

Daha Gerçekçi Bir Tıp Eğitimi Mümkün: Türkiye İçin Yeni Bir Model

A More Realistic Medical Education Is Possible: A New Model for Turkey

Turgut ŞAHİNÖZ* (ORCID: 0000-0001-8489-8978)

Saime ŞAHİNÖZ** (ORCID: 0000-0003-0915-9344)

*Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ordu, TÜRKİYE

**Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ordu, TÜRKİYE

Sorumlu Yazar: Saime ŞAHİNÖZ, e-posta: drsaime@hotmail.com

Özet

Amaç: Bu çalışma, Türkiye'deki mevcut hekim sayısı ve çeşitliliği ile ilgili sorunları analiz ederek ihtiyaçlara yönelik hekim yetiştirebilmek amacıyla tıp eğitimindeki stratejik hedeflerin yeniden tartışılmasını sağlamak ve ülke ihtiyaçlarına yönelik yeni bir tıp eğitim modeli ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

Anahtar sözcükler:

Tıp Eğitimi, Yeni Model, Bölüm, Tıp Fakültesi, Türkiye

Keywords:

Medical Education, New Model, Department, Faculty of Medicine, Turkey

Gönderilme Tarihi

Submitted: 26.03.2022

Kabul Tarihi

Accepted: 04.11.2022

Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı tipte metodolojik bir araştırmadır. Araştırmanın verileri literatür taraması, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıkları, Dünya Sağlık Örgütü ve Yüksek Öğretim Kurumu verilerinden elde edilmiştir. Elde edilen veriler, tablolaştırılarak gruplar halinde sunulmuştur. Önerilen yeni tıp eğitimi modeli şemalaştırılarak sunulmuştur.

Bulgular: Ülkemizde 2020-2021 eğitim öğretim yılında tıp fakültelerine 19.151 öğrenci kayıt yaptırmıştır ve 103.170 öğrenci eğitimine devam etmektedir. Uzmanlık eğitime yönelme, birinci basamakta hekim (özellikle aile hekimi ve işyeri hekimi) açığını da artırmaktadır. Türkiye'de 2020 yılı itibarıyla 49.760'ı pratisyen, 88.127'si uzman ve 33.372'si asistan hekim olmak üzere toplam 171.259 hekim bulunmaktadır. Son 11

yıllık süre içerisinde hekim sayısı yaklaşık %40 oranında artmıştır. Ancak bu artışta asistan hekimlerin sayısı pratisyen hekimlere oranla yaklaşık 2 kat daha fazla artmıştır. Pratisyen hekim sayısı bazı yıllarda artmak bir yana azalmıştır. Uzman hekim sayımız giderek artarken birinci basamak sağlık hizmetlerini sunacak olan hekim sayısı yeterli değildir. Tıp eğitimi 6 bölüm (aile hekimliği, toplum hekimliği, dahili tıp, cerrahi tıp, acil tıp, temel tıp) halinde sürdürülmeli, 4 yıllık lisans eğitiminin üzerine 2 yıl uygulamalı eğitim (yüksek lisans) ile her bölümde etkin ve yetkin hekim yetiştirilmelidir. Ayrıca lisans eğitimini tamamlamış olanlara "hekim yardımcısı" unvanı verilerek alanında hem aktif olarak çalışmalı (ücretli-kadrolu) hem de eğitimine devam etmelidir. Böylece hem hizmet üretimi sağlanırken hem de usta-çırak yöntemi ile daha etkin bir uygulama eğitimi gerçekleştirilmiş olacaktır. Bu hekimler isterlerse, kendi alanlarında uzmanlık eğitimi alıp uzman hekim olabilirler. Bu şekildeki uzmanlık eğitimi daha kısa sürede ve daha etkili şekilde yapılabilecektir.

Sonuç: Tıp eğitimi, tek bölüm halinde sadece pratisyen hekim yetiştirmeye odaklandıkça hekim ihtiyacı karşılanamayacağı gibi her yıl giderek artacaktır. Bu nedenle; Tıp eğitimi 6 bölüm halinde verilmeli ve bu bölümlerin kontenjanları her üniversitenin öğrenci yetiştirme kapasitesine göre ayrı ayrı belirlenmelidir. Tıp eğitimindeki bu değişimi önceden gören ve uygulayan ülkeler diğerlerinden önde olacaklardır.

Künye: Şahinöz T, Şahinöz S. Daha Gerçekçi Bir Tıp Eğitimi Mümkün: Türkiye İçin Yeni Bir Model. Tıp Eğitimi Dnyası. 2022;21(65):56-70

Bölümler halinde yapılacak tıp eğitimi sonucunda hekim yardımcısı, hekim ve uzman hekim şeklinde bir hiyerarşik yapıyla daha verimli ve kaliteli bir hizmet sunmak mümkün olacaktır.

Abstract

Aim: *This study has been planned to discuss the strategic goals of medical education in Turkey on the basis of an analysis of the current problems related to the number and composition of physicians, and to present a new medical education model regarding the needs of the country.*

Methods: *This is a descriptive methodological study. The data of the study were obtained from the literature review, the statistical annuals of the Ministry of Health of the Republic of Turkey, the World Health Organization, and the Council of Higher Education. Obtained data are presented in tables of groups. The proposed new medical education model is presented in a schematic form.*

Results: *In our country, 19,151 students enrolled in faculties of medical in the 2020-2021 academic year, and 103,170 students continue their education. The orientation towards specialty education increases the deficit of primary care physicians such as family physicians or occupational physicians. As of 2020, there are a total of 171,259 physicians in Turkey, of whom 49,760 are primary care physicians, 88,127 specialists and 33,372 residents. The number of physicians has increased by approximately 40% in the last 11 years. The number of residents has increased approximately 2 times more than primary care physicians. A decrease was observed in the number of primary care physicians in some of the recent year's contrary to expectations of increase. On the other hand, the number of specialists is continuously increasing despite the shortage of physicians who will provide primary health care services. It is suggested in this paper that medical education should be structured in 6 departments (family medicine, community medicine, internal medicine, surgical medicine, emergency medicine, basic medicine). Effective and competent physicians should be trained in each department with 2 years of practical education (master's degree) subsequent to a 4-year license education. In addition, those who have completed their license education should be given the title of "physician assistant", and they should work paid-time while continuing their practical training. Thus, health care service supply will be supported, and an effective practical training will be realized with the apprenticeship method. Depending on their desire, these physicians can receive specialization training in their field and become specialists. In this way, specialization training can be completed in a shorter time period and more effectively.*

Conclusions: *As medical education focuses on training primary care physicians only, the need for physicians will not be met and the need will gradually increase each year. Therefore, medical education should be given in 6 departments and the quotas of these departments should be determined separately according to the student training capacity of each medical school. Countries that foresee and implement this change in medical education will be ahead of the others. As a result of the medical education to be carried out in departments, it will be possible to provide a more efficient and quality service with a hierarchical structure in the form of residents, physicians, and specialist physicians.*

GİRİŞ

Bir ülkenin en önemli kaynağı iyi eğitim görmüş, deneyimli ve kaliteli insan kaynağıdır (1). Hekimler, zorlu ve uzun soluklu bir eğitim sürecinden geçmiş, sağlık kurumlarının en stratejik insan kaynağıdır (2).

Ülkeler, insanların daha sağlıklı ve daha uzun süre yaşatmak için yeterli sayıda ve çeşitlilikte hekim yetiştirmek zorundadır. Hekimlerin yeterli sayıda ve çeşitlilikte olması sağlık

hizmet kalitesini artırmaktadır. Hekimler, iyi bir hizmet sunabilmek için en iyi ve en doğru eğitimi almak zorundadırlar. Ülkemizde her yıl tıp fakültelerinden ortalama 14 bin 500 hekim mezun olmaktadır (3).

