

TIPTAKİ ÖĞRETİM ÜYESİNİN ÖĞRETİM SORUMLULUĞU

Ayşe Bingöl*

ÖZET

Tıptaki bir öğretim üyesinin üç ana sorumluluğu vardır: Bilimsel araştırma, hasta hizmeti ve eğitim-öğretim. "Öğretim üyesi"nin, ünvandan da anlaşıldığı gibi, en önde gelen görevinin eğitim-öğretim olması gerekirken, bu üç görev arasında en az zaman ayrılabilen ve en az emek verilen eğitim-öğretimdir. Halbuki öğretim üyesi-ne bu konudaki becerilerini arttıracak yardımlarda bulunmak ve eğitim-öğretimin öğretim üyesi gözündeki önemini arttıracak tedbirler almak mümkündür

Anahtar kelimeler: Tıp, öğretim üyesi, öğretim

SUMMARY

The Teaching Responsibility of the Faculty in Medicine

Faculty in medicine have three main responsibilities: Research, patient care and teaching. Although teaching, as to be deduced from the title of "faculty", should have the highest priority, it constitutes the least laborious and the least time-consuming of the three. However, it is possible to help the faculty to enhance their teaching skills and to take some measures to increase the importance of teaching for the faculty.

Key words: Medicine, faculty, teaching

1. TIPTAKİ BİR KLİNİSYEN ÖĞRETİM ÜYESİNİN SİRADAN ÖYKÜSÜ

Bu öykü hemen hepimize tanıdık gelecektir. Benim akademik hayatım 1979'da Ege Tıp Fakültesi öğrencisi olarak başladı, Ankara Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda 1987'de asistan, 1993'te Öğretim Görevlisi ve 1994'te Yardımcı Doçent olarak devam etti. Öğrenciyken öğretim üyelerinin bazılarının ders anlatışlarını veya pratik yaptırışlarını daha çok sever, bazılarınıninkine ise sadece mecburiyetten girerdik. O zamanlar, ne güzel anlatanları takdir ettiğimi belirtmiş, ne de iyi anlatamayanlara bunu söylemişim, zaten hiç biri de sormamışlardı. Akademik kariyer basamaklarında ilerledikçe karşıma literatür sunma, seminer sunma, bildiri sunma, poster hazırlama, makale yazma, öğrencilere pratik yaptırma, vizit yapma, ders anlatma, soru hazırlama ve sınav yapma gibi görevler çıktı. Bunların hiç birinin nasıl yapılacağını bilmiyordum. Genelde hep aynı taktiği kullandım: Öğrenci ve asistanken bana eğitim vermiş asistan ve öğretim üyelerini hatırlamak, onların beğendiğim davranışlarını taklit etmeye, beğenmediğim davranışlarından kaçınmaya çalışmak,

benden kıdemli olanların yaptıklarını gözlemek ve kıdemli öğretim üyelerinin bana ve başkalarına olan eleştirilerini dikkate almak. Her yeni akademik görevle birlikte yaşadığım sıkıntı, ilk kez ders vermem gerektiğinde küçük bir paniğe dönüştü, ilk kez bu dönemde "Bu iş böyle olmamalı. Kuralları olmalı. Bizlere bunları öğretmeleri, hiç olmazsa bir kurs vermeleri gerekirdi" diye düşündüm ve bundan bir kaç öğretim üyesine söz ettim. Hepsi de "telaşlanmamamı, kısa sürede alışacağımı" söylediler. Gerçekten de öyle oldu. Gerçekten başarılı olup olmadığımı, öğrenciyeye ve asistanlara bir şeyler öğretip öğretmediğimi sık sık düşündüm ama bunu hiç bir zaman bilemedim çünkü ne öğrenciler bir şey söyledi, ne de ben sormayı akıl ettim. Sınavlarda başarısız olduklarında "Acaba ben mi öğretemedim, yoksa onlar mı öğrenemediler?" diye sık sık düşündüm ama "Bu sorunun cevabı verilemez" fikrinde olduğum için asla sesli olarak sormadım. O zamanlar bu konularda bir eğitim alınabileceğinden (1), bunlarla ilgili yol gösterici literatürler olduğundan (2) haberim yoktu. Kafamda, cevabını bilmediğim sorular vardı: İlk okul, orta okul ve liselerde öğretmenlik yapacak olanlara üniversitede okurken pedagoji dersi zo-

* Ankara Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Yardımcı Doçent Doktor

runluyken, üniversitede öğretim üyeliği yapanlar nasıl oluyor da pedagojiyi doğuştan bilir kabul ediliyorlardı? Belki de ben, bu doğuştan mevcut olması gereken yeteneği taşımadığım için, bu konuları dert ediyordum. Hem bu pedagoji denen derste ne anlatılıyordu acaba? Bu soruları bir süre sonra unuttum.

Acaba buraya kadar anlattıklarım kaçınıza tanıdık geliyor? Sanıyorum öykünün bundan sonraki kısmı daha az tanıdık olacak. Böylece usta-çırak ilişkisiyle, yani "alaylı" tabir edilen yöntemle eğitim-öğretim görevlerimi sürdürürken Elektrik Mühendisi olan eşim bir üniversitede Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. İlk ders yılının sonunda öğrencilerine, isim yazmadan doldurdukları bir anket yaptı. Bu anketi görünce çok şaşırdım. Örneğin "Dersin içeriği yeterli miydi?", "Yeterince ve uygun örnek problem çözdüm mü?", "Tahtayı iyi kullandım mı?", "Sınavlarım bilginizi doğru ölçtü mü?" gibi sorular vardı. "Buna ne gerek var?" dediğimde, "Kendimi geliştirmem için gerek var. Ben de öğrenciliğimde her öğretim üyesi için ayrı ayrı böyle anketler doldurmuştum" dedi. Gerçekten de anket sonuçlarını dikkate alarak kendini yıllar içinde geliştirdiğini izledim. Ama nedense "Bu, tıpta uygulanamaz" diye düşündüğüm için benzeri bir girişimim olmadı.

