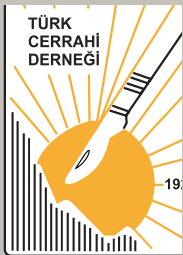




TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ  
ASİSTAN KOMİSYONU

# GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ RAPORU 2010



Geniş Özet

## IV. Bölüm

# Geniş Özet

# Executive Summary



## GENİŞ ÖZET

**T**ürk Cerrahi Derneği (TCD) bünyesinde 11 Aralık 2009 tarihinde kurulan Asistan Komisyonu, ülkemizde genel cerrahi alanında uzmanlık eğitimi alan asistanların eğitimleri ya da özlük hakları ile ilgili karşılaştıkları sorunları belirlemeyi, bunlara çözüm üretmeyi; asistanların birbirleri ve TCD ile iletişimlerini artırmayı ve kendileri ile ilgili karar süreçlerinde kurumsal nitelikte yer almalarını sağlamayı amaçlamaktadır.

Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Raporu, TCD Asistan Komisyonu tarafından 2010 yılında uygulanan **TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi** sonuçlarını değerlendirmek üzere yaklaşık bir yıllık çalışma sonucunda hazırlanmış ve TCD Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır. Bu özelliği ile cerrahi asistanlarının ve TCD'nin görüş ve önerilerini birlikte içermektedir.

Rapor birbirinden bağımsız ama bütünleyen üç bölüm halinde değerlendirilebilir. Birinci bölüm bir derleme niteliğinde olup okuyucuyu, dünyada ve ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi ve genel cerrahi uzmanlık eğitimi hakkında bilgilendirecek ve güncel tartışma konularına ışık tutacak biçimde yazılmıştır. İkinci bölüm TCD Genel Cerrahi Asistanları Turum Anketi'nin sonuçlarından oluşmaktadır. Üçüncü bölüm ise tıpta uzmanlık eğitiminden sorumlu otoriteler, yöneticiler ve eğiticiler için genel cerrahi uzmanlık eğitimini iyileştirecek bir yol haritası niteliğinde hazırlanmıştır. İlk iki bölümden elde edilen bilgiler doğrultusunda ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimini iyileştirmek için neler yapılması gerektiği, bunların neden ve nasıl yapılacağı sorularına yanıtlar verilmiştir.

Türkiye'de genel cerrahi alanında tıpta uzmanlık eğitiminin standardizasyonu ve nitelik iyileştirilmesi için öncelikle güncel durumun ortaya konması ve bu eğitimi alan kişilerin sesine kulak verilmesi şarttır. TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi, asistanların aldıkları eğitime ve çalışma ortamına ilişkin öznel görüş ve eğilimlerini, eğitim ve çalışma ortamı ile ilgili nesnel verileri gözler önüne sermektedir. Bu anket sonuçları ile genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren kliniklerdeki asistanların, uzmanlık eğitimi programı ve uygulamaları, çalışma koşulları ve nöbet sistemi, birimin eğitim donanımı, eğiticilerin katkıları gibi uzmanlık eğitiminin temel başlıklarındaki görüşleri saptanmış ve kliniklerin uzmanlık eğitimi açısından durumları asistan perspektifi ile ortaya konmuştur.

Çağdaş genel cerrahi uzmanlık eğitimi sadece çok iyi eğitilmiş yeni kuşak cerrahların yetişmesi için değil aynı zamanda devlet hastaneleri ve cerrahi kliniklerinde en ileri hasta bakım kalitesine ulaşmak için de gereklidir. Genel cerrahi asistanlığı eğitiminin büyük çapta yenilenmesi ve bu sonuca ulaşmak için yeterli kaynak tahsis edilmesi ancak Sağlık Bakanlığı'nın konunun önemini anlaması ve harekete geçmesi ile mümkündür. Bu önerileri yaşama geçirebilecek ulusal stratejilerin oluşturulması görev ve sorumluluğu hiç kuşkusuz birincil olarak Sağlık Bakanlığı'na aittir.

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ

Tıpta uzmanlık eğitimi, uzmanlık eğitimi alan asistanlara rehberlik ve gözetim altında sunulan organize bir eğitim programıdır. Uzmanlık eğitiminin organize edildiği bu program ile hem asistanların mesleki ve kişisel gelişimlerinin sağlanması hem de hastaların güvenli ve uygun sağlık hizmeti almaları garanti altına alınır. Tıpta

uzmanlık eğitimi, yapı, süreç ve sonuç bileşenleri ile bir bütündür (1). Uzmanlık eğitimi yapısı, organizasyona temel olacak yasa ve yönetmeliklerdir. Uzmanlık eğitimi süreci, yapılandırılmış bir eğitim müfredatı aracılığıyla didaktik eğitim etkinlikleri ile uygun bir gözetim altında gerçekleştirilen hasta tanı ve tedavi etkinliklerinin entegrasyonunu içerir. Asistanlarda yaşam boyu öğrenme becerilerinin geliştirilmesi, profesyonelliğin kazandırılması uzmanlık eğitiminin süreci içindedir. Uzmanlık eğitiminin sonuç bileşenleri ise yetiştirilen uzman hekimin performansı ve yeterliliğidir (2).

Uzmanlık eğitimi organizasyonu ülkeler arasında farklılıklar gösterir. Esas olan her ülkenin kendi gereksinimlerine, mevcut sağlık sistemine ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılamaya uygun bir model üretmesi ve bu modeli zaman içinde yenileyebilmesidir. Ülkemizde uzmanlık eğitiminde yetki ve sorumlulukların Sağlık Bakanlığı (SB), Yükseköğretim Kurulu (YÖK), Tıp Fakülteleri, Türk Tabipler Birliği (TTB) ve uzmanlık dernekleri arasında eşgüdümle oluşturulması konusu öncelikli hedefler arasında olmalıdır (2).

### Uzmanlık eğitiminde güncel yönelimler

Tıpta uzmanlık eğitimi reformlarının odaklandığı güncel yönelimleri şu şekilde sıralamak mümkündür (3,4): Formel ve informel elementleri öğeleri birlikte içeren progresif bir eğitim programı, akredite edilmiş eğitim kurumu, akredite edilmiş eğitici, proaktif süpervizyon, sağlık hizmeti sunumu ile eğitim etkinlikleri arasında denge kurulması, eğitim için yeterli zaman ayrılması, uzmanlık eğitiminin sonunda kazanılacak yeterliliklerin tanımlanması, bu yeterliklerin kazanılmış olduğunun sınanması, asistanların çalışma sürelerinin kısaltılması ve merkezi finansal desteğin artırılması..

Uzmanlık eğitiminde eski anlayışta belirli bir süreyi bir klinikte ve rotasyonlarda geçirmenin uzmanlık eğitimi ile eşdeğer olduğu varsayıldı. Klinik rutin süreç içinde öğrenmenin de doğal olarak kendiliğinden gerçekleştiğine inanılırdı. Bu nedenle pek çok eğitim kurumunda açıkça amaçları saptanmış örgün bir eğitim programı yoktu. Eğiticilerin rolü, görev ve sorumlulukları yeterince tanımlanmamıştı. Asistanların eğitim ihtiyaçları dikkate alınmamıştı. Bu şekli ile bir homojen öğrenmenin sağlanması ve öğretilenin sınanması mümkün değildir. Son yıllarda yaygın olarak benimsenen **yeterlilik temelli eğitim modelinde** eğitim amaçları ve içeriği açıkça tanımlanmıştır. Eğitimin nasıl yapılacağı ayrıntılı biçimde belirtilmiştir. Eğitim stratejileri, yöntemleri ve değerlendirme sistemi belirlenmiştir. Eğitim amaçları doğrultusunda uygun eğitim ortamı sağlanmıştır. Yeterlilik temelli eğitimde, müfredat, amaç ve hedefleri doğrultusunda özgün amaçları gerçekleştirmek üzere asistanın performansına yani öğrenme sonuçlarına odaklanılır. ABD’de uzmanlık eğitimi sorumlu organı ‘Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesi’ (“Accreditation Council for Graduate Medical Education”-ACGME) 2006 yılında uzmanlık eğitiminde altı genel yeterlilik alanı belirlenmiştir (5). ACGME’nin yeterliliğe dayalı eğitim sistemindeki tüm asistanların kazanması gereken altı beceriden, hasta bakımı, tıbbi bilgi ve yaşam boyu öğrenme alanlarında seneler içinde oldukça iyi bir gelişimin olduğu saptanmıştır. Öte yandan iletişim yetenekleri ve profesyonellik, kişiliğin bir parçası olduğu ve hekimlerin yapısında bulunduğu gibi varsayımlarla bir türlü eğitimin önemli bir parçası haline gelememiştir. Cerrahi sağlık hizmeti, cerrahın multidisipliner ekibin diğer tüm üyeleriyle birlikte çalışmasını gerektirir. Oysa geleneksel cerrahlar kişisel yetenekleri vurgulama eğilimi taşır. Sistem-tabanlı uygulama bu tip klasik tavır içindeki cerrahların antitezi olmuştur. Hastalara verilen hizmet kalitesinin geliştirilmesinde profesyonellik, iletişim ve sistem-tabanlı uygulama özellikle önemlidir. Son yıllarda ABD’de genel cerrahi eğitiminde ağırlık profesyonellik, iletişim becerileri ve multidisipliner ekip içinde etkin çalışma konularına verilmektedir (6).

Pek çok ülkede tıpta uzmanlık eğitimi değişim içindedir. Bu süreci şu ifadelerle özetleyebiliriz: Uzmanlık eğitimi modernize edilmekte ve yeterlilik temelli eğitime geçilmektedir. Ülkelerde uzmanlık eğitiminden sorumlu kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve eşgüdüm sağlanması için çaba gösterilmekte, toplumun sağlık gerek-

sinimi ve ülkenin sağlık sistemi ile yakın ilişkili bir uzmanlık eğitimi organize edilmektedir. Uzmanlık eğitiminin tıp fakültesinde verilen mezuniyet öncesi eğitim ve mezuniyetten sonra süren sürekli tıp eğitimi (STE)/ sürekli mesleki gelişim (SMG) etkinlikleri ile ilişki ve bütünleşen nitelikte olması için çaba gösterilmektedir. Her ülkenin kendi öncelikli sağlık sorunlarına ve sağlık sistemine göre insan gücü ve iş yükü planlaması yaparak uzmanlık eğitimini bu doğrultuda planlaması gereği vurgulanmaktadır.

### Sağlıkta piyasalaşma ve uzmanlık eğitimi

Dünyada son yirmi yıla özgü ortaya çıkan önemli bir sorun sağlık hizmetlerinin giderek piyasalaşması ve bunun sonucu olarak akademik merkezler üzerinde ortaya çıkan finansal baskılardır (7). Rekabete dayalı ve piyasa yönelimli sağlık hizmeti ABD’de 2000’li yılların başında, 125 akademik merkezin iflas etmesine yol açmıştır. Diğerlerinin pek çoğu da negatif bütçededir. Güçlülükte ayakta kalan eğitim hastaneleri geleneksel işlevlerini; eğitim, araştırma ve hizmet misyonlarını yerine getirmekte zorlanmaktadır.

Böylesi bir sistem, eğitimcileri daha çok sağlık hizmetine yönlendirmekte ve eğitime ayrılan zaman gittikçe azalmaktadır (7). İkibinaltı yılında yayınlanan bir değerlendirmede, eğitim hastanelerinde sağlık hizmeti bedelinin; eğitim, araştırma, kompleks ve ağır hastalara hizmet ve yoksul hastalara karşılıksız sağlık hizmeti gibi çok önemli işlevler nedeniyle diğer hastanelere kıyasla yaklaşık % 25 - 30 daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Daha önceki yukarıda sözü edilen toplumsal işlevleri desteklemek amacıyla eğitim hastanelerinin görece yüksek faturala bedellerini çekincesiz kabul eden devlet veya sigorta şirketlerinin 90’ların başından itibaren bu yaklaşımlarını terk ettikleri bildirilmiştir (8). Son yıllarda yürürlüğe konan paket ödeme sistemi ile hastaneler çok ciddi gelir kaybına uğramıştır. Finansal kriz eğitimi olumsuz etkilemektedir (8). Başlangıçta piyasalaşmaya proaktif yaklaşan akademisyenler gelinen nokta da akademik kalitedeki erimeden son derece rahatsızlardır. Günümüzde öğretim üyelerinin pek azı eğitici ve mentor olarak yararlanılabilir durumdadır. Öğretim üyeleri klinik iş yüküne boğulmuş; daha çok ‘ödeme yapan’ hastalara hizmet etme yarışı içindedirler. Öğretim üyesinin üretkenliği kuruma kazandırdığı para ile ölçülmektedir. Ödeme gücü olmayan hastalara yapılan hizmet değerlendirme dışı bırakılmıştır (8). Çalışma ve eğitim ortamı çok ticarileşmiş durumdadır. Hastaların müşteri olarak kabul edildiği, en iyi vizitin ‘en kısa vize’ olduğu, sürekli para kaynaklarının kısıtlılığı ve para kazanma yollarının konuşulduğu bir ortamda asistanlarda doğru tutum ve davranış geliştirilebilme olanağı kalmamıştır (8). Sağlık alanının piyasalaşması ve bunun tıp eğitimi üzerindeki yıkıcı etkileri ABD’ye özgü değildir. Avrupa Birliği içinde yürütülen bir çalışmanın sonuçları da benzer olumsuzluklara vurgu yapmaktadır (9).

Ülkemizde de birer kamu hastanesi olan üniversite hastaneleri, son yıllarda özellikle sağlık dönüşüm programı ile hızla ‘sağlık işletmeleri’ haline dönüştürülmektedir. Kamusal yardımın her geçen gün biraz daha kısılarak tamamen döner sermaye gelirlerine dayandırılan bu hastanelerin pek çoğu negatif bütçededir. Araştırma finansmanın da döner sermaye gelirlerine kaydırılması ile üniversite hastaneleri nefes alamaz haldedir.

### Genel cerrahi uzmanlık eğitimi

Günümüzde genel cerrahi, özefagus, mide, ince barsaklar, kalın barsak, karaciğer, pankreas, safra kesesini içerecek şekilde sindirim sistemi ve tiroid, paratiroid bezleri, periferik vasküler hastalıklar, fitikler, deri, meme ve travma hastalıklarını kapsar. Genel cerrahlar hemen hemen her acil cerrahi durumu yönetecek eğitimi alırlar. Bunların yanı sıra minimal invaziv cerrahi ve endoskopi uygulamaları genel cerrahinin kapsamı içindedir (10).

Halsted’den bu yana temel özellikleri çok az değişikliğe uğradıysa da günümüzde cerrahi uzmanlık programları pek çok ülkede yapılandırılmış, monitörize edilmiş, sürekli değerlendirmeye tabi tutulan ve akreditasyon süreçlerinden geçen programlar haline gelmiştir (11). Özellikle 21. yüzyılın başından itibaren genel cerrahi eğitiminin doğası ve yapısında değişiklikleri zorunlu kılan pek çok yeni gelişme olmuştur. Bunlar arasında, cerrahi

alanında yaşanan bilgi patlaması, cerrahi becerilerin öğretilmesinde/değerlendirilmesinde ve cerrahi uygulamalarda yeni teknolojiler, cerrahi sağlık hizmeti sunumunda multidisipliner işbirliğine yönelik gelişmeler, ile-ri/özelleşmiş genel cerrahi hizmetine yönelik artan talep, hasta bakımında kalite ve güvenlik endişesi, mesleki profesyonellik standartlarına giderek daha çok önem verilmesi ve hastaların artan beklentileri sayılabilir (11).

### Türkiye’de genel cerrahi uzmanlık eğitimi

Ülkemizde genel cerrahi uzmanlığı, Yükseköğretim Kurulu’na bağlı üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri (SBEAH)’nde verilmektedir. Uzmanlık eğitimi süresi beş yıldır. Beş yılın sonunda her asistan bir uzmanlık tezi hazırlamaktadır. Tez aşamasında başarılı bulunanlar için uzman adayının bir ameliyatı birincil sorumluluk olarak uygularken sınav jürisi tarafından izlenmesi gereklidir. Adayın cerrahi becerilerinin gözlemlendiği pratik uygulama aşamasından sonra teorik bilgiye yönelik sözlü ve yazılı sınav ile genel cerrahi uzmanı olunmaktadır. Yazılı sınav kısmı klasik sınav biçimindedir ve çoğu kez bir formalite olarak uygulanmaktadır. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi gerekli görüldüğünde 5,5 - 6 yıla kadar uzayabilmektedir. Bu süre içinde 9 farklı branş alanında toplam 10 ay zorunlu rotasyon yapılmaktadır. Uzmanlık eğitiminden sorumlu yasal otorite SB’dır.

Mart 2009 tarihi itibarı ile ülkemizde; üniversite hastanelerinin 51, Sağlık Bakanlığına bağlı 26 farklı eğitim ve araştırma hastanesinin 72 olmak üzere toplam 123 genel cerrahi kliniğinde 1.005 asistan genel cerrahi uzmanlık eğitimi almaktadır. Bunların yaklaşık %60’ı (625) üniversite hastanelerinde, % 40’ı (380) ise SBEAH’de görev yapmaktadır (12).

Ülkemizde Genel Cerrahi uzmanlık eğitimi sonrasında girilmesi şart olmayan ama teşvik edilen Cerrahi Yeterlik (“Board”) Sınavı” yaklaşık on yıldır uygulanmaktadır. Cerrahi yeterlik sınavlarını TCD’nin özerk kuruluşu olan Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu (TCYK) yapmaktadır (13). TCYK’nın temel hedefi, genel cerrahi eğitimi-nin standartlarını belirlemek ve yükseltmek, ulusal cerrahi yeterliği belgelendirmek ve uzmanlık eğitimi veren kurumları akredite etmektir. Bu çalışmalarla ilişkili olarak 2006 yılında Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Çe-kirdek Eğitim Programı (ÇEP) ve asistanların eğitimleri boyunca yapmaları beklenen ameliyat çeşit ve sayılarını içeren ameliyat listesi yayımlanmıştır (14). Asistanların TCD Yeterlik Sınavı ikinci basamağına girebilmeleri için bu listedeki 150’si majör olmak kaydıyla toplam 350 ameliyatı bizzat yapmış olduklarını asistan karneleri ile belgelemeleri gerekmektedir. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren kurumların akreditasyon çalışmalarına ise 2007’de başlanmıştır.