Hekimler dışında hiçbir meslek mensubu hastalıklara teşhis koyup, tedavi yapamaz (4). Türkiye hekim sayısı ve yoğunluğu açısından gelişmiş ülkelere göre oldukça geridedir (5).

Türkiye geneli esas alınacak olursa bir aile hekimi ortalama 3144 kişiye bir hizmet etmektedir (2020 yılı itibariyle). Sağlık Bakanlığı bu sayıyı 2023 yılı hedefi olarak 2.000 kişi olarak belirlemiştir. Türkiye'deki aile hekimi başına düşen nüfusun yüksek olduğu diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında daha net anlaşılacaktır. Aile hekimi başına düşen nüfus; İngiltere'de 1577 Portekiz'de yaklaşık 1500, Hollanda'da 2250-2500 aralığında ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 2000 civarındadır (6). Bir aile hekime bağlı nüfusun ideal olarak en fazla 2500 olması gerektiği bilinmektedir (7). Ülkemizde ayrıca işyeri hekimi yetersizliği nedeniyle kamu kurumlarında işyeri hekimi çalıştırma zorunluluğu sürekli olarak kararnemelerle daha ileri yıllara ertelenmektedir. Yine hekim yetersizliği nedeniyle 112 ambulanslarında hekim bulundurulamamaktadır (8).

Ülkemizdeki birinci basamak hekim açığını gidermek amacıyla son yıllarda birçok yeni tıp fakültesi açılmış ve var olanların da kontenjanları artırılmıştır. Ancak birinci basamakta çalışacak pratisyen hekim sayısı yıllar içerisinde neredeyse hiç artmamış, hatta bazı yıllarda azalmıştır (5).

Ülkemizde bugünkü anlamıyla ilk tıp fakültesi 1933 yılında İstanbul Üniversitesi'ne bağlı olarak eğitimine başlamıştır (9). O günkü şartlarda genel sağlık sorunlarını çözecek (pratisyen) hekim yetiştirmek esas amaçtı ve oldukça akla yatkındı. Ancak hekimden beklentinin yükseldiği günümüz şartlarında daha dar alanda, daha derinlemesine ve daha kaliteli hizmet üretmek esas ilke haline gelmiştir. Zaman içerisinde ülkemizin değişen sağlık ihtiyaçları ve uzmanlık alanlarındaki gelişmeler tıp eğitiminde değişiklik yapılmasını zorunlu hale getirmiştir.

Tıp eğitiminin nihai amacı; toplumun ve hastaların sağlık ihtiyaçlarını kişisel çıkarlarının üzerinde tutan ve yaşam boyu uzmanlıklarını sürdürmeyi ve geliştirmeyi taahhüt eden bilgili, yetenekli ve güncel bir hekim kadrosu oluşturmaktır (10).

Edinburgh deklarasyonu, tıp eğitiminin amacının, toplumun sağlık gereksinimlerine cevap verebilecek, yeterli bilgi ve becerilerle donanmış sağlığı geliştirecek hekimler yetiştirmek olduğunu belirtmektedir (11). Daha genel olarak söyleyecek olursak; tıp eğitiminin amacı, her basamakta halka sağlık hizmeti sunmaya istekli ve bunu severek yapabilecek, halk sağlığı bakış açısına sahip, güler yüzlü ve mutlu hekimler yetiştirmektir. Ancak mevcut tıp eğitimi bu amaca yönelik çabaları desteklememektedir (12).

Edinburg Bildirgesi ve Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi ile ülkemizde tıp eğitimi konusunda reform ve arayış çalışmaları devam etmektedir. Birçok tıp fakültesi "Tıp Eğitimi Anabilim Dalı" kurarak ve Tıp Eğitimi Kongreleri düzenleyerek arayış çalışmalarını sürdürmektedir. Bu çalışmalardaki ana hedef, ülke gereksinimlerine uygun hekim yetiştirmek için tıp fakültelerini uygun ve yeterli hale getirmektir. Tıp Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından oluşturulan "Ulusal ÇEP 2001" metni ile ilk defa ihtiyaca yönelik nitelikli hekim yetiştirmek için eğitim programları standardize edilmiştir. "Tıp Fakültesi Dekanları Konseyi" tarafından 2008 yılında "Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK)" kurulmuştur. Bu kurulun amacı; tıp eğitiminin geliştirmek ve ihtiyaca uygun hekimler yetiştirmektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği beş yıldızlı hekim yetiştirme sürecinde Tıp Eğitimi Anabilim Dalleri ve UTEAK önemli roller üstlenmektedir (13).

Zamanla değişen ve uzmanlaşmaya dayalı tıp eğitimiyle ilgili tartışmalar günümüzde hız kazanmış ve mevcut sisteme meydan okuyan önemli sorunları gündeme getirmiştir. Hâlihazırda sağlık sistemiyle uyumlu olmayan tıp eğitiminin hem içinde hem de dışında birçok yapı ve düzenlemenin gözden geçirilmesi ve potansiyel olarak yeniden kurgulanması gerekecektir.

Tıp eğitimi, günümüzde kademeli ve önemli bir değişim geçirmektedir. Devam eden dönüşümün bir kısmı, klinik öncesi eğitim

süresini azaltmak ve dolayısıyla tıp fakültesinin toplam süresini azaltmaktır. Başka bir değişiklik ise ana uzmanlık alanlarına göre daha etkin ve ayakta tedavi ortamlarında daha fazla süreyle eğitim verilmesidir (12). Gelecekte bu değişiklikler kaçınılmaz görünüyor. Bu değişimin bir an önce başlaması ve ülkelerin sağlık sistemlerinin bu değişime göre yeniden reforme edilmesi gerekmektedir. Bu değişimin meyveleri ancak 10 yıl sonra alınabilecektir.

Bugün eğitim verdiğimiz tıp fakültesi öğrencileri, değerlerimizi, becerilerimizi ve mesleğe dair umutlarımızı geleceğe taşıyarak yarının doktorları olacaklardır.

Bu çalışma; Türkiye’deki hekim sayısı ve çeşitliliği ile ilgili sorunları analiz ederek; ihtiyaçlara yönelik hekim yetiştirebilmek amacıyla tıp eğitimindeki stratejik hedeflerin yeniden tartışılmasını sağlamak ve ülke ihtiyaçlarına yönelik yeni bir tıp eğitim modeli ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, tanımlayıcı tıpte metodolojik bir araştırmadır. Araştırmanın verileri literatür taraması, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıkları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2022 istatistik raporu ve Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) verilerinden elde

edilmiştir.

Bu çalışmayla; Türkiye’deki mevcut hekim sayısı ve çeşitliliği analiz edilmiş, tıp eğitimindeki stratejik hedefler tartışılmış ve Türkiye için yeni bir tıp eğitimi modeli önerilmiştir. Ayrıca gelecek perspektifi hakkında bir vizyon çizilmiştir.

Bilgisayar ortamında Excel programında yapılan istatistiksel değerlendirmelerle hekim sayıları ilgili yıldaki ülke nüfusuna oranlanarak nüfusa oranlanmış değerler (yoğunluk) ve yıllık değişimler hesaplanmıştır. Ayrıca bazı gelişmiş ülkelerle Türkiye arasında hekim yoğunluğu açısından karşılaştırmalar yapılmıştır. Elde edilen verileri tablolaştırılarak gruplar halinde sunulmuştur. Önerilen yeni tıp eğitimi modeli de şemalaştırılarak sunulmuştur.

BULGULAR

Türkiye’deki tıp fakültesi sayısı ve yapısı ile ilgili sorunları analiz ederek ülke ihtiyaçlarına yönelik yeni bir tıp eğitim modeli ortaya koymak amacıyla planlanmış olan bu çalışmanın bulgular ekte tablolar ve grafikler halinde verilmiştir.

Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) verilerine göre; 2021-2022 eğitim-öğretim yılında 131 tıp Fakültesi (4’ü yurtdışında) bünyesinde 16 bin 858 öğrenci kontenjanı açılmıştır (14).

Tablo 1. Ülkemizdeki Tıp Fakülteleri ile İlgili Sayısal Veriler (2016-2022)

Eğitim Öğretim Dönemi	Tıp Fakültesi Sayısı	Kontenjan Sayıları	Yeni Kayıt	Toplam Öğrenci Sayısı	TUS Kontenjan Sayıları
2021-2022	131	16.858	?	110.331	18.430
2020-2021	132	16.448	19.151	103.170	12.446
2019-2020	103	15.050	17.076	95.035	12.130
2018-2019	96	14.346	15.859	89.356	10.911
2017-2018	94	14.647	14.555	82.865	8.432
2016-2017	85	13.683	13.044	75.902	6.638

Türkiye’de 2020 yılı itibariyle 49.760’ı pratisyen, 88.127’si uzman ve 33.372’si tıpta uzmanlık eğitimine devam eden asistan hekim

olmak üzere toplam 171.259 hekim bulunmaktadır.

Tablo 2. Türkiye’deki Hekim Sayılarının Yıllara Göre Değişimi (2010-2020) (15)

Yıllar	Hekim Grupları			Toplam Hekim		
	Uzman	Pratisyen	Asistan	Sayı	Yıllık Değişim	
					Sayı	%
2010	63.563	38.818	21.066	123.447	4.806	4,1
2011	66.064	39.712	20.253	126.029	2.582	2,1
2012	70.103	38.877	20.792	129.772	3.743	3,0
2013	73.886	38.572	21.317	133.775	4.003	3,1
2014	75.251	39.045	21.320	135.616	1.841	1,4
2015	77.622	41.794	21.843	141.259	5.643	4,2
2016	78.620	43.058	23.149	144.827	3.568	2,5
2017	80.951	44.649	24.397	149.997	5.170	3,6
2018	82.894	44.053	26.181	153.128	3.131	2,1
2019	85.199	46.843	28.768	160.810	7.682	5,0
2020	88.127	49.760	33.372	171.259	10.449	6,5
11 Yıllık Değişim						
Sayı	24.564	10.942	12.306	47.812		
%	38,6	28,2	58,4	38,7		

Tablo 2’de görüldüğü gibi 11 yıllık süre içerisinde hekim sayısında yaklaşık %40 oranında artış olmakla birlikte; asistan hekim

sayısındaki artış oranı, pratisyen hekimlere oranla yaklaşık 2 kat daha fazladır.

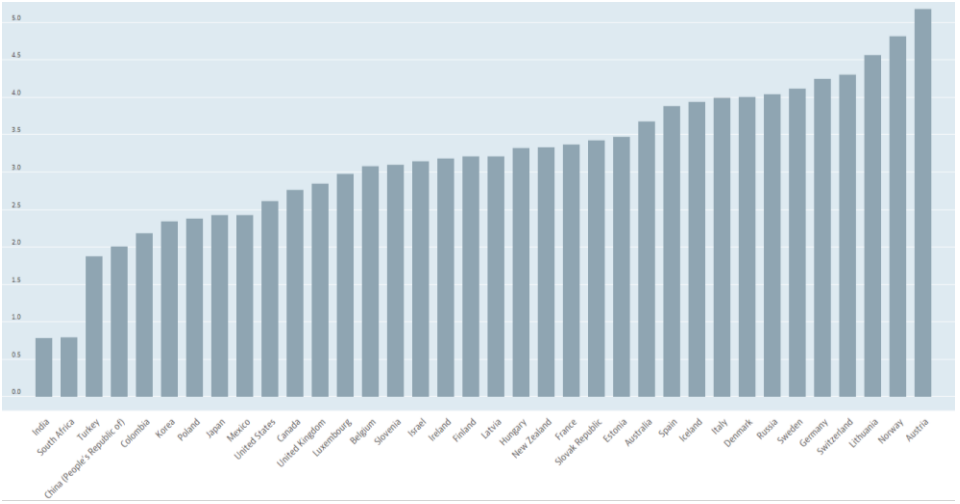
Tablo 3. Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı Açısından Türkiye’nin ve Bazı Gelişmiş Ülkelerin Durumu (DSÖ-2022) (16)

Ülke	Sayı	Ülke	Sayı	Ülke	Sayı	Ülke	Sayı
Küba	8,42	Finlandiya	4,64	Kazakistan	4,07	ABD	2,61
İsveç	7,09	İzlanda	4,14	Arjantin	4,06	Japonya	2,48
Yunanistan	6,31	İspanya	4,44	Slovenya	3,28	Kanada	2,44
Belçika	6,08	Almanya	4,43	İtalya	3,95	Çin	2,23
Macaristan	6,06	İsviçre	4,38	Fransa	3,27	Türkiye	1,93
Litvanya	5,08	Danimarka	4,22	Moğolistan	3,85	İran	1,58
Portekiz	5,48	Bulgaristan	4,21	Rusya	3,82	Pakistan	1,12
Avusturya	5,29	Çekya	4,15	Polonya	3,77	Mısır	0,75
Gürcistan	5,11	Avustralya	4,13	Azerbaycan	3,17	Hindistan	0,74
Norveç	5,05	Hollanda	4,08	İngiltere	3,00	Endonezya	0,62

Türkiye’de yıllar itibarıyla bin kişiye düşen hekim sayıları artmakla birlikte OECD ülkeleri ile kıyaslandığında halen düşük olduğu görülmektedir.

Türkiye son 20 yılda bin kişiye düşen hekim

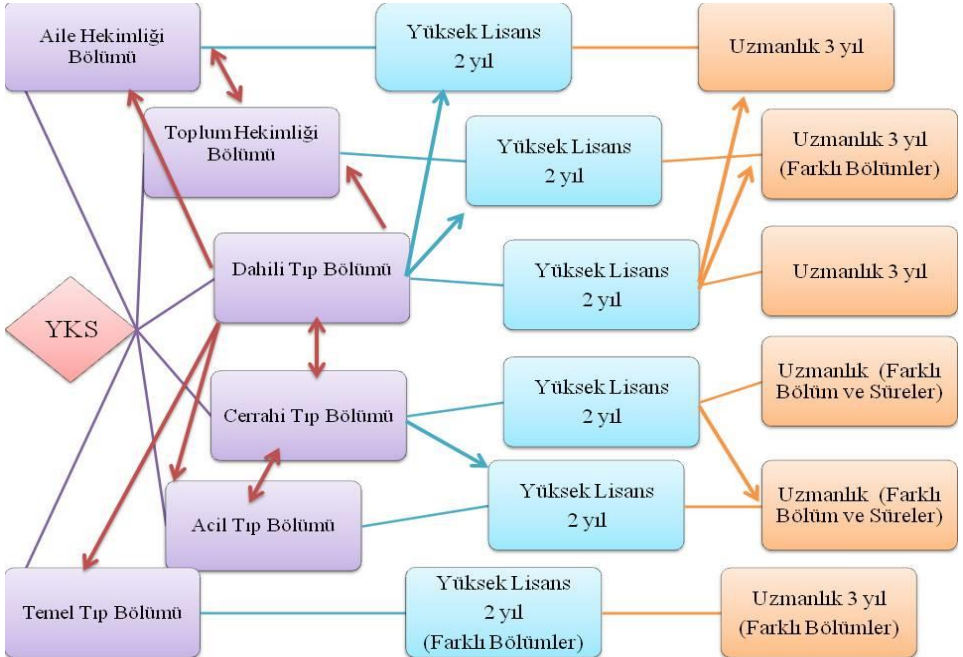
sayısını 1,38’den, 1,93’e yükseltmiştir, ancak OECD ülkelerinin 3,44’tür. OECD ülkeleri arasında Türkiye 1.000 kişiye düşen hekim sayısı açısından sondan üçüncü sırada yer almaktadır (Şekil 1) (17).



