinik kayıtları gözden geçirmek ve kontrol etmek için çalışmaya başlamıştır. Ekibin üyelerinden birisi olan Grace Whiting Myers'in, tıbbi dokümanlarla ilgili olarak çalışanları 8-12 Ekim 1928 tarihinde Boston'da bir araya getirmeyi başarması, ilk resmi meslek kurumu olan "Association of Record Librarians of North America (ARLNA)"nın kurulmasını sağlamıştır. Mrs. Myers'in örgütün ilk başkanı seçilerek; misyonlarının tüm sağlık kurumlarındaki kayıt niteliğinin yükseltilmesi ve standartlaştırılması olduğunu vurgulamıştır. Bu meslek kuruluşunun ismi 1991 yılında "American Health Information Management Association" (AHIMA) olarak değiştirilmiştir.^(5, 7, 8, 9)

Tıbbi sekreter

Her sektörün kendine ait bir lisansı, deyimleri ve terimleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde de enformasyon, yazışma ve dosyalama için gerekli özenin mutlak gösterilmesi gerekir. Sağlık sektöründe yeni uygulamaların başlamasıyla, işlerin daha etkin ve verimli olabilmesi için niteliksiz eleman yerine; yapılan işlerin eğitimini almış kişilerin görevlendirilmesi, çalışmaların daha düzenli, eksiksiz ve hızlı yürütülmesini sağlayacaktır. Daha önce sağlık sektöründe bu işleri sağlık memuru, ebe, hemşire, doktor gibi gerçekte görevleri bu iş olmayan sağlık çalışanları yapmaktaydı. Bu da zaman zaman hizmet sunumunda aksamalara neden olmaktaydı. Uzmanlaşma sonucu

ortaya çıkan *tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik* mesleği işlerin daha sistematik gitmesini sağlamıştır.

Tıbbi sekreter; sağlık kurum ve kuruluşlarında evrak, rapor, hasta işlemleri, istatistik ve kodlama, yazışma ve arşiv hizmetlerini yürüten, tıbbi bilgileri toplayıp, tıbbi dokümana dönüştürme bilgi ve becerisine sahip olan nitelikli sağlık personelidir.

Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü'nün meslek tanımlarında ise, tıbbi sekreter, 4222.05 numaralı meslek koduyla şöyle tanımlanmıştır:

I. Tıbbi sekreter; kendi başına ve belli bir süre içerisinde, hastaların muayeneye hazırlık kabul ve dosya işlemlerini yapma ile tıbbi, idari ve istatistiki dokümanları hazırlama bilgi ve becerisine sahip nitelikli kişidir.

II. Tıbbi sekreterin görevleri ise şöyle sıralanmıştır: İşletmenin genel çalışma prensipleri doğrultusunda, araç, gereç ve ekipmanları etkin bir şekilde kullanarak, işçi sağlığı, iş güvenliği ve çevre koruma düzenlemelerine ve mesleğin verimlilik ve kalite gerekliliklerine uygun olarak;

- Büro ekipmanlarını kullanıma hazır hale getirmek
- Haberleşme kayıtları tutmak
- Hastaların muayeneye hazırlık ve kabul işlemlerini yapmak
- Yatak imkânı bulunan hastanelerde hasta yatış evrakları hazırlamak
- Hasta yakınları ile irtibat sağlamak
- Hastaların yatırılmasını sağlamak ve hasta çıkış evraklarını hazırlamak gibi işlemleri yapmak

- Hasta dosyası işlemlerini yapmak
 - Dokümanları yazmak
 - Dokümanların onaylanmasını, kayıt defterine işlenmesini ve ilgililere ulaştırılmasını sağlamak
 - Dokümanları dosyalarına yerleştirmek
 - Hastalık tanımlarını kodlamak
 - Tanı kartlarını kodlamak ve tasnif etmek
 - Periyodik İstatistik formlarını doldurmak ve ilgili yerlere ulaşmalarını sağlamak vb. görev ve işlemleri yerine getirir.
- İyi donanımlı bir tıbbi sekreterde aranan özellikler ise şunlardır:
- Ayrıntıları algılayabilme
 - Dikkatli, düzenli olma
 - Mesleki etiğe sahip olma
 - Temiz, titiz ve bakımlı olma
 - Sorumluluk sahibi olma
 - Zamanı iyi değerlendirebilme
 - Problemleri kendi başına çözebilme
 - Bir işi planlama ve organize etme yeteneğine sahip olmak
 - Sabırlı ve insanlarla rahat iletişim kurabilmek
 - Kapalı ortamlarda çalışmaya uygun olmak
 - Ahlaki değerlere sahip olmak
 - Ekip çalışma ruhuna sahip olmak
 - İş disiplinine sahip olmak
 - İnsanlara yardım etmekten hoşlanmak
 - Güler yüzlü ve sevecen olmak
 - Hızlı ve doğru karar verebilmek
 - Sır saklamayı bilmek ve güvenilir olmak
 - Yeniliklere ve teknolojik gelişmelere açık olmak
 - Bedenen ve ruhen sağlıklı kişiler olmak.

Tıbbi sekreterler, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşların tüm birimlerinde görev alırlar. Hastane personeli, hastalar ve hasta yakınları ile iletişim içerisinde çalışırlar. Üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri, sağlık ocakları, özel hastane ve klinikler, özel muayenehaneler, tıbbi yazılım şirketleri, medikal malzeme satış ve tanıtım firmaları, ilaç tanıtım firmaları, ambulans şirketleri, sigorta şirketleri ve sağlık alanında hizmet veren tüm kuruluşlarda, tıbbi sekreter, arşivci, istatistik memuru olarak çalışabilirler. Günümüzde uluslararası seviyeye açılan Türk tıp sisteminde, yabancı dilde iletişim kurabilen, hastalık ve ameliyatları ICD (International Classification Of Diseases) sistemi ile kodlayabilen, tıbbi terminolojiye hâkim, anatomi, bilgisayar bilgileri ile donatılmış sekreterlere duyulan ihtiyaç çok yüksektir.

Türkiye’de tıbbi sekreterlik mesleği, 1980’li yılların öncesine dayanmaktadır. Bu mesleğin eğitimi; üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarının

“Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik” bölümü ve sağlık meslek liselerinin “Tıbbi Sekreterlik” bölümlerinde verilmektedir.

1974 yılında açılan Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu’nun 5 bölümünden biri olarak yer alan Tıbbi Sekreterlik bölümünde, Türkiye’deki ilk tıbbi sekreterlik eğitimi verilmiştir. 1974-1975 yılları arasında 34 tıbbi sekreterlik öğrencisi ile eğitim veren bölüm ve okulun diğer bölümleri aynı yıl üniversite tarafından kapatılmıştır. Bölümde okuyan 14 birinci sınıf öğrencisi; aynı yıl dört yıllık lisans eğitimi vermek için açılan “Hastane İdaresi Yüksekokulu’na aktarılmış ve 2. sınıftan başlatılarak bu okulun ilk öğrencilerini oluşturmuşlardır. Türkiye’de ilk Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı 2547 sayılı YÖK Kanununun 7. Madde (d) fıkrası uyarınca 7.2.1985 tarih ve 85.12.153 sayılı kararla 7 programlı olarak açılan Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu içerisinde iki yıllık bir program olarak yer almış; aynı yıl Prof. Dr. Adil Artukoğlu okula Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programından sorumlu Öğretim Üyesi ve Bölüm Başkanı olarak atanmış, Türkiye’de tıbbi dokümantasyon alanında bilimsel eğitim ve çalışmalar yapan ilk kişi olmuştur.⁽⁷⁾

Sağlık enformasyon ve dokümantasyon hizmetlerinin istenilen düzeyde yürütülmesi ve sağlık hizmetlerinde verimliliğin artması amacıyla sağlık meslek liselerinin var olan bölümlerine ek olarak, makamın 25.02.1994 tarih ve 1412 sayılı onayı ile “Tıbbi Sekreterlik” bölümü açılmış ve 1994-1995 öğretim yılında 22 okulda eğitim öğretime başlamıştır. 1997-2007 tarihleri arasında toplam 24.390 mezun verilmiştir.⁽⁶⁾ Sağlık meslek liselerinin tıbbi sekreterlik bölümünden mezun olanlar “Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik” ön lisans programına sınavsız geçiş için başvurabilirler. “Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik” programını bitirenler ÖSYM tarafından yapılan Dikey Geçiş Sınavında (DGS) başarılı oldukları takdirde;⁽¹⁰⁾

- Sağlık İdaresi
- Sağlık Kurumları İşletmeciliği lisans programına dikey geçiş yapabilirler.

Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programını bitirenlere Ön Lisans diploması ve YÖK Yürütme Kurulu’nun 27.07.1999 tarih ve 92.26.698 sayılı karar gereğince sağlık teknikeri (tıbbi sekreter) unvanı verilir. 2011 yılı itibarıyla 59 üniversitede, 62 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’nda eğitim süresi 2 yıl olan tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı yer almaktadır.⁽¹⁰⁾

Ülkemizde sağlık hizmetleri, ulusal ve uluslararası hizmet sektörü olarak Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) standartlarını kapsamaktadır. Bu sektörde yetişen

nitelikli eğitim almış sağlık çalışanları, Avrupa Birliği normlarına göre serbest dolaşım hakkı kazanmış çok az sayıdaki profesyonel sektörden birisidir. Ülkemizdeki sağlık çalışanları, ihtiyaç duyulduğunda dünyanın her yerinde, özellikle Avrupa’da istihdam edilecek nitelikleri fazlasıyla taşımaktadır. Sağlık sistemimizde kurumsal bir reform süreci yaşanmaktadır. Bu konuda rekabeti artıracak, istihdamı gerçekleştirecek, nicel olarak yeterli, nitelik olarak hayat boyu öğrenmeyi benimsemiş, toplam kalite mantığı ile çalışan sağlık personeli olacaktır. Üniversitelerde bu kurumların personel ihtiyacına cevap verecek nitelikli sağlık personeli yetiştirmek amaçlanmaktadır. İnsan yaşamı devam ettiği müddetçe bu sektördeki hizmetlere sürekli ihtiyaç olacaktır. Bu da ancak dünya standartlarına uyum sağlayabilecek mesleki eğitim ile mümkün olacaktır.

Günümüzde tıbbi kayıtları tutacak, arşivleyecek ve gerekli durumlarda kullanıcının hizmetine sunacak kişilerde, özel beceri ve yetenekleri geliştiren eğitim almış olma şartı aranmaktadır. Sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın artması, kayıt işlemleri ve doküman yükünü de beraberinde getirmektedir. Bundan dolayı tıbbi sekreterlik mesleği sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanmıştır.

Sonuç olarak, tıbbi dokümantasyon ve tıbbi sekreterlik programında yetiştirilen elemanların sağlık hizmeti sunumunda rol alması; beraberinde, geçmişten günümüze verilerin kontrol altına alınması ve saklanmasına, tıp biliminin ilerlemesine ve sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite artışına katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1) Bektaş G. Sağlık İnsan Gücü Planlaması. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2002; 22-32.

2) Artukoğlu A. Hasta Dosyaları Arşivinin Başlıca Unsurları. Hastane İdareciliği Dergisi 1968; 4:14-16.

3) Artukoğlu A. Hasta Dosyalarının Kapsamı. Hastane İdareciliği Dergisi 1968; 5:12-15.

4) MEM, Sağlık Daire Başkanlığı, Tıbbi Sekreterlik Modülü, Ankara 2011

5) Abdelhak M, Grostick S, Hanken MA, Jacobs E. Health Information: Management of A Strategic Resource. Philadelphia: WB Saunders Company 1996.

6) Sheaff R, Peel V. Managing Health Service Information Systems An Introduction. Philadelphia: Open University Press 1995.

7) Esatlioğlu AE, Artukoğlu A. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yılığ 1 Cilt 1 Sayı 2000

8) Sağlık Dergisi: Sağlık Kayıtları.1997; 63:55-58.

9) Ciocco A, Johnson OG, Knoell D, Pfennigen B. The Functions and Education of Medical Record Personel. Indiana: Indiana University Bulletin: School of Allied Health Sciences, 1997

10) 2011 ÖSYM DGS Kılavuz ve Başvuru Bilgileri

Sağlıkta sertifika eğitimi

Prof. Dr. İrfan Şencan



1969 yılında Ankara'da doğdu. İlkokul ve ortaokulu köyünde, liseyi Meteoroloji Teknik Lisesi'nde tamamladı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra (1992) Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ihtisasını tamamladı. Yardımcı doçent olarak göreve başladığı ve çeşitli idari görevlerde de bulunduğu Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2005'te doçent oldu. 2005 yılında Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH'de klinik şefi ve başhekim yardımcısı olarak çalışmaya başladı. 2006-2008 yıllarında aynı hastanede başhekimlik yaptı. 2010 yılında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör kadrosuna atandı. Halen Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Vekili olarak görev yapmaktadır.

Oncelikle sertifika kelimesinin anlamı ile başlamak gerekir. Türk Dil Kurumu Sözlüğünde sertifika kelimesinin kökeninin Fransızca *certificat* sözcüğüne dayandığı belirtilmektedir. TDK Sözlüğünde sertifika, “1. Öğrenim belgesi 2. Kişinin bilgi gerektiren herhangi bir konuda niteliğini gösteren belge” olarak tanımlanmaktadır. Sertifika kelimesi İngilizce de *certificate* ve *certification* kelimeleri ile karşılanmaktadır. Bu kelimelerden isim olan *certification* onaylama, tasdik etme, *certificate* ise ruhsatname, şehadetname olarak tercüme edilmektedir. Bu lügat manalarından yola çıkarak sertifikayı, “belirli bir işi yapma kabiliyeti kazanmış olmayı onaylama, belgelendirme” olarak tanımlayabiliriz.

Günümüzde sağlık alanında sertifika olarak isimlendirilen belgelerin, iki yıla kadar uzayan eğitimler ile veya bir-iki günlük eğitimler ile çok farklı eğitim süreçlerinden sonra elde edilebilen bir belge olduğunu görmekteyiz. Burada çok geniş bir yelpazede kullanılmakta ve sertifika denildiğinde buna atfedilecek değer çok değişken olabilmektedir. Bu yüzden eğer bir değer atfedilecek ise bu değere uygun bir elde edilme standardının olmasını gerekli kılmaktadır. Bu değer bazen belirli bir uygulamayı yapma yetkisi sağlar iken bazen yetkisi kapsamında olsa bile bilgisini güncelleme veya eğitimi özendirmek amacıyla parasal olarak desteklemek için bir araç olabilmektedir.

Bu konu üzerinde yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilecek

sertifikaya atfedilecek değeri yansıtacak bir tanımlamaya ihtiyaç olduğu ortaya çıkmıştır. Burada diploma ile farkının net olarak ortaya konulması gereklidir. Diploma, TDK Sözlüğünde, “*Bir kimseye herhangi bir okulu veya öğrenim programını başarıyla tamamladığını, bir derece veya unvanı kullanmaya hak kazandığını, bir iş, sanat veya meslek dalında çalışabilme yetkisi elde ettiğini belirtmek için bir öğretim kurumu tarafından düzenlenip verilen resmî belge, icazetname, şehadetname*” olarak tanımlanmaktadır.

Bu iki tanıma baktığımızda sertifikanın bir derece veya unvan almaya hak kazandırmadığı, sanat veya meslek kazandırmadığını söyleyebiliriz. Burada da sertifikanın, meslek veya alanın uygulaması sırasında yetkili olunan uygulama pratiğini geliştirmeye, tecrübeyi artırmaya, deneyimi artırmaya yönelik yapılan kurslar, pratik ile ayırımını yapmak tamamen yüklediğimiz anlam ile değer bulacaktır. Bizim yüklediğimiz anlam ile *sertifika* ile bir alanın, mesleğin sadece bir uygulama alanında veya belirli bir işlem için yetkinlik, yeterlilik kazandırdığını söyleyebiliriz. Bu yüklenen değer üzerinden öncelikle kişinin temel uzmanlık alanı veya mesleğinin kapsamında olmayan bir yetkinliği kazandırmayacağını vurgulamamız gerekir. Bu açıdan sertifika düzenlenen alanlarda kimlerin bu sertifika eğitimi alabileceğini sorguladığımızda mutlaka o meslek veya alanın mensubu olması gerekir. Bir mesleğe veya alana ait iş/uygulama olduğunu değerlendirirken bu işi yapmak için gerekli olan temel yeterliliklerin neler olduğunun ortaya

konulması gerekir. Bu konuda ne yazık ki bir çok uygulama alanı için bu konu tartışmalıdır. Bu tartışma özellikle sağlık hizmeti sunumu söz konusu olduğunda biraz daha artmaktadır. Bu açıdan ülkemizdeki durum da Dünyadaki tartışmalardan ayrı düşünülemez, üstelik son yıllarda sürdürülen hummalı çalışmalar ile son aşamasına gelmiş olmasına rağmen, uzmanlık alanlarının eğitim müfredatlarının henüz belirlenmemiş olması bu konuyu içinden çıkılmaz kılmaktadır. Mesela polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) uygulamasını hangi uzmanlık alanlarının yapabileceği henüz netleşmemişken, hangi uzmanların bu konuda yetkinlik kazandığı ortaya konulamazken PZR sertifika programına kimler alınabilir, bu sertifika ile hangi noktaya kadar işlem yapılabilir sorularına cevap bulmak oldukça güçtür.

21 Ağustos 2010 tarihli ve 27679 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış olan *Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği* ile amaç ve kapsam şu şekilde belirtilmiştir: Madde 1 - (1-2) “*Bu Yönetmeliğin amacı, Bakanlık, Türk Silahlı Kuvvetleri, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişilerce, sağlık alanında mezuniyet sonrası uygulanması özel bilgi ve/veya beceriye dayalı mesleki yeterlilikleri kazandırmaya yönelik olarak yapılacak sertifikalı eğitimlere ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık sonrası ilgili uzmanlık alanlarına mahsus sertifika eğitimleri bu Yönetmeliğin kapsamı dışındadır.*”

Burada görüldüğü gibi mezuniyet öncesindeki okullara ait olan ve uzmanlık



eğitimleri gibi Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)'nun görev alanını ilgilendiren süreçler dışarıda tutulmuştur. Ancak yüksek mahkeme aşağıda gösterilen dairesince ve bazıları sunulan gerekçeleri ile yönetmeliğin yürütmesini durdurmuştur.

Tarihsel sürecine bakıldığında ne yüksek sağlık şurasının ne de TUK'un, mahkemenin öngördüğü şekilde görev yapması söz konusu olmamıştır. Bu karar sonrasında ilgili Yönetmeliğin bazı geçici maddeleri dışında hemen tüm maddeleri durdurulmuş olduğundan Yönetmeliğe göre hareket imkanı kalmamış, yürütmesi durdurulmayan geçici maddelerin de herhangi bir işlev görme imkanı kalmamıştır.

Yönetmeliğin yürütmesi durdurulana kadar Yönetmelik kapsamında tescili yapılmak üzere 50 civarında eğitim programı değerlendirilmiş ve standartları belirlenerek karara bağlanmıştır. Bunlardan bir kısmı, kendi mevzuatı gereği ilgili uygulamaları yapma yetkisi veren ve bu sertifika olmadan uygulama yetkisinin bulunmadığı, eğitime alınacakların, eğiticilerin, eğitim yerlerinin ayrıntılı olarak belirlendiği uygulama alanları iken (hemodiyaliz sorumlu hekimliği sertifika programı), bir kısmı daha çok o uygulama için yetki tanımlamasında olmayan ancak kişinin bilgi ve becerisini artırmaya yönelik kurs programları (stoma ve yara bakım hemşireliği kursu) olarak değerlendirmek mümkündür.

Sertifikalı Eğitim Yönetmeliğinin yürürlüğe girmesinden itibaren 81 İl Sağlık Müdürlüğü'nce sertifikalar tescil edilmek

üzere Bakanlığımıza gönderilmiştir. Bu illerden 74 ilin tescil işlemleri tamamlanarak ilgili Sağlık Müdürlüklerine gönderilmiştir. Kalan 7 il için tescil işlemleri devam etmektedir. Bu güne kadar 78 bin 700 adet sertifika tescil edilmiştir. Ayrıca illerden toplu halde tescil için gelen sertifikaların haricinde yasal başvuru süresi içinde yapılan münferit başvurular da bulunmakta olup bunların da tescil işlemleri halen devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı, Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği yürürlüğe girmeden önce ve Yönetmelik yürürlüğe girdikten sonra standardı belirlenen eğitimler sonucunda verilen sertifikaların tescili için söz konusu Yönetmelikte (yürürlüğü durdurulmayan geçici maddeler çerçevesinde) öngörülen yasal başvuru süresi 21 Ağustos 2012 tarihinde dolmuştur. Bu tarihten sonra gelen sertifikaların tescil işlemi yapılamamaktadır.

Bu aşamada ilgili Yönetmeliğin yayımlandığı tarihten ve mahkemenin kararından sonra yeni yasal düzenlemeler yapılmıştır. Yapılan yasal düzenlemeler çerçevesinde ortaya çıkan yeni kurumlar ve kurullar ile yeni ve yeniden tanımlanan ihtiyaçlar çerçevesinde karar veren mahkemenin gerekçeleri de dikkate alınarak yeni bir yönetmelik hazırlanması ihtiyacı ortaya çıkmış ve bu çerçevede hazırlıklara başlanmıştır. Hazırlık çalışmaları sürdürülen yönetmelik taslağında temel olarak özel bir değer atfedilecek olan belgelerin tescil edilmesi hedeflenmektedir. Mevcut sağlık mevzuatında uygulama yapacak kişiler için zorunlu olan ve standartları belirlenmiş eğitim/uygulama programları ile elde edilen belgelerin tescili planlanmaktadır.

Yapılan yasal düzenlemeler çerçevesinde ortaya çıkan yeni kurumlar ve kurullar ile yeni ve yeniden tanımlanan ihtiyaçlar çerçevesinde karar veren mahkemenin gerekçeleri de dikkate alınarak yeni bir yönetmelik hazırlanması ihtiyacı ortaya çıkmış ve bu çerçevede hazırlıklara başlanmıştır. Hazırlık çalışmaları sürdürülen yönetmelik taslağında temel olarak özel bir değer atfedilecek olan belgelerin tescil edilmesi hedeflenmektedir.

Eczacılık eğitimi: Mevcut durum ve yeni arayışlar

Doç. Dr. Barkın Berk



1971 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini TED Ankara Koleji'nde tamamladı. Lisans öğrenimini Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde, yüksek lisans ve doktora eğitimini Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmasötik Kimya Programlarında gerçekleştirdi. 2003 yılında Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde yardımcı doçent, 2013 yılında Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde doçent kadrolarına atandı. Yeditepe Üniversitesi'nde çeşitli yöneticilik görevlerinde bulundu. Halen Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde öğretim üyeliği ile Fakülte Yönetim ve Fakülte Kurulu Üyelikleri görevlerinde bulunmaktadır.

Prof. Dr. Şeref Demirayak



1957 yılında Burdur'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Antalya'da tamamladı. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni (1979) bitirdi. Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Farmasötik Kimya Doktoru oldu (1985). 1989 yılında doçent, 1996 yılında profesör oldu. Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde Farmasötik Kimya Anabilim Dalı Başkanlığı (1998-2003 ve 2008-2010), Eczacılık Meslek Bilimleri Bölümü Başkanlığı (2002-2007) ve Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü (2010) görevlerinde bulundu. 2010 yılından beri Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı olarak görev yapan Dr. Demirayak, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

İnsanlar, hastalandıklarında kendilerini tedavi edenlere karşı her zaman minnet ve saygı duymuşlardır. Bilimin daha isminin konulmadığı çağlarda büyü/ritüel seramoniler ile karışık bitki dekoksasyon ve ekstraları, doğal

minareller, taşlar, hayvansal ekstralar veya salgılar, bazı zamanlarda insan organları tedavi amaçlı kullanılmıştır. İnsanlar bu yeti ve bilgilere sahip olanları, yüce, ulu güce sahip, tanrısal veya tanrıların elçileri addetmişlerdir.

Bu bağlamda eczacılığın ve paralelinde tıp tarihinin başlangıcı bilinmemektedir.

Simya (Alchemy, Al-kimiya), dini ritüeller, keşifler, savaşlar ile başlayan eczacılığın hikâyesi bilgi teknolojileri ve biyo-





formatik çağında tüm hızıyla devam etmektedir. Bu süreç içerisinde hiçbir bilim, mesleki uygulamaları veya eğitim, teknolojik değişim ve gelişimin yanı sıra, toplumsal sosyolojik ve psikolojik değişim, politika, ekonomi, ticaret veya hukuksal değişimden eczacılık mesleğinde olduğu kadar etkilenmemiştir.

Eczacı, temel hayat gayelerini yerine getirmeye çalışırken bir yandan toplumun ve değişen dünyanın kendisinden talep ettiği vazifeleri ve servis hizmetini verirken, diğer yandan mesleğine konan kurallar doğrultusunda güncel bilgilere uyum sağlamak zorunda kalmıştır.

Eczacılık meslek eğitmenleri ise sürekli mesleği besleyen diğer disiplinleri öğrenmek, takip etmek, araştırmak ve mesleğe adapte etmeye çalışırken, diğer taraftan mesleği reel dünyada icra edecek veya bilimi sürdürecektir meslektaşlarının talebini ettiği/ihitiyaç duyduğu şekilde değiştirip yenileyerek onlara aktarmaya çalışmıştır.

Ülkemizdeki eczacılık eğitiminin eğrisini veya doğrusunu, bugünü veya geleceğini tartışmadan önce, eczacılık "sanatının" tanımı ve durum fotoğraflarının tarihi gelişim ile beraber tam ve eksiksiz ortaya konması ve bunlardan gerekli derslerin çıkarılması gerektiği açıktır.

Türkiye'de eczacılık eğitiminin güncel durumu

Eczacılık mesleğinin tanımı ilk olarak, 18 Aralık 1953 tarih ve 6197 Sayılı Kanunda yapılmıştır. Bu kanunun bazı maddeleri, 17 Mayıs 2012 tarih ve 6308 Sayılı Kanunla değiştirilmiştir. Yeni kanuna eklenen en önemli maddelerden birisi, oldukça geniş bir eczacılık tanımıdır.

"Eczacılık; hastalıkların teşhis ve tedavisi ile hastalıklardan korunmada kullanılan tabii ve sentetik kaynaklı ilaç hammaddelerinden değişik farmasötik tipte ilaçların hazırlanması ve hastaya sunulması; ilacın analizlerinin yapılması, farmakolojik etkisinin devamlılığı, emniyeti, etkinliği ve maliyeti bakımından gözetimi; ilaçla ilgili standardizasyon ve kalite güvenliğinin sağlanması ve ilaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaların bilgilendirilmesi ve çıkan sorunların bildiriminin yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürüten sağlık hizmetidir."

Bu tanım, bir bakıma eczacının görevleri yanında, eczacılık eğitiminin kapsamında nelerin olması gerektiği ile ilgili ana hatları belirtmektedir. Ulusal yeterlikler çerçevesinde, eczacılık eğitiminin program çıktılarında ilgili konuların yer almasının gereği açıktır.

Ülkemiz ilaç Ar-Ge ve üretiminde dışa bağımlıdır. Eczacıların ilaç endüstrisinde %2 civarında istihdam edilmesi gerçekte iki nedene dayanmaktadır. Bunların ilki, yeni mezun eczacının serbest eczacılığı tercih etmesi" ki genelde firmalar tarafından telaffuz edilen budur" ve firmaların daha düşük maliyetle aynı işi yapabildiklerine inandıkları personeli istihdam etme isteklerinin yanı sıra eğitim döneminde personele harcadıkları yatırımın daha sonra boşa gitmesini istememeleridir.

Tablo 1: 2012 YGS sonuçlarına göre öğrenci alan eczacılık fakülteleri, bulundukları iller, kontenjan, yerleşen aday sayısı, minimum ve maksimum puanları

	Üniversite	İl	Kontenjan	Yerleşen Aday	Minimum Puan	Maksimum Puan
1	Ağrı İbrahim Çeçen	Ağrı	2011-2012 döneminde yerleştirme yapılmamıştır			
2	Anadolu	Eskişehir	129	129	446,17843	488,41233
3	Ankara	Ankara	159	159	450,44912	493,37272
4	Atatürk	Erzurum	67	67	443,32288	478,1111
5	Bezm-i Alem	İstanbul	60	60	379,49972	493,62544
6	Bülent Ecevit	Zonguldak	2011-2012 döneminde yerleştirme yapılmamıştır			
7	Cumhuriyet	Sivas	2011-2012 döneminde yerleştirme yapılmamıştır			
8	Çukurova	Adana	2011-2012 döneminde yerleştirme yapılmamıştır			
9	Dicle	Diyarbakır	2011-2012 döneminde yerleştirme yapılmamıştır			
10	Doğu Akdeniz	Kıbrıs	10	10	418,39307	449,27153
11	Ege	İzmir	118	118	445,41846	485,80293
12	Erciyes	Kayseri	62	62	447,1277	485,77789
13	Erzincan	Erzincan	2011-2012 döneminde yerleştirme yapılmamıştır			
14	Gazi	Ankara	118	118	451,37705	509,32484
15	Hacettepe	Ankara	103	103	458,06969	499,81725
16	İnönü	Malatya	62	62	443,184	486,00913
17	İstanbul	İstanbul	175	175	452,78327	503,79882
18	Karadeniz Teknik	Trabzon	62	62	444,28722	479,71279
19	Kemerburgaz	İstanbul	60	60	360,01107	461,6417
20	Marmara	İstanbul	139	139	467,98337	489,07959
21	Medipol	İstanbul	60	60	428,09328	502,1508
22	Mersin	Mersin	62	62	455,54736	485,2241
23	Trakya	Edirne	2011-2012 döneminde yerleştirme yapılmamıştır			
24	Uluslararası Kıbrıs	Kıbrıs	10	10	377,62821	432,26254
25	Yakındoğu	Kıbrıs	100	100	306,58891	385,34254
26	Yeditepe	İstanbul	70	70	383,96774	477,36502
27	Yeni Yüzyıl	İstanbul	50	50	360,48392	465,24168
28	Yüzüncü Yıl	Van	2011-2012 döneminde yerleştirme yapılmamıştır			

Tablo 2: 2011-2012 öğretim yılında eczacılık fakültelerine kayıt olan/okuyan/mezun olan öğrenci ve öğretim üye/yardımcılarının cinsiyetleri ile sayıları

	Yeni Kayıt	Okuyan	Mezun	Toplam	Prof.	Doç.	Y.Doç.	Öğr.Gör./Uzm./Araş. Gör.
Toplam	1483	7069	988	806	247	84	157	318
Kadın	929	4051	505	603	166	69	115	253
Erkek	554	3018	483	203	81	15	42	65

Günümüzde, 25 tanesi ülkemiz ve 3 tanesi KKTC sınırları içerisinde kuruluşu gerçekleştirilmiş veya gerçekleştirilme aşamasında olan toplam 28 eczacılık fakültesi bulunmaktadır. İlk eczacılık okulu olarak 1839 yılında açılan ve bugünkü İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni oluşturan okuldan sonra 1961-1968 yılları arasında açılan 6 eczacılık okulu ile birlikte fakülte sayısı 1998 yılına kadar 7 adet olarak kalmıştır. O yıldan günümüze kadar açılan eczacılık fakültesi sayısı, 2013 yılında 4 yeni fakültenin daha açılması ile birlikte 28'e ulaşmıştır. Öğrenci alan fakülte sayısı 20 olmuş, bu fakültelere 2012-2013 eğitim yılı başında toplam 1676 yeni öğrenci

yerleştirilmiştir (Tablo 1). Eczacılık lisans eğitimi süresi 5 yıldır. Eczacılık dallarına ait yüksek lisans öğretim süresi ortalama 2 yıl, doktora çalışmaları ortalama 4 yıl sürmektedir.

2011-2012 öğretim yılında 16 eczacılık fakültesindeki öğrenci ve öğretim elemanları sayıları incelendiğinde Tablo 2 elde edilmektedir.

Rakamlar karşılaştırıldığında sadece 2012 yılında eczacılık fakültelerine kaydolun öğrenci sayısının 190 kişi artmış olduğu görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Ge-

Ülkemizde 2023 yılında ilaçta üretim ve Ar-Ge'de yerli sanayi ile dışa bağımlılık azaltılmak, akademi-endüstri işbirliği artırılmak isteniyor ise endüstriyel, eczacılık eğitimine hem lisans hem de yüksek lisans düzeyinde hemen başlanmalı, biyoteknoloji, farmasötik mikrobiyoloji, kişiselleştirilmiş ilaç tasarımı geleceğin dallarında eğitim yaygınlaştırılmalıdır.

nel Müdürlüğü'nün hazırlamış olduğu "2023 Yılı Sağlık İşgücü Hedefleri ve Sağlık Hizmetleri Hakkında Rapor"un eczacılıkla ilgili bölümünde mevcut iş gücü rakamları verilmiş ve 2023 yılı için öngörülen durum belirlenmiştir. Buna göre 2011-2012 öğretim yılında Türkiye'deki 16 eczacılık fakültesine toplam 1483 yeni kayıt yapılmıştır. Bu yıl mezun olanlarla birlikte mevcut eczacı sayısı, yaklaşık 27 bin olacaktır. Bu yıldan itibaren yeni kayıt yaptıran öğrenci sayısının yaklaşık aynı kalması durumunda 2023 yılı sonunda eczacı sayısının yaklaşık 37 bin olacağı hesaplanmaktadır. Yeni düzenlemeyle, her 3 bin 500 kişiye bir eczane düşmesi ve bazı eczanelerin yardımcı eczacı çalışması durumunda, serbest eczanelerde çalışan eczacı sayısının 30 bin civarında olması beklenmektedir. Hastanelerde klinik eczacılık uygulamalarının yaygınlaşmasıyla bu sektördeki eczacı sayısının da 7 bin civarında olması gerektiği öngörülmektedir. Böylece öğrenci kontenjanlarının aynı kalması durumunda, 2023 hedeflerinde mezun eczacı sayısı ile çalışan eczacı sayısı rakamlarının eşit olacağı hesaplanmaktadır.

2001-2012 yılları arasında eczacılık fakültelerindeki öğretim üye ve yardımcıların yıllara göre sayılarındaki değişim (Tablo 3) incelendiğinde, 11 yıl içerisinde toplam öğretim üyesi sayısındaki artış 145 kişi iken özellikle araştırma görevlisi sayısında düşüş gözlenmektedir. 2001 yılında öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 11,8 iken günümüzde 14'lere çıkmaktadır. Kaldı ki bu istatistik homojen dağılımı göstermemektedir. Fa-

Tablo 3: 2001-2012 öğretim yılları arasında eczacılık fakültesi öğretim üye/yardımcıları sayıları

Yıllar	Toplam	Öğretim Üyesi Toplam	Prof.	Doç.	Yrd. Doç.	Öğr. Yard. Toplam	Öğretim Grv.	Uzman	Araş. Gör
2001-2002	736	352	180	68	104	384	16	19	349
2002-2003	753	354	184	64	106	399	18	23	358
2003-2004	735	356	193	63	100	379	20	22	337
2004-2005	732	363	201	63	99	369	22	19	328
2005-2006	733	366	195	68	103	367	20	19	328
2006-2007	721	393	204	83	106	328	22	19	287
2007-2008	780	424	207	88	129	356	17	24	315
2008-2009	743	428	202	103	123	315	17	26	272
2009-2010	734	448	217	102	129	286	20	21	245
2010-2011	751	456	225	96	135	295	17	25	253
2011-2012	816	497	249	84	164	319	15	26	278

Tablo 4: 2001-2012 Öğretim yılları arasında eczacılık fakülteleri yüksek lisans ve doktora programlarına kayıt olan /okumakta olan/ mezun öğrenci sayıları

Yıllar	Yeni Kayıt			Halen Okumakta Olan			Mezun		
	Toplam	Yüksek Lisans	Doktora	Toplam	Yüksek Lisans	Doktora	Toplam	Yüksek Lisans	Doktora
2001-2002	239	187	52	613	400	213	101	72	29
2002-2003	246	190	56	722	469	253	119	85	34
2003-2004	249	176	73	782	494	288	128	97	31
2004-2005	280	204	76	833	540	293	141	108	33
2005-2006	308	232	76	892	574	318	158	129	29
2006-2007	253	198	54	912	602	310	148	110	38
2007-2008	342	276	66	971	656	315	193	152	41
2008-2009	363	293	70	997	632	365	212	167	45
2009-2010	391	306	85	1136	800	336	211	160	51
2010-2011	308	229	79	1005	676	329	284	242	42
2011-2012	462	302	160	1199	765	434	237	193	44

Tablo 5: 2001-2012 öğretim yılları arasında eczacılık fakülteleri yüksek lisans ve doktora programlarına kayıt olan /okumakta olan/ mezun öğrencilerin programlardaki genel dağılımları

	Yeni Kayıt			Okuyan			Mezun		
	Toplam	Y. Lisans	Doktora	Toplam	Y. Lisans	Doktora	Toplam	Y. Lisans	Doktora
Programlar	462	302	160	1199	765	434	237	193	44
Eczacılık Temel Bilimleri	92	64	28	264	173	91	33	24	9
Farmakognozi	88	51	37	232	143	89	48	41	7
Farmakoloji	64	44	20	175	121	54	36	33	3
Farmasötik Kimya	70	52	18	172	118	54	52	44	8
Farmasötik Mikrobiyoloji	14	8	6	38	23	15	9	8	1
Farmasötik Toksikoloji	42	30	12	98	62	36	13	7	6
Farmasötik Teknoloji	69	35	34	174	97	77	39	32	7
Eczacılık İşletmeciliği	6	3	3	18	7	11	2		2
Farmasötik Biyoteknoloji	3	1	2	10	6	4	3	2	1
Eczacılık Meslek Bilimleri	14	14		14	14				
Radyofarmasi				4	1	3	2	2	

kültelerde öğretim veren öğretim üyeleri ve yardımcıları eski ve köklü kurumlarda lokalize halde bulunmaktadır. Eğitim, yeni açılan fakültelerden görevlendirme yolu ile yürütülmektedir. Yeni kurulan fakültelerde öğretim üyesi/yardımcısı başına düşen öğrenci sayıları, bahsi geçen sayının onlu katlarına ulaşmaktadır.

Eczacılık öğretiminde de diğer bilimlerde olduğu gibi öğretim üyeliğine giden yol lisansüstü programlar ile başlamaktadır. 2001-2012 yılları arasında eczacılık fakültelerinin yüksek lisans programları 1515, doktora programları 417 mezun vermiştir. (Tablo 4)

Eczacılıkta, lisansüstü eğitimi, temel bilimler ve meslek bilimleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Genel yönelim olarak meslek bilimleri eczacılık mezunları tarafından tercih edilirken, temel bilimler ilgili lisans mezunları tarafından da tercih edilmektedir. Eczacılık lisansından farklı bir lisans sahibi, meslek bilimlerinde lisansüstü eğitim almak isterse lisansüstü eğitim konusuna koordineli meslek lisans dersleri kendisine lisansüstü eğitim sürecinde verilmektedir. (Tablo 5)

Genellikle eczacılık temel bilimlerine başvuran adayların yaklaşık yarısının kimya, biyoloji ağırlıklı olmak kaydıyla diğer lisans mezunlarından olduğu, meslek bilimlerinin ise tamamının eczacılık mezunlarından olduğu kabul edilirse, kaba bir hesaplama 2012 yılında eczacılık fakültelerinden mezun olan 988 öğrencinin yaklaşık %27'sinin yüksek lisans programına devam etmeyi tercih ettiği görülmektedir. Bu durum geçmiş yıllar ile paralellik göstermektedir. Ancak eczacılık fakültelerinin tamamında lisansüstü eğitim bulunmamakta veya YÖK lisansüstü/doktora program açma kriterleri tutturulamamaktadır. Dolayısıyla yeni açılan fakülteler hem araştırma görevlisi bulmakta eskilerine göre zorlanmakta hem de kendi bünyelerinde öğretim üyesi yetiştirememektedirler. Yani sıra eski fakülteler ise hem lisansüstü eğitimi verdikleri öğrencilere kadro yaratamamakta, hem de doktoralı mezunlarını hızla öğretim üyesi kategorisine yükseltmemektedir. Doktoralı mezun ise ya alternatif olarak 5+6 yılını geçirdiği fakültede kalmakta inat etmekte veya serbest eczacılık veya endüstriye yönelmektedir. Bu durum, yüksek lisans mezuniyet düzeyinde veya doktora eğitim sürecinde akademik hayatı terk etmesine sebep olmaktadır. (Tablo 6-7)

Eczacılık meslek bilimleri ve radyofarmasi programları göz önüne alınmadığında yüksek lisans programlarını bitiren öğrencilerin sadece %56'sı öğrenimlerine doktora seviyesinde devam etmektedir.

Aynı yıllar arasında ilgili bölümlerde

Tablo 6: 2001-2012 yılları arasında eczacılık fakültelerindeki yüksek lisans programlarını bitirip, daha sonra doktora programlarına kayıt yaptıran öğrenci sayıları ve programlara göre dağılımı

Programlar	Durum	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Toplam	%Değişim
Eczacılık Temel Bilimleri	Y.L Mezun	24	16	23	23	28	20	29	31	39	25	24	282	59,22
	Kayıt Olan	9	8	8	18	9	16	20	12	25	14	28	167	
Farmakognozi	Y.L Mezun	15	12	12	20	24	21	23	12	28	38	41	246	61,79
	Kayıt Olan	7	8	10	12	16	5	14	10	16	17	37	152	
Farmakoloji	Y.L Mezun	10	14	11	9	18	11	29	17	22	38	33	212	58,02
	Kayıt Olan	16	11	11	10	8	5	5	18	10	9	20	123	
Farmasötik Kimya	Y.L Mezun	16	9	7	17	18	12	25	31	22	65	44	266	42,48
	Kayıt Olan	12	7	5	9	17	7	10	10	5	13	18	113	
Farmasötik Mikrobiyoloji	Y.L Mezun	2	1	5	6	2	5	10	8	8	13	8	68	41,18
	Kayıt Olan	1	2	1	5	3	0	2	3	1	4	6	28	
Farmasötik Toksikoloji	Y.L Mezun	5	10	8	4	11	7	10	11	8	12	7	93	93,55
	Kayıt Olan	6	8	8	8	10	8	4	5	11	7	12	87	
Farmasötik Teknoloji	Y.L Mezun	20	18	27	21	13	25	22	51	28	37	32	294	53,74
	Kayıt Olan	12	11	26	14	7	8	10	11	13	12	34	158	
Eczacılık İşletmeciliği	Y.L Mezun	1	4	2	3	8	3	3	4	3	2	0	33	57,58
	Kayıt Olan	0	1	3	0	2	3	1	0	4	2	3	19	
Farmasötik Biyoteknoloji	Y.L Mezun	1	0	2	3	4	0	1	2	2	2	2	19	36,84
	Kayıt Olan	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	2	7	
Eczacılık Meslek Bilimleri	Y.L Mezun	0	0	0	2	1	3	0	0	0	0	0	6	
	Kayıt Olan	0	0	3	0	3	2	0	0	0	0	0	8	
Radyofarmasi	Y.L Mezun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	
	Kayıt Olan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

kayıtlı olan öğrenci ve mezun olan öğrenci yüzde oranı Tablo 7 yardımıyla incelendiğinde doktora programını bitirme oranının ortalama % 49 olduğu gözlenmektedir.

Sağlık Bakanlığı 2011 istatistiklerine göre Türkiye'de 26 bin 89 eczacı bulunmaktadır. Bu rakamın 1891'i Bakanlığa bağlı hastane (1448) ve diğer birimlerde (443) görev yapmaktadır. Aynı istatistiğe göre akademik unvanına bakmaksızın 245 tanesi üniversitelerde, 23 bin 953'ü ise serbest olarak veya endüstride çalışmaktadır. 2012 Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ise ülkemizde her 100 bin kişiye 35 adet eczacı düşmektedir.

Gelişmeler, problemler, sonuç ve yorumlar

Eczacılık, meslek olarak cazibesini yitirmeyen meslekler arasındaki yerini hala korumakla beraber diğer mesleklerde olduğu gibi ülkemizde ciddi eğitsel ve uygulama sorunları ile karşı karşıyadır.

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP, International Pharmaceutical Federation), WHO ve UNESCO eczacılık lisans eğitiminin global anlamda, hem günümüzün hem de geleceğin toplumsal ve işgücü ihtiyacına yönelik

değişen bilim ve uygulamalar ışığında tekrar düzenlenmesi amacıyla bir çalışma gurubu kurmuş ve 2012 yılında yayımladıkları raporda, izlenmesi gerekli eğitim stratejisinin genelden bağımsız olarak toplumsal ihtiyaç ve işgücüne yönelik olması gerekliliğini vurgulamıştır.

Sağlık Bakanlığı ve Türk Eczacılar Birliği istatistiklerine göre eczacıların lisansüstü eğitimi alsa bile %90'ından fazlasının serbest eczacılığı tercih ettiği, bu oranın sadece %3 civarının endüstriye yönlendiği gözlenmektedir.

Eczacılık fakültesi mezunları, yukarıda belirtildiği gibi 6308 sayılı yasa ile ilaç, kozmetik, besin takviyeleri, ruhsatlı bitkisel ürünlerin hazırlanması, hastaya sunulmasından sorumludur. Yanı sıra bu preparatlarda araştırma geliştirme çalışmaları, ilacın analizlerinin yapılması, farmakolojik etkisinin devamlılığı, emniyeti, etkinliği ve maliyeti bakımından gözetimi, ilaçla ilgili standardizasyon ve kalite güvenliğinin sağlanması ve ilaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaların bilgilendirilmesi ve çıkan sorunların bildiriminin yapılmasına ilişkin faaliyetlerin tümünden de sorumludur. Eczacı; eczane, ecza deposu mesul müdürlüğü, ilaç üretim tesisi, kozmetik imalathanesi, ilaç Ar-Ge merkezi gibi mü-

Gözden kaçan problem, ihtiyaç sayısı veya planlanan kadar eczacı yetiştirsek de, artan nüfusa bağlantılı, bu popüler mesleğe talebin de artmakta olmasıdır. Ebeveynler çocuklarının eczacı olmasını ve geleceklerini garanti altına almak istemektedir. Bu durum, yönetimleri eczacılık fakültesi sayısını arttırmaya yönlendirmekte ve kısa sürede çok sayıda fakülte kurulmasına izin verilmektedir.

esseseleri açabilir veya bu tür resmî ya da özel müesseselerde mesul müdürlük yapabilecek tek yetkilidir.

Yukarıda sayılan tüm işleri yapabilecek seviyede mezun yetiştirebilmek için ülkemizde takip edilen lisans/lisansüstü eğitim yeterli mi? Kuşkusuz ki bilimsel kısmı için evet, örneğin Ar-Ge çalışmalarından, ilaç etkinliğinin belirlenmesine, kozmetik ve tıbbi bitkisel ürünler hazırlanmasına kadar gerekli tüm dersler eğitim sistemimiz içeriğinde bulunmakta. Ancak hasta bakımı, psikoloji, hukuk, beslenme ve besin destekleri, muhasebe, iş idaresi, pazarlama vb. derslerin çok kapsamlı lisans düzeyinde gösterilmemesi veya bu dalların lisansüstü eğitimde yoksunluğu, mezunlar için gerçek hayatta ciddi problem oluşturmaktadır.

Yanı sıra biyoteknoloji, klinik ve sosyal eczacılık, eczacılık/eczane işletmesi/işletmeciliği gibi dallarda eğitmen sayımız çok az, diğer dallarda ise geçmişte günümüz ihtiyacını karşılayacak şekilde planlanmamış durumdadır.

Bir diğer problem, mezunların yukarıda belirtilen sebeplerden %90'ından fazlasının serbest eczacılığa yönelmesi ve bu işi Ankara, İstanbul, İzmir veya Adana gibi gelişmiş şehir veya yörelerde

Tablo 7: 2001-2012 yılları arasında eczacılık fakültelerindeki doktora programlarına kayıt yaptıran ve mezun olan öğrenci sayılarının programlara göre dağılımı

Programlar	Durum	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Toplam	% Değişim
Eczacılık Temel Bilimleri	Kayıt Olan	9	8	8	18	9	16	20	12	25	14	28	167	35,93
	Mezun	8	4	5	7	2	5	3	8	6	3	9	60	
Farmakognozi	Kayıt Olan	7	8	10	12	16	5	14	10	16	17	37	152	44,08
	Mezun	2	8	6	8	6	3	6	4	10	7	7	67	
Farmakoloji	Kayıt Olan	16	11	11	10	8	5	5	18	10	9	20	123	54,47
	Mezun	6	5	5	4	8	9	11	7	2	7	3	67	
Farmasötik Kimya	Kayıt Olan	12	7	5	9	17	7	10	10	5	13	18	113	61,06
	Mezun	5	6	7	6	6	6	5	6	11	3	8	69	
Farmasötik Mikrobiyoloji	Kayıt Olan	1	2	1	5	3	0	2	3	1	4	6	28	39,29
	Mezun	0	1	1	1	1	0	0	1	1	4	1	11	
Farmasötik Toksikoloji	Kayıt Olan	6	8	8	8	10	8	4	5	11	7	12	87	48,28
	Mezun	1	3	1	3	1	7	0	5	8	7	6	42	
Farmasötik Teknoloji	Kayıt Olan	12	11	26	14	7	8	10	11	13	12	34	158	52,53
	Mezun	4	4	6	2	4	8	13	13	11	11	7	83	
Eczacılık İşletmeciliği	Kayıt Olan	0	1	3	0	2	3	1	0	4	2	3	19	26,32
	Mezun	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	5	
Farmasötik Biyoteknoloji	Kayıt Olan	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	2	7	85,71
	Mezun	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	1	6	
Eczacılık Meslek Bilimleri	Kayıt Olan	0	0	3	0	3	2	0	0	0	0	0	8	
	Mezun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Radyofarmasi	Kayıt Olan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Mezun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

yapmak istemesi, 6308 sayılı yasa ile artık nüfus başına eczane sayısına planlama getirilmiş, yardımcı eczacılık kısaca usta-çırak ilişkisi tekrar uygulamaya konmuş, gelişmemiş yörelere planlama dahilinde yeni mezunların yönlendirilmesi planlanmıştır.

Gözden kaçan problem, ihtiyaç sayısı veya planlanan kadar eczacı yetiştirsek de, artan nüfusa bağlantılı, bu popüler mesleğe talebin de artmakta olmasıdır. Ebeveynler çocuklarının eczacı olmasını ve geleceklerini garanti altına almak istemektedir. Bu durum, yönetimleri eczacılık fakültesi sayısını arttırmaya yönlendirmekte ve kısa sürede çok sayıda fakülte kurulmasına izin verilmektedir. Yaklaşım yanlış olmamakla beraber, açılan bu fakültelerde temel bilimler haricinde “ki bu dalların eğitimi eczacılar haricinde de verilebilmektedir”, meslek bilimlerini öğretecek yeterli sayıda öğretim üyesi bulunmamakta ve bulunan öğretim üyeleri ise eski ve köklü kurumlarda, merkez illerde lokalize durumda bulunmaktadır. Öğretim üyesinin yetiştirilmesi için gerekli olan öğretim yardımcısı, araştırma görevlisi sayısı ise gün geçtikçe piyasa şartları sebebiyle düşmekte, serbest eczacılık, yeni me-

zuna daha cazip gelmektedir. Öğretim üyesi atanabilecek durumda olanlar ise gene kendi eğitildikleri kurumları tercih etmektedirler. Bu durum yeni açılan fakültelerde, öğretim üyesi açığının eczacılık lisans, yüksek lisans, doktora mezunu olmayanların meslek bilimlerine öğretim üyesi olarak atanması sonucunu doğurmaktadır. Bu noktada eczacılık mesleğinin ve eğitiminin tarihsel gelişim içerisinde ve günümüz uygulamasında usta-çırak eğitime dayandığını, lisans eğitiminin kalitesinin düşürülmesi ve tek yönlü verilmesinin açabileceği sorunları hatırlamak faydalıdır ve acil olarak problem çözümlenmelidir.

