

# Türkiye’de çocuk cerrahisi uzmanlarının çalışma koşulları, iş gücü ve iş yükü

## Working conditions, workforce and workload of pediatric surgeons in Türkiye

Mete Kaya 

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmada Türkiye’de çocuk cerrahisi uzmanlarının çalışma koşulları, iş gücü ve iş yükü incelendi.

**Gereç ve yöntemler:** Temmuz 2023 - Ağustos 2023 tarihleri arasında 50 ilden toplam 152 çocuk cerrahisi çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların mevcut çalışma koşulları, sorunlara çözüm önerileri ve beklentilerini araştırmak üzere bir anket kullanıldı. Sonuçlar yüzdeler ve sayısal olarak tasnif edildi.

**Bulgular:** Katılımcıların toplam %58’i mesleklerini yapmaktan memnun idi. Artmış iş yüküne rağmen, katılımcıların yarısı çocuk cerrahisi sayısının artmasıyla sorunların çözülmemeyeceğini belirtti. Katılımcıların yarısı acil olgulara erişkin cerrahinin müdahale edebileceği görüşündeydi. En önemli sorun, emeğin maddi karşılığının yetersiz olması idi.

**Sonuç:** Çocuk cerrahisinin iş gücünün önemi ve ihtiyacının doğru belirlenmesi ve iş yükünün azaltılması için meslek kuruluşları ve ilgili kurullar ile çalışılarak geleceğe dönük planlamalar yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk cerrahisi, çocuk cerrahisi, iş gücü, iş yükü.

### Abstract

**Objectives:** This study aims to investigate working conditions, workforce and workload of pediatric surgeons in Türkiye.

**Materials and methods:** Between July 2023 and August 2023, a total of 152 pediatric surgeons from 50 provinces were included in the study. A survey was used to investigate the current working conditions, problems and solution suggestions, and expectations of the participants. The results were classified as percentages and numerically.

**Results:** A total of 58% of the participants were satisfied with their profession. Despite the increased workload, half of the participants reported that many pediatric surgeons would not solve the problems. Half of the participants believed that adult surgeons could intervene in emergency cases. The main problem was the insufficient financial reward for labor.

**Conclusion:** Future planning should be made by working with professional organizations and relevant boards to accurately highlight the importance and needs of the pediatric surgery workforce and reduce the workload.

**Keywords:** Pediatric surgeons, pediatric surgery, workforce, workload.

Eğer bir çocuğun çocuk cerrahisi tarafından görülmesi önerilmişse, onların çocuklarla başa çıkmada ve cerrahi tedavide en geniş tedavi

seçeneklerine, en kapsamlı ve eksiksiz eğitime ve iyi bir uzmanlığa sahip olduğundan emin olunabilir. Çocuklarda cerrahi işlemlerin genel cerrahi uygulamalarından ayrılarak özgün bir hale gelmesi ikinci dünya savaşı sonrasında denk gelmektedir.<sup>[1,2]</sup> Altmışlı yılların başından itibaren iki Genel Cerrahi kökenli kurucu öğretim üyesi yurt dışında Çocuk Cerrahisi (ÇC) eğitimi olarak Ege Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitelerinde ayrı klinikler kurmuşlardır. İlk yıllarda Genel Cerrahi uzmanlığı yapanlar ÇC üst ihtisası ile bağımsız ÇC kliniklerini kurmuşlardır.<sup>[1]</sup> Sonraki yıllarda, uzun genel cerrahi

Geliş tarihi: 14.11.2023  
Kabul tarihi: 20.11.2023  
Online yayın tarihi: December 29, 2023  
İletişim: Mete Kaya, MD.

E-posta: kayamete@yahoo.com

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

### Atrf:

Kaya M. Türkiye’de çocuk cerrahisi uzmanlarının çalışma koşulları, iş gücü ve iş yükü. Turkish J Ped Surg 2023;37(3):84-92. doi: 10.62114/JTAPS.2023.73646.

rotasyonları ile birçok merkezde ana dal uzmanlık eğitim programları oluşmaya başlamıştır. Başlangıçta rutin ÇÇ uygulamalarında az sayıda kişi ile sınırlı işlemler yapılırken, özverili çalışmalar, yurt dışı eğitimleri, yoğun bakım ve anestezi gibi alanlarda yüksek teknolojik ve kişisel gelişimlerle, bugün 50 yıl öncesine kıyasla çok başarılı sonuçlar alınmakta ve ÇÇ, erişkin cerrahi dallardan tamamen farklı uygulamalara sahip özgün bir uzmanlık dalı haline gelmiştir.<sup>[2]</sup> Uzman sayısının az olduğu dönemlerde hem örnek hekimlik uygulamalarıyla hem de talebin fazla olmasıyla popüler ve gözde uzmanlık alanları arasında yer almıştır. Çocuk cerrahlarının iş yükünü, çocuk nüfusun ÇÇ alanına giren ve birçok sistemi kapsayan (baş boyun, toraks, hepatogastroenteroloji, üroloji, plastik cerrahi, travmatoloji, yenidoğan, onkoloji vb.) uygulamalar oluşturmaktadır. Erişkinlerde Göğüs Kalp Damar Cerrahisi, Üroloji, Plastik Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, hatta Ortopedi gibi ana dallar Genel Cerrahi uzmanlık alanının iş yükünü paylaşmışlardır, ÇÇ uzmanlığından ise sadece Çocuk Ürolojisi ayrılmıştır. Geniş sorumluluk alanı yanında, 2000'li yılların sonundan itibaren tam gün yasası ile birlikte uygulanmaya başlanan performans dayalı ek ödeme sistemi, diğer uzmanlık dallarıyla karşılaştırıldığında, çocuk cerrahlarının iş yükünü daha da artırmıştır. Ülkemizde fedakarlıkla çalışan çocuk cerrahlarının bugünlerde içinde buldukları şartların ve iş yükünün ortaya konulması için bir anket yapıldı. Bu yazıda, anket sonuçları ile birlikte, çocuk cerrahlarının mesleği icra ederken yaşadıkları sorunları ve çözüm yollarının belirlenmesi amaçlandı.