2 yıl önce izlediğim bir konferans sırasında bir konuşmacı "Slayt hazırlamanın bile kuralları vardır. Bir slaytın okunabilir olması için en fazla 6 satır bulunmalıdır" dediğinde kafamda bir şimşek çaktı. Demek ki bu işlerin gerçekten kuralları vardı ama ben bu kuralları nereden öğreneceğimi bilmiyordum ve bulmak için de bir çaba göstermedim.

Geçen yıl tıpta akademik yükseltmeler konusunda literatür taraması yaparken yanlışlıkla araya bazı makaleler karıştı. Çok şaşırdım çünkü makaleler tıp öğretim üyelerinin öğretmen olarak nasıl değerlendirilebilecekleri ile ilgiliydi ve kendilerini bu konuda geliştirmeleri için yol gösteriliyordu. Dahası, tıp eğitimi konusunda yıllardır yayınlanmakta olan bir çok yabancı dergi, bu konularda yazılmış bir çok yabancı kitap mevcuttu. Bu literatürlere göre, "tıp eğitimciliği" konusuna ilgi ABD'de 1950'lerde başlamış, 1970 ve 80'lerde üstünde çok durulan tartışılan, araştırılan bir konu haline gelmiş ama tartışılan pek çok nokta 1990'larda kesin kararlara bağlanmış ve uygulamalar yaygınlaşmış ve oturmuştur. Bunların bir tanesi her tıp fakültesinde artık bir "Tıp Eğitimi Bilim Dalı"nın olma-

sı (3), bir diğeri öğretim üyesinin eğitim faaliyetinin kalite açısından denetlenmesi ve problemi olanlara yol gösterilmesidir.

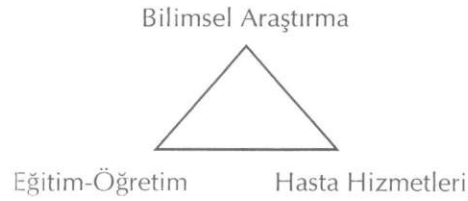
Yurt dışında (özellikle de Amerika Birleşik Devletleri'nde) bu konuyla bu kadar çok ilgilenilmiş olmasına karşın, oradaki pek çok tıp fakültesinde de, öğretim üyeliğine yeni başlayan birine bu konuda formal bir eğitim veya bir kurs bile verilmemesi (4, 5) oldukça şaşırtıcıdır. Sanırım onlar da, bu konularda "doğuştan gelen bir yetenek" olduğunu var saymaktalar (5) ama bu yeteneği yeterli olmayanlara da geliştirme için yol göstermektedirler. Bu konuda yol gösterici olarak "Tıp Eğitimi Bilim Dalı" ve öğretim üyesinin mensup olduğu "bilim dalının başkanı"ni uygun görülmüştür. Her ne kadar uygulamalar yaygınlaşmışsa da, tıptaki öğretim üyelerinin en azından bir kısmı tıp eğitimi konusundaki araştırmaların sonuçlarını ya güvenilmez, ya uygulanamaz, ya da gereksiz bulmaktadırlar (5).

2. TIPTAKİ BİR ÖĞRETİM ÜYESİNİN SORUMLULUKLARI

Yabancı literatürlerde tıptaki öğretim üyesinin sorumlulukları sık sık irdelenmektedir. Genel olarak tıptaki bir öğretim üyesinin 4 alanda sorumluluğu vardır (6): Bilimsel araştırma, eğitim-öğretim, hasta hizmetleri ve idari hizmetler. Günümüzde her alanda olduğu gibi tıpta da bir bilgi patlaması vardır. Tıptaki bir öğretim üyesinin hızla büyüyen bu bilgi birikimini, güncel kalabilmek amacıyla yakından takip etmesi, gün geçtikçe rekabetin daha da acımasızlaştığı "bilimsel araştırma arenası"nda ayak kalabilmesi, mensubu olduğu kurumun mali açıdan ayakta kalabilmesi için çok sayıda hastaya en iyi bakımı verebilmesi ve eğer iyi yapmak isterseniz hepsi de kendi içinde çok zaman alan bu faaliyetlerin yanı sıra, bir de eğitim-öğretim yapması gerekir (6,7).

Tıpta Bir Klinisyen Öğretim Üyesine "Üçlü Tehdit"

İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki devre egemen olan "her açıdan mükemmel öğretim üyesi" yaklaşımının artık devrini tamamladığı, bu gün artık hiç bir öğretim üyesinin bu 3 görevi (Şekil 1) (bilimsel araştırma, eğitim-öğretim ve hasta hizmetleri ki, bunlara "3'lü tehdit" deniyor) aynı mükemmellikte yerine getirmesinin mümkün olmadığı kabul edilmektedir (6, 8) ve hatta eski yaklaşımı sürdürenler "Dinazor" olarak



Şekil 1. Klinisyen bir tıp öğretim üyesinin sorumlulukları ("Üçlü Tehdit")

adlandırılabilir (6). Günümüzde klinisyen bir öğretim üyesinin ancak yarı zamanlı araştırmacı olabileceği, tam zamanlı araştırmacılara (ki bunların çoğu artık tıp doktoru değil, doktora yapmış tıp dışı kişilerdir (6, 9)) göre kolayca geri kalacakları ve dolayısıyla bilgiyi üreten değil kullanan pozisyonuna geldikleri söylenmektedir (6). Bu "3'lü tehdit" in her bir parçası da aynı ağırlıkta değildir (8).