Ülkemiz ilaç Ar-Ge ve üretiminde dışa bağımlıdır. Eczacıların ilaç endüstrisinde %2 civarında istihdam edilmesi gerçekte iki nedene dayanmaktadır. Bunların ilki, yeni mezun eczacının serbest eczacılığı tercih etmesi” ki genelde firmalar tarafından telaffuz edilen budur” ve firmaların daha düşük maliyetle aynı işi yapabildiklerine inandıkları personeli istihdam etme isteklerinin yanı sıra eğitim döneminde personele harcadıkları yatırımın daha sonra boşa gitmesini istememeleridir. Bu yaklaşım, ticari açıdan doğrudur ve eczacılıkta lisans/lisansüstü düzeyindeki

eğitimler ya akademik ya da piyasa eczacısı yetiştirmek üzerine kurulmuştur. Ancak bu durum firmalarda “kopyala-yapıştır” uygulamasını da beraberinde getirmekte ve inovatör olmalarını belli ölçüde kısıtlamaktadır. Ülkemizde 2023 yılında ilaçta üretim ve Ar-Ge’de yerli sanayi ile dışa bağımlılık azaltılmak, akademi-endüstri işbirliği arttırılmak isteniyor ise endüstriyel, eczacılık eğitime hem lisans hem de yüksek lisans düzeyinde hemen başlanmalı, biyoteknoloji, farmasötik mikrobiyoloji, kişiselleştirilmiş ilaç tasarımı geleceğin dallarında eğitim yaygınlaştırılmalıdır. Eğitim sürecinde firmaların çeşitli maliyetlerinin azaltılması ve eczacının firmanın ihtiyaçlarını karşılayacak ve tercih edilmesini arttıracak katma değerler ile şekillendirilmesi gerekmektedir.

Eczacıların bir diğer sorunu da diplomalarının uluslararası arenada tanınmamasıdır. Eczacılık eğitimin akreditasyonu, kalitesinin belirli uluslararası kriterlerin üstüne çekilmesi için gerekli çalışmalara, eczacılık fakültelerinin katılımı ile kurulan ECZAK (Eczacılık Akreditasyonu) adı altında gönüllü oluşum ile başlanılmıştır. Bu oluşumun kısa süreçte bağımsız resmi yapısına kavuşturulması ile eczacılık eğitiminde kalite kriterleri ve denetimi oluşturulacaktır.

Eczacılık eğitimi ve eczacılık uygulamalarını, eczacıların yetkinliklerini eleştirmek çok kolay olmakla beraber, meslek dalımızın hastayla en son ve en çok karşı karşıya, en çok toplum sağlığı ile ilgili, en değişken meslek olduğunu unutmamakta fayda olduğunu düşünüyoruz. Ülkemizin refahı ve mutlu bir toplum olmasının yollarından birisinin; onu sağlıklı tutabilecek son basamağın eğitiminin kuvvetlenmesinden, saygınlığının ve refahının devam etmesinden geçtiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

2012 FIP Global Pharmacy Workforce Report, FIPed publications, 2012.

2023 Yılı Sağlık İşgücü Hedefleri ve Sağlık Hizmetleri Hakkında Rapor, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara, 2012.

Düşük Cirolu Serbest Eczaneler Araştırması, TEB yayınları, 2007.

Kremers and Urdang's History of Pharmacy, Glenn Sonnedeker, American Institute of the History of Pharmacy publication, 1976.

ÖSYM İstatistikleri, 2001-2012

Sağlık İstatistikleri 2011 Yılı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011.

Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, YÖK Yayınları, 2010.

Eczacılık mesleğinin geleceği

Emin Olgun



1968 yılında Trabzon'da doğdu. Sırayla Erzincan Mercan İlkokulu, Gümüşhane Uluköy Ortaokulu, Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi ve İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni bitirdi. Bir süre bilişim sektöründe faaliyet gösterdi. 2004 yılından bu yana serbest eczacılık yapmakta olan Olgun, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Eczacılıkta eğitim gündeme geldiğinde iki konu sürekli ön plana çıkmaktadır. Bunlar; ülkemizin eczacı ihtiyacından fazla miktarda eczacılık fakülteleri açılması paralelinde gereğinden fazla eczacılık öğrencisi alınması ve eğitimin mesleğin ihtiyacını karşılamadığıdır. Bu iki konuyu yakından bakmak gerekir.

Başta meslek örgütlerimiz olmak üzere, mesleğimizle ilgili sivil toplum örgütlerimizin çoğunluğu, ülkemizde eczacı sayısının fazla olduğunu iddia etmektedir. Bu nedenle açılan eczacılık fakültelerine tepki gösterilmekte, mesleğin geleceğini yok ettiğini iddia etmektedirler. Bu iddialara değerlendirebilmek için mevcut duruma göz atmak gerekir. Aşağıda şekil 1'de dünyada ve ülkemizde 100 bin kişiye düşen eczacı sayısı bulunmaktadır. Bu tabloda net bir şekilde görüldüğü gibi ülkemizdeki eczacı sayısı dünya ortalamasının altındadır. Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasına göre ise durum çok daha vahimdir. Eczacı sayımız Avrupa ortalamasının %55 altındadır.

Öte yandan fakültelerimizde toplam öğretim üyesi sayımız 2011 yılında ancak 458'e ulaşmıştır. 2001-2002 öğretim yılında öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 11,79 kişi iken 2010-2011 öğretim yılında 13,90'a çıkmıştır. Halen birçok fakülte master programı açabilmek için gerekli olan öğretim üyesi sayısını tamamlamakta zorlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan sağlık istatistiklerine göre 2011 yılında toplam eczacı sayımız 26 bin 89 kişidir (Şekil 2). Fakat bu eczacıların ezici çoğunluğu özel sektörde çalışmakta-

dır. Diğer bir deyişle serbest eczacılık yapmaktadır. Bu durum sistemi ciddi manada zorlamaktadır. Bugün ilaç üretim tesislerinde istihdam etmek için eczacı bulunamamaktadır. Eczacı yerine kimyager istihdam edilmektedir. Yine 6197 sayılı yasada getirilen 2. eczacı kavramı için gerekli eczacı sayısı bulunmadığından, istihdam zorunluluğunun kısıtlı olması gerektiği tartışılmaktadır.

Fakültelerimizi öğrencileri mesleğe hazırlama yönünden değerlendirmeye kalktığımızda başka bir sıkıntı olduğunu görmekteyiz. Yukarıda bahsettiğimiz gibi öğretim üyesi sayımız yetersizdir.

1900'lü yıllara kadar ilaçların tamamı eczanelerde hastanın kullanacağı form (tablet, ampul, pilül, şurup vs.) haline getirilirdi. İlaç seri üretim tesisleri yoktu. Fakat 1900'lü yılları takiben yavaş yavaş seri üretim yapılan ilaçlar oluşmaya başladı ve 1940'lara gelindiğinde ilaçların çoğunluğu hazır form haline geldi. Dolayısıyla eczane eczacılığında ciddi bir değişim oldu. Aynı zamanda bu dönüşümle birlikte bitkisel ve hayvansal droglar, ülkemizde "koca karı ilaçları" olarak algılanmaya başladı. Aynı zamanda eczacılık üretim eczacılığı ve eczane eczacılığı olarak şekillenmeye başladı. Eczane eczacılığında eczacının fonksiyonu, ürüne kattığı bilgi iyice azalmaya başladı. 1970'li yıllarda Amerika'da eczacılıkta yeni bir kavram ortaya çıktı. Hasta odaklı eczacılık... Hastasını takip eden, hastanın kullandığı ilaçların etkisi ve yan etkisini gözlemleyen, bir problem olduğunda hastanın hekimi ile irtibata geçip gerekli tedavi düzenlemesini sağlayan, reçetelerde ilaç uyumsuzluklarını kontrol eden, maksimal doz ve polifarmasi konusunda hastayı değerlendiren bir eczacılık... Avrupa'da

bu değişim daha geç başladı. Ülkemizde ise bu değişim ancak son birkaç yıl içinde gündeme geldi. Eğitim sistemimizde ise neredeyse yok denecek kadar az değişim gerçekleşti. Üniversitelerimizde ağırlıklı olarak üretim eczacılığına yönelik ders formatı ile devam edilmektedir. Tıp meslekleri ihtisaslaşmaya giderken eczacılık yerinde saymaya devam etmektedir. Oysa eczacılık açısından bakıldığında da acilen ihtisaslaşmaya ihtiyaç duyulduğu gözükmemektedir. En azından aşağıdaki alanlarda acil düzenleme gerektiği açıktır.

Serbest eczane eczacılığı; işletme yönetiminin esasları olan finans yönetimi, mali tablo değerlendirme, karlılık analizleri, ilaç alım stratejileri, eczane düzeni personel yönetimi gibi konularda bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir.

Farmasötik bakım eczacılığı; iyi bir anatomi, fizyoloji, mikrobiyoloji, biyokimya, toksikoloji, patoloji, halk sağlığı ve bunların üzerine oturmuş güçlü bir farmakoloji bilgisi gerektirmektedir.

Üretim eczacılığı; iyi bir kimya, fizik, biyokimya ve bunların üzerine oturan farmasötik teknoloji bilgisine ihtiyaç duyar.

Denetçi eczacılık; iyi bir mevzuat bilgisi gerektirir.

Bu temellerin dışında günümüzde tekrar popülerleşen fitoterapi, aromaterapi, homeopati gibi alanlarında göz ardı edilmemesi gerekir. Özellikle fitoterapi ve aromaterapi alanlarında Almanya başı çekmektedir. 2. Dünya Savaşında kimyasal ilaç üreten tesislerin bombalanıp imha edilmesi ile oluşan boşluğu irili ufaklı

laboratuvarlarda üretilen fitoterapotik ilaçlar ile tamamlamaya çalışmışlardır. Bu süreçte bu tür ürünler konusunda ciddi araştırmalar ortaya konulmuştur. Bizde ise eğitim sisteminde çok ciddi ders saatleri ayrılan bu alan boş bırakılmış, teorik konuların gerçek hayatta uygulamalarına yönelik bilgiler yerine aktarlarda bu işlerin nasıl kötü yapıldığı konusunda gündem oluşturulmuş, iyisini yapma konusunda ise talep kâr olunmamıştır.

6197 sayılı Yasada yapılan değişiklikle, serbest eczane eczacılığı nüfusa oranla kısıtlanmıştır. Geçmişte oluşan tepkilerle iki defa kaldırılan eczane açma kısıtlaması üçüncü kez devreye sokulmuştur. Bu eczacılığı ileri götürmek yerine geri götürecektir. Yasanın yapısına bakıldığında bu yıldan sonra eczacılık fakültelerine girenlerin eczane açması mucize gibi bir şeydir. Çünkü sistemde çalıştığı yıl ile çarpılan bir puan ve eczane açmak istediği yere müracaat edenlerden en yüksek puanı olanın eczane açmasına izin verilecektir. Dolayısıyla en az 5 yıl geriden gelen bir puan ile sisteme başlayacaktır.

Bir yandan da SGK'dan istediğimiz meslek hakkı karşılığında vereceğimiz sağlık hizmetini gündeme getirmeliyiz. Adımızın sadece 1. basamak sağlık hizmet sunucusu olması yerine gerçekten 1. basamak sağlık hizmet sunucusu olmalıyız. Bunun için de ciddi bir meslek içi eğitim programına ihtiyaç duyulduğu açıktır.

6197 sayılı yasanın 25. maddesinin ikinci paragrafı "*Eczacılar muhteviyatında yanlışlık olduğundan şüphe ettikleri reçetelerle kodekste yazılı miktarlardan fazla eczayı ihtiva edip altı iki çizgi ile çizilerek ayrıca imza edilmiş olmayan reçeteleri müdavi tabip ile temas etmeden imal edemezler.*" şeklinde ve üçüncü paragrafı "*Ancak müdavi tabip ile temas imkânı bulunmayan hallerde reçeteyi kodekste yazılı azami miktarlara göre yapmakla beraber keyfiyeti mahallin en yüksek sağlık amirine bildirirler.*" şeklindedir. Yasada yer alan ve SGK'nın reçetelerde maksimum doz sınırlarında ve teşhis ile uyumlu ilaç verilmesinin kontrol edilmesi konusunda düzenleme yapıldığında en çok biz ayaklandık. "Hekimin reçetesinin uyumluluğunu biz nasıl kontrol ederiz." dedik. Kendi bilgimize güvenemedik.

Ne yapmalıyız?

6197 sayılı Yasada yapılan nüfusa göre eczane açma kısıtlanmasından acilen vazgeçilmeli, onun yerine uzmanlaşma modeline geçilmelidir. Bu çalışmada da Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimliği için öngördüğü model eczacılığa da uygulanabilir. Mevcut serbest eczanesi

olan veya mezun durumdaki eczacılar, meslek içinde 3 yıl süreli eğitime tabi tutulup serbest eczane eczacısı uzman statüsüne getirilebilir. Geçiş sürecinden sonra ancak uzmanlığı olanların eczane açmasına izin verilebilir. Bu sayede hem eczacılığın kalitesi yükselir, hem de mesleğimizde akademisyenlik önem kazanır.

Bunu yapamıyorsa TEB tarafından düzenlenen meslek içi eğitim programları daha dinamik hale getirilmelidir. Bütün illerde yaygın eğitim programları düzenlenmeli, eczacının ilacın tek sahibi olacak şekilde bilgi birikimine haiz hale gelmesi sağlanmalıdır.

Üniversitelerin ders programlarına müdahale edilmeli, farmasötik bakım adı altındaki klinik eczacılık ders programları içerik ve yoğunluk olarak artırılmalıdır. Bu ders programının multidisipliner master ve doktora programları oluşturulmalıdır.

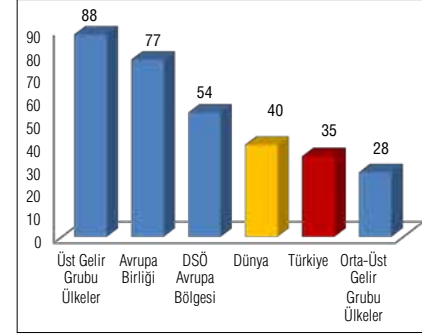
6197 sayılı Yasa ile getirilen ve eczacının master veya doktora programlarına katılması durumunda mesul müdür atamak suretiyle bu yol açılmıştır. Fakat yasada yapılan düzenlemede 2. eczacı statüsü için öngörülen asgari ücret birçok eczacı için bu yolu kapatmıştır. Eczanelerin mali durumları göz önüne alınmadan yapılan bu tür rakamsal düzenlemeler iptal edilmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1997 yılında eczacıya biçmiş olduğu 7 görev bizi bekliyor. Bu görevler; hizmet sağlayıcı, hasta bakımında karar verici, sağlık ekibiyle iletişim kurucu, lider, yönetici, yaşam boyu öğrenen ve yaşam boyu öğretendir. Evet! Gerçekten mesleğimizi kurtarmak istiyorsak, günü kurtaracak politikalar yerine geleceğimizi kurtaracak projeler oluşturmali ve bu projelere destek olmalıyız. Bu sayede günümüzü de kurtarma imkânımız olacaktır. Kendimizi kısır ve siyasi çekiştirmelerden kurtarmalı, meslek adına ciddi adımlar atmalıyız. Aksi halde teşbihte hata olmaz diyerek; biz meleklerin cinsiyetini tartışırken, elimizde meslek adına bir şey kalmayabilir.

Kaynaklar

- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, 29 Aralık 1953 Tarihli ve 8591 Sayılı Resmî Gazete.
- 6308 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun İle Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 31 Mayıs 2012 Tarihli ve 28309 Sayılı Resmî Gazete.
- Dr. Mahmut Tokaç, Kırmızı Çizgi, İstanbul, 2012.
- <http://dosya.marmara.edu.tr/ecz/belgeler/Dersler.pdf> (Erişim Tarihi: 01.05.2013)
- http://eczacilik.istanbul.edu.tr/?Tr:Ogrenciler_icin:Ders_Icerikleri (Erişim Tarihi: 01.05.2013)
- http://www.eczacilik.hacettepe.edu.tr/index.php?option=com_content&view=category&id=1

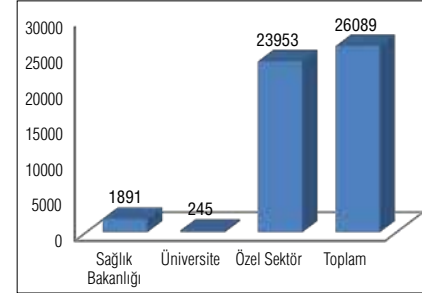
Şekil 1: 100 bin kişiye düşen eczacı sayısının uluslararası karşılaştırması, 2010



Tablo 1: Öğretim yıllarına göre eczacılık fakültesi, öğrenci ve öğretim üyesi sayıları, Türkiye

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	Öğrenci Sayısı			Öğretim Üyesi
		Yeni Kayıt Olan	Halen Eğitimde Olan	Mezun Olan	
2001-2002	9	855	4.149	695	352
2002-2003	11	939	4.120	919	354
2003-2004	11	967	4.266	792	356
2004-2005	11	973	4.324	885	363
2005-2006	12	1.005	4.572	785	366
2006-2007	12	997	4.666	896	393
2007-2008	12	1.020	4.666	981	424
2008-2009	12	1.195	4.896	966	428
2009-2010	12	1.265	5.821	374	448
2010-2011	15	1.421	6.368	815	458

Şekil 2: Ülkemizdeki eczacıların görev yaptıkları yerlere göre dağılımı-2011



6&Itemid=71 (Erişim Tarihi:01.05.2013)

http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczacio-dasiyayinlari/ilac_form-19-1/7.pdf (Erişim Tarihi: 01.05.2013)

<http://www.klinikecza.org/altmenu/bilgi.asp> (Erişim Tarihi:01.05.2013)

<http://www.pharm.ege.edu.tr/?p=plan> (Erişim Tarihi:01.05.2013)

http://www.sagliktanabiz.com/index.php?option=com_content&view=article&id=870:eczacilik&catid=85:17sayi-dosya&Itemid=110 (Erişim Tarihi: 01.05.2013)

<http://www.yeditepe.edu.tr/fakulteler/eczacilik-fakultesi/ders-programi> (Erişim Tarihi: 01.05.2013)

Marmara Eczacılık Dergisi, Cilt 15, Sayı 3, 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı, 2011

Diş hekimliği eğitiminde sorunlar ve çözüm önerileri

Yrd. Doç. Dr. Emir Yüzbaşıoğlu



1978 yılında Kırklareli'nde doğdu. 2003 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ni bitirdi. 2006 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'nda Bilim Doktorası yaptı. Eğitimine İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı'nda yüksek lisans programında devam etmektedir. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'nda Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Diş hekimliği ile ilgili ilk tedavi uygulamalarına M.Ö. 3 bin yıllarında rastlanmıştır. Ancak bir cerrahi sanat olarak ortaya çıkışı 18. yüzyılda gerçekleşmiştir. Diş hekimliği, uzun yıllar tıp mesleği içinde bir dal olarak yer almıştır. Ancak bir cerrahi sanat alanı olan diş hekimliğinin, 19. yüzyılda bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de gelişmeye başlaması onun, ayrı bir bilim dalı olarak incelenmesini kaçınılmaz hale getirmiştir. 19. yüzyılda Türkiye'de diş hekimliği, tıbbın diğer kolları gibi bir disiplin altına alınmaya başlanmış ve 20.yüzyılda daha da gelişmiştir. Dünyada

ilk diş hekimliği okulu, 1839'da ABD'de Baltimore'da açılır. Bunun ardından 1855 yılında Berlin'de (Almanya), 1858 yılında Londra'da (Birleşik Krallık), 1880 yılında Paris'te (Fransa), 1881 yılında Cenevre'de (İsviçre), 1888 yılında Stokholm'de (İsveç) ve 1890 yılında Viyana'da (Avusturya) diş hekimliği okulları kurulmuştur.

Ülkemizdeki tıp eğitiminin ilk modern aşamasını oluşturan Tıphane ve Cerrahane-i Amire, 1838'de birleştirilerek Mektebi Şahane adını almıştır. Sivil tıbbiyenin 01.10.1908'de fakülte unvanını almasından sonra Dişçi Okulu (Darülfünunu Osmanî Tıp Fakültesi Eczacı ve Dişçi ve Kabile (Ebe) ve Hastabakıcı Mektepleri)

bugünkü adıyla İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, 22 Kasım 1908'de bütçesi oluşturularak resmi bir yapıya kavuşmuştur. Halit Şazi Bey, Hüseyin Talat Bey, Manok Leon Efendi ve Terziyan Efendi'den oluşan Dişçi Mektebi Mualimler Meclisi ilk olarak 28 Ekim 1909'da toplanmış ve okulun ilk ders programını yapmış, öğrenci kaydına başlanmasına karar vermiş ve Tıp Fakültesinin boşalttığı Kadırga'daki Menemenli Mustafa Paşa Konağı olarak adlandırılan ahşap bir binada fiilen eğitime başlanmıştır. Ülkemizde diş hekimliği okulunun kurulması ile birlikte diş hekimliği eğitimi de çağdaş bir şekil almıştır.





Dünyada diş hekimliği eğitiminde iki eğitim felsefesi modeli bulunmaktadır. Bunlar “odontoloji” ve “stomatoloji” modelleridir. Odontoloji modeli, Kuzey ve Güney Amerika, Kuzey ve Batı Avrupa, Japonya, Hindistan ve Avustralya’da diş hekimliği eğitimi bağımsız bir disiplin olarak tercih edilmektedir. Buna karşılık, stomatoloji modelinde ise Avrupa’nın diğer bölümleri, Çin ve Rusya’da diş hekimliğini tıbbın bir uzmanlık dalı olarak benimsenmektedir. Diş hekimliği eğitimi dünyada lise eğitiminin tamamlanmasından ardından yapılan ve minimum 5 yıl içinde sonuçlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da ise lise eğitiminin ardından, 3-4 yıllık temel fen bilimleri veya sosyal bilimleri konularında üniversite eğitiminin ardından diş hekimliği eğitimine geçilmekte ve bu eğitim 4 yıl içinde tamamlanarak mezun olunmaktadır.

Ülkemizde ise diş hekimliği eğitimi, lise eğitiminin ardından 5 yıllık bir süreç içerisinde mesleki uygulamaların teorik temellerinin ve bu uygulamalarının klinik becerilerini kazanmayı amaçlayan bir dizi ders ve uygulamaları içermektedir. Klinik beceriler, klinik öncesi laboratuvar ortamında yapılan uygulamalar ve sonrasında klinik stajlar ile kazanılmaktadır. Diş hekimliği eğitiminde “preklinik eğitimi” 3 yıllık bir zamanı kapsamaktadır. Bu dönemde temel tıp bilimleri dersleri ile klinik diş hekimliği bilimleri konularını içeren teorik ve laboratuvar uygulama dersleri yer almaktadır. Bu dönem, öğrencilerin hekimlik nosyonunu kazanmaya ve el

becerilerinin geliştirildiği dönemdir. Eğitimin son 2 yılını kapsayan “klinik eğitimi” döneminde ise diş hekimlerine meslek hayatları boyunca gerekli olan klinik tıp bilimleri konularını içeren teorik dersler ile klinik diş hekimliği derslerinin uygulamaları yer almaktadır.

Diş hekimliği fakültelerinde eğitim-öğretim programları dünyadaki gelişmiş ülkelerdeki programlara benzer olmakla birlikte ülkemizdeki diş hekimliği eğitiminde sorunlar bulunduğu, hem öğretim üyeleri hem de öğrenciler tarafından çeşitli platformlarda sıklıkla dile getirilen bir husustur. Bu konu, Türk Diş Hekimleri Birliği’nin düzenli olarak gerçekleştirdiği hem meslek sorunları sempozyumlarında hem de ulusal öğrenci kongrelerinde geniş bir şekilde tartışılmaktadır. Diş hekimliği eğitimi, zorluğu açısından diğer meslek eğitimleriyle kıyaslandığında üst sıralarda yer almaktadır. Üniversite eğitiminin aileler üzerine getirdiği mali yükün yanı sıra diş hekimliği eğitiminin kendi doğası gereği bir takım ek masraflar da ortaya çıkarmaktadır. Üniversite yerleştirme sınavlarında başarı göstererek diş hekimliği fakültelerine giren öğrenciler, eğitim hayatları boyunca giderek artan bir stres düzeyi ile başa çıkmak zorunda ve sınıf ilerledikçe ortaya çıkan problemler de artmaktadır. Fakültelerin fiziki koşullarındaki farklılıklar eğitim kalitesinde ülke çapında farklılıklar ortaya çıkarmaktadır. Özellikle staj dönemlerinde hasta sayısının artışına karşın yetersiz klinik koşulları öğrencilerin eğitim ve araştırmaya yeterli zaman ayı-

Fakültelerin fiziki koşullarındaki farklılıklar eğitim kalitesinde ülke çapında farklılıklar ortaya çıkarmaktadır. Özellikle staj dönemlerinde hasta sayısının artışına karşın yetersiz klinik koşulları öğrencilerin eğitim ve araştırmaya yeterli zaman ayıramamalarına neden olmaktadır. Ayrıca öğrenciler yoğun sınavlar ve çalışmalar nedeniyle sosyal aktivitelere de zaman ayıramamaktadır.



Diş hekimliği eğitimi dinamik bir süreci kapsamaktadır. Eğitim modelleri sürekli değişmekte ve günü yakalamak zorundadır. Artan bilgi birikimi ile eğiticiler sürekli olarak müfredatları yenilemeli ve öğrencilerin bu değişken ortama uyum sağlayabilecekleri altyapıyı hazırlamalıdır. Üniversiteler, meslek örgütleri ile işbirliği içinde mezuniyet sonrası eğitim programlarının düzenlenmesinde lider rolü üstlenmelidir.

ramamalarına neden olmaktadır. Ayrıca öğrenciler yoğun sınavlar ve çalışmalar nedeniyle sosyal aktivitelere de zaman ayıramamaktadır.

Türk Diş Hekimleri Birliği Öğrenci Kolu tarafından her yıl düzenlenen ulusal öğrenci kongrelerinin sonuç bildirgelerinde diş hekimliği eğitimindeki sorunlar hakkında ciddi şekilde ortaya konmaktadır. Bu bildirgelerde, diş hekimliği fakültelerinin amacının önce eğitim ve araştırma, daha sonra hizmet olduğunun öğrenciler tarafından sıklıkla belirtilmektedir. Diş hekimliği eğitiminin maddi yükümlülükleri hakkında ise atıf yapılan bir maddede ise, öğrenciler hasta tedavisi sırasında kullanılan el aletleri ve sarf malzemelerin tamamının fakülteler tarafından sağlanmasını talep etmektedirler. Fiziki koşullar konusunda ise fakülte kliniklerde bulunan ünit ve ekipmanların sayılarının yeterli hale getirilmesi ve günümüz teknolojisini yakalamasının gereği vurgulanmaktadır. Ayrıca eğitim sisteminin yoğun temposu sosyal hayatlarını kısıtlamakta olduğunu belirten öğrenciler, fakülte yönetimlerinin gerçekleştireceği faaliyetlerle kendilerine destek olmalarını arzulamaktadırlar. Bununla birlikte laboratuvar ve kütüphanelerin ödev ve araştırmalar için daha uzun süre açık tutulması talebi de dikkat çeken bir başka noktadır.

Ülkemizdeki diş hekimliği fakülteleri öğretim üyeleri ve öğrenciler arasında yapılan bir araştırmada, diş hekimliği eğitiminde karşılaşılan sorunlar dikkat

çekici şekilde ortaya konmuştur. Öğretim üyeleri, üniversitelerde kaynak yetersizliği ve fiziki ortam yetersizliklerinden şikâyet etmektedir. Bununla birlikte eğitim stratejilerinde yetersizlikler ve sağlık mevzuatı konusundaki eksiklikler de öne çıkmaktadır. Ayrıca diş hekimliği fakültelerinde verilen eğitimlerin uygunluğu ve kalitesinin değerlendirilmesinin gereği de vurgulanmıştır. Öğretim üyelerinin çoğunluğu eğitici eğitimlerine katılmadığını ve fakültelerinde genellikle teorik bilgiye dayalı geleneksel eğitim uyguladıklarını bildirmişlerdir. Öğretim üyeleri, üniversitelerin verdiği eğitim ile ilgili olarak en çok rahatsız oldukları konunun öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısındaki fazlalık olduğunu belirtmektedir. Buna ilave olarak çalışma ortamındaki olumsuzluklar ile teorik ve pratik dersler arasındaki uyumsuzluğu da bildirmişlerdir.

Diş hekimliği öğrencileri açısından bakıldığında sorunun farklı olduğu görülmektedir. Diş hekimliği öğrencileri klinik uygulamalarda fiziki koşulların yetersizliğinden ve bazı anabilim dallarından yeteri kadar teorik bilgi alınamaması ve klinik uygulama yapılamamasından şikâyet etmektedir. Bununla birlikte öğretim üyeleri ile öğrenciler arasında yeteri kadar iletişim kurulamaması ve eğitimcilerin eğitim teknikleri konusunda beceri eksikliği de öğrenciler tarafından önem verilen sorunlardan birkaçını oluşturmaktadır. Ayrıca öğrenciler, klinik ve pratik bilgilerin kombine halde verilmemesi ve klinik tanı koymada

eksikliklerin olması gibi ciddi sorunları da ortaya koymaktadırlar. Öğrencilerin dikkat çektiği bir diğer nokta ise acil durumlar konusunda yeterli eğitim almamalarıdır. Genel olarak eğitim hayatları boyunca öğrencilerin yaşadıkları sorunların başında teorik eğitimin klinik uygulamalarla uyumlu olmaması, eğitim sürecinin çok yorucu ve yıpratıcı olması ve öğretim üyesi-asistanlar ile iletişim sorunları yaşamaları yer almaktadır.

Bu sorunlara öğrencilerin önerileri ise dikkat çekici boyuttadır. Diş hekimliği öğrencileri eğitim süresinin 6 yıla çıkarılması ve eğitimin buna göre düzenlenmesini belirtmişlerdir. Ayrıca öğretim üyesi-öğrenci iletişiminin artırılması ve öğretim üyelerinin öğrencilerinin sorunlarından haberdar olmaları gerektiği rapor edilmiştir. Öğrenciler klinik çalışmalarda öğretim üyelerinin yol gösterici olması, puan ve not yetiştirme stresinin azaltılmasının gereğini vurgulamıştır.

Meslek hayatına atılan diş hekimleri de, diş hekimleri eğitimleri hakkında aldıkları pratik eğitimin yetersiz olduğunu belirtmiş, bunu da öğrenci sayısının fazlalığına bağlamaktadır. Bununla birlikte eğitim programlarının yetersiz olduğunu ve muayenehane pratiğinde karşılaştıkları güncel sorunları içermediğini de belirtmektedirler. Ayrıca acil durumlarda konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını da belirtmektedir.

Daha iyi bir eğitim için ne yapılmalı?

Yeterli bir düzeyde eğitim için yeterli imkânlara sahip diş hekimliği fakültelerinin tesis edilmesi, birinci öncelik verilmesi gereken konudur. Fiziksel imkânlardan yoksun fakültelerde modern diş hekimliği eğitiminin yapılması imkânsızdır. Diş hekimliği eğitiminin yaklaşık % 60'ı pratik uygulamalarda ve klinik eğitiminde geçtiği göz önünde bulundurulursa, klinik öncesi laboratuvarların ve polikliniklerin fiziksel açıdan yetersiz olması, eğitimin gerekli düzen ve sistem içinde yürütülememesine neden olacaktır. Örneğin klinik öncesi eğitim dönemindeki derslerin yapıldığı laboratuvarlarda ergonomik olmayan çalışma masaları ve yeterli görsel eğitim sistemlerinin bulunmaması, öğrencilerin derslere yeterince ilgi göstermemelerine ve dolayısıyla ders zamanının etkili biçimde kullanılmamasına neden olmaktadır. Klinik öncesindeki hasta tedavilerinin simüle edildiği laboratuvarların güncel sistemlerle değiştirilmesi gerekmektedir. Günümüzde kullanılan yapay hasta modellerinin öğrencilerin el becerilerinin gelişmesi üzerine olan etkisi yadsınamaz. Ancak son yıllarda Japonya'da geliştirilmiş olan Simroid gibi dental robotların eğitimde kullanılması

ile birlikte gerçek zamanlı hasta tepkileri karşısında öğrencilerin hastaya karşı nasıl bir reaksiyon verdikleri de tespit edilebilmektedir. Önceden hazırlanmış veya operatör tarafından anlık olarak yönlendirilen robot, öğrencinin gerçek bir hasta tedavisi sırasında karşılaşacağı tüm süreci ortaya koyabilmektedir. Bununla birlikte günümüzde kullanılan yapay hasta modellerine eklenen DentSim gibi yazılımlar ile öğrencilerin derslerde göstermiş olduğu performansların eğitici tarafından sübjektif değerlendirilmesinin önüne geçilebilmektedir. Bu yazılıma önceden belirlenmiş tedavi parametreleri girilerek, eğitici ve öğrencinin eş zamanlı olarak yapılan performans hakkında ne kadar hedefe ulaşıldığı tespit edilebilmektedir. Bu amaçla üç boyutlu gerçek zamanlı görüntüleme sistemlerinden yararlanılmaktadır. Öğrenci tedavi performansını gerçekleştirirken, onu takip eden bir üç boyutlu kamera sistemi ile bilgisayar ortamında tedavi performansının önceden belirlenen parametrelerden ne kadar uzaklaştığı milimetrik olarak hesaplanmakta ve eğiticiye değerlendirmesi için raporlanmaktadır.

Diş hekimliği literatürü yıllar içerisinde hızla değişmektedir. Bu sebeple fakültelerde okutulan müfredatların hem ülke çapında standardizasyonun yapılması, hem de Avrupa Diş Hekimliği Eğitim Birliğinin önerdiği gibi ülkenin mevcut ihtiyaçlarına dayalı yeterliliklere sahip diş hekimleri yetiştirilmelidir. Eğitici merkezli eğitim modelinden uzaklaşarak, öğrenci merkezli eğitim modellerinin tercih edilmesi gerekmektedir. Yatay veya dikey entegrasyona imkân tanıyan modüler eğitim sistemlerinin uygulanmasının yanı sıra, eğitimde kanıta dayalı diş hekimliği prensipleri ve uygulamaları tercih edilmelidir. Eğiticilerin, eğitim teknikleri ve ölçme-değerlendirme konularında eğitim almaları, aldıkları bu eğitimlerin yıllık olarak tekrarlanması nitelikli eğitici kadronun yetiştirilmesi için önem taşımaktadır. Bu eğitimlerin akredite bir kuruluş tarafından yapılması hem ülke çapında bir standardizasyon sağlamasına hem de yeterli düzeyde olmayanların eğitim sisteminden geçici veya daimi olarak uzaklaştırılmasına imkân tanıyabilir. Diş hekimliği fakülteleri arasındaki müfredatların belirli bir çerçeveye oturtulması ve bu çekirdek müfredatların kredite bir kuruluş tarafından onaylanması gereklidir. Onaylanmış olan çekirdek müfredat haricinde her fakülte kendisinin güçlü olduğu alanlarda ve öğrencilerin kendilerini yetiştirmek istedikleri özel alanlarda seçmeli dersler ve proje imkânı sunabilmelidir.

Ayrıca diş hekimliği eğitiminde klinik öncesi alınan bilgilerin klinik eğitimi sırasındaki uygulamalar arasındaki bağlantının

zayıflığının ortadan kaldırılması amacıyla öğrencilerin eğitimin ilk yıllarında hastalar ile iletişime geçmeleri sağlanmalı ve basit koruyucu uygulamalarda yer alarak mesleğe adım atmaları gerekmektedir. Erken dönemde hasta ile temasa geçen öğrencinin hem mesleğe olan ilginin artırılması hem de koruyucu-önleyici diş hekimliği felsefesine sahip olması sağlanabilir. Öğrencilerin hastalarla olan teması yıl geçtikçe nicelik ve nitelik olarak arttırılmalıdır. Hasta tedavilerinde departmental yaklaşımdan ziyade entegre yaklaşım tercih edilmelidir. Hastanın şikâyetlerinin bir bütün olarak ele alınması hem öğrencinin problem çözme yeteneğinin gelişmesine hem de artan miktarda hasta ile temas sağlandığı takdirde klinik tanı koymada karşılaştıkları sorunların eliminasyonu sağlanacaktır.

Sonuç olarak, diş hekimliği eğitimi dinamik bir süreci kapsamaktadır. Eğitim modelleri sürekli değişmekte ve günü yakalamak zorundadır. Artan bilgi birikimi ile eğiticiler sürekli olarak müfredatları yenilemeli ve öğrencilerin bu değişken ortama uyum sağlayabilecekleri altyapıyı hazırlamalıdır. Üniversiteler, meslek örgütleri ile işbirliği içinde mezuniyet sonrası eğitim programlarının düzenlenmesinde lider rolü üstlenmelidir. Ancak bu programlar, geçmiş konuların tekrarından ziyade mezuniyetlerinin üzerinden yıllar geçmiş olan diş hekimlerine güncel bilgileri veren, onların sürekli öğrenme ve gelişime isteklerini ayakta tutacak programlar olmalıdır.

Kaynaklar

Basa S, Diş Hekimliği Eğitimi, Problemleri, Çözüm Önerileri. Sağlıkta Nabız, 2005, Cilt: 4, Sayı: 17, Sayfa 40.

Bucur MV, Shanley DB, Claffey N. Contents of Stomatological curricula in Europe. Eur J Dent Educ. 2006; 10 (2):61-66.

Diş Hekimliği Eğitiminde Mevcut Durum ve Sorunlar Araştırması, Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları, Araştırma Dizisi-5; 2008

Günday M, Diş Hekimliği Eğitimi, Sağlıkta Nabız, 2005, Cilt: 4, Sayı: 17, 41-43.

http://www.ido.org.tr/icerik_goster.php?icerik_id=158 (Erişim tarihi: 01.06.2013)

<http://www.istanbul.edu.tr/dishekimligi/tarihce.html> (Erişim tarihi: 01.06.2013)

http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/solmenu_goster.php?yer_id=1&id=409 (Erişim tarihi: 01.06.2013)

Scott J. Dental Education in Europe: The challenges of variety. J Dent Educ, 2003;67 (1):69-78.

Sharma S, Vijayaraghavan V, Tandon P, Kumar DRV, Sharma H, Rao Y. Dental Education: Current Scenario and Future Trends, J Contemp Dent Prac, 2012; 13 (1): 107-110.

Türk Diş Hekimleri Birliği Öğrenci Kolu 6. Ulusal Öğrenci Kongresi, 2012, Samsun.

Diş Hekimliğinde Uzmanlık Sınavı (DUS)

Doç. Dr. Hanefi Kurt



1974 yılında Muğla'da doğdu. İlköğrenimini Muğla Atatürk İlköğretim Okulunda, orta ve lise öğrenimini Muğla Anadolu Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden 1997 yılında mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde protetik diş tedavisi doktorasını tamamladı. Aynı üniversitenin Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi Anabilimdalı Total Parsiyel Protez Bilimdalında 1998-2011 yılları arasında görev yaptı. Dr. Kurt, 2011 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde görev yapmaktadır.

Diş Hekimliğinde Uzmanlık Sınavı (DUS), tüm diş hekimliği öğrencileri tarafından yıllardır beklenen ve belki de hiç yapılamayacağı düşünülen bir sınavdı. Bu bekleyişteki en önemli neden, uzmanlıkla doktoranın aynı başlık altında değerlendirilmesi ve doktora giriş sınavının yapılışında ve değerlendirilmesinde objektif olunmadığı kanısının varlığıydı.

Geçmişte doktora başvuru için KPDS, TOEFL veya bunlara eş bir yabancı dil sınavından geçer not almış olmak yeterliydi. Ardından anabilim dalları tarafından yapılan yazılı ve sözlü sınavlar sonucu en yüksek notu alan öğrenciler doktora başlayabilmekteydi.

Genellikle kamu personelinin yabancı dil farkı almak için girdiği KPDS'nin akademik hayata başlamada ölçüt olarak alınmasının yanlış olduğundan yola çıkılarak akademik eğitime daha uygun olan Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı (ÜDS) yapılmaya başlandı. 2013 yılından itibaren ÖSYM tarafından KPSS, TUS, DUS gibi sınav ve yerleştirme işlemleri için yabancı dil bilgisi seviyesini belirlemeye yönelik olarak sadece Yabancı Dil Bilgisi Seviye Belirleme Sınavı'nın (YDS) yapılacağı, ÜDS ve KPDS gibi diğer yabancı dil seviye belirleme sınavlarının yapılmayacağı bildirilmişti. Ancak 2013 Bahar Dönemindeki sınav kılavuzunda sınavda yüksek puan alarak yerleştirmeye hak kazanan uzmanlık adaylarının yerleştirme işleminin yapılabilmesi için yabancı dil yeterliliği arandığı, bunun da YDS, ÜDS veya KPDS'den en az 50,000 puan olduğu belirtilmektedir.

Doktora giriş için sözlü ve yazılıların her bölüm tarafından tek tek yapılmasında

yaşanılan sıkıntılar nedeniyle objektif ölçütler oluşturabilmek için akademik kariyere başlamak isteyen tüm lisans ve yüksek lisans mezunlarına yönelik olarak ÖSYM tarafından, Akademik Personel ve Lisansüstü Eğitimi Giriş Sınavı (ALES) düzenlenmeye başladı.

Bunun üzerine doktora başlama kriteri olarak üniversiteler tarafından öğrencinin tüm öğrenim hayatındaki başarısını değerlendirmeye katacak farklı formüllerle kriterler oluşturuldu. Örneğin İstanbul Üniversitesi'nde diş hekimliğinde doktora programına başvuran bir adayın değerlendirilmesi için İÜ Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 10. Maddesinde belirtilen aşağıdaki formül kullanılmaktadır.

(2) Doktora programlarına giriş notunun belirlenmesinde, ALES veya eşdeğeri sınav notunun veya temel tıp notunun %50'si; lisans not ortalamasının %10'u, yüksek lisans yapmadan kabul edilenlerde %20'si; yüksek lisans not ortalamasının %10'u, mülakat puanının %20'si ve yabancı dil notunun %10'u toplanır. Küsuratlı notlarda virgülden itibaren üç haneden sonrası yuvarlanır.

(3) Doktora programlarına kabul edilebilmek için giriş notunun en az 70 olması gerekir. Adaylar, ilân edilen kontenjanlara, en yüksek nottan başlayarak yapılan sıralama ile yerleştirilir.

1 Temmuz 2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan 27981 Sayılı ve 2011/1985 Karar Sayılı "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" başlıklı yönetmeliğin yürürlüğe girmesi ile birlikte diş hekimliğinde köklü bazı değişiklikler meydana geldi.

Bu yönetmelikle birlikte diş hekimliğinde 2 olan uzmanlık ana dal sayısı 8'e çıkmıştır. Yeni kabul edilen uzmanlık dalları ile bu dallarda eğitim süreleri Tablo 1'de görülmektedir.

Diş hekimliğinde uzmanlık ana dalları ve eğitim süreleri

Belirlenen yeni ana dallarla birlikte bu bölümlerde öğrenim görecektir diş hekimlerinin belirlenmesi amacıyla da ÖSYM tarafından Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (DUS) uygulanmaya başlanmıştır.

Diş Hekimliği Uzmanlık Sınavı olan DUS aynen tıpta uzmanlık sınavında olduğu gibi diş hekimliği fakültelerinde uzmanlık eğitimi yapacak öğrencileri objektif ölçütlere göre seçmek için yapılan bir sınavdır.

Sınavın uygulanması ve değerlendirilmesi

DUS; Ankara, İstanbul ve İzmir olarak üç merkezde yapılmaktadır. Sınav, sırasıyla temel bilimler testi (40 soru) ve klinik

Tablo 1: Diş hekimliğinde uzmanlık ana dalları ve eğitim süreleri

Ana Dallar	Eğitim Süreleri
1-Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	4 yıl
2-Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	3 yıl
3-Çocuk Diş Hekimliği	3 yıl
4-Endodonti	3 yıl
5-Ortodonti	4 yıl
6-Periodontoloji	3 yıl
7-Protetik Diş Tedavisi	3 yıl
8- Restoratif Diş Tedavisi	3 yıl

bilimler testi (80 soru) olmak üzere toplam 120 sorudan oluşmaktadır. Bu testler için verilen toplam cevaplama süresi 150 dakikadır (2,5 saat). Testler puanlanırken her bölümde doğru cevapların sayısından yanlış cevapların sayısının dörtte biri düşülmekte ve kalan sayı o bölümle ilgili ham puanı oluşturmaktadır.

Ayrıca ilgili yönetmelikteki hüküm uyarınca adaylar;

a) *Uzmanlık eğitimine devam etmekte iken sınava girildiğinde,*

b) *Uzmanlık eğitimine devam etmekte iken istifa edenlerin istifalarını takip eden ilk sınavda,*

c) *Bir uzmanlık alanına yerleştirildiği halde eğitime başlamayanların takip eden ilk sınavda,*

yerleştirmeye esas olan mesleki bilgi puanı % 2 oranında düşürülmektedir.

Sınav sonuçlarına göre bir programa yerleştirilen adayların hakları yalnız ilgili sınav dönemi için geçerlidir.

Ayrıca Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesine göre uzmanlık programlarında aylıksız olarak eğitim görmek isteyen diş hekimliği fakültesi mezunu yabancı uyruklu adaylar da bu sınava girmek zorundadırlar.

Sınavın kapsamı

DUS mesleki bilgi sınavının yaklaşık kapsamları Tablo 2'de belirtilmiştir.

Bugüne kadar 2012 ilkbahar döneminden başlayarak toplam 3 sınav yapılmıştır. Bu sınavlara katılım Tablo 3'de görülmektedir.

Sınavlara başvuran aday sayısının her dönemde yapılan yaklaşık 200 yerleştirme ile birlikte azaldığı görülmektedir. Ayrıca sınava başvuran adayların yaklaşık %10'unun başvurdukları sınava girmedikleri görülmektedir. Sınavlardaki başarı durumu Tablo 4'deki gibidir.

Adayların temel bilimler alanında soruların yaklaşık %35'ini doğru yanıtladığı görülürken, klinik bilimlerde ilk sınavda % 40'larda son sınavda ise % 61'lerde sorulara doğru yanıt verilmiştir. Üniversitemizde uzmanlık eğitime başlamış adaylarla yaptığımız görüşmelerde bu tabloyla uyumlu görüşler ortaya çıkmıştır. Adaylar temel bilimler sorularının çok zor olmadığını ancak basitleştirilmiş TUS sorularına benzediğini ve genellikle daha yakın ilgi alanları olan baş boyun bölgesinden değil de tüm vücudu kapsayan sorular olması nedeniyle zorlandıklarını belirtmişlerdir. Sınav sorularının derslerde işledikleri konularla uyumu konusunda farklı şehirlerde öğrenim gören adayların sınavı farklı değerlendirdiği görülmektedir. Ankara'da öğrenimini tamamlayan

adaylar sınav sorularının genellikle derslerde işledikleriyle uyumlu olduğunu belirtirken, İstanbul'da öğrenim görmüş adaylar derslerde işledikleri konularla başlık olarak aynı olsa da işlenişleri açısından farklılık olduğunu, bu nedenle başlangıçta zorlandıklarını ancak hazırlık kurslarıyla bu açığı kapattıklarını belirtmişlerdir. Bu da başlangıçta daha düşük olan klinik bilimleri sorularındaki başarı yüzdesinin zamanla artışının açıklamasında bir ipucu olabilir.

DUS'u başarmış olan adayların sınav konusunda yaşadıkları en önemli sıkıntı, kaynak olarak kullanılan ve referans alınan Türkçe veya farklı dillerde yazılmış kaynakların belirli olmamasıdır. Öğrenim hayatları boyunca yararlandıkları Türkçe veya İngilizce kaynaklar arasında en temel konularda bile farklı düşüncelerin bulunduğunu bildiren öğrencilerin öncelikli istekleri bu konuda bir standardizasyonun sağlanmasıdır. Tabi ki bilim tek bir kitap üzerinden değerlendirilemez ancak yararlanılabilecek birkaç kaynağın bilinmesi hem öğrencilerin doğru bilgilere ulaşması açısından hem de adayların dersane ve kurslara mahkûm olmadan kendi kendilerine eksiklerini kapatabilmeleri açısından oldukça yararlı olacaktır. Bir diğer sorun ise öğrenim hayatları boyunca gördükleri derslerin ders yükü ile orantılı olmayan bir soru dağılımının bulunmasıdır. Örneğin klinik bilimlerde 5 yıl boyunca yüzlerce saat ders yükü bulunan bir alanla, 1 ya da 2 yılda 30-40 saat ders yükü bulunan alanın aynı soru ağırlığına sahip olması da eleştirilen bir diğer konu olarak dikkat çekmektedir.

Diş hekimliği eğitiminde bilginin ve yorumlamanın önemi çok büyüktür, ancak öğretim üyeleri olarak bizim eksik olduğunu düşündüğümüz en önemli nokta ise, mesleğini tümüyle eliyle icra eden bu hekimlik branşında el becerisinin göz ardı edilmiş olmasıdır. Bu konuda günümüz teknolojilerindeki büyük gelişim adayların el becerilerinin modern simülasyon cihazlarıyla objektif olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir. Gelecekte sınav siteminin içerisine, teorik olarak belirli bir barajı aşan adayların ayrıca pratik olarak da değerlendirilebilmesinin eklenmesinin daha doğru bir aday seçim yöntemi olacağını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak eksikliklerine rağmen yapılan değişikliklerin mesleğimiz açısından son derece önemli olduğu aşîkârdır. Uzmanlık yönetmeliği ile yıllardır birçok konuda mağdur olan doktora adı altında hem doktora hem de uzmanlık için yıllarca çalışmış birçok uzman diş hekiminin emekleri sonunda karşılığını bulmuştur. Bunun yanında ortaya çıkan DUS'un, mevcut en objektif uzman aday seçim kriteri olduğu da görülmektedir.

