

**DOSYA/DERLEME****TIPTA UZMANLAŞMA VE AŞIRI UZMANLAŞMA:  
GENEL CERRAHİ ALANINA ÖZEL OLARAK  
ODAKLANARAK***Cem TERZİ\****Giriş**

Tıpta uzmanlaşma modern tıbbın günümüzdeki yadsınamaz gerçeğidir.

Uzmanlaşma tıp tarihinde başarıları ve başarısızlıkları birlikte getiren bir süreç olmuştur. Bu sayede günümüzde çok zor ve karmaşık tedaviler, örneğin organ nakilleri yapılabilmektedir. Öte yandan aşırı uzmanlaşma ile tıp alanı ve hekimler o denli bölünmüştür ki hasta ile bir bütün olarak ilgilenme ve hasta olan kişiye özelleşen bir sağlık hizmeti sunma olanağı neredeyse kalmamıştır.

Tıpta uzmanlaşma yüzeysel bir değerlendirmeye, gerekliliği kendiliğinden kanıtlan; nedenlerine dair açıklamalar gerektirmeyecek kadar doğal ve kendiliğinden bir süreç gibi algılanmaktadır: 19. yy'ın sonlarına doğru tıbbın ulaştığı noktada toplam bilgi birikimine hakimiyet imkansız hale gelmiş ve bu nedenle bazı alanlarda yoğunlaşma kaçınılmaz olmuştur! Bu durum yalnızca tıba özgü de değildir. 19. yy'ın sonlarına doğru kapitalist toplumlarda yaşamın her alanında emekte, bilgide ve deneyimde uzmanlık alanlarının oluştuğu gözlenmiştir. Tıbbın da bunun dışında kalması beklenemezdi. Tıpta uzmanlaşma konusunda en sık dile getirilen yalınkat açıklama budur.

**Genel olarak uzmanlaşma**

1844 tarihli Ekonomi ve Felsefe El Yazmaları'nda, Marks'a göre kapitalist toplumda insan varoluşu sürekli olarak insanlığını yitirme halindedir. Sermaye birikimi süreci insanları, işlerinin rutin niteliği sebebiyle bir makine seviyesine indirir. Bir insan soyut bir eyleme ve bir mideye dönüşür. Kapitalizmde insanın insan olarak varlığı sona

erer, bunun yerini insanı bir işçi olarak görme hali alır ve politik ekonomi işçinin ihtiyaçlarını, çalışırken onu destekleme ve işçi soyunun tükenmesini önleme şeklinde teke indirmesine imkan verir. Kapitalistlere göre insanlar işçidir, işçi olarak emek güçlerini devamlı olarak kapitaliste satabilmek için kendilerini yeniden üretmek zorundadırlar. Dolayısıyla işçilerin doğal ihtiyaçlarının giderilmesi, işçilere olduğu kadar sermayeye de bir dayatmadır (Marks, 1993).

Kapitalist sermaye birikiminin en temel özelliği yıkıcı bir rekabet ortamında gerçekleşmesidir. Böyle bir ortamda ayakta kalmak için büyümek zorunlu hale geliyor. Sermayeyi büyütmek için daha büyük bir artı değer kitlesine el koymak gerekiyor. Bunun da en etkin ve kestirme yolu daha ileri makineleri, üretim tekniklerini devreye sokmaktır. Her kapitalist, kurtuluşu daha çok işçi çalıştırmak yerine, daha gelişmiş makine kullanmakta görür. Dolayısıyla üretim arttıkça daha az işçi istihdam etmek sistem için bir zorunluluk haline gelmiştir. Teknoloji geliştikçe emek niteliğinin değiştirilmesi; emeğin bölünmesi ve uzmanlaşma ihtiyacı bu koşullarda ortaya çıkmaktadır.

Uzmanlaşma iş bölümü temelinde yetkinleşmedir (Ördek, 2006). Hızla gelişen şehirler, artan ticaret, kapitalizmin gelişimi, modernite ve uzmanlaşma el ele yol almışlardır (Ördek, 2006). Uzmanlaşmanın bir ideolojiye dönüşecek denli derinleşmesi kapitalizmin hiyerarşiler yaratma eğilimi ile ilişkilidir (Ördek, 2006). İş bölümü iktisadi örgütlenmenin temel bir ilkesidir. İş süreçlerini en ufak parçalarına ayıran Taylorizm'de örneklendiği üzere ayrıntılı iş bölümü, üretim öncesi ve sonrası süreçlerin birbirleriyle ilişkisini kopararak denetim ve karar alma erkini tümüyle emek dışına çıkarır (Ördek, 2006). Böylece emek aslında iş sürecinin fiilen dışında tutulmuş olur. Bu yabancılaşmanın en önemli ayağıdır. Diğer ayağı ise araçsal sermaye ve mekanik tekniklere

\*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD.

ilişkin uzmanlaşmanın emeğin fabrikasının her alanında farklılaşmasını da getirmesindedir (Ördek, 2006). Böylelikle emeğin uzmanlaşmasının maddi temeli oluşmuş olur.

Uzmanlaşma hem ayırıştırıcı, hem bütünleştirici toplumsal bir ilke olup, zamandan tasarrufu, işin mekanize edilmesini, ustalığı, insanın doğaya egemenliğini sağlar. Öte yandan uzmanlaşma, monotonluk nedeniyle insan ruhuna zarar verir ve yarattığı bağımlılık ile toplumsal açıdan zararlıdır (Ördek, 2006). Sonuç olarak kapitalizmin tüketici doğası ile malul bir uzmanlaşma pratiğinin yabancılaştırıcılığı ve kavramın muğlaklık yaratıcı karakteri sorunludur. İkinci Dünya Savaşı sırasında tıp eğitiminin aldığı durum muğlaklık için iyi bir örnektir: Savaş sırasında Amerikan ordusuna kısa bir süre için doktor gerekince, tıp eğitimi yarım yıla kadar indirilmiştir (Ördek, 2006; Illich, 1978).

20 yy'da kapitalizmin profesyonelleşme ve uzmanlaşma ile ilgili en akıl açıcı eleştirisini Illich'de bulabiliriz.