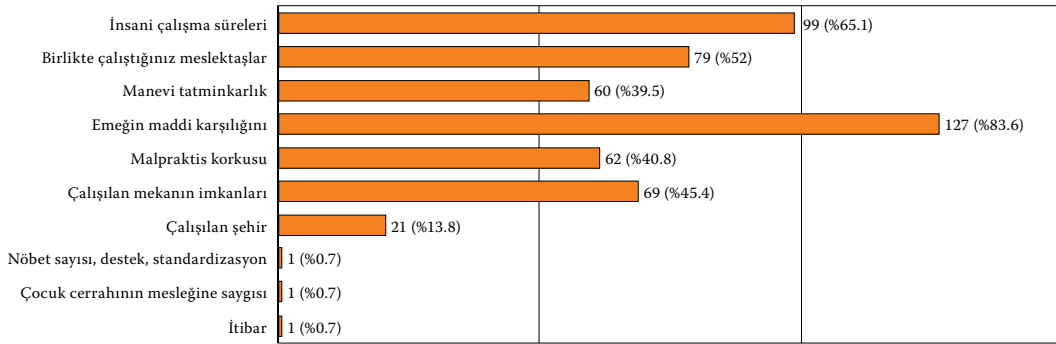
## GEREÇ VE YÖNTEMLER

25 Temmuz 2023 - 31 Ağustos 2023 tarihleri arasında e-posta yazışma listesi ve sosyal medya uygulaması üzerinden çocuk cerrahlarına doldurmaları için bir anket gönderildi. Ankette, çalışılan kurumlar ve özellikleri, hizmet yılı, mesleki uygulamalardan memnuniyet, çalışma şartları, karşılaşılan sorunlar, çözüm önerileri ve beklentileri içeren sorular yer aldı. Veriler yüzde ve sayısal veri olarak tasnif edildi.

## BULGULAR

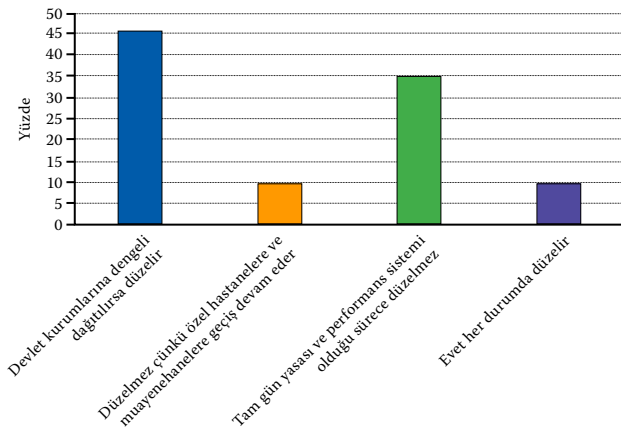
Paylaşılan ankete belirlenen zaman aralığında 50 ilden 152 çocuk cerrahı cevap verdi, en fazla cevap veren il İstanbul idi. Anketi cevaplayanların çoğu bir üniversitede (%34.9), ikinci sırada eğitim araştırma

hastanesinde (%32.9) çalıştığını belirtti. Katılımcıların genel olarak mesleğini icra etmekten memnuniyeti ile ilgili soruya, %57.9 oranında “çok memnun veya memnun” cevabı verilmiştir. En fazla memnuniyetin 20 yıldan fazla çalışanlarda, en az memnuniyetin ise 5 yıldan daha az çalışanlarda olduğu görüldü. Ankete katılanların %36.8'i kendilerine ait bir klinikleri olmadığını bildirmişlerdir, ancak bu cevaplar arasında özel hekimlik yapanlar çıkarıldığında oran %28 bulundu. Çocuk cerrahlarının %71.1'i çalıştıkları kurumda icap nöbeti tuttuklarını, %19.7'si mevcutlu nöbet tuttuklarını, %9.2'si nöbet tutmadıklarını belirtmişlerdir. İcap veya mevcutlu nöbet ayrımı yapılmadan ayda tuttıkları nöbet sayısı sorusuna, %15.1'i her gün, %22.4'ü ayda 15-30 gün, %13.8'i 10-15 gün, %28.3'ü ise 5-10 gün nöbet tuttuklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %84.2'si sadece kendi kurumlarında, %15.8'i ise il içi havuz nöbeti tutmakta olduklarını, toplamda %65.8'nin nöbetlerde 10 ve altında hasta gördüklerini belirtmiştir. Katılımcıların %28.3'ü nöbet konusunda idare ile sorun yaşadıklarını ve üçte biri oranında sorunun çözülmediğini belirtmiştir. “Nöbet sorunu kurumda 5'den fazla çocuk cerrahı olmasıyla çözülebilir mi?” sorusuna katılımcıların %30.3'ü olumlu yanıt verirken, %48'i gerek olmadığını ya da destek alınmadıkça önemi olmadığını bildirmiştir, %21.7'si ise hem sayının hem de desteğin çözüm olabileceğini bildirmiştir. Nöbet ve mesai ayrımı yapılmadan haftalık acil ameliyat sayısı sorusuna katılımcıların %42.8'i 5'in altında hasta aldıklarını bildirmiştir. Katılımcıların %56.6'sı sünnet ve lokal anestezi altında işlemler dahil yıllık ameliyat sayılarının 500'ün üzerinde olduğunu belirtirken, bu işlemler çıkarıldığında %28.9'unun yılda 500'ün üzerinde ameliyat yaptıkları saptandı. Katılımcıların çoğu (%76.3) komplike durumlarla karşılaştıklarında ya kendileri ya da birlikte çalıştıkları meslektaşları ile sorunu çözmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Diğer yandan ileri bir merkeze sevk gereken durumlarda katılımcıların yaklaşık yarısı (%51.7) sevk yapmadığını, %22'si sorun yaşamadan sevk edebildiğini, %26.6'sı da sevk sorunu yaşadığını bildirmiştir. Çalıştıkları merkezlerde çocuk hastaların erişkin cerrahları tarafından tedavi edilmesini nasıl buldukları sorusuna, katılımcıların %47.4'ü tedavi edebilirler, %40.1'i ise kesinlikle tedavi etmemeliler cevabını vermişlerdir. Katılımcıların %28.9'u kendi kurumlarında erişkin cerrahlarının mesai dışında çocuk hastaları değerlendirdiğini bildirmişlerdir. Çocuk cerrahlarının iş doyumunu ve çalışma huzuru için en önemli üç parametreyi seçmeleri



**Figure 1.** Katılımcıların “Çalışma huzuru ve iş doyumunu için en önemli unsurlar nelerdir?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı (152 yanıt).

