

Tıp Uzmanlık Tarihi ve Tıpta Uzmanlaşmadan Aşırı Uzmanlaşmaya

History of Medical Specialization and from Specializing in Medicine to Over Specialization

Aysun YEŞİLTAŞ^a

^aKastamonu Üniversitesi
Daday Nafi ve Ümit Çeri
Meslek Yüksekokulu,
Kastamonu, TÜRKİYE

Received: 09.05.2018
Received in revised form: 20.06.2018
Accepted: 09.07.2018
Available online: 28.02.2019

Correspondence:
Aysun YEŞİLTAŞ
Kastamonu Üniversitesi
Daday Nafi ve Ümit Çeri
Meslek Yüksekokulu, Kastamonu,
TÜRKİYE/TURKEY
pelineren78@hotmail.com

ÖZET Sanayi Devrimi ile başlayan uzmanlaşma, sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmeler ve tıp eğitimine verilen önemin artması doğrultusunda tıpta uzmanlaşma olarak ortaya çıkmıştır. Hekimler, tıp eğitimi sonrasında uzmanlaşmaya başlamış, bazı organların hatta hastalıkların uzmanlık alanları oluşturulmuştur. Tıpta uzmanlaşmanın bir ileri seviyesi olarak ortaya çıkmaya başlayan tıp alanındaki aşırı uzmanlaşmanın hekim, hasta ve sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Derleme olarak hazırlanan çalışmada; tıp alanındaki uzmanlaşma kavramsal çerçevede açıklanmış, yeni yeni ortaya çıkan tıptaki aşırı uzmanlaşmanın gelişimi değerlendirilmeye çalışılmıştır. Çalışma sonucunda, tıpta aşırı uzmanlaşmanın; hasta değil hastalık vardır düşüncesini ortaya çıkarabileceği, öğretim üyelerinin iş birliğinden uzaklaşabileceği ve konsültasyonların artmasına neden olabileceği öngörülmüştür. Yine tıpta aşırı uzmanlaşmanın gereksiz sevklerle, hekimin hastaya bütüncül bakmamasına ve arada kalan hastalara neden olabileceği ifade edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıp; uzmanlaşma; hekim; tıp eğitimi; aşırı uzmanlaşma

ABSTRACT Specialization, which started with the industrial revolution, emerged as a specialization of medicine in the direction of technological developments in the field of health and an increase in the importance given to medical education. Physicians have started to specialize after medical education and have tried to become experts in some organs or even diseases. It is the purpose of studying the over-specialization of the medical field which is emerging as an advanced level of expertise in the envy of specialists in terms of physician, patient and health services. This review, which is prepared as a compilation, aims to examine the development and effects of over-emphasis on expertise, which is explained in the conceptual framework of medicine. As a result of the study, the over specialization of medicine is predicted that patients are not sick, there are sicknesses, the academic members divergence from the cooperation and increase the consultations. It is also stated that over specialization in medicine may cause unnecessary referrals, the physician not to look at the patient holistically and patients in between.

Keywords: Medicine; specialization; physician; medical education; over specialization

Endüstrileşme ile birlikte; ekonomik verimliliğin ve kitleselel üretimin artırılması amacıyla iş bölümüne gidilmesi, uzmanlaşmaya dayanan işlerin ortaya çıkmasına ve iş sürecinin değişmesine yol açmıştır. Bu değişimler, sadece üretici işletmelerle sınırlı kalmamış, tıp mesleğini de etkilemiştir. Sanayi Devrimi ile yaşanan gelişmelerle birlikte tıp mesleğinde de bölünmeler meydana gelmiş, modern tıp bilimsel uzmanlık alanlarını temel alan bir sisteme dönüşmüştür. Her bir alandan bir uzman hekimin sorumlu olduğu bu sistem, içinde bulunduğumuz yüzyılda uzmanlık alanları-

nın artışıyla kendini göstermektedir.¹ Başka bir ifadeyle, 18. yüzyılın sonlarında buharın icadıyla başlayan Sanayi Devrimi fabrikalaşmayı ortaya çıkarırken, nüfus artışı gibi sosyokültürel gelişmelere de neden olmuştur. Bu gelişmeler paralelinde tıp mesleğinde de değişimler yaşanmıştır.

Tıp, hastalıkların tanı ve tedavisi ile uğraşan bilim ve sanat olarak tanımlanmaktadır. Her tıp dalı farklı bilimsel ve sanatsal özellikler gerektirmektedir. Bazı tıp dalları birbirine yakın özellikler gösterip, benzer faaliyetler içerirken; bazı tıp dalları birbirlerinden oldukça farklı uğraşlar ile ilgilenmektedir.² Hekimler, artan bu uzmanlık dalları ile ilgili tercihlerini, kendi ilgi, beceri ve isteklerini göz önünde bulundurarak özellikle tıp eğitiminin bir bölümünü oluşturan staj veya “pratisyen hekimlik” dönemlerinde şekillendirmektedirler. Türkiye’de uzmanlık eğitimi almak isteyen hekimler Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile alanlarını belirlemektedir.