### Genel Cerrahi uzmanlık alanında güncel eğilimler

Günümüzde giderek daha az sayıda hekimin genel cerrahi uzmanlığını tercih etmesi pek çok ülkede karşılaşılan yaygın bir sorundur (15). Bunda hekimlerin daha kontrollü yaşam biçimini tercih etmeleri, genel cerrahi asistanların ve genel cerrahi uzmanlarının gelirlerinin diğer uzmanlık dallarına göre düşük olması, kadın hekim sayısının artması gibi nedenler sayılmaktadır. ABD’de aşırı uzmanlaşma’ uzun zamandır tanımlanmış önemli bir sorundur. Son yıllarda genel cerrahi asistanlarının büyük kısmı henüz bağımsız bir yan dal olmayan lapa-roskopik cerrahiye yönelmektedirler. Ek olarak, genel cerrahi uzmanlarının büyük bir kısmı yan dal uzmanlık alanlarına geçmektedir (15) Asistanlık süresince uzun çalışma saatleri ve düşük ücretler de olumsuz nedenler arasındadır (16,17) Japonya’da da genel cerrahi uzmanlık alanını tercih etme oranı oldukça azalmıştır (18).

### Kadın cerrahlar

Her mesleğe katıldıkları gibi kadınlar hekimlik mesleğine de ilgi duydu ve zaman içinde bir erkek mesleği olarak algılanan hekimlik değişti. 2010 yılında dünyadaki hekimlerin 1/3’ünün kadınlardan oluşacağı hesap-

lanmaktadır. Günümüzde mezuniyet öncesi eğitimde daha az erkeğin bulunduğu ve bugün için mezuniyet öncesi tıp öğrencilerinin %60'ını ve mezun olan tıp öğrencilerinin %50'sini kadınlar oluşturmaktadır (19). Ülkemizde 2006-2007 ders yılında toplam 33 871 tıp öğrencisinin %41'i kadındır (20). ABD'de cerrahi branşlardaki kadın oranı 1989'da %2 iken, 2007'de bu oran %24'e yükselmiştir (21). Avustralya ve Yeni Zelanda için kadın cerrah oranı bir çalışmada 2009 yılı için %7 olarak belirtilmiş ve genel cerrahi asistanlarının % 30'unun kadın olduğu saptanmıştır (22). Ülkemizde de kadın cerrahların sayısı her geçen gün artmaktadır. Türkiye'de merkezi bir yerleştirme sınavı olan tıpta uzmanlık sınavı sayesinde kadınlar ön yargıları aşarak cerrah olma olanağını elde etmektedirler. Ülkemizde tüm cerrahi branşlarda yaklaşık 500 kadın cerrah vardır. Genel Cerrahi alanına da ilgi duyan kadın hekim sayısının arttığı gözlenmektedir. TCD'ye üye 150'ye yakın kadın genel cerrahi uzmanı vardır.

### Dünyada Genel Cerrahi eğitimi ne yönde değişiyor?

Pek çok ülkede genel cerrahi uzmanlık eğitimini çekici kılmak için asistanların seçiminden başlayarak uzmanlık eğitimi süreci ve değerlendirme ile ilgili pek çok temel değişikliklerin yapılması gerekli hale gelmiştir (23). Genel cerrahi eğitiminde güncel gelişmeler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yapısal reformları zorunlu kılmaktadır.

Temel cerrahi eğitim modeli uzun yıllar değişmeden geçerli kalmıştır. Genel anlamda bu statükocu konservatif yaklaşım, birçok eğitim programının cerrahları iyi eğittiği şeklindeki algının bir yansımasıdır. Ancak, günümüzde eğitim ortamında ciddi değişiklikler söz konusudur: Bir taraftan asistan eğitimi diğer taraftan cerrahinin pek çok faktör nedeniyle yetkin ellerde yapılması zorunluluğunun ortaya çıkması bir paradigma ortaya çıkarmıştır. Avrupa Birliği ve ABD'de asistanların çalışma saatlerinde etkin kısıtlamalar gerçekleşmiştir. Tıbbi hatalara karşı giderek daha az hoşgörü gösterilmektedir. Asistanlara verilen bağımsız rol giderek azalmaktadır. Zor ve karmaşık hale gelen teknolojik yenilikler ve hasta güvenliğine odaklı uygulama anlayışı cerrahi eğitimi ni güçleştiren güncel faktörlerdir (24).

### Cerrahi uzmanlık eğitiminde çalışma saatlerinin azaltılması

New York' ta 1984 yılında Libby Zion isimli hastanın nöbet ertesi durumda olan bir asistanın müdahalesi sonucu ölümünü takiben toplum, politikacılar ve tabip odaları gibi meslek kuruluşları hasta güvenliğini artırmak üzere asistan çalışma saatleri üzerinde çalışmalar yapmaya başladılar. Bunların sonucunda ACGME aşağıda sıralanan yeni düzenlemelere gitti:

- Çalışma saatleri ortalama dört haftalık bir dönem için haftada 80 saati geçmemelidir.
- Bu dört haftalık dönem boyunca asistanların her yedi günde bir gün, eğitim ve klinik sorumlulukları olmamalıdır.
- Asistanların klinik çalışma süreleri arasında 10 saatlik dinlenme süresi olmalıdır.
- Ortalama dört haftalık sürede evden çağırma sayısı (ıcapçı olma) her üç akşamda birden sık olmamalıdır.
- İcapçı olmayı da içeren aralıksız çalışma süresi 24 saati geçmemelidir (Sözlü eğitimler, hastanın bakımı için transferler veya poliklinik çalışmaları için 6 saat eklenebilir) (25).

Avrupa Birliği (AB)'ne üye tüm ülkelerde uygulanamamasına rağmen AB yasaları uyarınca, genel cerrahi asistanlarının haftalık çalışma saatleri önce 45 saat/hafta daha sonra da 40 saat/hafta olacak şekilde kısıtlanmıştır. Bu yasal düzenleme Birleşik Krallık, İskandinav ülkeleri, Hollanda gibi üye ülkelerden bazıları tarafından titizlikle uygulanmaktadır. Almanya ise bu yasayı uygulayamamakta ve her yıl bu nedenle para cezası ödemektedir. UEMS Genel Cerrahi Bölümü 2010 yılında haftalık çalışma süresini 45 saatten 60 saate çıkarılmasını önermiştir.



Ülkemizde henüz böyle bir tartışma konusu yoktur. Ancak asistanların çalışma sürelerinin uzun dinlenme sürelerinin yetersiz olduğunu bildiren çalışmalar yayınlanmıştır. 1997 yılında yayınlanan bir makalede birinci yıl genel cerrahi asistanının haftalık çalışma süresi SBEAH'de 115 saat/hafta, üniversite hastanesinde ise 120 saat/hafta olarak bildirilmiştir (26). Bu makalede uluslararası karşılaştırmalar yapıldıktan sonra uzun çalışma saatlerinin ve aşırı iş yükünün asistan eğitimini olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. 2009 yılında yapılan ve bir üniversite cerrahi kliniğinin her kıdemdeki asistanlarının dâhil edildiği başka bir çalışmada ise haftalık çalışma süresi ortalama 95.6 (81-108.5) saat ve ayda ortalama nöbet sayısı 7.29(4-10) olarak bulunmuştur (27).

### Yapılandırılmış müfredat ve değerlendirme sistemi gereksinimi

Birçok klinikte genel cerrahi uzmanlık eğitimi müfredatı plansızdır, organize değildir. Asistanlar eğitim amaçlarına uygun olarak yapılandırılmış bir programı izlemekten çok önlerine çıkan eğitim fırsatlarını değerlendirmek zorunda kalmaktadırlar (24). Çekirdek eğitim müfredatları, ders kitabı indeksine benzeyen, uzun listeler halindedir. Ancak, bu amaç listeleri ile müfredat planı ve uygulaması arasında bütünsel bir ilişki mevcut değildir (24). Ayrıca birçok klinikte asistan eğitimi oldukça katı hiyerarşik bir düzen içinde sürdürülmekte, bu durum asistanların birçok sıradan ve eğitimleri ile doğrudan ilgisi olmayan görevleri yerine getirmelerine ve eğitim zamanının büyük bölümünü boşa harcamalarına neden olmaktadır (24). Bu bağlamda, asistanların eğitimlerine çok az katkısı olan hizmet bileşenlerini minimuma indirirken, eğitim fırsatlarını maksimuma çıkarmaya çalışarak hizmet ile eğitim arasında uygun bir denge kurulmalıdır. Genel cerrahi çekirdek eğitim müfredatında eğitim amaçlarının açıkça belirtilmesi; bu amaçlara uygun olarak asistanlardan beklentilerin ve asistanların yeterlilik değerlendirmesinin nasıl yapılacağına hep birlikte saptanması, eğitim sürecini ciddi biçimde iyileştirme potansiyeline sahiptir. Bu tip bir eğitim sisteminde bir sonraki eğitim seviyesine (üst kıdem) geçmeden önce tamamlanması gereken yeterlilik ölçütleri açık ve net biçimde tanımlanır. Amaçların kâğıt üzerinde kalmadığı, günlük pratikte asistanların bu amaçlar doğrultusunda beklentileri karşılayıp karşılamadıklarının değerlendirildiği ve geribildirim mekanizmalarının iyi çalıştırıldığı bu yaklaşımla asistanların bilgi ve beceri kazanmaları ciddi biçimde artabilir.

Cerrahi eğitim modelleri içinde asistan cerrahların eğitim dışındaki gereksiz iş ve eylemlerden korunmasını sağlamak amacıyla bazı ülkelerde çok öncül sayılabilecek eğitim biçimleri de denenmektedir. Örneğin; Toronto Üniversitesi genel cerrahi eğitiminde dramatik değişiklikler yaratacak yeni bir deneyime öncülük etmektedir. Toronto modeli cerrahi eğitimini, amaçları müfredat programı ile bağlantılı olan bir modüler sistem içinde yapılandırmaktadır. Buna ek olarak, asistanların önemli bir zaman dilimini beceri laboratuvarlarında geçirmesi sağlanmakta; hem kadavra hem de sanal gerçeklik modelleri üzerinde cerrahi anatomi öğretilmektedir. Bu yaklaşımla cerrahi becerilerin kazanılmasında dramatik bir hızlanma olacağı umulmaktadır. Toronto modelinde eğitim amacı olmayan görevler ortadan kaldırılmış ve boşa geçen zaman azaltılmıştır. Asistanların performans değerlendirmesi günlük uygulamalar içinde yapılmaktadır. Model, asistanlar arasında meslektaş dayanışması ve ekip çalışmasını artırmayı ve asistanların işlerini anlamlı şekilde hızlandırmayı hedeflemektedir (6).

### Eğitimde teknolojik gelişmeler

Genel cerrahi eğitiminde beceri laboratuvarları ve simülasyon modelleri artan biçimde kullanılmaktadır. Asistanların hastalar üzerinde ameliyatlara başlamadan önce bu tür eğitimlerden yeterince yararlanmaları önemli bir yenilik olarak gündemdedir (28). Simülasyon teknolojisi, cerrahi bilgi ve yeteneklerin kazanılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Simülasyon sistemleri ideale yakın bir öğrenme ortamı sunmaktadır. Asistanlar, süreci akıl süzgecinden geçirebilir ve cerrahi aletlere alışabilir (kognitif basamak), uygun motor

davranışları geliştirebilir ve işlemin sorunsuz şekilde sonuçlandırılacağı otonom sürece ulaşabilirler. Yapılan tekrarlarla, iyi bir performansa ulaşılır ve eğiticinin kılavuzluğuna duyulan gereksinim azalır (6). Sivil havacılık için yetiştirilen pilotların eğitim modelinin bir benzeri genel cerrahi eğitimi için de gündemdedir. Araştırmalar sanal gerçeklik simülöründe harcanan bir saatin ameliyathanedeki iki saate karşılık geldiğini göstermiştir (transfer etkinlik oranı 2.28) (29). Ayrıca randomize çalışmalar sanal ortamda edinilen yeteneklerin ameliyathaneye taşınabileceğini göstermiştir (30,31). Bu yeni eğitim teknikleri hasta güvenliğini tehlikeye atmadan daha kısa sürede, daha iyi cerrahlar yetiştirme potansiyeline sahip görünmektedir. Amerikan Cerrahlar Koleji'nin yakın dönem hedefi, beceri merkezlerinin standartlarının tanımlanması, simülörlerin eğitimde aktif rol alması, sadece asistanların değil, tüm cerrahların eğitiminde simülasyon kullanımının artırılmasıdır (32).

## TCD GENEL CERRAHİ ASİSTANLARI TUTUM ANKETİ

Anket "online" yanıtlanmak üzere "web" temelli hazırlandı (35). 1005 genel cerrahi asistanı içerisinde güncel ve doğru e-posta adresleri temin edilerek ankete davet edilebilen asistan sayısı yaklaşık 670 idi. Bu kişilerden ankete yanıt oranı olarak %50 hedeflendi. Asistanlara ankete katılmaları için birer ay ara ile iki hatırlatıcı e-posta gönderildi.

Likert skalası yanıtları, evet/hayır yanıtları ve serbest metin yanıtları kombine olarak kullanıldı. Anketi tamamlama süresi ortalama 30 dakika idi. Tüm sorulara yanıt verme zorunluluğu yoktu.

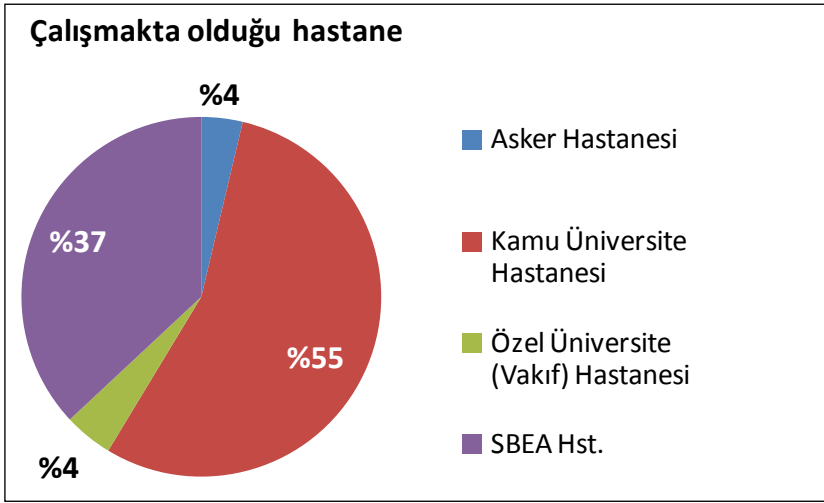
Analizler SPSS 11.0 ile yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Saphiro-Wilk ve Kolmogorov Smirnov tek örneklem testleri kullanıldı. Nominal değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testleri, sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında 2 grup arasındaki karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi çoklu grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. İki ordinal değişkenin ilişkisi Spearman rho testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymayan değişkenler ortanca ve %25-75 percentil ile ifade edildi. Alfa anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

Anketi yanıtlama anonim olarak gerçekleşti. Hangi soruya, hangi kişinin, hangi yanıtı verdiği bilinmez kılındı. Ankete katılanlardan kimlik bilgileri istenmedi.

## BULGULAR VE İRDELEME

### I-Demografi ve Özellikler

Ülkemizde toplam 1005 genel cerrahi asistanı mevcuttur. Bunların yaklaşık %60'ı (n: 625) üniversite hastanelerinde, yaklaşık %40'ı (n:380) SBEAH'de görevlidir (12). Bu 1005 asistandan güncel ve doğru iletişim bilgilerine ulaşılabilen 670'i (%67) ankete katılmaya davet edilebildi. Ankete toplam 435 genel cerrahi asistanı yanıt verdi. Ulaşılan asistanlardan anketi tamamlama oranı % 65'tir. Toplam asistan sayısı dikkate alındığında anketi bitirerek görüşlerini öğrenme imkânı bulduğumuz asistan oranı %43'dür.

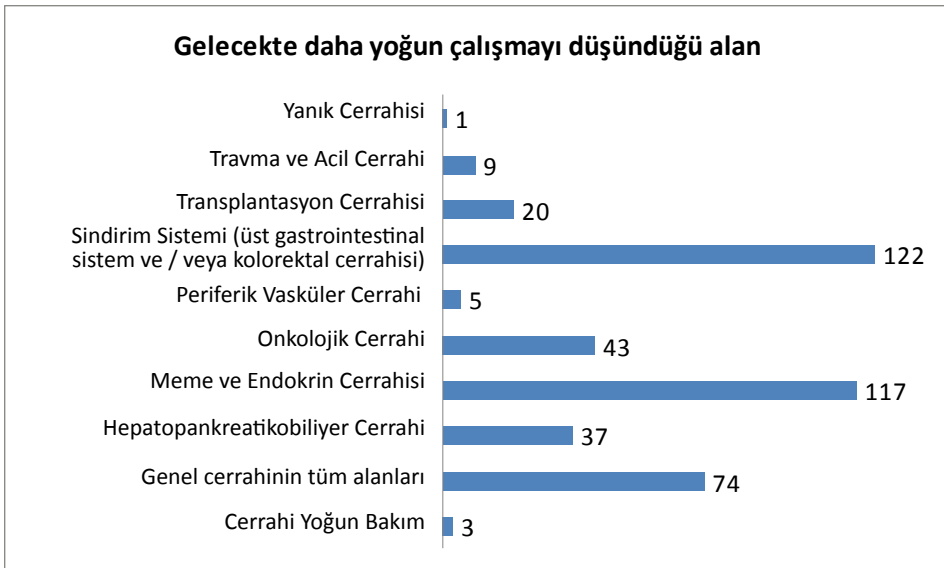


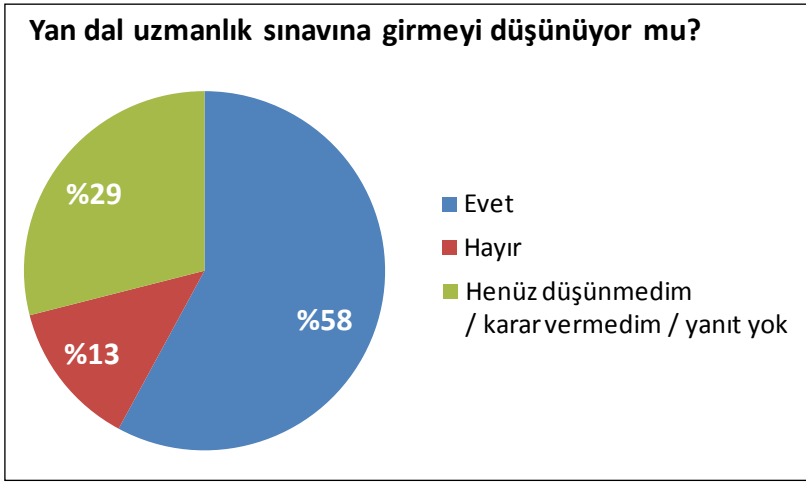
Asistanların %55'i üniversite hastanesinde, %37'si SBEAH'de, %4'ü vakıf üniversitesi ve %4'ü askeri tıp akademisinde eğitim almaktadır. Ankete katılan asistanların %22'si 3. yıl asistanı, %21'i 1. yıl, %19'u 4. yıl asistanı, %16'sı 5. yıl, %4'ü 5 ve üzeri yıl asistanıdır. Çalışmamız örneklem büyüklüğü ve dağılımı açısından homojen olup ülke genelini temsil etmektedir.