Tablo 2: DUS'daki soruların alanlara göre dağılımı

	Alanlar	Testteki Soru Sayısı	Testteki Yaklaşık Yüzdesi
Temel Bilimler Testi	Anatomi	6	5
	Fizyoloji	6	5
	Histoloji ve Embriyoloji	4	4
	Tıbbi Biyokimya	6	5
	Tıbbi Mikrobiyoloji	6	5
	Tıbbi Patoloji	4	4
	Tıbbi Farmakoloji	4	4
Klinik Bilimler Testi	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	4	4
	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	10	8
	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	10	8
	Çocuk Diş Hekimliği	10	8
	Endodonti	10	8
	Ortodonti	10	8
	Periodontoloji	10	8
	Protetik Diş Tedavisi	10	8
	Restoratif Diş Tedavisi	10	8
	Toplam	120	100

Tablo 3: DUS'a başvuran, giren ve girmeyen adayların dönemlere göre dağılımı

	2012 İlkbahar	2012 Sonbahar	2013 İlkbahar
Sınava Başvuran Aday Sayısı	2104	1617	1341
Sınava Giren Aday Sayısı	1912	1454	1265
Sınava Girmeyen Aday Sayısı	192	163	76
Sınavı Geçersiz Aday Sayısı	1	0	0

Tablo 4: Yapılmış olan sınavlardaki doğru cevaplanan soruların ortalama ve standart sapmaları

Uygulanan Testler	Ortalama	Standart Sapma	Soru Sayısı
2012 İlkbahar Temel Bilimler	11.679	8.909	40
2012 Sonbahar Temel Bilimler	15.420	7.853	40
2013 İlkbahar Temel Bilimler	14.238	8.451	40
2012 İlkbahar Klinik Bilimler	32.221	11.433	80
2012 Sonbahar Klinik Bilimler	41.083	12.766	80
2013 İlkbahar Klinik Bilimler	49.287	12.395	80

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin sorunları

Prof. Dr. Abdullah Sonsuz



1957 yılında Erzurum, Oltu'da doğdu. 1981'de İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji uzmanlık eğitimlerini Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde tamamladı. 1992'de doçent, 1998'de profesör oldu. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Başkanlığı ve Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanlığı görevlerini yürütmektedir.

Gelecekte tıp eğitimi veya tıp eğitimin geleceği gibi kavramlarla ifade edilen araştırmalar, son yıllarda daha sık karşılaştığımız konular olmaya başlamıştır. Geride bıraktığımız 20-30 yıl içerisinde yaşanan bilimsel ve teknik ilerlemeler, başta tanı ve tedavi araçları olmak üzere sağlık hizmetlerinin hemen her unsurunda çok önemli gelişmeleri beraberinde getirmiş ve bu gün fiilen çalışmakta olan birçok doktoru, mesleğini

mezuniyet öncesi eğitim sürecinde hiç görmediği, hatta hayal bile edilemeyen imkân ve uygulamalar içerisinde görev yapan bir konuma ulaştırmıştır.

Ülkemizde tıp eğitiminin tartışılmasındaki başlangıç noktası, diğer ülkelerde olduğu gibi sadece bilimsel ve teknolojik gelişmelerin ortaya çıkardığı koşullara uyum sağlama çabası olsaydı bunun içerisinde rahatsız edici bir problem görmemek gerekecekti. Sorun; bilimsel ortamlarda doğal olarak yapılması gereken bu tıp

tartışmaların günümüzde bazı durumlarda başka platformlara taşınıp, bilgi ve araştırma sonucu edinilmiş verilere dayanmaksızın bir mesleği ve o mesleğin mensuplarını itibarsızlaştırmaya yönelik olarak kullanılma alışkanlığıdır. Bütün bu nedenlerden dolayı konu üzerinde görüş bildirirken dahi temkinli olmak ihtiyacı duyulmakta, bu durum ise sorunun bütün boyutu ile tartışılmasını zorlaştırmakta ve sonuçta yaşanan problemlerin devam etmesine hizmet etmektedir.



Bu gün için henüz yeterince ön plana çıkarılamamış olsa bile, değişen hasta beklentileri, sağlık hizmetleri için ileride karşılaşılabilecek şimdiden öngörülebilir olağanüstü maliyetler, sosyal güvenlik kavramındaki olası yeni tanımlamalar ve nihayetinde doktorların mesleki profesyonellik algısındaki değişiklikler de geleceğin doktorlarını yetiştirirken eğitimciler tarafından dikkate alınması gereken hususlar olarak karşımızda durmaktadır.

Türkiye’de tıp eğitiminizdeki sorunlara dönük ilk kapsamlı araştırmanın 1990 yılında bir meclis araştırmasının konusu olarak yapılmış olduğunu söyleyebiliriz. Bu meclis araştırmasının sunuş yazısı, “1980’den sonra plansız ve programsız şekilde kurulan tıp fakültelerinden mezun olan öğrenciler, enjeksiyon bile yapmadan diploma aldıklarını söylemektedirler. Halkımızın sağlığını ellerine teslim ettiğimiz, gerekli bilgi ve beceriyi almadan tıp fakültelerinden mezun olan öğrencilerin durumunu ve bu yetersizliğin nedenlerini araştırmak üzere, Anayasanın 98 ve içtüzüğün 102 ve 103’üncü maddeleri uyarınca bir Meclis araştırması açılması için gereğini saygılarımızla arz ederiz” cümleleri ile başlamaktadır.⁽¹⁾ Bu araştırma raporu tıp eğitimdeki sorunları ortaya koyabilecek kapsamlı bir analizi içermemekle beraber, mevcut durumu tespit eden değerli bilgiler sunmaktadır.

Günümüzdeki konularına da ışık tutması bakımından ilgili tarafların o dönemde bildirdikleri görüşlerine kısaca bakmak yararlı olacaktır. Raporda yer aldığı ifadeler ile Sağlık Bakanlığı cevabında “Türkiye’de tıp fakülteleri açılmadan önce Bakanlığının görüşünün alınmadığını ve tıp fakültelerinin kuruluş ve hazırlık çalışmalarına katılmadığını”, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı “plan hedeflerine uyularak yıllara göre doktor sayısının tespit edildiğini”, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanlığı “hekim sayısının bütünlüklü bir ulusal sağlık politikası ve master planı, çerçevesinde belirlenmesi yerine yalnızca hekim başına düşen nüfus parametresi dikkate alınarak belirlenmesinin yanlış olduğunu, tıp fakültelerinin eğitimle ilgili çağdaş yenilikleri hayal etmek şöyle dursun eski durumlarını bile koruyamadıklarını” bildirmiştir. Araştırma raporunda tıp fakültelerinin görüşlerini özetleyen ifadeler de oldukça dikkat çekicidir, raporda yer alan değerlendirmeler aşağıda sunulmuştur.

“Tıp fakültelerinden gelen raporlarda ise genelde yarının tıp adamlarını uygun bilgi ve beceri içerisinde yetiştirememenin ve kalitenin düşeceği kaygısı vardır. Bu kaygının nedenleri şöylece özetlenebilir:

- Öğrenci sayısının fazlalığı, tıp fakülte-



leri genelde yılda 100-150 öğrenciden fazlasını istememektedirler.

- Öğretim üyesi sayısının azlığı. Bu nedenle öğretim üyelerine düşen öğrenci sayısının fazlalığı...

Raporda yer alan verilere göre o dönemde tıp fakültelerinde öğretim üyesi başına 8-18 arasında öğrenci düşmektedir. Bu verilere göre öğretim üyesi sayısı gerçekte düşünüldüğü kadar da yetersiz olmadığını ifade etmek gerekir. Günümüzde dahi bu sayı Almanya’da 20, Fransa’da ise 11 olarak görünmektedir.⁽²⁾

Raporun hazırlık aşamasında ilgili bazı taraflarca dile getirilen “Yeni tıp fakülteleri açılmamalı, mevcutlar ıslah edilmeli, bu fakülteler ıslah edilinceye kadar yeni öğrenci alınmamalıdır. Tıp fakültelerinde bulunan boş kapasiteler yeni kombinezonlar içinde değerlendirilmelidir” şeklindeki görüşler ne ölçüde etkili olmuştur bilmek mümkün değildir. Ancak bu yazının ileri bölümlerinde değinilecek olduğu şekliyle 1990 sonrasında tıp fakültesine alınan öğrenci sayısında yüzde 20’yi geçen bir azalmanın yaşandığı da bir gerçektir.

Raporda yer alan dikkat en çekici bir ifade, 22 yıl sonra hala gündemi meşgul eden çalışma süreleri ile ilgili değerlendirmedir. “Öğretim üyesi yeterli görünmektedir ancak kurumlara dağılışı dengesizdir. Profesörlerin tam zamanlı çalıştırılmaları düşünülmelidir. Başka bir ifade ile öğretim üyesinin tüm mesaisini,

Tam gün çalışmayı zorunlu kılan yasal değişiklikler sonucunda ortaya çıkan durumu tam gün çalışma aleyhine baskı unsuru olarak kullanmak isteyen kişi ve çevreler tarafından üniversitelerden ayrılan öğretim üyelerinin tıp eğitimini çıkmaza soktuğu, sıklıkla ifade edildi. Aynı çevreler Türkiye’de bir öğretim üyesine 4 öğrenci düşerken Almanya’da 20, Fransa’da 11, İspanya’da 7 öğrenci düştüğünü ise hiç dile getirmedi.



kurum ve hastane içine çekmek gerekir” sözü doğru ama ne yazık ki bu güne kadar çözülememiş bir sorundur.

Tıp eğitiminde geleceğe yönelik arayışlar

Tıp eğitiminin sorunları ve geleceğine yönelik tartışmalar ve bu konudaki araştırmalar başka ülkelerde bizden daha önce başlamıştır. Tıp eğitimi için dönüm önemli noktalarından birisi, 1910 yılında Abraham Flexner tarafından hazırlanmış olan rapordur. Raporda ABD’de sürdürülen tıp eğitimi üzerinde öğrencilerin seçiminden eğitim modellerine, üniversite hastanelerinin yapısından yönetim biçimine kadar çeşitli konularda kapsamlı bir şekilde değerlendirmeler yapılmıştır. Raporun içeriğinde bu gün dahi geçerliliğini koruyan veya tartışılmaya devam edilen,

“tıp eğitiminin standardizasyonu”, “temel ve klinik bilimler arasında entegrasyon kurulması”, “mezuniyet sonrası eğitimin zorunluluğu” gibi konuların varlığı dikkat çekicidir.⁽³⁾

Bundan uzun bir süre sonra, 1988 yılında “World Federation for Medical Education” tarafından gerçekleştirilen bir çalışmanın neticesi olarak ortaya çıkan ve “Edinburgh Deklarasyonu” olarak ifade edilen metin, tıp eğitiminin günümüzdeki temel ilkelerini büyük ölçüde tanımlıyor olması bakımından önem taşımaktadır.^(4,5) Bu deklarasyonda öğretimin yaşam boyu sürmesinin gerekliliği, eğitim programında ulusal sağlık sorunlarının da yer alması gibi temel prensipler bulunmaktadır.

Tıp eğitiminin sorunları, ne olduğu ve ne olması gerektiğine yönelik arayışlar ülke-

İnsanların daha uzun ve daha sağlıklı yaşama istekleri var oldukça, doktorlardan ve sağlık sisteminden beklentileri zaman içerisinde artmaya devam edecektir. Tıp eğitimi programlarının bir yandan bu günün ihtiyaçlarını karşılayacak, diğer yandan gelecekte ortaya çıkabilecek koşul ve beklentiler içerisinde hizmet verebilecek doktorlar yetiştirmeye odaklanması gerekmektedir.

mizde de yaşanmıştır. Bu arayışın geçmişini modern tıp eğitiminin başlangıcı olan 14 Mart 1827 tarihinde, “Tıphane-i Amire ve Cerrahhane-i Amire”nin kuruluşuna kadar götürmek mümkündür. Tıp eğitimi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik arayışlar Cumhuriyet ile birlikte ivme kazanarak devam etmiş ancak mevcut imkânlar içerisinde yapılabilenler sınırlı kalmıştır.

1977 yılında İstanbul Üniversitesi Senatosu kararıyla bu üniversiteye bağlı “İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Araştırma Enstitüsü” kurulmuştur. Ülkemizde tıp eğitimi anabilim dallarının kuruluşundan 20 yıl öncesinde gerçekleşen bu kuruluşun tıp eğitimi konusundaki öncü girişimlerden birisi olduğunun kabul edilmesi gereklidir. Tıp Eğitimi Araştırma Enstitüsü’nün amaçları arasında; yurt koşulları ve sağlık sorunlarımızın öncelikleri göz önüne alınarak yetiştirilmesi hedeflenen hekimin niteliklerinin belirlenmesi, öğretim üyelerinin iyi öğreticiler olabilmeleri için “öğretici eğitimi” programları hazırlayıp uygulamak gibi bu gün dahi önemli olan hedefler bulunmaktadır. Günümüzden 35 yıl önce bu kuruluşu gerçekleştiren hocalarımızı rahmet dileği ve saygıyla anmak istiyorum.

Tıp eğitiminde amaç karmaşası

Tıp eğitimi “Nasıl bir doktor yetiştirilmesini amaçlıyoruz?” bakışı altında ele aldığımızda konunun ulusal ve uluslararası boyutunun bir ölçüde farklılık gösterebileceğini kabul etmek gerekir. Ülkeler kendi sağlık sistemleri içerisinde-

de bazı öncelikleri belirleyip bunların eğitimdeki ağırlıklarını artırabilir, bunun bir sınırı olduğu ve eğitimin uluslararası standartlarını ortadan kaldırmayacağı da muhakkaktır.

Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu tarafından belirlenmiş bulunan “Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları” içerisinde bu konu; “Tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi eğitim programına ilişkin amaç ve hedefleri, tıp eğitimi sürecini, hekimin toplumdaki rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine yönelik yetkinlikleri kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır. Bu tanımlama sürecinde ulusal ve uluslararası tıp eğitimi amaç ve hedefleri mutlaka göz önüne alınmalıdır” ifadesi ile bir temel standart (TS.1.2.1) olarak kabul edilmiştir.

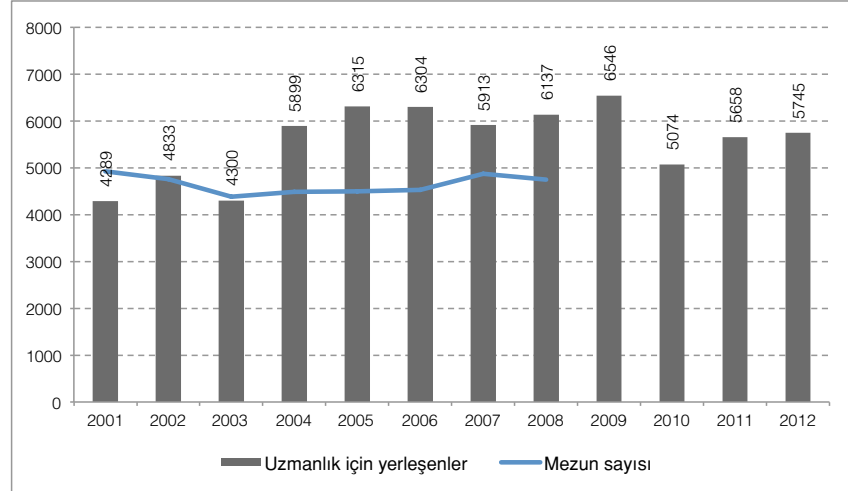
Bu tür konuların genel kavramlar içerisinde ifade edilmesi zor değildir ancak genellikle sorunların çözümüne fazla bir katkı sağlamaz. Ayrıntılı olarak incelenirse mevcut tıp fakültelerinin “misyon ve vizyon” tanımlamalarının genellikle birbirine çok benzediği ve sonuçta tümünün “ulusal çekirdek eğitim müfredatı” ile uyumlu bir eğitim hedefi tanımlamış olduğu görülebilir.

Ulusal çekirdek eğitim müfredatında mezuniyet öncesi eğitim amaçları aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır:

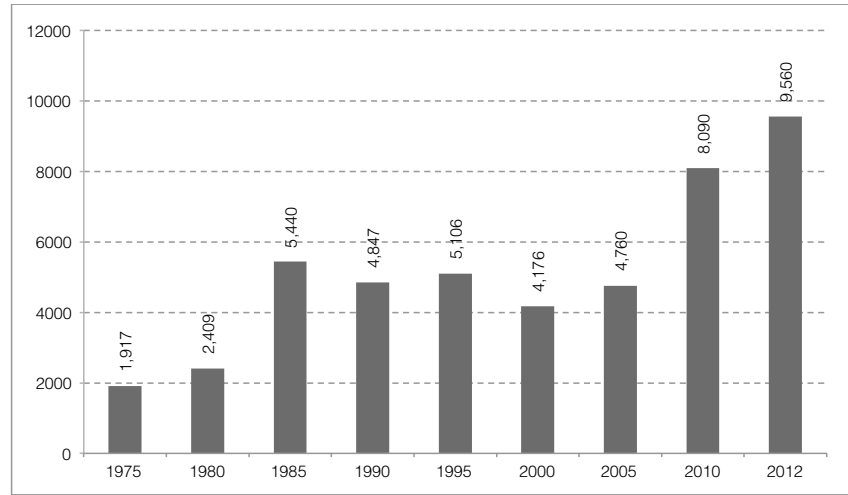
- Türkiye’nin sağlık sorunlarını bilen ve birinci basamakta bu sorunların üstesinden gelebilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlik ve yöneticilik yapabilecek,
- Mesleğin etik kurallarını gözeterek uygulayabilecek,
- Araştırmacı ve sorgulayıcı olan,
- Kendisini sürekli olarak yenileyip geliştiren,
- Uluslararası düzeyde kabul edilen ölçütlerde pratisyen hekimler yetiştirmektir.

Bu programa göre mezuniyet öncesi eğitimin amaç ve hedefleri ile ilgili değerlendirmeler tümüyle birinci basamak hekimlik için gereken yeterliliklerin edinilmesine yönelik olarak belirlenmiştir. Doğru olan da budur ancak burada bir amaç sapması ya da ayrışması yaşandığını dikkate almak gerekir. Yakın zamandaki başka bir yazımda da dile getirmiş olduğum gibi bu hedef gerçekte ne öğrenciler, ne büyük fedakârlıklarla onların eğitimini sürdürmeye çalışan aileleri ne de tıp fakülteleri tarafından tam anlamıyla benimsenmiş değildir. Çok açık olarak ifade edecek olursak öğrencilerin birinci basamakta görev alacak bir doktor olmak şeklinde bir amacı, ailelerinin bu şekilde bir hedefi olmadığı gibi çoğu örnekte görülebileceği gibi tıp

Şekil 1: Mezun sayıları ve uzmanlık programına yerleşenler



Şekil 2: 1975-2012 yılları arasında tıp fakültelerine alınan öğrenci sayıları



eğitimi programlarının da bu doğrultuda bir önceliği bulunmamaktadır.

1991 yılında yayımlanan “Tıp Eğitimi Meclis Araştırma Komisyonu Raporu” içerisinde öğrenci görüşleri bölümünde yer alan “birinci sınıftan itibaren TUS sınavı için çalışıyoruz. Pratisyen kalmak ve sağlık ocaklarına gidip bilgilerimizin % 50’sini kaybetmek istemiyoruz” ifadesi, bu gün eğitim almakta olan öğrenciler için de geçerli olan bir düşünceyi yansıtmaktadır.

Günümüzde tıp fakülteleri için başarılarının ölçütü, üniversite giriş sınavlarında yüksek puan almış öğrenciler tarafından tercih edilme ve Tıpta Uzmanlık Sınavı’nda başarılı olan öğrencilerinin sayısını olarak algılanmaktadır. Bu konuda şimdilik bir sorun yaşanmamaktadır. Çünkü özellikle 2003 ve sonrasında TUS kontenjanlarında önemli bir artış gerçekleşmiş ve hatta bir süre için yıl içerisinde uzmanlık programına yerleştirilenlerin sayısı o yıl içerisinde mezun olan öğrenci sayısının üzerine çıkmıştır (Şekil 1).

Ancak bunun aynı şekilde devam edemeyeceğini bu günden görmek gerekir.

Avrupa Birliği normlarına göre bir çok branş için uzman açığı olduğu bilinse bile bazı sahalarda AB ortalamasına ulaşıldığı da bir gerçektir. Tıp fakültesine giriş için ayrılan kontenjanlardaki artış önümüzdeki yıllarda mezun olanların sayısına yansiyarak yukarıda sunulan tabloyu değiştirecektir (Şekil 2).

Dokuzuncu kalkınma planında yer alan “...gereksiz yere 2. veya 3. basamak sağlık hizmetine başvurunun birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olmakta...” ifadesi, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın bütünüyle birlikte değerlendirildiği takdirde geleceğe dönük daha doğru tahminler yapılabilir. Tıp fakültesi yöneticileri bunu görmeli ve sadece “programlarında” değil, gerçekte de birinci basamak için doktor yetiştirmeye odaklanmalıdır. Aynı gerçeğin tıp fakültesini tercih edecek öğrenciler, aileler ve kamu yöneticileri tarafından da benimsenmesi gerekmektedir. Burada hizmet alanlar bakımından da bir zorunluluk vardır. Onlar da artık ku-

Tablo1: Çeşitli ülkelerde tıp fakültesi başına düşen nüfus *

	Nüfus	Tıp fakültesi sayısı	Bir tıp fakültesine düşen nüfus
Hindistan	1.200.000.000	345	3.478.261
ABD	313.000.000	141	2.219.858
Almanya	83.012.000	41	2.024.683
Fransa	62.131.789	39	1.593.123
Türkiye	75.627.384	74	1.021.991

* Ülkelere ilişkin rakamlar verilerin derlendiği tarih ve kaynaklara göre değişiklik gösterebilmektedir. Türkiye nüfusu 31.12.2012 TÜİK verilerini, Tıp fakültesi sayısı ise ÖSYM verilerine göre 2012 yılında öğrenci kabul eden fakülteleri göstermektedir.

rallarını ve koşullarını kendileri belirlediği bir biçimde sağlık hizmeti almalarının mümkün ve sürdürülebilir olmadığını görüp kabul etmelidirler.

Sayısal artış yeterli mi?

Bu soru, konunun taraflarına sorulduğunda alınacak yanıtın “hayır” olacağı kesindir. Ancak bu sayısal eksikliğin, artık iyi planlanmış ve kesintiye uğratılmayacak bir program içerisinde giderilmesi ve tartışma konusu olmaktan çıkarılması da zorunludur.

“Salgın ve bulaşıcı hastalıklara karşı savaşın gereği düşünülürken akla sıhhi önlemlerin uygulamasını yapan doktor ve sağlık memurları gelir. Geçen yıl ülke içinde memur olarak çalıştırılan doktor sayısı 337 ve sağlık memuru sayısı ise 434 idi. Ülkenin ihtiyacını karşılamaktan uzak olan bu sayıların...” Yukarıdaki cümleler, 1 Mart 1923 tarihindeki Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin 1. Dönem 4. Yasama Yılı açılış konuşmasından alınmıştır (6). Neredeyse bir asır sonra hala sayısal eksikliğin konuşuluyor olması düşündürücüdür. Şekil 2 üzerinden tıp fakültesine giren öğrenci sayıları izlenilecek olursa 1985 yılında 5 bin 440 olan sayının, 2000 yılında 4 bin 176 olmasını (% 23 azalma) anlamak mümkün değildir. Bununla birlikte bir yanlışı başka bir yanlışıla gidermek de imkânsızdır. 2010 yılında yayımlanmış olan “Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlıkta İnsan Gücü Durum Raporu” verilerine göre raporun yayımlandığı dönemde (2009 yılı verisi) 61 olan aktif olarak eğitim yapılan tıp fakültesi sayısı; 2012 yılı sonunda 74’e, 7 bin 536 olan öğrenci kontenjanı ise 9 bin 560’a çıkmış bulunmaktadır. Bu durumda eğitim kurumu sayısında % 21, eğitim için ayrılan kontenjanda ise % 26 artış sağlanmış olmaktadır. Dikkat çekici olan bir husus da 2012 için kullanılan toplam kontenjanın % 11’inin (1.071) özel üniversitelere ait olmasıdır. Bunun hızlı bir artış olduğu ve beraberinde bazı sorunları getirebileceği hesaba katılmalıdır.

Bu gün için ABD’de 141, Hindistan’da 345 tıp fakültesi bulunması, bu ülkelerin

nüfusları ile orantılı kabul edilebilir, AB ülkelerine baktığımızda Fransa’da 39, İspanya’da 33, Almanya’da 41 tıp fakültesi bulunduğu görülecektir. Tüm bu ülkeleri mevcut nüfusları, tıp fakültesi sayısı ve bir tıp fakültesi başına düşen nüfus bakımından karşılaştırsak, ortaya çıkan tablo ilginçtir (Tablo 1).

Eğitim ortamlarında (tıp fakültelerinde) standart belirsizliği

Yukarıdaki bölümde bir yandan sayısal yetersizliğin hızla giderilmesi gereğine vurgu yapıp diğer yandan tıp fakültesi sayısının fazlalığından söz etmek ve tıp fakültesi sayısındaki hızlı artışı eleştirmek çelişki gibi görülebilir. Tıp fakültesi sayısındaki artış, neticede doktor eksikliğini giderme amacına hizmet ediyor olsa da daha çok özel hastanelerin tıp fakültesine dönüşme çabası veya il hatta ilçe düzeyindeki toplumsal istek ve yönlendirmeler içinde biçimlenmektedir. Bu konuda geliştirilmesine çalışılan “Tıp fakültesi açılması koşulları” ve “Tıp Fakültesi Eğitim Standartları”nın hızla tamamlanıp tavizsiz bir şekilde hayata geçirilmesinde zorunluluk vardır. Bunlar yapılırken mevcut insan gücünün en verimli bir biçimde kullanılması önemlidir.

Tam gün çalışmayı zorunlu kılan yasal değişiklikler sonucunda ortaya çıkan durumu tam gün çalışma aleyhine baskı unsuru olarak kullanmak isteyen kişi ve çevreler tarafından üniversitelerden ayrılan öğretim üyelerinin tıp eğitimini çıkmaza soktuğu, sıklıkla ifade edildi. Aynı çevreler Türkiye’de bir öğretim üyesine 4 öğrenci düşerken Almanya’da 20, Fransa’da 11, İspanya’da 7 öğrenci düştüğünü ise hiç dile getirmediler. Uzmanlık eğitimi için bazı sıkıntıların yaşandığı az sayıda kurum veya uzmanlık sahası için geçerli olabilir ancak mevcut sayılara bakıldığında bunun mezuniyet öncesi eğitim için söz konusu olmaması gerekir. Birincisi için söylenmesi gereken ise üniversitelerin kadro planlamalarında yeterince başarılı olmadıklarıdır. Ancak bunun çok yönlü nedenleri olduğu da bir gerçektir.

Mevcut öğretim üyesi sayıları, yeni tıp fakülteleri açılmadan, bulundukları kentlerdeki köklü sağlık kurumlarının imkânlarını mezuniyet öncesi öğrenime de açarak ülkenin ihtiyaç duyduğu sayıda doktoru yetiştirmekte değerlendirilebilir. Böyle yapılabildiği takdirde tıp fakültesi sayısını artırmak veya diğer sağlık kuruluşlarını tıp fakültesine dönüştürmek yerine mevcut olanakları ülkenin ihtiyaçları doğrultusunda kullanmak gibi daha akılcı bir yaklaşım seçilmiş olacaktır.

Bu konularda görüş belirtilirken açık sözlülükle ortaya konulması gereken bir husus, bazı tıp fakültelerinde giderek atıl bir işgücünün oluşmaya başladığıdır. Bunun bir nedeni, öğretim üyelerinin bölümlere göre dağılımındaki sorunlar, diğeri ise denetim eksikliğidir. Birçok örnekte görülebileceği gibi üniversiteler kendi iç denetimlerini yapmakta yeterince başarılı olamamışlardır. Bu gibi sorunlu konular adeta bir tabu haline getirilmekte ve yok sayılmaktadır. Sorun, mevcut yetişmiş insanların verimli kullanılmayışı olunca bunun ne denli eski bir geçmişi olduğunu bilmek ve günümüzde bu durumu sürdürmek adına neler yapıldığına tanık olmak son derece üzücüdür. Aşağıdaki satırlar 1914 mezun bir doktorun anılarından alınmıştır:⁽⁷⁾ *“... öte yanda okulumuzda tanımadığımız hocalar da vardı. ... yüzden fazla muallim ay başından ay başına uğrar ya da vekil göndererek maaşlarını aldırırmış. Bu kişilerden bir gün nasılsa okula geleceği tutan birisi Tıbbiye diye yandaki askeri hastaneye girmiş, oradan yanına bir posta neferi verilerek doğru adres olan Tıbbiye ye gönderilmişti.”*

Bu ifadeler hakkında her birimizin yorumu farklı olabilir, neyse ki artık böyle durumlar yaşanmıyor diyenler olabileceği gibi hiçbir şey değişmemiş diyenler de bulunacaktır. En azından denetim eksikliğinden kaynaklanan sorunların bütün ağırlığı ile devam ettiğini söylemek hiç de mübalağa olmayacaktır.

Bu koşullarda tıp fakültelerinin yapısal standartlarının belirlenip asgari düzeyde bir eşdeğerlik sağlanana kadar yeni tıp fakültesi açmak yerine mevcut eğitim kapasitesi üzerinden hedeflere ulaşmayı amaçlamak daha doğru bir yaklaşım olabilir.

Yüksek Öğretim Kurumu tarafından belirlenecek yapısal standartlar dışında mezuniyet öncesi eğitimin akreditasyonu da zorunlu bir hedef olarak belirlenmelidir. Akreditasyon başvurusu yapılabilmesi için kendi eğitim programı ile en az bir dönem mezun vermiş olma koşulu bulunduğu kuruluştan kuruluşu üzerinden 10 yıldan fazla süre geçen tüm tıp fakülteleri için akreditasyon almış olma zorunluluğu getirilmelidir. Ülkemizde mezuniyet önce-

si tıp eğitimi için akreditasyon başvuruları 2010 yılında başlamış ve 2011-2013 arasındaki dönemde 16 tıp fakültesi "Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD)" tarafından akredite edilmiş bulunmaktadır. Bunların 15'i devlet, 1'i özel üniversiteler bağlı olan tıp fakülteleridir. 2012 yılı tıp fakültesi kontenjanlarının % 36,2'si akreditasyon sürecini tamamlamış tıp fakülteleri tarafından karşılanmaktadır. Bunu, ümit verici bir gelişme olarak değerlendirmek gerekir.

Öğretim üyelerinin görev tanımı ve yetiştirme koşulları

Öğretim üyesi olma süreci, bütün yükseköğrenim kurumları için aynı olmasına rağmen uygulamada ortaya çıkan durum, tıp fakülteleri bakımından özel bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Tıp dışındaki alanlarda öğretim üyeliğine giden süreç doktora aşamasından geçmesine rağmen, tıp fakültelerinde bu noktaya çoğu zaman uzmanlık aşamasından sonra ulaşmaktadır. Uzmanlık süreci ise eğitim odaklı olmaktan çok hasta hizmeti ve tıbbi yeterlilik odaklı bir çalışma düzenidir. Sorun, sadece eğitim hastanelerinden alınan uzmanlıklar için değil, yoğun iş yükü nedeniyle üniversite hastaneleri için de geçerlidir. Bu süre içerisinde değerli bilimsel araştırmaların yapılabilmesi, topluma çok üst düzeyli sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi muhtemeldir. Ancak bütün bunlar, aynı yeterliliğin ve başarının tıp eğitimi için gereken becerileri edindirmek noktasında da geçerli olduğu anlamına gelmemektedir. Eğitim becerilerinin ve yeterliliğinin kazanılması, bunların dışında ve zaman içerisinde kazanılan bir niteliklerdir.

Bugün yaşadığımız sorunları geleceğe de taşımak istemiyorsak, yapılması gereken zorunlu düzenlemelerden biri, öğretim üyelerinin görev tanımı ve sorumluluklarının açık bir biçimde ortaya konmasıdır. Tıp fakültesi öğretim üyesi, aynı yasaya tabii olarak çalıştığı diğer bilim sahalarından farklı olarak eğitici görevinin yanı sıra sağlık gibi zor ve her şeyin hasta memnuniyetine odaklandığı bir kamu hizmetini de beraberinde yürütmek durumundadır. Bazı kurumlarda sadece bu hizmetin yükü dahi taşınabilir değilken ek olarak eğitim görev ve sorumluluğunu taşımak, gerçekten güç ve özveri gerektiren bir husustur. Bu durum, ne kamu yöneticileri ne de hizmet talep edenler tarafından yeterince anlaşılabilmiş ve değerlendirilebilmiş değildir.

Eğitim ve hizmet için gereken koşulların aynı olmayışı

Yeni tıp fakültelerinin kurulması konu-

sunda ciddi bir toplumsal beklentinin mevcudiyetine daha önce değinilmişti. Bu noktada yanıtlanması gereken soru, bu tür taleplerle gelenlerin temel amacının ülkemizdeki doktor açığının (sayı olarak) bir an önce kapanması olup olmadığıdır. Gerçekte bu taleplerin arkasındakilerin, çoğu defa bu konudaki eksikliğin boyutu ve niteliği ile nedenleri hakkında bir fikri dahi bulunmamaktadır. Ülkemizde uzun süreden beri var olduğu halde görülmeyen veya görülmek istenmeyen bir sorun, tıp fakültelerinin (veya eğitim hastanelerinin) nitelikli ve sürekli hizmet verebilecek kapasitedeki hastanelere duyulan ihtiyacı gidermenin bir aracı olarak da kullanılmakta olmasıdır. Burada objektif bir değerlendirme yapılabilirdiği takdirde eğitim ve hizmet için yapılanmanın birbirinden oldukça farklı olduğunu görmek gerekecektir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin tıp fakültelerine dönüştürülmesi sürecinde bu hataya düşülmesi olasılığı mevcuttur.

Tıp eğitiminde yöntemler: Yöntem ne ölçüde önemli?

2010 yılı itibarıyla tıp fakültelerinin 36'sında entegre sistem karma sistem, 9'unda karma yöntem, 7'sinde klasik yöntem, 4'ünde probleme dayalı öğretim sisteminin uygulanmakta olduğu görülmektedir. Ülkemiz koşullarında bir yöntemin diğerinden daha iyi olduğunu öne sürebileceğimiz güvenilir bir veri bulunmamaktadır. Asıl sorunu yöntemin ne olduğundan çok ne şekilde uygulandığı olarak görmek daha doğru olacaktır.

Tıp eğitimin geleceği veya gelecekte tıp eğitimi

Gelecekte tıp eğitiminin ulusal düzeyde daha standart hale getirilmiş bir müfredat ile yürütüleceği beklenilebilir. Buna karşılık eğitim sistemleri farklı olmaya ve tartışılmaya devam edecektir. Eğitim yöntemleri bakımından da önemli değişikliklerin yaşanması olasıdır. Gelişmiş maket ve simülasyon sistemleri, bilgisayar ortamında eğitim gibi teknikler tıp eğitiminin her aşamasında daha yaygın olarak kullanılacaktır. Ancak bütün bunların, öğrenciyle hasta arasındaki doğrudan eğitim ihtiyacını ortadan kaldırması beklenilemez. Hastaların poliklinik şartlarında eğitim için ayrılan zamana daha az tolerans gösterdikleri, öğrenci sayılarının ise giderek arttığı düşünülürse ileride bu noktada bazı sıkıntıların yaşanabileceğine hazırlıklı olmak gerekir.

Uzun yıllar iki aşamalı (mezuniyet öncesi eğitim / uzmanlık eğitimi) bir eğitim süreci olarak görülen tıp eğitimi, günümüzde büyük ölçüde 3 aşamalı bir eğitim şekline dönüşmektedir. Bu yeni model; mezuniyet öncesi eğitim, uzmanlık eğitimi ve

üst uzmanlık (yan dal uzmanlığı) şeklinde biçimlenmiştir. İleride belki de mezuniyet öncesi eğitimin belirli bir aşamasından sonra uzmanlık eğitiminde seçilecek bölümlere göre bir ölçüde farklı eğitim modellerinin uygulandığı bir sisteme gidildiğini de görebiliriz.

İnsanların daha uzun ve daha sağlıklı yaşama istekleri var oldukça, doktorlardan ve sağlık sisteminden beklentileri zaman içerisinde artmaya devam edecektir. Tıp eğitimi programlarının bir yandan bu günün ihtiyaçlarını karşılayacak, diğer yandan gelecekte ortaya çıkabilecek koşul ve beklentiler içerisinde hizmet verebilecek doktorlar yetiştirmeye odaklanması gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) TBMM. Tıp Eğitimi Meclis Araştırma Komisyonu Raporu. 1991 810/64
- 2) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. 2010
- 3) Şahin H, Özcan Z, Gürpınar E: Abraham Flexneri doğru anlamak. Tıp Eğitimi Dünyası 2011;30: 60-71.
- 4) Majumder AA, D'Souza U, Rahman S. Trends in medical education: challenges and directions for need-based reforms of medical training in South-East Asia. Indian J Med Sci. 2004;58(9):369-80
- 5) Walton HJ. The Edinburgh Declaration and education for psychiatry in the 21st century: a review. J R Soc Med. 1991;84(3):153-8.
- 6) Millet Meclisi Tutanak Dergisi D. 1923, 1, C. 28. Sayfa.
- 7) M. Rıza Serhadoğlu, Savaşçı Doktorun İzinde, Remzi Kitabevi, 2005.

Öğrencinin gözünden tıp eğitimi

Ahmet Emin Öztürk



Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. sınıf öğrencisi olan Öztürk, üniversite ve fakülte bünyesinde eğitim ve akreditasyon kurullarında (uteak) çalıştı. 2012 yılında uluslararası katılımlı Sağlık Eğitimi Kongresi'nde "İntern hekim sorunları ve TUS" adlı çalışması ile yer aldı. Sağlık eğitimi ve politikalarına özel ilgi duyan Öztürk, çalışmalarını fakülte temsilcisi ve Üniversite Konsey Başkan Yardımcısı olarak sürdürmektedir.

Erdem Yusuf Çamırcı



Hacettepe Üniversitesi 6. sınıf öğrencisi olan Çamırcı, tıp dili, türkçe tıp terimleri ve tıp eğitimi üzerine çalışmalar yürüttü. TurkMSIC-Hacettepe ve Hacettepe Türkçe Topluluğu ile birlikte ÖĞİTEÇ (Öğrenci Gözü İle Tıp Eğitimi Çalıştay), Türkçe Tıp Terimleri Çalıştay, Tıp Eğitiminde Kangurular Projesi ve TEÖK (Tıp Eğitimi Öğrenci Kurulu) Projelerinde çalışmaktadır.

Oğuz Kızılkaya



Başkent Üniversitesi 6. sınıf öğrencisi olan Kızılkaya, fakülte akreditasyonu sürecinde öğrenci temsilcisi olarak öz değerlendirme komitesinde yer almıştır. 2009 yılında Amsterdam / Hollanda'da halk sağlığı ve tıp eğitimi ilişkili konularda Türkiye tıp öğrencilerinin yaptıkları çalışmaları anlatarak ödül aldıkları ekipte bulundu. Uluslararası Tıp Öğrencileri Birlikleri Federasyonu (IFMSA)'nda da bu konularda görev üstlenmiştir.

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) tıp eğitiminin amacını; *"hasta ve toplum için kaliteli, koruyucu ve tedavi edici hizmet vermeyi sağlayan bilgi, beceri, değerler ve davranış biçimlerinde yetenekli ve yeterli olan hekimleri yetiştirmek"* şeklinde belirtmektedir. WFME'in ileri

sürdüğü bu amaca ulaşabilmek için tıp fakültesi ve üniversite hastanesinin koşulları ile birlikte eğitim programının nasıl kurgulandığı hususu belirleyici olacaktır. Tabi ki eğitim programı, farklı kademelerde yer alan öğrencilerin uygun gelişimine izin verecek dinamizme sahip olmalıdır.

Artan fakülte sayısı ve artırılan kontenjanlar ile tıp fakültesi öğrencisi olmak giderek sıradanlaşan bir hal almaktadır. Bu sıradanlaşmaya, kalabalık amfi eğitiminin monotonluğu da eklenince tıp fakültesinin ilk yıllarında öğrencilerin istek ve idealleri önemli ölçüde baltalanabilmektedir. Tıp fakültelerindeki öğretim üyesi sayısı, asistan sayısı, laboratuvar

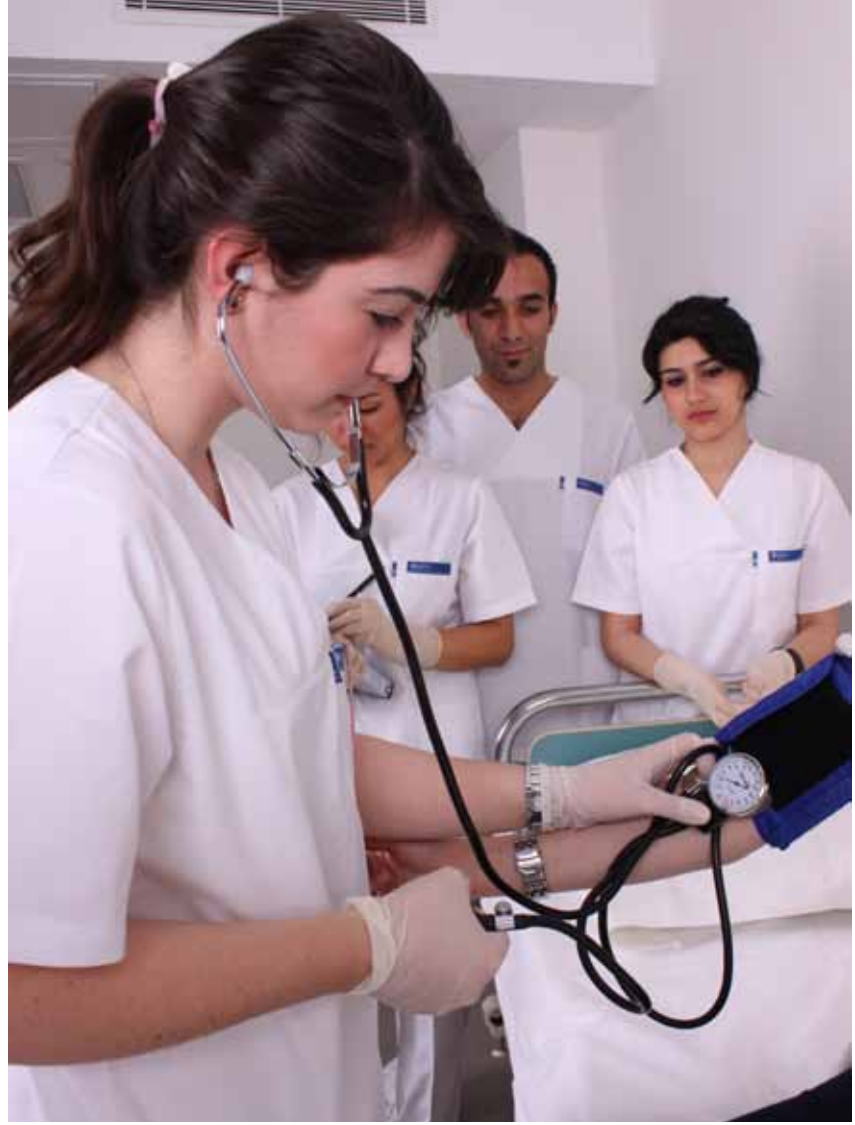


imkânları, kütüphane büyüklüğü, öğrenciye verilebilen danışmanlık hizmetlerinin kapsamı, dersliklerin kapasitesi, poliklinik sayısı ve yatan hasta sayısı bir arada değerlendirilerek her tıp fakültesinin alabileceği azami öğrenci sayısı belirlenmiş olmalı ve Yükseköğretim Kurulu (YÖK) kontenjan belirlerken, mutlaka bu sayıya göre hareket etmelidir. Bu faktörler bir arada düşünülmeden bizlerin kaliteli tıp eğitimine ulaşma hedefimiz (ve buna bağlı eğitim programlarımızda yapılan reformların faydalı olması) de bir hayalden öteye gidemeyebilir.

Çağdaş tıp eğitiminin gerekleri arasında saydığımız öğrencilerin iletişim becerileri, liderlik özellikleri, takım çalışmasına uyum sağlayabilmeleri, hastaları ile empati kurabilmeleri, etik değerleri gözetebilmeleri ve özel hayatlarında örnek birer birey olmaları konularında artan kontenjanlar sebebi ile fakültelerimiz gerekli müfredat bileşenlerini oluşturamamaktadırlar. Günümüz tıp eğitimi, eskinin usta-çırak ilişkisi odaklı yaklaşımından uzaklaşıp daha yapılandırılmış bir karakter kazanmış olsa da, hocalarla öğrenciler arasındaki iletişimin önemi, öğrencilerin bu konularda geliştirilebilmesi açısından giderek artmaktadır. Derinleştirilmiş iletişim, mesleğe ilişkin profesyonel değerlerin ve ahlaki öğelerin öğrencilere aktarılması için değerli bir araç olacaktır.

Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS), uzmanlık eğitime aday olan hekimler arasında göreceli olarak adaletli bir seçim yapıyor olmasına rağmen 4. sınıftan itibaren öğrencilerin eğitim hayatında öncelikli yönlendirici unsur haline dönüşebilmektedir. Klinik dönem öğrencilerinin hasta odaklı eğitimden uzaklaşıp sınavda başarı sağlayacak test odaklı bilgileri edinmeye yönelmeleri, kazanılacak pratik becerilerin eksik kalmasına sebebiyet vermektedir. Bunun yanında TUS'un önemli katkılarından bir tanesi tıp fakültesinin ilk yıllarında üzerinde daha fazla durulan temel bilimlerin unutulmaya yüz tutmuş bilgilerinin hatırlanmasına aracılık etmesidir. Bahsedilen sorunlar ve faydalar bir arada düşünüldüğünde birden fazla aşamalı bir sınav sistemine geçilmesinin daha uygun olabileceği aklara gelmektedir. Bu sayede teorik bilgilerin sırandığı sınav(lar)a ek olarak klinik ve pratik becerilerin sorgulandığı başka bir sınav yapılması düşünülebilir.

Tıp fakültesinde karar alma mekanizmalarını, üniversite hastanesinin yönetim anlayışı da etkileyebilmektedir. Üniversite hastanesinin, önceliği sağlık hizmeti sunumuna mı yoksa eğitime mi vereceği hususunda kararlı olması önemlidir. "Öncelikli olan eğitimidir" klişesinin altı gerçek anlamda doldurulmalı, sağlık hizmeti sunumu ile alakalı tüm bileşenler eğitime hizmet edecek karakterde



şekillendirilmelidir. Eğitim, üniversite hastanesinin rutin işleyişi içerisindeki rastlantısal öğelere teslim edilmemelidir.

Güncel gelişmeler, eğitim programlarımızın içeriğinin öğrenim hedefleri çerçevesinde şekillendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu noktada, genel olarak öğrencilere konuyla ilgili öğrenim hedeflerinin bildirilmemesi, bu bağlamda öğrencilerin de bilmeleri gerekenleri doğru bir şekilde tespit edememesi, öğretim sürecinin amacına ulaşması önündeki engellerden biri olarak görülmektedir.

Ayrıca, paylaşılan amaç ve öğrenim hedeflerinin büyük bir çoğunluğu öğrenime katkı açısından işlevsel özellik taşımamaktadır. Ders amaç ve öğrenim hedefleri genel olarak kuramsal ders içeriklerinde paylaşılmamaktadır. Bu nedenle derslerin, kurulların veya stajların başında verilen öğrenim hedefleri öğrenciler ve öğretim üyeleri tarafından hatırlanmamakta, derslerin işleyişi tamamen farklı bir düzlemde geçmekte ve öğrencilerin bu derslere ilişkin "Neye çalışacağım?" sorusu yanıtlanamamaktadır. Öğretim üyeleri, derslerin tamamına yakınında, ders sonunda ulaşılması gereken öğrenim hedeflerini belirtmemektedirler. Öğrenim hedeflerini belirtenler ise bunları dersin sonunda hatırlatmadıkları birkaç genel tümce ile geçiştirmektedirler. Ayrıca, sınav soruları da ders amaç ve öğrenim hedefleri ile ilişkilendirilmeden hazırlanmaktadır.

Ülkemizde tıp eğitiminin 6. sınıfında yer alan ve "intörnlük" olarak adlandırılan "aile hekimliği dönemi"nde tıp öğrencilerinin eğitiminin halen devam ettiği unutulurak öğrenciler kendilerine tam bir yetki ve sorumluluk verilmeden her alandaki hizmet açığının kapatılması için kullanılmaktadır. Üstelik tıpta uzmanlık sınavı (TUS) bu kargaşayı daha da büyötmekte; öğrenciler bir yandan hizmet ayağında kullanılma ve bir yandan da TUS'a hazırlanma kaygısı ile büyük bir bocalama içine girebilmektedirler.



Sonuçta tıp fakültelerinin ilk 5 yılında öğretilenlerin üstüne 6. yılda neredeyse hiçbir şey katılamamaktadır. Kısaca eğitim programlarındaki eksiklik ve fakültelere göre değişen ve genelde eğitim adına çok yetersiz kalan uygulamalar, bu dönemin tıp eğitiminin içindeki yeri ve gerekliliğini ciddi bir şekilde incelenme ve tartışma boyutuna getirmiştir. Daha iyi yapılandırılmış ve hedeflediğimiz yeterliklere sahip doktorları mezun edecek yöntemleri kullanacak intörn programları geliştirmek, hepimizin ortak görevi olmalıdır.

Belirlenmiş olan amaç ve öğrenim hedeflerinin oluşturulması aşamasında ise tıp eğitiminin önemli bir paydaşı olan öğrenci katkısına yer verilmediği ülke genelinde gözlemlenmektedir. Özellikle kıdemli öğrencilerin bu konuda paylaşılabilecekleri noktalar kendilerinden sonra gelecek öğrenciler için değerli birer yol gösterici olabilir. Öte yandan, öğrencilere fakültelerimiz tarafından amaç ve öğrenim hedeflerine uygun olarak hazırlanmış ders kaynaklarının temin edilmiyor oluşu da, değinilmesi gereken bir diğer meseledir. Öğrenim hedefleri, onlara uygun kaynaklar ve öğrenim hedeflerinin gerçekten ölçüldüğü sınavlar, başarılı bir öğrenme çemberi için gerekli bileşenlerdir. Bu bileşenlerin birbirleri ile eşgüdüm içerisinde olmasını sağlamak gerekmektedir.

Sunulan çözüm önerilerinin başarılı olabilmesi için, fakültelerde kişilerden bağımsız kalıcı yapılar (yönetmelikler birimler vs.) oluşturulmalıdır. Bu yapılarda tıp fakültesi dekanlığı, tıp eğitimi anabilim dalı, koordinatörler kurulu ve öğrenciler bulunmalı; anabilim dalları ile koordineli toplantılarla ders başlıkları, öğrenim hedefleri ve sınav içerikleri gözden geçirilmelidir.

Tıp fakülteleri, öğrencilerinin süreç içerisinde geçeceği farklı gelişim basamaklarını göz önünde bulundurarak öğrencilere farklı dönemler için farklı amaç ve hedefler sunarak bunlara yönelik ihtiyaçlarını karşılayabilmelidir. Bu gelişim basamaklarını şu şekilde

inceleyerek bazı sonuçlara ulaşmaya çalışalım:

Öğrenci ilk senesinde bilgiden önce hekim olmanın gereklerini içerecek bir hayat görüşü ve değerler bütünü edinmelidir. Bu sırada, tıp eğitimini kolaylaştıracak tıp dışı derslerle de alakadar olması sağlanabilmelidir. Birinci yılın sonunda, profesyonel hayatına nasıl bir yön vermek istediği konusunu düşünmesi yönünde teşvik edilmelidir.