"... Ben, yirminci yüzyılın ortalarını Kabiliyetsizleştirici Uzmanlıklar Çağı olarak isimlendirmeyi öneriyorum. Bu ismi, kullananları bağlayacağı düşüncesiyle seçiyorum. Pek itiraz görmeyen icracıları -eğitimciler, hekimler, sosyal araştırmacılar ve bilim adamları- tarafından ifa edilen toplum düşmanı görevleri ifşa etmektedir bu isim. O aynı zamanda, müşteriler olarak kendilerini çok yönlü esarete teslim eden vatandaşların gönül rahatlığını da mahkum etmektedir. Kabiliyetsizleştirici uzman mesleklerden bahsetmek, bu mesleklerin kurbanlarını utandırarak, her biri kendi yöneticilerinin eliyle gerçekleşen ömür boyu öğrenci, jinekolojik vak'a ya da tüketici oluşun gizlediği komployu fark ettirir.

... Keza profesyonel egemenliği, son zamanlarda ulaştığı seviye bakımından öylesine değişti ki, tamamen farklı cinsten iki hayvan bugün aynı isimle tanınır oldu. Mesela, uygulamacı ve araştırmacı sağlık bilimcisi, dünün aile doktoru kılıfına bürünerek tahlili analiz yapmaktan sürekli kaçınmaktadır. Gezginci hekim, ilaç ticaretini eczacıya bırakıp, o ilaçları salık verecek yetkiyi kendisine sakladığında tıp doktoruna dönüştü. Bu esnada o, üç değişik rolü tek kişide birleştirerek yeni bir otorite türüne sahip oldu: Öğüt veren, öğreten ve yönlendiren akıl otoritesi; tavsiyelerin kabulünü sadece yararlı değil, fakat aynı zamanda zorunlu kılan moral otorite; ve son olarak da, hekime müşterilerinin -sadece vicdanlılık değil, bir varlık sebebi olarak da addedilen- en yüksek derecede bir ilgi ve alakasını cezpt etme imkanı bahşeden karizmatik otorite. Bu çeşit doktor, şüphesiz hala mevcuttur; fakat modern tıbbi sistem içinde o, geçmişte kalmış bir figürdür.

... Bir sağlık ihtiyacının genel anlamda halk için, neyi teşkil ettiğini gösterecek yetkiyi elde etmek suretiyle tıp, sadece son yirmi beş yıl zarfında, liberal bir meslekten mütehakkim bir mesleğe dönüştü. Bir kurum olarak sağlık uzmanları, topluma bütün ayrıntılarıyla hangi tıbbi bakımın

sağlanması gerektiğine karar verecek otoriteyi ele geçirmiş durumdadır: Artık bu, tek bir müşteriye bir "ihtiyacı" yamayan tek bir profesyonel olmaktan çıkmış; toplumun bütün sınıflarına ihtiyaç yükleyen ve ardından da, kimin potansiyel hastalar grubuna mensup olduğunu teşhis etmek için bütün bir nüfusu teste tabi tutmak üzere vekalet talep eden birlik olmuş güçtür.....

... Tıp, son zamanlarda liberal sınırlarını aşacak kadar geliştiğinde, genel normlar tesis etmek suretiyle yürürlükteki yasaları istila etti. Şimdiye kadar hekimler daima, hastalığın neyi oluşturduğunu belirleye gelmişlerdi; bugünkü egemen tıp ise, toplumun hangi hastalıklara kesinlikle müsamaha göstermeyeceğine karar vermektedir. Tıp, mahkemeleri işgal etmiştir. Hekimler evvelden beri kimin hasta olduğunu teşhis ede gelmişlerdir; egemen tıp ise, tedavi altına alınması gerekenleri damgalamaktadır. Liberal pratisyenler bir tedavi yolu tavsiye ederlerdi; günümüzün mütehakkim tıbbi ise, ıslah konusunda genel yetkilerle donanmıştır: Hastaya kesinlikle neyin tatbik edileceğine karar vermektedir. Bir demokraside, kanunları yapmayı, yürürlüğe koymayı ve sosyal adaleti gerçekleştirmeyi sağlayacak güç vatandaşların kendisinden çıkıp gelmelidir. Anahtar güçler üzerindeki bu vatandaş kontrolü, kilisevari mesleklerin doğuşuyla sınırlandırıldı ve hatta bazı durumlarda da tamamen ortadan kaldırıldı. Kararlarını böylesi mesleklerin uzmanca görüşleri üzerine temellendiren bir meclis yoluyla gerçekleşen yönetim, belki halk adına bir yönetim olabilir, fakat asla halk eliyle olamaz. Burası, siyasi hükümetin bu şekilde zayıflatılış maksadının tartışılacağı bir yer değildir; fakat, bu tahribatın zorunlu bir şartı olan uzmanlık dışı görüşün profesyonellerce yetkisiz kılınışını sergilemek yeterli olacaktır.

... Reçeteler artarken, yetenekler azalıyordu. Sözelimi tıpta, her geçen gün daha da çok miktarda farmakolojik bakımdan etkili ilaç reçetelere işlenirken, insanlar, rahatsızlık ve hatta sıkıntılarıyla başa çıkma istek ve kabiliyetlerini yitiriyorlardı. Her yıl 1500 civarında yeni ürünün kendini gösterdiği tahmin edilen Amerikan süpermarketlerinde, malların %20'ye yakın bir kısmı raflarda bir yıldan fazla kalmaktadır; geri kalanların satılmaz, gelip geçici nitelikli, tehlikeli şeyler ya da yeni modellerinin artık modası geçmiş rakipleri olduğu anlaşılmış olmak üzere. Bundan dolayı tüketiciler, profesyonel tüketici koruyucularının rehberliğine başvurmaları için gittikçe daha çok zorlanmaktadır.

... Tıpta ihtiyaçların ilk değişimi, sülf ilaçlarıyla ve antibiyotiklerle geldi. Hastalıkların kontrol altına alınması basit ve etkili bir yöntem dönüşürken, ilaçlar reçetelere yazıldııkça yazıldı. Hasta rolünü kimin oynayacağını tayin, tıbbi bir tekel haline geldi. Kendisini hasta hisseden kimse, bir hastalık ismiyle etiketlenmek ve sözde hastalar azınlığının bir üyesi olduğu resmen ilan edilmek üzere kliniğe gitmek zorunda bırakıldı: İnsanlar işten muaf tutuldu, şifa bulmaları için yetki verildi, doktorların emrine amade kılındı ve iyileşmeleri emredildi, sırf tekrar yararlı bir şey haline gelmeleri için. Paradoksal bir olgu olarak -

testler ve ilaçları içeren- farmakolojik teknik hekimsiz yaşanabilecek kadar kolay tahmin edilebilir ve ucuz bir şeye dönüşürken toplum ise, bilimin basitleştirdiği ve reçete listesine yerleştirdiği bu prosedürlerin serbest kullanımını sınırlamak için yasalar ve polis kanunları çıkardı.