Asistanların ortalama yaşı 29 olup erkek ve kadın asistanlar arasında fark bulunmamıştır (p=0,261). Genel cerrahi, asistanlarının %88'i erkek, %12'si kadındır. Asistanlarının %52'si evlidir ve %25'i çocuk sahibidir.

Asistanların %92'si genel cerrahi uzmanlık eğitimine isteyerek başladıklarını belirtmiş olmalarına rağmen yalnızca 1/3'ünün (%31) ilk tercihi olup ilk üç tercihi genel cerrahi olan asistan oranı da yalnızca %55'dir.

### Gelecekte genel cerrahide hangi alanda daha yoğun çalışmayı düşünüyorsunuz?



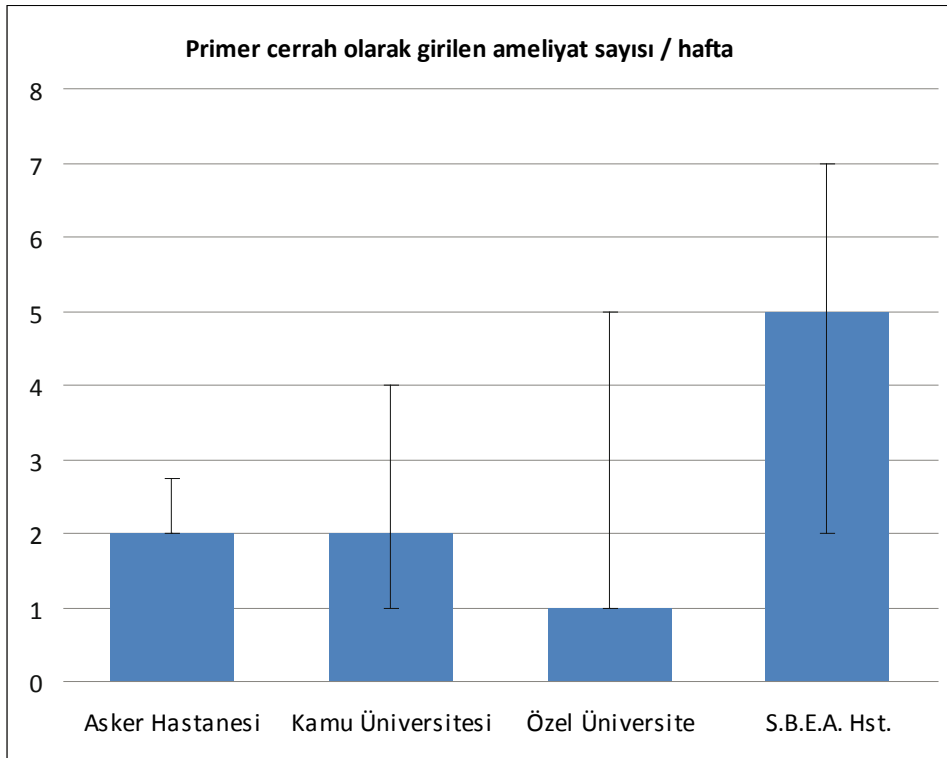


Asistanlardan genel cerrahinin tüm alanlarında çalışmak istediğini belirtenlerin oranı %17'de kalmaktadır. Asistanlar gelecekte, eğitim aldıkları kliniklerin yoğunlaştığı alanlar ile uyumlu olarak %28 oranında sindirim sistemi (üst gastrointestinal ve/veya kolorektal) cerrahisi ve %27 meme ve endokrin cerrahisi alanlarında yoğunlaşarak çalışmayı planladıklarını belirtmişlerdir. Kadın asistanların en çok tercih ettikleri alan meme ve endokrin cerrahisidir.

Asistanların %58'i yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünmektedir.

## II. Ameliyat deneyimi

### ■ Bir haftada bizzat primer cerrah olarak yaptığınız/yaptırılan ameliyatların sayısı

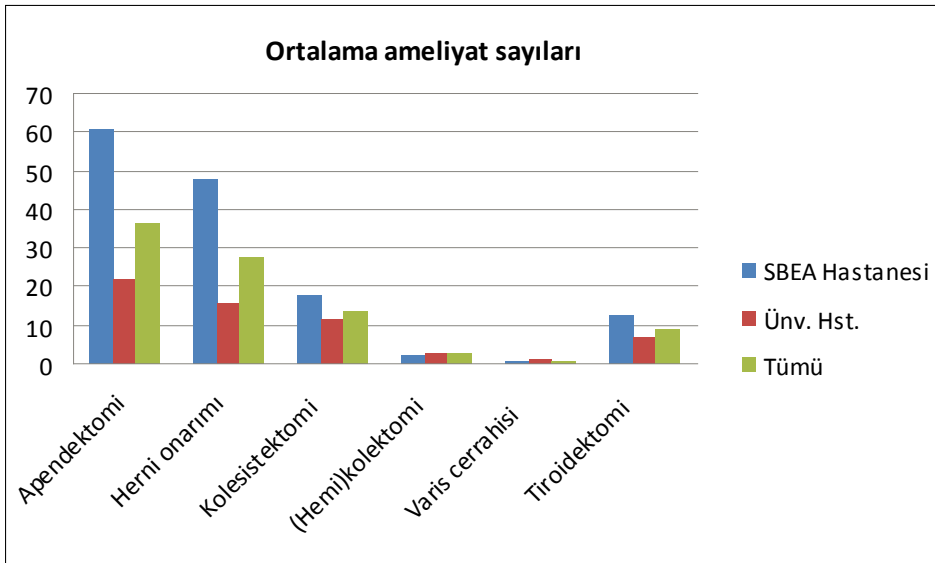
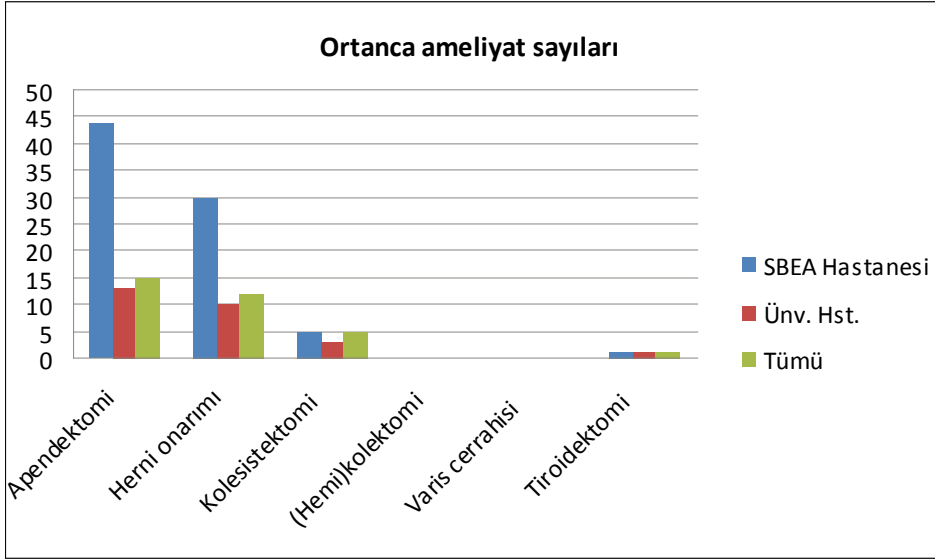


p=0,001

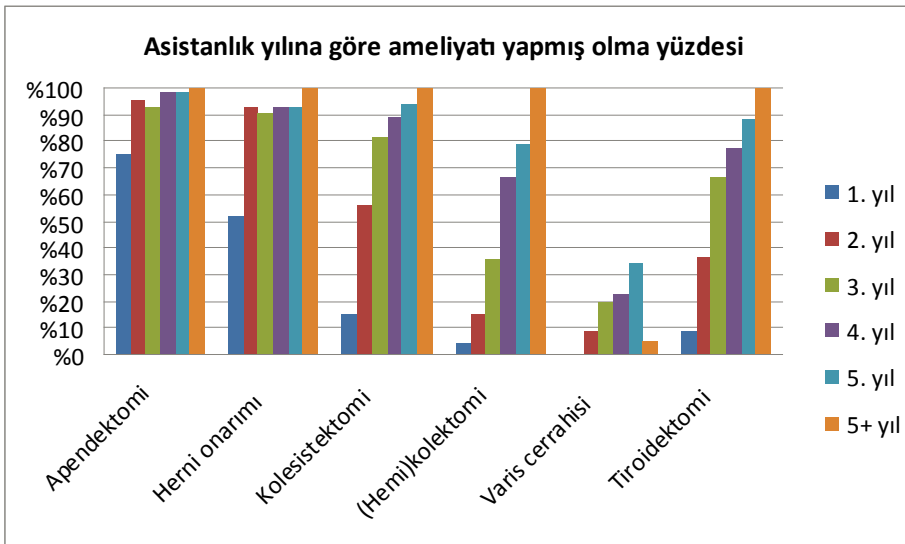
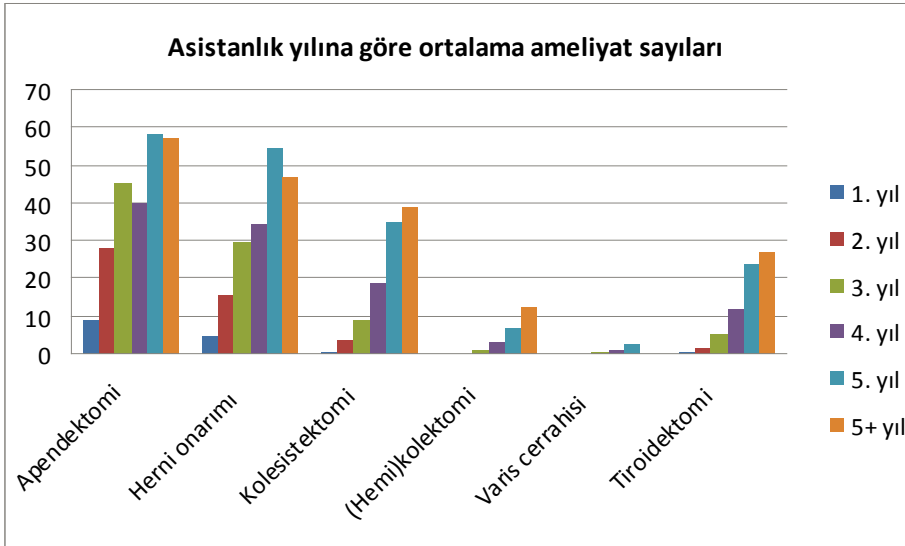
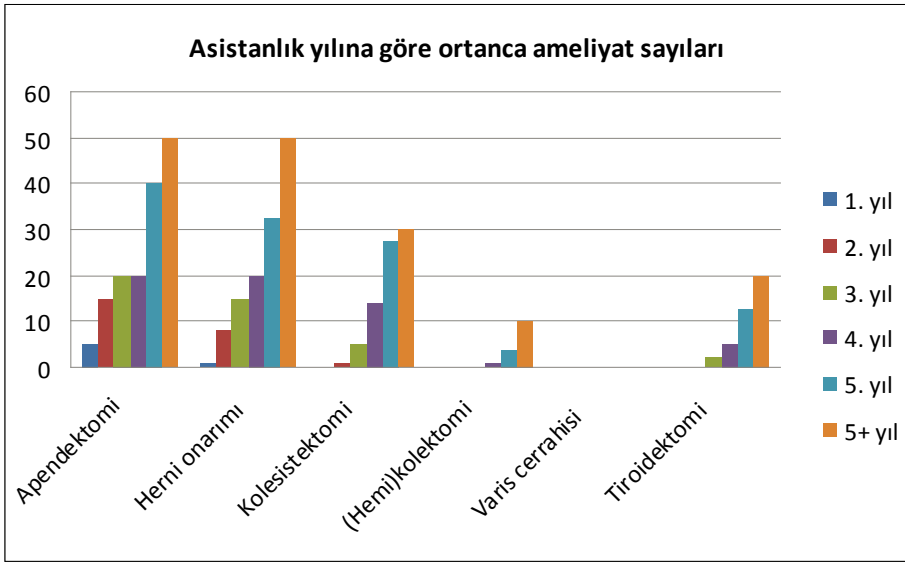
Bir haftada asistanların primer cerrah olarak yaptıkları ameliyatların sayısı ortanca 2'dir. Bu sayı SBEAH'de 5 olup diğer eğitim kurumlarından anlamlı olarak yüksektir (p=0,001).

### İndeks ameliyat sayıları

- Aşağıda sunulan cerrahi uygulamalardan kaç tanesini primer sorumlu cerrah olarak bizzat siz yaptınız (ya da bizzat size yaptırıldı) ?



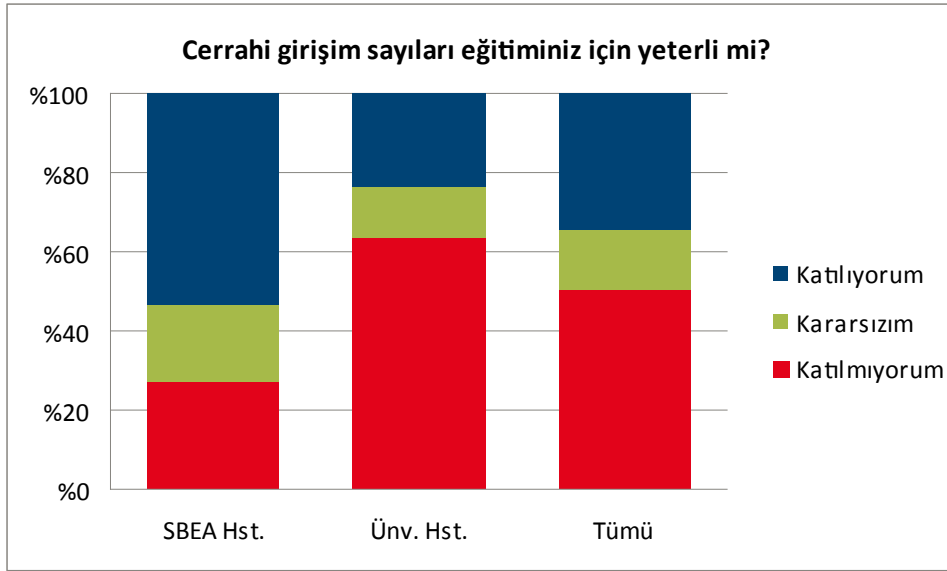
Asistanların apendektomi sayısı 15 (ortanca), herni onarımı sayısı 12 (ortanca), kolesistektomi sayısı 5 (ortanca), tiroidektomi sayısı 1 (ortanca), kolektomi ve varis cerrahisi sayısı 0 olarak bulundu. Sonuçlara göre ülkemizde indeks ameliyatlar açısından kolektomi ve varis cerrahisi için standartları gerçekleştirememeye riski mevcuttur.



İndeks ameliyatlar içerisinde apendektomi birinci yıldan, diğer ameliyatlar ise ikinci yıldan itibaren yapılmaktadır. Dördüncü ve beşinci eğitim yıllarında hiç tiroidektomi ameliyatı yapmamış asistanların oranı sırasıyla %23 ve %11'dir. Hiç kolektomi ameliyatı yapmamış olma oranı dördüncü yılda % 33 ve beşinci yılda % 21'dir.

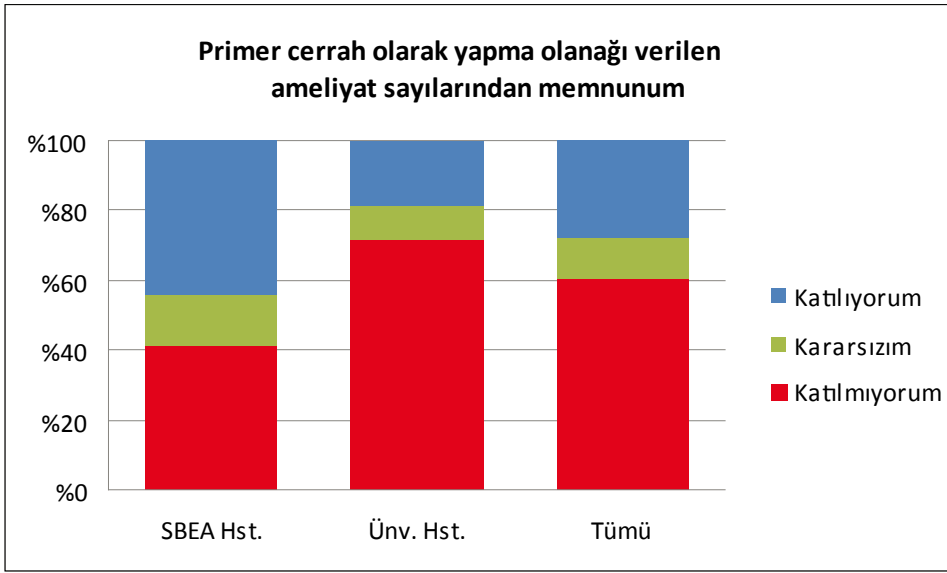
Bu sonuçlara göre ülkemizde indeks ameliyatlar açısından kolektomi ve varis cerrahisi için standartları gerçekleştirileme riski mevcuttur. Varis cerrahisi bir indeks ameliyat kabul edilecekse (uluslararası programlarda böyledir) hedefin 5 yılda gerçekleştirilemediği görülmektedir.

- Bir önceki soruda bildirmiş olduğunuz ameliyat sayılarının sizin kıdeminizde bir genel cerrahi asistanın eğitimi için yeterli olduğuna inanıyor musunuz?