Bilimsel Araştırma

1970 öncesindeki üniversite geleneği en önemli görevin "bilim üretmek ve yaymak" olduğunu vurgulamakta (10) ve buna verdiği önem "akademik yükseltme kriterleri"ne yansımaktadır (6). 1980 ve 1990'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp fakültesi dekanları, bölüm başkanları ve öğretim üyeleri üzerinde yapılan bir çalışma, tüm öğretim üyelerinin ve dahili ve temel tıp bölüm başkanlarının "araştırma" fonksiyonunu en ön planda tuttukları, cerrahi bölüm başkanları için önceliğin "hasta hizmetleri"nde olduğu ve sadece dekanların önceliği "eğitim-öğretim"e verdiği görülmüştür (4, 11). Araştırmaya verilen öncelik ülkemiz ve daha özeldir fakültemiz için de geçerlidir (12) (ör: Fakültemizde "profesörlük ve doçentliğe atanma kriterleri" 22 tanedir; bunlardan 15'i "araştırma", 1'i "idari görevler"le ilgilidir ve sadece 6'sı - kitap yazma, kitap bölümü yazma, kitap çevirisi, tez yöneticiliği, doktora ve uzmanlık jürisinde bulunma ve verdiği dersler - "eğitim-öğretim"le ilgilidir ve en az puan, verilen derslerden kazanılmaktadır). Tüm dünyada da en önemli akademik yükseltme kriteri "bilimsel araştırmada başarılı olmak ve yayın yapmak"tır (11).

Hasta Hizmetleri

"Hasta hizmeti" ne yurt dışında (13), ne ülkemizde, ne de özeldir fakültemizde (12) akademik yükselt-

me için önemli bir kriter değildir (ör: Fakültemizde profesörlük ve doçentliğe atanma kriterlerinde hasta hizmeti yoktur). Ama fakültemizde son yıllarda, yurt içi ve yurt dışındaki başka tıp fakültelerinde daha eski yıllardan beri yürürlükte olan "özel hasta" uygulaması, tüm dünyadaki tıp öğretim üyelerinin maddi koşullarını muayenehaneci meslekdaşları avarına getirmek başka türlü mümkün olmadığından, genel kabul gören ve öğretim üyesinin oldukça zamanını alan bir uygulamadır.

Eğitim-Öğretim

Sacayağının son ayağı olan "eğitim-öğretim" ise hem dış ülkeler, hem de fakültemizde akademik yükseltmelerde, düşük ağırlıklı da olsa, bir kriterdir (13, 14, 15), ama diğer iki görev arasına sıkıştırılan, en az zaman ayrılan bölümdür (1). Çünkü akademik yükseltmelerde esas ağırlık "bilimsel araştırma"dadır, maddi açıdan "hasta hizmetleri-özel hasta" bir zorunluluktur ama "eğitim-öğretim" öğretim üyesinin ne akademik olarak yükselmesini, ne de maddi açıdan ferahlamasını sağlamamaktadır. 1980'lerde tıp eğitimi literatüründe bu noktalara sık sık değinilmiş (6, 8) ve her üniversitenin misyonunu (ör: Bilimsel araştırmada öncü, memleketin doktor ihtiyacını karşılayacak kaliteli hekimler yetiştirme -dolayısıyla TUS'a hazırlık- veya en üst düzey hasta bakımı gibi) belirlemesi gerektiği, ayrıca öğretim üyelerinin de "araştırmacı-eğitimci" ve "klinisyen-eğitimci" şeklinde iki kulvara ayrılması gerektiği (14) sonucuna varılmış ve uygulama başlamıştır (14, 15). "Klinisyen-eğitimci"ler zamanlarının %70-80'ini hasta hizmeti ve %5-15'ini eğitimle geçirirken ancak %10-15'ini araştırmaya ayırırlar (7), "araştırmacı-eğitimci"ler ise zamanlarının %80-90'ını araştırma ve %10'unu eğitimle geçirirken ancak araştırmalarının gerektirdiği ölçüde hasta görürler (8). Bu şekilde farklı kulvarları seçen öğretim üyelerine akademik yükseltmelerde de farklı kriterler uygulanmaktadır (6, 8). Sorun sanki çözülmüş, 3'lü tehdit 2'liye indirilerek öğretim üyesine eğitim-öğretim için zaman kazandırılmış gibi görünmektedir ama ne yazık ki, bu uygulama başka problemler doğurmuştur. En önemli problem, "araştırmacı" kulvardaki öğretim üyelerinin "klinisyen" kulvardakileri "ikinci sınıf" öğretim üyesi olarak görmeleridir (8, 14). Bu duruma henüz bir çözüm bulunamamıştır.

Aslında bu yeni uygulama "tıp eğitimcisi" problemini de pek çözememiştir. Yukarıdaki kulvarlaşmada gördüğünüz gibi, "eğitim" her bir kulvardaki farklı bir

göreve ilavedir ve gene öncelik, isim sıralamasında bile yansıtıldığı gibi, "bilimsel araştırma" veya "hasta hizmetleri"ndedir (1) çünkü eğitimcilik öğretim üyesine diğer iki görevin getireceği ve yukarıda sözü edilmiş olan avantajlardan hiç birini sağlamamaktadır. Eğitimciliğin öğretim üyeleri arasındaki statüsünü yükseltmek için bazı yöntemler düşünülmüştür. Bunların en iyileri "eğitimcilikte üstün başarı" gösteren öğretim üyelerinin her akademik yıl sonunda bir şiltle onurlandırılmaları (10, 13) ve akademik yükseltmede bu başarının göz önüne alınmasıdır (8).