... Sadece yirmi yıl öncesine kadar, vaziyeti doktorsuz idare etmek -iyi olmayı ifade eden- normal sağlığın bir belirtisi telakki olunuyordu. Şimdilerde ise, hasta olmayan kişinin aynı durumu, yoksulluk ve muhalefet göstergesi addedilmektedir. Bugün hipokandriyakın konumu dahi değişmiştir. 1940'lı yılların doktoru için bu tabir, bürosundaki davetiyesiz müşterilere iliştilen bir etiketti - hayali hastaya mahsus adlandırmayı- ifade ediyordu. Günümüzde ise doktorlar, aynı isimle, kendilerinden kaçan azınlığı kastetmektedirler. Hipokandriyaklar, hayal mahsulü olarak sağlıklı olan kimselerdir. Ömür boyu müşteri olarak profesyonel sistem içine kapatılmış olmak, artık, sakat kişiyi vatandaşların genelinden ayrı tutan bir damga değildir...."

#### Tıpta uzmanlaşmanın nedenleri

Tıptaki uzmanlaşma sürecini inceleyen en önemli çalışma 1944 yılında George Rosen tarafından yapılmıştır (Rosen, 1944). Rosen, oftalmoloji örneğinden yola çıkarak tıpta uzmanlaşmanın gerekçelerini, sosyal, ekonomik güçlere ve çağdaş tıbbın gelişmelerine bağlamaktadır (Rosen, 1944). Sosyal gerekçe olarak kentleşme olgusunu öne sürmüştür. Durkheim'dan ödünç aldığı bu görüş, şehirdeki nüfus birikiminin emeğin bölünmesine yol açtığı şeklindedir.

1970'lerde ise pek çok makalede pek profesyonel grupların (meslek gruplarının) kendi ekonomik ve sosyal çıkarlarını artırmak için uzmanlaşmanın gündeme geldiği üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetinin piyasa haline gelmesi ile uzmanlaşma sürecinin birlikte seyrettiği öne sürülmüştür (Weisz 2006).

Profesyonelleşme, sosyologların çok ilgisini çeken bir alandır. Tıpta uzmanlaşma pek çok sosyolog tarafından profesyonelleşmeyi açıklamak için kullanılmıştır. Foucault'nun çalışmaları toplumların idare edilmesi ve normal anormal değerlendirmelerine ikna edilmesinde tıbbın ve tıp alanlarının etkisinin gösterilmesinde çok önemlidir.

Rosen ve Weisz uzmanlaşmanın eşyanın tabiatı gibi bir süreçle tıptaki hızlı bilgi birikiminin bir doğal sonucu olduğunu red etmektedirler. En azından başlangıç için bu önermenin doğru olmadığına birleşmektedirler.

Rosen sosyoekonomik açıklamalardan sonra daha çok patolojik anatominin ortaya çıkışını ve böylelikle organ yerleşimlerinin öneminin anlaşılmasını, ardından da yeni teknolojilerin gelişmesini temel nedenler olarak öne sürmüştür.

Weisz ise bunun yerine tıbbın cerrahi ile birleşmesini ve her iki alandaki mesleki uygulamaların, eğitim ve

araştırmanın bir araya gelmesinin uzmanlaşmaya yol açtığını öne sürmektedir.

Profesyonel bilimcilerin ortaya çıkışını 1775-1850 yıllarına ithafen "great tansition" büyük dönüşüm olarak niteleyen bilim tarihçilerinin izinden giden Weisz, tıp alanında da aynı sürecin işlediğini ileri sürmektedir.

Klinik araştırmaların ortaya çıkması ile uzmanlaşmayı bir neden-sonuç ilişkisi ile görmektedir. Son olarak da 19. yy'da ulusların yönetimindeki mantık ile uzmanlaşma arasında ilişki kurmaktadır. Weisz bu dönemde ulus devletlerde toplumu yönetebilmek için sınıflar oluşturulması ve böylesi bir ortamın da uzmanlaşma için olanak yarattığına inanır (Weisz, 2006). "... Mesleki birlik oluşturma, araştırma, eğitim ve idari konular için bir araya gelerek sınıflandırmalara ve bölümlere gitme o dönem ulus devletin hemen her alan için uyguladığı pratik ilkeler arasındaydı. Bilgiyi üretenler ve devleti kontrol edenler arasında, varolanı daha küçük parçalara bölerek yönetmek ve kontrol etmek konusunda bir yarış vardı. Daha küçük gruplara kurallar koymak, standardize etmek ve uniform hale getirmek daha kolay oluyordu...." (Weisz, 2006). Bilim insanları ve devlet yöneticileri genel olarak yönetmek için boyutu küçültmeyi, büyük grupları bölmeyi tercih ettiler. Kamu sağlık kuruluşları genel olarak kendi yönetimlerindeki insanları daha yönetilir kategorilere bölmeye eğilimli oldular. Buralarda hiyerarşik yapılanmalar oluşturdular. 19. yüzyıldan itibaren hastanelerde uzmanlık alanları bu doğrultuda da oluştu.

#### Yönetmek için bölmek şarttı! (Weisz, 2006).

Emeğin bölünmesinin kapitalist bir kural olarak tıptaki uzmanlaşmada da rol oynadığı Weisz tarafından da kabul edilmektedir (Weisz, 2006).

#### Tıpta uzmanlaşmanın kısa tarihçesi

Tıpta uzmanlaşma ilk Paris'te 1830'da ortaya çıktı; tıp ve cerrahinin birleşmesi, tıbbi araştırma ile ilgili bir grubun artık oluşmuş olması ve belediyeye bağlı hastane sistemi ile ilgili idari bir rasyonalitenin ortaya çıkışı temel nedenlerdi. Weisz, tıpta uzmanlaşmanın ilk ortaya çıkışını o dönemde Avrupa'da bilimde profesyonelleşme geleneği içinde anlaşılması gerektiğini vurgulamaktadır (Weisz, 2006). Başlangıçta red edilse de zamanla Paris Tıp Fakültesi yeni uzmanlık alanlarını içine kabul etti. Obstetrik, genaralist bir tıp fakültesi müftedatında görülen ilk farklı alan oldu. Ardından oftalmoloji geldi. Hekimlere yönelik ilk sınıflamalarda hekimler, dişçiler, gözcüler ve herni cerrahları gibi listeler olduğu görülmektedir. 1880'lerden sonra da pek çok yeni uzmanlık alanı eklenmiştir.