Bu çalışmada, tıp alanında yaşanan gelişmeler ışığında ortaya çıkan tıpta uzmanlaşma kavramı kavramsal çerçevede tanımlanmaya çalışılmış, tıpta uzmanlaşmanın tarihsel gelişimi, Türkiye’de uzmanlaşmanın gelişimi ve aşırı uzmanlaşmanın varlığının değerlendirilmeye çalışılması amaçlanmıştır.

TIPTA UZMANLAŞMA

Tıp alanında uzmanlık eğitiminin amacı, “toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak üzere tıp dallarından herhangi biri ile ilgili uzmanlık bilgisine sahip hekim yetiştirmek” olarak tanımlanabilmektedir.³ Tıpta uzmanlık eğitimi nüfusun artması, hastalıkların çoğalması, teknolojik gelişmeler neticesinde ortaya çıkan tıpta uzmanlaşmanın sonucudur. Sağlık hizmeti ihtiyacını karşılayan uzmanlaşma, tıp tarihinin her aşamasında görülebilmektedir. Örneğin; Mısırlılar tıbbi yöntemleri alt parçalara bölmüşlerdir. Roma Dönemi’nde Suriyeli yazar Lucian, göz doktoruna danışmak için Roma’ya gitmiştir. İngiltere’de ise tıp ve cerrahi uzmanları 1000 yıldır bulunmaktadır.⁴ Söz konusu tıp ve cerrahi alanlardaki uzmanlaşma, bilimsel olarak gerçekliği kanıtlanmış bilgilerin artması nedeni ile

ortaya çıkmış, modern tıp yöntemlerinin kullanıldığı dünyanın pek çok yerinde de yaygın olarak gelişmiştir.⁵

Bazı tıp uygulamalarının milattan önceki dönem ile 17. yüzyıldaki benzerliğine karşılık; 19. yüzyılın sonlarında başlayan uzmanlık alanlarının giderek çeşitlenmesi ve sayılarının artması dikkatleri üzerinde toplayacak bir gelişme olarak değerlendirilmiştir.⁶ Üstelik tıpta uzmanlaşma hiçbir yerde Mısır, Yunanistan ve Roma Üniversitelerinde olduğundan daha çok gelişmemiştir. Tarihte Mısır’da aynı zamanda papazlık da yapan doktorlar insan bedenini 36 anatomik bölüme ayırmışlardır.⁷ Bu durum, tıpta uzmanlaşmanın çok eski dönemlerde ve farklı ülkelerde gelişmeye başladığını ortaya koymaktadır.

1870-1880’li yıllarda tıpta uzmanlaşmadan söz edilirken; çoğu pratisyen hekim, tıbbın toplumun sosyal ve ekonomik durumuyla yakın ilişkisi nedeni ile karşı çıkmışlardır. Öyle ki konu ile ilgili yayınları eleştirerek, uzmanlaşmaya gerek olmadığını savunmuşlardır.⁸ Her ne kadar geçmişte uzmanlaşmaya yönelik adımlar atılsa da tıpta uzmanlaşmanın kabul edilmesi ve tıp eğitiminde yer alması ancak 1900’lü yıllarda hızlanmıştır. Örneğin; 1920 yılında Amerika’da tıp mezunlarının %53’ü uzman olabilmek için kursa başlamıştır. Ayrıca, uzman hekim sayısındaki artışla birlikte uzmanlaşma alanlarında da artışlar görülmüştür.⁴ Modern anlamda tıpta uzmanlaşmanın düzenlenmesi ise 19. yüzyılın başlarında bilginin üretilmesi ve yayılması ile hız kazanmıştır. Bu dönemde klinik araştırma yapma eğilimi uzmanlaşmanın hızla yayılmasını sağlamıştır.⁹ Ancak, 1930’lu yıllardan beri artış gösteren tıpta uzmanlaşma, birinci basamak sağlık hizmetlerinin zayıf halka olarak algılanmasına neden olmuştur.¹⁰

1950’li yılların ortalarından itibaren uzmanlaşma, modern tıbbın temel özelliği hâline gelmiştir. Uzmanlaşmanın yanı sıra biyolojik araştırmalara, teknolojiye ve klinik araştırmalara önem verilerek modern tıba biyomedikal bir yaklaşım hâkim olmuştur. 1960’lı yıllarda ise yeni uzmanlık alanlarında artış yaşanmıştır. Geçmişte uzmanlık alanları, tıbbi genetik gibi akademik araş-

tırma sektörünün yeniliklerinden kaynaklanır iken, yeni birtakım uzmanlık alanları geriatri gibi sosyal gereksinimleri karşılamak üzere ortaya çıkmıştır.³ 19. yüzyılın ikinci yarısında ise hız kazanan bilimsel ve teknik gelişmelerin tıbbı oldukça olumlu etkileri olmuştur. Gelişen tanı araçları ile hastalıkların tanısı daha kolay konmaya ve tedavileri de daha etkin yapılmaya başlanmıştır.⁶ Ancak bu dönemde yeni uzmanlık alanları ortaya çıkmamıştır.