istendiğinde %83.6’sı emeğin maddi karşılığı, %65.1’i çalışma sürelerinin daha sürdürülebilir olması ve %52’si birlikte çalıştıkları meslektaşları ile uyum seçeneğini işaretlemişlerdir (Şekil 1). Daha fazla çocuk cerrahı yetiştirilmesinin sorunları çözüp çözemeyeceği sorusuna %45.4’ü dengeli dağılımı olursa, %34.9’u tam gün yasası ve performans sistemi kaldırılırsa düzelebileceğini bildirmiştir (Şekil 2). Katılımcılardan özel sektörde çalışanlara bu çalışma şeklini neden seçtikleri sorusuna, %44.2’si ekonomik nedenlerle, %30.2’si ise ağır çalışma koşulları nedeniyle cevabını verdi. Özel sektörde çalışan katılımcılara yeniden kamuya dönmeyi düşünüp düşünmedikleri ile ilgili görüşleri sorulduğunda, %48’inin konuya olumsuz baktıklarını, %52’sinin ekonomik ve çalışma koşullarında düzelmeler olması halinde olumlu baktıklarını belirtti. İdare

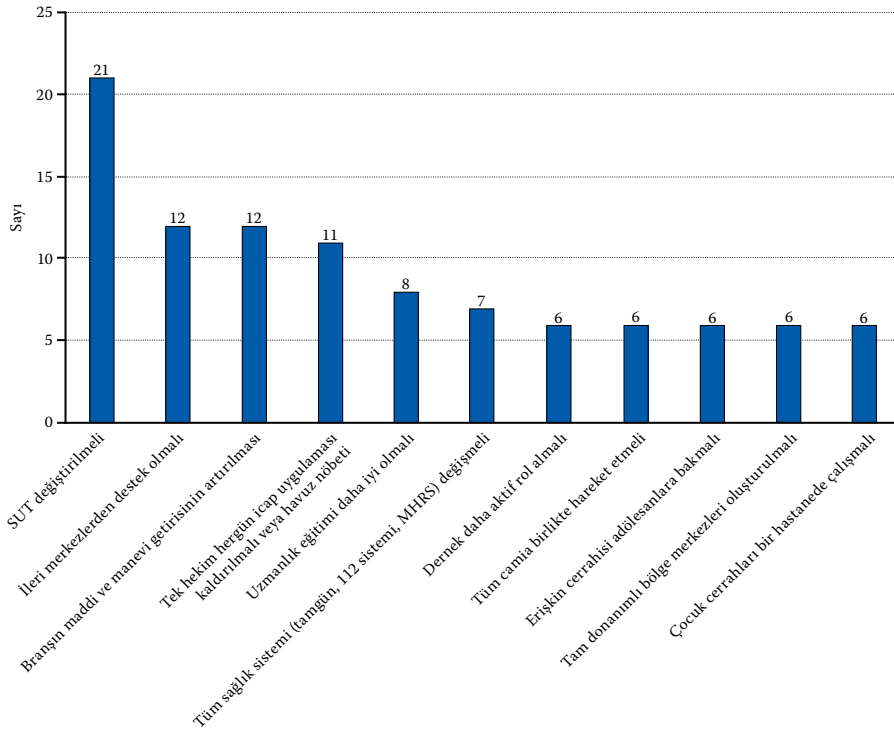


**Figure 2.** Katılımcıların “Daha fazla çocuk cerrahı yetişmesi çalışma koşullarını düzeltir mi?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımı (152 yanıt).

ile yaşadıkları sorunların çözümüne ilişkin soruya katılımcıların %62.5’i tüm ÇÇ camiasının birlikte hareket etmesi ile çözülebileceğini bildirirken, %23’ü çözülebileceğini düşünmediklerini bildirdi. Dilek ve beklenti konusunda katılımcıların en fazla üzerinde durdukları durumlar arasında ilk sırada idarenin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) uygulamasında ÇÇ lehine düzenlemeler yapılması isteği gelmiştir (Şekil 3).

## TARTIŞMA

Son yıllarda tıp alanında ilerleme, yüksek teknoloji, bilgiye ve sağlık hizmet sağlayıcıya ulaşımın kolaylaşması halkın yararına olsa da artan sorumluluk ve idarenin yaptırımları ile farklı uzmanlık alanlarındaki hekimleri farklı etkilemiştir. Defansif tıbbın giderek daha fazla tercih edilmesi, sorumluluk baskısı ve malpraktis endişesi cerrahi alanlara ilgiyi azalttı ve bundan en fazla ÇÇ etkilendi. Kamuda çalışan hekimlere sevk zinciri olmadan ulaşılması çocuk cerrahına talebi artırırken, cerrah açısından gerçek cerrahi gerektiren hastaların elenmesini zorlaştırmıştır, diğer yandan muayenehane ve özel sağlık kurumlarına geçişin artması, arz-talep dengesizliklerini daha da içinden çıkılmaz hale getirmiştir. Çocuk cerrahları sorumlu olduğu alana giren birçok cerrahi durum yanında, başlı başına ayrı özellikleri olan, yenidoğan hastalıkları, çocuk travmaları, kanser cerrahisi, organ nakli ve ileri minimal invazif girişimleri başarıyla uygulamaktadırlar. Geniş sorumluluk alanına sahip bu cerrahi uzmanlık dalının oldukça değerli olması beklenir. Ankete katılan hekimlerde mesleğini icra etmekten memnun olmayanların sayısının



**Figure 3.** “Branşımızın daha sürdürülebilir ve verimli çalışma koşullarına sahip olması için düşünce ve önerileriniz nedir?” sorusuna verilen cevaplardan en fazla öne çıkan dilek ve temenniler.

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği; MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi.

yüksekliği düşündürücüdür. Mevcut çalışan çocuk cerrahları arasında durum böyle iken, Tıp Fakültesi mezunlarının da uzmanlık alanı tercihlerinde çarpıcı değişimler olmuştur. T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) Başkanlığının Aralık 2021/28 numaralı Değerlendirme Raporuna göre ÇÇ, 40 uzmanlık dalı arasında puan sıralamasına göre Acil Tıp ve Göğüs Cerrahisinin önünde sondan üçüncü sırada tercih edildiği ve yerleşme oranının ise %54 olduğu görülmektedir.<sup>[3]</sup> Uzmanlık dallarının gelecek beklentileri, uzmanlık pozisyonları arayan kişilerin tercihlerini etkilemekte ve sonuçta yeni mezunların ÇÇ uzmanlık alanını üst sıralarda tercih etmediğini göstermektedir. Çocuk cerrahisi tercihinde görülen belirgin azalmanın ağır çalışma koşulları, geniş sorumluluk alanı yanında, düşük maddi getirisi, özel hekimlik imkanlarının kısıtlı olması gibi başka faktörlere bağlı olup olmadığı tartışmaya açık bir konudur. İdareye, ÇÇ işgücünü, dağılımını ve sağladıkları cerrahi bakımın önemini doğru bildirmek, gelecek için alınacak kararların belirlenmesine yardımcı olacaktır. Sorunun sayısal

olmadığı düşünülmektedir, zira yapılan ankette katılımcıların yaklaşık yarısı, fazla çocuk cerrahı yetiştirilse de dengeli dağılılmadıkça ÇÇ iş gücüne bir katkı sağlayamayacağı belirtilmiştir.