Öncelikle 19. yüzyılın ortalarından itibaren tıp araştırmalarının ve tıp eğitiminin geldiği nokta tıpta uzmanlaşmayı tetiklemiştir; akademik alanların sınıflandırılmasına yönelik ihtiyaç ve talep hekimlik pratiğine de sıçramıştır (Weisz, 2006). Önce Paris'te, ardından bütün dünyada ortaya çıkan ve büyüyen akademik araştırma sektörü yönünden uzmanlaşma izole,

bireysel bir kariyer alanı olmaktan çıkıp geniş spektrumlu bir sosyal fenomene dönüşmüştür (Weisz, 2006).

19. yüzyılın sonuna gelindiğinde ise uzman hekimlik icrası kuruluşu itibarı ile elit pozisyonundan sıyrılarak hızla yaygınlaştı. Hükümetler, tıp fakülteleri, akademik hastaneler, araştırma merkezleri kurarak araştırma sektörünün gelişmesine ve bilginin giderek daha da uzmanlaşmasına izin verdi.

Kamu otoriteleri, kamu yararı gördükleri alanları stratejik olarak desteklediler, obstetrik, rehabilitasyon tıbbı, pediatri ve nöroloji, oftalmoloji gibi alanlar özel programlarla güçlendirildi.

Mesleki grupların belli alanları monopolize etme arzusu ve girişimleri uzmanlaşmadaki en önemli etmenlerden biri olmuştur. Bireyler de daha dar bir alana yönelerek yeni bir kolektif kimlik oluşturmaya eğilimli olmuştur. Piyasa güçleri hekimlerin bu seçimlerini desteklemiştir. Uzmanlık grupları piyasadan daha çok pay almak için bir araya gelmiş ve güçlerini birleştirmiştir.

Toplumda ekspertiz / deneyimli hekimin öneminin anlaşılması da uzmanlaşmayı tetikleyen faktörlerdendir. Hastalar giderek kendi hastalıklarına spesifikleşmiş hekimleri arar olmuştur.

1950'lerin ortalarından itibaren uzmanlaşma modern tıbbın temel özelliği haline geldi. Böylelikle modern tıba, temel biyolojik araştırmalara, teknolojiye, çok merkezli klinik araştırmalara dayanan biyomedikal perspektif hakim oldu.

1960'lardan bu yana ise yeni uzmanlık alanlarında adeta patlama yaşanmaktadır. Geçmişte bu yeni uzmanlık ve üst uzmanlık alanları akademik araştırma sektörünün (üreme tıbbı, tıbbi genetik gibi) buluşlarından/yeniliklerinden kaynaklanırken, yeni bir takım uzmanlık alanları da yeni sosyal gereksinimleri karşılamak üzere ortaya çıkmıştır (geriatri gibi).

### Cerrahide uzmanlaşma

Cerrahinin giderek daha teknik, karmaşık ve radikal bir alan haline gelmesi 1860'larda cerrahların kendi derneklerini kurmasına ve özel bir bilimsel dergi çıkarmalarına yol açmıştır.

Cerrahlar tıp uzmanları içinde büyük bir bölümü oluşturur. 20. yüzyılın başlarında uzmanlar içindeki oranları %15-20 idi. Hemen her hastanede cerrahi bölümü vardı. Tıp fakültelerinde en büyük bölümlerden biri oldu başından beri. Sonuç olarak cerrahi oldukça elitist bir uzmanlık alanı olmuştur; cerrahlar hastane ve akademik merkezlerdeki pek çok pozisyonu ellerinde tutmuşlardır. Askeriyenin cerrahlara ihtiyaç duyması, bu amaçla eğitim programları açmaları da 20. yüzyılın başlarında cerrahların yüksek sayıda olmasına yol açan faktörler arasındadır. Özel hastanelerin pek çoğu cerrahlar için alternatif iş imkanı

yaratmıştır. Bu yüzyılda cerrahların gelirleri de giderek artmıştır.

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 genel cerrahiden ayrılmıştır.

### Genel cerrahi

#### Genel cerrahi uzmanlık eğitimi ve yan dalları

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. Genel cerrahi eğitimi ve yan dal ihtisasları konusunda dünyada pek çok farklı uygulama vardır. Genellikle, yan dal (üst ihtisas) ihtisasları ve sertifikasyonların ("fellow" programları) karmaşık yapıda uygulandığı sistemler söz konusudur. Bunların bazıları ortak gövde ("common trunk") temel eğitiminden sonra yan dal ihtisasına olanak tanırken diğerleri yan dal için standart/formel bir genel cerrahi uzmanlık eğitimi şart koşmaktadırlar. Ülkemizde genel cerrahi uzmanlık eğitimi süresi 5 yıldır. Avrupa'da genel cerrahi eğitimi 4-6 yıl sürmektedir (Ağalar, 2009). ABD'de en az 5 yıldır, genellikle daha uzun sürede verilmektedir (Öztürk, 2009). Avustralya ve Yeni Zelanda'da en kısa cerrahi uzmanlık eğitimi süresi 6 yıldır, bazen 8 yıla uzamaktadır (Collins, 2008). Çin'de tıp alanında eğitim sisteminin çok karmaşık olduğundan ve bir standart bulunmadığından bahsedilir. Tıp eğitiminin 3-8 yıl arasında değiştiği ifade edilmektedir. 3 yıl süren ortak gövde ("common trunk") benzeri temel cerrahi eğitim vardır (Shen, 2008).