Şekil 1. Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı Açısından OECD Ülkelerinin Durumu (OECD, 2022) (17)

Türkiye, bu hekim açığını kısa sürede kapatabilmek için yeni bir model geliştirmek zorundadır. Bu amaçla aşağıda önerilen model

bu sorunun çözümüne katkı sağlayabilir (Şekil 2).



* Lisans bölümleri arasındaki oklar çift anadal yapma olanağını göstermektedir.

Şekil 2. Tıp Fakültesi İçin Önerilen Bölümler; Bölümler Arası Çift Anadal ve Geçiş Algoritması

Tıp eğitimi 6 bölüm halinde verilmeli ve bu bölümlerin kontenjanları her üniversitenin öğrenci yetiştirme kapasitesine göre ayrı ayrı belirlenmelidir. Öğrenci seçimi ve yerleşirmesi “Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS)” sonuçlarına göre her bölüme merkezi sistemle ayrı ayrı yapılmalıdır. Öğrenciler, tıp fakültesine girişte hangi alanda çalışmak istediklerini de belirlemiş olacaktır. Böylelikle başlangıçtan itibaren kendi ilgi ve yeteneklerine göre eğitim alacakları için daha kısa sürede donanımlı hale geleceklerdir.

Her ne kadar başlangıçta tercihlere göre bölümler seçilmiş olsa bile bölümler arasında ilk 2 yılda geçişler olabilecektir. Ayrıca içerik olarak birbirine benzer bölümler arasında yüksek lisans ve doktora (tıpta uzmanlık) eğitiminde de geçişler mümkün olacaktır. Böylece hedefe yönelik olarak; teorik eğitim ve tıbbi uygulamalar her bölüme uygun olarak en verimli şekilde yapılacak, gereksiz bilgi ve uygulama olmadan hızlı ve etkili bir eğitimle kısa sürede daha bilgili, deneyimli ve donanımlı hekimler yetiştirilecektir.

Bu bölümlerin müfredatları da doğal olarak ayrı olmalıdır. Başka bir deyişle; çalışılacak alana göre müfredat belirlenmelidir. Bu 6 bölüm için müfredat içeriği belirlenmesi ve uygulanması; tıp fakültelerinin “Tıp Eğitimi Anabilim Dalları” tarafından standart hale getirilmelidir. Bu durum, hem standart tıp eğitimi hem de fakülteler arası öğrenci yatay geçişleri açısından zorluk oluşturmaması açısından oldukça önem taşımaktadır.

Lisans eğitimini tamamlamış olanlara “hekim yardımcısı” unvanı verilerek alanında hem aktif olarak çalışılması (ücretli-kadrolu) hem de eğitime devam edilmesi sağlanabilir. Böylece; hem hizmet üretimi sağlanmış olacak, hem de usta-çırak yöntemi ile daha etkin bir uygulama eğitimi gerçekleştirilmiş olacaktır.

Bu sistemle yetiştirilmiş hekimler isterlerse, kendi alanlarında uzmanlık eğitimi alıp uzman hekim olabilirler (Tablo 4).

Bu şekildeki uzmanlık eğitimi daha kısa sürede ve daha etkili şekilde yapılabilecektir. Çünkü o

alandan zaten bir ön uzmanlık eğitimleri mevcut olacaktır. Ancak, burada esas olan; ülkenin ihtiyacına göre planlama yapmak olmalıdır. İhtiyaçtan fazla uzman hekim yetiştirilmesi israfdır ve kötü yönetimdir. Bazı alanlarda ihtiyaçtan fazla uzman hekim olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Önerilen bu modelin bölümlerine ve ayrıntılarına daha derinden bakacak olursak;

Aile Hekimliği Bölümü: Bu bölümde, ilk 2 yıl teorik eğitim gören öğrenciler daha sonra aile hekimliği anabilim dalında ve belirlenmiş ilgili diğer anabilim dallarında değişik sürelerle rotasyon yaparak lisans eğitimini tamamlayacaklardır. Toplum hekimliği bölümü ile çift anadal yapılarak 2 bölüm aynı anda bitirilebilir. Lisans mezuniyeti sonrası hekim yardımcısı unvanıyla aile hekimliği anabilim dalında ve aile sağlığı merkezlerinde (ASM) aile hekiminin yanında hem usta-çırak yöntemiyle yüksek lisans eğitimini tamamlayacak, hem de bu alanlarda sunulan hizmetlere resmi olarak katılabileceklerdir. Böylece alanında hem deneyim hem de özgüven kazanacaktır. Yüksek lisans eğitimini tamamlamış öğrenciler aile hekimi unvanını alacak ve aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi olarak görev alabileceklerdir. Ayrıca, aile hekimliği alanında uzmanlık eğitimi yapabileceklerdir.

Her aile hekiminin yanında bir “Aile Sağlığı Elemanı” çalışmaktadır. Bu personel aslına bakacak olursak aile hekimi yardımcısı gibi çalışmakta ve özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde tek başına büyük rol oynamaktadır. Bu sağlık personeli 4 farklı meslek mensubundan (hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni) seçilmektedir. Farklı eğitim almalarına ve çalışma alanlarının çok farklı olmasına rağmen aile sağlığı elemanı olarak çalışabilmektedir. Bu personelin büyük bir çoğunluğu ise lise düzeyinde eğitim görmüştür. Özellikle acil tıp teknisyenleri aile hekimliği uygulamalarının birçok alanı (ana-çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, bağışıklama vb) ile

İlgili eğitim almamışlardır. Tüm bu dört mesleğin mensupları daha önce çalışmadıkları ve tamamen farklı bir disiplin olan aile hekimliği hizmetleri konusunda geniş çaplı bir uyum eğitimi ya da hizmet içi eğitim de almamaktadır. Kaldı ki; bu dört meslek grubu da ülkede personel ihtiyacı ve açığı çok fazla olan uzun süre eksikliği kapanamayacak alanlardır. Aile sağlığı hizmetleriyle birebir örtüşmeyen bu 4 meslek yerine “aile hekimi yardımcısı” yetiştirmek hem çok daha kolay hem de çok daha işlevseldir.

Tanı ve/veya tedavisi ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlarda gerçekleşen hastalar tedavisinin devamı, izleme ve bakım için aile hekimliklerine geri gönderilmelidir. Aile hekimi sevk ettiği hastasına ikinci basamakta verilen hizmetleri bilmesi kayıt sistemini güçlendirecektir. Böylece üst basamaklarda hasta yoğunluğu azalacağı gibi, aile hekimlerinin de kaliteli hizmet vermesi ve daha düşük maliyetli sağlık hizmeti sunumu mümkün olabilecektir.