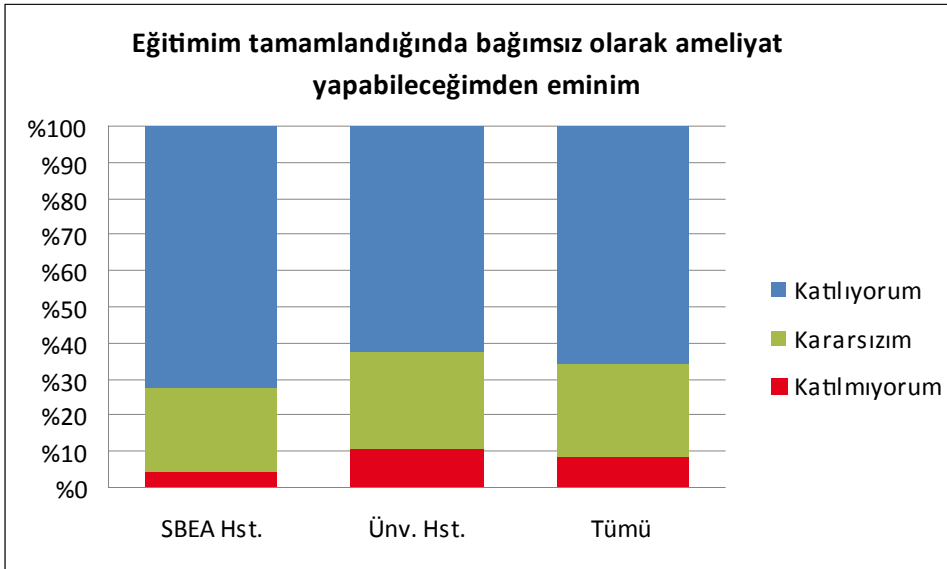
p=0,001

Asistanların yarısı cerrahi ameliyat deneyimlerini yetersiz bulmaktadır. SBEAH'de asistanlar bildirmiş oldukları ameliyat sayılarını kendi kıdemleri için yeterli olduğuna üniversite hastanesinde eğitim almakta olan asistanlardan daha çok inanmaktadırlar (%53'e karşın %24, p=0,001).



p=0,001

Genel olarak asistanların % 61'i primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayılarından memnun olmadığını belirtti. SBEAH eğitim alan asistanlar üniversite hastanesinde eğitim alan asistanlarla karşılaştırıldığında "primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayıları yönünden daha fazla memnun olduğu görüldü. (%35'e karşın %19, p=0,001).



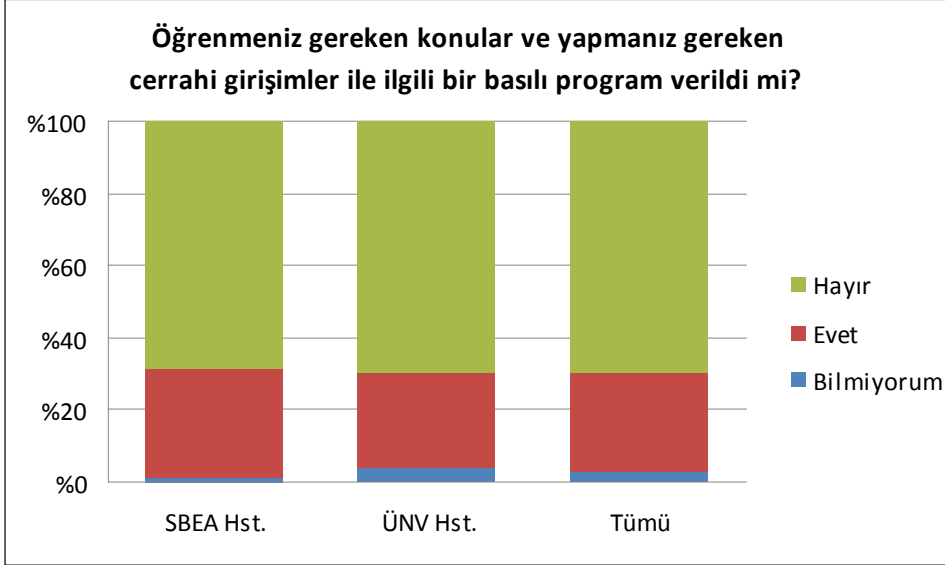
p=0,008

Asistanların yalnızca %8'i uzmanlık eğitimlerini tamamladıklarında tek başına ameliyat yapabilme konusunda kendilerinden emin olmadıklarını ifade etmiştir.



### III. Eğitim programı ve değerlendirme

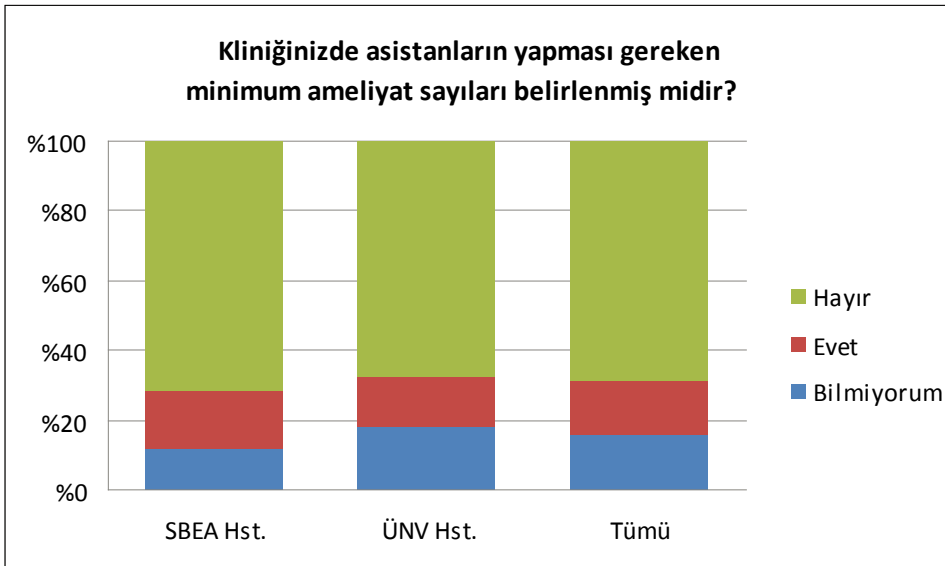
#### Eğitim programı



p=0,312

Asistanların %66'sının eğitim sorumlusu yoktur ve olanların %76'sı eğitim sorumlusu ile düzenli toplantı yapmamıştır. Asistanların %70'ine basılı eğitim programı müfredatı verilmemiş ve %69'unun uzmanlık eğitimleri boyunca yapmaları gereken minimum ameliyat sayıları belirlenmemiştir. Asistanların yalnızca %56'sı kliniklerinde asistan karnesi uygulamasının mevcut olduğunu belirtmiştir. Asistan karnesi olanların %72'si kliniklerinde asistan karnesinin etkin olarak kullanılmadığını ifade etmiştir.

Asistanların %59'unun TCD-Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) ve %66'sının TCD asistan karnesi hakkında bilgisi yoktur.



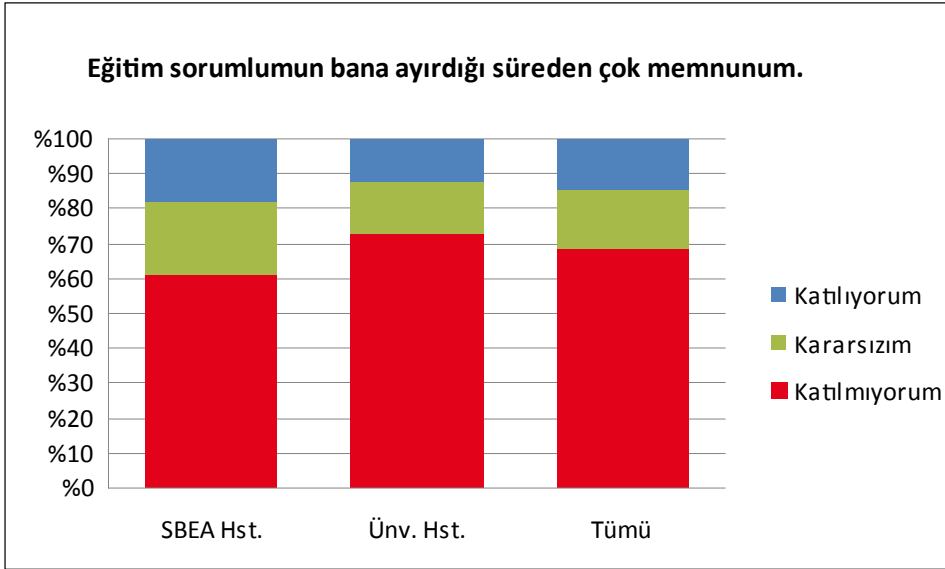
p=0,24

Asistanların %69'u yapmaları gereken minimum ameliyat sayılarının belirlenmemiş olduğunu bildirmiştir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Asistanların %52'si resmi rotasyon alanlarına ve sürelerine uyulmadığını ifade etmiştir. Asistanların %63'ü ise rotasyonlara gittikleri bölümlerde aktif çalışma imkânı bulamadıklarını belirtmişlerdir.

## Değerlendirme

Asistanların %47'si ameliyatlardan sonra ameliyattaki performansıyla ilgili eğitici kişiden yeterli geri bildirim almadığını belirtmişlerdir.



p=0,174

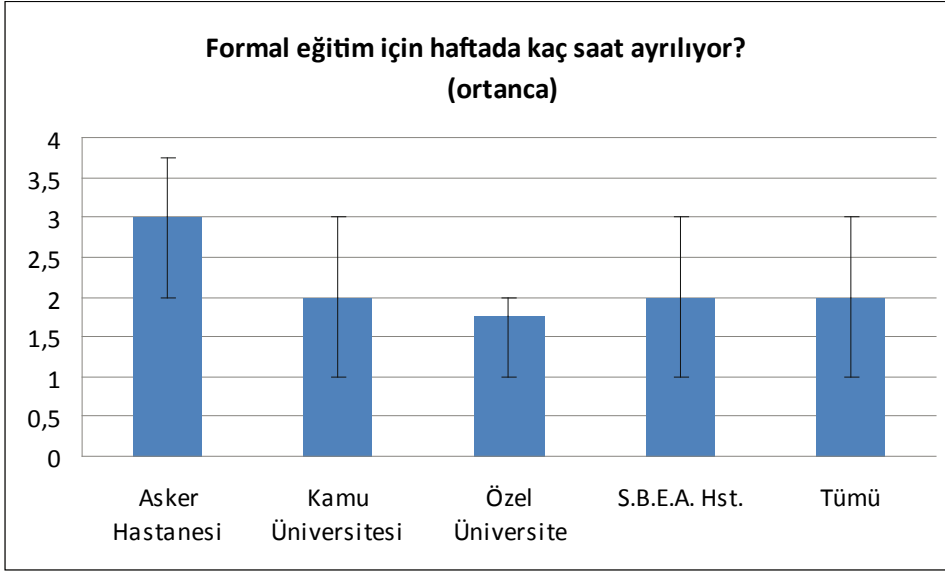
Asistanların yalnızca %14'ü eğitimcilerin kendilerine ayırdıkları süreden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

SBEAH'deki asistanların %62'si performansa göre ücretlendirme uygulamasının eğitimlerini olumsuz etkilediğini, üniversite hastanelerinde asistanların %50'si öğretim üyelerine yönelik uygulanmakta olan özel hasta muayene ve ameliyat ile gelir elde etme sisteminin eğitimlerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

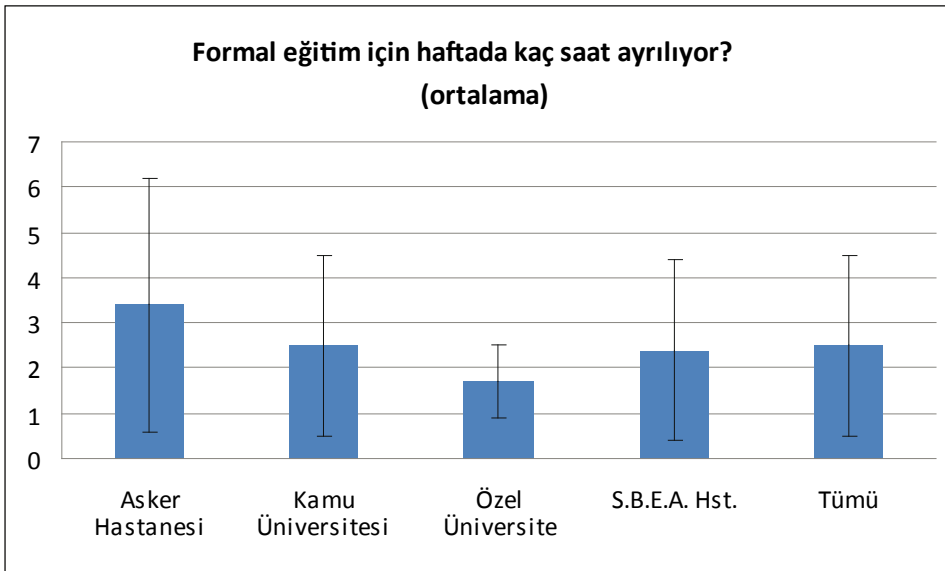
Asistanların yalnızca %26'sı kariyer planlaması ile ilgili tavsiye alabilmektedir ve yalnızca %22'si aldıkları eğitimin özellikleri ve bu eğitimin ileride kendilerini nasıl yönlendireceği konusunda yeterince bilgilendirilmektedir.

#### IV. Eğitim süreci ve alt yapı olanakları, ara sınavlar ve kurum değerlendirmesi

- Kliniğinizde formel eğitimler için (dersler, seminerler, makale, mortalite-morbidite toplantıları, klinikopatolojik konferanslar vb. gibi) haftada yaklaşık olarak kaç saat ayrılıyor?



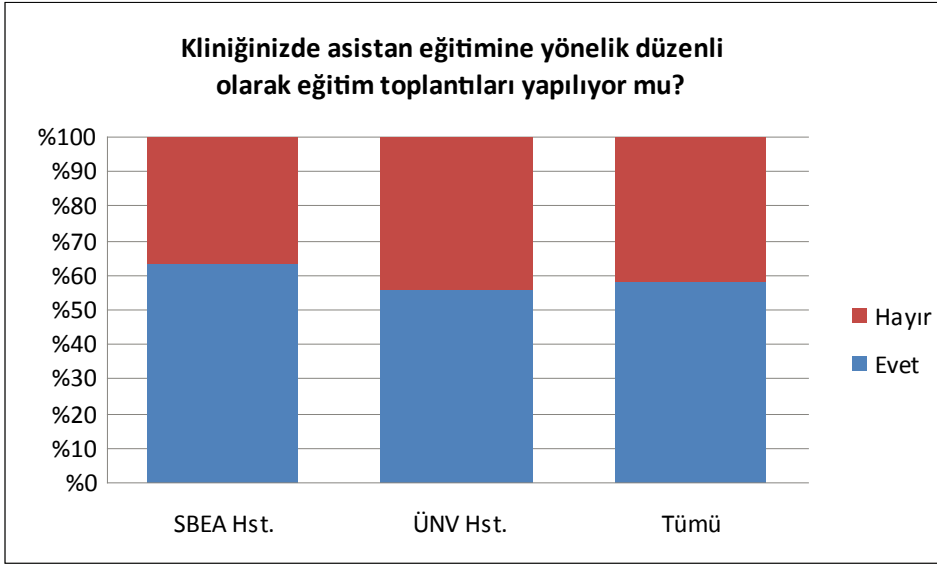
p=0,082



Eğitim veren cerrahi kliniklerinde formel/didaktik eğitimler (dersler, seminerler, makale, mortalite-morbidite toplantıları vb. gibi) için ayrılan süre haftada ortalama 2 saat'tir. Bu süre kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

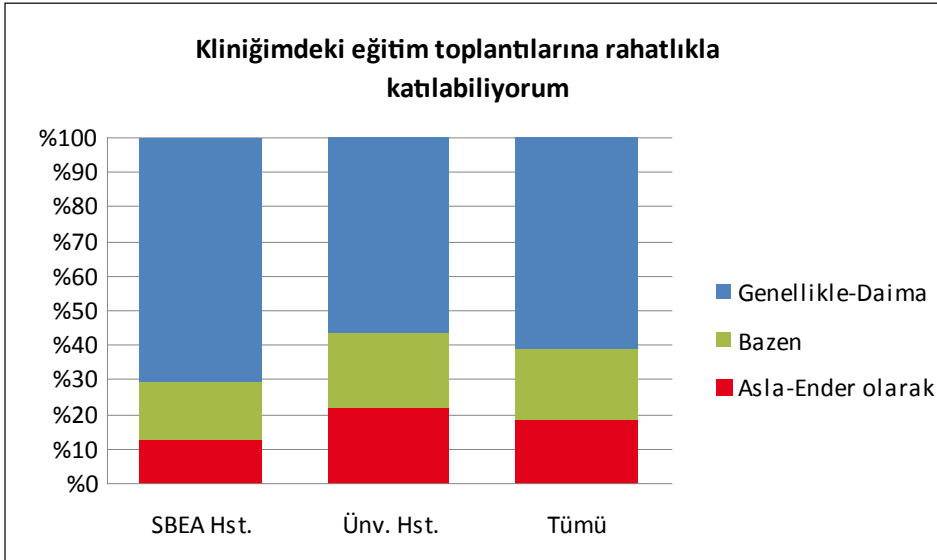
SBEAH' de asistanların %57'si eğitim toplantıları için ayrılan süreyi yetersiz bulurken üniversite hastanelerinde bu oran %71'dir.

- Kliniğinizde genel cerrahi uzmanlık eğitime yönelik didaktik/formel eğitim toplantıları düzenli olarak yapılıyor mu?



p=0,128

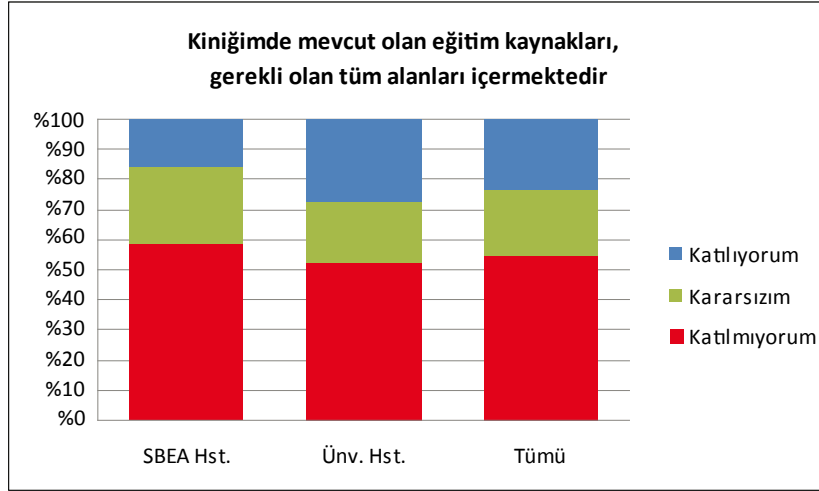
Asistanların yaklaşık yarısı kliniklerde asistan eğitime yönelik didaktik/formel eğitim toplantılarının yapılmadığını belirtmişlerdir. Yapılanlarda ise bu eğitimler için ayrılan süre çok azdır (2 saat/hafta) ve yetersiz bulunmaktadır. Asistanların %61'i kliniklerindeki eğitim toplantılarına rahatlıkla katılabildiklerini belirtmişlerdir, %19'u ise eğitim toplantılarına katılamamaktadır. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde üniversite hastaneleri aleyhinedir (%70 e karşın %56, p=0,008).



p=0,008

Asistanların yalnızca %19'u laparoskopik simülasyon eğitimi, %16'sı beceri eğitimi, %5'i kadavra diseksiyonu, %22'si elektronik öğrenme ve %58'i "online" kütüphane/dergi erişimi olanakları olduğunu bildirmiştir.