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (European Union of Medical Specialists: UEMS)'ne göre, cerrahi eğitimi ortak gövde'den ("common trunk") sonra belli başlı alanlara ayrılmasını öngörür. UEMS ortak gövde eğitimi savunur. Genel cerrahi çekirdeği etrafında diğer cerrahi uzmanlık alanlarının ortak bir şemsiye altında ve birbiri ile yakın ilişki içinde olması gerektiğini vurgulamaktadır. Birleşik Krallık ve pek çok Avrupa ülkesinde cerrahi branşlarda uzmanlık eğitimi ortak gövde ("common trunk") ile verilmektedir (<http://www.uemssurg.org/index>). Yakın zamanda Slovenya, Finlandiya ve İspanya bu yönde karar almıştır. UEMS'e göre, cerrahi eğitimi ortak gövdeden sonra belli başlı alanlara ayrılmasını öngörür. UEMS; Koloproktoloji, Endokrin cerrahi, Cerrahi onkoloji, Toraks cerrahisi, Transplantasyon, Travma cerrahisi, vasküler cerrahi alanlarında branşlaşmayı tanımaktadır. Meme cerrahisi, El cerrahisi ve Hepatopankreatikobilyer cerrahi ise çalışma gurubu olarak mevcuttur. 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 üst uzmanlık alanıdır (Uranues, 2008). ABD'de ise üst ihtisaslar içinde

kardiyotorasik, plastik, vasküler, transplant, travma acil cerrahi yoğun bakım, pediatrik cerrahi, kolorektal, cerrahi onkoloji dalları mütalaa edilmektedir. Ek "fellowship" programları olarak hepatopankreatobiliyer, üst gastrointestinal sistem cerrahisi, laparoskopi, meme, endokrin, el ve konjenital kalp cerrahisi branşları mevcuttur (Öztürk, 2009).

ABD'de genel cerrahların yaklaşık %70'i yan dallara geçiş gösterirken ve bu ülkede bu nedenle ciddi bir genel cerrahi uzmanı açığı mevcut iken ülkemizde genel cerrahide yan dallar (yalnızca gastroenterolojik cerrahi alanında ve çok az sayıda) ihmal edilebilecek kadar düşük orandadır (Terzi, 2007). Bu konuda Türk Cerrahi Derneği (TCD)'nin yan dal raporu ABD, Avrupa Birliği (AB) ve Türkiye sistemlerine ayrıntılarıyla yer vermektedir (TCD, 2009). TCD 2009 yılında genel cerrahide yan dallar ile ilgili tutum belirlemiştir. "...Genel cerrahide bilimsel niteliğin artırılması, dünya standartlarının yakalanması, ilerlemeye açık bir sistem oluşturulması ve topluma sunulan cerrahi hizmetin niteliklerinin artırılması amaçları için üst ihtisaslaşma bazı olanaklar sunmaktadır. Ancak, kontrolsüz bir üst ihtisaslaşma / aşırı yan dalların ülkemizde yıllar sonra genel cerrah açığı sorununa ya da topluma sunulan genel cerrahi sağlık hizmetinde aksamalara yol açabilir. Öncelikle yapılması gereken halihazırda verilen genel cerrahi eğitiminin ülke çapında standardizasyonuna ve iyileştirme çalışmalarına hız vermektir..." şeklinde bir tespitte bulunmuştur (TCD, 2009).

#### Genel cerrahi uzmanlığı sonrası yan dalın tercih edilmesinde etkili olan faktörler

Genel cerrahi alanında yan dallar ile ilgili yazında saptanan nedenler şu şekilde sıralanabilir (Jordan, 1991; Weisz, 2003; Bell, 2008; Sirio, 2006): Temel neden, bilgi birikimindeki artıştır. Her şeyi bilmek, belli bir alanda daha derin bilgiye sahip olmaktan daha zordur. Teknolojik gelişmeler, bir kişinin tüm işlemleri öğrenmesini zorlaştırmış ve kişiler daha özelleşmiş teknolojileri kullanma yolunu seçmişlerdir. Özelleşmiş bilgileri öğretmek ve öğrenmek, tüm genel bilgileri öğretmekten daha rahat ve kolay görülmüştür. Benzer olguların arka arkaya incelenmesi ve tedavi edilmesi, mesleki deneyimi artırmıştır. Tarihsel olarak da aynı konulara ilgi duyan akademisyenlerin bir araya gelmesi ile topluluklar oluşmuş ve bu topluluklar kendilerini diğerlerinden ayırmak üzere faaliyetlerde bulunmuşlar, bu sayede bölünme faaliyetleri yürütmüşlerdir. Hekimlere ödenen ücretler de etkindir. ABD'de aynı işlem için üst ihtisas yapmış bir cerrah, bir genel cerrahattan daha iyi gelir elde etmektedir. Öğrencilerin tıp fakültesinde iken model olarak gördükleri akademisyenler genel olarak adı konmuş spesifik bölgelerle ilgilenirler. Öğrenciler bu sırada ilgi alanlarını az çok belirlerler. Hocalarına duydukları sevgi ve ilgi belirleyici olabilir. Ayrıca, bu eğitim esnasında hocalarının yaşam tarzları gelecekte nasıl bir yaşam seçmek istedikleri konusunda fikir vericidir. ABD'de yeterlik belgesi aldıktan sonra bu belgenin, belirli aralarla yenilenmesi

gerekmektedir. Bir alandaki gelişmeleri izlemek, tüm genel cerrahideki gelişmeleri izlemekten daha kolaydır. Hastalar, spesifik alan hekimlerini genel alan hekimlerine tercih etmektedirler. Eğiticilerin tercihleri de etkilidir. Tecrübeli üst ihtisas öğrencileri ile çalışmak, tecrübesiz cerrahi asistanlarıyla çalışmaktan daha rahattır. Bunun sonucunda, ister istemez, eğiticilerin yaptırdığı ameliyatlar, genel cerrahi asistanlarından üst ihtisas asistanlarına kaymış, bu da genel cerrahi asistanlarında üst ihtisas yapmadan herhangi bir cerrahi alanda yeterli deneyime sahip olamayacakları görüşünün yerleşmesine neden olmuştur.

Piyasalaşmış sağlık hizmeti nedeniyle dünya hızla hastalar ile ilgili tedavilerin hekimler tarafından değil de sigorta şirketlerince yönlendirildiği bir döneme girmiş bulunmaktadır. Sigorta şirketleri ve kamusal niteliğin giderek gerilediği sosyal düzen, politik bazı etkenlerle birlikte, hekimleri sık sık medikolegal sorunlarla karşı karşıya bırakır hale gelmiştir. Böyle bir dönemde, beklenildiği gibi, geniş bir alanda meslek icra eden genel cerrahlar daha büyük hedef teşkil ederler. Bu nedenle; doğal olarak, cerrahlar da artık daha kolay, yaşam sillerini çok bozmayan, hasta spektrumu daha belirgin, acili ve nöbeti daha az, popüleritesi yüksek, merkez şehirlerde konuşlanması daha kolay olan yan dalları tercih etmektedirler (Ağalar, 2009). Genel cerrahları üst uzmanlaşmaya iten nedenler arasında aile bağları nedeniyle farklı coğrafyada çalışmak istememesi yanında çok yoğun çalışmak istenmemesi de bir etken olabilmektedir.