3. TIPTAKİ BİR ÖĞRETİM ÜYESİNİN EĞİTİM-ÖĞRETİME AYIRDIĞI ZAMAN

1994'te Amerika Birleşik Devletleri'nde bir Göğüs Hastalıkları bilim dalında öğretim görevlisi ve yardımcı doçentler üzerinde yapılan bir çalışmada, bu kişilerin zamanlarının %45'ini araştırma yaparak, %30'unu hasta hizmeti vererek ve ancak %10'unu eğitim-öğretimle geçirdikleri görülmüş ve yaptıkları işin hangi yanını en çok sevdikleri sorulduğunda ancak %18'i "eğitim-öğretim" demiştir (15). Başka çalışmalarda öğretim üyelerinin zamanlarının %5-50'sini eğitim-öğretimle geçirdikleri (7, 9) ama idealde zamanlarının ancak %20-25'ini eğitim-öğretime ayırmak istedikleri görülmüştür (7). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bazı tıp fakültelerinde ise sadece araştırmacı ve sadece klinisyen olup zamanlarının %100'ünü bu aktivitelerle geçiren öğretim üyeleri vardır (9). Fakültemizde cerrahi branşların bazılarında bir öğretim üyesinin tıp öğrencisinin eğitim-öğretimine ayırdığı süre tüm zamanının %1'ine, dahili branşların bazılarında %5'ine kadar ve prelinik branşlarda yılda 23 saate kadar inebilmektedir; asistan eğitimine ayrılan zaman ise dahili branşlarda %2'ye kadar inebilmekte, cerrahi branşlarda ise her ameliyat aynı zamanda asistan eğitimi sayıldığından bu oran daha yüksek olabilmektedir.

4. TIPTAKİ BİR ÖĞRETİM ÜYESİNİN EĞİTTİĞİ KİŞİLER

Tıptaki bir öğretim üyesi tıp öğrencisi, intern doktor, asistan, hemşire ve personeli eğitir (16). Görüldüğü gibi tıp öğretim üyesinin eğitim verdiği kişiler bilgi ve beceriler açısından farklı gruplar oluşturmaktadır. Dolayısıyla her birinin eğitim-öğretim ihtiyacı farklıdır (17) ve öğretim üyesi de her gruba farklı şeyler vermedir. Bu durum öğretim üyesinin standart bir eğitim-öğretim politikası uygulayamayacağını, eğitim verdiği grubun özelliklerine göre bilgi içeriğini ve veriş şeklini değiştirmesi gerektiğini göstermektedir (17).

5. KLİNİSYEN BİR TIP ÖĞRETİM ÜYESİNİN EĞİTİM-ÖĞRETİM SIRASINDA ÜSTLENDİĞİ ROLLER

Öğrenciler ve asistanlar öğretim üyesinin davranış ve tutumlarını adeta bilinçdışı bir şekilde taklit ettiklerinden öğretim üyesi her yönüyle iyi bir model oluşturmak zorundadır (1). Klinisyen bir tıp eğitimcisi eğitim-öğretim sırasında hekim, süpervizör, öğretmen, insan ve öğrenci rollerini üstlenir (17). 1994'te Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği ihtisası yapan birinci ve üçüncü yıl asistanları ile yapılan bir çalışmada, asistanların öğretim üyelerinden beklentilerinin kıdemlerine göre farklılaştığını görülmüştür (Tablo 1) (17). Asistanlar profesyonel açıdan yıllar içinde geliştikçe, pasif öğrenci konumundan bağımsız öğrenci-meslektaş konumuna geçmektedirler ve beklentileri de buna göre farklılaşmaktadır; birinci yıl asistanı ideal klinisyen tıp eğitimcisini ihtiyaç duyduğunda ulaşabileceği, kendisine öğretici direktifler ve geribildirimler veren, kendisiyle bire bir tartışan bir uzman olarak tanımlarken, üçüncü yıl asistanı kendi eğitimi için sorumluluğu daha çok kendisi yüklenen ve öğretim üyesini bir öğretmenden ziyade meslektaş olarak gören konumdadır (17). İyi bir klinisyen tıp eğitimcisinin bu iki gruba farklı biçimlerde yaklaşması gerekir.

6. KLİNİSYEN BİR TIP ÖĞRETİM ÜYESİNİN EĞİTİM VERDİĞİ YERLER

Klinisyen tıp öğretim üyesi eğitimi anfi ve sınıfta, klinikte yatak başında, poliklinikte ve Acil Servis'te verir (18, 19, 20). Anfi ve sınıf dışındaki eğitimler hasta başında eğitimidir.

Anfi ve Sınıfta Ders

Sınıf ve anfilerde yapılan dersler sadece tıba özgü değildir, dolayısıyla eğitim bilimlerinin klasik kuralları (ki bunlar pedagoji dersinde öğretilmektedir) bu tür dersler için de geçerlidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1987'de bir tıp fakültesinin birinci sınıf öğrencileriyle yapılan bir anket sonucunda iyi bir tıp öğretim üyesinin anfi ve sınıfta ders verme özellikleri şu ana başlıklar altında önem sırasına göre toplanmıştır (20): 1) Sunumları açık ve anlaşılır bir biçimdedir, 2) Öğrenciyi uyanık tutmayı başarır, 3) Sunduğu materyel düzenlidir, 4) Ana noktaları vurgular, 5) Slayt, tahta vs. ders araçlarını etkin biçimde kullanır, 6) Sunuş hızı tam karardır ve 7) Ders kitabına sadık kalır.

