



TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ
ASİSTAN KOMİSYONU

GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ RAPORU 2010



Türk Cerrahi Derneği Asistan Komisyonu
GENEL CERRAHİ UZMANLIK EğİTİMİ RAPORU - 2010

Cem TERZİ, Prof. Dr.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Mehmet ERYILMAZ, Doç. Dr.

Genel Cerrahi Uzmanı, TCD Asistan Komisyonu Üyesi, Ankara

Serap EREL, Op. Dr.

Genel Cerrahi Uzmanı, TCD Asistan Komisyonu Üyesi, Ankara

Fatih MUTLU, Dr.

TCD Asistan Komisyonu Başkanı

Erman AYTAÇ, Dr.

TCD Asistan Komisyonu Üyesi

Hakan GÜLKESEN, Doç. Dr.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Antalya



TÜRK CERRAHİ DERNEğİ

Türk Cerrahi Derneği Asistan Komisyonu
GENEL CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİ RAPORU - 2010

Bu yayının her hakkı saklıdır. Tanıtım için yapılacak alıntılar dışında Türk Cerrahi Derneği'nin izni olmaksızın, tamamı ya da bir bölümü, hiçbir yolla ve biçimle çoğaltılamaz, dağıtılamaz, veri tabanlarında ve bilgi erişim sistemlerinde kullanılamaz.

Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Raporu Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu'nun 19.09.2010 tarihli oturumunda oybirliği ile kabul edilmiştir.

ISBN:978-975-97830-7-5

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mah. Koru Sitesi

Ihlamur Cad. No:26, 06810, Çayyolu, Ankara

Tel: (312) 241 99 90

Faks: (312) 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr

www.turkcer.org.tr

Tasarım ve Uygulama

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Ziya Gökalp Cad. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara

Tel: (0-312) 431 3062

Baskı

Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş.

Bahçekapı Mah., 50. Sok. No:7

06370 Şaşmaz, Ankara

Tel: (0-312) 278 3484

Baskı Tarihi: Eylül 2010

İÇİNDEKİLER

Önsöz	7
I. Bölüm: GENEL BİLGİLER	9
Rapor Hakkında	11
Tıpta Uzmanlık Eğitimi	13
Giriş	13
Sorunlar ve çözüm çabaları	14
Uzmanlık eğitimi organizasyonu ve sorumlu otorite	15
Uzmanlık eğitimi programının akreditasyonu	16
Eğitim hedeflerinin belirlenmesi	17
Eğitim etkinlikleri	19
Değerlendirme	20
Belgelendirme	20
Uzmanlık eğitiminde yeni sorunlar: Sağlıkta piyasalaşma ve eğitim	21
Uzmanlık eğitiminde güncel yönelimler	23
Sonuç	24
Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi	25
Türkiye’de genel cerrahi uzmanlık eğitimi	26
Genel cerrahide yandallaşma eğilimi	29
Sağlık sisteminde genel cerrahin yeri	30
Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu çalışmaları	30
Genel cerrahi uzmanlık alanında güncel eğilimler	37
Kadın cerrahlar	37
Dünyada genel cerrahi eğitimi ne yönde değişiyor?	38
Genel cerrahi asistanlarının seçimi	38
Genel cerrahi eğitim modeli	39
Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde çalışma saatleri	39
Uzmanlık eğitimi süresi uzatılmalı mı?	41
Genel cerrahi eğitim programlarında değişim	41
Eğitimde teknolojik gelişmeler	42
Zamana dayalı eğitime karşı beceriye dayalı eğitim	44
Performans ölçümü	44

II. Bölüm: TCD GENEL CERRAHİ ASİSTANLARI TUTUM ANKETİ BULGULAR VE İRDELEME	45
Anket Hakkında	47
TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi Veritabanı	48
Yöntem ve veri toplanması	48
Dahil edilme/ hariç tutulma kriterleri	48
Veri analizi	49
Gizlilik	49
Çalışmanın zaman tablosu	49
Çalışmadan beklenti	50
Bulgular ve İrdeleme	51
Ankete katılım	51
1. Bölüm: Demografi ve Özellikler	53
Yaş	53
Cinsiyet	53
Medeni durum ve çocuk sahibi olma	51
Tıp fakültesi mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimine başlama yılı ve tıpta uzmanlık sınavı başarısı	55
Genel cerrahi uzmanlık eğitimine isteyerek mi başladınız?	56
Genel cerrahi ihtisası TUS'da kaçınıcı tercihinizdi?	56
Genel cerrahi eğitimi tamamladığında çalışmayı amaçladığı hastane	57
Genel cerrahi uzmanlık eğitimi aldığınız kliniğin üzerinde görece daha yoğun olarak çalıştığı/ilgili ameliyat türlerinin yoğunlaştığı bir alan var mı?	57
Gelecekte genel cerrahide hangi alanda daha yoğun olarak çalışmayı düşünüyorsunuz?	59
Cinsiyete göre gelecekte daha yoğun çalışmayı düşündüğü genel cerrahi alanı	60
Yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?	60
2. Bölüm: Ameliyat Deneyimi	62
Bir haftada bizzat primer cerrah olarak yaptığınız/yaptırılan ameliyatların sayısı	62
Bir haftada birinci asistans (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyon) olarak bulunduğunuz ameliyat sayısı	63
Bir haftada birinci asistans dışında (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyonun dışındaki bir pozisyonda, örn.; ekartörde) bulunduğunuz ameliyat sayısı	64
İndeks ameliyatlarda deneyim	64
3. Bölüm: Eğitim Programı ve Değerlendirme	75
Eğitim sorumlusu	75
Eğitim sorumlusu toplantıları	75
Eğitim programı müfredatı	76
Türk Cerrahi Derneği Çekirdek Eğitim Programı	77
Kliniğinizde asistanların yapması gereken minimum ameliyat sayıları belirlenmiş midir? (Çalışmakta olduğu hastaneye göre)	78
Kliniğinizde asistan karnesi uygulanıyor mu?	79
Rotasyonlar	81

Değerlendirme	82
Eğiticilerin ulaşılır olması ve asistanlara ayırdıkları zaman	83
Asistanların gelecek planlarına destek	86
TCD Yeterlik (Board) Sınavı	88
4. Bölüm: Eğitim Süreci, Eğitim Alt Yapı Olanakları, Ara Değerlendirmeler ve Kurum Değerlendirmesi	89
Didaktik eğitim toplantıları	89
Kurumun genel cerrahi uzmanlık eğitimi alt yapı olanakları	92
Değerlendirme ara sınavları	94
Tez konunuz belirlendi mi?	96
Araştırma	99
Uzmanlık eğitiminde kurumlar arası entegrasyon	99
Eğitim kalitesi	100
Kurum denetimi	102
5. Bölüm: Çalışma Ortamı: Asistanların Stres Faktörleri, Memnuniyet Düzeyleri, Çalışma Saatleri ve Nöbetler	103
“İşimde bir sorun yaşadığımda bunu hocalarım ya da uzmanlarım ile rahatlıkla paylaşabiliyorum” ifadesine katılıyor musunuz?	103
“Genel cerrahi eğitimimin şu ana kadarki bölümünde hocalarım ve uzmanlarım, bana motive edici davranışlarda bulundular” ifadesine katılır mısınız?	104
Eğitim süresinin ne kadarında memnun olduğunuz	104
Çalışma saatleri	105
Nöbetler	110
İş yükü	112
İzin	113
Uluslararası çalışma saati düzenlemeleri	115
6. Bölüm: Yaşam Kalitesi ve Gelir	119
Yaşam kalitesi	119
Gelir	120
7. Bölüm: Özet	124
III. Bölüm: SAPTAMALAR VE ÖNERİLER	127
Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde reform ihtiyacı vardır	129
Genel cerrahide insan gücü durumu dikkate alınmalıdır	129
Genel cerrahiye eğilim değişmektedir	130
Kadın cerrah sayısı artmaktadır	131
Genel cerrahide yan dallaşma eğilimi vardır	131
Eğitim veren genel cerrahi klinikleri uzmanlık eğitimi odaklı yapılanmamıştır	132
Eğiticilerin klinik iş yükü eğitim sorumluluklarını aksatmaktadır	133
Uzmanlık eğitimi bir müfredat olmadan verilmektedir	134
Asistanların ameliyat deneyimi yetersizdir	136

Didaktik/formel eğitim etkinlikleri düzenli olarak yapılmamaktadır	137
Asistanlar araştırmalara yeterince katılamamaktadır	138
Asistanların çalışma süreleri uzun ve dinlenme süreleri yetersizdir	139
Asistanların geliri yetersizdir	140
Son söz yerine	141
Nereden başlamalı?	141
10 adımda genel cerrahi eğitim programı yönetimi ve müfredatın uygulaması	141
Genel cerrahi asistanlarının hakları	144

Kaynaklar **145**

IV. Bölüm: EXECUTIVE SUMMARY **149**

Postgraduate training in medicine	151
General surgery specialty training	153
TSA general surgery residents' attitudes survey	157
Findings and discussion	157
1. Demographics and characteristics	157
2. Surgical experience	159
3. Educational program and assessment	164
4. The process of training and infrastructure facilities, midterm examinations and assessment of institutions	166
5. Working environment and duration, on duties/on calls	170
6. Quality of life and income	173
7. Summary	174
Determinations and recommendations	175
References	184

V. Bölüm: EKLER **189**

EK1: TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi 2009	189
EK2: İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar	201
1. Bölüm: Demografi ve Özellikler	201
2. Bölüm: Ameliyat Deneyimi (Cerrahi Girişimler)	210
3. Bölüm: Eğitim Programı ve Değerlendirme (Yapılanma ve Geribildirim)	216
4. Bölüm: Eğitim ve Kaynaklar	226
5. Bölüm: Eğiticiye Yönelik	240
6. Bölüm: İş Yeri	242
7. Bölüm: Yaşam Kalitesi ve Gelir	251
8. Bölüm: Özet	254
EK3: TCD Genel Cerrahi Asistan Komisyonu Yönergesi	257
EK4: Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği	259

ÖNSÖZ

Elinizdeki Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Raporu TCD Asistan Komisyonu tarafından hazırlandı ve TCD Yönetim Kurulu tarafından onaylandı. Bu özelliği ile cerrahi asistanlarının ve TCD'nin görüş ve önerilerini birlikte içeriyor.

Rapor birbirinden bağımsız ama bütünleyen üç bölüm halinde okunabilir. Birinci bölüm bir derleme gibi okuyucuyu, dünyada ve ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi ve genel cerrahi uzmanlık eğitimi hakkında bilgilendirecek ve güncel tartışma konularına ışık tutacak biçimde yazıldı. İkinci bölüm TCD Genel Cerrahi Asistanları Turum Anketi'nin sonuçlarından oluşuyor. Her bir sonuç alt kısmında irdelendi. Böylece anket sonuçlarına uzun bir 'tartışma' kısmı yazmak yerine parça parça kolay okunan bir irdeleme yapıldı. Üçüncü bölüm ise tıpta uzmanlık eğitiminden sorumlu otoriteler, yöneticiler ve eğiticiler için genel cerrahi uzmanlık eğitimini iyileştirecek bir yol haritası niteliğinde hazırlandı. İlk iki bölümden elde edilen bilgiler doğrultusunda ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimini iyileştirmek için neler yapılması gerektiği, bunların neden ve nasıl yapılacağı sorularına yanıtlar verildi. Bu bölümün sonunda, eğiticilerin hemen yarın yapabilecekleri ve ciddi sonuçlar elde edebilecekleri önerilerde bulunduk. Asistanlara ise uzmanlık eğitimlerindeki yasal haklarını anımsatarak onları hak arama mücadelesinde bizimle birlikte çalışmaya çağırdık.

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 çalışma bize ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitiminin önemli eksikleri olduğunu, uluslararası temel standartlardan yoksun olduğunu ve asistanlarının aldıkları eğitimden memnun olmadıklarını gösterdi. Ülkemizde uzmanlık eğitimi süreci dezorganizdedir. Standartlardan yoksundur ve keyfi uygulamalara açık olarak yürütülmektedir. Asistanlar yeterli bilgi ve becerilerle donatılmadan uzman olmaktadır.

Dünyada genel cerrahi uzmanlık eğitiminin nasıl verildiğine bakıldığında ve bizim anketimizin sonuçları değerlendirildiğinde, **ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimini modernize etmek üzere kapsamlı bir reform gerektiği çok açıktır.**

Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere sorumlu tüm kişi ve kuruluşları harekete geçmeye çağırıyoruz.

TCD olarak biz, üzerimize düşenleri yapmaya hazırız.

Prof. Dr. Cem Terzi
TCD Başkanı

I. Bölüm

Genel Bilgiler



Rapor Hakkında

TCD bünyesinde kurulan ‘Asistan Komisyonu’, ülkemizde genel cerrahi alanında uzmanlık eğitimi görmekte olan asistanların uzmanlık eğitimleri süresince eğitimleri ya da özlük hakları ile ilgili karşılaştıkları sorunları belirlemeyi ve bunlara çözüm üretmeyi, birbirleri ve TCD ile iletişimlerini artırmayı, kendileri ile ilgili tüm süreçlerde kurumsal olarak yer almalarını sağlamayı amaçlamaktadır.

Bu amaç doğrultusunda 11 Aralık 2009 tarihinde kurulan TCD Asistan Komisyonu’nun ilk işi genel cerrahi asistanlarının özlük ve eğitim sorunlarına yönelik Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (“*UEMS - European Union of Medical Specialists*”) aracılığıyla yapılmakta olan Avrupa Cerrahi Asistanlarının Tutumları Raporu (European Surgical Trainees’ Attitudes report - EURO- STAR) isimli anket (1) üzerinde çalışmak oldu. “Euro-Star” anketi Türkçe’ye çevrildi. Kapsamına ülkemize özgün sorular eklendi. Yeni yapısıyla ‘**TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi**’ adını verdiğimiz anket 12 Ocak 2010 tarihinde uygulandı ve elde edilen sonuçlar 17. Ulusal Cerrahi Kongresi etkinlikleri içinde, 27 Mayıs 2010 tarihinde gerçekleştirilen ‘Asistan Forumu’nda ilk kez açıklandı. Anket sonuçları katılımcılar tarafından geniş biçimde tartışıldı. Forum sonucunda ‘**TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi**’ sonuçlarından yola çıkılarak bir rapor hazırlanmasına karar verildi. Kararın gereği olarak TCD Asistan Komisyonu’nun yaklaşık bir yıllık çalışması sonrasında da elinizdeki bu rapor hazırlandı.

Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Raporu – 2010, TCD Asistan Komisyonu tarafından 2010 yılında uygulanan “**TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi**” sonuçlarını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Hazırlıklar esnasında ulusal ve uluslararası literatür gözden geçirilmiş, raporun genel bilgiler kısmında; genelde tıpta uzmanlık eğitimi, özelde ise genel cerrahi uzmanlık eğitimi ile ilgili temel bilgiler, sorunlar ve gelecek perspektifi okuyucunun dikkatine sunulmuştur. Ayrıca anket sonuçlarından elde edilen bilgiler, pek çok başka ülkedeki deneyimler ile birlikte ele alınarak genel cerrahi uzmanlık eğitiminin iyileştirilmesine yönelik ülkemiz için bir yol haritası hazırlanmıştır. Hazırlanan bu yol haritası da elinizdeki raporun “Saptamalar ve Öneriler” bölümünde sunulmuştur. Böylelikle II. bölümde asistanların, genel cerrahi uzmanlık eğitimi ile ilgili algı, görüş ve önerilerinin daha bütüncül bir çerçevede tartışma olanağı bulması amaçlanmıştır.

Raporun “Saptamalar ve Öneriler” başlıklı bölümü tamamiyle TCD Asistan Komisyonu’nun önerilerinden oluşmaktadır. TCD Asistan Komisyonu başta TCD Yönetim Kurulu ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri olmak üzere tüm tarafları, bu önerileri değerlendirmek ve uygulamaya koymak için kendileri ile birlikte çalışmaya davet etmektedir.

Önerilerimiz ülkemizdeki genel cerrahi eğitim sisteminin modernizasyonuna yöneliktir. Aynı zamanda topluma ve hastalara sunulan cerrahi sağlık hizmetinin iyileştirilmesine odaklanan bir anlayışın ürünüdür. Bu

nedenle söz konusu önerilerin Sağlık Bakanlığı tarafından dikkate alınması konusuna özel bir vurgu yapmak isteriz. Genel cerrahi asistanlığı eğitiminin büyük çapta yenilenmesi ve bu sonuca ulaşmak için yeterli kaynak ayrılması öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın harekete geçmesi ile mümkün olacaktır.

Çağdaş genel cerrahi uzmanlık eğitimi sadece çok iyi eğitilmiş yeni kuşak cerrahların yetişmesi için değil aynı zamanda cerrahi kliniklerinde en ileri hasta bakım kalitesine ulaşmak için de gereklidir. Bu önerileri yaşama geçirebilecek ulusal stratejilerin oluşturulması görev ve sorumluluğu hiç kuşkusuz birincil olarak Sağlık Bakanlığı'na aittir. Öte yandan başta anabilim dalı başkanları ve klinik şefleri olmak üzere tüm eğiticiler, genel cerrahi uzmanlık eğitiminin modernizasyonuna yönelik kapsamlı bir reformun en önemli unsurudur. Asistanlar ise bu yöndeki talebin ısrarlı takipçileri olarak TCD Asistan Komisyonu ile bu çalışmanın asıl tarafı olmalıdır.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi

Giriş

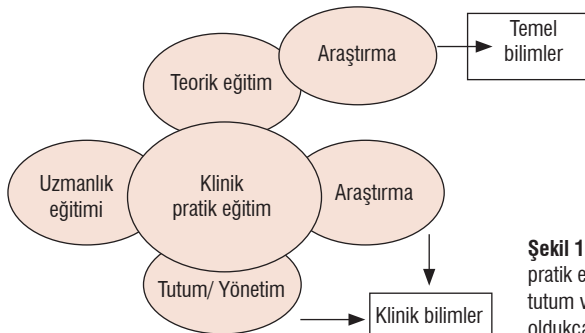
Tıpta uzmanlık eğitimi, uzmanlık eğitimi öğrencilerine / asistanlara*, rehberlik ve gözetim altında sunulan organize bir eğitim programıdır. Uzmanlık eğitiminin organize edildiği bu programla hem asistanların mesleki ve kişisel gelişimlerinin sağlanması hem de hastaların güvenli ve uygun sağlık hizmeti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

Tıpta uzmanlık eğitimi, yapı, süreç ve sonuç bileşenleri ile bir bütündür (2). Uzmanlık eğitiminin 'yapı' olarak tanımlanan kısmı, organizasyonu da dâhil olmak üzere düzenleyici 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 ve mesleki profesyonelliğin kazandırılması uzmanlık eğitimi sürecinin içindedir. Uzmanlık eğitiminin 'sonuç' bileşeni ise yetiştirilen uzman hekimin performansı ve yeterliliğidir (Tablo 1) (3).

Uzmanlık eğitimi öngörülebilir gereksinimlere ilişkin ulusal organizasyon ile yapılandırılır. Bu yapılandırma ilgili yasa ve yönetmeliklerle ayrıntılı biçimde tanımlanır. Oldukça karmaşık olan uzmanlık eğitimi sürecinde, asistanlara klinik ve temel bilimleri içerecek şekilde teorik ve pratik eğitim verilmesi amaçlanır. Uzmanlık eğitimi sürecinde asistanların etkin sağlık hizmeti sunacakları yetkinlikleri edinmeleri, doğru tutum ve davranışları, temel araştırma nosyonu ve idari / yönetsel becerileri kazanmaları hedeflenir (Şekil 1).

Tablo 1. Uzmanlık eğitimi

I. Yapı (organizasyon; yasa ve yönetmelikler)
II. Süreç (eğitim müfredatı, eğitim etkinlikleri, eğitim ortamı, eğiticiler, gözetim, rehberlik, danışma, değerlendirme, geri bildirim, dokümantasyon vb. gibi)
III. Sonuç (performans ve yeterlilik)



Şekil 1. Tıpta uzmanlık eğitimi süreci. Klinik ve temel bilimleri içerecek şekilde, teorik ve pratik eğitim ile etkin sağlık hizmeti sunacak yetkinliklerin edindirilmesini, uzman hekime doğru tutum ve davranışların, temel araştırma nosyonunun ve idari becerilerin kazandırılmasını içeren oldukça karmaşık bir süreçtir.

*Uzmanlık öğrencileri/asistanlar' ifadesi raporda bundan sonra sadece 'asistanlar' olarak geçecektir.

Son yıllarda ülkemizde uzmanlık eğitimini iyileştirmek üzere yeterince verimli ve etkin olduğu öne sürülemese de ciddi çabalar olduğu gözlenmektedir. Yukarıda tanımlanan bileşenlerin neredeyse her birinde değişim ve iyileştirme çabaları, aynı anda sürdürülmeye çalışılmaktadır. Oldukça karmaşık bir süreç olan uzmanlık eğitimi yeniden yapılandırılırken çalışmaların bilimsel bir sistematige ve taraflar arasında eşgüdümüne gereksinimi vardır.

Sorunlar ve çözüm çabaları

Tıpta uzmanlık eğitimi, uzmanlık eğitimine yönelik herhangi bir akreditasyon sürecinden geçmemiş kliniklerde, yaşama geçirebilen yapılandırılmış bir eğitim programından/müfredattan yoksun olarak gerçekleşmektedir. Asistanlar çoğu kliniğe, ne yazık ki eğitim alacak ‘öğrenciler’ olarak değil, adeta o kliniklerde hastalara rutin sağlık hizmetini sunacak ‘görevliler’ olarak alınmaktadır. Bu ortamlarda öğrenmenin kendiliğinden gerçekleştiği, belli bir süreyi bir klinikte geçirmenin uzmanlık bilgi ve becerilerini sağladığı yanılgısı hâkimdir. Çoğu klinik için rutinde sunulmaya çalışılan sağlık hizmeti, bir uzmanlık eğitimi programının amaçlarını gerçekleştirmeye izin vermeyecek kadar yoğundur. Sunulan sağlık hizmetinde asistanlar yalnız kalmakta, uygun gözetim ve yardım almamaktadırlar. Oysa hizmetin sürekliliği, asistanın eğitim ve dinlenme gereksinimi ve hastaya sunulan sağlık hizmetinin güvenliği, standart çalışma ve dinlenme sürelerinin belirlenmesini zorunlu kılmaktadır. Asistanlara yönelik önceden saptanmış kurallar ve görev tanımlamalarının olmaması da çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Pek çok klinikte çalışma ortamının fiziki alt yapısı, insan gücü ve eğitim için gerekli donanım niteliksel ve niceliksel olarak yetersiz olabilmektedir (3).

Tıpta uzmanlık eğitimi veren bir klinik için gerekli eğitici sayısı ve eğiticilerin uzmanlık eğitimi için ayırması gereken ideal süre iyi belirlenmiş konular değildir. Uluslararası kabul gören bir eğitici / eğitilen standardı maalesef yoktur. Bazı kaynaklarda, eğitim veren bir birimde en az üç eğitici olması gerektiği öne sürülmüş ve bir eğiticinin haftada en az 20 saatini asistan eğitimi için ayırması gerektiği ortaya konmuştur. Bu da günde sekiz saat olan çalışma süresinin yaklaşık yarısına karşılık gelmektedir (4-6).

Uzmanlık eğitiminde yaşanan sorunlar salt Türkiye’ye özgü değildir. 1999 yılında İngiltere’de toplanan ve Avrupa Birliği ülkeleri ile bazı diğer ülkelerden üyeler içeren “Permanent Working Group of European Junior Doctors” isimli grup şu sorunları saptanmıştır (7).

- Asistanların eğitim gereksinimine yeterli özen gösterilmemektedir.
- Asistanların çalışma saatleri aşırı uzundur.
- Uzmanlık eğitimi finansmanı yetersizdir.
- Uzmanlık eğitimi veren kurum ve eğitimi alan birey düzeylerinde eğitim iyi planlanmamıştır.
- Eğiticiler pedagojik açıdan yetersizdir.
- Eğitim sistemi organizasyonu bozuktur.
- Akredite eğitim kurumlarının bir kısmı asgari kriterleri karşılamamaktadır.
- Eğitim ortamında bilgi teknolojisi ve kütüphane hizmetleri yetersizdir.
- Asistanların araştırma ve kalite gelişim programlarına katılmaları için fırsat ve zamanları olamamaktadır.

Bu ve benzeri raporlar son yirmi yılda Avrupa’da pek çok ülkede tıpta uzmanlık eğitimi modernizasyonuna öncülük etmiştir. Başta Birleşik Krallık ve Hollanda olmak üzere çoğu ülkede yukarıda tanımlanan sorunları gidermeye yönelik reformlar yapılmıştır (8-10).

Bir zaman önce Avrupa ülkelerinde tanımlanmış olan bu sorunların bizim için hala geçerli olduğunu söylemek yanlış olmaz. Bunlara ek olarak, yasal mevzuatın yetersizliği, eğitim programlarının yapılandırılmış bir müfredatının olmaması, eğitim veren kurumları akredite eden ve denetleyen mekanizmaların olmaması, eğitim

kurumlarının fiziki, teknik, eğitim ve insan gücü alt yapılarındaki yetersizlikler, bazı kurumların karşılamak zorunda oldukları ağır hizmet yükü, eğitimcilerin özlük haklarındaki yetersizlikler, asistanların örgütsüzlüğü gibi bize özgü sorunlar da eklenince ülkemizde tıpta uzmanlık alanında çok ciddi çalışmaların yapılması gereği açıktır.

Uzmanlık eğitimi organizasyonu ve sorumlu otorite

Uzmanlık eğitiminin kim tarafından ve nasıl organize edileceği ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir (Tablo 2). Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Portekiz ve Kanada'da uzmanlık eğitimi organizasyonu o ülkenin tabipler birliği ve uzmanlık dernekleri gibi sivil toplum kuruluşlarınca; İsveç ve Danimarka'da ise, aynen bizde olduğu gibi, tamamen devlet eliyle yürütülmektedir. Avustralya, Norveç ve İngiltere ise sivil toplum kuruluşlarıyla kamu otoritelerinin sorumluluğu birlikte paylaştığı ülkelere örnektir. Finlandiya'da ise uzmanlık eğitimini üniversiteler tarafından organize etmektedir (3).

Tablo 2. Uzmanlık eğitiminden sorumlu otorite
I. Tamamen sivil kuruluşlar ABD Kanada Portekiz
II. Tamamen kamu otoritesi İsveç Danimarka Türkiye
III. Kamu otoritesi ve sivil kuruluşlar Avustralya Norveç İngiltere

Bu modellerden birinin diğerine üstün olduğunu öne sürmek güçtür. Esas olan her ülkenin kendi gereksinimlerine, mevcut sağlık sistemine ve gelecekteki gereksinimlerini karşılamaya uygun bir model üretmesi ve bu modeli zaman içinde yenileyebilmesidir. Norveç'te 80 yıldır tabipler birliği ve uzmanlık dernekleri tarafından birlikte yürütülmekte olan uzmanlık eğitimi organizasyonu, 1999 yılında görülen lüzum üzerine yapısal bir değişim geçirmiştir. Uzman hekim açığının ciddi boyutlara ulaşması, hükümet tarafından 'Uzmanlık Eğitimi Ulusal Konseyi'nin kurulmasına ve hükümet bürokratları ile sivil toplum kuruluşları yöneticilerinin birlikte çalışmasına yol açmıştır. Norveç Uzmanlık Eğitimi Ulusal Konseyi, bir yandan uzmanlık eğitimi finansmanını artırmış bir yandan da ülkenin sağlık gereksinimlerini karşılamaya yetecek sayıda uzman hekimi yetiştirmek üzere gerekli önlemleri almıştır.

Ülkemizde, 11 Nisan 1928 Tarih ve 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz - ı İcrası'na Dair Kanunun 8, 9 ve 10. maddelerinde "Türkiyede Tıp Fakülteleri'nden veya Sağlık Bakanlığı'na kabul ve ilan edilecek kurumlardan uzmanlık belgesinin alınabileceğini, uzmanlık eğitiminin Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak tüzüklerle tanzim edileceğini ve bu eğitimi verebilecek kişilerin sıfatı" tanımlanmaktadır. 04 Kasım 1981'de kabul edilen 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununun 3. maddesinde ise Tıpta Uzmanlık, "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretim" olarak tanımlanmıştır. Ülkemizdeki uzmanlık eğitiminin tarafları; Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, Tıp Fakülteleri, Türk Tabipler Birliği ve uzmanlık dernekleri olmasına rağmen tüm düzenlemeler Sağlık Bakanlığı tarafından ve çoğu kez diğer tarafların katkılarını yeterince almadan yapılmaktadır.

Tıpta uzmanlık eğitiminde ulusal otoritenin hangi kurum ya da kuruluşlar olacağına dair süren hukuki tartışma, 2000 yılında Danıştay 8. Dairesi'nin aldığı karar ile bir sonuca ulaşmıştır. Bu karar sayesinde Türk Tabipleri Birliği ve uzmanlık derneklerinin görev ve sorumluluğu belirlemiştir:

“...tıpta uzmanlık eğitiminde tek otorite Sağlık Bakanlığı olmayıp; uzmanlık eğitimi, yetkili Devlet Hastaneleri dışında tıp fakültelerinde ve Sağlık Bakanlığınca yetkili kılınmış sağlık kurumlarında da verilmektedir. Ayrıca hekimlik mesleğine ilişkin bütün sorunları görüşüp çözüm önerileri üretmekle görevli kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olan ve ilk kez 1219 Sayılı Yasa ile oluşumu düzenlenen tabip odaları da, tıp uzmanlığı eğitimi ile doğrudan ilgilidir. Dolayısıyla tıp uzmanlık eğitiminin standardının ve bu eğitimi verecek sağlık kurumları ile asistan yetiştirmeye yetkili kılınacak uzmanların niteliklerinin Sağlık Bakanlığının koordinatörlüğünde, tıp fakülteleri, tabip odaları ve uzmanlık eğitimi verilen kuruluşların ortak katkılarıyla belirlenmesi... yürütülen hizmetin gereğidir... tıp uzmanlığı eğitimi konusunun, bu eğitimi vermeye yetkili, tıp mesleği ile doğrudan ilgili kuruluşlarla birlikte Sağlık Bakanlığınca düzenlenmesi, 1219 Sayılı yasanın tıp mesleğinin icrası ile ilgili olarak öngördüğü denetim ve kontrol sisteminin doğal sonucudur.”

Ülkemizde öncelikle yapılması gereken uzmanlık eğitiminde yetki ve sorumlulukların yukarıda adı geçen kurum ve kuruluşlar arasında eşgüdümle oluşturulması olmalıdır (3).

İçinde bulunduğumuz yüzyılda temel sağlık sorunları sadece yoksul ülkelerin sorunu değildir. Varsıl ülkelerde bile temel sağlık sorunlarına her geçen gün yenilerinin eklendiği ve toplumsal düzeyde etkili oldukları görülmektedir. Ekonomik büyüme her zaman bir ülkenin gelişmişliği anlamına gelmemektedir. Bir ülkenin gelişmiş olması da her zaman insani gelişmişliğe karşılık gelmemektedir. Böyle bir ortamda eğitim kurumları, eğitim, araştırma ve rutin sağlık hizmetlerine ait temel hedeflerini, sorumlu oldukları toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yöneltmek zorunluluğundadır. Eğitim kurumları sunulan sağlık hizmetinin toplumun öncelikli sağlık sorunlarıyla ilişkili, yüksek kalitede, etkin maliyette ve herkesin erişebildiği niteliklerde olmasına katkıda bulunmalıdır.

Uzmanlık eğitimi, sağlık sisteminden ve onun iyileştirilmesinden ayrı düşünülemez. Bu bağlamda uzmanlık eğitimi veren kurumlar ve eğiticiler, sağlık sisteminin ilgili bütün taraflarıyla iş birliği yapmalıdır.

Uzmanlık eğitimi programının akreditasyonu

Uzmanlık eğitimi akreditasyonu, uzmanlık eğitimi organizasyonundan sorumlu otorite veya bu otoritenin görevlendirdiği/tanıdığı bir akreditasyon kurumu tarafından yapılan; eğitim programının önceden belirlenmiş bazı temel standartları karşılayıp karşılamadığının denetlenmesi sürecidir.

Farklı ülkelerde değişik modellerle yürütülmektedir. En gelişmiş örneklerden birinin yürütüldüğü ABD’de bu süreç ‘Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesi’ (“Accreditation Council for Graduate Medical Education”-ACGME) (11) tarafından gerçekleştirilmektedir. ABD Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesi (ACGME), *American Board of Medical Specialties, American Hospital Associations, American Medical Association, Association of American Medical Colleges* ve *Council of Medical Specialty Societies* gibi çeşitli sivil toplum kuruluşlarından oluşmakta ve federal hükümet tarafından tanınmaktadır. ACGME amaçlarını, uzmanlık eğitiminin ulusal standartlarını belirlemek; yürürlükte olan eğitim programlarını değerlendirmek ve onaylamak; uzmanlık eğitiminin kalitesini belli aralıklarla değerlendirerek bu programların geçerli, adil, açık ve etik olmalarını garanti altına almak şeklinde özetlemektedir. Aynı komite, sorumluluk tanımlarında, eğitim kalitesini artırmak isteyen her kurum ve kişi için bilgi kaynağı olmak, yardım ve destek sağlamak; eğitim sonuçlarını akreditasyon kararları ile ilintilendirmek; çalışmalarını veri ve kanıtlar doğrultusunda sürdürmek ve kalite iyileştirmesi dâhil olmak üzere temel yetkinlik gelişmelerini desteklemek konularına yer vermektedir. ACGME, son yıllarda

akreditasyon değerlendirme ilkelerinin, eğitim sürecinden ziyade sonuca yani uzman hekimin yeterliliğine yönelik olması gerektiğini vurgulamaktadır. Uzmanlık eğitim programlarının yerel gereksinimlerini göz önünde bulunduran müfredatlar geliştirmesi ve eğitim kurumlarının toplumsal sorumlulukları dikkate alması akreditasyon komitesince desteklenmektedir. ACGME, 114 uzmanlık alanında, yaklaşık 100 000 asistanı kapsayan 78 000 uzmanlık eğitimi programını akredite etmektedir. Gönüllülük temelinde yürütülen bir süreçtir. Akreditasyon, eğitim kurumunun ziyaret edilmesini içerir. Yılda ortalama 2100 ziyaret programı gerçekleştirilmektedir. Bu ziyaretlerde standartları karşılamayan kliniklerin eğitim yetkisi askıya alınmaktadır.

Her geçen gün popülaritesi artan ziyaret programları, Avrupa Birliği ülkeleri için 1997’de “UEMS” tarafından da bir sistematige kavuşturularak uygulamaya konmuştur (12). İsviçre’de 1992 yılında yürürlüğe konan ‘Uzmanlık Eğitimi Yeniden Yapılandırma Programı’ çeşitli ziyaret programları içermektedir. İsviçre’de bu uygulama bir ücret karşılığında gerçekleştirilmektedir. Eğitim programı değerlendirildikten sonra bir rapor düzenlenmekte ve kamuoyu ile paylaşılmaktadır. İsviçre’de ziyaret programı aşağıdaki yedi soruyu yanıtlamaya yönelik olarak gerçekleştirilmektedir:

1. Klinik hizmetin hacmi ve çeşitliliği ‘tam’ bir uzmanlık eğitimi için yeterli mi?
2. Tıbbi personel yeterli sayı ve yetkinlikte mi?
3. Alt yapı, kütüphane ve ekipman yeterli mi?
4. Sağlık hizmeti sunumu organize ve sistematik mi?
5. Eğitim için uygun bir ortam sağlanmış mı?
6. Tatmin edici bir teorik eğitim programı uygulanıyor mu?
7. Araştırma olanakları var mı?

1-3. sorular eğitim programının yapısına, 4-7. sorular eğitim sürecine yöneliktir. İlk 6 soru 3 puan üzerinden, 7. soru var/yok puanlaması ile değerlendirilmektedir.

Norveç’te ise özgün bir ziyaret programı ancak son yıllarda yürürlüğe konulabilmiştir. Uygulamada akreditasyon komitesinden önce, aynı eğitim hastanesinden benzer hizmet veren iki kliniğin, örneğin iki pediatri veya göz kliniğinin, birbirlerini ziyaret etmeleri ve değerlendirme sonuçlarını birbirlerine rapor etmeleri istenmektedir. Bu uygulamaların ardından akreditasyon komitesi ziyareti gerçekleştirmektedir. Oldukça açık ve destekleyici bir deneyim olan bu uygulama değerli bir örnek oluşturmaktadır.

Eğitim hedeflerinin belirlenmesi

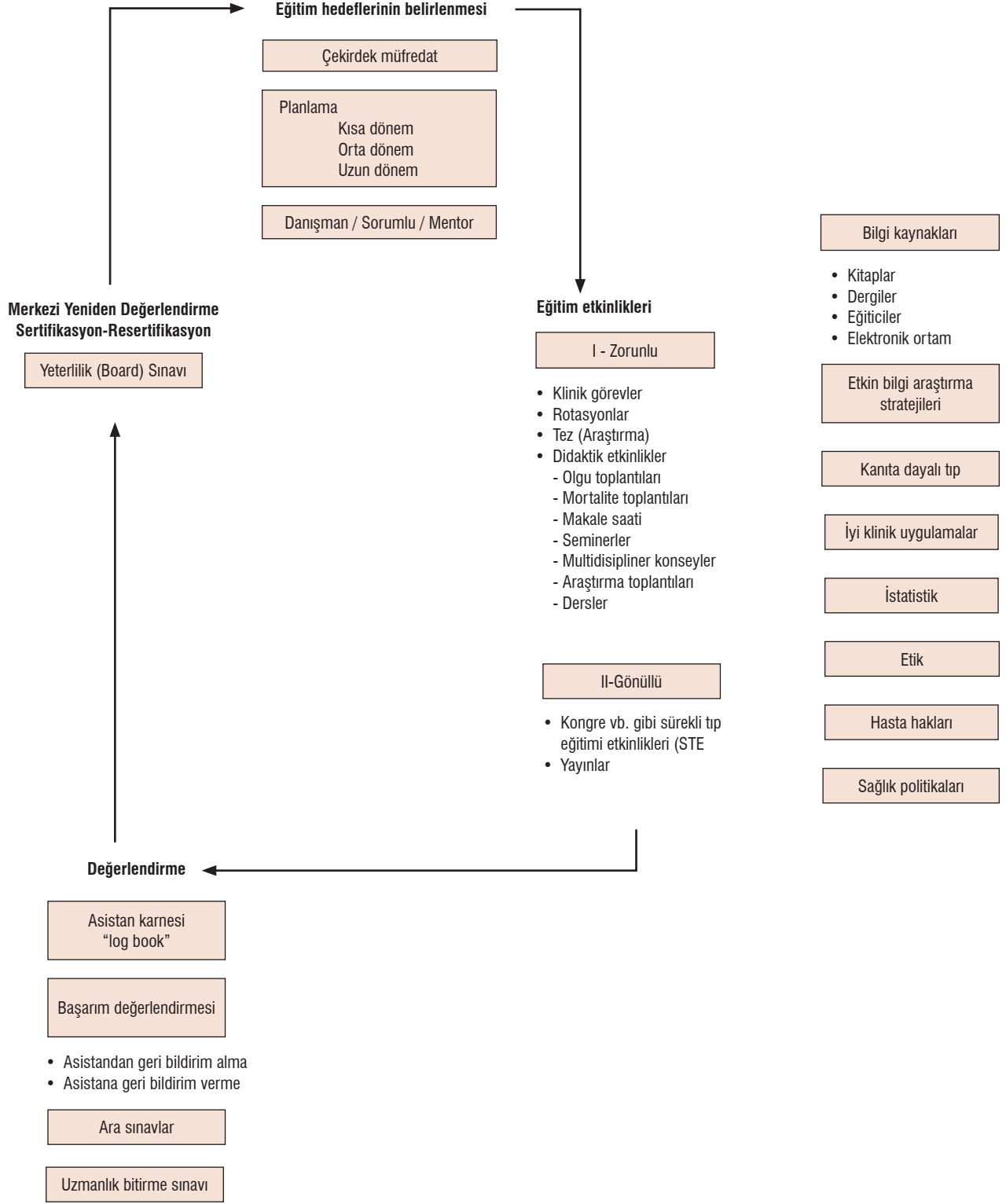
Eğitim hedeflerinin belirlenmesi, eğitim programlarının ilk aşamasını oluşturur (Tablo 3). Eğitim programı sonunda ulaşılmaması gereken hedefler açıkça ve gerçekçi olarak, olanaklı olduğunca ayrıntılı belirtilmelidir. Eğitim programının amaç ve hedefleri ile eğitimi alan bireyin amaç ve hedefleri örtüşmelidir.

Eğitim programının hedeflerine ulaşmaya yönelik bir çekirdek müfredatı olmalıdır. Bu müfredat bilgi-beceri-tutum bileşenlerini kapsayacak ayrıntıda olmalıdır. Hangi teorik bilgilerin edinileceği, bunların referans kaynaklardan hedefe yönelik okumalar gibi hangi yöntemlerle edinileceği ve hangi temel kaynakların kullanılacağı saptanmalıdır.

Hangi klinik becerilerin edinileceği, bu becerilerin hangi işlemleri, hangi şartlarda, en az kaç kez yapılarak edinileceği tanımlanmalıdır. Bilgi ve becerileri pratik yaşamda uygularken kullanılması gereken meslek kuralları, hasta hakları ve etik özellikler tanımlanmalıdır. Bilgi ve beceri mesleki değerlerle bütünleştirildiği zaman tutum aşaması (mesleki profesyonellik) gerçekleştirilmiş olur.

Eğitim müfredatının yıllara yayılarak programlandırılması gerekir. Birinci yıl, ikinci, üçüncü, dördüncü ve son yıl programı yapılmalıdır. Eğitim programını yürütürken genç bir asistanın karşılaşacağı zorlukları göz önünde

Tablo 3. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Çemberi



bulundurarak, her asistana deneyimli bir eğiticinin danışmanlık/rehberlik yapması; asistanın mesleki ve kişisel gelişiminin insancıl yaklaşımlarla desteklenmesi yararlı olur. Danışmanın önemli bir görevi de asistanı entelektüel olarak stimüle etmek ve onun için rol model olmaktır. Uzun yıllardır çeşitli ülkelerde uygulanmakta olan danışman/rehber (mentor) eğitici uygulamasına yönelik en büyük eleştiri “kağıt üzerinde kaldığı” şeklindedir. Norveç’te yapılan bir çalışmada asistanların yalnızca %27’si düzenli olarak danışman eğitici ile görüştiklerini belirtmişlerdir.

Eğitim etkinlikleri

Eğitim etkinliklerini temel başlıklar altında toplamak olanaklıdır: Yapılandırılmış bir müfredat doğrultusunda didaktik etkinlikler, hasta tanı ve tedavisinde uygun gözetim altında gerçekleştirilen pratik etkinlikler ve yaşam boyu öğrenme becerilerini geliştirme ve sürdürmeye yönelik etkinlikler (Tablo 3).

Eğitim, eğiticilerin günlük mesleki etkinliklerinin rutin bir parçası olmalıdır. Eğitim müfredatının uygulanmasını sağlayacak eğitim etkinlikleri, niteliksel ve niceliksel olarak asgari standartlara uygun olmalıdır. Bunların organize ve sistematik olarak uygulandığından emin olunmalıdır.

Tıpta uzmanlık eğitiminde öğrenme, ağırlıkla ve doğal olarak rutin klinik görevler sırasında gerçekleşir. Sağlık hizmeti ya da klinik görevlerin asistan için eğitim niteliği oluşturması eğitim programının temel özelliğidir. Görev sırasında (klinik işler üzerinde) öğrenimde eğiticinin sorumluluğu, hastanın bir riske maruz kalmadan ve en uygun tedaviyi almasını sağlayacak şekilde asistana gerekli geri bildirimlerde ve yönlendirmelerde bulunarak öğrenmesini sağlamaktır. Yalnızca doğru ve yanlış yapılanları belirtmekle yetinilmemeli; asistanın kendi zayıf yönlerini görmesi sağlanmalı ve günlük klinik görevler sırasında eksikliklerini nasıl gidereceği konusunda yardımcı olunmalıdır. Eğiticilerin eğitimi programları ile eğiticilere pedagojik formasyon kazandırılması ve yeni eğitim tekniklerinin öğretilmesi çok yararlı olur.

Didaktik eğitim etkinlikleri ile kendi kendine öğrenme becerilerinin geliştirilmesi arasında bir denge kurulmalıdır. Uzmanlık eğitiminin bir erişkin eğitimi olduğu unutulmamalıdır. Kendi kendine/bağımsız öğrenme süreçleri uzmanlık eğitiminin asli unsurlarıdır. Eğitim programında kendi kendine öğrenme etkinlikleri için asistanlara yeterli zaman tanınmalı ve doğru yönlendirme yapılmalıdır.

Eğitim ortamı öğrenmeye elverişli olmalıdır. Eğitici ile eğitilen arasındaki kast ilişkisi değiştirilmeli, eğitim ‘öğrenci merkezli’ olmalıdır. Eğitici ile asistan arasında yapıcı, destekleyici, karşılıklı saygıya dayalı bir ilişki kurulmalıdır.

Temel kitaplar, süreli dergiler, elektronik bilgi kaynakları, eğiticilerin ulaşılır olması gibi bilgi kaynaklarının eksiksiz sağlanması, özellikle elektronik ortamda doğru bilgiye hızlı erişim becerilerinin edindirilmesi önemlidir. Tıp bilimi, tıp eğitimi ve sağlık hizmeti sunumu arasında dinamik bir etkileşim vardır. Değişen koşullar bu üç bileşeni de etkiler. Modern zamanların maliyet etkin sağlık hizmeti sunumu; doğru tıbbi işlemlerin doğru zamanda yapılması şeklinde özetlenebilecek olan ve iyi bir biyoistatistik bilgisi gerektiren kanıta dayalı tıp kavramı; her geçen gün önemi artan hasta haklarının korunması; giderek ticarileşen sağlık ortamında doğru tutumun felsefesi olarak etik ve sağlığa holistik ve insancıl yaklaşım; bunun için gerekli olan toplum sağlığı ve sağlık politikaları gibi konular uzmanlık eğitimi programına dahil edilmelidir. Tamamen biyomedikal ağırlıklı bir eğitim programı iyi bir ‘sağlık teknisyeni’ yetiştirmeye mahkûmdur. Oysa hastaların ve toplumun gereksindiği hekim profili bunun çok daha fazlasını içermek zorundadır.

Asistanların eğitim programı sırasında bilimsel araştırmalarda yer almaları, bilimsel bir mantık edinmeleri ve bilimsel metodolojiyi öğrenmeleri açısından mutlaka gerekli ve çok yararlıdır. Asistanlar bilimsel kanıtları değerlendirebilmeli ve uygulayabilmelidirler. Bunun için araştırma projelerinde yer alarak veri analizi ve literatür değerlendirmesi yapmayı öğrenmeleri gerekir.

Değerlendirme

Eğitim programının her bir asistan için nasıl yaşama geçtiği belli aralıklarla sistematik bir değerlendirmeye izlenmelidir (Tablo 3). Bunun için öncelikle, etkinliklerin doğru ve ayrıntılı bir şekilde kaydedilmesi gerekir. Geleneksel asistan karneleri bu kayıtların tutulmasına yardımcı olur. Günümüzde elektronik asistan karneleri de geliştirilmiştir.

Asistanların performanslarının (başarılarının) değerlendirilmesi oldukça güçtür. Kanaat bildirme şeklinde yapılan klasik yol hala geçerli ve sık kullanılan bir yöntemdir. Asistanlara belli aralıklarla eksik ya da iyi yönlerini olabildiğince nesnel, bazen de kaçınılmaz olarak öznel, değerlendirme sonuçları ile bildirerek, gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Asistanların da eğitim programını; kurumu ve eğiticileri değerlendirmelerine olanak tanınmalı ve asistanlardan alınan geri bildirimlerde ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik gerekli değişiklikler, zamanında yapılmalıdır.

Asistanları bitirme sınavlarına ya da yeterlik (“board”) sınavlarına, ara sınavlarla hazırlamak yararlı bir değerlendirme yöntemidir. Bu sınavlar, formatif bilgiyi değerlendirmeye yönelik, çoktan seçmeli sınavlar olabileceği gibi bilgi, beceri ve tutumun değerlendirilebileceği, nesnel örgün klinik sınavlar (NÖKS) şeklinde de olabilir. NÖKS, tıbbi bilgileri klinik beceri ve tutumla birlikte değerlendirme şansı yaratan, geleneksel sözlü sınavların sorunlu yönlerini gidermeyi amaçlayan bir sınav tipidir. NÖKS istasyonlar şeklinde hazırlanmış ‘simule’ ortamlarda yapılır. Her bir istasyonda farklı bilgi / beceri / tutum değerlendirilir. Notlandırma, daha önceden kesin olarak belirlenmiş kriterler üzerinden yapılır. NÖKS geleneksel sözlü sınavlara kıyasla daha objektif ve adayı çok yönlü değerlendiren bir sınavdır. Sınav sonucunun jüriden etkilenme olasılığı en aza indirgenmiştir. İstasyonlarda simule hastalar / klinik öyküler / maketler üzerinde muayene / tanı-tedavi yaklaşımları / iletişim becerileri değerlendirilir. NÖKS eğitim programı müfredatının ana konularını soru olarak içerir.

Eğitim programlarının kendisinin değerlendirilmesi iç ve dış denetim (“audit”) sistemleri ya da akreditasyon/reakreditasyon için ziyaret süreçleri ile yapılabilir.

Belgelendirme

Lisans ve yüksek lisans belgeleri bir çok ülkede kamu otoritesi tarafından eğitim programının sonucunda çoğu kez merkezi bir sınav yöntemiyle verilir. Bu belgelendirme işlemi o alanda hekimlik pratiği yapabilmek için yasal bir zorunluluktur. Uzmanlık belgesi kamu otoritesinin bir bireye, bir mesleği icra etmesi veya bir unvanı kullanması için verdiği belgedir. Uzmanlık belgesi dışında dilimize ‘sertifika’ olarak girmiş; bir devlet kurumu ya da bir dernek tarafından bir bireyin önceden belirlenmiş bir takım kriterleri karşıladığına dair verilen yeterlik (“board”) belgesi gibi özel belgeler de söz konusudur. Sertifikalar genellikle gönüllülük temelinde alınır (Tablo 3). Sertifikasyon pek çok ülkede uzmanlık dernekleri tarafından yapılır. Farklı ülkelerde farklı sertifikasyon modelleri söz konusudur (Tablo 4).

Başta ABD olmak üzere pek çok ülkede kamu otoritesi tarafından verilen uzmanlık belgesinden sonra uzmanlık eğitiminin standartlarını yükseltmek ve kalite denetimini sağlamak için uzmanlık dernekleri tarafından standart sınavlar; yeterlik (“board”) sınavları yapılmaktadır. Gönüllülük ilkesi ile başlayan bu çalışmalar zamanla adeta zorunlu hale gelmiştir. Özellikle ABD’de yeterlik (“board”) belgesi olmadan hekimlik yapılması düşünülemez bile. Ülkemizde de son yıllarda, gönüllülük temelinde böyle bir eğilim ortaya çıkmıştır. Uzmanlık dernekleri, kendi alanlarında sınavla yeterlik (“board”) belgesi vermeye başlamıştır.

Yeterlik sınavlarına yöneltilen eleştirilerden biri maliyetleri ile ilişkilidir. İngiltere’de bir asistan bu sınavlar için ortalama 917 (100 - 4180) Sterlin harcamaktadır. Bir diğer eleştiri konusu, başarı oranları hakkındadır. Yine İngiltere’de 1995 yılı Ağustos döneminde 300 asistandan 191’i sınava ilk kez, 63’ü ikinci defa ve 35’i en az

Tablo 4. Sertifikasyon modelleri
I. Kuzey Amerika Modeli (ABD, Kanada) <ul style="list-style-type: none">Eğitim programının ve uygulamasının akreditasyonuna dayanırAsistanları eğitim süreleri içinde performanslarının değerlendirilmesiSummatif değerlendirme<ul style="list-style-type: none">- Yazılı / sözlü / nesnel örgün klinik sınav tipi sınavlar
II. İngiliz Modeli (İngiltere, Avustralya) <ul style="list-style-type: none">Eğitim kurumları akreditasyon sistemi yokturEğitim sırasında ve sonunda yazılı ve klinik değerlendirme yapılır.
III. Avrupa Modeli (Almanya, Hollanda) <ul style="list-style-type: none">Daha esnek bir modeldirEğitim kurumu ve eğitici ağırlıklı bir rol üstlenirFinal değerlendirme eğiticinin onayından sonra; yazılı ve sözlü değerlendirme şeklindedir

üçüncü kez girmektedir. Başarısızlık oranının bu denli yüksek olması, sınavın sorgulamasına yol açmaktadır. Avrupa Birliği, üye ülkelerin uzman hekimlerini kendi alanlarında Avrupa Yeterlik Sınavlarına girmeye ve yeterlik belgesi almaya özendirilmektedir.

Bu sertifikasyon işleminin farklı yöntemlerle belli aralıklarla yinelenmesine yeniden sertifikasyon (resertifikasyon) adı verilir. Sürekli mesleki gelişimi garanti altına almayı amaçlayan bu yöntem, ABD’de uzun yıllardır uygulanmakta olup günümüzde İngiltere, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinin gündemindedir.

Uzmanlık eğitiminde yeni sorunlar: Sağlıkta piyasalaşma ve eğitim

Dünyada son yıllarda ortaya çıkan önemli bir sorun da sağlık hizmetlerinin giderek piyasalaşması ve bunun bir sonucu olarak akademik merkezler üzerinde ortaya çıkan finansal baskılardır (13). 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. Güçlükle ayakta kalan eğitim hastaneleri geleneksel işlevlerini; eğitim, araştırma ve hizmet misyonlarını (Şekil 2) yerine getirmekte zorlanmaktadırlar. Böylesi bir sistem, eğiticileri daha çok sağlık hizmetine yönlendirmekte ve eğitime ayrılan zaman gittikçe azalmaktadır. Akademik merkezlerin araştırma sistemi ciddi bir değişime zorlanmıştır. Fakülte öğretim üyelerinin araştırma yapması yerine araştırma merkezlerine ticari şirketlerin kadrolu araştırmacıları yerleşmekte, fakültelerin araştırmacıları ticari şirketlere transfer olmaktadır (13). Tıp eğitiminin kalitesi düşmektedir. Hastaların yatış ve çıkışı çok hızlı olmakta özellikle mezuniyet öncesi eğitimde öğrencilere eğitimleri için hasta ile temas edebilecekleri zaman kalmamaktadır. Tanısı konmuş, kesin tedavisi planlanmış hastalar öğrenciler için uygun eğitim materyali olmamaktadır. Kapanan ya da zarar eden akademik hastaneler buldukları şehirler için önemli bir iş yaratma sahası olmaktan çıkmaktadır. Bu şehirlerin ekonomileri destabilize olmaktadır (13). 04 Mayıs 2000, tarihinde Amerikan Tabipler Birliği’nin basın açıklamasında da yer alan bu sorunlar yıllar içinde artarak sürmüştür.

İkibinaltı yılında yayınlanan bir değerlendirmede (14) piyasa yönelimli sağlık hizmetinin akademik tıp merkezlerine olan en önemli etkisinin finans krizi olduğu doğrulanmıştır. Bu makalede 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 önceleri yukarıda sözü edilen toplumsal işlevleri desteklemek amacıyla eğitim hastanelerinin yüksek faturalarını çekincesiz kabul eden devlet veya sigorta şirketlerinin 1990’ların başından itibaren



Şekil 2. Eğitim hastanelerinin geleneksel işlevleri. Yalnızca ve başlıca hasta hizmeti olarak görülen temel işlevin yanı sıra bu hastaneler eğitim, araştırma, ülkenin sağlık sistemine destek, iş sahası yaratarak bulunduğu şehre kaynak ve pek çok sosyal işlev ve anlamı yüklenmiş durumdadırlar.

bu yaklaşımlarını terk ettikleri bildirilmiştir. Son yıllarda yürürlüğe konan paket ödeme sistemi ile hastaneler çok ciddi gelir kaybına uğramıştır. ABD'deki akademik medikal merkezlerin 2/3'ü negatif bütçededir. Sağlık ortamı piyasalaştıkça bu merkezlerin uzun yıllardır yerine getirdikleri toplumsal işlevler desteğini yitirmiştir. Finansal kriz özellikle eğitimi olumsuz etkilemektedir (14). Tıp fakültesi hastaneleri giderek daha çok hasta kabul etmekte ancak, daha az geri ödeme yüzünden gelir kaybetmeye devam etmektedir. Kısacası iş yükü artarken gelir azalmaktadır. Tıp fakülteleri bu duruma hasta bakımını hızlandırarak, sürümden kazanmak şeklinde bir yanıt vermiştir. Bu refleks iş piyasası mantığına uygun görünse de bedeli ağır olmuştur. Günümüzde tıp fakültelerinin varlık nedenleri ve misyonları tehlikededir. Bazıları ekonomik olarak ayakta kalmayı başarabilse de temel ilkeler yitirilmiştir. Başlangıçta piyasalaşmaya proaktif yaklaşan akademisyenler gelinen nokta da akademik kalitedeki erimeden son derece rahatsızlardır. Günümüzde öğretim üyelerinin pek azı eğitici ve mentor olarak kullanılabilir 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. 1980'lerde hastaların hastanede ortalama yatış süresi 10-12 gün iken günümüzde bu 3-4 güne düşmüştür. Hasta bakımında en önemli unsur hız haline gelmiştir. Öğrenci aktif katılımcı değil pasif gözlemci durumundadır. Temel bilgi ve becerilerin bu hız ortamında kazanmaları çok güçleşmiştir. Hastaneye yatmadan önce tanısı konmuş ve tedavi planı yapılmış bir hasta üzerinde öğrencinin problem çözme becerileri geliştirmesi olanaksızdır. Hastaların tanı ve tedavi süreçleri bir bütünlük içinde izlenememektedir (14). Çalışma ve eğitim ortamı çok ticarileşmiş durumdadır. Hastaların müşteri olarak kabul edildiği, en iyi vizitin 'en kısa ziyaret' olduğu, sürekli para kaynaklarının kısıtlılığı ve para kazanma yollarının konuşulduğu bir ortamda uzmanlık öğrencilerinde doğru tutum ve davranış geliştirilebilme olanağı kalmamıştır (14).

Tıp eğitimini akademik bir niteliğe kavuşturabilmek için tıp uygulamaları 19. yüzyılda üniversitenin içine alınmıştı. Bu adım tıp bilimi ve tıp eğitimi için devrim niteliğinde olmuştur. Günümüzde ise özellikle ABD'de, tıp fakültelerinin üniversite sisteminden ayrılarak piyasalaşmış sağlık hizmeti sunumuna entegre olması gerektiği ciddi biçimde tartışılmaktadır. Pek çok ekonomist, akademik merkezlerin içinde buldukları finansal krizin çözümü için bu ve benzeri öneriler sunmaktadır. Ekonomistler, tıp fakültelerinin araştırma yoğun ku-

rumlar olmasının yakın gelecekte olanaklı olamayacağını öne sürmektedirler (14). 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 (15).

Ülkemizde de birer kamu hastanesi olan üniversite hastaneleri, son yıllarda özellikle sağlıkta 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 hale gelmiştir.

Eğitim ve araştırma üreten akademik hastaneler, kar amacı gütmeyen, topluma daha iyi sağlık hizmeti sunan, daha doğru / güncel tedavi uygulayan, daha düşük mortalite / morbiditeye neden olan, daha uzun sağkalım sağlayan, daha 'zor' hasta için daha özel sağlık hizmeti sunan hastaneler olma özellikleri ile çok önemli toplumsal işlevler görürler.

Bu kurumlarda 'rekabet' ve 'kar' gibi kavramların daha öncelikli hale gelmesiyle eğitim ve araştırma etkinliklerinin çok olumsuz etkilendiği, bununla birlikte üretilen sağlık hizmetinin de niteliğinin değiştiği görülmüştür. Rekabet ve kar gibi kavramların öncelikli olduğu kurumlarda daha çabuk ve daha kolay para kazanılan sağlık uygulamalarına ağırlık verilir. Zor hasta bakımı, özellikli hasta hizmeti/karmaşık sağlık hizmeti gibi akademik merkezleri toplum için vazgeçilmez kılan hizmetler birer birer yok olur. Bunun yerine bu merkezler ikinci hatta birinci basamakta üretilmesi gereken rutin sağlık hizmetlerine, döner sermaye gelirlerini artırmak amacı ile yönelirler. Bu durum, akademik merkezlerin temel niteliğini yitirmesi, 'butik' hastanelere dönüşmesi demektir. Bu akademik merkezlerin biyoteknolojik ve insan gücü yatırımı, örneğin, yeni doğan yoğun bakımı, organ nakli, ya da yanık merkezi gibi özellikli alanlar yerine günlük poliklinik hizmetlerine ve laparoskopik ameliyatlara vb. gibi kuruma para kazandıran alanlara kayar. Akademik merkezlerin temel görevlerinden biri olan alanında bilimsel olarak öncü/lider insan yetiştirmek görevi de böyle bir ortamda mümkün olmaz. Tıp fakülteleri hastaneleri özellikli sağlık hizmeti üreten üçüncü basamağın seçkin akademik merkezleri olmak yerine sıradan sağlık hizmetlerinin butik sağlık işletmelerine dönüştürmektedir.

Uzmanlık eğitiminde güncel yönelimler

Tıpta uzmanlık eğitimi reformlarının odaklandığı güncel yönelimleri şu şekilde sıralamak mümkündür (8,9):

- Formel ve informel elementleri 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
- Merkezi finansal desteğin artırılması

Uzmanlık eğitiminde eski paradigmada belirli bir süreyi bir klinikte ve rotasyonlarda geçirmenin uzmanlık eğitimi ile eşdeğer olduğu varsayıldı. Klinik rutin süreç içinde öğrenmenin asistanlarda doğal olarak gerçekleştiğine inanılırdı. Bu nedenle pek çok eğitim kurumunda açıkça amaçları saptanmış örgün bir eğitim programı yoktu. Eğiticilerin rolü/görev/sorumlulukları yeterince tanımlanmamıştı ve asistanların eğitim ihtiyaçları dikkate alınmamıştı. Oysa 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 amaçlarını gerçekleştirmek üzere asistanın performansına yani öğrenme sonuçlarına odaklanılır. ABD'nin uzmanlık eğitimi sorumlu organı ACGME, 2006 yılında uzmanlık eğitiminde altı genel yeterlilik alanı belirlenmiştir (11) (Şekil 3):

- Tıp bilgisi
- Hasta bakımı
- Uygulama temelli öğrenme ve gelişme
- Sistem temelli uygulama
- Profesyonellik
- İnsan ilişkileri ve iletişim becerileri



Şekil 3. Yeterlilik temelli uzmanlık eğitiminin alanları

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 gelişim gösterilmiştir. Öte yandan iletişim yetenekleri ve profesyonellik kişiliğin bir kısmı olduğu, hekimlerin yapısında bulunduğu gibi varsayımlarla bir türlü eğitimin önemli bir parçası haline gelememiştir. Cerrahi sağlık hizmeti, multidisipliner ekibin diğer tüm üyeleriyle birlikte çalışmayı gerektirir. Oysa geleneksel cerrahlar kişisel yetenekleri vurgulama eğilimi taşır. Sistem temelli uygulama bu tip klasik tavır içindeki cerrahların antitezi olmuştur. Hastalara verilen hizmet kalitesinin geliştirilmesinde profesyonellik, iletişim ve sistem temelli uygulama özellikle önemlidir. Son yıllarda ABD'de genel cerrahi eğitiminde ağırlık profesyonellik, iletişim becerileri ve multidisipliner ekip içinde etkin çalışma konularına verilmektedir (16).

Sonuç

Pek çok ülkede tıpta uzmanlık eğitiminde değişimin ABD modeli üzerinden gerçekleştiğini söylemek yanlış olmayacaktır. 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 gereksinimi 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) eğitim 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.

Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi

19. yüzyıla kadar uyguladıkları tedavi yöntemlerine göre hekimler iki ana gruba ayrılmıştı. Bunlar bugünkü anlamda tıbbi tedavi yapan dahiliyeciler ve cerrahi tedavi yapan cerrahlardı. Genel cerrahinin gelişmesi 1800'lü yılların ikinci yarısında *Langenbeck*, *Billroth* ve *Kocher* gibi cerrahlarla başlar. Bu gelişme daha sonra ABD'de özellikle *Halsted*'in Avrupa'da gördüğü uygulamalardan etkilenecek şekilde cerrahi eğitim ilkelerini belirlemesiyle hız kazanır. Cerrahinin giderek daha teknik, karmaşık ve radikal bir alan haline gelmesi 1860'larda cerrahların kendi derneklerini kurmasına ve kendi alanlarına özel bir bilimsel dergi çıkarmalarına yol açmıştır. 20. yüzyılın başlarında tüm uzman hekimler içinde cerrahların oranı % 15-20 idi. Hemen her hastanede cerrahi bölümü vardı. Tıp fakültelerinde başından beri en büyük bölümlerden biri cerrahi oldu. Askeriyenin cerrahlara ihtiyaç duyması, bu amaçla eğitim programları açmaları da 20. yüzyılın başlarında cerrahların yüksek sayıda olmasına yol açan faktörler arasındadır (17). Genel cerrahinin bir cerrahi uzmanlık alanı haline gelmesi ABD'de 1937'de gerçekleşmiştir (18).

Genel cerrahi, iç hastalıkları gibi yeni uzmanlık alanları açısından tarih boyunca zorlanmış bir alandır. Zamanla bu alanın içinden pek çok cerrahi branş çıkmıştır. Oftalmoloji ve jinekolojiden sonra 20. yüzyıl başlarında ortopedi de genel cerrahiden ayrılmıştır. Bundan sonra süreç yaprak dökümü gibidir (17). Genel cerrahi alanının tanımı en geniş anlamıyla hemen hemen vücudun herhangi bir yerindeki bir patolojiye müdahale edebilen hekimlik olarak yapılmıştır. Bugün ise bu alan giderek daralmakta ve karın, meme, sınırlı baş-boyun (tiroid, paratiroid), yumuşak doku alanlarındaki girişimlerle sınırlanmaktadır. 1940'larda beyin cerrahisi, kulak-burun-boğaz, göğüs, üroloji, pediatrik cerrahi, deri, gastrointestinal sistem, meme, endokrin vasküler sistem ve karın duvarı fitikleri ile ilgili girişimler genel cerrahi kapsamındayken; 1980'li yıllarda genel cerrahiye sadece gastrointestinal sistem, meme, endokrin, vasküler ve karın duvarı ile ilgili girişimler kalmıştır. Genel cerrahinin uğraş alanları bu sayılan alanların tüm inflamatuvar ve neoplastik hastalıklarının tedavisini kapsamaktadır. 2000'li yıllara gelindiğinde özellikle vasküler veya non-vasküler girişimsel radyolojinin gelişimi ve teknolojik gelişmeler genel cerrahinin uğraş alanlarından bir kısmına daha müdahale edilmesine neden olmuştur (18).

Günümüzde genel cerrahi, özefagus, mide, ince barsaklar, kalın barsak, karaciğer, pankreas, safra kesesini içerecek şekilde sindirim sistemi ve tiroid ve paratiroid bezleri, periferik vasküler hastalıklar, fitikler, deri ve meme hastalıklarını kapsar. Genel cerrahlar hemen hemen her acil cerrahi durumu yönetecek eğitimi de alırlar. Bunların yanısıra minimal invazif cerrahi ve endoskopi uygulamaları da genel cerrahinin kapsamı içindedir (18).

Tüm değişim eğilimine rağmen bugün bile Amerikan Cerrahi Board'u genel cerrahi tanımlarken "vücudun hemen her bölgesindeki cerrahi hastalıklara müdahale eden kişi" deyimini kullanmaktadır. Bu tanımın içinde cerrahi hastalıkların yanı sıra acil girişimler, travma ve kritik hasta bakımı da yer almaktadır.

Genel cerrahinin en önemli özelliklerinden biri çok geniş cerrahi sorunlar ile baş edebilecek bilgi temeline

ihtiyaç duyulmasıdır. Genel cerrahi eğitimi alan bir kişinin temel bilimler ve klinik alanlarda bilgili, teknik beceri ve cerrahi muhakeme gücünün yüksek olması beklenir.

Halsted'den bu yana çok az değişikliğe uğradıysa da günümüzde cerrahi asistanlığı ve uzmanlık programları pek çok ülkede yapılandırılmış, monitörize edilmiş, sürekli değerlendirmeye tabi tutulan ve akreditasyon süreçlerinden geçen programlar haline gelmiştir (19).

Özellikle 21. yüzyılın başından itibaren pek çok durum genel anlamda tıp eğitimini özel olarak da cerrahi eğitimini değişime zorlamaktadır. Bir tarafta bilim, sistemler ve bilgi teknolojisindeki gelişmelere dayalı bilgi patlaması eğitim programlarını geliştirmek için yeni fırsatlar sunmaktadır. Öte yandan toplum, sağlık hizmeti gereksinimleri ve hasta güvenliği konusunda daha iyi bilgilendikçe beklentileri yön değiştirmiş ve ileri uzmanlaşmış sağlık hizmeti talebi artmıştır (19).

Türkiye'de genel cerrahi uzmanlık eğitimi

Ülkemizde genel cerrahi uzmanlığı, Yükseköğretim Kurulu'na bağlı üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı (SB)'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde 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 jürüsü 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 formalite olarak uygulanmaktadır. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi gerekli görüldüğünde 5,5 - 6 yıla kadar uzayabilmektedir. Bu süreçte 9 farklı branş alanında toplam 10 ay zorunlu rotasyon yapılmaktadır (Tablo 5.)

Tablo 5. Genel cerrahi uzmanlık eğitim zorunlu rotasyonlar

ROTASYON ALANI	Rotasyon süresi (ay)	Hangi yılda gidileceği
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	2	1
Tıbbi Patoloji	1	1
Çocuk Cerrahisi	1	2
Üroloji	1	3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	1	3
Ortopedi ve Travmatoloji	1	3
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	1	3
Kalp ve Damar Cerrahisi	1	4
Göğüs Cerrahisi	1	4

Mart 2009 tarihi itibarı ile ülkemizde; üniversite hastanelerinin 51, SB'na 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 Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (SBEAH)'nde görev yapmaktadır (20) (Tablo 6). ABD'de, her yıl yaklaşık 1.000 genel cerrahi asistanı eğitimini tamamlayarak uzman olmaktadır (21). Türkiye'de bu rakam yaklaşık 200'dür. Bu rakam hem ABD'de hem de Türkiye'de son yıllarda sabit kalmaktadır.

Tablo 6. Türkiye’de genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren kurumlar ve 2009 yılı uzmanlık öğrencisi sayıları

Kurum Adı (n)	Uzmanlık Öğrencisi (n)	Toplam (n)
Üniversite Hastaneleri (51)		625
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	45	
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	32	
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	28	
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	27	
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	25	
19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	21	
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi	20	
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi	19	
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	18	
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	18	
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	17	
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	17	
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	16	
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	16	
GATA Askeri Tıp Fakültesi Ankara	16	
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi	15	
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi	15	
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi	15	
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	14	
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi	14	
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	14	
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	13	
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	13	
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	12	
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi	12	
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi	12	
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi	10	
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi	10	
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi	10	
GATA Askeri Tıp Fakültesi İstanbul Haydarpaşa	10	
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi	9	
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	9	
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi	8	
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	8	
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	8	
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi	7	
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	7	
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi	6	
Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi	6	
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi	6	
Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi	5	
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi	5	
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	4	
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	4	
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	
İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	
18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi-Çanakkale	1	
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi	0	
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi	0	

Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (Eğitim ve Araştırma Hastanesi - 26, Cerrahi Servisi -72)		380
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	39	
1.Cerrahi Servisi	6	
2.Cerrahi Servisi	5	
3.Cerrahi Servisi	5	
4.Cerrahi Servisi	5	
5.Cerrahi Servisi	8	
6.Cerrahi Servisi	5	
7.Cerrahi Servisi	5	
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30	
1.Cerrahi Servisi	6	
2.Cerrahi Servisi	6	
3.Cerrahi Servisi	6	
4.Cerrahi Servisi	6	
5.Cerrahi Servisi	6	
İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	31	
1.Cerrahi Servisi	6	
2.Cerrahi Servisi	7	
3.Cerrahi Servisi	6	
4.Cerrahi Servisi	6	
5.Cerrahi Servisi	6	
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*	25	
1.Cerrahi Servisi		
2.Cerrahi Servisi		
3.Cerrahi Servisi		
4.Cerrahi Servisi		
Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi*	24	
1.Cerrahi Servisi		
2.Cerrahi Servisi		
3.Cerrahi Servisi		
4.Cerrahi Servisi		
5.Cerrahi Servisi		
İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	22	
1.Cerrahi Servisi	8	
2.Cerrahi Servisi	-	
3.Cerrahi Servisi	5	
4.Cerrahi Servisi	5	
5.Cerrahi Servisi	7	
İstanbul Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi*	20	
1.Cerrahi Servisi		
2.Cerrahi Servisi		
İstanbul Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi*	20	
1.Cerrahi Servisi		
2.Cerrahi Servisi		
3.Cerrahi Servisi		
İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	18	
1.Cerrahi Servisi	7	
2.Cerrahi Servisi	5	
3.Cerrahi Servisi	6	
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	18	
1.Cerrahi Servisi	5	
2.Cerrahi Servisi	6	
3.Cerrahi Servisi	7	
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi *	17	
1.Cerrahi Servisi		
2.Cerrahi Servisi		
3.Cerrahi Servisi (Kapalı)		
4.Cerrahi Servisi		
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi*	16	
1.Cerrahi Servisi		
2.Cerrahi Servisi		
3.Cerrahi Servisi		

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*	16	
1.Cerrahi Servisi		
2.Cerrahi Servisi		
3.Cerrahi Servisi		
Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi*	15	
1.Cerrahi Servisi		
2.Cerrahi Servisi		
3.Cerrahi Servisi		
İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	13	
1.Cerrahi Servisi (Kapalı)	-	
2.Cerrahi Servisi	6	
3.Cerrahi Servisi	3	
4.Cerrahi Servisi	4	
İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	11	
1.Cerrahi Servisi	5	
2.Cerrahi Servisi	6	
İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10	
Cerrahi Servisi		
İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi	8	
Cerrahi Servisi		
İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi	7	
1.Cerrahi Servisi	4	
2.Cerrahi Servisi	3	
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5	
Cerrahi Servisi		
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4	
Cerrahi Servisi		
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	3	
Cerrahi Servisi		
Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi	3	
Cerrahi Servisi		
Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	3	
Cerrahi Servisi		
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2	
Cerrahi Servisi		
Bayrampaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	0	
Cerrahi Servisi		
Uzmanlık Eğitimi Verilen Tüm Kurumlar	1005	
*Hastanedeki genel cerrahi kliniklerine ait uzmanlık öğrencisi sayıları ayrıntıları ile elde edilememiş, toplam sayı olarak belirtilmiştir.		

Genel cerrahide yandallaşma eğilimi

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (“European Union of Medical Specialists”- UEMS), tüm cerrahi branşlar için cerrahi eğitimin, genel cerrahi ortak gövde (“common trunk”) eğitiminden sonra belli başlı alanlara ayrılmasını öngörür. UEMS, ortak gövde eğitimini savunur; genel cerrahi çekirdeği etrafında diğer cerrahi uzmanlık alanlarının ortak bir şemsiye altında ve birbiri ile yakın ilişki içinde olması gerekliliğini vurgular. Birleşik Krallık ve pek çok Avrupa ülkesinde cerrahi branşlarda uzmanlık eğitimi ortak gövde (“common trunk”) ile verilmektedir (22). Yakın zamanda Slovenya, Finlandiya ve İspanya bu yönde karar almıştır. Travmatoloji ve travma cerrahisi Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Slovenya, İspanya ve İsviçre’de ayrı bir uzmanlık dalıdır. Fransa ve Finlandiya’da ise ortopedi ile birlikte uzmanlık dalı halindedir. Hırvatistan’da yan daldır (23). Ülkemizde ABD, Birleşik Krallık ve bazı Avrupa ülkelerinden farklı olarak genel cerrahi ortak gövde (“common trunk”) eğitimi söz konusu değildir. Tüm cerrahi branşlar ayrı ayrı uzmanlık öğrencisi almaktadırlar. Bu nedenle ve genel cerrahi yan dal olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle Türkiye’de genel cerrahiden alan olarak

kopma olmamaktadır. Türkiye’de 2009 yılı itibarı ile yan dal uzmanlık eğitimi yapanların sayısı yalnızca 18’dir. TCD 2009 yılında genel cerrahide yan dallar ile ilgili tutum belirlemiş ve “... Genel cerrahide bilimsel niteliğin artırılması, dünya standartlarının yakalanması, ilerlemeye açık bir sistem oluşturulması ve topluma sunulan cerrahi hizmetin niteliklerinin artırılması amaçları için yan dalların bazı olanaklar sunmaktadır. Ancak, kontrolsüz bir yan dalların ülkemizde yıllar sonra genel cerrah açığı sorununa ve topluma sunulan genel cerrahi sağlık hizmetinde aksamlara yol açabilir. Öncelikle yapılması gereken hâlihazırda verilen genel cerrahi eğitiminin ülke çapında standartizasyonuna ve iyileştirme çalışmalarına hız vermektir...” şeklinde bir uyarıda bulunmuştur (24). ABD’de genel cerrahların yaklaşık % 70’i yan dallara geçmektedir. Bu ülkede bu nedenle ciddi boyutta genel cerrahi uzmanı açığı ortaya çıkmıştır. TCD’nin yan dal raporu ABD, Avrupa Birliği ve Türkiye sistemlerine ayrıntılarıyla yer vermektedir (24,25).

Sağlık sisteminde genel cerrahın yeri

Genel cerrahi uzmanlarının karşıladıkları cerrahi iş yükünün niteliği ülkeden ülkeye değişmektedir. Örneğin Birleşik Krallık gibi bazı ülkelerde kardiyovasküler cerrahi ve pediatrik cerrahi, Almanya gibi bazı ülkelerde ise travmatoloji bir ölçüde genel cerrahi uzmanları tarafından karşılanırken, ülkemizde durum böyle değildir. Ülkemizde, cerrahi alanında genel cerrahinin içinden ayrılarak günümüzde tamamen ayrı uzmanlık dalları haline gelmiş dokuz alan mevcuttur: Beyin ve sinir cerrahisi, çocuk cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi, kulak, burun ve boğaz hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, göğüs cerrahisi, göz hastalıkları ile kadın hastalıkları ve doğum. Genel cerrahi alanı ise ağırlıklı, üst gastrointestinal cerrahi, hepatopankreatikobiliyer cerrahi, meme cerrahisi, endokrin cerrahisi, kolorektal cerrahi, transplantasyon cerrahisi ve periferik vasküler cerrahi alanlarından oluşmaktadır. Genel cerrahi uzmanları acil cerrahi ve travma, cerrahi yoğun bakım hizmeti de vermektedirler. Pek çok ülkenin aksine ülkemizde pediatrik cerrahi, vasküler cerrahi kendi uzmanlık alanlarını uzun yıllar önce kurarak genel cerrahiden ayrılmış durumdadır.

Ülkeler arasında tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi eğitim süresi, genel cerrahi uzmanlık eğitimi süresi ve buna bağlı olarak ortalama genel cerrahi uzmanı olma yaşı ve aktif cerrah olarak çalışma süresi farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitim süresi beş yıldır. ABD’de en az beş yıl olmakla birlikte, genellikle daha uzun sürede verilmektedir (26). Avrupa da genel cerrahi eğitimi 4–6 yıl sürmektedir (27) Avustralya ve Yeni Zelanda’da en kısa cerrahi uzmanlık eğitimi süresi altı yıldır, bazen sekiz yıla uzamaktadır (28) ABD’de genel cerrahi uzmanlarının mesleği bırakma yaşı ortalama 63, Birleşik Krallık için 60’tır (29,30). Ülkemizde cerrahlar için resmi emeklilik yaşı bütün kamu çalışanlarında olduğu gibi 65’tir. Ülkemizde, genel cerrahi uzmanı olarak 32-35 yaşlarında çalışmaya başlanmaktadır. Genel cerrahi uzmanı olarak aktif çalışma süresi, yaklaşık 25-30 yıldır.

Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu çalışmaları

Ülkemizde Genel Cerrahi uzmanlık eğitimi sonrasında girilmesi şart olmayan ama özendirilen “Cerrahi Yeterlik Sınavı” TCD tarafından yaklaşık on yıldır uygulanmaktadır. Cerrahi yeterlik sınavını ülkedeki cerrahların büyük çoğunluğunun üye olduğu TCD’nin özerk kuruluşu olan Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu (TCYK) yapmaktadır (31). TCYK’nın temel hedefi, genel cerrahi eğitiminin 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 Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) yayımlanmıştır (Şekil 4) (32).



Şekil 4. Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Programı kapağı

ÇEP genel cerrahi uzmanlık eğitimi ile ulaşılmaması gereken bilgi ve becerileri içermektedir. ÇEP kadar önemli diğer bir konu da ameliyat çeşitleri ve en az yapılması gereken sayılarının saptanmasıdır. Bu amaçla tüm eğitim süreci içinde en az yapılması beklenen cerrahi girişimlerin neler olduğu, sayıları ve ilgili kıdem düzeyi listesi yayınlanmıştır (33) (Tablo 7).

Tablo 7. Ameliyat listesi		
	ÖNGÖRÜLEN	
	GRUBU*	EN AZ ADET
GENEL GİRİŞİMLER		
Anaskopi – Rektoskopi	A	
Sigmoidoskopi (rijit)	B-A	
Sigmoidoskopi (fleksibile)	C	
Kolonoskopi	C	
Özefagogastroskopi	C	
Rektal polip eksizyonu (anal yolla)	C	
Abse ve hematoma drenajı	A	
Hemoroidde lastik band ligasyonu	B	
Deri, Deri-altı kist ve tümörlerin çıkarılması	A	
Lenf bezi biopsisi	A	
Kas biopsisi	A	
Torasentez, parasentez	A	
Tüp torakostomi	A	
Torakotomi	C	
Perkütan trakeotomi	A-B	
Santral ven kateterizasyonu (Periferik venden)	A	
Santral ven kateterizasyonu (Juguler & subklavyen venden)	A-B	

Pulmoner kateterizasyon(SG)	B-C	
Arteriyel katater takılması	A	
A-V fistül	C	
Periton diyaliz kateter yerleştirilmesi	B	
Hemodializ kateter yerleştirme	B	
Periton lavajı	A	
Periferik damar embolektomisi	B-C	
Aorta iliak-femoral bypass	C	
Varis ameliyatları	B-C	
Diğer(belirtiniz)		
Travmatik diafragma rüptürü onarımı	C	
Dalak yaralanmasında primer sütür + splenorafi	C	
Dalak yaralanmasında splenektomi	B-C	
Karaciğer yaralanmalarında primer sütür	B-C	
Karaciğer yaralanmalarında "packing"	C	
Karaciğer yaralanmalarında rezeksiyon	C	
Major damar yaralanması (v.cava-v.porta-v. renal.vs) onarımı	C	
Pankreas yaralanmaları - subtotal pankreatektomi	C	
Pankreas yaralanmaları – stür-drenaj	C	
Kolon yaralanmaları primer stür	B-C	
Kolon yaralanmaları rezeksiyon + ostomi /Hartman girişimi	C	
Duodenum yaralanması primer stür	C	
Duodenum yaralanması tüp düdedonostomi	C	
Böbrek yaralanması-nefrektomi	C	
Deri grefti	B	
Yara eksplorasyonu	A-B	
Ekstremitte amputasyonları Diğer(belirtiniz)	B	
Meme Biyopsisi	A	
Meme absesi drenajı	A	
<i>Subkutan Mastektomi</i>	B	
<i>Basit Mastektomi</i>	B	
<i>Modifiye Radikal Mastektomi</i>	C	
<i>Aksilla diseksiyonu</i>	B	
Lumpektomi	B	
<i>Lumpektomi + Aksilla diseksiyonu</i>	B	
Diğer (belirtiniz)		
Tiroglosseal duktus kisti eksizyonu	B	
<i>Unilateral subtotal tiroidektomi</i>	B	
<i>Total lobektomi</i>	B	
<i>Bilateral subtotal tiroidektomi</i>	B	
<i>Totale yakın tiroidektomi</i>	B	
<i>Total tiroidektomi</i>	C	

<i>Total tiroidektomi + Modifiye radikal boyun disseksiyonu</i>	C	
<i>Modifiye radikal boyun disseksiyonu</i>	C	
<i>Paratiroidektomi</i>	C	
<i>Surrenalektomi</i>	C	
<i>Diğer (belirtiniz)</i>		
<i>Özofageal divertikülektomi</i>	C	
<i>Distal özofajektomi + özofagogastrostomi</i>	C	
<i>Total özofajektomi (transhiatal)</i>	C	
<i>Total özofajektomi (interpozisyon)</i>	C	
<i>Özofagus perforasyonu operasyonları</i>	C	
<i>Özofageal "bypass" işlemleri</i>	C	
<i>Diyafragma evantrasyon düzeltilmesi</i>	C	
<i>Diafragma Hernisi (Bochdalek-Morgagni) onarımları</i>	C	
<i>Antireflü girişimleri (açık)</i>	B-C	
<i>Antireflü girişimleri (laparoskopik)</i>	C	
<i>Diğer (belirtiniz)</i>		
<i>Yüksek selektif vagotomi</i>	C	
<i>Selektif vagotomi + Antrektomi</i>	C	
<i>Selektif vagotomi + Gastroenterostomi</i>	C	
<i>Selektif vagotomi + Pilonpilasti</i>	C	
<i>Trunkal vagotomi + antrektomi (Billroth-II)</i>	B-C	
<i>Trunkal vagotomi + antrektomi (Billroth-I)</i>	C	
<i>Trunkal vagotomi + Gastroenterostomi (TV + GE)</i>	B	
<i>Trunkal vagotomi + Pilonpilasti</i>	B	
<i>Trunkal vagotomi + Gastroduodenostomi</i>	C	
<i>Subtotal gastrektomi + Gastrojejunostomi</i>	C	
<i>Total Gastrektomi + Roux-Y Özofagojejunostomi</i>	C	
<i>Gastrostomi</i>	A-B	
<i>Mide wedge rezeksiyonu</i>	A-B	
<i>Mideden bezoar veya yabancı cisim çıkarılması</i>	B	
<i>Gastroenterostomi</i>	B-A	
<i>Reverse loop ya da Roux-Y düzeltici ameliyatlar</i>	C	
<i>Perforasyon onarımı + omentoplasti</i>	A-B	
<i>Perforasyon onarımı + omentoplasti + TV + GE</i>	B-C	
<i>Duodenoenterostomi</i>	B	
<i>Duodenumdan lokal tümör (divertikül vs..) eksizyonu</i>	C	
<i>Tüp duodenostomi</i>	C	
<i>Diğer (belirtiniz)</i>		
<i>Enteroenterostomi (ince barsak rezeksiyonu olmaksızın)</i>	B-C	
<i>Striktüropilasti</i>	C	
<i>Segmenter ince barsak rezeksiyonu + anastomoz</i>	B	
<i>Subtotal ince barsak rezeksiyonu + ostomi</i>	C	

<i>İleostomi açılması</i>	B	
<i>İleostomi kapatılması</i>	B	
<i>Brid ileusda laparotomi + bridektomi</i>	B-C	
<i>İnvaginasyon redüksiyonu</i>	B-C	
<i>Gastrointestinal fistül ameliyatları</i>	C	
<i>Mezenterik damar girişimleri (embolektomi vs) + İB rezeksiyonu</i>	C	
<i>Divertikülektomi</i>	B-C	
<i>Diğer (belirtiniz)</i>		
<i>Kolostomi açılması</i>	B-C	
<i>Kolostomi kapatılması (Hartmann hariç)</i>	B-C	
<i>İleo (jejuno)kolostomiler</i>	C	
<i>Kolon perforasyonuna primer sütür</i>	B-C	
<i>Sağ hemikolektomi</i>	C	
<i>Sol hemikolektomi</i>	C	
<i>Anterior rezeksiyon</i>	C	
<i>Alçak anterior rezeksiyon</i>	C	
<i>Segmenter kolon rezeksiyonu</i>	B-C	
<i>Segmenter kolon rezeksiyonu + koloanal anastomoz</i>	C	
<i>Hartman girişimi</i>	C	
<i>Hartmann kapatılması</i>	C	
<i>Abdominoperineal rezeksiyon</i>	C	
<i>Total kolektomi + terminal ileostomi</i>	C	
<i>Total kolektomi + ileorektal anastomoz</i>	C	
<i>Total kolektomi + ileal poş-anal anastomoz</i>	C	
<i>Subtotal kolektomi + ileorektal anastomoz</i>	C	
<i>Rektal prolapsus için abdominal ameliyatlar</i>	C	
<i>Pelvik ekzantrasyon</i>	C	
<i>Diğer (belirtiniz)</i>		
<i>Rektal prolapsus için perineal ameliyatlar</i>	C	
<i>İnkontinens için sfinkter girişimleri</i>	C	
<i>Grasiloplasti</i>	C	
<i>Anorektal abse drenajı</i>	A	
<i>Anorektal fissür ameliyatları</i>	B-A	
<i>Hemoroidektomi</i>	B-C	
<i>Anal fistül ameliyatları</i>	B-C	
<i>Rektovaginal fistül onarımı</i>	C	
<i>Sinüs pilonidalis ameliyatları</i>	A-B	
<i>Anal ve perineal lezyonların geniş - lokal eksizyonu</i>	B	
<i>Diğer (belirtiniz)</i>		
<i>Evreleme laparotomisi</i>	C	
<i>Karın duvarı tümörleri için girişim</i>	C	
<i>Eksploratris laparotomi</i>	A-B	

Laparotomi + organ biyopsisi	A-B	
Evisserasyon, evantrasyon düzeltilmesi	B-C	
Laparoskopi –Diagnostik	B-C	
Omentum torsiyonu ameliyatları	B-C	
<i>Peritoneal veya mezenterik tümör, kist eksizyonu</i>	C	
<i>İntraabdominal abse drenajı</i>	C	
<i>Laparostomi girişimleri</i>	C	
<i>Retroperitoneal tümör operasyonları</i>	C	
<i>Retroperitoneal lenf bezi disseksiyonu (periaortik-pelvik)</i>	C	
Diğer(belirtiniz)		
İnguinal herni onarımı	A	
Femoral herni onarımı	B-A	
İnguinal herni onarımı (laparoskopik)	B-C	
Femoral herni onarımı (laparoskopik)	B-C	
Kann duvarı hernileri onarımları	B	
Diğer(belirtiniz)		
Karaciğer absesi drenajı (laparotomi ile)	C	
<i>Segmentektomi</i>	C	
<i>Lobektomi</i>	C	
“Wedge” rezeksiyon	B-C	
<i>Kist hidatik girişimleri</i>	B-C	
<i>Kolesistektomi +/- kolanjiografi</i>	B-C	
Kolesistektomi +/- kolanjiografi (laparoskopik)	B-C	
Kolesistostomi	C	
Kolesistoenterostomi	C	
Koledok eksplorasyonu	C	
Koledokoenterostomi	C	
Koledokotomi-sfinkterotomi veya sfinkteroplasti	C	
Hepatikojejunostomi	C	
<i>Özofagus varis kanaması operasyonu</i>	C	
<i>Asitte peritoneovenöz şant uygulaması</i>	C	
Diğer(belirtiniz)		
<i>Akut pankreatitte debridman lavaj ve drenaj</i>	C	
<i>Pankreas kistlerine girişim</i>	C	
Distal pankreatektomi	C	
Whipple ameliyatı	C	
Total pankreatektomi	C	
Pankreas adenomlarında total eksizyon, enükleasyon	C	
Kronik pankreatitte pankretikojejunostomi	C	
Parsiyel splenektomi	C	
Splenektomi-elektif (açık)	B-C	

<i>Splenektomi –elektif (laparoskopik)</i>	C	
Diğer(belirtiniz)		
<i>Periferik damar embolektomisi</i>	B-C	
<i>Aorta iliak-femoral bypass</i>	C	
Varis ameliyatlari	B-C	
Diğer(belirtiniz)		
<i>Travmatik diafragma rüptürü onarımı</i>	C	
<i>Dalak yaralanmasında primer sütür + splenorafi</i>	C	
<i>Dalak yaralanmasında splenektomi</i>	B-C	
<i>Karaciğer yaralanmalarında primer sütür</i>	B-C	
<i>Karaciğer yaralanmalarında “packing”</i>	C	
<i>Karaciğer yaralanmalarında rezeksiyon</i>	C	
<i>Major damar yaralanması (v.cava-v.porta-v. renal.vs) onarımı</i>	C	
<i>Pankreas yaralanmaları - subtotal pankreatektomi</i>	C	
<i>Pankreas yaralanmaları – stür-drenaj</i>	C	
<i>Kolon yaralanmaları primer stür</i>	B-C	
<i>Kolon yaralanmaları rezeksiyon + ostomi /Hartman girişimi</i>	C	
<i>Duodenum yaralanması primer stür</i>	C	
<i>Duodenum yaralanması tüp düedonostomi</i>	C	
<i>Böbrek yaralanması-nefrektomi</i>	C	
Diğer(belirtiniz)		

*Ameliyat Grupları: A: 1.-2. yılda yapılacak ameliyatlari B: 3. yılda yapılacak ameliyatlari C: 4. ve/veya 5. yılda yapılacak ameliyatlari

Not: 1) Majör olarak nitelendirilen ameliyatlari italik yazılmıştır. 2) 150'si majör olmak kaydıyla toplam 350 ameliyatın asistanlık eğitimi sırasında yapılmış olması gerekmektedir

Yeterlik sınavları yazılı ve sözlü; iki aşamada gerçekleştirilmektedir. Yazılı sınavlara, genel cerrahi dalında uzmanlığını almış kişiler veya son yıl asistanları girmektedirler. Ağustos 2009 tarihine kadar yapılan yazılı sınavlara toplam 655 aday girmiş ve bunlardan %51'i başarılı olmuştur. Bu sınavda başarılı olanlar sözlü sınava girmeye hak kazanmaktadır. Sözlü sınavlar, adayın klinik uygulama ve hastaya yaklaşım becerilerini ölçecek biçimde düzenlenmekte ve yılda bir kez gerçekleştirilmektedir. Bu sınava yazılı sınavda başarılı olan, Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne uygun olarak genel cerrahi eğitim süresini ve rotasyonlarını tamamlamış ve uzmanlık belgesi almış olan, eksiksiz/doğru bir şekilde doldurulmuş ve eğiticileri tarafından onaylanmış asistan karnelerini ibraz edenler girebilirler. NÖKS tipi sözlü sınavda, oluşturulan jüri ile adayın klinik problem çözmeye yönelik beceri ve tutum özelliklerinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Sınavda başarılı olan adaylara “Türk Cerrahi Yeterlik Belgesi” verilir (Şekil 5). Bu belge 10 yıl için geçerlidir. Şimdiye kadar yedi kez yapılan bu sözlü sınava toplam 135 aday girmiş ve bunların 112'si (%83) başarılı olarak Türk Cerrahi Yeterlik Belgesi almışlardır (34). Genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren kurumların akreditasyon çalışmaları yeni başlamıştır. Bu güne kadar altı cerrahi kliniği başvurmuştur. İlk kurum ziyareti 12 Kasım 2007 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabil Dalı (AD)'na gerçekleştirilmiştir. 23 Ocak 2008 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD'ye “Kurum Uzmanlık Eğitimi Yeterlik Belgesi” verilmiştir (Şekil 6). Bundan sonra, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD akredite edilmiştir (34).