Çocuk cerrahisi işgücünü yetiştirmiş çocuk cerrahları ve onların sorumluluk alanları belirlemektedir. Her uzmanlık alanında işgücü farklılık gösterebilir, idare her uzmanlık alanını aynı uygulamalara tabi tutarak kararlar almaktadır. Cerrahi iş gücü son 25 yılda önemli ölçüde değişti ve iş gücü araştırmacıları, çocuk cerrahlarının fazlalığı mı yoksa eksikliği mi olduğu konusunda farklı görüşlere sahipler.<sup>[4]</sup> O'Neill ve ark.,<sup>[5]</sup> ÇÇ iş gücü için şu açıklamayı yapmışlardır: hastaların kritik cerrahi hizmetlere ulaşabilmesi için yeterli sayıda eğitilmiş ve deneyimli cerrahın bulunması ve bunların geniş coğrafyalara dağılımı gerekmektedir, ayrıca pediatrik anestezi uzmanları da dahil olmak üzere destekleyici uzmanların yanı sıra uygun donanıma sahip ve yeterli kadrolu hastane tesisleri de bulunmalıdır, yeterli sayıda cerrah yoksa

erişim sınırlıdır ve çok fazla cerrah varsa deneyim azalır ve bakım kalitesinin düşmesi potansiyeli ortaya çıkar. Feil ve ark.<sup>[6]</sup> ise hizmet, eğitim ve işgücü gereklilikleri ile ilgili nesnel verilerin ve bilgilerin idare tarafından sağlanması halinde, uygun ulusal kararların mümkün olabileceği kavramını güçlendireceğini, ayrıca uygun kararlar, en iyi bakım kalitesini sağlamaya yönelik motivasyona sahip uzmanlık alanı tarafından alınması halinde, idarenin yaptığı düzenlemelerinin zorunlu kıldığı durumdan daha iyi olacağını bildirmişlerdir. Ülkemizdeki ÇÇ işgücünü doğru bir şekilde belirleyebilmek için, idare kaç çocuk cerrahı bulunduğunu, bunların yaş aralıklarını, hangi kurumlarda çalıştıklarını, geçmişte yer değiştirme ve gelecekte nasıl bir yer değiştirme beklendiğini, ameliyat sayılarını ve ne tür girişimler yaptıklarını, uzman olacak ve emekliye ayrılacak olanların sayılarını meslek örgütleri ve planlayıcılarla paylaşmalıdır.

Çocuk cerrahisi ve ilişkili çocuk popülasyonunun demografik özelliklerine ilişkin veriler ve ihtiyaç tahminleri, zaman içinde takip edilmedikçe ve diğer doğrulayıcı bilgilerle ilişkilendirilmedikçe bir plan yapılması mümkün görünmemektedir. O'Neill ve ark.<sup>[5]</sup> 2000'lerin başında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde son 25 yılı içinde yapılan ulusal verianalizleri ve planlamaları yaparken nüfus artış hızı, çocuk yaş grupları arasında artış hızı, kişi başına düşen çocuk cerrahı sayısı, gelecek planları, göçmen durumları, beklenen yaşam süresi, doğum hızı gibi kriterlerin belirlenerek uzman ihtiyacını ve bu uzmanlıktan beklentileri ortaya koymuştur. Nakayama ve ark.,<sup>[7-9]</sup> ABD'deki ÇÇ'nin mevcut durumunu ve gelecek planlarını da içine alan çalışmalarını beş yıl öncesine kadar güncelleyerek yayınlama imkânı bulabilmiştir. Avrupa'da yapılan bir çalışmada, nüfus bilgileri yanında her yıl doğan anomalili hastalara ulaşılabildikleri için ileri dönük hesaplamalar ve tahminlerin yapılabilirdiği bildirilmiştir.<sup>[10]</sup> Her ne kadar nüfus bilgilerine Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) web sayfasından erişilebilse de ayrıntılı birçok veriye idarenin desteği olmadan ulaşmak çok zor görünmektedir. Bölgesel nüfus bilgileri, tahminler, buralarda hangi cerrahi işlemler için (günübirlik olgular, acil cerrahi gereksinimi olanlar, özellikli cerrahi gerektiren doğumsal anomaliler veya tümör cerrahisi gibi) hangi cerrahi hizmet ihtiyacına ait bilgilere idare kolaylıkla ulaşabilir. Bu bilgiler ileriye dönük planlamalar için kullanılabilir. Örneğin herhangi bir yeni teknolojik uygulamanın,

uygulanacağı popülasyon büyümüyorsa veya çok yavaş büyüyorsa, ihtiyaç duyulan cerrah sayısı üzerinde büyük bir etkiye sahip olması olası değildir. Bu durumda önerim başlangıçta çocuk cerrahı ihtiyacı beş yıllık planlamalarla belirlenmelidir. Bu sayı belirlenirken ülkemizde nüfus başına düşen çocuk cerrahı sayısı belirlenmeli, nüfus artış hızı hesaba katılmalı, bu zaman aralığında 0-18 yaş arasında nüfus artış hızı ayrıca hesaplanmalı, yine bu süre içinde uzman statüsüne geçecek, ülkemizden ayrılacak ve emekli olacak çocuk cerrahı sayısı belirlenmeli, özel hastanelerde ve muayenehanede çalışacak tahmini çocuk cerrahı sayısı ve bunların iş yükünü karşılama oranları, çocuk cerrahı yetiştiren merkezler ve yıllık mezun sayısı tahmini yapılmalıdır. Çocuk cerrahlarının yer değiştirme hareketlerinin yoğunlaştığı ve azaldığı bölgelere bakılarak tahmin edilmesi bölgesel ihtiyaçların tespit edilmesi yanında nedenlerini de ortaya çıkaracaktır. Şüphesiz en doğru veriler ancak idare tarafından sağlanabilecektir. Kurullarımızın ve meslek örgütlerinin sorumluluklarını, uygun sayıda asistan ve eğitim programının veya genel olarak toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesi için yetki ve imkanlarını içine alacak şekilde, yeniden yapılandırması yararlı olacaktır. Bunun yanında idare, veri toplamayı standart bir şekilde koordine etmek için bağımsız, ulusal bir işgücü planlama organının kurulmasını sağlamalıdır.