Öğrenci, tıp fakültesinin ikinci ve üçüncü senelerinde fizyoloji ve patolojiyi birbiriyle bağdaştırabilmeli ve eğitimine ek olarak kişisel gelişimine yer vermelidir. Öğrenciler bu dönemde bilimsel sunum hazırlama, liderlik ve takım çalışması becerileri, topluluk önünde konuşma, bilimsel bir araştırmacının ne gibi aşamalardan oluştuğunun bilme ve koruyucu hekimlik esaslarının farkında olma gibi yetkinliklere sahip olmaya başlamalıdır. Bu dönemde öğrenciler, kişisel gelişimlerine katkı sağlaması açısından ilgi alanlarına uygun öğrenci kulüplerinde yer almaları konusunda da teşvik edilmelidir.

Klinik dönemde stajyer sıfatıyla tıp fakültesi hastanesinde çalışmakta olan öğrenciler sorumluluk üstlenmesini bilmelidir, hastane personelini sevk ve idare etmeyi bu dönemden başlamak suretiyle öğrenmeye başlamalıdır. Klinik dönem öğrencileri, gerektiğinde sorumlu kişi olarak sağlık hizmeti sunan ekibin bir parçası olarak çalışabilmelidirler.

Stajyerler poliklinik/servis/cerrahi hastalarına bilgileri düzeyinde uygun takip ve bazı basit ilk müdahaleleri kendi kendilerine yapabilecek düzeyde olmalıdırlar. Bu işlemler sırasında hasta güvenliğini tehlikeye düşürmemek adına elbette ki denetlenmeli ve yanlışlarının düzeltilmesi konusunda uygun desteği alabilmelidirler.

Bu kapsamda, oldukça önemli olan bir nokta, stajyerlere hangi bilgi ve becerilere sahip olmaları gerektiğinin açıkça belirtilmiş olmasıdır. Herhangi bir şekilde pratisyenliğinde işine yarayacak bilgiler bu dönemden başlamak suretiyle yapılandırılıyor olmalıdır. Öğrenim hedeflerine uygun olan kaynakların öğrencilere sağlanıyor olmasının önemi, bu dönemde biraz daha artmaktadır.

Stajyerlerin bilgi seviyelerinin ölçülmesi; stres oluşturan, ezbere dayalı ve sınavın hemen ertesi günü unutulması muhtemel bilgilere yönelik olmamalıdır. Değerlendirmeler, bilgi seviyesinin yanında beceri düzeyini de ölçecek nesnel ve yapılandırılmış klinik sınavları içermelidir. Sınav içeriği, stajın öğrenim hedefleri ile uyum içerisinde olmalıdır.

Staj sırasında öğrencinin hasta ile iletişimi, tanı ve ayırıcı tanıları yaklaşım algoritması, girişimsel olan veya olmayan işlem becerileri bir bütün halinde göz önünde bulundurularak değerlendirilmeli ve öğrencinin gelişim süreci de kontrol altında olmalıdır. Öğrencilerin, hocaları tarafından yapıcı ve geliştirici önerileri düzenli olarak alıyor olmaları önemlidir.

Stajyerin ilgi duyduğu alanlara daha fazla zaman ayırabilme imkânı da olmalıdır. İçinde bulunduğu stajın gerekliliklerini yerine getirdikten sonra ilgi duyduğu alanda klinik veya cerrahi işlemlere yardımcı olma, araştırma yapma, kongre ve çalıştaylara katılma fırsatı ve zamanı verilmelidir. Klinik dönem öğrencileri bu kapsamda desteklenmeli ve hatta teşvik edilmelidir.

Stajyerlerin kendi aralarında hasta değerlendirmeleri, sunumlar yapmaları, eğitimler gerçekleştirmeleri teşvik edilmelidir. Bu toplantılar öğretim üyeleri tarafından düzenli olarak kontrol edilmelidir ve onlar tarafından değerlendirilmelidir. Öğrencilerin birbirlerinden öğrenmelerine yönelik oluşturulacak ortam akademisyenlerce de denetlendiğinde öğrencilere faydası daha da artacaktır.

Stajyerlerin mümkün olduğu kadar kendi aralarında ve öğretmenleri ile sosyal etkinliklere katılmaları da özendirilmelidir. Stajyerlik sadece bilgilerin becerilerle bütünleştirildiği bir dönem değil, hekimliğe dair kişisel özellikler ve profesyonel değerlerin de şekilleneceği bir dönemdir.

Önemli olan bir diğer konu da tıp fakültesi öğrencilerinin hekimlik hayatlarını farklı alanlarda da geliştirme imkânının sağlanmasıdır. Günümüzde hekimler sağlık alanında hizmet uygulamalarına ek olarak birçok farklı şekilde görev alabilmektedirler. Ancak tıp eğitimi öğrencilere yoğun olarak hizmet kabiliyeti kazandırmaktadır. Ne var ki, öğrencilerin yönetim, mevzuat, bilimsel araştırma, öğrenci eğitimi gibi farklı konularda da kendilerini geliştirmelerini sağlamak gerekmektedir.

Öğrenciler ve tıp eğitimcileri düzenli olarak bir araya gelmeli, tıp eğitimi ve hekimlik mesleğinin farklı alanlarındaki gelişmeleri beraber değerlendirmelidirler. Bu sayede eğitim ortamları sürekli olarak geliştirilebilecektir. Ayrıca kariyer planlaması ve akademik gelişimle alakalı yol haritaları çıkarılmalıdır.

Ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitiminin 6. sınıfında yer alan ve “intörnlik” olarak adlandırılan “aile hekimliği dönemi”, genel olarak ilk 5 yılda verilen teorik ve uygulamalı eğitimin pratik uygulamaya yansıtılması ve beceri kazanılması gereken bir dönem

olarak tanımlanmaktadır. Tanımlamaya bakıldığında çok net gibi görülen bu dönemde, maalesef programın ayrıntıları netleşmediğinden, her tıp fakültesinde, her staj döneminde birbirinden çok farklı uygulamalar söz konusu olmakta ve belki de ülkemizdeki tıp fakülteleri arasında içerik ve uygulama olarak eğitim standardizasyonunun en az olduğu dönem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu dönemde tıp öğrencilerinin eğitiminin halen devam ettiği unutulurken öğrenciler kendilerine tam bir yetki ve sorumluluk verilmeden her alandaki hizmet açığının kapatılması için kullanılmaktadır. Bu durumda tıp öğrencileri eğitimlerinin son yılında ne gerçek bir öğrenci gibi yönetmeliklere uygun eğitim alabilmekte, ne de gerçek bir doktor gibi sorumluluk üstlenebilmekte ve değer görmektedirler. Üstelik 6. yılın sonunda mezuniyetin hemen ardından uygulamaya konulan tıpta uzmanlık sınavı (TUS) bu kargaşayı daha da büyötmekte; öğrenciler bir yandan hizmet ayağında kullanıma ve bir yandan da TUS'a hazırlanma kaygısı ile büyük bir bocalama içine girebilmektedirler.

Oysa gerçek anlamda “intörnlik dönemi” tüm dünyada mesleğe giriş dönemi olarak uygulanmaktadır. Daha doğrusu bu dönem bizde olduğu gibi mezuniyet öncesi eğitimin bir parçası değil, mezuniyet sonrası eğitimin bir başlangıcı olarak yer almaktadır. Dolayısıyla bu dönemde doktorlar görev tanımları yapılmış, yetki ve sorumluluklarla donatılmış olarak çalıştıklarından, ne yaptıkları işlerden ne de kendilerine eğitim verilmemesinden şikâyet etmektedirler. Zira tek görevleri servislerin işleyişlerine adapte olmak ve özellikle sonraki dönemlerde kendilerine düşecek daha geniş kapsamlı görev ve sorumluluklara hazırlanmaktır.

Ülkemizdeki tıp fakültelerinde bu “doktor sınıfı” eğitim, hizmet ve TUS kargaşası ile boğuşurken, bulundukları hastanelerde hemşire veya hasta bakıcı düzeyinde işleri yerine getirme durumu ile karşılaşmaktadırlar. Doğal olarak bu insanlara karşı da sorumlu hale gelmektedirler. Aslında bu sorumluluğun hiçbir yasal dayanağı yoktur; fakat yıllardır işleyen ve giderek çarpık hale gelmiş düzen, bu durumun gayet doğal görülmesine neden olmaktadır. Sonuç olarak diğer iş gruplarının doldurması gereken bu hizmet boşluğu karmaşıklığının uzun yıllardır intörnlik dönemi öğrencileri kullanılarak doldurulduğu görülmektedir. Ayrıca eğitimlerine çoğunlukla doğrudan katkısı olamayan ve yine vasıfsız iş gücü olarak kullanıldıkları nöbetler de bu sorunu hafifletmek yerine büyötmektedir.

Yukarıda bahsedilen karmaşada esasen eğitim almak için hastanede bulunan intörnlik dönemi öğrencileri, iş ve hizmet

yükünü paylaştıkları diğer alanlarda çalışanlara (araştırma görevlileri, hemşire ve diğer sağlık personeli, idari personel) sağlanan hiçbir özlük hakkından da yararlanamamaktadırlar. Örneğin bu “doktor sınıfı” verdikleri hizmetin karşılığında yemek, ulaşım, boş zamanlarında ve gerekli hallerde kullanabilecekleri bir oda, dolap vb. gibi fiziki gereksinimlerinin karşılanması konusunda ciddi yetersizliklerle yüzleşmekte ve söz konusu alanlara yönlendirebilecek ödenek bulma konusundaki sorunlar nedeniyle, tamamen yalnız bırakılabilmektedirler. Neyse ki, bu dönemden itibaren maddi destek verilmesi yasa ile güvence altına alınmıştır. Meslek hayatına yeni başlayan tıp doktorları arasında genel görüş; hastaya yetkilerle donatılmış biçimde ve gönül rahatlığıyla müdahale edebilme becerisinin mecburi hizmetin veya asistanlığın ilk aylarında kazanıldığı şeklindedir. Sonuçta tıp fakültelerinin ilk 5 yılında öğretilenlerin üstüne 6. yılda neredeyse hiçbir şey katılamamaktadır. Kısaca eğitim programlarındaki eksiklik ve fakültelere göre değişen ve genelde eğitim adına çok yetersiz kalan uygulamalar, bu dönemin tıp eğitiminin içindeki yeri ve gerekliliğini ciddi bir şekilde incelenme ve tartışma boyutuna getirmiştir. Daha iyi yapılandırılmış ve hedeflediğimiz yeterliklere sahip doktorları mezun edecek yöntemleri kullanacak intörn programları geliştirmek, hepimizin ortak görevi olmalıdır.

Kaynaklar

AMEE Medical Education Guide No.23 (Part 1&2): Curriculum, Environment, climate, quality and change in medical education - a unifying perspective.

Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME, Copenhagen, 2003.

Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. British Medical Journal 2004; 329: 770-773

Öğrenci Gözü ile 2009-2012 Hacettepe Tıp Eğitimi Sorun Çözümlemesi ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Eğitimi Öğrenci Kurulu Raporu, 2012, Ankara

Ross PT, McMyler ET, Anderson SG, Saran KA, Urteaga-Fuentes A, Boothman RC, Lypson ML. Trainees' Perceptions of Patient Safety Practices: Recounting Failures of Supervision The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2011; 37(2): 88-95

Murt A ve ark. Tıp fakültesi 1.sınıfından Uzman Hekimliğe Giden Süreçte Tıp Eğitimi. Sağlık Eğitimi Kongresi Bildirileri 2012.

Walsh A. An exploration of Biggs' constructive alignment in the context of work-based learning. Assessment and Evaluation in Higher Education 2007; 32(1): 79-87

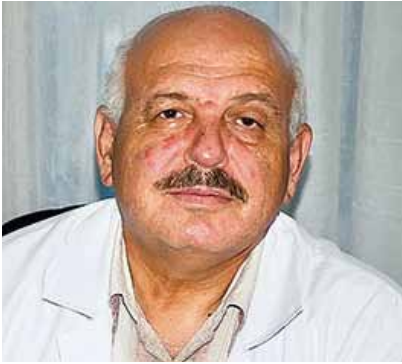
Woolf K, Cave J, Greenhalgh T, Dacre J. Ethnic stereotypes and the underachievement of UK medical students from ethnic minorities: qualitative study. British Medical Journal 2008; 337: 1-7

Kıdemli hocalara tıp eğitimini ve TUS'u sorduk

SD

Tıp eğitimi öğrencileri hayata mı, TUS sınavına mı hazırlıyor? Uzmanlık eğitiminde usta-çırak ilişkisi sizce hangi düzeyde? TUS neler getirdi-götürdü? Tıp ve uzmanlık eğitiminde sizin önerileriniz neler? SD'nin yeni sayısında Tıpta Uzmanlık Sınavını kıdemli hocalarla masaya yatırdık. Sorularımıza yanıtlar veren Prof. Dr. Ömer Karahan, Prof. Dr. İskender Sayek ve Prof. Dr. Hasan Yazıcı'nın görüşlerini aşağıda sunuyoruz.

Prof. Dr. Ömer Karahan:
“Bazı akademisyenler öğretim üyesi değil, “öğretmemenin üyesi” gibi davranıyor”



* Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Öğretim Üyesi

Tıp eğitimi öğrencileri hayata mı, TUS sınavına mı hazırlıyor?

TUS'a hazırlayıp hazırlamadığını söylemek zor. Çünkü tıp fakültesi öğrencileri 3. dönemden itibaren TUS kurslarına katılıyor. Bu yüzden birikimlerinin ne kadarının dersane, ne kadarının fakülteye ait olduğunu belirlemek mümkün değil. Ancak şunu söylemek mümkün: Öğrenciler dersanelerde verilen eğitimin fakültelekilerden daha kaliteli

ve verimli olduğunu iddia ediyorlar. Tıp eğitiminde hayata hazırlamada eksik ve yanlışlıkların olduğu kesin. Mide veya kolon tümörlerinin TNM evrelemesini, evreye göre yapılacak girişimlerin ne olduğunu gayet iyi bilen öğrenci hangi yaraya antibiyotik verilecek, hangisine verilmeyecek, dikişli yaranın dikişlerinin nasıl ve ne zaman alınacağını bilmiyor. Fitik, kolesistektomi, tiroidektomi yaptığımız hastalara “Yemek, içmek serbest, yarından itibaren pansumanı atıp banyo yapabilirsin, pansuman gerekmez, filanca gün dikişlerini aldır, çok ağrın olursa ağrı kesici kullan başka ilaç gerekmez.” diyerek gönderiyoruz. Hasta, 10 gün sonra sağlık ocağı veya aile hekiminde her gün pansuman yapılmış, bir veya iki antibiyotik, bazen bir vitamin, bazen iki ağrı kesici yazılmış, fakat dikişleri alınmamış vaziyette kontrole geliyor. Ben her pazartesi poliklinik yapıyorum. Bunlar sık gördüğümüz yanlışlar. Mezunlarımız akciğer grafisi, direkt karın grafisi değerlendirmesini bilmiyor. Fakülteye gidip seminerlerde bu eksikleri gidermeye çalışıyorum. Ama bu sorunlara şahsi değil kurumsal çözüm üretilmelidir.

Uzmanlık eğitiminde usta-çırak ilişkisi sizce hangi düzeyde?

Genel olarak iyi düzeyde demek mümkün. Bu konuda eğitimcilere çok iş düşüyor. Bazı akademisyenler öğretim üyesi değil, “öğretmemenin üyesi” gibi davranıyor. Bildiklerini, yaptıklarını asistanlarından ve meslektaşlarından kıskanıyor. Öğretmemek için elinden gelen gayreti sarf ediyor. Özelliği olan ameliyata kendi asistanını değil rotasyon asistanını alanlar var. Bir cerrahi branş hocası 2,5 yıl beraber çalıştığı asistanı 1,5 ay ameliyata girebilecek konumda çalıştırıyor. Geriye kalan 28,5 ayda poliklinik, yoğun bakım ve rotasyonlarda görev veriyor. Bunun adı ustalık veya

Prof. Karahan: “Bazı akademisyenler öğretim üyesi değil, “öğretmemenin üyesi” gibi davranıyor.

Bildiklerini, yaptıklarını asistanlarından ve meslektaşlarından kıskanıyor. Öğretmemek için elinden gelen gayreti sarf ediyor. Özelliği olan ameliyata kendi asistanını değil rotasyon asistanını alanlar var. Bir cerrahi branş hocası 2,5 yıl beraber çalıştığı asistanı 1,5 ay ameliyata girebilecek konumda çalıştırıyor. Geriye kalan 28,5 ayda poliklinik, yoğun bakım ve rotasyonlarda görev veriyor. Bunun adı ustalık veya hocalık olamaz.”



Prof. Sayek: “Sağlık politika ve sistemlerinde değişimler tıp öğrencilerinin TUS’u öncesine yol açmış ve “iyi hekim” olma amacının önüne geçmiştir. Uzman olarak çalışmak temel hedef olmuştur. Tıp fakültesindeki eğitim yerine TUS Dershanelerine yönelmeye neden olmuştur. Özellikle tıp eğitimin kanımca en önemli dönemi olan “intörnlük” dönemi olan fakültedeki son yıl olumsuz etkilenmiştir.”

hocalık olamaz. Bunlara karşı tedbir alınmalıdır.

TUS neler getirdi-götürdü?

TUS her şeyden önce ve önemli olarak adalet, fırsat eşitliği getirdi. Aksaklık olarak da bazı uygunsuz tercihler sonucunda uzmanlık öğrencisini sıkıntıya sokan sonuçlar oluşmaktadır. Önemli ölçüde yanlış tercihler uzmanlık eğitimine başlamama veya yarıda kesme ile sonuçlanmaktadır. Bu gelişmeler de hem eğitim alanı hem de eğitim veren kişi ve kurumları sıkıntıya sokmaktadır. Ülke açısından kaynak ve zaman israfına yol açmaktadır.

Tıp ve uzmanlık eğitiminde sizin önerileriniz neler?

Bu konuda tıpta uzmanlık öğrencileri ve eğitimcileri arasında yaptığımız ve toplamda 1290 kişinin katıldığı anketin ara sonuçlarını verebilirim. Nihai sonuçları da benzer rakamlardır. Ankete katılanlar arasında Tıpta Uzmanlık Eğitimi (TUE) esnasında Uyum Eğitimi (UE) %75,5 oranında motivasyon ve verimi artırıcı, %55,7 oranında da eğitimi yarıda bırakmayı azaltıcı bulundu. İlk üç ayda temel eğitim içinde uyum eğitimini istemeyenlerin oranı %39,3 idi. UE içinde eğitimcilerin (%85,3) ve asistanların (%91,1) konumu, hakları ve görevlerinin belirtilmesi ve asistan eğitiminin çerçevesi, özellikleri ve programının yer alması (% 88,5) istenmekteydi. Katılımcıların %86,2’si hasta ve hekim ilişki ve iletişiminin, % 85,3 ü hastaya yaklaşımın hukuki ve ahlaki boyutunun, % 79,3’ü NLP, zaman yönetimi gibi motivasyon ve verimi artırıcı

programların UE içerisinde yer almasını savundu. Temel Donanım Eğitimi (TDE) bölümünde bulunan sorulara verilen cevaplar şöyleydi: TUE’de hızlı okuma öğretilmesi gereksizdir (%44,6). Asistanların Türkçeye hâkimiyet, doğru ve iyi kullanımında eksikleri vardır (%46,1). Asistanların Türkçeye hâkimiyet, Türkçeyi doğru ve iyi kullanma konusunda eğitim alması gereksizdir (% 37). Asistanlara hitabet, diksiyon ve sunum eğitimi verilmesi yararlıdır (%67,9). Asistanların büyük oranda yabancı dil eksikliği vardır (%78,3). Asistanların uzmanlık eğitimi boyunca devam edecek yabancı dil eğitimi verilmesi gereksizdir (%30,8). Tıbbi araştırma donanım eğitimi konusundaki sorulara verilen cevapların tamamı %80’in üzerinde olumlu idi. sonuçlar şöyleydi: TUE içinde tıbbi makale okuma eğitimi verilmesini isteyenler %83,8. Makale ve bildiri sunma eğitimi yararlı olur diyenler %87,4. Asistanların doğru istatistik yönteminin seçilmesi eğitimi yararlı görenler % 84,1. Asistanların istatistikle ilgili bilgisayar programlarını kullanma eğitimi yararlı olduğunu düşünenler % 84,7. Prospektif, retrospektif, faz I-II-III-IV çalışma, spesifite, sensitivite gibi temel kavramlar için asistanlara eğitim verilmesini isteyenler %86,8. Araştırma tasarımı, yapılması ve yayınlanması için asistanlara eğitimi savunanlar % 89,7. Asistanların proje hazırlama eğitiminden yarar umanlar %89. Asistanların tez konusu bulması, tezin tasarımı, hazırlanması ve yayınlanması hakkında eğitim verilmesi gereğine inanlar % 91,8. Türkiye ve AB araştırma destek, kaynak ve fonlarından yararlanma yolları asistanlara anlatılmalı diyenler %90. Sonuç olarak TUE alanında branş

eğitimi dışında genel donanım, uyum ve araştırmacılık eğitimlerine ihtiyaç vardır. TUK tarafından müfredat belirlenirken bu hususlar dikkate alınıp Çekirdek Eğitim Programlarında bu alandaki eğitime de yer verilmelidir.

Prof. Dr. İskender Sayek:
“TUS, “iyi hekim” olma amacının önüne geçti”



* Hacettepe Tıp Fakültesi Emekli Öğretim Üyesi

Tıp eğitimi öğrencileri hayata mı, TUS sınavına mı hazırlıyor?

Tıp eğitiminin temel amacı, toplumun sağlıklı olmasını sağlayan “iyi hekim” yetiştirmektir. Tıp fakülteleri de bunu sağlayacak hedefleri ortaya koymalı ve eğitim programlarını buna göre düzenlemelidir. Bununla birlikte tıp fakülteleri öğrencileri mezuniyet sonrası çalışmaya hazırlamalıdır. Tıp eğitimi, sağlık hizmeti ve sağlık politikaları arasında bir eşgüdüm olmalıdır. Türkiye’de bu



eşgüdümde sorun vardır. Tıp fakültesi mezunları uygulanan sağlık politikaları, koruyucu hekimlikten çok tedavi edici hekimliğin öncelenmesi, nedeniyle uzmanlığa özendirilmektedir. Tabi ki etkili tek faktör bu değildir. Birinci basamak hekimliğinin (Pratisyenlik ya da bugünkü adı ile Aile Hekimliği) değersizleştirilmesi ve toplumda saygınlığını kaybetmesi tıp fakültesi mezunlarının uzmanlık yapmalarını zorunluğa çevirmiştir. Bu da öğrencilerin TUS'u önceleme gibi bir hedefe yönelmesine yol açmıştır. Tıp fakültelerinin amacı TUS'a yönelik öğrenci yetiştirmek olmamalıdır. Mezun olduktan sonra çalışacakları her ortama uygun bir hekim olarak yetişmeleri sağlanmalıdır.

Uzmanlık eğitiminde usta-çırak ilişkisi sizce hangi düzeyde?

Uzmanlık eğitiminde tıp eğitimi genelinde olduğu gibi usta-çırak ilişkisi şüphesiz çok önemlidir. Ancak güncel tıp eğitim modellemesinde bunun eğitimi yönlendirmesi geçerliliğini kaybetmiştir. Usta-çırak eğitimini standardize edilebilmesi mümkün değildir. Tabi ki "ustadan" bir şey öğrenilecektir. Ancak tıp eğitiminin tüm kademeleri, tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi, sistematik bir eğitim programına sahip olmalıdır. Eğitim alan herkesin aynı eğitimi almaları sağlanmalıdır.

TUS neler getirdi-götürdü?

TUS, tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin uzmanlık eğitimi yerleştirme sınavı olarak herkese adil, eşit bir fırsat verilmesini sağlamıştır. TUS'un temel özelliğinin bir yerleştirme sınavı olduğu unutulmamalıdır. Daha önce de belirttiğim gibi sağlık politika ve sistemlerinde değişimler tıp öğrencilerinin TUS'u önlemesine yol açmış ve "iyi hekim" olma amacının önüne geçmiştir. Uzman olarak çalışmak temel hedef olmuştur. Tıp fakültesindeki eğitim yerine TUS Dershanelerine yönelmeye neden olmuştur. Özellikle tıp eğitimin kanımca en önemli dönemi olan "intörnlük" dönemi olan fakültedeki son yıl olumsuz etkilenmiştir.

Tıp ve uzmanlık eğitiminde sizin önerileriniz neler?

Bu tabi ki çok geniş bir konudur. Özetle şunu söyleyebilirim: Tıp eğitiminde güncel ve evrensel önerilerin karşılanması ve yaklaşımların uygulanması gerekir. Tıp ve uzmanlık eğitimine birlikte bakmak önemlidir. Güncel tıp eğitimi modellerinde, uzmanlık eğitimi dahil, öğrenenin eğitimin merkezinde olması gerekir. Başka bir deyişle "öğrenci merkezli eğitim" hedeflenmelidir. Yetkinliklerin karşılanmasını sağlayacak, "yeterliliğe dayalı, çıktı temelli" eğitim modelleri benimsenmelidir. Hangi model kullanılırsa kullanılsın "topluma dayalı" ya da "toplum temelli" müfredatın uygulanması

önemlidir. Eğitimin niteliğinin yükseltilmesi için politikaların oluşturulması ve bu politikaların tüm tarafların katılımı ile belirlenmesi sağlanmalıdır.

Prof. Dr. Hasan Yazıcı:
"Gerek hekimlik gerekse de bilim insanlığı büyük boyutta usta çırak ilişidir"



* İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Emekli Öğretim Üyesi

Tıp eğitimi öğrencileri hayata mı, TUS sınavına mı hazırlıyor?

Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) kuşkusuz iyi niyetle yıllardan beri yapıldı duruyor. Ancak genellikle olumsuz değerlendiriliyor. Hatta tıp eğitimi öğrencileri hekimliğe

Prof. Yazıcı: “Batı’nın iyi üniversitelerinde bir öğretim üyesinin alacağı akademik ödüllerin belki de en prestijlisi “career development award” yani kısacası “adam yetiştirme” ödülleri... Gerek hekimlik gerekse de bilim insanlığı büyük boyutta usta çırac işidir. Uygulamada ve bilim üretmekte bu değişmez bir kuraldır.”

değil TUS’a hazırlıyor denebiliyor. Sınavın tıpta uzmanlık eğitimine iyi veya kötü etkilerini nesnel olarak irdeleyen bir çalışma bilmiyorum. Genellikle dile getirilen TUS’a hazırlık, tıp fakültesinin özellikle son yılını hemen tümüyle alıyor ve bu olgu, TUS’u kazanan veya kazanamayan tüm hekimlerin eğitimine çok olumsuz etki ediyor. Hepsinden önce belirtmem gerekir ki ülkemizde, uzmanlık dâhil, tıp eğitimi TUS öncesi de hiç bir zaman iyi olmadı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesini 1969’da bitirdim. Anatomi hariç (tüm eğitimim boyunca bütünlemeye kaldığım yegâne ders) notlarım oldukça iyi idi. Hatta staj sınavlarımın hepsinden pekiyi almıştım. Mezun olur olmaz da ABD’de, kabaca B sınıf bir üniversiteye afiliye bir hastanede iç hastalıkları ihtisası yapmaya başladım. Çok çarpıcı olarak hemen gördüm ki, tıp bilgisi ve özellikle de becerisi düzeyim değil Amerikalı meslektaşlarımın gerisindeydi. İstanbul’da bana çok daha ezberci, nasıl ve nedeni irdelemeden salt ne olduğunu belletmeye dayanan bir eğitim verilmişti. Altı yıl boyunca hiç bir hocamın beni bir tıp dergisine yönlendirdiğini anımsamıyorum. Bundan öte yine aynı sürede herhangi bir bilimsel toplantıda, diyelim basit bir olgu tartışmasında herhangi bir hocamın bir diğerine, “Size katılmıyorum. Dediğiniz öyle değil, böyledir.” dediğini duymamıştım. Yurda döndüğümde, dile getirmeye çalıştığım, uygar ve bilimsel tartışma ortamını kendi kurduğum romatoloji bilim dalında yerleştirmeye çalıştım ve övünerek söylüyorum, oldukça da muvaffak oldum. Ancak itiraf etmeliyim ki benzer bir ortamı 9 yıl boyunca başında olduğum iç hastalıkları ana bilim dalında yaratmak hemen tümüyle başarısız oldu. Bunun yanı sıra TUS’da en iyi dereceleri almış uzmanlık öğrencilerimiz oldu. Yine üzülerek gözledim aynı öğrenciler tıp

eğitimleri boyunca değil bilimsel bir derginin kapağını açmak, The New England Journal of Medicine örneği ismini bile duymamışlardı. Hani adeta ülkem üniversite öğrencisi bilimsel dergi izlemez diye bir yasa var. Tüm üniversite eğitiminde ana amacımız öğrencilerimize doğru cevapları öğretmek. Bilimselliğin, yaratıcılığın ve hiç kuşkusuz iyi hekimliğin vazgeçilmez olan doğru soruyu sormayı bir türlü öğrencilerimize aşılayamıyoruz. Bu maalesef acı gerçek doğal olarak yaptığımız sınava da yansıyor. Böylesine bozuk bir eğitim anlayışının sınavının daha iyi olması beklenebilir mi? TUS’la ilgili önemli bir sorun, yukarıda değindiğim, eğitimden zaman çalması. Bu doğru ancak maalesef tıp eğitimimizin her aşamasında bu zaman çalma, hem de adeta sistematik bir şekilde var. Örneğin neden Amerikan tıp öğrencisi fizik muayenenin ana kurallarını en fazla bir aylık bir eğitimle öğrenir de ülkem öğrencisine aynı şey en az bir yılda öğretilir? Emekli olmadan bir kaç yıl evvel -biraz da, o güne kadar farkında olmadığından gerçekten utanarak- fakültem öğrencilerine sodyum potasyum pompasının iki düzineye yakın ayrı derste anlatıldığını üzülererek öğrenmişim. Söz ettiğim çok belirgin, üniversitelerimizi hemen tümüyle teslim almış ve fevkalade zararlı bir “kariyerizm” göstergesi değildir de nedir? Buraya kadar özetlemeye çalıştığım şey, uzmanlık dahil tıp eğitimimizde bir çok olumsuzluk olduğu ve TUS’un bu büyük olumsuzluğa etkisinin kanımca çok ön planda olmadığıdır.

Uzmanlık eğitiminde usta-çırak ilişkisi sizce hangi düzeyde?

Bu ilişki istenilenden çok uzaktadır. Merkezi TUS ve hele YDUS uygulamaları usta çırak ilişkisini adeta silmek yolunda uygulamalar. Batı’nın iyi üniversitelerinde bir öğretim üyesinin alacağı akademik ödüllerin belki de en prestijlisi “career development award” yani kısacası “adam yetiştirme” ödülleri... Bu uygulamada, genellikle devlet, bilimsel gelişiminde belli bir aşamaya gelmiş öğretim üyelerine, öğretim kurumlarından tümüyle bağımsız, kendi seçecekleri bilim insanlarını yetiştirmek için kadro tahsis eder. Diğer bir deyişle hoca, adaylar arasından öğrencisini kendi seçer. Bizdeki uygulamadan be kadar uzak değil mi?

TUS neler getirdi-götürdü?

Bence TUS, yukarıda değinmeye çalıştığım bozuk düzenden ne fazla bir şey götürmüş ne de onu düzeltmeye bir katkı sağlamıştır.

Tıp ve uzmanlık eğitiminde sizin önerileriniz neler?

Bu çok geniş bir soru. Esasında birinci sorunuza verdiğim yanıtta düzeltilecek ana sorunlarımıza çok ana hatlarıyla değindim. Burada salt TUS ve yan dala giriş sınavı YDUS’la ilgili iki noktaya dikkat çekmek istiyorum:

a. Demin vurguladığım gibi gerek hekimlik gerekse de bilim insanlığı büyük boyutta usta çırak işidir. Uygulamada ve bilim üretmekte bu değişmez bir kuraldır. TUS ise salt merkezi bir sınav olarak, “çırak” seçiminde ustanın seçim hakkı tümüyle elinden alınmıştır. Daha da vahimi YDUS da yine merkezi bir sınavla yapılmaktadır. Böyle bir uygulama gerek sağlık hizmeti gerekse de bilimsel üretim açısından son derece zararlı olmaktadır. Anlaşılmayan bu sınavların, hemen tüm gelişmiş ülkelerde yapıldığı gibi neden iki aşamalı yapılmadığıdır. Önce, düzgün merkezi bir yazılı sınav yaparsın, bunda başarılı olanlar ise istedikleri dallara, istedikleri kurumlarda başvurular. Doğal olarak kurum, kendisine başvuru sayısına göre taban puan saptamakta serbest bırakılır. Böyle bir düzenlemede kurumun adayı seçerken sözlü, ikinci bir yazılı veya her ikisini yapabilir.

b. TUS şimdiki haliyle tümüyle bir “doğru cevabı biliyor musun” sınavıdır. Hâlbuki biraz gayretle ve güncel teknoloji yardımıyla mümkün mertebe bir “aday mevcut bilgisiyle problem çözebiliyor mu?” sınavı haline getirebilir. Burada önemli gördüğüm iki önerim olacak: 1. Adaylara “Aşağıdaki şıklardan hangisi değildir?” türü olumsuz sorular kesinlikle sorulmamalı; 2. Gerek temel bilimler gerekse de klinik bilimler soruları olabildiğince adayın doğru yorum yapabilme yeteneğini ölçmek yönünde hazırlanmalıdır. Aday şu sinirin veya bu sendromun adını biliyor mu tipinden sorular kanımca sınavın olması gereken amacından tümüyle uzak sorulardır.

Özetle TUS birçok yönüyle sorunlu bir sınavdır. Ancak bu haliyle de daha amaca uygun hale getirilebilir; Esas unutulmaması gereken ise TUS sorunu tıp eğitimimizle ilgili sorunların arasında ufak bir bölümünü oluşturur. Belki daha da açıklamaya çalıştığım esas sorunların bir nedeni olmaktan çok, son analizde, oldukça talihsiz bir çıktısıdır.

Tıp ve tipta uzmanlık eğitimi ya da “gençlerin önünü açmak lazım”

Prof. Dr. Osman Nuri Dilek



1959 yılında Karaman'da doğdu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1982). Genel Cerrahi uzmanlığının ardından SSK Kırıkkale Hastanesinde görev yaptı. 1993 yılında Van YYÜ'de Yrd. Doç. olarak göreve başladı. 1996'da doçent oldu. 1999 yılında 6 ay süreyle Londra King's College'de hepatobiliyer ve transplantasyon cerrahisi konularında çalışmalara katıldı. 1999 yılında geçtiği Kocatepe Üniversitesi'nde 2001 yılında profesör oldu. Aynı Üniversitede Dekan Yardımcısı ve Başhekim olarak çalıştı. 2009 yılında Sakarya Tıp Fakültesi Kurucu Dekanı olarak atandı. Kasım 2012'de İzmir Kuzey KHB Genel Sekreteri olarak görevlendirildi. Dr. Dilek evlidir ve 4 çocuk babasıdır.

Ulaşım ve iletişimde sınırlamaların kalktığı, mesafelerin kısaldığı çağımızda, insanlar gittikleri yerlerde sağlıklı çevrede yaşama ve nitelikli sağlık hizmeti bulma endişesini de beraberinde taşımaya başlamışlardır. Bunun bir sonucu olarak, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çabalarıyla çevre sağlığı, sağlık hizmetlerinin standardizasyonu ve kalitesinin yükseltilmesi ihtiyacı ortaya konulmuştur. Tıp eğitim alanında olması gereken evrensel standartlar DTEF (WFME, Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu) tarafından Temel Tıp Eğitimi (Tıp Fakültesi), Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi (Uzmanlık) ve Sürekli Tıp Eğitimi (STE) olarak üç ana başlıkta tanımlanmıştır. Ayrıca bu aşamaların her biri için temel ve kalite standartlarını içeren kriterler hazırlanmıştır. Bu makalede, ülkemizdeki tıp ve uzmanlık eğitimi ile mezuniyet sonrası eğitim evrensel standartlar ışığında irdelenecek ve elde edilen çıkarımlardan bahsedilecektir. Konunun çok geniş olması nedeniyle pek çok detay, sonraki yazılara bırakılmıştır.

Tanımlar ve kavramlar

Eğitimin üç temel unsuru vardır. Bunlar; öğrenciler, eğiticiler ve eğitim ortamlarıdır. Tıp eğitiminde bu üç unsur birbirini tamamlayan önkoşullardır. Eğiticinin katkısı, öğrenmeyi öğretmek ve yol göstermektir. Tıp ve uzmanlık eğitimlerinin yapıldığı ortamlar, sistemler ve kaynaklar ise eğitim/öğretim kalitesinin şekillendiği yerlerdir. Karşılaşılan sorunlar bu üç parametreyi de ilgilendirmekte ve kaynak oluşturabilmektedir.

Tıp eğitimi, 19. yüzyıl ve öncesinde, bir hekim yanında “usta-çırak” ilişkisi şeklinde, onun yaptıklarını gözleyerek, özel kütüphanesinden yararlanarak ve hastalarını muayene ederek yapıldı. Günümüzde pek çok yerde kullanılan bu yöntem, sistematik olmaması ve disiplin içermemesi, standart olmaması, değerlendirilememesi ve ölçülmemesi nedeniyle ihtiyaca cevap vermekten uzak kalmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında, nüfusun ve ihtiyacın artmasıyla, kalabalık öğrenci gruplarına ders anlatma ve pratik beceriler gösterme şeklinde olan ve günümüzde “klasik eğitim sistemi” olarak tanımlanan tıp eğitimine geçildi. Klasik sistemde, konular dönem sonunda veya zaman içerisinde tamamlandıkça öğrenci tarafından anlam kazanıyordu. Klasik sistemin sakıncalarını gidermek için 1910'da *Flexner Raporu* ile zemini oluşturulan disiplin temelli “Entegre Tıp Eğitim Sistemi” tasarlanmıştır. Entegre eğitim sisteminde, vücuttaki organ sistemlerinin bilgileri (anatomi, fizyoloji, patoloji vb.) topluca verilmektedir. Bu sistemde değerlendirme sınavları topluca yapıldığı için, örneğin öğrenci bir sistem anatomisini sevmez ve “baraj altı” denilen bir yöntemle dayanarak bırakabilir ve sonuçta bazı konuları öğrenmeden fakülteyi bitirebilirdi. 1970'li yıllarda; bilginin çok artması, öğrenciye her şeyin öğretilmeyeceği, öğretilmeye çalışılan birçok şeyin öğrenci tarafından öğrenilemediği ya da çok çabuk unutulduğu anlaşılmış ve “Probleme Dayalı Öğretim” (PDÖ) ortaya atılmıştır. PDÖ sisteminde, öğrenci, daha ilk yıldan itibaren klinik problemler ve çözümlerinden yola çıkarak konuyla ilgili tüm bilgilerin yer aldığı “modüller” şeklinde bir eğitim söz konusudur. Ancak PDÖ sisteminin,

küçük öğrenci gruplarına uygulanabilme, çok iyi eğitilmiş eğitici grupları ile geniş alanlar ve zengin eğitim materyalleri gerektirmek gibi dezavantajları vardır. Günümüzde, bu üç sistemle yatay ve dikey entegrasyonları değişik oranlarda içeren “Hibrid Eğitim Sistemi” uygulama örnekleri de vardır.

Uygulanan tıp eğitimi sistemlerinde kullanılan eğitim yöntemleri “aktif” ve “pasif” olmak üzere iki grupta tanımlanabilir. Pasif eğitim yönteminde, öğrenci, dinleyici ve gözlemci olup bilgiye ulaşmak için çaba harcamaz ve öğrenilen bilgilerin çoğu kalıcı değildir. Aktif eğitim yönteminde ise öğrenci kendisi öğrenir ve uygular. Öğrendiği bilgiler kalıcıdır ve birbiriyle ilişkilendirilmiştir. Bilgideki hızlı artış da dikkate alındığında, eğitim programlarının yüklü içerikleri ve ezbere dayalı, eğitici merkezli öğretim yöntemleri etkisiz ve yetersiz kalmaktadır. Tıp eğitim sistemleri, bu iki eğitim yöntemini değişik oranlarda kullanmaktadır. PDÖ sisteminde aktif, klasik ve entegre tıp eğitimi sistemlerinde ise pasif yöntemler daha ön plandadır. Ancak aktif yöntemler PDÖ sistemine özgü olmayıp klasik ve entegre eğitim sistemlerinde de yer almaktadır ve giderek daha fazla uygulanmaktadır. Konfüçyüs'ün; “İşitirsem unutamam, görürsem hatırlarım, yaparsam anlarım” deyişi, bu konuda iyi bir kılavuz olabilir.

Mevcut durum

Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (TSİDR) 2010'a göre; Türkiye'de 31 bin 978'i pratisyen 58 bin 258'i uzman ve 20 bin 975'i araştırma görevlisi olmak üzere toplam 111 bin 211 hekim

bulunuyor. Sağlık Bakanımız Sayın Dr. Müezzinoğlu'nun Nisan 2013'de "Bize şu anda 10 bini pratisyen, 20 bini uzman olmak üzere 30 bin hekim lazım..." şeklindeki ifadelerinden, hekim açığının devam ettiği ve denge henüz kurulamadığı söylenebilir. Hekim ihtiyacımızı dengelemek için kontenjanların artırılması daha akılcı olmakla beraber, maalesef daha zahmetli bir yöntem tercih edilmiş, fazlasıyla yeni tıp fakültelerinin kurulması yoluna gidilmiştir. Eğitim kadrosu için yıllar ve altyapı için milyonların gerektiği göz ardı edilerek, olay "yedi eğiticiyle tıp fakültesi kurulabilir"e kadar indirgenmiştir. 2013 yılı itibarıyla; 50 ilimizde 74'ü faal olmak üzere 82 tıp fakültesi ve 61 Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi bulunuyor. YÖK tarafından kuruluşuna olumlu görüş verilen 4 ve müracaat aşamasındaki 25 tıp fakültesi adayı buna dâhil değildir (Tablo 1). Ülkemizde halen 900 bin kişiye bir tıp fakültesi düşmekte olup yakın gelecekte 750 bin kişiye bir fakülte düşecek gibi gözükmektedir. ABD'de 1 milyon 350 bin kişiye bir tıp fakültesi düşmektedir. Avrupa'da oran daha düşüktür. Dünyada en fazla tıp fakültesi olan ülkelerden biri haline gelmiş durumdayız. Son yıllarda tıp eğitimi de kapsayacak şekilde yükseköğretimin ticarileşmesinden ve tıp eğitiminin kalitesi için tehdit oluşturmamasından endişe edilmektedir.

Tıp ve uzmanlık öğrencileri

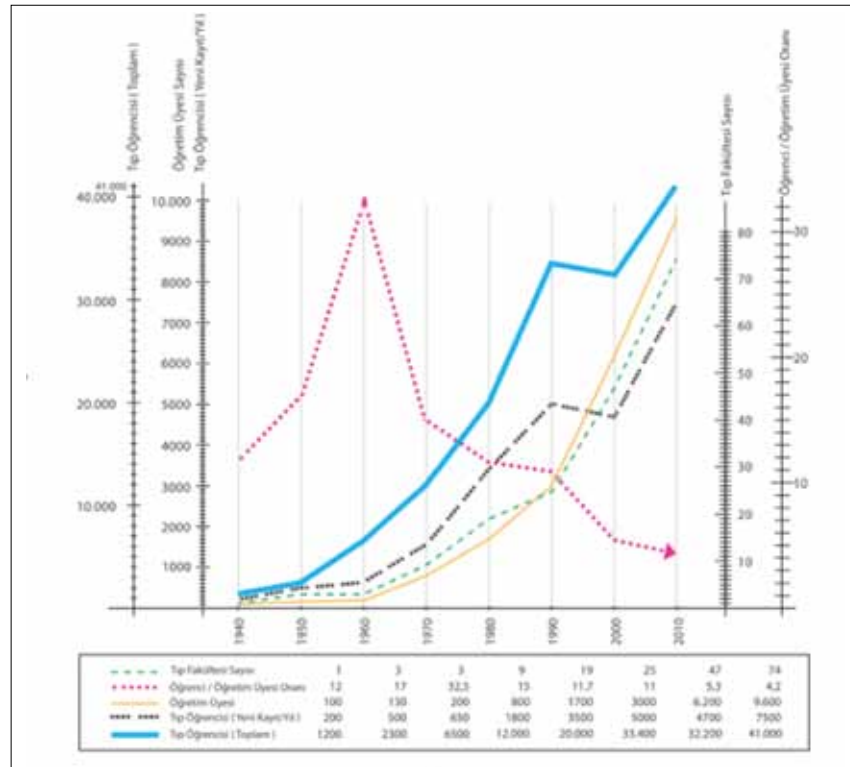
Ülkemizde tıp eğitimin temel hedefi, "iyi bir birinci basamak hekimi (pratisyen)" yetiştirmektir. Hedefteki tıp ve uzmanlık öğrencileri, eğitimin en masum tarafını oluşturmaktadırlar. 12 yıl süren bir eğitim ve ÖSYM barajlarını aşarak tıp fakültelerine gelen öğrencilerle 6 yıllık zorlu tıp eğitimi sonrasında TUS sınavlarını geçerek kendilerini hocalarına emanet eden çiçeği burnunda araştırma görevlileri için ne söylenebilir? Öğrencilerden beklenen; nitelikli bir eğitim almaları, öğrenme ve uygulama becerisi kazanmalarıdır. Çok özel sebepler sayılmazsa öğrencilerle ilgili problemler; motivasyon eksikliği ile bilgi ve donanım yetersizliği sayılabilir.

TSİDR-2010'da; tıp fakültelerinde 35 bin 454 tıp öğrencisi ve 8 bin 695 öğretim üyesi olduğu belirtiliyor. Raporda, Türkiye'deki tıp fakültelerinde şu andaki öğrenci sayısının çok daha üstünde öğrenci yetiştirilebilecek fiziki şartlar ve öğretim üyesi mevcut olduğuna işaret ediliyor. Ülkemizde 1986-87 akademik yılında tıp fakültelerinde bir öğretim üyesine 14,8 öğrenci, 1991-1992 yılında 10 öğrenci ve son olarak 2010 yılında ise 4,2 öğrenci düşmektedir. Bu oran, hemen hemen bütün Avrupa ülkelerinden daha iyidir. (Tablo 1, Grafik 1). Yine 2008 yılında bir öğretim üyesine 1,5 uzmanlık öğrencisi

Tablo 1: Ülkemizdeki tıp fakülteleri, tıp doktorları ve tıp öğrencilerinin durumu (TSİDR-2010).

	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Tıp Fakültesi	1	2	3	9	19	25	47	72
Öğretim Üyesi	100	130	200	800	1.700	3000	6.284	9.600
Öğrenci / Eğitici oranı	12	17	32,5	15	11,7	11	5,3	4,2
Öğrenci (Yeni kayıt /Yıl)	200	500	650	1.800	3.500	5.000	4.700	7.500
Tıp Öğrencisi (Toplam)	1.200	2.300	6.500	12.000	20.000	33.400	32.200	41.000
Tıp Doktoru (Toplam)	2.600	6.800	8.200	13.800	27.000	51.600	85.490	111.211
Pratisyen	?	3.200	4.050	5.100	10.500	25.700	32.000	31.978
Ar. Görevlisi							15.490	20.975
Uzman	?	3.600	4.150	8.700	16.500	25.900	38.000	58.258

Grafik 1: Eğitim kurumları, öğretim üyeleri ve öğrenci grafiği (TSİDR-2010).(TSİDR-2010).



düşmektedir.

Son 25 yılda, tıp fakültelerinin sayısı (3,5 kat) ve öğretim üyesi sayısı (5 kat), fiziki altyapı olanakları ve vatandaşların vergileriyle oluşan bütçeden aktarılan ödenekler artarken, öğrenci sayılarındaki artışlar minimum düzeyde kalmıştır (Grafik 1). Öğretim üyeleri büyük şehirlerde toplanmıştır. TTB-2010 Raporunda; bir temel bilimler öğretim üyesine ortalama 22 öğrenci düşerken, bir klinik bilimler öğretim üyesine ortalama 4 öğrenci düştüğü belirtilmektedir. Bunlarda; planlama hataları, siyasi yaklaşımlar, metodolojideki hatalar ve kurumlar arasındaki ilişkilerdeki bozuklukların rolü olmuştur. 10 yılı aşkın bir süre TUK Mevzuatı olmaksızın yapılan uzmanlık eğitimi de buna bir örnektir. Kısaca problem kantitatif değil kalitatif, yapısal ve yönetsel bir problem gibi gözükmektedir.

Son yıllarda; ÇEP Müfredatı konusundaki fikir birliği, TUK Mevzuatının yayımlan-

ması, mesleki beceri uygulamaları, simülasyon modelleri ve teknolojik maketlerle öğrenci değişim programları vasıtasıyla fakülteler arasındaki uçurumların kalkmakta olduğu söylenebilir.

Eğitciler

Haziran 2010 kayıtlarına göre; tıp fakültelerinde 4 bin 845 profesör, 2 bin 251 doçent, 2 bin 513 yardımcı doçent olmak üzere toplam 9 bin 609 öğretim üyesi bulunuyor (Tablo 1). ESI 2005 verilerine göre; Türkiye'nin en çok yayın yaptığı alan klinik tıptır. Bu durum, dünya genelindeki yapıdan kaynaklanmaktadır. Türkiye'nin bu alandaki yayın sayısı 25 bin 366, atıf sayısı 74 bin 606, yayın başına düşen atıf sayısı ise 2,94'tür. Toplam 106 ülke içerisinde Türkiye yayın sayısında 14. sırada olmasına karşın, yayın başına düşen atıf sayısında 102. sırada yer almıştır. Başka bir örnek; 2008 yılında ülkemizden yapılan 18 bin yayına karşın elde edilen patent sayısı 85 (% 0,5) iken,

aynı yıl İsrail'den yapılan 9 bin yayından elde edilen patent sayısının 4 bin 550 (%50) olması çok düşündürücüdür. Kısaca, kriter tamamlamaya yarayan yayınlarımızla bilim adamından daha çok eğitimci olduğumuz ortadadır.

Doğrusu eğitimciler olarak bizlerin ilk yapması gereken, Öğretim/egitim görevlisi olarak *yapmam gerekenler neler, yapıyor muyum, sorumlu muyum?* şeklinde kendimize sorular sormak olmalıdır. Bunların cevabını ortaya koymak ve yerimizi belirlemek için objektif bir değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Burada eğitime gönülden katkı sağlayan yapıcı ve fedakar hocalarımızı tenzih ederek devam etmek istiyorum. Pek çok gelişmiş ülkeden daha fazla eğiticiye sahip olan ülkemizde gerçek *“eğitici kültürü”* birikimine sahip olup olmadığımızı sorgulamamız gerekiyor. Fakülte yöneticileri ve anabilim dalı (ABD) başkanların eğitimin etkinliği konusunda neler yaptıklarını veya yapmadıklarını dürüst bir şekilde masaya yatırmaları gerekmektedir. Doğrusu 50'den fazla hocanın görev yaptığı bir klinikte, bir hocanın öğrencilerine ayırdığı süre “yalın yönetim metotları” ile detaylı bir şekilde irdelenmelidir.