Tıpta hızla gelişen teknoloji ve artan bilgi birikimi, tek kişinin yönetemeyeceği boyutlara ulaşmıştır. Söz konusu durum nedeni ile tıpta uzmanlık dalları doğmuştur. Tıpta uzmanlaşma sadece bir organ veya onun bir parçası ya da hastalığı üzerine odaklanma şeklinde olsa bile hem hasta bakımı hem de tıp bilimi açısından önemli bir ilerlemedir.^{11,12} Genel olarak tıpta uzmanlaşma, hastanın yaşı ve organ hastalıkları temelinde iki grupta toplanarak gelişmiştir. Bunlar bir taraftan pediatri ve geriatri, diğer taraftan da jinekoloji, üroloji, nöroloji kurulmasının temelini oluşturmuştur. Bu süreç bağımlılık, pediatrik ortopedi gibi daha ileri uzmanlıkların ortaya çıkmasıyla devam etmektedir. Üçüncü bir grup ise teknik gelişmelere dayanarak radyoloji, laboratuvar veya radyoloji gibi yeni tanısal disiplinlerden oluşmaktadır.¹³

Medyada yer alan sağlık programlarında basit, ucuz ve etkili koruyucu hekimlik uygulamalarından ziyade tedavi edici hekimliğin yer alması, tıp öğrencilerinin uzmanlaşmaya yönelmelerinde etkili olabilmektedir.¹⁴ Öyle ki yeni mezun hekimlerin büyük bir çoğunluğunun öncelikli hedefi uzman hekim olmaktır. Örneğin; yapılan bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin %63,1 (n=178)'i aldıkları eğitimin birinci basamak hizmet sunumuna değil, uzmanlaşmaya yönelik olduğunu düşünmektedir.¹⁵ Bu bağlamda tıp eğitiminin pratisyen hekim yetiştirmekten uzaklaşarak daha çok uzmanlaşmaya yönelen hekim yetiştirdiği söylenilebilmektedir.

Toplumda belirli bir alanda deneyim sahibi olan hekimin öneminin anlaşılmış olması da uzmanlaşmayı tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır. Hastalar giderek kendi hastalıklarına uzmanlaşmış hekimler arar olmuştur.¹¹ Dolayısıyla

hekimler; toplumda daha iyi bir yer edinebilme, uzman hekimlerin kazançlarının daha cazip olması, tek bir bransa yönelik kendini geliştirme arzusu, belirli hastalıklara ya da hastalara yoğunlaşma gibi nedenlerle uzmanlaşmaya yönelebilmektedirler.

TÜRKİYE'DE TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ VE TIPTA UZMANLAŞMA

Türkiye'de tıp eğitimine yönelik bilgiler mevzuat ışığında aşağıda sunulmuştur;

Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname (1929): Türkiye Cumhuriyeti kurulduktan sonra tıpta uzmanlık eğitime yönelik ilk düzenleme 1929 yılında yapılmıştır. Bu nizamname ile hekimlerin üç alan üzerinde uzmanlık eğitimi alabilecekleri hükme bağlanmıştır. Bu alanlar klinik (seririyat) uzmanlıklar, laboratuvar uzmanlıkları ve koruyucu hekimlik (hıfzıssıhha) olarak belirlenmiştir. Klinik uzmanlıklar kendi içinde dokuz, laboratuvar uzmanlıkları ise beş alana ayrılmıştır. Genel bir kural olarak, hekimlerin hıfzıssıhha uzmanlığı için mezuniyetlerinden üç yıl, dâhiliye ve genel cerrahi uzmanlığı için iki ve diğer uzmanlıklar için ise bir buçuk yıl sonra sınava girmelerine izin verilmiştir.^{15,16}

Tababet Uzmanlık Belgeleri Hakkındaki Tüzük (1947): Bu tüzüğe göre Türkiye'de, tababete ait klinik ve laboratuvar uzmanlık alan sayısı 22 olmuştur. Bu alanlardan birinde uzman olmak için, Türkiye Tıp Fakülteleri Klinik ve Laboratuvarları'ndan veya Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca kabul ve ilan edilen hastane ve kurumlarda asistanlık yapmak ve uzmanlık sınavını kazanmak gerekmıştır.¹⁷