Avrupa'da 177 bin çocuğa bir ÇÇ merkezi bulunduğu ve her 100 bin çocuğa ortalama 3.9 çocuk cerrahı bulunduğu saptanmıştır.<sup>[10]</sup> Krishnaswami ve ark.,<sup>[11]</sup> ABD'de 15 yaşın altındaki her 100 bin çocuğa 2.4 çocuk cerrahı bulunduğunu, bu oranın Afrika'da 0.11, Asya'da 0.36, Latin Amerika'da 2.08 ve Ortadoğu'da 0.47 olduğunu saptamışlardır. Ancak gereklilik konusunda tutarsızlıklar vardır. İngiltere Çocuk Cerrahisi Derneği (BAPS) 500 bin çocuğa bir çocuk cerrahını önerirken, ABD'de bu oran 100 bine bir olarak önerilmektedir.<sup>[10]</sup> Ülkemizde Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneğinin (TCCD) 2-4 Mart 2007 tarihinde Ankara'da yapılan II: Eğitim kurultayında 50-100 bin nüfusa bir çocuk cerrahı gerekeceği bildirilmiştir. Her ne kadar bu nüfus terimi çocuk mu yoksa genel nüfus sayısı mı olduğu açık olmasa da çocuk olarak kabul edildiğinde Avrupa'dan daha fazla çocuk cerrahı beklentisi olduğunu göstermektedir.

Çocuk cerrahisi işgücünün ve iş yükünün ekonomik karşılığı da beklentilerin çok gerisindedir.

İdarenin SUT verileri incelendiğinde yapılan işlemlerin diğer cerrahi alanlarla karşılaştırıldığında düşük olduğu, özellikle işlemler başlığı altında listelenen tümör, diversiyon ameliyatları ve doğumsal anomaliler arasında ÇÇ alanına ait sadece “Özofagus replasmanı için interpozisyon ameliyatları” olduğu görülmektedir.<sup>[12]</sup> Oldukça karmaşık cerrahiler yanında, uzun süreli takip ve tedavi gerektiren birçok doğumsal anomali, göğüs cerrahi işlemleri, hepatobiliyer işlemler, tümör cerrahileri ve genitoüriner sistem anomalilerinin yer almaması, ÇÇ uzmanlık alanının değerini hak ettiği düzeyde olmamasının bir nedeni olabilir. Getirisi düşük, ancak büyük emek verilen işlemleri büyük fedakarlıklarla yapan çocuk cerrahlarının “performans sisteminde” karşılığı da düşük görülmektedir. Hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında ÇÇ alanının büyük bir kısmını oluşturan, gösterge olgular olarak kabul edilebilecek, ancak SUT’a göre özellikli işlemler arasında yer almayan karmaşık cerrahi işlemlerin karşılığının, diğer uzmanlık alanlarındaki işlemlere göre çok düşük olduğu görülmektedir. Hatta idare doğumsal anomali olduğu için birçok özellikli ameliyatlardan fark alınmasının da önüne geçerek ÇÇ’nin işgücünün düşük olduğu kanısına yol açmaktadır. Ankette, çocuk cerrahları en çok ekonomik nedenlerle mesleki uygulamalarda işgücünün karşılığının yetersiz olduğunu belirterek, SUT uygulamasının revize edilmesini ve ÇÇ uygulamalarının maddi karşılığının artırılmasını istemektedir. Katılımcılar performans sisteminin çocuk cerrahlarının iş doyumunu azalttığını bildirmişlerdir. Bu sistem adeta elmalar ile buğdayların aynı kategoride değerlendirilmesi gibidir. Dahili uzmanlık alanlarında kazanılan puanlara, Acil Servis, Yoğun Bakım gibi birimlerde elde edilen puanlara, çocuk cerrahlarının ulaşması asla mümkün olmamıştır.

Sağlık hizmetinin ve çocuk nüfusun yoğun olduğu yerlerde daha çok çocuk cerrahına ihtiyaç duyulacağı tahmin edilebilir. Bu yerlerde eksik çocuk cerrahı kadrosu zorunlu hizmet atamaları ile giderilmeye çalışılsa da aşırı talebe az sayıda hekim ile cevap vermek zaman içinde zorlayıcı olmakta ve çocuk cerrahları zorunlu hizmet biter bitmez çalışmalarını daha kabul edilebilir şartları olan merkezlerde veya istifa ile özel sağlık kurumlarında sürdürme yolunu seçmektedir. Katılımcıların dörtte üçü ekonomik ve ağır çalışma koşulları nedeniyle özel sektörde çalıştıklarını bildirmişlerdir. Aslında

hali hazırda ülkemizde çocuk cerrahı ihtiyacı, mevcut sayı ile kolayca karşılanamayacak önemli bir sayı eksikliğine işaret etmemektedir. Ancak tam gün yasası ve performans sisteminde diğer uzmanlık alanlarına kıyasla performans kaygısı, ağır iş yükü, sağlıkta şiddet, malpraktis endişesi, özel sektörün ve muayenehane işletilmesinin daha cazip olması gibi nedenlerle kamudan ayrılmalar olmakta, bu da göreceli olarak yanlışlıkla ülkemizde çocuk cerrahı ihtiyacının fazla olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, kalifiye ÇÇ uzmanlarının uygun çalışma koşullarını sağlayarak kamu hizmet havuzuna çekecek ulusal bir standardın teşvik edilmesi ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır.

Çocuk cerrahı ihtiyacı ve talebini etkileyen bir diğer trend ise yenidoğan uzmanları, çocuk yoğun bakım uzmanları, çocuk onkologları, çocuk ürologisi uzmanları, kulak burun boğaz uzmanları, çocuk gastroenterologları, göğüs hastalıkları uzmanları ve girişimsel radyoloji uzmanları tarafından ÇÇ alanına giren uygulamalardır.<sup>[5]</sup> Bu ana veya yan dallar geleneksel olarak tamamı çocuk cerrahlarının da takip ve tedavisinde yer aldığı hastalarla ilgilenmektedirler. Ancak ileri girişim gerektiren bu yan dal hastalarına yine özellikli bilgi ve deneyim gerektiren çocuk cerrahisi uygulamaları ÇÇ uzmanlık alanının iş yükünü artırmaktadır. Buna ilave olarak, Çocuk Acil servislerinin yaygınlaşması, malpraktis endişesi, sevk zincirinin olmaması ve yukarıda anılan alanlarda çalışan hekimlerin de sayıca az olmasıyla, çocuk cerrahlarının sorumluluğunu artırmıştır.