Eğiticilere sağlanan özlük ve mali hakların yetersiz olduğu konusunda taraflar hemfikirlerdir. Ancak eğitim gibi stratejik bir konunun maddi yetersizlikler öne sürülerek ihmal edilmesi etik değildir. Ülkemizde bu tür hakların sabır, mücadele ve özveri ile elde edildiğini unutmamak gerekmektedir. Yine de toplumda ekonomik ve sosyal bakımdan saygın bir yer edinmiş olan hocalarımızın hem “hakların kazanılması” konusunda mücadeleye devam etmesi, hem de eğitimden taviz vermemesi gerekmektedir. Muayeneciliğe veya kısmi statüye hangi amaçla geçtiklerini unutan bazı hocaların, *“performans puanı elde etmeye uğraşmaktan eğitime vakit kalmıyor”* şeklindeki ifadeleri samimi değildir. Tam gün devam etmelidir Ancak ayrılan hocaların eğitim ordusuna katılması için, performans uygulamalarındaki saat ve oran sınırlamalarının kaldırılması eğitim hizmetlerindeki ve sağlık hizmetlerindeki kaliteyi yükseltecektir.

Uzmanlık eğitiminde de durum farklı olmayıp, tek eğitim/öğretim görevlisi ile ne kadar bilgi ve deneyim aktarılabilceği ortadadır. Örneğin bin yataklı bir hastanemizde yıllarca sadece başasistan kadrosuyla yapılan eğitimin kalitesinden söz edilebilir mi? Benzer durum, hocası olmayan bölümlere araştırma görevlilerinin alındığı fakülteler için de söz konusudur. Sağlık Bakanlığı'nın uzmanlık eğitimini tıp fakültelerine devretmesi ve standartları belirleyen denetleyen konuma geçmesi daha

Tablo 2: Tıp fakültelerinde uygulanan eğitim sistemleri

	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2013
Tıp Fakültesi sayısı	1	2	3	9	19	25	47	74
Klasik	1	2	3	9	18	8	5	6
Entegre					1	17	42	64
Aktif								3
Hibrid							1	1

uygun olacaktır. Eğitim hastanelerindeki eğitim görevlilerinden (600 civarında) şartları uyanlar tıp fakültesi kadrolarına geçirilmeli ve eğitimdeki iki başlılık kaldırılmalıdır. Sadece bu şekilde bile istifalarla boşalan tıp fakültesi kadroları hemen doldurulabilir.

Son yıllarda, Tıp-Sağlık Konseyinin rolünü üstlenmesi, Dekanlar Konseyi, Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi ve Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyonu Yönergesinin hazırlanması, sayısı hızla artan tıp eğitimi ABD, eğitimcilerin eğitimi kursları ve mesleki derneklerin daha bilinçli hareket etmesi umut verici gelişmelerdir.

Eğitim ortamları

Devletin desteği, fakültenin geleceği konusundaki önemli belirleyicilerden biridir. Ancak siyasi ve kişisel yaklaşımlarla planlanma yapılmadan kurulan fakültelerin sağlıklı hizmet vermesi için gereken altyapı hazırlıkları maalesef yetersiz kalmaktadır. Yetersiz bütçeler nedeniyle fakülteler alt yapı, materyal, laboratuvar, cihaz, kadavra vb. eksikliklerle uğraşmaktadırlar. Yeni bir fakülte için gerekli bina, malzeme, yer vb. için gerekli olan bütçe, daha kuruluş kanunuyla birlikte adeta çeyiz gibi sağlanmış olmalıdır. Ama maalesef *“göç yolda düzülür”* mantığı ile hareket edilmekte, palyatif çözümler, tadilatlarla harcanan paralar ve zaman kaybı, kurumların ve yöneticilerin ömrünü tüketmektedir. Özellikle az sayıda öğrenci alan perifer (taşra) tıp fakültelerinin temel tıp eğitimi için de milyonlarca liralık yatırım yapmak zorunda kalması, haftada 2-4 saatlik ve yarım dönemlik dersler için bile öğretim üyesi almak ve istihdam etmesi akılcı gözükmemektedir. Özellikle temel tıp eğitimlerinin büyük fakültelerle birlikte organizasyonu bir alternatif olabilir.

Kurucu dekan olarak çalıştığım Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, ülkemizde uygulamaya konan ilk (2009) resmi afiliasyon protokolü ile 600 yataklı 100 bin m2 kapalı alana sahip modern bir hastane ile pek çok taşra tıp fakültesinden daha iyi konuma geçmiş ve öğrencilerimize iyi bir eğitim altyapısı sunmuştuk. “Afiliasyon sistemi”nin, hastanesi olmayan eğitim kurumlarımız için uygun bir seçenek olduğu ortadadır.

Rektörler, hem sorunların kaynağı hem de çözüm ortağı olabilmektedirler. Döner sermayeli kuruluşa sahip olma isteği, sayısal (!) kadrolaşma, seçim yatırımları ve işi bilmemekten kaynaklanan sorunlar, sayılamayacak kadar çoktur. *“Morfoloji binasında kaç hasta yatağımız olacak?”* diyen ya da alınması için tanıştırılan doçent ve profesörleri, seçimlerde aday olur korkusuyla, *“gençlerin önünü açmak lazım”* diyerek reddeden yöneticiler de yok değildir.

Eğitim sistemleri

Tıp eğitiminin içeriği ve kalitesi ile hekimlerin sahip olmaları gereken özellikler ve kanıta dayalı tıp eğitim yöntemleriyle alakalı tartışmalar tüm dünyada sürmektedir. Tıp fakültelerinde bilgi üretilir, kullanılır, paylaşılır ve öğretilir. Yani araştırma, hizmet ve tıp eğitimi, tıp fakültelerinin üç temel işlevidir. Ancak ülkemizdeki tıp fakültelerinde bu üç sorumluluk yeterince dengeli ele alınamamaktadır. Hizmet yani hasta teşhis ve tedavisi daha ön plandadır. Araştırma ve yayın yapma akademik yükseltmeler için zorunlu bir araç olarak görülmekte ve eğitim sıkıntılı bir durum olarak algılanmaktadır.

Tıp eğitiminde kullanılan sistemlerin birbirlerine göre üstünlükleri ya da eksiklikleri, uzun yıllardır tartışılan konulardan biridir. Dünyada tıp öğretimiyle ilgili gelenek ve yapılanma konusunda bazı benzerlikler olsa da, tıp eğitimi birkaç farklı biçimde yapılmıştır. Bu farklılıklar; öğretim geleneği, kültürel alt yapı, sosyoekonomik durum, bölgesel sağlık ve hastalık spektrumu, devlet ve sağlık sistemlerinin örgütlenmesi, sağlık hizmetleri etkinliklerinin farklı sağlık işgücü ve kadrolarına dağılımı gibi çok çeşitli sebeplerden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde tıp eğitimi sistemi konusunda yeterli uzlaşma olmayıp farklı uygulamaları bünyesinde barındırmaktadır (Tablo 2). Fakültelerimizde giderek artan oranda entegre eğitim sistemi ön plana çıkmaya başlamıştır. ÖSYM 2012 yılı verilerine göre; 50 ilde 72 faal tıp fakültesi bulunmakta ve bunlardan 4'ü yakın çevrelerindeki diğer üniversitelerde eğitim vermektedir. Bunların 62'si entegre (%87), 6'sı klasik (%8), 3'ü probleme dayalı-PDÖ-(%4) ve biri hibrid (entegre+klasik) eğitim (%1) müfredatını uygulamaktadır. Eğitim modellerine

baktığımızda; 72 fakültenin 44'ü karma (%63), 23'i eğitici merkezli (%31), 5'i öğrenci merkezli (%) eğitim modelini uygulamaktadır.

Üniversitelerarası Kurul Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından Şubat 2002'de yayımlanan "Ulusal Çekirdek Eğitim Programı"yla eğitimin standardizasyonu konusunda önemli aşamalar kaydedilmiştir. Bu uygulama ile tıp fakültelerindeki eğitim içeriğinin %60-65 aynı içerikte ve düzeyde olması benimsenmiş, geriye kalan %30-35'lik kısmının içeriğinin ilgili fakültenin öğretim üyesi kapasitesine göre hazırlanması ön görülmüştür. Eğitime gönül veren tıp fakültelerinde, uygulanan sistemden bağımsız olarak, eğitimin kalitesinin iyi olduğu ve bu iyiliğin sürekli gelişim ve denetleyici olmaktan geçtiği görülmektedir.

Uzmanlık statüsü, TUS sınavı sonrasında 4-6 yıllık bir eğitim ile elde edilmektedir. Uzmanlık eğitiminde son yıllarda çok olumlu gelişmeler olmaktadır. Derneklerin konuya sahip çıkması, TUK mevzuatının yayımlanması ve TUKMOS Komisyonlarınca eğitim mevzuatında yapılan standardizasyon çalışmaları ile nitelikli eğitimin temelleri atılmaya başlanmıştır. Son yıllarda, Tıp Sağlık Konseyi'nin, çeşitli parametreleri sorgulayarak yaptığı objektif değerlendirmeler sonrasında araştırma görevlisi yerleştirmelerinin daha isabetli olduğu söylenebilir. Ancak sağlık hizmetleri ve tıp eğitiminde, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yaklaşımı göz ardı edilerek tedavi edici yaklaşım ön plana çıkması endişe vericidir. Gelişmiş ülkelerde %50-%50 olarak önerilen pratisyen ve uzman hekim oranı ülkemizde bozulmaya başlamıştır.

Son sözler

Günümüzde DTEF evrensel standartları olan; temel tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve STE bölümlerinde, temel ve kalite geliştirme kriterlerinin sağlanması hedeflenmelidir. Bu kapsamda; misyon ve hedefler, eğitim sistemi, ölçme ve değerlendirilme şekli, eğitim kadrosunun organizasyonu ve akademik özerklik, eğitim ortamı ve kaynakların tanımlanması, eğitim programı ve organizasyonu, sürdürülebilirlik ve yenilenme konularındaki temel konular ile kalite standartları belirlenmelidir.

TSİDR-2008'in önsözünde, dönemin YÖK Başkanı Prof. Özcan ve Sağlık Bakanı Prof. Akdağ'ın beraber ifade ettikleri ve "Devletin en önemli görevlerinden biri toplumun sağlıklı bir ortamda yaşaması için gerekli donanımı ve nitelikli insan gücünü yetiştirmektir" şeklinde özetlenebilecek ifadeleri, bu konuda yapılması gerekenleri açık ve net bir şekilde ortaya

koymaktadır. Bu hizmetin verilmesinde etkin rolün, nitelikli tıp doktoru yetiştirmekten geçtiği ortadadır. Bu amaçla;

- 1) Evrensel standartları yakalamış, bilgiye ulaşabilen ve empati yapabilen tıp öğrencileri yetiştirmek hedeflenmeli,
- 2) Sayısal çokluktan ziyade nitelikli altyapı ve donanıma sahip eğitim kurumlarının kurulmasına özen gösterilmeli,
- 3) Eğitici öğrencileriyle aralarına bir önkoşul koymadan onların eğitimine odaklanmalı,
- 4) Fakültelerimiz asli işleriyle ilgili karar alma ve uygulama sürecinde bağımsız (özerk) ancak yaptıkları denetlenebilir ve sorgulanabilir kurumlar haline dönüştürülmeli,
- 5) Emegün karşılığının verildiği ve başarının teşvik edildiği bir uygulama şekli benimsenmeli,
- 6) Bologna Protokolü çerçevesinde kurulmuş olan YÖK akademik değerlendirme ve kalite geliştirme komisyonu (YÖDEK) daha aktif hale getirilmeli,
- 7) Kanun koyucular, yöneticiler ve kurullar; hazırlanan "eğitim yeterlik müfredatları" ile onların güvencesi olan "kalite standartları" ile uygulamadaki ve denetlemedeki rollerini yerine getirmelidirler.

YÖK Başkanımız Prof. Çetinsaya'nın, Afyonkarahisar (Mart 2013) Toplantısı sonrası, "Bugün 74 faal tıp fakültemiz var. Hedefimiz, niceliksel büyümenin niteliksel büyümeye dönüşmesi ve kaliteyle taçlandırılması sürecidir" şeklinde ifade ettiği gibi, kamuoyu ve taraflar artık elini taşın altına koymalı ve nitelikli hekimler yetiştirilmesi konusunda gerekli adımlar atılmalıdır.

Kaynaklar

Akdağ, R. Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Ankara, 2007.

Al U. Türkiye'nin Bilimsel Yayın Politikası. 2008. Doktora Tezi. 2013'de indirildi. www.bby.hacettepe.edu.tr/yayinlar/dosyalar/133.pdf (Erişim tarihi: 03.06.2013)

Bayındır Ü, Durah Hİ. Türkiye'de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması-Mevcut Durum Ve 2013 Vizyonu. Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı, 2008.

COGME. Third Report: Improving Access to Health Care Through Physician Workforce Reform: Directions for the 21st Century. Council on Graduate Medical Education. 1992.

Demirel-Yılmaz E. Tıp Eğitimi Sistemleri, Yöntemleri ve Tıp Fakültelerinin Sorumlulukları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006;23(1):1-3.

DSÖ. The World Health Report 2006: Working together for health. Geneva. 2006.

Doran F, Kiper N, Durak Hİ, Törün SE. Türkiye'de Pratisyen Hekim İnsan Gücü Planlaması Ve Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi: Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu. 2008.

Ergin A, Dikbaş E, Bozkurt Aİ ve ark. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Kariyer Seçimi

Ve Etkileyen Faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası 2011; 32. sayı, sayfa 8-17.

ESI. Essential Science Indicators, 2005: Quick reference card. 2013'de indirildi. <http://scientific.thomsonreuters.com/media/scpdf/esi-0805-q.pdf>. (Erişim tarihi: 03.06.2013)

Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. Carnegie Foundation for the Advancement of the Teaching. NewYork, 1910, s:1-363.

Godfrey R. Designing A Doctor, All Change? Lancet 1991;338:297-9.

Göçgeldi E, İstanbulluoğlu H, Koçak N, Ceylan S, Çetin M, Uçar M. Son Sınıf Tıp Öğrencileri Kendilerini Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışacak Yeterlikte Görüyor Mu? Tıp Eğitimi Dünyası 2011; 31. sayı, sayfa 29-37.

Gülpınar MA. Uzmanlık Eğitimi Dönemi Ve Çerçeve Eğitim Programı Geliştirme Rehberi. Tıp Eğitimi Dünyası 2011;30(2):29-59.

Günay D. Yükseköğretimin yeniden Yapılandırılması Ve Bu Çerçevede Ar-Ge Ve Teknoloji Üretimine Dair Düzenleme. Ankara, 2012.

Hill J, Rolfe IE, Pearson SA, Heathcote A. Do junior doctors feel they are prepared for hospital practice? A study of graduates from traditional and non-traditional medical schools. Medical Education 1998;32:19-24.

Kasapoğlu A. Tıp eğitimi; Uygulamalı ve Sosyolojik Bir Araştırma, AÜ Basımevi, Ankara, 1992.

Köksal S, Vehid S, Tunçkale A ve ark. The attitude of students of Cerrahpaşa School of Medicine on medical education and post graduated situation. Cerrahpaşa J Med. 1999;30(4):251-8.

Lee K, Whelan JS, Tannery NH, Kanter SL, Peters AS. 50 years of publication in the field of medical education. Med Teach. 2013;22.

Mandal H. Girişimci-Yenilikçi-Rekabetçi-Teknolojiye Dayalı Zihinsel Dönüşümde Üniversitelerin Rolü http://www.tubitak.gov.tr/sites/default/files/ytbik_hasan-mandal_sunum.pdf Sabancı Üniversitesi, TÜBİTAK, 2013. (Erişim tarihi: 03.06.2013)

MEDINE, WFME, AMSE. Dünya Tıp Eğitiminde Niteliğin Geliştirilmesi İçin Evrensel Standartlar. Danimarka. 2007.

ÖSYM 2012 Kontenjanlar Kılavuzu.

Özvanş Ş, Sayek İ. Tıp Eğitiminde Değişim. Hacettepe Tıp Dergisi, 2005;36:65-74.

Richards BF, Cemaga LD. A comparison between students in problem-based and traditional curricula at the same medical school: preparing for the NBME. Med Educ. 1993;27;130-6.

Sağlık Bakanlığı, YÖK ve DPT. Türkiye'de Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. 2008.

Sağlık Bakanlığı, YÖK ve DPT. Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu 2010.

Sayek İ, Kiper N ve ark. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2006. Ankara, Türk Tabipleri Birliği, 2006.

Solak M. Yükseköğretimde Sağlık Eğitimine Genel Bir Bakış. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2012, 25. sayı, sayfa: 18-19.

Terzi C, Saçaklıoğlu F ve ark. 2020 yılında Türkiye'de Tıp Eğitimi. 2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir? Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 2002:157-95.

TÜBİTAK. Vizyon 2023. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin durumu (Swot analiz). http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf (Erişim tarihi: 03.06.2013)

Tuncer M. Yükseköğretim kurumlarında Sağlık Eğitimi: Öğrenci Alımı, Eğitim, Mezuniyet. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2012; 25. sayı, sayfa: 14-17.

TTB. "Tıp Fakültelerinde Mezuniyet Öncesi Eğitim Raporu-2010"

Tıp eğitiminin sorunlarına tıp fakültesi dekanlarının bakışı

Prof. Dr. Muhammet Güven



1966 yılında Konya'da doğdu. İlk, orta ve liseyi Konya'da tamamladı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989 yılında mezun oldu. İç Hastalıkları uzmanlığını Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1995). Aynı üniversitede 2000 yılında doçent, 2006'da profesör oldu. Başhekim yardımcısı, işletme müdürü ve başhekim olarak görev yaptı. 2010 yılından beri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapan Dr. Güven, aynı zamanda Tıp Dekanları Konseyi Yürütme Kurulu Dönem Başkanı'dır. Dr. Güven evlidir ve 5 çocuk babasıdır.

Prof. Dr. Hakan Poyrazoğlu



1967 yılında Tokat'ta doğdu. İlk, orta ve liseyi İstanbul'da tamamladı. 1989 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993 yılında araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 2005 yılında doçent, 2010 yılında profesör oldu. Halen Başhekim Yardımcısı ve Dekan Yardımcısı olarak görev yapan Dr. Poyrazoğlu, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Tıp Dekanları Konseyi (Tıp-DEK) ilk defa 2007 yılında bir araya gelmiş gönüllü bir oluşumdur. Zaman zaman dönemin tıp fakültesi dekanlarını bir araya getirerek tıp eğitimi ile ilgili konuları tartışmakta, bu konuda çalıştaylar düzenleyerek hazırladıkları raporları ilgili makamlara (YÖK, Sağlık Bakanlığı vb.) sunmaktadır. TıpDEK'in, ilkinin 2011 yılında Ankara'da ikincisini 2012 yılında Kayseri'de gerçekleştirdiği iki çalıştayda tıp fakültelerinin sorunları tartışılmış ve çözüm önerileri geliştirilmiştir. Bu çalıştaylarda ana başlıklardan birisi de "tıp eğitiminde sorunlar"dır. Sorunlar, farklı başlıklar altında detaylı olarak tartışılmış ve çözüm önerileri sunulmuştur. Bu yazıda iki çalıştayda tartışılan tıp eğitimi sorunları ve çözüm önerileri özetlenmiştir. Tıp eğitimi sorunlarını 3 dönemde incelemek mümkündür: Tıp fakültesi öncesi dönem, tıp fakültesi dönemi, mezuniyet sonrası dönem.

Tıp fakültesi öncesi dönem

Hazır olmayan öğrenciler sorunu: Gerçekte sorunlar, tıp fakültesi öncesinde başlamaktadır. İlk-orta öğretim döneminin yapılması, sınav sistemi ve dershanelerin etkisiyle ezberci, ilişkileri

zayıf, sorma, tartışma, üretme ve iş birliği yapma, fikir ve bilim adamlığı konusunda yeterli alt yapıdan yoksun bir gençlik yetiştirilmektedir. Bu gençler, çoğunlukla bilinçsizce ve aile ya da çevrenin etkisiyle tıp fakültelerini seçmekte, yoğun eğitim sürecinde bocalamakta ve meslekten soğumaktadır. Zamanla *tıp eğitimine karşı isteksizlik oluşmakta* ve bu durum hekimlik yaşamı boyunca devam edebilmektedir.

Önerimiz, ortaöğretim döneminde yeterli biyolojik bilimler, ilk yardım, hijyen, toplum sağlığı, hastalıklardan korunma ve temel uygulamaları yapabilme eğitiminin verilmesi ve beraberinde akılcı, ciddi bir yönelim ile daha hazır ve istekli olarak gelmeleri sağlanmalıdır. Benzer şekilde yabancı dil eğitiminin de bu dönemde tamamlanmış olması gerekir.

Tıp fakültesi dönemi

Genel bakış

Alt yapı yetersizliği sorunu: Tıp eğitimi, pahalı ve ciddi bir eğitimidir. Bugün eğitici ve dersliğin varlığı eğitim için yeterli görülmesi çok acıdır. En önemli problemlerden biri alt yapı yetersizliğidir (Fiziksel, teknolojik donanım vb.).

Önerimiz, gerekli alt yapı olanaklarının sağlanması, ön koşul olmalıdır. Bunun için genel bütçeden yeterli pay ayrılmalı ve projelerden (TÜBİTAK, DPT, BAP) teknolojik donanım sağlanması yoluna gidilmelidir. Yeni kurulan fakülteler yerleşik fakültelerden destek alabilir. Ayrıca genel bütçeden eğitim için öğrenci başına hesaplanacak ve eğitim yükünü döner sermayeler üzerinden kaldıracak bir payın aktarılması gerekir.

Bir tıp fakültesinin asgari standart ve koşulları belirlenmeli ve yeni açılacak ya da mevcut tıp fakültelerinin bunları taşıması sağlanmalıdır. YÖK, bu koşulları belirlemek zorundadır. Tıp fakülteleri ziyaret edilerek, olanakların koşullara uygunluğu saptanmalı ve uymayanların durumları düzeltilene kadar eğitime ara vermeleri sağlanmalıdır.

Öğrencileri başka üniversitede öğrenim gören fakültelerin öğrenci yetiştirebilir duruma gelmesi konusu öncelikle ele alınmalı, mevcut fakültelerin gelişmesi tamamlanmadan yeni fakülte açılmamalıdır. Öğrenci sayısı için öğretim üyesi sayısı / alt yapı / eğitim programının yoğunluğu dikkate alınmalıdır.

Mezunların başarısının değerlendirilmesi ve bunun eğitim kurumuna da bir bedel olarak yansıtılması sağlanmalıdır.

Tıp eğitimi anabilim dalları yaygınlaştırılmalı, kadrolarında eğitim bilimcilerle tıbbi bilişim uzmanlarına da yer verilmelidir. Bu anabilim dalları daha profesyonel bir yapıya kavuşturulup kendi disiplininde akademisyenler yetiştirecek alt yapıya sahip olmalıdır.

Tıp eğitimi, oldukça yoğun ve uzun bir dönemdir. Bu dönemde öğrencilere akademik ve sosyal destek için rehber öğretim üyeliği uygulaması mutlaka yaygınlaştırılmalı ve işletilmelidir.

Öğrencileri araştırmaya yönlendirmedeki eksiklik sorunu:

Önerimiz, öğrencilerin araştırmalara katılmaları teşvik edilmeli, onlar için gerekli alt yapı imkânları hazırlanmalı ve bütçe imkânlarından yararlandırımları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Gereğinden fazla bilgi sorunu: Günümüzde bilgi ve bilgiye ulaşım oldukça artmış olup öğrenciler bu yük altında ezilmektedir. Dersler çok detaylı ve farklı kaynaklardan anlatılmakta, öğrenci bilimsel kaynaklar yerine fotokopilerle çoğaltılmış notlardan çalışmaktadır.

Önerimiz, müfredata uygun ve güncellenen öğrenci kitapları hazırlanmalı, ders notu ve diğer eğitim materyallerini hazırlamak ve yazmak teşvik edilmelidir. Öğretim üyelerinin kabul görmüş kaynaklardan yararlanmaları ve bu kaynakları öğrencilerle paylaşmaları da, öğrencilerin okuma ve yenilikleri takip etme alışkanlıklarını geliştirecektir.

Temel tıp eğitimi

Temel tıp eğitimi programı sorunu: Genel kanaat, programın asgari düzeyde bir öğrencinin bilmesi gerekenden fazla bir içerikle sunulduğudur. Teorik ders yükü ve öğrencilerin temel tıp bilgilerini mesleki hayatları ile bağdaştıramamaları motivasyon eksikliğine yol açmaktadır.

Önerimiz, temel tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı (ÇEP) ile birlikte gözden geçirilmeli ve güncelleştirilmelidir. Dersler öğrencinin sonraki dönemlerde nasıl kullanacağını örneklenilerek anlatılmalıdır. Temel bilimler çağdaş eğitim araçları ve yöntemleri (animasyonlar vd.) kullanılarak çekici hale getirilmeli ve klinik bilimlerle bütünleştirilmelidir. Acil nöbetleri, hasta ziyaretleri gibi kliniğe hazırlayan eğitimlere bu dönemde başlanmalıdır. Kliniğe giriş dersleri klinikte işlenmelidir. Anamnez alma ve standardize edilmiş hastalar üzerinde uygulaması, maketler üzerinde becerilerin geliştirilmesi sağlanmalıdır. Tıp fakültesi mezunu olmayan öğretim üyeleri, tercihen doktora döneminde temel ve klinik tıp bilimlerinde uyum



eğitimi almış olmalıdır. Bu uyum eğitimi alamadan öğretim üyesi olanlara verilecek eğitimcilerin eğitimi ile bu boşluk doldurulmalıdır. Benzer şekilde tıp fakültesi mezunu olanların eğitimcilik kurslarına devam etmeleri sağlanmalıdır.

Öğretim elemanı eksikliği sorunu: Çoğu fakültede öğretim elemanı açığı vardır. Bunun hem bürokratik, hem mevzuatla ilgili, hem de ekonomik sebepleri olabilir.

Önerimiz, bu açığın kapatılabilmesi için yeni fakültelere "mecburi hizmet kuraları" konmalı, kardeş fakültelerden görevlendirme cazip hale getirilmeli (ders ücretlerinin artırılması), bazı anabilim dallarında (biyofizik, tıp eğitimi, biyoistatistik, tıp tarihi) öğretim üyesi yetiştirilmeli, tıp kökenli öğretim üyesi sayısı artırılmalı, temininde güçlük çekilen alanlarda mecburi hizmet uygulanmamalı, temel tıp bilimlerine daha fazla kadro verilmelidir. Doktora kadrolu olarak yapılabilmesi ve bazı temel tıp branşlarında doktora kadrosu için istenen koşullar kolaylaştırılmalıdır. TUS

Tıp eğitimi ve tıp fakültesi sorunlarının giderilmesi ve iyi bir eğitim için tüm taraflar, başta siyasi otorite, ilgili bakanlıklar, YÖK, üniversite ve fakülteler ile öğretim üyeleri ve öğrenciler üzerine düşen görevleri eksiksiz yerine getirmelidir. Çeşitli toplantı ve çalıştaylar ile ortaya konan ve ilgili makamlara defaatle iletilen bu sorun ve öneriler için tüm tarafların birbirini dinlemesi ve anlamasına ihtiyaç vardır.



ile gelenlerin ayrılması için gerekli önlemler alınmalı, ÖYP kontenjanlarında tıp fakültesi mezunlarına öncelik verilmeli, doktora için ALES yerine TUS temel alınmalıdır. Öğretim üyelerinin özlük hakları da iyileştirilmelidir.

Klinik tıp eğitimi

Öğrenci fazlalığı ve alt yapı yetersizliği sorunu: Tıp eğitimi sadece sınıf ortamında teorik ders anlatılan bir eğitim değildir. Laboratuvar ve klinik stajlar eğitimin önemli bir parçasıdır. Klinik eğitimde fiziki alt yapı ve öğrenci sayısının buna uygun olması gereklidir. Çoğu fakültede öğrenci sayısı çok fazla olup, stajlardaki eğitimi olumsuz etkilemektedir. Sayı kadar önemli bir diğer faktör de eğitimin gerçekleştiği mekânın alt yapı olanaklarıdır.

Önerimiz, “öğrenci kontenjanları” belirlenirken sadece doktor gereksinimi göz önüne alınmamalı, öğretim üyesi ve alt yapı olanakları da dikkate alınarak, bu sayı dekanlıklarca belirlenmelidir.

Klinik eğitimde kalite gün geçtikçe düşmektedir. Bu nedenle alt yapı düzeltilmeli, staj eğitimi için yeterli hastane olanakları oluşturulmalı, hasta başı eğitimin sağlanabileceği olanakların varlığı sorgulanmalı ve denetlenmelidir. Hasta başı eğitimde intörn, asistan, uzman ve öğretim üyesi belli bir program dâhilinde görev almalıdır. Hastanın yetersiz olduğu klinikler, Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle iş birliği yapılmalıdır.

Hizmet-eğitim-araştırma dengesinin bozulması sorunu: Klinik eğitimi etkileyen en önemli faktörlerden birisidir.

Unutulmamalıdır ki; devletler sağlık, güvenlik ve eğitim sistemleri üzerine kurulur. Sağlıklı bir devlet ancak sağlıklı ve iyi işleyen bir sağlık sistemi, mutlu ve iyi yetişmiş sağlıkçılarla mümkündür. Sayısal eksiklikler kaliteden ödün verilerek çözülmemelidir.

Önerimiz, klinikte öğretim üyelerinin hizmet/performans hedefi ile eğitim/araştırma sorumluluğu arasında bir denge kurabilmesi için özendirici önlemler alınmalıdır. Öğretim üyelerinin araştırmacı, eğitimci ve hizmet sunan olarak sınıflandırılması, radikal bir değişiklik olmakla birlikte üzerinde düşünülmesi gereken bir noktadır.

İntörnlük dönemi

Fakülteler arasında standardizasyonun olmaması sorunu: Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin “intörnlük=aile hekimliği dönemi”, ilk 5 yılda verilen eğitimin pratiğe yansıtılması ve beceri kazanılması gereken bir dönemdir. Tanımlamaya bakıldığında çok açık gibi görülen bu dönemde, programın ayrıntıları netleşmediğinden, her fakültede birbirinden farklı uygulamalar yapılmakta, bu yüzden standardizasyonun en az olduğu dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Öğrencilerin eğitiminin halen devam ettiği unutulurken, kendilerine tam bir yetki ve sorumluluk verilmeden, hizmet açığının kapatılması için kullanılmaktadır. Bu durumda öğrenciler eğitimlerinin son yılında ne gerçek bir öğrenci gibi eğitim alabilmekte, ne de gerçek bir doktor gibi sorumluluk üstlenebilmekte ve değer görmektedirler. Mezuniyetin hemen ardından girilebilen Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) bu kargaşayı daha da büyötmektedir. *Öğrenciler bir yandan hizmet ayağında kullanılma ve bir yandan da sınav kaygısı ile büyük bir açmazda girmektedirler. Sonuçta ilk 5 yılda öğretilenlerin üstüne neredeyse hiçbir şey katılamamaktadır. Eğitim programlarındaki eksiklik ve fakültelere göre değişen ve genelde eğitim adına çok yetersiz kalan uygulamalar, yönetsel ve maddi anlamda destek eksikliği bu dönemin tıp eğitiminin içindeki yeri ve gerekliliğini ciddi bir şekilde incelenme ve tartışma boyutuna getirmiştir.*

Önerimiz, intörnlük dönemi iyi bir şekilde tanımlanmalı ve özellikle öğrencinin

kazanması gereken temel becerilerin ne olduğu ÇEP’nde güncellenerek netleştirilmeli ve ayrıştırılmalıdır. Bu dönemdeki ölçme-değerlendirme sistemleri net değildir. Eğitim programlarında hekim adaylarının “aile hekimliği” sistemine uyum sağlayabilecekleri düzenlemeler yapılmalıdır. İntörnler akademik faaliyetlerin içerisine dâhil edilmeli, yardımcı personel eksikliğini kapatan bir araç olmaktan çıkartılmalıdır. Bu dönemin mezuniyet sonrası mecburi hizmetin veya asistanlığın ilk yılına kaydırılması, bu hekim adaylarının eğitim gördükleri hastanelerde veya gittikleri sağlık kuruluşlarında ya da uzmanlık eğitimine başladıkları hastanelerde gerçek bir sağlık personeli olarak çalışmaları, bu dönemin olumsuz etkileyen TUS sorununu da çözebilecek farklı bir yaklaşım olabilir.

Uzmanlık öğrenciliği dönemi

Uzmanlık eğitiminde sahiplik sorunu: Günümüzde bu konuda çok başlılık mevcut olup “Sağlık Bakanlığı” ağırlıklı bir planlanma ve düzenleme yapılmaktadır. Oysa tıpta uzmanlık eğitimi bir lisansüstü eğitim olarak kabul edilmekte ve YÖK’ün sorumluluğuna verilmektedir. Bu durum tıpta uzmanlık eğitimin planlanması ve yapılmasında karmaşaya ve zaman zaman sorunlara yol açmaktadır.

Önerimiz, tıpta uzmanlık eğitimi tıp eğitiminin bir parçası olup YÖK sorumlu olmalıdır. Bu konuda gerekli düzenleme yapılmalı ve tümüyle YÖK’ün planlama, denetim ve sorumluluğuna bırakılmalıdır.

Eğitimde standartların olmayışı sorunu: Halen uzmanlık dalları için yapılandırılmış bir eğitim programı mevcut değildir.

Önerimiz, tıpta uzmanlık eğitimi standart hale getirilmelidir. Tüm ülke genelinde her uzmanlık dalı için asgari bilgi, beceri ve tutumların belirlenmesi gerekir. Uzmanlık eğitiminde Üniversite/Eğitim Hastanesi, Üniversite/Üniversite farklılığı giderilmelidir. Bu konuda Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Komisyon’larının çalışması değerli ve takdire şayandır. Ancak bunu Sağlık Bakanlığı’nın değil YÖK’nun yapması gerektirdi.

Uzmanlık eğitiminin denetlenmesi sorunu: Birimlerde verilen uzmanlık eğitimi sorumluların insiyatifinde yürümektedir.

Önerimiz, her birim kendi iç denetimini yapabilmeli ve dış denetim mekanizmaları da işlevsel hale getirilmelidir. Dekanlık ya da uzmanlık dernekleri uygulamayı kontrol etmelidir. Standartlara uymayan eğitim merkezlerinin asistan alımı ve eğitimi mutlaka kesilmelidir. Tıpta uzmanlık eğitim standartlarına sahip olmayan hiç bir kliniğe eğitim hakkı verilmemelidir.

Asistanın görev tanımları yapılarak sorumluluk çerçevesi net olarak belirlenmelidir. Bu dönemin öğrencilik olduğu unutulmamalı, hizmet sunumundan ziyade, öğrenci kimliğinin ön plana çıkarılması sağlanmalıdır. Bu nedenle asistanların çalışma saatleri iyileştirilmeli, denetlenmeli ve yasa ile güvenceye alınmalıdır. Haftalık çalışma süreleri 80 saat ile sınırlandırılmalı ve izin hakları mutlaka kullanılmalıdır. Bu çalışma saatlerine sadece hizmet sunumu değil; araştırma ve eğitim faaliyetleri de dâhil edilmelidir.

Uzmanlık öğrencisi kontenjanlarının düşmesi sorunu: Son yıllarda yeterince uzman sayısı olduğu gerekçesi ile birçok alanda kadrolar kısıtlanmıştır.

Önerimiz, anabilim dallarına yeterli sayıda uzmanlık öğrencisi sağlanmalıdır. Bu durum sadece hizmet için değil, uzmanlık eğitimi alan kişilerin doğru eğitim alabilmeleri için de gereklidir. Asistan hekimlere düzenli kitap ve bilimsel yayınlara erişim desteği (dergi üyeliği, online üyelikler), ulusal ve uluslararası toplantılara (kongre, kurs vb.) katılım için destek ve gerekli izinler verilmelidir. Asistanların yapacakları bilimsel projeler desteklenmeli, çalışma ödenekleri ayrılmalıdır.

Kurumsal asistan temsiliyeti sağlanmalıdır. Asistan hekim sayısına göre sürdürülebilir bir hafıza oluşturacak kurumsal yapıya sahip bir asistan hekim komisyonu, temsilciliği, birliği vb. oluşturulabilir. Bu yapı asistanların yerel, bölgesel, ulusal düzeyde etkileşimini artıracaktır.

Çekirdek eğitim programı

Tıp eğitiminin tüm tıp fakültelerinde belirli bir standardın üstünde olması ve farklı fakültelerden mezun olan hekimlerin benzer standartlara sahip olmaları için ÇEP oluşturulmuştur. Üzerinden 10 yıl geçen ÇEP yeniden gözden geçirilmeli ve güncelleştirilmelidir. TıpDEK bu çalışmalara başlamıştır. Daha sonra paydaşlarla istişare edilecek ve son hali verilecektir.

Eğiticilerin eğitimi

Eğiticilerin eğitim eksikliği sorunu: Öğretim üyelerinin çoğunluğu mezun olduğu fakültede eğiticilik konusunda hiçbir formal eğitim ve öğretim almamış kişilerdir. Eğiticiliği tecrübe ile öğrenmektedir. Oysa bu konuda bir eğitim-öğretim sürecinden geçmek, eğitimle ilgili birtakım basamakları aşarak yetkinlik kazanmak gerekir.

Önerimiz, eğiticilerin eğitimi kursları ile

bilgilerinin düzenli olarak güncelleştirilmesi sağlanmalı, ölçme ve değerlendirme konusu ayrıntılı şekilde anlatılmalıdır. Bu eğitimden geçmeyenler öğretim üyeliğine atanmamalı, atanmış olanlara ders anlatma yetkisi verilmemeli, yeni atanacak öğretim üyeleri için bu kursları başarı ile geçmiş olma şartı konulmalıdır. Farklı tıp fakülteleri eğiticilerin eğitimi konusunda ve kursların düzenlenmesi açısından işbirliği yapabilir. Bu konuda alt yapısı hazır ve gelişimini tamamlamış fakülteler diğer yeni kurulan fakültelere katkıda bulunabilir.

Mezuniyet sonrası dönem

Mezuniyet sonrasında tıp eğitiminin sürdürülmemesi, kendini yenilememe sorunu:

Önerimiz, tıp eğitimi bir süreçtir ve hayat boyu devam eder. Mezuniyet öncesinde ve sonrasında tıp öğrencilerine kendi ihtiyaçlarını belirleme, bunlara öncelik verme yetisi kazandırılmalıdır. Uzmanlık sonrasında da sürekli eğitim faaliyetine katılımının desteklenmesi, teşvik edilmesi ve bu olanakların artırılması bir gerekliliktir. Bu anlamda sürekli tıp eğitimi standartları geliştirilmelidir. Fakültelerde sürekli tıp eğitimi komisyonları kurulmalıdır. Uzmanlık alanlarında “yeterlik” sistemi oturtulmalıdır. Uzmanlık derneklerinin çalışmaları desteklenmelidir. “Yeterlik” belgelendirme işleminin bağımsız sivil kuruluşlar (Yeterlik Kurulları) tarafından organize edilmesi gerekir. “Yeniden belgelendirme” kavramının yerleşmesi sağlanarak, mezuniyet sonrası eğitim zorunluluk haline getirilmelidir.

Sonuç

Tıp eğitimi ve tıp fakültesi sorunlarının giderilmesi ve iyi bir eğitim için tüm taraflar, başta siyasi otorite, ilgili bakanlıklar, YÖK, üniversite ve fakülteler ile öğretim üyeleri ve öğrenciler üzerine düşen görevleri eksiksiz yerine getirmelidir. Çeşitli toplantı ve çalıştaylar ile ortaya konan ve ilgili makamlara defaatle iletilen bu sorun ve öneriler için tüm tarafların birbirini dinlemesi ve anlamasına ihtiyaç vardır. Unutulmamalıdır ki; devletler sağlık, güvenlik ve eğitim sistemleri üzerine kurulur. Sağlıklı bir devlet ancak sağlıklı ve iyi işleyen bir sağlık sistemi, mutlu ve iyi yetişmiş sağlıkçılarla mümkündür. Sayısal eksiklikler kaliteden ödün verilerek çözülmemelidir.

Kaynaklar

http://www.tipdek.org/pdf/dekanc_rapor.pdf (Erişim tarihi: 15.05.2013)

http://www.tipdek.org/pdf/dekanc_rapor_2.pdf (Erişim tarihi: 15.05.2013)

Tıpta uzmanlık eğitimi: Mevcut durum ve gelecekte bizi neler bekliyor?

Prof. Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu



1960 yılında Ankara'da doğdu. Kurtuluş İlkokulu'ndan sonra, Bahçelievler Deneme Lisesi'ni (1977) bitirdi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olarak (1983) meslek hayatına başladı. Devlet hizmet yükümlülüğünü tamamladıktan sonra aynı fakültede Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı (1990) oldu. Akademik hayatına Selçuk Üniversitesi'nde başladı. 1995'de doçent, 2001'de profesör oldu. Selçuklu Tıp Fakültesi'nin kurucu dekanlığını yaptı. 3 yılı aşkın süreyle Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürü olarak görev yaptı. Halen Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi olan Dr. Kapıcıoğlu, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Tıpta uzmanlık, 2547 Sayılı Kanunun 3. Maddesinde bir yükseköğretim olarak tanımlanmış olup Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversitelerin tıp fakülteleri tarafından yürütülen bir sağlık eğitimidir. Tıpta uzmanlık eğitiminin dayanağı olan yürürlükteki mevzuatlar

aşağıdaki tabloda belirtilmiştir. 2009 yılında yayımlanan ve 2011'de bazı maddelerinde değişiklik yapılan "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği" ise uzmanlık eğitimiyle ilgili esasları düzenleyen temel mevzuattır.

Bu mevzuatlara dayanan tıpta uzmanlık eğitimi; 60'ı devlet, 16'sı vakıf olmak üzere 76 üniversite ile 62 eğitim ve

araştırma hastanesinde yürütülmektedir. Tıpta uzmanlık eğitimi verilen 60 üniversiteden 15'inde üniversiteye ait bir hastane olmadığı için Sağlık Bakanlığı'na bağlı 9 devlet hastanesi ve 6 eğitim ve araştırma hastanesi ile afiliasyon yapılmıştır.

Devlet tıp fakülteleri 51 ilde hizmet verirken vakıflara ait tıp fakülteleri 4 ilde bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı



Tablo: Tıpta uzmanlık eğitiminin dayanağı olan yürürlükteki mevzuatlar

663	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı K.H.K 02.Kasım.2011
3359	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 15.Mayıs.1987
1219	1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun - 11.Nisan.1928
YDUS	Yandal Uzmanlık Sınavı Giriş Yönetmeliği - 02.Şubat.2011
TUEY	Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği - 18.Temmuz.2009
YTKİY	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği - 13.1.1983
181	Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında KHK - 13/12/1983
2547	Yükseköğretim Kanunu - 04.11.1981

eğitim ve araştırma hastaneleri ise 18 ilde bulunmaktadır.

2013 yılı itibarıyla yaklaşık 70 bin uzman hekim ülke tarihinde hizmet vermektedir. Bunlardan % 48'i Sağlık Bakanlığı, % 20'si üniversite bünyesinde ve % 32'si de özel hastanelerde çalışmaktadırlar. Üniversite bünyesindeki uzmanların büyük çoğunluğu (yaklaşık 10 bin) akademik ünvanlıdır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan eğitici vasfına haiz yaklaşık 1.500 uzmanın da yaridan fazlası akademik unvana sahiptir. Uzmanlık dallarının sayısına gelince; 96 uzmanlık dalından 53'ü ana dal (ki bunlardan 8 tanesi diş hekimliğine aittir), 43'ü ise yan daldır. Böylece Türkiye'de tıpta uzmanlıkla ilgili olarak rakamlarla kısa bir ufuk turu yaptık. Şimdi uzmanlık konusunda yaşananlara ve bizleri nelerin beklediğine bakmaya çalışalım.

Eğitimin verildiği mekân: Hastane mi, tıp fakültesi mi?

Öncelikle bir tespit yapmamız gerekiyor: Tıpta uzmanlık eğitimi, teorik eğitimin yanı sıra özellikle uygulamaya dayalı beceri eğitimlerini ihtiva eden bir eğitim şekli olduğu için hastane bünyesinde sürdürülmesi zorunludur. Nitekim ülkemizde de durum böyledir. Hem üniversitelere hem de Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde esas olarak ortak bir mevzuat olan *Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği* çerçevesinde uzmanlık eğitimleri yürütülmektedir. Ancak bu hastanelerin işletilmeleri ile ilgili tabi oldukları mevzuatlar farklı olduğu için sorunlar yaşanabilmektedir. Üniversitelere ait hastaneler Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) mevzuatında "Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi" olarak yer almaktadır. Hâlbuki sağlık hizmeti ile birlikte eğitim hizmetlerinin de verildiği hastanelerde işletme ve uygulama mevzuatlarının ortak olması gereklidir. Çünkü bu kurumlarda sadece uzmanlar değil pek çok sağlık profesyoneli uygulamalı eğitimler almaktadır.

Tıp fakültesi kavramı ile hastane kavramı birbirine karıştırılmamalıdır. İkisi ayrı kurumsal yapılar olup tabi oldukları kurallar da farklı olmalıdır. Hastaneler birer işletmedir ve temel görevleri sağlık hizmet sunumu olup kapasitelerine göre eğitim faaliyeti, bu görevin üzerine yüklenmektedir. Hastanelerin temel insan gücü, bu sebeple uzmanlardan oluşmalıdır. Eğitici kadrolar ve eğitim alacak asistanlar bu kapasiteye eklenerek güç ve çeşitlilik katacak, aynı zamanda sağlık alanında gelişmenin önü açılacaktır. Yukarıda zikredilen rakamlardan da görüleceği üzere Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde hatırı sayılır yoğunlukta uzman hekim çalışırken üniversite hastanelerinde çalışan uzman hekim yok denecek kadar azdır. Bu konuda kapsamlı bir yeniden yapılanmaya ihtiyaç olduğu ortadadır. Sağlık Düşüncesi (SD) Dergisinin 20. ve 25. sayısındaki yazılarımda eğitim hastaneleri ve uzmanlık eğitiminin kimler tarafından verilmesi konuları ile ilgili daha ayrıntılı görüş ve önerilerim yer almıştır.

Tıpta uzmanlık öğrencisi: Asistan mıdır, araştırma görevlisi mi?

Her bakımdan güçlü bir ülke olma yolunda ilerleyen ülkemizde hala ciddi sayıda hekim açığı bulunmaktadır. Çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi gibi az sayıda uzmanlık dalı hariç uzman hekim açığımız da oldukça fazladır. 2023 yılında 118 bin uzman hekimimiz olması gerektiği planlanmaktadır. Buna göre kurumlarımızda tıpta uzmanlık öğrencisi kontenjanlarını arttırmamız gerekecektir. Ancak bu kontenjan artırımını henüz mümkün görülmemektedir. Çünkü kontenjanlar tıp fakültelerinden mezun olan hekim sayısına göre belirlenmektedir. Halen tıp fakültelerinden mezun olan hekim sayısı yıllık 5 bin civarında olup bu sayının tamamı için yılda iki defa kontenjan açılmaktadır. Uzmanlık öğrencisi kontenjanları mezun sayısının artışına bağlı olarak her geçen yıl artacaktır. Ancak bu artış, uzman sayısı yeterli olan bazı dallar için aynı oranda olmayacaktır.

Uzmanlık eğitimi veren bütün hastanelerin ortak kurallara tabi olması ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğiticilerin (ki çoğu akademik unvana sahiptir) üniversite kadroları ile ilişkilendirilmesi ile bu yapılabilir. Böylece hem eğiticilerin özlük hakları düzeltilmiş hem de adaletsiz uygulamalara mahal verilmemiş olur. Bu durum gerçekleştiğinde üniversitelerin de asıl işleri olan eğitim ve araştırmaya daha çok yoğunlaşması mümkün olacaktır.

Her tıpta uzmanlık sınavı (TUS) döneminde, üniversite hastaneleri başta olmak üzere eğitim kurumlarımızdan çok sayıda asistan ihtiyacı talepleri gelmektedir. Bunun en önemli sebebi, ciddi iş yükü ile karşı karşıya bulunan hastanelerimizde sağlık hizmet sunumu ihtiyacını karşılayabilecek yeteri kadar uzman bulunmamasıdır. Bu açık, üniversite hastanelerinde daha bariz olup uzmanlık öğrencisi ile karşılanmaya çalışılmaktadır. Uzmanlık öğrencilerinin hekim olması sebebiyle hastanelerde sağlık hizmet sunumunda görev almaları kaçınılmaz olmakla beraber o kurumda bulunmalarının esas gayesi uzmanlık eğitimi alma talebidir. Bu bakımdan eğitim kurumlarının ihtiyacı olan sağlık hizmet sunumu için gerekli uzman insan gücü ile eğitici sayılarının standartları belirlenmeli ve planlama ve atamalar, buna göre yapılmalıdır. Eğitim kurumlarındaki eğiticiler, aynı zamanda uzman olmaları sebebiyle meslek icrası ve sağlık hizmet sunumunda rol alacaklardır. Ancak yüksek kalitede bir uzmanlık eğitimi mutlaka uzman kadroları ile desteklenmelidir. Eğitim hastanelerinde bu kadroların başasistanlardan oluşturulması en ideal yapı olacaktır.

Uzmanlık öğrencileri Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde asistan kadrolarında bulunurken üniversite hastanelerinde araştırma görevlisi kadrolarında bulunmaktadır. Bu durum da uygulamada zorluk ve sıkıntılara



Uzmanlık eğitimleri de dâhil olmak üzere bütün lisans ve lisansüstü eğitimlerin üniversite tarafından üstlenilmesi, uygulamalı sağlık eğitimlerinin verilme mekânı olan bütün hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının ise ortak kurallar çerçevesinde çalıştırılmasının/işletilmesinin önemini vurgulamak isterim.

sıra uzmanlık eğitimlerinin olmazsa olmaz asgari standartları da belirleneceği için eğitim kurumlarının kendilerinin öz değerlendirmelerini yapmaları ve gerektiğinde denetlenmeleri objektif olacaktır.

Uzmanlık öğrencilerinin eğitimleri ile ilgili müfredat ve standartlar belli olunca, standartları karşılayamayan bazı kurumlarda uzmanlık eğitimi verilmesi mümkün olmayacaktır. Bu kurumlar asgari gereklilikleri karşıladıklarında, tekrar uzmanlık eğitimi için öğrenci alabileceklerdir. Bu durum da, eğitim kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır.

Eğiticiler: Öğretim üyesi midir, eğitim görevlisi mi?

Uzmanlık eğitiminin bir diğer ögesi, eğitici insan gücüdür. Eğiticilerin eğitim kurumlarında bulunmalarının sebebi uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinin sağlanması içindir. Ancak üniversitede “öğretim üyesi” eğitim ve araştırma hastanesinde “eğitim görevlisi” olarak adlandırılan eğiticiler, aynı zamanda birer uzman olarak meslek icrasında bulunarak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Eğiticilerin farklı isimlerde olması ve farklı mevzuatlara tabi olmaları, uygulamada farklılıklara ve bazı sorunlara yol açmaktadır. Farklı kurumlarda olmalarına rağmen uzmanlık eğitiminde rol alan ve aynı standart ve kalitede uzman hekim yetiştirmekle görevli ve aynı zamanda sorumlu kılınan eğiticilerin, özellikle özlük haklarının ve mesleki uygulama kurallarının farklı olması adalet duygusunu zedelemektedir. Bu durumun düzeltilmesi için cesur kararlar alınmasına ihtiyaç vardır. Uzmanlık eğitimi veren bütün hastanelerin ortak kurallara tabi olması ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğiticilerin (ki çoğu akademik unvana sahiptir)

sebeptir. Araştırma görevlileri uzmanlık sınavını geçip uzman olduktan sonra pek çok üniversitede kadroları ile ilişkileri kesilmektedir. Hâlbuki eğitim ve araştırma hastanelerinde uzman olan hekimler mecburi hizmet yerlerine gidinceye kadar bulundukları kurumda uzman olarak çalışabilmektedirler. Yine yabancı uyruklu uzmanlık öğrencilerine Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde aylık 500 TL ücret ödenirken üniversite hastanelerinde herhangi bir ödeme mümkün olmamaktadır. Çözüm; bütün kurumlarda uzmanlık öğrencilerinin asistan kadrolarında ve ortak kurallara tabi olarak çalışmalarıdır.