Şekil 5. Türk Cerrahi Yeterlik Belgesi



Şekil 6. TCYK Kurum Uzmanlık Eğitimi Yeterlik Belgesi

Genel cerrahi uzmanlık alanında güncel eğilimler

Günümüzde çok daha az sayıda hekimin genel cerrahi uzmanlığını tercih etmesi pek çok ülkede karşılaşılan yaygın bir sorundur (35). Özellikle ABD’de genel cerrahi uzmanlığı verecek kadrolara yeterli başvuru olmamaktadır. Bunda hekimlerin daha kontrollü yaşam biçimini tercih etmeleri, genel cerrahide asistanların gelirlerinin düşük olması, genel cerrahi uzmanlarının gelirlerinin de diğer uzmanlık dallarına göre düşük olması ve 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 laparoskopik cerrahiye yönelmektedirler. Ek olarak, yetişen genel cerrahi uzmanlarının çok büyük bir kısmı yan dal uzmanlık alanlarına geçmektedir (35). Genel cerrahi uzmanlığına başvuru sayısı 1994 yılında 2009 iken, 2001 yılında 1500’e düşmüştür (36). Yeni kuşak hekimler genel cerrah olmayı daha az tercih etmektedir. 2008 yılı itibari ile genel cerrahi asistanlığına başladıktan sonra terkedendenlerin oranı % 14-32 gibi çok yüksek bir orandır (36). Cerrahlar arasında boşanma oranı (yaklaşık %33) diğer branşlara kıyasla oldukça yüksektir (en yüksek psikiyatri: % 50). Bu bile cerrahların yaşam biçiminin zorluğu hakkında bir veri olarak raporlarda yer almaktadır (37).

Tıp fakültelerinde öğrencilere sunulan ortam, ‘generalist’ genel cerrahlara yeterli değeri vermemekte ve genç hekimler ‘generalist’ olmaya özendirilmemektedirler. Asistanlık süresince uzun çalışma saatleri ve düşük ücretler de olumsuz nedenler arasındadır (38,39). Özellikle ABD’de genel cerrahi uzmanlık eğitimine başlayan hekimlerin önemli bir kısmının uzmanlık eğitimini yarıda bırakarak genel cerrahiye terk etmeleri; eğitimleri sırasında tercihlerini yeniden değerlendirip fikir değiştirmelerine, motivasyonlarını kaybetmelerine ve kişisel gereksinimlerinin karşılanmamasına bağlanmaktadır (37). Japonya’da da genel cerrahi uzmanlık alanını tercih etme oranı oldukça azalmıştır (40). Ülkemizde böyle bir durum ne iyi ki söz konusu değildir. İlan edilen genel cerrahi uzmanlık öğrenci kadroları boş kalmamakta ve bu alanı seçenlerin neredeyse tamamı uzman olmaktadır (41). Ancak, çalışma koşullarının zorluğu ve ücret düşüklüğü benzer olarak ülkemiz için de söz konusudur (41-44).

Kadın cerrahlar

Her mesleğe katıldıkları gibi kadınlar hekimlik mesleğine de ilgi duydular ve zaman içinde bir erkek mesleği olarak algılanan hekimlik değişti. 2010 yılında dünyadaki hekimlerin 1/3’ünün kadınlardan oluştuğu hesaplanmaktadır. Kadınların hekimlik mesleğine kenilerine özgü ve insancıl katkılarda buldukları pek çok

çalışma ile gösterilmiştir. Kadın hekimlere başvuran kadın hasta sayısı daha fazla olmaktadır. Bunun nedenleri arasında kadın hastaların erkek hastalara göre hekimin kendilerine yeterli zaman ayırmasını ve daha detaylı açıklamalar istemeleri ve kadın hekimlerin erkek meslektaşlarına göre hastalarıyla daha fazla zaman geçirmeleri sayılmaktadır. Kadın hekimlerin erkek meslektaşlarına göre hastalarına özellikle kadın hastalarına karşı daha fazla koruyucu sağlık hizmeti verdikleri gösterilmiştir (45). Kadın hekimlerin hem yetişkin hem de çocuk hastalarıyla farklı şekilde iletişim kurduğu, yaşam tarzı ve sosyal kaygılarla ilgili konularda daha çok konuştuğu ve hasta muayeneleri sırasında daha fazla ve daha açıklayıcı bilgi verdiği görülmüştür (46,47). Kadın hekimler erkek meslektaşlarına göre hastaların tıbbi konulardaki karar alma sürecine daha çok dahil olmaktadır (48).

ABD'de cerrahi branşlardaki kadın oranı 1989'da %2 iken, 2007'de bu oran %24'e yükselmiştir (49). Avusturya ve Yeni Zelanda için kadın cerrah oranı bir çalışmada 2009 yılı için %7 olarak belirtilmiştir. Şu anda eğitim alan genel cerrahi asistanlarının % 30'unun kadın olduğu saptanmıştır (50). Ülkemizde de kadın cerrahların sayısı her geçen gün artmaktadır. Günümüzde 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 ve asistanların değerlendirmesini içeren pek çok süreçte temel değişikliklerin yapılması gerekli hale gelmiştir (51). Genel cerrahi eğitiminde güncel gelişmeler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bazı yapısal reformları zorunlu kılmaktadır.

Genel cerrahi asistanlarının seçimi

Asistanların cerrahi eğitim programlarına seçilmeleri pek çok ülkede gelenekselleşmiş 15-20 dakikalık mülakatlardaki akademik başarılarına ve subjektif izlenimlere göre yapılmaktadır (52). Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimine giriş ise Eylül 1987'den itibaren merkezi bir sınavla gerçekleşmektedir. Yükseköğretim Kuruluna bağlı Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından gerçekleştirilen tıpta uzmanlık sınavı (TUS), kognitif bilgiyi çoktan seçmeli sorularla ölçmeye yönelik bir sınavdır. Yılda iki kez yaklaşık 12-13 bin hekim sınava girmekte, buna karşılık 750 - 800 kadro (ortalama 16 adaya 1 kadro) açılmaktadır. TUS öncesi asistan seçiminde yaşanan haksız ve kayırmacı uygulamalar göz önüne alındığında TUS, tıp eğitimi ortamına getirdiği adalet ilkesi ile çok olumlu bir etki yapmakla kalmamış aynı zamanda uzmanlık eğitimine alınan asistanların bilgi düzeylerinde de bir sıçramaya yol açmıştır. Ancak, bir yarışma sınavı olması nedeniyle mezuniyet öncesi tıp eğitimini olumsuz etkilemekte ve ölçme-değerlendirmeyi yalnızca kognitif bilginin bir kez ve çoktan seçmeli bir sınavın kısıtlılıklarına indirgemektedir (3). Akademik başarılar teorik bilgi birikimini yansıtmaktadır; ancak, bu başarılar adayın bilgiyi uyguladığını ya da uygulayabileceğini göstermemektedir (52). Günümüzde, ortaya çıkan minimal invaziv teknikler ve endoluminal tedaviler gibi yeni cerrahi yaklaşımlar, üstün psikomotor yetenekler gerektirmektedir. Bazı yeni çalışmalar bir grup asistanın yeterli eğitime rağmen bu yeteneklerin kazanamadıklarını göstermiştir (53,54). Yöntemin özelliklerine uygun alet seçimi gibi psikomotor testler ile asistan adaylarının önceden sınanması karmaşık ve çelişkili bir konudur. Yerleşik uzmanlık kriterlerini karşılayabilecek psikomotor yeteneklerin uygun eğitim müdahaleleriyle geliştirilip geliştirilemeyeceği konusunda da halen bir uzlaşma yoktur. Tüm bunlara rağmen asistanların çalışma sürelerini kısaltan yeni kurallar ve cerrahi girişimlerin giderek daha karmaşık hale gelmesi gibi sorunlar dikkate alındığında sistematik beceri testlerinin genel cerrahi asistanlığında bir eleme aracı olarak kullanılması yeniden düşünülmektedir (52). Bu testlerin

öngörülse geçerliliğini destekleyecek veriler henüz yeterli değilse de çalışmalar yakın gelecekte kanıta dayalı seçim süreci için temel oluşturabilirler (55).

Genel cerrahi eğitim modeli

Temel cerrahi eğitim modeli uzun yıllar değişmeden geçerli kalmıştır. Genel anlamda bu konservatif yaklaşım, birçok eğitim programının cerrahları iyi eğittiği şeklindeki algının bir yansımasıdır. Ancak, günümüzde eğitim ortamında ciddi değişiklikler söz konusudur: Avrupa Birliği ve ABD’de asistanların çalışma saatlerinde önemli kısıtlamalar gerçekleştirilmiştir. Tıbbi hatalara karşı giderek daha az hoşgörü gösterilmektedir. Asistanlara verilen bağımsız rol giderek azalmaktadır. Her geçen gün zorlaşan ve karmaşık hale gelen teknolojik değişiklikler ve hasta güvenliğine odaklanılması cerrahi eğitimini güçleştiren güncel faktörlerdir (52). Tüm bu gelişmeler genel cerrahi eğitim modelinde köklü değişiklikler gerçekleştirilmesini gerekli kılmaktadır.

Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde çalışma saatleri

New York’ ta 1984 yılında Libby Zion isimli hastanın nöbet ertesi çalışmakta olan bir asistan hekimin 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 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 (icapçı 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 ilave altı saat olabilir) (56).

Asistanların çalışma saatleri düzenlemeleri ile ilgili düşünceleri karışık sonuçlar ortaya koymaktadır. Yakın tarihli bir derlemede, bu konuda yapılan çalışmalarda asistanların ameliyat sayılarının arttığı ya da azaldığı, eğitim değerlendirme sonuçlarının daha iyi olduğu veya aynı kaldığı gibi birbirinden tamamen farklı sonuçlar olduğu belirtilmiştir (57). Çok merkezli bir araştırmada, çalışma saatleri ile ilgili düzenlemeler yapıldıktan sonra asistan yorgunluğunun azalmasına bağlı olarak hasta bakımı kalitesinin artmasının sağlanmasına rağmen, bakımda devamlılık azaldığından dolayı hasta bakım kalitesinin azaldığı, asistanların eğitim deneyimlerinin azalabileceği ve çalışma saatlerin düzenlenmesinin en faydalı etkisinin asistanların yaşam kalitesine yansıyan olumluluklar olduğu belirtilmiştir. Hasta bakımı devamlılığındaki azalmaya bağlı olarak tıbbi hataların ortaya çıkıp çıkmayacağı ilerde araştırılması önerilmektedir (58).

ABD’de yapılan bir ankette asistanların çoğunluğu, çalışma koşullarının düzelmesi ve memnuniyetlerinin artmış olmasına rağmen sınırsız çalışma saatlerine geri dönmeyi istediklerini, rutin olarak haftada 80-100 saat aralığında çalışma saati düzenlemesini arzulamadıklarını belirtmişlerdir (59). Özellikle asistanlık süresinin son yıllarına yaklaşanlar, saat düzenlemelerinin eğitimleri için önemli bir engel olduğunu ve eğitimleri ile ilgili özel gereksinimleri karşılamak üzere çalışma saatlerini uzatmak konusunda esneklik tanınmasından memnun olacaklarını vurgulamışlardır. Asistanların yaklaşık olarak yarısı çalışma saatleri düzenlenmesinin eğitimlerine engel olduğuna ve ideal çalışma süresinin haftada 80 saatten fazla olmasına gerektiğine inanmaktadırlar. Bu çalışmada yazarlar, son yıl asistanlarının çalışma saatlerinin sınırlandırılmalarına esneklik getirilmesi önerilmiştir (59).

Bu bulgular, çalışma saati düzenlemeleri ile ilgili gittikçe büyüyen literatüre yeni bilgiler katmaktadır. Çalışmalar yeni düzenlemeler ile birlikte iletişim hatalarında artış, hasta bakımı devamlılığında azalma, hastalar ve sorumlu asistanlar arasındaki ilişkilerde bozulma ve asistanlar arasında vardiya yaklaşımının gelişmesine neden olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma saatlerinin düzenlenmesinden sonraki beş yılda hasta bakımının daha güvenli olduğu ile ilgili destekleyici veriler mevcut değildir. Ancak, kanıtlar cerrahi bakımın ve eğitimin kötüleştiğini göstermektedir. Uzman olmaları yaklaşan asistanlar pratik uygulamalar için yeterince hazırlanmadıklarına inanmaktadırlar (57,59).

Öte yandan çalışma saatleri düzenlemesi lehine çalışmalar da mevcuttur. Wisconsin Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre son zamanlarda programa devam eden asistan sayısında ve genel cerrahi asistanlığını seçen tıp öğrencilerinin genel kalitesinde artma gözlenmektedir. Yapılan yıllık değerlendirme sınav ("*The American Board of Surgery In-Training Examination*"- ABSITE -) puanlarında da artış olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmada asistanların ameliyat sayılarının azalmadığı ortaya çıkmıştır. Bu iyileşmeden çalışma saatlerinin düzenlenmesi ile hastanede geçen saatlerin azalmasına karşın asistanların işlerinin dışındaki ders çalışma zamanlarındaki artışın sorumlu olabileceği düşünülmüştür (60).

ACGME'nin çalışmalarının devamı niteliğinde "web" üzerinde 09 Ağustos 2010' a kadar yorumlara açılan ve bunlara göre son halini aldıktan sonra Temmuz 2011 de uygulanmaya başlanması planlanan bir taslak programda Tıp Enstitüsü tarafından asistan çalışma saatlerinin daha da kısıtlanmasını önerilmektedir. Bu ek kısıtlamalar özellikle aralıksız çalışma saatleri ile ilgilidir. Ayrıca, farklı uzmanlık alanları ve farklı eğitim yılları için çalışma saati düzenlemelerinin farklı olması gerektiği savunulmaktadır. Bu öneriler yeni standartlar olarak "web" üzerinden değerlendirilecek ve yorumlara göre son şeklini alacaktır (61). Çalışmaların sonuçlarına göre ilk sene asistanları diğer asistanlık senelerindeki kohortlardan daha uzun çalışmaktadırlar. Bilimsel kanıtlar yorgunluğun birinci sene asistanlarının yaptığı hata sıklığını etkilediğini göstermektedir (62). Planlanan taslak ilk sene asistanları için çalışma ve dinlenme sürelerinde yeni iyileştirmeler getirmektedir.

Avrupa Birliği'nde ise çalışma saatleri düzenlenmesi kademeli olarak haftada maksimum 48 saat, 45 saat ve nihayet 40 saat olarak azaltılmış durumdadır. Bu süre kısıtlamasının mevcut eğitim sistemleri üzerine baskı yarattığı açıktır. Çünkü aynı eğitim hedeflerine daha kısa sürede ulaşılması gerekmektedir. Uzmanlık eğitim programlarının toplam süresinin uzaması, ameliyat sayısı ve deneyimlerinin azalması ve cerrahi uzmanlığının daralması gibi ciddi endişeler mevcuttur. İngiltere'de 17 eğitim merkezinde yapılan bir çalışmada haftada 80 saat uygulamasının asistan eğitimine ne pozitif ne de negatif yönde bir etkisinin olmadığı rapor edilmiştir (56). Yeni uygulamaya başlanan 40 saat uygulaması ile ilgili bir anket çalışması yürütülmekte olup sonuçları beklenmektedir.

Pape ve Pfeifer, 2009 yılında çalışma saatleri ile ilgili bir metaanaliz yayınladılar (57). Buna göre çalışma saatleri düzenlemesi yaşam kalitesini ve iş ile ilgili memnuniyeti özellikle ilk sene asistanları için iyileştirmiştir. Karşıt olarak son sene asistanları yeni düzenlemeden daha az memnundurlar. Cerrah performansının kalitesini ölçmek için hem mevcut çalışmaların yetersiz olması hem de çalışmaların yöntemlerindeki istikrarsızlık düzenlemenin cerrahi eğitim üzerine etkisini tam olarak değerlendirmeye olanak vermemektedir. Çalışma saatlerindeki azalmanın ve asistanların daha az yorgun olmasının hasta güvenliğine etkisi ile ilgili kanıt bulunmamaktadır. Asistanların hasta bakım kalitesi ile ilgili yorumları negatif olsa da mortalite ve morbidite ile ilgili objektif çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Ayrıca memnuniyet, kalite ve hasta bakımındaki değişiklikler gibi konularda hasta araştırmaları henüz yapılmamıştır. Bu uygulamanın eğitim hastanelerindeki tıbbi hata ve komplikasyonlar üzerine etkileri de diğer araştırılması gereken başlıklar içindedir (57). 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 ülkelerde titizlikle uygulanmaktadır.

Almanya ise bu yasayı uygulayamamakta ve her yıl bu nedenle para cezası ödemektedir. Konu TCD'nin de katıldığı UEMS Section of Surgery 'de bu yıl iki kez gündeme alınmıştır. İlk toplantıda özellikle Birleşik Krallık temsilcisi tarafından asistanların çalışma saatlerini kısıtlayan bu yasal düzenlemeye uymakta oldukça zorlanıldığı; bu değişimin finansal bir yük getirmekle kalmayıp cerrahi asistanların eğitimini olumsuz etkilediği dile getirilmiştir. Bununla birlikte İskandinav ülkeleri ve Hollanda temsilcileri ise yasanın görece sorunsuz olarak uygulanmakta olduğunu belirtmişlerdir. Toplantıda Almanya'nın öncülüğünde yasal düzenlemenin değiştirilmesi için çalışmalar başlatılması ve bu konuda eldeki verilerin toplanmasına karar verilmiştir. 08 Mayıs 2010 tarihinde İzmir'de yapılan ikinci toplantıda ise İngiltere'de iki farklı asistan derneği tarafından yakın zaman önce gerçekleştirilen çalışmaların sonuçları değerlendirildi. Bu raporlarda haftada 45 saatin iyi bir genel cerrahi eğitimi için yetersiz olduğu ve ilgili yasal düzenlemenin değiştirilerek haftada 65 saat'e çıkarılması gerektiği ortaya konmuştu. "UEMS Section of Surgery", genel cerrahi asistanları için 60 saat/hafta çalışma saati fikrini benimsedi ve ilgili değişiklik için AB parlamentosu nezdinde girişimde bulunmaya karar verdi (63). Avrupa Birliği ülkeleri için UEMS Genel Cerrahi, 2010 yılında haftalık çalışma süresini 45 saatten 60 saate çıkarılmasını önerdi.

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 (65). Bu makalede uluslararası karşılaştırmalar yapıldıktan sonra uzun çalışma saatlerinin ve aşırı işyükünün asistan eğitimini olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. 2009 yılında yapılan ve bir üniversite cerrahi kliniğinin her kıdemdeki asistanlarının dahil edildiği başka bir çalışmada ise haftalık çalışma süresi ortalama 96 (81-108.5) saat ve ayda ortalama nöbet sayısı 7.29(4-10) olarak bulundu (66). Haftada uykuya ayrılan ortalama süre 36 (22-44) saat idi. Çalışmacılar asistanların ortalama haftalık çalışma sürelerinin AB yasal düzenlemesinin yaklaşık iki katından fazla olduğunu, asistanların teorik eğitimlerine klinikte ve mesai dışında ayrılan sürenin yetersiz olduğunu, asistanların dinlenme sürelerinin yetersiz olduğunu bildirdiler (65). 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.

Uzmanlık eğitimi süresi uzatılmalı mı?

ABD ve AB'de konu ile ilgili tartışmalarda, azalan çalışma saatlerini kompanse etmek üzere genel cerrahi uzmanlık eğitimi süresinin uzatılması gerçekçi bir öneri gibi görülmemektedir. Genel olarak, asistanların ortalama mezuniyet yaşı 33'tür ve yan dal uzmanlık eğitimine devam eden asistanlar için mesleğe başlama yaşı 35'e çıkmaktadır. Ülkemizde benzer biçimde genel cerrahi uzmanı olarak 32-35 yaşlarında çalışmaya başlanmaktadır. Uzmanlık eğitimi süresinin uzaması zaten uzun olan eğitimin daha da uzaması ve aktif çalışma yılının kısalması demektir.

Genel cerrahi eğitim programlarında değişim

Yapılandırılmış müfredat ve değerlendirme sistemi

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 (52). Çekirdek eğitim müfredatları, ders kitabı indeksine benzeyen, eğitim

amaçlarının peşpeşe sıralandığı uzun listeler halindedir. Ancak, bu amaçlarla müfredat planı ve uygulaması arasında bütünsel bir ilişki mevcut değildir (52). Ayrıca birçok klinikte asistan eğitimi oldukça katı hiyerarşik bir düzen içinde sürdürülmekte, bu durum yeni başlayan asistanların birçok sıradan ve eğitimleri ile doğrudan ilgisi olmayan görevleri yerine getirmelerine ve eğitim zamanının büyük bölümünün boşa harcanmasına neden olmaktadır (52). Bu bağlamda cerrahın eğitimine çok az katkısı olan hizmet bileşenlerini minimuma indirirken, eğitim fırsatlarını maksimuma çıkarmaya çalışarak tüm asistanlar açısından hizmet ile eğitimin dengelenmesi konusuna yeniden odaklanılmalıdır.

Öte yandan değerlendirme sistemi bir eğitim programının başarısı için en önemli bileşenlerden biridir. Genel cerrahide geleneksel olarak kanaat bildirme şeklinde uygulanmakta olan değerlendirme sistemi yetersizdir. Asistanların cerrahi girişim bilgisini ve teknik becerisini ölçmek için yeni ve kolay uygulanır değerlendirme sistemleri geliştirilmek üzere ilginç çalışmalar yapılmaktadır (66,67).

Yeni ve modern bir müfredat

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 anlamlı olarak iyileştirme potansiyeline sahiptir. Bu tip bir eğitim sisteminde bir sonraki eğitim seviyesine (üst kıdeme) 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 beceri kazanmaları ciddi biçimde artabilir.

Toronto Üniversitesi genel cerrahi eğitiminde dramatik değişiklikler yaratacak bir deneyime öncülük etmektedir. Toronto modeli, cerrahi eğitimi, amaçları müfredat programı ile bağlantılı olan bir modüler sistem içinde yapılandırmaktır. 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 (16).

Cerrahi eğitiminin temelinde kuşkusuz iyi tanımlanmış bir müfredat programı vardır. Ancak, eğitimcilerin 'gizli müfredat' olarak adlandırdıkları çok daha önemli bir müfredatın olduğu da bilinen bir gerçektir. Cerrahi eğitimde eğiticinin rol model işlevi çok etkili olmaktadır. Eğiticiler rol model işlevleri ile toplumsal olarak önemli bir sorumluluk taşıdıklarının bilincinde olmalıdırlar. Eğitim toplantılarında alçakgönüllülükle yer almak, hastanın tedavisinin her evresine aktif olarak katılmak, hastanın değerlerini ve beklentilerini ekiple tartışmak asistanlara çok güçlü mesajlar iletir (16).

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 (66). Simülasyon teknolojisi, cerrahi bilgi ve yeteneklerin kazanılmasında hayati bir rol oynamaktadır. Özellikle cerrahide iş üzerinde öğrenme görece organize değildir, öngörülemez, zaman kaybettirir ve pahalıdır. Öğrenme, müfredatın ihtiyaçlarına göre belirlenmemektedir; aksine klinikteki ihtiyaçlara ve mevcut fırsatlara bağlıdır. Değerlendirme zordur ve daha önemlisi hastanın güvenliği tehlikeye atılabilir. Öte yandan simülasyon ideale yakın bir öğrenme ortamı sunmaktadır. Asistanlar, süreci akıllı

süzgecinden geçirebilirler ve cerrahi aletlere alışabilirler (kognitif basamak), uygun motor davranışları geliştirebilirler ve işlemin sorunsuz şekilde sonuçlandırılacağı otonom sürece ulaşabilirler. Yapılan tekrarlarla, iyi bir performansa ulaşılır ve eğiticinin kılavuzluğuna duyulan gereksinim azalır (16).

Simulasyon teknolojisi ile cerrahi yetenekleri öğretme ve test etme yöntemlerinin kapsamlı biçimde değerlendirilmesi mümkün hale gelmiştir (68,69). Simulasyon asistan merkezlidir. Asistanın kendi hızında tekrarlanan uygulamalara imkân sağlar. Önemli bir özellik olarak bugün birçok simülasyon, asistanın performansının objektif olarak ve hemen değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Simulasyon olağandışı durumların kolaylıkla yaratılmasına olanak sağlamak ve asistanlar bunları herhangi bir zamanda tekrar tekrar uygulayabilmektedirler (16).

Araştırmalar sanal gerçeklik simülasyonunda harcanan bir saatin ameliyathanedeki iki saate karşılık geldiğini göstermiştir (transfer etkinlik oranı 2.28) (70). Ayrıca randomize çalışmalar sanal ortamda edinilen yeteneklerin ameliyathaneye taşınabildiğini göstermiştir (71,72). Bu yeni eğitim teknolojileri hasta güvenliğini tehlikeye atmadan daha kısa sürede, daha iyi cerrahlar yetiştirme potansiyeline sahip görünmektedir. Seymour ve ark., eğitim tipi konusunda kör olan gözlemciler tarafından gerçekleştirilen bir değerlendirmede, sanal gerçeklik ortamında eğitilen asistanların laparoskopik kolesistektomide geleneksel ortamda eğitilen asistanlardan daha az hata yaptığını gösterdiler (72). Bu sonuçlar başka çalışmacılar tarafından da tekrarlanmıştır (73-75). Simulasyon kullanarak beceri kazanma modülünün tasarlanması beş önemli basamak gerektirmektedir:

- Öğrenilecek yeteneğin tanımlanması,
- Bu yetenek için değerlerin standardize edilmesi,
- Uygun ölçütlerin kullanılması,
- Kriterlerin tanımlanması aracılığıyla istenen performans seviyelerinin belirlenmesi,
- Simülasyonun doğruluğunun değerlendirilmesi ve en önemlisi bu sürecin belirlenmiş bir müfredata dahil edilmesi.

Bugüne kadar bir dizi simülasyon geliştirilmiştir. Mekanik simülasyonlar en basit ve en ucuz olanlardır. Bağlantılı sanal gerçeklik ortamları olan veya olmayan bilgisayar-tabanlı simülasyonlar ise zorluk derecesini tanımlayabilirler ve performans konusunda hemen geribildirimde bulunabilirler. Hibrid simülasyonlar bu iki özelliği de barındırmaktadır ve görece gerçek senaryolar yaratmaktadır (16). Mekanik simülasyonlar, temel yeteneklerin kazanılması, aletlere alışkanlık kazanılması, bağlantıların uygun şekilde yerleştirilmesi ve sütür atma, entübasyon gibi temel becerilerin öğrenilmesi için idealdir.

Modern bilgisayar-tabanlı simülasyonlar temel yeteneklerin yanı sıra laparoskopik kolesistektomi, funduplikasyon, herni tamiri ve intestinal rezeksiyon gibi daha karmaşık ameliyatlara öğrenilmesi için uygun ortam hazırlamaktadır. Zorluk dereceleri ayarlanabilir, bazılarında normal anatomi modifikasyonları mümkündür. Bu simülasyonlarda, ameliyatta ne zaman bir değişiklik yapılması gerektiği, bu kararın nedenleri gibi muhakemeyle ilgili konular da dikkate alınmaktadır. Hibrid simülasyonlar ortamın gerçekliğine eklenen fiziksel bir çerçeve sunmaktadır. Asistanlara üst ve alt gastrointestinal endoskopi, meme ve abdominal sonografi gibi çok sayıda farklı işlemi öğrenme imkânı sağlarlar. Bazı hibrid simülasyonlar cerrahi ve kritik hasta bakımında kardiyak, respiratuar, vasküler ve fizyolojik reaksiyonları ve tedavilere karşı random veya spesifik olarak planlanmış fizyolojik ve patolojik reaksiyonları taklit etme yeteneğine sahiptir (16).

Ericsson ve Reznick, ustalık seviyesine ulaşmanın olağanüstü yetenekli olmakla eşdeğer olduğu şeklindeki geleneksel görüşe karşı çıkarak, bunun yerine olağandışı yeteneklerin kazanılmasında yapılan tekrarların önemini vurgulamışlardır (51,76). Beceri merkezlerinde rahat ortamın öğrenmeyi artırdığını ve ameliyathanedeki aşırı gerilimli ortamın anksiyete oluşturarak motor öğrenmeyi inhibe ettiğini belirtmişlerdir. Atletler, müzisyenler ve cerrahlarda pratik yapmanın ustalığın sürdürülmesinde kritik öneme haiz olduğuna inanmaktadırlar (51,76).

Zamana dayalı eğitime karşı beceriye dayalı eğitim

Cerrahi eğitimde zamana dayalı geleneksel yaklaşım tüm asistanların aynı hızla öğrendikleri varsayımına dayanır. Bir asistanı belli bir zaman için eğitim ortamında tutarsanız kendiliğinden istenilen bilgi ve becerileri edineceği ön görülür. Günümüzde bu anlayışın doğru olmadığını gösteren kanıtlar ortaya çıkmıştır (53,54). Zamana dayalı modeli yerine, eğitim süresinden ziyade yeterliliğin ortaya konması hatta bunun belgelendirilmesi anlayışını içeren sonuca ya da yeterliliğe dayalı bir eğitim sistemine geçilmesi önerilmektedir (52). Sonuca ya da yeterliliğe dayalı eğitim programlarında asistanlardan beklenen beceriler açıkça tanımlanmalı ve bu becerilerin eğitim süreci boyunca nasıl değerlendirileceği konusunda geçerli ölçütler sunulmalıdır (77,78). Tüm beceriler objektif olarak değerlendirilmeli ve uzman olmadan önce her asistan tarafından edinildiği ortaya konmalıdır.

Performans ölçümü

Günümüzde doğru ve güvenilir bir performans ölçümü geliştirmek üzere cesur çabalar olduğunu görmekteyiz. Ameliyathanede performans değerlendirmesi ile ilgili güçlükler nedeniyle Reznick ve ark., asistanların standardize cerrahi işlemleri yerine getirdiği cansız bir model kullanarak teknik yetenekler konusunda objektif yapısal bir değerlendirme sistemi geliştirdi (79). Bir başka çalışmada, beş farklı ülkeden 200 cerrah ve asistanın laparoskopik cerrahi performanslarını değerlendirmek ve eğitim seviyeleri arasındaki farkları güvenilir bir şekilde ayırt edebilmek üzere cansız bir sistem başarı ile kullanıldı (75). Sonuçlar intraoperatif değerlendirmelerle uyumlu bulunmuştur. Chang tarafından geliştirilen ve "Blue Dragon" adı verilen aygıtı kullanarak teknik performans ölçümü yapılabilmektedir (80). Blue Dragon'un kolları sürekli kullanılan aygıtlara bağlanabilmekte ve özel olarak tasarlanan sensörler aracılığıyla cerrah tarafından aygıtı uygulanan güçler ve kuvvet momenti ölçülebilmektedir. Dutta ve ark., simulatörler ile simülasyon arasındaki farka dikkat çeken makalelerinde mevcut yaklaşımla karşılaştırıldığında yeterlilik-temelli müfredatın bir parçası olan simülasyonun etkin bir pedagojik strateji olduğunu vurgulamışlardır (81).

Simülasyon sistemleri asistanlara sadece beceri öğretmek için yararlı bir ortam sağlamakla kalmayıp aynı zamanda performansı değerlendirmek için de mükemmel bir imkan sunduğundan simülasyon sistemlerini cerrahi eğitim programına doğru bir şekilde entegre etmek üzere Washington Üniversitesi'nde özel bir strateji geliştirildi. 'Cerrahi ve Girişimsel Simülasyon Enstitüsü' kuruldu. Simulatörler için bir müfredat hazırlandı ve bu müfredat asistan eğitimine entegre edildi. Asistanlık programında formel asistan eğitimi dışında özel zaman dilimleri oluşturuldu ve asistanların bu zamanı başlıca teknik ve psikomotor yetenekleri kazanmak üzere harcaması planlandı.

Literatürde simülasyon çalışmaları ile ilgili bir derleme yazısı bulunmaktadır. Sutherland ve ark., tarafından cerrahi simülasyonun önemini konu alan bir dizi randomize çalışmayı içeren bu incelemede cerrahi eğitiminde simülasyonun geçerliliğine dair çeşitli özellikleri analiz edilmiş ve 760 katılımcıyı içeren 30 yayın incelenmiştir (82). Her ne kadar birçok makalenin sonuçları eğitimde simülasyonun rolünü doğruladıysa da çalışmaların çoğunda katılımcı sayısı düşük, kontrol kolu iyi tanımlanmamış ve sonuçların ölçümü uygun bulunmamıştır (82). Simülasyonun yukarıda sözü edilen bunca yararına rağmen henüz yaygın bir kabul görmesinin önünde alışkanlık eksikliği ve maliyet gibi çeşitli engeller vardır.

Amerikan Cerrahlar Koleji cerrahi eğitimin gelişimi ve düzenlenmesinde simulatörlerin aktif rol alması gerektiğini vurgulamaktadır (83). Amerikan Cerrahlar Koleji'nin yakın dönem hedefi, beceri merkezlerinin standartlarının tanımlanması, sadece asistanların değil, tüm cerrahların eğitiminde simülasyon kullanımının artırılmasıdır.

II. Bölüm

TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi Bulgular ve İrdeleme



Anket Hakkında

Teorik olarak uzmanlık eğitimi, asistana rehberlik ve gözetim altında sunulan organize bir eğitim programıdır. Tıpta uzmanlık eğitimi lisansüstü eğitimleri içinde en pahalı ve en karmaşık eğitim programlarından biridir. Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili başta finansman yetersizliği, ilgili yasal mevzuatın eksiklikleri ve eğitim programlarının standartlarının belirlenmemiş olması olmak üzere pek çok sorun mevcuttur. Bu temel sorunlar uygulama sürecinde diğer pek çok bileşeni de etkileyerek uzmanlık eğitimi kalitesini sınırlamaktadır.

Asistanlar uzmanlık eğitimi süresince hastalara sağlık hizmet sunumunda sorumluluk alır ve bu sırada klinik deneyim, bilgi ve becerilerini geliştirirler. Bu nedenle eğitim kalitesi ile sağlık hizmeti kalitesi arasında uygun bir denge oluşturulması bir ön koşuldur. Eğitim hedefleri ile asistanlardan tarafından sunulan sağlık hizmetinin ağırlığı çelişmemelidir. Ülkemizde uzmanlık eğitimi programlarının bu dengeyi gözetmediğinden söz etmek güçtür. Tıpta uzmanlık eğitimi genellikle, uzmanlık eğitimine yönelik herhengi bir akreditasyon sürecinden geçmemiş kliniklerde, yaşama geçirebilen yapılandırılmış bir eğitim programından/müfredattan yoksun olarak gerçekleşmektedir. Asistanlar kliniklere eğitim alacak öğrenciler olarak değil adeta hastalara rutin sağlık hizmetini sunacak görevliler olarak alınmaktadır. Asistanlar, çoğu kez eğitim programının amaçlarını gerçekleştirmeye izin vermeyecek kadar uzun ve yoğun olan sağlık hizmetlerinde, yalnız çalışmakta, uygun gözetim ve yardım almamaktadırlar. Oysa, hizmetin sürekliliği, asistanın eğitim ve dinlenme gereksinimi ve hastaya sunulan sağlık hizmetinin güvenliği standart çalışma ve dinlenme sürelerinin belirlenmesini zorunlu kılmaktadır. Asistanlar için önceden saptanmış kurallar ve görev tanımlamalarının olmaması da çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Pek çok klinikte çalışma ortamının fiziki alt yapısı, insan gücü ve eğitim için gerekli niteliksel ve niceliksel donanım yetersiz olabilmektedir.

Bu rapora temel olan anket çalışmasının amacı; ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren kamuya ve vakıflara ait üniversite hastaneleri, asker hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinin tüm cerrahi servis veya kliniklerinde verilen eğitimin yapı, süreç ve sonuç bileşenleri açısından nesnel olarak incelemek ve farklı yıllardaki asistanların aldıkları eğitimin içeriği, çalışma koşulları, süresi gibi pek çok konu hakkındaki beklenti ve eğilimlerini öznel olarak saptamaktır. Son olarak ta asistanların kendilerine verilen eğitimle ilgili olarak ne kadar tatmin olduklarının, başka bir şansları olsa aynı eğitim yolunu seçip seçmeyeceklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi Veritabanı

Yöntem ve veri toplanması

Anket “online” yanıtlanmak üzere “web” temelli olarak hazırlandı (84). Cerrahi kliniklerin eğitim sorumluları (klinik şefleri ve anabilim dalı başkanları) ve diğer asistanlarla ilişkiyi sağlayacak kişi olarak her kliniğin TCD Asistan Komisyonu temsilcisi belirlendi. Eğitim sorumluları ve asistan komisyonu temsilcilerden kliniklerdeki asistanların e-posta adresleri istendi. Bu adreslere gönderilen e-postalar ile asistanlar TCD “web” sayfasındaki ankete katılmaya davet edildi. 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.

Dahil edilme/ hariç tutulma kriterleri

Ülkemizde genel cerrahi eğitimi verilen tüm kurumların genel cerrahi kliniklerindeki asistanlar çalışmaya dâhil edildi. Uzmanlık eğitimini tamamlayarak genel cerrahi uzmanlık belgesi almış olanlar ankette hariç tutuldu.

Anket

Ankete www.turkcer.org.tr/tutum_anket.php adresinden ulaşmak olanaklıdır.

Anket aşağıda tanımlandığı üzere çeşitli bölümlerden oluştu:

- Demografi ve özellikler
- Kıdem durumları
- Genel cerrahi tercih eğilimleri
- Çalışılan kurum dağılımları
- Çalışılan kurumda alan odaklanmaları
- Gelecek planları
 - Çalışılacak kurum
 - Odaklanılacak alan eğilimi
 - Yan dal uzmanlığı eğilimi
- Cerrahi girişimler (Ameliyat deneyimi)
- Uzmanlık eğitimi organizasyonu ve değerlendirme

- Uzmanlık eğitimi ve kaynaklar
- Süpervizyon ve eğiticiye yönelik değerlendirme
- İş yeri özellikleri
- Yaşam kalitesi ve gelir
- Özet

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.

Veri analizi

Veri analizi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'nda Doç. Dr. Hakan Gülkesen'in kontrolünde, yazarlar tarafından yapıldı. Yeterli veri girişi olduğu saptandıktan sonra anket kapatıldı. 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 Mann-Whitney U testi veya Kruskal Wallis varyans analizi kullanıldı. İki ordinal değişkenin ilişkisini incelerken Spearman rho testi yapıldı. Normal dağılıma uymayan değişkenler ortanca ve %25-75 persentil ile ifade edildi. Alfa anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edildi.

Gizlilik

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

Çalışmanın zaman tablosu

Anketin hazırlanması:

01 - 30 Kasım 2009 tarihleri arasında

Kliniklerde ilişkili kişilerle temas edilmesi ve asistanların e- posta adreslerinin toplanması:

10 Aralık 2009 tarihinden itibaren

Anketin webe konması ve ilk davet e-postasının gönderilmesi:

12 Ocak 2010

İkinci ve üçüncü hatırlatma e-postalarının gönderilmesi:

19 Ocak 2010 - 02 Şubat 2010 tarihleri arasında

Anketin katılıma kapatılması:

29 Mart 2010 tarihinde

Veri analizi:

15 Nisan 2010

Raporun yazımı

15 Nisan 2010 - 15 Ağustos 2010 tarihleri arasında

Çalışmadan beklenti

Bu çalışmadan beklentimiz, genel cerrahi alanında tıpta uzmanlık eğitimi alan asistanların aldıkları eğitime ve çalışma ortamına ilişkin öznel görüşlerini / eğilimlerini, eğitim ve çalışma ortamı ile ilgili nesnel verileri gözler önüne sermektir. Türkiye’de genel cerrahi alanında tıpta uzmanlık eğitiminin standardizasyonunda ve niteliğinin iyileştirilmesinde öncelikle güncel durumun ortaya konmasına ve bu eğitimi alan kişilerin sesine kulak verilmesine gerek vardır. Bu çalışmada ülkemizdeki genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren tüm eğitim kurumlarında bulunan asistanların, uzmanlık eğitimi programı ve uygulamaları, çalışma koşulları ve nöbet sistemi, birimin eğitim donanımı, eğiticilerin katkıları gibi uzmanlık eğitiminin temel başlıklarındaki görüşlerinin araştırılması ve kliniklerin uzmanlık eğitimi açısından durumlarının asistan perspektifi ile saptanması amaçlanmıştır. Çalışmadan beklentimiz, ortaya koyduğumuz sorunların çözümüne yönelik ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimini modernize edecek bir reforma öncülük yapmasıdır.

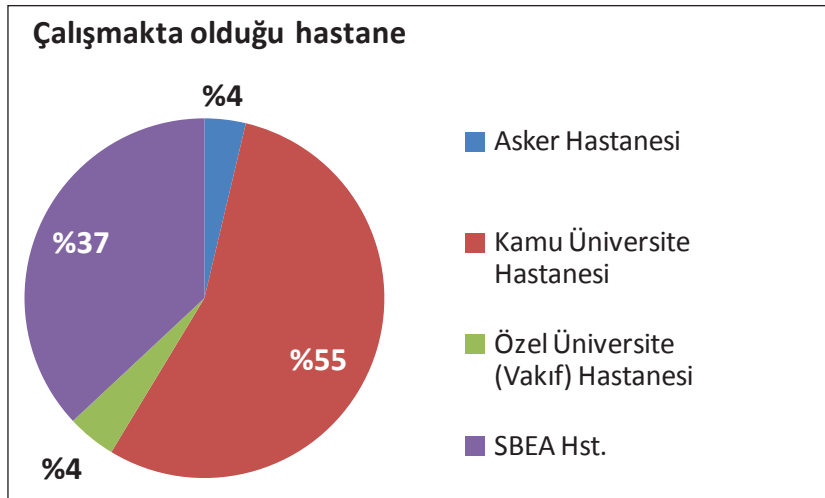
Bulgular ve İrdeleme

Ankete katılım

Ülkemizde toplam 1005 genel cerrahi asistanı mevcuttur. Bunların yaklaşık %60'ı (625) üniversite hastanelerinde, %40'ı (380) SB Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (SBEAH)'nde görevlidir (20). Bu 1005 asistandan güncel ve doğru iletişim bilgilerine ulaşılabilen 670'i (% 67) **TCD Genel Cerrahi Asistanları Tutum Anketi**'ne katılmaya davet edilmişlerdir. Ankete toplam 435 genel cerrahi asistanı yanıt vermiştir. Ulaşılan asistanlardan anketi tamamlama oranı % 65'tir. Toplam asistan sayısı dikkate alındığında anketi bitirerek görüşlerini öğrenme imkânı bulduğumuz asistan oranı %43'dür. Yanıt alınan asistanların 273'ü üniversite (kamu üniversite hastaneleri, özel üniversite hastaneleri, asker hastaneleri), 162'si SBEAH'nde eğitim almaktadır. Kurum dağılımı itibariyle %55'i kamu üniversite hastanesinde %37'si SBEAH'de, %4'ü özel üniversite ve diğer %4'ü asker hastanesinde eğitim almaktadır. Toplam 1005 asistanın yaklaşık %60'ının üniversite hastanelerinde (kamu, özel, askeri), %40'ı SBEAH'de eğitim aldığı düşünülürse mevcut asistanlar ile anketi yanıtlayan asistanların kurum dağılımı benzerdir.

Çalışmamız örneklem büyüklüğü ve dağılımı açısından ülke genelini temsil etmektedir.

■ Asistanların eğitim aldıkları kurumların dağılımı

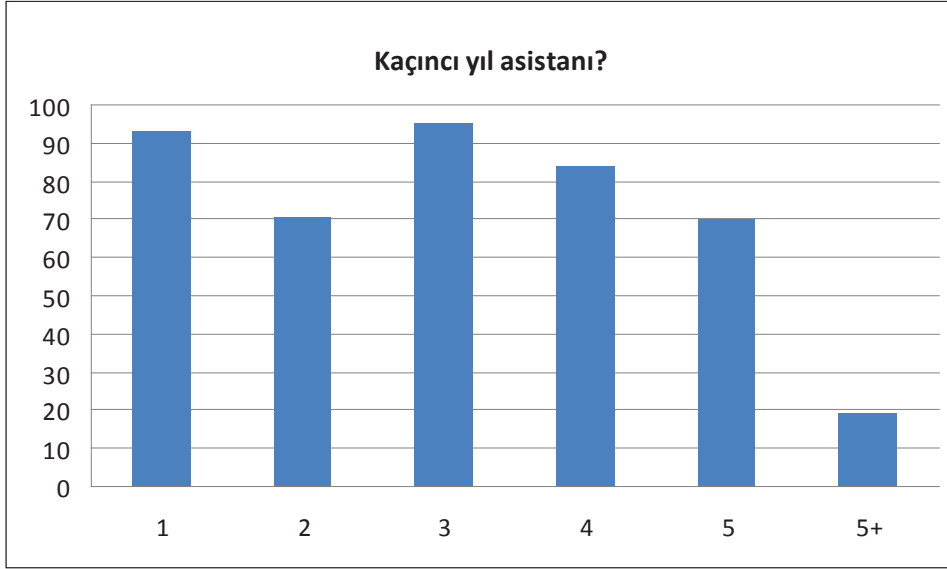


- İlgili sayısal veriler bu raporun İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümünde yer alan Tablo 10, 11 ve 12'de bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %55'i üniversite hastanesinde, %37'si SBEAH'de, % 4'ü vakıf (özel) üniversite ve diğer %4'ü asker hastanesinde eğitim almaktadır.

ABD ve Avrupa Birliği ülkeleri ile benzerlik gösterecek biçimde ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitiminin önemli bir bölümü üniversite hastanelerinde ve tamamına yakını kamu kurumlarında gerçekleştirilmektedir (85, 86).

■ Asistanların kıdem dağılımı



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.

Asistanların yıllar içindeki dağılım dikkate alındığında çalışma örnekleminizin homojen olduğu görülmektedir.

1. Bölüm

DEMOGRAFI ve ÖZELLİKLER

Yaş

Cinsiyet	N	Ortanca	25-75. persentil
Kadın	53	28	27-31
Erkek	376	29	27-31
Toplam	429	29	27-31

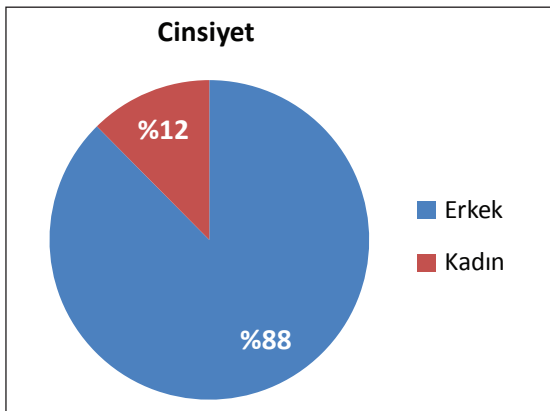
p=0,261

Asistanların ortanca yaşı 29'dur. Erkek ve kadın asistanlar arasında ortanca yaş açısından fark bulunmamıştır (p=0,261).

2009 yılında gerçekleştirilen 'ABD Genel Cerrahi Asistanları Ulusal Anketi' bizim anketimize oldukça benzer bir ankettir. 4586 genel cerrahi asistanını kapsayan bu ankette genel cerrahi asistanlarının %47'si 30-34, %42'si ise 25-29 yaş aralığında bulundu (87). Bu sonuçlar, bizim asistanlarımızın yaş dağılımı ile benzerdir.

Ülkemizde, genel cerrahi uzmanı olarak 32-35 yaşlarında çalışmaya başlanmaktadır. ABD'de genel cerrahi uzmanlarının mesleği bırakma yaşı ortalama 63, Birleşik Krallık için 60'tır (29,30). Ülkemizde ise cerrahlar için resmi emeklilik yaşı bütün kamu çalışanlarında olduğu gibi 65'tir. Bu verilerden yola çıkarak ülkemizde genel cerrahi uzmanı olarak aktif çalışma süresi yaklaşık 25-30 yıldır diyebiliriz.

Cinsiyet



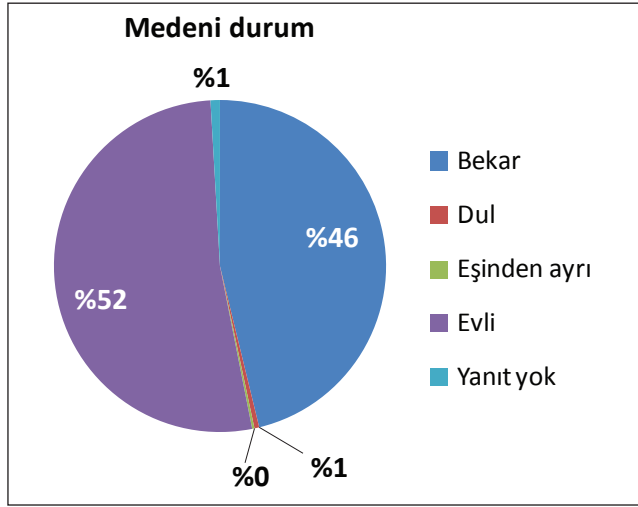
• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 1'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Genel cerrahi, asistanlarının %88'i erkek, %12'si kadındır.

ABD'de cerrahi branşlardaki kadın oranı 1989'da %2 iken, 2007'de bu oran %24'e yükselmiştir (49) Avustralya ve Yeni Zelanda'da 2009 yılında eğitim alan genel cerrahi asistanlarının % 30'unun kadın olduğu saptanmıştır (50). ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'nde genel cerrahi asistanların %32'si kadındır (89). Dünyadaki eğilime paralel olarak Türkiye'de de kadın hekimlerin genel cerrahi alanını tercih etmeleri ciddi bir orana ulaşmış görülmektedir. Kadınların aile ve sosyal yaşamdaki özel konumları göz önüne alındığında genel cerrahi çalışma ortamının gelecekte bu özelliklere uygun olarak yeniden düzenlenmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

Medeni durum ve çocuk sahibi olma

Medeni durum



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 2'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Çocuk sahibi olma

Çocuk sahibi olma	N	Yüzde
Var	107	24,6
Yok	322	74,0
Yanıt yok	6	1,4
Toplam	435	100,0

• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 3'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Çocuk sayısı

Çocuk sayısı	N	Yüzde
1	45	78,9
2	11	19,3
3	1	1,8
Toplam	57	100,0

Genel cerrahi asistanlarının %52'si evlidir. Genel cerrahi asistanlarının %25'i çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olanların %79'unun 1, %19'unun 2 çocuğu vardır.

ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'nde bizimkine oldukça benzer biçimde genel cerrahi asistanlarının %51'i evli ve %25'i çocuk sahibidir (87). Bu sonuçlar, Türkiye'de genel cerrahi asistanlarının yarısından fazlasının bir çekirdek aile kurmuş olduğunu göstermektedir. Asistanların gelir ve geçim koşulları konusunda bu özellik göz önünde bulundurulmalıdır.

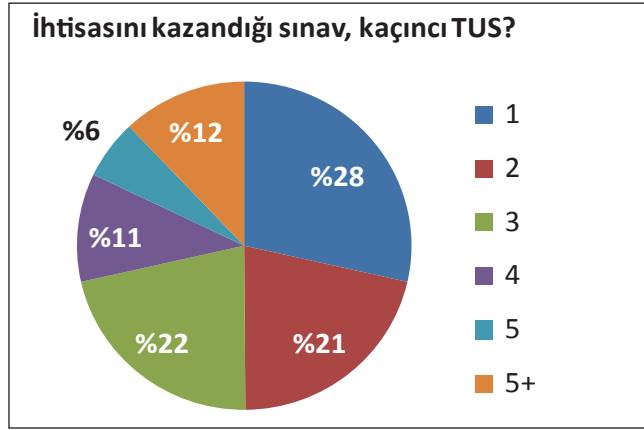
Tıp fakültesi mezuniyet sonrası uzmanlık eğitime başlama yılı ve tıpta uzmanlık sınavı başarısı

■ Tıp fakültesi mezuniyet sonrası uzmanlık eğitime başlama yılı

Mezuniyet yılı	N	Yüzde
1994	3	,7
1995	1	,2
1996	3	,7
1997	1	,2
1998	3	,7
1999	4	,9
2000	20	4,6
2001	13	3,0
2002	15	3,4
2003	25	5,7
2004	68	15,6
2005	56	12,9
2006	64	14,7
2007	42	9,7
2008	40	9,2
2009	16	3,7
Yanıt yok	61	14,0
Toplam	435	100,0

• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 4, 5 ve 6'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

■ Genel cerrahi uzmanlık eğitimini kaçınıcı Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'nda kazandığı



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 7'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların tıp fakültesi mezuniyet sonrası uzmanlık eğitime başlama yılı TUS başarılarına göre değişmektedir. İlk sınavında kazananlar %28'ini, ikinci ve üçüncü sınavında kazananlar %43'ünü oluşturmaktadır. Asistanların yaklaşık %28'i TUS'a 4 ya da daha fazla girdikten sonra başarılı olarak genel cerrahi uzmanlık eğitimine başlamıştır. %12'si 5. sınavdan sonra başarılı olmuştur.

Asistanların yarısından fazlası mezuniyeti takiben en az bir yıl çoğu kez çok daha uzun süre sonra adeta sınav yorgunu olarak genel cerrahi uzmanlık eğitimine başlamaktadır.

Genel cerrahi uzmanlık eğitimine isteyerek mi başladınız?

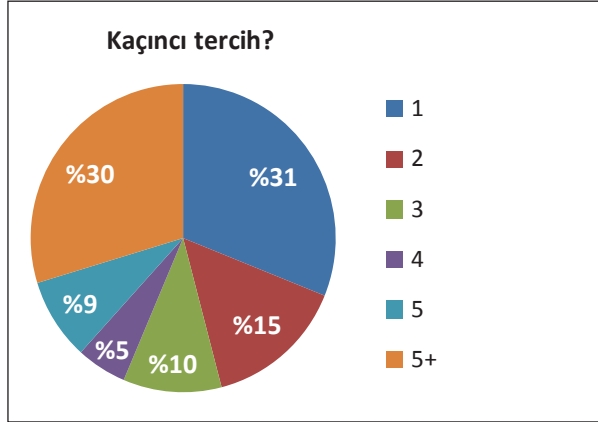


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 8'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %92'si genel cerrahi uzmanlık eğitimine isteyerek başladıklarını belirttiler.

Asistanların büyük çoğunluğunun genel cerrahiye isteyerek başlamış olduklarını belirtmeleri motivasyonları açısından olumlu bir sonuçtur.

Genel cerrahi ihtisası TUS'da kaçınıcı tercihinizdi?

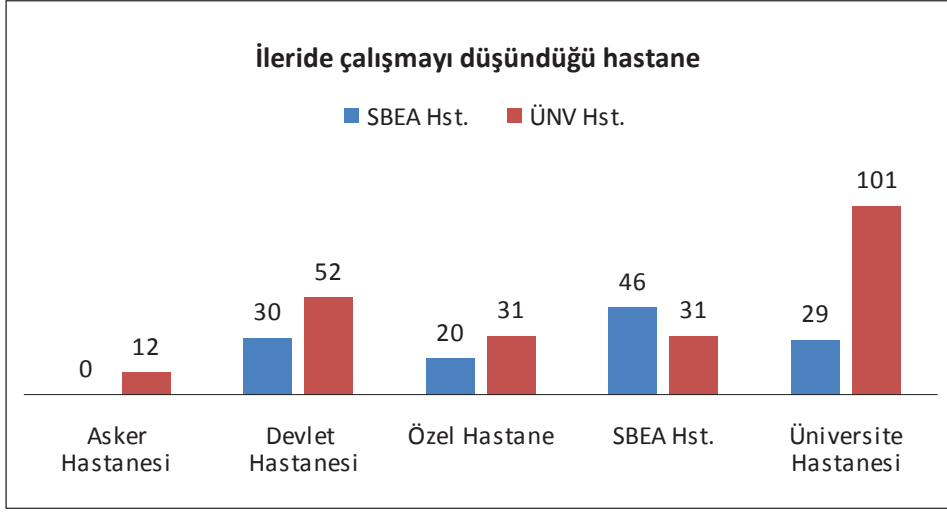


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 9'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

TUS'da 14 tercih hakkı vardır. Genel cerrahi uzmanlığı, TUS'ta genel cerrahiye kazanan asistanların yalnızca 1/3'ünün (%31) ilk tercihidir. İlk üç tercihi genel cerrahi olan asistan olanı yalnızca %55'dir. Asistanların %29'u 6-14. tercihi olarak genel cerrahiye başlamıştır.

2009 yılında yayınlanan bir çalışmada genel cerrahiye 1. sırada tercih eden asistanların oranı %20 bulunmuştur (90). Bu çalışmada yazarlar ülkemizde genel cerrahiye tercihin azaldığını ortaya koymakta ve TUS genel cerrahi puanlarının çok düşük olmasının bunun bir göstergesi olduğunu belirtmektedirler. ÖSYM-Tıpta Uzmanlık Sınavı 2009 Nisan Dönemi tüm uzmanlık alanlarının tavan puan sıralamasında 25 uzmanlık alanı içerisinde genel cerrahi 24. sırada yer almaktadır. 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.

Genel cerrahi eğitimi tamamladığında çalışmayı amaçladığı hastane



İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 13, 14 ve 15'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %30'u üniversite hastanesinde, %18'i SBEAH'de, %19'u devlet hastanesinde, %12'si özel hastane'de, %3'ü asker hastanesinde çalışmayı amaçladığını belirtmiştir. %13'ü henüz karar vermediğini, %6'sı da fark etmediğini belirtmişlerdir.

Ülkemizde genel cerrahların %83'ü (2994) 2007 yılı itibari ile kamuda çalışmaktadır. SB'na bağlı hastanelerin genel cerrahi istihdamındaki önemi büyüktür. Genel cerrahların %67'si (2407) bu hastanelerde çalışmaktadır. Asistanların büyük çoğunluğu kamu sektöründe, %48'i ise üniversite hastanelerinde ve SBEAH'de çalışmaya devam etmek istediklerini belirterek kariyerlerini kamuda ve akademik ortamda sürdürme arzularını göstermişlerdir.

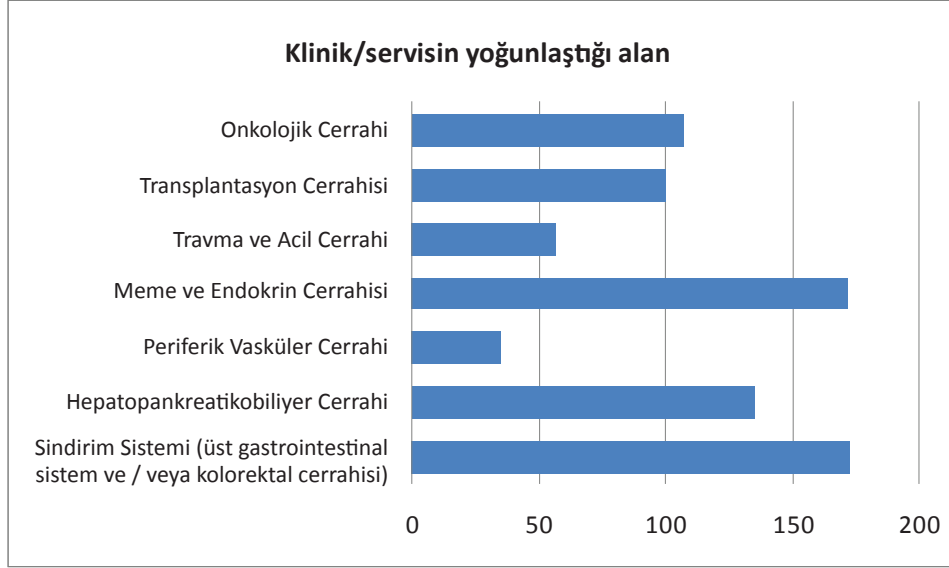
Ülkemizde genel cerrahi istihdamı ağırlıklı kamudadır, gelecek genel cerrahi uzman adayları da bu istihdam dağılımına uygun eğilim göstermektedir. Ülkemizde yürütülmekte olan sağlıkta dönüşüm programının özel sektörü destekleyici niteliği göz önünde bulundurulduğunda genel cerrahlar açısından tercihin bu yönde olmadığı açıktır.

Genel cerrahi uzmanlık eğitimi aldığınız kliniğin üzerinde görece daha yoğun olarak çalıştığı/ilgili ameliyat türlerinin yoğunlaştığı bir alan var mı?

			Genel cerrahi ihtisasını yaptığınız kliniğin/servisin üzerinde görece daha yoğun olarak çalıştığı ilgili ameliyat türlerinin yoğunlaştığı bir alan var mı?		Toplam	
			Evet	Hayır		
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEAH	N	78	81	159	
		%	49,1	50,9	100,0	
	ÜNV Hst.	N	156	117	273	
		%	57,1	42,9	100,0	
Toplam			N	234	198	432
			%	54,2	45,8	100,0

p=0,104

■ Yanıtınız evet ise bu(nlar) ne(ler)dir?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 16, 17'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

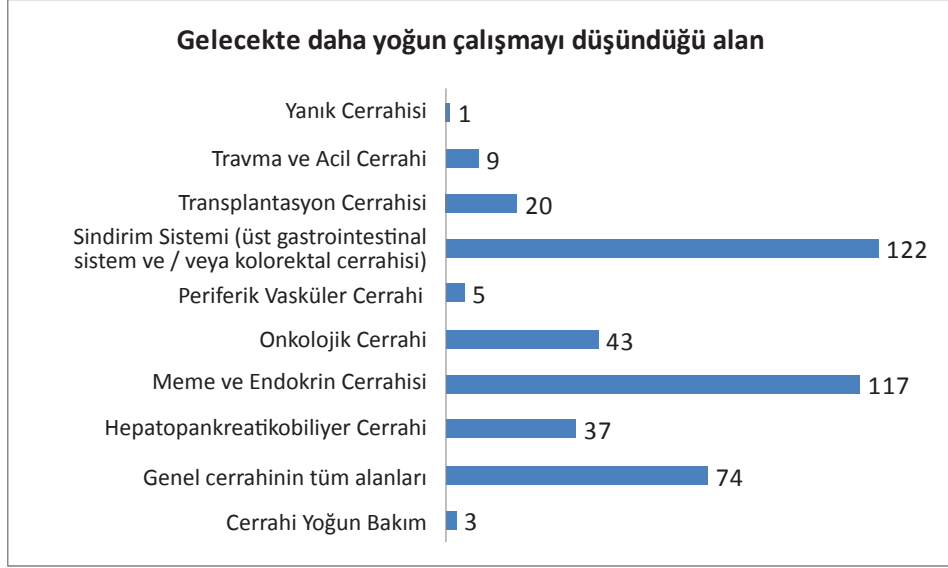
	Sıklık	Yüzde
Sindirim Sistemi (üst gastrointestinal sistem ve/veya kolorektal) Cerrahisi	173	39,8
Hepatopankreatikobiliyer Cerrahi	135	31,0
Periferik Vasküler Cerrahi	35	8,0
Meme ve Endokrin Cerrahisi	172	39,5
Travma ve Acil Cerrahi	57	13,1
Transplantasyon cerrahisi	100	23,0
Onkolojik Cerrahi	107	24,6

Uzmanlık eğitimi veren cerrahi kliniklerin %54'ünün görece daha yoğun olarak çalıştığı, ilgili ameliyat türlerinin yoğunlaştığı bir alan vardır. Üniversite hastanelerinde belli alanlara odaklanarak çalışma %57 oranında iken SBEAH'de bu oran %49'dur. Üniversite hastanelerinde beklenileceği üzere birleşme daha fazladır. %40'arlık oranlarla sindirim sistemi (üst gastrointestinal sistem ve/veya kolorektal) cerrahisi ve meme ve endokrin cerrahisi en çok yoğunlaşılan alanlar iken bunları %31 ile hepatopankreatikobiliyer cerrahi, %25 ile onkolojik cerrahi, %23 ile transplantasyon cerrahisi, %13 ile travma ve acil cerrahi, %8 ile periferik vasküler cerrahi takip etmektedir.

Ülkemizde ABD'nin aksine genel cerrahi uzmanlığından sonra yan dalların çok kısıtlı alanlarda (gastroenteroloji cerrahisi) ve çok az sayıdadır. Ülkemizdeki bu durum daha çok kıta Avrupası ile uyumludur. ABD'nin günümüzde yaşadığı genel cerrahi uzman açığı sorunu, ülkemiz için bu yapılanma nedeni ile söz konusu değildir. Öte yandan genel cerrahide bilimsel niteliğin artırılması, dünya standartlarının yakalanması, topluma sunulan cerrahi hizmetin niteliklerinin artırılması gibi ihtiyaçlar belli alanlara yoğunlaşarak özellikle akademik merkezlerde karşılanmaya çalışılmaktadır. Bu durum anket sonuçlarımıza da yansımıştır.

Öte yandan ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimi verilen kliniklerin yarısının belli bir alana yoğunlaştığı göz önüne alınırsa asistanların 5 yıllık eğitimleri boyunca temel müfredata uygun olarak cerrahi klinikleri arasında rotasyon yapma ihtiyacı açıktır. Bu durum özellikle SBEAH için geçerlidir, güncel uygulamalara bakıldığında 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 da müfredata uygun bir eğitim sürecini oldukça zorlaştırmaktadır. Her cerrahi kliniğin çekirdek eğitim müfredatını yaşama geçirecek biçimde cerrahi klinikler arasında rotasyon seçeneğini gündeme alması bir gerekliliktir.

Gelecekte genel cerrahide hangi alanda daha yoğun olarak çalışmayı düşünüyorsunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 18, 19'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

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.

Travma ve acil cerrahi alanı tercihi dikkat çekici bir oran (%2)'da düşüktür. Bizim ülkemizde acil cerrahi ve travma ile uğraşanlar genellikle akademik bir eğilim şeklinde, eğitim hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde, bu alana adanmış olarak çalışmaktadır. Ülkemizde travma ve acil cerrahi alanı ihtiyacımızın aksine çok benimsenen alanlardan biri değildir. Bunun başlıca nedeni bu alanın ağır iş yüküne karşın iyi gelir getiren bir alan olmaması olabilir. Sağlık hizmetinin büyük ölçüde yapılan ameliyat sayıları ile değerlendirilip ücretlendirildiği bir geri ödeme sisteminde cerrahlardan travma ve acil cerrahi alanını tercih etmelerini beklemek gerçekçi olmaz. Oysa travma, ülkemizde başlıca sağlık sorunlarından biridir. Bu durumu dikkate alarak trafik kazalarından ölümlerin birinci sırada olduğu ülkemizde cerrahlar için bu alanı çekici kılacak önlemler alınması ve asistanların bu alanı daha çok tercih etmesine yönelik özellikle ekonomik özendirme yapılmaması gereklidir. Bu durum ABD'de de benzerdir ve ulusal çapta iyileştirilme çalışmaları başlatılmıştır (85).

SB toplumun öncelikli sağlık ihtiyacının uygun olarak karşılanmasından sorumlu otoritedir. Ülkemizde travmanın önemli bir sağlık sorunu olduğu kabul edilirse yukarıda tanımlanan durumun travma ve acil cerrahi lehine çözümünü için ulusal çapta projeler oluşturulmalıdır.

Öte yandan ülkemizde acil tıp uzmanlık alanınının 1995 yılında ihdas edilmesi ve eğitim hastanelerinde ayrı bir uzmanlık alanı olarak hizmet vermeye başlamasından sonra genel cerrahi asistanlarının acil birimlerde aktif çalışmaları kısıtlanmıştır. Bu nedenle genel cerrahi asistanlarının travma ve acil cerrahi hastaları ile karşılaşma olanağı nispeten azalmıştır. Uzmanlık eğitim programında bu durumun göz önünde bulundurularak her genel cerrahi uzmanınının travma ve acil cerrahi bilgi ve becerilerine tam olarak ulaşmasını sağlayacak önlemler alınmalıdır.

Cinsiyete göre gelecekte daha yoğun çalışmayı düşündüğü genel cerrahi alanı

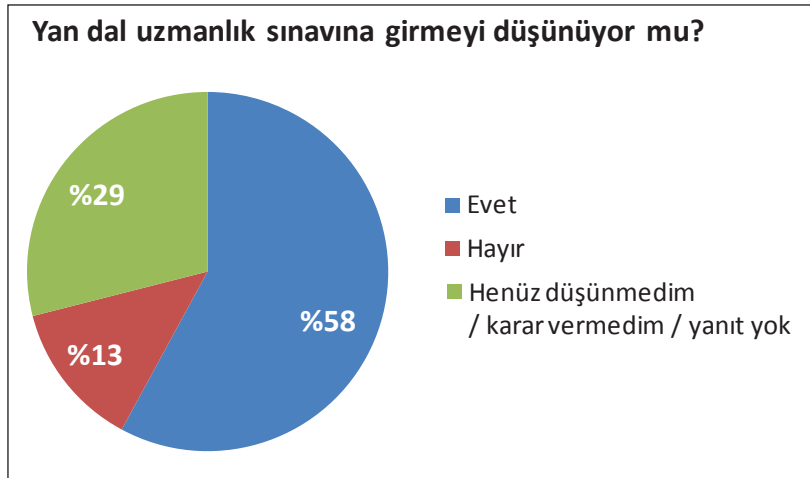
		Cinsiyet		Toplam	
		Kadın	Erkek		
Gelecekte genel cerrahide hangi alanda daha yoğun olarak çalışmayı düşünüyorsunuz?	Cerrahi Yoğun Bakım	N %	0 ,0	3 ,8	3 ,7
	Genel cerrahinin tüm alanları	N %	3 5,6	71 18,8	74 17,2
	Hepatopankreatikobiliyer cerrahi	N %	2 3,7	35 9,3	37 8,6
	Meme ve Endokrin cerrahisi	N %	24 44,4	93 24,7	117 27,1
	Onkolojik Cerrahi	N %	5 9,3	38 10,1	43 10,0
	Periferik Vasküler Cerrahi	N %	0 ,0	5 1,3	5 1,2
	Sindirim sistemi (üst gastrointestinal ve/veya kolorektal) Cerrahisi	N %	19 35,2	103 27,3	122 28,3
	Transplantasyon cerrahisi	N %	0 ,0	20 5,3	20 4,6
	Travma ve Acil Cerrahi	N %	0 ,0	9 2,4	9 2,1
	Yanık Cerrahisi	N %	1 1,9	0 ,0	1 ,2
	Toplam	N %	54 100,0	377 100,0	431 100,0

Not: Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

Kadın asistanların en çok tercih ettikleri alan meme ve endokrin cerrahisidir. Bununla birlikte transplantasyon cerrahisi ve travma ve acil cerrahi kadın asistanlar tarafından hiç tercih edilmemektedir.

Branş seçiminde cinsiyet, hayat standardı, akademik beklentilerin etken olduğu bilinen bir gerçektir (89). Kadın cerrahların farklı alanlarda çalışma eğilimi ülkenin insan gücü ve iş yükü planlamalarında göz önünde bulundurulmalıdır.

Yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?



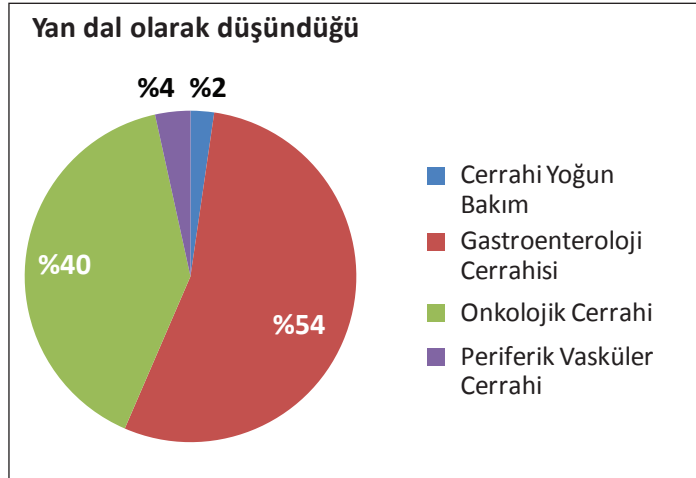
- İlgili sayısal veriler bu raporun İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümünde yer alan Tablo 20, 21 ve 22'de ayrıntılı olarak bilgileriniz sunulmuştur.

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

Bu durum ülkemizdeki cerrahların yarısının genel cerrahide sınırlı bir alanda çalışma eğilimini bir kez daha yansıtmaktadır. 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 (87). Yan dal uzmanlığına yönelme eğilimi bize özgü olmayıp tüm dünyada görülmektedir. Literatürdeki pek çok çalışmaya bakıldığında belli alana özgü çalışan cerrahların daha çok gelir elde ettikleri, daha kontrollü bir yaşama kavuştukları ve daha büyük, gelişmiş illerde istihdam oldukları bilinen gerçeklerdir. Ülkemizdeki genel cerrahların üç büyük ile yoğunlaştığı düşünüldüğünde, cerrahların ülke geneline dağılımındaki mecburi hizmete rağmen çözülmemiş dengesizlik, gerekli tedbirler alınmazsa gelecekteki cerrahi uzmanların benzer eğilimleri ile büyüyerek devam edecektir. Genel cerrahiye ana branş olarak koruyucu ve özendirici tedbirler alınmak zorundadır. ABD verileri incelendiğinde genel cerrahların %70 oranında yan dal uzmanlığına geçtikleri ve bu durumun ülkede ciddi anlamda genel cerrah açığına yol açtığı görülmektedir (86).

Genel cerrahide bilimsel niteliğin artırılması, dünya standartlarının yakalanması, ilerlemeye açık bir sistem oluşturulması ve topluma sunulan cerrahi hizmetin niteliklerinin artırılması amaçları için yan dal uzmanlığı bazı olanaklar sunmaktadır. Ancak, talepten doğacak kontrolsüz bir aşırı yan dallaşma, ülkemizde gelecekte ABD'dekine benzer biçimde genel cerrah açığı sorununa ya da topluma sunulan genel cerrahi sağlık hizmetinde aksamalara yol açabilir. Öncelikle yapılması gereken hâlihazırda verilen genel cerrahi eğitiminin ülke çapında standardizasyonuna ve iyileştirme çalışmalarına hız vermektir. TCD ve Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu, bu çalışmalar için bir fırsat olarak görülmelidir. Ülkemiz için yan dal uzmanlığı sistemine ek olarak sertifikasyon yöntemi ile belli alanlarda derinleşmeyi sağlayacak yeni bir seçenek oluşturulabilir. Bu bağlamda yan dal ihtisası ve bunun sonucunda alınacak lisan belgesinden tamamen farklı süreç ve işlevde belli alanlarda "İleri Uzmanlık Eğitimi" olarak tanımlanabilecek bir sertifikasyon süreci başlatılabilir. Gerek duyulan alanlarda ileri uzmanlık eğitimi verecek sertifikasyon programlarına yer verilmesi aşırı yan dallaşmayı önlediği gibi asistanların ileri deneyim gereksinimi ve ülkenin özellikli cerrahi hizmeti gereksinimini karşılayabilir. Bu programların hangi alanlarda ve hangi merkezlerde verileceğinin belirleneceği çalışmalara mutlaka TCD dâhil edilmelidir.

■ Yanıtınız evet ise, yan dal sınavında tercih etmeyi düşündüğünüz uzmanlık alanı



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolara Bölümü'nde yer alan Tablo 23, 24 ve 25'te ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Yan dal sınavına girmeyi düşünen asistanlar arasında gastroenteroloji cerrahisi %54 ile ilk sırada yer almaktadır.

2. Bölüm

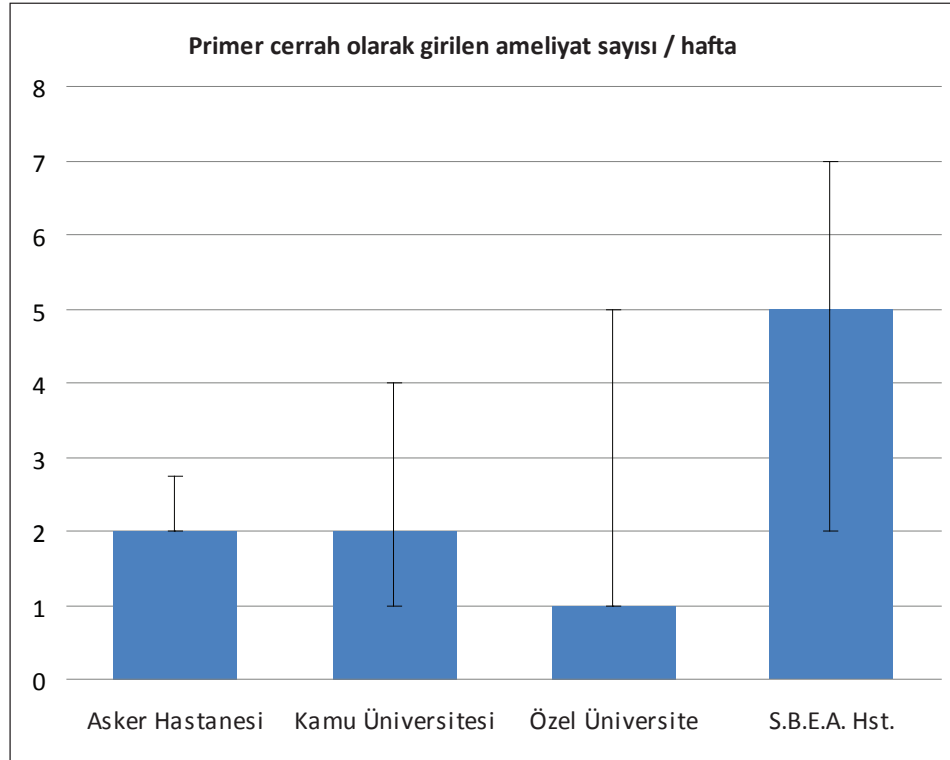
AMELİYAT DENEYİMİ

Bir haftada bizzat primer cerrah olarak yaptığınız/yaptırılan ameliyatların sayısı

Hastane türü	n	Ortanca	25-75. persentil
Üniversite Hst.	269	2	1-4
SBEAH	154	5	2-7
Toplam	423	2	1-5

p=0,001

- Bir haftada bizzat primer cerrah olarak yaptığınız/yaptırılan ameliyatların sayısı (hastane türüne göre)



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).

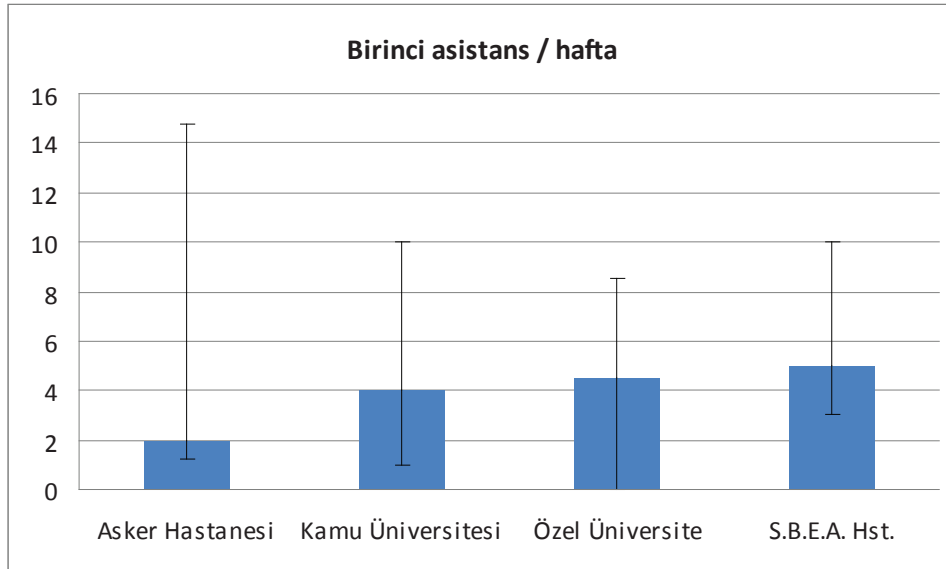
ABD’de 2009 yılında yayınlanan bir çalışmada, genel cerrahi asistanlarının ameliyat deneyimini etkileyen faktörler olarak uzmanlık eğitimi verilen hastanenin türü (en çok ameliyat deneyimi “hospital based” programlarda, ikinci sırada “university based” ve son sırada askeri programlarda), asistan sayısı ve eğitim kurumunun coğrafik yeri saptanmıştır (90). Ülkemizde uzun yıllardır ve yaygın olarak dile getirilen SBEH’de asistanların daha fazla ameliyat deneyimi elde ettiklerine dair ampirik gözlem bizim çalışmamızla doğrulanmıştır.

Bir haftada birinci asistans (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyon) olarak bulunduğunuz ameliyat sayısı

Hastane türü	N	Ortanca	25-75. persentil
ÜNV Hst.	268	4	1-10
SBEAH	154	5	3-10
Toplam	422	4	2-10

p= 0,013

■ Bir haftada birinci asistans (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyon) olarak bulunduğunuz ameliyat sayısı(hastane türüne göre)



p=0,095

• İlgili sayısal veriler bu raporun İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü’nde yer alan Tablo 26’da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların bir haftada birinci asistans olarak buldukları ameliyat sayısı ortalama 4’tür. Kurumlar arasında bir fark yoktur.

Bir haftada birinci asistans dışında (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyonun dışındaki bir pozisyonda, örn.; ekartörde) bulunduğunuz ameliyat sayısı

Hastane türü	N	Ortanca	25-75. persentil
ÜNV Hst.	268	4	2-7
SBEAH	154	4	2-7,25
Toplam	422	4	2-7

P=0,229

- Bir haftada birinci asistans dışında (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyonun dışındaki bir pozisyonda, örn.;ekartörde) bulunduğunuz ameliyat sayısı (hastane türüne göre)

Hastane türü	N	Ortanca	25-75. persentil
Asker Hastanesi	16	5	4-6
Kamu Üniversitesi	233	4	2-7
Özel Üniversite	19	4	3-7
SBEAH	154	3	5-7
Toplam	422	4	2-7

- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 27'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,565

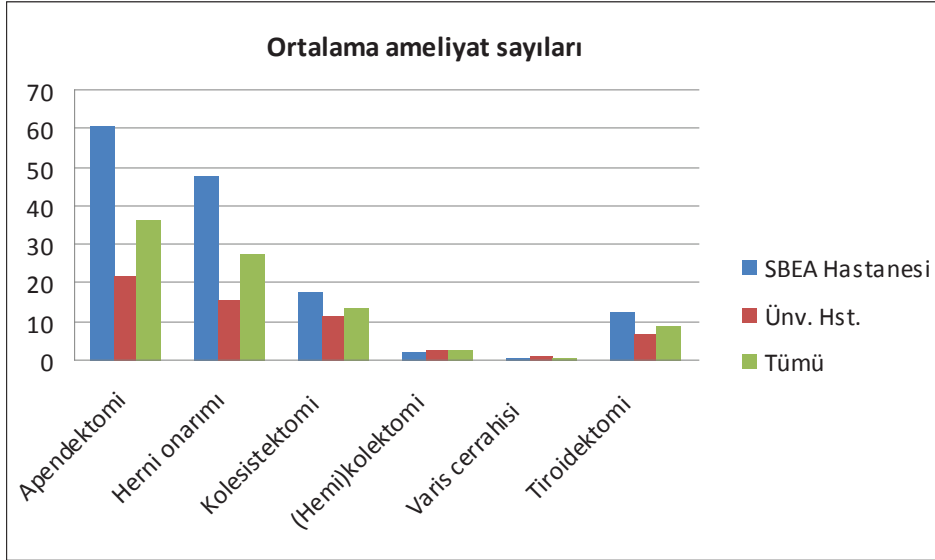
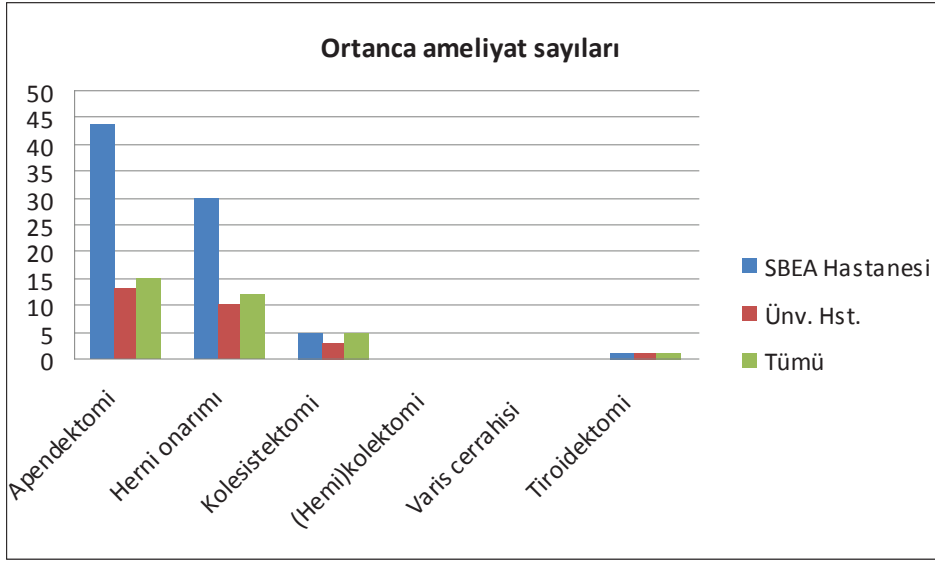
Asistanların bir haftada birinci asistans dışında (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyonun dışındaki bir pozisyonda, örn.;ekartörde) bulunduğu ameliyat sayısı ortanca 4'tür. Kurumlar arasında fark yoktur.

Tüm bu verilerle asistanların haftada ortanca 10 ameliyata girdikleri saptanmıştır.

İndeks ameliyatlarda deneyim

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

		n	Ortanca	25.-75. Persentil	Ortalama	SS	p
Apendektomi sayısı	SBEAH	160	43,5	10-100	60,5	65,6	0,001
	ÜNV Hst.	273	13	5-28	22,0	30,1	
	Toplam	433	15	6-50	36,1	50,0	
Herni Onarım sayısı	SBEAH	160	30	4,25-70	47,9	55,9	0,001
	ÜNV Hst.	273	10	1-20	15,6	20,4	
	Toplam	433	12	2-35	27,4	40,7	
Kolesistektomi sayısı	SBEAH	160	5	0-30	17,8	27,9	0,107
	ÜNV Hst.	273	3	0-15	11,2	18,9	
	Toplam	433	5	0-16	13,6	22,8	
(Hemi)kolektomi sayısı	SBEA	160	0	0-2	2,3	4,8	0,967
	ÜNV Hst.	273	0	0-2	2,6	6,5	
	Toplam	433	0	0-2	2,5	5,9	
Varis cerrahisi sayısı	SBEAH	160	0	0-0	0,7	2,4	0,480
	ÜNV Hst.	273	0	0-0	0,8	3,1	
	Toplam	433	0	0-0	0,7	2,9	
Tiroidektomi sayısı	SBEAH	160	1	0-20	12,2	26,1	0,127
	ÜNV Hst.	273	1	0-6	6,7	13,9	
	Toplam	433	1	0-8	8,7	19,4	

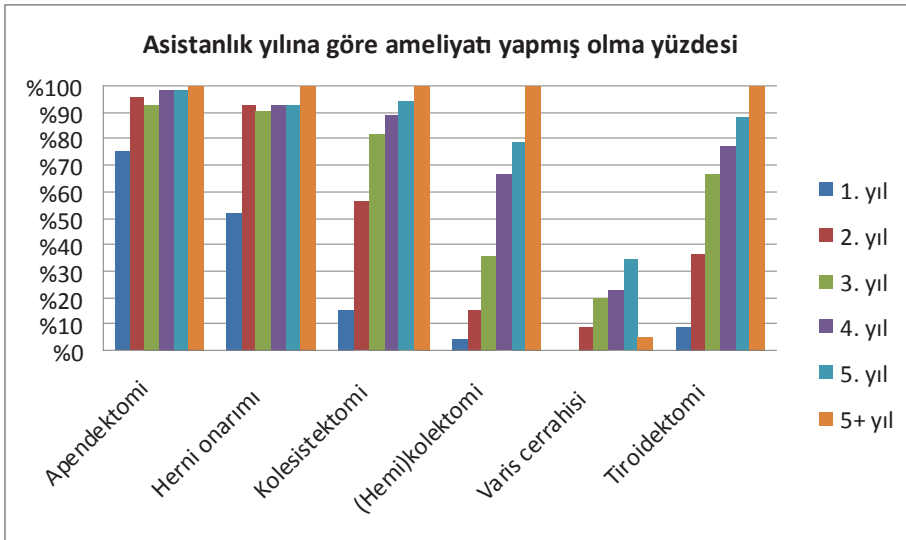
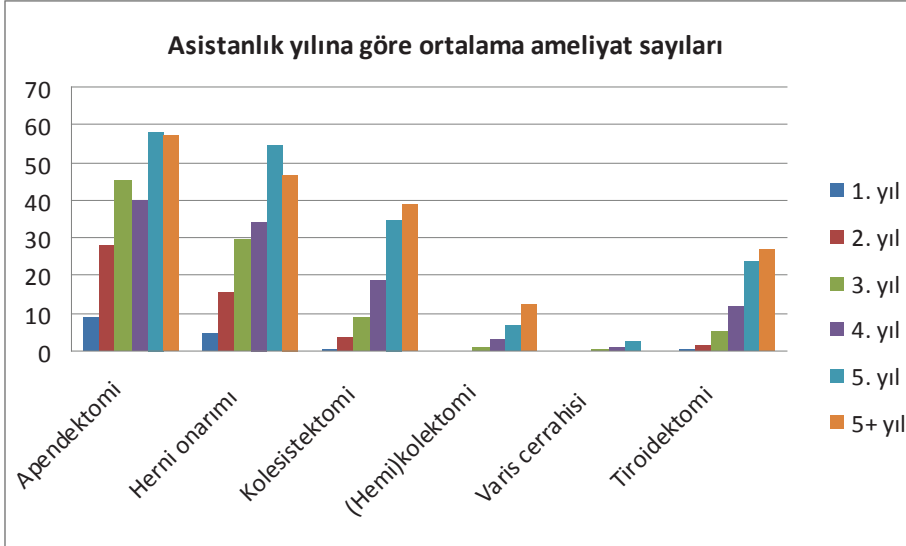
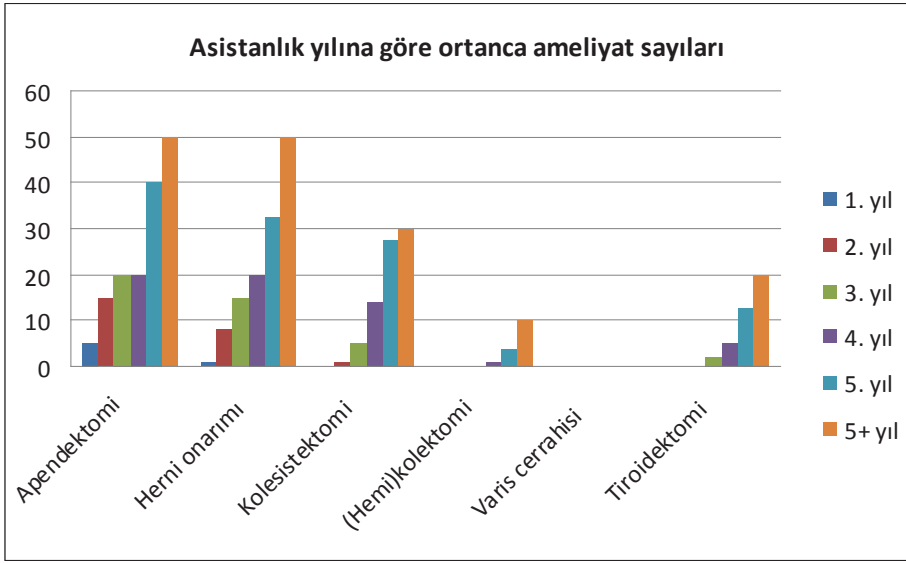


Asistanların apendektomi ortanca sayısı 15, herni onarımı ortanca sayısı 12, kolesistektomi ortanca sayısı 5, tiroidektomi ortanca sayısı 1, kolektomi ve varis cerrahisi ortanca sayısı 0 olarak bulundu.

SBEAH ve üniversite hastaneleri karşılaştırıldığında ortanca ameliyat sayıları sırasıyla apendektomi için 44'e karşın 13, fıtık onarımı için 30'a karşın 10, kolesistektomi 5'e karşın 3 ve tiroidektomi 1'e karşın 1 iken, kolektomi ve varis cerrahisi için bu karşılaştırma 0'a karşın 0 idi.