#### Genel cerrahide üst uzmanlaşmanın olumlu yönleri

Artan üst ihtisaslaşma sonucu, akademik cerrahların yaptıkları araştırma etkinlikleri belirgin olarak artmış, bu da yeni tedavi yöntemlerinin hızla ve güvenle gelişmesine olanak tanımıştır (Jordan, 1985; Weisz, 2003) Üst ihtisas yapmış doktorların yaşamlarından memnuniyet oranı, genel hizmet verenlerden daha yüksektir (Sirio, 2006).

Hastalıkların tedavisinde başarı açısından üst uzmanlaşmanın önemli katkıları olmuş gibi gözükmektedir. Chowdhury, 2007 yılında yayımlanan metaanalizde, üst ihtisas yapmanın cerrahi uygulanan hastaların prognozuna etkisini inceleyen 22 çalışmanın %91'inde hastaların prognozuna olumlu etki ettiğini saptamıştır (Chowdhury, 2007). Üst ihtisaslaşma ile komplikasyon oranları düşmüş, cerrahlar tedavide ve kullanılan teknolojide ilerlemeye ve inovatif olmaya zorlanmıştır (Jay, 2000). Bu bakımdan belli bir alanda uzmanlaşmak isteği mükemmeliyete doğru ilk adımın atılması olarak algılanmaktadır. Yan dal ihtisasları, daha dar alanda uzmanlaşarak, çağdaş bilgiyi iyi bir cerrahi volüm (aynı ameliyatın çok sayıda yapılması) nedeniyle artan deneyimle birleştirmekte ve hastalara daha iyi cerrahi hizmet sunma olanağı vermektedir (Ağalar, 2009).

Tüm alanlarda olmasa bile eğitimin kalitesi artmıştır. Belirli bir alanda, sürekli, tekrarlayan bilgi, eğiticilerin öğrencileri daha iyi eğitmesine olanak tanımıştır (Bass, 2006).

### Genel cerrahide üst uzmanlaşmanın olumsuz yönleri

Özellikle kronik hastalar açısından olumsuz etkileri olmuştur. Bilindiği gibi bugün hastalıkların çoğu mutlidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Ancak hastayı düzenli olarak izleyen tek bir hekim (hastanın sürekli bir "sahibi") yoktur. Özellikle, hastalar açısından mesai saatleri dışında veya tatillerde, özellikle görece basit sorunları için kime başvuracakları çoğu zaman kafa karıştırıcı olmakta, bu nedenle de sürekli ve kaliteli hasta bakımı aksamaktadır. Oysa bir alana özelleşmiş uzmanlar kadar generalistlere de gereksinim vardır (Sirio, 2006).

Genel cerrahide nitelikli sağlık hizmeti, santralizasyonun etkisi altındadır. Cerrahların çok önemli oranı nüfus yoğun merkez bölgelerde/büyük şehirlerde toplanmıştır. Yan dal ihtisaslarına yönelim santralizasyonu (cerrahların büyük şehirlere yığılmalarını) daha fazla artırmaktadır (Brit, 2006).

Giderek artan kadın doktor sayısının da etkisiyle günümüz tıp öğrencileri daha esnek çalışabilecekleri ve rahat bölümleri tercih etmekte, özellikle yabancı uyruklu doktorlar, genel cerrahi gibi düzenli bir hayata izin vermeyen branşlara kaymaktadır (Dorsey, 2005).

Genel hizmet verebilecek hekim sayısındaki açık yardımcı personel (Avrupa ülkeleri ve ülkemizde olmayan yardımcı hekim/"physician assistant" ABD'de uzun bir zamandır bir meslek olarak geliştirilmiş ve yaygınlaştırılmıştır) ile kapatılmaya çalışılmıştır. Ancak, hem bu kişilerin eğitimlerinin düzenlenmesi hem de hasta-sigorta şirketleri ilişkisi açısından çeşitli potansiyel sorunlar nedeniyle bu sistem çözümden ziyade daha büyük bir sorun olarak yorumlanmaktadır (Debas, 2005).

Bazı üst ihtisas alanlarında eğitim henüz standartlaşmamıştır. Bunların bir kısmının gelişimi o kadar hızlı olmuştur ki, standardize edilmiş ve akredite bir eğitim programı oluşturulamamıştır. Özellikle genel cerrahiden son yıllarda ayrılmış cerrahi dallarında eğitiminde ciddi bir başboşluk vardır. Herhangi bir kurum üst ihtisas eğitimini denetlememektedir.

Aşırı uzmanlaşmanın en önemli yan etkisi travma ve acil cerrahi alanındadır (Trunkey, 2007; American College of Surgeons, 2006). Günümüzde ABD her yıl sadece 60-80 cerrah travma cerrahisini seçmektedir. Bunun temel nedenleri arasında travmatik solid organ yaralanmalarında cerrahinin eski etkinliğini kaybetmesi (ileri tanı olanakları ile hastaların daha çok izlenebilmeleri), travma cerrahilerinin düzensiz bir yaşama aday olmaları ve düşük ücretler almaları vardır. Travma ve acil cerrahi ile ilgilenmek isteyen doktorların çok az olması ve üst ihtisas yapan cerrahların zamanla travma alanındaki bilgi ve becerilerini kaybetmesi sonucu, acil cerrahi ünitelerinde potansiyel bir kriz tehlikesi ortaya çıkmıştır. Travma ve acil cerrahi alanı kar getiren bir alan olmayıp hastaneleri zarar eden ve sürekli devlet desteğinin olması gerektiği bir alandır. Sağlık alanının piyasalaştığı ülkelerde travma ve acil cerrahi alanı daha az para kazandırdığı için, genel

cerrahi uzmanları ve araştırma görevlilerinin daha az ilgilendiği bir alan haline gelmiştir (Ağalar, 2009). ABD'de travma merkezleri uzun zamandır zarar etmektedirler. Piyasalaşan sağlık hizmetlerinden bu tür hastaneler de payını almış görünmektedir.