Tablo 1. Birinci ve üçüncü yıl asistanlarının klinisyen bir tıp öğretim üyesinden beklentileri ve öğretim üyesinin bu beklentilere göre üstlendiği roller (17). Beklentiler, en önemlisi 1'den başlanarak giderek azalan öneme göre sıralanmıştır.

Özellik	Klinisyen Öğretim Üyesinin Rolü	1. Yıl Asistanı	3. Yıl Asistanı
Asistanı işin içine katar, sorumluluk verir, girişim yapma şansı tanır	Süpervizör	1	1
Öğretmeye ilgi duyar, öğretmek için çaba harcar	Öğretmen	2	2
Sorulara cevap verir, tartışır	Öğretmen	3	5
Arandığında bulunur, asistana zaman ayırır	Öğretmen	4	7
Bilgilidir	Hekim	5	4
Asistanı destekler ve yardımcı olur	İnsan	6	3
İşinin ehlidir, beceriklidir	Hekim	7	6
Çevresindeki kişilere karşı ilgilidir	İnsan	8	8
Hastayla uyumlu bir iletişim kurar	Hekim	9	12
Birlikte çalışmak kolaydır ve zevklidir	İnsan	10	9
Hastaları asistanla birlikte gözden geçirir	Süpervizör	11	11
Arkadaşça davranır	İnsan	12	10

Hasta Başında Eğitim

Klinisyen bir tıp öğretim üyesinin, sağlık eğitimcileri dışındaki başka hiç bir eğitimci grubunda söz konusu olmayan ortamlarda da, yani hasta başında eğitim vermesi söz konusudur (20). Hasta başı eğitim koğuşta yatak başında, poliklinikte veya Acil Servis'te gerçekleşir. Hasta başı eğitimin iki amacı vardır: 1) Öğrenci ve asistanlara eğitim vermek ve 2) Hastaya en iyi biçimde bakım vermek. Hasta başı eğitimde öğretim üyesinin bazen neredeyse hiç bir ön hazırlık yapma imkanı yoktur, olayların bir kısmı kendi denetiminde değildir ve öğrencisiyle yüz yüze, bire bir ilişkiindedir (21). Böyle bir ortamda anfi dersi tekniklerini (ör: Konferans verme) kullanmak mümkün değildir, daha interaktif, duruma göre değişen, büyük bir kısmı doğaçlamaya dayanan bir eğitim gerekir (21). Ek olarak, hasta başı eğitimde klasik bilgilerden ziyade klinik becerilerin, tutumların, davranışların öğretilmesi önem kazanır (18).

Hasta başında eğitim veren iyi bir tıp öğretim üyesinin özellikleri şunlardır (21): Bazı noktalar (ör: Bilgi-

li olma, bilgisini net olarak ifade edebilme gibi) hem anfi ders veren öğretim üyesi, hem de hasta başında ders yapan öğretim üyesi için de geçerlidir ama klinisyen öğretim üyesinin diğerinden farklı olarak klinik becerilerinin iyi olması, bu beceri ve tutumları öğretmesi, öğrenciye uyum sağlaması, kişiler arası ilişkilerinin iyi olması, öğrenciyi öğrenme prosesine aktif olarak katması, süpervizyon vermesi, öğrenciye otonomluk sağlaması ve sorumluluk vermesi önem kazanmıştır (19). Klinisyen öğretim üyesinin öğrenci ve asistanın hastaya yaptığı muayene veya girişimleri bizzat izlemesi, anında geribildirim vermesi de çok önemlidir (22).

Örnek olarak yatan hastalara sabah vizitini ele alırsak, "iyi" bir klinisyen öğretim üyesi bu viziti şöyle yapar (21): Hastalar hakkında önceden bilgi edinir, gerekirse kitap karıştırır, vizitte vurgulayacağı noktaları planlar; vizite daima belirli bir saatte ve tam vaktinde gelir; viziti çabucak bitirip gitme telaşı içinde olmaz, vizite yeterince zaman (en az 40 dakika, 15 hasta için ortalama 1.5 saat) ayırır; viziti net bir biçimde bölüm-

lere (hasta takdimi, hasta muayenesi, hastalık tartışması gibi) ayırmıştır; hasta takdim edildiğinde tanı için eksik kalmış noktaları sorgular, tanı için önemli noktaları vurgular; ekipteki öğrenci ve asistanlara klinik becerileri (ör: Kalp oskültasyonu, lomber ponksiyon yapma gibi) demonstre eder ve onlar yaparken supervizyon verir; hastanın tanısını koyar, tetkik ve tedavisini planlar, bunları yaparken izlediği mantık sürecini (problem çözme) açıklar; hastalık hakkında temel bilgileri verir, önemli kavramsal noktaları vurgular ama konferans vermekten de kaçınır; hasta ve ailesine karşı samimi bir ilgi göstererek örnek olur; tüm bunları yaparken öğrenci ve asistanların bilgi ve beceri düzeylerini saptar, bu amaçla sorular sorar ve verdiği eğitimi bu bilgi ve beceri düzeylerine göre ayarlar; sorumluluğu paylaşır, eğitim süreci ilerledikçe giderek konsültan rolüne kayarak asistana otonomi sağlar.