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

	Kaçıncı yıl asistanı	n	Ortanca	25.-75. Persentil	Ortalama	SS
Apendektomi sayısı	1. yıl	93	5	0-11	8,6	13,4
	2. yıl	71	15	8-40	28,1	30,1
	3. yıl	95	20	10-60	45,2	66,1
	4. yıl	84	20	10-57,5	40,1	44,7
	5. yıl	70	40	20-82,5	58,1	56,4
	5+ yıl	19	50	0-100	56,8	63,6
	Toplam	433	15	6-50	36,1	50
Herni onarım sayısı	1. yıl	93	1	0-5,5	4,7	7,9
	2. yıl	71	8	2-25	15,7	18,6
	3. yıl	95	15	6-50	29,4	33,9
	4. yıl	84	20	5,5-47,5	34,3	44,4
	5. yıl	70	32,5	15-62,5	54,5	61,6
	5+ yıl	19	50	0-80	46,8	42,0
	Toplam	433	12	2-35	27,4	40,7
Kolesistektomi sayısı	1. yıl	93	0	0-0	0,5	2,0
	2. yıl	71	1	0-5	3,8	7,5
	3. yıl	95	5	1-12	8,8	10,7
	4. yıl	84	14	3-25	18,8	20,2
	5. yıl	70	27,5	10-50	34,7	35,1
	5+ yıl	19	30	0-70	38,8	34,2
	Toplam	433	5	0-16	13,6	22,8
(Hemi)kolektomi sayısı	1. yıl	93	0	0-0	0,1	0,3
	2. yıl	71	0	0-0	0,2	0,6
	3. yıl	95	0	0-1	0,9	1,7
	4. yıl	84	1	0-4	3,1	4,7
	5. yıl	70	4	1,5-10	6,9	9,0
	5+ yıl	19	10	0-20	12,2	12,8
	Toplam	433	0	0-2	2,5	5,9
Varis cerrahisi sayısı	1. yıl	93	0	0-0	0,0	0,0
	2. yıl	71	0	0-0	0,2	0,8
	3. yıl	95	0	0-0	0,4	1,2
	4. yıl	84	0	0-0	1,1	3,2
	5. yıl	70	0	0-2,25	2,5	5,7
	5+ yıl	19	0	0-0	0,1	0,5
	Toplam	433	0	0-0	0,7	2,9
Tiroidektomi sayısı	1. yıl	93	0	0-0	0,3	1,2
	2. yıl	71	0	0-1	1,3	2,5
	3. yıl	95	2	0-5	5,2	8,9
	4. yıl	84	5	0-20	11,8	15,7
	5. yıl	70	12,5	2-30	23,7	35,7
	5+ yıl	19	20	0-45	27,0	26,3
	Toplam	433	1	0-8	8,7	19,4



İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 28, 29, 30, 31, 32 ve 33'te ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

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 gerçekleştiremememe riski mevcuttur. Varis cerrahisi bir indeks ameliyat kabul edilecekse (uluslararası programlarda böyledir) hedefin 5 yılda gerçekleştirilemediği görülmektedir.

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. Bir çalışmada ameliyat deneyimsizliğinin yarattığı endişe ile genel cerrahide eğitimini bırakan asistan oranı %20 olarak bildirilmiştir (91). Birleşik Krallık'tan bir çalışmada özellikle kıdemsiz cerrahi asistanlarının eğitimlerinde yapılandırılmış bir ameliyat deneyimi sağlanamadığı için çok ciddi hayal kırıklığı yaşadıkları gösterilmiştir (92). ABD'de 2009 yılında yapılan bir çalışmada genel cerrahi uzmanlığı eğitimi henüz bitirmiş kişilerin 5 yılda yaptıkları ameliyat çeşidi ve sayıları incelenmiştir. ABD'de asistanların ameliyat deneyimlerinin yetersiz, kişiden kişiye önemli ölçüde değişken olduğunu gösteren ve ciddi yankılar uyandıran bu çalışma, asistanların beklenen sayıda ameliyat yapmadıklarını, özellikle asli kategoride kabul edilen bazı ameliyatlar için bile deneyim eksikliği olduğunu ortaya koymuştur (90). İrlanda'dan 2009 yılında genel cerrahi asistanlarının ameliyat deneyimi ile ilgili bir çalışmada, en sık yapılan 25 ameliyat için ulusal standart olarak hedeflenen sayının asistanların yalnızca %64'ü tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır (93).

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. Bell ve ark., çalışmalarında toplam ameliyat sayısından ziyade asli ameliyat çeşitlerinde (Tablo 9) yeterlilik için gereken minimum ameliyat deneyimine ulaşmada sorunlar olduğu gösterilmiştir (90). Bu çalışmadaki bazı ameliyat sayılarını bizim çalışmamızla karşılaştırmak yararlı olabilir. ABD çalışmasında ortanca olarak laparoskopik apendektomi 17 (çalışmada açık apendektomi rakamlarına yer verilmemiştir), herni onarımı 43, kolesistektomi 80, kolektomi 44, laparoskopik kolektomi 4 ve tiroidektomi 15'dir (Tablo 8) (90). Bizim çalışmamızın 5. yıl asistanlarında ortanca olarak apendektomi 40, herni onarımı 33, kolesistektomi 28, kolektomi 4 ve tiroidektomi 13'dür. 5. yılı geçmiş asistanlarda ise ortanca olarak apendektomi 50, herni onarımı 50, kolesistektomi 30, kolektomi 10 ve tiroidektomi 20'dir. Çok açık biçimde ülkemizde genel cerrahi asistanlarının ameliyat deneyimi ABD'den oldukça düşüktür. Özellikle ortanca kolektomi sayısında görülen fark (ABD'de 44'e karşın bizde 4) ürkütücü boyuttadır.

Tablo 8. ABD 2005 yılında uzman olan asistanların 121 asli ameliyat listesinden seçilmiş 20 ameliyat çeşidi için eğitimleri boyunca gerçekleştirdikleri ameliyat sayıları*

Ameliyat	Bildirilen Ortalama Sayı	Standart Sapma	Bildirilen Ortanca Sayı	En sık bildirilen ameliyat sayısı
Kolesistektomi-Laparoskopik	87.8	38	80	67
Herni Onarımı, inguinal/femoral- açık	45.9	20	43	36
Herni Onarımı, inguinal/femoral- laparoskopik	12.7	12	10	5
Splenektomi, hastalık nedeniyle- açık	2.3	2	2	1
Splenektomi, hastalık nedeniyle- laparoskopik	1.5	2	1	0
Kolektomi, parsiyel- açık	46.1	17	44	40
Kolektomi, parsiyel- laparoskopik	5.9	7	4	1
Apendektomi- laparoskopik	20.4	15	17	11
Meme, sentinel lenf nodu biyopsisi	6.6	6	5	0
Meme, modifiye radikal mastektomi	9.1	6	8	5
Endoskopi- özofagogastrosuodenoskopi	20.2	22	13	3
Endoskopi- kolonoskopi, biyopsiyle ya da tek başına	35.5	43	23	0
Endoskopi- perkutan endoskopik gastrotomi	6.2	9	3	0
Travma- boyun eksplorasyonu	1.4	2	1	0
Hemoroidektomi	7.1	5	6	4
Pilonidal kistektomi	3.4	3	3	2
Diyaliz için arteriovenöz fistül açılması	13.0	9	11	9
Melanom için sentinel lenf nodu biyopsisi	2.9	3	2	0
Paratiroidektomi	8.5	7	7	4
Tiroidektomi	17.8	10	15	9

* 2005 yılında uzman olan asistanların eğitimleri boyunca yapmış oldukları ameliyat sayıları incelendiğinde mutlaka yetkinleşmeleri gerektiği düşünülen A kategorisindeki 121 ameliyattan yalnızca birinde (laparoskopik kolesistektomi) ortalama ameliyat yapma sayısı 50'nin üzerindedir. A kategorisindeki 121 ameliyattan 83'ünü asistanlar 5'ten az sayıda yapmıştır (92).

Ülkemizde TCD yeterlik sınavına girmek isteyen uzmanlık eğitimini bitirmiş kişilerden 150'si majör olmak kaydıyla toplam 350 ameliyat yapmış olmalarını beklemektedir. Hangi ameliyatların majör olduğu belirlenmiştir (33). Bell ve ark.'nın çalışması, ABD'de ülkemize kıyasla ameliyat deneyiminin çok yüksek olmasına rağmen asistanların önemli ameliyatlarda ciddi eksiklerinin olduğunu göstermiştir (90). Bu çalışmada eğitimcilerin asistanlarından uzman olduklarında tek başlarına bağımsız olarak yapmalarını bekledikleri pek çok spesifik ameliyat için asistanların temel beceriye kavuşacak sayıda ameliyat yapamadıkları ortaya konmuştur (90). Asistanlar, eğitim programında yer alan ve eğitimcilerin asli olarak gördüğü 121 ameliyat çeşidinden yalnızca 9'unda ortalama 20 ya da daha fazla sayıda ameliyat yaptıklarını bildirilmiştir. Bu asli ameliyat çeşitlerinden 83'ünde 5 ya da daha az, 31'inde 1 ya da daha az ameliyat sayısı bildirilmiştir. Altmış üç ameliyat içinse bu sayı sıfırdır (90). ABD'de genel cerrahide giderek artan yan dal uzmanlık alanları (ileri gastrointestinal cerrahi, endokrin cerrahi, meme cerrahisi, travma cerrahisi, transplantasyon, cerrahi onkoloji, vs.) nedeniyle bazı ameliyatlar artık asistan vakası olmak yerine "fellowship"ler (yan dal eğitimi görenler) tarafından gerçekleştirilmektedir. Yan dalların genel cerrahi asistan eğitimini güçlendirmekte ve asistanları yan dal eğitimi almaya itmektir. Hangi ameliyatın genel cerrahi asistanı hangi ameliyatın yan dal asistanı ("fellowship") tarafından yapılacağı kuralıdır. ABD'de kontrol dışı yan dalların ve yan dal eğitimindeki standartların belirsiz oluşu durumu daha da kötüleştirmektedir (90).

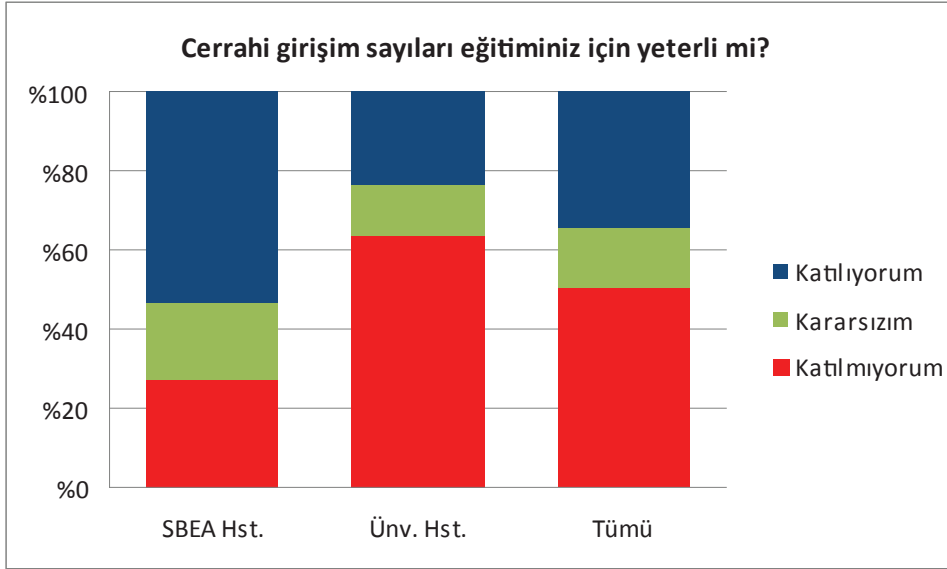
Bell ve ark.'nın çalışması ABD'de ciddi endişelere yol açmış durumdadır. Ülkemizde ise sayısal veriler durumun çok daha olumsuz olduğunu göstermektedir. Eğitim veren cerrahi kliniklerinde asistanların ameliyat deneyimleri çeşit ve sayı olarak merkezi monitorizasyonla izlenmelidir. Ulusal standartların her eğitim kliniğinde karşılanabilmesi için önlem alınmalıdır. Bu standartları karşılamayan eğitim programları akredite edilmemelidir ve bu kliniklerde eğitim alan asistanlar için eksikliklerini giderebilecekleri alternatifler geliştirilmelidir.

Tablo 9. ABD 2005 yılında uzman olan asistanlar eğitimleri boyunca 121 asli ameliyat listesindeki 47 ameliyatı ortalama 2'den az yapmıştır. Bu ameliyat çeşitlerine örnekler. (92)

Ameliyat	Ortalama	En sık bildirilen ameliyat sayısı
Endokrin: Adrenalektomi	1.9	1
Sindirim kanalı anorektal: Sfinkterotomi/ Sfinkteroplasti	1.9	0
Travma: Hepatik lasrasyonda onarım/ drenaj- açık	1.7	0
Sindirim kanalı- kolon: Transanal rektal tümör eksizyonu	1.7	0
Batın- safra yolu: Koledok eksplorasyonu- açık	1.7	1
Batın- dalak: Hastalık için splenektomi- laparoskopik	1.5	0
Travma: Boyun eksplorasyonu	1.4	0
Sindirim kanalı-anorektal: Anorektal fistül onarımı	1.0	0
Jinekoloji: Salphingooferektomi	0.9	0
Sindirim kanalı-anorektal: Rektal prolapsus onarımı	0.8	0
Sindirim kanalı-mide: Drenaj/rezeksiyonla birlikte trunkal/selektif vagotomi- açık	0.6	0
Travma: Mesane onarımı	0.4	0
Travma: Abdominal aorta ya da vena kava onarımı	0.4	0
Diğer: Tromboze hemoroide insizyon	0.2	0

**A kategorisindeki 121 ameliyattan 47'sinde asistanlık süresi boyunca ortalama 2'den az sayıda ameliyat yapmışlardır. Bu ameliyatlara ilişkin asistanların çoğu 0 ameliyat bildirmiştir. Tabloda 9'da bahsedilen 47 ameliyattan örneklere yer verilmiştir(90)

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



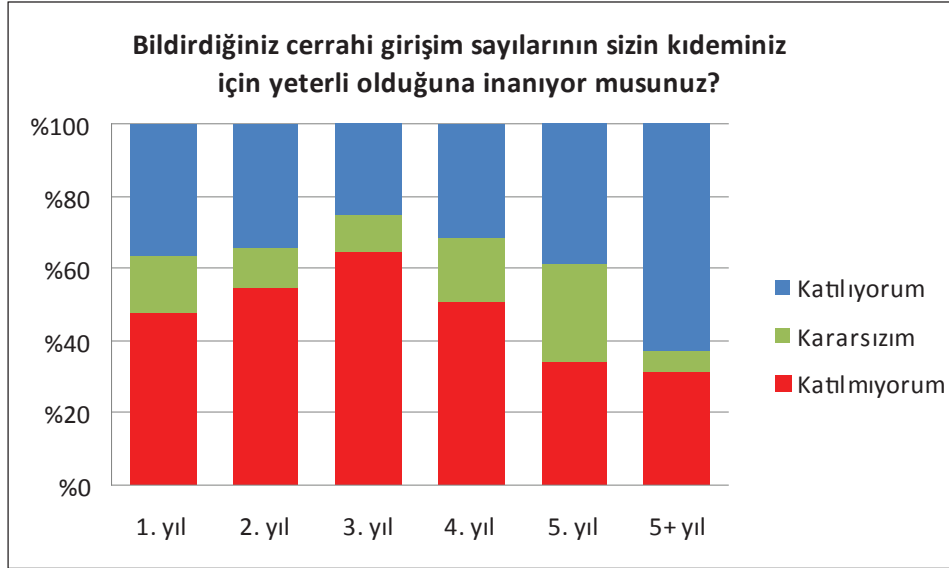
• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 34'te ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,001

Asistanların yarısı cerrahi ameliyat deneyimlerini yetersiz bulmaktadır. Asistanların % 26'sı ameliyat deneyimlerinin yeterliliği konusunda kararsızdır. SBEAH'de asistanlar bildirmiş oldukları ameliyat sayılarını kendi kıdemleri için yeterli olduğuna üniversite hastanesinde eğitim almakta olan asistanlardan daha çok inanmaktadır (%53'e karşın %24, p=0,001).

ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'nde ameliyat deneyimini yetersiz bulan genel cerrahi asistanı oranı yalnızca %9'dur. %76'sı ameliyat deneyimlerini yeterli bulmuştur (87). ABD ile karşılaştırınca ülkemizde asistanların ameliyat deneyimlerini yetersiz bulanların oranı oldukça yüksektir.

■ Bir önceki soruda bildirmiş olduğunuz cerrahi girişim sayılarının sizin kıdeminizde bir genel cerrahi asistanın eğitimi için yeterli olduğuna inanıyor musunuz? (asistan kıdemine göre)

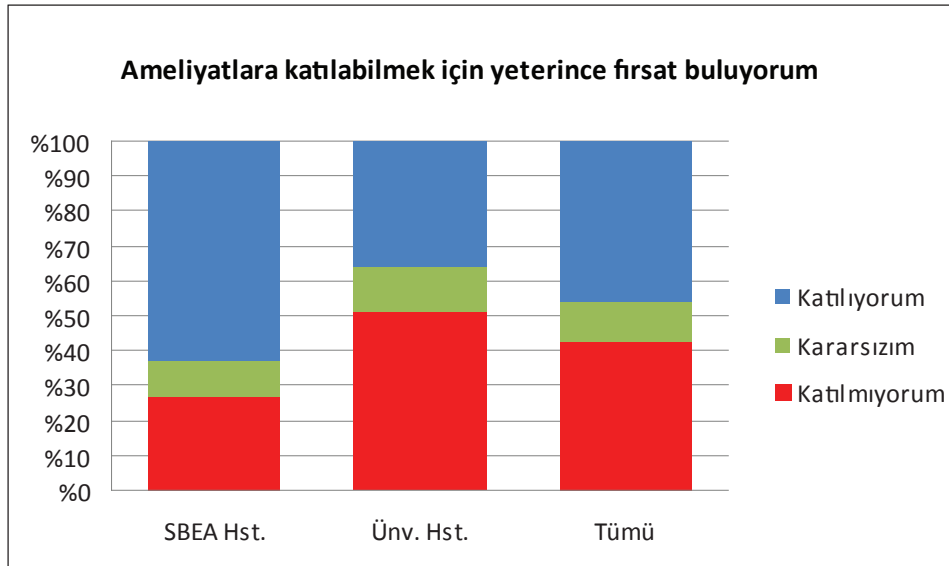


p=0,002

Son yıl asistanların yüzde %34'ü bildirmiş oldukları ameliyat sayılarının yeterli olduğuna inanmadığını belirtmiştir. Hatta normal süreyi uzatarak 5 yıldan daha uzun süre ihtisasa devam eden asistanların bile %31'i bu olumsuz inanca sahiptir. Kıdemsiz asistanlar için de 1. yıldan itibaren ameliyat deneyimlerini yetersiz bulma oranları oldukça yüksektir. Bu oran 3. yılda maksimuma çıkmaktadır (%63).

Birleşik Krallıktan bir çalışmada özellikle kıdemsiz cerrahi asistanlarının eğitimlerinde yapılandırılmış bir ameliyat deneyimi sağlanamadığı için çok ciddi hayal kırıklığı yaşadıkları bildirilmiştir (92). Ülkemizde de benzer biçimde ameliyat deneyimi memnuniyetsizliği en çok kıdemsiz asistanlarda olmak üzere tüm eğitim yıllarına hakim olan ciddi bir sorundur.

■ "Ameliyatlara katılabilmek için yeterince fırsat buluyorum" ifadesine katılıyor musunuz?



p=0,001

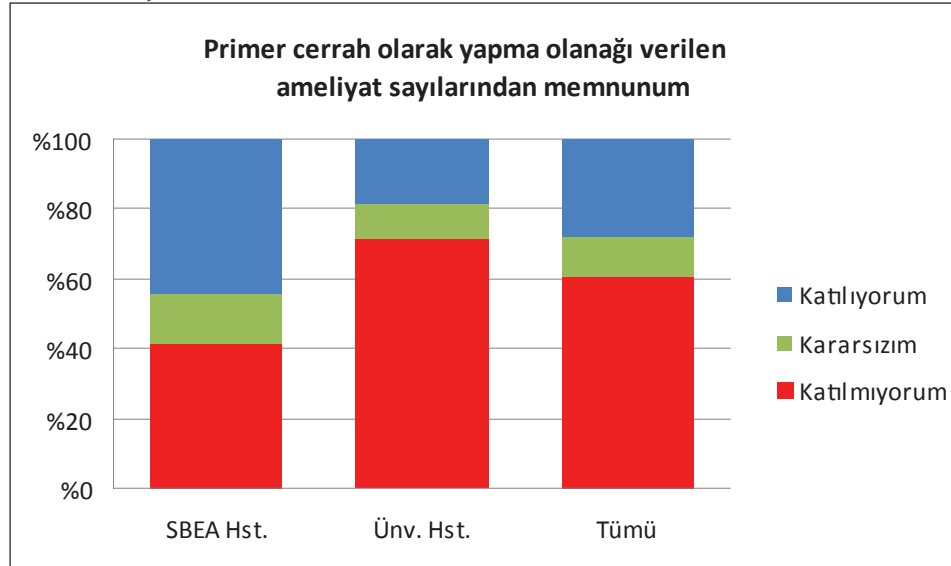
Asistanların yalnızca %46'sı ameliyatlara katılabilmek için yeterince fırsat bulabildiğini ifade etmiştir. %42'si ise ameliyat fırsatını yetersiz olarak değerlendirmektedir. SBEAH'de asistanlar ameliyatlara katılabilmek için üniversite hastanesinde eğitim alan asistanlar ile karşılaştırıldığında daha fazla fırsat bulabildiklerini belirtmişlerdir (%63'e karşın %36, p=0,001).

■ “Ameliyatlara katılabilmek için yeterince fırsat buluyorum” ifadesine katılıyor musunuz?

		“Ameliyatlara katılabilmek için yeterince fırsat buluyorum” ifadesine katılıyor musunuz?					Toplam	
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum		
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1.	N	18	26	10	19	14	87
		%	20,7	29,9	11,5	21,8	16,1	100,0
	2.	N	15	18	6	22	9	70
		%	21,4	25,7	8,6	31,4	12,9	100,0
	3.	N	18	30	12	24	8	92
		%	19,6	32,6	13,0	26,1	8,7	100,0
	4.	N	12	17	10	34	10	83
		%	14,5	20,5	12,0	41,0	12,0	100,0
	5.	N	9	8	12	31	9	69
		%	13,0	11,6	17,4	44,9	13,0	100,0
	5+	N	2	4	1	8	4	19
		%	10,5	21,1	5,3	42,1	21,1	100,0
	Toplam	N	74	103	51	138	54	420
		%	17,6	24,5	12,1	32,9	12,9	100,0

p=0,114

■ “Primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayılarından memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?



p=0,001

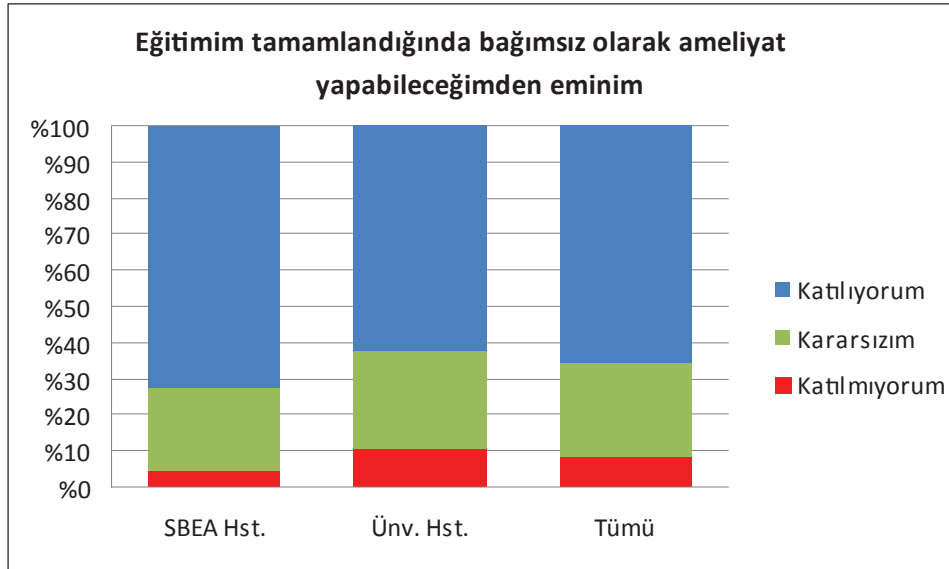
Genel olarak asistanların % 61'i primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayılarından memnun olmadığını belirtti. SBEAH eğitim alan asistanlar üniversite hastanesinde eğitim alan asistanlarla karşılaştırıldığında “primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayıları yönünden daha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

■ “Primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayılarından memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?

			“Primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayılarından memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?					Toplam	
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum		
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1.	N	25	22	12	12	13	84	
		%	29,8	26,2	14,3	14,3	15,5	100,0	
	2.	N	21	23	5	15	6	70	
		%	30,0	32,9	7,1	21,4	8,6	100,0	
	3.	N	40	24	12	12	2	90	
		%	44,4	26,7	13,3	13,3	2,2	100,0	
	4.	N	28	24	8	16	6	82	
		%	34,1	29,3	9,8	19,5	7,3	100,0	
	5.	N	13	24	9	20	4	70	
		%	18,6	34,3	12,9	28,6	5,7	100,0	
	5+	N	5	3	1	8	2	19	
		%	26,3	15,8	5,3	42,1	10,5	100,0	
	Toplam		N	132	120	47	83	33	415
			%	31,8	28,9	11,3	20,0	8,0	100,0

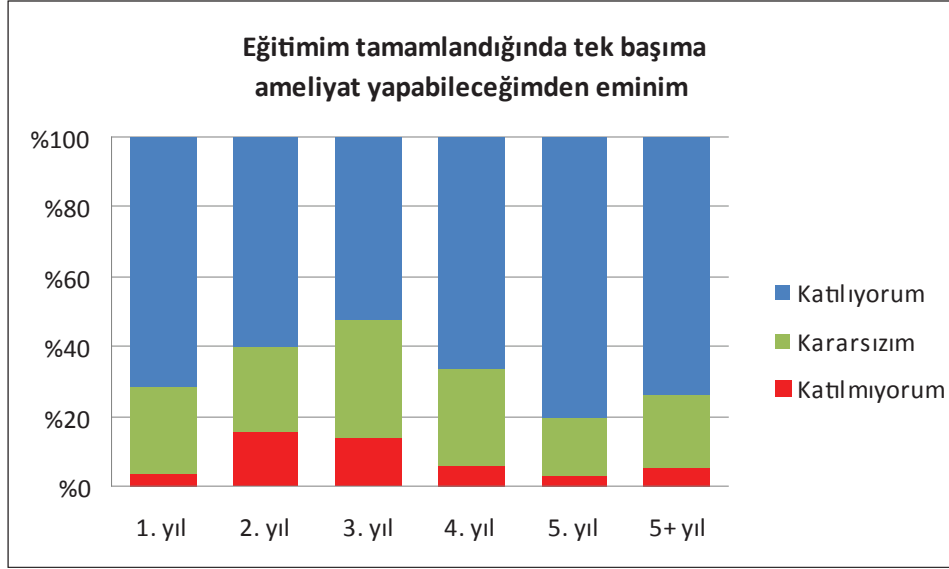
p=0,018

■ “Genel Cerrahi İhtisas eğitimim tamamlandığında bağımsız olarak (tek başıma) ameliyat yapabileceğimden eminim” ifadesine katılıyor musunuz?



p=0,008

■ “Genel Cerrahi İhtisas eğitimim tamamlandığında bağımsız olarak (tek başıma) ameliyat yapabileceğimden eminim” ifadesine katılıyor musunuz?



- İlgili sayısal veriler bu raporun İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 38 ve 39'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Dağılım uygun olmadığından istatistik yapılamaz

Asistanların yalnızca %8'i uzmanlık eğitimlerini tamamladıklarında tek başına ameliyat yapabilme konusunda kendilerinden emin olmadıklarını ifade etmiştir. Bu oran son yıl uzmanlık öğrencilerinde %3'tür. Asistanların %26'sı bu konuda kararsız kalmışlardır.

SBEAH'de çalışan asistanların %73'ü ve üniversite hastanelerinde çalışan asistanların %62'si uzmanlık eğitimlerini tamandıktan sonra bağımsız ameliyat yapabileceklerine inandığını belirtti (p=0.008).

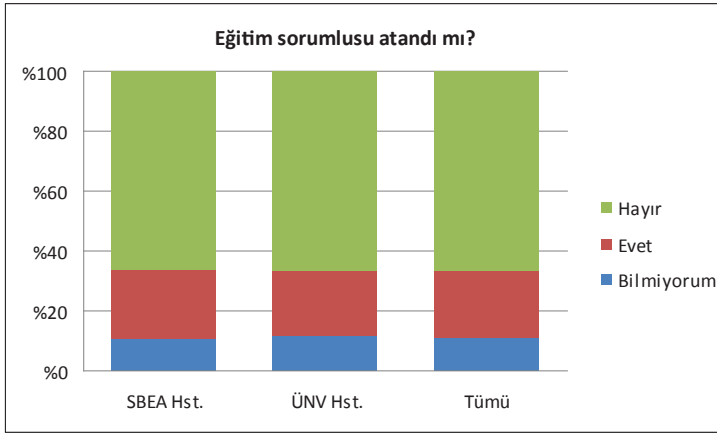
ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'nde eğitimini bitirdiğinde ameliyatları yapabileceğine dair emin olmayan asistan oranı %27.5'dir (87). Ameliyat deneyimini yetersiz bulma oranı çok yüksek olmasına rağmen eğitim bittiğinde tek başına ameliyat yapabilme konusunda kendisinden emin olmama oranı bizim asistanlarımızda şartırtıcı biçimde düşük bulundu.

3. Bölüm

EĞİTİM PROGRAMI ve DEĞERLENDİRME

Eğitim sorumlusu

- Uzmanlık eğitimine başladığınızda size resmi olarak eğitiminizden sorumlu bir eğitim sorumlusu / mentor atandı mı?



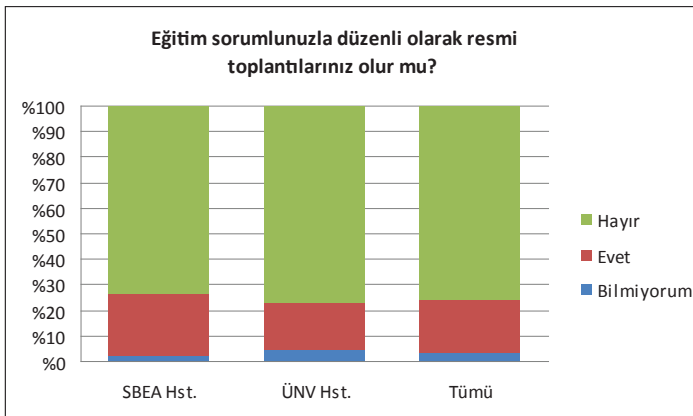
- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 40'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,916

Asistanların %66'sının eğitim sorumlusu yoktur. Bu konu eğitim kurumları arasında farklılık göstermemektedir.

Eğitim sorumlusu toplantıları

- Eğitim sorumlunuzla düzenli olarak resmi toplantılarınız olur mu? (Çalışmakta olduğu hastaneye göre)



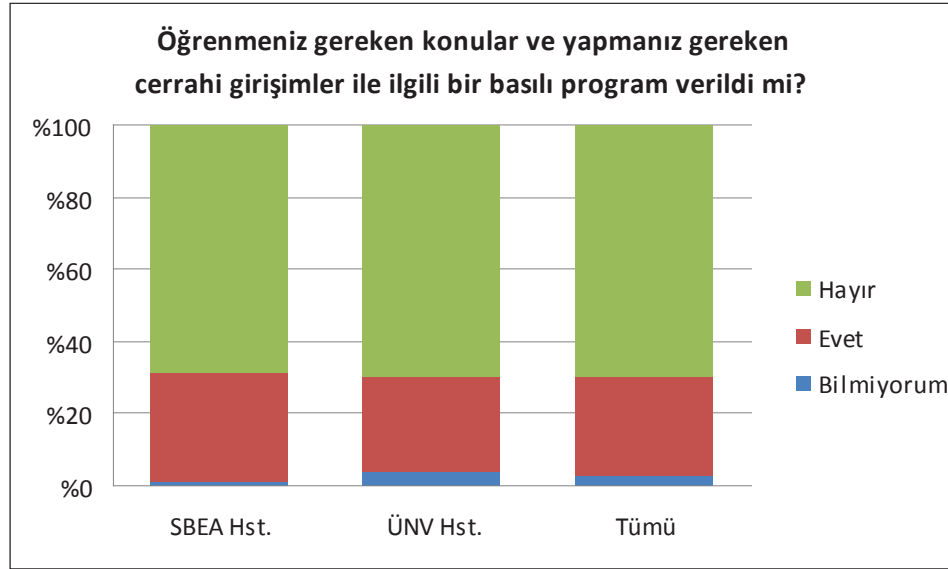
- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 41'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,188

Eğitim sorumlusu olan asistanların %76'sı eğitim sorumluları ile düzenli olarak toplantı yapmamıştır. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Eğitim programı müfredatı

- Hastaneniz / eğitim aldığınız klinik size uzmanlık eğitiminiz boyunca öğrenmeniz gereken konular ve yapmanız gereken cerrahi girişimler ile ilgili bir basılı program verdi mi? (Çalışmakta olduğu hastaneye göre)



p=0,312

Asistanların %70'ine basılı eğitim programı müfredatı verilmemiştir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

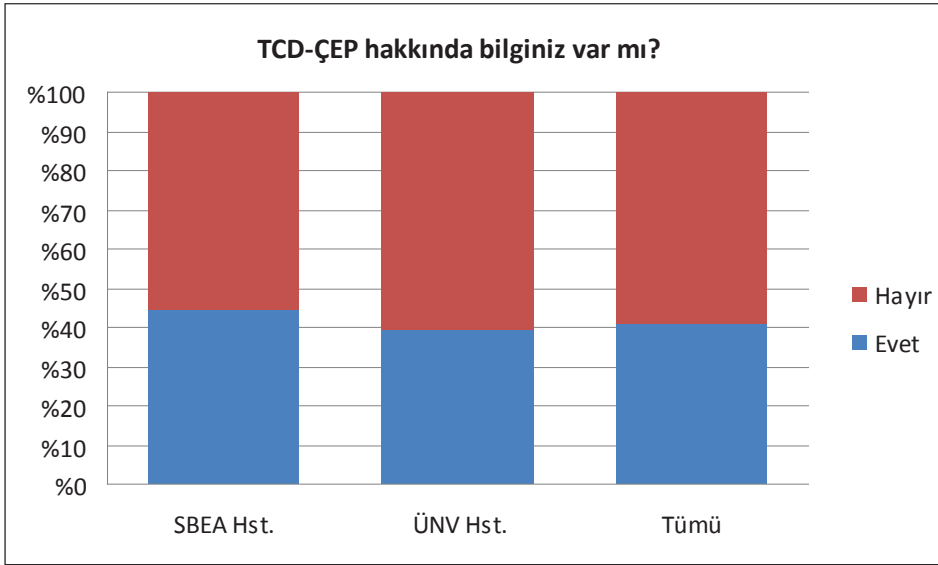
*Eğitim programı müfredatı olmayışı ya da uygulamada kullanılmaması bize özgü bir sorun değildir. Birçok klinikte genel cerrahi uzmanlık eğitimi müfredatı plansızdır, organize değildir. Asistanlar eğitim amaçlarına uygun olarak yapılandırılmış bir programı izlemekten çok önlerine çıkan eğitim fırsatlarını değerlendirmek zorunda kalmaktadırlar (52). Uzmanlık eğitiminde eski paradigmada belirli bir süreyi bir klinikte ve rotasyonlarda geçirmenin uzmanlık eğitimi ile eşdeğer olduğu varsayılırdı. Klinik rutin süreç içinde öğrenmenin asistanlarda doğal olarak gerçekleştiğine inanılırdı. Bu nedenle pek çok eğitim kurumunda açıkça amaçları saptanmış, yapılandırılmış bir eğitim programı yoktu. Eğiticilerin rolü/görevleri/sorumlulukları yeterince tanımlanmamıştı ve asistanların eğitim ihtiyaçları dikkate alınmamıştı. Oysa 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 amaçlarını gerçekleştirmek üzere asistanın performansına yani öğrenme sonuçlarına odaklanılmıştır.*

Pek çok çekirdek eğitim müfredatı, ders kitabı indeksine benzeyen, uzun eğitim amacı listelerine sahiptir, ancak bu amaçlarla müfredat planı ve uygulaması arasında bütünsel bir ilişki mevcut değildir (52). Ayrıca birçok klinikte asistan eğitimi oldukça katı hiyerarşik bir düzen içinde sürdürülmekte, bu durum yeni başlayan asistanların birçok sıradan ve eğitimleri ile doğrudan ilgisi olmayan görevleri yerine getirmesine ve eğitim zamanının büyük bölümünü boşa harcamasına neden olmaktadır (52).

Cerrahi eğitiminin temelinde kuşkusuz iyi tanımlanmış bir müfredat programı yer almalıdır. Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimini iyileştirme çalışmalarına formal ve informal elementleri birlikte içeren progresif bir eğitim programını geliştirmek üzere başlanmalıdır. Bu bağlamda cerrahın eğitimine çok az katkısı olan hizmet bileşenlerini minimuma indirirken, eğitim fırsatlarını maksimuma çıkarmaya çalışarak tüm asistanlar açısından hizmet ile eğitimin dengelenmesi konusuna yeniden odaklanılmalıdır.

Türk Cerrahi Derneği Çekirdek Eğitim Programı

■ Türk Cerrahi Derneği Çekirdek Eğitim Programı (TCD-ÇEP) hakkında bilginiz var mı?

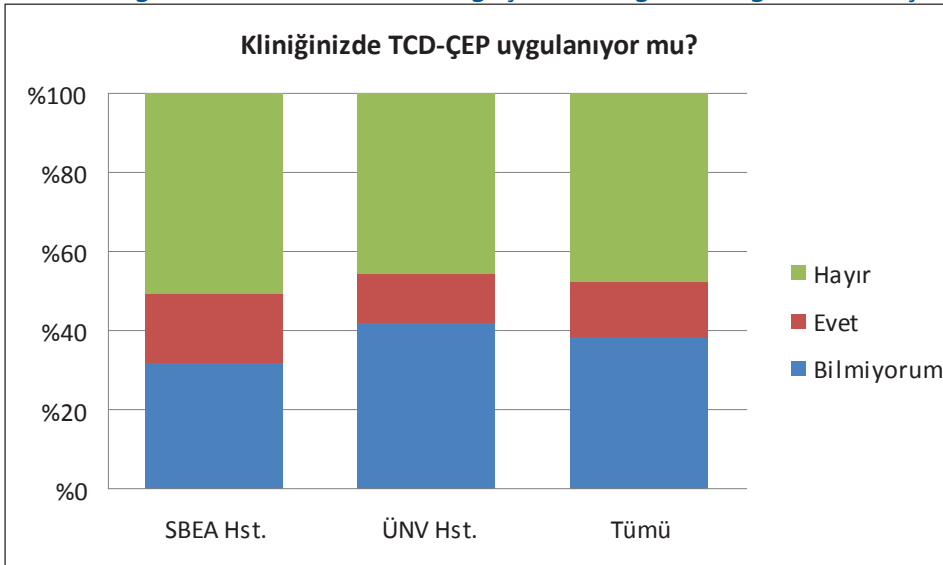


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 43'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

$p=0,330$

Asistanların %59'unun TCD-ÇEP'i hakkında bilgisi yoktur. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermektedir.

■ Kliniğinizde Türk Cerrahi Derneği Çekirdek Eğitim Programı (TCD-ÇEP) uygulanıyor mu?



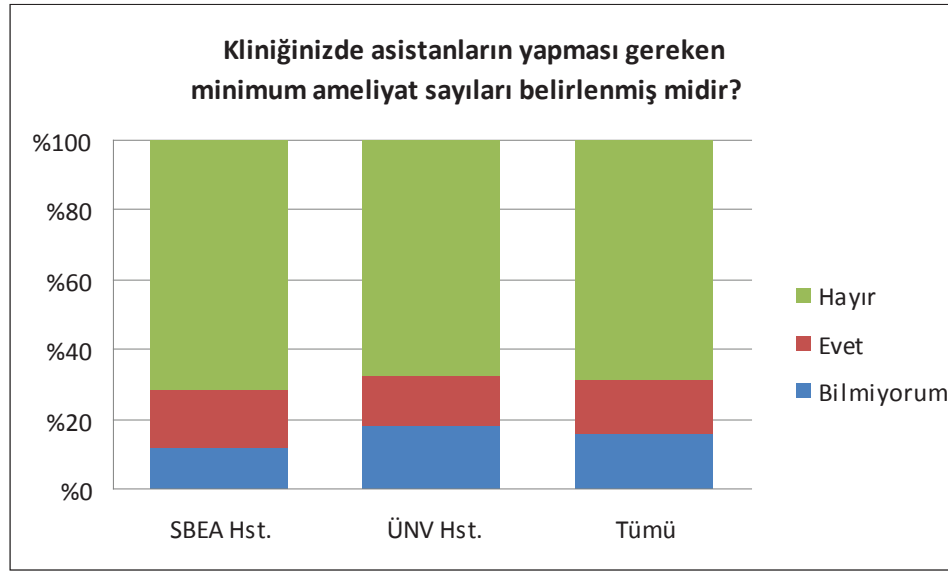
• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 44'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

$p=0,112$

Eğitim veren cerrahi kliniklerinin %48'inde TCD-ÇEP'i uygulanmamaktadır. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

TCD Yeterlik Kurulu(TCYK) 2006 yılında Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) yayımlanmış ve eğitim veren tüm kliniklere eğitici ve asistanlara ulaştırmıştır (32). Aradan 4 yıl geçmiş olmasına rağmen TCD ÇEP'i hakkında bilgi sahibi olma ve uygulama konusunda sorunlar devam etmektedir. TCD ve TCYK bu konuda bilgilendirme ve eğitimcilerin eğitimi çalışmalarına devam etmelidir.

Kliniğinizde asistanların yapması gereken minimum ameliyat sayıları belirlenmiş midir? (Çalışmakta olduğu hastaneye göre)



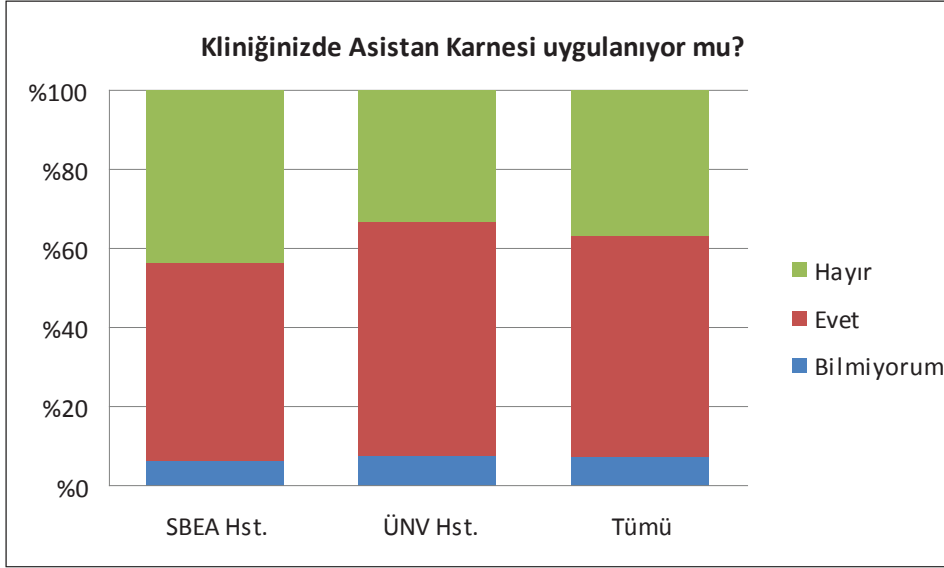
• Asistanların %69'unun kliniğinde yapmaları gereken minimum ameliyat sayıları belirlenmemiştir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

p=0,24

Asistanların %69'unun kliniklerinde yapmaları gereken minimum ameliyat sayıları belirlenmemiştir. Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

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. (90). Ülkemizde 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 (33). Genel cerrahi çekirdek eğitim müfredatında eğitim amaçlarının açıkça belirtilmesi, bu amaçlara uygun olarak asistanlardan beklentilerin ve asistanların yeterlilik değerlendirmesinin nasıl yapılacağına birlikte saptanması eğitim sürecini anlamlı olarak iyileştirme potansiyeline sahiptir. Bu tip bir eğitim sisteminde bir sonraki eğitim seviyesine (üst kідeme) 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 beceri kazanmaları ciddi biçimde artabilir.

Kliniğinizde asistan karnesi uygulanıyor mu?

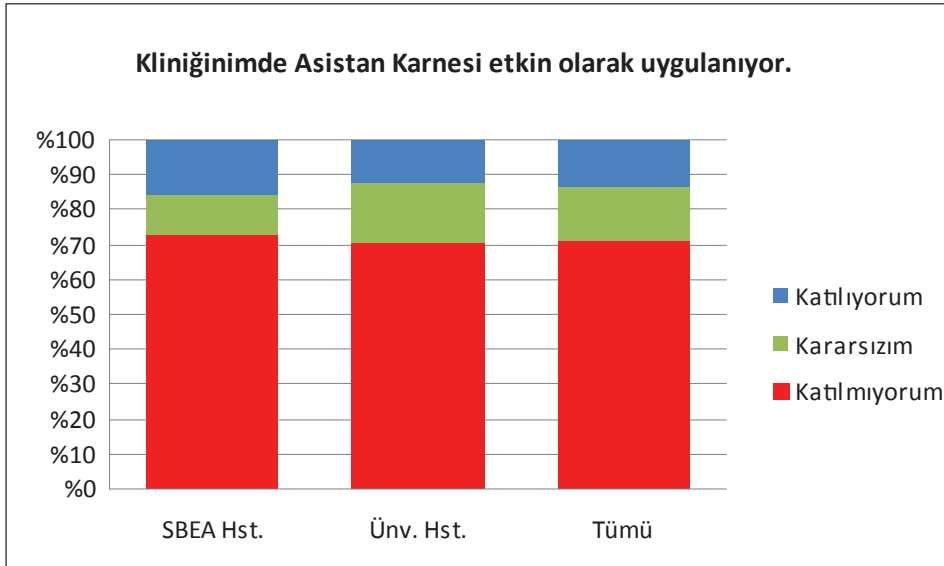


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 46'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,111

Eğitim veren cerrahi kliniklerin yalnızca % 56'sında asistan karnesi uygulaması mevcuttur. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

■ "Kliniğimde asistan karnesi etkin olarak uygulanıyor" ifadesine katılıyor musunuz?

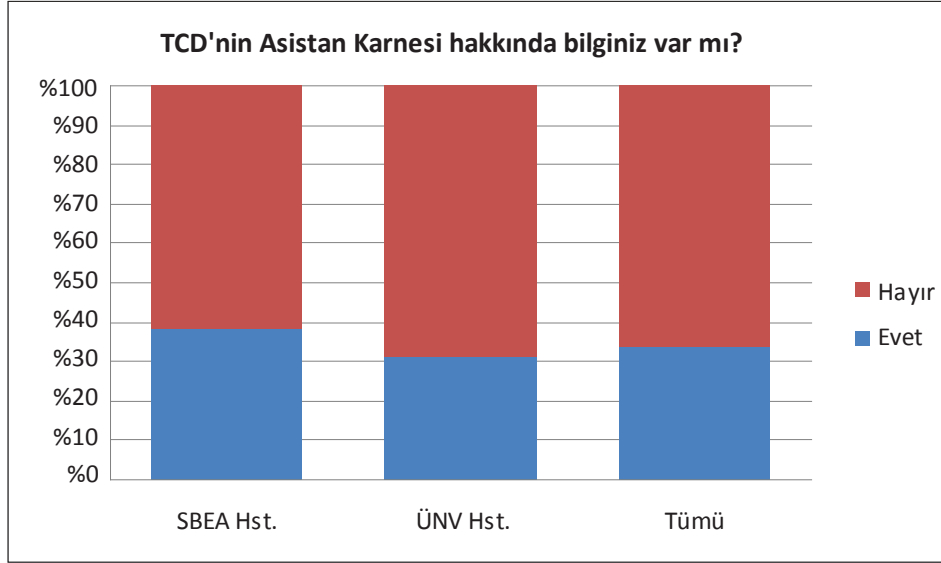


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 47'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,223

Asistanların %72'si kliniklerinde asistan karnesinin etkin olarak uygulanmadığı ifadesine katılmaktadır. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

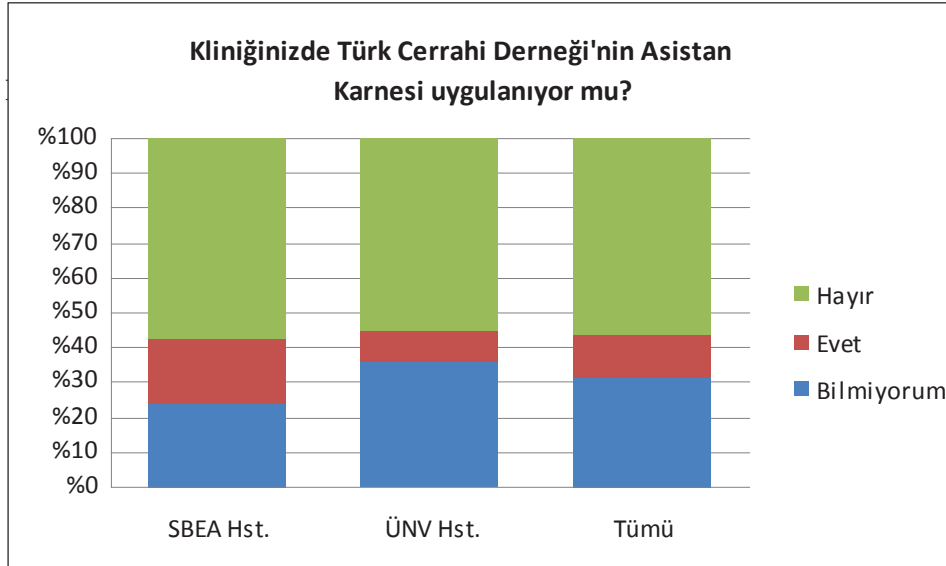
■ Türk Cerrahi Derneği'nin asistan karnesi hakkında bilginiz var mı?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 48'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,147

Asistanların %66'sının TCD asistan karnesi hakkında bilgisi yoktur. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 49'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

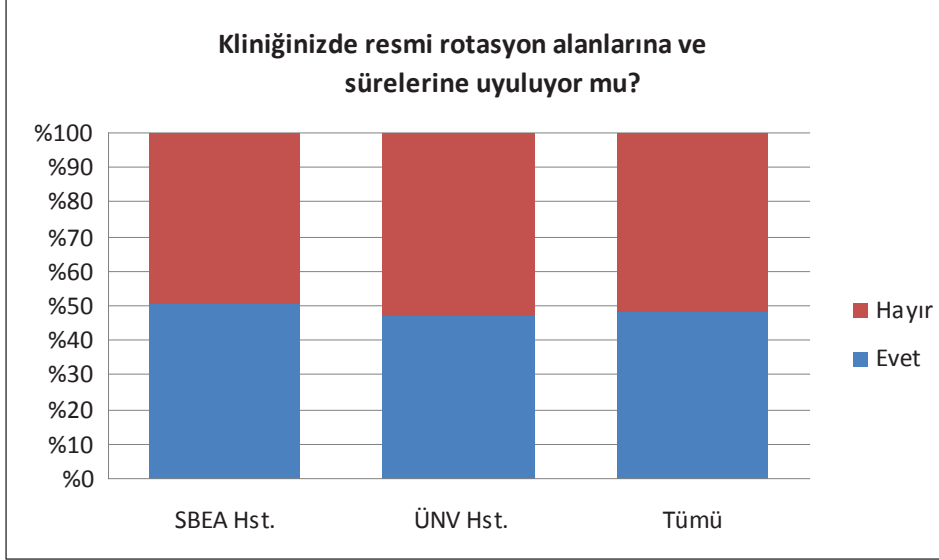
p=0,003

Eğitim veren cerrahi kliniklerin yalnızca %12'sinde TCD asistan karnesi uygulanmaktadır. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

TCD Yeterlik Kurulu (TCYK) 2006 yılında tüm eğitim süreci içinde en az yapılması beklenen cerrahi girişimlerin neler olduğu, sayıları ve ilgili kıdem düzeyi listesini de içeren TCD Asistan Karnesi yayınlamış ve tüm cerrahi kliniklerine göndermiştir (33). Aradan 4 yıl geçmiş olmasına rağmen TCD'nin önerdiği asistan karnelerinin kullanılmasında, ameliyat deneyimi hakkında bilgi sahibi olunmasında sorunlar devam etmektedir. TCD ve TCYK bu konuda bilgilendirme ve eğiticilerin eğitimi çalışmalarına devam etmelidir.

Rotasyonlar

- **Kliniğinizde SB'nın tıpta uzmanlık eğitimi yönetmeliğinde öngörülen resmi rotasyon alanlarına ve sürelerine uyuluyor mu?**



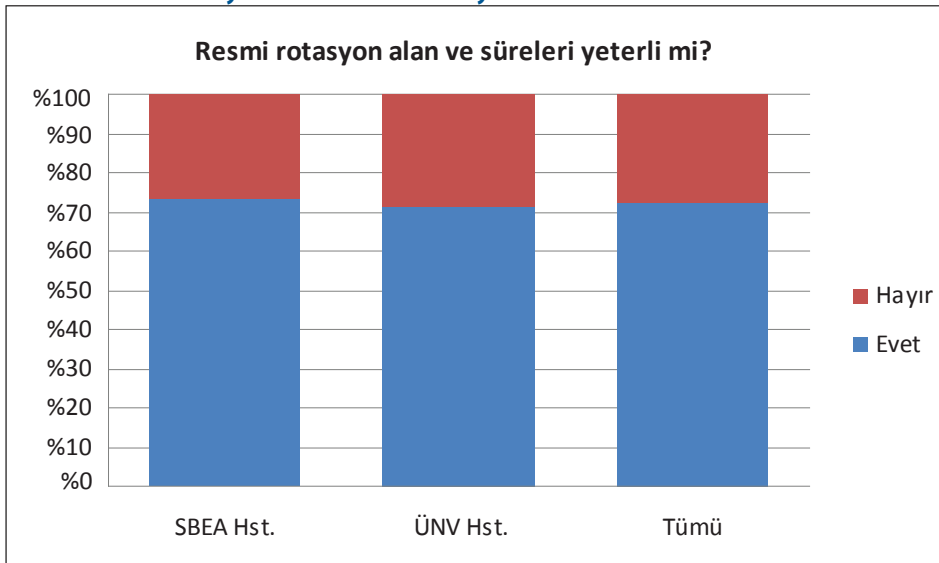
- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 50'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,534

Eğitim veren cerrahi kliniklerinde asistanların %52'si resmi rotasyon alanlarına ve sürelerine uyulmadığını ifade etmektedir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Bu durum kabul edilemez. Yasal olarak bir zorunluluk olan rotasyonlarda yönetmeliğe uyulmaması ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitiminin dezorganize olduğunun, asistanların ihtiyaçlarından ziyade kliniklerin iş yükü ve insan gücü üzerinden yürütüldüğünün, standart olmadığı ve keyfi uygulamalara açık olduğunun göstergesidir.

- **Resmi rotasyon alan ve süreleri yeterli mi?**

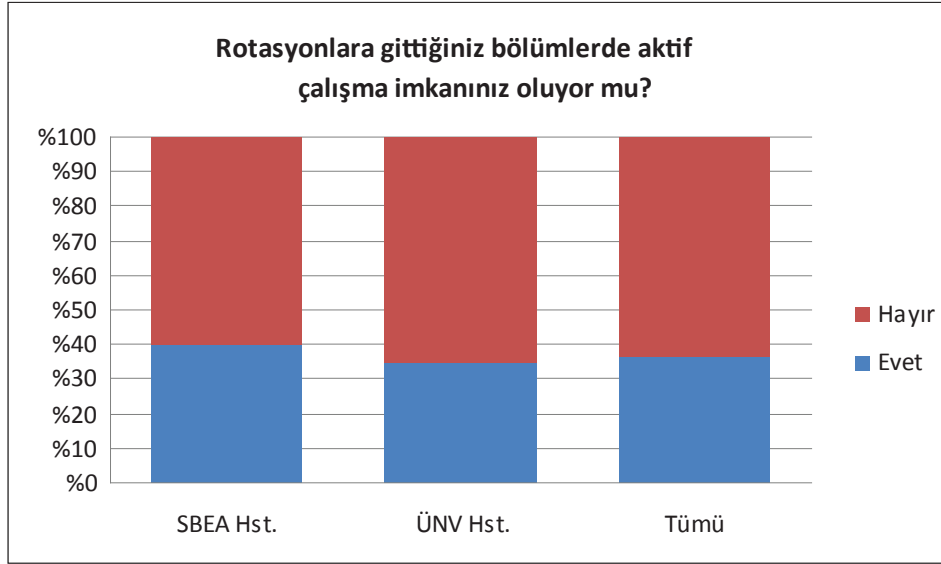


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 51, 52, 53, 54, 55 ve 56'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,707

Asistanlar %72'si resmi rotasyon alan ve sürelerinin yeterli olduğunu belirtmektedirler. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

■ Rotasyonlara gittiğiniz bölümlerde aktif çalışma imkânınız oluyor mu?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 57'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,287

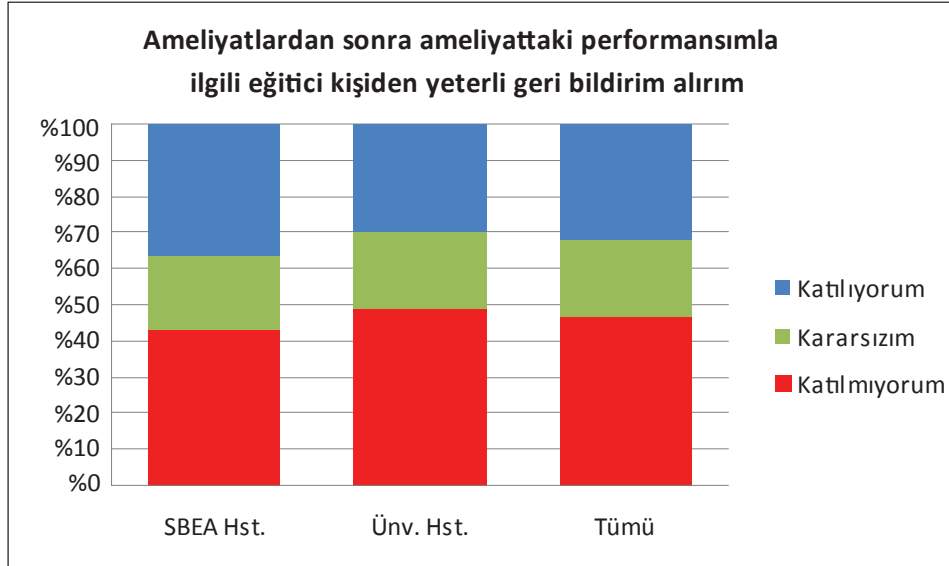
Asistanların %63'ü rotasyonlara gittikleri bölümlerde aktif çalışma imkânı olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Bu durum rotasyona gidilen alanlar için de müfredat ve değerlendirme sistemi geliştirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Değerlendirme

■ Ameliyatlardan sonra geri bildirim alma

"Ameliyatlardan sonra ameliyattaki performansıyla ilgili eğitici kişiden yeterli geri bildirim alırım" ifadesine katılıyor musunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 58'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

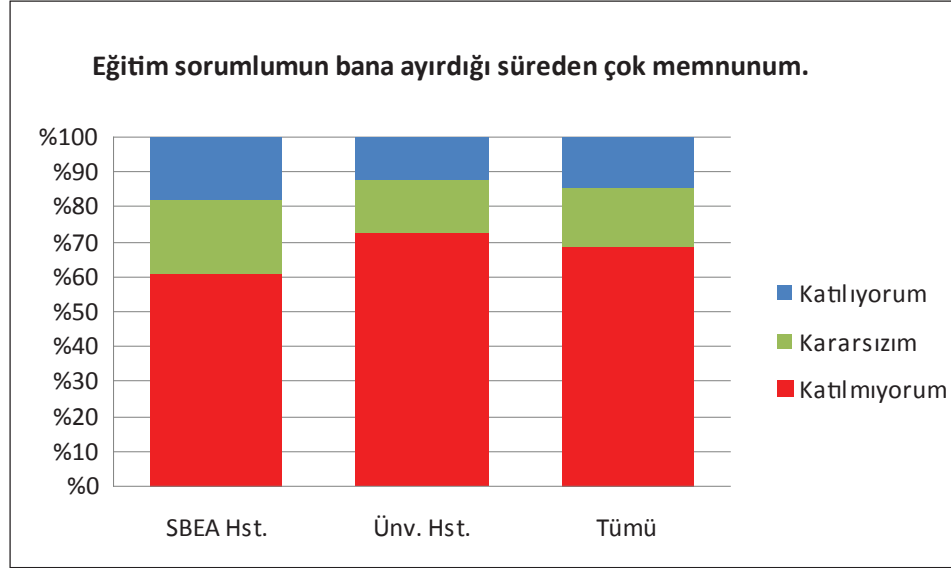
p=0,226

Asistanların %47'si ameliyatlardan sonra ameliyattaki performanslarıyla ilgili eğitici kişiden yeterli geri bildirim almadıklarını belirtmişlerdir. Yeterli geribildirim aldığını düşünenlerin oranı yalnızca %32'dir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Asistanların ameliyattaki performanslarının değerlendirilmesi oldukça güçtür. Kanaat bildirme şeklinde yapılan geri bildirimler öznel değerlendirmeler olmalarına rağmen eksik ya da iyi yönlerini bildirerek, gerekli yönlendirmelerin yapılmasına imkan verir. Bu nedenle eğiticilerin ameliyat sonrasında asistanlara performansları ile ilgili geri bildirimde bulunmaları çok yararlı olur. Asistanların da eğitim programını; kurumu ve eğiticileri değerlendirmelerine olanak tanınmalı ve asistanlardan alınan geri bildirimlerde ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik gerekli değişiklikler, zamanında yapılmalıdır.

Eğiticilerin ulaşılır olması ve asistanlara ayırdıkları zaman

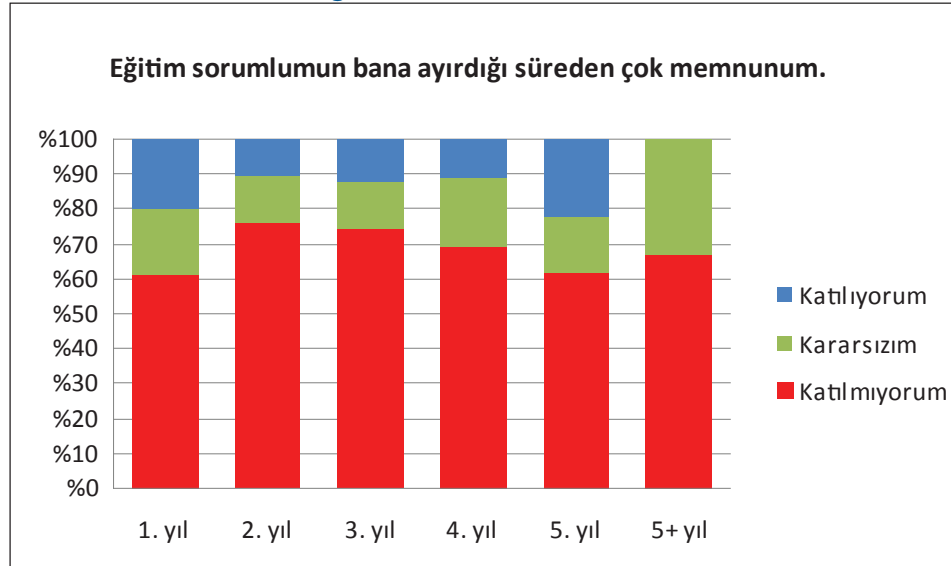
■ “Eğitim sorumlularımın bana ayırdığı süreden çok memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 59'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,174

■ Eğitim sorumlumun/sorumlularımın bana ayırdığı süreden çok memnunum” ifadesine katılıyor musunuz? (Kıdeme göre)



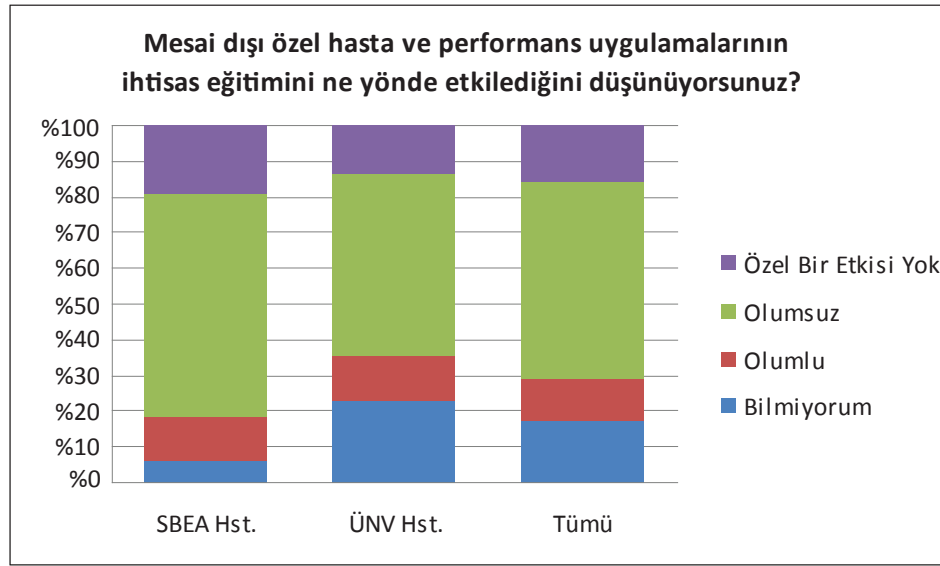
• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 60'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,755

Asistanların yalnızca %14'ü eğitimcilerin kendilerine ayırdıkları süreden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında ve asistanların kıdem yılları arasında farklılık göstermemektedir.

■ 'Mesai Dışı Özel Hasta' ve 'Performans' Sistemlerinin eğitime etkisi

Üniversite hastanelerinde çalışan asistanlar yürürlükte olan 'mesai dışı özel hasta' uygulamasının, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde çalışan asistanlar için ise yürürlükte olan 'performans' uygulamasının genel cerrahi uzmanlık eğitimini ne yönde etkilediğini düşünüyorsunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 106 ve 107'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,001

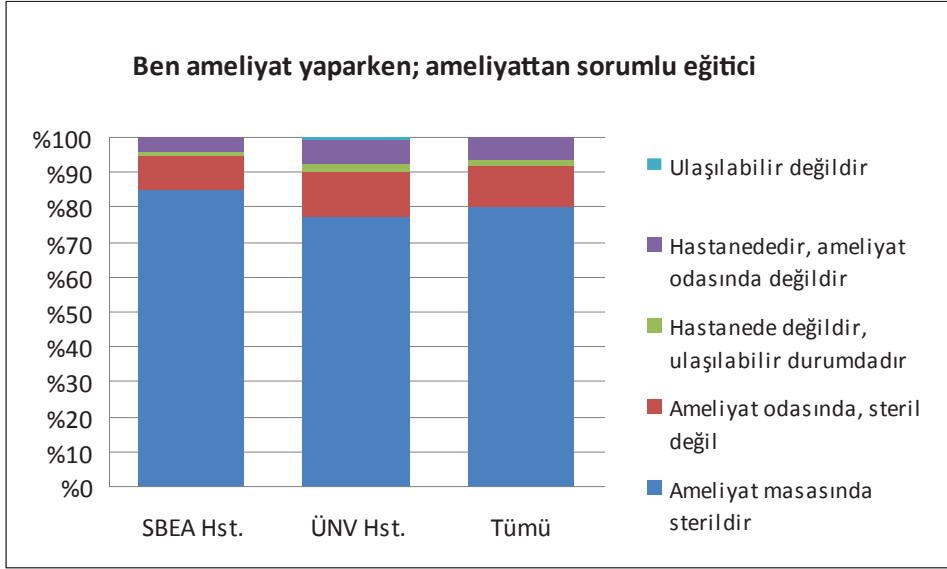
Asistanların %54'ü yürürlükte olan bu uygulamaların olumsuz olduğunu düşünmektedir. SBEAH'deki asistanların %62'si performans uygulamasının olumsuz olduğunu, üniversite hastanelerinde asistanların %50'si 'Mesai Dışı Özel Hasta Uygulamasının' olumsuz olduğunu belirtmektedir.

Ülkemizde birer kamu hastanesi olan üniversite ve SB hastaneleri, son yıllarda özellikle sağlıkta dönüşüm programı ile hızla 'sağlık işletmeleri' haline dönüştürülmektedir. Merkezi finansal desteğin kısılarak ağırlıklı döner sermaye gelirlerine dayandırılan bu hastanelerin pek çoğu negatif bütçededir. Eğitimciler klinik iş yüküne boğulmuş; daha çok 'ödeme yapan' hastalara hizmet etme yarışı içindedirler. Eğitimcilerin üretkenliği kuruma kazandırdığı para ile ölçülmektedir. Kendi gelirleri de ağırlıklı yüklendikleri klinik iş üzerinde oluşmaktadır. Bu durumda eğitimciler 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.

Sağlık alanında son yıllarda yaşanan piyasalaşma ve kamu hastanelerinde çalışan eğitimcilerin özlük haklarındaki gerilemeler, eğitim ortamını oldukça olumsuz etkilemektedir. Eğitimcilerin asistan eğitimine ayırdıkları zaman maddi olarak karşılık görmelidir. Eğitimcilerin özlük haklarında iyileştirmeler ivedilikle gündeme alınmalıdır.

Üniversite hastanelerinde 'mesai dışı özel hasta' adı altında bir süreden beri uygulanmakta olan ve SBEAH'de son yıllarda benimsenen 'performansa dayalı ücretlendirme' eğitim ortamını pek çok açıdan olumsuz etkilemektedir.

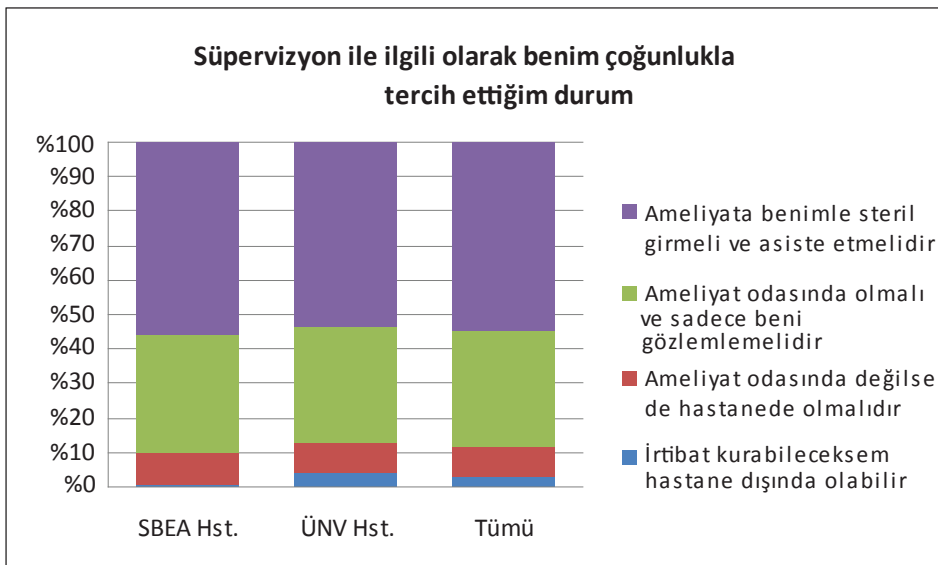
■ **Primer cerrah olarak ben ameliyat yaparken; ameliyattan sorumlu uzman/egitici hangi durumdadır?**



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolarda Bölümü'nde yer alan Tablo 108 ve 109'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %78'i primer cerrah olarak kendisi ameliyat yaparken; ameliyattan sorumlu uzman/egiticinin ameliyat masasında steril durumda kendisi ile beraber olduğunu belirtmiştir.

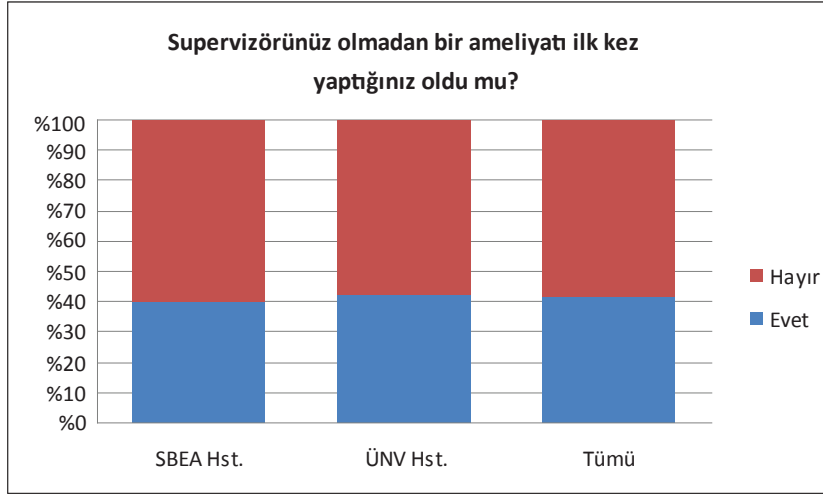
■ **Süpervizyon (ameliyattan sorumlu uzman/egitici) ile ilgili olarak benim çoğunlukla tercih ettiğim durum:**



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolarda Bölümü'nde yer alan Tablo 110 ve 111'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %54'ünün süpervizyon (ameliyattan sorumlu uzman/egitici) ile ilgili olarak çoğunlukla tercih ettiği durum süpervizörün ameliyata kendisi ile steril girmesi ve asiste etmesidir.

■ Supervizörünüz (ameliyattan sorumlu uzman/eğitici) olmadan bir ameliyatı ilk kez oldu mu?



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 112'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

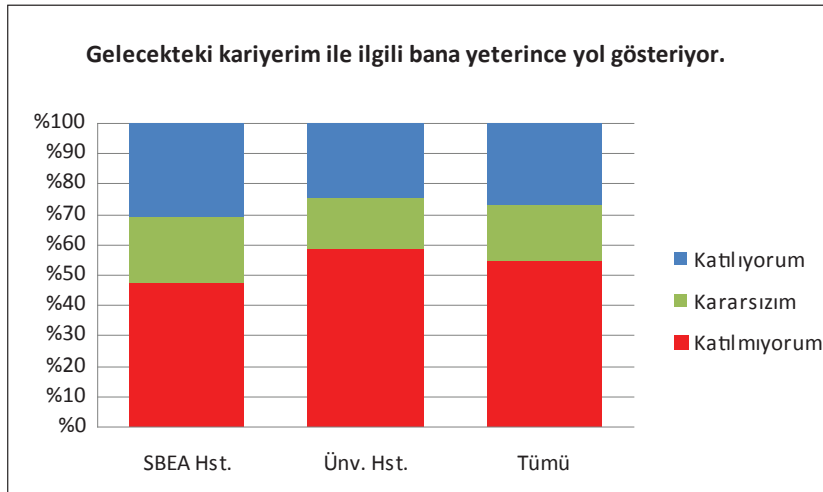
p=0,637

Asistanların %42'si supervizörü (ameliyattan sorumlu uzman/eğitici) olmadan bir ameliyatı ilk kez yaptığını belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

Genel olarak asistanların yaptığı ameliyatlara sorumlu bir uzman/eğitici katılmaktadır. Buna rağmen asistanlar ciddi bir oranda (%42) ilk kez yaptıkları bir ameliyatı uzman/eğitici olmadan yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu durum özellikle nöbetlerde kıdemli asistanların kıdemsiz asistanlara ameliyat eğitimi verdikleri şeklinde yorumlanabilir. Kanada'da yapılan bir ankette asistanlar primer cerrah olarak kendisi başka bir asistan ile ameliyat yaparken; ameliyattan sorumlu uzman/eğiticinin sadece gözlemliyor ve yönlendiriyor olmalarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir (94). Çalışmamızda asistanlar sorumlu uzmanın ameliyata kendisi ile steril girmesi ve asiste etmesini tercih etmektedir.

Asistanların gelecek planlarına destek

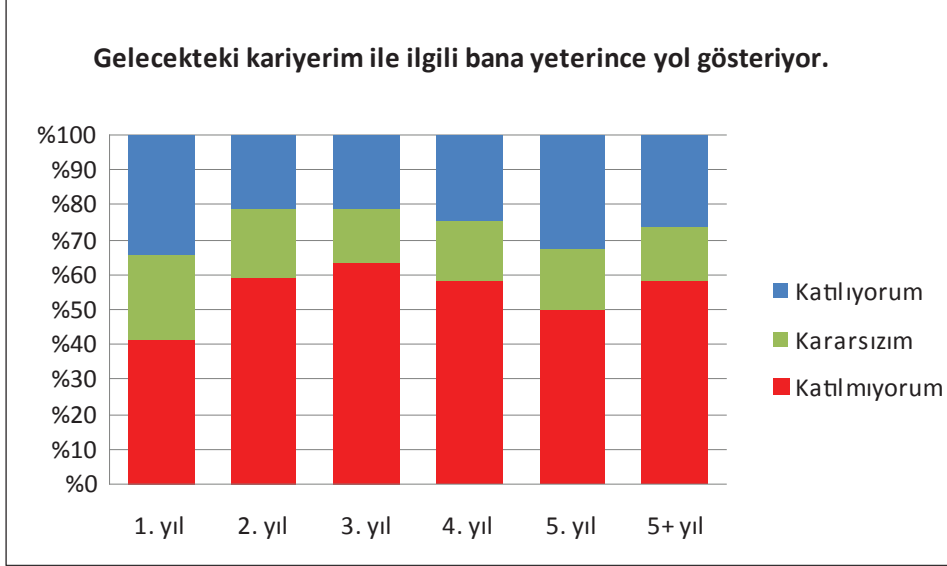
■ "Eğitimimin bir parçası olarak, gelecekteki kariyerim ile ilgili bana yeterince tavsiyelerde bulunuluyor/yol gösteriliyor" ifadesine katılıyor musunuz?



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 61'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,324

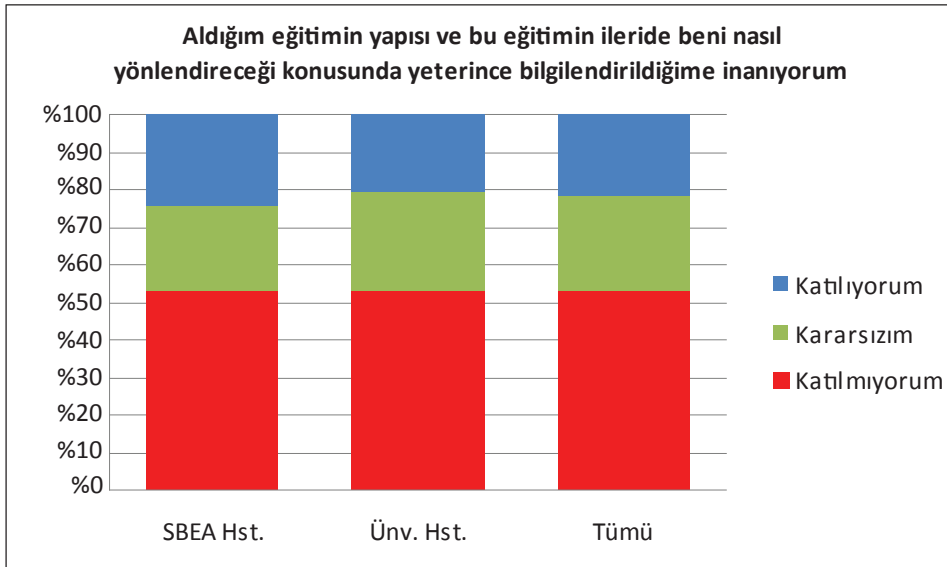
■ **“Eğitimimin bir parçası olarak, gelecekteki kariyerim ile ilgili bana yeterince tavsiyelerde bulunuluyor/yol gösteriliyor” ifadesine katılıyor musunuz? (Kıdeme göre)**



p=0,927

Asistanların yalnızca %26'sı kariyer planlaması ile ilgili tavsiye alabilmektedir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir. Bu durum asistanların kıdem yılları arasında farklılık göstermemektedir.

■ **“Aldığım eğitimin yapısı (özellikleri) ve bu eğitimin ileride beni nasıl yönlendireceği konusunda yeterince bilgilendirildiğime inanıyorum” ifadesine katılıyor musunuz?**



p=0,467

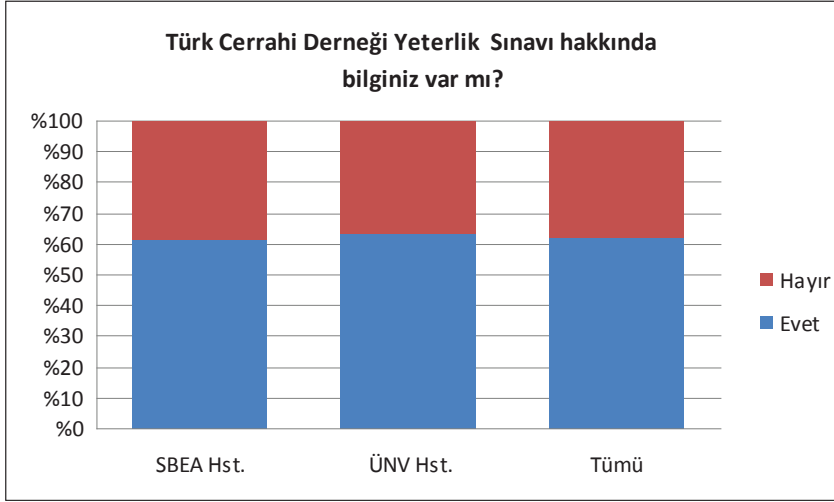
Asistanların yalnızca %22'si aldıkları eğitimin yapısı (özellikleri) ve bu eğitimin ileride kendilerini nasıl yönlendireceği konusunda yeterince bilgilendirildiğini belirtmektedir.

Bu durum kurumlar arasında ve asistanların kıdem yılları arasında farklılık göstermemektedir.

Asistanların gelecek planlarını oluşturmada onları bilgilendirecek, yönlendirecek ve destekleyecek bir sistem oluşturulamamıştır. Oysa genç cerrahlar için bu konu önemli bir ihtiyaçtır. Eğitim programlarının bu tür destek sistemleri içermesi sağlanmalıdır.

TCD Yeterlik (Board) Sınavı

■ Türk Cerrahi Derneği Yeterlik (Board) Sınavı hakkında bilginiz var mı?

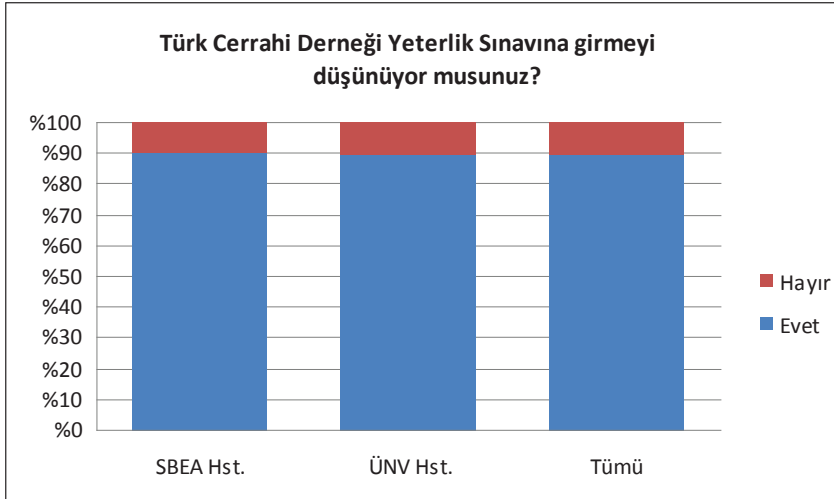


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 64'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,728

Asistanların %63'ü TCD yeterlik "board" sınavı hakkında bilgi sahibidir. Bu durum kurumlar arasında ve asistanların kıdem yılları arasında farklılık göstermemektedir.

■ Türk Cerrahi Derneği Yeterlik (Board) Sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 65 ve 66'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,886

Asistanların %90'ı TCD yeterlik "board" sınavına girmeyi düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında ve asistanların kıdem yılları arasında farklılık göstermemektedir.

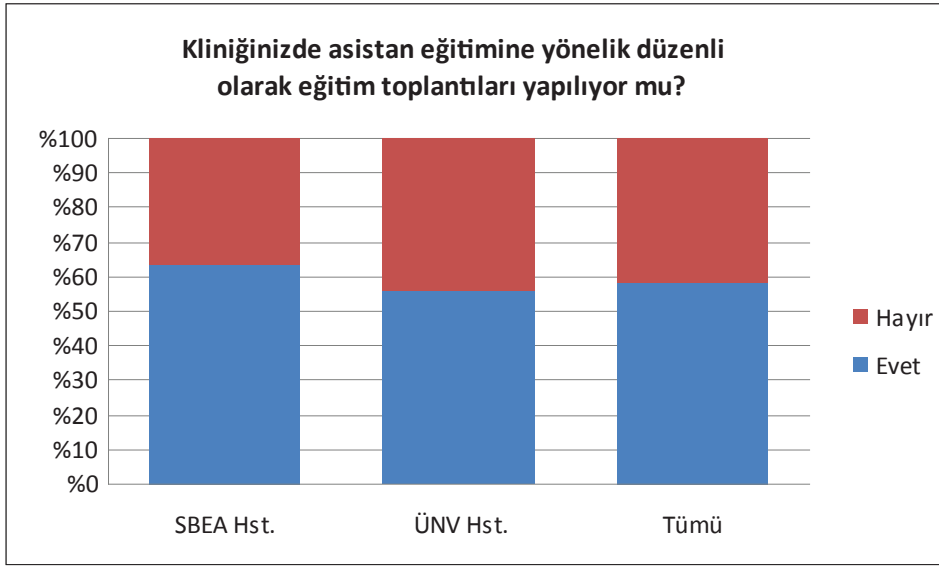
TCD Yeterlik sınavları geniş bir kabul görmüş durumdadır. TCYK çalışmaları hakkında asistanlara daha çok bilgi verilmeli, TCD ile asistanlar arasında kurumsal ilişkiler geliştirilmelidir. TCD Asistan Komisyonu bu amaç için önemli bir fırsat olabilir.

4. Bölüm

EĞİTİM SÜRECİ, EĞİTİM ALT YAPI OLANAKLARI, ARA DEĞERLENDİRMELER ve KURUM DEĞERLENDİRMESİ

Didaktik eğitim toplantıları

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



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 67'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,128

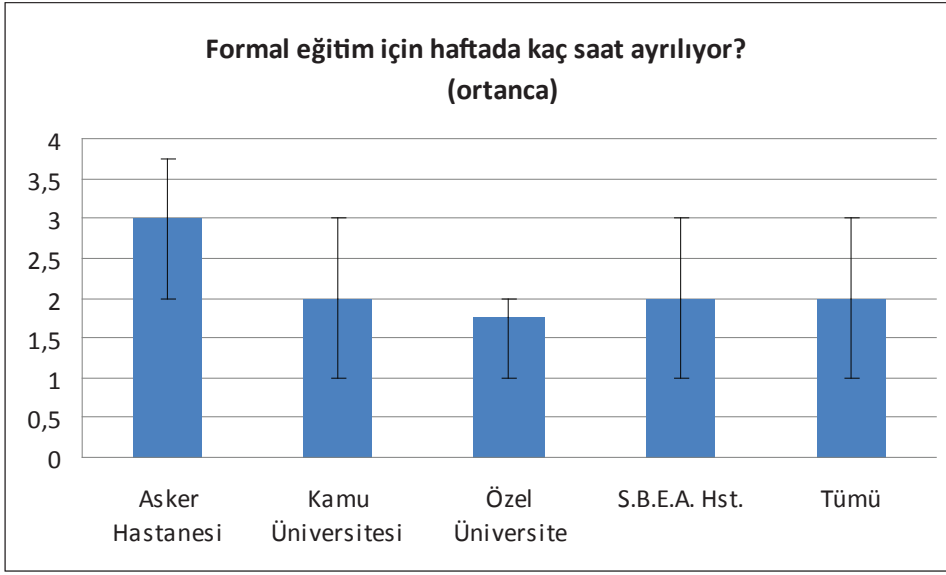
Asistanların %47'si kliniklerinde asistan eğitimine yönelik toplantı yapılmadığını belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

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

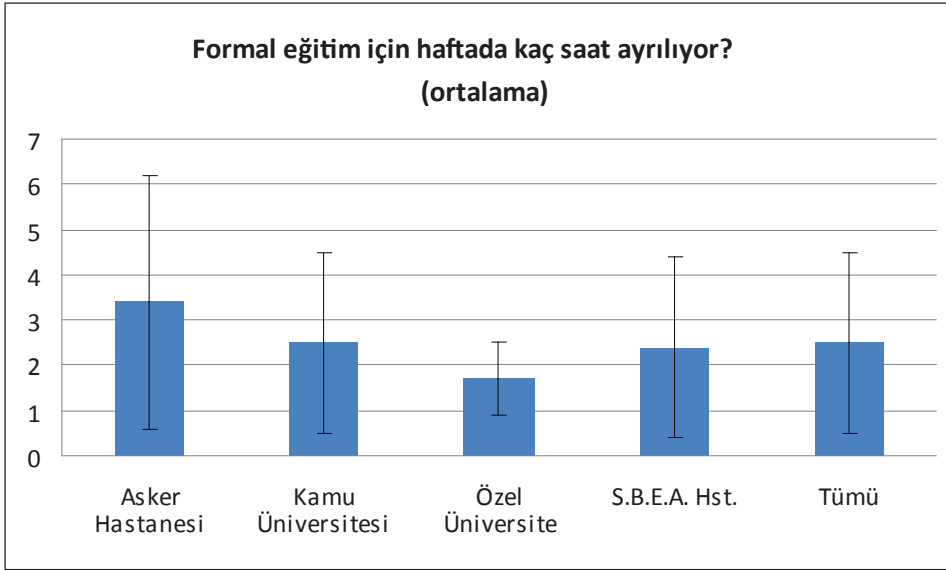
Hastane türü	n	Ortanca	25-75. persentil	Ortalama	SS
ÜNV hst.	245	2	1-3	2,5	2,0
S.B.E.A. Hst.	130	2	1-3	2,4	2,0
Toplam	375	2	1-3	2,5	2,0

- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 68'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,516

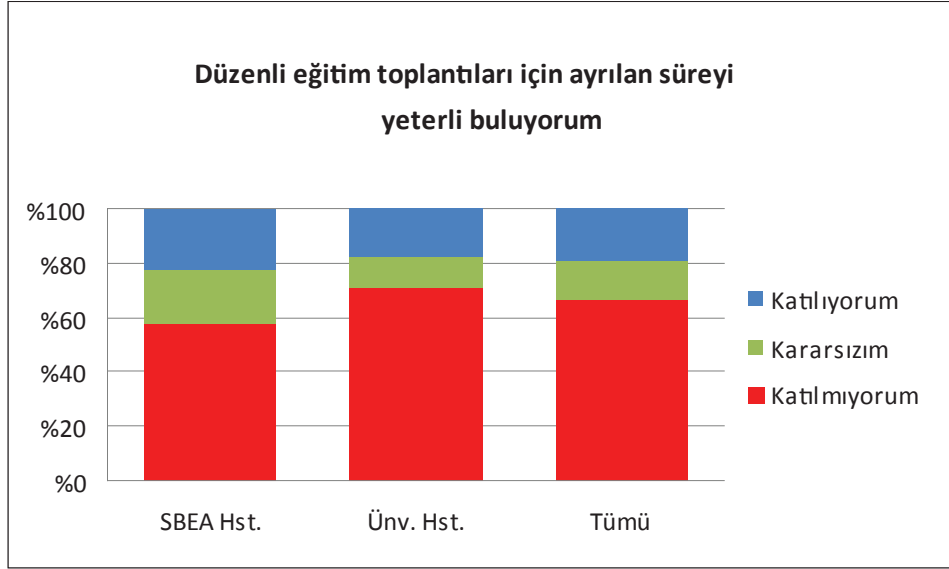


p=0,082



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

■ “Düzenli eğitim toplantıları için ayrılan süreyi yeterli buluyorum” ifadesine katılıyor musunuz?

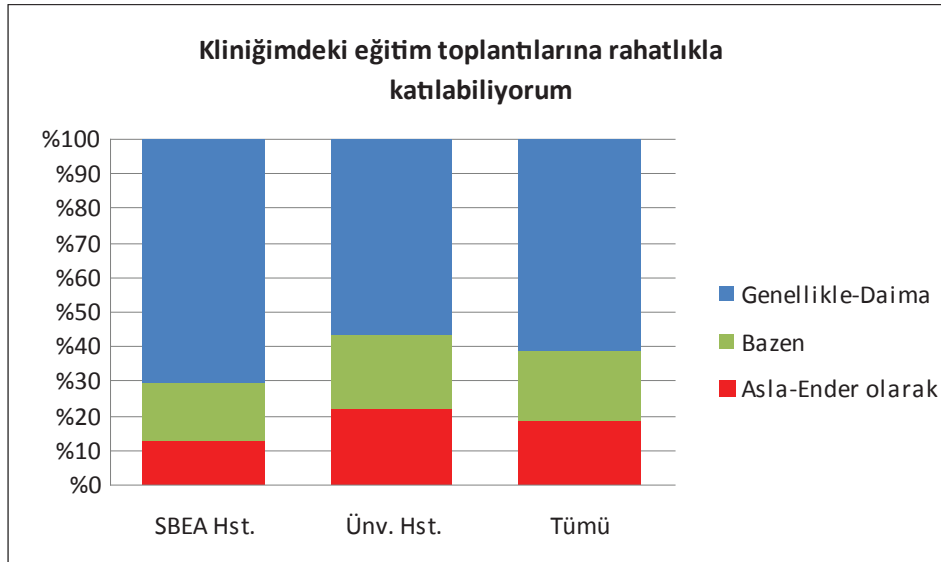


p=0,034

Asistanların yalnızca % 19.5'i düzenli eğitim toplantıları için ayrılan süreyi yeterli bulmaktadır. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir. SBEAH de asistanların %57'si ayrılan süreyi yetersiz bulurken üniversite hastanelirnde bu oranı %71'dir.