Tababet İhtisas Nizamnamesi (1956): 1956 yılında yürürlüğe giren Tababet İhtisas Nizamnamesi ile uzmanlık alanları 37'ye ulaşmış; dâhiliye, kardioloji gibi bazı uzmanlık alanlarının asistanlık süreleri uzatılmıştır. Ayrıca asistanlık aylıklı, aylıksız ve yabancı olarak üç gruba ayrılmıştır.¹⁸

Tababet İhtisas Tüzüğü (1961): Bu tüzükle tıpta uzmanlık alanında köklü değişiklikler yapılmıştır. Tüzüğe göre uzmanlık eğitimi "grup ihtisas safhası", "tıp ve cerrahinin muhtelif dallarında özel

ihstias safhası” ve “ileri ihtisas safhası” şeklinde üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Grup ihtisas safhasında tıp fakültesi mezunlarına iki yıllık eğitim ile iç hastalıkları, şirürji ve genel sağlık gruplarında ihtisas kazandırılmıştır. İkinci safha ise grup ihtisasını tamamlayan hekimler arasından seçilenlerin bu safhadaki eğitime alındığı aşamadır. Özel ihtisas alanına göre ihtisas alanı gereken grup değişiklik göstermektedir. Örnekle açıklamak gerekirse; göğüs hastalıkları uzmanı olmak isteyen bir hekim iç hastalıkları grubu veya genel sağlık grubu alanlarından birinde uzmanlık yaptıktan sonra göğüs hastalıkları uzmanlık eğitimine başlayabilmektedir. İleri ihtisas safhasında da tıp ve şirürji alanındaki dallardan birinde ihtisas kazanmış olanlar arasından seçilenler, daha dar bir alanda ileri ihtisas yapmak üzere eğitime tabi tutulmaktadır.¹⁹

Tababet Uzmanlık Tüzüğü (1962): Tababet İhtisas Tüzüğü'nün yayımlanmasından bir yıl sonra, 1962 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü yürürlüğe girmiştir.¹⁹ Bu tüzükle üç aşamada gerçekleştirilen uzmanlık eğitimi kaldırılmış, uzmanlık alanları; klinik tababet, koruyucu tababet, laboratuvar ve akademik uzmanlıklar olarak dört ana grupta toplanmıştır. 5 Nisan 1973 yılında yayımlanan Tababet Uzmanlık Tüzüğü ile 40 ana dal, 30 yan dal belirlenmiş; asistanlık ve rotasyon süreleri, asistanlık şartları, uzmanlık sınavları tüzükte yer almıştır.²⁰

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü (2002): Tıpta Uzmanlık Tüzüğü yayımlanarak tıp veya diş hekimliği uzmanlık dalları, bu dallarda uzman olabilmek için gerekli koşulları, tıp veya diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi verecek kurum ve kuruluşların nitelikleri ile uzmanlık eğitiminin usul ve esasları düzenlenmiştir.²¹

Günümüzde tıp eğitimi sonrası mezun olan hekimlerin bir kısmı uzmanlık giriş sınavını kazanarak uzmanlaşabilmektedir. Tıpta Uzmanlık Giriş sınavları, 1987 yılına kadar uzmanlık eğitimi veren kurumlar tarafından yapılır iken, 1987 yılından itibaren Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi tarafından yürütülmeye başlanmıştır.^{22,23} TUS yılda iki kez yapılmakta olup; tıpta uzmanlık eğitimi, “Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği” doğrultusunda verilmektedir.²⁴ Türkiye’de

tıpta uzmanlık eğitimi 43 ana dal ve 45 yan dal şeklinde verilmektedir. Ana dalda verilen eğitimlerin süreleri branşa göre 3-5 yıl arasında değişmekte olup, yan dal eğitim süreleri yine branşa göre 2-3 yıl arasında değişmektedir.²⁵

TIPTA AŞIRI UZMANLAŞMA

Tıp tarihinde uzmanlaşma, başarıları ve başarısızlıkları birlikte getiren bir süreç olmuştur. Bu sayede günümüzde çok zor ve karmaşık tedaviler, örneğin; organ nakilleri yapılabilmektedir. Diğer bir taraftan aşırı uzmanlaşma ile bölünen tıp dalları ve hekimler hasta ile bütün olarak ilgilenmekten ve hastaya özel sağlık hizmeti sunmaktan uzaklaşmıştır.¹¹ Ayrıca, Hoff ve ark.nın çalışmasında, aşırı uzmanlaşmanın hasta bakım koordinasyonunda boşluklar oluşmasına, yüksek maliyetli hasta sonuçlarını olumsuz yönde ve doğrudan etkileme gibi durumlara neden olabileceği bildirilmiştir.²⁶