Çeşitli çalışmaların sonuçlarına göre "iyi" bir klinisyen öğretim üyesi şu özellikleri taşır (23): 1) Öğretme ve öğrenciler ve asistanlarla etkileşim konularında hevesli ve gayretlidir, entellektüel merakı uyandırabilir ve öğrenciler ve asistanları kendi kendine öğrenmeye motive edebilir, 2) Hastalar ve ailelerine karşı duyarlılığı iyi bir örnek oluşturan, iyi, işinin ehli ve güvenilir bir hekimdir, 3) Eğitim-öğretim stili şöyledir: Bilgiyi sunması veya tartışmaları yönetmesi düzenli ve açıkça anlaşılır biçimdedir, klasik bilgilerden ziyade konunun kavramsal olarak öğrenilmesini ve problem çözmeyi vurgular, zor kavramları kolay anlaşılır hale getirir, düşünce sürecinin gelişimine yardım eder ve sorulara dikkatle ve tam olarak cevap verir. Tartışmalarda ise: Tartışmaya katılmaya ve eleştiri yapmaya teşvik eder, tartışmaya ve sorulara açıktır, 4) Verdiği bilgiler ilginç, pratik, duruma uygun, doğru, kapsamlı ve günceldir, önemli noktaları vurgular; 5) Öğrenciler ve asistanlarla iyi ve olumlu bir ilişki kurar, onlarla samimi olarak ilgilenir, ihtiyaçlarının ve problemlerinin farkındadır, ulaşılabilir biridir, arandığı zaman bulunur, yardımcı olmaya isteklidir ve asistan ve öğrenciyi küçük düşürmeden adil ve yapıcı eleştirilerde bulunur.

Bütün bunlar ilk okunduğunda öğretim üyesinin bir "aziz" veya "süpermen" olmasının beklendiği izlenimini yaratabilir ve karamsarlığa neden olabilir. Ama konuya daha iyimser bir bakış açısıyla da bakmak mümkündür. Mesela, bir öğretim üyesinde önem taşımayan özellikler nelerdir? Veya, "kötü" bir öğretim üyesinin özellikleri nelerdir? İdealde olması gereken-

ler belki tam yerine getirilemeyebilir ama hiç olmazsa önemi olmayan noktalarla uğraşmamak ve kötü özelliklerden kaçınmak mümkün olabilir.

İyi bir klinisyen öğretim üyesi için "önem taşımayan" özellikler şunlardır (23): 1) Akıllı, zeki ve kendi alanındaki en bilgili kişi olması, 2) Belirli bir alanda "başarılı" olduğu şeklinde yaygın ününün olması, 3) Güncel literatürdeki önemli bilgileri refere edebilmesi, 4) Kabul görmüş bilgileri sorgulayabilmesi, karşı çıkabilmesi, 5) Önde gelen bir araştırmacı olması, 5) Tartışmalara herkesin katılmasını teşvik etmesi, 6) Eğitim-öğretim sorumluluğunu başka kişilerle (ör: Kıdemli asistanla) paylaşması, 7) İlginç ve esprili sunumlar yapması ve 8) Dış görünümünün derli toplu, temiz ve şık olması. Eğer bu özellikleri taşıyorsanız üzülme-ye gerek yok, çünkü bunlar olmasa da olabilir özelliklerdir.

"Kötü" bir klinisyen öğretim üyesinin özellikleri ise şunlardır (23): 1) Yukarıda anlatılan "iyi" öğretim becerilerine sahip değildir, 2) Kibirli ve küstahtır, 3) Öğretmeyi sevmediği açıkça bellidir, 4) Bilgisi kısıtlıdır, 5) Arandığı zaman bulunmaz, bulunduğu anda ulaşmaz, 6) Kendine güveni yoktur, 7) Sunumları dağınık ve sıkıcıdır, 8) Dogmatiktir, 9) Çevresindeki kişilere karşı duyarlıdır ve 10) Öğrenci ve asistanları küçük düşürür. Eğer bir noktadan başlanmak isteniyorsa, bu liste iyi bir başlangıç noktası sayılabilir. Bu özelliklerden kaçınmak bile kişiyi zaten "oldukça iyi" kategorisine sokabilir.

7. BİR TIP ÖĞRETİM ÜYESİNİN ÖĞRETTİĞİ ŞEYLER

Bir tıp öğretim üyesi bilgi, beceri, davranış ve tutumları öğretir (1, 23). Bir tıp öğrencisinin klasik bilgileri ezberlemesinden çok daha önemli olan, bir hekime gereken profesyonel becerileri (problem çözme, analitik düşünme, başkasına bağımlı olmadan kendi kendine öğrenme ve iletişim kurma) ve davranış ve tutumları kazanmasıdır (1, 23).

8. BİR TIP ÖĞRETİM ÜYESİNİN VERDİĞİ EĞİTİM-ÖĞRETİMİN KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eğitimin kalitesini eğitilen kişiler (ör: Öğrenci, asistan gibi), aynı alandaki meslektaşlar, Tıp Eğitimi Bilim Dalı'nın elemanları ve öğretim üyesinin kendisi değerlendirebilir (3, 4, 16, 19, 24).

Öğrenci ve asistan anketleri ("Student ratings")