- “Kliniğimde mevcut olan eğitim kaynakları, çeşitlilik bakımından benim uzmanlık eğitimi müfredatımı gerçekleştirebilmek için gerekli olan tüm alanları içermektedir.” ifadesine katılıyor musunuz?



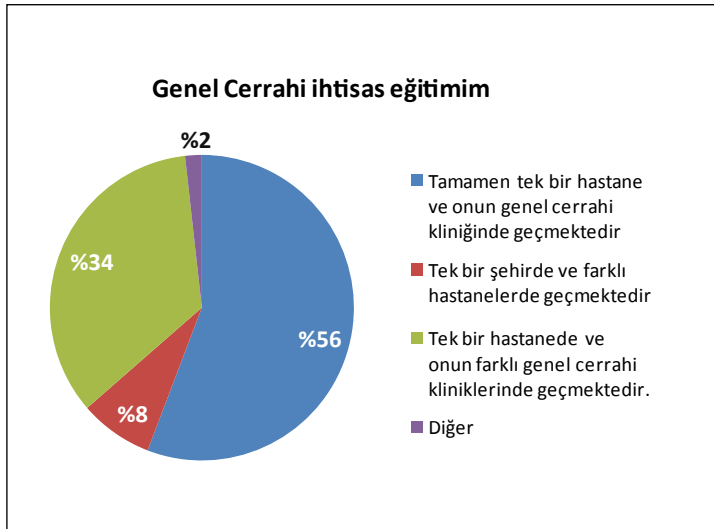
p=0,055

Asistanların yalnızca %23'ü kliniklerinde mevcut olan eğitim kaynakları, çeşitlilik bakımından uzmanlık eğitimi müfredatını gerçekleştirmek için gerekli olan tüm alanları içermekte olduğu ifadesine katılmıştır.

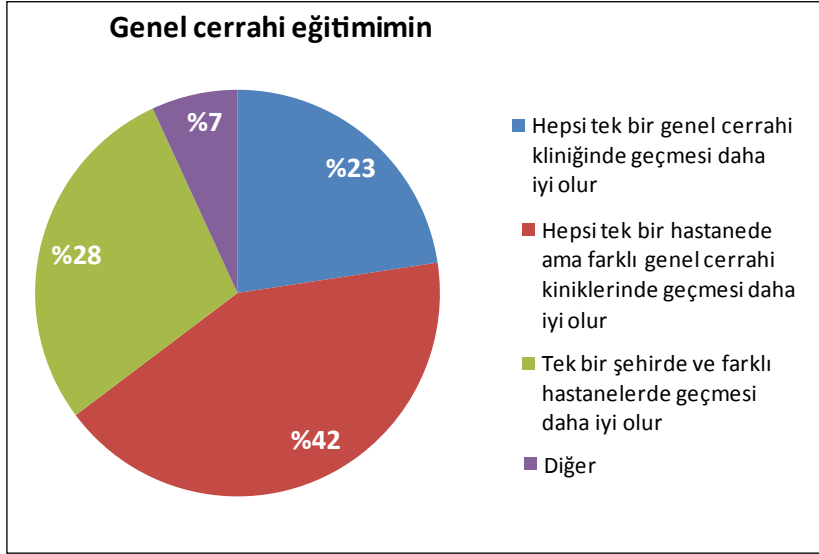
Asistanların %63'ü asistan eğitimini değerlendirmek üzere belli dönemlerde sınavlar yapıldığını belirtti ancak, bu sınavların hem teorik hem de klinik/cerrahi becerisini ölçmeye yönelik olma oranı %22'dir. Asistanların %73'ü asistan eğitiminin ara sınavlarla değerlendirilmesi gerektiğine inanırken, merkezi sınavlar şeklinde olmasını belirtenlerin oranı %45 idi.

Asistanların %9'unun 1. yılda, %22'sinin 2. yılda tez konularının belirlenmiştir. Kurumlarının alt yapısının tez çalışmalarının yürütülebilmesi için yeterli olmadığını belirtenlerin oranı %32 olmasına rağmen yalnızca %26'sı başka bir eğitim kurumuna tez çalışmaları için yönlendirilmektedirler. Asistanların %61'i kliniklerinde araştırma amaçlı çalışmalarda görev aldıklarını belirtmişlerdir.

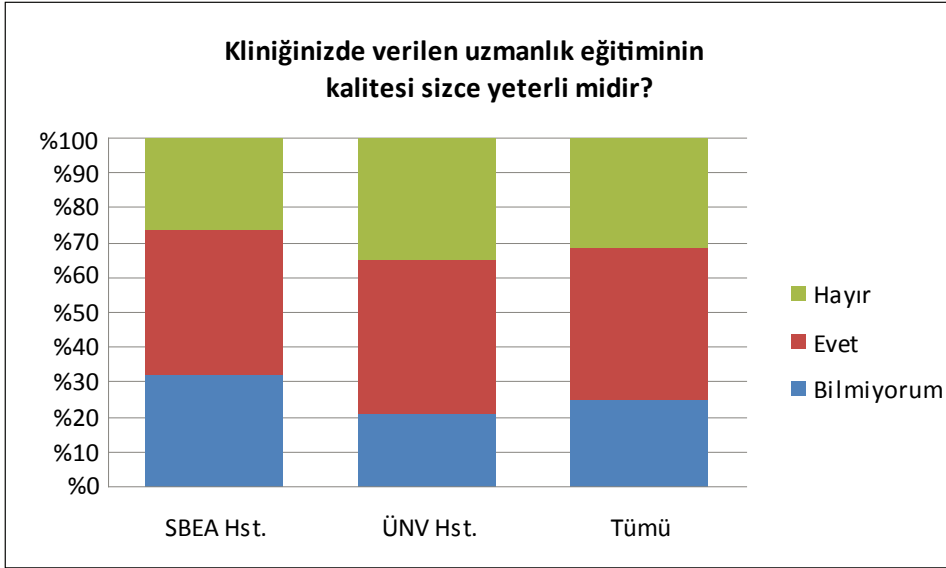
- Genel cerrahi uzmanlık eğitimi nerede yapılmakta?



## ■ Genel cerrahi eğitiminizin nerede yapılmasını tercih edersiniz?



Asistanların genel cerrahi uzmanlık eğitimi %51 oranında tamamen tek bir hastane ve onun genel cerrahi kliniğinde geçmektedir fakat asistanların %64'ü eğitimlerinin farklı genel cerrahi kliniklerinde geçirmenin daha yararlı olduğunu düşünmektedir.



p=0,033

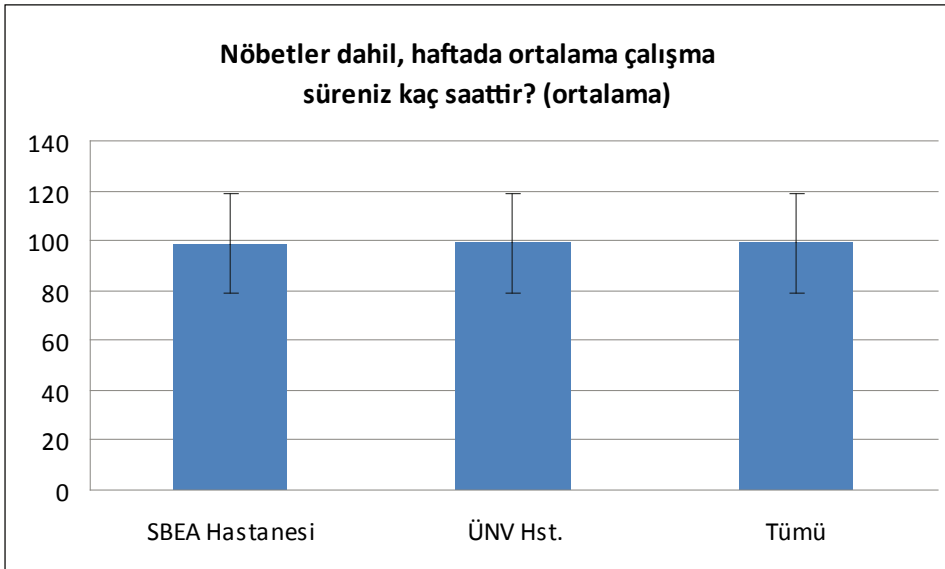
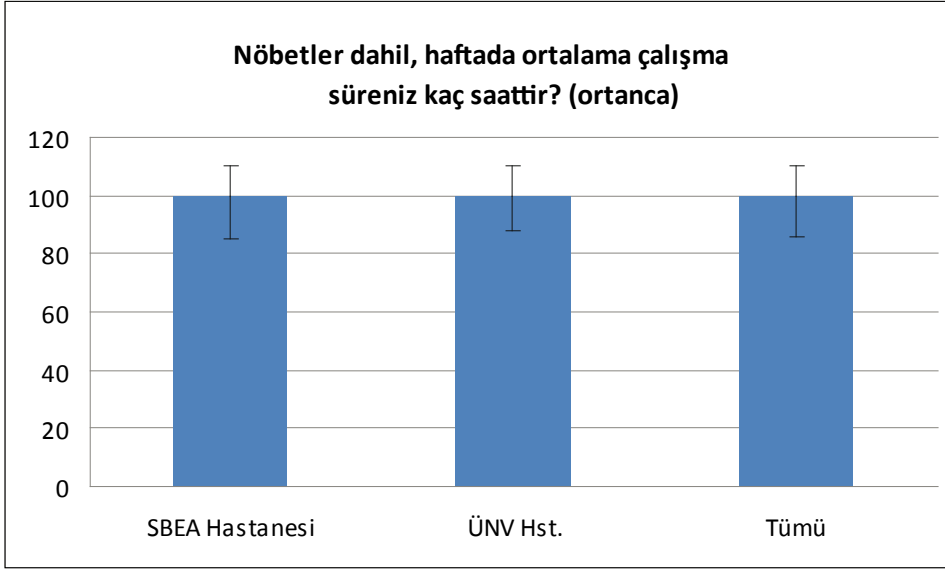
Asistanların %32'si kliniklerinde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesinin yetersiz olduğunu belirtmektedir. SBEAH'de asistanlarının % 26'sı eğitim kalitesini yetersiz olarak nitelerken bu oran üniversite hastanelerinde %35 olup aradaki fark anlamlıdır (p=0,033).

Asistanların %83'ü kliniklerinin verilen asistanlık eğitimi kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmesi gerektiğine inanmakta olup %64'ü bu denetlemenin TCD tarafınca yapılmasını uygun bulmuştur.

## V. Çalışma ortamı ve süresi, nöbetler

Asistanların %33'ü çalışma yaşamında bir sorun yaşadıklarında bunu eğiticiler ya da uzmanlar ile rahatlıkla paylaşmadıklarını ve %34'ü de eğiticileri tarafında motive edilmediklerini ya da çok ender olarak motive edildiklerini belirttiler.

Asistanların %15'i eğitim süresinin tamamı boyunca hiç memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

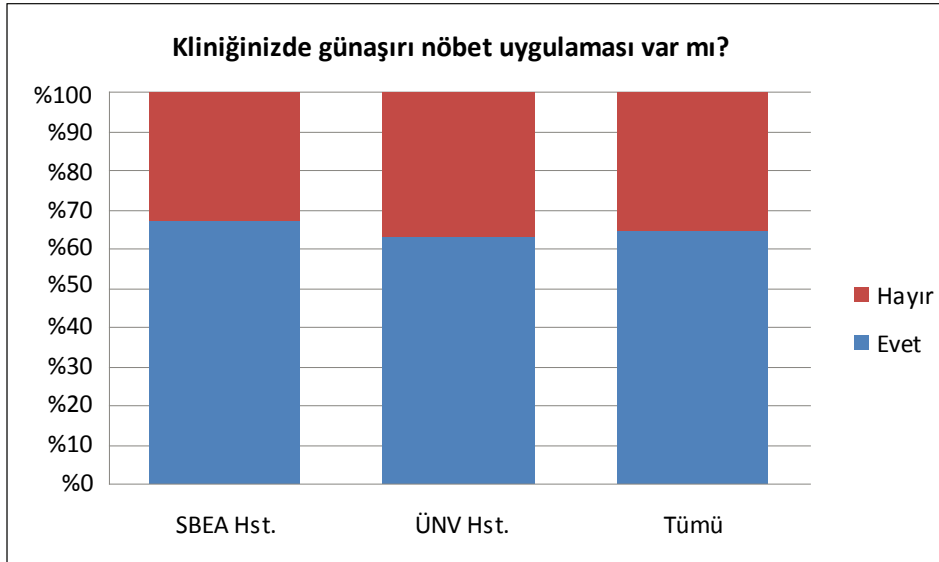


Asistanların nöbetler dâhil haftalık ortalama çalışma süresi 100 saat'tir.

Asistanların %84'ü ülkemizdeki yasal çalışma süresini bilmemektedir. Asistanların hiç ara vermeden çalıştıkları en uzun süre ortalama 60 saat ve rutin bir günde çalışma süresi ortalama 12 saat olarak bildirilmiştir.



p=1.000

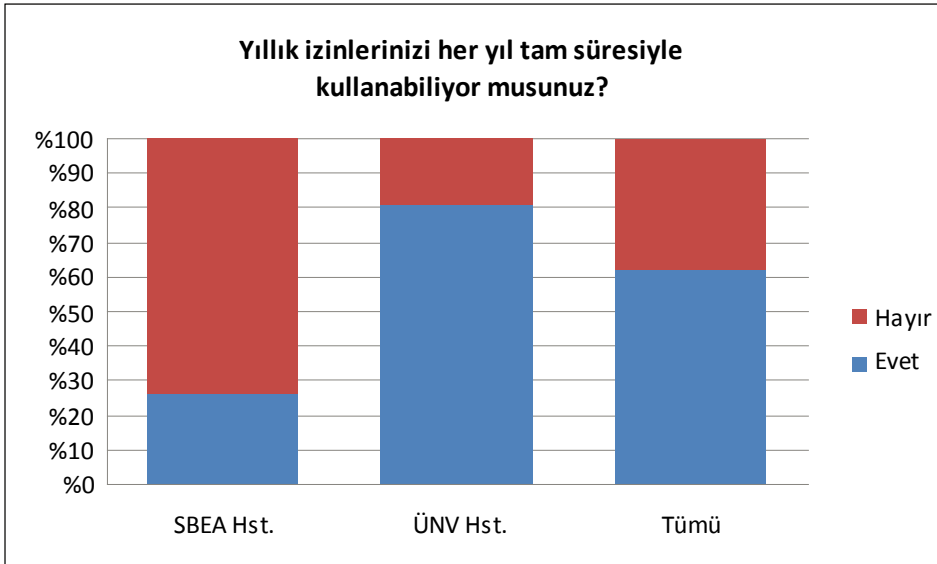


p=0,406

Asistanların aylık ortanca nöbet sayısı 10'dur, gūnaşırı nöbet uygulaması oranı %65 olup nöbet sonrası izin uygulaması yoktur.

Asistanların %48'i "Cerrahi asistanı olarak takibinden sorumlu olduğum hasta yükümün çok fazla olduğunu düşünüyorum" ifadesine katılmaktadır ve %34'ü normal mesai esnasında 20-30 yatan hastadan sorumlu olmaktadır.

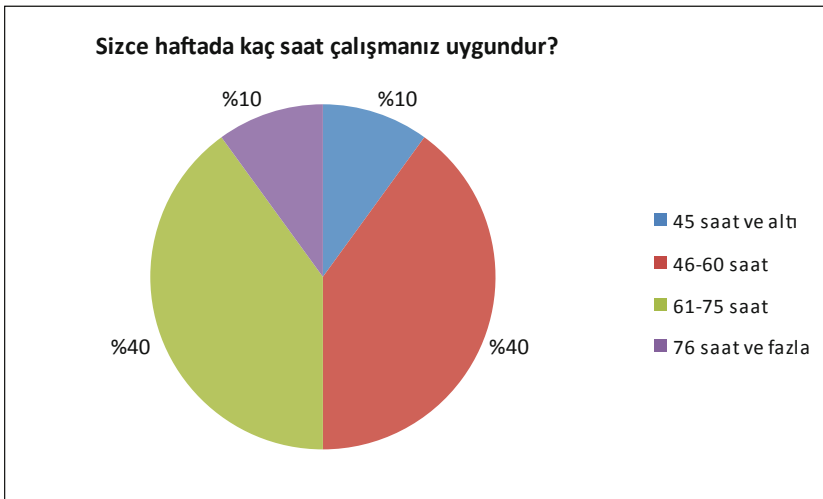




p=0,001

Asistanların yıllık izin süresi ortanca 20 gündür. İznini tam süre kullanabilen asistan oranı üniversite hastanelerinde %75 iken SBEAH de %23'dür( p=0,001).