Aşırı uzmanlaşma ve olumsuz sonuçların, kendisini, belki de en çok tıp kurumunda gösterdiği ifade edilebilmektedir. Sayısı giderek artan uzmanlık dalları, hastanın sağlık sorunları içinde sadece uzmanlaştıkları organ ve hatta dokularla ilgilenmekte, kendi uzmanlık alanı dışında kalan sağlık sorunları için diğer uzmanlık dalının ilgilenmesi gerektiği belirtilmektedir.²⁷ Bu çerçevede hekimler hastalara değil, uzman oldukları hastalıklara yoğunlaşabilmektedir. Pelin’e göre, her bir alanda uzmanlaşmanın ortaya çıkması “Dikine” uzmanlaşma olarak da ifade edilmekte ve hekimin hastasını yalnızca kendi uzmanlık alanıyla sınırlı olarak düşünmesinin yanında, hekim-hekim arasındaki kopukluğu da artırmaktadır.⁶ Hastanın hastalığının ne olduğunun temel bir önemi vardır. Örneğin; kronik, ölümcül hastalıklar zamanla hastanın kişiliğinde belirgin veya ani değişikliklere neden olabilmektedir. Bu nedenle hekim-hasta ilişkisinde hastanın kimliğini hasta rolünden çok, onun hastalığının belirlediği söylenebilmektedir. Günümüzde bu durum ile hekim-hasta ilişkisinde neden olabileceği en olumsuz sonuç gerçekleşmeye başlamış ve hekim, hasta yerine onun hastalığı ile ilişki kurma durumuna gelmiştir. Hekimin bu tutumunda etken olan nedenlerden biri de aşırı uzmanlaşma eğilimidir.²⁷ Öyle ki gün geçtikçe uzmanlaşan hekimler,

Hippokrates'in "Hastalık yok, hasta var." aforizmasının tersine, yabancılaşmış bir tıbbın uygulayıcısı hâline gelmektedirler. Bu bağlamda günümüzde hızla gelişen teknoloji ve sürekli artan bilgi birikimi ile "insancıl" tıp kavramından uzaklaştığı ileri sürülebilmektedir.²⁸ Bu durum sonucunda, hekimler insanları iyileştirmekten çok hastalıkları iyileştirmeye odaklanmış, sistem veya hastalık uzmanı olarak yetişmiş hekimlerin hastaları bütün olarak değerlendirilmesi zorlaşmıştır.¹¹

Hizmette aşırı uzmanlaşma, öğretim üyelerinin eğitim ve araştırma alanında da birbirlerinden uzaklaşmasına, birbirleriyle görüş alışverişi yapılamaz hâle gelmelerine de neden olmaktadır.²⁹ Ancak, değişen ve genişleyen hastalık, hasta kavramları ve daha başka nedenler bugün tıpta disiplinlerarası çalışmayı zorunlu hâle getirmiştir.³⁰ Kuşkusuz bu görüşe göre hasta değerlendirmek ve tedavi etmek amacıyla farklı uzmanlık alanlarına sahip hekimlerin iş birliği yaptığı, ancak bilimsel yayın açısından birlikte çalışılan akademik çalışma sayısının geçmiş dönemlere göre azaldığı ifade edilebilmektedir. Arda ve Kutlay, aşırı uzmanlaşma eğiliminin genel tıp dergilerini besleyen havuzun daralmasına da yol açtığını ifade etmişlerdir.³¹ Öyle ki bilimsel bilgi birikiminin giderek aşırı uzmanlaşmayı zorunlu hâle getirmesi, akademisyenlerin artık sadece kendi çok sınırlı alanlarında bilgi üretiyor olmalarına neden olabilmektedir.

Uzmanlaşmanın arttığı günümüzde konsültasyon, hasta-hekim ilişkisinin vazgeçilmez unsurlarından biri olmuştur. Hatta tanı ve tedavi yönünden karar verilmesi zor, komplike hastalarda ya daha fazla uzmandan yardım istenmekte ya da bu hastalar ile ilgili uzmanların bulunduğu vaka toplantılarında tartışılmaktadır.³² Konsültasyon; tanı ya da tedavi önerisi almak, bir test sonucunun ya da bir fiziksel bulgunun anlamını sormak ya da sadece hastaya güven vermek amacıyla yapılmaktadır.³³ Hekimlerin tümü, ister asistan konumunda mesleğe yeni başlamış olsun isterse uzun yıllar çalışmış olsun bu gerçeği doğrulamışlar ve pratikte de hastaları için değişik uzmanlık alanlarından görüş almışlardır.³⁰ Dolayısıyla geçmişten günümüze gelişen uzmanlaşma nedeni ile hastaların da karşılaştıkları sağlık profesyonel sayısı artmaktadır. Ancak,

gereksiz konsültasyon süreçleri nedeni ile yaşanan beklentiler, hastaların tedaviye geç ulaşmalarına neden olabilmektedir. Bu bağlamda artan konsültasyonlar nedeni ile istenen tahliller, tetkikler hem hasta hem de devlet açısından maddi kayıplara da neden olabilmektedir.