Tablo 4. Tıp Fakültelerinde Mevcut Olan ve İlave Olarak Önerilen Lisansüstü Eğitim Alanları

Aile Hekimliği	Toplum Hekimliği	Acil Tıp	Dahili tıp	Cerrahi Tıp	Temel Tıp
1. Aile Hekimliği	1. Sağlık Yönetimi	1. Acil Tıp	1. Adli Tıp	1. Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	1. Anatomi
2. Evde Tıbbi Bakım	2. Epidemiyoloji	2. Afet Tıbbı	2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon	2. Biyofizik
3. Teletıp/e-Sağlık	3. Koruyucu Hekimlik	3. KBRN	3. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	3. Beyin ve Sinir Cerrahisi	3. Tıbbi İstatistik
4. Palyatif Bakım	4. İş Sağlığı		4. Deri ve Zührevi Hastalıklar	4. Çocuk Cerrahi	4. Fizyoloji
	5. Okul Sağlığı		5. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	5. Genel Cerrahi	5. Histoloji ve Embriyoloji
	6. Çevre Sağlığı		6. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	6. Göğüs Cerrahi	6. Tıbbi Biyokimya
	7. Turizm Sağlığı		7. Geriatri	7. Göz Hastalıkları	7. Tıbbi Biyoloji
	8. Yaşlı ve Engelli Sağlığı		8. Göğüs Hastalıkları	8. Kadın Hastalıkları ve Doğum	8. Tıbbi Mikrobiyoloji
	9. Meslek Hastalıkları		9. İç Hastalıkları	9. Kalp ve Damar Cerrahisi	9. Tıp Eğitimi
	10. Askeri Sağlık Hizmetleri		10. Kardiyoloji	10. Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	10. Tıp Tarihi ve Etik
	11. Toplum Beslenmesi		11. Nöroloji	11. Ortopedi ve Travmatoloji	11. Sağlık Bilişimi ve tıbbi yapay zeka
	12. Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama		12. Nükleer Tıp	12. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	12. Tıbbi Farmakoloji
	13. Akıl sağlığı		13. Radyasyon Onkolojisi	13. Tıbbi Patoloji	
	14. Sosyal Tıp		14. Radyoloji	14. Üroloji.	
	15. Gıda Hijyeni		15. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	16. Ana-Çocuk Sağlığı		16. Spor Hekimliği		
			17. Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp		
			18. Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji		
			19. Tıbbi Genetik		
			20. Fitoterapi		
			21. Geleneksel Tıp		

Toplum Hekimliği Bölümü: Hastalıkları önleme, yaşamı uzatma ve sağlığı geliştirme bilimi ve sanatı olarak tanımlanan halk sağlığı tıp eğitiminde temel bölümlerden bir tanesidir. Sağlık hizmetlerinin %55'ini koruyucu sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Bu hizmetleri sunacak olan hekimler, bu bölüm aracılığıyla yetiştirilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü, mevcut toplum hekimliği kapasitelerinin güçlendirilmesi ve halk sağlığı hizmetlerinin daha profesyonelce sunulabilmesi için özel becerilere sahip, çok disiplinli işgücüne yatırım yapılmasının gerekli olduğunu belirtmektedir. Sağlık düzeyini yükseltmek ve hastalıkları önlemek için temel toplum hekimliği işlevlerini yerine getirebilecek güçlü bir toplum hekimi ordusuna ihtiyaç olduğuna dair gittikçe artan uluslararası bir görüş mevcuttur. DSÖ, bu kapsamda toplum hekimliği kapasitelerinin güçlendirilmesini bir öncelik olarak belirlemiştir (18).

Bu bölümde ilk 2 yıl teorik eğitim gören öğrenciler daha sonra halk sağlığı anabilim dalında ve belirlenmiş ilgili diğer anabilim dallarında değişik sürelerle rotasyon yaparak lisans eğitimini tamamlayacaklardır. Aile hekimliği bölümü ile çift anadal yapılarak 2 bölüm aynı anda bitirilebilir. Lisans mezuniyeti sonrası hekim yardımcısı unvanıyla halk sağlığı anabilim dalında ve toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) hem usta-çırak yöntemiyle yüksek lisans eğitimini tamamlayacak, hem de bu alanlarda sunulan hizmetlere resmi olarak katılabileceklerdir. Böylece alanında hem deneyim hem de özgüven kazanacaktır. Yüksek lisans eğitimini tamamlamış öğrenciler toplum hekimi unvanını alacak; toplum sağlığı merkezlerinde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde (özellikle yönetici olarak) görev alabileceklerdir. Ayrıca toplum hekimliğinin değişik alanlarında uzmanlık eğitimi yapabileceklerdir (Tablo 4).

Acil Tıp Bölümü: Bu bölümde ilk 2 yıl teorik eğitim gören öğrenciler daha sonra acil tıp anabilim dalında ve belirlenmiş ilgili diğer

anabilim dallarında değişik sürelerle rotasyon yaparak lisans eğitimini tamamlayacaklardır. Dahili tıp ve cerrahi tıp bölümleri ile çift anadal yapılarak 2 bölüm aynı anda bitirilebilir. Lisans mezuniyeti sonrası hekim yardımcısı unvanıyla acil tıp anabilim dalında hem usta-çırak yöntemiyle yüksek lisans eğitimini tamamlayacak, hem de bu anabilim dalında sunulan hizmetlere resmi olarak katılabileceklerdir. Böylece alanında hem daha deneyimli olacak hem de özgüven kazanacaktır. Yüksek lisans eğitimini tamamlamış öğrenciler acil hekimi unvanını alacak; hastanelerin acil servislerinde ve birinci basamak ilk ve acil yardım hizmetlerinde (özellikle ambulanslarda) görev alabileceklerdir. Ayrıca, acil tıp uzmanlık alanlarının herhangi birinde uzmanlık eğitimi yapabileceklerdir.

Yapılan çalışmalar hekimlerin en çok kendilerini yetersiz hissettikleri ve kaygılandıkları alanın acil tıp alanı olduğunu göstermektedir (19). Tıp öğrencilerinin en fazla mezun olduktan sonra devlet hastanesi acil servisinde çalışacak olmaktan kaygı duydukları belirtilmektedir (20). Birinci basamak hekiminin en çok yapacağı işlerden biri de acil hastayı yönetebilmektir. Ancak tıp fakültelerinde birinci basamaktaki önemli acillere değinilmesine rağmen gerçekçi ve yeterli uygulama yapılamamaktadır. Hekim adayı acil hastanın genellikle ameliyat sonrası ya da tedavi sonrası dönemini görmektedir. Acil vakalarda hekimin hızlı ve doğru karar verebilmesi ölüm ile kalım arasındaki ince çizgiyi belirlemektedir. Triyaj yaparak en kısa sürede müdahale yapmalı veya sevk edilmesi gereken hastaları en doğru şekilde sevk edebilmelidir. Bu kritik görev göz önüne alındığında bu alanda çalışacak hekimlerin özel olarak simülasyon yöntemleriyle ve uygun eğitim programları ile acil servislerde ve ambulanslarda yeterli sürelerde eğitiminin sağlanması gerekmektedir. Öğrendikleri bilgileri ve uygulamaları gerçek çalışma alanlarına aktarmaları ve donanımlı hale gelmeleri ancak bu modelle sağlanabilir.

Dahili Tıp Bölümü: Dâhili tıp bilimleri ilaçla tedavi yapılan hekimlik dallarının ortak ismidir. Bu bölüm zaten tüm tıp fakültelerinde bulunmaktadır. Ancak, ayrı bir bölüm olarak öğrenci almamaktadır.

Bu bölümde ilk 2 yıl teorik eğitim gören öğrenciler daha sonra dahili tıp anabilim dallarında belirlenmiş sürelerle rotasyon yaparak lisans eğitimini tamamlayacaklardır. Bu bölüm öğrencileri diğer tüm bölümlerde çift anadal yaparak 2 bölümü aynı anda bitirilebilir. Lisans mezuniyeti sonrası hekim yardımcısı unvanıyla dahili tıp anabilim dallarında belirlenmiş sürelerle hem rotasyon yapacak ve usta-çırak eğitimi yöntemiyle yüksek lisans eğitimini tamamlayacak, hem de 22 farklı bilim dalında sunulan hizmetlere resmi olarak katılabileceklerdir. Böylece alanında hem daha deneyimli olacak hem de özgüven kazanacaktır. Yüksek lisans eğitimini tamamlamış öğrenciler dâhili hekim unvanını alacak ve hastanelerin 22 farklı dahili tıp kliniklerinde görev alabileceklerdir. Ancak, bu bölümün esas amacı dahili tıp alanlarında uzman hekim yetiştirmek olmalıdır. Bu alanda yüksek lisansa sahip hekimler dahili alanlarında ve aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi yapabileceklerdir (Tablo 4).