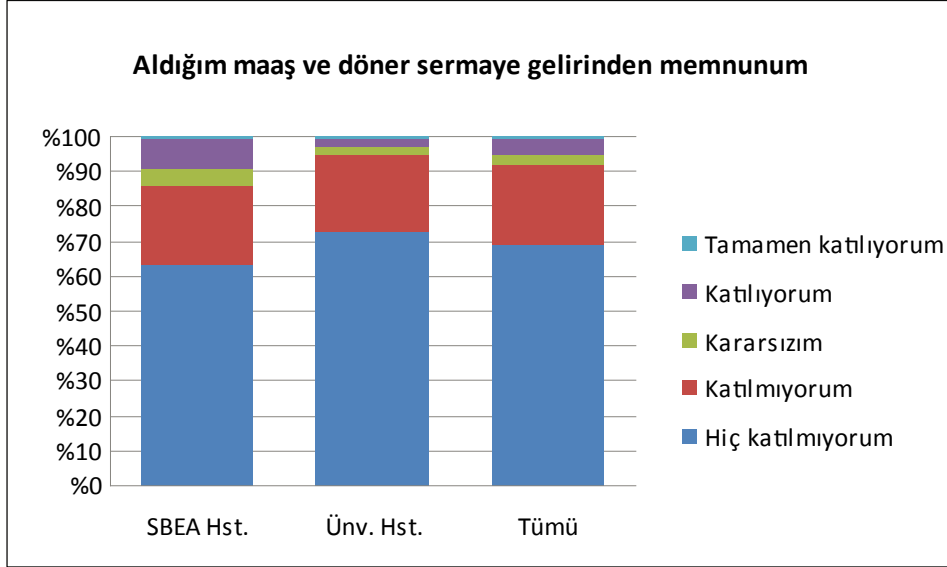
Asistanların %80'ni Avrupa Birliği'nde çalışma sürelerini kısıtlayan yasal düzenlemeye gidildiği hakkında bilgisi yoktur. Buna rağmen %85'i ülkemiz için de böyle bir düzenlemenin gerekli olduğunu belirtmiştir. Böyle bir düzenlemenin cerrahi eğitimini olumsuz etkilemeyeceğini inanların oranı %66'dır.



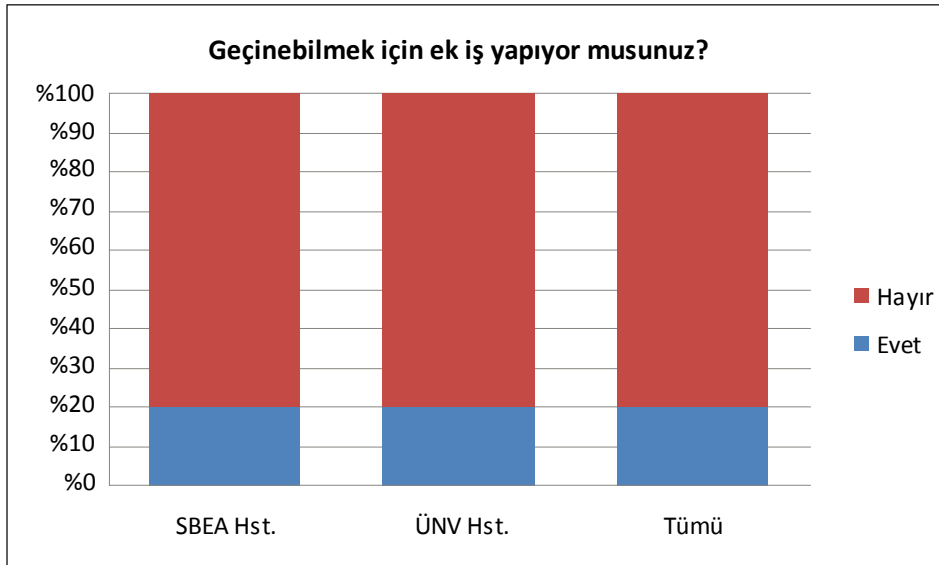
Asistanların %95'i haftalık çalışma süresi olarak 80 saati uygun bulmuştur.

## VI. Yaşam kalitesi ve gelir

Çalışma saatleri asistanların %84'ünün sosyal hayatlarını ve %77'sinin eşiyle/kız veya erkek arkadaşıyla ilişkilerini olumsuz etkilemektedir.

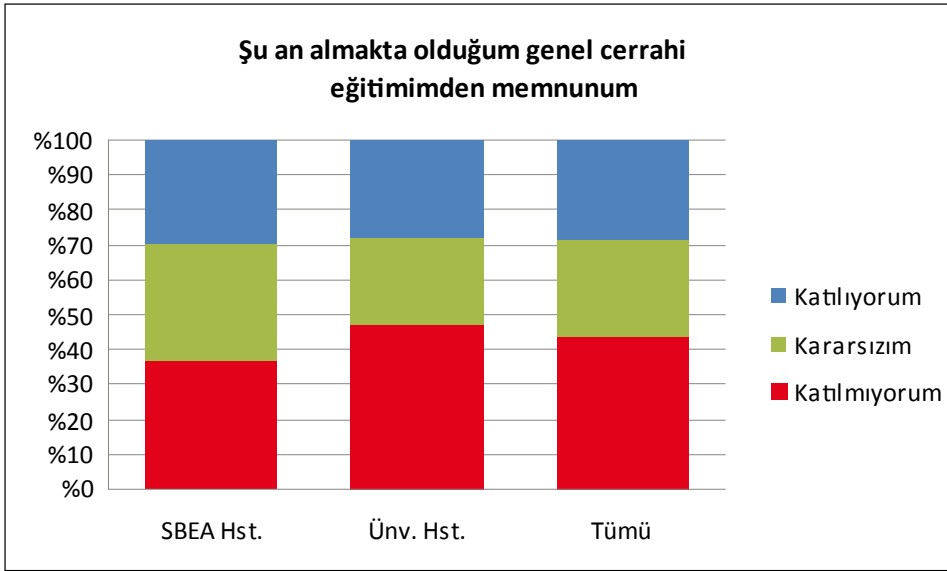


$p=0,024$



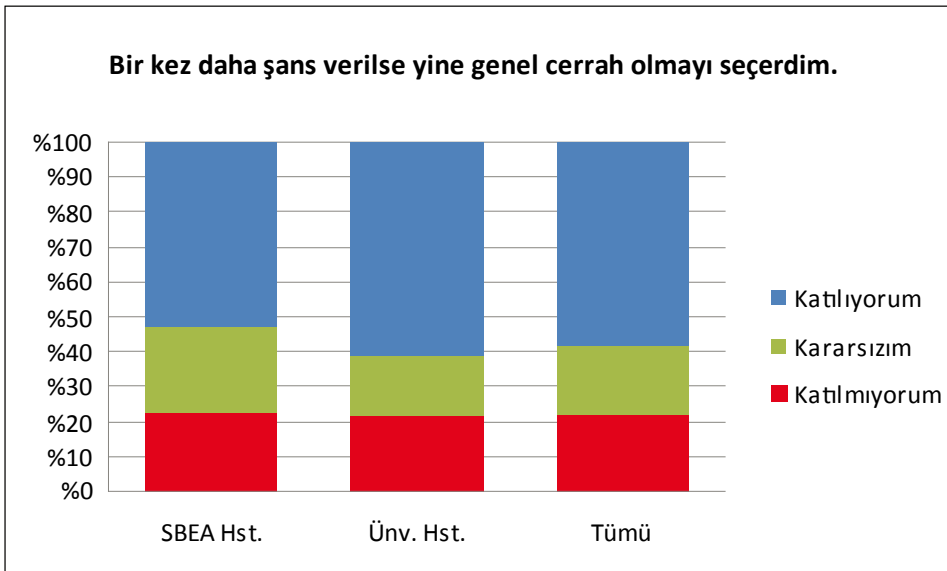
$p=0,958$

Asistanların %56'sı aylık 1000-1499 TL maaş ve %59'u 500-999 TL döner sermaye geliri kazandıklarını belirtmiş olup aldıkları maaş ve döner sermaye gelirinden memnun olmama oranı %92'dir. Asistanların %20'si geçinebilmek için ek iş yaptıklarını belirtti. Asistanların %84'ü eğitimleri ile ilgili harcamalarının hiçbirinin çalıştıkları kurumlarca karşılanmadığını belirtmişlerdir.



$p=0,017$

Asistanların %43'ü almakta oldukları genel cerrahi eğitiminden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu olumsuzluk üniversite hastanelerinde daha fazladır ( $p=0,017$ ).



$p=0,136$

Asistanların yalnızca %58'i "Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim" ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir.

## SAPTAMALAR ve ÖNERİLER

### Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde reform ihtiyacı vardır.

Dünyada genel cerrahi uzmanlık eğitiminin nasıl verildiğine bakıldığında ve bizim asistan anketi sonuçları değerlendirildiğinde,

- Ülkemizde ivedilikle genel cerrahi uzmanlık eğitiminin modernizasyonu amaçlı ciddi bir reforma gerek vardır.
- Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitiminin önemli eksikleri vardır,
- Eğitimde temel standartlar yoktur.
- Genel cerrahi asistanlarının aldıkları eğitimden memnun değildirlir.

**Öneri:** Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde tüm tarafların; SB, YÖK ve Tıp Fakülteleri, TTB, TCD görüş ve önerileri doğrultusunda, üzerinde uzlaşmış ve günümüz gereksinimlerini karşılayan kapsamlı bir reform gereklidir.

**Aşağıdaki saptama ve öneriler genel cerrahi uzmanlık eğitimi reformu için yol haritası niteliğinde hazırlanmıştır.**

### Genel cerrahide insan gücü durumu dikkate alınmalıdır.

Türkiye’de Aralık 2007 tarihi itibari ile 3594 aktif çalışan genel cerrahi uzmanı vardır.

Genel cerrahlar büyük kentlerde toplulaşmıştır. Bu tür bir toplulaşma, ülkelerin çoğunda görüldüğünden bu saptamanın boyutları önemlidir: Türkiye’de genel cerrahların beşte birinden fazlası İstanbul’da çalışmaktadır. Türkiye’de genel cerrahların yarıdan fazlası 8 ilde (İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya, Bursa, Konya, Kocaeli ve Adana) toplulaşmıştır. Ülkemizde 2009 yılı itibari ile 1005 hekim genel cerrahi alanında uzmanlık eğitimi almaktadır.

Ülke nüfusunda, 25.000 kişi başına 1 genel cerrah düşmesi gerektiği standardı üzerinden hesaplandığında 2007 verilerine göre çalışmakta olan genel cerrah sayısı (3.594), 2009 yılı gereksiniminin bile üzerindedir. 2009 yılında Türkiye nüfusu için 2.876 genel cerrah gerekmektedir. Türkiye’nin genel cerrah dağılımı bozukluğu bir şekilde düzeltilebilse 2007 yılı verileriyle 700 genel cerrah fazlası vardır denilebilir.

Genel cerrah istihdamında SB’nın ağırlığı büyüktür. Bu nedenle dağılımdaki bozuklukta SB’nın sorumluluğunu irdelemek gerekir: 2003-2007 arasında SB, bağlı kurumlardaki genel cerrah istihdamını her yıl ortalama 220 kişi arttırmıştır. 2020 yılında en az 3.400 genel cerrah kamuda istihdam edilecektir. Bu dönemin sonunda meslekten ayrılmış olanlar ve asistanlıktan gelenler hesaba katıldığında bu sayının en az 3.800 olması beklenir. TÜİK’in 2020 kestirimine göre Türkiye’nin nüfusu 81 milyona yakın beklendiğinden, 25.000 kişi başına 1 genel cerrah standardına göre, 2020 yılı için Türkiye’nin gereksinimi 3.200 genel cerrahtır. Kısacası, istihdama göre en az 250, standarda göre ise en az 400 genel cerrah 2020 yılında sağlık sistemine fazla olarak giriş yapacaktır. Türkiye’de genel cerrahi uzmanı eksikliği değil genel cerrahi uzmanlarının ülke geneline dağılımında ve sağlık altyapısında bozukluk söz konusudur (12).

**Öneri:** Ülkemizde sağlık alanında merkezi planlamada kullanılmak üzere işgücü ve iş yükü çalışmalarına gerek vardır. TCD Genel Cerrahi İnsan Gücü Raporu’nun ulusal sağlık otoritesi tarafından dikkate alınmalıdır. Temel sorun, genel cerrahi uzmanı eksikliği değil, bu uzmanların ülke içine dağılımındaki bozukluktur. Genel cerrahi alanında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi isteniyorsa bu dağılım bozukluğunu gidermeye odaklanılmalıdır.

### Genel cerrahiye eğilim değişmektedir.

Pek çok ülkede genel cerrahi alanına ilgi azalmaktadır. ABD’de tıp fakültesi öğrencilerin yaklaşık %20’si ya başka cerrahi uzmanlıklarına ya da daha öngörülebilir yaşam tarzı sunan cerrahi dışı uzmanlık alanlarına geçmek için genel cerrahi asistanlığını terk etmektedirler. ABD’de genel cerrahideki asistan sayısındaki bu yıpranma hızının gelecekteki işgücü ihtiyacı üzerinde önemli bir etki yaratacağı düşünülmektedir. Ülkemizde ÖSYM tarafından ilan edilen genel cerrahi kadroları boş kalmamaktadır. Ancak, asistanların tercih sıralamasında genel cerrahinin sonlarda olması ve TUS genel cerrahi tavan puanlarının oldukça düşük olması (25 uzmanlık alanı içerisinde genel cerrahi 24. sırada) genel cerrahiye önceleyerek gelen asistan oranının azalmakta olduğu anlaşılmaktadır. Bizim çalışmamızda, asistanların %29’unun genel cerrahiye ilk 6 tercihlerinde yer vermemiş olmalarına rağmen başlamış olmaları, asistanların yaklaşık 1/3’ünün genel cerrahiye aslında tercih etmeden, düşük TUS puanı ile merkezi yerleştirmenin bir sonucu olarak başladıkları şeklinde yorumlanabilir.

**Öneri:** Ülkemizde genel cerrahi alanını yeniden çekici hale getirmek için çalışmalar yapılmalıdır. Bu konuda TCD, tıp fakülteleri ve SB’na önemli görevler düşmektedir. Genel cerrahların çalışma koşullarının düzeltilmesi, iş yükünün ağırlığı ve karmaşıklığını dikkate alan özlük hakları iyileştirilmeleri gereklidir. Mezuniyet öncesi eğitimde tıp öğrencileri ile erken ve yönlendirici ilişkiler kurularak genel cerrahi alanı tanıtılmalı ve sevdirmelidir.

### Kadın cerrah sayısı artmaktadır.

Bizim çalışmamızda dünyadaki eğilime paralel olarak Türkiye’de de kadın hekimlerin genel cerrahi alanını tercih etmeleri ciddi bir orana (%12) ulaşmış görülmektedir. Kadın asistanların gelecekte ağırlıklı çalışmak istedikleri alan meme ve endokrin cerrahisidir. Bu karşın transplantasyon cerrahisi, travma ve acil cerrahi gibi alanlar kadın asistanlar tarafından hiç tercih edilmemektedir. Branş seçiminde cinsiyet, hayat standardı, akademik beklentilerin etken olduğu bilinen bir gerçektir (34). Ülkemizde de kadın asistanlar daha kontrollü bir çalışma yaşamı planlamaktadır.

**Öneri:** Tıp mesleğine ve genel cerrahiye giren kadın sayısı artmaya devam ettiğinden, kadınların eğitim ihtiyaçlarının veya beklentilerinin erkeklerden farklı olup olmadığının anlaşılması için çalışmalar yapılmalıdır. Genel cerrahi kariyerine kadınları özendirmek ve asistanlığa girecekleri desteklemek için projeler geliştirilmelidir. Kadınların aile ve toplum yaşamındaki özel konumları göz önüne alındığında genel cerrahi çalışma ortamının gelecekte bu özelliklere uygun olarak (emzirme izni, ücretsiz doğum izni vb. gibi) yeniden düzenlenmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Kadın cerrahların farklı alanlarda çalışma eğilimi ülkenin insan gücü ve iş yükü planlamalarında göz önünde bulundurulmalıdır.

### Genel cerrahide yan dallaşma eğilimi vardır.

Bizim çalışmamızda asistanların yarıdan fazlasının (%58) yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşündükleri saptanmıştır. Başka sorular ile ortaya konduğu üzere genel cerrahi içinde sınırlı bir alanda çalışmak isteyen asistan oranı da yaklaşık %50’dir. Yan dal uzmanlığına yönelme eğilimi bize özgü olmayıp tüm dünyada görülmektedir. Literatürdeki pek çok çalışmaya bakıldığında belli alana özgü çalışan cerrahların daha çok gelirden elde ettikleri, daha kontrollü bir yaşama kavuştukları ve daha büyük, gelişmiş illerde istihdam oldukları saptanmıştır. ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi’nde genel cerrahi asistanlarının %64’ü gelecekte iş piyasasında yarışabilmek için yan dal uzmanlık eğitimi almayı planladıklarını belirtmiştir (35). ABD verileri incelendiğinde genel cerrahların %70 oranında yan dal uzmanlığına geçtikleri ve bu durumun ülkede ciddi biçimde genel cerrah açığına yol açtığı görülmektedir (36). Ülkemizde ise genel cerrahi uzmanlığından sonra

yan dallaşma çok kısıtlı alanlarda (gastroenteroloji cerrahisi) ve çok az sayıdadır. Bu nedenle diğer ülke örnekleri incelenirken yan dallaşmaya duyulan ihtiyaç ve kazanımlar ile yan dallaşmanın yarattığı sorunlar çok iyi değerlendirilmek zorundadır (37,38). Ülkemizdeki genel cerrahların 3 büyük ile yoğunlaştığı düşünüldüğünde, cerrahların ülke geneline dağılımında mecburi hizmete rağmen çözülemeyen dengesizlik, gerekli tedbirler alınmazsa gelecekte de cerrahi uzmanlarının benzer eğilimleri ile büyüyerek devam edecektir. Genel cerrahide bilimsel niteliğin artırılması, dünya standartlarının yakalanması, ilerlemeye açık bir sistem oluşturulması ve topluma sunulan cerrahi hizmetin niteliklerinin artırılması amaçları için yan dallaşma bazı olanaklar sunmaktadır. Ancak, kontrolsüz yan dallaşma ülkemizde bir süre sonra genel cerrah açığına ya da topluma sunulan genel cerrahi sağlık hizmetinde aksamalara yol açabilir.

**Öneri:** Genel cerrahi ana branş olarak koruyucu ve özendirici tedbirler ivedilikle alınmak zorundadır. Öncelikle yapılması gereken hâlihazırda verilen genel cerrahi eğitiminin ülke çapında standardizasyonuna ve iyileştirme çalışmalarına hız vermektir. TCD ve TC Yeterlik Kurulu bu çalışmalar için önemli bir fırsat olarak görülmelidir. Ülkemiz için aşırı yan dallaşmayı engellemek ve cerrahların daha odaklanmış ileri eğitim almalarına olanak tanımak üzere belli alanlarda sertifikasyon yöntemi ile derinleşmeyi sağlamak yeni bir seçenek olarak ele alınmalıdır. Gerek duyulan alanlarda ve uygun cerrahi kliniklerinde ileri uzmanlık eğitimi verecek sertifikasyon programları geliştirilebilir. Bu bağlamda yan dal uzmanlığı ve bunun sonucunda alınacak lisans belgesi ile belli alanlarda 'İleri Uzmanlık Eğitimi' olarak tanımlanabilecek sertifikasyon belgesi ayrı ayrı tanımlanmalıdır.