Her ne kadar dar örneklem büyüklüğümüz, çıkarımları sınırlasa da katılımcıların %15.1’i her gün, %22.4’ü 15-30 gün arası ve %13.8’i 10-15 gün nöbet tuttuğunu belirtmiştir. Bu çok ağır bir çalışma koşuldur. Peki çocuk cerrahlarının bu ağır çalışma şartları özellikle acil durumlarda veya nöbetlerdeki yükünü azaltmak mümkün müdür? Ülkemizde sağlık sisteminde yer alan uygulamalarda bir yerde çocuk cerrahı varlığı, büyük ve küçük çocukları içeren tüm olguları çocuk cerrahına yönlendirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa’da hala erişkin cerrahlarının çocuklarda cerrahi hastalıkları yönettikleri bilinmektedir.<sup>[5,10]</sup> Aslında yaygın olmasa da erişkin cerrahlarının elektif cerrahi uygulamalarını yaş sınırına bakmadan yapmalarının önünde yasal bir engel yoktur. Katılımcıların yaklaşık yarısı acil durumlarda erişkin cerrahlarının kesinlikle çocuk cerrahı yerine hastaları değerlendirmemesini istedikleri anlaşılmıştır. Bu durum erişkin

cerrahisinin ÇÇ uygulamalarından farklı olması ile kabul edilebilecek bir yaklaşımdır. Ancak sayıca az merkezlerde özellikle acil durumlarda iş yükünün azaltılması için bunun uygulanması tartışılabilir. Nakayama ve Newman<sup>[13]</sup> ÇÇ konusunda ek eğitim almış bir grup genel cerrahın görevlendirilmesi yapılarak basit acil sorunları olan çoğu bebek ve çocukla ilgilenecek, travma, apandisit, invajinasyon gibi acil ÇÇ uygulamasının büyük kısmını oluşturan durumların tanı ve tedavisinin erişkin cerrahları tarafından yapılabileceğini ileri sürmüşlerdir. Aynı çalışmada onkolojik olgular, imperfore anüs, Hirschsprung hastalığı, özofagus ve trakeal anomaliler ve birden fazla eşlik eden anomalisi olan yenidoğanlar gibi daha karmaşık problemler için üçüncü basamak hastaneler ile koordinasyon sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. 1992 yılında İngiliz Yüksek Cerrahi Eğitimi Ortak Komisyonu, uygulamalarının bir parçası olarak çocuk hastaların bakımını üstlenmek isteyen genel cerrahların, uzman bir ÇÇ merkezinde en az altı ay eğitim almalarını tavsiye etmiştir.<sup>[14]</sup> Nakayama ve ark.<sup>[7]</sup> ABD'deki ÇÇ işgücü eksikliğini ele alan yazılarda, genel cerrahi asistanları için mevcut ÇÇ olgu sayısı gerekliliklerindeki eksikliklerin olduğunu düşündüklerini ve birçok programda eğitimin ilk yıllarında ÇÇ rotasyonlarının yapıldığını da belirtmişlerdir. Diğer yandan genel cerrahların çocuklara yararlılığı açısından kritik sınırlamaların da olduğu düşünülmüştür. Zira, çocuk cerrahı veya genel cerrah tarafından apendektomi yapılan çocuklarda, tedavi edenin çocuk cerrahı olduğu durumlarda hastanede kalış süresinin daha kısa olduğunu, perfore apandisit olgularının bir ÇÇ tarafından tedavi edilmesi durumunda daha az komplikasyon olduğunu ve negatif apendektomi oranının daha düşük olduğunu ortaya konmuştur.<sup>[9,15]</sup> Sonuçlar konusunda cerrahın etkisi genellikle çok küçük (<5 yaş) çocuklarda en belirgin bulunmuştur. Bu görüşlerin aksine, sonuçlar arasında fark olmadığını, çocuk cerrahlarının çocuklarda üstün olmadıkları da savunulmaktadır.<sup>[16]</sup> Chen ve ark.,<sup>[17]</sup> uzmanlık alanının değil cerrahi hacmin etkili olduğunu öne sürmüştür. Ülkemizde bu durum bazı karışıklıklar içermektedir. Çocuk cerrahisi uygulamaları beklenen Genel cerrahi uzmanlık eğitiminde yaklaşık 15 yıl öncesine kadar ÇÇ rotasyonu bile yokken, erişkin cerrahisi kısıtlaması olan ÇÇ uzmanlık eğitiminde 18 ay gibi uzun genel cerrahi rotasyonu vardı. Bugün karşılıklı ikişer ay rotasyon yapılmaya başlanması bu olası sıkıntıları giderebilir mi? tartışılır. İdarenin yayınladığı yönergelerle acil durumlarda

yaş gözetmeksizin erişkin cerrahlarının çocuk acil olgularına bakma zorunluluğu pratikte çok az merkezde uygulanmaktadır. Ancak bu stratejiyle sağlanan ÇÇ hizmeti, etkinliği ve kalitesi açısından soru işaretlerini de beraberinde getirmektedir.

Sayıca az çocuk cerrahı olan merkezlerde ÇÇ hizmeti iş yükünün azaltılması için hastaların daha gelişmiş imkanları olan sayıca yeterli merkezler oluşturularak, özellikle acil ve komplike olguların etkin hasta transfer sistemi ile bu merkezlerde toplanması da seçenekler arasında yer alması mümkündür. Aslında üst merkezlerden bu tür destek alınması iş doyumunu etkileyen başka bir faktör olarak görünmektedir. Çalışmamızda ankete katılanların %76.3'ü komplike durumları kendileri veya birlikte çalıştıkları meslektaşları ile yönettiklerini bildirdiler. Sevk edenlerin oranı %8.6 bulundu. Üniversite ve eğitim hastanelerinde destek ihtiyacı oranı devlet hastanelerine kıyasla daha az bulundu. Ancak sevk gerektiğinde %26.7'sinin sorun yaşadığı saptandı. Bu sonuç çocuk cerrahlarının her durumda tüm karmaşık olguları kendileri çözümlenmeye çalıştıklarını gösterdi. Ancak bu fedakârlıkları memnuniyet kazandırsa da zamanla yıpratıcı olması olasıdır. Ankete yer alan karmaşık durumlarda hasta yönetiminde sevk tercihleri ÇÇ merkezinin kapsamının ya da ekip çalışmasıyla yakın ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca ankette sorulan çalışma huzuru ve iş doyumunu için önemli üç seçenekten birinin birlikte çalışılan ortam olduğu anlaşılmaktadır.