■ Didaktik eğitim etkinliklerine katılma fırsatı

Çalışmakta olduğunuz hastane * “Kliniğimdeki eğitim toplantılarına rahatlıkla katılabiliyorum” ifadesi sizin için gerçeği ifade eder mi?



p=0,008

“Kliniğimdeki eğitim toplantılarına rahatlıkla katılabiliyorum” ifadesi sizin için gerçeği ifade eder mi? (kıdem yıllarına göre)

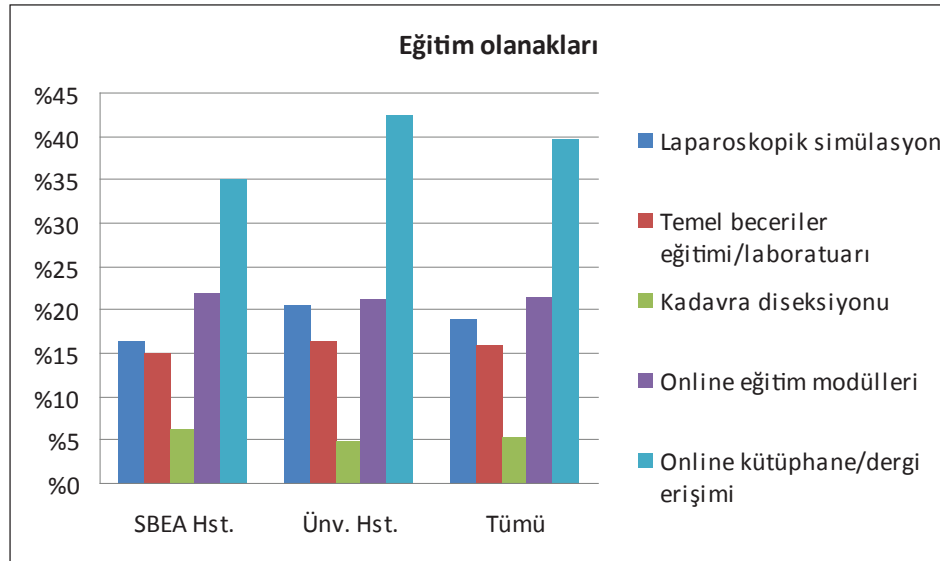
		“Kliniğimdeki eğitim toplantılarına rahatlıkla katılabiliyorum” ifadesi sizin için gerçeği ifade eder mi?					Toplam		
		Asla	Ender olarak	Bazen	Genellikle	Daima			
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	4	10	14	31	22	81	
		%	4,9%	12,3%	17,3%	38,3%	27,2%	100,0%	
	2	N	5	9	15	23	14	66	
		%	7,6%	13,6%	22,7%	34,8%	21,2%	100,0%	
	3	N	7	12	19	35	17	90	
		%	7,8%	13,3%	21,1%	38,9%	18,9%	100,0%	
	4	N	7	8	16	35	12	78	
		%	9,0%	10,3%	20,5%	44,9%	15,4%	100,0%	
	5	N	2	8	10	31	15	66	
		%	3,0%	12,1%	15,2%	47,0%	22,7%	100,0%	
	5+	N	2	1	7	5	4	19	
		%	10,5%	5,3%	36,8%	26,3%	21,1%	100,0%	
	Toplam		N	27	48	81	160	84	400
			%	6,8%	12,0%	20,3%	40,0%	21,0%	100,0%

p=0,843

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. Asistanların kıdem yılları arasında farklılık göstermemektedir.

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 yetersiz bulunmaktadır. Ayrıca asistanlar bu etkinliklere katılma fırsatı bulamayabilmektedirler. Tüm bu veriler ülkemizde uzmanlık eğitimi sürecinin dezorganize olduğunu, standartlardan yoksun, keyfi uygulamalara açık olarak yürütüldüğünü ortaya koymaktadır. Asistanların doğrudan eğitimleri ile ilgili olmayan klinik ve idari işlerde çalıştırılmaması ve iyi planlanmış formel eğitim etkinliklerinin düzenli olarak uygulanması ve asistanların bu etkinliklere katılmalarının sağlanması gerekir. Bu konuda tüm cerrahi klinikleri denetlenmelidir.

Kurumun genel cerrahi uzmanlık eğitimi alt yapı olanakları



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablo 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81 ve 82'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların yalnızca %19'u kurumlarında laparoskopik simülasyon eğitimi olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

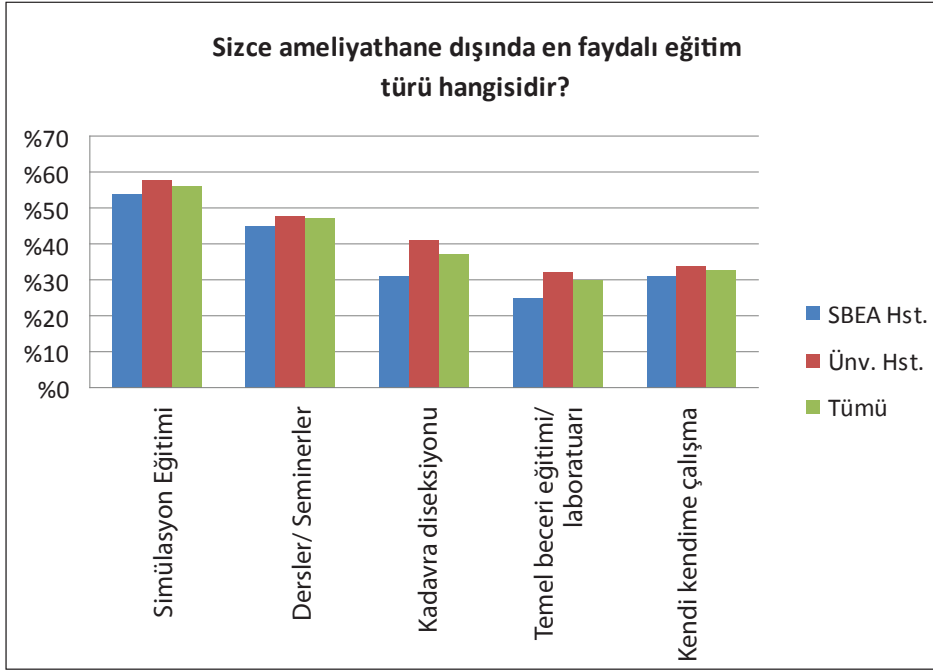
Asistanların yalnızca %16'sı kurumlarında temel beceriler eğitimi olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Asistanların yalnızca %5'i kurumlarında kadavra diseksiyonu eğitimi olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Asistanların yalnızca %22'si kurumlarında elektronik öğrenme ("online" eğitim) modülleri olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Asistanların yalnızca %58'i kurumlarında online kütüphane/dergi erişimi olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

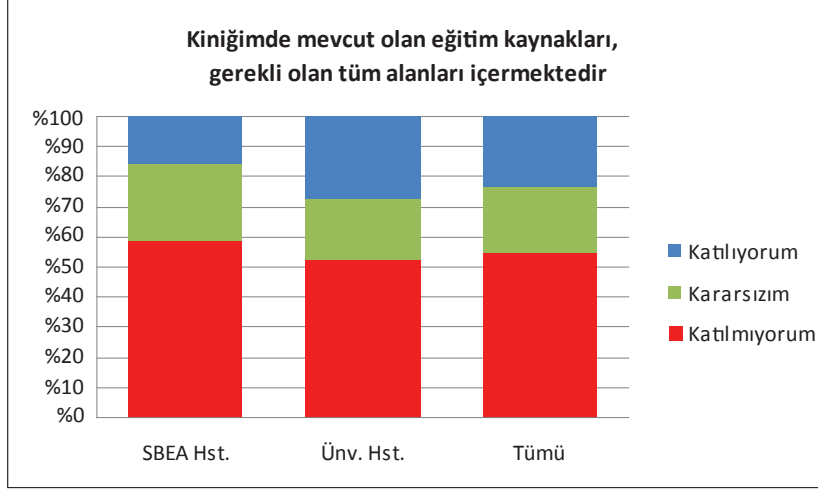
■ Sizce ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü aşağıdakilerden hangisidir?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 83, 84, 85, 86, 87 ve 88'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanlar ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü olarak sırasıyla simülasyon eğitimi (%56), dersler/seminerler(%47), kadavra diseksiyonu (%37), temel beceri eğitim laboratuvarı (%30), kendi kendine çalışma (%33) belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

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



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 90'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

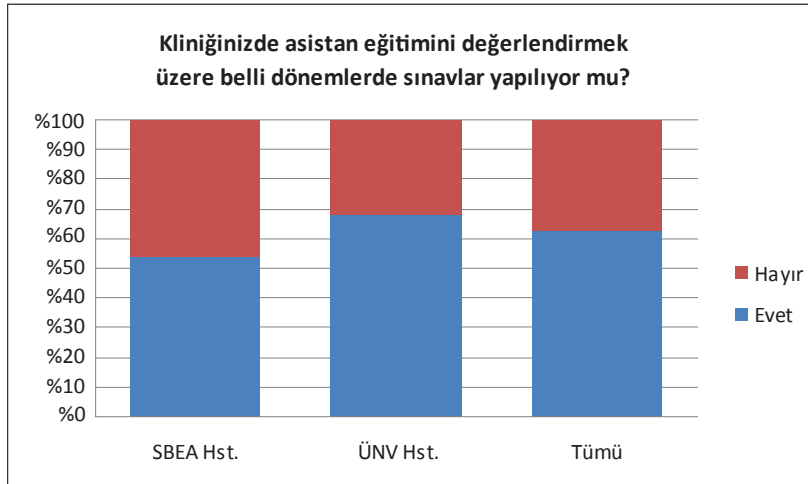
p=0,055

Asistanların yalnızca %23'ü kliniklerinde mevcut olan eğitim kaynakları, çeşitlilik bakımından kendi uzmanlık eğitimi müfredatını gerçekleştirmek için gerekli olan tüm alanları içermekte olduğu ifadesine katıldıklarını belirttiler. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Eğitim veren cerrahi kliniklerinin uzmanlık eğitimi için alt yapı eksikleri mevcuttur. 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. Eğitimi veren kurumların alt yapı olanaklarının etkin ve verimli kullanılmaları için entegrasyona dayanan yeni bir model oluşturulabilir.

Değerlendirme ara sınavları

- Kliniğinizde asistan eğitimini değerlendirmek üzere belli dönemlerde sınavlar yapılıyor mu?

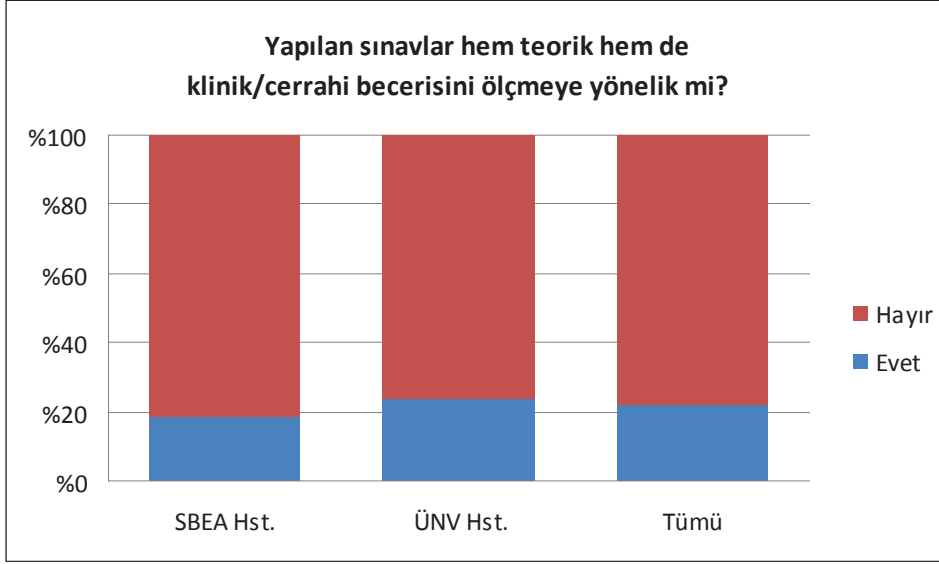


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 91'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,007

Asistanların %63'ü asistan eğitimini değerlendirmek üzere belli dönemlerde sınavlar yapıldığını belirttiler. Bu oran üniversite hastanelerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı. $p=0,007$

■ **Yanıtınız evet ise yapılan sınavlar hem teorik hem de klinik/cerrahi becerisini ölçmeye yönelik mi?**

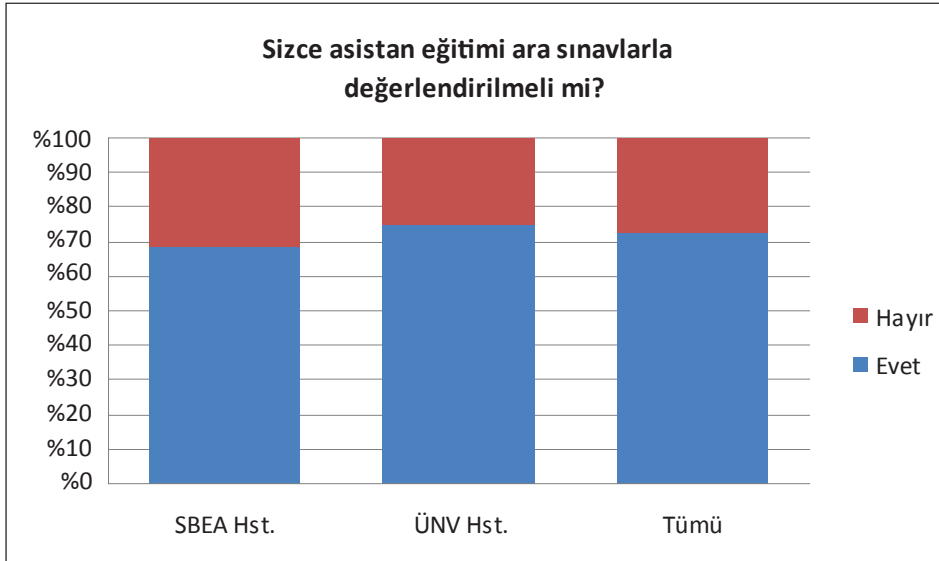


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 92'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

$p=0,355$

Asistanların yalnızca %22'si yapılan sınavlar hem teorik hem de klinik/cerrahi becerisini ölçmeye yönelik olduğunu belirtti. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

■ **Sizce asistan eğitimi ara sınavlarla değerlendirilmeli mi?**

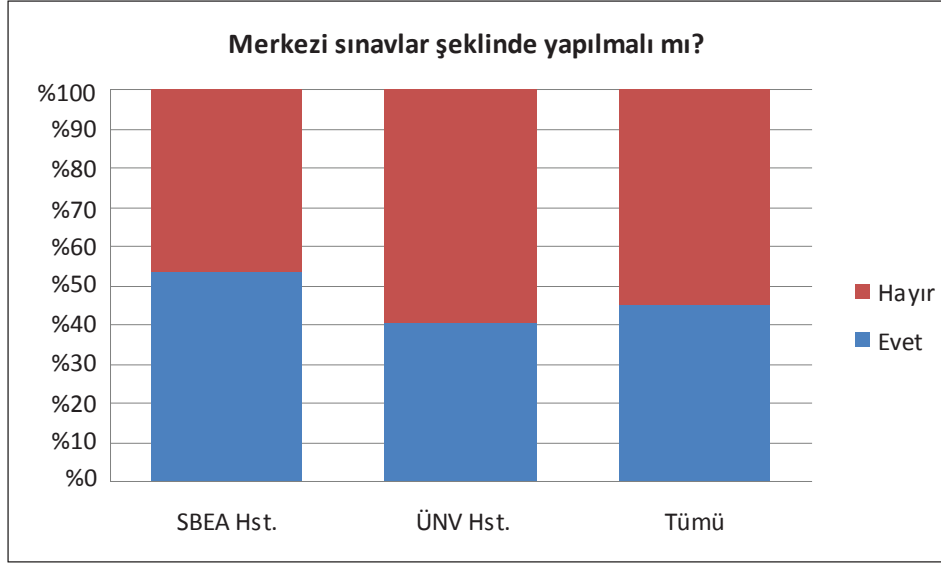


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 93'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

$p=0,163$

Asistanların %73'ü asistan eğitiminin ara sınavlarla değerlendirilmesi gerektiğine inanmaktadır. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

■ Bir önceki soruya yanıtınız hayır ise sizce asistan eğitimi ara sınavları tüm genel cerrahi asistanların gireceği şekilde merkezi sınavlar şeklinde yapılmalı mı?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 94'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,174

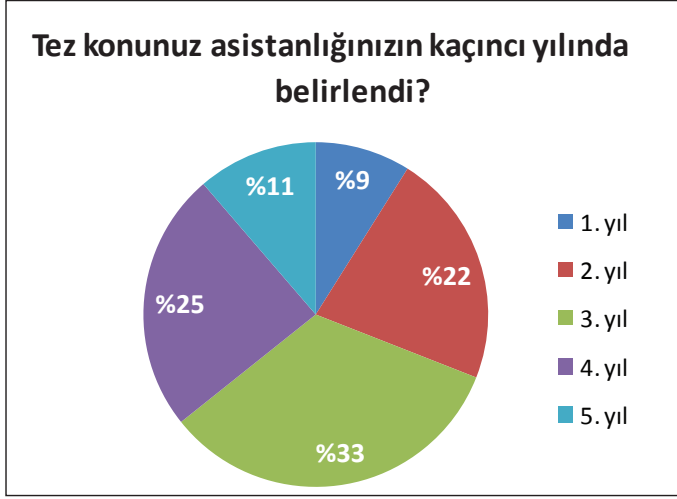
Asistanların %45'i ara sınavların merkezi sınavlar şeklinde yapılmasını istemektedir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

Genel cerrahi uzmanlık eğitimi sırasında çeşitli dönemlerde yapılacak ara sınavlar etkin bir değerlendirme yöntemi ve iyi bir yönlendirme aracıdır. Bazı eğitim programlarında uygulanmaması ciddi bir eksikliklerdir. Bu sınavların asistanların teorik bilgi birikimlerini değerlendirmeye yönelik olmakla kalmayıp klinik ve ameliyat becerilerini, muhakeme ve problem çözme yeteneklerini, tutum değerlendirmelerini yapacak şekilde yapılandırılmaları yararlı olacaktır.

Tez konunuz belirlendi mi?

			Tez konunuz belirlendi mi?		Toplam
			Evet	Hayır	
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	4	76	80
		%	5,0%	95,0%	100,0%
	2	N	9	58	67
		%	13,4%	86,6%	100,0%
	3	N	35	55	90
		%	38,9%	61,1%	100,0%
	4	N	47	32	79
		%	59,5%	40,5%	100,0%
	5	N	58	8	66
		%	87,9%	12,1%	100,0%
	5+	N	19	0	19
		%	100,0%	,0%	100,0%
Toplam		N	172	229	401
		%	42,9%	57,1%	100,0%

■ Tez konunuz asistanlığınızın kaçınıcı yılında belirlendi?

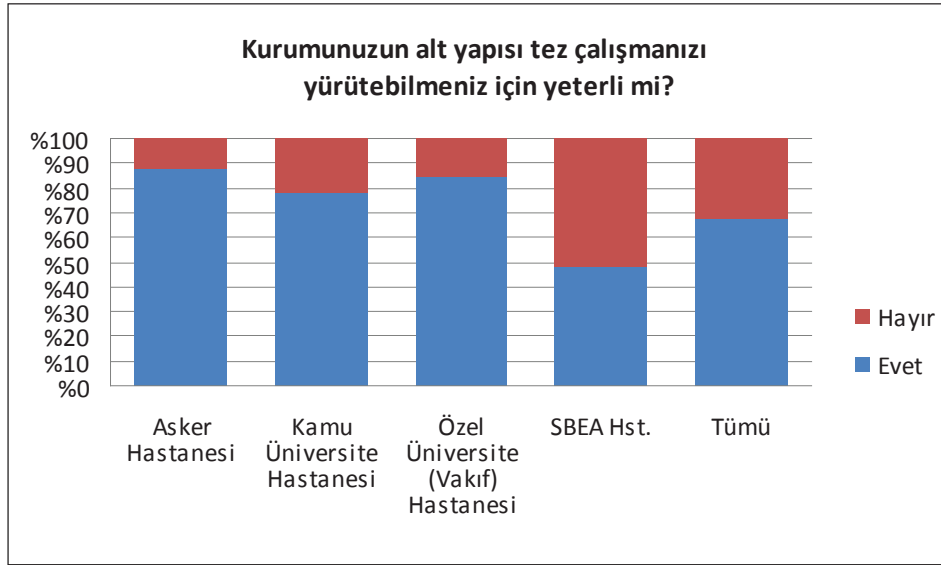


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 95'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların yalnızca %9'u 1. yılda, %22'si 2. yılda tez konularının belirlendiğini belirtmiştir.

Asistanların tez konularının belirlenmesinde çok geç kalınmaktadır. Bu durum tez kalitesini olumsuz etkiler. Tez konusunun tercihen 1., en geç 2. yıl içinde belirlenmiş olması ve özellikle son yılların klinik bilgi ve becerilerin geliştirilmesine adanması uygun olur.

■ Kurumunuzun alt yapısı tez çalışmanızı yürütebilmeniz için yeterli mi?



p=0,001

■ Kurumunuzun alt yapısı tez çalışmanızı yürütebilmeniz için yeterli mi?

			Kurumunuzun alt yapısı tez çalışmanızı yürütebilmeniz için yeterli mi?		Toplam
			Evet	Hayır	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	67	73	140
		%	47,9%	52,1%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	199	53	252
		%	79,0%	21,0%	100,0%
Toplam		N	266	126	392
		%	67,9%	32,1%	100,0%

p=0,001

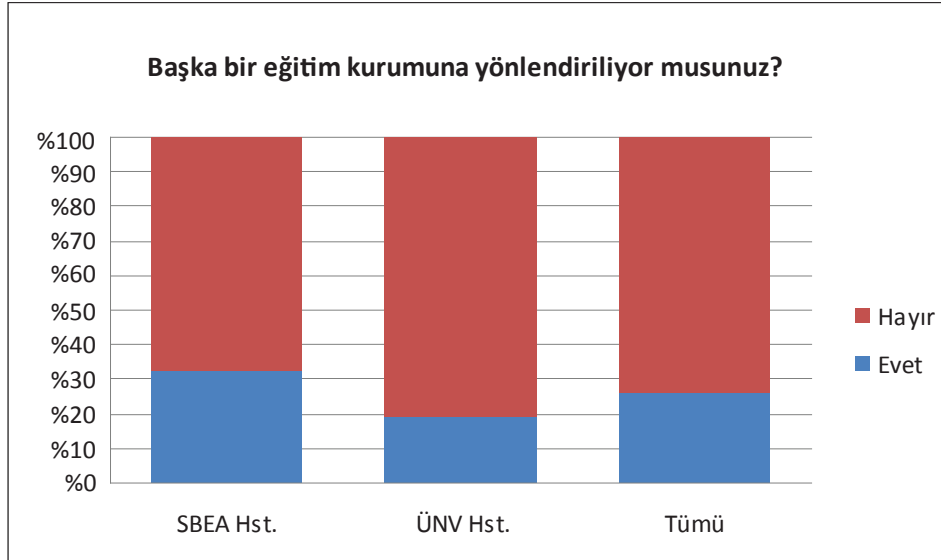
Asistanların %32'si kurumlarının alt yapısının tez çalışmalarının yürütülebilmesi için yeterli olmadığını belirtmişlerdir. SBEAH, üniversite hastaneleri ile karşılaştırıldığında kurum alt yapıları tez çalışmalarının yürütülebilmesi için yetersiz kalmaktadır (p=0,001).

Bir üstteki soruya yanıtınız hayır ise başka bir eğitim kurumuna yönlendiriliyor musunuz?

			Başka bir eğitim kurumuna yönlendiriliyor musunuz?		Toplam
			Evet	Hayır	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	2	4	6
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	11	53	64
		%	17,2%	82,8%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	1	3	4
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	SBEA Hst.	N	26	54	80
		%	32,5%	67,5%	100,0%
Toplam		N	40	114	154
		%	26,0%	74,0%	100,0%

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz

■ Bir üstteki soruya yanıtınız hayır ise başka bir eğitim kurumuna yönlendiriliyor musunuz?



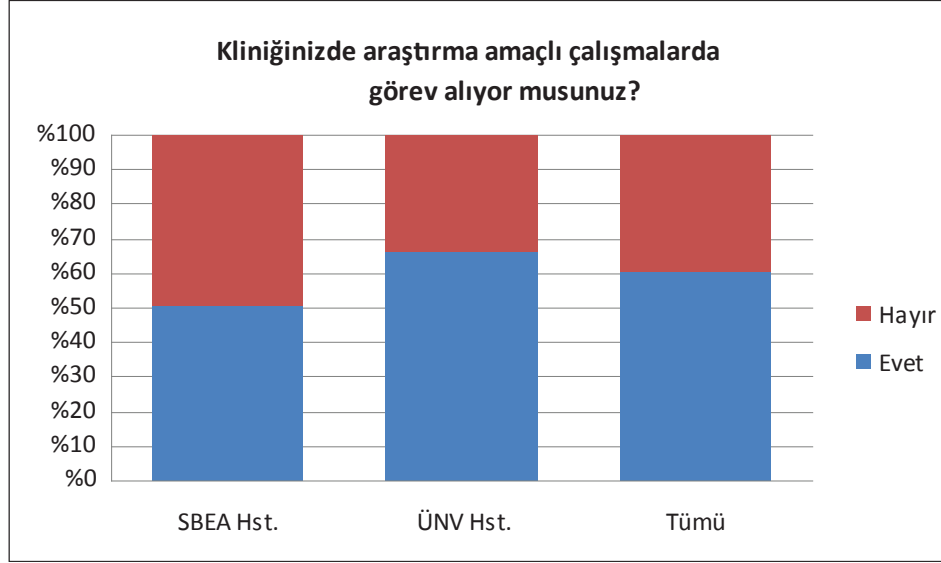
• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 96'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,055

Kurum alt yapısı yetersiz olduğu halde asistanların yalnızca %26'sı başka bir eğitim kurumuna tez çalışmalarını için yönlendirildiklerini belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

Araştırma

■ Kliniğinizde araştırma amaçlı çalışmalarda görev alıyor musunuz?



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 108'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

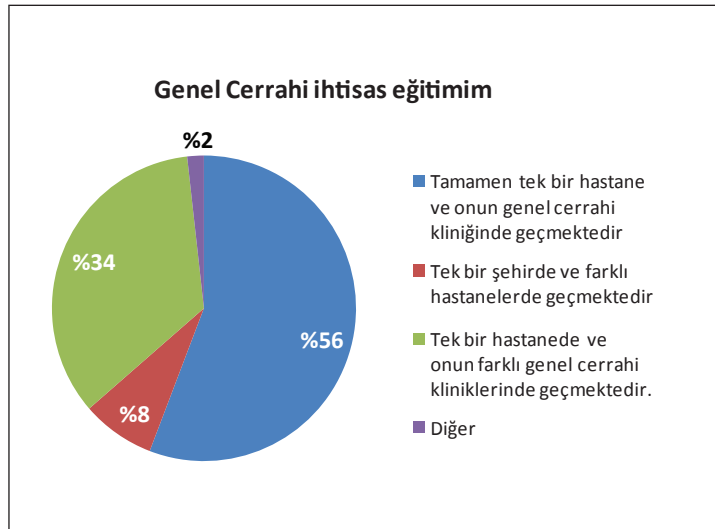
p=0,002

Asistanların %61'i kliniklerinde araştırma amaçlı çalışmalarda görev aldıklarını belirtmişlerdir. Üniversite hastanelerinin ile SBEAH arasında üniversite hastaneleri lehine istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,002).

Tez çalışmaları başta olmak üzere genel cerrahi eğitimi veren kurumlar arasında araştırma alt yapı olanaklarının etkin ve verimli kullanılmaları için entegrasyona dayanan yeni bir model oluşturulabilir. Asistanların cerrahi araştırmalarda yer almaları bilimsel metodoloji öğrenmeleri için önemli bir fırsat olarak görülmelidir.

Uzmanlık eğitiminde kurumlar arası entegrasyon

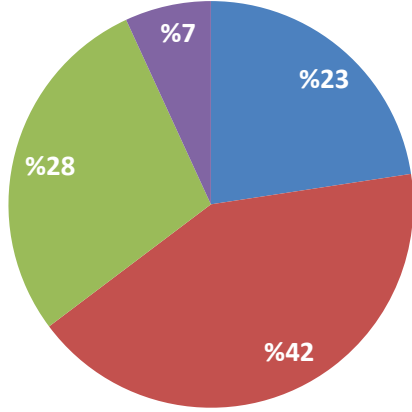
■ Genel Cerrahi uzmanlık eğitimi nerede yapılmakta?



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 139'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Genel cerrahi eğitiminizin nerede yapılmasını tercih edersiniz?

Genel cerrahi eğitiminin



- Hepsi tek bir genel cerrahi kliniğinde geçmesi daha iyi olur
- Hepsi tek bir hastanede ama farklı genel cerrahi kliniklerinde geçmesi daha iyi olur
- Tek bir şehirde ve farklı hastanelerde geçmesi daha iyi olur
- Diğer

İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 140, 141 ve 142'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların genel cerrahi uzmanlık eğitimi %51 oranında tamamen tek bir hastane ve onun genel cerrahi kliniğinde geçmektedir. %32 oranında tek bir hastanede ve onun farklı genel cerrahi kliniklerinde geçmektedir. Asistanların %64'ü uzmanlık eğitimini farklı genel cerrahi kliniklerinde geçirmekte yarar olduğunu düşünmektedir.

Asistanlar genel cerrahi uzmanlık eğitimi veren kurumların eğitim amaçlı entegrasyonu fikrini desteklemektedir.

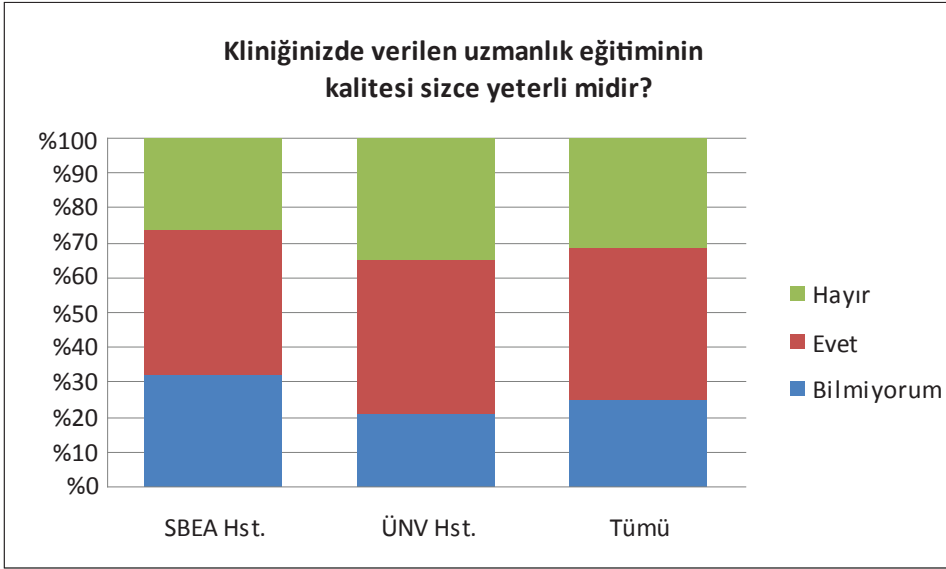
Eğitim kalitesi

Kliniğinizde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesi sizce yeterli midir?

			Kliniğinizde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesi sizce yeterli midir?			Toplam
			Bilmiyorum	Evet	Hayır	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	2	7	7	16
		%	12,5%	43,8%	43,8%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	48	97	80	225
		%	21,3%	43,1%	35,6%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	4	12	3	19
		%	21,1%	63,2%	15,8%	100,0%
	SBEA Hst.	N	46	60	38	144
		%	31,9%	41,7%	26,4%	100,0%
Toplam		N	100	176	128	404
		%	24,8%	43,6%	31,7%	100,0%

p=0,073

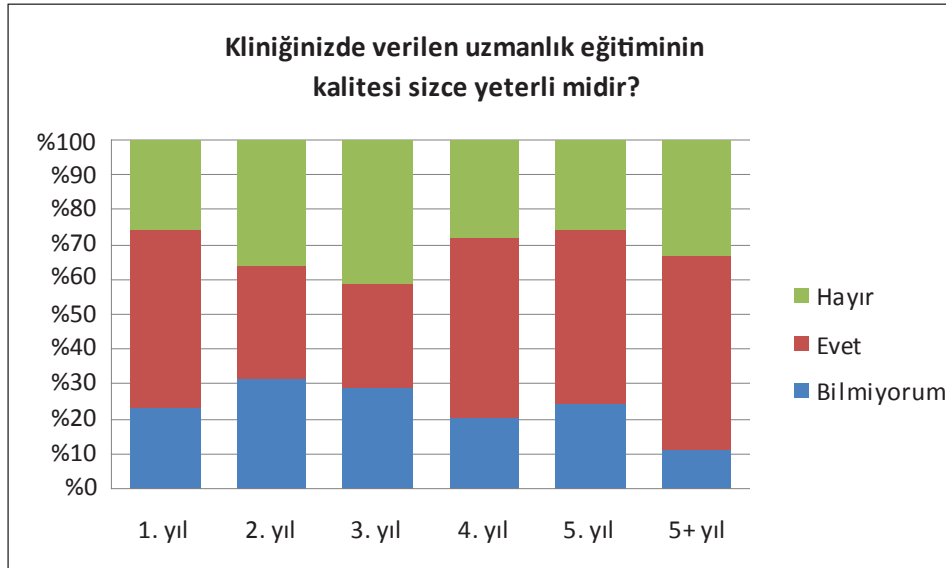
■ Kliniğinizde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesi sizce yeterli midir?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolarda Bölümü'nde yer alan Tablo 97'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,033

Asistanların %32'si kliniklerinde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesinin yetersiz olduğunu belirtmektedir. Bu durum kurumlar arasında fark göstermektedir. Yeterli bulunanların oranı kurumlar arasında benzerlik gösterse de SBEAH asistanlarının % 26' sı eğitim kalitesini yetersiz olarak nitelerken bu oran üniversite hastanelerinde %35 olup aradaki fark anlamlıdır (p=0,033).



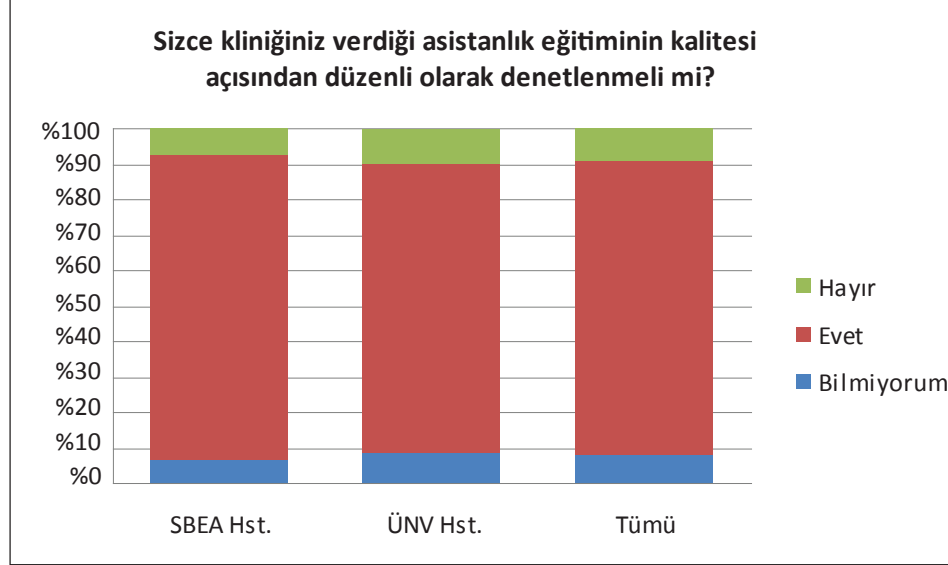
• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolarda Bölümü'nde yer alan Tablo 98'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,055

Asistanların ciddi bir oranda (%32) aldıkları eğitim kalitesini yetersiz bulmaları eğitim veren cerrahi kliniklerinin denetiminin ne denli gerekli olduğuna işaret eden bir diğer bulgudur.

Kurum denetimi

■ Sizce kliniğiniz verdiği asistanlık eğitiminin kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmeli mi?

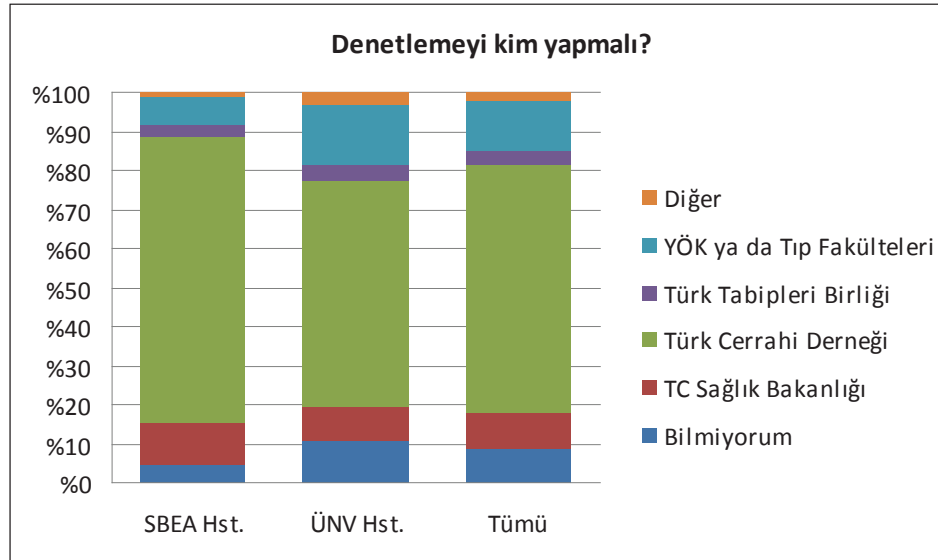


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 99, 100 ve 101'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,583

Asistanların %83'ü kliniklerinin verilen uzmanlık eğitimi kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmesi gerektiğine inanmaktadır. Bu durum, kurumlar arasında fark göstermektedir.

■ Bir önceki soruya yanıtınız evet ise sizce böyle bir denetlemeyi kim yapmalı?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 102, 103, 104 ve 105'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,025

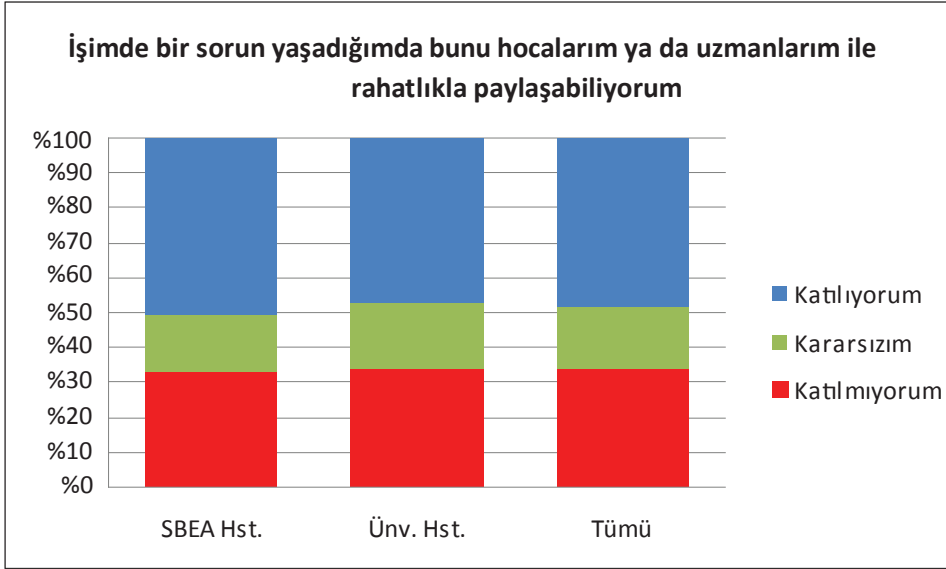
Asistanların %64'ü denetlemenin TCD tarafınca yapılmasının uygun olduğunu belirtmişlerdir. SBEAH'de bu denetlemenin TCD tarafınca yapılmasını tercih etme oranı diğer kurumlardan daha yüksektir (p=0,025).

Eğitim programlarının değerlendirilmesi/denetlenmesi gereği asistanlar tarafından desteklenmektedir ve bu konuda TCD en çok tercih edilen kurum olarak görülmektedir. TCYK'nun başlattığı eğitim kurumları akreditasyon çalışmaları bu anlamda önemli bir fırsat olarak değerlendirilmeli ve SB tarafından desteklenmelidir.

5. Bölüm

ÇALIŞMA ORTAMI: Asistanların Stres Faktörleri, Memnuniyet Düzeyleri, Çalışma Saatleri ve Nöbetler

“İşimde bir sorun yaşadığımda bunu hocalarım ya da uzmanlarım ile rahatlıkla paylaşabiliyorum” ifadesine katılıyor musunuz?

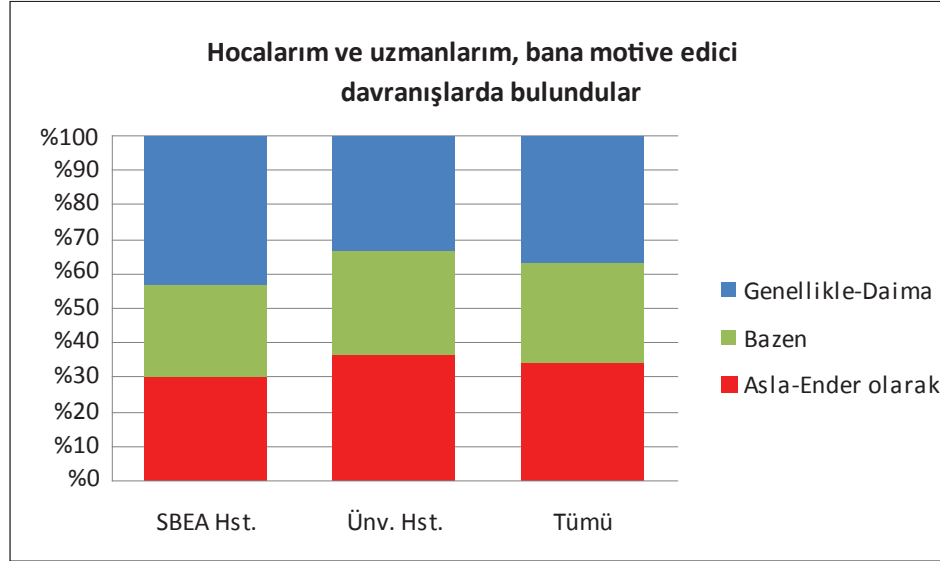


p=0,450

Asistanların %33'ü çalışma yaşamında bir sorun yaşadıklarında bunu hocaları ya da uzmanlar ile rahatlıkla paylaşamadıklarını belirttiler. Bu durum kurumlar arasında fark göstermemektedir.

Asistanların eğitim programında formel destek mekanizmaları ve eğiticilerle ya da kıdemli çalışma arkadaşları ile ilişkilerden kaynaklanan informal destekler gerekir. Çalışma yaşamında bu tür bir desteği görmediklerini ifade eden asistan oranı azımsanmayacak kadar yüksektir (%33). ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'nde asistanların çoğunluğu problem olduğunda eğitim programlarında destek mekanizmalarının olduğunu ve zorluklarla karşılaştıklarında hocalara başvurabildiklerini rapor etmişlerdir (87).

“Genel cerrahi eğitimimin şu ana kadarki bölümünde hocalarım ve uzmanlarım, bana motive edici davranışlarda bulundular” ifadesine katılır mısınız?



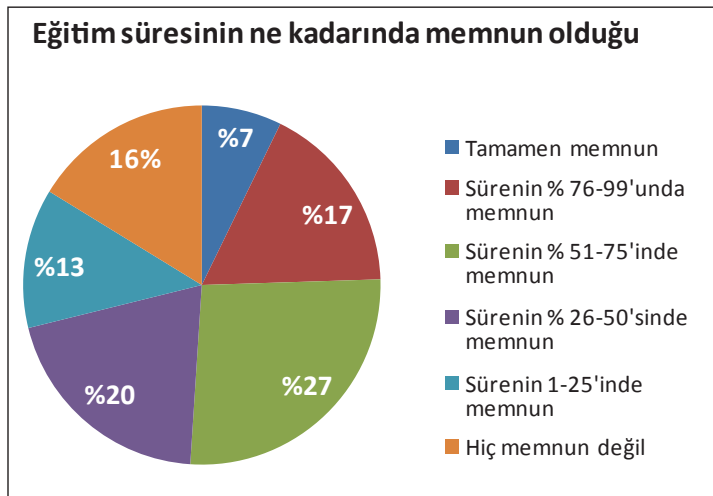
- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 107'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,321

Asistanların %34'ü eğitimcileri tarafında motive edilmediklerini ya da çok ender olarak motive edildiklerini belirttiler. Bu durum kurumlar arasında fark göstermemektedir.

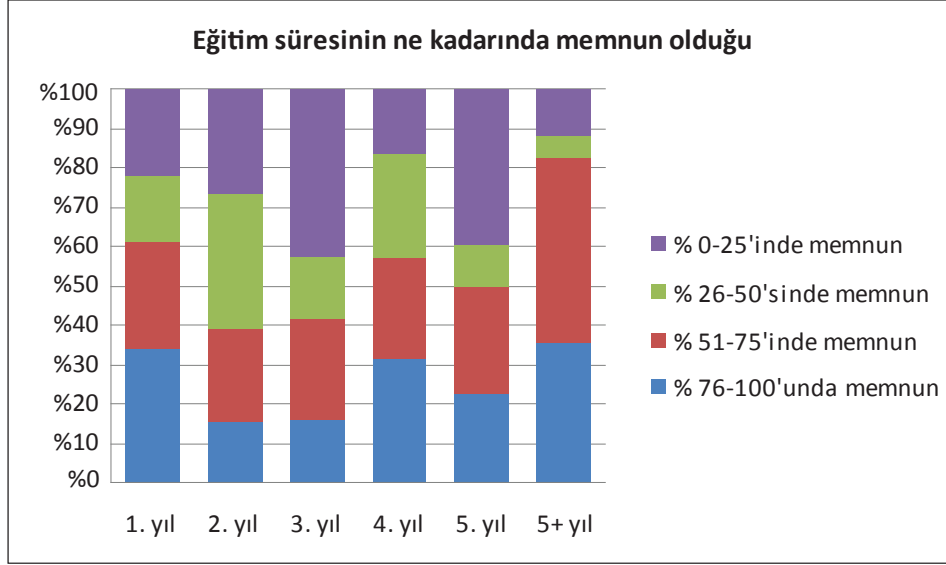
Cerrahi kliniklerini katı hiyerarşik yapısı eğitim ortamı için elverişli olamayabilir. Eğitim ortamı öğrenci merkezli olmalıdır. Fikirlerin açıkça tartışılabildiği, asistanın gösterdiği ilerlemenin takdir edildiği bir çalışma ortamı çok destekleyici olur. Eğitim ortamının insancillaştırılmasında eğitimciler büyük rol düşmektedir.

Eğitim süresinin ne kadarında memnun olduğu



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 109'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

■ Eğitim süresinin ne kadarında memnun olduğu (asistanlık yılına göre)



p=0,001

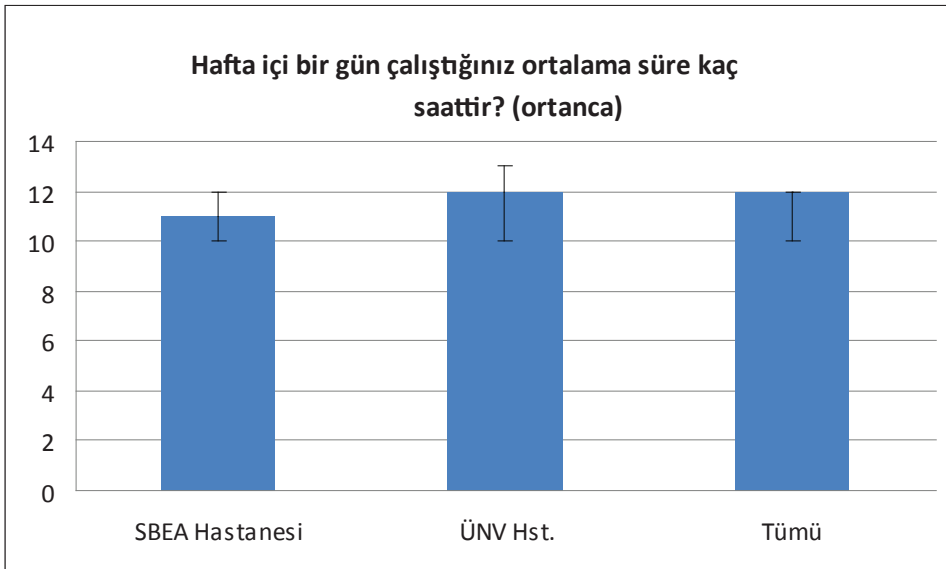
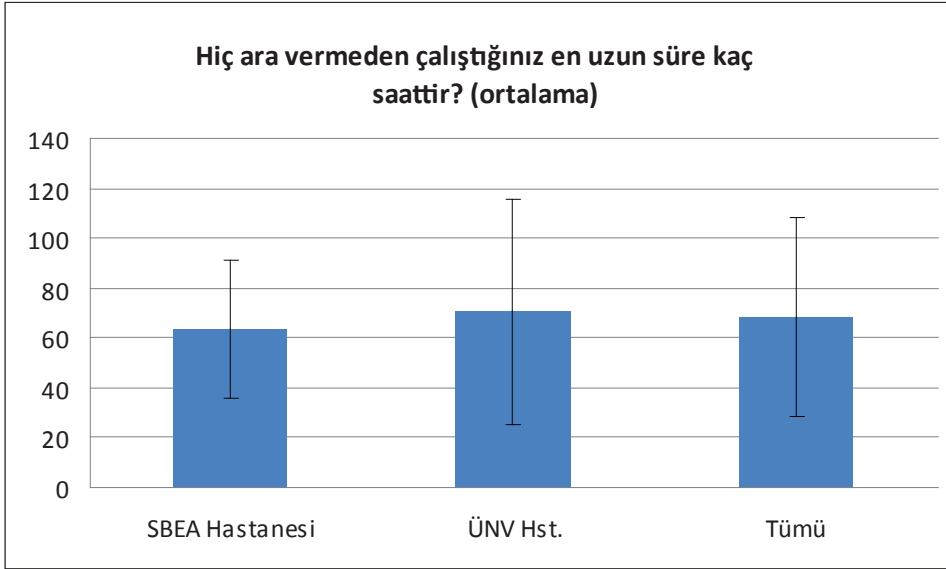
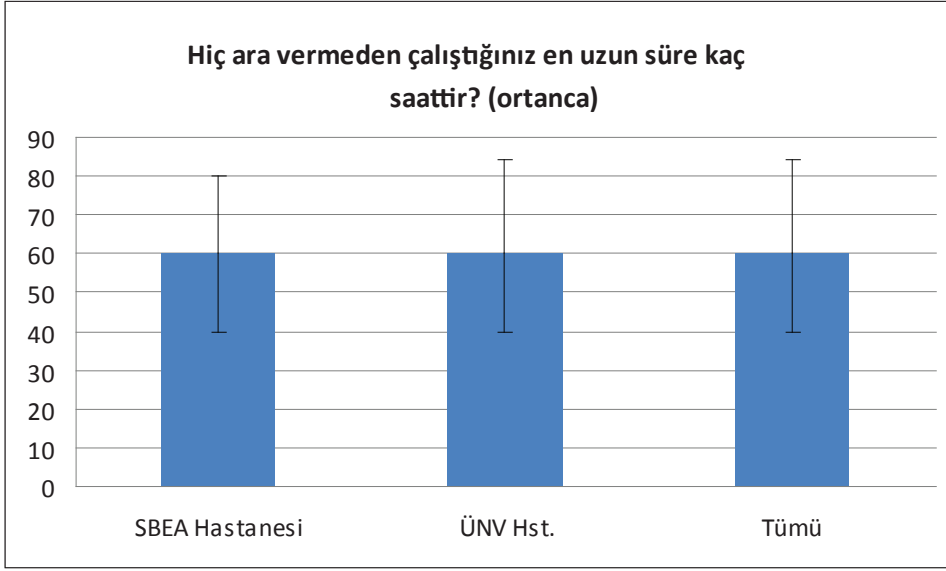
Aldıkları eğitim süresinin tamamını memnun olarak geçirdiğini belirten asistan oranı yalnızca %6'dır. Asistanların %15'i eğitim süresinin tamamı boyunca hiç memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum asistanların kıdem yıllarına göre farklılık göstermektedir (p=0,001). 3. yıl asistanlarının memnuniyetsizlik oranı dikkat çekici olarak fazladır.

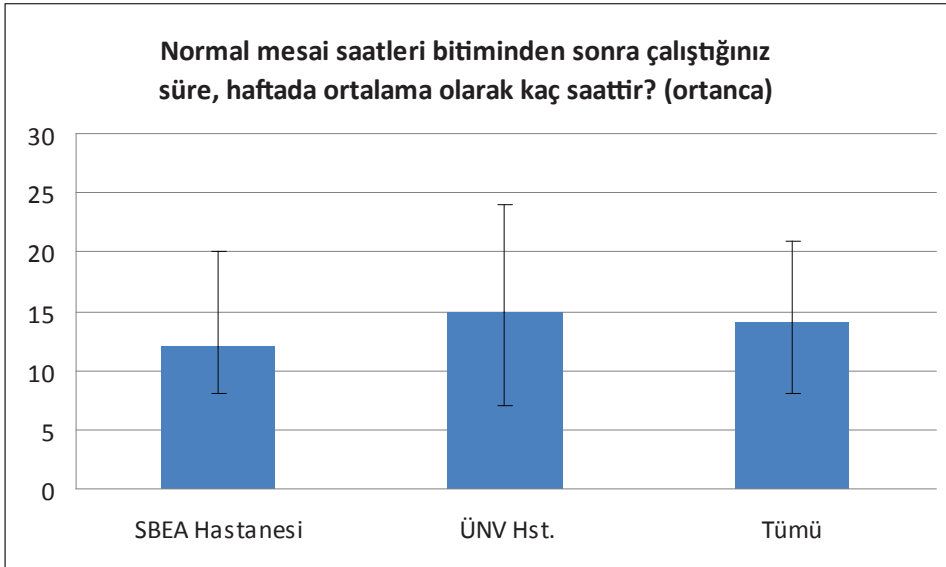
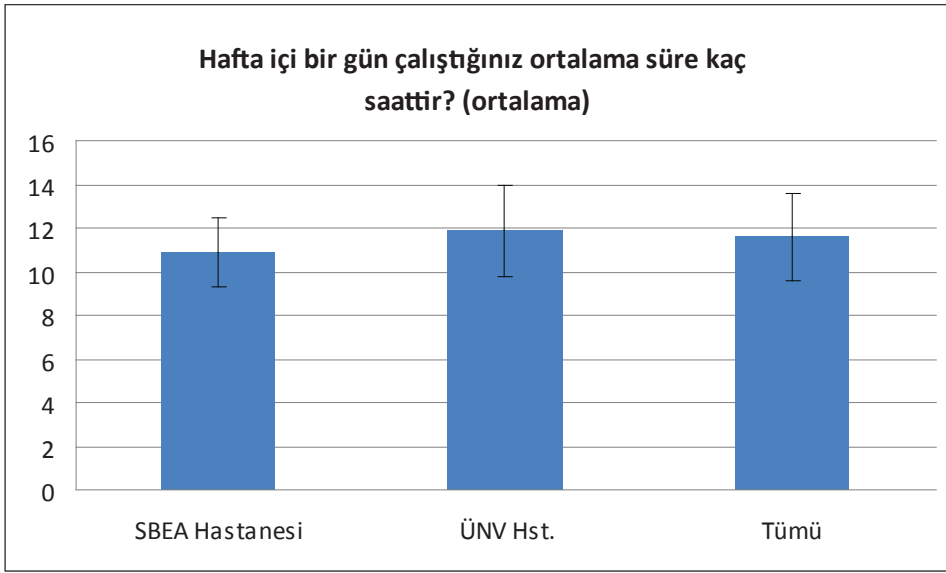
ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi'nde asistanların çoğunluğu (n=3686, %85,2; CI:% 84,1-86,1) genel cerrahi uzmanlık eğitimleri ile ilgili yüksek düzeyde memnuniyeti ifade ettiler (87). Ülkemizde ise asistanların büyük çoğunluğu genel cerrahi uzmanlık eğitiminden memnun değildir. Bu sonuç uzmanlık eğitiminin hemen her aşamasında ciddi sorunlar olduğunu saptadığımız için şaşırtıcı değildir ve genel cerrahi uzmanlık eğitiminin modernize edilmesi için çok ciddi bir reform gereğine işaret etmektedir.

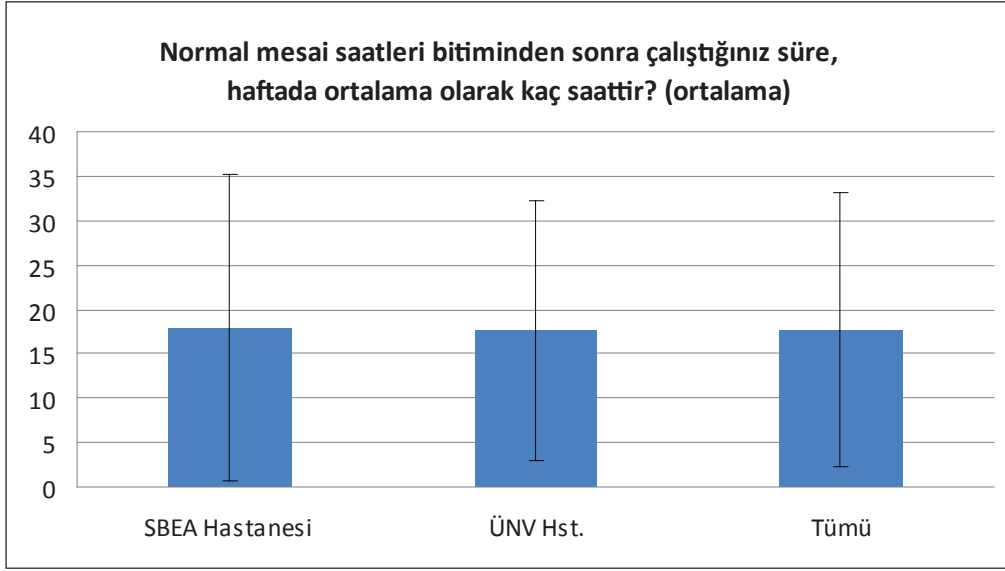
Çalışma saatleri

■ Günlük ve haftalık çalışma saatleri

		n	Ortanca	25.-75. Persentil	Ortalama	SS	Min	Max	p
Hiç ara vermeden çalıştığınız en uzun süre kaç saattir?	SBEA Hastanesi	140	60	40-80	63,7	27,8	13	180	0,303
	ÜNV Hst.	255	60	40-84	70,6	45,3	3	432	
	Toplam	395	60	40-84	68,1	40,0	3	432	
Hafta içi rutin bir gün çalıştığınız ortalama süre kaç saattir?	SBEA Hastanesi	129	11	10-12	10,9	1,6	8	20	0,001
	ÜNV Hst.	217	12	10-13	11,9	2,1	8	20	
	Toplam	346	12	10-12	11,6	2,0	8	20	
Normal mesai saatleri bitiminden sonra çalıştığınız süre, haftada ortalama olarak kaç saattir?	SBEA Hastanesi	128	12	8-20	17,9	17,2	0	100	0,638
	ÜNV Hst.	228	15	7-24	17,6	14,6	1	80	
	Toplam	356	14	8-21	17,7	15,5	0	100	





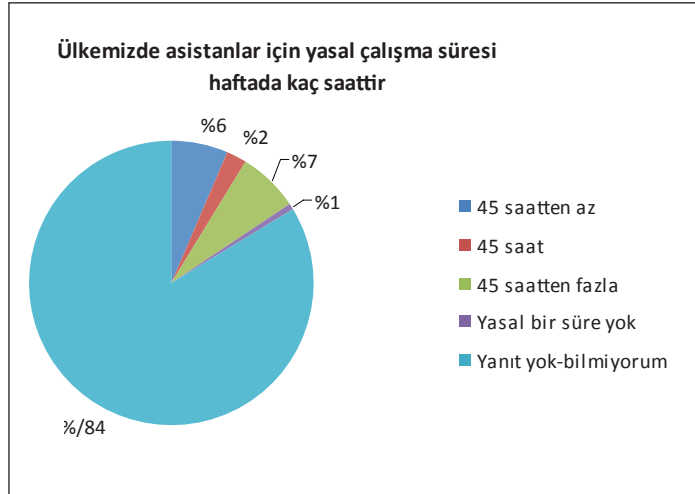


Asistanların hiç ara vermeden çalıştıkları en uzun süre kaç ortanca 60 saat olarak saptanmıştır.

Asistanların rutin bir günde çalışma süresi ortanca 12 saat olarak bildirilmiştir.

Asistanlar normal mesai saatleri bitiminden sonra haftada ortalama 14 saat çalıştıklarını bildirmişlerdir.

■ Sizce ülkemizde asistanlar için yasal çalışma süresi haftada kaç saattir ?

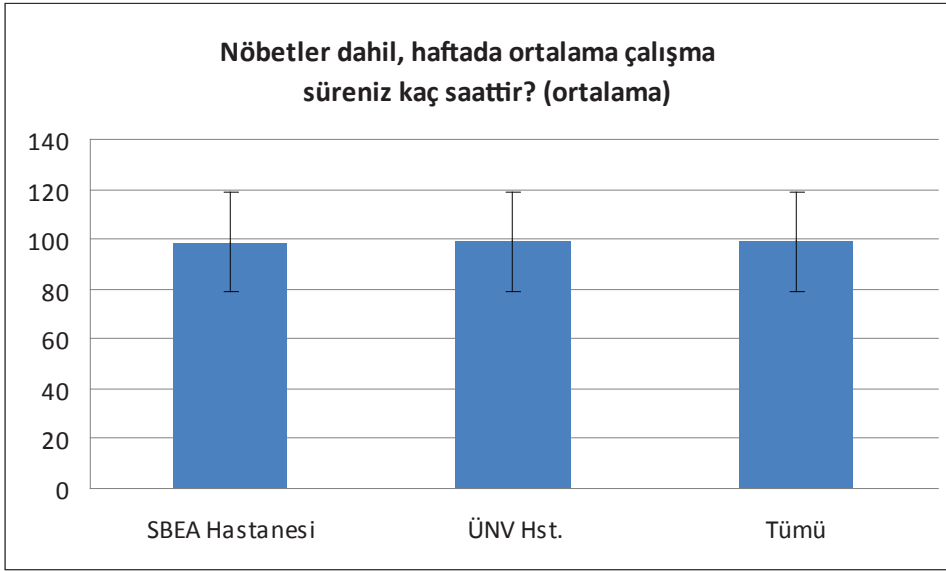
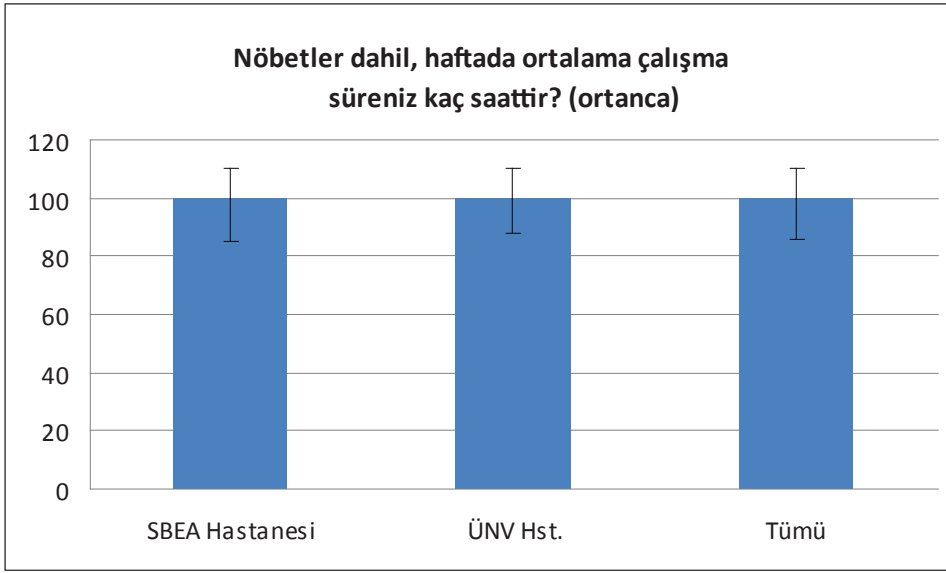


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 111 ve 112'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %84'ü ülkemizdeki yasal çalışma sürelerini bilmemektedir.

■ Nöbetler dâhil, haftada ortalama çalışma süreniz kaç saattir?

	n	Ortanca	25.-75. Persentil	Ortalama	SS	Min	Max	p
SBEA Hastanesi	128	100	85-110	98,7	20,1	28	150	0,981
ÜNV Hst.	241	100	88-110	98,9	20,1	40	150	
Toplam	369	100	85,75-110	98,9	20,1	28	150	



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

Nöbetler

■ Nöbet sonrası izniniz var mı?

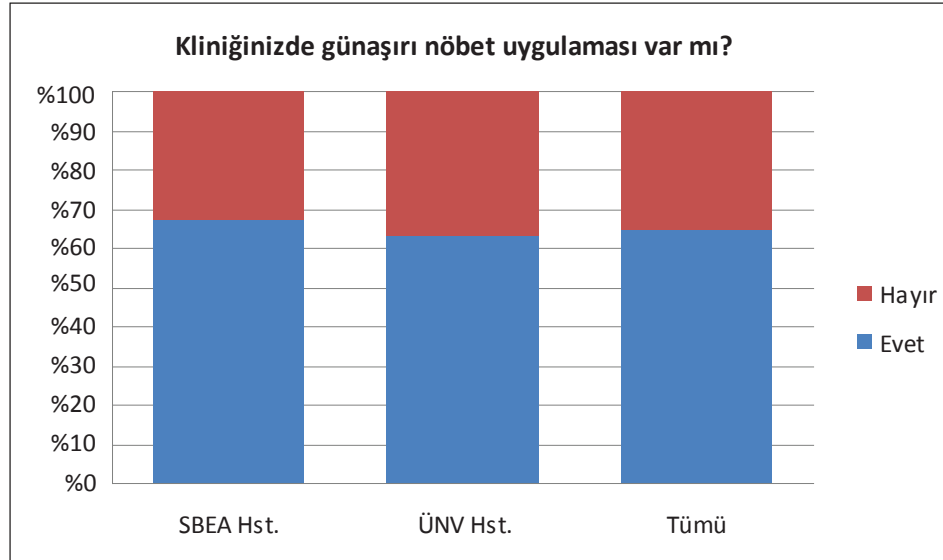


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 113'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=1.000

Asistanların %99'u nöbet sonrası izinlerinin olmadığını belirttiler. Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

■ Kliniğinizde günaşırı nöbet uygulaması var mı?



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 114'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,406

Asistanların %65'i kliniklerinde gün aşırı nöbet uygulaması olduğunu belirttiler.. Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

■ Kliniğinizde iki gün ya da daha fazla üst üste tutulan blok nöbeti uygulaması var mı?

			Kliniğinizde iki gün ya da daha fazla üst üste tutulan blok nöbeti uygulaması var mı?		Toplam
			Evet	Hayır	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	52	86	138
		%	37,7	62,3	100,0
	ÜNV Hst.	N	76	179	255
		%	29,8	70,2	100,0
Toplam	N	128	265	393	
	%	32,6	67,4	100,0	

p=0,112

Asistanların %33'ü kliniklerinde iki gün ya da daha fazla üst üste tutulan blok nöbeti uygulaması olduğunu belirttiler. Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

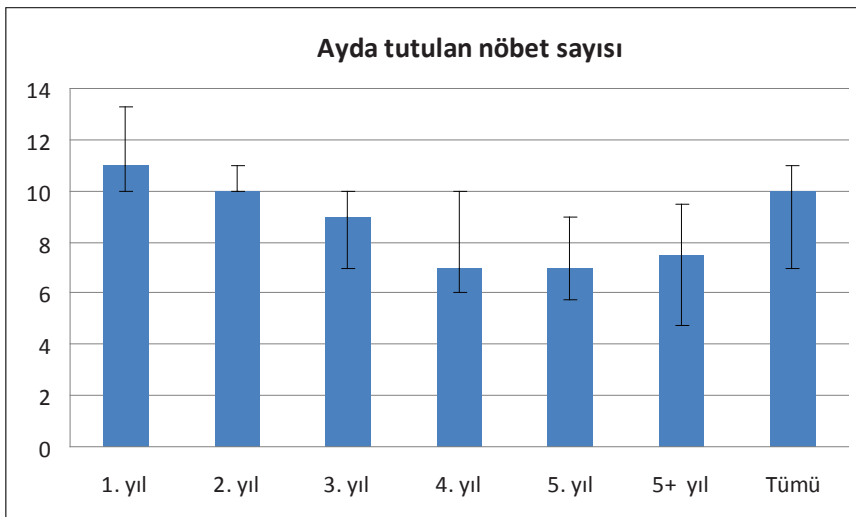
■ Ayda kaç nöbet tutuyorsunuz?

	n	Ortanca	25.-75. Persentil	Ortalama	SS	Min	Max	Aralık	p
SBEA Hastanesi	129	9	7-10	9,1	2,7	0	15	15	0,797
ÜNV Hst.	230	10	7-10	9,2	2,8	0	16	16	
Toplam	359	10	7-11	9,2	2,8	0	16	16	

■ Ayda tutulan nöbet sayısı (asistanlık kıdemine göre)

	n	Ortanca	25.-75. Persentil	Ortalama	SS	Min	Max	Aralık
1. yıl	78	11	10-13,25	11,3	2,9	0	16	16
2. yıl	65	10	10-11	10,5	1,7	6	15	9
3. yıl	80	9	7-10	9,1	2,1	5	15	10
4. yıl	64	7	6-10	7,7	2,0	4	12	8
5. yıl	54	7	5,75-9	7,3	2,3	4	15	11
5+ yıl	16	7,5	5,25-9,5	6,7	3,2	0	10	10
Toplam	357	10	7-11	9,2	2,8	0	16	16

p=0,001

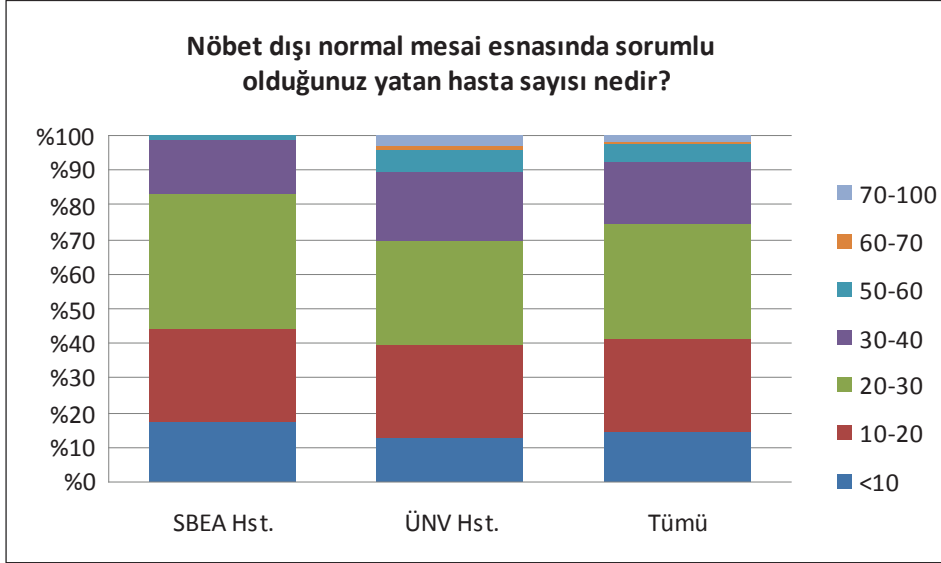


p=0,001

Asistanların aylık ortanca nöbet sayısı 10'dur. Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir. 1. yıl asistanları en fazla nöbet tutmaktadır (11 gün/ay). Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

İş yükü

■ Nöbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir?

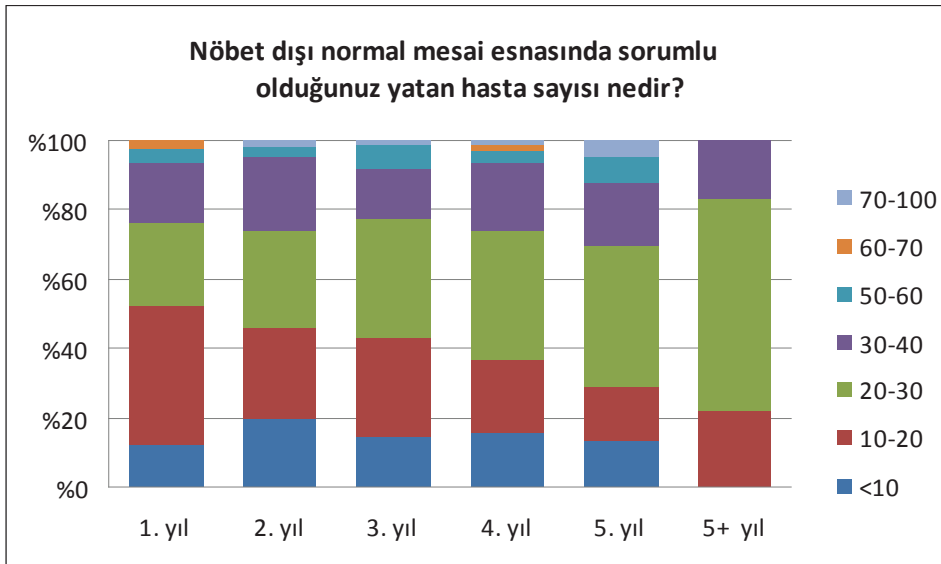


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolarda Bölümü'nde yer alan Tablo 115'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,017

Asistanların %34'ü nöbet dışı normal mesai esnasında 20-30 yatan hastadan sorumlu olmaktadır. Üniversite hastanelerinde nöbette 50'den fazla yatan hastanın sorunlu olarak çalışan asistan oranı %9'dur. Bu oran SBEAH'ne kıyasla anlamlı biçimde yüksektir (p=0,017).

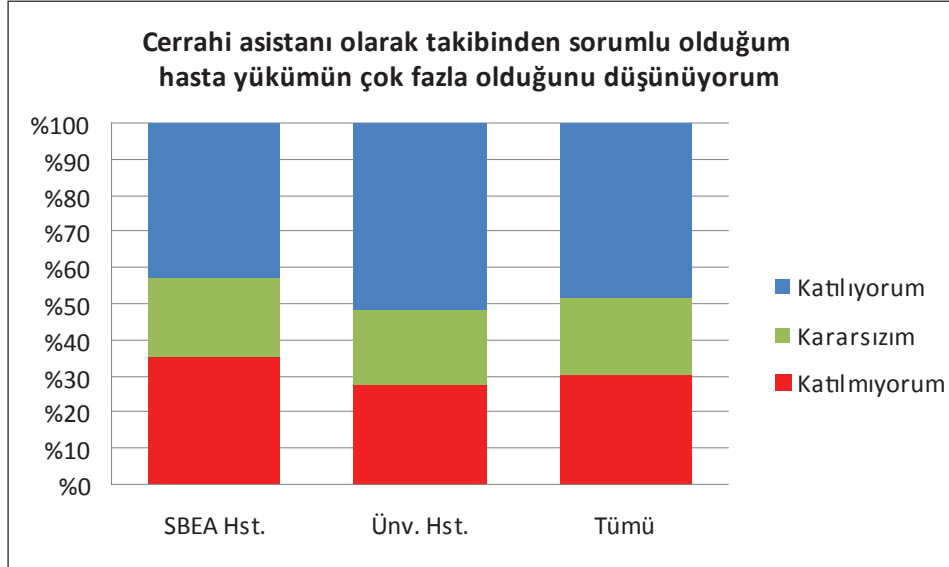
■ Nöbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolarda Bölümü'nde yer alan Tablo 116 ve 117'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,021 r=0,116

■ “Cerrahi asistanı olarak takibinden sorumlu olduğum hasta yükümün çok fazla olduğunu düşünüyorum” ifadesine katılıyor musunuz?



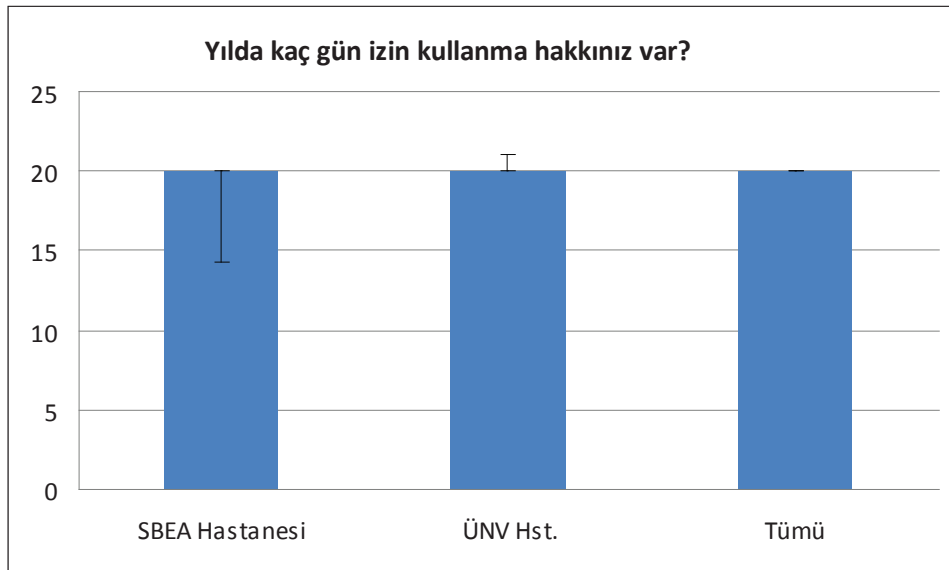
- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 118 ve 119'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,465

Asistanların %48'i "Cerrahi asistanı olarak takibinden sorumlu olduğum hasta yükümün çok fazla olduğunu düşünüyorum" ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arası farklılık göstermemektedir.

İzin

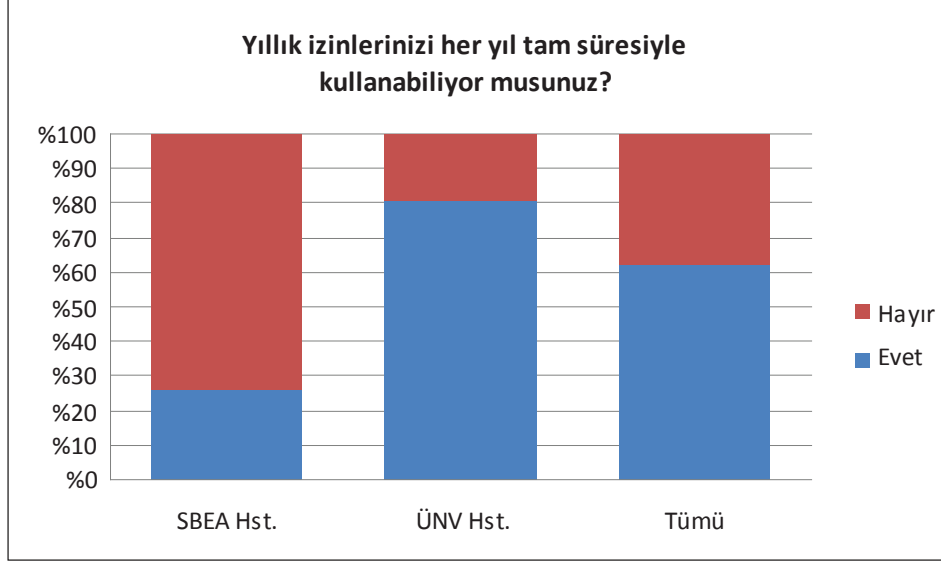
■ Yılda kaç gün izin kullanma hakkınız var?



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 120'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların yıllık izin süresi ortanca 20 gündür.

■ Yıllık izinlerinizi her yıl tam süresiyle kullanabiliyor musunuz?

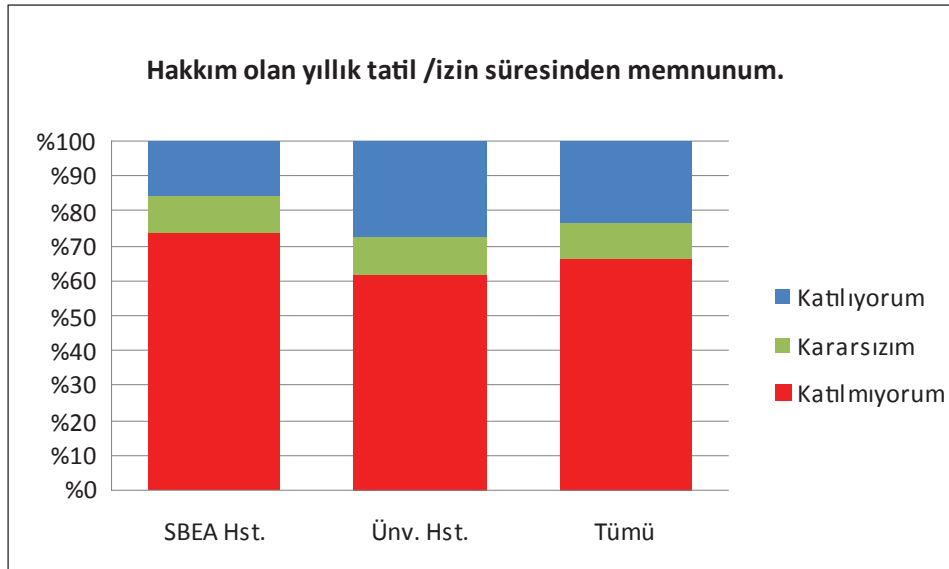


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 121'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,001

Asistanların yalnızca %56'sı her yıl yıllık izinlerini tam süre kullanabildiklerini belirtmişlerdir. İznini tam süre kullanabilen asistan oranı üniversite hastanelerinde %75 iken SBEAHde %23'dür (p=0,001).

■ "Hakkım olan yıllık tatil /izin süresinden memnunum" ifadesine katılıyor musunuz?



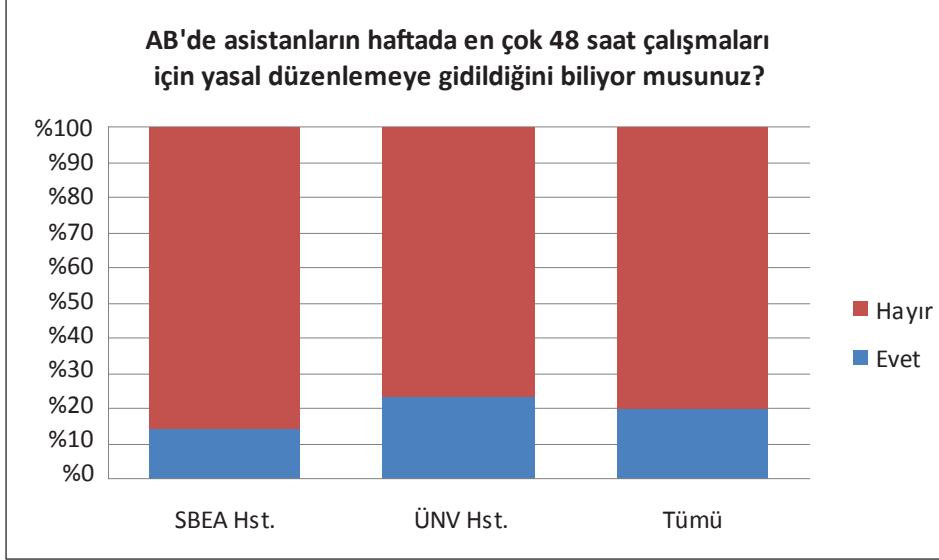
p=0,005

Asistanların %66'sı hakları olan yıllık tatil/izin süresinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Kurumlar arasında fark vardır. SBEAHde asistanların %43ü bu ifadeye hiç katılmadıklarını belirtmişlerdir (p=0,005).

Asistanların %66'sı hakları olan yıllık tatil/izin süresinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Kurumlar arasında fark vardır. SBEAHde asistanların %43ü bu ifadeye hiç katılmadıklarını belirtmişlerdir (p=0,005).

Uluslararası çalışma saati düzenlemeleri

- Avrupa Birliği'nde asistanların haftada en çok 48 saat çalışmalarını için yasal düzenlemeye gidildiğini biliyor musunuz?

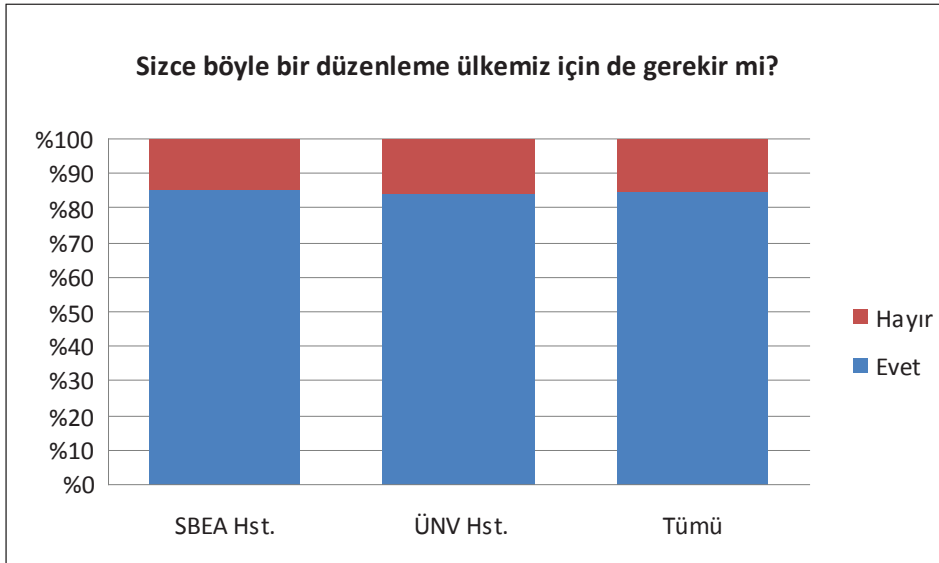


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 123'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,033

Asistanların %80'ni Avrupa Birliğinde asistanların haftada en çok 48 saat çalışmalarını için yasal düzenlemeye gidildiğini hakkında bilgisi olmadığı belirtilmiştir.

- Sizce böyle bir düzenleme ülkemiz için de gerekir mi?

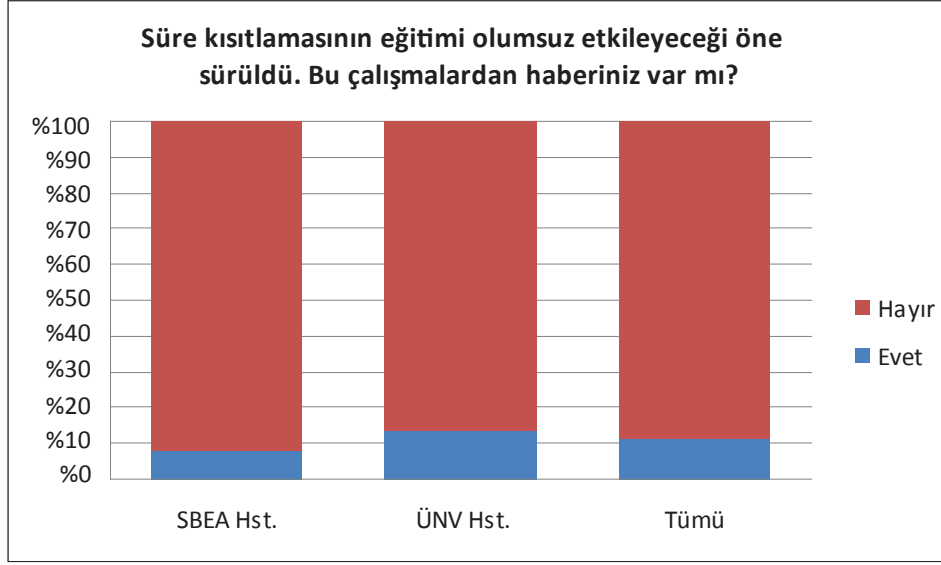


- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 124'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,699

Asistanların %85'i ülkemiz için de böyle bir düzenlemenin gerekli olduğunu belirtmişlerdir.

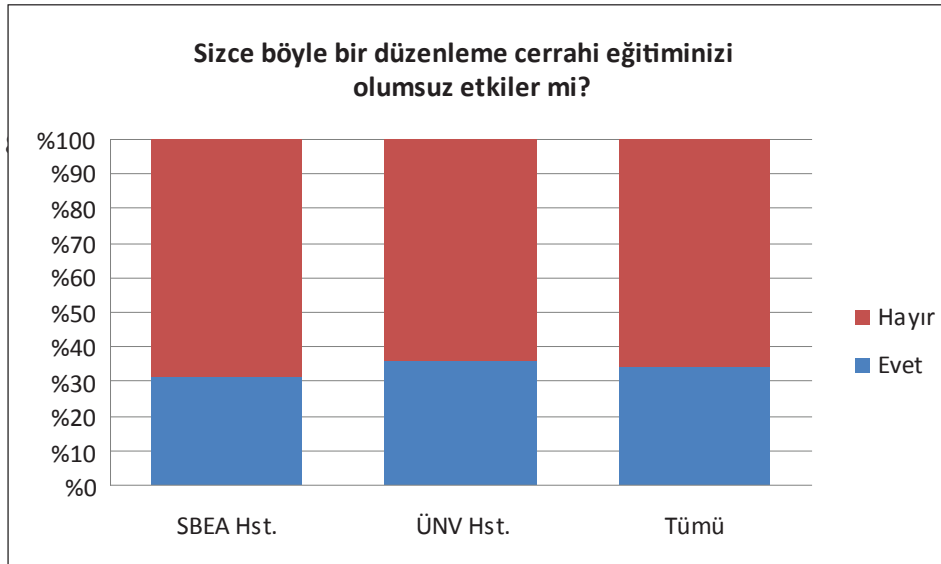
- Avrupa Birliğinde asistanların haftada 48 saatten daha fazla çalışmamaları için yasal düzenlemeye gidildikten sonra yapılan bazı çalışmalarda bu süre kısıtlamasının cerrahi eğitimini olumsuz etkileyeceği öne sürüldü. Bu çalışmalardan haberinizi var mı?



- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 125'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,104

Asistanların %87'sinin süre kısıtlamasının cerrahi eğitimini olumsuz etkileyeceği öne süren çalışmalar hakkında bilgisi yoktur.



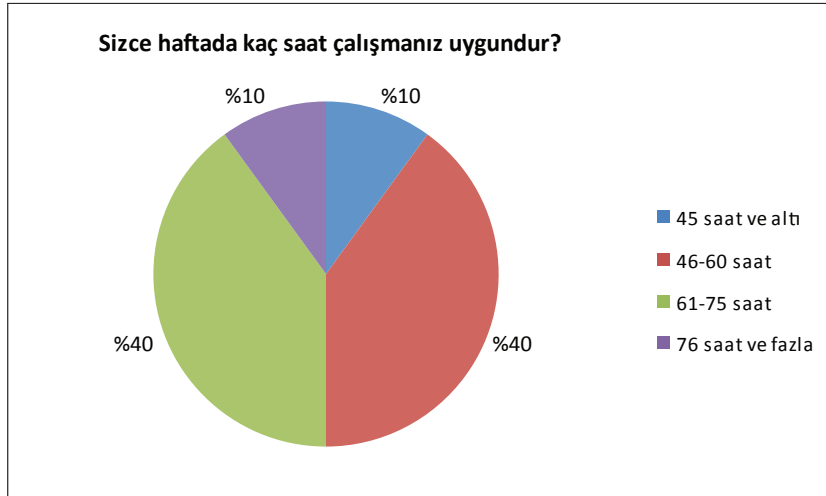
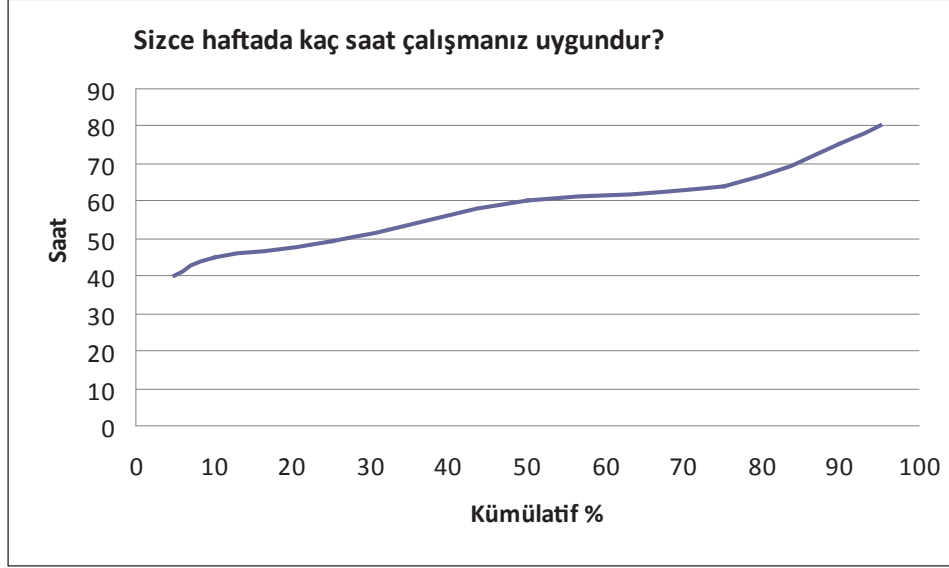
- İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 126'da ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,341

Asistanların %66'sı çalışma süresi kısıtlamasına yönelik bir düzenlenin cerrahi eğitimini olumsuz etkilemeyeceğini belirtmiştir.

■ Sizce haftada kaç saat çalışmanız uygundur?

Persentil						
5	10	25	50	75	90	95
40,00	45,00	49,50	60,00	64,00	75,30	80,00



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

Cerrahi eğitiminde çalışma saatlerinin azaltılmasına dair baskılar, hasta güvenliği ve cerrahi asistanlarının yaşam kalitesine dair endişeler yüzünden ortaya çıkmıştır. Avrupa Birliği'nde birçok hükümet bu tür çalışma saatleri kısıtlamalarını onayladı. Avrupa çalışma saati talimatı haftalık ortalama çalışma saatini fazla mesai dâhil 48 saatle sınırlandırmakta, haftada en az 1 tam gün ve günde en az 11 saat kesintisiz dinlenme süresi sağlamaktadır (95).