### Eğitim veren genel cerrahi klinikleri uzmanlık eğitimi odaklı yapılanmamıştır.

Geleneksel olarak SBEAH'nin genel cerrahi klinikleri öncelikleri ve beklentileri hasta bakımına, üniversite hastaneleri genel cerrahi klinikleri ise hasta bakımı ve araştırmaya yönlendirilmiştir. Kliniklerde günlük işleyiş tamamen bu öncelikler doğrultusunda yapılandırılmıştır. Uzmanlık eğitimi hastalara sunulan sağlık hizmetine odaklanarak çalışmanın gölgesinde çoğu kez plansız ve kontrolsüz olarak gerçekleşmektedir.

**Öneri:** Gerek SBEAH'de gerekse de üniversite hastanelerinde genel cerrahi kliniklerinin uzmanlık eğitim yükümlülükleri yenilemelidir. Klinikler sağlık hizmeti sunumunda gerçekleştirdikleri organizasyonu uzmanlık eğitimi için de yapmalıdır. Başta eğitim programı sorumlusu olan klinik şefleri ve ana bilim dalı başkanları olmak üzere tüm eğiticiler, uzmanlık eğitimine yönelik 'eğiticilerin eğitimi' programlarına alınmalıdır. Bu konuda tıp eğitimi anabilim dallarında görev yapan eğitim bilimci hekimlerden yararlanılmalıdır.

### Eğiticilerin klinik iş yükü eğitim sorumluluklarını aksatmaktadır.

Bizim çalışmamızda asistanlar, üniversite hastanelerinde *mesai dışı özel hasta* adı altında uzun süredir uygulanmakta olan ve SBEAH'de son yıllarda kullanılan *performansa dayalı ücretlendirme* sistemlerinin eğitimlerini olumsuz etkilediğini belirttiler.

Başarılı bir eğitim programı her zaman kaliteli ve adanmış eğiticilere ihtiyaç duyar. Ülkemizde birer kamu hastanesi olan üniversite ve SB hastaneleri, son yıllarda özellikle sağlıkta dönüşüm programı ile hızla 'sağlık işletmeleri' haline dönüştürülmektedir. Bu durumda eğiticiler asistanlar açısından giderek daha az ulaşılır olmakta ve günlük pratikte asistan eğitimi ciddi biçimde ihmal edilmektedir. Günümüzde eğitim kadrolarının pek azı eğitici ve mentor olarak kullanılabilir durumdadır. SB hastanelerinde 2004 yılından bu yana uygulanmakta olan ve 2011 yılından itibaren üniversite hastanelerinde de uygulanması planlanan uzman hekimlerin ürettikleri iş ve hizmet karşılığında uygun hak edişler almasına dayalı olarak geliştirildiği öne sürülen *performansa dayalı ek ödeme sistemi* genel cerrahi eğitimini olumsuz etkilemektedir (39).

**Öneri:** Eğitim hastanelerinde mesai dışı özel hasta ve performans dayalı ek ödeme sistemlerine son verilmelidir. Bunu yerine eğitim ve araştırma hizmetlerinin karşılığı olacak biçimde yeterli ücretlendirme yapılmalıdır. Kaliteli cerrahi sağlık hizmeti vermek ve kaliteli cerrahi eğitimi sürdürmek için eğitici kadroların ek işlerini ve stresini kompanse etmek üzere ek finansal destek mekanizmaları geliştirilmelidir. Bu tür bir strateji iyi eğiticilerin eğitim hastanelerinde tutulabilmesi için şarttır. Kimi yönetsel pozisyonlar için sağlanan ek ücretlendirme benzeri mekanizmalar, eğiticilerin eğitim mesaipleri için de geliştirilmelidir.

### Uzmanlık eğitimi bir müfredat olmadan verilmektedir.

Anketimize göre pek çok cerrahi kliniğinde uzmanlık eğitimi bir müfredat olmadan verilmektedir. Pek çok eğitici müfredat konusunu yeterince ciddiye almamaktadır. artmaktadır. Bizim çalışmamızda aradan 4 yıl geçmiş olmasına rağmen TCD ÇEP'i hakkında bilgi sahibi olma ve uygulama konusunda sorunların devam ettiği anlaşılmıştır. Bazı asistanların TCD ÇEP'inde haberi bile yoktur. Bazı kliniklerde hiç dikkate alınmamıştır. Genel cerrahi eğitiminin teorik hedeflerinin saptanması kadar önemli olan diğer yönü kuşkusuz girişim ve ameliyat hedeflerinin saptanmasıdır. ABD'de ulusal standart olarak genel cerrahi uzmanlık sınavına girebilmek için 5 yıllık eğitim boyunca 15 ayrı kategoride, toplam 750 ameliyatın yapılmış olması gerekir. Uzmanlık sınavına girebilmek için her kategoride minimum sayıdaki ameliyatı yapmış olma zorunluluğu aranmaz, toplam ameliyat sayısının 750 olması yeter şarttır (40). Ülkemizde ise TCD, yeterlik sınavına girmek isteyen uzmanlık eğitimini bitiren kişilerden 150'si majör olmak kaydıyla toplam 350 ameliyat yapmış olmalarını beklemektedir. Hangi ameliyatların majör olduğu belirlenmiştir (41). Ancak, bizim çalışmamızda TCD'nin önerdiği ameliyat deneyimi hakkında bilgi sahibi olma ve uygulama konusunda sorunların devam ettiği anlaşılmaktadır. Bazı kliniklerde asistanların gerçekleştirdiği ameliyat çeşidi ve sayısı izlenmemekte, bazılarında ise kayıt altına alınmasına rağmen bir değişikliğe yol açacak biçimde kullanılmamaktadır.

**Öneri:** Cerrahi eğitiminin temelinde kuşkusuz iyi tanımlanmış bir müfredat programı yer almalıdır. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi reformunda, formel ve informel elementleri birlikte içeren progresif bir eğitim programı geliştirmeye odaklanılmalıdır. Bu bağlamda cerrahın eğitimine çok az katkısı olan hizmet bileşenlerini minimuma indirirken, eğitim fırsatlarını maksimuma çıkarmaya çalışarak tüm asistanlar açısından hizmet ile eğitimin dengelenmesi sağlanmalıdır. Eğitim veren her cerrahi kliniği, kendisi için çağdaş bir eğitim programı müfredatı geliştirmelidir. Bu çalışmayı yapılırken TCD ÇEP'i ve Asistan Karnesi Ameliyat Listesi temel alınmalıdır.

### Asistanların ameliyat deneyimi yetersizdir.

Bizim çalışmamız genel cerrahi uzmanlık eğitimi için seçtiğimiz bazı indeks ameliyatlarda asistanların kazandığı deneyimin oldukça yetersiz olduğunu gösterdi. Dördüncü ve beşinci eğitim yıllarında hiç tiroidektomi ameliyatı yapmamış asistanların oranı sırasıyla %23 ve %11'dir. Hiç kolektomi ameliyatı yapmamış olma oranı dördüncü yılda %33 ve beşinci yılda %21'dir. Ameliyat deneyimi açısından SBEAH'de asistanların daha şanslı olduğu görülmüştür. Asistanlara yeterli çeşit ve sayıda ameliyat deneyimi kazandırmak bir genel cerrahi uzmanlık eğitimi programı performansını değerlendirmek için anahtar ölçüttür. Ameliyat deneyimi yetersizliği uluslararası bir sorundur ancak, sorunun boyutu da önemlidir. ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'ndeki veriler ile bizim çalışma karşılaştırıldığında, ülkemizde genel cerrahi asistanlarının ameliyat deneyiminin ABD'den oldukça düşük olduğu açıkça görülmektedir. Özellikle ortanca kolektomi sayısında görülen fark (ABD'de 44'e karşın bizde 4) ürkütücü boyuttadır. ABD'de ulusal standart olarak genel

cerrahi uzmanlık sınavına girebilmek için 5 yıllık eğitim boyunca 15 ayrı kategoride, toplam 750 ameliyatın yapılmış olması gerekir (40).

Ülkemizde ise uzmanlık sınavına girebilmek için ameliyat deneyimine bu anlamda bakılmaması önemli bir eksikliklerdir. Bizim çalışmamız, asistanların yarısının cerrahi ameliyat deneyimlerini yetersiz bulduğunu gösterdi. Asistanların % 26'sı ise ameliyat deneyimlerinin yeterliliği konusunda kararsızdı. ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'nde ameliyat deneyimini yetersiz bulan genel cerrahi asistanı oranı yalnızca %9'dur. ABD'de asistanların %76'sı ameliyat deneyimlerini yeterli bulmaktadır (35). ABD ile karşılaştırınca ülkemizde asistanların ameliyat deneyimlerini yetersiz bulanların oranı oldukça yüksektir. Birleşik Krallık'tan bir çalışmada özellikle kıdemsiz cerrahi asistanlarının eğitimlerinde yapılandırılmış bir ameliyat deneyimi sağlanamadığı için çok ciddi hayal kırıklığı yaşadıkları gösterilmiştir (42). Ülkemizde ise ameliyat deneyimi memnuniyetsizliği en çok kıdemsiz asistanlarda olmak üzere tüm kademelerde geçerli olan ciddi bir sorundur. Ameliyat sayılarının kendi kademeleri için yeterli olduğuna inanan asistanların sayısı SBEAH de Üniversite hastanesine göre 2 kat fazladır. Üniversite hastanelerindeki cerrahi kliniklerde asistanların yaptığı ameliyat sayısı daha azdır. Öte yandan SBEAH'de ise ameliyat spektrumu açısından sorunlar olabilmektedir. Örneğin meme ve endokrin cerrahisi ağırlıklı çalışan bir klinikte asistanlığa başlayan bir kişi 5 yılını bu klinikte geçirmektedir. Diğer alanlardaki bilgi, beceri deneyimi acil olgulara ve nöbetlere kalmaktadır. Bu durum müfredata uygun bir eğitim sürecini oldukça zorlaştırmaktadır. Bu sorunu gidermek üzere SB tarafından kendi hastaneleri için cerrahi klinikler arası rotasyon sistemi öngören bir genelge yayımlanmıştır, ancak uygulanmamaktadır.

**Öneri:** Eğitim veren cerrahi kliniklerinde asistanların ameliyat deneyimleri çeşit ve sayı olarak merkezi monitorizasyonla izlenmelidir. Ulusal standartların her eğitim kliniğinde karşılanabilmesi için önlem alınmalıdır. Bu standartları karşılamayan eğitim programları akredite edilmemelidir ve burada eğitim alan asistanlar için eksikliklerini giderebilecekleri alternatifler geliştirilmelidir. Asistanların cerrahi klinikleri arasında rotasyon yapmaları yeni bir model olarak düşünülmelidir. Her bir cerrahi kliniği, çekirdek eğitim müfredatını ve minimum ameliyat listesini yaşama geçirecek biçimde cerrahi klinikler arasında rotasyon modelini gündemine almalıdır. SB bu konuda gerekli düzenlemelere izin vermeli, kurumlar arası ilişkileri sağlamalıdır. Ülkemizde uzmanlık sınavına girebilme koşullarından biri önceden belirlenmiş minimum ameliyat deneyimine ulaşıldığının gösterilmesi olmalıdır. Bunun için TC Yeterlik Kurulu'nun Yeterlik Sınavı öncesi kullandığı standart (150'si majör olmak kaydıyla en az 350 ameliyatın asistanlık eğitimi sırasında bizzat yapılmış olması) benimsenebilir.

#### **Didaktik/formel eğitim etkinlikleri düzenli olarak yapılmamaktadır.**

Asistanların yaklaşık yarısı kliniklerde asistan eğitimine yönelik didaktik/formel eğitim toplantılarının yapılmadığını belirtmişlerdir. Yapılanlarda ise bu eğitimler için ayrılan süre çok azdır (2 saat/hafta) ve asistanlar tarafından yetersiz bulunmaktadır. Ayrıca asistanların bir kısmı bu etkinliklere katılma fırsatı bulamadıklarını belirtmiştir. Tüm bu veriler ülkemizde uzmanlık eğitimi sürecinin organize olmadığını, standartlardan yoksun ve keyfi uygulamalara açık olarak yürütüldüğünü ortaya koymaktadır.

**Öneri:** Cerrahi kliniklerinde didaktik/formel eğitim etkinliklerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmelidir. Asistanların doğrudan eğitimleri ile ilgili olmayan klinik ve idari işlerde çalıştırılmaması ve iyi planlanmış formel eğitim etkinliklerine mutlaka katılmaları sağlanmalıdır.



### Asistanlar resmi rotasyonlara gönderilmemektedir.

Bizim çalışmamızda, eğitim veren cerrahi kliniklerde asistanların yarısından fazlası resmi rotasyon alan ve sürelerine uyulmadığını belirtti. Yasal olarak bir zorunluluk olan rotasyonlar konusunda yönetmeliğe uyulmaması ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitiminin organize ve homojen olmadığı, asistanların ihtiyaçlarından ziyade kliniklerin iş yükü ve insan gücü üzerinden yürütüldüğünün, standart olmadığı ve keyfi uygulamalara açık olduğunun bir başka göstergesidir. Asistanların çoğunluğu rotasyonlara gittikleri bölümlerde aktif çalışma imkânı bulamadıklarını da belirttiler.

**Öneri:** Bu durum kabul edilemez. Tıpta uzmanlık eğitimi yönetmeliğinin belirlediği rotasyonları her asistanın yapmış olduğu denetlenmelidir. Bu denetleme rotasyon evrakları kontrolünün ötesine geçmek zorundadır. Asistanların rotasyon sürelerinde eğitim alabilmeleri için rotasyon yapılan alanlarda müfredat ve değerlendirme sistemi geliştirilmesi gereklidir.

Uygulanan rotasyonların asistan geri bildirimleri ve rotasyonun asgari eğitim ve beceri artımı hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığının denetlenmesi gerekir.

### Asistanlara ara sınavlar yapılmamaktadır.

Genel cerrahi uzmanlık eğitimi sırasında çeşitli dönemlerde yapılacak ara sınavlar etkin bir değerlendirme yöntemi ve iyi bir yönlendirme aracıdır. Bizim anket sonuçlarımıza göre ara sınavlar sadece bazı eğitim programlarında uygulanmamaktadır. Bu eğitim değerlendirmesi açısından ciddi bir eksiklik. Ara sınavların nasıl yapıldığı ve sonuçların nasıl kullanıldığı da önemlidir.

**Öneri:** Eğitim veren cerrahi kliniklerinin asistanların değerlendirilmesine yönelik ara sınavlar yaptıkları denetlenmelidir. Bu sınavların asistanların teorik bilgi birikimlerini değerlendirmeye yönelik olmakla kalmayıp klinik ve ameliyat becerilerini, muhakeme ve problem çözme yeteneklerini, tutum değerlendirmelerini yapacak şekilde yapılandırılmaları sağlanmalıdır. İleride bu sınavların “American Board of Surgery in Service Examination benzeri (ABSITE)” modeline benzer şekilde her merkezde senede 2 kez ve aynı anda yapılması ve aynı soruların sorularak yapılması sağlanmalıdır. Bu yolla kurumlar arası eğitim yeterlikleri de değerlendirilmiş olur.

### Asistanların tezlerine gereken özen gösterilmemektedir.

Çalışmamızda asistanların tez konularının belirlenmesinde çok geç kalındığı saptanmıştır. Bu durum tez kalitesini olumsuz etkilemektedir. Asistanların üçte biri kurumlarının alt yapısının tez çalışmalarını yürütülebilirliği için yeterli olmadığını belirtmişlerdir.

**Öneri:** Asistanların tez konularının tercihen 1., en geç 2. yıl içinde belirlenmeli ve özellikle asistanlıkta ki son yıllar klinik bilgi ve becerilerin geliştirilmesine adanmalıdır. Tez çalışmalarının niteliği artırılmaya yönelik ulusal standartlar belirlenmelidir.

### Asistanlar araştırmalara yeterince katılmamaktadır.

Çalışmamızda asistanların yalnızca bir kısmı kliniklerinde araştırma amaçlı çalışmalarda görev aldıklarını belirtmişlerdir. Genel cerrahi asistanları araştırmaların temel bilimsel yöntemlerini tam olarak anlamalıdır. Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde bir araştırmacının nasıl yapılacağı ve yapılmış araştırmaların nasıl

değerlendirileceğine dair bilgi ve beceriler bulunmalıdır. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi geleneksel olarak klinik eğitime dayalı kurgulandığından araştırma eğitimine gereken önem verilmemektedir. Oysa ülkemizde uzman olmadan önce her asistan bir uzmanlık tezi hazırlamaktadır. Bu tezlerin bilimsel niteliklerini yükseltmenin ön koşulu uzmanlık eğitimi sırasında araştırma eğitiminin de başarılı bir şekilde verilmesidir. Bu tezlerin nitelikli makalelere dönüşmesi ülkemiz ve dünya tıp bilimi için bir fırsat olmalıdır. Tıp alanında toplam makale sayısı (niceliksel birikim) açısından iyi bir duruma gelmiş olan Türkiye'nin, akademik yükselme amacıyla makale yazmaktan vazgeçerek, etki gücü yüksek dergilerde yayınlanabilecek ve H-indeksini yükseltecek; yani patente veya uygulama değişimlerine yol açabilecek çapta çalışmalara (niteliksel dönüşüm) yönelmesi gerekmektedir (43). Böylesi bir niteliksel sıçrama için cerrahi araştırma eğitiminin yanı sıra cerrahi araştırmalarının finansman desteğine gerek olduğu açıktır. Özellikle SBEAH'de araştırmalara özel bir finans destek sistemi yoktur. Cerrahi araştırmaların yeterince finanse edilmediği bir ortamda uzmanlık tezlerinin niteliksel dönüşümü gerçekleşemez. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırmalar Kurumu (TÜBİTAK) ve Avrupa Birliği proje desteklerine ulaşabilmek için cerrahi asistanlarının proje destek başvuruları gerekli bilimsel özeni ve orijinalliği taşımalıdır.