Cerrahi Tıp Bölümü: Cerrahi tıp bilimleri, hastayı ameliyatla tedavi eden hekimlik dallarının ortak ismidir. Bu bölüm tüm tıp fakültelerinde bulunmakta; ancak ayrı bir bölüm olarak öğrenci almamaktadır.

Bu bölümde ilk 2 yıl teorik eğitim gören öğrenciler daha sonra cerrahi anabilim dallarında belirlenmiş sürelerle rotasyon yaparak lisans eğitimini tamamlayacaklardır. Acil tıp ve dahili tıp bölümü ile çift anadal yapılarak 2 bölüm aynı anda bitirilebilir. Lisans mezuniyeti sonrası hekim yardımcısı unvanıyla cerrahi anabilim dallarında belirlenmiş sürelerle hem rotasyon yapacak, hem de 13 farklı bilim dalında sunulan hizmetlere resmi olarak katılabileceklerdir. Böylece alanda daha deneyimli olacaktır. Yüksek lisans eğitimini tamamlamış öğrenciler cerrahi hekim unvanını

alacak ve hastanelerin cerrahi kliniklerinde görev alabileceklerdir. Ancak, bu bölümün de esas amacı uzman hekim yetiştirmek olmalıdır.

Temel Tıp Bölümü: Temel tıp bölümü, tıp eğitiminin ilk iki yılı içerisinde verilen temel bilgi ve becerileri kazandıran anabilim dallarını kapsamaktadır. Bu bölüm halen tüm tıp fakültelerinde bulunan üç bölümden biridir. Ancak, ayrı bir bölüm olarak öğrenci almamaktadır.

Bu bölümde eğitim gören öğrenciler lisans mezuniyeti sonrası branşlara ayrılıp Tablo 4’te gösterilen anabilim dallarında yüksek lisans ve doktora eğitimi yapabileceklerdir.

Böylece söz konusu bu 6 ana tıp alanında hekim yardımcısı, hekim ve uzman hekim şeklinde bir hiyerarşik yapıyla daha verimli ve kaliteli bir hizmet sunmak mümkün olacaktır.

TARTIŞMA

Günümüz tıp fakülteleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetleri sunacak hekim yetiştirmekten ziyade uzmanlık eğitimi için aday hekim yetiştirmektedir. Tıp fakültelerinin eğitim başarısı da uzmanlığı kazanan öğrenci sayısı ve sınavdan elde edilen yüzdeler üzerinden hesaplanmaktadır (5).

Tıp fakültesi öğrencisi bu yanlış kurgulanmış sistem gereği mesleki bilgi ve uygulamalar yerine zamanının ve enerjisinin çoğunu TUS sınavında sorulabilecek test sorularını ezberlemeye harcamaktadır. Hayatında belki hiç karşılaşmayacağı hastalıkları öğrenebilmek ve TUS’da başarılı olabilmek için beyhude çabalamaktadır (10). Kaldı ki; artık bilgiye ulaşmak o kadar kolaylaşmışken, bilgi çağında yaşarken; bilgiyi ezberlemek ne kadar doğrudur. Ülkenin en zeki çocuklarının gençliklerini ve en verimli çağlarını heba etmesi ne kadar büyük kayıptır. Tıp fakültesinin son yılı (intörnlik) birçok üniversitede TUS sınavına hazırlanma yılı olarak benimsenmiştir ve neredeyse hiçbir eğitim aktivitesi yapılmamaktadır. Özellikle koruyucu hekimliğe

yönelik yeterince uygulamalı eğitim yapılamamaktadır (10). Tıp fakültesi öğrencileri de mesleğe yönelik pratik uygulamaları esas olarak intörlük döneminde edineceklerini beklemekte iken; son sınıftaki uygulamalara katılımın düşük düzeyde olduğu ve intörlük döneminin Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) hazırlık şeklinde geçirildiği belirtilmiştir (21).

Tıp fakültelerinin misyonunun, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için hekimler yetiştirmek olduğu bilinse de; uygulanan tıp eğitimi, amacı uzmanlığı kazanmak olan öğrenciler yetiştirmektedir. Bu durum, öğrencilerde güven eksikliğine bağlı olarak pratisyen hekim olarak çalışmada isteksizlik oluşturmaktadır. Öğretim üyelerinin aşırı uzmanlaşmış rol modeller olması ve gösterilen hastaların ileri düzey hastalar olması öğrencileri mezuniyet sonrası tekrar üçüncü basamağa dönmeye teşvik etmektedir (22). Üçüncü basamak hastanelerde eğitim gören öğrencilerin, birinci basamak sağlık kurumlarını ve burada görev alan hekimlerin yaptıkları işlemleri yeterince öğrenemedikleri için kendilerini birinci basamağa yabancı hissetmeleri ve uzmanlığa bu kadar değer vermeleri beklenen bir sonuçtur.

Tıp eğitimi, tek bölüm halinde sadece pratisyen hekim yetiştirmeye odaklandıkça; pratisyen hekim ihtiyacı karşılanamayacağı gibi her yıl giderek artacaktır. Ülkemizde son 10 yıl içinde pratisyen hekim sayısı artmak bir yana bazı yıllarda azalmıştır (Tablo 2). Neredeyse tıp fakültesinden mezun olan her hekim uzmanlık eğitimine başlamaktadır. Uzman hekim sayımız giderek artarken birinci basamak sağlık hizmetlerini sunacak olan hekim sayısı yeterli değildir (5).

Uzmanlık eğitimine olan yönelme, pratisyen hekim açığını ve dolaylı olarak aile hekimi ve işyeri hekimi açığını artırmaktadır. Bununla birlikte uzmanlık alanları, uzmanlık eğitimi kontenjanları ve uzman hekim sayısı ülke ihtiyacına göre planlanmayıp, üçüncü basamak hastanelerdeki asistan hekim ihtiyacına göre belirlenmektedir (3).

Toplumların gelişmişlik düzeyi arttıkça tek alanda çalışan uzmanlaşmış hekimlere ihtiyaç giderek artmaktadır. Bu nedenle tıp eğitimi, tek bölüm halinde her şeyden anlayan pratisyen hekim yetiştirmek yerine temel alanlarda ayrı bölümler halinde ve birinci basamakta görev alacak hekim ihtiyacını karşılamaya yönelik olmalıdır.

Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalarda; öğrencilerin büyük çoğunluğunun uzmanlık yapmayı ve yeniden üçüncü basamak kurumlara dönerek burada çalışmayı düşündüğü; gerekçe olarak da mesleki doyum (%53), kariyer (%19), maddi kazanç (%9), saygınlık (%7) ve aile ve çevre baskısının (%2,2) gösterildiği belirtilmiştir (19). Yine öğrencilerin %92,8'inin TUS için yoğun şekilde çalıştıkları, (23), bir başka araştırmada ise öğrencilerin tamamına yakınının uzman hekim olmayı istediği ve bu amaçla dershaneye gittiği belirtilmektedir (21).

Tıp eğitimi sırasında gösterilen hastalıklar ve hastalar, toplumda birinci basamakta çalışan bir hekimin görebileceği hastalık dağılımından çok farklıdır ve bu durum hekimlerin sahada kendini yetersiz hissetmelerine neden olmaktadır. Nitekim yapılan bir araştırmada; tıp eğitimi sırasında görülen hastalıkların sadece %1'inin birinci basamaktaki hastalık yelpazesi ile uyumlu olduğu belirlenmiştir (22). Yine mezuniyetlerine birkaç ay kalmış öğrenciler üzerinde yapılmış bir çalışmada da; tıp fakültesinde kazanılan temel hekimlik becerilerinin birinci basamak sağlık hizmetleri için yeterli olmadığı belirtilmiştir (19).