Eğitim-öğretim hizmeti bir alışveriş gibi düşünülürse, öğretim üyesi "satıcı", eğitilen kişi (yani öğrenci, asistan, hemşire) "alıcı"dır (13); bundan çıkan doğal varsayım, "satılan mal"ı (bilgiyi ve becerileri) ve "satıcı"yı (öğretim üyesi) en iyi değerlendirebilecek olan "alıcı"dır (öğrenci, asistan, hemşire). Öğrencilerin öğretim üyelerini anketler aracılığıyla değerlendirmeleri Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960'larda başlamış (3), bu yöntemin ne ölçüde güvenilir olduğu uzun yıllar tartışılmış (25), bu uygulamaya karşı çıkan, ikna edilmesi gereken öğretim üyeleri olmuştur (13, 20, 26). Bu yönetime karşı çıkanlar, dersi iyi notla geçen öğrencinin öğretim üyesine de iyi not vereceğini (27) ve öğrencinin dersin içeriğinden çok öğretim üyesinin karizmasından etkilenecek not verdiğini (buna "halo effect" denmektedir) (13, 28) ileri sürmüşlerdir. Hatta öğretim üyesinin karizmasının (halo effect) değerlendirmeye etkisi konusunda ilginç bir deney bile yapılmıştır (28): Araştırmacılar, oturaklı görünen, etkileyici konuşan, şık giyimli bir aktörle anlaşmışlar. Kinayeli bir biçimde "Dr. Fox (Dr. Tilki) adını verdikleri bu aktöre şatafatlı bir özgeçmiş düzenlemişler ve bir metin ezberletmişler, metni slaytlar, asetatlarla da desteklemişler ve tıp fakültesinin 30 kadar öğretim üyesini meslek içi eğitim olarak "Tıp Eğitiminde matematiksel oyun teorisinin uygulaması" adlı, öğretim üyelerinin hiç bilmediği ama ilgi duyacakları bir konudaki konferansa çağırmışlar. Son derece kendinden emin görünen, arada espriler de yapan aktör, öğretim üyelerine metni sunmuş ama metin daldan dala konan, az önce söylediğinin 5 dakika sonra tam tersini söyleyen, saçma sapan teorilerle dolu, ipe sapa gelmez bir metinmiş. Sunum bitince izleyicilerden konuşmacıyı değerlendirmeleri istenmiş. İzleyicilerin büyük bir kısmı çok iyi notlar vermişler, konuşmanın içeriğinin berbatlığını hiç biri farketmemiş. Araştırmacılar da "Yılların deneyimli öğretim üyeleri karizmaya kapılıp içeriğin berbat olduğunu anlayamadıktan sonra, öğrenciler nasıl anlaşıyor?" sonucuna varmışlar. Ama zaman içinde yapılan pek çok çalışma öğrencilerin öğretim üyelerini gerçekten güvenilir biçimde değerlendirebildiklerini göstermiştir (24, 25) ve uygulama 1986'da Amerika Birleşik Devletleri tıp fakültelerinin %80'inde zorunlu hale gelmiştir (3).

Aynı alandaki meslekdaşlar ("Peer review")

Öğrenci bilginin sunulmuş biçimini doğru değerlendirebilse de içeriği ancak aynı alandan bir meslekdaş

değerlendirebilir (29). Aynı meslekdaşın sunumu da değerlendirmesi mümkündür ama meslekdaşların birbirlerini öğrencilere göre daha hoşgörülü veya kasten hoşgörüsüz ve ders dışı faaliyetlerini de dikkate alarak değerlendirdikleri görülmüştür, yani meslekdaşlar değerlendirmede öğrenci kadar objektif olamayabilmektedirler (13).

Tıp Eğitimi Bilim Dalı'nın elemanları

Tıp eğitimi almamış ama Tıbbi Eğitimi Bilim Dalı'nda eğitim almış bir öğretim üyesi tıptaki bir öğretim üyesinin verdiği dersin içeriğini değerlendiremez ama sunum şeklini değerlendirebilir. Bu değerlendirmenin şartı, değerlendirmenin, tıpçıların da katkısıyla hazırlanmış bir anketi ve son derece net tanımlanmış objektif kriterleri kullanmasıdır (24).

Öğretim üyesinin kendisi

Öğretim üyesinin kendi kendini değerlendirmesi, yani bir tür özeleştiri yapması konusunda yapılan çalışmalar, öğretim üyelerinin kendi kendilerini pek objektif değerlendiremediklerini, söyledikleri ile yaptıklarının birbirini tutmadığını göstermiştir (4). Örneğin bir çalışmada, öğrencinin "problem çözme becerileri"nin çok önemli olduğunu söyleyen tıp eğitimcilerinin ancak %10'unun gerçekten "probleme-dayalı eğitim" yapmakta olduğunu, öğrencinin "kendi kendine öğrenme becerisi"nin çok önemli olduğunu söyleyenlerin ancak %15'inin bunu sağlayacak biçimde ders verdiği görülmüştür (4).

Sonuç olarak literatürde önerilen şey, değerlendirmeyi bir kaç yöntemle birden yapıp bunların ortak sonuçlarına varmaktır (29) ama tek bir yöntem seçilecekse, öğrenci ve asistan anketleri en kolay, en az zaman alan ve oldukça güvenilir bir yöntemdir (26).

9. FARKLI BAKIŞ AÇILARINDAN İDEAL TIP ÖĞRETİM ÜYESİ

Klinisyen öğretim üyesi konusunda Amerika Birleşik Devletleri'nde bir Pediatri bölümünde 1990'da yapılmış bir çalışmada (23), "iyi" bir klinisyen tıp öğretim üyesinin özelliklerine asistan ve öğretim üyesi gözüyle bakıldığında (Tablo 2), öğretim üyelerinin kendilerini öğrenme prosesinin katalizörü ve öncelikle hekim, öğrenci ve asistanların ise onları bilgi kaynağı olarak gördükleri ortaya çıkmıştır (1, 23).

İyi bir tıp öğretim üyesinin taşıması gereken özellikleri bilen, mesleğini seven ve iyi niyetli bir öğretim

Tablo 2. Asistan ve öğretim üyesi bakış açılarından ideal bir klinisyen tıp öğretim üyesinin özellikleri (23). Özellikler, en önemlisi 1'den başlanarak giderek azalan öneme göre sıralanmıştır.