### Türkiye'de genel cerrahi alanı açısından yan dal ihtisaslarının yoğun olarak verildiği bir sistemde ortaya çıkması olası sorunlar

Yan dal uzmanlarının sayısının kontrolsüz biçimde artması, ülke şartlarına ve hasta ve hastalık yüküne uygun bir genel cerrahi uzmanı ve yan dal uzmanı hekim sayısı ve profili oluşturulamayabilir. Yan dal uzmanlığı genel cerrahi hastalarına hizmet sunumunda zaten var olan santralizasyonu (büyük merkezlerde ve büyük illerde yığılımı) körükleyebilir. Yan dal uzmanlığı nedeniyle genel cerrahi iş gücü hızla azalabilir. Hastalara cerrahi alanında sağlık sunumunda sorunlar oluşabilir (TCD, 2009).

Ülkemiz için travma bir epidemiyolojik hastalıktır. Travma ve acil cerrahi genel cerrahi uzmanlık eğitiminin ayrılmaz bir parçasıdır ve ülkemizde travma ve acil cerrahi iş yükünün çok önemli bir kısmı genel cerrahlar tarafından karşılanmaktadır. Yan dallaşma sonucu ABD'de ortaya çıkan travma ve acil cerrahi uzmanlığının tercih edilmemesi sorunu ve bunun yol açtığı kriz ülkemiz için de söz konusu olabilir. Yan dal ihtisasları ve yan dal uzmanlığına bağlı sağlık hizmeti sunumu bizim gibi gelişmekte olan ya da yoksul ülkeler için ekonomik ve uygulanabilir değildir (TCD, 2009).

Yan dal uzmanlık asistanları genel cerrahi baş asistanlarının yapmakta oldukları komplike ameliyatları paylaşırlar. Her iki ihtisas veren bölümde de volüm sorunları yaşanabilir. Genel cerrahiden daha az yetkinlik ve deneyimle uzman olunma riski ortaya çıkabilir. Genel cerrahi alanında aşırı yan dallaşma olursa yan dal uzmanları bu sisteme geçildikten sonra uzun bir süre genel cerrahi uzmanlarının karşılamakta olduğu iş yükünü (acil ameliyatlara girmek, icapçı veya nöbetçi olarak çalışmak, kolesistektomi gibi bazı sık yapılan ameliyatlara yapmak gibi) paylaşmak zorunda kalacaklardır. Bu durumda yan dal uzmanlarının zorlanmaları ve hastaların aldıkları cerrahi hizmette sorunlar yaşanması olasıdır (TCD, 2009).

### Tıpta uzmanlaşmanın yarattığı güncel sorunlar

Tıbbın çeşitli uzmanlık alanlarına bölünmeye devam etmesi sağlık sistemleri açısından birinci basamak sağlık hizmetinin korunması ve sürdürülebilmesini güçleştirmiştir.

Pek çok ülke, generalistlere (pratisyen hekimlere/ birinci basamak hekimlerine) sağlık sisteminde merkezi bir rol vererek, daha doğrusu sistemi generalistler üzerinden kurgulayarak/işleterek ve uzman hekimlere hastaların ulaşması için bazı engeller/kurallar geliştirerek önlem almaya çalıştı/çalışmaktadır. Aile hekimliğinin ayrı bir uzmanlık alanı olarak tanımlanması ya da bazı uzmanlık alanlarının birinci basamağa kaydırılması, bu çabanın bir uzantısı olarak görülebilir.

Uzmanlık alanlarının ve uzman sayısının artmasına rağmen bu uzmanların ülke genelinde dağılımında her zaman sorun yaşanmaktadır.

Tıp biliminde zamanla bilgi birikimi arttıkça uzmanlık eğitimi vermek güçleşmektedir. Uzmanlık eğitiminin süresinin uzatılması ya da daha yoğun ve etkin bir eğitim verilmesi gündeme gelmektedir. Bu da uzmanlık eğitiminin standardizasyonu için ciddi çaba gösterilmesini beraberinde getirmiştir. Günümüzde uzmanlık eğitimi çok pahalı ve karmaşık bir sürece dönüşmüş durumdadır.

Uzmanlar hem daha pahalı yetişmekte, hem de generalistlere göre çok daha pahalı sağlık hizmetine yol açmaktadırlar. Uzman hekimlerin ücretleri daha yüksektir. Daha pahalı tedavileri uyguluyorlar. Bu nedenle generalistlerin (birinci basamak hekimleri) kapı tutucu ("gate keeper") olarak öne çıkarılmasına çalışılmaktadır. Hükümetler son yıllarda kanıtla dayalı tıp kavramıyla ile uzmanları sağlık harcamaları konusunda kontrol etmeye, bir yandan sağlık harcamalarında tasarruf etmeye, öte yandan gereksiz ve uygunsuz uygulamalardan kaçınmaya çalışmaktadırlar (Terzi, 2006).

Birleşik Krallık genel pratisyenler ile "kapı tutucu!" diye adlandırılan rolü en iyi kuran ülkelerden biridir. Ayrıca uzmanlık eğitimi için gerekli kadro merkezi kontrolle kısıtlı tutulmaktadır. ABD'de birinci basamak amorf bir hale getirilerek, hekim olmayan sağlık çalışanları ("nonphysician practitioners") da dahil olmak üzere pek çok farklı branştan uzman hekimlerin de bir kısmının birinci basamakta rol aldığı bir sistem kurmaya çalışılmaktadır. ABD'de iç hastalıkları uzmanları ve pediatristlerin bir kısmı birinci basamakta görev yapmaktadır. Generalistler olarak isimlendirilen birinci basamak hekimleri arasında genel pratisyenler, aile hekimleri, genel iç hastalıkları uzmanları ve genel pediatristler yer alır. İç hastalıkları uzmanları ve pediatristler de dahil olmak üzere generalistlerin toplam oranı, tüm hekimlerin 1/3'üdür. Bu oran, Kanada ve pek çok Avrupa ülkesinde %50 veya daha yüksek oranda genel pratisyen hekimler lehinedir (Bodenheimer, 2005). Türkiye'de pratisyen hekim oranı yaklaşık %50'dir. Fransa'da uzmanlık eğitimi ve uzman olarak çalışmak için uygun kadro merkezi kontrol ve kısıtlama önlemleri almaktadır. Almanya'da uzmanlaşma ve uzmanların çalışacağı coğrafi bölgelerdeki sayılarının kurallara bağlanması (kota sistemi) ile bir kontrol sistemi mevcuttur.