Çalışma saatlerindeki bu belirgin düşüş başta ABD olmak üzere Avustralya, Yeni Zelanda ve İngiltere'deki mevcut eğitim sistemleri üzerinde yeni sorunlar oluşturmuştur (52). Bu durumun eğitim programının uzamasına, 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 (52). Ülkemizde henüz böyle bir tartışma konusu yoktur, ancak bizim çalışmamızda asistanların çalışma sürelerinin uzun dinlenme sürelerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Bazı kliniklerde süregelen gün aşırı nöbet ya da blok nöbet sistemleri kabul edilemez. 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.

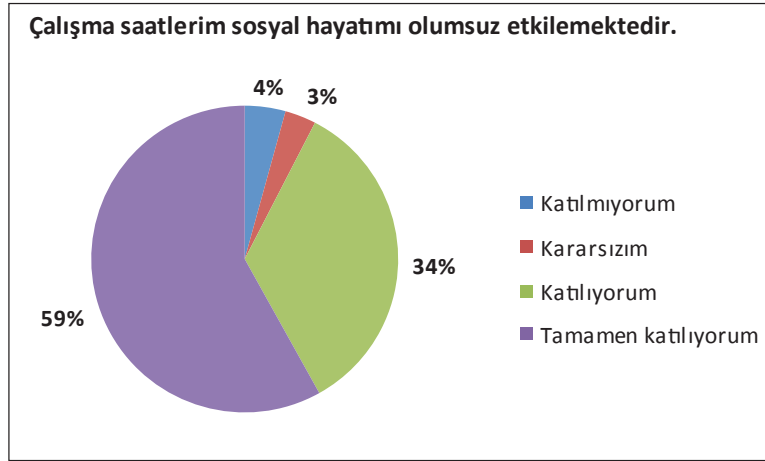
Asistanlar mesai dışı saatlerde de çalışmayı sürdürmektedirler. Klinik iş yükleri mesai saatinde ve nöbetlerde aşırı olabilmektedir. Buna karşın dinlenme ve kendi kendilerine çalışma için zaman dilimlerinin ayrılmasına özen gösterilmemektedir. Yıllık izinlerini kullanırken özellikle SBEAH'de sorunlar yaşamaktadırlar. Klinikte sağlık hizmeti sunumunda bir aksaklık olmaması için izin süreleri ve izne çıkan asistan sayıları kısıtlanabilmektedir. Döner sermaye ödemelerinin izin süresi oranında kesilmesi de geçim sorunu yaşayan asistanlar için ayrıca bir yük oluşturmaktadır.

6. Bölüm

YAŞAM KALİTESİ ve GELİR

Yaşam kalitesi

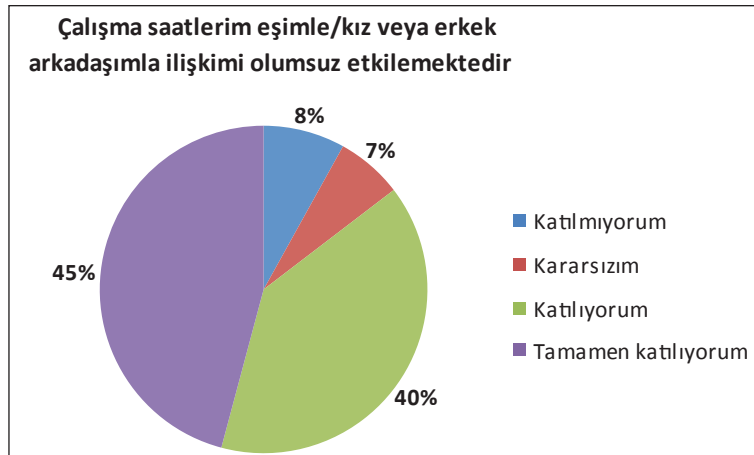
■ “Çalışma saatlerim sosyal hayatımı olumsuz etkilemektedir” ifadesine katılıyor musunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 127'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %84'ü çalışma saatlerinin sosyal hayatlarını olumsuz etkilediğini belirtmektedir.

■ “Çalışma saatlerim eşimle/kız veya erkek arkadaşım ile ilişkimi olumsuz etkilemektedir.” ifadesine katılıyor musunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 128'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %77'si “Çalışma saatlerim eşimle/kız veya erkek arkadaşım ile ilişkimi olumsuz etkilemektedir” ifadesine katılmaktadır.

ABD’de haftalık çalışma süresi 80 saate indirilmiştir. 2010 yılından itibaren 1. yıl asistanlarının 24 saat nöbet tutmalarının engellenmesi planlanmaktadır. Bu önlemlere rağmen ABD Genel Cerrahi Asistanları 2009 Ulusal Anketi’nde asistanların %42’si çalışma saatlerinin, %31’i çalışma stresinin aile hayatında gerginliğe neden olduğunu rapor etmiştir (87).

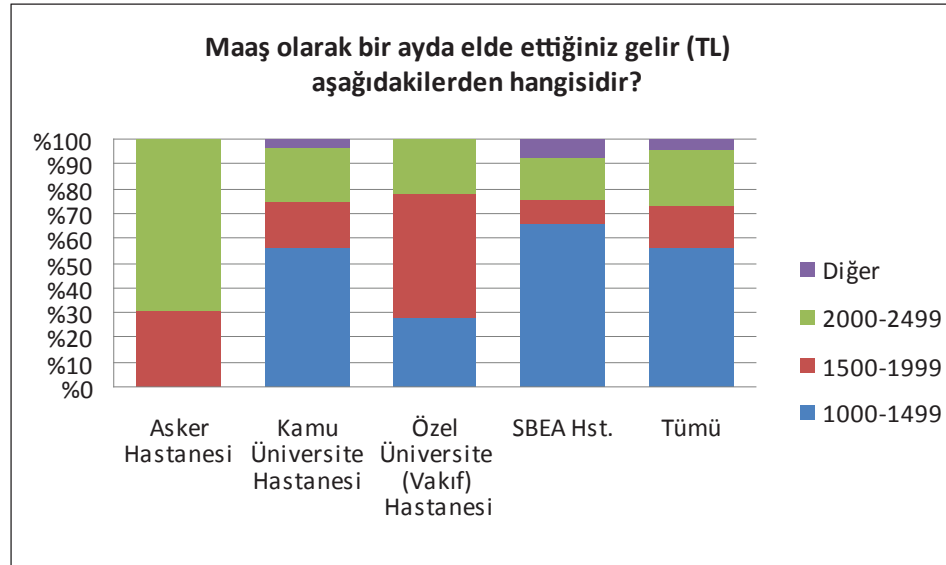
Ülkemizde asistanların büyük çoğunluğu sosyal yaşamlarının ve aile ilişkilerinin çalışma saatlerinin uzunluğundan olumsuz etkilendiğini dile getirdiler. Asistanların genel cerrahi eğitimi memnuniyetsizliğinde bu durumun ciddi katkısı olabilir.

Gelir

■ Maaş olarak bir ayda elde ettiğiniz gelir (TL) aşağıdakilerden hangisidir?

			Maaş olarak bir ayda elde ettiğiniz gelir (TL) aşağıdakilerden hangisidir?				Toplam
			1000-1499	1500-1999	2000-2499	Diğer	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	0	5	11	0	16
		%	,0%	31,3%	68,8%	,0%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	121	41	48	7	217
		%	55,8%	18,9%	22,1%	3,2%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	5	9	4	0	18
		%	27,8%	50,0%	22,2%	,0%	100,0%
	SBEA Hst.	N	93	14	24	10	141
		%	66,0%	9,9%	17,0%	7,1%	100,0%
Toplam		N	219	69	87	17	392
		%	55,9	17,6	22,2	4,3	100,0

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz



■ Maaş olarak bir ayda elde ettiğiniz gelir (TL) aşağıdakilerden hangisidir?

			Maaş olarak bir ayda elde ettiğiniz gelir (TL) aşağıdakilerden hangisidir ?				Toplam
			1000-1499	1500-1999	2000-2499	Diğer	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	93	14	24	10	141
		%	66,0%	9,9%	17,0%	7,1%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	126	55	63	7	251
		%	50,2%	21,9%	25,1%	2,8%	100,0%
Toplam		N	219	69	87	17	392
		%	55,9	17,6	22,2	4,3	100,0

p=0,001

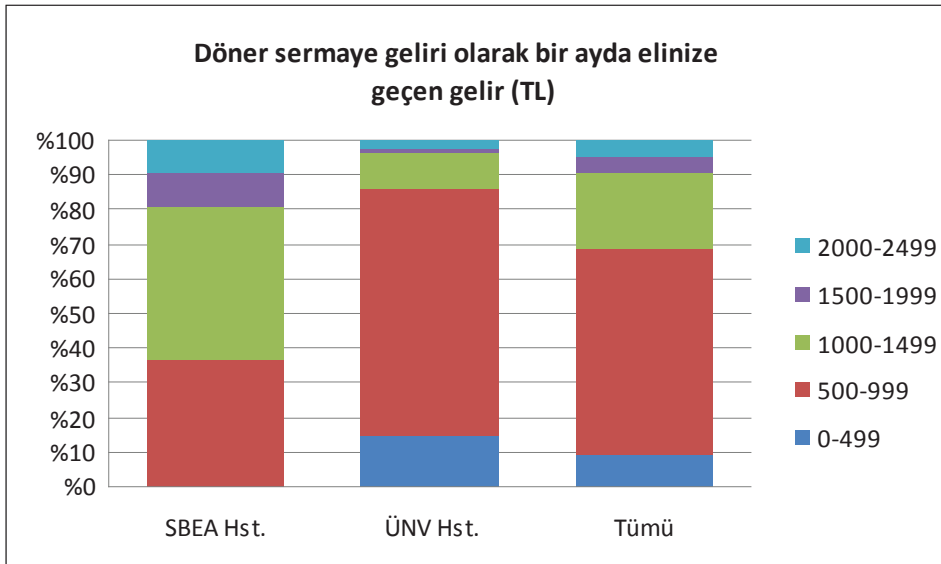
Asistanların %56'sı aylık 1000-1499 TL, %18'i 1500-1999TL maaş olarak gelir elde ettiklerini belirtmişlerdir. Üniversite hastanelerindeki asistanların %22'si 1500-1999 TL arası aylık maaş geliri ile SBEAH'den anlamlı olarak farklılık göstermektedir(p=0,001).

■ Döner sermaye geliri olarak bir ayda elinize geçen gelir (TL) aşağıdakilerden hangisidir?

			Döner sermaye geliri olarak bir ayda elinize geçen gelir (TL) aşağıdakilerden hangisidir?					Toplam
			0-499	1000-1499	1500-1999	2000-2499	500-999	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	0	62	14	13	52	141
		%	,0%	44,0%	9,9%	9,2%	36,9%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	37	26	3	6	180	252
		%	14,7%	10,3%	1,2%	2,4%	71,4%	100,0%
Toplam		N	37	88	17	19	232	393
		%	9,4	22,4	4,3	4,8	59,0	100,0

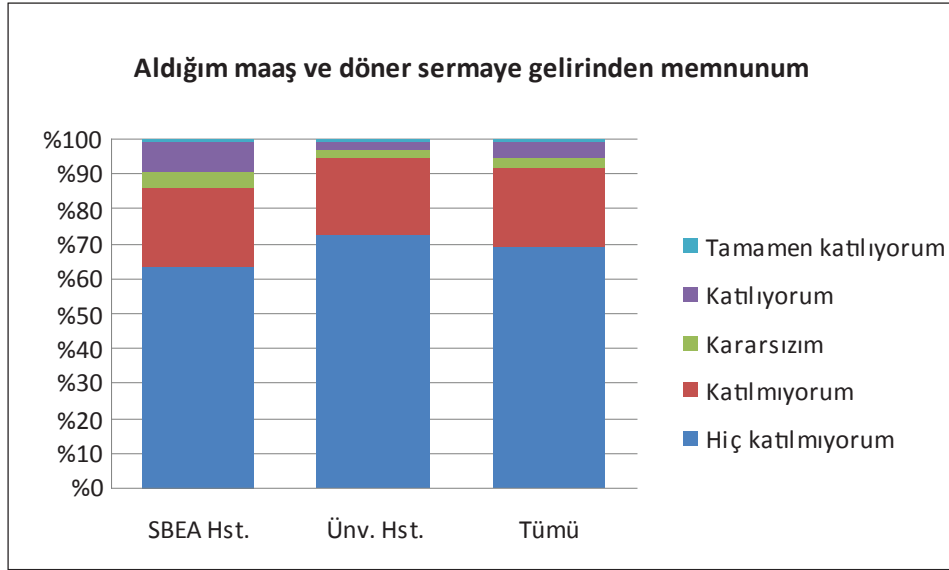
p=0,001

• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 143'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.



Genel olarak asistanların %59'u bir ayda döner sermaye geliri olarak 500-999 TL kazandıklarını belirtmişlerdir. SBEAH'deki asistanların %44'ü 1000-1499 TL alırken bu oran üniversite hastanelerinde %10 olup aralarındaki fark anlamlıdır (p=0,001).

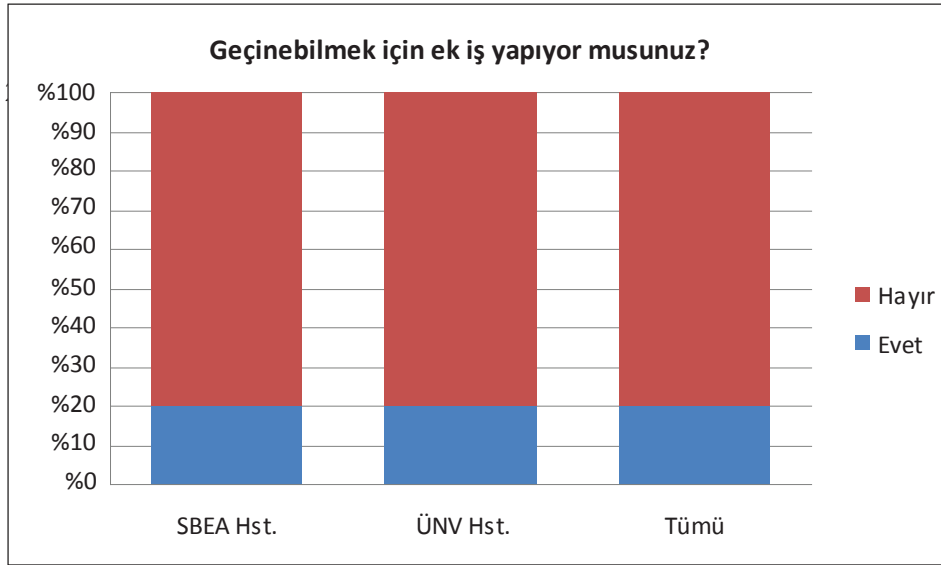
■ “Cerrahi asistanı olarak aldığım maaş ve döner sermaye gelirinden memnunuz” ifadesine katılıyor musunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 130'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,024

Asistanların %92'si aldıkları maaş ve döner sermaye gelirinden memnun olmadıklarını belirtti. Bu olumsuzluk üniversite hastaneleri için anlamlı olarak daha fazladır (p=0,024).

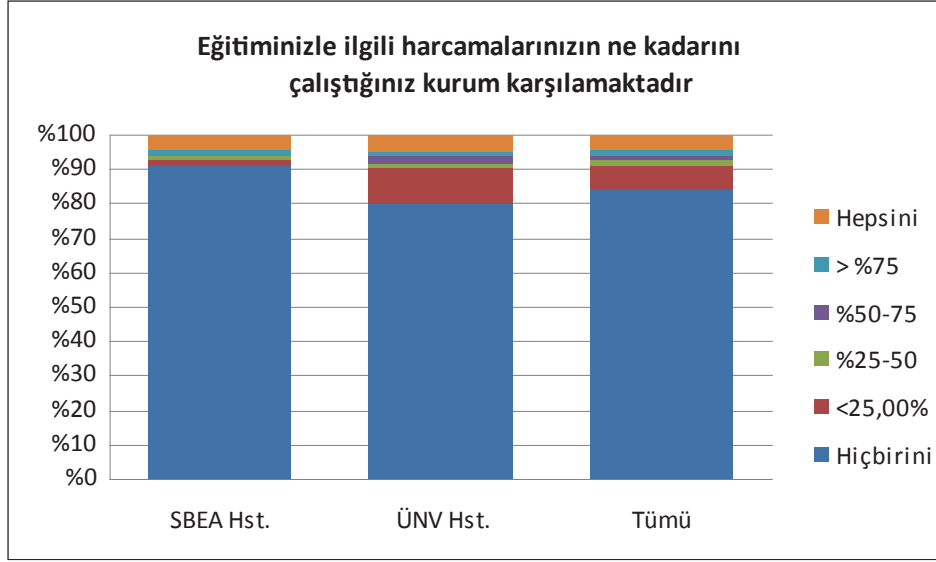


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 131 ve 132'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,958

Asistanların %20'si geçinebilmek için ek iş yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu durum kurumlar arasında farklılık göstermemektedir.

■ **Eğitiminizle ilgili harcamalarınızın ne kadarını çalıştığınız kurum karşılamaktadır (kurslar, kongreler vb.)?**



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 129'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

$p=0,007$

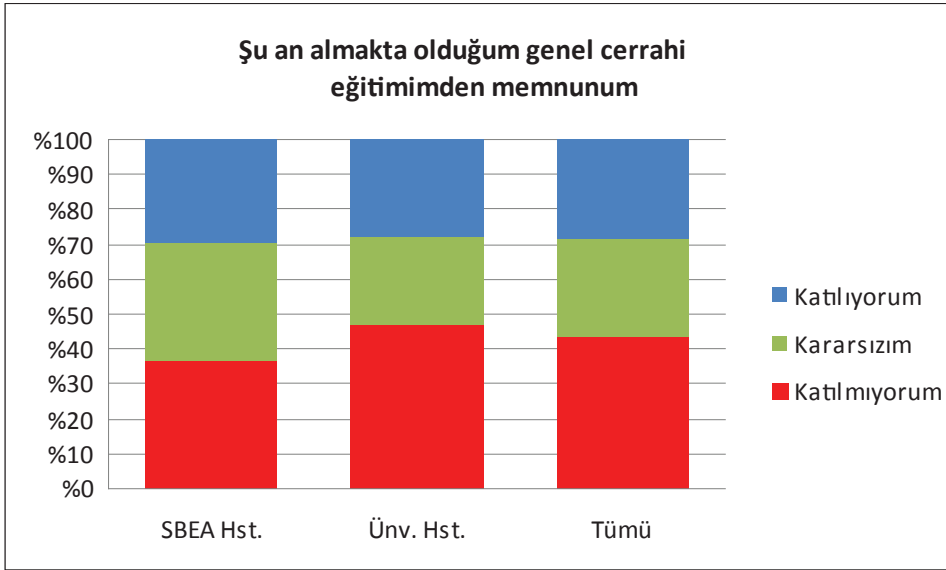
Asistanların %84'ü eğitimleri ile ilgili harcamaların hiçbirinin çalıştıkları kurumlarca karşılanmadığını belirtmişlerdir. Üniversite hastanelerinde %10 oranında eğitimle ilgili harcamaların %25'ten azının karşılandığı belirtilmiş olup SBEAH arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,007$).

Asistanların genel cerrahi eğitimindeki memnuniyetsizliğinin bir nedeni de gelir düşüklüğüdür. SBEAH'de döner sermaye geliri daha fazladır. Bu durum asistanların son yıllarda bu hastaneleri daha çok tercih etmelerini açıklayan nedenlerden biri olabilir. Çalışmanın en dramatik sonuçlarından biri de her 5 asistandan birinin (%20'si) geçinebilmek için ek iş yaptığını belirtmesidir. Bunun yasal olmaması bir yana uzmanlık eğitimini çok olumsuz etkileyeceği açıktır. Asistan gelirleri ivedilikle iyileştirilmelidir. Ayrıca sürekli tıp eğitimi etkinliklerine asistanların katılımı kurumları tarafından desteklenmemektedir. Bu alan adeta ilaç endüstrisi desteğine terk edilmiş durumdadır. Genç cerrahlar ile ilaç endüstrisinin kuralsız ilişkileri çıkar çatışmalarına ve etik sorunlara zemin hazırlayabilir. Sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılım asistan için bir hak ve aynı zamanda sürekli mesleki gelişim açısından bir sorumluluktur. Bu alanın kurumsal desteğe kavuşması hem eğitim hem de meslek etiği açısından bir zorunluluk olarak önümüzde durmaktadır.

7. Bölüm

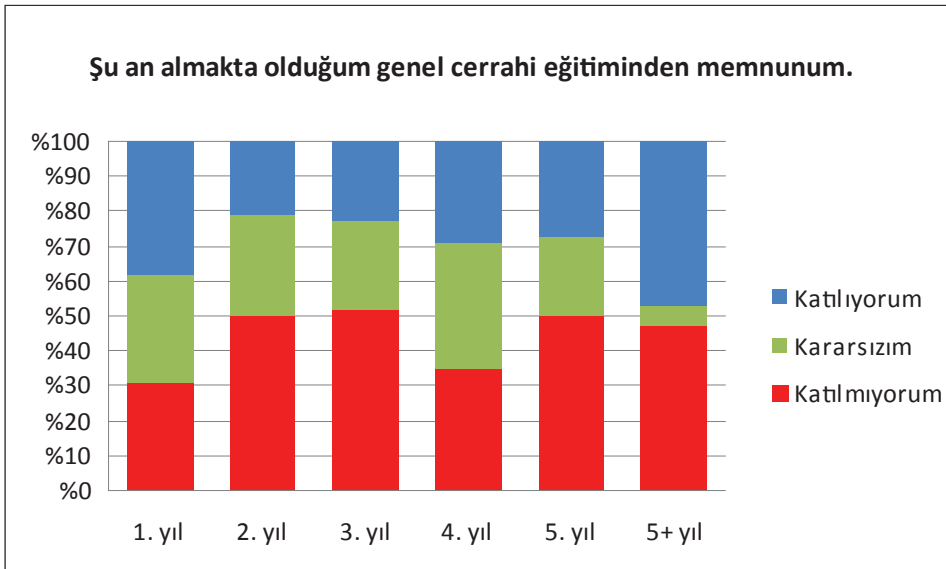
ÖZET

■ “Şu an almakta olduğum genel cerrahi eğitimimden memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 133 ve 134'te ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

p=0,017

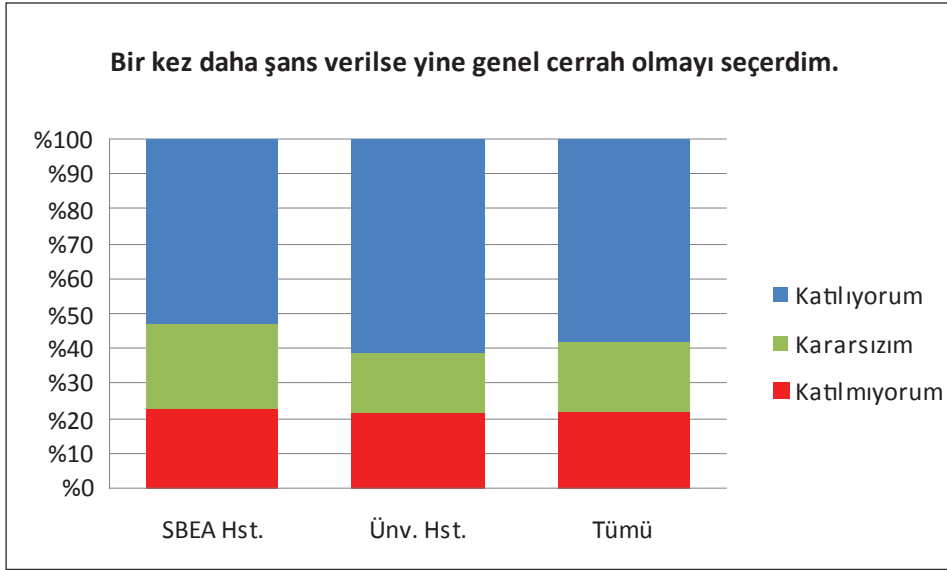


• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 135'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %43'ü almakta oldukları genel cerrahi eğitiminden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu olumsuzluk üniversite hastanelerinde daha fazladır. Memnun olduklarını belirtenlerin oranı yalnızca %29'dur. Memnuniyetsizlik her kıdemdeki asistanlar için sürmekte özellikle son yıl asistanlarında %50'ye çıkmaktadır.

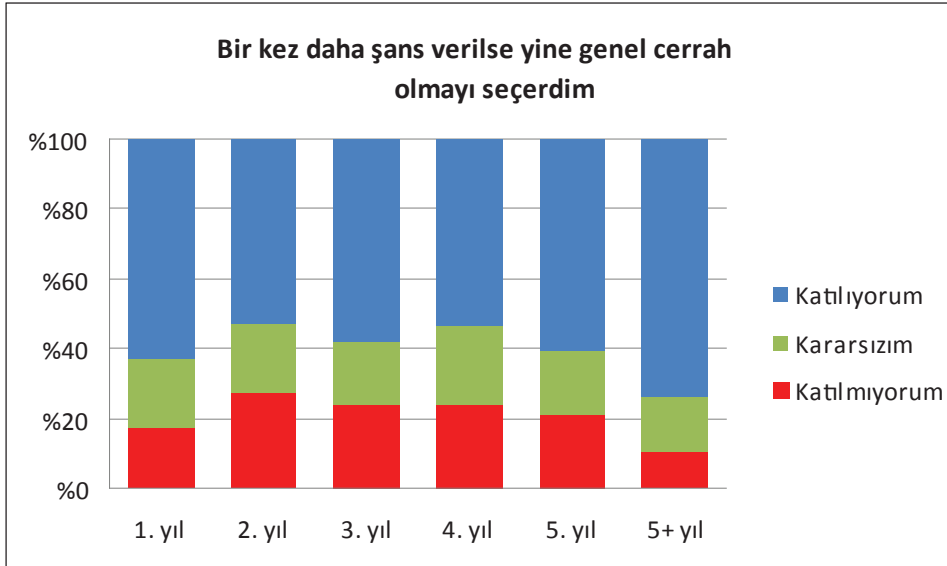
Bu çalışmada asistanların memnuniyeti pek çok soruda farklı açılardan ele alınmıştı. Anketin sonunda soru yinelenildiğinde asistanlar ciddi bir oranda (%43) genel cerrahi uzmanlık eğitiminden memnun olmadıklarını tekrarladılar

■ **“Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim” ifadesine katılıyor musunuz?**



p=0,136

• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 136 ve 137'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.



• İlgili sayısal veriler bu raporun 'İstatistiksel Analize Ait Ek Tablolar Bölümü'nde yer alan Tablo 138'de ayrıntılı olarak bilgilerinize sunulmuştur.

Asistanların %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. Kurumlar arasında fark yoktur. Bu kararlılık her kıdemdeki asistanlar için geçerlidir.

Bir önceki soruda elde edilen 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. Öte yandan yarıya yakın bir oranda asistanlar bu konuda olumsuz ya da kararsız olduklarını bildirdiler. Bu durumda genel cerrahi uzmanlık eğitiminin modernizasyonu için kapsamlı bir reform gereksinimi olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır.

III. Bölüm

Saptamalar ve Öneriler



SAPTAMALAR ve ÖNERİLER

Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde reform ihtiyacı vardır

Bu çalışmanın birincil saptaması, dünyada genel cerrahi uzmanlık eğitiminin nasıl verildiği incelendiğinde ve bizim uyguladığımız asistan anketi sonuçları değerlendirildiğinde, ülkemizde ivedilikle genel cerrahi uzmanlık eğitiminin modernizasyonu amaçlı ciddi bir reforma gerek olduğudur. Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitiminin önemli eksikleri olduğu, temel standartlardan yoksun olduğu ve genel cerrahi asistanlarının aldıkları eğitimden memnun olmadıkları bu raporla ortaya konmuştur.

Öneri: Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde tüm tarafların; SB, YÖK ve Tıp Fakülteleri, TTB, TTB-UDEK, TTB-UYEK, TCD ve TC Yeterlik Kurulu görüş ve önerileri doğrultusunda, üzerinde uzlaşılmış ve çağdaş gereksinimleri 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 % 40’ı İstanbul, Ankara ve İzmir’de çalışmaktadır. Türkiye’de genel cerrahların yarıdan fazlası 8 ilde (İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya, Bursa, Konya, Kocaeli ve Adana) toplulaşmıştır: Genel cerrahların %56’sı nüfusun %44’ünü oluşturan 8 ilde, geri kalan %44’ü ise nüfusun %56’sını oluşturan diğer illerde çalışmaktadır.

Ülkemizde 2009 yılı itibari ile 1005 hekim genel cerrahi alanında uzmanlık eğitimi almaktadır. Bunların yaklaşık %60’ı üniversite hastanelerinde %40’ı ise SBEAH’de görev yapmaktadır.

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.

Türkiye İstatistik Kurumu (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 cerrahdır. 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 (20).

Öneri: Ülkemizde sağlık alanında merkezi planlamada kullanılmak üzere işgücü ve iş yükü çalışmalarına gerek vardır. Bu çalışmaların ulusal sağlık otoritesi tarafından dikkate alınması gerekir. 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.

Pek çok cerrah çağdaş koşullar olmadan, çoğu kez güvenli olmayan şartlarda ameliyat ve hasta bakımı yapmaktadır. Genel cerrahi alanında üretilen sağlık hizmetinin niteliğini ve niceliğini artırmak için gerekli alt yapı eksiklikleri (ameliyathane kullanım saati, yoğun bakım yatağı sayısı, hemşire sayısı, cerrahi hasta yatağı sayısı ve donanım yetersizliği gibi) giderilmeli ve cerrahların çağdaş koşullarda tam kapasiteyle ve hasta güvenliğini sağlayarak çalışmalarını mümkün kılacak önlemlere odaklanılmalıdır.

Genel cerrahi uzmanı planlaması bir ekip planlaması ile birlikte yapılmalıdır: Hemşire (ameliyat / servis / yoğun bakım hemşireleri), yardımcı sağlık personeli (laborant, anestezi teknisyeni vb. gibi), tıbbi ve idari sekreter, diğer uzmanların (anesteziyolog, patalog, radyolog, onkolog vb. gibi) sayı ve dağılımı, genel cerrahi uzmanı insan gücü planlamasında dikkate alınmalıdır. Özellikle yetersiz olduğu pek çok raporla saptanmış bulunan hemşire istihdamı hızla artırılmalıdır.

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 olduğunu göstermektedir. 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.

Birçok tıp öğrencisi tıp fakültesinin üçüncü ya da dördüncü yılının sonunda uzmanlıkla ilgili kararını vermektedir. Genel cerrahi internlük dönemi, TUS sınavı göz önüne alındığında özellikle zor bir yıldır ve iyi tasarlanmamış bir intörnlük programı öğrencileri genel cerrahi alanından soğutmaktadır.

Öneri: Genel cerrahi öğretim üyeleri, tıp öğrencilerinin genel cerrahi kariyerine olan ilgilerini artırmak için mezuniyet öncesi tıp eğitimine daha fazla katılmalarıdır. Özellikle tıp öğrencilerinin ilk üç yıllık temel bilimler eğitimine genel cerrahi anabilim dalları da katılmalıdır. Genel cerrahi öğretim üyelerinin günümüzde birçok tıp fakültesinde yürürlükte olan probleme dayalı öğrenme müfredatı çerçevesinde pek çok modülde eğitim kolaylaştırıcısı olarak yer alabilirler. Böyle bir katılım ek eğitici kaynağı sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda öğrencilerin cerrahların danışmanlığına daha erken yıllarda ulaşmasına aracılık edecektir. Dördüncü yılda, öğrencilere kariyer olarak genel cerrahiye düşünmeye teşvik edecek heyecan verici deneyimler yaşatılmalıdır. İntörnlük dönemi de öğrencileri kariyer olarak genel cerrahiye düşünmeye teşvik edecek şekilde dizayn edilmelidir.

TCD genel cerrahi rol modellerini öğrencilere tanıtmak için özel bir çaba gösterilmelidir. Dönem 4'te ve internlukte genel cerrahi alanında başarılı olan öğrencilerin gelecekte genel cerrahiye seçmeleri halinde TCD tarafından burs ve ödül sistemleri ile teşvik edilmesi düşünülebilir.

Kadın cerrah sayısı artmaktadır

Özellikle cerrahide işgücü projeksiyonlarında önemli bir faktör kadınların rolüdür. Günümüzde mezuniyet öncesi eğitimde daha az erkeğin bulunduğu ve bugün için mezuniyet öncesi tıp öğrencilerinin %60'ını ve mezun olan tıp öğrencilerinin %50'sini kadınların oluşturduğuna dikkat çekilmektedir (96).

Ülkemizde 2006-2007 ders yılında toplam 33 871 tıp öğrencisinin %41'i kadındır (97). Bizim çalışmamızda dünyadaki eğilime paralel olarak Türkiye'de de kadın hekimlerin genel cerrahi alanını tercih etmeleri ciddi bir orana (%12) ulaşmış görülmektedir.

Bizim bulgularımıza göre 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 (89). 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 konuları 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 gelir elde ettikleri, daha kontrollü bir yaşama kavuştukları ve daha büyük, gelişmiş illerde istihdam oldukları bilinen gerçeklerdir.

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 (87). ABD verileri incelendiğinde genel cerrahların %70 oranında yan dal uzmanlığına geçtikleri ve bu durumun ülkede ciddi biçimde genel cerrah açığına yol açtığı görülmektedir (86). Ülkemizde genel cerrahi uzmanlığından sonra yan dalların çok kısıtlı alanlarda (Gastroenteroloji cerrahisi) ve çok az sayıdadır. Bu nedenle diğer ülke örnekleri değerlendirilirken yan dallara duyulan ihtiyaç ve kazanımlar ile yan dalların yarattığı sorunlar çok iyi değerlendirilmelidir (24,25).

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 dalların bazı olanaklar sunmaktadır. Ancak, kontrolsüz yan dalların ülkemizde yıllar sonra genel cerrah açığı sorununa 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 dalların engellemek ve cerrahların daha odaklanmış ileri eğitim almalarına olanak tanımak üzere belli alanlarda sertifikasyon yöntemi ile derinleşmeyi sağlamak bir seçenek olarak ele alınmalıdır. Gerek duyulan alanlarda, uygun cerrahi kliniklerinde ileri uzmanlık eğitimi verecek sertifikasyon programları geliştirilmelidir. Bu bağlamda yan dal uzmanlığı ve bunun sonucunda alınacak lisans belgesi ile belli alanlarda 'İleri Uzmanlık Eğitimi' olarak tanımlanabilecek sertifikasyon belgesi ayrı ayrı tanımlanmalıdır. İleri Uzmanlık Eğitimi programlarının hangi alanlarda ve hangi merkezlerde verileceğinin belirleneceği çalışmalara TCD dâhil edilmelidir

Eğitim veren genel cerrahi klinikleri uzmanlık eğitimi odaklı yapılanmamıştır

Geleneksel olarak SBEAH'nin genel cerrahi kliniklerinde öncelik hasta bakımına, üniversite hastaneleri genel cerrahi kliniklerinde ise hasta bakımı ve araştırmaya yönlendirilmiştir. Kliniklerde günlük işleyiş tamamen bu öncelikler doğrultusunda yapılandırılmıştır. Uzmanlık eğitimi, hastalara sunulan sağlık hizmetine odaklı çalışmanın gölgesinde çoğu kez plansız ve kontrolsüz olarak gerçekleşmektedir. Eğitim veren tüm genel cerrahi kliniklerinde asistanların öğrenme ihtiyaçlarını etkin biçimde hedef alan bir eğitim anlayışı egemen kılınmalıdır. Eğitim etkinliklerinin diğer profesyonel etkinlikler kadar önemli olduğu kabul edilmeli ve buna göre yeniden yapılanmalıdır.

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. Bu kişiler eğitim etkinliklerinin tasarlanması, değerlendirme standartlarının düzenlenmesi ve eğitim çalışmalarının yürütülmesinde genel cerrahi eğitim kadroları ile birlikte çalışmalıdır.

Genel cerrahi anabilim dallarında ve eğitim veren kliniklerde uzmanlık eğitimi ile ilgili işlere bakacak bir birim ve ayrı bir sekreter bulundurulmalıdır.

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. Merkezi finansal desteğin kısılarak ağırlıklı döner sermaye gelirlerine dayandırılan bu hastanelerin pek çoğu negatif bütçededir. Eğiticiler klinik iş yüküne boğulmuş; daha çok 'ödeme yapan' hastalara hizmet etme yarışı içindedirler. Eğiticilerin üretkenliği kuruma kazandırdığı para ile ölçülmektedir. Kendi gelirleri de ağırlıklı yükledikleri klinik iş üzerinde oluşmaktadır. 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 (100). Bu sistem eğitim ve hizmet arasındaki dengenin hizmet lehine bozulmasına, hizmet ağırlıklı çalışma nedeniyle eğitim ve araştırma hastanelerinin ikinci basamak standart hizmet hastaneleri haline dönüşmesine, kliniklerde ve klinikler arası mortalite toplantısı, seminer, konsey, olgu tartışması gibi eğitim etkinliklerinde azalmaya, yapılmayan bilimsel toplantı, ders gibi eğitim faaliyetlerinin yapılmış gibi gösterilmesine, asistan eğitimine yeterince özen gösterilmemesine, zamanı iyi kullanmak adına ameliyat uygulamaların uzmanlar tarafından yapılmasına, etik dışı davranışlarla asistanlara kötü örnek olmasına, olumsuz rol model olunmasına, kurs ve kongreler gibi sürekli mesleki eğitim etkinliklerine katılımın puan kaybı korkusu nedeniyle azalmasına, aşırı iş yükü nedeniyle kişisel mesleki gelişim etkinliklerine, örneğin, makale okumaya ve eğitim toplantılarına daha az zaman ayrılmasına yol açmıştır (98).

Öneri: Eğitim hastanelerinde *mesai dışı özel hasta* ve *performansa dayalı ek ödeme* sistemlerine son verilmelidir. Bunu yerine eğitim ve araştırma hizmetlerini ödüllendirecek 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 mesailerini için de geliştirilmelidir.

Uzmanlık eğitimi bir müfredat olmadan verilmektedir

Anketimize göre pek çok cerrahi kliniğinde uzmanlık eğitimi bir müfredat olmadan verilmektedir. Eğitim programı müfredatı olmayışı ya da pratikte kullanılmaması bize özgü bir sorun değildir. Çeşitli ülkelerde 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 (52).

Uzmanlık eğitiminde eski paradigmada belirli bir süreyi bir klinikte ve rotasyonlarda geçirmenin uzmanlık eğitimi ile eşdeğer olduğu varsayıldı. Öğrenmenin klinik rutin süreç içinde asistanlarda doğal olarak gerçekleştiğine inanılırdı. Bu nedenle pek çok eğitim kurumunda, amaçları açıkça saptanmış, yapılandırılmış bir eğitim programı yoktu. Eğiticilerin rolü, görev ve sorumlulukları yeterince tanımlanmamış, asistanların eğitim ihtiyaçları dikkate alınmamıştı. Oysa son yıllarda yaygın olarak benimsenen **yeterlilik temelli eğitim modelinde** eğitim amaçları ve içeriği açıkça tanımlanmaktadır. Yeterlilik temelli eğitimde, müfredat amaç ve hedefleri doğrultusunda özgün amaçlarını gerçekleştirmek üzere asistanın performansına yani öğrenme sonuçlarına odaklanılır. Eğitimin nasıl yapılacağı ayrıntılı biçimde belirtilir. Eğitim stratejileri, yöntemleri ve değerlendirme sistemi belirlenir. Eğitim amaçları doğrultusunda uygun eğitim ortamı sağlanır (8,9).

Pek çok çekirdek eğitim müfredatı, ders kitabı indekslerine benzer; oldukça uzun eğitim amaçları listeleri vardır, ancak bu amaçlarla müfredat planı ve uygulaması arasında bütünsel bir ilişki mevcut değildir (52). Ayrıca birçok klinikte asistan eğitimi oldukça katı hiyerarşik bir düzen içinde sürdürülmekte, bu durum yeni başlayan asistanların birçok sıradan ve eğitimleri ile doğrudan ilgisi olmayan işleri yerine getirmesine ve eğitim zamanının büyük bölümünü boşa harcamasına neden olmaktadır (52).

Pek çok eğitici müfredat konusunu yeterince ciddiye almamaktadır. Oysa genel cerrahi çekirdek eğitim müfredatında eğitim amaçlarının açıkça belirtilmesi, bu amaçlara uygun olarak asistanlardan beklentilerin ve asistanların yeterlilik değerlendirmesinin nasıl yapılacağına birlikte saptanması eğitim sürecini anlamlı olarak iyileştirme potansiyeline sahiptir. Bu tip bir eğitim sisteminde bir sonraki eğitim seviyesine (üst kıdeme) 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 çalıştırıldığı bir eğitim programında asistanların bilgi ve beceri kazanmaları ciddi biçimde artmaktadır.

TCD Yeterlik Kurulu 2006 yılında standardize, ulusal bir müfredatın tanımlanması için Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) yayımlanmış ve eğitim veren tüm kliniklerdeki eğitici ve asistanlara ulaştırmıştır (32).

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'inden haberi dahi yoktur. Bazı kliniklerde hiç dikkate alınmamıştır. TCD Genel Cerrahi ÇEP'i genel cerrahi eğitiminin amacını, hedeflerini, uygulama esaslarını, sonuçların ölçme ve değerlendirme ana noktalarını, yeterlik kavramını detayları ile açıklamakta ve gerek temel, gerekse özel konularda farklı kademelerde alınması gereken bilgi, beceri ve tutumları özetlemektedir. Sadece konu başlıkları sıralanmamış, o konuların hangi yöntemle verileceği ile ilgili detaylara da inilmiştir.

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 (90). 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 (33). Tüm eğitim süreci içinde en az yapılması beklenen ameliyat listesi olarak tanımlayacağımız 'Asistan Karnesi Ameliyat Listesi' TCD tarafından 1998'de saptanmış olmasına rağmen, kurumlar arası aşırı farklılıklar yüzünden 2006 yılına kadar en az yapılması gereken ameliyat sayıları konusunda cerrahi klinikler arasında bir uzlaşma sağlanamamıştır. 2006 yılında TCD Yeterlik Kurulu Eğitim Üst Kurulu'nda onaylanan bu liste ÇEP ile birlikte eğitim veren tüm kurumlara gönderilmiştir. Bu belgede, asistanların çeşitli kıdem aşamalarında yapması gereken ameliyat çeşitleri belirlenmiştir. 150'si majör olmak kaydıyla en az 350 ameliyatın asistanlık eğitimi sırasında bizzat yapılmış olması karara bağlanmıştır. 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 monitörize edilmemekte, bazılarında ise kayıt altına alınmasına rağmen bir değişikliğe yol açacak biçimde kullanılmamaktadır.

SB 2010 yılında tüm uzmanlık alanları için müfredat komisyonları oluşturularak ulusal ÇEP hazırlık işine girişmiştir. Bu çalışmalarda ulusal ÇEP'lerin mümkün olduğunca kolay gerçekleştirilebilecek nitelikte olması SB yetkileri tarafından çeşitli fırsatlarda vurgulanmıştır. Oysa TCD ÇEP'i ve Asistan Karnesi Ameliyat Listesi, hazırlanacak olan yeni müfredat için asgari çerçeveyi belirlemelidir. Bu çerçevenin uluslararası standartlar ve yetkin bir genel cerrahın gereksinimleri dikkate alınmadan daraltılması çok yanlış olacaktır. Aksine genel cerrahi alanındaki güncel gelişmeler dikkate alınarak TCD ÇEP'ine ve Asistan Karnesi Ameliyat Listesi'ne gerekli eklemeler yapılmalıdır. ÇEP'in ve Asistan Karnesi Ameliyat Listesi'nin bazı kurumlarda gerçekleştirilemeyeceği savıyla dar tutulması, genel cerrahi alanına telafisi güç zararlar vereceğinden, bu yaklaşımdan kaçınılması konusunda TCD SB yetkililerine görüş bildirilmiştir. Ulusal ÇEP hazırlıklarının oldukça karmaşık ve zaman alan bir süreç olduğu pek çok ülke deneyiminden bilinmektedir. Yakın zaman içinde yenilenerek yaşama sokulan Birleşik Krallık Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Müfredatı çağdaş yöntemleri kullanan oldukça kapsamlı bir belgedir (99). SB Genel Cerrahi Ulusal ÇEP'i hazırlanırken TCD ÇEP'inden ve adı geçen yeni belgeden yararlanılması akılcı olacaktır.

Öneri: Cerrahi eğitiminin temelinde kuşkusuz iyi tanımlanmış bir müfredat programı yer almalıdır. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi reformunda, formel ve informal 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.

TCD ve TCYK, ÇEP hakkında bilgilendirme ve eğitimcilerin eğitimi çalışmalarına devam etmelidir. Tüm eğitim programlarında olduğu gibi TCD ÇEP'i de değişen günümüz koşullarına uyum sağlamak üzere periyodik olarak geliştirilmelidir. Ayrıca uygulamadan elde edilen deneyimler ışığında ÇEP yenilenirken hedefler ile gerçekleşen müfredat arasındaki açık kapatılmaya çalışılmalıdır. TCD ve TCYK bir asistanın uzmanlık eğitimi süresinde yapması gereken minimum ameliyat listesi konusunda bilgilendirme ve eğitimcilerin eğitimi çalışmalarına devam etmelidir.

SB'nın yürüttüğü müfredat çalışmalarında ÇEP'in ülkemizde görev yapacak bir genel cerrahi uzmandan beklenen tüm yeterlikleri eksiksiz biçimde gerçekleştirmesine olanak verecek biçimde yukarıda anlatılan yeterliliğe dayalı çağdaş bir müfredat olması için çalışılmalıdır.

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, çok açık biçimde ülkemizde genel cerrahi asistanlarının ameliyat deneyimi ABD'den oldukça düşüktür. 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 (90). 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 (87). 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 sağlanmadığı için çok ciddi hayal kırıklığı yaşadıkları gösterilmiştir (92). Ülkemizde ise ameliyat deneyimi memnuniyetsizliği en çok kıdemsiz asistanlarda olmak üzere tüm kademelerde geçerli olan ciddi bir sorundur. SBEAH'de asistanlar yaptıkları ameliyat sayılarının kendi kademeleri için yeterli olduğuna üniversite hastanesinde eğitim almakta olan asistanlardan daha çok inanmaktadır (%53'e karşın %24). 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 dezorganize olduğunu, standartlardan yoksun, keyfi uygulamalara açık olarak yürütüldüğünü ortaya koymaktadır.

Öneri: Asistanların doğrudan eğitimleri ile ilgili olmayan klinik ve idari işlerde çalıştırılmaması ve iyi planlanmış formel eğitim etkinliklerinin düzenli olarak yapılmasının sağlanması ve denetlenmesi, asistanların bu etkinliklere mutlaka katılmaları sağlanmalıdır. Bu konuda cerrahi klinikleri denetlenmelidir.

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 dezorganize olduğununun, asistanların ihtiyaçlarından ziyade kliniklerin iş yükü ve insan gücü üzerinden yürütüldüğünün, standart olmadığını ve keyfi uygulamalara açık olduğunun bir başka göstergesidir. Ayrıca asistanların çoğunluğu rotasyonlara gittikleri bölümlerde aktif çalışma imkânı bulamadıklarını belirtirler.

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

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 bazı eğitim programlarında uygulanmamaktadır. Bu eğitim değerlendirmesi açısından ciddi bir eksikliklerdir. 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.

Asistanların tezlerine gereken özen gösterilmemektedir

Çalışmamızda asistanların tez konularının belirlenmesinde çok geç kalındığı saptanmıştır. İlk iki yılda tez konusu belirlenen asistan oranı yalnızca %31'dir. Bu durum tez kalitesini olumsuz etkilemektedir. Asistanların üçte biri kurumlarının alt yapısının tez çalışmalarını yürütülebilmeleri için yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Kurum alt yapısı yetersiz olduğu halde tez çalışmaları için başka kurumlara yönlendirilen asistan oranı yalnızca %26'dır.

Öneri: Asistanların tez konularının tercihen 1., en geç 2. yıl içinde belirlenmeli ve özellikle asistanlıktaki 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. Oysa cerrahlar uzun yıllardır tıp alanındaki bilimsel bilgi birikimine özel katkı yapmış bir meslek grubudur. Anestezi, antisepsi, kan transfüzyonu, organ transplantasyonu, beslenme, biyomateryaller ve yapay organ konuları bunlara birkaç örnektir. Cerrahlar gelecekte de akademik bir disiplin olarak yeni bilgi, teknoloji ve cerrahi tedavilerin keşfine, uygulamalarına katkıda bulunmaya devam edecektir. Bu nedenle genel cerrahi eğitiminde cerrahi araştırma, ihmal edilemeyecek özel bir önem taşır. Klinik araştırmacıları ve cerrahi bilim insanlarını yetiştirmek eğiticiler için önemli bir sorumluktur. Genel cerrahi asistanları araştırmaların temel bilimsel yöntemlerini tam olarak anlamalıdır. Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde bir araştırmanın nasıl yapılacağı ve yapılmış araştırmaların nasıl değerlendirileceğine dair bilgi ve beceriler bulunmalıdır.

Genel cerrahi uzmanlık eğitimi geleneksel olarak klinik eğitime dayalı kurgulandığından araştırma eğitime 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. Asistan tezlerinin 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 dönüşüme) yönelmesi gerekmektedir (100). 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. 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 denetim 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 (%32) 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 bilgilerine 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-UYEK ile işbirliği yapılmalıdır. TC Yeterlik Kurulu'nun başlattığı eğitim kurumları akreditasyon çalışmaları bu anlamda önemli bir fırsat olarak değerlendirilmeli ve SB tarafından desteklenmelidir. SB'nın 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 uzmanlık eğitiminden sorumlu kurumlar arasında 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. Eğitim kurumlarının büyük çoğunluğunda, simülasyon eğitimi, temel beceriler eğitimi, kadavra diseksiyonu eğitimi, elektronik öğrenme ("online" eğitim) olanağı yoktur. Asistanların yalnızca %58'i kurumlarında "online" kütüphane/dergi erişimi olduğunu belirtmişlerdir. 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. Sağlık Bakanlığı 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 (87).

Öneri: Bu sonuç uzmanlık eğitiminin hemen her aşamasında ciddi sorunlar olduğunu saptadığımız için şaşırtıcı değildir; ve 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. Avrupa Çalışma Saati Talimatı haftalık ortalama çalışma saatini fazla mesai dâhil 48 saatle sınırlandırmakta, haftalık 24 saat ve günlük 11 saat kesintisiz dinlenme süresi sağlamaktadır (97). 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(52). 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 (52). 08 Mayıs 2010 tarihinde İzmir'de yapılan toplantıda Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Cerrahi Bölümü ("UEMS Section of Surgery"), genel cerrahi asistanları için 60 saat/hafta çalışma saati fikrini benimsedi ve ilgili değişiklik için AB parlamentosu nezdinde girişimde bulunmaya karar verdi (64). Avrupa Birliği ülkeleri için Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Cerrahi Bölümü önerisi 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. Haftalık 80 saat düzenlemesine geçildikten sonra, asistanların ameliyat deneyimi, hasta güvenliği, hizmetin sürekliliği, asistan eğitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini saptamak için dikkatle planlanmış ulusal çapta bir çalışma yürütülmelidir. Asistanların dinlenme süreleri için de iyileştirmeler yapılmalıdır. Bazı kliniklerde süregelen gün aşırı nöbet 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 eğitimi 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 yanıt bize tüm olumsuzluklara rağmen asistanların cerrahiden zevk aldıklarını ve cerrah olmayı istediklerini düşündürmektedir.

Bu durumda sorumlulara düşen gereğini yapmak olmalıdır!

Genel cerrahi eğitiminin doğası ve yapısında değişiklikleri zorunlu kılan pek çok yeni gelişme vardır. Bunlar arasında, cerrahi alanlarında yaşanan bilgi patlaması, cerrahi becerilerin öğretilmesinde/değerlendirilmesinde ve cerrahi uygulamalarda yeni teknolojiler, cerrahi sağlık hizmeti sunumunda multidisipliner işbirliğine yönelik gelişmeler, ileri/özellemiş 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 (19). Bu faktörler yüzünden pek çok ülke genel cerrahi uzmanlık eğitiminde yakın zaman önce önemli reformlar gerçekleştirmiştir. Ülkemizde ise raporumuzda açıkça saptandığı üzere bugüne dek sürdürülen geldiğimiz uzmanlık eğitimi pek çok açıdan yetersizdir.

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

Nereden başlamalı?

Raporumuzu taraflara genel cerrahi uzmanlık eğitiminde reform çağrısı yaparak bitirdik ancak, eğitimcilerin yarın yapabilecekleri ve şu anda eğitim almakta olan asistanlar için çok önemli olacak değişiklikler de vardır. Bu nedenle bu son kısımda eğitimciler ve asistanlara seslenmek istiyoruz:

10 adımda genel cerrahi eğitim programı yönetimi ve müfredatın uygulaması

Pek çok klinikte bir eğitim programı olmadan varsa da uygulanmadan uzmanlık eğitimi verilmesi büyük bir sorundur. Genel cerrahi eğitim programı yönetimi ve müfredat uygulaması başta anabilim dalı başkanı ve klinik şefi olmak üzere tüm eğitimcilerin temel sorumluluğudur. Bunun için tüm cerrahi kliniklerinde çekirdek eğitim programının (TCD-ÇEP'i esas alınabilir) yaşama nasıl geçirileceği sistematik olarak organize edilmelidir (32).

1. Eğiticilere ve asistanlara genel cerrahi ÇEP'i kişisel bir kopya olarak verilmelidir.

Bu bir evrak dağıtımı şeklinde değil ÇEP'in konuşulacağı bir eğitim toplantısı sonunda yapılmalıdır.

Her yıl eğitim dönemi başlarken, o yılın didaktik/formel eğitim programı yapılırken ÇEP'de değerlendirilmeli ve o yılın programı ile ÇEP arasında nasıl bir ilişki kurulmuş olduğu gözden geçirilmelidir.

2. Anabilim dalı başkanı/Klinik şefi, eğiticiler ve asistanlar arasında eğitim odaklı bir diyalog oluşturulmalıdır.

Bizim eğitim programımız neleri şart olarak görüyor? Asistanlarımızdan neleri ve bunları ne zaman yapmalarını istiyoruz? Asistanlarımızın işlerini/görevlerini kabul edilir şekilde yaptıklarını nasıl belirleyeceğiz? Asistanlarımızın bizden beklentileri nelerdir? Asistanlarımızın beklentilerini karşılayabiliyor muyuz? Bu gibi soruların sorulduğu ve tartışmaların yapıldığı bir ortam yaratılmalıdır. Her fırsatta, olağan eğitim etkinliklerinde, hatta vizitlerde bu konulara odaklanılmalıdır.

3. ÇEP eğitim vizitlerine, seminerlere, derslere, konferanslara, mortalite morbidite toplantılarına vb. gibi eğitim etkinliklerine hazırlanan eğiticiler tarafından bir kontrol listesi olarak kullanılmalıdır.

Müfredatın hangi kısımlarının asistanlar tarafından kendi kendine öğrenilebileceğini, hangilerinin eğiticilerin seminer, konferans, eğitim viziti ya da ders gibi yapılandırılmış etkinliklerle verileceğini, hangileri için sınav gerektireceğini eğiticilerin analizi belirleyebilir. Eğiticiler eğitim etkinliklerini buna göre planlayabilirler.

4. Seminer, konferans, ders hazırlığı yapan kişilere önceden ÇEP'in ilgili kısmı ve müfredat amaçları yeniden gönderilmeli/hatırlatılmalıdır.

Didaktik/formel eğitim etkinliklerinin ÇEP'i ne zaman ve ne kadar kapsadığı anabilim dalı başkanı ve klinik şefi tarafından takip edilmelidir. Bazı eğiticiler seçilerek bu kişilere konuları önceden belirleme sorumluluğu verilebilir. Her iki veya üç yılda bir eğitim toplantıları cerrahinin ana konularını içerecek biçimde düzenlenmelidir.

5. Asistanların yeterliliği izlenmelidir.

Teorik ve pratik yeterliliği izleyecek, asistana geri bildirim verecek sistemler geliştirilmelidir. Her asistanın yaptığı ameliyat çeşidi ve sayılarının müfredatla uyumlu olup olmadığı, bu ameliyatlardaki niteliksel yeterliliği izlenmeli ve periyodik olarak kaydedilmelidir. Cerrahi eğitim programının tamamlanmasından önce tüm yeterlilikler yerine getirilmiş olunmalıdır. Müfredat içinde sunulan her bir alan için asistanların hangi zamanda yeterliliğe ulaşması gerektiğini, eğitim programının kendisi belirleyecektir.

Sözlü ve yazılı sınavlar ve/veya olgu sunumları, ameliyat performansı gözlemleri gibi yöntemler kullanılarak asistanların performansı hakkında veriler sağlanabilir.

6. Müfredat resmi olarak kliniğin misyon ve vizyonunun temel bileşenlerinden biri olmalıdır.

Genel cerrahi uzmanlık eğitimi müfredatı ve bu müfredatın başarı ile uygulanması o kliniğin temel performans göstergelerinden başlıcasıdır. Asistanların performansı, müfredatta ortaya konmuş olan minimal standartları karşılamıyorsa, anabilim dalı başkanı veya klinik şefi ve ilgili asistan durumun farkında olmak, bu durumu belgelemek ve harekete geçmek zorundadır.

Minimum standartları karşılamayan asistanlar için eksik olan yönlere odaklanma ve destek eğitim için yeni bir program belirlenmelidir.

7. Kliniğin kendi felsefesini, koşullarını ve amaçlarını yansıtacak şekilde ÇEP'in bazı kısımlarını uyarlanabilir.

Kliniğin eğitim programının ÇEP'i kapsamı ve uygulaması için sorumlu olacak karar verici bir grup kurulabilir. Bu grupta asistanlar da yer almalıdır. O klinik için hangi amaçların gerekli ve gerçekçi olmadığını ve/veya uygunsuz olduğu belirlenmelidir. Asistanlarınızın neleri yapabiliyor olmalarını belirleyen eğiticiler / asistanlardan oluşan karar verici grubun tespitleri doğrultusunda ÇEP uyarlanabilir. Kliniğinizin özgün koşulları nedeniyle müfredat karşılanamıyorsa diğer kliniklerle işbirliğine gidilmelidir.

Asistanları kendi kendilerine çalışmalarını için yönlendirilmeli ve yeterli zaman tanınmalıdır. Onlara uygun kaynakların listesini verilmelidir.

8. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi programı ve ÇEP'le ilgili ihtilaf, fazlalık veya yetersizlikleri değerlendirmek için bir yöntem geliştirilmelidir.

Kliniğinizin eğitim programını belirleyecek olan eğitim kaynaklarını ve hizmet zorunluluklarını ve asistanların çalışma dönemlerini düşünerek planlamalar yapılmalıdır.

İlk belirlenen zaman periyodu içinde müfredatın ne kadarının uygulanabileceği belirlenmelidir. Öğrenme için kaynakların yeterli olup olmadığını incelenmelidir. Amaçlara ulaşılmasını sağlayacak en iyi öğretme stratejileri ve yöntemleri belirlenmelidir.

Eğitim programı müfredatının yapısının, içeriğinin ve ölçme, değerlendirme işlemlerinin belirlenmesinde eğiticilerin bilgi ve uyumunu maksimuma çıkarmak için formal bir eğitim gerekebilir. Eğiticilerin ölçme-değerlendirme becerilerine destek olmak amacıyla eğiticilerin eğitimi kursları düzenlenmelidir.

9. Eğitim programı sizin tarafınızdan denetlenmelidir.

İstenen ve gerekli konuların müfredat tarafından kapsandığı belli aralıklarla kontrol edilmelidir. Kaynakların etkin kullanıldığından emin olunmalıdır. Eğiticilerin görüş ve eleştirilerine değer verilmelidir. Eğitim sonuçları incelenmeli ve bazı toplantılarda topluca gözden geçirilmelidir. Asistanların zaman içinde gelişen performansları izlenmelidir.

Gerekirse kliniğinizin dışından meslektaş ve uzmanların görüşleri alınmalıdır. Her gereken durumda değişiklik yapmak üzere bir plan belirlenmelidir. TC Yeterlik Kurulu Ziyaret Programı'na başvurmak iyi bir başlangıç olabilir.

10. Asistanların çalışma ve dinlenme süreleri makul düzeylere ayarlanmalıdır.

Asistanların çalışma sürelerinin eğitim amaçlarını ve hasta güvenliğini riske etmeyecek düzeyde olduğundan emin olunmalıdır. Asistanlara yeterli dinlenme süresi sağlanmalıdır. Nöbet ertesi izin sistemi olmayan ve gün aşırı nöbet tutulan kliniklerde hem asistan eğitimi hem de hasta güvenliğini tehlikeye altındadır. Gün aşırı nöbet ve blok nöbet uygulamalarına son verilmelidir.

Genel cerrahi asistanlarının hakları

18 Temmuz 2009 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin (EK 4) 26. maddesi uzmanlık öğrencilerinin hak ve sorumluluklarını belirlemiştir:

1. Uzmanlık öğrencisinin, kurum ve birimlerde eğitimin çağdaş standartlarda verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır ve bunu sağlamak kurum amirlerinin görevidir. Nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi uzmanlık eğitimi alan kişinin eğitsel ve sosyal gereksinimlerini karşılayan alt yapı kurumca sağlanır.
2. Uzmanlık öğrencileri uzmanlık eğitimi uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilemez.
3. Uzmanlık öğrencisi, eğitim sorumlusunun gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar.

27. maddenin 2. bendi ile asistanların yeterli bilgi ve beceri ile donatılmaları zorunlu kılınmıştır:

Uzmanlık öğrencilerine, bu Yönetmelikle belirlenen ve uzman olabilmek için mutlaka yapılması gereken asgari tıbbi uygulamaların eğitim sorumluları tarafından yaptırılarak onların, gerekli ve yeterli bilgi ve beceri ile donatılmaları zorunludur.

Eğitim süreleri ve rotasyonların kazanılan birimin bulunduğu kurumda yaptırılması esastır. Ancak, kurumda ilgili uzmanlık dalına ait rotasyonların yapılacağı eğitim biriminin bulunmaması veya bulunsa bile asgari uygulamaları yapmasına yeterli olmaması veya başka kurumda yapılmasında birim sorumlusu tarafından fayda görülmesi halinde uzmanlık öğrencisi kurum amirince uygun görülen yerlerde kabul belgesi sağlanmak koşuluyla rotasyona tabi tutulabilir.

29. madde ile de asistanları uzmanlık eğitimi boyunca asgari yapmaları gereken ameliyatları yapmadan uzmanlık sınavına girememeleri garanti altına alınmıştır:

Tezi kabul edilen, uzmanlık eğitimi süresini ve rotasyonlarını tamamlayan, uzmanlık eğitimi karnesinin çekirdek eğitim müfredatını belirleyen kısmı ilgili birim sorumlusu tarafından onaylanan uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girmeye hak kazanır.

Genel cerrahi asistanlarını **TCD Asistan Komisyonu** çalışmalarına katılmaya ve yukarıda değinilen yasal hakların yaşama geçmesi için çaba göstermeye davet ediyoruz.

Kaynaklar

1. Miskovic D, Suliman A, Hanna G. European Surgical Trainees' Attitudes Report (EuroSTAR). Ulaşım adresi: https://www.surveymonkey.com/s.aspx?sm=tHTAlwpDdPXwnwWrm1_2f8ug_3d_3d Erişim tarihi: 30 Eylül 2009
2. Program requirements for residency education in internal medicine. In: Donini- Lenhoff F, ed. Graduate Medical Education Directory 1999-2000. Chicago, Ill: American Medical Association; 1999:86-95.
3. 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.
4. Bowen JL, Leff LE, Smith LG, et al. Beyond the mystique of prestige: Measuring the quality of residency programs. Am J Med 1999; 106: 493-498.
5. Klessig JM, Wolsthal SD, Levine MA, Stickley W, Bing-You RG, Lansdale TF, Battinelli DL. A pilot survey study to define quality in residency education. Academic Medicine 2000; 75: 71-73.
6. Kahn MJ, Blonde L. Assessing the quality of medical subspecialty training programs. Am J Med 1999; 106:601-604.
7. Borman E, O'Grady P. Postgraduate training. Policy paper prepared by the Subcommittee on Postgraduate training: Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors. Medical Education 1997; 31: 3-8.
8. Bannon M. What's happening in postgraduate medical education? Arch Dis Child 2006; 91(1):68-70.
9. Harden RM. Trends and the future of postgraduate medical education. Emerg Med J 2006; 23(10): 798-802.
10. Dowton SB, Stokes ML, Rawstron EJ, et al. Postgraduate medical education: rethinking and integrating a complex landscape. MJA 2005; 182: 177-180.
11. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME resident / fellow survey. Ulaşım adresi: http://www.acgme.org/acWebsite/resident_survey/general.pdf. Erişim tarihi: 03 Haziran 2010.
12. European Union of Medical Specialists web site. UEMS Charter On Visitation Of Training Centers. Erişim adresi <http://admin.uems.net/uploadedfiles/179.pdf>. Erişim tarihi: 15 Temmuz 2010
13. Editorial. A case of market failure. Lancet 2000; 355(9216): 1657.
14. 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.
15. Clark J. Five futures for academic medicine: the ICRAM scenarios. BMJ 2005; 331: 101-104.
16. Pellegrini CA. Surgical Education in the United States. Ann Surg 2006; 244: 335-342
17. Terzi C. Tıpta uzmanlaşma ve aşırı uzmanlaşma: genel cerrahi alanına özel olarak odaklanarak. Toplum ve Hekim 2009, 24(2): 151-158.
18. Sayek İ. 21. yüzyılda genel cerrahi. Ed., Terzi C. Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009: 31-33.
19. 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.
20. Terzi C., Okman U., Eryılmaz M. Türkiye'de Genel Cerrahi İnsan Gücü İşgücü ve İşyükü Raporu. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009.
21. Liu JH, Etzioni DA, O'Connell JB, et al. The increasing workload of general surgery. Arch Surg 2004;139:423-428.
22. European Union of Medical Specialists: UEMS. Ulaşım adresi: <http://www.uemssurg.org/>. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2010.
23. Uranues S, Lamont E. Acute care Surgery: The European Model. World J Surg 2008; 32:1605-1612.
24. Terzi C, Eryılmaz M. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi ve Yan Dallar Çalıştay Sonuç Bildirgesi. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009.
25. Terzi C. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009.

26. Ağalar F, Saygun O, Aydınuraz K. Genel cerrahi uzmanlık alanında yan dal ihtisası raporu: Çeşitli ülkeler ve Avrupa Perspektifi. Ed., Terzi C. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009: 57-77.
27. Öztürk E. Bölümleşme ve birleşme perspektifinde mezuniyet sonrası genel cerrahi eğitimi: ABD raporu. Ed., Terzi C. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009: 34-56.
28. Collins JP, Civil ID, Sugrue M, et al. Surgical Education and Training in Australia and New Zealand. *World J Surg* 2008; 32: 2138-2144.
29. The Royal College of Surgeons web site. The Royal College of Surgeons of England. Workforce Summary – General Surgery. Ulaşım adresi: http://www.wrt.nhs.uk/index.php/component/docman/cat_view/61-workforce-summaries?limit=5&order=name&dir=DESC&start=100. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2010.
30. American College of Surgeons web site. Advisory Council for General Surgery. Kwa Kwa F, Jonasson O. The General Surgery Workforce. 2001. Ulaşım adresi: <http://www.facs.org/about/councils/advgen/gstiltplg.html>. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2010.
31. Türk Cerrahi Derneği Web Sayfası. Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu. Ulaşım adresi: <http://www.turkcer.org.tr/yeterlik/index.php>. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2010
32. 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.
33. 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
34. Kılıçturgay S. Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu Deneyimi. Ed. Terzi C. Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlığı Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2009: 22-30.
35. Stitzenberg KB, Sheldon GF. Progressive specialization within general surgery: adding to the complexity of workforce planning. *J Am Coll Surg* 2005;201:925–932.
36. Richardson JD. Workforce and lifestyle issues in general surgery training and practice. *Arch Surg* 2002; 137: 515–520.
37. Sanchez M, Sariojo J. The General Surgeon Shortage: Causes, Consequences, and Solutions. *Southern Medical Journal* 2009; 102: 291-294.
38. Rao M. The surgical workforce shortage: in search of answers. *Gen Surg News* 2008; 35: 8–9.
39. 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.
40. Yasuo Ito. Surgical Education and Postgraduate Training in Japan. *World J Surg* 2008; 32: 2134–2137.
41. Çiçek C, Terzi C. Tıpta Uzmanlık Eğitimi (İzmir Ölçekli İki Araştırma ve Karşılaştırmalı Sonuçları). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2006.
42. Çiçek C, Terzi C, Solak A, ve ark. Evaluation of specialist training in basic sciences in two university medical schools: perspectives from both specialist residents and trainers. *Mikrobiyol Bul* 2006; 40(4): 333–46.
43. Çiçek C, Terzi C, Solak A, ve ark. Specialist training in basic sciences in university hospitals: specialist resident perspective. *Mikrobiyol Bul* 2005; 39(4):491–450
44. Çiçek C, Terzi C, Bozdemir AE, ve ark. İzmir Tıpta Uzmanlık Eğitimi Veren Kurumlar Tanıtım Kitabı. İzmir: İzmir Tabip Odası Yayını, 2005.
45. Lurie N, Slater J, McGovern P, et al. Preventive care for woman: Does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 1993; 329: 478-482.
46. Elderkin-Thompson B, Waitzkin H. Differences in clinical communication by gender. *J Gen Int Med* 1999; 14: 112-121
47. Roter D, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002; 288:756-764.
48. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. Race, gender and partnership in the patient physician relationship. *JAMA* 1999;282:583-589.
49. Sheldon GF. Workforce issues in general surgery. *Am Surg* 2007; 73: 100-108.

50. Raymont A, Simpson J. Surgical workforce in New Zealand: Characteristics, activities and limitations. *ANZ J Surg* 2009; 79(4): 230-234(5).
51. Reznick R, MacRae H. Teaching surgical skills— changes in the wind. *N Engl J Med* 2006; 355: 2664–2669.
52. 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.
53. Grantcharov T, Funch-Jensen P. Can everyone achieve proficiency with the laparoscopic technique? Learning curve patterns in technical skills acquisition. *Am J Surg* 2009; 197(4): 447-449
54. Schijven MP, Jakimowicz JJ. The learning curves on Xitact LS500 laparoscopy simulator: profiles of performance. *Surg. Endosc* 2004; 18: 121–127.
55. Wanzel KR, Anastakis DJ, McAndrews MP, et al. Visual-spatial ability and fMRI cortical activation in surgery residents. *Am. J. Surg* 2007; 193: 507–510.
56. 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.
57. Pape HC, Pfeifer R. Restricted duty hours for surgeons and impact on residents quality of life, education, and patient care: a literature review. *Patient Safety in Surgery* 2009, 3 :3
58. Myers JS, Bellini LM, Morris JB, et al. Internal medicine and general surgery residents' attitudes about the ACGME duty hours regulations: a multicenter study. *Acad Med* 2006; 81: 1052-1058
59. Moalem, P, Salzman, D, Ruan, G, et al. Should all duty hours be the same? results of a national survey of surgical trainees. *J Am Coll Surg* 2009; 209(1), 47-54.
60. Durkin ET, McDonald R, Munoz A, et al. The impact of work hour restrictions on surgical resident education. *J Surg Educ* 2008; 65(1):54-60.
61. Nasca TJ, Day SH, Amis ES. The New Recommendations on Duty Hours from the ACGME Task Force for the ACGME Duty Hour Task Force. *N Engl J Med* 2010; 363:e3
62. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin W, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351:1838-48.
63. Türk Cerrahi Derneği Web Sayfası. "UEMS Endokrin Cerrahi Alt Grup Toplantısı Yapıldı." Ulaşım adresi: <http://www.turkcer.org.tr/arsiv.php>. Erişim tarihi: 15 Temmuz 2010
64. Özcan B, Hamamcı O, Korkmaz A. Genel cerrahi asistan eğitimine çalışma süresi ve iş yükünün etkisi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1997; 4: 281-284
65. 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)
66. Grantcharov TP, Reznick RK. Teaching procedural skills. *Br. Med. J.* 2008; 336: 1129–31.
67. Aggarwal R, Grantcharov TP, Darzi A. Framework for systematic training and assessment of technical skills. *J. Am. Coll. Surg.* 2007; 204: 697–705.
68. Grantcharov TP, Bardram L, Funch-Jensen P, et al. Assessment of technical surgical skills. *Eur. J. Surg* 2002; 168: 139–44.
69. Macrae HM, Cohen M, Regehr G, et al. A new assessment tool: the patient assessment and management examination. *Surgery* 1997; 122: 335–43.
70. 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.
71. 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.
72. Grantcharov TP, Kristiansen VB, Bendix J, et al. Randomized clinical trial of virtual reality simulation for laparoscopic skills training. *Br J Surg* 2004; 91: 146–50
73. Gallagher AG, Cates CU. Approval of virtual reality training for carotid stenting: what this means for procedural-based medicine. *JAMA* 2004; 292: 3024 –3026.
74. Scott DJ, Bergen PC, Rege RV, et al. Laparoscopic training on bench models: better and more cost effective than operating room experience? *J Am Coll Surg.* 2000; 191:272–283.
75. Fried GM, Feldman LS, Vassiliou MC, et al. Proving the value of simulation in laparoscopic surgery. *Ann Surg* 2004; 240: 518-528.

76. Ericsson KA. The acquisition of expert performance: an introduction to some of the issues. In *The Road to Excellence: The Acquisition of Expert Performance in the Arts and Sciences, Sports, and Games*, Ericsson KA, ed. Mahwah, NJ: L Erlbaum 1996, 1-50.
77. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada web site. Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000 Project. Ulaşım adresi: <http://rcpsc.medical.org/publications/index.php>. Erişim tarihi:15.07.2010
78. Satava RM, Gallagher AG, Pellegrini CA. Surgical competence and surgical proficiency: definitions, taxonomy and metrics. *J Am Coll. Surg* 2003; 196: 933-7.
79. Reznick R, Regehr G, MacRae H, et al. Testing technical skill via an innovative 'bench station' examination. *Am J Surg*. 1997;173:226-230.
80. Chang L, Satava RM, Pellegrini CA, et al. Robotic surgery: identifying the learning curve through objective measurements of skill. *Surg Endosc*. 2003; 17(11):1744-1748.
81. Dutta S, Goba D, Krummel TM. To simulate or not to simulate: what is the question? *Ann Surg* 2006;243:301-303.
82. Sutherland LM, Middleton PF, Anthony A, et al. Surgical simulation: a systematic review. *Ann Surg* 2006; 243: 291-300.
83. 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.
84. 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
85. Bell RH Jr. Graduate education in general surgery and its related specialties and subspecialties in the United States. *World J Surg*. 2008 ; 32(10):2178-2184.
86. 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.
87. Yeo H, Violo K., Berg D, et al. Attitudes, training experiences, and professional expectations of us general survey. *JAMA* 2009;23:302(12):1301-1308.
88. Baskan S, Çakmak A, Göksoy E, ve ark. Genel cerrahi uzmanlık eğitimine farklı bir bakış *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2009; 25(4): 142-145
89. Bergen PC, Turnage RH, Carrico CJ. Gender-related attrition in a general surgery training program. *J Surg Res* 1998; 77(1):59-62.
90. 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.
91. Farley DR, Cook JK., Whatever happened to the general surgery graduating class of 2001? *Curr Surg* 2001;58: 587-590.
92. 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.
93. Lonergan PE, Mulrow J, Taner WA, et al. Structured analysis of operative experience using an electronic logbook across the national basic surgical training programme in Ireland. *Br J Surg* 2009; 96(S4): 51.
94. Knifed E, Goyal A, Bernstein M. Moral angst for surgical residents: a qualitative study. *Am J Surg* 2010; 199(4): 571-576.
95. European Council Directive 93/104/EC. *Official J Eur Commun*. 1993; L307:18-24.
96. Cooper RA. Weighing the evidence for expanding physician supply. *Ann Intern Med* 2004;141:705-714.
97. 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. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2010.
98. 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. Erişim tarihi: 15 Temmuz 2010.
99. The Intercollegiate Surgical Curriculum: Educating the surgeons of the future . Intercollegiate Surgical Curriculum Programme. London: Hobbs the Printers, 2007. Ulaşım adresi: https://www.iscp.ac.uk/static/public/iscp_educating_future_surgeons.pdf. Erişim tarihi: 15 Temmuz 2010.
100. 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.

IV. Bölüm

Executive Summary



EXECUTIVE SUMMARY

The ‘Residents Commission’, established within Turkish Surgical Association (TSA) in 11th of December 2009, aims to identify and solve the problems related to residency training or employee rights in the field of general surgery, to improve the communication between residents as well as with TSA, and to ensure them to take part in institutional decision-making processes.

General Surgery Residency Training Report was prepared after a yearlong study in 2010 by TSA Residents Commission to evaluate the results of **TSA General Surgery Residents’ Attitudes Survey**, and approved by the Executive committee of TSA. Thus, it consists of comments and suggestions of TSA as well as surgical residents.

The report consists of three independent but complementary parts. The first chapter was intended as a compilation to inform the reader about postgraduate training and general surgery residency training in our country and in the world, and to enlighten the current debates. The second chapter consists of the results of TSA General Surgery Residents’ Attitudes Survey. The third chapter was created as a road map for authorities, managers and trainers responsible for residency training in medicine to improve the quality of general surgery residency training. The first two chapters answered the questions why and how to improve the general surgery residency training in our country.

When considering the standardization and quality improvement of general surgery residency training in Turkey it is essential to reveal the current situation and listen to the voice of the trainee. TSA General Surgery Residents’ Attitudes Survey highlights subjective views and trends of residents as well as objective data about training and working environment. These survey results showed the opinions of general surgery residents on basic headings, including education programs and implications, working conditions and on duty/on-call system, training infrastructure of the clinic, and contributions of faculty, and yielded an assessment of clinic from the residents’ perspective.

The modern general surgery residency training is necessary not only for the development of a very well-trained new generation of surgeons, but also to achieve the most advanced quality of patient care in state hospitals and surgical clinics. The improvement in residency training and the allocation of adequate resources to achieve this result will be possible with that the Ministry of Health (MoH) understands the importance of the issue and takes action. Primary duties and responsibilities undoubtedly belong to the MoH in creating the national strategies to implement these proposals.

Postgraduate training in medicine

Postgraduate (specialty) training in medicine is an organized training program offered under the guidance and supervision of faculty (trainers). Both professional and personal development of residents and safe and appropriate health services for patients must be guaranteed by this program. Postgraduate training in medicine is an integrated system with structure, process and outcome components (1). Organizational oriented laws and regulations constitute the structure of specialty training. Postgraduate training process includes the integration of didactic training activities with an appropriate diagnosis and treatment activities under surveillance through a structured curriculum. The development of lifelong learning skills and professional expertise is considered to be a part of postgraduate training. The outcome components of this training are the performance and the adequacy of specialist (2).

The organization of postgraduate training varies between countries. It is essential for each country to develop an appropriate model that will cover existing health care system, needs and the future requirements, and to renew it over time. In our country, the generation of coordination between MoH, the Council of Higher Education, Medical Faculties, Turkish Medical Association and specialty associations in sharing authority and responsibility on postgraduate training should be among the priority targets (2).

Current trends on postgraduate training

The current trends of reforms focused on the postgraduate training in medicine can be stated as follows: (3,4). A progressive training program containing a combination of formal and informal elements, accredited educational institution, accredited faculty, proactive supervision, establishing a balance between health service (patient care) and education activities, enough time for training, the definition of proficiencies gained from specialty training, assessment of acquired proficiencies, shortening the working time of residents and increasing the central (government) financial support.

In the old paradigm, a certain amount of time spent in a clinic and rotations assumed to be equivalent to specialty training. Learning was believed to have carried out naturally in routine clinical process. Thus, many institutions had no formal training program with clearly determined objectives. The roles, duties and responsibilities of faculty were not adequately defined. Training needs of residents have not been taken into account. Yet in recent years, educational objectives and content are clearly defined in widely adopted competency-based training model. Training details were specified. Training strategies, methods and assessment systems have been identified. Training environment was provided to meet training purposes. Competency-based training focuses on resident's performance, in other words learning outcomes to realize the original purposes in line with the curriculum goals and objectives. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), the body which is responsible for the accreditation of residency programs in the United States (US), has identified six competency domains in residency training in 2006 (5). Of the six skills of ACGME competency based training system that all residents have to gain, patient care, medical knowledge and lifelong learning are developed quite well over many years. On the other hand, communication skills and professionalism did not become an important part of training with the assumption that they are a part of personality or a natural part of being a physician. Surgical care of patients requires the surgeons to work with all other members of multidisciplinary team. However, traditional surgeons tend to emphasize their personal qualities. Systems-based practice has become the antithesis of surgeons in this classical type of behaviour. Professionalism, communication and system-based application are especially important in improving quality of service being offered to patients. In recent years, general surgery training in the US is focusing on professionalism, communication skills, and effective work in multidisciplinary team (6).

Postgraduate training in medicine is changing in many countries. This process can be summarized with the following statements: Postgraduate training is being modernized and changed to competency-based training. In these countries an effort was put in to ensure cooperation and collaboration between institutions and organizations responsible for postgraduate training, and postgraduate training is organized to be closely related to health needs of society and the country's health system. Postgraduate training should be related and integrated with medical school training (undergraduate training), and continuous medical education (CME)/continuing professional development (CPD) activities after graduation. It is emphasized that each country has to plan postgraduate training by planning manpower and workload according to priority health problems and health care system.

Marketing in health care and postgraduate training

In the last two decades market driven health system and as a result financial pressure on academic centres have increasingly become a problem in all around the world(7). Competitive and market-oriented health services led to the bankruptcy of 125 academic centres in the US in the early 2000s. Many of the others have negative budget. Barely surviving training hospitals have difficulty in fulfilling their traditional functions in terms of education, research and patient care missions.

Such a system leads faculty to spend more time for patient care and the amount of time allocated to education has steadily decreased (7). According to an assessment published in 2006, the cost of health care services in training hospitals was about 25-30% higher compared to other hospitals due to very important functions such as education, research, complex and seriously ill patients treatments, and free medical services for poor patients. It has been reported that state or insurance companies, who previously accepted relatively high bills of training hospitals without any reservation in order to support the social functions mentioned above, have abandoned this approach since the early 90's (8). In recent years the hospitals have suffered very serious loss of income with the package payment system. Financial crisis has particularly negative effects on education (8). The academicians are extremely concerned about the deterioration in academic quality, although initially they showed a proactive approach to marketing. Nowadays a very few number of academicians are available as trainers and mentors. The academicians are overwhelmed by clinical workload, racing to serve more 'paying' patients. The productivity of academician is measured with the money he/she brings into the institution. The services offered to the patients without ability to pay were excluded from the assessment (8). Working and training environment has become commercial. It is not possible for residents to develop right attitudes and behaviours where patients are accepted as customers, the best visit seen as 'the shortest visit', and where shortage of funds and a way of making money is spoken constantly (8). Marketing in health care and its devastating effects on medical training is not unique to the US. The results of a study conducted within European Union also emphasize similar negativities (9).

In recent years university hospitals of our country, which are also public hospitals, are transformed into 'health enterprises' especially with the main policy of MoH called 'transformation program in health'. Since government support has cut a little more each day, and they are entirely based on revolving funds many of these hospitals have negative budgets. The transfer of research funding to revolving funds has made university hospitals unable to breathe.

General surgery specialty training

Today general surgery contains diseases of digestive system including oesophagus, stomach, small intestine, large intestine, liver, pancreas, gall bladder as well as thyroid, parathyroid glands, peripheral vascular diseases, hernia, skin and breast diseases. General surgeons are educated to manage almost any emergency surgical case. Minimally invasive surgery and endoscopy applications are also within the scope of general surgery (10).

Although the basic features of surgery have undergone limited changes since Halsted, today's surgery residency programs in many countries have become structured, monitored programs, subject to continuous evaluation and accreditation processes (11). Since the beginning of the 21st century many new developments have necessitated changes in the structure and the nature of general surgery training. These include the information explosion in the area of surgery, new technologies in surgical procedures and in teaching/assessment of surgical skills, development in the multidisciplinary cooperation for surgical health service delivery, increasing demand for advanced / specialized general surgery service, quality and safety concerns for the patient care, putting emphasis on professional standards, and increasing expectations of patients (11).

General surgery postgraduate training in Turkey

In our country general surgery specialty training is provided by universities affiliated to the Council of Higher Education and training and research hospitals affiliated to the MoH. Postgraduate training in general surgery lasts five years. At the end of five years, residents write theses. The candidate surgeon who is successful at the theses stage has to carry out an operation with primary responsibility and be supervised by the jury. After the candidate imparts observation of his/her surgical skills in an operation, his/her theoretical knowledge is verified with oral and written exams. Unfortunately written exam is generally applied as a matter of formality after oral exam. General surgery specialty training may extend to 5.5 - 6 years if necessary. In this period there are mandatory rotations in nine different surgical specialties in a total of 10 months. MoH is the statutory body responsible for postgraduate training.

As at March 2009, 1005 residents are receiving specialty training in 123 general surgery clinics, where 51 of them are functioning in university hospitals, and 72 of them in 26 different research and training hospitals affiliated to the MoH. About 60% of them (625) are serving in university hospitals and 40% (380) in Ministry of Health Research and Training Hospitals (MoHARTH) (12).

In our country after residency training in general surgery, noncompulsory but encouraged "Surgery Board Exam" is applied for about ten years. Surgery board exam is administered by Turkish Board of Surgery (TBoS), the autonomous agency of TSA (13). The main objectives of TBoS are to identify and promote the standards of general surgery training, to certificate the national surgical competence, and to accredit the postgraduate training institutions. General Surgery Residency Training Core Curriculum and the list of the operations including the number and types of surgical procedures that the residents are supposed to perform during training were published in 2006 (14). The residents should certify with log book that they have performed the total of 350 operations in the list, including 150 major operations, personally in order to enter the second stage of TSA Board Examination. Accreditation of institutions providing general surgery residency training was started in 2007.

Current trends in the field of general surgery specialty

That increasingly small number of physicians prefers general surgery residency is a common problem encountered in many countries (15). The reasons of this are as follows: The doctors prefer a more controlled way of life, the income of general surgery residents and specialists is lower than other specialties, and the number of women physician is increasing. "Over-specialization" is an important problem for a long time in the US. In

recent years, the majority of general surgery residents are directed to laparoscopic surgery fellowship, which is not yet an independent subspecialty. In addition, many of the general surgeons prefer to go on training in subspecialty fields (such as colorectal surgery, transplantation etc.) of general surgery (15). Long working hours and low wages during residency training are among the negative factors (16,17). The rate of physicians preferring the general surgery residency has also greatly reduced in Japan (18).

Women surgeons

As other professionalities women were interested in medical profession, and the perception of male profession has changed. It is estimated that one third of all doctors in the world would be women in 2010. At the present women comprise 60% of undergraduates and 50% of graduating medical students (19). In our country 41% of a total of 33 871 medical students are women in the school year 2006-2007 (20). The rate of women in surgical branches rose from 2% to 24% from 1989 to 2007 in USA (21). In a study conducted in Australia and New Zealand in 2009 the rate of women surgeons and women general surgery residents were found to be 7% and 30%, respectively (22). The number of women surgeon continues to increase in our country. In Turkey, after national medical specialty examination was centralized, women overcame the prejudice to be surgeon and were able to start surgical residency. Our country has approximately 500 women surgeons in all surgical branches. Also the number of women entering the general surgery field has increased. Approximately 150 women general surgeon are member of TSA.

How is the general surgery training changing in the world?

Many fundamental changes beginning from selection of residents to training period and evaluation process have become necessary in many countries to make general surgery residency training attractive (23). Current developments in general surgery training require structural reforms in our country as all over the world.

Basic surgical training model has been valid for years. In general this conservative approach is a reflection of the perception that the surgeons are well-trained with existing training programs. However today there are drastic changes in training environment: The European Union (EU) and the US have imposed restrictions on residents' work hours. Physicians are faced with much less tolerance for medical errors. The independent role of residents is decreasing. Difficult and complex technological innovations and focused approach to patient safety are complicating the surgical training (24).

Reduction of work hours in surgery residency training

After Libby Zion had died in 1984 under the care of overworked resident, politicians and medical chambers began work on working hours in order to improve patient safety. As a result of this ACGME adopted some regulations in the US:

- Working hours should not exceed 80 hours per week on an average four weeks period..
- The residents should be free from all patient care and educational obligations one day in seven, averaged over four weeks.
- There must be 10 hours rest period between clinical assignments.
- In-house call duty should not be more than once every three nights.
- Continuous duty time including in-house call duty should be limited with 24-hours (with an additional six hours permitted for patient transfers for continuity of care of patients, or for didactic education programmes) (25).

Although it is not applied in all EU member countries, general surgery residents' working hours were restricted with 45 hours then 40 hours per week in accordance with EU laws. This law is carefully applied by some member countries such as United Kingdom, Scandinavian countries, and the Netherland. Germany can not implement this law and fines each year. UEMS Section of General Surgery proposed to increase weekly working time from 45 hours up to 60 hours in 2010.

There is no such debate in our country. However, some studies have been published reporting that the working hours are long and the rest periods are not enough. In an article published in 1997, the weekly working time of first-year general surgery residents was reported to be 115 hours in MoHRTTH and 120 hours in the university hospital (26). After making international comparisons this article has emphasized the negative effects of excessive workload and long working hours on residents' training. In another study, conducted in 2009 with residents in all level, in a surgical clinic of a university the average weekly working time and the number of on duties per month were found to be 95.6 (81-108.5) hours and 7:29 (4-10), respectively (27).

Structured curriculum and assessment system

General surgery residency training curriculum is unplanned and unorganized in many clinics. The residents use informal learning or training opportunities rather than a program structured according to educational objectives (24). Generally core curriculums are similar to the index of textbooks, in the form of a long list. However, there is not an integral relationship between this list of objectives and plan/implementation of the curriculum (24). In addition, resident training is held in a very strict hierarchical order in many clinics, which leads to the residents to perform many ordinary tasks which are not directly related to their education, and waste their time (24). In this context, an appropriate balance should be established between hospital services and training with minimizing non-educational hospital services (such as patient transport, secretarial work etc.), but trying to maximize educational opportunities. Clearly stated training objectives in general surgery core curriculum and the determination of the expectations from residents as well as the way of assessment of adequacy in accordance with these training objectives has the potential to seriously improve the educational process. In such an educational system, the qualification criteria which must be completed before progressing to the next level of education (second or third year of residency etc.) are clearly defined. The knowledge and skills of residents can be improved drastically where the objectives are actualized, daily practice of residents is evaluated whether it meets the objectives and expectations, and feedback mechanisms are activated.

University of Toronto leads to a new experience which will create dramatic changes in the general surgical training. Toronto model handles the surgical education in modular system including objectives in conjunction with curriculum. In addition, the residents spend a significant period of time in skill laboratories, and learn surgical anatomy on cadavers and virtual reality models. With this approach, a dramatic acceleration in acquiring surgical skills would be expected. In this model the tasks without educational purpose have been eliminated, and wasted time has been reduced. Performance assessment of residents is embedded in daily practice. The model aims to improve collegiality and team work among residents, and to reach performance acceleration in the daily tasks (6).

Technological developments in education

Skill laboratories and simulation models are used increasingly in general surgery training. Having benefit from this type of training before performing surgery on patients is an important development (28). Simu-

lation technology plays an important role in the acquisition of surgical knowledge and skills. Simulation system provides a learning environment close to the ideal. Residents would filter the process through their mind, get used to surgical instruments (cognitive level), develop appropriate motor behaviour, and achieve an autonomous course where the procedure is ended without any problem. With sufficient repetition, the resident reaches a good performance, thereby reducing the demands on guidance of faculty (6). The studies showed that an hour spent in virtual reality simulator corresponds to two hours in the operating room (transfer efficiency rate 2.28) (29). Also the randomized studies have shown that the abilities gained in the virtual environment might be transported to the operating room (30,31). These new training techniques seem to have a potential to better educate the surgeon in a shorter time without jeopardizing patient safety. Near-term objectives of the American College of Surgeons include the definition of the standards of skill centers, giving an active role to simulators in training, and increasing the use of simulation in the training not only of residents but also of all surgeons (32).

TSA General surgery residents' attitudes survey

The survey was web based to be answered online (33). The number of residents invited to survey with actual e-mail addresses was about 670 out of 1005. The targeted response rate was set to 50%. Residents have received two reminder e-mails one month apart from each other.

Likert scale responses, yes / no answers and free text responses were used in combination. The average time to complete questionnaire was 30 minutes. There was no obligation to respond to all questions.

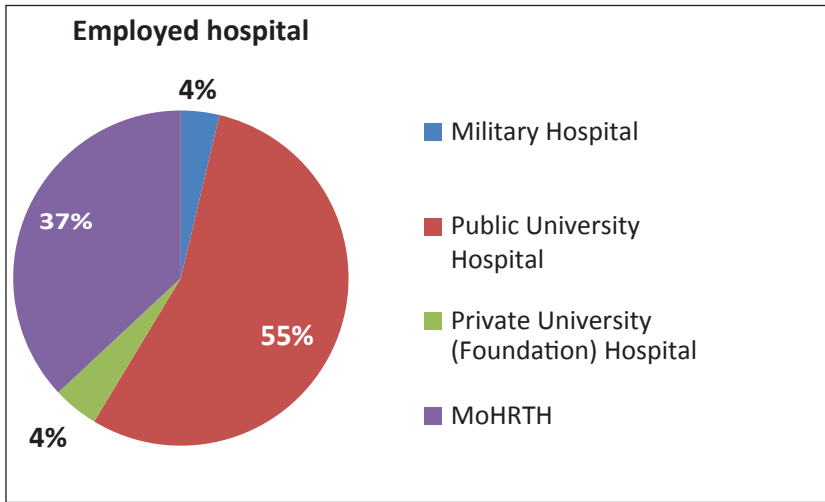
All analyses were performed using SPSS 11.0. Saphiro Wilk and Kolmogorov-Smirnov one-sample tests were used to test the appropriateness of numeric variables to normal distribution. Nominal variables were compared with chi-square analysis and numeric variables with the Mann-Whitney U test or the Kruskal Wallis variance analysis. Spearman's rho test was used to analyze associations between two ordinal variables. Median and 25-75% percentile were used for data that did not follow a normal distribution. The alpha level of significance was set at 0.05.