Günümüzde çocuk cerrahlarının çalışma biçimleri ve ücretleri kamuda ve özeldede oldukça farklı olduğu görülmektedir. Çocuk cerrahlarının mevcut durumda maddi beklentilerinin karşılanmadığı, bu nedenle iş doyumunu ve memnuniyet oranlarında düşme olduğu bir gerçektir. Ankete katılanlar, yapılan işlemlerin SUT karşılıklarının artırılması gerektiğini ve ekonomik karşılığın düşük olduğu için kamudan ayrıldıklarını bildirmişlerdir. Bu gerçek yadsınamaz elbette, özellikle daha az riskli, nöbetsiz veya daha az nöbetle daha fazla maddi kazanç elde eden uzmanlık alanları ile karşılaştırıldığında, ÇS uzmanlık alanının daha az tercih edilmesine yol açan başka bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Hekimlerin mesleki hizmetlerden elde ettikleri gelire göre prim aldığı ABD'de 2009 yılında çocuk cerrahlarının ortalama maaşı 400.591\$ iken, genel cerrahların maaşı 340.000\$ hesaplanmıştır.<sup>[18]</sup> Ülkemizde karşılaştırma yapabileceğimiz bir veriye

sahip değiliz, ancak tüm sağlık çalışanlarının hak ettikleri maddi karşılığı almaları önemlidir.

Hastalara acil cerrahi yaklaşımın sağlanması ülkemizde halen bir sorun olmaya devam etmektedir. Eğer bir merkezde Acil Servis varsa çocuklarda karşılaşılan hemen her travma ve akut karın, akut skrotum, akut solunum sıkıntısı gibi sayılamayacak kadar durumda bir çocuk cerrahı görüşü istemi olmaktadır. Kapı nöbeti tutmayan ÇÇ uzmanlık alanında çalışanlar için sonu gelmeyen acil konsültasyonlar, ister mevcutlu ister icap nöbeti olsun, yoğun bir iş yüküne yol açmaktadır. Ankete katılanların %85'i kendi kurumlarında olmak üzere, yaklaşık yarısı gün aşırı nöbet tuttuklarını ve yaklaşık %20'si her hafta 10'un üzerinde acil ameliyat aldığını bildirmişlerdir. Ancak ameliyat yapılanların çok üzerinde hasta gördükleri ve bunların malpraktis endişesi ile cerrahi endikasyonu ekarte edilmesi için danışıldığı bilinmektedir. Acil Uzmanlığı ülkemizde son 20 yıldır giderek daha profesyonel bir uzmanlık alanı haline gelmesi hastaların aldığı hizmet açısından önemli bir aşamadır. Ancak gerek Çocuk Acil uzmanları gerekse erişkin Acil Tıp uzmanları, acile başvuran Ortopedi veya Beyin Cerrahi hastalarını ilgili uzmanlara danışmadan bile yönetebilmelerine rağmen, ÇÇ ile ilgili tüm acil durumlarda inisiyatif kullanmamaları dikkati çekmektedir. Bunun nedenleri çok faktörlüdür, acil hekimlerinin ÇÇ hastalarında defansif olmaları, eğitimleri sırasında ÇÇ rotasyonu yapmamaları ve uzmanlıklarını aldıkları merkezlerde ÇÇ kliniğinin bulunmaması gibi nedenler sayılabilir. Çocuk cerrahisi iş yükünü azaltmanın yollarından biri de Acil Tıp hekimliği uzmanlık eğitiminde ÇÇ zorunlu rotasyonunun eklenmesi teklif edilebilir.

Nöbet konusunda katılımcıların %28'i sorun yaşadığını ve %30'unun hala sorunları olduğunu bildirdi. Altı hekimden birinin il içinde havuz nöbeti denilen ortak bir merkezde veya kendi merkezinde nöbet tuttuğunu bildirdi. Ancak bu durumda nöbetlerde daha fazla yoğunluk olması ve bunların tümüyle tek başına mücadele etmesi kaçınılmazdır. Hasta sayısını sınırlamak ütöpik bir yaklaşım gibi görünebilir, fakat ABD'de nöbetlerde beşten fazla çağrı yapılamayacağı kuralı konulmuş ve 5 limitli bir çocuk cerrahı, travma, apandisit ve yumuşak doku enfeksiyonları gibi yaygın çocuk acil durumları hariç tutarak ve kapsam dahilindeki yaş grubunu belirli bir yaşın altındaki hastalarla sınırlandırarak, çocuk cerrahisi hekimlerinin görev kapsamını düşürebildiği bildirilmiştir.<sup>[7]</sup> Açıklamada, bu isteğin aşırı iş yüküne

anlaşılır bir yanıt olduğu, tek çocuk cerrahı veya çok sınırlı sayıdaki çocuk cerrahı olan yerlerde çalışan birçok hekim için tek makul seçenek olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde böyle bir kuralın getirilmesi çok uzak bir ihtimal olarak görülmektedir. Ancak tek hekimin icap nöbet zorunluluğu ile ilgili genelge ÇÇ için kaldırılması uzmanlık alanımız için bir ayrıcalık olacaktır.

Acil ve komplike durumların sadece kamu hastanelerinde çözümlenmesi, yoğun mesai, sık nöbet ile özel yaşam kısıtlıkları yanında baskıdan uzaklaşmak ve emeğin maddi karşılığının yetersiz olması nedeniyle, çocuk cerrahları arasında erken emeklilik, özel hastane ya da muayenehaneye geçişler hiç olmadığı kadar artmıştır. İdarenin tüm uzmanlık alanları için Personel Dağılım Cetveli (PDC) olarak adlandırılan, her uzmanlık alanında hastaneler için belirlediği kadro sayısı gerçeklerden çok uzak görünmektedir. İdare belli aralıklarla boşalan kadrolar için emekli olmuş hekimleri de içine alan ilanlara çıkmaktadır. Son zamanlarda idarenin ilan ettiği ÇÇ münhal kadrolarına zorunlu değilse başvuru sayısı çok düşüktür, zorunlu hizmetin bittiğinde ise tayin veya istifa yoluyla başka kurumlara geçişler devam etmektedir.