Türkiye'deki tıp eğitiminin enine boyuna değerlendirildiği resmi bir araştırma raporunda; ülkemizde uygulanan tıp eğitiminin yeterli olmadığı, öğrencilerin kendilerini bilgi ve beceri açısından hazır hissetmedikleri vurgulanmıştır (24). Bu rapor oldukça eski tarihli olmakla birlikte, daha yeni tarihli bu kapsamda bir rapor bulunmamaktadır ve tıp eğitimi müfredatında da o tarihten bu yana önemli değişiklikler olmamıştır. Özellikle

birinci basamak sağlık hizmetleri alanında eğitim ve uygulama daha da geriye gitmiştir.

Tıp eğitimi süresince elliden fazla anabilim dalının bilgi ve uygulamasından geçen hekim adayının binlerce hastalığı, temel tıp bilimlerini, halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerini yeterince öğrenmesi ve hatırlayabilmesi oldukça zordur.

Bir hekimin tıbbın bütün alanlarına hakim olması mümkün değildir. Bu nedenle; tıp fakültelerinde yeni bölümler oluşturulmalıdır.

Tıp eğitiminin amacı her hastalığa tanı koyabilen, tedavisini yapabilen hekim yetiştirmek değil; birinci basamağa başvuran hastaların teşhis ve tedavisini yapabilecek, ileri düzeydeki hastaları ise doğru basamağa yönlendirebilecek bilgi ve deneyime sahip hekimler yetiştirmek olmalıdır.

Tıp eğitimindeki temel amaç unutulup; her klinikte öğrencilere uzmanlık düzeyinde, hatta yan dal uzmanlığı düzeyinde bilgiler yüklenilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu ve Amerikan Tıp Okulları Örgütü tıp eğitiminde toplumun sağlık ihtiyaçlarına yönelik değişiklikler yapılması gerektiğini belirtmektedirler. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tarafından benimsenen Edinburgh Bildirisi tıp eğitiminin sadece üniversite hastanelerinde değil, tüm sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde genişletilmesini, ülkenin sağlık önceliklerine göre planlanmasını ve etkin yöntemlerle yapılmasını önermektedir (25). Gelecekte hekimler açısından yeni çalışma alanlarının ve uzmanlık alanlarının doğması kaçınılmaz olacaktır. Bu değişimi önceden gören veya fark eden ülkeler diğerlerinden birkaç adım önde olacaklardır.

Gelişmiş ülkelerde uzun yıllardır yoğun şekilde hizmet sunulan; okul sağlığı, evde bakım, epidemiyoloji, e- sağlık (teletıp), sağlık bilişimi, iş sağlığı, meslek hastalıkları, turizm sağlığı, afet tıbbı gibi pek çok yeni alan ülkemizde henüz uzmanlık alanı olarak gelişmemiştir (26). Oysa ki; yaşlı, kronik hastalık sahibi ve gelir düzeyi iyi olan bireylerin kendi evlerinde sağlık

hizmeti almak istemesi ile birlikte e- sağlık (teletıp) hizmetleri Dünya genelinde önem kazanmış ve uygulamaya geçmiş durumdadır (27).

Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri alanında en büyük rolü üstlenmesi gereken hekimler; çalışma koşullarının belirsizliği, mesleki doyumsuzluk, her türlü hekimlik uygulamasını yapabileceği düşünülen süper bir kahraman, uzmanlık sınavını kazanamadığı ve uzman olmadığı için başarısız görülme gibi nedenlerden dolayı mutsuz ve umutsuzdurlar. Bu nedenle tümü uzmanlaşarak maddi ve manevi doyum elde etmeye yönelmektedirler (5).

İşlerin mevcut pratisyen hekimler tarafından üstlenilmesi işyükü artışına ve kalite düşüklüğüne neden olmaktadır (28).

Tüm bu nedenlerle; önerilen bu eğitim modeli ile kendi sevdiği ve çalışmak istediği 6 temel hekimlik alanından birini daha başlangıçta seçen hekim adayı, alanın kendi çalışma koşulları içerisinde ve ona uygun hasta (hastalık) yapısıyla eğitimini tamamlayacak ve mezuniyet sonrası bir eksiklik ve yabancılık hissetmeden mesleğini severek yapacaktır. Ayrıca, öğrenciler kendi alanı ile ilgili olmayan ve hiçbir zaman işine yaramayacak gereksiz bilgileri ezberlemek zorunda kalmayacaktır.

Ancak branşlaşmanın erken başlaması tıba ve hastalıklara bütüncül bir bakış açısı geliştirmesi gereken hekimlerin çok yönlü düşünmesine engel teşkil etmez mi? Sorusu akla gelebilir. Bu sistemle hekimler çok yönlü düşünmek zorunda kalmayacak sadece kendi alanı ile ilgili derinlemesine düşünmek durumunda olacaktır. Kaldı ki; bütüncül bir bakış açısına sahip olması gereken halk sağlığı uzmanlarının ve aile hekimlerinin eğitimleri daha da güçlendirilmiş olacaktır. Hastane uygulamaları daha verimli ve kaliteli şekilde yapılabilecektir. Öğrenciler alanı ile ilgili olmayan kliniklere boş yere gitmek zorunda kalmayacaktır. Örneğin 300 tıp öğrencisi olan bir fakültede bu 300 öğrenci bütün bölümleri dolaşmadan sadece kendi alanı ile ilgili kliniklerde uygulama yapacaktır.

Ayrıca, 300 kişilik bir sınıfa ders anlatmak ve etkileşimli eğitim yapmak eğitim kalitesi açısından uygun değildir. Bu sayı 6 bölüme dağıtıldığında daha stratejik ve kaliteli eğitim yapmak mümkün olacaktır.

Buradan hareketle, kamu yararı açısından bakıldığında bu sistem kamuya ek bir yük getirmediği gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de uzmanlaşma yoluyla hizmetlerin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlayacaktır.

Bu durum, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra; ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu sağlayacak ve sağlık harcamalarında da azalmaya neden olacaktır.

Objektif bir bakış açısıyla önerilen bu modelin olumsuz yönleri değerlendirildiğinde şu durumlar göz önünde bulundurulmalıdır;

1. Tıp fakültesine girişte öğrenci kendine uygun olmayan bölümü seçebilir. Bu olumsuz durum ilk iki yıl için önerilen geçişlerle ve sonrasındaki lisansüstü uzmanlaşma ile giderilebilir.

2. Yeni eğitim modelinin gereği olarak Sağlık Bakanlığı tıp fakültelerine birinci basamakta uygulama alanları için kolaylık göstermesi ve yardımcı olması gerekecektir. Bu sorun karşılıklı protokol anlaşmaları ile çözümlenmelidir.

3. Önerilen hekim yardımcısı için Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı tarafından gerekli kadroların tahsisi ve ücretlendirmesinin yapılması gerekecektir.

4. Birinci basamaktaki bu değişime paralel olarak sistemin yeniden tasarlanması gerekecektir.

5. Birinci basamakta çalışan hekimler artık uzmanlık alanlarına ayrıldığı için herhangi bir konumda ve kurumda değil, kendi alanlarında çalışması gerekecektir. Bu nedenle ihtiyaca göre planlamalar çok daha titizlikle yapılması gerekecektir.

SONUÇ

Değişmeyen tek şey değişimdir. Tıp eğitimi, Tıp Eğitimi Dünyası / Eylül-Aralık 2022 / Sayı 65

bilimin gelişmesi ve sağlık ihtiyaçlarının değişmesi nedeniyle oluşan hızlı değişime uyum sağlamak için değişmek zorundadır.