Bu ülkelerin hiçbirinde generalist / uzman dengesinin gözetilmesine dair stratejiler tam olarak başarılı olamamıştır.

Hastalar giderek daha çok uzmanlaşmış tedavilerin peşinden koşmaktadır. Hükümetler de artan maliyetleri düşürmeye çalışmaktadır. İnsanlar gerçekçi olamayacak kadar tıptan teknolojik mucizeler beklemeye yönlendirilmiş durumdadır. Uzmanlaşma da bilimin, deneyimin ve ilerlemenin sınırsız olanaklarına olan inançla sürmektedir.

## Sonuç

Sonuç olarak, tıpta uzmanlaşma sağlık harcamalarında kontrolsüz bir artışa ve hasta hekim ilişkisinde yabancılığa yol açmaktadır. Hasta tedavisinde koordinasyonu güçleştirmektedir ve koruyucu hekimlik / birinci basamak sağlık hizmetini güçleştirmektedir.

Günümüzde uzmanlaşma nerede durulacağı belli olmadan süren ve yarattığı yararlar kadar sorunları ile de gündemde olan bir ideolojidir artık.

## Teşekkür:

Bu çalışma için düşüncelerini ve kaynaklarını benimle paylaşan Prof. Dr. Şadi Yenen'e çok teşekkür ederim.

## KAYNAKLAR

Ağalar F, Saygun O, Aydınuraz K. (2009) 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, s. 57-77.

Bass BL. (2006) Early specialization in surgical training: an old concept whose time has come? *Semin Vasc Surg*; 19: 214- 7.

Bell RH Jr. (2008) Graduate education in general surgery and its related specialties and subspecialties in the United States. *World J Surg*; 32: 2178- 84.

Bodenheimer TS, Grumbach K. (2005) Understanding Health Policy, Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York, , p. 4-189.

Brit D, Steven H, Michael Gold, James Bordley, Patrick Dietz, Samuel Finlayson, Randall Zuckerman. (2006) Is a Broadly Based Surgical Residency Program More Likely to Place Graduates in Rural Practice? *World J Surg*;30: 2089-2093.

Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A. (2007) A systematic review of the impact of volume of surgery and specialization on patient outcome. *Br J Surg*; 94: 141- 65.

Collins JP, Civil ID, Sugrue M, Balogh Z, Chehade MJ. (2008) Surgical Education and Training in Australia and New Zealand. *World J Surg* 32:2138-2144.

Debas HT, Bass BL, Brennan MF, Flynn TC, Folse JR, Freischlag JA, Friedmann P, Greenfield LJ, Jones RS, Lewis FR Jr, Malangoni MA, Pellegrini CA, Rose EA, Sachdeva AK, Sheldon GF, Turner PL, Warshaw AL, Welling RE, Zinner MJ. (2005) American Surgical Association Blue Ribbon Committee. American Surgical Association Blue Ribbon Committee Report on Surgical Education: 2004. *Ann Surg*; 241: 1- 8.

**American College of Surgeons. Division of Advocacy and Health Policy** (2006). A growing crisis in patient access to emergency surgical care. *Bull Am Coll Surg.* 91:9- 18.

**Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW.** (2005) The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. *Academic Medicine.*; 80: 791- 6.

**Türk Cerrahi Derneği** (2009) Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi ve Yan Dallar Çalıştay Sonuç Bildirgesi. Ed., Terzi C, Eryılmaz M Ankara.

**Türk Cerrahi Derneği** (2009) Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi ve Yan Dalları. Ankara.

**Illich I.** (2002) Tüketim köleliği. ("Towards History of Needs, Heyday Books, 1978; Çeviri: Mesut Karışahan), Pınar Yayınları 2. Baskı İstanbul.

**Jay K. Harness, Jon A. van Heerden, Sten Lennquist, Matthias Rothmund, Bruce H. Barraclough, A.W. Goode, Irving B. Rosen, Yoshihide Fujimoto, Charles Proye.** (2000) Future of Thyroid Surgery and Training Surgeons to Meet the Expectations of 2000 and Beyond. *World J. Surg.*;24, 976-982.

**Jordan GL.** (1985) Presidential address: the impact of specialization on health care. *Ann Surg.*; 201: 537- 44.

**Jordan GL.** (1991) The future of general surgery. *Am J Surg.*; 161: 194- 202.

**Marks K.** (1993) Ekonomi ve Felsefe El Yazmaları, İkinci baskı, Ankara, Sol Yayınları.

**Ördek A.** (2006) Uzman / Uzmanlaşma. Kavram Sözlüğü II Söylem ve Gerçek Ed. Başkaya F, Özgür Üniversitesi Kitaplığı, 1. Baskı, s. 569-585.

**Öztürk E.** (2009) 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, s. 34-56.

**Rosen G.** (1944) The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophtalmology. NewYork Froben Press.

**Shen BY, Zhan Q.** (2008) Surgical Education in China. *World J Surg* 32: 2145-2149.

**Sirio CA.** (2006) AMA CME Report 12-A-06. Impact of increasing specialization and declining generalism in the medical profession. (<http://amahouse.files.wordpress.com/2006/06/cme12a06.doc>.)

**Stevens R.** (1966) Medical Practice in Modern England: The Impact of Specialization and State Medicine New Haven, Conn. Yale University Press.

**Terzi C.** (2007) Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*;22:2-22.

**Terzi C.** (2006) Kanıtı Dayalı Tıp. Nalçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E. Editörler, Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, Nazım Kitaplığı, sol Meclis Dizisi, İstanbul, s.402-418.

**Trunkey DD.** (2007) The emerging crisis in trauma care: a history and definition of the problem. *Clinical Neurosurgery.*; 54: 200- 5.

**Uranues S, Lamont E.** (2008) Acute Care Surgery: The European Model. *World J Surg* 32:1605-1612.

**Weisz G.** (2006) Devide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization. Oxford University Press p.1-231.

**Weisz G.** (2003) The emergence of medical specialization in the nineteenth century. *Bull Hist Med.*; 77: 536-75. <http://www.uemssurg.org/index>