Uzmanlaşma arttıkça her hekimin, önce hastaya bir bütün olarak bakması gereken bir pratisyen hekim olduğu daha az hatırlanmaktadır. "Uzman" olmanın anlamının diğer alanlarda tümüyle bilgisiz ve yetkisiz olmak olduğu düşüncesi kolaylıkla norm olarak benimsenebilmektedir. Hastayı "parça" hâlinde görme anlayışı hasta bedeninin mikro iktidar alanlarına bölünmesine yol açmakta, aynı "parça" söz konusuysa beden uzmanlık alanları arasında bir iktidar mücadelesine araç olmakta, farklı "parça" söz konusu olduğunda ise primer hekimini kaybeden hasta sahipsiz kalabilmektedir.²⁸ Kısacası aşırı uzmanlaşma, geneli parçalara ayırdığından özün görülmesini ortadan kaldırmaktadır.³⁴ Bu nedenle tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu Francis Peabody; hastaların ortada kaldığını, kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamış ve 1923 yılında aile hekimliği uzmanlığı ortaya çıkmıştır.³⁵ Ayrıca, hekimlerin hastaları sadece kendi uzmanlık alanlarına yönelik değerlendirmek istemeleri neticesinde hekimler hastaya dokunmayı, en basit ve temel fizik muayeneden geçirmeyi, her şeyden önce dinlemeyi unutmaya başlamışlardır.³⁶ Tıp, aşırı derecede uzmanlaşma hatasına girdiğinden, hastalıkların kesişim noktasının saptanabilmesi giderek zorlaşmaktadır. Oysa insan vücudu bir bütündür, hastalık bir yandan tiroidi, diğer yandan böbreği etkilerken, ciltte döküntü de meydana getirebilmektedir.³⁷

Bir üniversite hastanesi acil servisine yapılan sevklerin incelenmesi sonucu, hastaların çoğunlukla ön tanı konmadan sevk edildiği, konulmuş ön tanılarının ise genel ve muğlak tanılar olduğu, hastaların büyük bir çoğunluğunun epikrizinin olmadığı, ikinci basamak sağlık kuruluşlarından yapılan sevklerin hafta sonlarında ve mesai saatleri sonrasında artış gösterdiği, belirtilen zaman dilimlerinde ikinci basamak hastanelerde acil servisler dışında nöbetçi hekim bulunmadığı ve hasta bakımının za-

fiyete uğradığı görülmüştür.³⁸ Bu bağlamda, hekimlerin hastaları tahmin ettikleri ön tanıya göre hemen uzman hekime yönlendirme gereği duyduğu varsayılmaktadır. Özellikle yoğun çalışma şartlarına sahip acil servislerde görev yapan hekimlerin daha çok pratisyen hekim olmaları dolayısıyla “Hastayı neden uzman hekime göndermedin?” sorusuyla karşılaşmamak adına sevk ettikleri düşünülmektedir. Kuşkusuz hekimi, tedavi edebileceği hastayı bile uzman hekime sevk etmeye iten nedenler arasında sağlık sisteminin olduğu ifade edilebilmektedir. Çünkü sağlık sistemi de hastanın ve yönetimin hekimi sorgulayıcı davranış göstermesini sağlamakta ve hekimler konunun uzmanına hastayı yönlendirmektedirler. Colyer’in çalışmasında, tıp profesörü Richard Murray’in aşırı uzmanlaşmayı sağlık bakımının parçalanmasını desteklemek ve masrafları artırmak olarak ifade ettiği belirtilmiştir.³⁹ Yapılan bu uygunsuz ve gereksiz sevkler, kaynak israfına yol açmanın yanı sıra üst düzey sağlık hizmetinden yararlanması gereken hastaların, zaman ve hizmet kaybına uğramalarına da yol açabilmektedirler.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde yaşanan değişim, sağlık çalışanlarını, özel olarak hekimleri sürekli değişen ve birbiriyle rekabet eden yeni rollerle karşı karşıya bırakmaktadır. Hekimler, baş döndürücü bir teknolojik değişim karşısında hastaların-toplumun yararının öncelikli olduğunu unutmadan güncelliğini korumak, bu nedenle kesintisiz bir mesleki gelişim çabasını sürdürmek durumundadır.³⁰ Ancak, hekimlerin kendilerini geliştirme ve uzmanlaşma çabaları sırasında bazı hastalar arada da kalabilmektedirler. Bu bağlamda Yılmaz ve Erdem’e göre hekim adayları, tıbbi eğitim süresince hastayı hedeflediği uzmanlık dalı perspektifinden değerlendirmekte, yalnızca hekime başvuru şikâyet çerçevesinde diğer muhtemel faktörlerden uzak olarak ele almaktadır.¹ Dolayısıyla hekimlerin sadece kendi alanına yoğunlaşması nedeni ile bazı hastaların arada kalabildiği, tedavileri uzadığı ve maddi kayba uğradıkları söylenebilmektedir.