Uzmanlık öğrencileri uzmanlık eğitimine başlarken merkezi bir sınav olan TUS ile sıralanarak seçilmektedir. Aldıkları puanlara göre tercihlerini yaparak eğitim kurumlarına dağılmaktadırlar. Ancak uzmanlık eğitimlerini tamamladıktan sonra merkezi bir sınav yerine kurumlarda

belirlenen jüri üyeleri ile yapılan sınav sonucunda uzman unvanını kazanmaktadırlar. Bitirme sınavlarının merkezi olarak yapılması veya kademeli olarak sınav sisteminin getirilmesi tartışılmaktadır. Bu şekilde daha objektif sonuçlara ulaşılması mümkün olacaktır.

Uzmanlık eğitimlerinin müfredatlarına gelince... Bu konuda bugüne kadar çeşitli çalışmalar yapılmış ve özellikle dernekler bazı müfredatlar ortaya koymuşlardır. Ancak bunların standart bir şekilde uzmanlık eğitimi verilen bütün kurumlarda uygulanmaları henüz mümkün olmamıştır. Tıpta Uzmanlık Kurulu’na bağlı olarak çalışan TUKMOS müfredat komisyonları, 96 uzmanlık dalına ait çekirdek müfredatları hazırlayarak yayımlamışlardır. Böylece oldukça önemli bir çalışma gerçekleşmiş olup değerlendirmelerden sonra uygulanmaya başladığında uzmanlık eğitimine sıçrama yaptıracaktır. Çekirdek müfredatların yanı

üniversite kadroları ile ilişkilendirilmesi ile bu yapılabilir. Böylece hem eğitimcilerin özlük hakları düzeltilmiş hem de adaletsiz uygulamalara mahal verilmemiş olur. Bu durum gerçekleştiğinde üniversitelerin de asıl işleri olan eğitim ve araştırmaya daha çok yoğunlaşması mümkün olacaktır.

Üniversitelerde öğretim üyelerinin sözleşmeli olarak esnek çalışma modellerinin ortaya konmasıyla birlikte tıp fakültesinde ihtiyaca ve standart kadro unvanına göre öğretim üyesi istihdamı yapılması önemlidir. Tıp fakültesi ile hastanenin ayrı kurumsal yapılar olduğundan hareketle bir kısım öğretim üyesi sadece hastanede çalışarak sağlık hizmet sunumu ve sağlık eğitiminde rol alırken bir kısmı sadece araştırma projelerinde yer alabilecektir. Tabidir ki bunun uygulanabilmesi ancak mevzuat değişikliği ile mümkündür. Üzerinde tartışılmaya değer bir önemli bir konudur.

Uzmanlık eğitimiyle doğrudan bağlantılı olmamakla birlikte tıp fakültelerinin temel tıp dallarında görevli öğretim üyeleri için de ayrı bir düzenleme yapılarak özlük hakları ve ek ödemelerle ilgili kuralların yeniden ele alınması gereklidir. Temel tıp bilimleri sağlık eğitiminde çok önemli olup bu alanda görevli öğretim üyelerinin değişik kaynaklardan desteklenmesiyle hastaneler üzerindeki personel ek ödeme yükü hafifleyecektir.

Eğitim programı: Nazari mi (teorik), tatbiki (pratik) mi olmalı?

Uzmanlık eğitimi teorik mi yoksa pratik mi bir eğitimidir? Tabidir ki bu ikisinin birlikte yürütüldüğü bir eğitimidir. Ancak tabiatı gereği uygulama ve beceri eğitiminin dorukta olduğu bir eğitimidir. Bu durumu “eylem içinde eğitim” olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır.

Sağlıklı bir uzmanlık eğitimi için çekirdek eğitim müfredatının belli olması çok önemlidir. Yukarıda belirttiğim gibi 2013 yılı içinde çekirdek eğitim müfredatlarının tamamlanması Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun hedefleri arasındadır. Bu durum gerçekleştiğinde tıpta uzmanlık eğitiminde dünyada örnek bir ülke olmamız söz konusu olacaktır.

Uzmanlık eğitim programlarının belirlenmesi kadar, bunların uygulanması ve denetlenmesi de çok önemlidir. Belirlenen programların uygulan(a)maması, bütün malzemeleri hazır olan bir yemeği yap(a)mayıp aç dolaşmaya benzer. Bu programların kontrolü, denetlenmesi ve gerektiğinde güncellenmesi de Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun sorumluluğundadır. Bu iradenin güçlü tutulması ve sürdürülebilir olması büyük önem taşımaktadır.

Bir başka konu da uzmanlık eğitiminin takibidir. *Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği*’nin 25. Maddesinde belirtildiği gibi uzmanlık eğitimi takip sistemi sekiz bölümden oluşmaktadır. Bunlar, sırasıyla; çekirdek eğitim müfredatı, genişletilmiş eğitim müfredatı, uzmanlık eğitimi (asistan) karnesi, birim sorumlusu kanaati, tez çalışmasının takibi, uzmanlık öğrencisinin kanaati, uzmanlık eğitim süresi ve denetim formudur. Eğitim kurumları tarafından bunların bir kısmı uygulanırken bir kısmı uygulanmamaktadır. Hedef, elektronik ortamda bütün bu faaliyetlerin yer alması ve takip edilmesidir. Bunun en kısa zamanda gerçekleştirilmesi gereklidir.

Tez konusuna gelince... Tıpta uzmanlık eğitiminin bileşenlerinden birisi de tez hazırlanması, sunulması ve kabul edilmesidir. Tez hazırlama zorunluluğu, 1947 tüzüğü ile mevzuatımıza girmiş olup halen bu zorunluluk mevcuttur. 1947 tüzüğünün 11. maddesinde şöyle denmektedir: “Asistanlık süresini bitirenler, çalıştıkları kollara ait bir konu üzerinde bir tez hazırlarlar. Tezler, ilgililerin bu konuya dair mevcut eser ve kaynaklara yeteri kadar vukufı olduğunu ve kendi yaptıkları araştırma ve incelemeler ile ilmi bir sonuca vardıklarını gösteren bir eser olacak ve jüri heyetleri önünde takrir ve müdafaa edilecektir. Tercüme ve iktibas suretiyle hazırlanan eserler, tez olarak kabul olunmaz.” Görüldüğü gibi tez hazırlama konusu ciddi ve önemlidir. Günümüzde hazırlanan tezlerin ne kadar orijinal mahiyette olduğu tartışmalıdır. Bu sebeple son zamanlarda tez zorunluluğunun kaldırılması ve isteğe bağlı yapılması, doktora ile ilişkilendirilme gibi konular müzakere edilmektedir. Bu müzakerelerin sonucunda tezsiz uzmanlık eğitimi yapılanmasına geçilebilir ancak konunun bütün yönleriyle incelenmesi ve üniversite reformu çerçevesinde değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Yine uzmanlık eğitim programlarında yer alan farklı uzmanlık alanlarına ilişkin rotasyon eğitimlerinin de, etkili ve verimli bir şekilde uygulanmadığı görülmektedir. Kurumlara yapılan ziyaret ve görüşmelerde bazı rotasyonların yapılmadığı veya kâğıt üzerinde kaldığı görülmektedir. Uzmanlık eğitiminin bütünleyicisi olan rotasyonların özellikle çekirdek müfredatta da yer alması ve ciddiyetle takip edilmesi gereklidir. Zaman zaman rotasyonların süreleri ve uygulamasına ilişkin düzenlemeler güncellenebilir ancak uygulanmaması eğitimlerin eksik kalmasına yol açar.

Bu değerlendirmeler ışığında, tıpta uzmanlık eğitiminin bütün tıp ve sağlık eğitiminin bir parçası olduğu ve yapılacak düzenlemelerin birbirini etkileyeceği

unutulmamalıdır. Anayasa değişikliği ile birlikte yapılacak köklü bir üniversite reformuyla hedeflenen noktaya ulaşacak yollar açılacaktır. Uzmanlık eğitimleri de dâhil olmak üzere bütün lisans ve lisansüstü eğitimlerin üniversite tarafından üstlenilmesi, uygulamalı sağlık eğitimlerinin verilme mekânı olan bütün hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının ise ortak kurallar çerçevesinde çalıştırılmasının/işletilmesinin önemini vurgulamak isterim.

Kaynaklar

<http://www.sdplatform.com/Dergi/527/Egitim-ve-arastirma-hastanelerinin-bugunu-ve-gelecegi.aspx> (Erişim tarihi 11.06.2013).

<http://www.sdplatform.com/Dergi/664/Uzmanlik-egitimini-kim-vermeli.aspx> (Erişim tarihi 11.06.2013).

<http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/FaaliyetRaporu2012/faaliyet/index.html> (Erişim tarihi 11.06.2013).

<http://www.tuk.saglik.gov.tr/mevzuat.html> (Erişim tarihi 11.06.2013).

<http://www.tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/tuzukler/6680.pdf> (Erişim tarihi 11.06.2013).

<http://www.yok.gov.tr/web/guest/universitelerimiz> (Erişim tarihi 11.06.2013).

Stratejik Plan 2013-2017, T. C. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2012.

Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Haziran 2010.

Asistanların gözünden tıpta uzmanlık eğitimi

Dr. Ahmet Murt



1986 yılında İskenderun'da doğdu. 2010 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009 yılından bu yana Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinin yönetim kurulu üyesidir. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapan Dr. Murt aynı zamanda Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansına devam etmektedir.

Dr. Akif Enes Arıkan



2009 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Web tabanlı etkileşimli sistemler geliştirmeye özel ilgi duymaktadır. 2012 yılında kurulan Genç Hekim Platformu'nun kurucuları arasında yer almıştır. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine devam etmektedir.

Dr. Fehim Esen



İstanbul Atatürk Fen Lisesi'nden (2003) ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (2010). Max Planck Nörobiyoloji Enstitüsü'nde ve Harvard Tıp Fakültesi'nde bilimsel araştırma projelerinde görev aldı. 2009 yılında Eczacıbaşı Tıp Öğrencileri Bilimsel Araştırma Ödülünü kazandı. 2011 yılından beri Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda tıpta uzmanlık eğitimine devam etmektedir.

Her bir uzmanlık alanında eğitim programının uyması gereken asgari standartlar ile öğrenim hedefleri ve eğitim sürecinin farklı senelerine göre seviyelendirilmiş çekirdek eğitim müfredatı belirlenmiş olmalıdır. Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği ile bu sorumluluk Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)'na verilmiş durumdadır. Bir uzmanlık alanının çekirdek eğitim müfredatı, o alandaki akademisyenlerce oluşturulmuş bir kurul tarafından düzenli olarak güncellenmeli ve geliştirilmelidir ki Müfredat Oluşturma ve Standartları Geliştirme Sistemi (TUKMOS) bu amaca hizmet etmektedir. TUKMOS Komisyonlarında göze çarpan önemli bir eksiklik, asistanların bu komisyonlarda temsil edilmiyor oluşudur. Görüşümüz şu yöndedir ki, TUKMOS Komisyonlarında asistan temsiliyeti teşkil edilmelidir.

Tıpta Uzmanlık Kurulu, Yükseköğretim Kurulu ve ilgili uzmanlık dernekleri tarafından kurumlarda verilen eğitimin asgari standartlara ve çekirdek eğitim müfredatına uygunluğu denetlenmelidir. Bu değerlendirme sürecine uzmanlık öğrencilerinin de aktif katılımı sağlanmalıdır. Zaten uzmanlık eğitimi ile ilgilenen kalite kuruluşlarının (resmi kurumlar ve onlardan bağımsız olanlar) öncelikli odak noktalarından biri de asistan görüşleri olmak durumundadır.

Her kurum ve bölümde, birikimsel kültürün bir sonucu olarak saklı müfredat da denilen, yazılı olarak belirtilmemekle birlikte öğrencilerin farklı durumlara yaklaşımlarını şekillendiren kurallar bütünü bulunmaktadır. Doğrudan uzaklaşmamış saklı müfredatlar, öğrencilerin davranış biçimlerinin iyi birer profesyonel olarak gelişmesine yardımcı olurlar. Ancak bunun, öğrenci gelişimini olumsuz

yönde etkileyen örnekleri de mevcuttur. Eğiticiler ve program yöneticileri, saklı müfredat kavramının bilincinde olarak bu kurallar bütünü asistan gelişimini en azından olumsuz etkilememesini sağlamalıdır.

Eğiticilerin, tıpta eğitim/öğretim yöntemlerine ilişkin formasyon (eğiticilerin eğitimi kursu vs.) almış olmaları, daha verimli eğitim ortamlarının teşkil edilmesine aracılık edebilir. Eğiticiler, eğitim becerilerinin geliştirilmesine yönelik güncel programlara, düzenli aralıklarla dâhil edilmelidir. Bu programlar didaktik karakterde olmaktan ziyade, karşılıklı etkileşimin değerli örneklerini içeren bir yapıda olmalıdır. Didaktik yapıda olan eğiticilerin eğitimi programlarının eğiticilere çok fazla bir şey katmadığı düşünülmektedir.

Tıpta uzmanlık eğitiminin, eğitim sonu



yapılan tek bir sınav ile değerlendirilmesi, eğitim ölçme ve değerlendirme teorilerine uygun düşmemektedir. Uzmanlık eğitimi, eğitim süresince yapılandırılmış değerlendirmeye tabii tutulmalıdır. Bu değerlendirme esas olarak geliştirici (formatif) nitelikte olmalıdır. Bunun yanında, süreci bir sınavlar silsilesine dönüştürmeyecek şekilde bazı ciddi değerlendirmeler de yapılmalıdır. Kullanılacak yöntemlere verebileceğimiz birkaç örneğe bakalım olursak, şunları sıralayabiliriz: Küçük Klinik Sınavlar, OSCE (Objective Structured Clinical Examination), OSPE (Objective Structured Practical Examination), CORE (Clinical Objective Reasoning Examination), OSATS (Objective Structural Assessment of Clinical Technical Skills), DOPS (Direct Observation of Practical Skills), Logbook / Portfolio, 360 derece değerlendirme...

Asistan karnesi; asistanların süreç içerisinde kazanacakları bilgi, beceri ve tutumların, hem bizzat kendilerince hem de eğiticiler tarafından takip edilmesini sağlayabilecek etkili bir araçtır. Öte yandan, asistanların faaliyetlerinin kendileri tarafından belgelendirilerek oluşturacakları asistan portföyü değerlendirilerek eğitsel kazanımlara yönelik çıkarımlar yapılabilir.

Tıpta uzmanlık eğitiminin başarıyla tamamlandığına yönelik verilecek karar, yeterlilik sınavı benzeri bir yapılanma ile merkez değerlendirmeye bağlanabilir. Bu sınav; teorik bilgilerin yanında teknik becerileri, pratik uygulamaları, klinik yaklaşımı ve iletişim becerilerini de değerlendirebilecek bir yapıda olmalıdır. Senede en az 2 defa yapılması ve uzmanlık eğitiminin son senesinde yer alan her asistana bu sınava girme hakkının tanınması, oluşabilecek vakit kaybı çekincelerinin ortadan kalkmasına yardımcı olacaktır. Bu sınavın içeriğinin yapılandırılmasında ve ciddiyetle yönetilmesinde; TUK, YÖK ve ilgili uzmanlık dernekleri eş güdüm içerisinde hareket edebilmelidir. Önemli olan bir diğer husus, sınavın asistanlara maddi bir külfet getirmemesinin sağlanmasıdır.

Uzmanlık eğitimi veren kurumlarımızda asistanlar tarafından üstlenilmiş olan sağlık hizmeti sunumu yükü, eğitim süreçlerini engellemeyecek şekilde düzenlenmelidir. Sağlık hizmeti sunumu, asistan eğitiminin bir parçası olarak planlanmalı, eğitim sorumlularının asistanlara iş başında yapıcı geribildirim vermesi sağlanmalıdır. Tıbbi pratiğin kanıta dayalı uygulanması prensibi yol gösterici olmalı, eğitim sorumluları bu konuda asistanlara etkin danışmanlık sunabilmelidir.

Gerçekçi ve uygulanabilir çalışma saatleri, asistan hekimler için ülkemiz şartları özelinde belirlenmelidir. İdeal azami çalışma saati haftalık 56 saat olmakla birlikte bu üst sınır 80 saati kesinlikle aşmamalıdır. (Avrupa Birliği'nin çalışma süreleri ile ilgili son düzenlemesi haftalık en fazla 48 saat çalışılabileceğine işaret etmektedir.)



Öğretim üyeleri ve eğitim sorumluları, uzmanlık öğrencilerine bilgi ve beceri aktarımının yanında iyi birer rol-model olabilmelidir. İyi bir rol model; bunlarla sınırlı olmamak üzere, iletişime açık, öğrenmeye / öğretmeye meraklı ve değerleri olan, düşündüklerini öğrencisi ile uygun şekilde paylaşan, kendi kişisel ve profesyonel gelişimini sürekli devam ettiren, birlikte çalıştığı kişilere saygı gösteren öğretim üyesidir. Ülkemiz uzmanlık eğitiminin güçlü yanlarından belki de en öncelikli olanı; örnek alınabilecek çok sayıda hocalarımız olduğu gerçeğidir.

Uzmanlık öğrencilerinin fiziksel ortam ile ilgili öneri ve temennilerinin dikkate alınması, eğitimin daha verimli olmasını sağlayacaktır. Tıpta uzmanlık eğitimi veren kurum, eğitim alanlarının ihtiyaçlarını karşılayabilecek ortamı sağlamalı ve gerekli düzenlemeleri uzmanlık öğrencilerinden alınan geri bildirimler doğrultusunda yapmalıdır. Ayrıca yeterli işlevsel kapasiteye sahip yardımcı sağlık ve destek personeli sayısı ve dağılımı sağlanmalıdır. Tıpta uzmanlık eğitimi alanlara, hekimlik dışı (tıbbi sekreterlik, malzeme temini vb.) işler yüklenerek eğitimlerine ait zamanın verimsiz kullanılmasına sebebiyet verilmemelidir.

Uzmanlık eğitimi veren kurumlar, vaka çeşitliliğini ve sayısını sağlayabilecek lojistik kapasiteye sahip olmalı ve gerekli düzenlemelere yönelik adımlar yetkili kurumlarca atılmalıdır. Uzmanlık eğitiminin esas düzenleyicisi rolündeki Tıpta Uzmanlık Kurulu, son dönemdeki eğitimi öncelik olarak kabul eden anlayışını devam ettirmeli, uzmanlık eğitimi vermeye yeterli görmediği kurumlarla alakalı uygun yaptırımları uygulamalıdır. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun Yükseköğretim Kurulu ve uzmanlık dernekleri ile iletişim içerisinde olması, daha etkili eğitim programlarının oluşturulmasına aracılık edebilir.

Uzmanlık eğitimi veren kurumlardaki norm kadro (asistan, yan dal asistanı, uzman, akademisyen) planlaması, asistanların eğitimi ile ilgili ihtiyaçlarının iş yükü karşısında geri planda kalmasını

engelleyecek şekilde yapılmalıdır.

Asistanlar, tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili tüm kurumlarda ve kurullarda etkin ve aktif olarak temsil edilmelidir. Asistanlar arasında etkin ve aktif bir paylaşımı oluşturacak iletişim ve temsiliyet ağı oluşturulmalıdır ve bu oluşum (kurumsal ve ulusal) desteklenmelidir. Tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili her kademede (bölüm içi, kurumsal veya ulusal) karar alma süreçlerine asistanların katılımının ve temsiliyetinin sağlanması önemlidir. Asistanlar kendi eğitim süreçleri ile ilgili inisiyatif alabilmeli, kendi kurumlarına ve merkezi düzenleyicilere görüş iletebilmelidir. İletilen bu görüşler mutlaka değerlendirilmeli ve asistanlara planlamalarla ilgili şeffaf bilgiler sunulmalıdır.

Eğitim kurumlarımız kapsamında, birimlerde ve kurum genelinde gerek bireysel gerekse bütünsel asistan temsiliyetinin sağlanması önemli bir gereksinimdir. Birimler, eğitim programlanması ve geliştirilmesi süreçlerinin uygun bileşenlerine asistanları dâhil edebilmelidirler. Kurum genelindeki akademik ve yönetimle ilgili kurullarda asistan temsiliyeti geliştirilmeli, birim/bölüm temsilcileri ile genel temsilciler arasında iletişim kanalları ve eş güdüm içerisinde çalışma imkânları artırılmalıdır.

Asistanların bütününe görüşlerinin temsilciler aracılığıyla ilgili kurullarda temsil edilmesinin yanında her asistanın bireysel olarak da görüş ve önerilerini

yansıtabileceği kanallar artırılmalıdır. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Geliştirme Komisyonları (TUKMOS)'nda asistan temsiliyetinin sağlanması, içeriğin geliştirilmesi ve güncellenmesine katkı sağlayacaktır.

Ülkemiz genelinde haftalık azami çalışma süresinin hekimler için belirlenmemiş olması, önemli bir eksiklik olarak en fazla asistanları etkilemektedir. Yetkiyi elinde bulunduran kurul ve kurumlar, bu konuda Avrupa Birliği standartlarını da göz önüne alarak bir çalışma yapmalıdır. Gerçekçi ve uygulanabilir çalışma saatleri, asistan hekimler için ülkemiz şartları özelinde belirlenmelidir. İdeal azami çalışma saati haftalık 56 saat olmakla birlikte bu üst sınır 80 saati kesinlikle aşmamalıdır. (Avrupa Birliği'nin çalışma süreleri ile ilgili son düzenlemesi haftalık en fazla 48 saat çalışılabileceğine işaret etmektedir.) Asistanların eğitim oturumlarında, bilimsel toplantılarda, kendi bilimsel araştırmalarında ve üstlendikleri idari görevlerde geçirdikleri zaman, bu asgari toplam süreye dâhil olmalıdır.

Asistanlar nöbet tuttukları günlerde toplamda 32-36 saat kesintisiz çalışmak zorunda kalmaktadır. Hasta güvenliğinin güvenceye alınabilmesi için böyle bir durumda 16'ncı saatin ardından en az 5 saatlik izole uyku zamanı ayrılması gerektiği, uyumaya elverişli rahat bir yerde 5 saat kesintisiz dinlenildikten sonra en fazla 30'uncu saate kadar çalışmaya devam edilebileceği gösterilmiştir. Ülkemiz şartları dâhilinde kurumlarımız bu hususu da değerlendirmelidir.

Yabancı uyruklu asistanlar birincil olarak eğitim görmek amacıyla ülkemizde yer almakla birlikte sağlık hizmeti sunumunda ve nöbetlerde Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ile aynı çalışma koşullarına sahiptirler. Üretilen sağlık hizmeti karşılığında kurumlarımıza yapılan katkılarla dönmekte olan ek ödeme sisteminden ve tuttukları nöbetlerden mali katkı alabilmeleri durumu yönetmelikle güvence altına alınabilir. Yönetmeliklerde düzenleme yapıncaya kadar, eğitim kurumlarımız, varsa, kendilerine bırakılmış inisiyatifleri kullanmalıdır. Ülke içi farklı kurum ve kuruluşların yabancı uyruklu asistanlara sundukları burs imkânları eğitim kurumlarınınca bilinmeli ve uygun yöntemlerle duyurulmalıdır. Tıpta Uzmanlık Kurulu bünyesinde, bu konuda merkezi bir düzenleyici komisyon oluşturulabilir. Süreç içerisinde, bu konuda yapılması düşünülebilecek bir düzenleme de yabancı uyruklu asistanlara ait olacak hususi kadroların ihdas edilmesidir.

Uzmanlık eğitimi sürecinde asistanların bilimsel çalışmalarının teşvik edilmesi gerekir. Yapılması zorunlu tezler, bu amaca az ya da çok hizmet ediyor

olmaları anlamında önemli bir öğretim metodu olarak da kabul edilebilir. Tez zorunluluğunun kaldırılması tartışmalarına, bir de bu açıdan bakmak gerekir. Uzmanlık eğitime başlayan her asistanın, uzmanlık eğitimi sürecinde tez yazabilmesi güvenceye alınmalıdır.

Mevcut uygulamayla uzmanlık eğitimi programı sonunda yapılan tek bir sınavla eğitim çıktılarının değerlendirilmeye çalışılması, kimi zaman yetersiz olabilmektedir. Düşüncemiz, asistanların eğitim programı süresince yapıcı değerlendirmelere tabi tutularak öğrenim kazanımlarının değerlendirilmesi yönündedir. Şunun altını çizmek gerekir ki; kastedilen, asistanların sürekli olarak geçecekleri sınavlar silsilesi değil, yapıcı/geliştirici değerlendirme metodlarıdır.

Uzmanlık eğitimi bitirme sınavı, merkezi bir sınav olarak da şekillendirilebilir. Bu yapılırken önemli olan, herhangi başarılı bir asistanın süre kaybına sebebiyet vermeyecek şekilde senede en az 2 defa yapılan ve eğitiminin son senesindeki tüm asistanların girebileceği bir merkezi sınavın yapılandırılmasıdır. Bu sınav, sadece çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir test haline de dönüşmemelidir. TUK, bu merkezi sınavla alakalı olarak; asistanların, uzmanlık alanında faaliyet gösteren derneklerin, TTB - UDEK (Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu)'in ve en önemlisi YÖK'ün görüş ve önerilerini almalı ve olabildiğince görüş birliği zemininde hareket etmelidir.

Asistan karneleri ve asistan izlem portföyleri, asistanların eğitim sürecindeki gelişimlerini takip edebilmek açısından değerli birer araçtır. Çevirim içi karneler oluşturularak öğretim üyeleri ve asistanlar arasında akıcı bir iletişim sağlanabilir. Bu sayede becerilerin takibi ve değerlendirilmesi daha etkili olabilecektir. Bu konuda bazı aşamalar kaydedildiğinde gündeme gelebilecek bir diğer düşünce, hastane otomasyon programı ile asistan karnesi arasında eş güdüm sağlanarak asistanların uyguladığı işlemlerin direkt olarak karneye kaydının sağlanması ve bu şekilde bir takibin oluşturulmasıdır.

Resmi müfredata yön verecek olan çekirdek eğitim müfredatının çok fazla ayrıntıya yer verecek şekilde yapılandırılmaya çalışılması, bunlara uyulamamasına sebebiyet vererek genel olarak uygulanabilirliklerini olumsuz yönde etkileyebilir.

Asistanların kendi uzmanlık alanlarındaki bilgi ve becerilerinin gelişmesinin yanında tüm uzman hekimler için eş bir seviyeyi nitelendirecek genel yeterliklerin oluşturulmaya çalışılması da gereklilikler arasındadır. Bu yeterlikler, kurumsal eğitim mekanizmaları ile kazandırılabil-

leceği gibi, ülke genelinde oluşturulacak programlarla da kazandırılabilir.

Uzmanlık eğitiminde yapılması zorunlu tezler, her asistanın tez yapabilmesine imkân sağlanabilecek alt yapının muhafaza edilmesi ile seçmeli hale getirilebilir. Yapılacak tezler ülkesel öncelikli konular üzerinde olursa; kaynaklar, insan gücü ve zaman daha etkin kullanılmış olacaktır.

Öğretim üyeleri ve eğitim sorumluları, uzmanlık öğrencilerine bilgi ve beceri aktarımının yanında iyi birer rol-model olabilmelidir. İyi bir rol model; bunlarla sınırlı olmamak üzere, iletişime açık, öğrenmeye / öğretmeye meraklı ve değerleri olan, düşüncülerini öğrencisi ile uygun şekilde paylaşan, öğrenen merkezli eğitimi hedefleyen, vakaları öğrencisi ile tartışmak için zaman ayıran, kendi kişisel ve profesyonel gelişimini sürekli devam ettiren, birlikte çalıştığı kişilere saygı gösteren, çalışma kültürünün ve değerler sisteminin gelişmesi için mücadele eden öğretim üyesidir. Ülkemiz uzmanlık eğitiminin güçlü yanlarından belki de en öncelikli olanı; örnek alınabilecek çok sayıda hocalarımız olduğu gerçeğidir.

**Bu yazı, Genç Hekim Platformu'nun Uzmanlık Eğitimi Çalıştayları Sonuç Bildirgeleri ışığında hazırlanmış olup bildirgelerin tam metnine ve daha detaylı bilgilere www.genchekimplatformu.org adresinden ulaşılabilir.*

Kaynaklar

European Working Time Directive www.bma.org.uk (Erişim tarihi: 22.05.2013)

Liz M, Dennick R, Hammond R, Iain R. Analysing the hidden curriculum: use of a cultural web. *Medical Education* 2013;47: 134-143

Postgraduate Medical Education in Scotland: Management of Trainee Doctors in Difficulty. NHS Education for Scotland, 2011.

Rethans J, Norcini J, Baron-Maldonado M, Blackmore D, Jolly B, LaDuca T, Lew S, Page G, Southgate LH. The Relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Medical Education* 2002; 36: 901 - 909

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 2009; Değişiklik: 1 Temmuz 2011

Uzmanlık Eğitimi Programları ve Asistanların Çalışma Şartları Çalıştay Sonuç Bildirgesi, Genç Hekim Platformu, 2013, Ankara

Uzmanlık Eğitimi Programları, Tezler, Çalışma Şartları ve Asistan Temsiliyeti Çalıştay Sonuç Bildirgesi, Genç Hekim Platformu, 2013, İzmir

Uzmanlık Eğitimi'nde Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştay Sonuç Bildirgesi. Genç Hekim Platformu, 2013, Konya

Uzmanlık Eğitimi'nde Standardizasyon Çalıştay Sonuç Bildirgesi. Genç Hekim Platformu, 2013, İstanbul

Tıpta Uzmanlık Kurulu: Nereden nereye?

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 2005 yılından beri Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şef olarak yürüttüğü görevine başhekim olarak devam etmektedir. 2008 yılından beri Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) Üyesi olan Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi mevcuttur.

Günlük konuşmalarda doktorların, felsefi ve ideal anlamda hekimlerin, teknik ve mevzuat anlamında ise hekimlerin her türlü hak, yetki ve sorumlulukları ile uzmanlık ile ilgili her türlü işlerinin temelini oluşturan ana mevzuat, günümüze kadar birçok kez değişikliğe uğramasına rağmen, hala daha yürürlükte bulunan 11.4.1928

Tarih 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun'dur. İlk çıktığı haliyle bu kanunda, uzmanlık eğitimi ile ilgili herhangi bir özel madde bulunmamaktadır. Ancak özellikle 2000'li yıllardan sonra yapılan değişiklikler ve eklenen maddelerle uzmanlık dalları ve eğitimleriyle ilgili maddeler kanuna girmiştir. 6.Eylül.1962 ve 11199 sayılı resmi gazetede yayınlanan Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre uzmanlık

dalları, a. Klinik tababet uzmanlıkları, b. Koruyucu tababet uzmanlıkları, c. Laboratuvar uzmanlıkları, d. Akademik uzmanlıklar olmak üzere 4 ana başlık altında toplanmıştır. Günümüzdeki klinik uzmanlık alanlarının büyük bir çoğunluğu klinik tababet uzmanlıkları başlığı altında toplanırken, halk sağlığı, epidemiyoloji, bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları, mikrobiyoloji, viroloji, immünoloji, mikoloji, parazitoloji, okul ve spor tababeti, iş



tababeti, rehabilitasyon, havacılık tababeti, denizcilik tababeti ve genel askeri tababet uzmanlığı koruyucu tababet uzmanlıkları başlığı altında zikredilmiştir. Laboratuvar uzmanlık alanları olarak biyokimya, patoloji, farmakodinami, farmakoloji ve radyodiyagnostik sayılırken akademik uzmanlık alanları olarak adli tıp, anatomi, fizyoloji, fizyopatoloji, histoloji ve embriyoloji ile tıp tarihi ve deontoloji sayılmıştır. Yine bu tüzükte asistanların özellikleri, asistanlığa kabul şartları, her dala ilişkin rotasyonlar, uzmanlık sınavı ve jürilerin teşkili, yabancı uyrukluların asistanlığı gibi konular yer almıştır.

5 Nisan 1973 tarihinde yürürlüğe giren Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde ilk kez yan dallar mevzuata girmiştir. Bu tüzükte, iç hastalıkları altında kardiyoloji, gastroenteroloji, endokrinoloji ve metabolizma, hematoloji, alerji, romatoloji, nefroloji ve geriyatri; göğüs hastalıkları altında alerji, çocuk sağlığı ve hastalıkları altında çocuk kardiyoloji, çocuk endokrin ve metabolizma hastalıkları, çocuk nörolojisi, çocuk hematolojisi, çocuk nefrolojisi ve alerjik hastalıklar; bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları altında epidemiyoloji ve alerjik hastalıklar; ruh sağlığı ve hastalıkları altında çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları; deri ve zührevi hastalıklar altında alerjik hastalıklar; genel şirürji altında gastroenteroloji şirürjisi; fizik tedavi ve rehabilitasyon altında romatoloji; hidroklimatoloji altında romatoloji; halk sağlığı altında epidemiyoloji, işçi sağlığı ve güvenliği, okul sağlığı ile askeri sağlık hizmetleri hekimliği; mikrobiyoloji altında viroloji, parazitoloji, immünoloji ve mikoloji; patolojik anatomi altında sitoloji; yan dal olarak yer almıştır. Daha sonra kaldırılmasına rağmen, aynı yan dala birden çok ana daldan asistan alınması uygulaması 2009 Tıpta Uzmanlık Yönetmeliğinde tekrar gündeme gelecektir.

Aynı tüzüğe göre, asistanlık sınavlarının hazırlanmasından ve yürütülmesi, Tababet Uzmanlık Kurulu'nun saptayacağı esaslara göre Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğe göre belirlenmesi esası getirilmiştir. Bu tüzükte, Tababet Uzmanlık Kurulu'nun yapısı, görevleri, çalışma şekli vb. gibi birçok özellik ayrıntılı bir şekilde belirtilmiş olmasına rağmen, bu kurul sürekli olarak çalışmamıştır.

22 Mayıs 1974 tarihinde Tababet Uzmanlık Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğin 1. Maddesinde, "Herhangi bir tıp dalında uzman olacakların aynı kural ve koşullarda yetiştirmelerini sağlamak üzere Tababet Uzmanlık Kurulunun kuruluş ve çalışma şekli; asistan yetiştirmeye yetkili kılınacak sağlık kurum ve birimlerinin nitelikleri, asistan yetiştirmeye yetkili kılınacak uzmanların nitelikleri, asistan eğitim plan ve programlarının esasları, asistanlık giriş



sınav sorularının hazırlanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi, uzmanlık sınav jürilerinin oluşum esasları, uzmanlık sınav şekli ve değerlendirilmesi ve bunlarla ilgili diğer hususlar bu Yönetmelikle düzenlenir." denmektedir. 4. Maddede ise, "Tababet Uzmanlık Kurulu 11 üyeden oluşur. Bu maksatla Bakanlık 6, kuruluş tarihleri sırasına göre 2 Tıp Fakültesi birer, Gülhane Askerî Tıp Akademisi 1, Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü ve Türk Tababet Birliği Merkez Konseyi de 1 üye seçerler." Hükmü getirilmiştir. Madde 5'te ise, kurulun görevleri sayılırken "Tababet Uzmanlık Kurulunun görevleri, Tıp Fakülteleri, Dış Hekimliği Fakülteleri ve Yüksek Okulları ile Gülhane Askerî Tıp Akademisi dışında; a) Asistan yetiştirmeye yetkili kılınacak sağlık kurum ve birimlerinin niteliklerini, b) Asistan yetiştirmeye yetkili kılınacak uzmanların niteliklerini, c) Asistanlık eğitimi plan ve programlarının esaslarını, d) Asistanlığa giriş sınav sorularının hazırlanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi esaslarını, e) Uzmanlık sınav jürilerinin oluşum esaslarını, saptamaktır." denmiştir. Bu maddede, kurul görevlerinin üniversite hastaneleri ve Gülhane Askerî Tıp Akademisini kapsamadığı ve yalnızca

Tıpta Uzmanlık Kurulu, Temmuz 2008'den bu yana 50'ye yakın toplantı yaparak gündemindeki konuları tartışmış ve çözümler üretmeye çalışmıştır. Tıpta uzmanlık sınavı, uzmanlık öğrencilerinin eş durumu, rapor, olumsuz kanaat vb. nedeniyle nakillerinin gerçekleştirilmesi, eğitim kurumlarının denetlenmesi ve en önemlisi de uzmanlık alanlarının müfredat ve standartlarının belirlenmesi, kurulun en önemli çalışma alanlarını oluşturmaktadır.



Ülkemizde uzmanlık eğitimi ve bunu düzenleyen mevzuat zaman içinde birçok değişikliğe uğramıştır. Uzmanlık eğitiminin standartlarının belirlenmesi, müfredatın oluşturulması ve bunlara göre akreditasyonların yapılması çalışmaları hızla devam etmekte olup Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun en büyük amacı, uzmanlık eğitiminin dünya standartlarında verilebilmesi ve konusunda yetkin uzmanların yetiştirilmesidir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile sınırlı kaldığı görülmektedir. Eğitim verecek kurumların yatak sayılarının bu yönüyle standartize edilmeye çalışıldığı görülmektedir. Kurumlarda yeni birimlerin açılması ve yatak sayısının belirlenmesi ise Bakanlık kararına bırakılmış, bu konuda herhangi bir standart veya açıklama getirilmemiştir. Yine aynı yönetmelikte, her birimde eğitici olarak bir şef, iki şef yardımcısı ve yeteri kadar başasistan bulunması gerektiği belirtilmiş, birden çok şefin bulunduğu hastanelerde koordinatör şeflik kurulması hüküm altına alınmıştır. Birimlerde çalışabilecek asistan kapasitesi ile ilgili olarak ise, "Birimlerde en fazla kaç asistan bulunabileceği ilgili birimin fiziki yapısı, personel ve ekipman durumu, hasta potansiyeli ile fonksiyon ve özelliklerine göre ilgili kurumun Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulunun görüşü dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenir" denmiştir. 26. Maddede ise "Birimlerde, birimlerin fonksiyon ve özelliklerine göre tıp bilimi gelişmeleri de göz önünde tutularak rutin hizmetlerle asistan yetiştirilmesine uygun faaliyet ve uygulamalar yapılır" denerek günümüzdeki afiliasyon uygulamalarının ilk temelleri atılmıştır. Ayrıca, eğitimde yer alacak şef, şef yardımcısı ve başasistanlar ile asistanların kabul kriterleri detaylı bir şekilde anlatılmıştır.

Birimlerde bulunacak asistan sayısı ise, yatak sayısı göz önüne alınarak, her bir uzmanlık dalı için ayrı ayrı listelenmiştir. Yan dallara, ana dalda bulunan asistan sayısının yarısının verilebileceği hükümü getirilmiştir.

1983 yılında yapılan bir tüzük değişikliği ile "ana dallarda uzmanlık hakkını kazanmış olup ana dalla ilgili yan dallardan birinde en az on yıl süreyle araştırma, inceleme yapmak ve bu alanda bilimsel yayınlarda bulunmak suretiyle bilgi, görgü ve becerilerini geliştirmiş olanlardan bu yan dalda uzmanlık belgesi almak isteyenlere, bu Tüzüğün yayımı tarihinden başlayarak altı ay içinde başvurmaları halinde, çalışmalarıyla ilgili belgeler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tababet Uzmanlık Kurulunca değerlendirilerek uygun görülenlere Bakanlıkça yan dal uzmanlık belgesi düzenlenir ve uzmanlıkları tescil edilir" denmiş ve bu bağlamda Ç. kardiyolojisi, Ç. endokrinolojisi, Ç. nörolojisi, Ç. hematolojisi, Ç. nefrolojisi, Ç. alerjisi ve Tıbbi onkoloji yan olarak kabul edilmiştir. 1990 yılında yapılan başka bir tüzük değişikliği ile de "Geçici Madde 2'de kardiyoloji bilim dalı bulunan tıp fakültesi hastanelerinde en az bir yıldan beri kardiyoloji ağırlıklı iç hastalıkları uzmanlık çalışması yapmakta olanlar, bu Tüzüğün yürürlüğe girmesinden

İtibaren iki ay içerisinde kurumlarına başvuruları ve kardioloji bilim dalı başkanının kabulü halinde, kardioloji ana bilim dalında uzmanlık eğitimine devam ederler. Bunların iç hastalıkları uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süreler kardioloji uzmanlığı süresinden sayılır.

Geçici Madde 3'de ise "Bu Tüzük hükümlerine göre uzmanlık belgesi aldıktan sonra Yurt içinde veya Yurt dışında beş yıl süreyle çocuk enfeksiyon hastalıkları, neonatoloji yan dallarında araştırma ve inceleme yapmak ve bu alanda bilimsel yayınlarda bulunmak suretiyle bilgi, görgü ve becerilerini geliştirip bu dallarda uzmanlık belgesi almak isteyenlerden bu Tüzüğün yayımı tarihinden itibaren iki ay içinde başvuruları halinde, çalışmalarıyla ilgili belgeler Sağlık Bakanlığı Tababet Uzmanlık Kurulunca değerlendirilerek, uygun görülenlere Bakanlıkça uzmanlık belgesi düzenlenir ve uzmanlıkları tescil edilir." hükmü getirilerek yan dalların sayısı artırılmıştır. 1995 yılında ise yine benzer şekilde İç hastalıklarında Geriatri, İç hastalıkları ve Genel cerrahide ise İlk ve Acil yardım yan dal halini almıştır.

Bu yıllarda Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nün baştan tekrar düzenlenmesi gündeme gelmiştir. Temmuz 1997'de Danıştay'ca onaylanarak Başbakanlığa gönderilen Tüzük taslağında; Tıpta Uzmanlık Kurulu tarif edilmiştir. Bu uzlaşi metni, Danıştay tarafından onaylanarak 11.7.1997 tarihli kararla Başbakanlığa gönderilmiş ancak Refah-Yol Hükümeti'nin değişmesi sonucu Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmeden yeniden Sağlık Bakanlığı'na geri gönderilmiştir. 12-14 Şubat 1999 tarihlerinde Kızılcahamam'da yapılan ve Sağlık Bakanlığı, YÖK ve TTB temsilcilerinin katıldığı bir toplantıda, Tüzük üzerine yapılan tartışmalar Temmuz 1997 metni üzerinde görüş birliğinin sağlanmasıyla sonuçlanmıştır. Ancak 2000 yılına kadar Tababet Uzmanlık Kurulu toplanamamıştır. 2001 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu, 1974 yönetmeliğinde değişiklik gündemiyle toplanmış, birimlerde asistan sayısı belirlenirken, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun görüşünün alınması ve merkezi bilgi ve yeterlik sınavı yapılması konusunda karar alınmasına rağmen bu kararlar uygulanamamıştır. Tıpta uzmanlık kurulu 2002 yılında da iki kez toplanmış, ancak tüzüğe bağlı bir yönetmelik çıkarılamamış ve daha sonra da üyelerin devam etmemesi üzerine toplanamaz hale gelmiştir.

2005 yılında Danıştay; tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili esasları belirlemek konusundaki yetkinin, sadece Sağlık Bakanlığı'nca kullanılamayacağı, Yüksek Öğretim Kurulu'nun da bu konuda yetkili olduğunun kabulünün zorunlu olduğu, tıpta uzmanlık eğitimi konusunda uzmanlık eğitimi veren ve bu eğitimle ilişkisi

bulunan kurum ve kuruluşların katılımıyla oluşturulacak işlevsel bir kurulun varlığına gerek olduğu, bu kurulunda oluşumu ve görevleri itibarıyla sürekli kurul niteliğinde olacağına dikkate alınması gerektiğini öne sürerek Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nü iptal etmiştir. Bunun üzerine 2005 yılı Mayıs ayında Başbakanlık tarafından Danıştay Başkanlığı'na incelenmek üzere Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Tasarısı sunulmuş fakat 2006 yılı Mayıs ayında, Danıştay 1. Dairesi Tüzük tasarısını reddetmiştir. Son olarak Nisan 2007'de 1219 sayılı yasada yapılan bir değişiklikte, Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun oluşumu ve görevleri tanımlanmıştır. Bu yasal düzenleme iptali için açılan dava Anayasa mahkemesi tarafından reddedilmiştir. Bu yasa ile Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)) Bakanlık Müsteşarı, ilgili genel müdür ve 1. Hukuk Müşaviri, biri dış tabibi olmak üzere eğitim hastanelerinden Bakanlığın seçeceği beş, dört tıp fakültesinden ve bir dış hekimliği fakültesinden YÖK'ün seçeceği birer, Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Fakültesinin seçeceği bir, Türk Tabipleri Birliğinin seçeceği bir, Türk Dış Hekimleri Birliği'nin seçeceği bir üyeden oluşmuştur. İlk toplantısını Temmuz 2008'de yapan TUK, öncelikle Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (TUEY) üzerinde çalışmalarını yoğunlaştırmış ve oluşturulan taslak, Bakanlar Kurulu'na sunulmuş 18.07.2009 tarihinde Tıpta ve Dış hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (TUEY) yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikteki ilk değişiklik ise Temmuz 2011 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Bu yönetmelikle ilk kez dış hekimliğinde "uzmanlık" statüsü kabul edilmiş ve ağız, yüz ve çene cerrahisi, ağız, diş ve çene cerrahisi, endodonti, ortodonti, pedodonti, periodontoloji ve protetik diş tedavisi ile askeri sağlık hizmetleri ana dallarında, bu yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce o ana dal alanında yurt içinde veya yurt dışında en az dört yılı eğitim kurumlarında olmak üzere altı yıl süreyle araştırma, uygulama ve inceleme yapmış bulunanlara uzmanlık yetkisi verilmiştir. Yine aynı yönetmelikle algoloji, askeri psikiyatri, cerrahi onkoloji, çocuk acil, çocuk genetik hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları, çocuk kalp ve damar cerrahisi, çocuk radyolojisi, çocuk romatolojisi, çocuk ürolojisi, çocuk yoğun bakımı, el cerrahisi, geriatri, harp cerrahisi, jinekolojik onkoloji cerrahisi, klinik nörofizyoloji, periferik damar cerrahisi, perinatoloji ve yoğun bakım yan dallarında, bağlı ana dalda uzman olduktan sonra ve bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce o yan dal alanında yurt içinde veya yurt dışında en az iki yılı eğitim kurumlarında olmak üzere beş yıl süreyle araştırma, uygulama ve inceleme yapmış bulunanlara yan dal uzmanlık belgesi verilmesi hükmü getirilmiş ve yapılan müracaatları takiben gerekli şartları yerine getiren kişilere bu

uzmanlık yetkileri verilmiştir. Ayrıca bazı yan dallar birleştirilirken bazı yan dalların ise adı değiştirilmiştir.

Tıpta Uzmanlık Kurulu, Temmuz 2008'den bu yana 50'ye yakın toplantı yaparak gündemindeki konuları tartışmış ve çözümler üretmeye çalışmıştır. Tıpta uzmanlık sınavı, dış hekimliği uzmanlık sınavı ve yan dal uzmanlık sınavı gibi sınavlarda asistan kontenjanlarının belirlenmesi ve kurumlara dağıtılması, uzmanlık öğrencilerinin eş durumu, rapor, olumsuz kanaat vb. nedeniyle nakillerinin gerçekleştirilmesi, eğitim kurumlarının denetlenmesi ve en önemlisi de uzmanlık alanlarının müfredat ve standartlarının belirlenmesi, kurulun en önemli çalışma alanlarını oluşturmaktadır. Yeni ihdas edilen yan dallara yapılan müracaatların değerlendirilmesi, tıp dışı mesleklerin uzmanlık eğitimi ile yurt dışında yapılan uzmanlıklar ile ilgili tanınmışlık listelerinin hazırlanması da diğer görevleri arasındadır.

Ülkemizde, ana dal ve yan dal olmak üzere toplam 96 adet uzmanlık dalı ve bu dallarda eğitim veren yaklaşık 2500 eğitim birimi bulunmaktadır. Bu uzmanlık alanlarının müfredat ve standartlarının belirlenmesi amacıyla Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi (TUKMOS) geliştirilmiş ve her dalda 5-10 öğretim üyesinden oluşan komisyonlar kurularak müfredat ve standartları oluşturmaları istenmiştir. 2010 yılında başlayan bu çalışmalarda dünyadan alınan örnekler, ilgili dalda faaliyet gösteren dernekler tarafından daha önce yapılan müfredatlar ve öğretim üyelerinin kendi deneyim ve bilgilerinden yararlanılmış olup 2013 yılı sonuna kadar tüm müfredatların uygulamaya konması planlanmaktadır. Bu kapsamdaki bir çalışma, dünyada ilk kez ülkemizde gerçekleştirilmektedir.

Görüldüğü üzere ülkemizde uzmanlık eğitimi ve bunu düzenleyen mevzuat zaman içinde birçok değişikliğe uğramıştır. Uzmanlık eğitiminin standartlarının belirlenmesi, müfredatın oluşturulması ve bunlara göre akreditasyonların yapılması çalışmaları hızla devam etmekte olup Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun en büyük amacı, uzmanlık eğitiminin dünya standartlarında verilebilmesi ve konusunda yetkin uzmanların yetiştirilmesidir.

“accredited by...”

Yrd. Doç. Dr. İlknur Keskin



1999 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 2006-2011 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. 2010 yılında Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi'nde Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans programını tamamladı. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak çalışmaktadır. Dr. Keskin, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Üniversiteler, birer eğitim kurumu olarak geleceği inşa eden temel yapılardır. Dünyada en eski üniversite deyince, bugün 925 yaşında olan, İtalya'daki Bologna Üniversitesi akla gelse de esasen ilk üniversite, M.S. 859 yılında Fas'ın Fes kentinde kurulmuş Keyruvan Üniversitesi'dir. O günden bugüne üniversite eğitiminin önemini artıp yeni anlamlar kazanması, “üniversite” kavramını ve konumunu da değiştirmiş ve üniversitelere önemli roller yüklemiştir.

Üniversiteler, her geçen gün artan ve değişen beklentilere cevap verirken, aynı zamanda geçmişten gelen kuruma özgü değerlerini korumak, güne ayak uydurmak ve geleceğe hazır olmak durumundadırlar. Sayısız diploma sahibinin hayata atıldığı günümüz dünyasında, gerçek anlamda “üniversite mezunu” olanların değeri günden güne daha iyi anlaşılmaktadır. Bu noktada, üniversiteleri bir kapısından “lise diploması” ile girilip diğer kapısından “üniversite diploması” ile çıkılan sıradan yapılar olarak görmek doğru olmaz. Üniversiteler, ham

maddeyi alıp şekillendiren, kattığı ek değerler ile onu anlamlandıran, bütüncül ve değerli bir ürün olarak topluma geri veren çok daha kapsamlı yapılardır. Üniversite mezunlarının, dönemin ihtiyaçlarını karşılayacak nitelikte olması, hem geleceğin şekillenmesinde hem de üniversitelerin kurum olarak varlığını sürdürmesinde anahtar rol oynar.