Özellik	Asistan	Klinisyen Öğretim Üyesi
Sadece klasik bilgileri değil, problemlere yaklaşımı ve temel kavramları da öğretir	1	1
Fikirler ve bilgileri açıkça anlaşılır biçimde ifade eder, tartışmaları açıkça anlaşılır ve düzenli bir biçimde yönetir	1	2
Tıbbi problemlere derinlemesine, tam ve düzenli bir biçimde yaklaşan mükemmel bir hekimdir	3	3
Öğretme konusunda hevesli ve gayretlidir, öğrencilerle ve asistanlarla etkileşimden hoşlanır	4	6
Entellektüel merakı ve kendi kendine öğrenmeyi stimüle eder	5	5
Hastalar ve aileleriyle ilişkilerinde mükemmel bir örnek oluşturur	6	3

üyesinin mantıken yapması gereken şey kendini bu özelliklere uydurmaya çalışmaktır. Ama kendimizi ne kadar uydurabiliyoruz, çabalarımız yeterli oluyor mu, olumlu karşılanmayan özelliklerimizi nasıl değiştirebiliriz, çabalarımız yetersizse ne yapabiliriz? Tüm bu soruların cevaplarını kişinin kendisinin objektif olarak vermesi mümkün değildir. Dolayısıyla kendimizi göreceğimiz bir aynaya, yani bizi başkalarının objektif

kriterlerle değerlendirmesine ihtiyacımız vardır. Öğretim üyesi bunu şahsına yönelik bir tehdit, bir meydan okuma, bir küçük düşürme saymamalı, tersine kendisine yeteneklerini geliştirmek için tanınmış iyi niyetli bir fırsat olarak düşünmelidir. Öğretimdeki kaliteyi artırmanın bir yolu öğrenci kalitesini arttırmaksa, diğeri yolu da öğretim üyesi kalitesini arttırmaktır. Hepimize kolay gelsin!

KAYNAKLAR

- Arda B. Hekimin eğitimi ve kendini yenileme sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mec. 1990; 43:521-6
- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine, a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-5
- Lancaster CJ, Ross GR, Smith IK. Survey of practices in evaluating teaching in U.S. medical schools, 1978 and 1986. J Med Educ 1988; 63:912-4
- Hartman SL, Nelson MS. What we say and what we do: Self-reported teaching behavior versus performances in written simulations among medical school faculty. Acad Med 1992; 67:522-7
- Nelson MS, Clayton BL, Moreno R. How medical school faculty regard educational research and make pedagogical decisions. Acad Med 1990; 65:122-6
- Sadeghi-Nejad AB. Academic physicians: Today's dinosaurs? Am J Med 1991; 90:371-3
- Meislin HW, Spaite DW, Valenzuela TD. Meeting the goals of academia: Characteristics of emergency medicine faculty academic work styles. Ann Emerg Med 1992; 21:298-302
- Greganti MA. Where are the clinical role models? Arch Intern Med 1990; 150:259-61
- Kelley WN, Stross JK. Faculty tracks and academic success. Ann Intern Med 1992; 116:654-9
- Cantor JC, Cohen AB, Barker DC ve ark. Medical educators' view on medical education reform. JAMA 1991; 265:1002-6
- Gjerde CL, Colombo SE. Promotion criteria: Perceptions of faculty members and departmental chairmen. J Med Educ 1982; 57:157-62
- 12.9.1997 tarih ve 467/6603 nolu Ankara Üniversitesi Yönetim Kurulu kararı
- Jones RF, Fromm JD. Faculty and administration views of problems in faculty evaluation. Acad Med 1994; 69:476-83
- McHugh PR. A "letter of experience" about faculty promotion in medical schools. Acad Med 1994; 69:877-82
- Broadus VC, Feigal DW. Starting an academic career, a survey of junior academic physicians. Chest 1994; 105:1858-63

16. Martin JA, Carey RM. The student-initiated, faculty-assisted system of evaluation of clinical teaching at the University of Virginia. *Acad Med* 1991; 66:773-5
17. Ullian JA, Bland CJ, Simpson DE. An alternative approach to defining the role of clinical teacher. *Acad Med* 1994; 69:832-838
18. Ramsbottom-Lucier MT, Gillmore GM, Irby DM ve ark. Evaluation of clinical teaching by general internal medicine faculty in outpatient and inpatient settings. *Acad Med* 1994; 69:152-4
19. Irby DM, Ramsey PG, Gillmore GM ve ark. Characteristics of effective clinical teachers of ambulatory care medicine. *Acad Med* 1991; 66:54-5
20. Baggott J. Reaction of lecturers to analysis results of student ratings of their lecture skills. *J Med Educ* 1987; 62: 491-6
21. Irby DM. How attending physicians make instructional decisions when conducting teaching rounds. *Acad Med* 1992; 67:630-8
22. Elliot DL, Hickam DH. Medical students' evaluations of their preceptors' teaching in an introductory course. *Acad Med* 1991; 66:243-4
23. Hillard RI. The good and effective teacher as perceived by pediatric residents and by faculty. *Am J Dis Child* 1990; 144:1106-10
24. Albanese MA, Schuldt SS, Case DE ve ark. The validity of lecturer ratings by students and trained observers. *Acad Med* 1991; 66:26-8
25. Bernstein RA, Irvine CA, Clarke JH ve ark. Using interaction analysis to evaluate the faculty in a human behavior course. *J Med Educ* 1982; 57:68-9
26. Fallon SM, Croen LG, Shelov SP. Teachers' and students' ratings of clinical teaching and teachers' opinions on use of student evaluation. *J Med Educ* 1987; 62:435-8
27. Frey PW. Student ratings of teaching: Validity of several rating factors. *Science* 1973; 182:83-5
28. Naftulin DH, Ware JE, Donnelly FA. The Doctor Fox lecture: A paradigm of educational seduction. *J Med Educ* 1973; 48:630-5
29. Irby DM. Evaluating instruction in medical education. *J Med Educ* 1983; 58:845-9