The survey was performed anonymously; the respondent's personal data were not recorded on the questionnaire.

Findings and discussion

1- Demographics and characteristics

Our country has a total of 1005 general surgery residents. Almost 60% (625) of them work in university hospitals whereas the rest of 40% in MoHARTH (12). Only 670 (67%) of 1005 residents with accurate contact information could be invited to participate in the survey. A total of 435 general surgery residents responded to the survey. The completion rate of the survey was 65%. Considering the total number of residents, the rate of residents completing the survey was 43%.

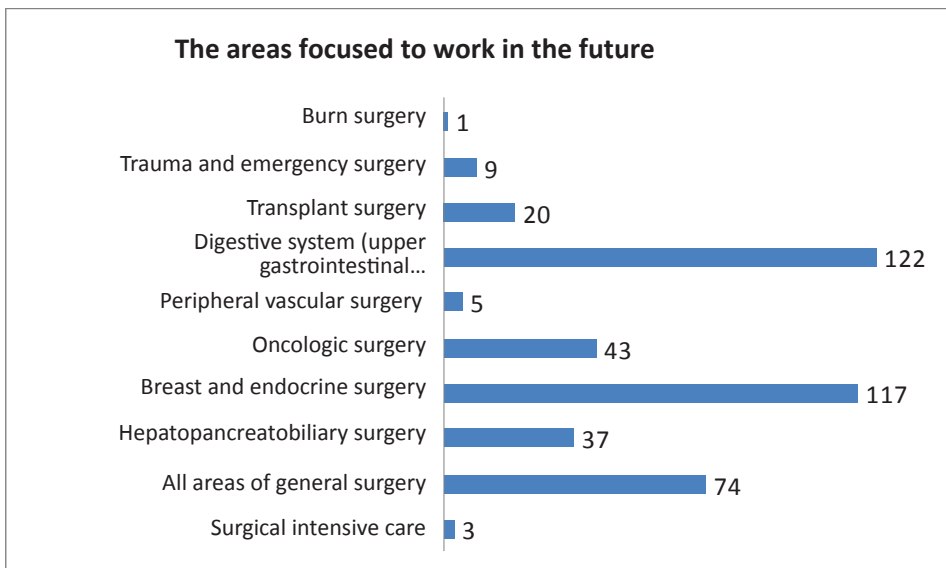


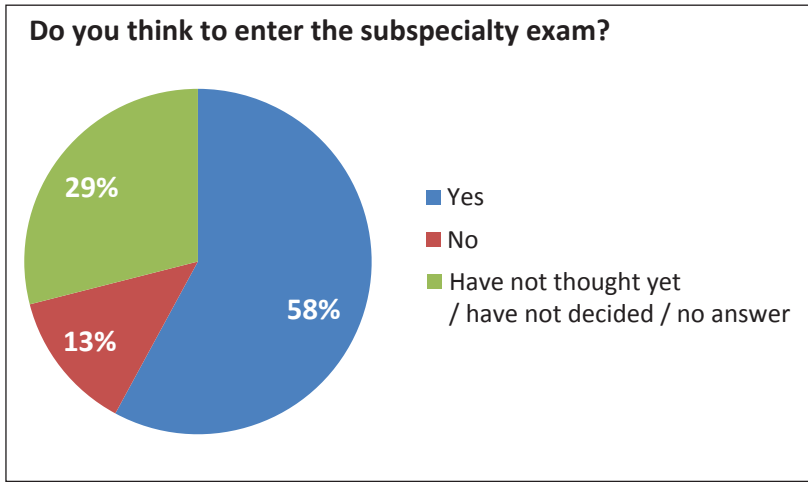
The percentage of residents working in public university hospitals, MoHRTTH, private university hospitals and military hospitals were, respectively, 55%, 37%, 4% and 4%. While 22% of residents surveyed were 3-year residents, 21% first-year, 19% fourth-year, 16% fifth-year, and 4% 5 or more year residents. As our study sample was homogeneous in terms of size and distribution, it represents the country.

The median age of subjects was 29 years, with no differences in age between male and female residents ($p=0,261$). Eighty eight percent were male and 12% were female residents. Fifty two percent were married and 25% had children.

Despite 92% of the residents stated that they have started residency training in general surgery willingly, only 1/3 (31%) of them have chosen general surgery as a first choice, and the rate of the residents desired general surgery in the first three choices was only 55%.

In which field do you want to work more intensively in the future?



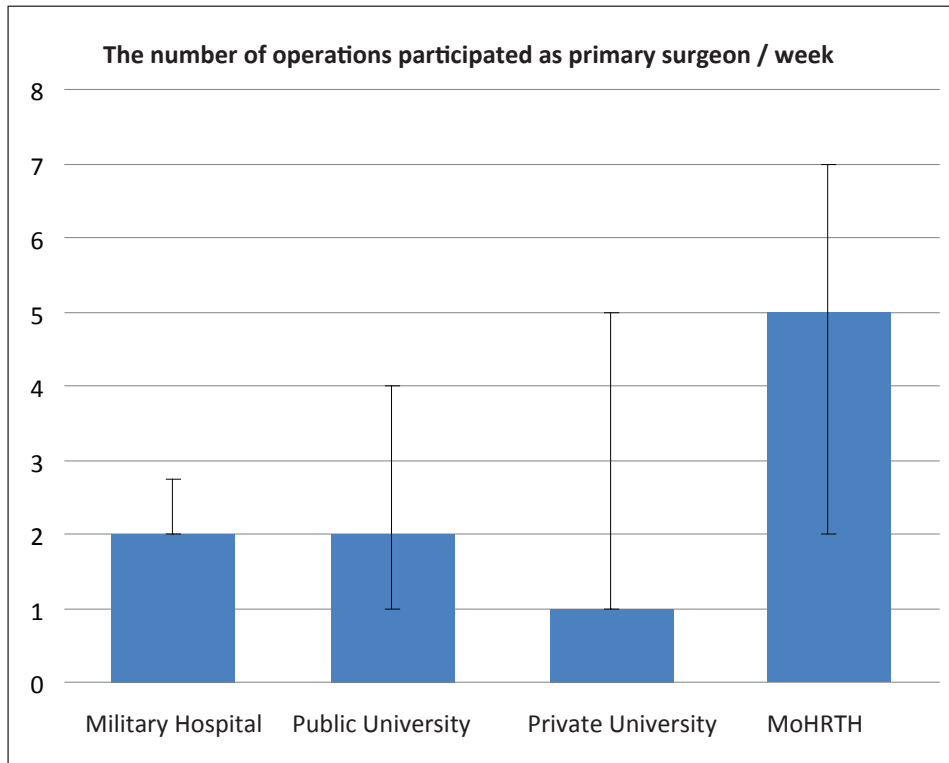


The rate of residents disposed to work in all areas of general surgery remained at 17%. The areas that the residents focus to work in the future are digestive tract (upper gastrointestinal and / or colorectal) surgery with 28% and breast and endocrine surgery with 27% in line with the concentrated areas of the clinics they were trained. Most of the women residents preferred breast and endocrine surgery.

Fifty eight percent of the residents had a mind to have subspecialty exam.

2. Surgical experience

- The number of operations that you participate as a primary surgeon in a week

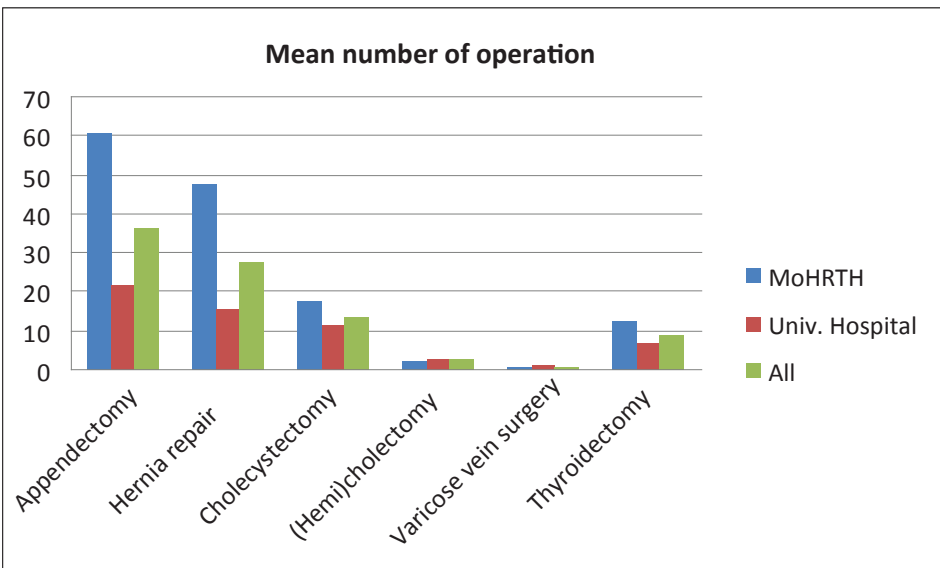
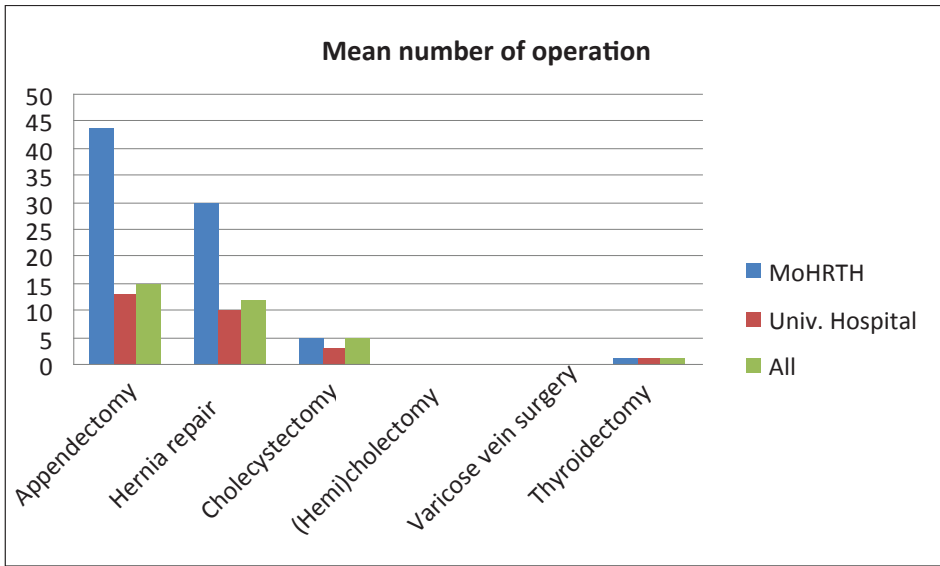


p=0,001

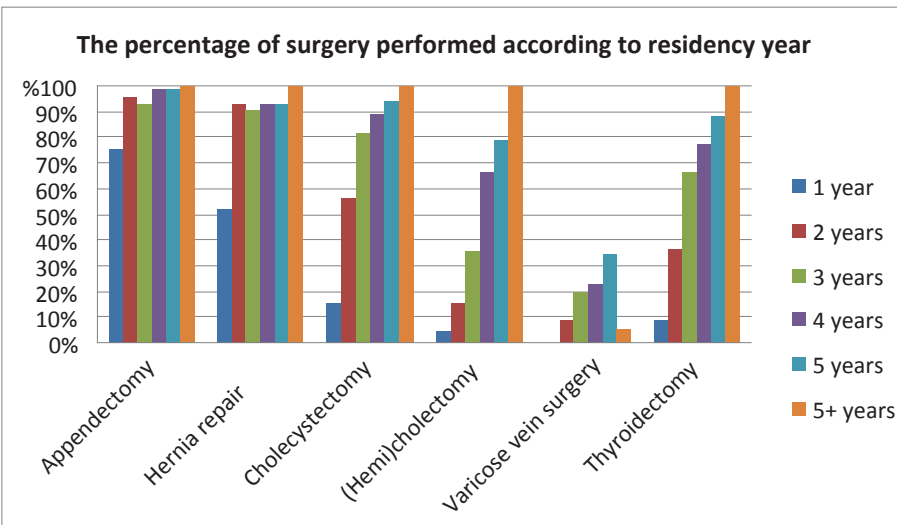
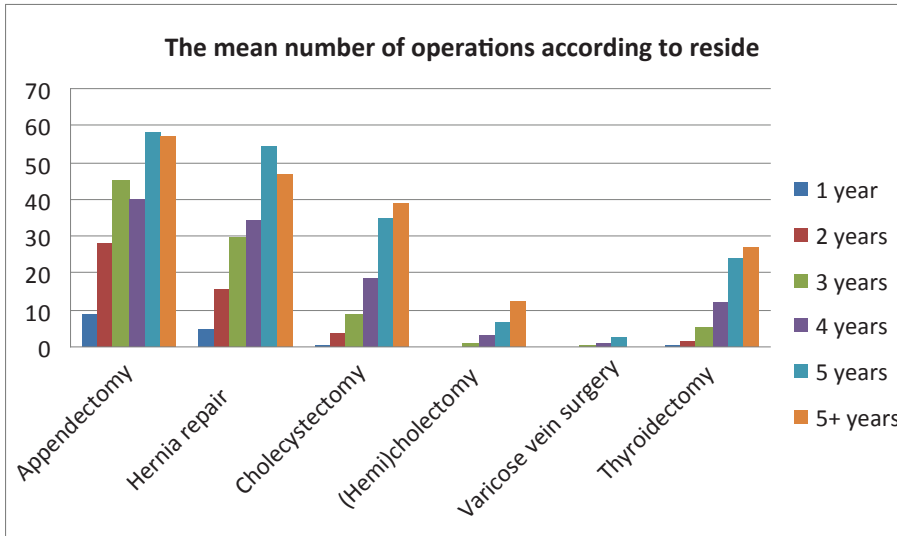
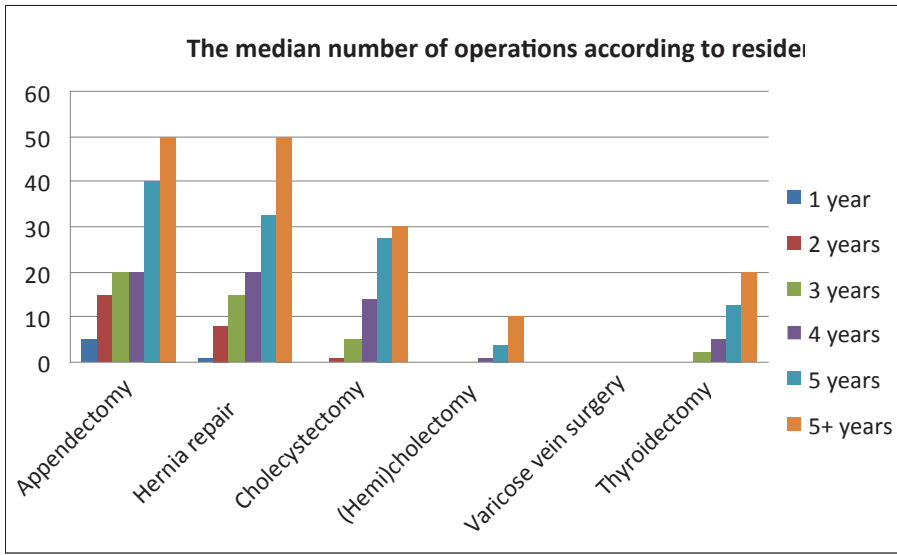
The median number of operations performed in a week by a resident as primary surgeon is 2. This value, which is significantly higher than other training institutions, is 5 in MoHRTH ($p=0,001$).

The number of index operations

- How many of the following surgical procedures have been performed by yourself as a primary responsible surgeon (or had it done by you personally)?



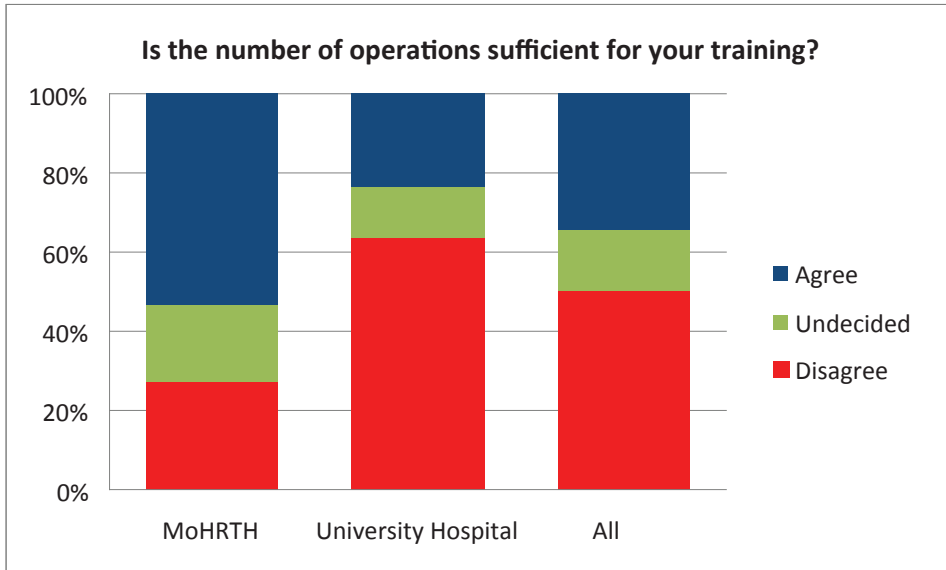
The median number of operations performed by residents were found to be 15 for appendectomy, 12 for hernia repair, 5 for cholecystectomy, 1 for thyroidectomy, and 0 for colectomy and varicose vein surgery. According to these results there is a risk that our country may not be able to follow the standards in terms of index operations including colectomy and varicose vein surgery.



Considering the index operations, appendectomy is performed beginning from the first year and the others from the second year. The rate of the residents that have never performed any thyroidectomy in the fourth and fifth education years is 23% and 11%, respectively. These rates were 33% and 21% in the fourth and fifth education year for colectomy.

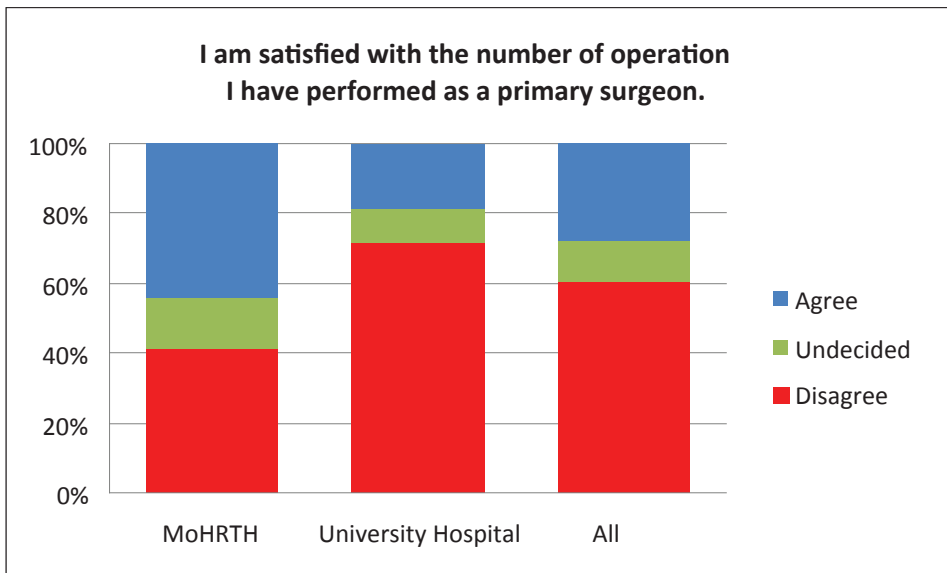
According to these results there is a risk that our country may not be able to follow the standards in terms of index operations including colectomy and varicose vein surgery. If varicose vein surgery is to be considered as an index operation (as in international programs) then the target has not been achieved in five years.

■ Do you believe that the number of operations you have reported in a previous question is sufficient for a general surgery resident in your level?



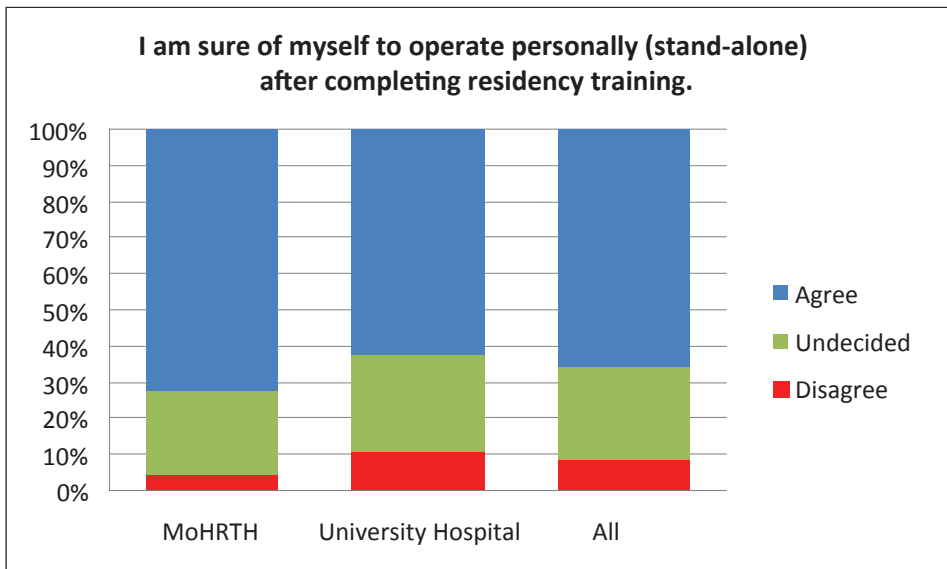
p=0,001

Surgery experience is perceived as being insufficient by the half of the residents. The residents working in MoHRTH would be more to believe that the number of operations is sufficient for their own residency level compared to the residents trained in university hospitals (53% vs 24%, p=0,001).



$p=0,001$

In general 61% of the residents stated that they were not satisfied with the number of operation they performed as a primary surgeon. The residents trained in MoHRTH were found to be more satisfied with the number of operation that they had opportunity to perform as a primary surgeon compared to the ones trained in university hospitals. (35% vs 19%, $p=0,001$).

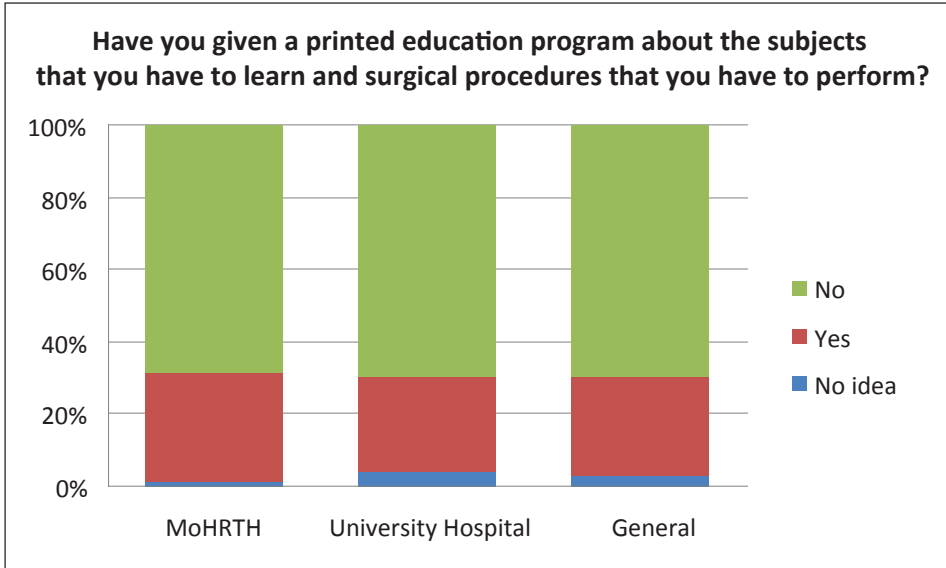


$p=0,008$

Only 8% of the residents claimed that they are not confident enough to perform procedures by themselves after completing residency training.

3. Educational program and assessment

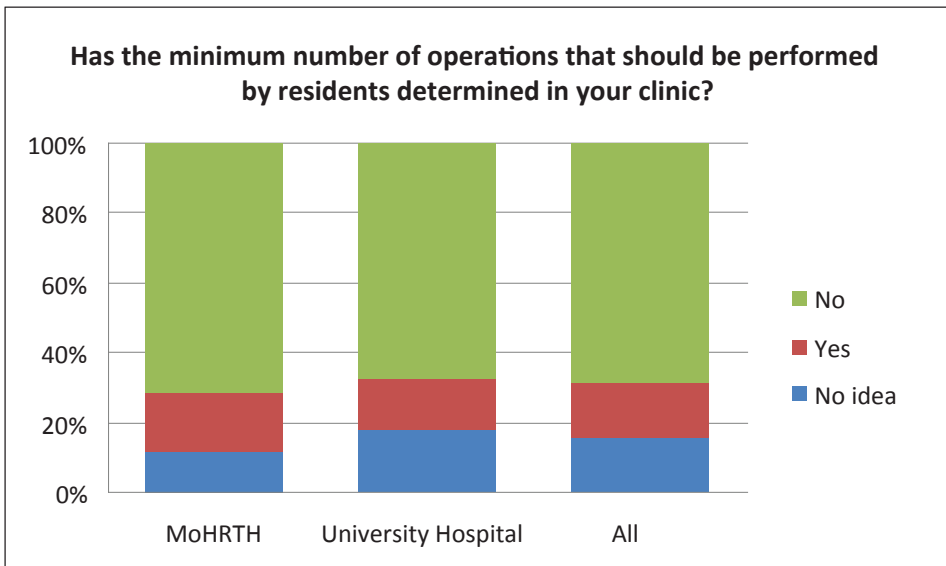
Educational program



p=0,312

Nearly 66% of residents didn't have a mentor and 76% of them did not have regular meetings with their mentors. Seventy percent of residents have not been given printed educational curriculum and 69% of them were not aware of the minimum number of operations that they should perform during training period. Only 56% of the residents stated that the log book system has been in actual their clinics. Seventy two percent of residents who had a log book indicated that the log book had not been used effectively.

The rates of residents unaware of TSA Core Training Program and TSA log book were 59% and 66%, respectively.



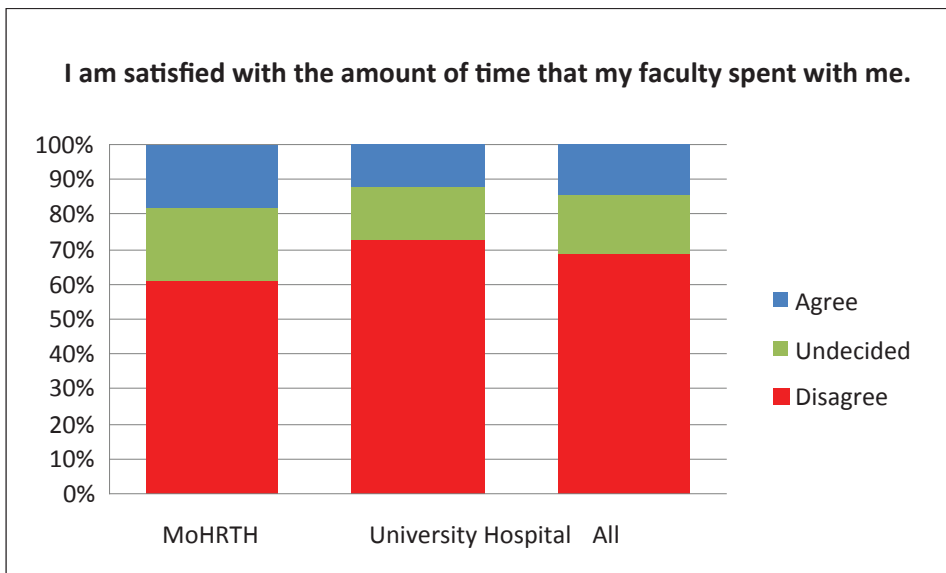
p=0,24

Sixty nine percent of the residents have reported that the minimum number of operations that they should perform during their training period has not been determined. This statement does not vary among institutions.

Fifty two percent of the residents expressed that the formal rotations and the duration of these rotations were not complied with the regulatory rules. Moreover, 63% of the residents suggested that they could not find the opportunity to work actively in clinics where they undertook rotation.

Assessment

Forty seven percent of residents stated that they didn't get feedback from faculty about their performance in surgery.



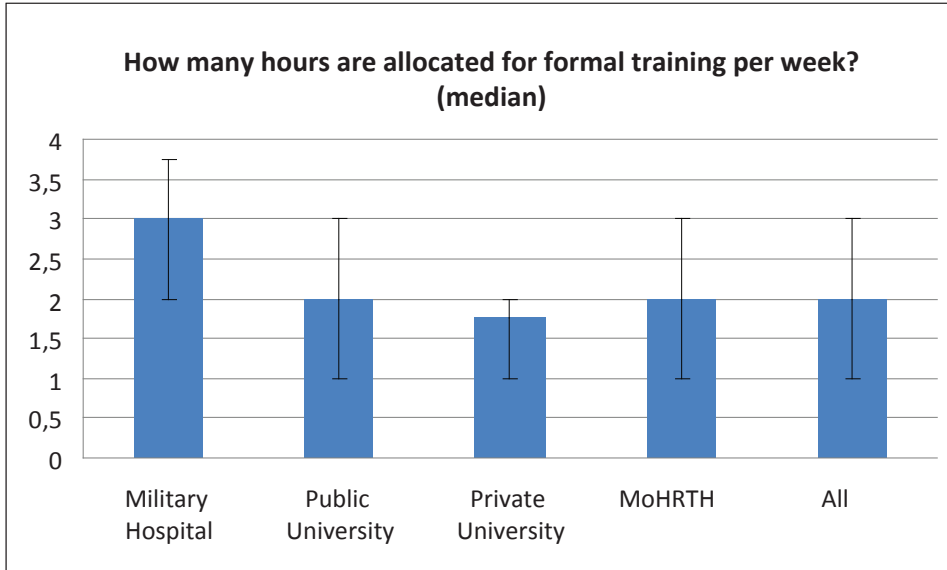
p=0,174

Only 14% of the residents expressed their satisfaction with the amount of time that faculty spent with them. While 62% of the residents working in MoHRTTH stated that performance-based pricing adversely affects their education, 50% of the residents working in university hospitals suggested that the revenue system implemented with faculty as a private patient (who pays some additional money to the faculty in order to have their service) adversely affect their education.

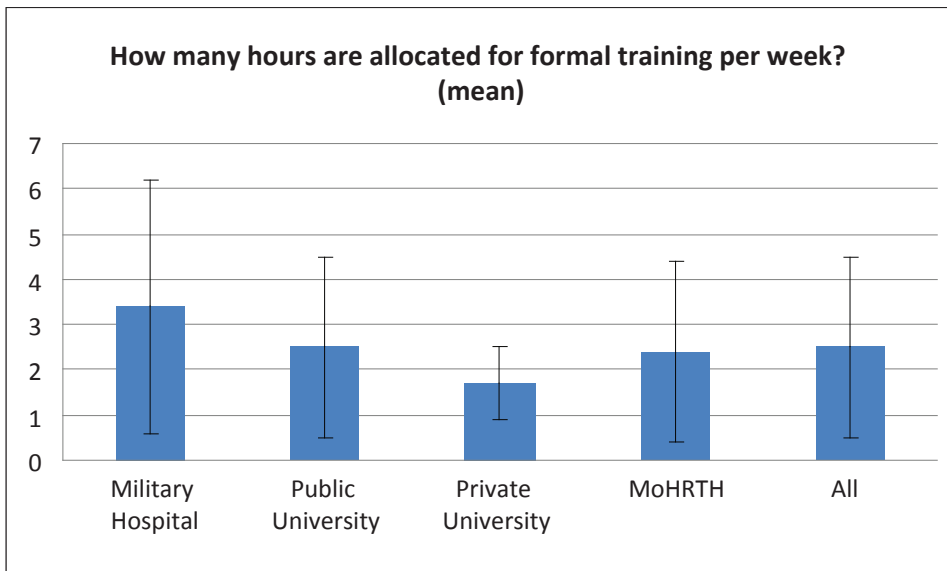
Only 26% of the residents might have received advice about career planning and only 22% of them have been adequately informed about the characteristics of education and how this education will lead them in the future.

4. The process of training and infrastructure facilities, midterm examinations and assessment of institutions

- Approximately how many hours per week have been devoted for formal education in your clinic (lectures, seminars, conferences, journal club, and mortality-morbidity meetings etc.)?



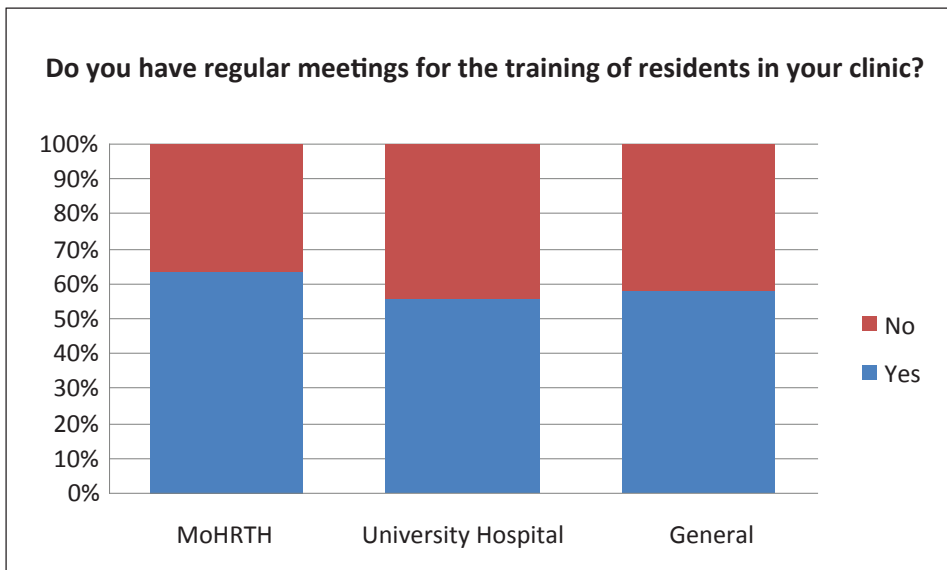
p=0,082



The median time allocated for formal/didactic training (lectures, seminars, conferences, journal club, and mortality-morbidity meetings etc.) in the clinics is two hours per week. This time do not vary between institutions.

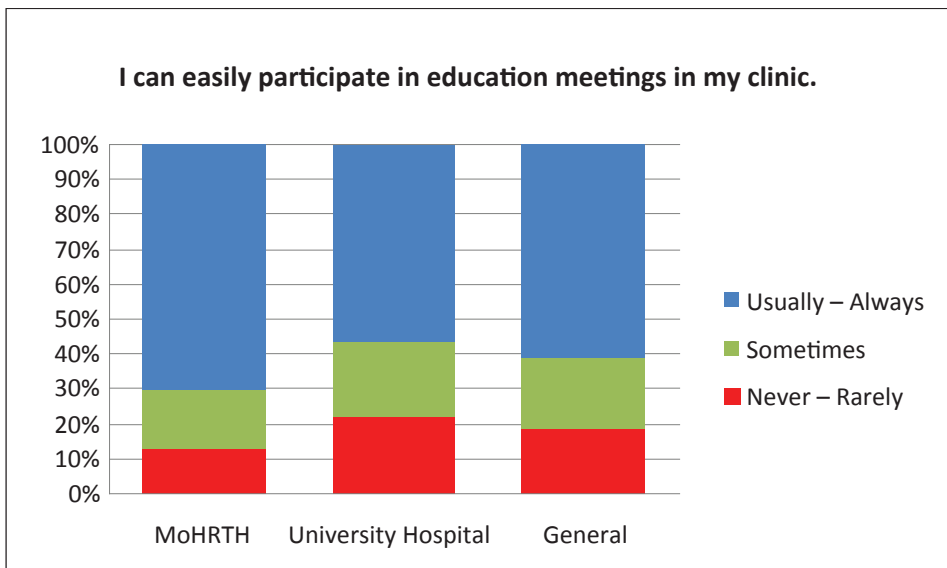
While 57% of the residents working in MoHRTH have found the time allocated for training sessions insufficient, this proportion was 71% in university hospitals.

■ Have didactic/formal training sessions been held on a regular basis in your clinic?



p=0,128

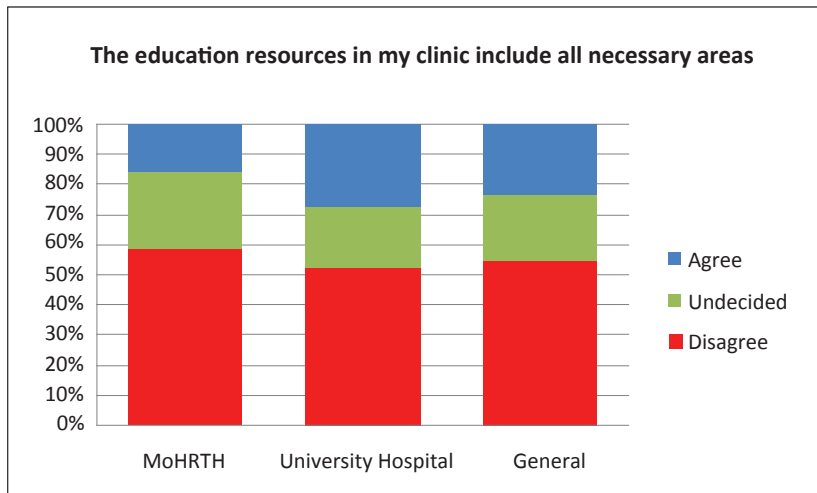
Nearly half of residents stated that didactic/formal meetings for residency training have not been performed. In the clinics where meetings have been performed the time allocated for this training was very low (2 hrs / week) and found to be insufficient. While 61% of the residents have stated that they could have easily participated in training sessions, 19% of them stated that they couldn't have participated. This finding is disadvantageous to university hospitals and statistically significant (70% vs. 56%, p=0,008).



p=0,008

Only 19% of residents have reported that they had opportunities to access laparoscopic simulation training, 16% skills laboratory training, 5% cadaver dissection, 22% e-learning and 58% online library.

■ Do you agree with the statement “The existing educational resources in my clinic cover a great diversity of areas that I need to perform my curriculum.”?



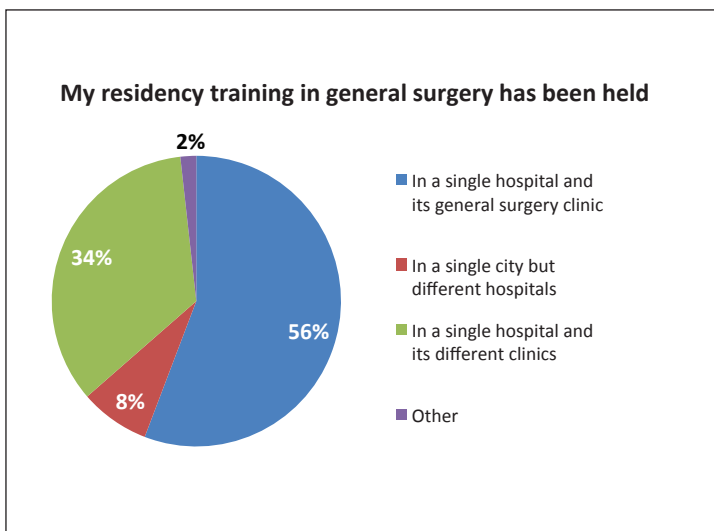
p=0,055

Only 23% of the residents have been agreed with the statement that the available resources include all areas necessary in order to perform the curriculum.

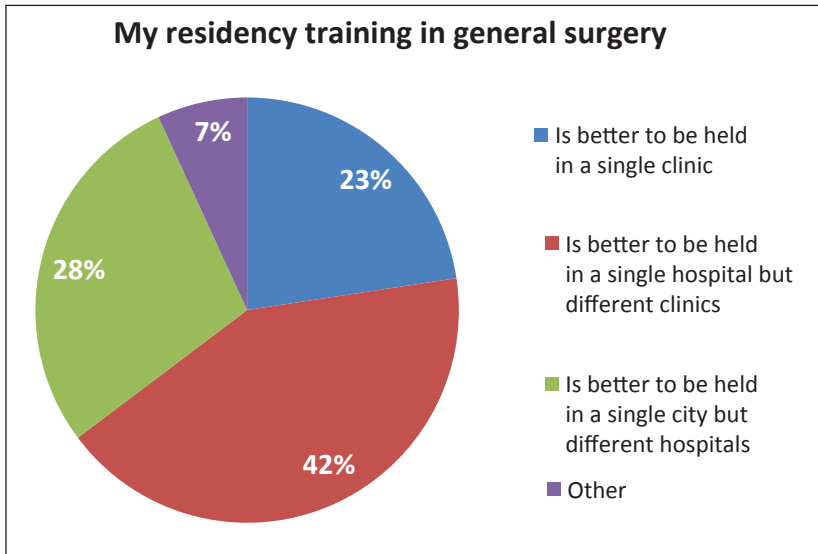
Sixty three percent of the residents reported that exams were conducted in a certain period to evaluate the residents’ progress, but only 22% of them stated that these examinations were designed to measure both theoretical and clinical surgical skills. Whilst 73% of the residents have believed that residents training should be evaluated with midterm exams, 45% have defended national standard (central) exams.

Thesis subjects of 9% of the residents have been determined in the first year and 22% in the second year. Despite the rate of the residents indicating that the infrastructure of their institution was not sufficient to conduct the study was 32%, only 26% of them were directed to another institution for thesis study. Sixty one percent of the residents stated that they have of involved in the clinical researches.

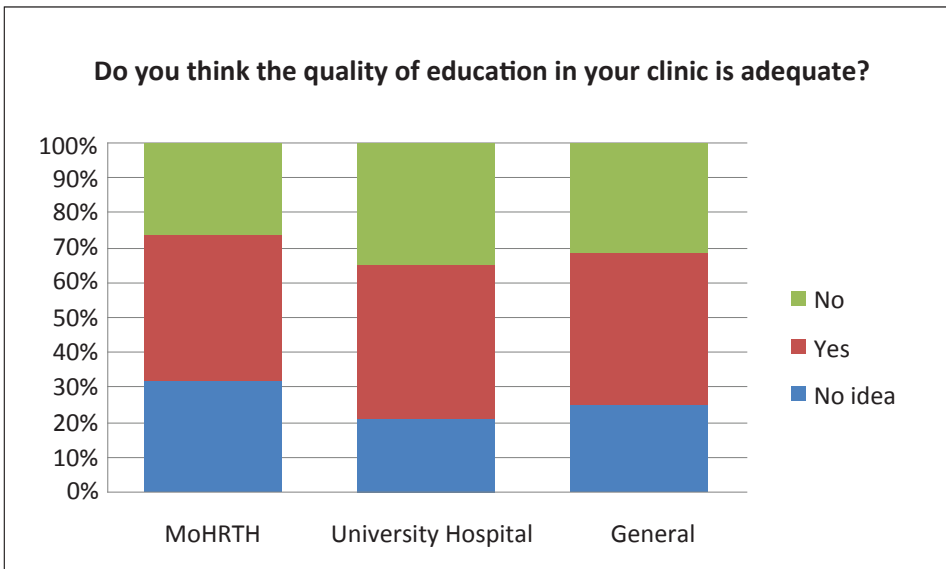
■ Where is the general surgery residency training being held?



■ Where do you prefer to take your general surgery training?



General surgery residency training has been held in a single hospital and its general surgery clinic in the rate of 51%, although 64% of the residents indicated that it would be useful to take their training in different general surgery clinics.



p=0,033

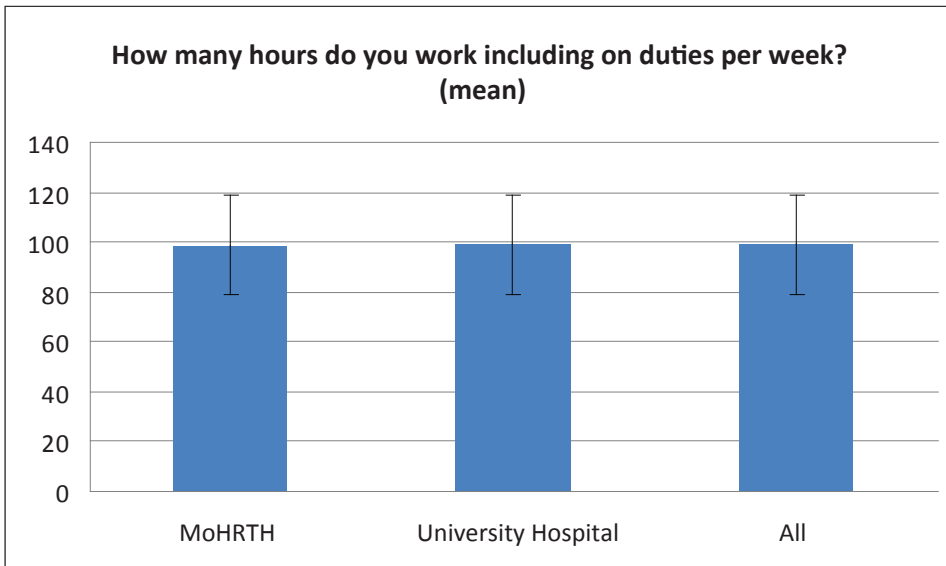
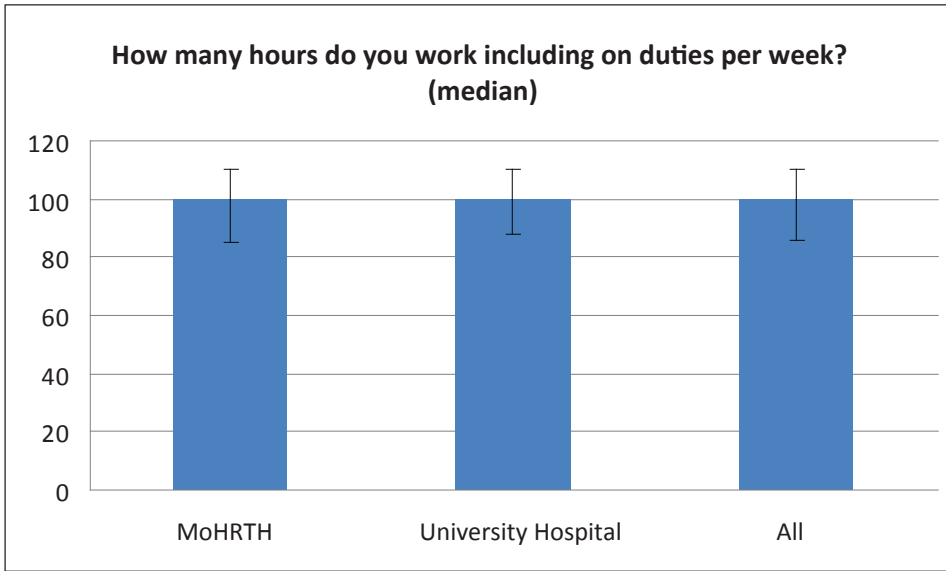
Thirty two percent of the residents have reported poor quality in residency training in their clinics. While 26% of residents in MoHRT described the quality of education as poor this proportion was 35% in university hospitals, and the difference was significant (p=0,033).

Eighty three percent of residents have stated that their clinics should be assessed regularly in terms of quality of education and 64% have approved this assessment to be carried out by TSA.

5. Working environment and duration, on duties/on calls

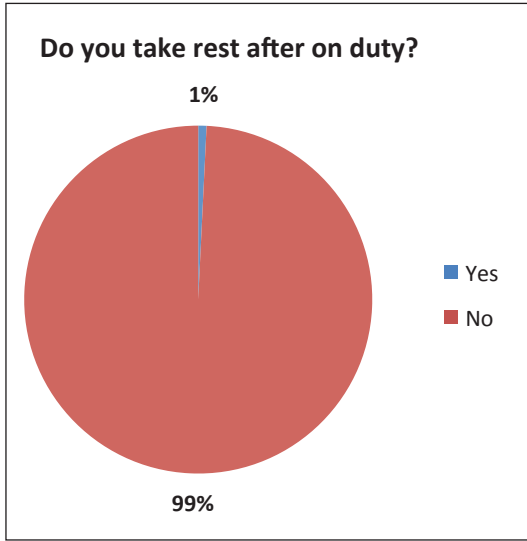
Thirty three percent of the residents stated that they had been unable to share any problem about work life with faculty or attending surgeons, and 34% noted that they had not or very rarely been motivated by the faculty.

Fifteen percent of all residents stated that they were not satisfied at all throughout the training.

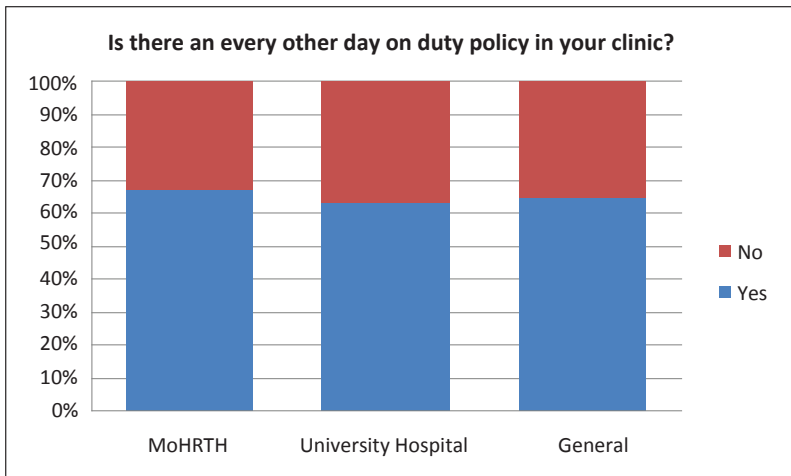


The median weekly work time of residents, including on duties, is 100 hours.

Eighty four percent of the residents do not know the legal working time of our country. The longest median duration of work without any break was 60 hours and the median work time of routine daily activities is reported as 12 hours.



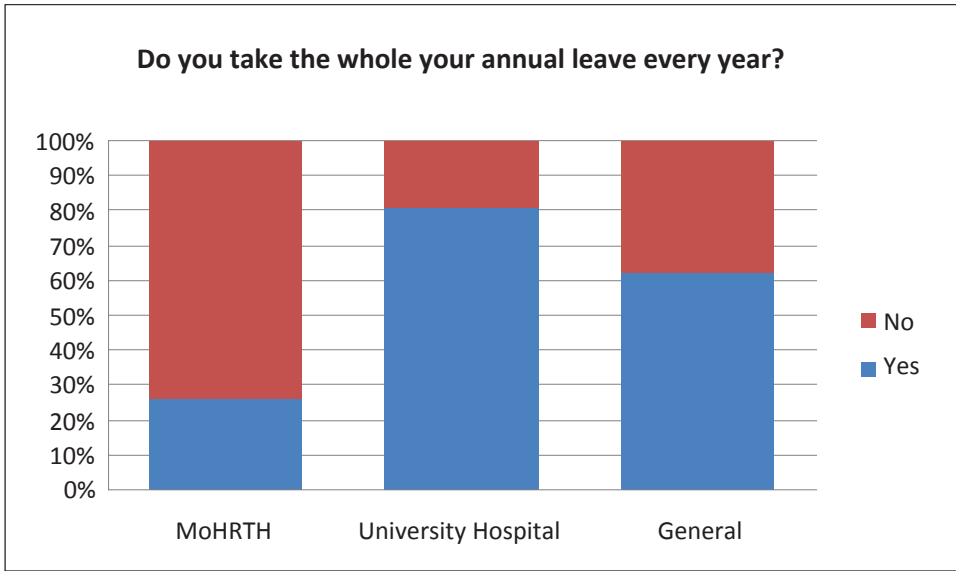
p=1.000



p=0,406

The median monthly number of on duties was 10, and the rate of every other day on duty was 65% (without any rest permission for following work day).

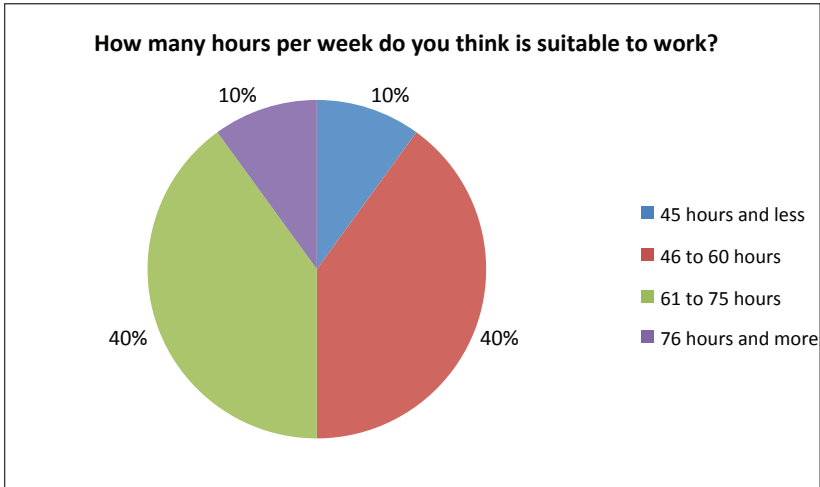
Forty eight percent of the residents have agreed with the statement “I think my workload is too heavy in terms of responsibility of patients as a surgical resident” and 34% of them were responsible for 20 to 30 patients within working hours.



p=0,001

The median duration of an annual leave was 20 days. The rate of residents that able to take the whole annual leave was 75% in university hospitals and 23% in MoHRTH (p=0,001).

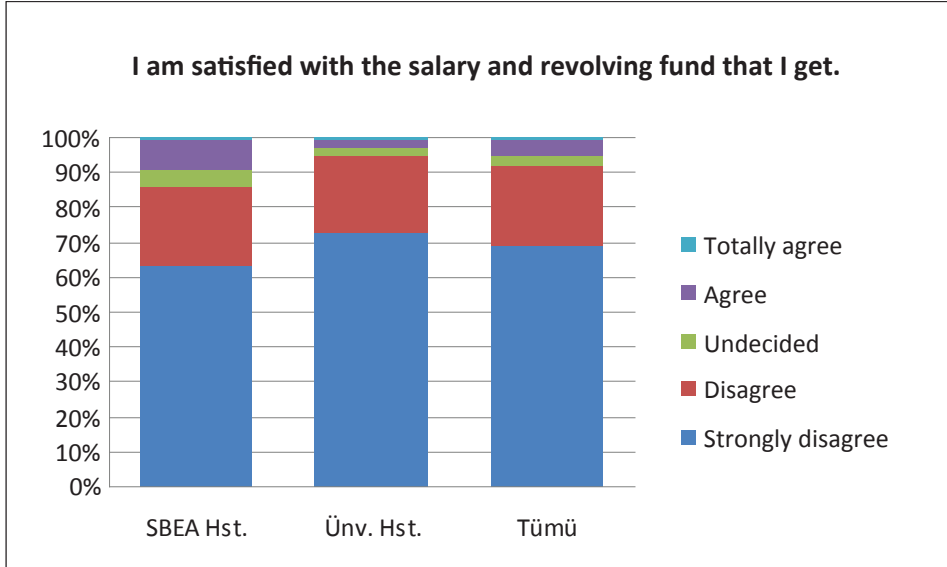
Eighty percent of the residents were not aware of the legislation in EU countries to restrict the working time, although 85% of them stated that such an arrangement was necessary for our country. The rate of the residents who believe that such an arrangement will not adversely affect the surgical training was 66%.



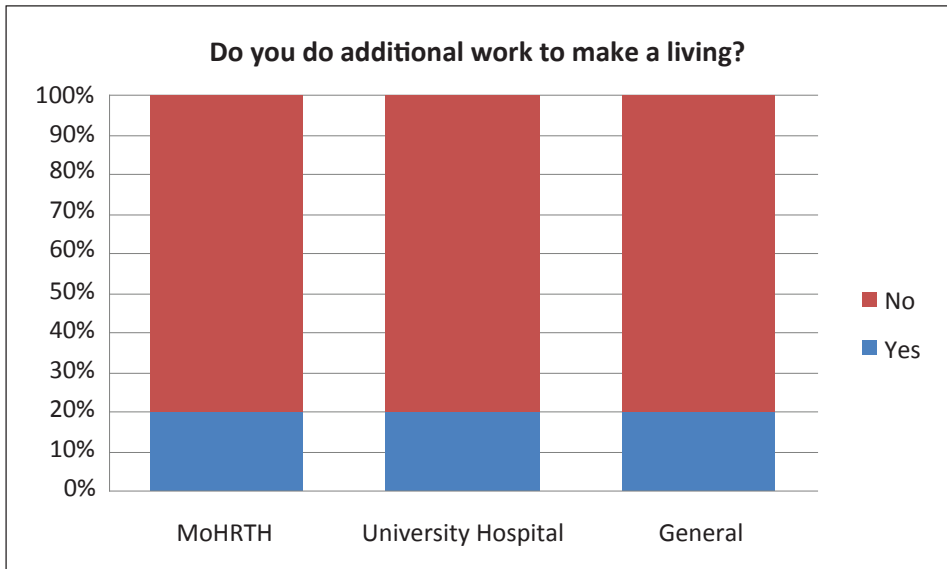
Ninety five percent of the residents approved to work 80 hours per week.

6. Quality of life and income

Working hours have a negative impact on social life of 84% of residents and on relationship with spouse/girl or boyfriend of 77% of them.



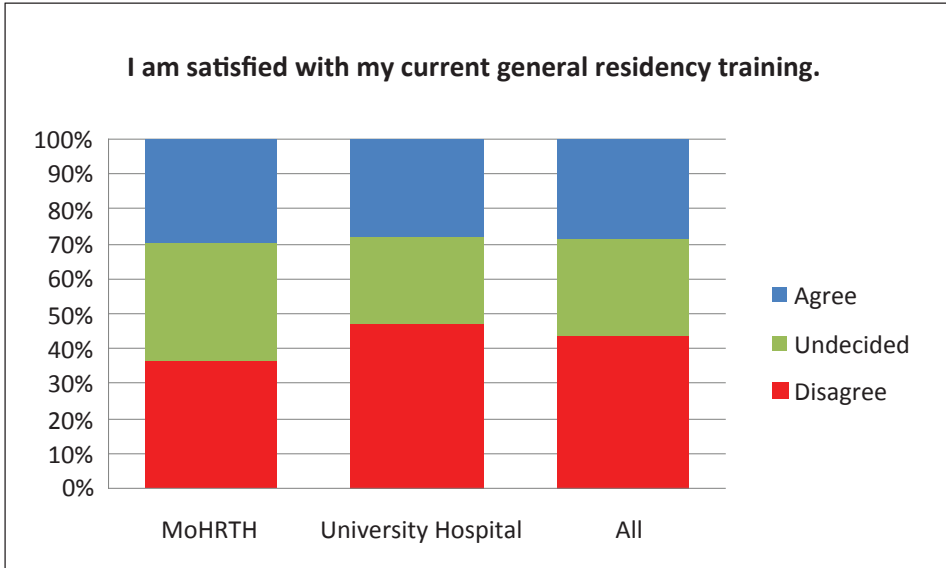
$p=0,024$



$p=0,958$

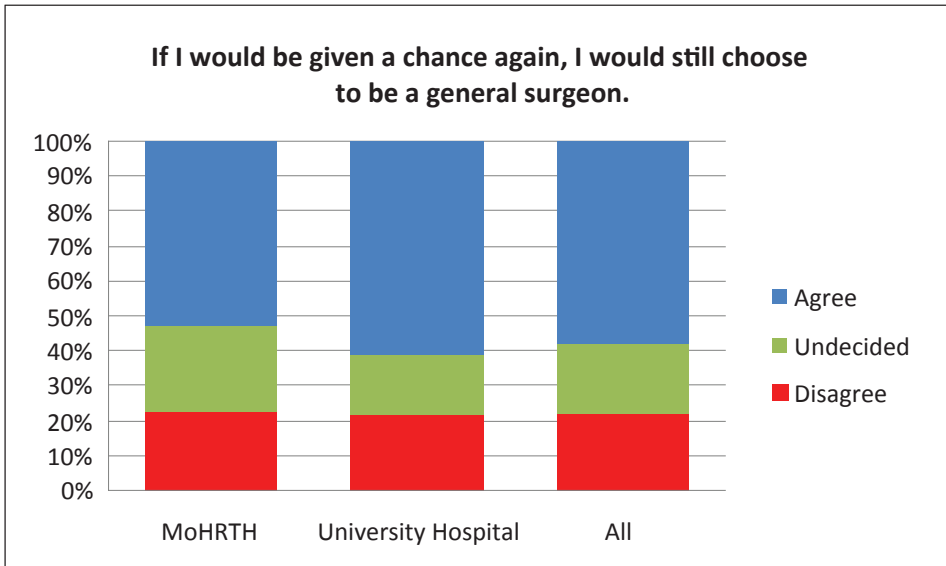
The rates of the residents who receive 1000 to 1499 TL per month as a salary and 500 to 599 TL as a revolving fund were 56% and 59%, respectively, and 92% of residents were not satisfied with this income. Twenty percent of the residents specified that they had to do additional work to earn more money to make both ends meet. In addition 84% of the residents explained that none of the expenditures related to their CME activities were met by their institutions.

7. Summary



$p=0,017$

Almost 43% of the residents were not satisfied with the training they have received. This negative impact is significantly higher in university hospitals ($p=0,017$).



$p=0,136$

Only 58% of the residents have agreed with the statement that “If I was given a chance to choose my career again, I would still choose to be a general surgeon”.

Determinations and recommendations

There is need for reform in general surgery residency training

When we consider how general surgery residency training is carried out in the world and evaluate the results of our residents survey, the primary finding of this study is an urgent need for a serious reform for the modernization of general surgery residency training in our country. This report revealed that the general surgery residency training has major shortcomings, lacks basic standards, and general surgery residents were not happy with the education they receive.

Recommendation: A comprehensive reform, meeting the current needs in general surgery residency training, in line with the opinions and suggestions of all parties, including MoH, the Council of Higher Education, Medical Faculties, Turkish Medical Association and TSA is required.

The following conclusions and recommendations were designed as a road map for the reform of the general surgery residency training.

Manpower status in general surgery should be considered

There is 3594 active general surgeon by December 2007 in Turkey. General surgeons accumulate in metropolitan cities. Although such accumulation is common in many countries, the magnitude of the situation is significant in Turkey: More than one-fifth of general surgeons in Turkey work in İstanbul. Forty percent of general surgeons in Turkey work in İstanbul, Ankara and İzmir. More than half of the surgeons in Turkey accumulate in 8 cities, i.e. İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya, Bursa, Konya, Kocaeli and Adana. 56% of surgeons work in 8 cities (44% of total population) and 44% work in other cities (56% of total population). Based on the standard of 1 general surgeon per 25.000 population: This value is 1.27 in Turkey, which is 27% higher than the standard in total. The ratio of general surgeons per 25.000 population in the public sector alone is 1.09. The number of general surgeons in the public sector is sufficient by the standard. The inequity of distribution has a huge impact on the population: The number of general surgeons per 25.000 population is sufficient for 15%, insufficient for 33% and excessive for 52% of the population.

As of 2009, 1005 physicians are taking specialty training in general surgery in our country. The number of general surgeons per 25.000 population in 2007 is even higher than the need in 2009. In 2009, 2.876 general surgeons are needed for the population of Turkey. 2007 data suggests that 3.594 general surgeons are active. In other words, the number of general surgeons in Turkey according to 2007 data is 700 more than needed. As mentioned earlier, the MoH has a dominant role in the employment of general surgeons. Therefore, it is necessary to look into the responsibility of MoH in this unbalanced distribution: in the 2003-2007 period, MoH has employed an average of 220 general surgeons in its institutions every year. A minimum of 3.400 general surgeons will be working in the public sector by 2020. This number is expected to reach at least 3.800 considering retirements and residents completing their training by the end of this period. It was estimated that the population of Turkey at 81 million by 2020. In this case, Turkey will need 3.200 general surgeons by that time according to the standard of 1 general surgeon per 25.000 population. In short, the number of general surgeons to be redundantly included in the health system by 2020 will be at least 250 by employment and 400 by the standard.

As one general surgeon serves an area population of about 25000 in any country, the number of active general surgeons by the year 2007 (3594) is even over the year 2009 requirements. In 2009, the population of Turkey should have 2876 general surgeons. If the abnormality in the distribution of general surgeon in Turkey is cor-

rected, it can be said that 700 surgeons are more than needed by the year 2020. There is not a lack of general surgeon, but a disorder in the distribution of the surgeons throughout the country and in health infrastructure in Turkey (12).

Recommendation: In Turkey, health workforce and workload studies are needed for use in planning at central level. These studies need to be taken into consideration by the national health authority. The basic problem is not the shortfall in the number of general surgeons but problems in their distribution around the country. The focus should be placed on correcting unbalanced distribution in order to improve health services in the field of general surgery.

The interest in general surgery changes

The interest in general surgery appears to be decreasing in many countries. Approximately 20% of medical students in the United States have abandoned general surgery residency to switch to any other surgical specialty or non-surgical specialty areas that offers a more predictable lifestyle. This attrition rate in the number of general surgery residents in the United States is expected to have a significant impact on future workforce needs. The staff of general surgery residency, declared by Student Selection and Placement Center of Turkey, is fully occupied. Since general surgery has been rated very low in the ranking of preferences, and the ceiling scores for general surgery were very low (in the order of 24 of the total 25 specialty areas) it is understood that the number of general surgery residency preferences has been decreasing. In our study, 29% of the residents have started general surgery residency even though they had not put it in their first six choices, and approximately one-third of the residents has started the residency although not really preferred, as a result of low Medical Specialization Examination score and center placement.

Recommendation: Some additional efforts should be taken to render general surgery attractive again in our country. The mission falls mostly to TSA, medical schools and MoH. Further improvements should be achieved in working conditions and employee personal rights of general surgeons by taking into account the weight and complexity of workload. General surgery field should be introduced and endeared to undergraduate medical students with the establishment of early and guiding relationships.

The number of female surgeons is increasing

In parallel to the current trends in the world, a significant proportion of female doctors (12%) have chosen general surgery in our country. Female residents are more interested in working in breast and endocrine surgery in the future. However some fields such as transplant surgery, and trauma and emergency surgery are not preferred by female residents. Gender, quality of life, and academic expectations are well known factors that have impact on the selection of subspecialty (34). Female residents in our country also plan more controlled work life.

Recommendation: As the number of women entering medical profession and general surgery has continued to increase, studies should be conducted to understand whether the educational needs and expectations of female residents differ from male residents. Projects should be developed to encourage women to enter general surgery and to support them during residency training. Rearrangement efforts should be performed for working environment by taking into consideration the special position of women in family and community life (nursing leave, parental leave for free, etc.). The tendency of female surgeons to work in different areas should be taken into consideration in planning the country's manpower and workload.

There is a tendency of subspecialization in general surgery

In our study, more than half of residents (58%) were planning to enter subspecialization exam. As it is put forward with other questions the rate of the residents who want to work in a limited area in general surgery is approximately 50%. The trend toward subspecialization is not unique to us but common in all over the world. Several studies in the literature show that the surgeons working in specific areas get more income, are able to live more controlled life, and are employed in developed provinces. In 2009 US National Survey of General Surgery Residents, 64% of general surgery residents have indicated that they have planned to take subspecialization training to compete in the market in the future (35). According to the US data, 70% of general surgeons plan to subspecialize, and this lead to a deficiency of general surgeons in the US (36). In our country subspecialization after general surgery training is seen in very limited areas (gastroenterological surgery) in small numbers. Therefore the need for and benefits of as well as the problems of subspecialization should be carefully evaluated by taking care the examples of other countries into account (37,38). When considering the accumulation of general surgeons in three major cities of our country, if necessary measures are not taken the imbalance in the distribution of surgeons throughout country despite of compulsory service will continue with similar trends of surgeons. Subspecialization offers many possibilities including an increase in scientific quality, following the world standards, creating an open system to progress, and improvement in the quality of surgical services offered to the community. However, uncontrolled subspecialization may cause to a deficiency of general surgeons, and failure in surgical health services provided to community in our country.

Recommendation: Encouraging preventive measures must be taken immediately to keep general surgery as a main specialization. First of all standardization and improvement efforts toward the available general surgery training throughout the country should be accelerated. TSA and TSA Board Committee (Board of Surgery-TBoS) should be seen as important opportunities for these efforts. Preventing excessive subspecialization and providing certification methods to allow surgeons to focus on specific areas should be considered as a new option. Certification programs for advanced specialty training will be developed in the needed areas and appropriate surgical clinics. In this context, a subspecialization certificate and a certification document which can be defined as 'Advanced Specialty Training' in certain areas must be described separately.

General surgery clinics are not focused on postgraduate training

Traditionally, priorities and expectations of general surgery clinics of MoHRTTH are focused on patient care, while those of general surgery clinics of university hospitals are directed to the patient care and research. The daily activities of clinics were held completely in line with these priorities. Postgraduate training is carried out in an unplanned and uncontrolled way in the shadow of health services offered to patients.

Recommendation: Postgraduate training responsibilities of general surgery clinics should be renewed both in MoHRTTH and university hospitals: The clinics should make the same organization for postgraduate training as they do for health service delivery. All faculty, including clinic chiefs and head of departments should be taken to 'training of trainers' programs oriented to postgraduate training. The faculty of medical education departments of medical faculties may contribute in this issue.

The clinical work load of faculty disrupt their training responsibilities

The residents participated to our study have stated that private patient system, which is implemented in university hospitals for a long time, and *performance-based pricing system*, used in recent years in MoHRTTH, adversely affect their training.

A successful training program always needs high quality and dedicated faculty. University hospitals and MoH hospitals of our country, both acting as public hospitals, are transformed into “health enterprises” especially in recent years with the transformation program of health. In this case, the faculty are increasingly becoming less accessible and residents’ training is seriously neglected due to daily practice. Today a few of faculty are available as trainers and mentors. The performance-based additional payment system, which has been being implemented in MoH hospitals since 2004, and also planned to be implemented in university hospitals starting from 2011, has a negative impact on surgical training (39).

Recommendation: Private patient system and performance-based pricing system should be terminated in training hospitals. Instead, training and research duties should be remunerated. Additional financial support mechanisms must be developed to compensate the faculty’s additional work and stress in order to provide high quality surgical healthcare services and to maintain the quality of surgical training. Such a strategy is required to employ the high quality faculty in hospital. Additional charging mechanisms, which are provided for some administrative positions, should be developed for faculty’s educational activities.

Postgraduate training is performed without a curriculum

According to our survey, many residency training in surgery clinics are conducted without a curriculum. Many of the faculty do not take the curriculum seriously enough. Although four years have passed of proposal there are still problems related to information and application of the curriculum of TSA. Some of the residents were not aware of the curriculum of TSA. In some clinics it has not been taken into account at all. Determination of theoretical knowledge goals of general surgery training is as important as determination of surgical skill targets. In the US a total of 750 operations in 15 different categories must be performed over five years as a national standard in order to take general surgery specialty exam. The residents are not obliged to perform a minimum number of operations in each category; a total number of 750 operations is a sufficient condition (40). In our country, TSA expects from residents who completed the postgraduate training to have performed 350 operations, of which 150 are major operations, in order to take the qualifying exam. Some procedures have been identified as major operations (41). However, our study suggests that there are still problems related to information and application of surgical experience offered by TSA. The number and type of operations performed by residents are not monitored in some clinics, and even if they are recorded, not used to cause any changes in some other clinics .

Recommendation: Undoubtedly a well-defined curriculum must take place on the basis of surgical training. The reform of postgraduate training in general surgery should focus on, a progressive training program including formal and informal elements together. In this context, an appropriate balance should be established between hospital services and training with minimizing non-educational hospital services (such as patient transport, secretarial work etc.), but trying to maximize educational opportunities. All surgery clinics providing education should develop a contemporary curriculum. This study should be based on the curriculum of TSA and Resident’s Log Book Operation List.

Residents' operation experiences are insufficient

Our study showed that residents had insufficient experience in some index operations of general surgery training. The rate of residents who has not performed thyroidectomy in the fourth or fifth year of education was 23% and 11%, respectively. Also the rate of the residents who has never performed colectomy in the fourth and fifth year was 33% and 21%, respectively. The residents working in MoHARTH were more fortunate in terms of surgical experience. Sufficient variety and number of operation is a key criterion for evaluating the performance of a general surgery training program. A lack of experience in surgery is an international problem, but also the dimension of the problem is important. When we compare 2009 US National Survey of General Surgery Residents with our study overall operative experience of surgical residents is clearly very low in our country. Especially the difference in the median number of colectomy (44 in the US, 4 in Turkey) is intimidating. In the US a total of 750 operations in 15 different categories must be performed over five years as a national standard in order to take general surgery specialty exam (40). In our country that surgical experience is not evaluated in this context to enter license examination is an important deficiency. In our study surgical experience has been perceived as being insufficient by the half of the residents. Twenty six percent of the residents were not sure about the adequacy of surgical experience. In 2009 US National Survey of General Surgery Residents, the rate of residents who found their surgical experience as insufficient was only 9%. Seventy six percent of the residents in the US felt that their operative experience was sufficient (35). Our country has a high proportion of residents who find their surgical experience insufficient compared to the US. In a study from the United Kingdom in particular the junior surgical residents have been shown to be very seriously disappointed for not being provided a structured surgical experience (42). Dissatisfaction with the surgical experience is a serious problem of junior residents as well as senior residents in our country. The residents working in MoHARTH would be more to believe that the number of operations is sufficient for their own level compared to the residents trained in university hospitals (53% vs. 24%). The number of operations performed by residents in university hospitals is small. On the other hand, there may be problems in terms of the spectrum of the surgical procedures in MoHARTH. For example, a resident, who begins to work in a clinic focused for breast and endocrine surgery, may spend five years at the same clinic. The knowledge, skills and experience in other surgical procedures are gained with emergency cases and in on duties. This makes it very difficult to accord curriculum with educational process. MoH has issued a notice about a rotation system between different surgical clinics in its affiliated hospitals to resolve this problem, but has not been implemented.

Recommendation: The surgical experience of residents should be monitored centrally as spectrum and number in all surgery clinics. Every training clinic should take precautions to meet national standards. The training programs that do not meet these standards should not be accredited and alternative programs should be developed for the residents trained in these clinics to overcome the deficiencies. The rotation of residents among surgical clinics should be considered as a new model. Each surgical clinic put the rotation model between clinics on the agenda to actualize core curriculum and minimum operation list. MoH should allow the necessary arrangements, ensure the relationships between institutions. One of the requirements to enter the qualifying (license) exam in our country should be to reach the predetermined minimum operating experience. For solving this problem the standard of TSA Board Committee, which is used before the board examination (provided that at least 350 operations, of which 150 are major surgeries, performed personally during residency education) can be adopted.

Formal training meetings are not held on a regular basis

Nearly half of residents stated that didactic / formal meetings for residency training have not been performed. In the clinics where meetings have been performed the time allocated for this training was very low (2 hrs /

week) and found to be insufficient. Also, some of the residents have stated that they couldn't find the opportunity to participate in these activities. All this data demonstrate that the process of specialty training in our country is disorganized, lack of standards, and open to arbitrary applications.

Recommendation: It should be audited whether didactic / formal education meetings are held in surgery clinics. The residents should not be assigned to work in clinical and administrative jobs which is not directly related to education, and their participation in well planned formal educational meetings must be ensured.

The residents are not sent to formal rotations

In our study, more than half of the residents stated that formal rotation fields and times have not been complied with. The weaknesses in the implementation of regulations regarding legally mandatory rotations in an another indicator that shows the general surgery residency training in our country is disorganized, carried out through clinical work load and manpower rather than residents' needs, doesn't have a standard, and open to arbitrary applications. Also the majority of the residents noted that they could not find a chance to work actively in the clinics where they were at rotation.

Recommendation: This situation is unacceptable. It should be audited whether all residents have performed the rotations established by postgraduate training regulations. This audit should go beyond the control of rotation documents. Curriculum and assessment system should be improved in the areas of rotation in order to ensure the residents to take proper education.

Midterm examinations are not available

The midterm examination held at various times during general surgery residency training is an effective evaluation method and is a useful guidance tool. According to our survey results midterm examinations are not available in some training programs. This is a serious defect in the assessment of training. It is also important how midterm exams are held and how the results are used.

Recommendation: The surgical clinics must be controlled regarding the exams for the evaluation of residents. These examinations should be configured not only to assess the theoretical knowledge of residents, but also their clinical and surgical skills, reasoning and problem solving skills, and attitudes.

The theses are not devoted the needed attention

Our study has shown that the determining of the subject of thesis has been delayed. This situation negatively affects the quality of the thesis. One third of residents stated that the infrastructure of their institutions were not enough for conducting thesis research.

Recommendation: The subject of a thesis should be identified preferably within one, at most within two years, and the later years should be dedicated to the development of clinical knowledge and skills. The national standards should be set to improve the quality of thesis.

Residents are unable to adequately participate in research

Only a part of the residents reported that they had participated research studies in their clinics. General surgery residents should fully understand the methods of basic scientific research. General surgery residency training should include knowledge and skills about how a research is conducted and how the findings are evaluated. As general surgery specialty training is based on a clinical education traditionally, requisite importance is not given to research education. However, each resident makes a research for thesis in our country. The prerequisite for upgrading the scientific qualities of these theses is having a research education during residency training. The improvement of quality of these researches is an opportunity for our country and medical science in general. Turkey, who has come to a good point in the total number of articles in the medical field (quantitative accumulation), should orient to the articles with high potency for publication in journals and to increase H-index, ie which may lead to obtain a patent (qualitative transformation), rather than the articles written for academic advancement (43). For such a qualitative leap in addition to research education, surgical research funding is also needed. Especially in MoHRTTH there isn't any special system of financial support for research. The qualitative transformation of theses can not occur if surgical researches are not funded enough. Project support applications of general surgery residents should meet the required scientific attention and originality in order to achieve the project supports of The Scientific and Technological Research Council of Turkey and The European Union.

Recommendation: All residents should be trained in basic research methods and biostatistics during their residency training. General surgery residents should have clinical research education and this education should be certificated. Standards, assessments and control mechanisms should be established for surgical research training. A special financial support system should be established for researches in MoHRTTH. The institutions should establish support units for surgery residents to reach the project support of The Scientific and Technological Research Council of Turkey and the European Union. Further studies are required to train surgeon-scientist targeting master's and / or PhD degree.

Surgical clinics are not supervised/audited in terms of postgraduate training

The statement of residents that the quality of education is inadequate indicates the importance of the audit of surgical clinics. The inspection of teaching programs is supported by residents and TSA seems to be the most preferred institution in this regard.

Recommendation: All the training surgical clinics should be required to demonstrate commitment to achieving high educational standards. Department heads and chiefs of clinics should be expected to have basic knowledge of education science. The standards should be established for qualifications and educations of department heads and clinical chiefs for both the education and the management. Department heads and clinical chiefs of general surgery should attend to training related to development and evaluation of program before taking responsibility for education programs. Training activities of trainers should be stepped and continuous. This should be conducted with cooperation with Turkish Medical Association. The accreditation of educational institutions, initiated by TSA Board Committee, should be considered as an important opportunity and should be supported by MoH. The visitation program, which is involved in the Regulation of Postgraduate Training published this year by MoH and tried to be established in Postgraduate Training Committee, must be associated with visitation program carried out by TSA Board Committee for a while. MoH can take a very important step to coordinate the

responsible institutions rather than increasing its own workload / doing the same thing again by adopting the visitation program of TSA Board Committee. All surgical clinics providing education must apply to the visiting program of TSA Board Committee as soon as possible and the first accreditation must be completed no later than two years.

There are major shortcomings in infrastructure and facilities in surgery clinics

Surgery clinics have major deficiencies in infrastructure and facility for specialty training. Less than a quarter of residents stated that the educational resources available in clinics were adequate to perform the postgraduate training curriculum.

Recommendation: Financial support is needed to strengthen and renew the infrastructure of education and biotechnology in clinics for patient care, education and scientific research. The governments should transfer more resources to increase the quality of general surgery training. MoH and medical faculties should create additional funding to overcome the shortcomings of infrastructure in postgraduate training, and to provide modern educational technologies and equipments. Skills training centers, supported by simulators, should be established in educational institutions. Virtual Academy of TSA should be seen as a great opportunity for e-learning and be supported.

Residents are not satisfied with their specialty training

In our country, the majority of residents are not satisfied with general surgery training. On the contrary the majority of residents, participated in 2009 US ational Survey of General Surgery, expressed a high level of satisfaction related to general surgery specialty training (n=3686, %85,2; CI:% 84,1–86,1) (35).

Recommendation: As we've found serious problems in almost every phase of the general surgery training this result was not surprising; but it emphasizes the importance of a very significant reform in order to modernize the postgraduate training in general surgery.

Residents have long working hours and insufficient rest periods

In our study the working hours of residents were found to be long, and the rest periods were inadequate in our country. This situation is not unique to us, some regulations were made for to improve in many countries in recent years. Pressures on the reduction of working hours of surgical residents in the world has emerged due to the concerns about patient safety and quality of life of surgical residents. Many government in European Union has confirmed that restrictions on working hours (44). Many studies have emphasized the negative effect of this significant decline in working hour on the current education system primarily in US as well as in Australia, New Zealand and the UK (24). Primary concerns consisted of such ideas as the working hours would extend training program, and cause a decrease in surgical experience. It is not easy to achieve the same educational objectives in less time in general surgery training. On the other hand, the studies conducted in these countries have shown that residents and the public have welcomed these restrictions upon working hours (24). European Union of Medical Specialists (UEMS) Section of Surgery recommends to increase of 45 hours weekly working time to 60 hours.

Recommendation: Legal regulations concerning standard working hours in accordance with national and international regulations is also a requirement for our country for the continuity of the patient care, educational and recreational needs of residents and patient safety risk. We think 80 hours working time per week will be appropriate for residents in our country as in the case in the US. The regulation as 80 hours / week will prevent the burnout in residents, will not risk the residents to take adequate training and will help patients to receive safe health care. Every other day and block on duty systems, which are still continued in some clinics, should be prohibited throughout the country. The procedures without any educational value (patient transport, secretarial work, etc.) should not be resident's task, and programs should be focused on patient care. Non-physician workforce should be employed by creating additional financial resources in educational institutions to maintain the services which are not related to education.

Residents' income is inadequate

One of the most important results of our study has demonstrated that low income is a reason for dissatisfaction of residents about general surgery training. Revolving fund revenue is higher in MoHRTH. It may be one of the reasons explaining the preference of residents in favor of these hospitals in recent years. More than half of Turkey's general surgery residents (52% married, 25% of children) have established a nuclear family. This should be taken into consideration in income and living conditions of residents. One of the most dramatic results of our study is that one for every 5 resident has an additional job to earn more money. It is not legal and has a very negative impact on residency training. In addition, participation of residents in CME activities is not supported by their institutions. This field is abandoned for the pharmaceutical industry support. Inappropriate relations between young surgeons and pharmaceutical industry set ground for conflicts of interest and ethical problems.

Recommendation: Every effort must be made to raise the resident salaries to support the adequate level of living standards.

Participation in CME activities is a right of resident, and a responsibility for continuous professional development. Institutional support in this field is a necessity in terms of both education and professional ethics. Each year one additional salary (13th salary) should be given to residents to participate in CME activities. The residents should submit Turkish Medical Association-CME Credit Score Certificate to show that they have actively participated in this event.

For the final word

Despite all odds, residents would like to be a general surgeon if they have a new chance!

Although the rate of dissatisfaction is seriously high among residents in our study, more than half of the residents stated that "once again given the chance I'd choose to be a general surgeon". This statement suggests that the residents enjoy surgery and want to be surgeon despite all the negativities.

In this case the leaders should do the necessary!

Many countries have carried out important reforms in the general surgery residency training recently. As our report clearly detected, specialty training that we have so far adopted is inadequate in many respects in our country.

Recommendation: A comprehensive reform in general surgery residency training that addresses and meets the requirements of today should take place as soon as possible in line with opinions and recommendations of all parties, including MoH, the Council of Higher Education, Medical Faculties, Turkish Medical Association, TSA and TSA Board Committee.

References

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. Available from: www.acgme.org/acWebsite/Resident_Survey/General.pdf. Accessed 03 June 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. Available from: <http://www.turkcer.org.tr/yeterlik/index.php>. Accessed 15 July 2010.
14. Türk Cerrahi Derneği Web Sayfası. Türk Cerrahi Yeterlik Kurulu Çekirdek Eğitim Programı. Available from: <http://www.turkcer.org.tr/files/file/yeterlik/CEP.pdf>. Accessed 15 July 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. Available from: <http://www.nrmp.org/matchoutcomes.pdf>. Accessed 15 July 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. Available from: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2008.pdf. Accessed 15 July 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. Available from: <http://www.turkcer.org.tr/arsiv.php>. Accessed 29 March 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). Available from: http://www.turkcer.org.tr/files/file/tutum_gorus/performans_sistemi_tcd_gorusu.pdf. Accessed 15 July 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. Available from: <http://www.turkcer.org.tr/files/file/yeterlik/Asistan%20karnesi-UC.pdf>. Accessed 15 July 2010.
42. Skipworth RJ, Terrace 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.

V. Bölüm

Ekler



EK: 1

TCD GENEL CERRAHİ ASİSTANLARI TUTUM ANKETİ 2009

1. BÖLÜM DEMOGRAFİ

- Cinsiyetiniz**
a-Kadın
b-Erkek
- Yaşınız:**
.....
- Medeni durumunuz**
a-Evli
b-Bekar
c-Dul
d-Eşinden ayrı
e-Açıklamak istemiyorum
- Çocuğum var**
a-Evet, adet
b-Hayır
- Mezun olduğunuz Tıp Fakültesinin adı, mezuniyet yılınız**
.....
- Kaçıncı yıl asistanısınız ?**
A)1 B)2 C)3 D)4 E)5 F)5+
- Genel cerrahi ihtisasını kazandığınız sınav, sizin kaçınıcı Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'nızdı ?**
A)1 B)2 C)3 D)4 E)5 F)5+
- Genel cerrahi ihtisasına isteyerek mi başladınız?**
a-Evet
b-Hayır
- Genel Cerrahi ihtisası TUS'da kaçınıcı tercihinizdi?**
A)1 B)2 C)3 D)4 E)5 F)5+
- Çalışmakta olduğunuz hastane aşağıdakilerden hangisine uyar?**
Kamu Üniversite Hastanesi
Özel Üniversite (Vakıf)Hastanesi
Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Asker Hastanesi

- 11. Genel Cerrahi eğitimin tamamlandığında çalışmayı amaçladığınız hastane:**
- Üniversite hastanesi
 - Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 - Devlet Hastanesi
 - Özel hastane
 - Asker Hastanesi
 - Diğer
 - Bilmiyorum
 - Fark etmez
- 12. Genel cerrahi ihtisasını yaptığınız kliniğin/servisnin üzerinde görece daha yoğun olarak çalıştığı ilgili ameliyat türlerinin yoğunlaştığı bir alan var mı?**
- Evet
 - Hayır
- 13. Yanıtınız EVET ise bu(nlar) ne(ler)dir ? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
- Sindirim Sistemi (üst gastrointestinal sistem ve/veya kolorektal) Cerrahisi
Hepatopankreatikobiliyer Cerrahi
Periferik Vasküler Cerrahi
Meme ve Endokrin Cerrahisi
Travma ve Acil Cerrahi
Transplantasyon cerrahisi
Onkolojik Cerrahi
- 14. Gelecekte genel cerrahi ihtisasınızla ilgili hangi alanda daha yoğun olarak çalışmayı düşünüyorsunuz?**
- Genel cerrahinin tüm alanları
Sindirim sistemi(üst gastrointestinal ve/veya kolorektal) Cerrahisi
Hepatopankreatikobiliyer cerrahi
Periferik Vasküler Cerrahi
Meme ve Endokrin cerrahisi
Travma ve Acil Cerrahi
Yanık Cerrahisi
Cerrahi Yoğun Bakım
Transplantasyon cerrahisi
Onkolojik Cerrahi
- 15. Yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?**
- Evet
 - Hayır
 - Henüz düşünmedim /karar vermedim
- Yanıtınız evet ise
- 16. Yan dal sınavında tercih etmeyi düşündüğünüz uzmanlık alanı**
- Gastroenteroloji Cerrahisi
 - Onkolojik Cerrahi
 - Cerrahi Yoğun Bakım
 - Periferik Vasküler Cerrahi
 - Harp Cerrahisi (Sadece GATA için)

2. BÖLÜM CERRAHİ GİRİŞİMLER

- 1. Bir haftada primer sorumlu cerrah olarak yaptığınız ameliyatların sayısı (yaklaşık ortalama):**
- 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10

- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 15+

2. Bir haftada birinci asistans (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyon) olarak bulunduğunuz ameliyat sayısı (yaklaşık ortalama):

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 15+

3. Bir haftada birinci asistans dışında (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyonun dışındaki bir pozisyonda, örn.;ekartörde) bulunduğunuz ameliyat sayısı (yaklaşık ortalama):

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 15+

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

Apendektomi:..... tane
Herni onarımı:..... tane
Kolesistektomi:..... tane
(Hemi)kolektomi:..... tane
Varis cerrahisi:..... tane
Tiroidektomi:..... tane

5. Bir önceki soruda bildirmiş olduğunuz cerrahi girişim sayılarının sizin kıdeminizde bir genel cerrahi asistanın eğitimi için yeterli olduğuna inanıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum

6. “Ameliyatlara katılabilmek için yeterince fırsat buluyorum” ifadesine katılıyor musunuz? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)
Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum
7. “Primer sorumlu cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayılarından memnunuz” ifadesine katılıyor musunuz? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)
Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum
8. “Genel Cerrahi İhtisas eğitimim tamamlandığında bağımsız olarak (tek başıma) ameliyat yapabileceğimden eminim” ifadesine katılıyor musunuz? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)
Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum

3. BÖLÜM YAPILANMA ve GERİBİLDİRİM

1. İhtisasa başladığınızda size resmi olarak eğitiminizden sorumlu bir supervizör/eğitim sorumlusu atandı mı ?
a-Evet b-Hayır c-Bilmiyorum
2. Eğitim sorumlunuzla düzenli olarak resmi toplantılarınız olur mu ?
a- Evet
b- Hayır
c- Bilmiyorum
3. Hastaneniz / eğitim aldığınız klinik size eğitiminiz boyunca öğrenmeniz gereken konular ve yapmanız gereken cerrahi girişimler ile ilgili bir basılı program verdi mi ?
a- Evet
b- Hayır
c- Bilmiyorum
4. Türk Cerrahi Derneği Çekirdek Eğitim Programı (TCD-ÇEP) hakkında bilginiz var mı?
A) Evet B) Hayır
5. Kliniğinizde Türk Cerrahi Derneği Çekirdek Eğitim Programı (TCD-ÇEP) uygulanıyor mu?
A) Evet B) Hayır C) Bilmiyorum
6. Kliniğinizde asistanların yapması gereken minimum ameliyat sayıları belirlenmiş midir?
A) Evet B) Hayır C) Bilmiyorum
7. Kliniğinizde Asistan Karnesi uygulanıyor mu?
A) Evet B) Hayır
8. “Kliniğinizde Asistan Karnesi etkin olarak uygulanıyor” ifadesine katılıyor musunuz ?
Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum

9. Türk Cerrahi Derneği'nin Asistan Karnesi hakkında bilginiz var mı?

- A) Evet B) Hayır

10. Kliniğinizde Türk Cerrahi Derneği'nin Asistan Karnesi uygulanıyor mu?

- A) Evet B) Hayır C) Bilmiyorum

11. Kliniğinizde resmi rotasyon alanlarına ve sürelerine uyuluyor mu?

- A) Evet B) Hayır

12. Kliniğinizde uygulanan resmi rotasyon alan ve süreleri yeterli mi?

- A) Evet
B) Hayır (Hangi alanlar ne kadar süre ile uygulanmalı.....)

13. Sizde resmi rotasyon alan ve süreleri eğitiminiz için uygun mu?

- A) Evet
B) Hayır (Hangi alanlar ne kadar süre ile uygulanmalı.....)

14. Sizde resmi rotasyon alan ve süreleri eğitiminiz için uygun mu?

- A) Evet
B) Hayır (Hangi alanlar ne kadar süre ile uygulanmalı.....)

15. "Ameliyatlardan sonra ameliyattaki performansıyla ilgili eğitici kişiden yeterli geri bildirim alırım" ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum

16. "Eğitim sorumlumun/sorumlularımın bana ayırdığı süreden çok memnunum" ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum

17. "Eğitiminin bir parçası olarak, gelecekteki kariyerim ile ilgili bana yeterince tavsiyelerde bulunuluyor/yol gösteriliyor" ifadesine katılıyor musunuz? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum

18. "Aldığım eğitimin yapısı (özellikleri) ve bu eğitimin ileride beni nasıl yönlendireceği konusunda yeterince bilgilendirildiğime inanıyorum" ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum

19. Türk Cerrahi Derneği Yeterlik ("board") Sınavı hakkında bilginiz var mı?

- A) Evet B) Hayır

20. Türk Cerrahi Derneği Yeterlik ("board") Sınavı'na girmeyi düşünüyor musunuz?

- a-Evet
b-Hayır (Yanıtınız hayır ise nedenini yazar mısınız.....)