Yükseköğretim alanındaki büyüme, kurumsal çeşitlenmeyi ve öğrenci profilindeki değişimi de beraberinde getirmiştir. Yükseköğretim kurumları,



belirli bir kesime eğitim vermekten uzaklaşmış, daha büyük kitlelere eğitim vermeye başlamışlardır. Dünyada 1980'lerde yaklaşık 50 milyon öğrenci varken, bu sayı 2000 yılında 100 milyon oldu. Sayının 2020 yılında 200 milyon olması bekleniyor.

Öğrenci ve yükseköğretim kurumu sayılarının hızlı artışı, tercih edilirlikte "kalite güvencesi"ni ön plana çıkarmıştır. Yükseköğretim söz konusu olduğunda, kaliteyi tanımlamak oldukça zordur. UNESCO'nun bir raporunda ifade edilen tanıma göre "yükseköğretimde kalite"; bir kurumun veya programın belirli standartları, eğitim modelinin mevcut şartları, kurumsal görev ve hedefleri ile ilgili olan çok yönlü ve dinamik bir kavramdır. Bu bağlamda kalite güvencesi, yükseköğretim kurumlarının öğretim, araştırma, yayın, etkinlik, akademik başarı ve proje geliştirme gibi etkinliklerinde kullandıkları bütün süreçler ile ilgilidir.

Yükseköğretimde kurumsal olarak kalite güvencesinin doğuşu, 19. yy sonlarında Amerika Birleşik Devletleri'nde olmuştur. Ne var ki bu gelişme, uzun yıllar dünyada bir istisna olarak kalmış hatta ABD'de bile konuya sınırlı bir ilgi gösterilmiştir. Yükseköğretimin değerlendirilmesi, Avrupa'da 1980'lerde önem kazanmaya başlamıştır. Fransa, 1984 yılında üniversitelerinin ayrıntılı bir değerlendirmesini yaparak Avrupa'daki ilk örnek olmuştur. Avrupa ülkelerinde kalite güvencesinin öne çıkması, birçok ülkeyi kalite güvencesi sistemleri kurmaya özendirmiş, hatta doğru ve yeterli analizler yapmadan kalite güvencesi sistemlerini ithal etmeye itmiştir.

Temel hedefleri, üniversitelerin değerlerini ve haklarını korumak olan Magna Charta Universitatum, Avrupa yükseköğretim sisteminin yeniden yapılandırılmasında 1988'de atılan önemli bir adımdır. Ardından 1997 yılında, Lizbon Tanınma Konvansiyonu, ortak bir Avrupa Yükseköğretim Alanı (AYA) oluşturmak amacıyla yükseköğretim kurumlarının ve bu kurumların verdikleri akademik derecelerin tanınması için bir çerçeve belirlemiştir. Bu alanda atılan diğer bir önemli adım, 1998 yılında İngiltere, Fransa, Almanya ve İtalya tarafından imzalanan Sorbon Deklarasyonu'dur.

Bugün gelinen noktada, Türkiye'nin sisteme adapte olmaya çalıştığı Avrupa'da karar alıcılar, kalite güvencesi sistemleri kurmanın zorlukları ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Ortak bir yükseköğretim kültürü ve düzeyi oluşturmaya katkı sağlamak amacıyla oluşturulan "Bologna" ve "Socrates" gibi programlar, bu alanda önemli slogan kavramlar olmuşlardır. Avrupa'daki 31 ülke tarafından 1999 yılında imzalanan



Bologna Deklarasyonu'nun özünü, ortak bir AYA oluşturmak ve yükseköğretimde kalite güvencesi sağlamaktır. Türkiye'de resmi belgelerde, AYA'nın Yapılandırılması Çalışmaları (Bologna Süreci), yükseköğretimin kalitesinin artması için bir fırsat olarak tanımlanmaktadır. Hızlı bir büyüme sürecine giren Türkiye'deki yükseköğretim kurumlarının son yıllarda yaşadığı en büyük sıkıntı, uluslararasılaşmadan dolayı karşı karşıya kaldıkları "kalite güvencesi" kavramıdır. Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) 2006 raporuna göre, Bologna Sürecinde ülkelerin yükseköğretim sistemlerinin değerlendirildiği karnede, Türkiye'nin en zayıf olduğu alan "kalite güvencesi" olmuştur. Bu nedenle yükseköğretim kurumları, bir taraftan büyümenin getirdiği sorunları aşmaya çalışırken diğer taraftan da kalite güvencesi ile ilgili atacakları adımları çok özenli ve doğru belirlemek zorundadırlar. Burada önemli olan, kültürümüz ve var olan yükseköğretim sistemimiz ile uyumlu ve eğitim sistemimize pozitif katkı sağlayacak bir kalite güvence sistemi oluşturmaktır.

Kalite güvence sisteminin algılanmasından, uygulanmasına kadar ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bununla birlikte son yıllarda, kalite güvence sistemleri arasında bir uyumlaştırma çabası başlamıştır.

Amerika'da eğitim almayı düşünüp araştırmaya başlayan her öğrencinin karşılaştığı bir cümledir "accredited by...". Nedir bu akreditasyon ve neden önemlidir?

"Akreditasyon" Latince kökenli Fransızca bir kelimedir ve "güvenilir, inanılır olma hali" anlamına gelir. Avrupa Üniversiteler Birliği (European Universities Association - EUA)'nin kabul ettiği tanıma göre akreditasyon; kabul edilmiş standartlara uygun ve dönemsel olarak yapılan akademik değerlendirmeler sonucunda

Bologna Sürecinin başlangıcından itibaren en önemli gündem maddelerinden olan "kalite güvence" sisteminin kurulması, Türkiye'de en çok tartışılan konulardan birisidir. Kalite güvence sistemleri sayesinde paydaşların güveninin kazanılacağı ve böylece AYA'nın oluşumunun hızlanacağı düşünülmüştür. Birçok ülkede üniversitelerin ihtiyacından doğan kalite geliştirme uygulamaları, ülkemizde ise merkezi yönetimin ihtiyacından doğmuştur.



Bir üniversitenin niteliğini belirleyen en önemli unsur belki de kökeninde yatan “evrensellik” anlayışıdır. Bu yüzden, üniversite kavramı yerel koşullar çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla uluslararası düzeyde ve standartlarda değerlendirilmelidir. Üniversitelerin işlevi yerelliği evrensellekle harmanlamak, evrensel standartlara uygun yapılar ve bu yapılardan mezun olacak bireyler yetiştirmektir.

bir kurumun kalitesi hakkında formel olarak yapılan yazılı beyandır. Eğitimde akreditasyon, bir kalite kontrol ve temin sürecidir ve bu süreçteki denetleme ve değerlendirme sonunda, bir kurum veya programın minimum kabul edilebilir standartları uyguladığı kabul edilir. Akreditasyondaki standartlar ile amaçlanan tek tipliliği ve tek düzeliliği beraberinde getiren “standardizasyon” değildir. Burada “standart” kelimesi ile kastedilen eğitim kurumlarının çeşitli açılardan belirli bir hedefi yakalamış olmaları, çitanın altına düşmemeleridir. Akredite edilmiş bir yükseköğretim kurumu, faaliyetlerini belirli standartlara göre yürüten, belirli bir kalite düzeyinin üzerinde öğrenci yetiştiren ve araştırmalar yapan bir kurum olarak tanınmaktadır.

Eğitimde akreditasyonu, eğitim kalitesinin tescili, diploma denkliği, mesleki yeterlik ve eğitimlerin yetkinliği ile ilişkilendirebiliriz. Akreditasyon, bir yükseköğretim kurumunun veya programının genel olarak güvenilirliğini ve tanınmasını sağlayan bir sistem, eğitim kalitesinde zirveye ulaşmak için bir yol göstericidir. Akreditasyonla birlikte verimliliğin artması doğal sonuçtur.

Üniversiteler fakülte, anabilim dalı veya program bazında akredite edilebilirler, ayrıca idari işleyiş ve kurumun tamamı için de akreditasyon başvurusunda bulunabilirler.

Eğitimde küreselleşme, uluslararası re-

kabet, yaşam boyu öğrenme gerekliliği, sürekli değişen ve artan beklentiler başta olmak üzere pek çok etken yükseköğretimde akreditasyonu zorunlu hale getirmiştir. ABD’de ilk bölgesel akreditasyon ajansı 1885’de kurulmuş olsa da benimsenmesi çok kolay olmamıştır. İlk akreditasyon 1910’da yapılmış ve ilk ihtisaslaşmış akreditasyon ajansı 1907’de tıp alanında açılmıştır. ABD’de yaklaşık 6 bin 400 yükseköğretim kurumu, 18 bin 700 program akredite edilmiştir. Amerika ve İngiltere’de isteyen herkes yükseköğretim kurumu açabilir, bir üst kurumdan onay alınması gerekmez. Başka bir denetim mekanizmasının söz konusu olmadığı bu sistemlerde, akredite olmak anlamlıdır. Bazı ülkelerde akreditasyon şart koşulabilmektedir; örneğin ABD’de geçerli bir diploma veren tüm okullar akredite olmak zorundadır. Akreditasyon kurumlarınca akredite edilmeyen yükseköğretim kurumlarının veya programların verdikleri eğitim-öğretim ve diploma dereceleri ABD’de geçerli değildir. Hatta ABD dışında da geçerli olmayabilir. Bazı ülkelerde ise yükseköğretim kurumlarına yapılacak devlet desteği için akreditasyon bir ön koşuldur.

Türkiye’de yükseköğretim sistemi, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ile 1982 Anayasası tarafından belirlenmiştir. Çeşitli değişiklikler geçirmiş olsa da, sistem orijinal halini günümüzde korumaktadır. Bu sistemin en önemli özelliği, merkeziyetçi yapılanmadır ki, bu yapılanmada bütün üniversiteler YÖK’e bağlanmıştır.

YÖK'ün kalite sağlamak için kullandığı en önemli araç, bölüm ve program açma ile öğrenci alımının YÖK'ün onayıyla olmasıdır. Bir programın başlayabilmesine belli ölçütler çerçevesinde izin verme, bir tür "ön-akreditasyon" olarak kabul edilmektedir. Önümüzdeki yıllarda kanuna gerek olmaksızın özel üniversite kurulması söz konusu olursa ancak o zaman özel üniversitelerin akredite edilmesi gerekliliği söz konusu olabilir. Örneğin Avusturya'da akreditasyon sadece özel üniversitelerden istenmektedir. Elbette ki kanunla kurulan kuruluşlar, asli amaçlarına ne derece hizmet ediyor diye denetlenmelidir.

Türkiye'de 1990'lardan itibaren üniversitelerde akreditasyon çalışmaları hız kazanmıştır. ABD ve İngiltere'deki akreditasyon çalışmaları incelenmiş ve eğitim fakültelerinde akreditasyon uygulamasına geçilmesi için çalışmalar yapılmış, ne yazık ki bu çalışmalar, tam olarak benimsenemediğinden hiçbir somut sonuç çıkmamış ve uygulamaya konmamıştır. YÖK'ün 2007 Strateji Raporunda da belirtildiği üzere, 1994-2004 yılları arasında ODTÜ, Boğaziçi, Bilkent ve İTÜ'den toplam 33 mühendislik programı ABET (Accreditation Board for Engineering and Technology) eşdeğerlilik belgesi almıştır. Türkiye yine bu yıllarda EUA'nın Kurumsal Değerlendirme Programı ile tanışmıştır. Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) ise 1999 yılında, ülkemizde akreditasyon hizmetlerini yürütmek ve laboratuvarlar, muayene/belgelendirme kuruluşlarının belgelerinin uluslararası geçerliliğini sağlamak üzere kurulmuştur.

Bologna Sürecinin başlangıcından itibaren en önemli gündem maddelerinden olan "kalite güvence" sisteminin kurulması, Türkiye'de en çok tartışılan konulardan birisidir. Kalite güvence sistemleri sayesinde paydaşların güveninin kazanılacağı ve böylece AYA'nın oluşumunun hızlanacağı düşünülmüştür. Birçok ülkede üniversitelerin ihtiyacından doğan kalite geliştirme uygulamaları, ülkemizde ise merkezi yönetimin ihtiyacından doğmuştur. Bologna Süreci kapsamında, YÖK tarafından Mayıs 2005'te çıkarılan "Yükseköğretim Kurumlarında Akademik Değerlendirme ve Kalite Geliştirme Yönetmeliği" ile ulusal boyutta yükseköğretim kurumlarının kalite düzeylerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi konusunda önemli adımlar atılmıştır. Bu yönetmeliğe göre Yükseköğretim Akademik Değerlendirme ve Kalite Komisyonu (YÖDEK) kuruldu. Yükseköğretim kurumlarında iç denetimlerini yapmak ve raporlamak üzere Akademik Değerlendirme Kurulları (ADEK) oluşturuldu. Bu yapılanma ile kalitenin sürekli iyileştirilmesi mekanizmaları oturtulmaya çalışılıyor. İlerleyen yıllarda

çalışmalar devam etmiş ve YÖK, 2008 yılında Mühendislik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (MÜDEK)'ni bir ulusal dış değerlendirme kuruluşu olarak tanımıştır. Bu süreçte önemli olan bir nokta da üniversite stratejik planının tüm ekip tarafından benimsenmesinin sağlanmasıdır. Kalite güvence sisteminin başlatılması ile birlikte veri kaydının titizlikle tutulması ve etkilerinin kısa, orta ve uzun vade açısından irdelenmesi gerekir. Bu yolla üniversitedeki iyileştirme ve gelişmelerin belgelenmesi sağlanmalı, aynı zamanda üniversitenin akredite olmasına temel oluşturulmalıdır. İyi tasarlanmış süreçler hem çalışanları geliştirir, hem de kurumsal verimliliği artırır.

Eğitimde akreditasyonun iki temel türü vardır. Kurumun akreditasyon statüsü hangi tür akreditasyon yapıldığına göre anlam kazanmaktadır.

Birincisi, kurumsal kaliteyi minimum standartlarda tutmayı amaçlayan "kurumsal akreditasyon"dur. Bu süreçte, ilgili yükseköğretim kurumunun idari, mali ve akademik kapasitesi bütün olarak ele alınır ve değerlendirilir. Dolayısıyla kurumun bütün olarak akredite edilmesi anlamına gelir.

İkinci tür, "program akreditasyonu" dur. Program temelli akreditasyon faaliyetleri, ilgili yükseköğretim kurumu tarafından yürütülen herhangi bir programda (lisans, yüksek lisans veya doktora) verilen eğitimin, ilgili alanda pratik hayatın beklentilerini karşılamaya ve kalite standartlarına uygun olup olmadığını ortaya koymayı amaçlayan akreditasyon türüdür. Program temelli akreditasyonda, yükseköğretim kurumunun sadece belirli bir akademik programı (tıp eğitimi veya hukuk eğitimi gibi ya da genel cerrahi eğitimi veya ortopedi ihtisası gibi) kalite standartları yönünden değerlendirilir ve olur verildiği takdirde akreditasyon işlemi gerçekleşmiş olur. Program temelli akreditasyon "uzmanlaşmaya yönelik akreditasyon" ya da "profesyonel akreditasyon" olarak da isimlendirilir. "Profesyonel akreditasyon" denmesi, sahip oldukları özellikler gereği, tıp eğitimi gibi bazı meslek dalları eğitimlerinin, belirli kalite standartlarını garantilemek zorunda olmalarından kaynaklanmaktadır. İnsan sağlığı ile ilgili eğitim veren bir tıp fakültesinin ticari kaygının ötesinde kaliteli bir eğitim sunması büyük önem taşımaktadır.

Yükseköğretim sürecinin nitelikli olması, bilginin sürekli yenilenen ve değişime açık olması ile mümkündür. Bu nedenle, eğitim programlarının bileşenlerinin ve hedeflere ulaşmada kullandığı yöntemlerin belli aralıklarla gözden geçirildiği bir değerlendirmenin yararları göz ardı

edilemez. Akreditasyon, sadece kalite güvencesini elde etmek için bir amaç değil, aynı zamanda çağdaş eğitimi yakalamak ve korumak için gerekli değişimleri belirlemekte yararlanılabilecek bir araç olarak da görülmelidir. Akreditasyon, üniversitenin küresel üniversiteler topografyada yerinin sağlamlaşmasını sağlar. Dünyanın önde gelen üniversiteleri ile yapılan işbirliğinin, üniversiteleri güçlendireceği açıktır.

Akreditasyon, gönüllü yapılan bir işlemdir. Kurumsal değerlendirme, yalnızca üniversitenin kendisinden talep gelmesi durumunda yapılmaktadır. Değerlendirmenin amacı, bir üniversitenin öğretim ve araştırma alanlarında arzulan hedeflerine, kurumun işlevlerini yürütmek zorunda olduğu harici sınırlamalar çerçevesinde erişmesine yardımcı olmaktır. Kurumsal değerlendirme süreci, üniversite tarafından hazırlanan bir öz değerlendirme raporunun oluşması ile başlar ve bu tüm değerlendirme uygulamasının başarısı için temel oluşturur. Ekip raporu okuduktan sonra üniversitenin içinde bulunduğu ortamı, genel yapısını ve kilit konumdaki kişilerini tanımak amacıyla, üniversiteye iki günlük bir ziyaret düzenler. Ekip üyeleri fakültelerden ve üniversite birimlerinden birkaçını ziyaret eder, bazı öğrencilerle, akademik ve idari personel ve üniversitenin dış paydaşlarıyla görüşmeler yapar. Ekip, bu birikime dayanarak üniversitenin öz değerlendirme raporuna ek olarak daha fazla bilgi ve veri talebinde bulunur. Ekip daha sonra üniversitede üç gün sürecek olan ana ziyaretini gerçekleştirir. Ekibin ilk ziyareti sonucunda ulaştığı sonuçları netleştirmek ve genişletmek amacıyla daha ayrıntılı incelemeler ve tartışmalar gerçekleştirilir. Bu amaçla, üniversitenin akademik ve idari kadrosu ve öğrencileriyle yapılan görüşmelere devam edilir. Akreditasyon kurumları, yalnızca, eğitim-öğretimde kendileri tarafından saptanmış standartları taşıyan ve sürdüren yükseköğretim kurumlarını veya programlarını akredite olarak kabul ederler. Bu standartlarda sapma veya düşme olduğu belirlenen yükseköğretim kurumları veya programları, uyarıya rağmen bunları düzeltmezlerse akreditasyonları kaldırılır.

Akreditasyon, bir defaya mahsus yapılan bir işlem değildir, tam aksine uzun dönemlidir ve periyodik değerlendirmelere dayanır. Yani akreditasyon, bir kere akredite olan bir kurumun belgelenen niteliklere sürekli sahip olacağı anlamına gelmez, belirli aralıklarla yenilenmesi gerekir.

Akreditasyon, süreç ve sonuç aşamasında kurumlara pek çok fayda sağlamaktadır. Akreditasyon, programların tek tek iyileştirilmesinin yanı sıra eğitim

Akreditasyonun tıp fakültelerinde bu denli önemsenmesinin ardında yatan temel unsur, doktorların yetiştikleri ülkelerin sınırlarının ötesinde çalışma oranlarının artmış olmasıdır. Bu durum, farklı ülkeler arasında seyahat etmekte olan doktorların sundukları sağlık hizmetinin kalitesinin güvenceye alınmasını gerektirmektedir. Yakın bir gelecekte, doktorların aldıkları eğitimin akreditasyonunun, uluslararası kabul görürlüğün ön koşulu olarak istenmesi muhtemeldir.

sisteminin bir bütün olarak gelişmesine de hizmet etmektedir. Ziyaret ekiplerinin saptamaları, tüm sistemde geçerli olan sorunları tespit etmeye yardımcı olur, ortaya konan bulgular eğitimin geliştirilmesi amacıyla kullanılabilir. Standartların belirlenmesi ve fakültelerin bu standartlara erişme ve bunları aşma çabalarına paralel olarak, sistem sürekli gelişme felsefesini kazanır.

Yükseköğretimde kalite için standardizasyonun ve akreditasyonun yararları, bugün tereddütsüz kabul edilen bir gerçektir. Standardizasyon, organizasyonel performansı artıracak önemli bir uygulamadır. Ancak standardizasyonun hangi alanlarda olacağı ve standartların sınırları iyi belirlenmelidir. Atılacak adımların oldukça dikkatli atılması gerekir çünkü kalite güvencesi, üniversite özerkliği, milli kültür ve üniversitenin yerel şartlara uygun hareket etmesi gerektiği gibi konularla yakından ilgilidir.

Küreselleşme sürecinde başarılı olmak için gerekli olan iki temel öge, öğretim elemanları ve öğrencilerdir. Öğretim üyelerinin akredite olmayı hedefleyen yeni programların hazırlanmasında ve uygulamasında gösterecekleri çaba ve bu çabaya öğrencilerin vereceği uyum, başarını anahtarı olarak değerlendirilebilir. Yönetimlerin Bologna sürecini desteklemeleri, öğretim elemanı ve

öğrencilerin anlayış ve uyumunu kolaylaştırıp hızlandıracaktır. Küreselleşen eğitim-öğrenim rüzgârının gerisinde kalmak bireysel, kurumsal ve ulusal alanda rekabet gücünün zayıflamasına neden olacaktır.

Bir üniversitenin niteliğini belirleyen en önemli unsur belki de kökeninde yatan “evrensellik” anlayışıdır. Bu yüzden, üniversite kavramı yerel koşullar çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla uluslararası düzeyde ve standartlarda değerlendirilmelidir. Üniversitelerin işlevi yerelliği evrensellekle harmanlamak, evrensel standartlara uygun yapılar ve bu yapılardan mezun olacak bireyler yetiştirmektir. Ülkemizdeki üniversiteler için de değerlendirme kriteri sadece Türkiye ortalamaları olmamalı, uluslararası başarılar elde etmedikçe yapılan işte başarılı oldum rehabetine kapılmamalıdır.

Son yıllarda kalite güvencesinin yaygınlaşmasının en önemli nedenlerinden birisi de yükseköğretim kurumlarının, kalite değerlendirmesinin karşılaştırmalı avantajını kullanarak uluslararası yükseköğretim pazarına girme arzularıdır. Yükseköğretimde başarılı öğrencileri çekme, yetenekli araştırmacı ve öğretim üyelerini istihdam etme yarışında ön plana çıkabilmenin ilk şartlarından birisinin öğretim, araştırma ve yönetim düzeylerinde kaliteyi sağlamak ve bunu paydaşlara sunmak olduğu görülmektedir. Yükseköğretimde uluslararası öğrenci hareketliliği artış eğiliminde olduğu için, ülkeler için diğer ülkelerdeki programların kalitesinden emin olmak gittikçe daha fazla önem kazanmaktadır. Öğrencilere sahte diploma, yükseköğretim kurumlarına ise sahte akreditasyon satmak isteyen “akreditasyon fabrikaları” çok sayıda ülkede faaliyet göstermektedirler. Bu gibi sorunları ortadan kaldırmak için gelişmiş ülkelerde akreditasyon kurumlarını “akredite eden” üst kamusal organlar ya da kar amacı gütmeyen saygın özel kurumlar faaliyet göstermektedir. Uluslararasılaşmanın doğurduğu bu risklerin ortadan kaldırılması, diğer ülkelere alınan diplomaların denkliklerinin tanınmasına yönelik sorunların giderilmesi gibi kaygılar yükseköğretimde kalite değerlendirmesini gerekli kılan faktörler arasında görülmektedir.

Tıp eğitimi ve akreditasyon

Tıp eğitimi, tıp fakültesine girişle başlayan ve emekliliğe kadar süren yaşam boyu bir eğitimidir. Amacı toplum sağlığını en yüksek düzeyde tutacak “iyi hekim” yetiştirmektir. Tıp eğitim programının akreditasyonu, programın gerekli şartlara, standartlara ve mevzuata uygunluğunun, bu konuda yetkilendirilmiş bağımsız kuruluşlar tarafından değerlendirilmesi ve onaylanmasıdır.

Türk Tabipler Birliği’nin “2010, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu”na göre 1990 yılında eğitim veren tıp fakültesi sayısı 25 iken bu sayı 2000 yılında %88 artışla 47’yi bulmuş. Benzer artış sonraki yıllarda da devam etmiş, 2012 yılında öğrenci alan tıp fakültesi sayısı 74’e yükselmiş. Kurulmuş olan ancak öğrenci almayanlar ile birlikte bu sayı 85-90 olmaktadır. Bu önlenemez artışın devam etmesi halinde 2020 yılında toplam tıp fakültesi sayısının 100’ü geçeceğini söylemek abartı olmaz. Buna karşılık Almanya’da tıp fakültesi sayısının 41, Fransa’da 52 olduğunu hatırlatmakta fayda var.

Nicelik olarak baş döndürücü olan bu artış, nitelik açısından da aynı etkiyi göstermekte mi? Yeni açılan tıp fakültelerinin bile taban giriş puanlarının yüksek olması öğrencilerin niteliği açısından bir sorun olmadığını gözler önüne serse de tıp fakültelerinin kapısından adım atamaz kaşıma çıkan akademik ortam açısından aynı gözlemi yapmak mümkün olmamaktadır.

Tıp eğitiminde standartlar, tıp mesleğinin kalitesinin korunmasında bir araç olmalıdır. Standartlara gereksinimin başka bir nedeni ise kabul edilebilir, dışarıdan belirlenmiş standartları ve rehberliği olmayan, yeni açılmakta olan tıp fakültelerinin varlığıdır. Eğitim kalitesi hakkında şüphelere yol açan tıp fakültelerinin sayısındaki artış, klinik eğitim için uygun altyapı ve araştırma olanaklarını sağlamak gibi temel gereksinimleri ihmal etme eğilimini doğurmuştur. Bu durum, tıp eğitimi kalitesi için açık bir tehdittir.

Yükseköğretim ile ilgili gelenek ve yapılanma konusunda bazı benzerlikler olsa da, tıp eğitimi birkaç farklı biçimde gelişmiştir. Bu farklılıkların nedenleri arasında; kültürel alt yapı, öğretim geleneği, sağlık ve hastalık spektrumu ve sosyoekonomik durum sayılabilir.

1990’lı yıllarda tıp fakülteleri arasında işbirliği ve ulusal alanda çalışmalar başlamıştır. 2001’de Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) oluşturulmuş ve toplumun gereksinimlerine yönelik nitelikli hekim yetiştirmek için eğitim programlarında yer alması gereken konular ve yetkinlikler standardize edilmeye çalışılmıştır.

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME), 2005’de mezuniyet öncesi tıp eğitimi, mezuniyet sonrası eğitim ve sürekli mesleki gelişim alanları için referans çerçeveler oluşturmuş ve ulusal düzeydeki gereksinimlere uyarlanarak tıp eğitiminin standardizasyonu ve akreditasyonu için kullanılmasını önermiştir.

Tıp Dekanları Konseyi inisiyatifinde Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK)

2008'de kurulmuştur. Ülkemizde UTEAK tarafından başlatılan akreditasyon süreci, WFME global standartları çerçevesinde yapılandırılmıştır. Önceden belirlenmiş olan standartlara kurumların kendi uygunluklarını değerlendirdikleri öz-değerlendirme raporu ve kurumlara yapılacak değerlendirme ziyaretleri akreditasyon kararı için belirleyici olmaktadır. YÖK'ün 30 Kasım 2011'in sonunda UTEAK'ı mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ulusal kalite güvence kuruluşu olarak tanımış olması sürece derinlik kazandırmıştır. Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği ve UTEAK'ın amaç ve hedefleri, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için tıp fakültelerinde verilen tıp eğitim ve öğretiminin geliştirilmesi ve niteliğinin iyileştirilmesi, kurumlara yol göstermek, gelişimlerini desteklemek, işleyiş ve sürekliliğini izlemektir. UTEAK, tıp eğitimin ulusal standartlarını uzun bir çalışmadan sonra yayınladı ve 2009 Haziran ayında başvuru kabulüne başladı. O günden bugüne kadar, 23 tıp fakültesi başvuruda bulundu. Bunlardan 16'sının standartları karşıladıkları kabul edilip tam akreditasyon verildi. Diğer fakültelere geribildirimler verilerek önerilerde bulunuldu. Bu fakültelerin akreditasyon süreçleri devam etmektedir.

Bugüne kadar akredite olan tıp fakülteleri: Akdeniz, Başkent, Dokuz Eylül, Ege, Erciyes, Gazi, Hacettepe, Kocaeli, Marmara, Ondokuz Mayıs, Pamukkale, Uludağ, Çukurova, Mersin, Celal Bayar ve Ankara Üniversiteleridir.

Tıp öğrencileri değişim programları, doktor göçü ve sınır ötesi eğitimle birlikte küreselleşmenin gelişmesi, tıp eğitiminde uluslararası standartlara olan gereksinimlere odaklanmaya neden olmuştur. Bu durum, farklı ülkeler arasında seyahat etmekte olan doktorların sundukları sağlık hizmetinin kalitesinin güvenceye alınmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki değişiklikler, kurumsal tutuculuk, yeni tıp fakültelerinin sayısındaki artış konularındaki ulusal sorunların ve güçlüklerin çözümünde standartların saptanması zorunludur. Ulusal düzeydeki akreditasyonun amacı, dünyanın farklı bölgelerindeki fakültelerden mezun olan hekimlerin belirli bir seviyenin üzerinde olduklarının gösterilmesidir. Yakın bir gelecekte, doktorların aldıkları eğitimin akreditasyonunun, uluslararası kabul görürlüğün ön koşulu olarak istenmesi muhtemeldir.

Program geliştirmedeki ve tıp eğitimi yönetimindeki yeni eğilimler, uluslararası standartların belirlenmesi çabalarını kolaylaştırmıştır. Bu noktada, fikirlerin paylaşılması, en iyi uygulamanın yaygınlaştırılması, kalite güvencesinin sağlanması ve tıp eğitiminin standardını

yükseltmeye çalışmak için kullanılmalıdır. Bu standartlar, özellikle akreditasyon süreçleri için iyi birer araç olarak görülmektedir. Tüm eğitim kurumlarının bu standartlardan yararlanması, tıp eğitiminin niteliğini arttırarak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve toplum sağlığına katkı sunması sağlanmalıdır. Akreditasyon sürecinde sorumluluk üstlenecek kurumlar da net bir şekilde tanımlanmalıdır. Bu tanımlamalarda şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri atlanmamalıdır. Akreditasyon yetkisini elinde bulunduran kurumlar tüm camiaya kapısını açık tutabilmelidir.

Ülkemizdeki tıp fakültelerinin hemen hepsinin eğitim programlarının amaç ve hedeflerinin uyumlu olduğu ÇEP'in yanı sıra, Bologna Süreci kapsamında oluşturulan Türkiye Ulusal Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi (TUYYÇ) ve Sağlık Temel Alanı Yeterliliklerini de göz önüne alarak Bologna Süreci'nin öngördüğü program çıktılarına dayalı yaklaşımla öğrencilerin ve dış paydaşların katkı ve katılımı alınarak düzenlemeler yapılması doğru olacaktır.

Tıp fakültelerimizin karmaşık ve çok etkenli yapıları düşünüldüğünde, özenle oluşturulmuş ve doğru yönetilen akreditasyon sistemlerinin kaliteye aracılık edeceği açıktır. Ancak akreditasyon standartlarının toplumun öncelikli ihtiyaçlarına göre düzenlenmesi gereklidir. Öğrencilerin sadece uluslararası kabul görmüş kıstaslara göre eğitim almasını güvenceye almak, toplumun ihtiyaçlarına yanıt verileceği anlamına gelmemektedir. Akreditasyona esas oluşturacak standartlar, kısa ve uzun vadeli geleceğin ihtiyaç duyacağı hekim profiline uygun çerçevede yapılandırılmalıdır. Standartlar sadece dar bir grubun görüşlerini yansıtır konumda olmamalı, sağlık bakanlığının, yükseköğretimin merkezi planlayıcılarının, tüm üniversite ve tıp fakültesi yöneticilerinin, ülke içerisinde ilgili alandaki tüm akademisyenlerin, asistanların, öğrencilerin ve halkın eleştirel değerlendirmesine açık olmalıdır. Standartlar, köklü fakültelerimizin tarihi birikimleri olan geleneklerinden vazgeçmelerine yol açarak kurumların birbirini tamamlar nitelikteki çeşitliliklerini tehlikeye sokmamalı, belirli bir çekirdeği muhafaza ederken, mutlaka esnekliklere izin veren ve yenilikleri teşvik eden yapıda olmalıdır.

Akreditasyonun tıp fakültelerinde bu denli önemsenmesinin ardında yatan temel unsur, doktorların yetiştikleri ülkelerin sınırlarının ötesinde çalışma oranlarının artmış olmasıdır. Bu durum, farklı ülkeler arasında seyahat etmekte olan doktorların sundukları sağlık hizmetinin kalitesinin güvenceye alınmasını gerektirmektedir. Diğer bir deyişle, ulusal

düzeydeki akreditasyonun amacı dünyanın farklı bölgelerindeki fakültelerden mezun olan hekimlerin belirli bir seviyenin üzerinde olduklarının gösterilmesidir. Akreditasyon sürecinde sorumluluk üstlenecek kurumlar da net bir şekilde tanımlanmalıdır. Bu tanımlamalarda şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri atlanmamalıdır. Akreditasyon yetkisini elinde bulunduran kurumlar tüm camiaya kapısını açık tutabilmelidir.

21. yüzyılda temel kalite güvencesine sahip olmayan ve akreditasyon çalışmalarından geçerek akredite olmayan yükseköğretim kurumları veya programlarının, varlıklarını sürdürmeleri mümkün görünmemektedir. Eğitimde kaliteye ulaşmak için akreditasyon yolunda yapılacak işler zahmetli olabilir. Ancak unutulmamalıdır ki "dağ ne kadar yüce olsa da yol onun üstünden aşar."

Kaynaklar

Aktan C.C, Gencel U, Yüksek Öğretimde Akreditasyon Yaşar Üniversitesi Yayını, 2007

Bakioğlu A, Baltacı R, Akreditasyon Eğitimde Kalite, 2010

Belenli İ, Günay D, Öztemel E, Demir A, Şerifoğlu S, Funda, Elmas M, Eryiğit R, Aydın O, Kılıç M (2011), Türkiye Yükseköğretim Kurumları İçin Kalite Güvence Oluşumu Üzerine Bir Model Önerisi, Türkiye Yükseköğretimi için Stratejik Tercihler Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 1(3),128-33

Council for Higher Education Accreditation, 2009

Çelik Z (2012), Bologna Süreci'nin Avrupa Yükseköğretim Sistemi Üzerine Etkileri, Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 2(2), 100-5

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Tıp Eğitiminde Niteliğin Geliştirilmesi için Evrensel Standartlar Avrupa Spesifikasyonları, 2007

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi UTEAK Değerlendirme Raporu, 2011

http://www.enqa.eu/pubs_occasional.lasso (Erişim tarihi: 22.05.2013)

<http://www.uteak.org> Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (Erişim tarihi: 20.05.2013)

<http://www.yok.gov.tr> (Erişim tarihi: 18.05.2013)

Karle H (2008), International Recognition of Basic Medical Education Programs. Medical Education, 42, 12-7

MEDINE, Avrupa Tıp Eğitimi Tematik Ağı Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Tıp Eğitiminde Niteliğin Geliştirilmesi için Evrensel Standartlar Avrupa Spesifikasyonları, 2007

Özer M, Gür B, Küçükcan T (2011), Kalite Güvencesi: Türkiye Yükseköğretimi için Stratejik Tercihler, Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 1(2), 59-65

Sayek İ, Batı H, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Ulusal Standartları, 2011

Süngü H, Bayrakçı M (2010), Bologna Süreci Sonrası Yükseköğretimde Akreditasyon Çalışmaları, Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 8(4), 895-912

TEPDAD tüzüğü (Sürüm 1.1 - 02.07.2010)

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde akreditasyon

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk



1968 yılında Trabzon'da doğdu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). 1998 yılında Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde aile hekimliği uzmanlık eğitimini tamamladı. 1999-2006 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 2006-2009 arasında Suudi Arabistan Sağlık Bakanlığı'nda görev yaptı. 2009 yılından beri Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığını yürütmektedir.

Vaktiyle ayakkabı esnafından biri müşterisine özür, hatalı bir pabucu sağlam diye satması üzerine ilgili şahıs Ahî temsilciliğine şikâyet edilmiştir. Yetkililer durumu incelemiş ve müşterinin haklılığı ortaya çıkınca, müşterinin zararı tazmin edildikten sonra kötü mal imal eden ayakkabıcının pabucu halkın huzurunda, merasimle dama atılmıştır. Bu uygulama esnafın, esnaflığının sona

ermesi anlamına gelmektedir. Çünkü bu iş yerinden artık hiç kimse alışveriş yapmayacaktır.⁽¹⁾

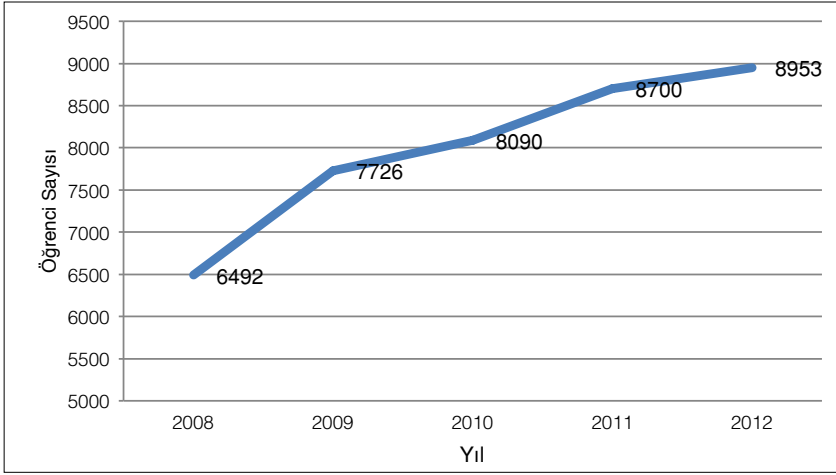
Ahi temsilciliklerinin işlevini bugün meslek örgütleri ve tüketici birlikleri devralmış durumdadır. Ancak şurası bir gerçek ki, kaliteli ürün elde edebilmek, tarih boyunca bir tüketici hakkı olarak görülmüştür.

Akreditasyon, yeterliliğin, yetkinliğin veya

kredibilitenin belgelendirildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır.⁽²⁾ Günümüzde topluma hizmet sunan kurum ve kuruluşların akredite olması gerekliliği üzerinde uzlaşmış bir konudur. Bu gerekliliği savunan iki görüş şunlardır:

1. Bireylerin ve toplumun menfaatleri her zaman hekimlerin menfaatlerinin önünde gelir;⁽³⁾
2. Bir meslekte profesyonel sorumlulukların düzenlenmesi (self-regulation)





Grafik 1: Türkiye’de 2008-2012 arasında tıp fakültesi öğrenci kontenjanları

tüm meslekler için vazgeçilmez bir prensiptir.⁽⁴⁾

Türkiye’de liselerden her yıl bir buçuk milyona yakın öğrenci mezun olmaktadır. Bunların yarıya yakını 1500 yükseköğretim programlarından birine yerleştirilmektedir.⁽⁵⁾ Bu yükseköğretim programları içerisinde 499 adet sağlıkla ilgili program, bunların içerisinde de 74 adet tıp fakültesi bulunmaktadır.⁽⁶⁾

Türkiye’de hekim sayısı Avrupa ülkelerine göre azdır. Bazı branşlarda ülke ihtiyacına ulaşılmış olsa da özellikle aile hekimi sayısı açısından 20 bin civarında bir açık söz konusudur. Bununla birlikte, son zamanlarda çok sayıda yeni tıp fakültesi de açılmış ve tıp fakültelerinin 1. sınıflarındaki toplam öğrenci sayısı 10 bine yaklaşmıştır (Grafik 1).⁽⁷⁾ Bu gelişme iki önemli sorunu gündeme getirmektedir:

1. Yakın gelecekte ihtiyaç fazlası tıp fakültesi mezunu oluşma ihtimali vardır (nicelik sorunu); dolayısıyla iyi bir projeksiyon çalışması gerekmektedir.⁽⁸⁾

2. Mevcut tıp fakültelerinin altyapı, eğitici ve program yeterlilikleri önemli farklılıklar olabilir (nitelik sorunu).

Bu yazıda tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi tıp eğitimi kaliteleri ve bu çerçevede akreditasyon sürecinin önemi ve özelliklerinden bahsedilecektir.

Flexner dönemi

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde akreditasyon üzerinde düşünürken Amerika Birleşik Devletleri’nin 1900’lü yıllardaki durumuna bakmak önemli fikirler verebilir. Hiç şüphesiz 100 yıl sonrasında aynı sorunları yaşıyoruz demek abartı olacaktır. Bununla birlikte ABD’nin geçirdiği sürecin bilinmesi, konuya önemli bir bakış açısı sağlayacaktır.

Tarihsel süreçte tıp eğitiminin bir usta-

çırak ilişkisinde geliştiği bilinmektedir. Türk ve İslam tarihinde Gevher Nesibe gibi yapılandırılmış tıp eğitiminin verildiği medrese ve külliye olmakla birlikte, Batı’da ilk tıp fakülteleri İngiltere’de açılmıştır. ABD’de hekimlik yapmakta olan kişilerin bazıları Avrupa’daki tıp fakültelerinden mezun olmakla birlikte, çoğunluğu yapılandırılmış bir eğitime tabi olmamıştı. 1900’de var olan 500 tıp fakültesi arasında ise altyapı, eğiticiler, eğitim yöntemi ve müfredat içeriği açısından ciddi farklılıklar vardı. Hekimlerin çoğu genel pratisyen olarak görev yapmaktaydı.

Bu ortamda ABD hükümeti tıp eğitiminin kalitesini artırmak ve eğitimi standardize etmek amacıyla bir çalışma yaptırdı. Bu çalışmanın sonucu olan ve *Flexner Raporu* olarak bilinen kararların uygulanmasıyla yaklaşık 400 tıp fakültesi kapatıldı ve branşlaşmaya doğru bir yöneliş başladı.⁽⁹⁾

Tıp Eğitimi İrtibat Komitesi (Liaison Committee on Medical Education – LCME)

ABD Eğitim Bakanlığı LCME’yi tıp hekimi yetiştiren eğitim programlarının akreditasyonu için yetkili kurum olarak tanımaktadır. 1942 yılında kurulan LCME’nin yönetiminde tıp eğitimcileri ve yöneticileri, çalışan hekimler, halktan üyeler ve tıp öğrencilerinden oluşan 17 üye bulunmaktadır.⁽¹⁰⁾ Tıp fakülteleri dernekleri ve Amerikan Tıp Birliği (AMA) altışar üye vermektedir. LCME, “tıp fakültesinin yapısı ve standartları” (Functions and Structure of a Medical School) isimli dokümanında beş maddeli bir yapı tanımlamaktadır.⁽¹¹⁾

- I. Kurumsal yapı
 - A. Yönetim ve işletme
 - B. Akademik çevre
- II. Tıp hekimliği eğitim programı
 - A. Öğrenim hedefleri

Türkiye’nin 2001 yılında katıldığı Bologna Sürecinde son yıllarda üniversitelerin eğitim içeriğinin şeffaflaşması ve öğrenci değişimini kolaylaştırmak için standartların belirlenmesi yönünde önemli gelişmeler olmaktadır. Bologna Sürecinin 10 temel esası arasında olan karşılaştırılabilir dereceler, hareketlilik, uluslararasılaşma ve kalite güvencesinin sağlanması için de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde akreditasyon çok önemlidir.

B. Yapı

1. Genel tasarım
2. İçerik
- C. Öğretim ve değerlendirme
- D. Müfredat yönetimi
- Roller ve sorumluluklar
- E. Program etkinliğinin değerlendirilmesi
- III. Tıp öğrencileri

A. Kayıt

1. Üniversite öncesi eğitim şartları
2. Seçim
3. Ziyaretçi öğrenciler ve yatay geçiş öğrencileri

B. Tıp öğrencisi hizmetleri

1. Akademik danışmanlık ve kariyer danışmanlığı
2. İktisadi yardım danışmanlığı ve kaynakları
3. Sağlık hizmetleri ve kişisel danışmanlık

C. Öğrenme ortamı

IV. Öğretim elemanları

- A. Sayı, kalifikasyon ve işlevleri
- B. Personel politikaları
- C. Yönetim
- V. Eğitim kaynakları
 - A. Finans
 - B. Genel imkânlar
 - C. Klinik eğitim imkânları
 - D. Bilgi kaynakları ve kütüphane hizmetleri



LCME standartlarından "II. Tıp hekimliği eğitim programı" başlığından bazı standartlar, örnek olarak aşağıda verilmiştir:

B. Yapı

1. Genel tasarım

ED-4. Bir tıp fakültesi eğitim programında en az 130 haftalık ders bulunmalıdır.

ED-5. Bir tıp eğitimi müfredatı genel bir profesyonel eğitim sunmalı ve tıp öğrencilerini uzmanlık eğitimine hazırlamalıdır.

ED-5-A. Bir tıp eğitimi müfredatı, öğrencinin yaşam boyu öğrenme için gerekli becerileri kazanması için aktif öğrenme ve bağımsız çalışma fırsatları sağlamalıdır.

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (World Federation of Medical Education – WFME)

WFME 1972'de kuruldu. 2003 yılında WFME tarafından temel tıp eğitimi,⁽¹²⁾ mezuniyet sonrası eğitim⁽¹³⁾ ve sürekli mesleki gelişim⁽¹⁴⁾ konularında standartlar yayımlandı. WFME'nin temel tıp eğitimi standartları dokuz ana başlık altında toplanmıştır:

1. Misyon ve hedefler
2. Eğitim programı
3. Öğrencilerin değerlendirilmesi
4. Öğrenciler
5. Akademik ekip
6. Eğitim kaynakları
7. Program değerlendirme
8. Yönetim
9. Sürekli yenileme

WFME standartları, Türkiye dâhil birçok ülkede uyarlanmış ve aynen veya değiştirilerek kullanılmaktadır.

Avicenna Tıp Veritabanı (ATV)

Tıp eğitiminin kalitesini ve akreditasyonu tartışırken dikkate almamız gereken diğer bir unsur, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çabaları ve Avicenna (İbni Sina) Tıp Veritabanı'dır. DSÖ'nün belli kriterler çerçevesinde dünyadaki tıp fakültelerinin listesini yayınlamaya başlaması, önemli bir standardizasyon çabası sayılabilir (Tablo 1). 1953'ten beri devam eden bu uygulama, halen Kopenhag ve WFME işbirliği ile sürmektedir.⁽¹⁵⁾ Bir tıp fakültesinin ATV listesine girebilmesi için aşağıdaki koşulları sağlaması gerekmektedir:

1. Temel tıp eğitimi programı olmalıdır.
2. Yüz yüze eğitim için düzenli öğrenci almalıdır.
3. Bulunduğu ülkenin bireyleri kaydolabilmelidir.
4. En az bir kampüsü olmalıdır.
5. Ülkenin resmi otoritesi tarafından tanınmalıdır.

DSÖ, WFME işbirliği

Tıp eğitiminin akreditasyonunda önemli bir husus da DSÖ ile WFME işbirliğidir. Bu işbirliği sonucunda 2004 yılında temel tıp eğitiminin akreditasyonu için bir rehber yayımlanmıştır.⁽¹⁶⁾ Bu rehberde bölgesel ve ulusal standartların oluşturulmasının yanında iç ve dış değerlendirme teşvik edilmektedir.

WHO/WFME rehberinde uygun bir akreditasyon için aşağıdaki bileşenlerin olması önerilmektedir:⁽¹⁷⁾

1. Devletin/otoritenin zorlaması
2. Devletten ve hizmet sunucularından (üniversitelerden) bağımsız olma
3. Güvenilirlik ve taraflar tarafından tanınma
4. Şeffaflık
5. Önceden tanımlanmış genel ve disipline özgü kriterler
6. Dış uzmanların kullanılması
7. Öz değerlendirme ve inceleme ziyaretlerini birleştiren bir prosedür
8. Yönetmelik karar
9. Rapor ve kararların yayımlanması

Türkiye'de tıp eğitiminin akreditasyonu

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye'de de tıp eğitiminin akreditasyonuna yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu faaliyetlerden önemlisi, TıpDek – UTEAK – TEPEAD sürecidir. 2002-2007 döneminde, Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Komisyonundaki çalışmalara, YÖDEK tarafından getirilen öneriler dikkate alınarak ve mühendislik fakültelerindeki örnek kullanılarak Tıp Dekanları Konseyi (TıpDek) inisiyatifinde Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) 2008'de kuruldu.⁽¹⁸⁾ Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği'nin (TEPAD) 2010 yılında kurulmasıyla UTEAK resmi bir hüviyete kavuşmuş oldu ve faaliyetlerini TEPEAD çatısı altında yürütmeye başladı. Yükseköğretim Kurulu'nun 30.11.2011 tarihli toplantısında TEPEAD'ın bir yıl süre ile geçerli olmak üzere Kalite Değerlendirme Belgesi alması kararlaştırıldı.⁽¹⁹⁾ Bu süreçte, bugüne kadar 12 tıp fakültesine tam akreditasyon verildi. TEPEAD üyesi olabilmek için Ulusal Tıp Eğitimi Akredi-

tasyon Kurulu ve alt komisyonlarında en az bir yıl görev yapmış olmak veya tıp eğitimi programlarının değerlendiriciliğini yapan TEPDAD ve benzeri ulusal ya da uluslararası kuruluşlarda en az bir kez değerlendirme takımında yer almış olmak gerekmektedir.⁽²⁰⁾

Diğer taraftan ABD ile karşılaştırıldığında 40 yıl gecikmeli de olsa, mezuniyet öncesi tıp eğitiminin akreditasyonu konusunda Türkiye’de genel bir bilinçlenmenin de oluşmaya başladığı söylenebilir. Bu çalışmaların arasında 10-11 Mart 2012 tarihlerinde Erzurum’da düzenlenen Tıp ve Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Kalite ve Akreditasyon Sempozyumu gösterilebilir.⁽²¹⁾

Sonuç

Tıp eğitimi programlarının akreditasyonu, tüm dünyada önemsenen ve özellikle gelişmiş ülkelerde onlarca yıldır uygulanan bir konudur. ABD’de mezuniyet öncesi tıp eğitimi (Liaison Committee on Medical Education), mezuniyet sonrası tıp eğitimi (Accreditation Council for Graduate Medical Education) ve sürekli tıp eğitimi (Accreditation Council for Continuing Medical Education) için ayrı ayrı yetkili kuruluşlar vardır. Avrupa’da da Bologna süreci ve European Union of Medical Specialists gibi kuruluşların tıp eğitiminin kalitesini artırmaya yönelik benzer bir misyon üstlendiklerini söyleyebiliriz.