SONUÇ

İnsanoğlu varoluşundan bu yana sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu alanda yaşanan ge-

lişmeler, özellikle 18. yüzyılda Sanayi Devrimi ile hız kazanmıştır. Sanayi Devrimi’nde diğer alanlarda yaşanan uzmanlaşma, tıp alanına da yansımıştır. Tıbbın modernleşmesi, tıbbi bilginin artması neticesinde tıpta uzmanlaşmaya gidilmiş ve bu durum tıp eğitimine de yansımıştır. Geçmişte uzmanlaşmanın gereksizliğini savunan bazı hekimlerin aksine, günümüzde uzman olmayı hedefleyen hekimler ortaya çıkmıştır. Uzman olmayı hedefleyen hekimlerdeki artışa paralel olarak uzmanlık alanlarında da artış yaşanmaktadır.

William Osler, aşırı uzmanlaşmanın getirdiği sorunlara dikkat çekerek “uzmanlık içinde oluşan yalnızlığın uyuşturucu etkisi ile savaşmak gerektiğini” vurgulamıştır.⁴⁰ Elbette tıpta uzmanlaşma tıbbın geliştiğinin bir göstergesidir, ancak gittikçe artan uzmanlaşmanın yol açtığı aşırı uzmanlaşma bazı sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Günümüzde hekimler, uzmanlık alanları çerçevesinde hastaları değerlendirmekte, diğer bir ifadeyle hastaları bir bütün olarak görmekte sıkıntı yaşamaktadırlar. Ayrıca hekimler, hastaları kendi uzmanlık alanları dışında değerlendirmeleri neticesinde ortaya çıkabilecek davalara karşı korunmak amacıyla da hastalardan daha fazla konsültasyon isteyebilmektedirler.

Hekimlerin kendi uzmanlık alanlarına yoğunlaşmaları, birkaç hastalığa sahip hastaların tanı ve tedaviye ulaşmalarında sıkıntılara neden olabilmektedir. Başka bir ifadeyle; her uzman hekim alanında başarılı ve titiz davranabilmekte, ancak sadece uzmanlık alanı çerçevesinde hastayı değerlendirmek, hekimin diğer uzmanlıkları içeren hastalıkları geç fark etmesine neden olabilir ki bu durum hastanın tanı ve tedavi süreçlerine geç ulaşmasıyla sonuçlanabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin amaçlarından biri, hasta olan bireylerin sağlık hizmetlerini etkili ve verimli bir şekilde alarak sağlıklı yaşama kavuşmalarını sağlamaktır. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucuları, hastaların etkili sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamada birincil derecede sorumludur. Bu nedenle sağlık sunucuları ve kanun koyucular, sağlık alanında yaşanan gelişmeleri doğru değerlendir-

meli ve yaşanan olumsuzlukların değişimi konusunda daha dikkatli çalışmalıdır. Uzmanlık alanlarının gelişmesinin yanı sıra hekimler hastalara bütüncül bakmaları açısından desteklenmeli, gereksiz sevkler, yatış sürelerinin uzaması gibi gereksiz mali kayba neden olan işlemler konusunda bilgilendirilmelidir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğru-
dan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet,
gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya her-
hangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde,

çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi
ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin
çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite
üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, her-
hangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer du-
rumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar
katkısı alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz N, Erdem R. [An evaluation on the specialization and holistic approach in medicine]. Suleyman Demirel University The Journal of Visionary. 2016;7(16):35-47.
2. Yoney H, Yavuz DG. Tıpta Uzmanlık Tercih. Yayın No: 778. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları; 2010. p.164.
3. Terzi C. [Speciality education in medicine as a mentality problem]. Toplum ve Hekim Dergisi. 2001;16(1):46-8.
4. Adamson JD. Specialization in medicine. Can Med Assoc J. 1927;17(10 Pt 1):1214-6. [PubMed] [PMC]
5. Ghormley RK. Specialization in medicine: what is orthopaedic surgery? J Bone Joint Surg Am. 1949;31A(3):459-63. [Crossref] [PubMed]
6. Pelin SŞ. [Consultation concept from the viewpoint of medical evolution in psychiatry]. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2000;3:117-25.
7. Kershaw R. Special Hospitals: Their Origin, Development, and Relationship to Medical Education: Their Economic Aspects and Relative Freedom From Abuse. 1st ed. Manchester Square, W: G. Pulman & Sons Press; 1909. p.72.
8. Blustein BE. New York Neurologists and the Specialization of American Medicine. Bulletin of the History of Medicine Baltimore: Johns Hopkins University Press; No:2. 1979. p.170-83.
9. Weisz G. The emergence of medical specialization in the nineteenth century. Bull Hist Med. 2003;77(3):536-75. [Crossref] [PubMed]
10. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ. 1984;18(4):284-97. [Crossref] [PubMed]
11. Terzi C. [Specialization in medicine and over specialization: focusing on the field of general surgery]. Toplum ve Hekim Dergisi. 2009;24(2):151-8.
12. Yakıncı C, Yeşilada E. Koruyucu Sağlık Rehberi. 2. Baskı. TEB Ankara: Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi Yayını; 2013. p.766.
13. Kullmann L. Specialization in medicine. Int J Rehabil Res. 2013;36(1):91-2. [Crossref] [PubMed]
14. Yalçinoğlu N, Kayı İ, Işık Ş, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. [The views of intern doctors on medical education in Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University]. J Ist Faculty Med. 2012;75(3):41-5.
15. Resmi Gazete (29.06.1929, Sayı: 1228) 8034 Sayılı Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname; 1929. p.7636.
16. Öner C. [Evolution of family medicine specialty in legislations]. Türk Aile Hek Derg. 2015;19(4): 165-9. [Crossref]
17. Resmi Gazete (09.08.1947, Sayı: 6680) 3/6187 Sayılı Tababet Uzmanlık Belgeleri Hakkında Tüzük; 1947. p.12769.
18. Resmi Gazete (20.01.1956, Sayı: 9212) 6635 Sayılı Tababet İhtisas Nizamnamesi; 1956. p.13417.
19. Resmi Gazete (17.08.1962, Sayı: 11199) 6/817 Sayılı Tababet Uzmanlık Tüzüğü; 1962. p.8421.
20. Resmi Gazete (18.4.1973, Sayı: 14511) 7/6229 Sayılı Tababet Uzmanlık Tüzüğü; 1973. p.11.
21. Resmi Gazete (19.06.2002, Sayı: 4198) 24790 Sayılı Tıpta Uzmanlık Tüzüğü; 2002. p.3615.
22. Resmi Gazete (03.02.1987, Sayı: 19361) sayılı Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Öğrenci Seçme Sınavları Hakkındaki Yönetmelik; 1987. p.545.
23. Gün İ, Öztürk A, Öztürk Y. [Evaluation of the interns of Erciyes University Faculty of Medicine in their medical education and medical examination]. Toplum ve Hekim Dergisi. 2004;19(2):154-8.
24. Resmi Gazete (18.07.2009, Sayı: 27292) 2009/15153 Sayılı Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği; 2009.
25. Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 6225, Kabul Tarihi: 6.4.2011, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 26.4.2011, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı: 27916.
26. Hoff T, Sutcliffe KM, Young JG. The Healthcare Professional Workforce, Understanding Human Capital in a Changing Industry. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2017. p.208.
27. Oğuz NY. [Physician-patient relationship in clinical practice]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 1995;3(2):59-65.
28. Bulut F, Civaner MM. [Modern medicine is losing its humanistic essence: "Patients no more, but diseases" is the new motto now]. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2016;3(2):66-73.
29. Vatanserver K, Durak Hİ. [How should faculty development be organized in medical education: a collection accompanied by learning theories, basic concepts, practices and examples]. Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi. 2007;24:28-38.

30. Pelin SŞ, Çalışır HC. [Medical consultation with special reference to the views of 81 doctors in Ataturk chest disease and thoracic surgery center]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 1998;6(1):14-9.
31. Arda B, Kutlay N. [Ankara University Medical Faculty Journal (1947-1996)]. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1997;50(2):61-6.
32. Nişancı Y, Nazlı N, Özkan M, Özcan M. [Hekimler arasındaki ilişkilerde etik]. Bölüm 3. Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu. Arch Turk Soc Cardiol. 2009;37 Suppl 3: 15-8.
33. Çağlayaner H. [Physician, patient, colleagues: referral and consultation]. Türk Aile Hek Derg. 2006;10(1):1-38.
34. Erdem HH. [The human condition and idea of "Education for the future" in Edgar Morin]. Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi. 2012;13:75-88.
35. Hazine Müsteşarlığı. [Family medicine practice in Turkey]. Politika Analizi Raporu. Ankara: 2011. p.10-5.
36. Arslanoğlu K. [Basic diseases of medicine: questions and answers]. Arslanoğlu İ, editör. Tıp Bu Değil. İstanbul: İthaki Yayınları; 2012. 1. Baskı p.11-31.
37. Dizdar Y. [Nutrition and disease: what is the status of sugar?]. İş ve Hayat Dergisi. 2015;2:9-21.
38. Ertan C, Akgün FS, Yücel N. [Evaluation of patient transfers to the emergency department of a university hospital]. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2010;10(2):65-70.
39. Colyer S. Subspecialties Hold Back Generalists; 26 / 21 July 2014.
40. Baskan S. [Turkish medical education on the threshold of the 2000s]. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1997;50(1):7-25.