Ankete katılanların %56.6'sı sünnet dahil yıllık 500'ün üzerinde ameliyat yaptıklarını belirtmiştir, sünnet dışında %28.9'unun bu sayıda ameliyat yaptıkları saptandı. Kişi başına düşünüldüğünde oldukça yüksek bir sayı olduğu söylenebilir. Bu kadar çok sayıda ameliyat yapılması o merkezin yoğunluğu hakkında bilgi verebilir, ancak iş yükünü anlamak için gösterge olguların sayısına bakmak gerekir. Sømme ve ark.,<sup>[19]</sup> 2006 yılında Federal Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı'nın Çocuklar İçin Yatan Hasta Veri tabanını kullanarak bebek kasık fıtığı onarımı, gastroşizis/omfalosel onarımı, özofagus atrezisi ameliyatları, Hirschsprung için pull-through ameliyatları ve doğumsal diyafram hernisi onarımı da dahil olmak üzere yapılan ameliyatları kaydedip, işgücünü aktif uygulamadaki Amerika Çocuk Cerrahisi Derneği (APSA) üyelerinin toplam sayısı olarak tahmin ederek, cerrah başına ortalama gösterge olgu sayısının yılda 1.0 özofagus atrezisi/trakeoözofageal fistül onarımı ile, 5.9 bebek fıtığı arasında değiştiğini buldular; bu, eğitim gören ortalama bir asistan tarafından yönetilen toplam olgu sayısından daha az bulunmuştur. Yine de ÇÇ'nin iş gücünü ortaya koymak ve çıkarımlar yapılması için, ilgili kurullar, gösterge olgularını belirleyerek çocuk



cerrahi olan merkezlerin işgücünü ve iş yükünü doğru bir şekilde değerlendirebilirler, bu sayede gerçek hekim ihtiyacı da belirlenmiş olur.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılıkları arasında az sayıda katılımcının cevaplarına dayalı bir çalışma olmasıdır. Ayrıca katılımcıların çoğunun bir üniversite ya da eğitim ve araştırma hastanesinde çalışıyor olması kamu hastanelerinde ve özel sektörde çalışanların mevcut çalışma şartları ve beklentilerini tam olarak yansıtmadığını düşündürmektedir.

Sonuç olarak ülkemizde ÇÇ işgücünün önemi ve ihtiyacının doğru belirlenerek kabul edilebilir politikalar üretilmesi, gelecekte ÇÇ alanında beklenen hizmetlerin verimliliğini belirleyecektir. İdare, mevcut çalışan çocuk cerrahlarının iş yükünü makul düzeylere getirmek için dezavantajlı durumlarını düzeltici uygulama kararları almalı, meslek kuruluşları, yetkili kurullar ile verilerini paylaşarak uzmanlık eğitimi ve ÇÇ hizmeti gereksinimleri için ileri dönük planlar yapabilecek ortamları hazırlamalıdır.

**Veri Paylaşım Beyanı:** Bu çalışmanın bulgularını destekleyen veriler talep üzerine ilgili yazardan temin edilebilir.

**Çıkar çakışması beyanı:** Yazar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmiştir.

**Finansman:** Yazar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Büyükcunal SNC. Türkiye'de çocuk cerrahisinin tarihçesi. Çocuk Cerrahisi Dergisi 2010;24:55-66.
2. Bulut M. Türkiye'de çocuk cerrahisinin geleceği üzerine düşünceler. Pediatrik Cerrahi Dergisi 1991;5:6-10.
3. 2021 TUS 1. ve 2. Dönem Değerlendirme Raporu. Available at: [https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2021/GENEL/tusdonem1-2degrapor\\_29122021.pdf](https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2021/GENEL/tusdonem1-2degrapor_29122021.pdf). [Accessed: 06.09.2023]
4. Reich DA, Herbst KW, Campbell BT. The recent evolution of the breadth of practice for pediatric surgeons in the United States, 2005-2014. *Pediatr Surg Int* 2019;35:517-22. doi: 10.1007/s00383-018-04433-6.
5. O'Neill JA Jr, Gautam S, Geiger JD, Ein SH, Holder TM, Bloss RS, et al. A longitudinal analysis of the pediatric surgeon workforce. *Ann Surg* 2000;232:442-53. doi: 10.1097/00000658-200009000-00016.
6. Feil EC, Welch HG, Fisher ES. Why estimates of physician supply and requirements disagree. *JAMA* 1993;269:2659-63.
7. Nakayama DK, Burd RS, Newman KD. Pediatric surgery workforce: Supply and demand. *J Pediatr Surg* 2009;44:1677-82. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.03.036.
8. Nakayama DK, Burd RS, Newman KD. Clinical and financial characteristics of pediatric surgery practices. *J Pediatr Surg* 2009;44:1304-8. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.02.003.
9. Nakayama DK. Workforce issues in pediatric surgery. *Am Surg* 2017;83:660-5.
10. Parigi GB, Czauderna P, Rolle U, Zachariou Z. European census on pediatric surgery. *Eur J Pediatr Surg* 2018;28:227-37. doi: 10.1055/s-0037-1600524.
11. Krishnaswami S, Nwomeh BC, Ameh EA. The pediatric surgery workforce in low- and middle-income countries: Problems and priorities. *Semin Pediatr Surg* 2016;25:32-42. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2015.09.007.
12. Özellikli Tıbbi İşlemler Listesi. Available at: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/44237/0/ozellikli-tibbi-islemler-listesixlsx.xlsx>. [Accessed: 06.09.2023]
13. Nakayama DK, Newman KD. Pediatric surgery workforce: Population and economic issues. *J Pediatr Surg* 2008;43:1426-32. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.02.081.
14. Arul GS, Spicer RD. Where should paediatric surgery be performed? *Arch Dis Child* 1998;79:65-72. doi: 10.1136/adc.79.1.65.
15. Judhan RJ, Silhy R, Statler K, Khan M, Dyer B, Thompson S, et al. The integration of adult acute care surgeons into pediatric surgical care models supplements the workforce without compromising quality of care. *Am Surg* 2015;81:854-8.
16. Emil SG, Taylor MB. Appendicitis in children treated by pediatric versus general surgeons. *J Am Coll Surg* 2007;204:34-9. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.006.
17. Chen K, Cheung K, Sosa JA. Surgeon volume trumps specialty: Outcomes from 3596 pediatric cholecystectomies. *J Pediatr Surg* 2012;47:673-80. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.10.054.
18. The Alliance of Medical Recruiters. 2009 MGMA Physician Salary Support. Available at: <http://www.medrecruitersalliance.com/newsletter/2009%20MGMA%20Physicians%20Salary%20Report.pdf>. [Accessed: 06.02.2016]
19. Sømme S, Bronsert M, Kempe A, Morrato EH, Ziegler M. Alignment of training curriculum and surgical practice: Implications for competency, manpower, and practice modeling. *Eur J Pediatr Surg* 2012;22:74-9. doi: 10.1055/s-0032-1306262.