Tıp eğitimi veren bir kurumun bazı sorumluluklarının olması gerekir. Bunların arasında hizmet edilen toplumun denetimine açık olma ve şeffaf davranma çok önemlidir. Dünyada sınırların hızla kalktığı ve hekim hareketliliğinin arttığı dikkate alınırsa, yakın gelecekte tıp eğitiminin uluslararası ihtiyaçlara göre şekillenmesi de beklenmelidir.⁽²²⁾ Bugün için tıp eğitiminde uluslararası bir akreditasyon uygulaması olmasa da gelecekte sürecin bu yönde ilerlemesi de söz konusu olabilecektir.⁽²³⁾

Son olarak Bologna Sürecinin de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde akreditasyon sürecine etkisinden bahsetmek gerekir. Türkiye’nin 2001 yılında katıldığı süreçte son yıllarda üniversitelerin eğitim içeriğinin şeffaflaşması ve öğrenci değişimini kolaylaştırmak için standartların belirlenmesi yönünde önemli gelişmeler olmaktadır. Bologna Sürecinin 10 temel esası arasında olan karşılaştırılabilir dereceler, hareketlilik, uluslararasılaşma ve kalite güvencesinin sağlanması için de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde akreditasyon çok önemlidir.⁽²⁴⁾

Ahi teşkilatlarından günümüze çok zaman geçti. Geçen zamanda medeniyetimizin gelişmesi ve gelişmiş ülkelerin üzerine çıkması beklenir. Tıp

eğitiminin kalitesinin ne kadar sağlandığı ve güvenceye alındığı, bu gelişmişliğin göstergelerinden biri olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Bayram A. Deyimler ve Öyküleri - II. HÜDİL. 2010(2):18.
- 2) Accreditation. Wikipedia; Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Accreditation>.
- 3) Lingren SK, H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. Med Teach. 2011; 3:667-72.
- 4) Medical professionalism in the new millenium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002;136(3):243-6.
- 5) Milli Eğitim Bakanlığı İstatistikleri. 2010; http://sgb.meb.gov.tr/istatistik/meb_istatistikleri_orgun_egitim_2009_2010.pdf. (Erişim tarihi: 18.05.2013)
- 6) YÖK, SB, DPT. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. Ankara: Yükseköğretim Kurulu, 2010.
- 7) Geçmiş Yıllara Ait Sayısal Bilgiler. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi; Available from: <http://www.osym.gov.tr>.
- 8) Aktürk ZI, M. The Need for Medical Doctors in Turkey: A Projection Plan from 2013 to 2033 with Emphasis to Family Medicine. Euras J Fam Med. 2013;2(4):33-6.
- 9) Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliğinin Tarihçesi. In: Bozdemir N, Kara İH, editors. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2010.
- 10) Liaison Committee on Medical Education. Members of the LCME [18.05.2013]; Available from: <http://www.lcme.org/members.htm>.
- 11) Liaison Committee on Medical Education. Functions and Structure of a Medical School. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. . May 2012.
- 12) World Federation for Medical Education 2003a. Basic medical education. WFME global standards for quality improvement. Copenhagen: WFME Office.
- 13) World Federation for Medical Education 2003b. Postgraduate medical education. WFME global standards for quality improvement. Copenhagen: WFME Office.
- 14) World Federation for Medical Education 2003c. Continuing professional development (CPD) of medical doctors WFME global standards for quality improvement Copenhagen: WFME Office.
- 15) AVICENNA Directories. University of Copenhagen, <http://avicenna.ku.dk/database/medicine/>. (Erişim tarihi: 18.05.2013)
- 16) WHO-WFME Task Force on Accreditation. Accreditation of medical education institutions: Report of a technical meeting. Copenhagen: World Health Organization, 2005.
- 17) World Health Organization, World Federation for Medical Education (WHO/WFME). WHO-WFME guidelines for accreditation of basic medical education. WHO/WFME, 2005.
- 18) Sayek İ. UTEAK. Ulusal Tıp Eğitimi ve Akreditasyon Kurulu; http://uteak.org.tr/uteak_tepdad/1. (Erişim tarihi: 18.05.2013)
- 19) TEPDAD Tanıtım. Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Demeği; http://uteak.org.tr/uteak_tepdad/5. (Erişim tarihi: 18.05.2013)
- 20) TEPDAD Tüzüğü. Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Demeği, <http://uteak.org.tr/uploads/TEPDADTuzuk.pdf>. (Erişim tarihi: 18.05.2013)
- 21) Aktürk Z. Tıp ve Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Kalite ve Akreditasyon Sempozyumu. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012 http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012_1/index.html - SABA. (Erişim tarihi: 18.05.2013)
- 22) Lindgren S, Brannstrom T, Hanse E, Ledin T, Nilsson G, Sandler S, et al. Medical education in Sweden. Med Teach. 2011;33(10):798-803. Epub 2011/09/29.
- 23) Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. Med Teach. 2011;33(8):667-72. Epub 2011/07/22.
- 24) The Bologna Process 2020 - The European Higher Education Area in the new decade (Leuven/ Louvain-la-Neuve Communiqué, April 2009). European Higher Education Area; <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=3>. (Erişim tarihi: 18.05.2013)

Tablo 1: Farklı tarihlerde erişilen Avicenna Tıp Veritabanı listesinden bazı ülkelerin tıp fakültesi sayıları

T
Tajikistan [1]
Tanzania (United Republic of) [3]
Tanzania, United Republic of [1]
Thailand [17]
The former Yugoslav Republic of Macedonia [1]
Togo [1]
Trinidad and Tobago [1]
Tunisia [4]
Turkey [44]
Turkmenistan [1]
U
Uganda [3]
Ukraine [19]
United Arab Emirates [4]
United Kingdom [38]
United States [148]
unknown [14]
Uruguay [1]
Uzbekistan [10]
Erişim: 6 Ocak 2012

T
Tajikistan [1]
Tanzania, United Republic of [4]
Thailand [19]
The former Yugoslav Republic of Macedonia [1]
Togo [1]
Trinidad and Tobago [1]
Tunisia [4]
Turkey [54]
Turkmenistan [1]
U
Uganda [5]
Ukraine [19]
United Arab Emirates [5]
United Kingdom [36]
United States [153]
unknown [8]
Uruguay [1]
Uzbekistan [10]
Erişim: 18 Mayıs 2013

uteak.org.tr/uploads/TEPDADTuzuk.pdf. (Erişim tarihi: 18.05.2013)

21) Aktürk Z. Tıp ve Sağlık Bilimleri Eğitim Programları Kalite ve Akreditasyon Sempozyumu. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012 http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012_1/index.html - SABA. (Erişim tarihi: 18.05.2013)

22) Lindgren S, Brannstrom T, Hanse E, Ledin T, Nilsson G, Sandler S, et al. Medical education in Sweden. Med Teach. 2011;33(10):798-803. Epub 2011/09/29.

23) Lindgren S, Karle H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. Med Teach. 2011;33(8):667-72. Epub 2011/07/22.

24) The Bologna Process 2020 - The European Higher Education Area in the new decade (Leuven/ Louvain-la-Neuve Communiqué, April 2009). European Higher Education Area; <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=3>. (Erişim tarihi: 18.05.2013)

Mezuniyet sonrası tıp eğitimi akreditasyonu

Prof. Dr. Kamil Adalet



İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1979 yılında mezun oldu. Eğitime aynı fakültede devam eden Dr. Adalet, 1986'da İç Hastalıkları Uzmanı, 1990'da Kardiyoloji Uzmanı, 1989'da Doçent ve 1996 yılında Profesör oldu. 1988 ve 1992 yıllarında İngiltere'de görev yaptı. 2007 yılından beri Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı, Eylül 2011'den itibaren İ.Ü. Rektör Yardımcılığı ve İ.Ü. Hastaneleri Yönetim Kurulu Başkanlığı görevlerini sürdürmektedir. Aynı zamanda İstanbul Kardiyoloji Derneği Başkanı olan Dr. Adalet, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Tıp eğitiminin nihai hedefi, hastalara ve topluma mümkün olan en kaliteli sağlık hizmetini vermek olmalıdır. Tıp eğitiminin amaç ve hedefi evrensel bir nitelik taşısa da ülke koşulları ve sağlık politikaları göz önüne alınarak belirlenmelidir. Ancak bu hedef, tıp eğitimi başladığı günden beri tartışılmaktadır: Pratisyen hekim (veya aile hekimi), uzman adayı ya da akademisyen-araştırmacı hekim yetiştirmek... Mezuniyet sonrası tıp eğitimi için de benzer sorular sorulabilir: Amaç iyi bir uygulayıcı uzman mı,

yoksa akademisyen adayı mı yetiştirmek olmalıdır? Tartışmanın kaynağı, yanıtının karmaşıklık, belirsizlikler ve zorluklar içermesinde yatmaktadır. Zira tıp eğitimi tamamlayan bir hekim için seçenekler çok geniştir: Yeni mezun bir hekim pratisyen hekim, aile hekimi, uzman ya da akademisyen olmak isteyebilir tabii ki. Sanayide çalışmak, sağlık yöneticisi olmak gibi değişik seçenekleri de vardır. Hatta sanatçı, kuyumcu, turizmci, doğal tarımla uğraşan bir çiftçi ya da politikacı da olabilir. Bazen de ek sınavlar (TUS gibi) kariyerini istediği yönde ilerlemesine engel olabilir. Mezuniyet sonrasında

hekim nerede çalışacaktır? Sağlık ocağı, aile hekimliği, muayenehane, özel tıp merkezi, poliklinik veya hastane, kamu hastanesi, vakıf hastanesi ya da üniversite hastanesi... Bir de mecburi hizmetin gerektirdiği çalışma durumları ve koşulları var. Bunun ötesinde şartların zorlaması (TUS gibi) ya da kişisel tercihler nedeniyle aynı hekim mesleki kariyerinin değişik dönemlerinde bu seçeneklerin pek çoğunu kullanma durumunda kalabilir. Örneğin bir hekimin mecburi hizmet nedeniyle sağlık ocağında başladığı kariyeri, sırasıyla askeri hastane, kamu hastanesine uzmanlık eğitimi, üniversite



Tablo 1: Tıp eğitiminde akreditasyon kurumları

	Mezuniyet Öncesi	Mezuniyet Sonrası	STE/SMG
ABD	LCME	ACGME (Zorunlu)	ACCME
Avrupa Birliği	WHO/WFME AMEE	UEMS (Gönüllü)	EACCME
Türkiye	YÖK UTEAK	TUK TTB-UTEK Dernekler/Yeterlilik Kurulları (Gönüllü)	TTB-STE TUK

ABD: Amerika Birleşik Devletleri, LCME: *Liaison Committee for Medical Education*, ACGME: *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, ACCME: *Accreditation Council for Continuing Medical Education*, WHO: *World Health Organization*, WFME: *World Federation for Medical Education*, AMEE: *Association for Medical Education in Europe*, UEMS: *European Union of Medical Specialists*, EACCME: *European Accreditation Council for CME*, YÖK: Yüksek Öğretim Kurulu, UTEAK: *Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu*, TUK: *Tıpta Uzmanlık Kurulu*, UTEK: *Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu*, TTB-STE: Türk Tabipler Birliği

hastanesinde akademik kariyer, vakıf üniversitesi hastanesinde akademisyen, özel muayenehane, özel hastane ve aile hekimliği şeklinde bir seyirle sonlanabilir. Yani hekim için sağlık hizmeti, eğitmenlik, araştırmacılık ve yöneticilik yaşamının birer parçası olmuştur ya da olacaktır. Bir dönem iyi bir akademik konuşmacı ya da TV'de program sunucusu da olabilir. Hekim kırdı ya da kentte görev yapabilir. Kendi yurdunda ya da başka bir ülkede kariyerini sürdürebilir. Bu karmaşadan basit bir çözümle çıkabiliriz: Tıp eğitiminin amacı ve hedefi *kök hücre* yetiştirmek olmalıdır. Sorun, bunu nasıl yapacağımızda düğümlenmektedir.

Bu koşullarda tıp eğitiminin standartizasyon, harmonizasyon ve akreditasyonu son derece önemlidir. Bu standart, ülke koşullarına göre değişse de, temelde Batı'da ya da Doğu'da standart farklı olmamalıdır. Bunun gerekçesi, giderek globalleşen dünyada hekimlerin değişik ülkelerde çalışabilme ihtimalinin yaygınlaşması olmamalıdır. Gerçek gerekçe, insan hayatının dünyanın her yerinde eş değer ölçüde *değerli* ve *kutsal* olmasıdır. Standartizasyon "standart" hekim yetiştirmek olarak algılanmamalıdır. Akreditasyon ise *hedef* değil *eşik* olmalıdır. Ayrıca eğitiminin dinamik bir süreç olduğu asla unutulmamalıdır. Nitelim *The Accreditation Council For Graduate Medical Education (ACGME)* Başkanı Thomas J. Nasc tarafından NEJM 201 366; 1051 yayımlanan makalede de ABD'de akreditasyon sisteminin tümüyle 21. yüzyılın gereksinimlere göre yenileceği belirtilmiş ve 3 ana amaç tanımlanmıştır: "*Doktorların hakemli sisteme ("peer-review system") daha hazır olmalarını sağlamak, akreditasyonu eğitim çıktıları temelinde geliştirmek ve mevcut yapısal ve proses bazlı yaklaşımı azaltmak.*" Bu çerçevede, inovasyonun önemi de güçlü bir şekilde vurgulanmıştır. Bu makalede, kısaca tıp eğitiminde bahsetmekle birlikte uzmanlık eğitiminin akreditasyonuna odaklanmaya çalışacağım.

Tarihçe

Tıp eğitimini; mezuniyet öncesi eğitim, mezuniyet sonrası eğitim (uzmanlık eğitimi) ve sürekli tıp eğitimi şeklinde üç grupta değerlendirmek gerekir. Bu çerçevede tıp eğitiminin standartizasyonu son derece önemlidir. 1840 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de 7'si New York'ta olmak üzere 30 tıp okulu vardı. Ancak tüm hekimler bu okullardan dahi mezun değildiler ve eğitimin kalitesi tartışılmıyordu. 1847'de Amerikan Tıp Birliği (The American Medical Association - AMA) medikal alandaki etik standartları tanımladı. 1876'da Amerikan Tıp Koleji Birliği (The Association of American Medical Colleges - AAMC) medikal eğitimdeki reform yapmak üzere kuruldu. 1904'de ABD'de eğitimde yeniden yapılanmayı sağlamak amacıyla Amerika Tabipler Birliği (American Medical Association - AMA) tarafından Tıp Eğitim Konseyi (Council on Medical Education - CME) oluşturulmuş, 1908'de yayımlanan ilk raporda, eğitimdeki temel standartlar tanımlanmıştır.

Abraham Flexner, 1910'da ABD'de 18 aylık sürede 168 tıp fakültesini ziyaret ederek tıp fakültelerine giriş kriterleri, büyüklük ve eğitim olanakları, mali kaynakları ve laboratuvar olanakları, hastanenin durumu ve eğitici cerrah yapısı incelenerek kurumlar arası farklılıklar rapor haline getirilmiştir (Flexner Report). Bu rapor sonrasında 12 tıp okulu, kötü eğitim nedeniyle kapatılmış, 28'i ise değişik derecelerde etkilenmiştir. İlk kez 1912'de Devlet Tıp Kurulları Federasyonu (Federation of State Medical Boards) oluşumu ile lisans kavramı ortaya konmuştur. Daha sonra AMA önderliğinde Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyonu (Accreditation for Graduate Medical Education - ACGME) kurulu kurulmuş, tıp eğitimine standartlar belirlenerek hekimlik yapabilme lisans sınavlarını yerleştirilmiştir. Bu çerçevede

Temel tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve sürekli tıp eğitimi akreditasyonu zorunlu olmalıdır. Bu yetki siyasi otoriteden tamamen bağımsız kurullar tarafından kullanılmalıdır. Söz konusu kurulların oluşumunda bilimsel kurallar geçerli olmalı, tüm paydaşlar temsil edilmeli, görev süreleri sınırlı olmalı, siyasetten tamamen arınmalı, keyfi bir bireysel ve küçük bir gruba ait güç odağı olmaması için gerekli tedbirler alınmalı, uluslararası arası akreditasyon kurumları ile işbirliği yapılmalı ve bu kurulların faaliyetleri yasal denetime tabii olmalıdır.

akreditasyon kavramı tıp eğitiminin vazgeçilmez yerini almaya başlamıştır. 1916'de ilk kez oftalmolojide medikal uzmanlık kurulu kurulmuş, bunu diğer kurulların (American Board of Otolaryngology-1924, The American Board of Obstetrics and Gynecology-1930, The American Board of Dermatology and Syphilology-1932) kurulumu izlemiştir. 1937'de Amerikan Hastane Birliği (*The American Hospital Association - AHA*) ilk kez sağlığın düzeltilmesi için bir organizasyon olarak ortaya çıkmıştır. 1942'de, AMA, ABD ve Kanada'da tıp fakültelerinde eğitimin standartizasyonu ve akreditasyonu amacıyla Lisansüstü Tıp Eğitimi İrtibat Komitesi "*the Liaison Committee on Medical Education*" (LCME)'i kurdu. 1981 yılında lisansüstü tıp eğitim programlarının bağımsız bir organizasyon tarafından akreditasyonu gereksinimi konusundaki fikir birliği sonucunda "*the Accreditation Council for Graduate Medical Education*" (ACGME) oluşturulmuştur.

Uzmanlık eğitimi

Uzmanlık eğitiminin de standartların oluşturulması gereği çok açıktır. Uzmanlık eğitiminin temel özellikleri şu şekilde sıralanabilir: Erişkin eğitimi

model alınmalı, öğrenci merkezli olmalı, doğru bilgiye hızlı ulaşım olanakları sunulmalı, kanıta dayalı olmalı, bilimsel metodoloji öğretilmeli ve etik kavramlar benimsenmelidir.

Üniversiteler, tıp dernekleri ve sağlık kuruluşları arasında uluslararası iletişim giderek artmaktadır. Bu nedenle tıp doktorlarının uluslararası dolaşımı giderek artmakta, tıbbi insan gücü uluslararası hale gelmektedir. Uluslararası serbest ticaret anlaşmalarının yapılması (EU, NAFTA, MARCADOS) da önemli bir etkidir. Bu koşullar, uzmanlık eğitiminde uluslararası kalite güvencesi gereksinimini artırmaktadır. Uluslararası standartlar bölgesel, ulusal ve kurumsal gereksinimler ve öncelikler doğrultusunda modifiye edilmelidir. Her ülke uzmanlık eğitiminin ülkenin sağlık politikalarına uygun olmasını sağlamak sorumluluğundadır.

“Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu” (*“World Federation for Medical Education”*=WFME) tarafından yayınlanan uluslararası standartlar, mezuniyet öncesi eğitim, mezuniyet sonrası eğitim ve STE/sürekli mesleki gelişimi kapsamaktadır. Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından hazırlanan ve yayınlanan uzmanlık eğitimi standartlarında da WFME’nin standartları temel alınmıştır.

Akreditasyon

Bir öğretim kurumunun ya da öğretim kurumu tarafından uygulanmakta olan herhangi bir programın, ulusal ve/veya uluslararası düzeyde belirli performans standartlarına (kalite, verimlilik, etkinlik vb.) sahip olduğunu ortaya koymayı amaçlayan ve böylece ilgili öğretime talepte bulunanlar ve aynı zamanda kamuoyu nezdinde güven tesis etmeye yönelik bir sistemdir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Avrupa Birliği ve Türkiye’deki Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurumları Tablo 1’de görülmektedir. ABD’de “Tıp Eğitimi için Liaison Kurulu” (*LCME: Liaison Committee for Medical Education*), “Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu” (*ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education*) ve “Devamlı Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu” (*ACCME: Accreditation Council for Continuing Medical Education*); Avrupa’da, “Avrupa Tıp Eğitimi Birliği” (*AMEE: Association for Medical Education in Europe*), “Tıp Uzmanları Avrupa Birliği” (*UEMS: European Union of Medical Specialists*), “CME için Avrupa Akreditasyon Kurumu” (*EACCME: European Accreditation Council for CME*) ve Türkiye’de, “Yükseköğretim Kurulu” (YÖK), “Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu” (UTEAK), “Tıpta Uzmanlık Kurulu” (TUK). Uzmanlık Dernekleri ve Yeterlik Kurulları sayılabilir.

Akreditasyon temel özellikleri

Akreditasyon, akademik kalitenin iyileştirilmesi, saydamlık ve hesap verme sorumluluğunun aracıdır. Performans standartları açısından öz değerlendirme ve dış değerlendirme imkânı verir. Kurumun belirli mükemmeliyet standartlarına sahip olduğunu, güvenilirliğini ve tanınmasını belgeler. Bir defaya mahsus bir işlem değildir, uzun dönemli ve periyodik olarak iç-dış değerlendirmelere dayanır. Kalitenin sürekli geliştirilmesini amaçlar

Akreditasyon, değişik kurumlar tarafından değişik kademelerde yapılabilir. İç ve dış akreditasyon, ulusal ve uluslararası akreditasyon söz konusu olabilir. Ayrıca akreditasyon bireysel, üniter ya da kurumsal olabilir.

Akreditasyon süreci; standartların tespit edilmesi, öz değerlendirme ve hazırlık raporu, dış değerlendirme-ziyaret ve rapor, izleme, akreditasyon kurumunun karar vermesi ve periyodik gözden geçirme kademelerini içermektedir.

Akreditasyon olumsuz yönleri üzerinde de durulmalıdır. Akreditasyon sadece hedef olduğunda “yaratıcılık” yok olabilir. Eğiticilerin programın gereği olan formları doldurmak vb. artan iş yükleri nedeniyle asistan eğitimine yeterli zaman ayıramamaları sonucunu doğabilir. Eğitim standartları performans sistemindeki değişikliklerin gerisinde kalabilmektedir. Akreditasyonun 4-5 yılda bir yenilenmesi gereği özellikle son 6 ayda hummalı bir çalışma gerektirebilir. Bu nedenle akreditasyonun bir hedef değil, eşik olması gerektiği göz ardı edilmemelidir.

ABD’de akreditasyon

ABD’de mezuniyet sonrası tıp eğitimi programlarının akreditasyonundan sorumlu organizasyon *The Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME)’dur (www.acme.org). ACGME, 1981 yılında lisansüstü tıp eğitim programlarının bağımsız bir organizasyon tarafından akreditasyonu gereksinimi konusundaki fikir birliği sonucunda oluşturulmuştur. Kar amacı gütmeyen bağımsız bir organizasyondur. Yaklaşık 109.000 uzmanlık öğrencisinin eğitim aldığı 130 uzmanlık alanı ve bunlarla ilgili çeşitli yandalları ilgilendiren 8.700 uzmanlık eğitimi programını akredite eder. Misyonu uygun akreditasyon süreci ile uzmanlık eğitiminin kalitesini ve değerlendirilmesini yükselterek sağlığın iyileştirilmesine katkıda bulunmaktır. *ACGME’nin* amacı, ABD’de sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için mezuniyet sonrası tıp eğitiminin kalitesini sağlamak ve artırmaktır. Ulusal standartları belirler ve eğitim programlarını onaylar ve sürekli değerlendirir.

Değerlendirme yöntemlerinin geçerli, adil ve etik olması yönünde çalışır.

ACGME yönetim yapısında, “Değerlendirme Komiteleri Konseyi” (28 adet değerlendirme komitelerinden oluşur) ve “Değerlendirme Komiteleri Asistanları Konseyi” (Değerlendirme komitelerinin asistan üyelerinden oluşur) vardır. Ayrıca, “Ödül Komitesi”, “Gereksinimler Komitesi”, “İcra Komitesi”, “Yönetim Komitesi”, “İzleme Komitesi” ve “Stratejik Girişimler Komitesi” mevcuttur.

Avrupa Birliği’nde akreditasyon

Temel tıp eğitimi: Avrupa’da, “Avrupa Tıp Eğitimi Birliği” (*“Association for Medical Education in Europe”*=AMEE) 5 kıtada 90 ülkede üyeleri vardır. Tıp eğitime katkı sağlayan bağımsız bir kurumdur. Avrupa Birliği’nde ayrıca Dünya Sağlık Teşkilatı (*World Health Organization*=WHO) ve WFME standartları esas alınır.

Uzmanlık eğitimi: Avrupa Birliği’nde “Avrupa Tıp Uzmanları Birliği” (*“the European Union of Medical Specialists”*=UEMS) tıp uzmanlık pratiğinin kalitesini iyileştirmek ve harmonize etmek amacıyla 1958 yılında kurulmuştur. Avrupa Birliği’nde, hükümetlerden bağımsız, uzmanlık alanlarını temsil eden ulusal medikal organizasyonların oluşturduğu gönüllü bir kuruluştur ve akreditasyon için yetkili kılınmıştır, ancak ABD aksine AB’de akreditasyon zorunlu değildir. UEMS amaçları; tıbbi hizmetlerin en üst düzeyde verilmesi, tıbbi eğitim standartlarının en üst düzeyde tutulması ve harmonizasyonu, Avrupa’da uzman hekimlerin serbest dolaşımı, temsiliyet, uzman hekimlerin haklarını savunmak, her bir uzmanlık alanı için bölüm oluşturmak ve board sınavları yapmak, akreditasyon ve sürekli mesleki gelişim standartlarını belirlemek, çalışma grupları oluşturulmasını sağlamak ve bu konuda seminer/ çalıştay organizasyonları yapmak olarak tanımlanmıştır. Bugün için 34 ülkede 39 uzmanlık alanını içeren ve yaklaşık 1.4 milyon uzman hekimini ilgilendiren bir organizasyondur. Türkiye’yi Türk Tabipler Birliği (TTB) temsil etmektedir.

UEMS Organizasyonu pek çok departman, çalışma grubu ve konsey ihtiva etmektedir. Uzmanlık departmanları: Uzmanlık Komiteleri, Yandal Komiteleri, Multi-disipliner Komiteler ve Yeterlilik Sınav Komiteleri; Özel Çalışma grupları: E-Sağlık Çalışma Grubu, Etik Çalışma Grubu; Akreditasyon konseyleri: “Avrupa Sürekli Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi” (*“The European Accreditation Council for Continuing Medical Education”*=EACCME) ve “Avrupa Tıp Uzmanları Akreditasyon Konseyi” (*“The European Council for Accreditation of Medical Specialist*

Qualifications"=ECAMSQ) bunlar arasında sayılabilir. UEMS 1993 yılından beri değişik bildirimler yayınlamıştır: *Charter on Specialist Training* (1993), *Charter on Continuing Medical Education* (1994), *Charter on Quality Assurance in Specialist Practice in the EU* (1996), *Charter on the Visitation of Training Centers* (1997), *Charter on Continuing Professional Development - Basel Declaration* (2001), *Declaration on Promoting Good Medical Care* (2004), *Ensuring the Quality of Medical Care-Budapest Declaration* (2006), *Policy Statement on Assessments during Postgraduate Medical Training* (2006) ve *UEMS Strategy* (2008) bunlar arasında sayılabilir. 2008 yılında yayınlanan deklarasyon ile aşağıdaki alanların öncelikli olması kabul edilmiştir: Avrupa'da konunun politik önemini artırmak, uzmanlık eğitiminin harmonizasyonu ve sürekli mesleksi gelişimdeki koordinasyonu artırmak, kalite güvencesini teşvik etmek, bilgi tabanlı medikal ve profesyonel uzmanlık eğitimi, liderlik ve yöneticilik eğitimi, pazarlama ve kaynak gelişimi konularının ele alınması ve kurumsal kimlik.

UEMS Uzmanlık Eğitiminde Standartlar ve Denetim: Ulusal otorite, *ulusal kurallar, AB yasaları ve UEMS/Avrupa Yeterlilik Kurullarının önerilerine göre uzmanlık eğitiminin standartlarını ulusal düzeyde belirler*. Ulusal Yeterlilik Kurulları ve Avrupa Yeterlilik Kurulları *bu konuda yetkilidir*.

Sürekli tıp eğitimi: Ocak 2000'de mesleki gelişimde yüksek standartları elde etmek ve mesleksi gelişimin standart ve harmonizasyonunu sağlamak amacıyla "Sürekli Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi" (*Accreditation Council for Continuing Medical Education*)=EACCME) kurulmuştur.

Türkiye'de akreditasyon

Temel tıp eğitimi: Türkiye'de temel tıp eğitiminin standartlarının belirlenmesinde YÖK ve akreditasyon yapılmasında UTEAK yetkilidir. Ancak akreditasyon zorunlu değildir. Buna rağmen pek çok tıp fakültesi (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çukurova Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi vb.) UTEAK tarafından akredite edilmiştir.

Uzmanlık eğitimi: Türkiye'de uzmanlık eğitiminin çerçevesi 18.7.2009 Tarih ve 27292 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık

Eğitimi Yönetmeliği" ile çizilmiştir. Bu yönetmelik çerçevesinde oluşan "Tıpta Uzmanlık Kurulu" müsteşar, genel müdür, hukuk müşaviri, YÖK tarafından seçilen 4 tıp fakültesin ve 1 diş hekimliği fakültesi öğretim üyesi, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nden 1 üye, Türk Tabipler Birliği'nden 1 üye ve Türk Diş Hekimleri Birliği'nden 1 üyeden oluşur. Kurumlara uzmanlık eğitimi yetkisi verilmesi ve kaldırılması, standartların belirlenmesi, çekirdek eğitim müfredatının hazırlanması, rotasyonları düzenlemek gibi çok önemli yetkileri vardır. Ancak bunların tümünün hayata geçtiğini söylemek mümkün değildir.

Diğer yandan Türkiye'de uzmanlık akreditasyonu Uzmanlık Dernekleri ve Yeterlilik Kurulları tarafından yapılmaktadır. Söz konusu dernekler bazen YÖK'ten yetkilendirme isteyerek bu işlemi gerçekleştirilmektedir. Ayrıca tıp fakültelerinin bir kısmı yönergelerle uzmanlık eğitiminin standartizasyonu sağlamaya çalışmaktadır.

"Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu" (TTB-UDKK), tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultaylarının bir ürünü olarak 1 Kasım 1994'te kurulmuştur. TTB-UDKK halen bünyesinde 83 uzmanlık derneğini bir araya getirmektedir. TTB-UDKK tarafından çok sayıda Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayları, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü Çalışmaları, Yeterlilik Kurulları (Board çalışmaları)-UYEK (Çalışma karneleri "Log Book", eğitim programları, yeterlilik sınavları, alt yapı çalışmaları, akreditasyon vb.) yapılmıştır ve Türkiye'nin UEMS'de temsil etmektedir.

TTB-UDEK, uzmanlık derneklerinin katkılarıyla yaptığı çalışmalarla Türkiye'de uzmanlık eğitimi için rehber olabilecek "global" standartları belirlemiştir. Bu standartlara göre her uzmanlık alanının kendine özgü standartları hazırlaması niteliğin sürdürülmesi sürecinde ikinci basamak olmalıdır. TTB-UDEK Tıpta Uzmanlık Eğitimi Ulusal Standartları, Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Standartları ana çerçevesi örnek alınarak ACGME ve diğer uluslararası standartlar göz önünde bulundurularak Türkiye koşullarına uygun olarak hazırlanmıştır. Uzmanlık Derneklerinin kendi alanlarında eğitim programlarını bu standartlar doğrultusunda gönüllülük esasında değerlendirebilme ve niteliğin sürdürülebilmesini sağlayacak mekanizmalarda bu standartları kullanmalarının eğitim niteliğini kısa ve uzun dönemde etkileri olumlu olacaktır. Bu çalışmanın bir ileri kademesi uzmanlık eğitiminin genel yetkinliklerinin belirlenmesi olacaktır.

Sürekli mesleki gelişim: Türkiye'de Sürekli Tıp eğitimi kredilendirilmesi Türk Tabipler Birliği tarafından yapılmaktadır.

Türkiye'de ne yapmalıyız?

Temel tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve sürekli tıp eğitimi akreditasyonu zorunlu olmalıdır. Bu yetki siyasi otoriteden tamamen bağımsız kurullar tarafından kullanılmalıdır. Söz konusu kurulların oluşumunda, bilimsel kurallar geçerli olmalı, tüm paydaşlar temsil edilmeli, demokratik bir yapı oluşmalı, görev süreleri sınırlı olmalı, siyasetten tamamen arınmalı, keyfi bir bireysel ve küçük bir gruba ait güç odağı olmaması için gerekli tedbirler alınmalı, maddi açıdan güçlenmesi için gerekli yasal alt yapı ile desteklenmeli, uluslararası arası akreditasyon kurumları ile işbirliği yapılmalı ve bu kurulların faaliyetleri yasal denetime tabii olmalıdır.

Yeni tıp fakültelerinin açılması kesinlikle siyasi ihtiyaçlara göre yapılmamalı, akreditasyon standartlarını karşılayamayan tıp fakülteleri kapatılmalı (1910'da ABD'de yapıldığı gibi) veya birleştirilmeli, hekim sayısının artırılması isteniyorsa güçlü ve köklü akredite tıp fakültelerine sınırsız destek sağlanmalıdır.

Uzmanlık eğitimi de tümü ile akredite olan tıp fakültelerinde yapılmalı, akredite olamayan tıp fakültelerinde bu yetki kaldırılmalı, Kamu Hastaneleri Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bu görevi devretmelidir. Akredite olabilen Vakıf Üniversiteleri de eğitim yapabilmelidir.

Tıpta uzmanlık eğitiminin farklı alanları için meslek örgütleri, tüm paydaşlar (kamu ve vakıf üniversiteleri, asistanlar, uzmanlar, halk temsilcileri, özel sağlık kurumu temsilcileri, özel sigorta temsilcileri, vb.) ve yetkili makamlar (sağlık bakanlığı) ile birlikte tanımlanmalı ve açıklanmalıdır. Amaç ve hedefler, sağlık hizmeti sunumunun gereksinimlere uygun biçimde yerine getirilebilmesi için gereken yetkinlikleri kazandıracak uygulamaya dayalı eğitim sürecini tanımlamalıdır. Uzmanlık öğrencileri tarafından kazanılması gereken genel ve özel yeterlikler ve yetkinlikler önceden belirlenmeli ve temel tıp eğitimi sonunda kazanılan yeterlikler ve yetkinlikler ile bağlantılı olmalıdır.

Amaç ve hedefler eğitim sürecinde yeniliklere özendirmeli, istenen asgari boyutlardan daha üst düzeyde bir yetkinlik gelişmesine olanak tanımalı; hekimi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yanında mesleki sorumluluklara uygun hasta bakımı için gerekli tutum ve davranışları geliştirmek üzere sürekli çaba sarf etmeye yönlendirmelidir. Ülkemizde hekimlik tutum ve davranışı konusunda sistematik bir eğitim olduğunu söylemek kolay değildir. Bu konuda aileden ve temel eğitimden edinilen alışkanlıklar ve rol model olabilecek hocalardan elde

edinilen kazanımlar belirleyici olmaktadır.

Uzmanlık eğitimi eğitimin genel ve disipline özel bileşenlerini tanımlayan sistematik bir eğitim programı çerçevesinde yapılmalıdır. Eğitim programı, uzmanlık öğrencisinin hasta bakımı ve hizmeti etkinliklerinde sorumluluğu paylaşacağı şekilde ve gözlem altında uygulamaya dayalı olmalı ve görev yaparken öğrenmeyi sağlamalıdır. Eğitim programı, uygulamalı ve kuramsal eğitimi bütünleştirmelidir. Uzmanlık eğitimi, temel tıp eğitimi ile sürekli tıp eğitimi/mesleksi gelişimini birbirine bütünleştirir nitelikte olmalıdır. Başka bir deyişle tıp eğitimi her döneminde kesintisiz olmalı ve harmonizasyon sağlanmalıdır. Zaman içerisinde beceri, bilgi ve deneyim arttıkça bağımsız sorumluluk derecesinin artmasını da sağlamalıdır.

Eğitim programı; seçilen uzmanlık alanındaki mesleksi yeterlik için gereken temel biyomedikal, klinik, davranış ve sosyal bilimleri; karar verebilme yetkinliğini, iletişim becerilerini, tıp etiğini, halk sağlığı politikasını, tıp hukuku ve yönetimle ilgili disiplinlerin uygulamalı çalışmaları ve ilgili kuramları kapsamalıdır.

Uzmanlık öğrencileri seçtikleri uzmanlık alanında gereken temel ve yöntem bilgilerini kazanmalı, kanıta dayalı tıp uygulamalarına dayanan klinik karar verme yeterliliğine ulaşmalı ve eleştirel değerlendirme yapabilmelidir. Eğitim programı; bir tıp uzmanının, sağlık savunucusu, iletişimci, işbirliğine açık bir ekip çalışanı, bilim insanı ve yönetici rollerinde bilgi, beceri, tutum ve kişisel niteliklerinin gelişmesini sağlamalıdır. Bu nitelikleri sonradan kazanmak kolay değildir. Bu anlamda tıp eğitimi alacak adayları daha yolun başında bu yetenekler açısından da değerlendirecek metotlar uygulamaya geçirilmelidir.

Eğitim programının genel bileşimi, yapısı ve süresi açıkça tanımlanmalı ve açıklanmalıdır. Amaç ve göreve dayalı olarak beklenen sorumluluklar açıkça tanımlanmalı, temel tıp eğitimi ve sağlık hizmetleri sunumu ile ilişkisi açıklanarak belirlenmelidir. Gerekli durumlarda ulusal ya da uluslararası farklı kurumlarda rotasyon olanakları sağlanmalıdır. Mesleksi gelişimde usta-çırak ilişkisinin önemine değeri verilmelidir.

Eğitim ortamı ve eğitim sürecinin organizasyonu, eşgüdümü, yönetimi ve değerlendirilmesindeki sorumluluk ve yetkiler açıkça tanımlanmalıdır.

Meslek örgütleri ve yetkili makamlar uzmanlık öğrencilerinin seçim ölçütleri ve kabulüne ilişkin ortak görüşle bir politika oluşturmalı, bunları yayınlamalı ve uygulamalıdır. Uzmanlık öğrencilerinin

seçim süreci, şeffaf olmalı ve temel tıp eğitimini tamamlamış tüm mezunların katılmasına eşit fırsat sağlamalıdır. Bu anlamda TUS sınavı bir ölçüde ihtiyacı karşılamaktadır. Ancak bu haliyle yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Belli bir anabilim dalına ait soru sayısı o konuda yeterli teorik bilgiyi adayların taşımasını sağlamak için yeterince yönlendirici değildir, bu nedenle uzmanlık öğrencileri belli bir dalda yeterli düzeyde teorik bilgi temeli olmadan ihtisas başlamakta, sonrasında yoğun iş temposu ve nöbetler bu teorik alt yapıyı güçlendirmek için yeterli zamanı vermemektedir. Bu nedenle TUS sınavları iki kademeli yapılmalı, ilk kademede temel tıp soruları sorulmalı ve barajı geçenler ihtisas yapmayı arzu ettiği dalda birkaç ay sonra ikinci bir sınava girmeli ve sıralama buna göre yapılmalıdır. İlgili alanda nitelikli uzman yetiştirmek için uzmanlık öğrencisi adaylarının yeteneklerini de gözeten seçim ölçütleri tanımlayan bir politika oluşturulmalıdır.

Uzmanlık öğrencisi sayısı, klinik/uygulamalı eğitim olanakları, yeterli eğitici varlığı, eğitim ve öğretimi nitelikli bir biçimde sürdürmeyi sağlayacak yeterli alt yapı, olanaklar ve insan gücü ile orantılı olmalıdır. Bu anlamda son yıllarda açılan tıp fakültelerinin yeterliliği ciddi olarak sorgulanmalıdır.

Uzmanlık eğitimi yürüten kurumlar, uzmanlık öğrencileri için uzmanlık alanı ile ilgili olarak eğitimin her kademesinde destek, rehberlik ve kariyer danışmanlığını sağlamalı, belirlenen eğitim danışmanları uzmanlık öğrencisinin gelişmesini izlemeli ve etkin geribildirim yapmalıdır. Uzmanlık öğrencilerinin sosyal ve kişisel gereksinimlerine yönelik danışmanlık da sağlanmalıdır. Halen teorik olarak bu yapı varsa da en köklü üniversitelerde bile sistemin işlemediği görülmektedir. Denetim ve akreditasyon bu anlamda da önemini korumaktadır.

Uygulamalı ve kuramsal eğitim etkinliklerine çalışma saatleri içinde yer verilmeli ve katılım sağlanmalıdır. Bu konuda teorik programlar yürütülmekle birlikte değişik nedenlerle katılımın az olması ve denetlenmesi en önemli sorun olarak görülmektedir. Uzmanlık öğrencilerinin hizmet koşulları ve sorumlulukları tanımlanmış ve tüm taraflarca bilinir olmalıdır.

Eğitim programının tasarlanması ve değerlendirilmesi, çalışma koşulları ve ilgili tüm süreçlerde uzmanlık öğrencisinin temsiliyeti ve katılımı sağlanmalıdır.

Uzmanlık öğrencilerinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler ve başarı ölçütleri tanımlanmalı ve ilgili herkes tarafından net biçimde bilinmelidir.

Ölçme değerlendirme yöntemleri biçimlendirici olmalı ve yapıcı geribildirimleri içermelidir. Tamamlayıcı bir dizi ölçme değerlendirme yöntemi birlikte uygulanmalı, eğitimin değişik aşamaları eğitim karnesine ("log-book") veya gelişim dosyasına ("portfolio") kaydedilmelidir. Sonuçlar tatmin edici değilse eğitim sistemi ve eğiticiler sorgulanmalıdır. Bu amaçla gerektiğinde ikinci bir görüş alınmalı, eğitici/danışman değiştirilmeli ya da eğitime yönelik ek düzenlenmeler yapılmalı, ölçme değerlendirme yöntemleri ile ilgili olarak eğitim bilimciler ya da tıp eğitim bilimcilerinden destek alınmalıdır.

Hekimler ve eğiticiler, mesleki yükümlülüklerinin bir parçası olarak hekimlerin uygulamaya dayalı uzmanlık eğitimlerine katılma sorumluluğunun farkında olmalıdır. Eğitimi "angarya" kabul eden kadrolarla yol almak mümkün değildir. Eğiticiler ve danışmanların atanma ve akademik yükselmelerinde eğitimde aldıkları roller de göz önüne alınmalıdır. Eğitim kadrosunun eğitim ve hizmet işlevleri ile diğer görevler arasındaki denge sağlanmalıdır. Eğitim programının yürütülmesi için yeterli sayı ve nitelikte eğitici bulunması sağlanmalıdır. Eğitim programının yürütülmesinde görevli eğiticilerin araştırmacı geçmişli olması sağlanmalıdır. Eğiticilerle ilgili uzmanlık öğrencisi geribildirimleri alınmalıdır.

Eğitim kurumları eğitim amaçlarını karşılayacak yeterli sayıda hasta ve uygun olgu çeşitliliğine sahip olmalıdır. Eğitim, seçilen alanda uzmanlık öğrencisinin geniş ölçüde deneyim kazanmasını sağlamalı, amaca yönelik olarak klinik ve poliklinikte hasta bakımı ile laboratuvar uygulamalarını kapsamalıdır. Eğitimde ilgili alana yönelik uygulama tekniklerinin gerektirdiği teknik donanım ve altyapı sağlanmalıdır. Mesleki literatüre ulaşmak için uygun ortam ve altyapı olanakları (kütüphane, elektronik dergi ve kitap üyeliği) sağlanmalıdır. Eğitim süreci, aynı ve diğer uzmanlık alanlarındaki meslektaşlar ve diğer sağlık alanı çalışanları ile multidisipliner bir ekip içinde öğrenmeyi sağlamalıdır.

Eğitim süreci, uzmanlık öğrencisinin bir araştırmayı planlama, yürütme ve raporlamasını sağlamalıdır.

Uzmanlık dernekleri ve eğitim yeterlik kurulları, eğitim ortamları ve diğer eğitim olanaklarını kurum ziyaretleri ya da başka uygun araçlarla izleyecek bir sistem oluşturmalıdır. Değerlendirme süreç ve sonuçları idare, eğitim ortamı yöneticileri, eğiticiler ve uzmanlık öğrencilerini kapsamalı ve şeffaf olmalıdır.

Eğitim yönetimi; eğitim kurumları tarafından hazırlanan yapı, içerik, süreç ve

uzmanlık öğrencisi ile ilgili düzenlemelere uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Eğitimin tamamlanması ile uzmanlık öğrencisi bir derece, diploma, sertifika veya ilgili alanda yetkinliğini tanımlayan bir belge almalıdır.

Eğitim kurumları eğitim kaynaklarının bütçelenmesinde mutlaka sorumluluk ve yetkiye sahip olmalıdır. Bütçe, eğitim programları ve hizmetin amaç ve hedeflerini destekleyecek biçimde yönetilmelidir. Uzmanlık alanlarının işlevlerinin sayı ve çeşitlerinin tanımlanmasından sorumlu ulusal bir yapı mutlaka olmalıdır. Onaylanmış uzmanlık eğitim programlarının tanımlanması mutlaka tüm ilgili paydaşların işbirliğiyle yapılmalıdır.

Uzmanlık eğitimi veren kurumlar, uzmanlık dernekleri ve eğitim yeterlik kurulları, eğitim programlarının yapı, işlev ve niteliğini düzenli olarak gözden geçirmeli, güncellemeli ve belirlenen eksiklikleri düzeltmelidir.

Kaynaklar

A Review of Defining Standards Process in Basic Medical Education Accreditation in Mexico and WFME by F. Hosseini, B. Einollahi, R. Homayouni Zand, F. S. Nazaran, A. M. Niaei and M. N. Avarzamani. *Journal of Medical Education (WHO Collaborating Centre and Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services)*, 2002; 1: 147-149.

A Review of Four Basic Medical Education Accreditation Systems by Fatemeh Shahla Nazaran, Bahram Einollahi, et al. *Journal of Medical Education* 2002; 1: 177-183.

Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office, Copenhagen, March 2003 and WFME Website www.wfme.org.

Bisdorff, Alexandre (2012-05-01). "Forum: UEMS – European Union of Medical Specialists". *European Federation of Neurological Societies*. Retrieved 2012-12-14.

Cohen JJ. Academic medicine's latest imperative: achieving better health care through global medical education standards. *Medical Education*, 2003; 37: 950-951.

Cohen JJ. Academic medicine's latest imperative: achieving better health care through global medical education standards. *Medical Education*, 2003; 37: 950-951.

Commentary by Jordan Cohen, "Defining international standards in basic medical education: the World Federation for Medical Education has initiated a timely discussion, *Medical Education*, 2000; 34: 600-601.

Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office, Copenhagen, March 2003 and WFME Website www.wfme.org.

Correspondence in Medical Education, with Dr. Jayawickramarajah with respect to the definition of international standards in basic medical education. *Medical Education*, 2001; 35:515.

European Specifications for Global Standards in Medical Education. Commentary. *Medical Education*. 2007; 41, 924-925.

Field M, Geffen L and Walters T. Current Perspectives on Medical Education in China. Commentary. *Medical Education*, 2006; 40: 938-939.

Global Standards in Medical Education – an Instrument in Quality Improvement, *Medical Education* 2002; 36: 604-605.

Global Standards in Medical Education For Better Health Care. Commentary. *Medical Education*. 2002; 36; 1116.

Grant J, Marshall J and Gary N. Implementation of WFME Global Standards in Basic Medical Education. Evaluation in Pilot Studies. WFME Office: University of Copenhagen, Denmark, 2004.

Grant J, Marshall J and Gary NE. Pilot Evaluation of the World Federation for Medical Education's Global Standards for Basic Medical Education. *Medical Education*, 2005; 39: 245-246.

Hays R and Baravilala M. Commentary. Applying global standards across national boundaries: lessons learned from an Asia-Pacific example. *Medical Education*, 2004; 38: 582.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi.

Karle H. Global Standards and Accreditation in Medical Education: A View from the WFME. Supplement on the occasion of the ECFMG 50th Anniversary Invitational Conference "Impact of International Medical Graduates on US and Global Health Care". *Academic Medicine*, 2006; 81: Suppl., 43-48.

Karle H. Relevance of the WFME Global Standards in Medical Education in the South East Asian Region. *South East Asian Journal of Medical Education*, 2007; 1: 2-7.

Karle H. WFME Global Standards for Quality Improvement. The Role of Students. IFMSA Website.

Karle H. WFME Policy on International Recognition of Medical Schools' Programmes. Proceedings from the 5th APMEC. *Ann Acad Med*, Singapore, 2008; 37.

Lilley PM and Harden RM. Editorial. "Standards and Medical Education. *Medical Teacher*, 2003, 25, 349-351.

Manual for WFME Advisors. WFME Office, University of Copenhagen, 2005.

Nasca TJ et al. The Next GME Accreditation system. *NEJM* 2012; 366: 1051

Nystrup J and Karle H. Commentary. "In Search of Global Standards in Medical Education: Status after the WFME 2003 World Conference". The ANZAME Journal "Focus on Health Professional Education: A Multi-Disciplinary Journal. 2003; 5.

Ozgur Onur. Reflections on Medical Education. e-VAGUS. IFMSA Electronic Newsletter, 2003, 52,1,7.

Payne D. Article "World Beat", the World Medical Association General Assembly, Helsinki. The Chronicle of Higher Education. 2003; 5: A52.

Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office, Copenhagen, March 2003 and WFME Website www.wfme.org.

Prideaux D. Editorial "Globalisation and Health Professional Education". The ANZAME Journal "Focus on Health Professional Education: A Multi-Disciplinary Journal 2003; 5.

Proceedings of IM Sechenov Moscow Medical Academy. Translation into Russian of the WFME Trilogy of Global Standards, Vol. II, and Report from All-Russia National Meeting of Rectors of Medical Schools with the WHO- WFME Strategic Partnership Towards Quality Improvement, Moscow,

2005, Vol. IV.

Quality Assurance Task Force MEDINE Thematic Network. Leif Christensen. Survey of Quality Assurance and Accreditation of Basic Medical Education in Europe. Report, WFME Office, October 2007.

Quality Improvement in Basic Medical Education, WFME International Guidelines, WFME Website: www.wfme.org, June 2001.

Sayek I, Karle H. Global Standards: Route for Accreditation in Medical Education. Commentary on behalf of MEDINE. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2007; 37: 257-259. (<http://journals.tubitak.gov.tr/medical>).

Sayek İ, Batı H. Türk Tabipler Birliği-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Ulusal Standartları. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Sayfa: 3-48.

Shannon J. Article "Medical School Growth puts Quality at Risk", *Medicine Weekly*, September 2003, Vol. 7/Issue 37. According to interview with Hans Karle in connection with the World Medical Association General Assembly, Helsinki.

"Standards of Medical Education in the Era of Globalisation" to be published in the Sultan Qaboos University Journal for Scientific Research: Medical Sciences in connection with the The Third GCC Conference on Medical Education, Oman, December 2002.

The Executive Council, the World Federation for Medical Education. International Recognition of Basic Medical Education Programmes: A WFME Position Paper. *Medical Education*, 2008, 42, 12-17.

Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. Resmi Gazete. 2009; Sayı 27292.

Van Niekerk JP, Christensen L, Karle H et al. Report: WFME Global Standards in Medical Education: Status and Perspectives following the 2003 WFME World Conference. *Medical Education*, 2003;37:1050-1054.

Van Niekerk JP. Commentary "WFME Global Standards Receive Ringing Endorsement". *Medical Education*, 2003; 37: 585-586.

WFME Executive Council. International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper, *Medical Education*, 1998; 32: 549-558.

WFME Global Standards for CPD Emerge in Recently Released Document by Dr. Dennis Wentz, American Medical Association (AMA). Article. INTERCOM (Official Newsletter of the Society of Medical College Directors of Continuing Medical Education), 2003; 16.

WFME International Guidelines. Quality Improvement in Basic Medical Education. The Indian Journal of Medical Education, volume XL, 2002; 3-49.

WFME Report to WHO, Geneva: Implementing the WFME Global Standards for Quality Improvement of Medical Education, September 2005.

WFME Task Force on Defining International Standards in Basic Medical Education, Report of the Working Party, Copenhagen, 14-16 October 1999. *Medical Education*, 2000; 34: 665-675.

WHO-WFME Guidelines for Accreditation of Basic Medical Education, 2005. WFME website www.wfme.org.

World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education for Quality Improvement. WFME Office. University of Copenhagen, Denmark, 2003. pp: 1-24.



ORHAN DOĞAN

Karikatür: Dr. Orhan Doğan