Geleneksel olarak yürütülen öğretmen merkezli ve içerik odaklı eğitimden öğrenci merkezli ve sonuç odaklı tıp eğitim sistemine geçilmesi gerekmektedir.

Tıp eğitimi, tek bölüm halinde pratisyen hekim yetiştirmeye devam ettiği sürece; bu değişimi yakalayamayacak, kaliteli ve donanımlı hekim ihtiyacı her yıl giderek artacaktır.

Uzman hekim sayımız giderek artarken birinci basamak sağlık hizmetlerini sunacak olan hekim sayısı ihtiyacı karşılayamamaktadır.

Tıp eğitimi süresince elliden fazla anabilim dalının bilgi ve uygulamasından geçen hekim adayının binlerce hastalığı, temel tıp bilimlerini, halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerini yeterince öğrenmesi ve hatırlayabilmesi oldukça zordur.

Bir hekimin tıbbın bütün alanlarına hakim olması mümkün değildir. Bu nedenle; tıp fakültelerinde yeni bölümler oluşturulmalıdır.

Tıp eğitiminin amacı her hastalığa tanı koyabilen, tedavisini yapabilen hekim yetiştirmek değil; birinci basamağa başvuran hastaların teşhis ve tedavisini yapabilecek, ileri düzeydeki hastaları ise doğru basamağa yönlendirebilecek bilgi ve deneyime sahip hekimler yetiştirmek olmalıdır.

Hekimler, üçüncü basamak hastanelerde eğitim görmeye devam ettiği, koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerini ve kurumlarını öğrenmediği sürece birinci basamağa uyum sağlayamayacak, öğrenmiş ve alışmış oldukları tanı ve tedavi yöntemlerini ve teknolojisini bulacakları üçüncü basamağa geri dönmek isteyeceklerdir.

Tıp eğitimi sırasında gösterilen hastalıklar ve hastalar, toplumda birinci basamakta çalışan bir hekimin görebileceği hastalık dağılımından çok farklıdır ve bu durum hekimlerin sahada kendini yetersiz hissetmelerine neden olmaktadır.

Önerilen bu yeni tıp eğitim modeli, kamuya ek bir yük getirmediği gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de uzmanlaşma yoluyla

hizmetlerin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulmasını sağlayacaktır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunabiliriz;

- ✓ Tıp fakültesi eğitimi yeniden düzenlenmelidir.
- ✓ Tıp Fakültelerinin bünyesinde 6 bölüm olmalı ve bunlara ayrı ayrı öğrenci alınmalı ve müfredatı da yapacakları işe uygun olmalıdır.
- ✓ Lisans eğitimini tamamlamış olanlara “hekim yardımcısı” unvanı verilerek alanında hem aktif olarak çalışmalı (ücretli-kadrolu) hem de eğitimine devam etmelidir.
- ✓ Tıp eğitiminde amaç: ülkenin ihtiyacına uygun sayı ve kalitede hekim yetiştirmek olmalıdır.
- ✓ Ülkemizde ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti meslek mensuplarını yetiştirmek için; ufuk açıcı bir stratejik planlamaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1.Şahinöz T. Sen Kimsin. ISBN: 978-605-9272-64-3. 1. Baskı. AZ Yayınevi. Ankara. 2016.

2.Wolf TM. Stres, coping and health: Enhancing wellbeing during medical school. Medical Education. 1994; 28:8-17.

3.Kayar NA, Daloğlu M, Şenol Y. Evaluation of Communication Skills of Dentistry and Medical Faculty Students. Tıp Eğitimi Dünyası. 2021;20(62):33-43.

4.Resmî Gazete (RG). 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. 14.4.1928 tarihli ve 863 sayılı Resmî Gazete.

5.Türk Tabipleri Birliği (TTB). Türkiye'nin COVID-19 Pandemisinin Gölgesinde Kalan Sağlığı-2020. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=58bd5e22-75a7-11eb-88b2-b02bc55b7849
Erişim tarihi: 05.03.2022

6.Health and Social Care Information Centre (HSCIC). General and Personal Medical Services: England 2004-14. 2015.

7.Raffoul, M, Moore M, Kamerow D. and Bazemore, A. A Primary Care Panel Size of 2500 is neither Accurate nor Reasonable. J Am Board Fam Med, 2016; 9: 496-499.

8.Sağlık Sektöründe İş Sağlığı ve Güvenliği (2021)., Şahinöz S, Çelenk K Elif, Şahinöz T, Kıvanç A, Akademisyen Kitabevi, Ed: Şahinöz T. ISBN:978-625-7451-54-3

9.Başer A, Şahin H. Atatürk'ten Günümüze Tıp Eğitimi. Tıp Eğitimi Dünyası. 2017;16(48):70-83.

10.Dörtyol BG. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası ile ilgili düşünceleri, kariyer seçimleri ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2017;16(50):12-21.

11.Karle H. Global standards and accreditation in medical education: a view from the WFME. Academic Medicine. 2006;81(12):43-S48.

12.Emanuel EJ. The inevitable reimagining of medical education. Jama. 2020;323(12):1127-1128.

13.Ercan S. Tıp Fakültelerinin Yüz Yüze Kaldığı Genel Sorunlar ve Tıp Fakültelerinde Eğitim Kalitesinin İyileştirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası. 2016;15(45):45-50.

14.Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK). (2021). Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. <https://istatistik.yok.gov.tr> Erişim tarihi: 05.03.2022

15.Sağlık Bakanlığı (SB). 2020. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1010, Ankara.

16. World Health Organization. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization. 2022.
17. OECD Health Workforce. <https://www.oecd.org/els/health-systems/workforce.htm>. 2022. Erişim tarihi: 08.07.2022.
18. Buzgan T, ve Güner Ö. (2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemilerdeki etkinliği ve post-pandemik dönemdeki geleceği. Küresel Salgının Anatomisi: İnsan ve Toplumun Geleceği, Ed.: M. Şeker, A. Özer, C. Korkut, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, 131-148.
19. Atılğan B, Temizayak F, Çağırın T, Tarı O, Gürler G, Müderrisoğlu M ve ark. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinin Tıp Fakültesinde Hekimlik Becerileri Eğitimine Yönelik Görüşleri. 2020;19(57):5-25
20. Mayda A, Yılmaz M, Bolu F, Deler M, Demir H, Doğru M, Fırat A, Güksu S. Bir tıp fakültesi 4, 5 ve 6. sınıf öğrencilerinde gelecek ile ilgili kaygı durumunun değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014; 4(3):7-13.
21. Köse C. Bir Tıp Fakültesi İntörnlerinin Mesleki Temel Bazı Bilgi ve Becerileri Hakkındaki Öz Değerlendirmeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2018;27(3):176-189.
22. Schmidt H, Magzoub M, Feletti G, Nooman Z, Vluggen P. Handbook of Community- Based Education: Theory and Practices. Maastricht: Network Publications. 2000;7-9.
23. Yarış F, Topbaş M, Çan G, Özoran Y. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2001;18(4):233-241.
24. TBMM Araştırma Komisyonu. Türkiye'de Tıp Eğitimi Öğrenci Boyutu. 1991; 1:33-108. Ankara.
25. Gordon L, Cleland JA. Change is never easy: How management theories can help operationalise change in medical education. Medical Education. 2021;55(1):55-64.
26. Şahinöz T. (2022). Sağlık Hizmetleri Yönetimi. Bölüm; Sağlık Meslekleri. Nobel Akademik Yayıncılık. ISBN: 978-625-417-707-1
27. Kılıç T. e-sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(3), 203-217.
28. Çapar H. Sağlık alanında meslekleşme ve Türkiye'nin yaşadığı sorunlar: Yeni mesleklere doğru. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2019;21(3):803-816.