4.BÖLÜM EĞİTİM ve KAYNAKLAR

- 1. Kliniğinizde asistan eğitimine yönelik düzenli olarak eğitim toplantıları yapılıyor mu?**
A) EVET B) HAYIR
- 2. Kliniğinizde formal eğitimler için (dersler, seminerler, makale, mortalite-morbidite toplantıları vb.gibi) HAFTADA yaklaşık olarak kaç saat ayrılmıştır?**
.....saat/hafta
- 3. “Kiniğinizdeki eğitim toplantılarına rahatlıkla katılabiliyorum” ifadesi sizin için gerçeği ifade eder mi ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)**
Asla
Ender olarak
Bazen
Genellikle
Daima
- 4. Eğitiminizin parçası olarak aşağıdakilere katılma olanağınız varmıdır? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
 - Laparoskopik simülasyon eğitimi: EVET/HAYIR
 - Temel beceriler eğitimi/laboratuvarı: EVET/HAYIR
 - Kadavra diseksiyonu: EVET/HAYIR
 - Online eğitim modülleri: EVET/HAYIR
 - Online kütüphane/dergi erişimi: EVET/HAYIR
 - Diğer (belirtiniz.....)
- 5. Sizce ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü aşağıdakilerden hangisidir ? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**
Simülasyon eğitimi
Dersler/Seminerler
Kadavra diseksiyonu
Temel beceri eğitimi/laboratuvarı
Kendi kendime çalışma
Diğer (belirtiniz.....)
- 6. “Düzenli eğitim toplantıları için ayrılan süreyi yeterli buluyorum” ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)**
Hiç katılmıyorum/ Katılmıyorum/ Kararsızım/ Katılıyorum/ Tamamen katılıyorum
- 7. “Kiniğinizde mevcut olan eğitim kaynakları, çeşitlilik bakımından benim uzmanlık eğitimi müfredatımı gerçekleştirebilmek için gerekli olan tüm alanları içermektedir.” ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)**
Hiç katılmıyorum/ Katılmıyorum/ Kararsızım/ Katılıyorum/ Tamamen katılıyorum
- 8. Kliniğinizde asistan eğitimi değerlendirmek üzere belli dönemlerde sınavlar yapılıyor mu?**
A) Evet B) Hayır
- 9. Yanıtınız evet ise yapılan sınavlar hem teorik hem de klinik/cerrahi becerisini ölçmeye yönelik mi?**
A) Evet B) Hayır
- 10. Sizce asistan eğitimi ara sınavlarla değerlendirilmeli mi?**
A) Evet B) Hayır
- 11. Sizce asistan eğitimi ara sınavları tüm genel cerrahi asistanların gireceği şekilde merkezi sınavlar şeklinde yapılmalı mı ?**
A) Evet B) Hayır
- 12. Tez konunuz belirlendi mi?**
A) Evet (asistanlığınızın kaçınıcı yılında belirlendi?.....)
B) Hayır
- 13. Kurumunuzun alt yapısı tez çalışmanızı yürütebilmeniz için yeterli mi?**
A) Evet B) Hayır

14. Bir üstteki soruya yanıtınız hayır ise başka bir eğitim kurumuna yönlendiriliyor musunuz?.....)
- A) Evet B) Hayır
15. Kliniğinizde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesi sizce yeterli midir?
- A) Evet B) Hayır C) Bilmiyorum
16. Sizce kliniğiniz verdiği asistanlık eğitiminin kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmeli mi?
- A) Evet B) Hayır C) Bilmiyorum
17. Sizce böyle bir denetlemeyi kim yapmalı?
- A) TC Sağlık Bakanlığı
B) YÖK ya da Tıp Fakülteleri
C) Türk Tabipleri Birliği
D) Türk Cerrahi Derneği
E) Bilmiyorum
F) Diğer (belirtiniz.....)
18. Üniversite hastanelerinde çalışan asistanlar için yürürlükte olan MESAI DIŞI ÖZEL HASTA uygulamasının, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma hastanelerinde çalışan asistanlar için ise yürürlükte olan PERFORMANS uygulamasının genel cerrahi ihtisas eğitimini ne yönde etkilediğini düşünüyorsunuz?
- A) Olumlu
B) Olumsuz
C) Özel Bir Etkisi Yok
D) Bilmiyorum
E) Diğer (lütfen açıklayınız):.....

5.BÖLÜM EĞİTİCİYE YÖNELİK

Dikkat: Bu bölümde size verilen tümceyi okuduktan sonra, bu tümcenin şıklarda verilen seçenekler arasındaki hangi tümce ile devam etmesinin kuru-
munuzdaki eğitim durumunu en uygun ifade ettiğine inanıyorsanız lütfen o seçenekteki tümceyi işaretleyiniz.

1. Primer cerrah olarak ben ameliyat yaparken; ameliyattan sorumlu uzman/eğitici :
- Ameliyat masasında benimle beraber sterilidir.
 - Ameliyat odasıdır fakat steril değildir.
 - Hastanededir fakat ameliyat odasında değildir.
 - Hastanede değildir fakat telefon /çağrı cihazı ile ulaşılabilir durumdur
 - Ulaşılabilir değildir
 - Diğer (lütfen açıklayınız):.....
2. Süpervizyon (ameliyattan sorumlu uzman/eğitici) ile ilgili olarak benim çoğunlukla benim tercih ettiğim durum:
- Süpervizör ameliyata benimle steril girmeli ve asiste etmelidir
 - Süpervizör ameliyat odasında olmalı ve sadece beni gözlemlemelidir
 - Süpervizör ameliyat odasında değilse de hastanede olmalıdır
 - İhtiyacım olduğunda telefonla irtibat kurabileceğim hastane dışında olabilir.
 - Diğer (lütfen açıklayınız):.....
3. Süpervizörünüz (ameliyattan sorumlu uzman/eğitici) olmadan bir ameliyatı ilk kez yaptığınız oldu mu?
- A) Evet B) Hayır

6. BÖLÜM İŞ YERİ

Dikkat: Bu bölümde size verilen tümceyi okuduktan sonra, bu tümcenin şıklarda verilen seçenekler arasındaki hangi tümce ile devam etmesinin durumu en uygun ifade ettiğine inanıyorsanız lütfen o seçeneğindeki tümceyi işaretleyiniz.

1. Genel cerrahi ihtisas eğitimin:

- a- Tamamen tek bir hastane ve onun genel cerrahi kliniğinde geçmektedir
- b- Tek bir hastanede ve onun farklı genel cerrahi kliniklerinde geçmektedir.
- c- Tek bir şehirde ve farklı hastanelerde geçmektedir
- d-Diğer (lütfen açıklayınız):.....

2. Genel cerrahi ihtisas eğitiminin,

- a-Hepsi tek bir genel cerrahi kliniğinde geçmesi daha iyi olur.
- b-Hepsi tek bir hastanede ama farklı genel cerrahi kliniklerinde geçmesi daha iyi olur.
- c-Tek bir şehirde ve farklı hastanelerde geçmesi daha iyi olur.
- d-Diğer (lütfen açıklayınız):.....

3. Kliniğinizde araştırma amaçlı çalışmalarda görev alıyor musunuz?

- A) Evet B)Hayır

4. “İşimde bir sorun yaşadığımda bunu hocalarım ya da uzmanlarım ile rahatlıkla paylaşabiliyorum” ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Tamamen katılıyorum

5. “Genel cerrahi eğitiminin şu ana kadarki bölümünde hocalarım, ve uzmanlarım, bana motive edici davranışlarda bulundular” ifadesine katılır mısınız ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Asla
- Ender olarak
- Bazen
- Genellikle
- Daima

6. İhtisasınızın kaçınıcı ayındasınız ?

- a-1 ay
- b-2 ay
- c-3 ay
- d-4ay
- e-5 ay
- f-6 ay
- g-7 ay
- h-8 ay
- ı-9ay
- i-10 ay
- j-1 yıl
- k-1.5 yıl
- l- 2 yıl
- m-2.5 yıl
- n-3 yıl
- o-4 yıl
- ö-4.5 yıl
- p-5 yıl
- r- Diğer (belirtiniz.....)

7. Şu ana kadar eğitimimde tatmin olmadan geçirdiğiniz süre:

- a-1 ay
- b-2 ay
- c-3 ay
- d-4ay
- e-5 ay
- f-6 ay
- g-7 ay
- h-8 ay
- i-9ay
- i-10 ay
- j-1 yıl
- k-1.5 yıl
- l- 2 yıl
- m-2.5 yıl
- n-3 yıl
- o-4 yıl
- ö-4.5 yıl
- p-5 yıl
- r- Diğer (belirtiniz.....)

8. Asistan olarak hiç ara vermeden(eve gitmeden nöbet sonrası devam edilen durumlar) çalıştığınız en uzun süre kaç saattir ?
.....saat

9. Hafta içi rutin bir gün çalıştığınız ortalama süre kaç saattir ?
.....saat

10. Normal mesai saatleri bitiminden sonra çalıştığınız süre, haftada ortalama olarak kaç saattir ?(normal mesai bitiminden daha geç saatlere kadar çalıştığınız süreler toplamı)
.....saat

11. Sızce ülkemizde asistanlar için yasal çalışma süresi haftada kaç saattir ?
a-.....saat
b- Bilmiyorum

12. Nöbetler dahil, haftada ortalama çalışma süreniz kaç saattir ?
a-.....saat
b- Bilmiyorum

13. sonrası izniniz var mı?
A) Evet B) Hayır

14. gūnaşırı nöbet uygulaması var mı?
A) Evet B) Hayır

15. Kliniğinizde iki gün ya da daha fazla üst üste tutulan blok nöbeti uygulaması var mı?
A) Evet B) Hayır

16. Kaç nöbet tutuyorsunuz?
..... adet/ay

17. Ayda tuttuğunuz nöbetlerden kaç ı hafta sonu nöbetine denk gelir?
..... hafta sonu nöbeti adet/ay

18. Nöbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir ?
a-<10
b-10-20
c-20-30
d-30-40
e- 50-60
f-60-70
g-70-100
h-100+

19. "Cerrahi asistanı olarak takibinden sorumlu olduğum hasta yükümün çok fazla olduğunu düşünüyorum" ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Tamamen katılıyorum

20- Yılda kaç gün izin kullanma hakkınız var ?

.....gün

21. izinlerinizi her yıl tam süresiyle kullanabiliyor musunuz?

- a-Evet
- b-Hayır
- c-Bilmiyorum

22. "Hakkım olan yıllık tatil /izin süresinden memnunum" ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Tamamen katılıyorum

23. Birliği'nde asistanların haftada en çok 48 saat çalışmaları için yasal düzenlemeye gidildiğini biliyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

24. Sizce böyle bir düzenleme ülkemiz için de gerekir mi?

- A) Evet
- B) Hayır

25. Birliği'nde asistanların haftada 48 saatten daha fazla çalışmamları için yasal düzenlemeye gidildikten sonra yapılan bazı çalışmalarda bu süre kısıtlamasının cerrahi eğitimini olumsuz etkileyeceği öne sürüldü. Bu çalışmalardan haberiniz var mı?

- A) Evet
- B) Hayır

26. Sizce böyle bir düzenleme cerrahi eğitiminizi olumsuz etkiler mi?

- A) Evet
- B) Hayır

27. Sizce haftada kaç saat çalışmanız uygundur?

..... saat/hafta

7. BÖLÜM YAŞAM KALİTESİ ve GELİR

1. "Çalışma saatlerim sosyal hayatımı olumsuz etkilemektedir" ifadesine katılıyor musunuz ?.(lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Tamamen katılıyorum

2. "Çalışma saatlerim eşimle/kız veya erkek arkadaşım ile ilişkimi olumsuz etkilemektedir." İfadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)

- Hiç katılmıyorum
- Katılmıyorum
- Kararsızım
- Katılıyorum
- Tamamen katılıyorum

3. Maaş olarak bir ayda elde ettiğiniz gelir (TL) aşağıdakilerden hangisidir ?

- a-0-999
- b-1000-1499
- c-1500-1999
- d-2000-2499
- e-Diğer.....

4. **Döner sermaye geliri olarak bir ayda elinize geçen gelir (TL) aşağıdakilerden hangisidir ?**
a-0-499
b-500-999
c-1000-1499
d-1500-1999
e-2000-2499
f-Diğer.....
5. **Eğitiminizle ilgili harcamalarınızın ne kadarını çalıştığınız kurum karşılamaktadır (kurslar, kongreler vb.)?**
a-Hiçbirini
b- %25
c- %25-50
d- %50-75
e- > %75
f- Hepsini
6. **“Cerrahi asistanı olarak aldığım maaş ve döner sermaye gelirinden memnunuz” ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)**
Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum
7. için ek iş yapıyor musunuz?
A) Evet B) Hayır

8. BÖLÜM ÖZET

1. **“Şu an almakta olduğum genel cerrahi eğitimimden memnunuz” ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)**
Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum
2. **“Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim” ifadesine katılıyor musunuz ? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)**
Hiç katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Tamamen katılıyorum

EK: 2

İSTATİSTİKSEL ANALİZE AİT EK TABLOLAR

1. Bölüm DEMOGRAFİ ve ÖZELLİKLER

Tablo 1. Cinsiyet

	N	Yüzde
Erkek	381	87,6
Kadın	54	12,4
Toplam	435	100,0

Tablo 2. Medeni durumunuz

	N	Yüzde
Bekar	201	46,2
Dul	2	,5
Eşinden ayrı	1	,2
Evli	227	52,2
Yanıt yok	4	,9
Toplam	435	100,0

Tablo 3. Cinsiyete göre çocuk

Cinsiyetiniz		N	Çocuğum		Toplam
			Yok	Var	
Cinsiyetiniz	Erkek	N	281	97	378
		%	74,3%	25,7%	100,0%
	Kadın	N	41	10	51
		%	80,4%	19,6%	100,0%
Toplam	N	322	107	429	
	%	75,1%	24,9%	100,0%	

p= 0,348

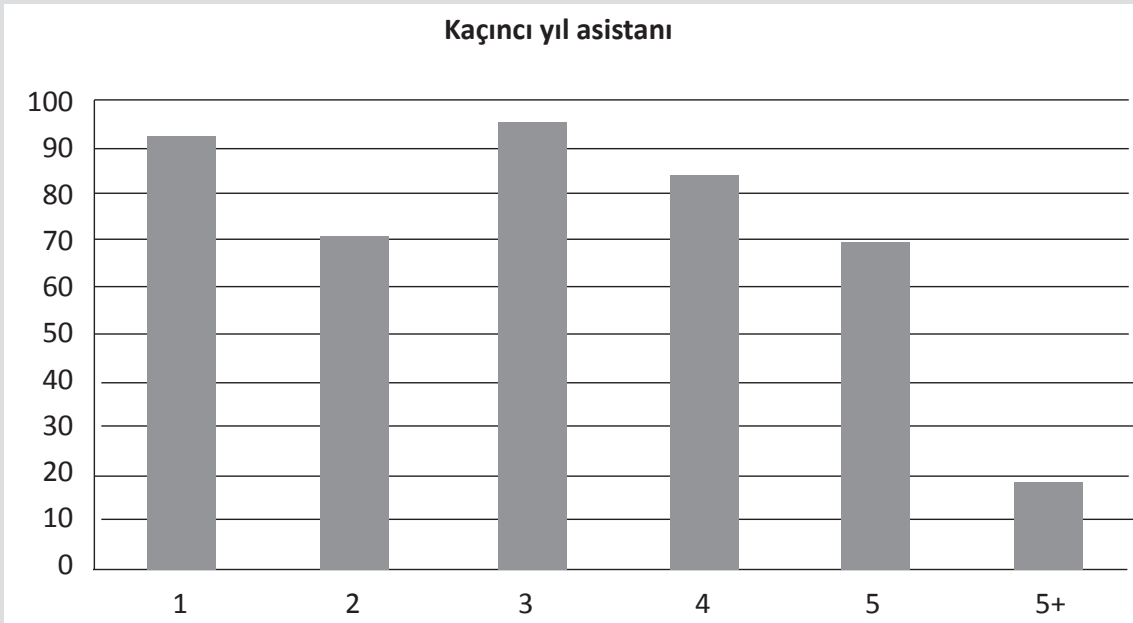
Tablo 4. Mezun olunan okul

Mezun olunan okul	N	Yüzde
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	,7
Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	8	1,8
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi	10	2,3
Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi	3	,7
Dokuz Eylül Üniversitesi Üniversitesi, Tıp Fakültesi	10	2,3
Ege Üniversitesi Üniversitesi, Tıp Fakültesi	34	7,8
Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi	23	5,3
Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi	8	1,8
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	20	4,6
Gülhane Askeri Tıp Akademisi	16	3,7
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	17	3,9
İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi	9	2,1
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	38	8,7
İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi	29	6,7
İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi	2	,5
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi	11	2,5
Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi	1	,2
Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi	10	2,3
Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	1	,2
Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi	19	4,4
Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi	3	,7
Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	,2
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi	7	1,6
Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi	19	4,4
Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi	16	3,7
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi	8	1,8
Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi	16	3,7
Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi	25	5,7
Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	4	,9
Diğer	53	12,2
Yanıt yok	10	2,3
Toplam	435	100,0

Tablo 5. Kaçınıcı yıl asistanı?

	N	Yüzde
1	93	21,4
2	71	16,3
3	95	21,8
4	84	19,3
5	70	16,1
5+	19	4,4
Yanıt yok	3	,7
Toplam	435	100,0

Tablo 6. Kaçınıcı yıl asistanı



Tablo 7. Genel cerrahi ihtisasını kazandığınız sınav, sizin kaçınıcı Tıpta Uzmanlık Sınavınızdı (TUS)?

	N	Yüzde
1	123	28,3
2	92	21,1
3	93	21,4
4	46	10,6
5	25	5,7
5+	52	12,0
Yanıt yok	4	,9
Toplam	435	100,0

Tablo 8. Genel cerrahi ihtisasına isteyerek mi başladınız?

	N	Yüzde
Evet	399	91,7
Hayır	33	7,6
Yanıt yok	3	,7
Toplam	435	100,0

Tablo 9. Genel Cerrahi ihtisası TUS'da kaçınıcı tercihinizdi?

	N	Yüzde
1	134	30,8
2	64	14,7
3	45	10,3
4	23	5,3
5	37	8,5
5+	128	29,4
Yanıt yok	4	,9
Toplam	435	100,0

Tablo 10. Çalışmakta olduğunuz hastane

	N	Yüzde
Asker Hastanesi	16	3,7
Kamu Üniversite Hastanesi	238	54,7
Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	19	4,4
SBEA Hst.	160	36,8
Yanıt yok	2	,5
Toplam	435	100,0

Tablo 11. Çalışmakta olduğunuz hastane (birleştirilmiş)

	N	Yüzde
ÜNV Hst. (Kamu Üniversite Hastanesi, Özel Üniversite–Vakıf– Hastanesi, Asker Hastanesi)	273	63,0
SBEA Hst.	160	37,0
Toplam	433	100,0

Tablo 12. Çalışmakta olduğunuz hastane (cinsiyete göre)

Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.		Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
		N	22	138	160
		%	13,8%	86,3%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	32	241	273
		%	11,7%	88,3%	100,0%
Toplam		N	54	379	433
		%	12,5%	87,5%	100,0%

Tablo 13. Genel Cerrahi eğitimim tamamlandığında çalışmayı amaçladığım hastane

	N	Yüzde
Asker Hastanesi	12	2,8
Bilmiyorum-yanıt yok	55	12,7
Devlet Hastanesi	82	18,9
Diğer	3	,7
Farketmez	25	5,7
Özel Hastane	51	11,7
SBEA Hst.	77	17,7
Üniversite Hastanesi	130	29,9
Toplam	435	100,0

Tablo 14. Genel Cerrahi eğitimim tamamlandığında çalışmayı amaçladığım hastane (cinsiyete göre)

		Cinsiyet			
		Kadın	Erkek	Toplam	
Genel Cerrahi eğitimim tamamlandığında çalışmayı amaçladığım hastane:	Asker Hastanesi	N	0	12	12
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Bilmiyorum-yanıt yok	N	9	46	55
		%	16,4%	83,6%	100,0%
	Devlet Hastanesi	N	9	73	82
		%	11,0%	89,0%	100,0%
	Diğer	N	2	1	3
		%	66,7%	33,3%	100,0%
	Farketmez	N	0	25	25
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Özel Hastane	N	9	42	51
		%	17,6%	82,4%	100,0%
	SBEA Hst.	N	8	69	77
		%	10,4%	89,6%	100,0%
	Üniversite Hastanesi	N	17	113	130
		%	13,1%	86,9%	100,0%
	Toplam	N	54	381	435
		%	12,4%	87,6%	100,0%

(Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz)

Tablo 15. Genel Cerrahi eğitimim tamamlandığında çalışmayı amaçladığım hastane (çalıştığı hastaneye göre)

			Çalışmakta olduğunuz hastane		
			SBEA Hst.	ÜNV Hst.	Toplam
Genel Cerrahi eğitimim tamamlandığında çalışmayı amaçladığım hastane:	Asker Hastanesi	N	0	12	12
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Bilmiyorum-yanıt yok	N	25	28	53
		%	47,2%	52,8%	100,0%
	Devlet Hastanesi	N	30	52	82
		%	36,6%	63,4%	100,0%
	Diğer	N	1	2	3
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Farketmez	N	9	16	25
		%	36,0%	64,0%	100,0%
	Özel Hastane	N	20	31	51
		%	39,2%	60,8%	100,0%
	SBEA Hst.	N	46	31	77
		%	59,7%	40,3%	100,0%
	Üniversite Hastanesi	N	29	101	130
		%	22,3%	77,7%	100,0%
	Toplam	N	160	273	433
		%	37,0%	63,0%	100,0%

p=0.001

Tablo 16. Genel cerrahi ihtisasını yaptığınız kliniğin/servisin üzerinde görece daha yoğun olarak çalıştığı ilgili ameliyat türlerinin yoğunlaştığı bir alan var mı?

	N	Yüzde
Evet	234	53,8
Hayır	198	45,5
Yanıt yok	3	,7
Toplam	435	100,0

Tablo 17. Klinikte kaç tür alan üzerine yoğunlaşmış?

	N	Yüzde
,00	198	45,5
1,00	62	14,3
2,00	39	9,0
3,00	34	7,8
4,00	37	8,5
5,00	21	4,8
6,00	24	5,5
7,00	20	4,6
Toplam	435	100,0

Tablo 18. Gelecekte genel cerrahi ihtisasınızla ilgili hangi alanda daha yoğun olarak çalışmayı düşünüyorsunuz?

	N	Yüzde
Cerrahi Yoğun Bakım	3	,7
Genel cerrahinin tüm alanları	74	17,0
Hepatopankreatikobiliyer cerrahi	37	8,5
Meme ve Endokrin cerrahisi	117	26,9
Onkolojik Cerrahi	43	9,9
Periferik Vasküler Cerrahi	5	1,1
Sindirim sistemi(üst gastrointestinal ve/veya kolorektal) Cerrahisi	122	28,0
Transplantasyon cerrahisi	20	4,6
Travma ve Acil Cerrahi	9	2,1
Yanık Cerrahisi	1	,2
Yanıt yok	4	,9
Toplam	435	100,0

Tablo 19. Çalışmakta olduğunuz hastaneye göre gelecekte yoğun çalışmayı düşündüğünüz alan

		Çalışmakta olduğunuz hastane			
		SBEA Hst.	ÜNV Hst.	Toplam	
Gelecekte genel cerrahi ihtisasınızla ilgili hangi alanda daha yoğun olarak çalışmayı düşünüyorsunuz?	Cerrahi Yoğun Bakım	N	2	1	3
		%	1,3%	,4%	,7%
Genel cerrahinin tüm alanları		N	28	46	74
		%	17,6%	16,9%	17,2%
Hepatopankreatikobiliyer cerrahi		N	17	20	37
		%	10,7%	7,4%	8,6%
Meme ve Endokrin cerrahisi		N	40	77	117
		%	25,2%	28,3%	27,1%
Onkolojik Cerrahi		N	19	24	43
		%	11,9%	8,8%	10,0%
Periferik Vasküler Cerrahi		N	1	4	5
		%	,6%	1,5%	1,2%
Sindirim sistemi(üst gastrointestinal ve/veya kolorektal) Cerrahisi		N	43	79	122
		%	27,0%	29,0%	28,3%
Transplantasyon cerrahisi		N	5	15	20
		%	3,1%	5,5%	4,6%
Travma ve Acil Cerrahi		N	4	5	9
		%	2,5%	1,8%	2,1%
Yanık Cerrahisi		N	0	1	1
		%	,0%	,4%	,2%
Toplam		N	159	272	431
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

Tablo 20. Yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?

	N	Yüzde
Evet	252	57,9
Hayır	57	13,1
Henüz düşünmedim /karar vermedim/yanıt yok	126	30,0
Toplam	435	100,0

Tablo 21. Yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünüyor musunuz? (cinsiyete göre)

			cinsiyet		
			Kadın	Erkek	Toplam
Yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?	Evet	N	28	224	252
		%	51,9%	58,8%	57,9%
	Hayır	N	11	46	57
		%	20,4%	12,1%	13,1%
	Henüz düşünmedim /karar vermedim	N	15	111	126
		%	27,8%	29,1%	29,0%
Toplam	N	54	381	435	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,234

Tablo 22. Yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünüyor musunuz? (çalıştığı hastaneye göre)

			Çalışmakta olduğunuz hastane		
			SBEA Hst.	ÜNV Hst.	Toplam
Yan dal uzmanlık sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?	Evet	N	99	153	252
		%	61,9%	56,0%	58,2%
	Hayır	N	17	40	57
		%	10,6%	14,7%	13,2%
	Henüz düşünmedim /karar vermedim	N	44	80	124
		%	27,5%	29,3%	28,6%
Toplam	N	160	273	433	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0,378

Tablo 23. Yanıtınız evet ise, Yan dal sınavında tercih etmeyi düşündüğünüz uzmanlık alanı

	N	Yüzde
Cerrahi Yoğun Bakım	6	1,4
Gastroenteroloji Cerrahisi	142	32,6
Onkolojik Cerrahi	105	24,1
Periferik Vasküler Cerrahi	9	2,1
Yanıt yok	173	39,8
Toplam	435	100,0

Tablo 24. Cinsiyete göre tercih etmeyi düşündüğü yan dal

		Cinsiyet			
		Kadın	Erkek	Toplam	
Yanıtınız evet ise, Yan dal sınavında tercih etmeyi düşündüğünüz uzmanlık alanı	Cerrahi Yoğun Bakım	N	1	5	6
		%	3,4%	2,1%	2,3%
	Gastroenteroloji Cerrahisi	N	14	128	142
		%	48,3%	54,9%	54,2%
	Onkolojik Cerrahi	N	13	92	105
		%	44,8%	39,5%	40,1%
	Periferik Vasküler Cerrahi	N	1	8	9
		%	3,4%	3,4%	3,4%
Toplam	N	29	233	262	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

Tablo 25. Çalışmakta olduğu hastaneye göre tercih etmeyi düşündüğü yan dal

		Çalışmakta olduğunuz hastane			
		SBEA Hst.	Ünv. Hst.	Toplam	
Yanıtınız evet ise, Yan dal sınavında tercih etmeyi düşündüğünüz uzmanlık alanı	Cerrahi Yoğun Bakım	N	3	3	6
		%	2,9%	1,9%	2,3%
	Gastroenteroloji Cerrahisi	N	55	87	142
		%	53,4%	54,7%	54,2%
	Onkolojik Cerrahi	N	43	62	105
		%	41,7%	39,0%	40,1%
	Periferik Vasküler Cerrahi	N	2	7	9
		%	1,9%	4,4%	3,4%
Toplam	N	103	159	262	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

2. Bölüm

AMELİYAT DENEYİMİ (CERRAHİ GİRİŞİMLER)

Tablo 26. Bir haftada bizzat primer cerrah olarak yaptığınız/yaptırılan ameliyatların sayısı

Hastane türü	n	Ortanca	25-75. persentil
Asker Hastanesi	16	2	2-2,75
Kamu Üniversitesi	234	2	1-4
Özel Üniversite	19	1	1-5
S.B.E.A. Hst.	154	5	2-7
Toplam	423	2	1-5

p=0,001

Tablo 27. Bir haftada birinci asistans (ameliyatı yapan kişinin karşısındaki yardımcı pozisyon) olarak bulunduğunuz ameliyat sayısı

Hastane türü	N	Ortanca	25-75. persentil
Asker Hastanesi	16	2	1,25-14,75
Kamu Üniversitesi	234	4	1-10
Özel Üniversite	18	4,5	0-8,5
S.B.E.A. Hst.	154	5	3-10
Toplam	422	4	2-10

p=0,095

Tablo 28. Primer sorumlu cerrah olarak apendektomi yaptı mı?

Kaçınıcı yıl asistanı?		Apendektomi			Toplam
		N	Yapmadı	Yaptı	
1	N	23	70	93	
	%	24,7%	75,3%	100,0%	
2	N	3	68	71	
	%	4,2%	95,8%	100,0%	
3	N	7	88	95	
	%	7,4%	92,6%	100,0%	
4	N	1	83	84	
	%	1,2%	98,8%	100,0%	
5	N	1	69	70	
	%	1,4%	98,6%	100,0%	
5+	N	0	19	19	
	%	,0%	100,0%	100,0%	
Toplam	N	35	397	432	
	%	8,1%	91,9%	100,0%	

Tablo 29. Primer sorumlu cerrah olarak herni onarımı yaptı mı?

		Herni onarımı			
		Yapmadı	Yaptı	Toplam	
Kaçınıcı yıl asistanı?	1	N	45	48	93
		%	48,4%	51,6%	100,0%
	2	N	5	66	71
		%	7,0%	93,0%	100,0%
	3	N	9	86	95
		%	9,5%	90,5%	100,0%
	4	N	6	78	84
		%	7,1%	92,9%	100,0%
	5	N	5	65	70
		%	7,1%	92,9%	100,0%
	5+	N	0	19	19
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Toplam	N	70	362	432
		%	16,2%	83,8%	100,0%

Tablo 30. Primer sorumlu cerrah olarak kolesistektomi yaptı mı?

		Kolesistektomi			
		Yapmadı	Yaptı	Toplam	
Kaçınıcı yıl asistanı?	1	N	79	14	93
		%	84,9%	15,1%	100,0%
	2	N	31	40	71
		%	43,7%	56,3%	100,0%
	3	N	17	78	95
		%	17,9%	82,1%	100,0%
	4	N	9	75	84
		%	10,7%	89,3%	100,0%
	5	N	4	66	70
		%	5,7%	94,3%	100,0%
	5+	N	0	19	19
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Toplam	N	140	292	432
		%	32,4%	67,6%	100,0%

Tablo 31. Primer sorumlu cerrah olarak (hemi)kolektomi yaptı mı?

		(Hemi)kolektomi				
			Yapmadı	Yaptı	Toplam	
Kaçınıcı yıl asistanı?	1	N	89	4	93	
		%	95,7%	4,3%	100,0%	
	2	N	60	11	71	
		%	84,5%	15,5%	100,0%	
	3	N	61	34	95	
		%	64,2%	35,8%	100,0%	
	4	N	28	56	84	
		%	33,3%	66,7%	100,0%	
	5	N	15	55	70	
		%	21,4%	78,6%	100,0%	
	5+	N	0	19	19	
		%	,0%	100,0%	100,0%	
	Toplam		N	253	179	432
			%	58,6%	41,4%	100,0%

Tablo 32. Primer sorumlu cerrah olarak varis cerrahisi yaptı mı?

		Varis cerrahisi				
			Yapmadı	Yaptı	Toplam	
Kaçınıcı yıl asistanı?	1	N	93	0	93	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	2	N	65	6	71	
		%	91,5%	8,5%	100,0%	
	3	N	76	19	95	
		%	80,0%	20,0%	100,0%	
	4	N	65	19	84	
		%	77,4%	22,6%	100,0%	
	5	N	46	24	70	
		%	65,7%	34,3%	100,0%	
	5+	N	18	1	19	
		%	94,7%	5,3%	100,0%	
	Toplam		N	363	69	432
			%	84,0%	16,0%	100,0%

Tablo 33. Primer sorumlu cerrah olarak tiroidektomi yaptı mı?

		Tiroidektomi			
			Yapmadı	Yaptı	Toplam
Kaçınıcı yıl asistanı?	1	N	84	8	92
		%	91,3%	8,7%	100,0%
	2	N	45	26	71
		%	63,4%	36,6%	100,0%
	3	N	32	63	95
		%	33,7%	66,3%	100,0%
	4	N	19	65	84
		%	22,6%	77,4%	100,0%
	5	N	8	62	70
		%	11,4%	88,6%	100,0%
	5+	N	0	19	19
		%	,0%	100,0%	100,0%
	Toplam	N	188	243	431
		%	43,6%	56,4%	100,0%

Tablo 34. Bir önceki soruda bildirmiş olduğunuz cerrahi girişim sayılarının sizin kıdeminizde bir genel cerrahi asistanın eğitimi için yeterli olduğuna inanıyor musunuz?

		Cerrahi girişim sayıları eğitiminiz için yeterli mi?					Toplam	
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum		
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	16	25	30	57	24	152
		%	10,5%	16,4%	19,7%	37,5%	15,8%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	93	75	35	47	15	265
		%	35,1%	28,3%	13,2%	17,7%	5,7%	100,0%
Toplam	N	109	100	65	104	39	417	
	%	26,1%	24,0%	15,6%	24,9%	9,4%	100,0%	

p=0,001

Tablo 35. Bir önceki soruda bildirmiş olduğunuz cerrahi girişim sayılarının sizin kıdeminizde bir genel cerrahi asistanın eğitimi için yeterli olduğuna inanıyor musunuz?

		Cerrahi girişim sayılarının eğitiminiz için yeterli olduğuna inanıyor musunuz?						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	16	23	13	16	14	82
		%	19,5%	28,0%	15,9%	19,5%	17,1%	100,0%
	2	N	19	19	8	18	6	70
		%	27,1%	27,1%	11,4%	25,7%	8,6%	100,0%
	3	N	37	22	9	18	5	91
		%	40,7%	24,2%	9,9%	19,8%	5,5%	100,0%
	4	N	25	17	15	19	7	83
		%	30,1%	20,5%	18,1%	22,9%	8,4%	100,0%
	5	N	10	14	19	22	5	70
		%	14,3%	20,0%	27,1%	31,4%	7,1%	100,0%
	5+	N	2	4	1	10	2	19
		%	10,5%	21,1%	5,3%	52,6%	10,5%	100,0%
	Toplam	N	109	99	65	103	39	415
		%	26,3%	23,9%	15,7%	24,8%	9,4%	100,0%

p=0,002

Tablo 36. "Ameliyatlara katılabilmek için yeterince fırsat buluyorum" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Ameliyatlara katılabilmek için yeterince fırsat buluyorum" ifadesine katılıyor musunuz?						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	9	32	16	65	32	154
		%	5,8%	20,8%	10,4%	42,2%	20,8%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	65	72	35	74	22	268
		%	24,3%	26,9%	13,1%	27,6%	8,2%	100,0%
Toplam	N	74	104	51	139	54	422	
	%	17,5%	24,6%	12,1%	32,9%	12,8%	100,0%	

p=0,001

Tablo 37. "Primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayılarından memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Primer cerrah olarak yapma olanağı verilen ameliyat sayılarından memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	23	40	22	45	22	152
		%	15,1%	26,3%	14,5%	29,6%	14,5%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	109	81	25	39	11	265
		%	41,1%	30,6%	9,4%	14,7%	4,2%	100,0%
Toplam	N	132	121	47	84	33	417	
	%	31,7%	29,0%	11,3%	20,1%	7,9%	100,0%	

p=0,001

Tablo 38. "Genel Cerrahi İhtisas eğitimim tamamlandığında bağımsız olarak (tek başıma) ameliyat yapabileceğimden eminim" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Genel Cerrahi İhtisas eğitimim tamamlandığında bağımsız olarak ameliyat yapabileceğimden eminim" ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	1	6	35	63	49	154
		%	,6%	3,9%	22,7%	40,9%	31,8%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	14	14	74	116	51	269
		%	5,2%	5,2%	27,5%	43,1%	19,0%	100,0%
Toplam		N	15	20	109	179	100	423
		%	3,5%	4,7%	25,8%	42,3%	23,6%	100,0%

p=0,008

Tablo 39. "Genel Cerrahi İhtisas eğitimim tamamlandığında bağımsız olarak (tek başıma) ameliyat yapabileceğimden eminim" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Genel Cerrahi İhtisas eğitimim tamamlandığında bağımsız olarak ameliyat yapabileceğimden eminim" ifadesine katılıyor musunuz?							
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Kaçınıncı yıl asistanısınız?	1	N	1	2	22	33	29	87	
		%	1,1%	2,3%	25,3%	37,9%	33,3%	100,0%	
	2	N	8	3	17	29	13	70	
		%	11,4%	4,3%	24,3%	41,4%	18,6%	100,0%	
	3	N	2	11	31	33	15	92	
		%	2,2%	12,0%	33,7%	35,9%	16,3%	100,0%	
	4	N	2	3	23	35	20	83	
		%	2,4%	3,6%	27,7%	42,2%	24,1%	100,0%	
	5	N	2	0	12	38	18	70	
		%	2,9%	,0%	17,1%	54,3%	25,7%	100,0%	
	5+	N	0	1	4	9	5	19	
		%	,0%	5,3%	21,1%	47,4%	26,3%	100,0%	
	Toplam		N	15	20	109	177	100	421
			%	3,6%	4,8%	25,9%	42,0%	23,8%	100,0%

Dağılım uygun olmadığından istatistik yapılamaz

3. Bölüm

EĞİTİM PROGRAMI ve DEĞERLENDİRME (YAPILANMA ve GERİBİLDİRİM)

Tablo 40. İhtisasa başladığınızda size resmi olarak eğitiminizden sorumlu bir supervizör/eğitim sorumlusu atandı mı? (Çalışmakta olduğunuz hastane'ye göre)

İhtisasa başladığınızda size resmi olarak eğitiminizden sorumlu bir supervizör/ eğitim sorumlusu atandı mı?						
			Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	16	34	97	147
		%	10,9%	23,1%	66,0%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	31	57	177	265
		%	11,7%	21,5%	66,8%	100,0%
Toplam		N	47	91	274	412
		%	11,4%	22,1%	66,5%	100,0%

p=0,916

Tablo 41. Eğitim sorumlunuzla düzenli olarak resmi toplantılarınız olur mu? (Çalışmakta olduğunuz hastane'ye göre)

Eğitim sorumlunuzla düzenli olarak resmi toplantılarınız olur mu?						
			Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	3	36	108	147
		%	2,0%	24,5%	73,5%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	12	49	202	263
		%	4,6%	18,6%	76,8%	100,0%
Toplam		N	15	85	310	410
		%	3,7%	20,7%	75,6%	100,0%

p=0,188

Tablo 42. Hastanemiz / eğitim aldığınız klinik size eğitiminiz boyunca öğrenmeniz gereken konular ve yapmanız gereken cerrahi girişimler ile ilgili bir basılı program verdi mi? (Çalışmakta olduğunuz hastane'ye göre)

Öğrenmeniz gereken konular ve yapmanız gereken cerrahi girişimler ile ilgili bir program verildi mi?						
			Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	2	44	101	147
		%	1,4%	29,9%	68,7%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	10	70	185	265
		%	3,8%	26,4%	69,8%	100,0%
Toplam		N	12	114	286	412
		%	2,9%	27,7%	69,4%	100,0%

p=0,312

Tablo 43. Türk Cerrahi Derneği Çekirdek Eğitim Programı (TCD-ÇEP) hakkında bilginiz var mı? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

		TCD-ÇEP hakkında bilginiz var mı?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	64	80	144
		%	44,4%	55,6%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	103	158	261
		%	39,5%	60,5%	100,0%
Toplam		N	167	238	405
		%	41,2%	58,8%	100,0%

p=0,330

Tablo 44. Kliniğinizde Türk Cerrahi Derneği Çekirdek Eğitim Programı (TCD-ÇEP) uygulanıyor mu? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

		Kliniğinizde TCD-ÇEP uygulanıyor mu?				
			Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	47	25	75	147
		%	32,0%	17,0%	51,0%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	111	33	121	265
		%	41,9%	12,5%	45,7%	100,0%
Toplam		N	158	58	196	412
		%	38,3%	14,1%	47,6%	100,0%

p=0,112

Tablo 45. Kliniğinizde asistanların yapması gereken minimum ameliyat sayıları belirlenmiş midir? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

		Kliniğinizde asistanların yapması gereken minimum ameliyat sayıları belirlenmiş midir?				
			Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	17	25	105	147
		%	11,6%	17,0%	71,4%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	47	40	178	265
		%	17,7%	15,1%	67,2%	100,0%
Toplam		N	64	65	283	412
		%	15,5%	15,8%	68,7%	100,0%

p=0,248

Tablo 46. Kliniğinizde Asistan Karnesi uygulanıyor mu? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

		Kliniğinizde Asistan Karnesi uygulanıyor mu?				
			Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	9	74	64	147
		%	6,1%	50,3%	43,5%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	21	156	88	265
		%	7,9%	58,9%	33,2%	100,0%
Toplam		N	30	230	152	412
		%	7,3%	55,8%	36,9%	100,0%

p=0,111

Tablo 47. "Kliniğinizde Asistan Karnesi etkin olarak uygulanıyor" ifadesine katılıyor musunuz? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

		"Kliniğinizde Asistan Karnesi etkin olarak uygulanıyor" ifadesine katılıyor musunuz?						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	47	58	17	17	6	145
		%	32,4%	40,0%	11,7%	11,7%	4,1%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	82	102	45	29	3	261
		%	31,4%	39,1%	17,2%	11,1%	1,1%	100,0%
Toplam		N	129	160	62	46	9	406
		%	31,8%	39,4%	15,3%	11,3%	2,2%	100,0%

p=0,223

Tablo 48. Türk Cerrahi Derneği'nin Asistan Karnesi hakkında bilginiz var mı? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

		TCD'nin Asistan Karnesi hakkında bilginiz var mı?			
		Evet	Hayır	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	56	91	147
		%	38,1%	61,9%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	81	180	261
		%	31,0%	69,0%	100,0%
Toplam		N	137	271	408
		%	33,6%	66,4%	100,0%

p=0,147

Tablo 49. Kliniğinizde Türk Cerrahi Derneği'nin Asistan Karnesi uygulanıyor mu? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

		Kliniğinizde Türk Cerrahi Derneği'nin Asistan Karnesi uygulanıyor mu?				
		Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	35	27	85	147
		%	23,8%	18,4%	57,8%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	94	23	145	262
		%	35,9%	8,8%	55,3%	100,0%
Toplam		N	129	50	230	409
		%	31,5%	12,2%	56,2%	100,0%

p=0,003

Tablo 50. Kliniğinizde resmi rotasyon alanlarına ve sürelerine uyuluyor mu? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

		Kliniğinizde resmi rotasyon alanlarına ve sürelerine uyuluyor mu?			
		Evet	Hayır	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	73	72	145
		%	50,3%	49,7%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	123	138	261
		%	47,1%	52,9%	100,0%
Toplam		N	196	210	406
		%	48,3%	51,7%	100,0%

p=0,534

Tablo 51. Kliniğinizde uygulanan resmi rotasyon alan ve süreleri yeterli mi? (Çalışmakta olduğu hastane'ye göre)

Kliniğinizde uygulanan resmi rotasyon alan ve süreleri yeterli mi?					
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	104	38	142
		%	73,2%	26,8%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	188	75	263
		%	71,5%	28,5%	100,0%
Toplam		N	292	113	405
		%	72,1%	27,9%	100,0%

p=0,707

Tablo 52. Hangi alanlar ne kadar süre ile uygulanmalı?

	N
Acil 1 yıl	1
Acil cerrahi 6 ay, radyoloji 3 ay	1
Acil ve hepatoloji 1 ay diğer bölümler 3ay	1
Anestezi 2 ay patoloji 1 ay göğüs cerrahisi 1 ay kadın doğum 1 ay	1
Anestezi (1 ay), reanimasyon(2 ay), göğüs cerrahisi (1 ay)	1
Çocuk cerrahisi 2 ay dahiliye 2 ay patoloji ve üroloji gereksiz	1
Çocuk cerrahisi 2 ay	1
Damar cerrahisi 2 ay	1
Gastroenteroloji 3 ay ve kvc 3 ay	1
Gastroenteroloji ve plastik cerrahi rotasyonları olmalı	1
Göğüs cerrahisi 2 ay	2
Göğüs Cerrahi 2 ay, KDC 2 ay	1
Göğüs cerrahisi muhakkak olmalı bence	1
Göğüs cerrahisi uzamalı, kalp cerrahisi kısa bir sürede olsa eklenmeli	1
Kadın doğum,anestezi mutlaka bir süre uygulanmalı	1
Kadın doğum 1 ay,göğüs cerrahisi 1 ay,üroloji 1 ay,nöroşirürji 1 ay	1
Kadın doğum 2 ay veya daha uzun, üroloji 2 ay veya daha uzun	1
Kadın doğum 2ay (bizde 15 gün)üroloji 1 ay (bizde 15 gün)	1
Kadın doğum 3 ay, radyoloji 2ay, plastik cerrahi 3 ay	1
Kadın doğum ve ortopedi kısaltılmalı, bence radyoloji rotasyonu eklenmeli	1
Kadın doğum 3 ay	1
Kalp damar cerrahi rotasyonu eklenmeli	1
Kalp damar cerrahisi 2 ay yapılmalı	1

	N
KBB-1ay,psikiyatri-1 ay	1
KD 1 ay, üroloji 15 gün, ortopedi patoloji 15 gün	1
KDC rotasyonu olmalı ortopedi azalmalı	1
khd 2ay, kdc 2 ay, üroloji 2ay,ortopedi 1 ay	1
khd 3 ay üroloji 3 ay	1
khd 3ay	1
kvc (vaskuler)-3ay, yanık -3 ay, göğüs cer - 3ay, k*doğum - 3	1
Ortopedi 1 ay; kadın doğum 2 ay; üroloji 1 ay; radyoloji 2 ay	1
Ortopedi 2 ay,üroloji 1 ay ,kadın hastalıkları ve doğum 1 ay	1
Patoloji rotasyonu gereksiz, yerine kvc,radyoloji ve gastro rotasyonu	1
Plastik 2 ay ortopedi 2 ay anestezi 2 ay radyoloji 2 ay	1
Plastik cerrahi 3 ay	1
Plastik cerrahi, göğüs cerrahisi, üroloji, kadın doğum, ortopedi 2şer ay	1
Radyoloji 1 ay, plastik cerrahi 1 ay	1
Radyoloji 2 ay kadın doğum 1 ay üroloji 1 ay kalp damar cerrahisi 2 ay	1
Radyoloji 3 ay	1
Radyoloji 3 ay, acil 3-6 ay	1
Radyoloji-1 ay	1
Radyoloji, PRC rotasyonları eklenmeli	1
Rotasyona radyoloji patoloji yerine uygulanmalı diye düşünüyorum	1
Üroloji 3 ay, kalp damar cerrahisi 3 ay	1
Üroloji ve kadın hastalıkları en az 3 ay olmalı	1
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, anestezi, göğüs cerrahisi	1
Toplam	47

Tablo 53. Hangi alanlar ne kadar süre ile uygulanmalı? (Süre önerenler, Özet)

	N
Acil 1 yıl	1
Acil 6 ay	2
Acil 1 ay	1
Anestezi 2 ay	2
Anestezi 1 ay	1
Çocuk cerrahisi 2 ay	2
Dahiliye 2 ay	1
Damar cerrahisi 2 ay	1
Gastroenteroloji 3 ay	2
Göğüs cerrahisi 2 ay	2
Göğüs cerrahisi 1 ay	3
KDC 3 ay	3
KDC 2 ay	4
Hepatoloji 1 ay	1
Kadın doğum 3 ay	6
Kadın doğum 2 ay	5
Kadın doğum 1 ay	5
KBB 1 ay	1
Nöroşirürji 1 ay	1
Psikiyatri 1 ay	1
Ortopedi 2 ay	3
Ortopedi 1 ay	2
Ortopedi 15 gün	1
Patoloji 1 ay	1
Patoloji 15 gün	1
Patoloji gereksiz	3
Plastik cerrahi 3 ay	2
Plastik cerrahi 2 ay	2
Plastik cerrahi 1 ay	1
Radyoloji 3 ay	3
Radyoloji 2 ay	4
Radyoloji 1 ay	2
Reanimasyon 2 ay	1
Üroloji 3 ay	3
Üroloji 2 ay	3
Üroloji 1 ay	5
Üroloji 15 gün	1
Üroloji gereksiz	1
Yanık 3 ay	1

Tablo 54. Sizce resmi rotasyon alan ve süreleri eğitiminiz için uygun mu? (Çalıştığı hastaneye göre)

Resmi rotasyon alan ve süreleri eğitiminiz için uygun mu?					
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	107	38	145
		%	73,8%	26,2%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	190	70	260
		%	73,1%	26,9%	100,0%
Toplam		N	297	108	405
		%	73,3%	26,7%	100,0%

p=0,876

Tablo 55. Hangi alanlar ne kadar süre ile uygulanmalı?

Öneri	n
Radyoloji de eklenmeli, 2 ay olabilir	1
1 ay kalp damar cerrahisi	1
Acil 1 ay hepato 1 ay diğer 3 ay	1
Acil olmamalı, plastik cerrahi 2 ay	1
Çocuk cerrahisi 2 ay dahiliye 2 ay ilave edilmelidir	1
Gastroenteroloji 2 ay	1
Gastroenteroloji 3 ay ve kvc 3 ay	1
Gastroenteroloji ve plastik cerrahi rotasyonları olmalı	1
Göğüs cerrahisi (2 ay)	1
Kadın doğum 1 ay,göğüs cerrahisi 1 ay,üroloji 1 ay,nöroşirürji 1 ay,KBB 1 ay,ortopedi 1 ay	1
Kadın doğum 3 ay, radyoloji 2ay, plastik cerrahi 3 ay, kalp damar cerrahisi 3 ay eklenmeli)	1
Kadın doğum ve üroloji alanlarında en az 2 ay	1
Kalp damar cerrahisi 1 ay eklenmeli patoloji 2 ay gereksiz	1
Kalp damar cerrahisi rotasyonu olmalı	1
Khd 2ay, kdc 2 ay, üroloji 2ay,ortopedi 1 ay	1
Khd 3 ay üroloji 3 ay	1
Khd, üroloji	1
Ortopedi 1 ay; kadın doğum 2 ay; üroloji 1 ay; radyoloji 2 ay, kalp damar cerrahisi 2 ay	1
Patoloji 1 ay	2
Patoloji 1 ay, yoğun bakım 1ay, kadın doğum ve ortopedi 1er ay	1

Öneri	n
Patoloji bir ay yeterli, anestezi 3 ay olmalı,prş ve kalp damar cerrahisi rotasyonları eklenmeli	1
Patoloji rotasyonu gereksiz, yerine kvc,radyoloji ve gastro rotasyonu olmalı	1
Patoloji uygulanmamalı, kadın doğum eklenmeli	1
Plastik 2 ay ortopedi 2 ay anestezi 2 ay radyoloji 2 ay gastroenteroloji 2 ay	1
Plastik cerrahi 2 ay, kbb 2 ay, ortopedi 1 ay, patoloji 1 ay	1
Plastik cerrahi 3 ay	1
Plastik cerrahi en az 2 ay ama kıdemli düzeyinde	1
Plastik cerrahi ve belki de dahiliye (kısa süre)olması gerekir	1
Plastik cerrahi, göğüs cerrahisi, üroloji, kadın doğum, ortopedi 2şer ay	1
Radyoloji 2 ay gastroenteroloji 2 ay kalp damar cerrahisi 1 ay üroloji 1 ay kadın doğum 1 ay patoloji 1 ortopedi 1 ay plastik cerrahi 1 ay	1
Radyoloji 2ay	1
Radyoloji 3 ay	2
Radyoloji rotasyonu olmalı	3
Üroloji -kd -göğüs cerrahisi 3 er ay	1
Üroloji 3 ay	1
Üroloji 3 ay, kalp damar cerrahisi 3 ay	1
Üroloji, kadın hastalıkları ve doğum, anestezi, göğüs cerrahisi en az 1 ay	1
Toplam	41

Tablo 56. Hangi alanlar ne kadar süre ile uygulanmalı? (Süre önerenler, Özet)

	N
Acil 1 ay	1
Acil olmamalı	1
Anestezi 3 ay	1
Anestezi 2 ay	1
Çocuk cerrahisi 2 ay	1
Dahiliye 2 ay	1
Gastroenteroloji 2 ay	2
Gastroenteroloji 3 ay	1
Göğüs cerrahisi 3 ay	1
Göğüs cerrahisi 2 ay	2
Göğüs cerrahisi 1 ay	1
KBB 2 ay	1
KDC 3 ay	2
KDC 2 ay	1
KDC 1 ay	3
Hepatoloji 1 ay	1

	N
Kadın doğum 3 ay	3
Kadın doğum 2 ay	4
Kadın doğum 1 ay	2
KBB 1 ay	1
Nöroşirürji 1 ay	1
Ortopedi 2 ay	2
Ortopedi 1 ay	4
Patoloji 1 ay	5
Patoloji gereksiz	1
Plastik cerrahi 3 ay	2
Plastik cerrahi 2 ay	5
Radyoloji 3 ay	2
Radyoloji 2 ay	6
Üroloji 3 ay	4
Üroloji 2 ay	3
Üroloji 1 ay	2
Yoğun bakım 1 ay	1

Tablo 57. Rotasyonlara gittiğiniz bölümlerde aktif çalışma imkanınız oluyor mu? (Çalıştığı hastaneye göre)

		Rotasyonlara gittiğiniz bölümlerde aktif çalışma imkanınız oluyor mu?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	56	83	139
		%	40,3%	59,7%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	90	168	258
		%	34,9%	65,1%	100,0%
Toplam		N	146	251	397
		%	36,8%	63,2%	100,0%

p=0,287

Tablo 58. "Ameliyatlardan sonra ameliyattaki performansıyla ilgili eğitici kişiden yeterli geri bildirim alırım" ifadesine katılıyor musunuz? (Çalıştığı hastaneye göre)

		"Ameliyatlardan sonra ameliyattaki performansıyla ilgili eğitici kişiden yeterli geri bildirim alırım" ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	19	45	29	47	7	147
		%	12,9%	30,6%	19,7%	32,0%	4,8%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	56	72	57	69	9	263
		%	21,3%	27,4%	21,7%	26,2%	3,4%	100,0%
Toplam		N	75	117	86	116	16	410
		%	18,3%	28,5%	21,0%	28,3%	3,9%	100,0%

p=0,226

Tablo 59. "Eğitim sorumlumun/sorumlularımın bana ayırdığı süreden çok memnunum" ifadesine katılıyor musunuz? (Çalıştığı hastaneye göre)

		"Eğitim sorumlumun/sorumlularımın bana ayırdığı süreden çok memnunum" ifadesine katılıyor musunuz? (lütfen bir seçeneği işaretleyin)						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	39	50	31	23	3	146
		%	26,7%	34,2%	21,2%	15,8%	2,1%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	86	104	39	27	5	261
		%	33,0%	39,8%	14,9%	10,3%	1,9%	100,0%
Toplam		N	125	154	70	50	8	407
		%	30,7%	37,8%	17,2%	12,3%	2,0%	100,0%

p=0,174

Tablo 60. Eğitim sorumlumun/sorumlularımın bana ayırdığı süreden çok memnunum" ifadesine katılıyor musunuz? (Kaçınıcı yıl asistanı)

		"Eğitim sorumlumun/sorumlularımın bana ayırdığı süreden çok memnunum" ifadesine katılıyor musunuz? (Kaçınıcı yıl asistanı)							
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam		
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	18	32	16	13	3	82	
		%	22,0%	39,0%	19,5%	15,9%	3,7%	100,0%	
	2	N	28	23	9	7	0	67	
		%	41,8%	34,3%	13,4%	10,4%	,0%	100,0%	
	3	N	27	39	12	10	1	89	
		%	30,3%	43,8%	13,5%	11,2%	1,1%	100,0%	
	4	N	26	30	16	8	1	81	
		%	32,1%	37,0%	19,8%	9,9%	1,2%	100,0%	
	5	N	19	23	11	12	3	68	
		%	27,9%	33,8%	16,2%	17,6%	4,4%	100,0%	
	5+	N	7	5	6	0	0	18	
		%	38,9%	27,8%	33,3%	,0%	,0%	100,0%	
	Toplam		N	125	152	70	50	8	405
			%	30,9%	37,5%	17,3%	12,3%	2,0%	100,0%

p=0,755

Tablo 61. "Eğitimimin bir parçası olarak, gelecekteki kariyerim ile ilgili bana yeterince tavsiyelerde bulunuluyor/yol gösteriliyor" ifadesine katılıyor musunuz? (Çalıştığı hastaneye göre)

		"Eğitimimin bir parçası olarak, gelecekteki kariyerim ile ilgili bana yeterince tavsiyelerde bulunuluyor/yol gösteriliyor"						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	31	38	31	39	5	144
		%	21,5%	26,4%	21,5%	27,1%	3,5%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	64	91	45	56	8	264
		%	24,2%	34,5%	17,0%	21,2%	3,0%	100,0%
Toplam		N	95	129	76	95	13	408
		%	23,3%	31,6%	18,6%	23,3%	3,2%	100,0%

p=0,324

Tablo 62. "Eğitimimin bir parçası olarak, gelecekteki kariyerim ile ilgili bana yeterince tavsiyelerde bulunuluyor/yol gösteriliyor" ifadesine katılıyor musunuz? (Kaçınıcı yıl asistanı)

		"Eğitimimin bir parçası olarak, gelecekteki kariyerim ile ilgili bana yeterince tavsiyelerde bulunuluyor/yol gösteriliyor" ifadesine katılıyor musunuz?							
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam		
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	15	19	20	25	3	82	
		%	18,3%	23,2%	24,4%	30,5%	3,7%	100,0%	
	2	N	22	17	13	14	0	66	
		%	33,3%	25,8%	19,7%	21,2%	,0%	100,0%	
	3	N	19	38	14	16	3	90	
		%	21,1%	42,2%	15,6%	17,8%	3,3%	100,0%	
	4	N	18	29	14	16	4	81	
		%	22,2%	35,8%	17,3%	19,8%	4,9%	100,0%	
	5	N	15	19	12	20	2	68	
		%	22,1%	27,9%	17,6%	29,4%	2,9%	100,0%	
	5+	N	5	6	3	4	1	19	
		%	26,3%	31,6%	15,8%	21,1%	5,3%	100,0%	
	Toplam		N	94	128	76	95	13	406
			%	23,2%	31,5%	18,7%	23,4%	3,2%	100,0%

p=0,927

Tablo 63. "Aldığım eğitimin yapısı (özellikleri) ve bu eğitimin ileride beni nasıl yönlendireceği konusunda yeterince bilgilendirildiğime inanıyorum" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Aldığım eğitimin yapısı (özellikleri) ve bu eğitimin ileride beni nasıl yönlendireceği konusunda yeterince bilgilendirildiğime inanıyorum"						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	23	53	33	32	3	144
		%	16,0%	36,8%	22,9%	22,2%	2,1%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	57	83	70	48	6	264
		%	21,6%	31,4%	26,5%	18,2%	2,3%	100,0%
Toplam		N	80	136	103	80	9	408
		%	19,6%	33,3%	25,2%	19,6%	2,2%	100,0%

p=0,467

Tablo 64. Türk Cerrahi Derneği Yeterlik ("board") Sınavı hakkında bilginiz var mı?

Türk Cerrahi Derneği Yeterlik Sınavı hakkında bilginiz var mı?					
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	89	56	145
		%	61,4%	38,6%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	166	97	263
		%	63,1%	36,9%	100,0%
Toplam	N	255	153	408	
	%	62,5%	37,5%	100,0%	

p=0,728

Tablo 65. Türk Cerrahi Derneği Yeterlik ("board") Sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?

Türk Cerrahi Derneği Yeterlik Sınavına girmeyi düşünüyor musunuz?					
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	127	14	141
		%	90,1%	9,9%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	233	27	260
		%	89,6%	10,4%	100,0%
Toplam	N	360	41	401	
	%	89,8%	10,2%	100,0%	

p=0,886

Tablo 66. Türk Cerrahi Derneği Yeterlik ("board") Sınavına girmeme nedeni?

	N
Angaryadan eve gidemiyoruz>?:::))	1
Beceriye ölçmüyor ve gereksiz detaylar var.daha yüzeysel olmazsa olmaz sorular sorulmalı.	1
Biraz daha araştırmalıyım	1
Çok zor bir sınav ve asistanlara vermemek içim çabaladığımı duydum	1
Gerekli olduğunu düşünmüyorum yeteri kadar sınava tabi tutulduğumu düşünüyorum	1
Hazır olmadığımı düşünüyorum	4
Hiç düşünmedim	2
İlk defa duydum...	2
Korkuyorum	1
Ne olduğunu bilmiyorum	6
Neye yaradığını bilmiyorum	1
Sınav içeriğinin cerrahi eğitimiyle uyumlu olduğuna inanmıyorum	1
Sınava girmek istemiyorum	1
Sınava girmekten bıktım ve yeterince sınava girdiğimi düşünüyorum	1
Sınavın benim ileride hastalarımı vereceğim bir geçerliliği olduğuna inanmıyorum	1
Sınavlardan sıkıldım	1
Uzman aile hekimi asistanıyım	1
Yani	1
Yaygın bir geçerliliği yok	1
Yeterliliği ölçtüğüne inanmıyorum	1
Toplam	30

4. Bölüm

EĞİTİM ve KAYNAKLAR

Tablo 67. Kliniğinizde asistan eğitimine yönelik düzenli olarak eğitim toplantıları yapılıyor mu?

		Kliniğinizde asistan eğitimine yönelik düzenli olarak eğitim toplantıları yapılıyor mu?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	90	52	142
		%	63,4%	36,6%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	145	116	261
		%	55,6%	44,4%	100,0%
Toplam		N	235	168	403
		%	58,3%	41,7%	100,0%

p=0,128

Tablo 68. Kliniğinizde formal eğitimler için (dersler, seminerler, makale, mortalite-morbidite toplantıları vb. gibi) haftada yaklaşık olarak kaç saat ayrılmıştır?

Hastane türü	n	Ortanca	25-75. persentil	Ortalama	SS
Asker Hastanesi	16	3	2-3,75	3,4	2,8
Kamu Üniversitesi	211	2	1-3	2,5	2,0
Özel Üniversite	18	1,75	1-2	1,7	0,8
S.B.E.A. Hst.	130	2	1-3	2,4	2,0
Toplam	375	2	1-3	2,5	2,0

p=0,082

Tablo 69. Çalışmakta olduğunuz hastane * "Kliniğimdeki eğitim toplantılarına rahatlıkla katılabiliyorum" ifadesi sizin için gerçeği ifade eder mi?

		"Kliniğimdeki eğitim toplantılarına rahatlıkla katılabiliyorum" ifadesi sizin için gerçeği ifade eder mi?						
			Asla	Ender olarak	Bazen	Genellikle	Daima	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	9	9	24	59	41	142
		%	6,3%	6,3%	16,9%	41,5%	28,9%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	18	39	57	103	43	260
		%	6,9%	15,0%	21,9%	39,6%	16,5%	100,0%
Toplam		N	27	48	81	162	84	402
		%	6,7%	11,9%	20,1%	40,3%	20,9%	100,0%

p=0,008

Tablo 70. Laparoskopik simülasyon eğitimi var mı?

		Laparoskopik simülasyon eğitimi			
		Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	9	7	16
		%	56,3%	43,8%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	190	48	238
		%	79,8%	20,2%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	18	1	19
		%	94,7%	5,3%	100,0%
	SBEA Hst.	N	134	26	160
		%	83,8%	16,3%	100,0%
Toplam		N	351	82	433
		%	81,1%	18,9%	100,0%

Dağılım uygun olmadığı için istatistik yapılamaz.

Tablo 71. Laparoskopik simülasyon eğitimi var mı?

		Laparoskopik simülasyon eğitimi			
		Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	134	26	160
		%	83,8%	16,3%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	217	56	273
		%	79,5%	20,5%	100,0%
Toplam		N	351	82	433
		%	81,1%	18,9%	100,0%

p=0,275

Tablo 72. Temel beceriler eğitimi/laboratuvarı var mı?

		Temel beceriler eğitimi/laboratuvarı			
		Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	14	2	16
		%	87,5%	12,5%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	197	41	238
		%	82,8%	17,2%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	17	2	19
		%	89,5%	10,5%	100,0%
	SBEA Hst.	N	136	24	160
		%	85,0%	15,0%	100,0%
Toplam		N	364	69	433
		%	84,1%	15,9%	100,0%

Dağılım uygun olmadığı için istatistik yapılamaz.

Tablo 73. Temel beceriler eğitimi/laboratuvarı var mı? (hastanelere göre)

		Temel beceriler eğitimi/laboratuvarı			
		Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	136	24	160
		%	85,0%	15,0%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	228	45	273
		%	83,5%	16,5%	100,0%
Toplam		N	364	69	433
		%	84,1%	15,9%	100,0%

p=0,684

Tablo 74. Kadavra diseksiyonu eğitimi var mı?

		Kadavra diseksiyonu				
		Hayır	Evet	Toplam		
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	16	0	16	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	225	13	238	
		%	94,5%	5,5%	100,0%	
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	19	0	19	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	SBEA Hst.	N	150	10	160	
		%	93,8%	6,3%	100,0%	
	Toplam		N	410	23	433
			%	94,7%	5,3%	100,0%

Dağılım uygun olmadığı için istatistik yapılamaz

Tablo 75. Kadavra diseksiyonu eğitimi var mı? (Çalıştığınız hastanede)

		Kadavra diseksiyonu			
		Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	150	10	160
		%	93,8%	6,3%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	260	13	273
		%	95,2%	4,8%	100,0%
Toplam		N	410	23	433
		%	94,7%	5,3%	100,0%

p=0,505

Tablo 76. Online eğitim modülleri var mı?

		Online eğitim modülleri			
		Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	14	2	16
		%	87,5%	12,5%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	186	52	238
		%	78,2%	21,8%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	15	4	19
		%	78,9%	21,1%	100,0%
	SBEA Hst.	N	125	35	160
		%	78,1%	21,9%	100,0%
Toplam		N	340	93	433
		%	78,5%	21,5%	100,0%

Dağılım uygun olmadığı için istatistik yapılamaz.

Tablo 77. Online eğitim modülleri var mı? (Çalıştığınız hastaneye göre)

		Online eğitim modülleri			
		Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	125	35	160
		%	78,1%	21,9%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	215	58	273
		%	78,8%	21,2%	100,0%
Toplam		N	340	93	433
		%	78,5%	21,5%	100,0%

p=0,878

Tablo 78. Online kütüphane/dergi erişimi var mı?

		Online kütüphane/dergi erişimi			
		Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	11	5	16
		%	68,8%	31,3%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	138	100	238
		%	58,0%	42,0%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	8	11	19
		%	42,1%	57,9%	100,0%
	SBEA Hst.	N	104	56	160
		%	65,0%	35,0%	100,0%
Toplam		N	261	172	433
		%	60,3%	39,7%	100,0%

p=0,164

Tablo 79. Online kütüphane/dergi erişimi var mı?

		Online kütüphane/dergi erişimi			
			Hayır	Evet	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	104	56	160
		%	65,0%	35,0%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	157	116	273
		%	57,5%	42,5%	100,0%
Toplam		N	261	172	433
		%	60,3%	39,7%	100,0%

p=0,124

Tablo 80. Diğer eğitim araçları/yöntemleri

		Diğer				
			Hayır	Evet	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	16	0	16	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	233	5	238	
		%	97,9%	2,1%	100,0%	
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	19	0	19	
		%	100,0%	,0%	100,0%	
	SBEA Hst.	N	155	5	160	
		%	96,9%	3,1%	100,0%	
	Toplam		N	423	10	433
			%	97,7%	2,3%	100,0%

Dağılım uygun olmadığı için istatistik yapılamaz.

Tablo 81. Diğer eğitim araçları/yöntemleri

		Diğer			
			Hayır	Evet	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	155	5	160
		%	96,9%	3,1%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	268	5	273
		%	98,2%	1,8%	100,0%
Toplam		N	423	10	433
		%	97,7%	2,3%	100,0%

p=0,509

Tablo 82. Eğitiminizin parçası olarak aşağıdakilere katılma olanağınız var mıdır? (“Diğer” seçeneği altında belirtilenler)

	N
Acil Rotasyonu	1
Ameliyatta, hasta başı eğitim,dersler	1
Haftalık literatür değerlendirmesi	1
Kongre ve kurslar	1
Seminer literatür	1
Seminerler	1
Toplam	6

Tablo 83. Sizce ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü aşağıdakilerden hangisidir? Simulasyon eğitimi

		Simulasyon eğitimi			
			Hayır	Evet	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	74	86	160
		%	46,3%	53,8%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	115	158	273
		%	42,1%	57,9%	100,0%
Toplam		N	189	244	433
		%	43,6%	56,4%	100,0%

p=0,403

Tablo 84. Sizce ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü aşağıdakilerden hangisidir? Dersler/Seminerler

		Dersler/Seminerler			
			Hayır	Evet	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	88	72	160
		%	55,0%	45,0%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	141	132	273
		%	51,6%	48,4%	100,0%
Toplam		N	229	204	433
		%	52,9%	47,1%	100,0%

p=0,500

Tablo 85. Sizce ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü aşağıdakilerden hangisidir? Kadavra diseksiyonu

		Kadavra diseksiyonu			
			Hayır	Evet	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	111	49	160
		%	69,4%	30,6%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	161	112	273
		%	59,0%	41,0%	100,0%
Toplam		N	272	161	433
		%	62,8%	37,2%	100,0%

p=0,031

Tablo 86. Sizce ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü aşağıdakilerden hangisidir? Temel beceri eğitimi/laboratuarı

		Temel beceri eğitimi/laboratuarı			
			Hayır	Evet	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	120	40	160
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	185	88	273
		%	67,8%	32,2%	100,0%
Toplam		N	305	128	433
		%	70,4%	29,6%	100,0%

p=0,111

Tablo 87. Sizce ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü aşağıdakilerden hangisidir? Kendi kendime çalışma

		Kendi kendime çalışma			
			Hayır	Evet	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	110	50	160
		%	68,8%	31,3%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	180	93	273
		%	65,9%	34,1%	100,0%
Toplam		N	290	143	433
		%	67,0%	33,0%	100,0%

p=0,548

Tablo 88. Sizce ameliyathane dışında en faydalı eğitim türü aşağıdakilerden hangisidir? (Diğer seçeneğini işaretleyenler)

	N
Bilimsel çalışmalara dahil olmak	1
Bire bir öğretim görevlisi ile çalışmak	1
Cerrahi Teknik dersleri	1
Kliniklerin tecrübelerinin yansıtıldığı vaka toplantıları	1
Kongre toplantılar seminerler	1
Kongre ve kurslar	1
Kongreler (tatil amaçlı değil, bizzat toplantılara katılma amaçlı)	1
Vaka tartışması	1
Toplam	8

Tablo 89. “Düzenli eğitim toplantıları için ayrılan süreyi yeterli buluyorum” ifadesine katılıyor musunuz?

		“Düzenli eğitim toplantıları için ayrılan süreyi yeterli buluyorum” ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	37	44	28	25	7	141
		%	26,2%	31,2%	19,9%	17,7%	5,0%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	89	94	29	41	5	258
		%	34,5%	36,4%	11,2%	15,9%	1,9%	100,0%
Toplam		N	126	138	57	66	12	399
		%	31,6%	34,6%	14,3%	16,5%	3,0%	100,0%

p=0,034

Tablo 90. “Kiniğimde mevcut olan eğitim kaynakları, çeşitlilik bakımından benim uzmanlık eğitimi müfredatımı gerçekleştirebilmek için gerekli olan tüm alanları içermektedir.” ifadesine katılıyor musunuz?

		“Kiniğimde mevcut olan eğitim kaynakları, çeşitlilik bakımından benim uzmanlık eğitimi müfredatımı gerçekleştirebilmek için gerekli olan tüm alanları içermektedir.”						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	25	58	36	21	1	141
		%	17,7%	41,1%	25,5%	14,9%	,7%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	51	85	53	65	7	261
		%	19,5%	32,6%	20,3%	24,9%	2,7%	100,0%
Toplam		N	76	143	89	86	8	402
		%	18,9%	35,6%	22,1%	21,4%	2,0%	100,0%

p=0,055

Tablo 91. Kliniğinizde asistan eğitimini değerlendirmek üzere belli dönemlerde sınavlar yapılıyor mu?

				Kliniğinizde asistan eğitimini değerlendirmek üzere belli dönemlerde sınavlar yapılıyor mu?			
				Evet	Hayır	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N		77	65	142	
		%		54,2%	45,8%	100,0%	
	ÜNV Hst.	N		175	83	258	
		%		67,8%	32,2%	100,0%	
Toplam		N		252	148	400	
		%		63,0%	37,0%	100,0%	

p=0,007

Tablo 92. Yanıtınız evet ise yapılan sınavlar hem teorik hem de klinik/cerrahi becerisini ölçmeye yönelik mi?

				Yapılan sınavlar hem teorik hem de klinik/cerrahi becerisini ölçmeye yönelik mi?			
				Evet	Hayır	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N		17	74	91	
		%		18,7%	81,3%	100,0%	
	ÜNV Hst.	N		45	146	191	
		%		23,6%	76,4%	100,0%	
Toplam		N		62	220	282	
		%		22,0%	78,0%	100,0%	

p=0,355

Tablo 93. Sizce asistan eğitimi ara sınavlarla değerlendirilmeli mi?

				Sizce asistan eğitimi ara sınavlarla değerlendirilmeli mi?			
				Evet	Hayır	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N		98	45	143	
		%		68,5%	31,5%	100,0%	
	ÜNV Hst.	N		195	65	260	
		%		75,0%	25,0%	100,0%	
Toplam		N		293	110	403	
		%		72,7%	27,3%	100,0%	

p=0,163

Tablo 94. Bir önceki soruya yanıtınız hayır ise sizce asistan eğitimi ara sınavları tüm genel cerrahi asistanların gireceği şekilde merkezi sınavlar şeklinde yapılmalı mı?

				Merkezi sınavlar şeklinde yapılmalı mı?		
				Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	40	35	75	
		%	53,3%	46,7%	100,0%	
	ÜNV Hst.	N	50	74	124	
		%	40,3%	59,7%	100,0%	
Toplam		N	90	109	199	
		%	45,2%	54,8%	100,0%	

p=0,174

Tablo 95. Tez konunuz asistanlığınızın kaçınıcı yılında belirlendi?

	N	Yüzde
1	15	8,9
2	37	22,0
3	56	33,3
4	41	22,4
5	19	11,3
Toplam	168	100,0

Tablo 96. Bir üstteki soruya yanıtınız hayır ise başka bir eğitim kurumuna yönlendiriliyor musunuz?

				Başka bir eğitim kurumuna yönlendiriliyor musunuz?		
				Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	26	54	80	
		%	32,5%	67,5%	100,0%	
	ÜNV Hst.	N	14	60	74	
		%	18,9%	81,1%	100,0%	
Toplam		N	40	114	154	
		%	26,0%	74,0%	100,0%	

p=0,055

Tablo 97. Kliniğinizde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesi sizce yeterli midir?

				Kliniğinizde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesi sizce yeterli midir?		
				Bilmiyorum	Evet	Hayır
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	46	60	38	144
		%	31,9%	41,7%	26,4%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	54	116	90	260
		%	20,8%	44,6%	34,6%	100,0%
Toplam		N	100	176	128	404
		%	24,8%	43,6%	31,7%	100,0%

p=0,033

Bilmiyorum-eyet: p=0,153

Bilmiyorum-Hayır: p=0,033

Evet-Hayır: p=1.000

Fark, Üniversite hastanelerinde bilmiyorum diyenlerin az, hayır diyenlerin çok olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 98. Kliniğinizde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesi sizce yeterli midir?

		Kliniğinizde verilen uzmanlık eğitiminin kalitesi sizce yeterli midir?				
		Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam	
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	19	42	21	82
		%	23,2%	51,2%	25,6%	100,0%
	2	N	21	22	24	67
		%	31,3%	32,8%	35,8%	100,0%
	3	N	26	27	37	90
		%	28,9%	30,0%	41,1%	100,0%
	4	N	16	41	22	79
		%	20,3%	51,9%	27,8%	100,0%
	5	N	16	33	17	66
		%	24,2%	50,0%	25,8%	100,0%
	5+	N	2	10	6	18
		%	11,1%	55,6%	33,3%	100,0%
Toplam		N	100	175	127	402
		%	24,9%	43,5%	31,6%	100,0%

p=0,055

Tablo 99. Sizce kliniğiniz verdiği asistanlık eğitiminin kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmeli mi?

		Sizce kliniğiniz verdiği asistanlık eğitiminin kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmeli mi?					
		Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam		
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	2	11	3	16	
		%	12,5%	68,8%	18,8%	100,0%	
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	19	187	20	226	
		%	8,4%	82,7%	8,8%	100,0%	
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	2	14	3	19	
		%	10,5%	73,7%	15,8%	100,0%	
	SBEA Hst.	N	10	122	11	143	
		%	7,0%	85,3%	7,7%	100,0%	
	Toplam		N	33	334	37	404
			%	8,2%	82,7%	9,2%	100,0%

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

Tablo 100. Sizce kliniğiniz verdiği asistanlık eğitiminin kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmeli mi?

		Sizce kliniğiniz verdiği asistanlık eğitiminin kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmeli mi?				
		Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	10	122	11	143
		%	7,0%	85,3%	7,7%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	23	212	26	261
		%	8,8%	81,2%	10,0%	100,0%
Toplam		N	33	334	37	404
		%	8,2%	82,7%	9,2%	100,0%

p=0,583

Tablo 101. Sizce kliniğiniz verdiği asistanlık eğitiminin kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmeli mi?

		Sizce kliniğiniz verdiği asistanlık eğitiminin kalitesi açısından düzenli olarak denetlenmeli mi?					
		Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam		
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	6	68	7	81	
		%	7,4%	84,0%	8,6%	100,0%	
	2	N	2	58	7	67	
		%	3,0%	86,6%	10,4%	100,0%	
	3	N	11	75	4	90	
		%	12,2%	83,3%	4,4%	100,0%	
	4	N	4	62	13	79	
		%	5,1%	78,5%	16,5%	100,0%	
	5	N	9	54	3	66	
		%	13,6%	81,8%	4,5%	100,0%	
	5+	N	1	15	3	19	
		%	5,3%	78,9%	15,8%	100,0%	
	Toplam		N	33	332	37	402
			%	8,2%	82,6%	9,2%	100,0%

p=0,069

Tablo 102. Bir önceki soruya yanıtınız evet ise sizce böyle bir denetlemeyi kim yapmalı?

		Bir önceki soruya yanıtınız evet ise sizce böyle bir denetlemeyi kim yapmalı?							
		Bilmiyorum	TC Sağlık Bakanlığı	Türk Cerrahi Derneği	Türk Tabipleri Birliği	YÖK ya da Tıp Fakülteleri	Diğer	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	1	1	10	0	0	0	12
		%	8,3%	8,3%	83,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	21	18	108	9	33	7	196
		%	10,7%	9,2%	55,1%	4,6%	16,8%	3,6%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	2	1	11	0	1	0	15
		%	13,3%	6,7%	73,3%	,0%	6,7%	,0%	100,0%
SBEA Hst.	N	6	13	92	4	9	1	125	
	%	4,8%	10,4%	73,6%	3,2%	7,2%	,8%	100,0%	
Toplam		N	30	33	221	13	43	8	348
		%	8,6%	9,5%	63,5%	3,7%	12,4%	2,3%	100,0%

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

Tablo 103. Bir önceki soruya yanıtınız evet ise sizce böyle bir denetlemeyi kim yapmalı?

		Bir önceki soruya yanıtınız evet ise sizce böyle bir denetlemeyi kim yapmalı?							
		Bilmiyorum	TC Sağlık Bakanlığı	Türk Cerrahi Derneği	Türk Tabipleri Birliği	YÖK ya da Tıp Fakülteleri	Diğer	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	6	13	92	4	9	1	125
		%	4,8%	10,4%	73,6%	3,2%	7,2%	,8%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	24	20	129	9	34	7	223
		%	10,8%	9,0%	57,8%	4,0%	15,2%	3,1%	100,0%
Toplam		N	30	33	221	13	43	8	348
		%	8,6%	9,5%	63,5%	3,7%	12,4%	2,3%	100,0%

p=0,025

Tablo 104. Bir önceki soruya yanıtınız evet ise sizce böyle bir denetlemeyi kim yapmalı?

		Bir önceki soruya yanıtınız evet ise sizce böyle bir denetlemeyi kim yapmalı?							
		Bilmiyorum	TC Sağlık Bakanlığı	Türk Cerrahi Derneği	Türk Tabipleri Birliği	YÖK ya da Tıp Fakülteleri	Diğer	Toplam	
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	4	3	48	5	9	0	69
		%	5,8%	4,3%	69,6%	7,2%	13,0%	,0%	100,0%
	2	N	3	10	41	1	6	0	61
		%	4,9%	16,4%	67,2%	1,6%	9,8%	,0%	100,0%
	3	N	9	7	45	1	11	4	77
		%	11,7%	9,1%	58,4%	1,3%	14,3%	5,2%	100,0%
	4	N	9	6	44	2	5	2	68
		%	13,2%	8,8%	64,7%	2,9%	7,4%	2,9%	100,0%
	5	N	2	5	36	2	10	1	56
		%	3,6%	8,9%	64,3%	3,6%	17,9%	1,8%	100,0%
	5+	N	2	1	7	2	2	1	15
		%	13,3%	6,7%	46,7%	13,3%	13,3%	6,7%	100,0%
	Toplam	N	29	32	221	13	43	8	346
		%	8,4%	9,2%	63,9%	3,8%	12,4%	2,3%	100,0%

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

Tablo 105. Diğer seçeneğinin açılımı

	N
Bağımsız kurul	1
Herhangi bir siyasi amacı olmayan ve yeterli bilgi ve deneyime sahip bir özerk yapı olabilir	1
Tarafsız bir kurum özellikle etkilenmemiş bir kurum düşünmüyorum	1
Tarafsız yapabilecek biri varsa o yapmalı	1
Tek bir kurum yapmamalı	1
Tüm Birimlerden Yansız, Hocalık Egosundan Uzak, Ortak Bir Kurul	1
Uzmanlar veya hocalar	1
Toplam	7

Tablo 106. Üniversite hastanelerinde çalışan asistanlar için yürürlükte olan MESAI DIŞI ÖZEL HASTA uygulamasının, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma hastanelerinde çalışan asistanlar için ise yürürlükte olan PERFORMANS uygulamasının genel cerrahi ihtisas eğitimini ne yönde etkilediğini düşünüyorsunuz?

		Mesai dışı özel hasta ve performans uygulamalarının genel cerrahi ihtisas eğitimini ne yönde etkilediğini düşünüyorsunuz?						
			Bilmiyorum	Olumlu	Olumsuz	Özel Bir Etkisi Yok	Diğer	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	9	17	88	27	2	143
		%	6,3%	11,9%	61,5%	18,9%	1,4%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	59	31	130	35	5	260
		%	22,7%	11,9%	50,0%	13,5%	1,9%	100,0%
Toplam		N	68	48	218	62	7	403
		%	16,9%	11,9%	54,1%	15,4%	1,7%	100,0%

p=0,001
Bilmiyorum-Olumlu: p=0,025
Bilmiyorum-Olumsuz p= 0,001
Bilmiyorum-Özel Bir Etkisi Yok p=0,001
Bilmiyorum-Diğer p=1,000
Olumlu-Olumsuz p=1,000
Olumlu-Özel Bir Etkisi Yok p=1,000
Olumlu-Diğer p=1,000
Olumsuz-Özel Bir Etkisi Yok p=1,000
Olumsuz-Diğer p=1,000
Özel Bir Etkisi Yok-Diğer p=1,000
Aradaki fark, SBEA hastanesinde olumsuz düşünenlerin fazlalığı ve Ünv hastanesinde bilmiyorum diyenlerin fazlalığına bağlıdır.

Tablo 107. Diğer seçeneğinin açılımı

	N
Akademik açıdan olumsuz, vaka yapma açısından olumlu	1
Asistana bir şey verilmiyor hocalar alıyor performansı	2
Askeri doktoru kapsamıyor	1
Bizde böyle uygulama yok	1
Eğitime bir katkısı olmadığı gibi uzmanların performansı arttırmak için daha fazla vaka yapmaya çalışması nedeniyle eğitim amaçlı hiçbir şeyin yapılamamasına neden olarak performans uygulaması eğitimi köstekliyor ancak eğer performans olmazsa da hiç ya da çok az vaka yapılmamasından endişelenmiyor değilim	1
Mesai dışı özel hasta kavramı kurumumuzda asistanların sadece ameliyat bazında müdahil oldukları bir durumdur, performans gibi maddi bir getirisi yoktur	1
Toplam	7

5. Bölüm EĞİTİCİYE YÖNELİK

Tablo 108. Primer cerrah olarak ben ameliyat yaparken; ameliyattan sorumlu uzman/eğitici

		Primer cerrah olarak ben ameliyat yaparken; ameliyattan sorumlu uzman/eğitici :							
			Ameliyat masasında benimle beraber sterildir	Ameliyat odasıdır fakat steril değildir	Hastanede değildir fakat telefon /çağrı cihazı ile ulaşılabilir durumdadır	Hastanededir fakat ameliyat odasında değildir	Ulaşılabilir değildir	Diğer	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	120	14	1	6	0	2	143
		%	83,9%	9,8%	,7%	4,2%	,0%	1,4%	100,0%
	Ünv Hst.	N	191	32	6	17	1	7	254
		%	75,2%	12,6%	2,4%	6,7%	,4%	2,8%	100,0%
Toplam		N	311	46	7	23	1	9	397
		%	78,3%	11,6%	1,8%	5,8%	,3%	2,3%	100,0%

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

Tablo 109. Diğer seçeneğinin açılımı

	N
Ameliyata girecek olan sorumluya göre değişir	1
Bazen steril bazen ameliyathanede nonsteril bazen de hastanede olur	1
Bazı vakalarda steril bazılarında non- sterildir	1
Çoğunlukla biz primer cerrah değilizdir zaten...	1
Değişir	1
Her an her yerde olabilir	1
İlk 3 seçenek olabilir	2
İlk 4 seçenek	1
O yapar ben izlerim	1
Toplam	10

Tablo 110. Süpervizyon (ameliyattan sorumlu uzman/eğitici) ile ilgili olarak benim çoğunlukla tercih ettiğim durum

		Süpervizyon ile ilgili olarak benim çoğunlukla tercih ettiğim durum:					Diğer	Toplam
			İhtiyacım olduğunda telefonla irtibat kurabileceğim hastane dışında olabilir	Süpervizör ameliyat odasında değilse de hastanede olmalıdır	Süpervizör ameliyat odasında olmalı ve sadece beni gözlemlemelidir	Süpervizör ameliyata benimle steril benimle steril girmeli ve asiste etmelidir		
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	1	13	49	80	1	144
		%	,7%	9,0%	34,0%	55,6%	,7%	100,0%
	Ünv. Hst.	N	11	21	85	136	2	255
		%	4,3%	8,2%	33,3%	53,3%	,8%	100,0%
Toplam		N	12	34	134	216	3	399
		%	3,0%	8,5%	33,6%	54,1%	,8%	100,0%

Dağılım nedeniyle istatistik yapılamaz.

Tablo 111. Diğer seçeneğinin açılımı

	N
Ameliyat yapalım...yeter ki o fırsat verilsin...	1
Hepsi	1
Süpervizör yok	1
Toplam	3

Tablo 112. Süpervizörünüz (ameliyattan sorumlu uzman/eğitici) olmadan bir ameliyatı ilk kez yaptığınız oldu mu?

		Süpervizörünüz olmadan bir ameliyatı ilk kez yaptığınız oldu mu?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	57	85	142
		%	40,1%	59,9%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	109	147	256
		%	42,6%	57,4%	100,0%
Toplam		N	166	232	398
		%	41,7%	58,3%	100,0%

p=0,637

6. Bölüm İŞ YERİ

Tablo 139. Genel Cerrahi ihtisas eğitimim; (durum)

	N	Yüzde
Tamamen tek bir hastane ve onun genel cerrahi kliniğinde geçmektedir	222	51,0
Tek bir şehirde ve farklı hastanelerde geçmektedir	31	7,1
Tek bir hastanede ve onun farklı genel cerrahi kliniklerinde geçmektedir.	138	31,7
Diğer	7	1,6
Yanıt yok	37	8,5
Toplam	435	100,0

Tablo 140. Diğer seçeneğinin açılımı

	N
Aynı illerde tek klinik mantığıyla	1
Birkaç şehirde	1
Elazığ EAH'de başladım. 1. Yıl sonunda Ankara numune EAH'ne eş durumundan tayin oldum.	1
Farklı şehirlerde ve tüm hastanelerinde	1
Geçici görevlendirme	1
Üniversitemize bağlı 2 ayrı hastanede genel cerrahi kliniği bulunmaktadır. Bu iki hastane arasında.	1
Toplam	6

Tablo 141. Genel cerrahi eğitimimin; (tercih)

	N	Yüzde
Hepsi tek bir genel cerrahi kliniğinde geçmesi daha iyi olur	89	20,5
Hepsi tek bir hastanede ama farklı genel cerrahi kliniklerinde geçmesi daha iyi olur	166	38,2
Tek bir şehirde ve farklı hastanelerde geçmesi daha iyi olur	112	25,7
Diğer	27	6,2
Yanıt yok	41	9,4
Toplam	435	100,0

Tablo 142. Diğer seçeneğinin açılımı

	N
Aslında tek bir cerrahi klinikte geçmesi en uygun olurdu ama şu anda bulunduğum kurumdaki klinikler arasında fark olduğu için rotasyon yapılması şu durum için uygun, seçim hakkı verilse istediğim tek bir klinikle çalışmak isterdim	1
Başka şehirde de olsa farklı kliniklerin işleyişini görmek faydalı olacaktır	1
Bir kısmı yurt dışında olmalıdır	3
Bir kısmının farklı hastaneler ve kliniklerde geçmesi uygun olur	3
Diğer merkezlerde farklı eğitim verebilen (örn: vasküler cerrahi, transplantasyon) birimlerde de çalışmalıyız	1
Farklı şehir ve hastanelerde rotasyonlar şeklinde olmalı	5
Farklı şehirler olabilir	2
Farklı şehirlerde hatta yurtdışı kursları dahil olmalıdır, asistanın tercihine bırakılmalıdır - kaliteli klinikler o zaman belli olur	1
Farklı şehirlerde ve tüm hastanelerinde	1
Farklı ülke ve şehirlerdeki kliniklerde de rotasyon imkanı olmalıdır	3
Farklı üniversitesi hastanelerinde geçmesi daha eğitici olur	1
Her gittiğim yerde çömez muamelesi görmeyeceksem farklı hastanelerde geçmesi daha uygun olacaktır	1
Majör olarak tek bir serviste fakat yapılmayan operasyonlar açısından dış rotasyonlar olmalı	3
Toplam	26

Tablo 108. Kliniğinizde araştırma amaçlı çalışmalarda görev alıyor musunuz?

		Kliniğinizde araştırma amaçlı çalışmalarda görev alıyor musunuz?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	71	70	141
		%	50,4%	49,6%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	170	86	256
		%	66,4%	33,6%	100,0%
Toplam	N	241	156	397	
	%	60,7%	39,3%	100,0%	

p=0,002

Tablo 106. "İşimde bir sorun yaşadığımda bunu hocalarım ya da uzmanlarım ile rahatlıkla paylaşabiliyorum" ifadesine katılıyor musunuz?

		"İşimde bir sorun yaşadığımda bunu hocalarım ya da uzmanlarım ile rahatlıkla paylaşabiliyorum" ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	12	35	23	54	17	141
		%	8,5%	24,8%	16,3%	38,3%	12,1%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	35	51	49	92	28	255
		%	13,7%	20,0%	19,2%	36,1%	11,0%	100,0%
Toplam	N	47	86	72	146	45	396	
	%	11,9%	21,7%	18,2%	36,9%	11,4%	100,0%	

p=0,450

Tablo 107. "Genel cerrahi eğitiminin şu ana kadarki bölümünde hocalarım, ve uzmanlarım, bana motive edici davranışlarda bulundular" ifadesine katılır mısınız?

		"Genel cerrahi eğitiminin şu ana kadarki bölümünde hocalarım, ve uzmanlarım, bana motive edici davranışlarda bulundular" ifadesine katılır mısınız?						
			Asla	Ender olarak	Bazen	Genellikle	Daima	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	13	29	38	48	12	140
		%	9,3%	20,7%	27,1%	34,3%	8,6%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	24	71	78	65	20	258
		%	9,3%	27,5%	30,2%	25,2%	7,8%	100,0%
Toplam		N	37	100	116	113	32	398
		%	9,3%	25,1%	29,1%	28,4%	8,0%	100,0%

p=0,321

Tablo 109. Eğitim süresinin ne kadarında memnun olduğunuz

	N	Yüzde
Tamamen memnun	28	6,4
Sürenin % 76-99'unda memnun	67	15,4
Sürenin % 51-75'inde memnun	103	23,7
Sürenin % 26-50'sinde memnun	78	17,9
Sürenin 1-25'inde memnun	49	11,3
Hiç memnun değil	63	14,5
Yanıt yok	47	10,8
Toplam	435	100,0

Tablo 110. Eğitim süresinin ne kadarında memnun olduğunuz (asistanlık yılına göre)

		Memnun olma yüzdesi						
			Sürenin % 76-100'unda memnun	Sürenin % 51-75'inde memnun	Sürenin % 26-50'sinde memnun	Sürenin % 0-25'inde memnun	Toplam	
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	26	21	13	17	77	
		%	33,8%	27,3%	16,9%	22,1%	100,0%	
	2	N	10	15	22	17	64	
		%	15,6%	23,4%	34,4%	26,6%	100,0%	
	3	N	14	22	14	37	87	
		%	16,1%	25,3%	16,1%	42,5%	100,0%	
	4	N	23	19	20	12	74	
		%	31,1%	25,7%	27,0%	16,2%	100,0%	
	5	N	15	18	7	26	66	
		%	22,7%	27,3%	10,6%	39,4%	100,0%	
	5+	N	6	8	1	2	17	
		%	35,3%	47,1%	5,9%	11,8%	100,0%	
	Toplam		N	94	103	77	111	385
			%	24,4%	26,8%	20,0%	28,8%	100,0%

p=0,001

Tablo 111. Sizce ülkemizde asistanlar için yasal çalışma süresi haftada kaç saattir?

	N	Yüzde
40 saat	27	6,2
44 saat	1	,2
45 saat	10	2,3
45-60 saat	1	,2
48 saat	4	,9
50 saat	4	,9
52 saat	1	,2
56 saat	1	,2
60 saat	4	,9
60-65 saat	1	,2
70 saat	1	,2
72 saat	1	,2
80 saat	10	2,3
84 saat	1	,2
Normal memurlar için 45 saat, bize özel yönetmelik yok	1	,2
böyle bir süre yoktur	2	,4
72 saat	1	,2
Yanıt yok	36	8,3
Bilmiyorum	328	75,4
Toplam	435	100,0

Tablo 112. Sizce ülkemizde asistanlar için yasal çalışma süresi haftada kaç saattir (özet)?

	N	Yüzde
45 saatten az	28	6,4
45 saat	10	2,3
45 saatten fazla	30	6,9
Yasal bir süre yok	3	,6
Yanıt yok-bilmiyorum	364	83,7
Toplam	435	100,0

Tablo 113. Nöbet sonrası izniniz var mı?