**Öneri:** Eğitim veren cerrahi kliniklerinde tüm asistanların asistanlıkları boyunca temel araştırma yöntemleri ve biyoistatistik konusunda eğitildiklerinden emin olunmalıdır. Genel cerrahi asistanlarına klinik araştırma eğitimi verilmeli ve bu eğitim sertifikalandırılmalıdır. Cerrahi araştırma eğitimi için standartlar, değerlendirme ve denetimin oluşturulmalıdır. SBEAH'de araştırmalara özel bir finans destek sistemi oluşturulmalıdır. Cerrahi asistanlarının TÜBİTAK ve Avrupa Birliği proje desteklerine ulaşabilmeleri için kurumlarda destek birimleri oluşturulmalıdır. Yüksek lisans ve/veya PhD derecesine yönelik cerrah-bilim insanı eğitim yolu oluşturmak üzere çalışmalar yapılmalıdır.

### Cerrahi klinikleri uzmanlık eğitimi açısından denetlenmemektedir.

Asistanların ciddi bir oranda aldıkları eğitim kalitesini yetersiz bulmaları eğitim veren cerrahi kliniklerinin denetiminin ne denli gerekli olduğuna işaret etmektedir. Eğitim programlarının denetlenmesi gereği asistanlar tarafından desteklenmektedir ve bu konuda TCD en çok tercih edilen kurum olarak görülmektedir.

**Öneri:** Uzmanlık eğitimi veren tüm cerrahi kliniklerinden yüksek eğitim standartlarına ulaşma kararlılığı göstermeleri talep edilmelidir. Anabilim dalı başkanları ve klinik şeflerinden eğitim biliminin temel donanımlarına sahip olmaları beklenmelidir. Hem eğitim hem de yönetimde genel cerrahi anabilim dalı başkanları ve klinik şeflerinin nitelikleri ve eğitimleri için standartlar oluşturulmalıdır. Genel cerrahi anabilim dalı başkanları ve klinik şeflerinin eğitim programlarında sorumluluk üstlenmeden önce program gelişimi ve değerlendirme ile ilgili eğitimlere katılmaları sağlanmalıdır. Eğiticilerin eğitimi etkinlikleri basamaklı ve sürekli olmalıdır. Bu konuda TTB çalışmaları ile işbirliği yapılmalıdır. TC Yeterlik Kurulu'nun başlattığı eğitim kurumları akreditasyon çalışmaları bu anlamda önemli bir fırsat olarak değerlendirilmeli ve SB tarafından desteklenmelidir. SB'nin bu yıl yayınladığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde yer alan ve Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)'nun bünyesinde kurmaya çalıştığı ziyaret programı, TCD Yeterlik Kurulu tarafından bir süredir yürütülen Ziyaret Programı ile ilişkilendirilmelidir. SB, TC Yeterlik Kurulu Ziyaret Programı'nı benimseyerek kendi iş yükünü artırmak/aynı işi yeniden yapmaya çalışmak yerine sorumlu kurumlar eşgüdüm sağlayan çok önemli bir adım atabilir. Eğitim veren tüm cerrahi klinikleri en kısa zamanda TC Yeterlik Kurulu Ziyaret Programı'na başvurmalı ve en geç 2 yıl içinde ülkemizde kurum ilk akreditasyonu bitirilmelidir.

### Cerrahi kliniklerinin eğitim alt yapı ve olanaklarında önemli eksiklikler vardır.

Eğitim veren cerrahi kliniklerinin uzmanlık eğitimi için önemli alt yapı ve olanak eksikleri mevcuttur. Asistanların dörtte birinden azı kliniklerinde mevcut olan eğitim kaynaklarını uzmanlık eğitimi müfredatını gerçekleştirmek için yeterli olduğunu belirtmiştir.

**Öneri:** Sağlık hizmeti, eğitim ve bilimsel araştırma özelliklerinin tümü açısından kliniklerin eğitim ve biyoteknolojik alt yapısını güçlendirmek ve yenilemek için finansman desteğine gerek vardır. Genel cerrahi uzmanlık eğitiminin niteliğinin yükseltilmesi için hükümetler daha fazla kaynak aktarmalıdır. SB ve YÖK tıpta uzmanlık eğitimi altyapı eksikliklerini giderilmesi, kliniklerin çağdaş eğitim teknolojilerine, araç ve gereçlerine sahip olmaları için ek kaynak yaratmalıdır. Eğitim kurumlarında simülatörlerle desteklenen beceri eğitimi merkezleri kurulmalıdır. TCD Sanal Akademisi elektronik öğrenme için büyük fırsat olarak görülmeli ve desteklenmelidir.

### Asistanlar aldıkları uzmanlık eğitiminden memnun değildir.

Ülkemizde asistanların büyük çoğunluğu genel cerrahi uzmanlık eğitiminden memnun değildir. ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'nde asistanların çoğunluğu (n=3686, %85,2; CI:% 84,1–86,1) genel cerrahi uzmanlık eğitimleri ile ilgili yüksek düzeyde memnuniyet ifade etmiştir (35).

**Öneri:** Bu sonuç uzmanlık eğitiminin hemen her aşamasında ciddi sorunlar olduğunu saptadığımız için şaşırtıcı değildir; ancak genel cerrahi uzmanlık eğitimini modernize etmek üzere çok ciddi bir reform gereğine işaret etmektedir.

### Asistanların çalışma süreleri uzun ve dinlenme süreleri yetersizdir.

Çalışmamızda ülkemizde asistanların çalışma sürelerinin uzun, dinlenme sürelerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Bu durum bize özgü olmayıp pek çok ülkede son yıllarda iyileştirici düzenlemelere gidilmiştir. Dünyada cerrahi eğitiminde çalışma saatlerinin azaltılmasına dair baskılar, hasta güvenliği ve cerrahi asistanlarının yaşam kalitesine dair endişeler yüzünden ortaya çıkmıştır. Avrupa Birliği'nde birçok hükümet çalışma saatleri kısıtlamalarını onaylamış durumdadır (44). Çalışma saatlerindeki bu belirgin düşüşün başta ABD olmak üzere Avustralya, Yeni Zelanda ve İngiltere'deki mevcut eğitim sistemleri üzerinde yeni sorunlar oluşturduğu pek çok çalışma ile vurgulanmıştır (24). Yeni çalışma süreleri ile eğitim programının uzayacağına, ameliyat deneyiminin ve genel olarak cerrahi deneyimin azalmasına neden olacağına dair endişeler oluşmuştur. Genel cerrahi asistanlığında aynı eğitim amaçlarına daha az sürede ulaşmak kolay olmamaktadır. Öte yandan bu ülkelerde yapılan araştırmalar, asistanların ve toplumun çalışma saatlerindeki bu kısıtlamaları memnuniyetle karşıladığını göstermektedir (24). Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Cerrahi Bölümü ("UEMS Section of Surgery"), haftalık çalışma süresini 45 saatten 60 saate çıkarılmasını önermektedir.

**Öneri:** Hastaya sunulan hizmetin sürekliliği, asistanların eğitim ve dinlenme gereksinimi ve hasta güvenliğinde risk alınmaması için standart çalışma saatlerinin ulusal ve uluslararası yasal düzenlemelere uygun olarak yeniden belirlenmesi ülkemiz için de bir gerekliliktir. Biz, ülkemizde asistanlar için ABD'de olduğu gibi haftada 80 saatlik çalışma düzenlemesinin yararlı olacağını düşünüyoruz. 80 saat/hafta düzenlemesi asistanlarda tükenmişlik sendromunun önüne geçecek, yeterli eğitim almalarını riske etmeyecek ve hastaların güvenli sağlık hizmeti almalarına katkıda bulunacaktır. Bazı kliniklerde süregelen gün aşırı ve blok nöbet sistemleri ülke genelinde yasaklanmalıdır. Eğitim değeri olmayan sağlık

hizmetlerinin (hasta transportu, sekreterlik işleri vb. gibi) asistan görevleri olmaması ve hasta bakımında cerrahi asistanlık programlarına odaklanması gerekir. Eğitim kurumlarında ek finansal kaynak yaratılarak asistanların yerine getirmeyeceği, eğitimle ilgisi olmayan hizmetleri sürdürmek için gerekli olan hekim dışı işgücü istihdam edilmelidir.

### Asistanların geliri yetersizdir.

Bizim çalışmamızın önemli sonuçlarından biri asistanların genel cerrahi eğitimindeki memnuniyetsizliğinin bir nedeninin gelir düşüklüğü olduğunun ortaya konmuş olmasıdır. SBEAH'de döner sermaye geliri daha fazladır. Bu durum asistanların son yıllarda bu hastaneleri daha çok tercih etmelerini açıklayan nedenlerden biri olabilir. Türkiye'de genel cerrahi asistanlarının yarısından fazlasının (%52'si evli, %25'i çocuklu) çekirdek aile kurmuş durumdadır. Asistanların gelir ve geçim koşulları konusunda bu özellik göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızın en dramatik sonuçlarından biri her 5 asistandan birinin geçinebilmek için ek iş yaptığını belirtmesidir. Bu durumun yasal olmaması bir yana uzmanlık eğitimini çok olumsuz etkileyeceği açıktır. Ayrıca sürekli tıp eğitimi etkinliklerine asistanların katılımı kurumları tarafından desteklenmemektedir. Bu alan ilaç endüstrisi desteğine terk edilmiş durumdadır. Genç cerrahlar ile ilaç endüstrisinin kural dışı ilişkileri, çıkar çatışmalarına ve etik sorunlara zemin hazırlamaktadır.

**Öneri:** Asistan maaşlarını asistanların uygun yaşam standartlarını destekleyecek yeterli seviyeye çıkarmak için her türlü çaba harcanmalıdır.

Sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılım asistan için bir hak ve aynı zamanda sürekli mesleki gelişim açısından bir sorumluluktur. Bu alan kurumsal desteğe kavuşması hem eğitim hem de meslek etiği açısından bir zorunluluktur. Asistanlara her yıl 1 maaşlık ek destek (13. maaş) sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılmaları için verilmelidir. Bu desteği almak için asistanlar etkinliğe aktif olarak katıldıklarını TTB-STE Kredi Puanı Belgesi'ni kurumlarına ibraz etmelidirler.

### Son söz yerine

#### Tüm olumsuzluklara rağmen asistanlar yeni bir şansları olsa yine genel cerrah olmayı istemektedir!

Çalışmamızda asistanların uzmanlık eğitiminden memnuniyetsizlik oranının ciddi biçimde yüksek olmasına rağmen "bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim" diyen asistanların oranı yarıdan fazladır. Bu durum bize tüm olumsuzluklara rağmen asistanların cerrahiden zevk aldıklarını ve cerrah olmayı istediklerini düşündürmektedir.

Bu durumda sorumlulara düşen gereğini yapmak olmalıdır!

Pek çok ülke genel cerrahi uzmanlık eğitiminde yakın zaman önce önemli reformlar gerçekleştirmiştir. Ülkemizde ise raporumuzda açıkça saptandığı üzere bugüne dek sürdürülen eğitimimiz uzmanlık eğitimi pek çok açıdan yetersizdir.

**Öneri:** Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde tüm tarafların; SB, YÖK ve Tıp Fakülteleri, TTB, TCD ve TC Yeterlik Kurulu görüş ve önerileri doğrultusunda, üzerinde uzlaşmış, eksiklerimizi gideren ve gü-nümüz gereksinimlerini karşılayan kapsamlı bir reform en kısa zamanda gerçekleştirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Program requirements for residency education in internal medicine. In: Donini- Lenhoff F, ed. Graduate Medical Education Directory 1999–2000. Chicago, III. American Medical Association; 1999: 86–95.
2. Terzi C. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Temel Kavramlar, Ed. Terzi C. Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009: 1–18.
3. Bannon M. What's happening in postgraduate medical education? Arch Dis Child 2006; 91(1):68–70.
4. Harden RM. Trends and the future of postgraduate medical education. Emerg Med J 2006; 23(10): 798–802.
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME resident / fellow survey. Ulaşım adresi: [www.acgme.org/acWebsite/Resident\\_Survey/General.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/Resident_Survey/General.pdf). Erişim tarihi: 03 Haziran 2010.
6. Pellegrini CA. Surgical Education in the United States. Ann Surg 2006; 244: 335–342.
7. Editorial. A case of market failure. Lancet 2000; 355(9216): 1657.
8. Ludmerer KM. The development of American medical education from the turn of the century to the era of managed care. Clin Orthop Relat Res 2004; 422: 256–262.
9. Clark J. Five futures for academic medicine: the ICRAM scenarios. BMJ 2005; 331: 101–104.
10. Sayek İ. 21. yüzyılda genel cerrahi. Ed., Terzi C. Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009: 31–33.
11. Debas HT, Bass BL, Brennan MF, et al. American Surgical Association Blue Ribbon Committee Report on Surgical Education Ann Surg 2005; 241(1): 1–8.
12. Terzi C, Okman U, Eryılmaz M. Türkiye'de Genel Cerrahi İnsan Gücü İşgücü ve İşyükü Raporu. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009.
13. Türk Cerrahi Derneği Web Sayfası. Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu. Ulaşım adresi: <http://www.turkcer.org.tr/yeterlik/index.php>. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2010.
14. Türk Cerrahi Derneği Web Sayfası. Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu Çekirdek Eğitim Programı. Ulaşım adresi: <http://www.turkcer.org.tr/files/file/yeterlik/CEP.pdf>. Erişim Tarihi 15 Temmuz 2010.
15. Stitzenberg KB, Sheldon GF. Progressive specialization within general surgery: adding to the complexity of workforce planning. J Am Coll Surg 2005;201:925–932.
16. Rao M. The surgical workforce shortage: in search of answers. Gen Surg News 2008; 35: 8–9.
17. Jolly P. Characteristics of Applicants Who Matched to Their Preferred Specialty in the 2005 NRMP Main Residency Match A collaborative project of the National Resident Matching Program and the Association of American Medical Colleges. Association of American Medical Colleges 2006. Ulaşım adresi: <http://www.nrmp.org/matchoutcomes.pdf>. Erişim Tarihi 15 Temmuz 2010.
18. Ito Y. Surgical education and postgraduate training in Japan. World J Surg 2008; 32: 2134–2137.
19. Cooper RA. Weighing the evidence for expanding physician supply. Ann Intern Med 2004;141:705–714.
20. TTB Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2008 Ed. Sayek İ, Kiper N, Odabaşı O. Birinci Baskı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2008. Ulaşım adresi: [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote\\_2008.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2008.pdf). Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2010.
21. Sheldon GF. Workforce issues in general surgery. Am Surg 2007; 73: 100–108.
22. Raymont A, Simpson J. Surgical workforce in New Zealand: Characteristics, activities and limitations. ANZ J Surg 2009; 79(4): 230–234(5).
23. Reznick R, MacRae H. Teaching surgical skills– changes in the wind. N Engl J Med 2006; 355: 2664–2669.
24. Grantcharov TP, Reznick RK. Training tomorrow's surgeons: what are we looking for and how can we achieve it? ANZ J Surg 2009; 79: 104–107.
25. Sneider EB, Larkin AC, Shah SA. Has the 80-hour workweek improved surgical resident education in New England? J Surg Educ 2009; 66(3): 140–145.
26. Özcan B, Hamamcı O, Korkmaz A. Genel cerrahi asistan eğitimine çalışma süresi ve iş yükünün etkisi. Ulusal Cerrahi Dergisi 1997; 4: 281–284.
27. G Atasoy, C Terzi. Bir üniversite hastanesinde genel cerrahi asistanlarının çalışma süreleri. 5. Cerrahi Araştırma Kongresi Bildiri Özeti Kitabı. 10 12 Aralık 2009, Ankara: 53 (Bildiri No: SS–021).
28. Grantcharov TP, Reznick RK. Teaching procedural skills. Br. Med. J. 2008; 336: 1129–31.

29. Aggarwal R, Ward J, Balasundaram I, et al. Proving the effectiveness of virtual reality simulation for training in laparoscopic surgery. *Ann Surg* 2007; 246: 771–9.
30. Seymour N, Gallagher AG, Roman SA et al. Virtual reality training improves operating room performance: results of a randomized, double- blinded study. *Ann Surg* 2002; 236: 458–63.
31. Grantcharov TP, Kristiansen VB, Bendix J, et al. Randomized clinical trial of virtual reality simulation for laparoscopic skills training. *Br J Surg* 2004; 91: 146–150.
32. Pellegrini CA, Sachdeva AK, Johnson KA. Accreditation of education institutes: a new program following and old tradition. *Bull Am Coll Surg*. 2006; 91: 9–12.
33. Türk Cerrahi Derneği Web Sayfası. TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi. Ulaşım adresi: <http://www.turkcer.org.tr/arsiv.php>. Erişim tarihi: 29 Mart 2010.
34. Bergen PC, Turnage RH, Carrico CJ. Gender-related attrition in a general surgery training program. *J Surg Res* 1998; 77(1): 59–62.
35. Yeo H, Violo K, Berg D, et al. Attitudes, training experiences, and professional expectations of US general surgery residents: a national survey. *JAMA* 2009;23:302(12): 1301–1308.
36. Bell RH Jr, Banker MB, Rhodes RS, et al. Graduate medical education in surgery in the United States. *Surg Clin North Am* 2007; 87(4): 811–823.
37. Terzi C, Eryılmaz M. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi ve Yan Dallar Çalıştay Sonuç Bildirgesi. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009.
38. Terzi C. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009.
39. Türk Cerrahi Derneği Web Sayfası. TCD Performans raporu (2009). Ulaşım adresi: [http://www.turkcer.org.tr/files/file/tutum\\_gorus/performans\\_sistemi\\_tcd\\_gorusu.pdf](http://www.turkcer.org.tr/files/file/tutum_gorus/performans_sistemi_tcd_gorusu.pdf). Erişim tarihi: 15 Temmuz 2010.
40. Bell RH, Biester TW, Tabuenca A, et al. Operative experience of residents in US general surgery programs: a gap between expectation and experience. *Ann Surg* 2009;249(5): 719–724.
41. Türk Cerrahi Derneği Web Sayfası. Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu. Asistan Karnesi. Ulaşım adresi: <http://www.turkcer.org.tr/files/file/yeterlik/Asistan%20karnesi-UC.pdf>. Erişim Tarihi 15 Temmuz 2010.
42. Skipworth RJ, Terace JD, Fulton LA, et al. Basic surgical training in the era of the European working time directive: what are the problems and solutions? *Scott Med J* 2008; 53(4): 18–21.
43. Köksoy FN, Gönüllü D, Bulut T, Başak M, Soybir GR, Kuru B. Bilim ve ekonomi: Türkiye'nin dünyadaki yeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2010; 26: 65–72.
44. European Council Directive 93/104/EC. *Official J Eur Commun* 1993; L307: 18–24.