		Nöbet sonrası izniniz var mı?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	1	138	139
		%	,7%	99,3%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	2	250	252
		%	,8%	99,2%	100,0%
Toplam		N	3	388	391
		%	,8%	99,2%	100,0%

p=1.000

Tablo 114. Kliniğinizde gūnaşırı nōbet uygulaması var mı?

		Kliniğinizde gūnaşırı nōbet uygulaması var mı?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	94	46	140
		%	67,1%	32,9%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	158	93	251
		%	62,9%	37,1%	100,0%
Toplam		N	252	139	391
		%	64,5%	35,5%	100,0%

p=0,406

Tablo 114. Hafta içi rutin bir gün çalıştığınız ortalama süre kaç saattir?

SBEA Hastanesi	116	3	2-3	0,563
ÜNV Hst.	221	3	2-3	
Toplam	337	3	2-3	

Tablo 115. Nōbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir?

		Nōbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir?								
			<10	10-20	20-30	30-40	50-60	60-70	70-100	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	24	37	54	21	2	0	0	138
		%	17,4%	26,8%	39,1%	15,2%	1,4%	,0%	,0%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	33	68	79	50	17	3	7	257
		%	12,8%	26,5%	30,7%	19,5%	6,6%	1,2%	2,7%	100,0%
Toplam		N	57	105	133	71	19	3	7	395
		%	14,4%	26,6%	33,7%	18,0%	4,8%	,8%	1,8%	100,0%

p=0,017

Tablo 116. Nōbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir?

		Nōbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir?								
			<10	10-20	20-30	30-40	50-60	60-70	70-100	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	13	1	1	1	0	0	0	16
		%	81,3%	6,3%	6,3%	6,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	16	61	74	44	17	3	7	222
		%	7,2%	27,5%	33,3%	19,8%	7,7%	1,4%	3,2%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	4	6	4	5	0	0	0	19
		%	21,1%	31,6%	21,1%	26,3%	,0%	,0%	,0%	100,0%
SBEA Hst.	N	24	37	54	21	2	0	0	138	
	%	17,4%	26,8%	39,1%	15,2%	1,4%	,0%	,0%	100,0%	
Toplam		N	57	105	133	71	19	3	7	395
		%	14,4%	26,6%	33,7%	18,0%	4,8%	,8%	1,8%	100,0%

p=0,001

Tablo 117. Nöbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir?

		Nöbet dışı normal mesai esnasında sorumlu olduğunuz yatan hasta sayısı nedir?								
			<10	10-20	20-30	30-40	50-60	60-70	70-100	Toplam
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	10	32	19	14	3	2	0	80
		%	12,5%	40,0%	23,8%	17,5%	3,8%	2,5%	,0%	100,0%
	2	N	13	17	18	14	2	0	1	65
		%	20,0%	26,2%	27,7%	21,5%	3,1%	,0%	1,5%	100,0%
	3	N	13	25	30	13	6	0	1	88
		%	14,8%	28,4%	34,1%	14,8%	6,8%	,0%	1,1%	100,0%
	4	N	12	16	28	15	3	1	1	76
		%	15,8%	21,1%	36,8%	19,7%	3,9%	1,3%	1,3%	100,0%
	5	N	9	10	27	12	5	0	3	66
		%	13,6%	15,2%	40,9%	18,2%	7,6%	,0%	4,5%	100,0%
	5+	N	0	4	11	3	0	0	0	18
		%	,0%	22,2%	61,1%	16,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Toplam	N	57	104	133	71	19	3	6	393
		%	14,5%	26,5%	33,8%	18,1%	4,8%	,8%	1,5%	100,0%

p=0,021 r=0,116

Tablo 118. "Cerrahi asistanı olarak takibinden sorumlu olduğum hasta yükümün çok fazla olduğunu düşünüyorum" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Cerrahi asistanı olarak takibinden sorumlu olduğum hasta yükümün çok fazla olduğunu düşünüyorum" ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	6	43	31	41	18	139
		%	4,3%	30,9%	22,3%	29,5%	12,9%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	8	63	53	87	45	256
		%	3,1%	24,6%	20,7%	34,0%	17,6%	100,0%
Toplam	N	14	106	84	128	63	395	
	%	3,5%	26,8%	21,3%	32,4%	15,9%	100,0%	

p=0,465

Tablo 119. "Cerrahi asistanı olarak takibinden sorumlu olduğum hasta yükümün çok fazla olduğunu düşünüyorum" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Cerrahi asistanı olarak takibinden sorumlu olduğum hasta yükümün çok fazla olduğunu düşünüyorum" ifadesine katılıyor musunuz?						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Kaçınıncı yıl asistanısınız?	1	N	3	24	15	22	16	80
		%	3,8%	30,0%	18,8%	27,5%	20,0%	100,0%
	2	N	1	15	17	19	13	65
		%	1,5%	23,1%	26,2%	29,2%	20,0%	100,0%
	3	N	3	24	18	33	10	88
		%	3,4%	27,3%	20,5%	37,5%	11,4%	100,0%
	4	N	3	19	12	32	10	76
		%	3,9%	25,0%	15,8%	42,1%	13,2%	100,0%
	5	N	3	18	17	18	10	66
		%	4,5%	27,3%	25,8%	27,3%	15,2%	100,0%
	5+	N	1	6	5	2	4	18
		%	5,6%	33,3%	27,8%	11,1%	22,2%	100,0%
	Toplam	N	14	106	84	126	63	393
		%	3,6%	27,0%	21,4%	32,1%	16,0%	100,0%

p=0,847

Tablo 120. Yılda kaç gün izin kullanma hakkınız var?

	n	Ortanca	25.-75. Percentil	p
SBEA Hastanesi	132	20	14,25-20	0,001
ÜNV Hst.	254	20	20-21	
Toplam	359	20	20-20	

Tablo 121. Yıllık izinlerinizi her yıl tam süresiyle kullanabiliyor musunuz?

		Yıllık izinlerinizi her yıl tam süresiyle kullanabiliyor musunuz?				
			Bilmiyorum	Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	17	32	90	139
		%	12,2%	23,0%	64,7%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	20	188	44	252
		%	7,9%	74,6%	17,5%	100,0%
Toplam	N	37	220	134	391	
	%	9,5%	56,3%	34,3%	100,0%	

p=0,001

Tablo 122. "Hakkım olan yıllık tatil /izin süresinden memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Hakkım olan yıllık tatil /izin süresinden memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	60	43	14	21	1	139
		%	43,2%	30,9%	10,1%	15,1%	,7%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	70	88	28	55	15	256
		%	27,3%	34,4%	10,9%	21,5%	5,9%	100,0%
Toplam		N	130	131	42	76	16	395
		%	32,9%	33,2%	10,6%	19,2%	4,1%	100,0%

p=0,005

Tablo 123. Avrupa Birliğinde asistanların haftada en çok 48 saat çalışmaları için yasal düzenlemeye gidildiğini biliyor musunuz?

		Avrupa Birliğinde asistanların haftada en çok 48 saat çalışmaları için yasal düzenlemeye gidildiğini biliyor musunuz?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	20	120	140
		%	14,3%	85,7%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	60	198	258
		%	23,3%	76,7%	100,0%
Toplam		N	80	318	398
		%	20,1%	79,9%	100,0%

p=0,033

Tablo 124. Sizce böyle bir düzenleme ülkemiz için de gerekir mi?

		Sizce böyle bir düzenleme ülkemiz için de gerekir mi?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	120	20	140
		%	85,7%	14,3%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	214	40	254
		%	84,3%	15,7%	100,0%
Toplam		N	334	60	394
		%	84,8%	15,2%	100,0%

p=0,699

Tablo 125. Avrupa Birliğinde asistanların haftada 48 saatten daha fazla çalışmaları için yasal düzenlemeye gidildikten sonra yapılan bazı çalışmalarda bu süre kısıtlamasının cerrahi eğitimini olumsuz etkileyeceği öne sürüldü. Bu çalışmalardan haberiniz var mı?

		Süre kısıtlamasının cerrahi eğitimini olumsuz etkileyeceği öne sürüldü. Bu çalışmalardan haberiniz var mı?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	11	129	140
		%	7,9%	92,1%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	34	222	256
		%	13,3%	86,7%	100,0%
Toplam		N	45	351	396
		%	11,4%	88,6%	100,0%

p=0,104

Tablo 126. Sizce böyle bir düzenleme cerrahi eğitiminizi olumsuz etkiler mi?

		Sizce böyle bir düzenleme cerrahi eğitiminizi olumsuz etkiler mi?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	44	96	140
		%	31,4%	68,6%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	93	164	257
		%	36,2%	63,8%	100,0%
Toplam		N	137	260	397
		%	34,5%	65,5%	100,0%

p=0,341

7. Bölüm

YAŞAM KALİTESİ ve GELİR

Tablo 127. Çalışma saatlerim sosyal hayatımı olumsuz etkilemektedir” ifadesine katılıyor musunuz?

	N	Yüzde
Katılmıyorum	17	3,9
Kararsızım	13	3,0
Katılıyorum	136	31,3
Tamamen katılıyorum	230	52,9
Yanıt yok	39	9,0
Toplam	435	100,0

Tablo 128. “Çalışma saatlerim eşimle/kız veya erkek arkadaşım ile ilişkimi olumsuz etkilemektedir.” ifadesine katılıyor musunuz?

	N	Yüzde
Katılmıyorum	32	7,4
Kararsızım	26	6,0
Katılıyorum	157	36,1
Tamamen katılıyorum	182	41,8
Yanıt yok	38	8,7
Toplam	435	100,0

Tablo 129. Eğitiminizle ilgili harcamalarınızın ne kadarını çalıştığınız kurum karşılamaktadır (kurslar, kongreler vb.)?

		Eğitiminizle ilgili harcamalarınızın ne kadarını çalıştığınız kurum karşılamaktadır (kurslar, kongreler vb.)?							
			Hiçbirini	<25,00%	%25-50	%50-75	> %75	Hepsini	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	11	3	0	2	0	0	16
		%	68,8%	18,8%	,0%	12,5%	,0%	,0%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	177	22	4	4	2	8	217
		%	81,6%	10,1%	1,8%	1,8%	,9%	3,7%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	14	0	0	0	1	3	18
		%	77,8%	,0%	,0%	,0%	5,6%	16,7%	100,0%
	SBEA Hst.	N	129	2	2	0	2	6	141
		%	91,5%	1,4%	1,4%	,0%	1,4%	4,3%	100,0%
Toplam	N	331	27	6	6	5	17	392	
	%	84,4%	6,9%	1,5%	1,5%	1,3%	4,3%	100,0%	

p=0,421

Tablo 130. "Cerrahi asistanı olarak aldığım maaş ve döner sermaye gelirinden memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Cerrahi asistanı olarak aldığım maaş ve döner sermaye gelirinden memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?					
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	12	4	0	0	16
		%	75,0%	25,0%	,0%	,0%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	165	46	5	5	222
		%	74,3%	20,7%	2,3%	2,3%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	9	6	2	0	18
		%	50,0%	33,3%	11,1%	,0%	100,0%
SBEA Hst.	N	88	32	6	12	139	
	%	63,3%	23,0%	4,3%	8,6%	100,0%	
Toplam		N	274	88	13	17	395
		%	69,4%	22,3%	3,3%	4,3%	100,0%

p=0,057

"Cerrahi asistanı olarak aldığım maaş ve döner sermaye gelirinden memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Cerrahi asistanı olarak aldığım maaş ve döner sermaye gelirinden memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?					
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	88	32	6	12	139
		%	63,3%	23,0%	4,3%	8,6%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	186	56	7	5	256
		%	72,7%	21,9%	2,7%	2,0%	100,0%
Toplam		N	274	88	13	17	395
		%	69,4%	22,3%	3,3%	4,3%	100,0%

p=0,024

Tablo 131. Geçinebilmek için ek iş yapıyor musunuz?

		Geçinebilmek için ek iş yapıyor musunuz?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	4	12	16
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	43	177	220
		%	19,5%	80,5%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	4	14	18
		%	22,2%	77,8%	100,0%
	SBEA Hst.	N	28	113	141
		%	19,9%	80,1%	100,0%
Toplam		N	79	316	395
		%	20,0%	80,0%	100,0%

Dağılım istatistik için uygun değil.

Tablo 132. Geçinebilmek için ek iş yapıyor musunuz?

		Geçinebilmek için ek iş yapıyor musunuz?			
			Evet	Hayır	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	28	113	141
		%	19,9%	80,1%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	51	203	254
		%	20,1%	79,9%	100,0%
Toplam		N	79	316	395
		%	20,0%	80,0%	100,0%

p=0,958

8. Bölüm ÖZET

Tablo 133. “Şu an almakta olduğum genel cerrahi eğitimimden memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?

		“Şu an almakta olduğum genel cerrahi eğitimimden memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	2	6	4	4	0	16
		%	12,5%	37,5%	25,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	50	59	52	54	7	222
		%	22,5%	26,6%	23,4%	24,3%	3,2%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	1	3	8	7	0	19
		%	5,3%	15,8%	42,1%	36,8%	,0%	100,0%
	SBEA Hst.	N	11	41	47	37	5	141
		%	7,8%	29,1%	33,3%	26,2%	3,5%	100,0%
Toplam		N	64	109	111	102	12	398
		%	16,1%	27,4%	27,9%	25,6%	3,0%	100,0%

p=0,145

Tablo 134. “Şu an almakta olduğum genel cerrahi eğitimimden memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?

		“Şu an almakta olduğum genel cerrahi eğitimimden memnunum” ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	11	41	47	37	5	141
		%	7,8%	29,1%	33,3%	26,2%	3,5%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	53	68	64	65	7	257
		%	20,6%	26,5%	24,9%	25,3%	2,7%	100,0%
Toplam		N	64	109	111	102	12	398
		%	16,1%	27,4%	27,9%	25,6%	3,0%	100,0%

p=0,017

Tablo 135. "Şu an almakta olduğum genel cerrahi eğitimimden memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Şu an almakta olduğum genel cerrahi eğitimimden memnunuz" ifadesine katılıyor musunuz?						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Kaçınıncı yıl asistanısınız?	1	N	9	16	25	30	1	81
		%	11,1%	19,8%	30,9%	37,0%	1,2%	100,0%
	2	N	16	17	19	14	0	66
		%	24,2%	25,8%	28,8%	21,2%	,0%	100,0%
	3	N	16	30	23	17	3	89
		%	18,0%	33,7%	25,8%	19,1%	3,4%	100,0%
	4	N	12	14	27	18	4	75
		%	16,0%	18,7%	36,0%	24,0%	5,3%	100,0%
	5	N	9	24	15	16	2	66
		%	13,6%	36,4%	22,7%	24,2%	3,0%	100,0%
	5+	N	1	8	1	7	2	19
		%	5,3%	42,1%	5,3%	36,8%	10,5%	100,0%
	Toplam	N	63	109	110	102	12	396
		%	15,9%	27,5%	27,8%	25,8%	3,0%	100,0%

p=0,029

Tablo 136. "Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim" ifadesine katılıyor musunuz?						
		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam	
Çalışmakta olduğunuz hastane	Asker Hastanesi	N	2	2	5	5	2	16
		%	12,5%	12,5%	31,3%	31,3%	12,5%	100,0%
	Kamu Üniversite Hastanesi	N	27	20	36	59	80	222
		%	12,2%	9,0%	16,2%	26,6%	36,0%	100,0%
	Özel Üniversite (Vakıf) Hastanesi	N	2	3	3	8	3	19
		%	10,5%	15,8%	15,8%	42,1%	15,8%	100,0%
	SBEA Hst.	N	12	20	34	39	35	140
		%	8,6%	14,3%	24,3%	27,9%	25,0%	100,0%
	Toplam	N	43	45	78	111	120	397
		%	10,8%	11,3%	19,6%	28,0%	30,2%	100,0%

p=0,147

Tablo 137. "Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim" ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Çalışmakta olduğunuz hastane	SBEA Hst.	N	12	20	34	39	35	140
		%	8,6%	14,3%	24,3%	27,9%	25,0%	100,0%
	ÜNV Hst.	N	31	25	44	72	85	257
		%	12,1%	9,7%	17,1%	28,0%	33,1%	100,0%
Toplam		N	43	45	78	111	120	397
		%	10,8%	11,3%	19,6%	28,0%	30,2%	100,0%

p=0,136

Tablo 138. "Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim" ifadesine katılıyor musunuz?

		"Eğer geçmişe gitmek mümkün olsa ve kariyerimi yeniden seçmem için bana bir kez daha şans verilse yine genel cerrah olmayı seçerdim" ifadesine katılıyor musunuz?						
			Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Toplam
Kaçınıcı yıl asistanısınız?	1	N	7	7	16	23	28	81
		%	8,6%	8,6%	19,8%	28,4%	34,6%	100,0%
	2	N	6	12	13	21	14	66
		%	9,1%	18,2%	19,7%	31,8%	21,2%	100,0%
	3	N	13	8	16	23	28	88
		%	14,8%	9,1%	18,2%	26,1%	31,8%	100,0%
	4	N	8	10	17	17	23	75
		%	10,7%	13,3%	22,7%	22,7%	30,7%	100,0%
	5	N	7	7	12	20	20	66
		%	10,6%	10,6%	18,2%	30,3%	30,3%	100,0%
	5+	N	1	1	3	7	7	19
		%	5,3%	5,3%	15,8%	36,8%	36,8%	100,0%
Toplam		N	42	45	77	111	120	395
		%	10,6%	11,4%	19,5%	28,1%	30,4%	100,0%

p=0,914

EK: 3

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ GENEL CERRAHİ ASİSTAN KOMİSYONU YÖNERGESİ

(TCD YK'nun 13.12.2009 tarih ve 363 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiştir.)

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

- Madde 1-** (1) Bu yönergenin amacı; genel cerrahi alanında uzmanlık eğitimi görmekte olan asistanların;
- Uzmanlık eğitiminde karşılaşılabilecekleri sorunları belirlemek ve bunlara çözüm üretmek,
 - Uzmanlık eğitimleri süresince karşılaşılabilecekleri mesleki ve özlük hakları ile ilgili sorunlarını belirlemek ve bunlara çözüm üretmek,
 - Kendi içlerinde diğer asistan meslektaşlarıyla ve TCD'nin diğer resmi organları ile iletişimlerini arttırmak, amacına dair usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

Madde 2- (1) Bu yönerge TCD YK tarafından görevlendirilmiş bir temsilci, TCD Yeterlik Kurulu tarafından görevlendirilmiş bir temsilci ile yürürlükte olan Tıpta Uzmanlık Yönetmeliği mevzuatına göre Genel Cerrahi uzmanlık dalında uzmanlık eğitimi veren tüm cerrahi servis ve kliniklerin asistanları arasından belirlenmiş temsilcilerden oluşan komisyon genel kurul üyelerini kapsar.

Dayanak

Madde 3- (1) TCD tüzüğü'nün 2. maddesine ve "Dernekçe Sürdürülecek Çalışma Konuları ve Biçimleri" bölümünün -ö bendine dayanarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

- Madde 4 –** (1) Bu Yönergede yer alan ifadelerden;
- TCD; Türk Cerrahi Derneğini,
 - TCD YK; Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulunu,
 - Asistan; üniversite genel cerrahi anabilim dallarında mesleki eğitimini sürdürmekte olan uzmanlık öğrencileri ile TC Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde mesleki eğitimini sürdürmekte olan genel cerrahi asistanlarını,
 - TCD Yeterlik Kurulu: Türk Cerrahi Derneği Yeterlik Kurulunu,
 - TCD Asistan Komisyonu Genel Kurulu (AKGK); Türk Cerrahi Derneği Asistan Komisyonu'nun kuruluş aşamasında anabilim dalı başkanlarından ve klinik şeflerinden temsilci istenerek oluşturulan temsilciler komisyonunu,
 - TCD Asistan Komisyonu Yürütme Kurulu (AKYK); Genel kurulca seçilen, bir başkan ile üniversite hastanelerinde çalışan bir ve eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan bir asistandan oluşan iki ayrı sekreter, iki adet üye'den oluşan kurulu,
 - TCD Asistan Komisyonu Çalışma Grubu; Türk Cerrahi Derneği üyeleri arasından oluşan, TCD YK'na karşı sorumlu genel cerrahi uzmanlarının yer aldığı çalışma grubunu,
 - TCD YK Temsilcisi; Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından TCD Asistan Komisyonuna görevlendirilen temsilciyi
 - TCD Yeterlik Kurulu Temsilcisi; Türk Cerrahi Derneği Yeterlik Kurulu tarafından TCD Asistan Komisyonuna görevlendirilen temsilciyi ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM Kuruluş ve Yapılanma

Kuruluş

Madde 5- (1) Genel Kurul kuruluş aşamasında anabilim dalı başkanlarından ve klinik şeflerinden temsilci istenerek oluşturulur,

(2) Genel kurul işlerlik kazandıktan sonra AKYK temsilcilerinin seçimle belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılır,

Genel Kurul

Madde 6- (1) AKGK, TCD'nin her yıl düzenlediği ulusal kongreleri esnasında toplanır, toplantıya dair gündem ve program Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu tarafından yürütülür.

Yürütme Kurulu

Madde 7- (1) AKYK, AKGK üyelerinin kendi içlerinden iki yıllık bir süre için seçtiği beş kişilik bir kuruldur.

(2) Bu kurul;

(a) Yılda en az iki kez toplanır,

(b) İlk toplantıda kendi aralarından bir başkan ve iki sekreter seçer,

(c) Bu süreden önce kurul üyelerinden biri uzmanlık sınavına girer ve asistanlık statüsünü kaybeder ise ilk yedek üye, AKYK'nun asil üyesi olur,

(d) Asistanlık statüsünü yitiren üyenin başkan veya her iki sekreterden biri görevini taşıması durumunda ise, AKYK gerçekleştireceği bir toplantı ile yürütme kurulu içinden yeni bir başkan veya sekreter seçer

(e) AKYK Başkanı sorumluluğunda yürütme kurulu üyeleri arasında elektronik posta aracılığı ile iletişim sağlanır,

(3) TCD YK tarafından görevlendirilen bir yönetim kurulu üyesi; TCD Yeterlik Kurulu tarafından belirlenen bir yeterlik kurulu üyesi ve TCD Asistan Komisyonu Çalışma Grubu üyeleri ile TCD'nin tüm üyeleri AKYK toplantılarına alınacak kararlarda oy hakları olmaksızın katılabilir,

(4) Toplantı zamanları ve merkezi Asistan Komisyonu Yürütme Kurulu teklifiyle TCD YK tarafından belirlenir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM İşleyiş, Görev tanımları

Asistan Komisyonu Genel Kurulunun Görevleri

Madde 8- (1) AKYK'nda iki yıllık bir süre görev yapmaları için kurul Üyeleri arasından beş asil ve beş yedek üye seçer.

(2) Asistanlarının eğitim, araştırma, özlük hakları ve sosyal konulardaki sorunlarını tartışır, çözüm önerileri üretir,

(3) Asistanların TCD ile iletişimlerini sağlar;

(a) Asistanların TCD'den beklentilerini;

(b) TCD'nin asistanlardan beklentilerini;

(c) İletişimde yaşanan sorunları tartışır ve çözüm önerileri üretir.

(4) Asistanların birbirleri ile iletişim ve dayanışma içinde olmaları için çalışmalar yapar.

Asistan Komisyonu Yürütme Kurulunun görevleri

Madde 9- (1) AKGK' nca alınan kararları TCD YK'na iletir ve TCD YK onayından sonra alınan bu kararları yürütür.

(2) Asistanlar ile TCD arasındaki iletişimi eksiksiz ve kesintisiz sağlar

(3) TCD YK toplantılarında asistanlara ilişkin sorunları gündeme getirir.

(4) Kongre düzenleme kurullarına önerilerde bulunur ve gerektiğinde toplantılara katılır

(5) TCD Yeterlik Kuruluna önerilerde bulunur ve gerektiğinde toplantılara katılır

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Son hükümler

Yürürlük

Madde 10- (1) Bu yönerge Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu onayından sonra yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 11- (1) Bu yönerge hükümlerini Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu yürütür.

EK: 4

TIPTA ve DIŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ

18 Temmuz 2009 Cumartesi - RESMİ GAZETE - Sayı: 27292

Karar Sayısı: 2009/15153

Ekli "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği"nin yürürlüğe konulması; Sağlık Bakanlığının 19/6/2009 tarihli ve 7414 sayılı yazısı üzerine, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 9 uncu maddesine göre, Bakanlar Kurulu'nca 29/6/2009 tarihinde kararlaştırılmıştır.

Abdullah GÜL
CUMHURBAŞKANI

Recep Tayyip ERDOĞAN
Başbakan

C. ÇİÇEK
Devlet Bak. ve Başb. Yrd.

B. ARINÇ
Devlet Bak. ve Başb. Yrd.

A. BABACAN
Devlet Bak. ve Başb. Yrd.

M. AYDIN
Devlet Bakanı

H. YAZICI
Devlet Bakanı

F. N. ÖZAK
Devlet Bakanı

N. ERGÜN
Devlet Bakanı V.

H. YAZICI
Devlet Bakanı V.

E. BAĞIŞ
Devlet Bakanı

S. A. KAVAF
Devlet Bakanı

C. YILMAZ
Devlet Bakanı

S. ERGİN
Adalet Bakanı

M. V. GÖNÜL
Milli Savunma Bakanı

S. ERGİN
İçişleri Bakanı V.

A. DAVUTOĞLU
Dışişleri Bakanı

M. ŞİMŞEK
Maliye Bakanı

N. ÇUBUKÇU
Milli Eğitim Bakanı

M. DEMİR
Bayındırlık ve İskân Bakanı

R. AKDAĞ
Sağlık Bakanı

B. YILDIRIM
Ulaştırma Bakanı

M. M. EKER
Tarım ve Köyşleri Bakanı

Ö. DİNÇER
Çalışma ve Sos. Güv. Bakanı

N. ERGÜN
Sanayi ve Ticaret Bakanı

T. YILDIZ
Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanı

E. GÜNAY
Kültür ve Turizm Bakanı

V. EROĞLU
Çevre ve Orman Bakanı

TIPTA ve DIŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM

Genel Hükümler

Amaç

MADDE 1 - (1) Bu Yönetmeliğin amacı, tıp ve dış hekimliği alanlarında uzmanlık eğitiminin usul ve esaslarını düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 - (1) Bu Yönetmelik; tıp ve dış hekimliği alanlarında eğitim vermeye yetkili kurum ve kuruluşları ve uzmanlık eğitimi ile ilgili kişileri kapsar.

Dayanak

MADDE 3 - (1) Bu Yönetmelik, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 9 uncu maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar ve kısaltmalar

MADDE 4 - (1) Bu Yönetmeliğin uygulanmasında;

- Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- Birim: Kurumların, belirli bir uzmanlık dalında uzmanlık eğitimi veren anabilim dalı, bilim dalı, klinik veya laboratuvarlarını,
- Birim sorumlusu: Kurumların anabilim veya bilim dalı başkanlarını, klinik veya laboratuvar şeflerini, Adli Tıp Kurumu için Adli Tıp Kurumu Başkanını,
- Çekirdek eğitim müfredatı: Uzmanlık eğitimi sırasında uygulanması gereken asgari eğitim ve öğretimi,
- DUS: Dış Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavını,
- Fakülte: Tıp veya dış hekimliği fakültelerini,
- Genel Müdürlük: Bakanlık Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünü,
- Genişletilmiş eğitim müfredatı: Her birim için çekirdek eğitim müfredatını da içeren ve o birime özgü eğitim ve öğretimi,
- Kurul: Tıpta Uzmanlık Kurulunu,
- Kurum veya eğitim hastanesi: Tıp ve dış hekimliği fakülteleri ile Gülhane Askeri Tıp Akademisini, Bakanlıkça uzmanlık eğitimi vermeye yetkili kılınan sağlık kurumlarını ve Adli Tıp Kurumunu,
- ÖSYM: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezini,
- TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavını,
- Uzman: Ekli çizelgelerde yer alan dallardan birinde uzmanlık eğitimini tamamlayarak o dalda sanatını uygulama hakkı ve uzmanlık unvanını kullanma yetkisi kazanmış olanları,
- Uzmanlık eğitimi: Tıp veya dış hekimliğinde uzman olabilmek için gereken eğitim ve öğretimi,
- Uzmanlık öğrencisi: Kurumlarındaki kadro ve pozisyonları ne olursa olsun bu Yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören kişileri,
- YDUS: Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavını,
- YÖK: Yükseköğretim Kurulunu,

ifade eder.

Uzmanlık yetkisinin kullanılması

MADDE 5 - (1) Bu Yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık belgesi almayanlar, hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar.

İKİNCİ BÖLÜM

Tıpta Uzmanlık Kurulu

Kurulun oluşumu ve çalışma esasları

- MADDE 6 - (1) Kurul aşağıda belirtilen üyelerden oluşur.
- Bakanlık Müsteşarı, ilgili genel müdür ve 1. Hukuk Müşaviri.
 - Biri dış tabibi olmak üzere eğitim hastanelerinden Bakanlığın seçeceği beş üye.
 - Dört tıp fakültesinden ve bir dış hekimliği fakültesinden YÖK'ün seçeceği birer üye.
 - Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Fakültesinin seçeceği bir üye.
 - Türk Tabipleri Birliğinin seçeceği bir üye.
 - Türk Dış Hekimleri Birliğinin seçeceği bir üye.
- (2) Kurumlar, seçecekleri asıl üye sayısı kadar yedek üye de belirler.
- (3) Kurula seçilen asıl ve yedek üyelerin uzman olmaları, ayrıca en az üç yıllık klinik veya laboratuvar şefi ya da profesör unvanına sahip bulunmaları şarttır. Üyelerin görev süreleri üç yıldır. Süresi bitenler tekrar seçilebilir.
- (4) Kurul, Bakanlığın daveti üzerine yılda en az iki kez toplanır. Kurul, üyelerden en az beşinin teklifi ile olağanüstü toplanır. Kurula Bakanlık Müsteşarı veya yapılan ilk toplantıda üyeler arasından seçilen başkan vekili başkanlık eder.
- (5) Kurul, üyelerin üçte ikisinin katılımı ile toplanır. Türk Tabipleri Birliği temsilcisi yalnızca tabiplerle ilgili, Türk Dış Hekimleri Birliği temsilcisi de yalnızca dış tabipleri ile ilgili konuların görüşüleceği toplantılara katılabilir ve kendi meslek alanları ile ilgili konularda oy kullanır. Toplantı nisabının bulunmaması, gündem maddelerinin bitirilememesi veya toplantının ertelenmesine salt çoğunlukla karar verilmesi halinde, toplantı Kurul başkanı tarafından takip eden ilk çalışma gününe ertelenir.
- (6) Kuruldaki görüşmeler gündemdeki sıraya göre yapılır. Gündemdeki maddelerin sırası Kurul kararı ile değiştirilebilir. Her üye gündem dışı bir konunun müzakere edilmesini teklif edebilir. Önergeler yazılı olarak Kurul başkanına iletilir. Kurul başkanı, önergeler hakkında leh ve aleyhte konuşmak isteyenlere söz verir ve önerenin görüşülmesini Kurulun onayına sunar. Kurul başkanı, aynı konuyu içeren veya benzerlik gösteren önerileri birleştirerek görüşürme yetkisine sahiptir.
- (7) Kurul kararları oyçokluğuyla alınır. Oyların eşitliği halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır. Kurumların eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin kararlar, toplantıya katılanların üçte iki çoğunluğu ile alınır.
- (8) Kararlar ve varsa karşı oylar, karar tarihinden itibaren üç iş günü içerisinde gerekçeleri ile birlikte yazılarak imzalanır ve sekreteryaya bildirilir.
- (9) Kurul toplantılarına üst üste iki kez mazeretsiz olarak katılmayanların üyeliği düşer.

Kurulun görevleri

- MADDE 7 - (1) Kurulun görevleri şunlardır:
- Kurumlara uzmanlık eğitimi yetkisi verilmesi ve bu yetkinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri görüşüp karara bağlamak,
 - Uzmanlık eğitimi veren kurum ve birimin fiziki yapısı, yatak sayısı, eğitim araç, gereç ve personel durumu yönünden sahip olması gereken asgari nitelik ve standartları belirlemek,
 - İlgili uzmanlık dalının çekirdek eğitim müfredatını belirlemek ve ilan etmek,
 - Uzmanlık dallarının rotasyonları ve bu rotasyonların süreleri hakkında karar vermek,
 - 25 inci maddenin üçüncü fıkrasının (ç), (d), (e) ve (g) bentlerinde yer alan uzmanlık eğitimi takip sistemi bileşenlerine ilişkin formları oluşturmak ve yayımlamak,
 - İlgili kurum ve birimlerden toplanan bilgi formları vasıtasıyla uzmanlık eğitiminin nitelik ve standartlara uygunluğunu, mesleki uygulama ve bilimsel çalışmaların yeterliliğini takip etmek,
 - Yapılan takipler sonucunda, eksiklikleri tespit edilen birimlerde yerinde denetim yapmak veya yaptırmak, denetimler sonucunda düzenlenen raporları görüşüp karara bağlamak,
 - Uzmanlık eğitimi sınav jürilerinin seçim ölçütlerini belirleyerek jüriye katılabilecek eğitim sorumlularını tespit etmek,
 - Yurt dışındaki uzmanlık eğitimi veren kurumların tanınmışlık listesini yapmak ve bu listeyi güncellemek, yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimi yapanların bilimsel değerlendirilmesinin ölçütlerini belirlemek ve değerlendirilmelerin yapılabileceği fakülteler ile eğitim hastanelerini belirlemek,
 - Yeni uzmanlık dallarının ihdas edilmesi ile ilgili görüş bildirmek, ihdas edilen dallarda uzman olacakların başvuru ölçütlerini belirlemek ve bu konudaki başvuru kararına bağlamak,
 - Ekli çizelgelerde yer alan uzmanlık alanları dışında ihtiyaç duyulan uzmanlık sonrası sertifikalı eğitim programı düzenlenecek alanları ve eğitimin süresi ve yeri ile usul ve esaslarını belirlemek,
 - Tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler vermek, uzmanların tıbbi gelişmeleri izlemelerini sağlayıcı inceleme ve araştırmalar yapmak, yaptırmak ve sonuçlarını ilgili kurum ve kuruluşlara iletmek,
 - Görev alanlarıyla ilgili konularda çalışmalar yapmak ve görüş hazırlamak üzere, görev süresini ve üye sayısını belirlediği geçici komisyonlar kurmak.

Görevi sona eren kurul üyelerinin yenilenmesi

- MADDE 8 - (1) Bakanlık, Kurul üyelerinin görev süresinin bitiminden en az üç ay öncesinde 1219 sayılı Kanunda belirtilen kurumlardan asil ve yedek üyelerini tespit etmelerini ister. Kurumlar, seçecekleri asil ve yedek üyelerin kimlik ve iletişim bilgilerini kendilerine tebliğ edilen tarihten itibaren en geç bir ay içerisinde bildirir.
- (2) Herhangi bir sebeple ayrılan veya üyeliği düşen üyenin yerine, geri kalan süreyi tamamlamak üzere aynı kurumun birinci sıradaki yedek üyesi görev yapar. Boşalan yedek üyelik yerine ilgili kurum en geç bir ay içinde yeni bir üyeyi Bakanlığa bildirir.

Kurul sekreteryası

- MADDE 9 - (1) Kurulun sekreteryası Genel Müdürlük tarafından yürütülür. Sekreteryası hizmetlerini yürütmek üzere yeterli nitelik ve sayıda personel görevlendirilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Eğitim Kurumları ve Eğitim Sorumluları

Eğitim kurumlarının nitelikleri ve standartları

MADDE 10 - (1) Eğitim kurumları ve birimlerinin nitelikleri ve standartları Kurul tarafından belirlenir ve Bakanlıkça internet ortamında yayımlanır.

Eğitim kurumlarının denetimi

- MADDE 11 - (1) Eğitim kurum ve birimleri Kurul tarafından belirlenen nitelik ve standartlara uymak zorundadır.
(2) Eğitim kurum ve birimleri fiziki yapıları, teknik donanımları, personel durumları, eğitim, uygulama ve araştırma faaliyetlerinin standartlara uygunluğu yönünden Kurul tarafından ya da 7 nci maddenin birinci fıkrasının (j) bendi uyarınca oluşturulan komisyonlarca, en az üç yılda bir denetlenir.
(3) Denetimlerde 25 inci maddenin üçüncü fıkrasının (g) bendinde yer alan denetim formu doldurulur ve Kurula sunulur.
(4) Denetimlerde tespit edilen eksiklik ve hataların giderilmesi için Kurul tarafından kurumlara uyarı yazısı gönderilir. Bu yazıda; eksiklik ve hataların tanımı, bunların giderilmesi için alınması gereken önlemler ile verilen süre belirtilir. Verilen süre içinde eksiklik ve hataların giderilmemesi halinde kurum veya birimin eğitim yetkisi kaldırılır.
(5) Eğitim yetkisi kaldırılan kurumlar eksikliklerini gidererek eğitim yetkisini almak için Bakanlık aracılığıyla Kurula yeniden başvurabilir.

Akademik kurullar

MADDE 12 - (1) Kurum ve birimler; eğitim-öğretim, uygulama ve araştırma faaliyetlerinin değerlendirilmesi ve bilimsel denetimin etkinliğinin sağlanması için tabi oldukları mevzuat çerçevesinde uzmanlık eğitimini düzenleme ve koordine etme görevini kendi akademik kurullarınca yapar.

Eğitim sorumluları

- MADDE 13 - (1) Tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi, ilgili alanda uzmanlığı olan eğitim sorumluları tarafından verilir.
(2) Tıpta uzmanlık eğitiminden, fakültelerde ve Gülhane Askeri Tıp Akademisinde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ve 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununa göre profesör, doçent ve en az üç yıllık uzman olan yardımcı doçentler; eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik ve laboratuvar şefi, şef yardımcısı ve kadro unvanına bakılmaksızın profesör ve doçentler; Adli Tıp Kurumunda 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda belirtilen ihtisas kurulu başkanları ile en az üç yıl süreyle ihtisas kurullarında üyelik yapmış adli tıp uzmanları sorumludur.
(3) Başasistan ve uzmanlar ile ilgili alanda uzman olmayan öğretim üyeleri ve öğretim görevlileri, eğitim sorumluları nezaretinde uzmanlık eğitiminde görev alır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Uzmanlık Eğitimi

Uzmanlık öğrencisi

- MADDE 14 - (1) Uzmanlık öğrencisi; kurumlarındaki kadro unvanı ne olursa olsun, tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, bu Yönetmelik ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde eğitim ve öğrenim gören, araştırma ve uygulama yapan tabip veya dış hekimidir.
(2) Uzmanlık öğrencilerinin istihdam şekli, kurumlarının özel mevzuat hükümlerine tabidir.

Uzmanlık eğitimine giriş sınavları

- MADDE 15 - (1) Uzmanlık eğitimine giriş sınavı tıp fakültesi mezunları için TUS, dış hekimliği fakültesi mezunları için DUS olmak üzere ÖSYM tarafından yılda en az iki defa ayrı ayrı yapılır. YDUS, Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Yönetmeliğine göre yapılır.
(2) Kurumlar, her sınav dönemi için açılmasını istedikleri uzmanlık öğrencisi kadrolarını bağlı oldukları üst kurumlar aracılığı ile Bakanlığa bildirir. Bakanlık, Kurulun görüşünü alarak kadroları kurum ve birim adı belirtmek suretiyle ÖSYM'ye bildirir.
(3) ÖSYM her sınav dönemi için başvuru, sınav ve yerleştirme işlemlerini ayrıntılı olarak açıklayan bir kılavuz hazırlayıp yayımlar.
(4) Uzmanlık eğitimini kısa süreli olarak yapabilecekleri ek-1 sayılı çizelgede belirtilmiş olan uzmanlar arasından TUS ile veya kontenjan açıldığı takdirde uzman oldukları alanlarda yapılan YDUS ile ana dalda uzmanlık öğrencisi alınır.

Uzmanlık eğitimine giriş sınavlarına başvuru şartları

- MADDE 16 - (1) Uzmanlık eğitimine giriş sınavlarına başvurabilmek için aşağıdaki şartlar aranır;
a) Uzmanlık eğitimine giriş sınavlarının yapıldığı tarih itibarıyla Türkiye'de tabiplik veya dış hekimliği mesleğini yapmaya yetkili olmak,
b) 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) fıkrasının (4) ve (5) numaralı bentlerinde sayılan şartlara sahip bulunmak,
c) Askerlikle ilişkisi bulunmamak veya askerlik hizmetini yapmış ya da yedek sınıfa geçirilmiş yahut 1111 sayılı Askerlik Kanununun 86 nci ve 89 uncu maddelerinde öngörülen durumlardan birine girmemiş olmak,
ç) Meslek ve sanatını uygulamasına ve uzman olmak istediği dalda çalışmasına engel teşkil edebilecek bedeni ve ruhi bir hastalığı olmamak,
d) 1111 sayılı Askerlik Kanununa ve 1076 sayılı Yedek Subay ve Yedek Askeri Memurlar Kanununa göre askerlik hizmetini yapmakta olanlar için, bu hizmetlerini uzmanlık eğitimine giriş sınavı gününden itibaren üç ay içinde bitirebilecek durumda olmak, görevden çekilen veya çekilmiş sayılan memurlar için yeniden kamu görevine girebilmek için belirlenen kanuni süresi uzmanlık eğitimi giriş sınavı gününden itibaren üç ay içinde bitecek durumda bulunmak.

Uzmanlık eğitimine giriş sınavlarının konusu ve kapsamı

- MADDE 17 - (1) Uzmanlık eğitimine giriş sınavları yeterli esasına dayanan mesleki yabancı dil sınavı ve yarışma esasına dayanan mesleki bilgi sınavı olmak üzere iki aşamada yapılır.
- (2) Mesleki yabancı dil sınavı İngilizce, Fransızca, Almanca ve ihtiyaç duyulması halinde Kurulun belirleyeceği diğer yabancı dillerden yapılır. TUS ve DUS'ta mesleki bilgi sınavına girebilmek için mesleki yabancı dil sınavında yüz üzerinden en az elli puan almak şarttır. Kamu Personeli Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavında veya Üniversitelerarası Kurul Dil Sınavında yüz üzerinden en az elli puan alanlar da başarılı kabul edilir. Yabancı dil sınavı başarı belgeleri, bu belgenin verilmesine esas olan yabancı dil sınavının yapıldığı tarihten itibaren üç yıl süre ile geçerlidir.
- (3) TUS genel tıp bilimleri konularında, DUS genel dış hekimliği konularında yapılır.

Uzmanlık eğitimine giriş sınavlarının sonuçları ve uzmanlık eğitimine başlama

- MADDE 18 - (1) Ekli çizelgerde belirtilen uzmanlık dallarında uzmanlık öğrencisi olabilmek için TUS veya DUS'a girenler, mesleki bilgi sınavında aldıkları puanlara ve tercihlerine göre ÖSYM tarafından sıralanır ve uzmanlık eğitimi alanlarına öncelik tanınır.
- (2) Mesleki bilim puanının eşitliği halinde yabancı dil puanı yüksek olanlara öncelik tanınır.
- (3) Sınav sonuçları ÖSYM tarafından ilan edilir ve ilgili kurumlara bildirilir. ÖSYM tarafından yapılan ilan kanuni tebligat yerine geçer.
- (4) ÖSYM tarafından yerleştirilenler, uzmanlık eğitimine başlatılmak üzere gereken işlemlerin yapılması için sonuçların ilanı tarihinden itibaren onbeş gün içerisinde ilgili kuruma başvurur. Uzmanlık eğitimine atama ve göreve başlama işlemleri kırkbeş gün içinde tamamlanır. Uzmanlık eğitimine başlamasına mani ve kabul edilebilir kanuni gerekçeleri olmaksızın görevine başlamayanların atamaları iptal edilir.
- (5) Adayların tercih etmemesi, adayların yerleştirilmesine rağmen durumlarının atanmaya uygun olmaması veya yerleştirilmesi yapılan adayların başvuru süresi içinde başvurmaması nedeniyle boş kalan kontenjanlar, ilgili kurumlar tarafından başvuru süresinin sona ermesinden itibaren on gün içinde ÖSYM'ye bildirilir. ÖSYM tarafından ilgili sınav döneminde bir defaya mahsus olmak üzere otuz gün içinde ek yerleştirme yapılır.
- (6) Uzmanlık eğitimine devam edenlerden kurum veya dal değişikliği için yeniden sınava girenlerin yerleştirmeye esas mesleki bilgi puanı % 2 oranında düşürülür.
- (7) Uzmanlık eğitimi giriş sınavı şartlarını taşımaksızın sınava girenler, başarılı olsalar bile uzmanlık eğitimine başlatılmazlar. Şartlardan herhangi birini taşımadığı sonradan anlaşılabilir ile uzmanlık eğitimi sırasında bu şartlardan herhangi birini kaybedenlerin uzmanlık eğitimine son verilir.

Yabancı uyrukluların uzmanlık eğitimi

- MADDE 19 - (1) Yabancı uyruklular;
- a) Kurumlarda yabancı uyruklulara ayrılan kontenjan bulunması,
- b) Türkiye'deki tıp veya dış hekimliği fakültelerinin birinden mezun olunması veya yabancı ülkelerdeki bu fakültelerin birinden mezun olup YÖK'ten denklik belgesi alınmış olması,
- c) Türkiye'de uzmanlık eğitimi yapmalarına engel hallerinin bulunmaması,
- ç) Türkiye'de ikametlerine izin verilmiş olması,
- d) Uzmanlık eğitimi süresince kendilerine burs verileceğini veya Türkiye'deki giderlerinin karşılanacağını belirten bir belgenin sunulması,
- e) Uzmanlık eğitimine giriş sınavlarında ilgili alana yerleştirilmiş olunması,
- kaydıyla uzmanlık eğitimine kabul edilir.
- (2) Yabancı uyruklular ayrıca mesleki konuları izleyebilecek derecede Türkçe bildiklerini ölçmek amacıyla Kurulun belirleyeceği bir kuruluş tarafından yapılan Türkçe dil bilgisi sınavında başarılı olduklarına dair belgeleri, uzmanlık eğitimine başladıkları tarihten itibaren en geç bir yıl içerisinde sunmak zorundadır. Aksi takdirde bu kişilerin uzmanlık öğrenciliği ile ilişkileri kesilir. Türkiye'deki tıp ve dış hekimliği fakültelerinin Türkçe bölümlerinden mezun olanlarda, Türkçe dil bilgisi başarı belgesi aranmaz.
- (3) Uzmanlık eğitimi yapmak isteyen yabancı uyruklulara, uzmanlık öğrenciliği kadrolarının en çok % 10'una kadar ilave kontenjan ayrılabilir.
- (4) Türkiye'de yabancı uyruklu olarak uzmanlık eğitimi görmekte iken Türk uyruğuna geçenler kadrosuz ve aylıksız olarak uzmanlık eğitimine devam eder.

Uzmanlık eğitimi ile bağdaşmayan işler

- MADDE 20 - (1) Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitiminin gerektirdiği öğrenim, eğitim, araştırma ve uygulama çalışmaları dışında, kamu kurum ve kuruluşları veya özel kurum ve kuruluşlarda aylıklı veya aylıksız hiçbir işte çalışamazlar, muayenehane açamazlar.
- (2) Birinci fıkraya aykırı davrandığı tespit edilen uzmanlık öğrencileri önce yazılı olarak uyarılır, aykırılığın devamı veya tekrarı halinde ilgili eğitim kurumunca uzmanlık öğrenciliği ile ilişkileri kesilir.
- (3) Bu madde uyarınca uzmanlık öğrenciliği ile ilişkin kararlar karşı kararın tebliğinden itibaren yedi gün içerisinde Kurula itiraz edilebilir. İtiraz kararını icrasını durdurmaz.

Uzmanlık eğitimi süresinden sayılmayacak haller

- MADDE 21 - (1) Senelik izin ve bilimsel içerikli toplantılar için verilen izin süreleri hariç olmak üzere, uzmanlık eğitiminde fiilen geçmeyen süreler uzmanlık eğitimi ve rotasyon sürelerinden sayılmaz.

Bakanlıkça görevlendirme yoluyla uzmanlık eğitimi yaptırılması

- MADDE 22 - (1) Bakanlıkça gerek görülen uzmanlık dallarında, özlük hakları Bakanlıkta kalmak kaydı ile uzmanlık eğitimi veren diğer kurumlarda, bu kurumlar ile mutabakat sağlanarak ana ve yan dallarda görevlendirme yoluyla 15 inci maddede yer alan sınavlarda başarılı olanlara uzmanlık eğitimi yaptırılabilir.

Uzmanlık eğitiminde devamlılık, kurum ve dal değiştirme

- MADDE 23 - (1) Uzmanlık eğitiminin kesintisiz olması şarttır.
- (2) Askerlik hizmeti, doğum sonrası ücretsiz izin ve diğer kanuni veya mücbir sebepler haricinde herhangi bir sebeple eğitime ara verenler veya kendi isteği veya fiiline bağlı olarak uzmanlık eğitimi sona erenler bu uzmanlık eğitimine tekrar başlayamaz.

- (3) Uzmanlık eğitimine devam ederken yeniden girdikleri uzmanlık eğitimine giriş sınavında başarılı olanlar ile uzmanlık eğitiminden ayrıldıktan sonra en geç bir yıl içinde yeniden sınava girerek başarılı olan uzmanlık öğrencilerinden;
 - a) Uzmanlık eğitim dalları değişenlerin önceki uzmanlık eğitiminde geçen eğitim süreleri, yeni başlayacakları uzmanlık eğitimi süresinden sayılmaz. Ancak dalları değişen uzmanlık öğrencilerinin, önceki uzmanlık eğitimine ait süreleri ve rotasyonları, yeni başladıkları kurumdaki eğitim sorumlularınca ve akademik kurullarınca kabul edildiği takdirde yeni uzmanlık eğitimi dalındaki eğitim müfredatında da yer alıyor ise uzmanlık eğitiminin süre ve rotasyonlarından sayılır.
 - b) Dal değiştirmeksizin kurum değiştirenlerin yeni başlayacakları kurumların eğitim sorumlularını ve akademik kurullarınca kabul edildiği takdirde, önceki uzmanlık eğitiminde geçen süreler, uzmanlık eğitiminin süre ve rotasyonlarından sayılır.
- (4) Uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimlerini yerleştirildikleri kurum ve birimlerde tamamlamaları zorunludur. Ancak eğitim yetkisi kaldırılan kurum ve birimlerdeki uzmanlık öğrencileri, Kurulun tespit edeceği kurum ve birimlere kendi mevzuatlarına uygun olarak nakledilir.
- (5) Uzmanlık eğitimine başladıktan sonra ortaya çıkan sağlık ve eş durumu mazeretlerinden dolayı eğitimlerine başka bir ilde devam etmek isteyenler, mazeretlerini bildirir kanıtlayıcı belgeleri kurumları aracılığı ile Kurula gönderir. Kurul doğrudan doğruya veya 7 nci maddenin birinci fıkrasının (j) bendi uyarınca oluşturulan komisyonlar marifetiyle, uzmanlık öğrencisinin tabi olduğu mevzuata göre mazeretleri geçerli görülenleri tespit eder. Mazereti kabul edilenler için, gitmek istedikleri kurumdaki ilgili uzmanlık dalının sinava girilen dönemdeki sınav puanına veya o dönemde o birim için kadro açılmamışsa son üç sınav puanının ortalamasına bakılır. Geçiş yapmak isteyen uzmanlık öğrencisinin puanı geçiş yapılacak birimin giriş puanına eşit veya bu puandan daha yüksek ve geçiş yapmak istenilen birimin kadro durumu uygun ise ilgili mevzuat çerçevesinde bir defaya mahsus olmak kaydıyla geçiş yaptırılır.
- (6) Uzmanlık eğitimine başladıktan sonra kendisinin veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eş, anne, baba veya çocuklarından birinin ortaya çıkan hastalığının o ilde tedavisinin mümkün olmadığını veya görev yerinin değişmemesi halinde bu kişilerin hayatının tehlikeye gireceğini sağlık kurulu raporuyla belgelendirenler; tedavinin yapılabileceği bir sağlık kurumunun bulunduğu veya kişinin sağlığının olumsuz etkilenmeyeceği bir ildeki ilgili uzmanlık eğitiminin verildiği kuruma beşinci fıkradaki şartların taşınması koşuluyla atanırlar. İlgili kişilerin sağlık kurulu raporlarını Bakanlığın eğitim ve araştırma hastaneleri ya da Devlet üniversitelerinin uygulama ve araştırma merkezlerinden almaları zorunludur.
- (7) Eş durumu nedeniyle nakil talebinde bulunan uzmanlık öğrencileri; eşinin 217 sayılı Devlet Personel Başkanlığı Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname kapsamına giren bir kurum veya kuruluşta, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (B) ve (C) fıkraları ile geçici pozisyonlar hariç olmak üzere memur kadrosunda çalıştığını ve eğitim aldığı ilde eşinin kurumunun veya durumuna uygun bir kadronun bulunmadığını belgelemesi halinde, eşinin görevli olduğu ildeki uzmanlık eğitimi alabileceği kuruma beşinci fıkradaki şartların taşınması koşuluyla atanabilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Uzmanlık Eğitimi, Takibi ve Değerlendirilmesi

Eğitim programı

MADDE 24 - (1) Uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve öğretimi, Kurul tarafından belirlenen çekirdek eğitim müfredatını kapsayacak şekilde birimler tarafından hazırlanan programlara göre yapılır. Her birim uzmanlık eğitimini yayımladıkları genişletilmiş eğitim müfredatına göre planlar.

Eğitimin takip ve değerlendirilmesi

MADDE 25 - (1) Eğitim kurumlarında birim sorumlularından, her uzmanlık öğrencisine göreve başlamasını takiben bir rehber eğitim sorumlusu tayin edilir ve bu durum uzmanlık öğrencisine yazılı olarak bildirilir. Birimlere diğer birimlerden gelen uzmanlık öğrencisi için de aynı işlemler yapılır.

(2) Eğitim kurumları, yeni başlayan uzmanlık öğrencisine, kuruma adaptasyon için kurumu tanıtıcı bilgiler verir, kanuni sorumlulukları, mesleki gelişimi, iletişim ve deontoloji ile ilgili uyum programları düzenler.

(3) Uzmanlık eğitiminin takibi ve değerlendirilmesi Bakanlık bünyesinde elektronik ağ ortamı kullanılarak kurulan uzmanlık eğitimi takip sistemi çerçevesinde yapılır. Uzmanlık eğitimi takip sistemi aşağıdaki unsurlardan oluşur.

- a) Çekirdek eğitim müfredatı: Uzmanlık eğitimi ihtiyaçlarının değerlendirme sonuçlarına dayanır. Belirlenen ihtiyaçları karşılayacak amaç ve hedefler ile bunları gerçekleştirecek asgari bilgi, beceri ve tutum kazandırmaya yönelik eğitim etkinliklerini içerir. Kurul tarafından hazırlanır ya da hazırlattırılır ve ihtiyaç duyulduğunda güncellenerek elektronik ağ ortamında ilan edilir.
- b) Genişletilmiş eğitim müfredatı: Birimler tarafından hazırlanır, yıllık olarak güncellenir, Kurula bildirilir ve elektronik ağ ortamında ilan edilir.
- c) Uzmanlık eğitimi karnesi: Birimler, eğitime başlayan her uzmanlık öğrencisi için genişletilmiş eğitim müfredatına uygun bir karne oluşturur. Karne içeriğindeki eğitim ve uygulamaların çekirdek eğitim müfredatına ait olan kısmının uzmanlık eğitimi süresi içerisinde tamamlanması zorunludur. Birimler, hazırladıkları karneleri her yılın Eylül ayının ilk iki haftası içinde Kurula bildirir. Kurul, bu karneleri elektronik ağ ortamında ulaşılabilecek şekilde uzmanlık eğitimi takip sistemine koyar. Bu karneye uzmanlık öğrencisinin yaptığı teorik ve pratik tüm etkinlikler uzmanlık öğrencisi tarafından işlenir ve eğitim sorumlusu ve birim sorumlusu tarafından onanır. Eğitim karnesi kurum amirleri tarafından altı ayda bir kontrol edilir varsa eksiklikler süresi içinde tamamlattırılır. Uzmanlık eğitimi tamamlayanlara kurum tarafından eğitim karnesinin onaylı bir örneği verilir. Karneler takip sistemi içinde uzmanlık eğitimi tamamlayanlara ayrılan arşiv kısmında saklanmaya devam edilir.
- ç) Birim sorumlusu kanaati: Birim sorumluları altı ayda bir uzmanlık öğrencilerinin göreve bağlılık, çalışma, araştırma ve yönetme yetenekleri ile meslek ahlakı hakkındaki görüş ve kanaatlerini uzmanlık eğitimi takip sistemine kaydedip kurum amirlerine onaylatır. Uzmanlık eğitiminin altı aylık değerlendirme devresinin birden fazla birim sorumlusu yanında geçmesi halinde, bu kaydı yanında en fazla süre geçirilen birimin sorumlusu yapar. Bu değerlendirme sonucunda olumsuz görüş ve kanaat notu alanlar kurum amiri tarafından yazılı olarak uyarılır. İki kez olumsuz kanaat notu alan uzmanlık öğrencisinin birimi, varsa aynı kurumdaki, yoksa mevzuatı çerçevesinde belirlenen başka bir kurumdaki eğitim birimi ile Kurulca değiştirilir. Yeni eğitim biriminde de iki kez olumsuz kanaat notu alan uzmanlık öğrencisinin hizmet süresi ne olursa olsun uzmanlık öğrenciliğiyle ilişkisi kesilir. Tekrar uzmanlık eğitimine giriş sınavına girip uzmanlık eğitimine başlayanlar hakkında 23 üncü madde hükümlerine göre işlem yapılır.

- d) Tez çalışmasının takibi: Tez çalışması, tez danışmanı tarafından üç ayda bir değerlendirilir ve eğitim takip sistemindeki ilgili kısma işlenir.
- e) Uzmanlık öğrencisi kanaati: Uzmanlık öğrencileri verilen eğitimi ve eğitim sorumlularını yıllık olarak nitelik ve nicelik açısından değerlendirir ve uzmanlık eğitimi takip sistemine kaydeder. Bu değerlendirme, eğitimin niteliğini ve eğitim sorumlularının bilgi, beceri ve davranışlarını kapsar. Kurum amirleri, bu değerlendirmelerin akademik kurulda görüşülmesini sağlar.
- f) Uzmanlık eğitimi süresi: Alınan sağlık izinleri ve ücretsiz izinler nedeniyle fiilen uzmanlık eğitiminde geçmeyen sürelerin takip edilebilmesi amacıyla kurum amirleri uzmanlık öğrencilerinin bu sürelerinin uzmanlık eğitimi takip sistemindeki ilgili alana işlenmesini sağlar.
- g) Denetim formu: Kurum ve birimlerin denetiminde kullanılan formlar Kurul tarafından hazırlanır ve uzmanlık eğitimi takip sistemi içinde ayrılmış yerde yayımlanır.

Uzmanlık öğrencilerinin hak ve sorumlulukları

- MADDE 26 - (1) Uzmanlık öğrencisinin, kurum ve birimlerde eğitimin çağdaş standartlarda verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır ve bunu sağlamak kurum amirlerinin görevidir. Nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi uzmanlık eğitimi alan kişinin eğitsel ve sosyal gereksinimlerini karşılayan alt yapı kurumca sağlanır.
- (2) Uzmanlık öğrencileri uzmanlık eğitimi uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilemez.
- (3) Uzmanlık öğrencisi, eğitim sorumlusunun gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar.

Uzmanlık ana ve yan dalları ile eğitim süreleri ve rotasyonlar

- MADDE 27 - (1) Tıpta uzmanlık ana ve yan dalları ile bunların eğitim süreleri ek-1, ek-2 ve ek-3 sayılı çizelgelerde gösterilmiştir.
- (2) Uzmanlık öğrencilerine, bu Yönetmelikle belirlenen ve uzman olabilmek için mutlaka yapılması gereken asgari tıbbi uygulamaların eğitim sorumluları tarafından yaptırılarak onların, gerekli ve yeterli bilgi ve beceri ile donatılmaları zorunludur. Eğitim süreleri ve rotasyonların kazanılan birimin bulunduğu kurumda yaptırılması esastır. Ancak, kurumda ilgili uzmanlık dalına ait rotasyonların yapılacağı eğitim biriminin bulunmaması veya bulunsa bile asgari uygulamaları yapmasına yeterli olmaması veya başka kurumda yapılmasında birim sorumlusu tarafından fayda görülmesi halinde uzmanlık öğrencisi kurum amirince uygun görülen yerlerde kabul belgesi sağlanmak koşuluyla rotasyona tabi tutulabilir.
- (3) Uzmanlık öğrencilerine; eğitim sorumlularının uygun görmesi kaydıyla, tabi oldukları mevzuata göre, yetkili kılınan akademik kurulların uygun görüşü ve kurum amirlerinin kararı üzerine, eğitime kabul belgesi sağlanmaları koşuluyla yurt içinde veya yurt dışında başka kurumlarda uzmanlık eğitimi alması için bir yıla kadar izin verilebilir. Kurum içerisinde yapılamayan rotasyonlar bu süreden sayılmaz. Eğitimin yurt dışında yapılması halinde uzmanlık öğrencisi ücretsiz izinli sayılır.
- (4) Yan dal uzmanlık eğitimi; ek-3 sayılı çizelgede yer alan yan dallarda, yan dalın bağlı olduğu ana dal uzmanlarının görebileceği uzmanlık eğitimidir. Birden fazla bağlı ana dalı olan yan dallarda uzmanlık öğrencisi kadroları, hangi bağlı ana dal veya dallardan uzmanlık öğrencisi alınacağı belirtilerek ilan edilir. Yan dal uzmanlık eğitimi yapanların, eğitim gördükleri kurumların ilgili birimlerinde fiilen yan dal uzmanlık öğrenciliği yapmaları ve girecekleri bitirme sınavlarında başarılı olmaları zorunludur.

Uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık tezi ve değerlendirilmesi

- MADDE 28 - (1) Uzmanlık öğrencilerinin, uzmanlık sınavına girebilmeleri için uzmanlık eğitimi gördükleri dala ait bir konu üzerinde tez hazırlamaları zorunludur.
- (2) Tez konusu, kurumların akademik kurulları tarafından belirlenen tez konuları arasında uzmanlık öğrencisi talebi dikkate alınarak uzmanlık öğrencisinin eğitim sorumlusu tarafından seçilir ve ana dallar için uzmanlık eğitimi süresinin ilk yarısı içinde, yan dallar için ilk altı ayı içinde uzmanlık öğrencisine yazılı olarak bildirilir ve birim sorumlusu tarafından kendisine bir tez danışmanı tayin edilir.
- (3) Tez, uzmanlık eğitimi süresinin bitiminden üç ay önce, kurumun ilgili akademik kurulları tarafından belirlenen, uzmanlık öğrencisinin eğitim gördüğü dalın eğitim sorumlularından oluşan üç kişilik bir jüriye sunulur. Eğitim gördüğü birimde üç eğitim sorumlusu bulunmaması halinde rotasyon yaptığı dallar veya akademik kurulun uygun göreceği dallardaki eğitim sorumlularından jüri tamamlanır.
- (4) Tez, jüriye verildiği tarihten itibaren en geç bir ay içerisinde incelenir ve jüri huzurunda savunulur. Sonuç, yazılı ve gerekçeli olarak uzmanlık öğrencisi ve kurum amirine bildirilir.
- (5) Tezinde düzeltme istenilen uzmanlık öğrencileri, keyfiyetin kendilerine bildiriminden itibaren en geç bir ay içinde, jürinin gerekçesindeki esaslara göre tezde gerekli değişiklikleri yaparak aynı jüriye sunar.
- (6) Tezin yetiştirilemediği veya jüri tarafından kabul edilmediği durumlarda, tez danışmanının önerisi ile kurumların akademik kurullarında görüşülerek ekli çizelgelerde belirlenen uzmanlık eğitimi süresine altı aylık bir süre eklenir ve bu durum fakültelerde dekanlığa, diğer eğitim kurumlarında ise Bakanlığa bildirilir.
- (7) Tezin ikinci defa kabul edilmemesi halinde; dördüncü fıkraya göre kurum amirine yapılan bildirimini takiben en geç onbeş gün içerisinde üçüncü fıkrada belirtilen esaslara göre yeni bir jüri oluşturulur. Tez en geç bir ay içerisinde incelenir ve bu jüri huzurunda savunulur.
- (8) Tezi üçüncü defa reddedilen veya altıncı fıkrada verilen ek süre içerisinde tezini teslim etmeyen uzmanlık öğrencisinin, uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisi kesilir. Bunlar uzman adayları olarak tezini tamamlar. İki yıl içinde tezini tamamlayamayan uzman adayının uzmanlık eğitimi ile ilişkisi kesilir. Bunlardan tekrar uzmanlık eğitimine giriş sınavına girip uzmanlık eğitimine başlayanlar hakkında 23 üncü madde hükümlerine göre işlem yapılır.

ALTINCI BÖLÜM

Uzmanlık Eğitiminin Tamamlanması

Uzmanlık eğitimi bitirme sınavı

- MADDE 29 - (1) Tezi kabul edilen, uzmanlık eğitimi süresini ve rotasyonlarını tamamlayan, uzmanlık eğitimi karnesinin çekirdek eğitim müfredatını belirleyen kısmı ilgili birim sorumlusu tarafından onaylanan uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girmeye hak kazanır. Bunların belgeleri onbeş gün içerisinde sınav jürileri, sınav yeri ve tarihi belirlenmek üzere fakültelerde dekanlığa, diğer eğitim kurumlarında Bakanlığa bildirilir ve belgeleri tamam olanlar düzenlenen ilk sınava alınır. Uzmanlık eğitimi bitirme sınavları kurumlarca ilan edilen yer ve tarihte sınav jürilerince yapılır.
- (2) Uzmanlık eğitimi bitirme sınavı jürileri, Kurul tarafından tespit edilen jüri listesinden eğitim ve araştırma hastanelerinde Genel Müdürlük, fakültelerde dekanlık, Adli Tıp Kurumunda ise Kurum başkanı tarafından seçilen beş kişiden oluşur. Jüriler, en az üç üyesi sınav yapılan daldan olmak üzere, uzmanlık dalının rotasyon alanlarının veya Kurulun uygun gördüğü dalların eğitim sorumlularından oluşturulur. Ayrıca iki kişilik yedek üye seçilir. Jüri üyeleri kendi aralarından bir başkan ve kâtip üye seçer. Uzmanlık öğrencisinin birim sorumlusu jürinin doğal üyesidir ve jüride bulunmak zorundadır.
- (3) Girdikleri ilk uzmanlık sınavında başarı gösteremeyenler veya sınava girmeyenler altı ay içerisinde uzmanlık sınavına tekrar alınır. Bu süre içerisinde uzmanlık öğrencilerinin kadrolarıyla ilişkileri kesilmez. Girdikleri ikinci uzmanlık sınavında da başarılı olamayanların veya bu sınava girmeyenlerin, uzmanlık öğrenciliği ile ilişkileri kesilir. Bu suretle uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisi kesilenlere, takip eden altı ay içerisinde iki sınav için başvuru hakkı verilir. Bu sınavlarda da başarılı olamayanlar veya sınavlara girmeyenlerin bu eğitimlerine bağlı hakları sona erer. Bunlardan tekrar uzmanlık eğitimine giriş sınavlarına girip uzmanlık eğitimine başlayanlar hakkında 23 üncü madde hükümlerine göre işlem yapılır.
- (4) Uzmanlık sınavı, aşağıda belirtilen biri mesleki bilgi, diğeri uygulama ve beceri sınavı olmak üzere iki aşamada yapılır.
- a) Mesleki bilgi sınavında aday, jüri tarafından seçilen vakanın anamnezini alarak muayenesini yapar, teşhis ve tedavisi hakkında yorumlarını sunar. Laboratuvar dallarında jürinin seçtiği konular üzerinde adayın yorumları alınır. Gerektiğinde materyal verilerek uygulamalar izlenir. Mesleki bilgi sınavı tek oturum halinde yapılır. Her üye adaya sorular sormakla yükümlüdür. Sorular içerik açısından adayın uzmanlık dalındaki bilgisini değerlendirmek amacıyla ilgili dalın genel eğitim programı çerçevesinde yöneltilir.
- b) Uygulama ve beceri sınavı, uzmanlık dalının özelliğine göre teşhis ve tedavi için gerekli olan müdahale ve ameliyatlara, laboratuvar, görüntüleme ve teknik uygulama ve becerileri ölçmeyi amaçlar.
- (5) Her bir jüri üyesi mesleki bilgi ile uygulama ve beceri sınavında ayrı ayrı yüz üzerinden puan verir. Sorulan sorular ve alınan cevaplar kâtip üye tarafından kaydedilerek jüri üyeleri tarafından imzalanır ve sınav tutanağına eklenir.
- (6) Mesleki bilgi sınavı ile uygulama ve beceri sınavında jüri üyelerinin verdiği puanların ortalamaları alınır ve ek-4'te yer alan sınav tutanağında belirtilerek üyelerce imzalanır. Ortalamaları her iki sınav için de ayrı ayrı altmış ve üzeri ise aday başarılı kabul edilir. Sınav sonucu jüri başkanı tarafından ilgili kurum vasıtasıyla Bakanlığa iletilir.

Uzmanlık eğitiminin tamamlanması

- MADDE 30 - (1) Uzmanlık eğitiminin tamamlanması için;
- a) Tezin kabul edilmiş olması,
- b) Eklî çizelgelerde belirtilen uzmanlık dalı ile ilgili uzmanlık eğitimi süresinin ve rotasyonların tamamlanmış bulunması,
- c) Uzmanlık eğitimi karnesinin çekirdek eğitim müfredatını belirleyen kısmının ilgili birim sorumlusu tarafından onaylanmış bulunması,
- ç) Uzmanlık eğitimi bitirme sınavında başarılı olunması, şarttır.

YEDİNCİ BÖLÜM

Yurt Dışında Yapılan Uzmanlık Eğitiminin Denkliği

Uzmanlık eğitiminin ve belgelerin incelenmesi

- MADDE 31 - (1) Yurt dışında uzmanlık eğitimi vermeye yetkili olan bir sağlık kurumunda uzmanlık eğitimi veya uzmanlık belgesi almış olan Türk vatandaşlarının talepleri halinde, yabancı ülkedeki Türk misyon şeflikleri ile o ülkenin yetkili meslek kuruluşunca onaylanmış uzmanlık eğitimine ilişkin belgeleri ve eğitim süreleri; şekli yönden Bakanlıkça, bilimsel yönden Kurul tarafından belirlenen bir fakülte veya eğitim hastanesi tarafından bu Yönetmelik hükümlerine uygunluğu açısından incelenir. Bilimsel inceleme otuz gün içerisinde tamamlanarak Bakanlığa bildirilmek zorundadır.
- (2) Bakanlık ve bilimsel incelemeyi yapan eğitim kurumu, yabancı ülkelerde yapılan uzmanlık eğitiminin usul ve esaslarına uygun olarak yapılmış yapılmadığını araştırır, kanıtlayıcı her türlü belge ve dokümanın verilmesini isteyebilir.

Uzmanlık belgesi almamış olanlar hakkında yapılacak işlemler

- MADDE 32 - (1) Yabancı ülkelere uzmanlık belgesi almamış olanların uzmanlık eğitiminde geçen süreleri eklî çizelgelerde öngörülen süreden az ise bu kişiler TUS, DUS veya YDUS'a girerler. Sınavda başarılı olanlar, yurt dışında geçirdikleri eğitim sürelerinin uzmanlık eğitimi süresinden sayılmasını isterlerse, eğitim aldıkları dilden 17 nci maddenin ikinci fıkrasında yer alan sınavlardan birinde başarılı olanların, eğitim gördükleri ülkeden aldıkları belgeler değerlendirilerek, uygun görülen süreler Türkiye'de yapılacak uzmanlık eğitimi süresinden düşülür. Ancak, yurt dışında geçen uzmanlık eğitimi sürelerinin geçerli sayılabilmesi için, yukarıda belirtilen şartlar yanında ilgililerin uzmanlık eğitiminden ayrıldıktan sonra en geç bir yıl içinde müracaatları ve açılacak ilk iki uzmanlık eğitimi giriş sınavından birinde başarılı olmaları şarttır.
- (2) Yabancı ülkelerde uzmanlık eğitiminde geçirdikleri eğitim süresi ve uygulamaları bu Yönetmelik hükümlerine uygun bulunanlardan, Kurul tarafından belirlenen fakülte veya eğitim hastanesinde teşkil edilen jürilerce yapılan sınavda başarılı olanların uzmanlık belgeleri Bakanlıkça tescil edilir. Başarısız olanlara sonucusu başka bir eğitim kurumunda olmak üzere iki sınav hakkı daha verilir. Bu sınavlarda da başarılı olamayanlar aynı dalda uzmanlık eğitimi denkliği talebinde bulunamaz.

Uzmanlık belgesi almış olanlar hakkında yapılacak işlemler

- MADDE 33 - (1) Yurt dışında uzmanlık eğitimi veren ve Kurulun yayımlayıp güncellediği tanınmışlık listesinde yer alan kurumlardan, o ülkede ilgili dalda uzmanlık yapma yetkisi veren bir belge almış olanların uzmanlık belgeleri fakülte veya eğitim hastanelerince tasdik edilmesinden sonra Bakanlıkça tescil edilir.
- (2) Tanınmışlık listesinde olmayan bir kurumdan uzmanlık belgesi almış olanların yaptıkları eğitimin süresi, ekli çizelgelerde öngörülen sürenin beşte üçünden fazla ise Kurul tarafından belirlenen fakülte veya eğitim hastanesinde teşkil edilen jürilerce yapılan sınavda başarılı olanların uzmanlık belgeleri Bakanlıkça tescil edilir. Başarısız olanlara sonuncusu başka bir eğitim kurumunda olmak üzere iki sınav hakkı daha verilir. Bu sınavlarda da başarısız olanlar aynı dalda uzmanlık eğitimi denkliği talebinde bulunamaz.
- (3) Yurt dışında yaptığı eğitimin süresi ekli çizelgelerde öngörülen sürelerin beşte üçünden az olanlar hakkında 32 nci maddenin birinci fıkrası hükümleri uygulanır.

Türkiye'de başlanılan uzmanlık eğitiminin yurt dışında sürdürülmesi

- MADDE 34 - (1) Türkiye'de başladıkları uzmanlık eğitimini yurt dışında sürdürenlerin, uzmanlık eğitimi görülen yabancı ülkelerin usullerine göre aynı dalın uzmanlık eğitiminde geçirdikleri süreler, Türkiye'de uzmanlık eğitiminden ayrılış ve yurt dışında uzmanlık eğitimine başlangıç tarihleri arasındaki sürenin altı aydan fazla olmaması koşuluyla, yurt içinde uzmanlık eğitiminde geçen önceki süreleri ile birleştirilerek denklik işlemine tabi tutulur. Süre veya müfredat yönünden tespit edilen eksiklikler yeniden uzmanlık eğitimi giriş sınavına girmeksizin ve kadroya atanmaksızın tamamlattırılır.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Çeşitli Hükümler

Uzmanlık belgelerinin düzenlenmesi ve tescili

- MADDE 35 - (1) Uzmanlık eğitimi bitirme sınavı sonuçları, uzmanlığın tescili için gerekli olan belgelerle birlikte en geç onbeş gün içinde, il sağlık müdürlüğü, fakülteler veya ilgili kurumlar tarafından Bakanlıkça gönderilir.
- (2) Uzmanlık eğitimi bitirme sınavında başarılı olanların uzmanlık belgeleri Bakanlıkça düzenlenir ve tescil edilir.
- (3) Uzmanlık eğitiminin bu Yönetmeliğe uygun olarak yapılmadığının tespiti halinde Bakanlıkça tescil işlemi yapılmaz, yapılmış ise iptal edilir.
- (4) Bu Yönetmelik hükümlerine göre verilen uzmanlık belgesinin şekli ve içeriği Bakanlıkça tespit edilir.

Kazanılmış uzmanlık ve eğitim yetkisi

- GEÇİCİ MADDE 1 - (1) Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önceki mevzuata göre kazanılmış bulunan uzmanlık ve eğitim yetkisi ile ilgili haklar saklıdır. Eğitimi devam edenler

- GEÇİCİ MADDE 2 - (1) Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihte uzmanlık öğrencisi olanlar ile uzmanlık giriş sınavlarını kazanmış bulunanlar hakkında tabi oldukları önceki mevzuat hükümlerinin uygulanmasına devam olunur. Bunlardan, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde talepte bulunanlar bu Yönetmelik hükümlerine tabi olur.

- (2) Bu Yönetmelik hükümlerine tabi olanlardan eğitim süresi kısılmış bulunan dallarda eğitim sürelerinin bitimine iki yıldan daha az süre kalan ve eğitime yönelik uygulamaları veya tezlerini tamamlamak için ek süreye ihtiyacı olan uzmanlık öğrencilerine eğitim sorumlusunun teklifi üzerine kurumun akademik kurulu tarafından bir yıla kadar süre uzatımı verilebilir.

Uzman eğitim sorumlusu bulunmayan birimler

- GEÇİCİ MADDE 3 - (1) 13 üncü maddenin birinci fıkrası hükmü uyarınca uzmanlık eğitimi verilmesi mümkün olmayan birimlerde, o dalda uzman eğitim sorumlusu istihdam edilinceye kadar uzmanlık öğrencisi kadrosu açılmaz. Bu durumdaki birimlerde uzmanlık öğrencileri varsa, bir yıl içerisinde o dalda uzman eğitim sorumlusu istihdam edilir. Eğitim sorumlusu istihdam edilemediği takdirde uzmanlık öğrencileri Kurulca başka birimlere nakledilir.

Veteriner, eczacı ve kimyagerler

- GEÇİCİ MADDE 4 - (1) **19/3/1927 tarihi ve 992 sayılı Kanun hükümlerine göre veteriner, eczacı ve kimyager olanlar, kendi alanlarına ilişkin düzenleme yapılmıncaya kadar tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji alanlarında TUS'ta başarılı olmaları kaydıyla uzmanlık eğitimi yapabilir.** (Maddenin yürütmesi, Danıştay 8.Dairesinin 6.11.2009 tarih ve 2009/6689 E. sayılı kararlarla durdurulmuştur.)

Askerlik sebebiyle uzmanlık eğitimine başlayamayanlar

- GEÇİCİ MADDE 5 - (1) Uzmanlık eğitimi yaparken askerlik sebebiyle uzmanlık eğitimiyle ilişkileri kesilenler bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde, halen askerlikleri devam edenler ise askerliklerinin bitmesini takiben ilgili mevzuatta öngörülen süre içerisinde başvurmaları halinde uzmanlık eğitimine kaldıkları yerden devam eder.

- (2) Uzmanlık eğitimi giriş sınavını kazandıkları halde askerlik sebebiyle uzmanlık eğitimine başlayamayanlar bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde, halen askerlikleri devam edenler ise askerliklerinin bitmesini takiben ilgili mevzuatta öngörülen süre içerisinde başvurmaları halinde uzmanlık eğitimine başlatılır.

Uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girmemiş olanlar

- GEÇİCİ MADDE 6 - (1) Bu Yönetmelik yürürlüğe girmeden önce uzmanlık eğitimi süresini tamamlayıp da uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girmemiş olanlar, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay süre içerisinde eğitimlerini yapmış oldukları kurumlara başvurur ve takip eden altı ay içerisinde bu Yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girerler. Bu süreler içerisinde başvurmayan veya sınava girmeyenler önceki eğitimlerine ilişkin bir hak talep edemez.

Uzmanlık eğitimi takip sistemine geçilmesi

- GEÇİCİ MADDE 7 - (1) Bakanlık tarafından bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren iki yıl içerisinde, 25 inci maddenin üçüncü fıkrasında yer alan uzmanlık eğitimi takip sistemine işlerlik kazandırılır. Bu süre içerisinde önceki mevzuatın ilgili hükümlerinin uygulanmasına devam olunur.

Çekirdek eğitim müfredatının belirlenmesi

GEÇİCİ MADDE 8 - (1) Uzmanlık dallarının çekirdek eğitim müfredatları ile rotasyonları ve süreleri bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde Kurul tarafından belirlenir.

(2) Uzmanlık dallarının çekirdek eğitim müfredatları belirleninceye kadar uzmanlık eğitimi bitirme sınavlarında 30 uncu maddede istenen uzmanlık eğitimi karnesinin çekirdek eğitim müfredatını belirleyen kısmının onaylanma şartı aranmaz.

Yeni ihdas edilen ana dallarda uzmanlık belgesi verilmesi

GEÇİCİ MADDE 9 - (1) Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi, Askeri Sağlık Hizmetleri, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, Endodonti, Ortodonti, Pedodonti, Periodontoloji ve Protetik Diş Tedavisi ana dallarında, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce o ana dal alanında yurt içinde veya yurt dışında en az dört yılı eğitim kurumlarında olmak üzere altı yıl süreyle araştırma, uygulama ve inceleme yapmış bulunanlar, yaptıkları araştırma, uygulama ve incelemeler ile aldıkları eğitimlere ait belgelerini ve bu alanda yurt içi ve yurt dışında yayımlanmış bilimsel yayınlarını ibraz ederek, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde uzmanlık belgesi almak için Bakanlığa başvurabilir.

(2) Başvurular Kurul tarafından birinci fıkrada belirtilen başvuru süresinin bitiminden itibaren altı ay içerisinde değerlendirilir. Çalışmaları yeterli görülenerin uzmanlık belgeleri Bakanlığa düzenlenerek uzmanlıkları tescil edilir.

Bazı yan dallarda uzmanlık belgesi verilmesi

GEÇİCİ MADDE 10 - (1) Algoloji, Askeri Psikiyatri, Cerrahi Onkoloji, Çocuk Acil, Çocuk Genetik Hastalıkları, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi, Çocuk Radyolojisi, Çocuk Romatolojisi, Çocuk Ürolojisi, Çocuk Yoğun Bakımı, El Cerrahisi, Geriatri, Harp Cerrahisi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Klinik Nörofizyoloji, Periferik Damar Cerrahisi, Perinatoloji ve Yoğun Bakım yan dallarında, bağlı ana dalda uzman olduktan sonra ve bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce o yan dal alanında yurt içinde veya yurt dışında en az iki yılı eğitim kurumlarında olmak üzere beş yıl süreyle araştırma, uygulama ve inceleme yapmış bulunanlar, yaptıkları araştırma, uygulama ve incelemeler ile aldıkları eğitimlere ait belgelerini ve bu alanda yurt içi ve yurt dışında yayımlanmış bilimsel yayınlarını ibraz ederek, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde uzmanlık belgesi almak için Bakanlığa başvurabilir.

(2) Başvurular Kurul tarafından birinci fıkrada belirtilen başvuru süresinin bitiminden itibaren altı ay içerisinde değerlendirilir. Çalışmaları yeterli görülenerin uzmanlık belgeleri Bakanlığa düzenlenerek uzmanlıkları tescil edilir.

İsmi değişen uzmanlık dalları

GEÇİCİ MADDE 11 - (1) Bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önce;

- İç Hastalıkları ana dalına bağlı Alerji Hastalıkları ya da İmmünoloji yan dallarında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlar, eğitimlerini İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları adı altında devam ettirirler.
- Çocuk Alerjisi ya da Çocuk İmmünolojisi yan dallarında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlar eğitimlerini Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları adı altında devam ettirirler.
- Çocuk Gastro., Hepatoloji ve Beslenme dalında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlar, uzmanlık eğitimlerini Çocuk Gastroenterolojisi adı altında devam ettirirler.
- Çocuk Hematolojisi ya da Çocuk Onkolojisi yan dallarında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlar eğitimlerini Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi adı altında devam ettirirler.
- Dermatoloji adıyla uzmanlık belgesi almış olanların, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde başvurmaları halinde uzmanlık belgeleri Deri ve Zührevi Hastalıkları olarak değiştirilir. Halen bu alanda uzmanlık öğrencilikleri devam edenlerin uzmanlık eğitimini başarıyla bitirmeleri halinde uzmanlık belgeleri Deri ve Zührevi Hastalıkları adıyla tescil edilir.
- Enfeksiyon Hastalıkları adıyla uzmanlık belgesi almış olanların, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde başvurmaları halinde uzmanlık belgeleri Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji olarak değiştirilir. Halen bu alanda uzmanlık öğrencilikleri devam edenlerin uzmanlık eğitimini başarıyla bitirmeleri halinde uzmanlık belgeleri Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji adıyla tescil edilir.
- Çocuk Alerjisi ya da Çocuk İmmünolojisi adıyla uzmanlık belgesi almış olanların, bu iki alanda yaptıkları araştırma, uygulama ve incelemelere ait belgelerini ibraz ederek, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde başvurmaları halinde uzmanlık belgeleri Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları olarak değiştirilir.
- Çocuk Hematolojisi ya da Çocuk Onkolojisi adıyla uzmanlık belgesi almış olanların, bu iki alanda yaptıkları araştırma, uygulama ve incelemelere ait belgelerini ibraz ederek, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde başvurmaları halinde uzmanlık belgeleri Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi olarak değiştirilir.
- İç Hastalıkları ana dalına bağlı İmmünoloji ya da İç Hastalıkları ana dalına bağlı Alerji Hastalıkları adıyla uzmanlık belgesi almış olanların, bu iki alanda yaptıkları araştırma, uygulama ve incelemelere ait belgelerini ibraz ederek, bu Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren altı ay içerisinde başvurmaları halinde uzmanlık belgeleri İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları olarak değiştirilir.
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ana dalına bağlı Genetik yan dalında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlar, eğitimlerini Çocuk Genetik Hastalıkları adı altında devam ettirirler.
- Tıbbi Mikrobiyoloji ana dalına bağlı İmmünoloji yan dalında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlar, eğitimlerini Temel İmmünoloji adı altında devam ettirirler.
- Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji dalında eğitimini tamamlamış olan veya eğitimlerine devam etmekte olanların uzmanlık belgeleri düzenlenerek tescil edilir.
- Tıbbi Mikrobiyoloji ana dalına bağlı Mikoloji yan dalında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlar, eğitimlerini Tıbbi Mikoloji adı altında devam ettirirler.
- Tıbbi Mikrobiyoloji ana dalına bağlı Viroloji yan dalında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlar eğitimlerini Tıbbi Viroloji adı altında devam ettirir.

Yürürlük

MADDE 36 - (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 37 - (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

EK-1

Tıpta Uzmanlık Ana Dalları ve Eğitim Sürelerine Dair Çizelge		
Ana Dallar	Eğitim Süreleri	
1- Acil Tıp	5 yıl	İç Hastalıkları uzmanları için 2 yıl Genel Cerrahi uzmanları için 2 yıl
2- Adli Tıp	4 yıl	Patoloji uzmanları için 2 yıl
3- Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	5 yıl	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları uzmanları için 2 yıl Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi uzmanları için 2 yıl
4- Aile Hekimliği	3 yıl	
5- Anatomi	3 yıl	
6- Anesteziyoloji ve Reanimasyon	4 yıl	
7- Askeri Sağlık Hizmetleri	3 yıl	
8- Beyin ve Sinir Cerrahisi	5 yıl	
9- Çocuk Cerrahisi	5 yıl	
10- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	4 yıl	
11- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	4 yıl	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanları için 2 yıl
12- Deri ve Zührevi Hastalıkları	4 yıl	
13- Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	5 yıl	Tıbbi Mikrobiyoloji uzmanları için 3 yıl
14- Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	4 yıl	
15- Fizyoloji	3 yıl	
16- Genel Cerrahi	5 yıl	
17- Göğüs Cerrahisi	5 yıl	Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanları için 2 yıl Genel Cerrahi uzmanları için 3 yıl
18- Göğüs Hastalıkları	4 yıl	İç Hastalıkları uzmanları için 2 yıl
19- Göz Hastalıkları	4 yıl	
20- Halk Sağlığı	4 yıl	
21- Hava ve Uzay Hekimliği	3 yıl	
22- Histoloji ve Embriyoloji	3 yıl	
23- İç Hastalıkları	4 yıl	
24- Kadın Hastalıkları ve Doğum	4 yıl	
25- Kalp ve Damar Cerrahisi	5 yıl	Göğüs Cerrahisi uzmanları için 3 yıl Genel Cerrahi uzmanları için 3 yıl
26- Kardiyoloji	4 yıl	İç Hastalıkları uzmanları için 2 yıl
27- Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	4 yıl	
28- Nöroloji	4 yıl	
29- Nükleer Tıp	4 yıl	
30- Ortopedi ve Travmatoloji	5 yıl	
31- Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	5 yıl	Genel Cerrahi uzmanları için 3 yıl
32- Radyasyon Onkolojisi	4 yıl	
33- Radyoloji	4 yıl	
34- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	4 yıl	
35- Spor Hekimliği	4 yıl	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanları için 2 yıl Ortopedi ve Travmatoloji uzmanları için 2 yıl
36- Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	3 yıl	
37- Tıbbi Biyokimya	4 yıl	
38- Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	3 yıl	

39- Tıbbi Farmakoloji	4 yıl	
40- Tıbbi Genetik	4 yıl	
41- Tıbbi Mikrobiyoloji	4 yıl	
42- Tıbbi Patoloji	4 yıl	
43- Üroloji	5 yıl	

EK-2

Dış Hekimliğinde Uzmanlık Ana Dallarını ve Eğitim Sürelerine Dair Çizelge	
Ana Dallar	Eğitim Süreleri
1- Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	4 yıl
2- Endodonti	3 yıl
3- Ortodonti	4 yıl
4- Pedodonti	3 yıl
5- Periodontoloji	3 yıl
6- Protetik Diş Tedavisi	3 yıl

EK-3

Tıpta Uzmanlık Yan Dallarını, Bağlı Ana Dallarını ve Eğitim Sürelerine Dair Çizelge		
Yan Dallar	Bağlı Ana Dallar	Eğitim Süreleri
1- Algoloji	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Nöroloji Anesteziyoloji ve Reanimasyon	2 yıl 2 yıl 2 yıl
2- Askeri Psikiyatri *	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	2 yıl
3- Cerrahi Onkoloji	Genel Cerrahi	2 yıl
4- Çevre Sağlığı	Halk Sağlığı	2 yıl
5- Çocuk Acil	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
6- Çocuk Endokrinolojisi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
7- Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
8- Çocuk Gastroenterolojisi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
9- Çocuk Genetik Hastalıkları	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
10- Çocuk Göğüs Hastalıkları	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
11- Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
12- Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
13- Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	Kalp ve Damar Cerrahisi	2 yıl
14- Çocuk Kardiyolojisi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
15- Çocuk Metabolizma Hastalıkları	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
16- Çocuk Nefrolojisi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
17- Çocuk Nörolojisi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
18- Çocuk Radyolojisi	Radyoloji	2 yıl
19- Çocuk Romatolojisi	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
20- Çocuk Ürolojisi	Üroloji Çocuk Cerrahisi	3 yıl 3 yıl
21- Çocuk Yoğun Bakımı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
22- El Cerrahisi	Ortopedi ve Travmatoloji Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	2 yıl 2 yıl

23- Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	İç Hastalıkları	3 yıl
24- Epidemiyoloji	Halk Sağlığı	2 yıl
25- Gastroenteroloji	İç Hastalıkları	3 yıl
26 - Gastroenteroloji Cerrahisi	Genel Cerrahi	2 yıl
27- Geriatri	İç Hastalıkları	3 yıl
28- Harp Cerrahisi **	Genel Cerrahi	2 yıl
29- Hematoloji	İç Hastalıkları	3 yıl
30- İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	İç Hastalıkları Göğüs Hastalıkları Deri ve Zührevi Hastalıkları	3 yıl 3 yıl 3 yıl
31- İş ve Meslek Hastalıkları	Göğüs Hastalıkları Halk sağlığı İç Hastalıkları	3 yıl 3 yıl 3 yıl
32- Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	3 yıl
33- Klinik Nörofizyoloji	Nöroloji	2 yıl
34- Nefroloji	İç Hastalıkları	3 yıl
35- Neonatoloji	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3 yıl
36- Periferik Damar Cerrahisi	Genel Cerrahi	2 yıl
37- Perinatoloji	Kadın Hastalıkları ve Doğum	3 yıl
38- Romatoloji	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İç Hastalıkları	3 yıl 3 yıl
39- Sitopatoloji	Tıbbi Patoloji	2 yıl
40- Temel İmmünoloji	Tıbbi Mikrobiyoloji Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	2 yıl 2 yıl
41- Tıbbi Mikoloji	Tıbbi Mikrobiyoloji	2 yıl
42- Tıbbi Onkoloji	İç Hastalıkları	3 yıl
43- Tıbbi Parazitoloji	Tıbbi Mikrobiyoloji	2 yıl
44- Tıbbi Viroloji	Tıbbi Mikrobiyoloji	2 yıl
45- Yoğun Bakım	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Genel Cerrahi Göğüs Hastalıkları İç Hastalıkları Nöroloji	3 yıl 3 yıl 3 yıl 3 yıl 3 yıl 3 yıl
* Askeri Psikiyatri alanındaki yan dal uzmanlığı eğitimi Gülhane Askeri Tıp Akademisinde yapılır ve Türk Silahlı Kuvvetlerinde geçerli olur. ** Harp Cerrahisi alanındaki yan dal uzmanlığı eğitimi Gülhane Askeri Tıp Akademisinde yapılır ve Türk Silahlı Kuvvetlerinde geçerli olur.		

EK-4

UZMANLIK EĞİTİMİNİ BİTİRME SINAVI TUTANAĞI

..... Hastanesi kliniği/laboratuvarı uzmanlık öğrencilerinden uzmanlık eğitimi süresinin tamamlanması ve tez jürisinin değerlendirilmesinde başarılı olduğu tespit edilerek jürimizce /..... /..... tarihinde yapılan uzmanlık sınavında;

a) Jürice seçilen veya konu üzerinde yapılan mesleki bilgi sınavını başarmıştır/başaramamıştır.

(Jüri üyelerinin verdiği puanların ortalaması:.....)

b) Jürice seçilen konulu ameliyat/laboratuvar uygulama ve beceri sınavını başarmıştır/başaramamıştır.

(Jüri üyelerinin verdiği puanların ortalaması:.....)

SONUÇ:

Sınav safhalarından hepsini başarmıştır/başaramamıştır.

Bir klinik ve/veya laboratuvarı kendi başına idare edebilecek yetenekte olduğu/olmadığı.....
uzmanı olmaya hak kazandığını/kazanmadığını bildirir bu tutanak düzenlendi.

Başkan Adı-Soyadı Görevi	Üye Adı-Soyadı Görevi	Üye Adı-Soyadı Görevi
Üye Adı-Soyadı Görevi	Üye Adı-Soyadı Görevi	