

T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA
GEÇİLMESİNİN AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK
TEZLERİNE ETKİSİ

Dr. Nehir ÖZGÜL MENGÜLLÜOĞLU

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2015

T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNDE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINA
GEÇİLMESİNİN AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK
TEZLERİNE ETKİSİ**

Dr. Nehir ÖZGÜL MENGÜLLÜOĞLU

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU

ESKİŞEHİR

2015

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI**T.C.****ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ****TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

Dr. Nehir ÖZGÜL MENGÜLLÜOĞLU'na ait "Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilmesinin Aile Hekimliği Uzmanlık Tezlerine Etkisi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı

Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye

Prof. Dr. Murat ÜNALACAK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Uğur BİLGE

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nunTarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İrfan DEĞİRMENCİ

Dekan V.

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nı kazandığım günden bu güne sosyal ve bilimsel desteğini her zaman hissettiğim, sabırlı, kibar, düşünceli, iyi niyetli tavırlarıyla bizleri koruyup kollayan, tez çalışmam sırasında önerileri ile yol gösteren, yazdığım cümleleri sabırla okuyup düzelten tez danışmanım Prof. Dr. Sayın İlhami ÜNLÜOĞLU'na, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan, bilimsel araştırmalara yönlendirme ile ufukumuzu açan, sorunlarımıza yapıcı çözümler üreten, tez çalışmam için her başvurumda desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Sayın Murat ÜNALACAK ve Doç. Dr. Sayın Uğur BİLGE'ye, tezimin istatistiksel verilerinin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Sayın Fezan MUTLU ve Araştırma Görevlisi Sayın Muzaffer BİLGİN'e teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Özgül Mengüllüoğlu N. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin aile hekimliği uzmanlık tezlerine etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2015. Türkiye’de sağlık sisteminde 2005 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmesini göz önüne alarak, 2005-2015 yılları arasında internet ağı üzerinden ulaşabildiğimiz aile hekimliği uzmanlık tezlerini değerlendirmeyi amaçladık. Gözlemsel, tanımlayıcı, retrospektif çalışmamızda tezleri hazırladığımız 31 değişkenli Tez Veri Formu ile değerlendirdik. Toplamda 492 tezi değerlendirmeye aldık. En çok teze ulaşılan yıl %23,6 oranı ile 2008 yılıdır. Tezlerin %50,8’i İstanbul’da bulunan 10 eğitim araştırma hastanelerine aittir. Tezlerin %49,2’si 33 üniversitenin tıp fakültelerine aittir. Tez sahiplerinin %50,8’i kadın, %49,2’si erkektir. Tezlerin %87,8’inde tez danışmanı belirtilmiştir. Aile hekimliği uzmanları %40,9 oranı ile en çok tez danışmanlığı yapan branş hekimidir. Aile hekimi uzmanlarının tez danışmanlığı yıllar içinde artmıştır. Tez konularında %21,9 oranında en çok endokrin sistem, beslenme, metabolizma konuları işlenmiştir. Diabetes Mellitus ve glukoz metabolizma bozuklukları en çok (%12,1) işlenen konudur. Tezlerin %21,8’i saha, %76,6’sı hastane çalışmasıdır. Aile sağlığı merkezi / Aile hekimliği merkezi / Sağlık ocağında %10,2 oranında çalışma yapılmıştır. Örneklem grupları en çok 101-200 (%24,8) kişi arasındadır. Yıllar içinde anket kullanımı anlamlı olarak artmış, laboratuvar test kullanımı anlamlı olarak azalmıştır. Yıllar içinde tez danışmanı belirtilme durumu, etik kurul onayı alma, proje destek alımı, araştırma tipi belirtilme durumu anlamlı olarak artmıştır. Bu da bize tezlerin daha özenli hazırlandığını göstermektedir. Yıllar içinde saha çalışmasının anlamlı olarak artmasına rağmen yetersiz olup koruyucu hekimlik gibi birinci basamağın temel konularına az değinilmiştir.

Anahtar Kelime: aile hekimliği, aile hekimliği uzmanlık eğitimi, tez değerlendirmesi

ABSTRACT

Ozgul Mengulluoglu N. The effect of family medicine specialist thesis, on implementation of family medicine primary health services in Turkey. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Medical Speciality Thesis in Department of Family Medicine, Eskişehir, 2015. As the transition to family medicine system in Turkey in 2005 was a milestone of the health system in Turkey, we tried to evaluate the theses of family medicine clinics which could be reached at internet websites between 2005-2015. A data sheet prepared by authors was used to evaluate 31 variables of reached theses. This an observational, descriptive, retrospective study. A total of 492 theses were evaluated. Most of the theses which could be reached was in the year of 2008 with a rate of 23.6% and 50.8% of them were from the 10 training hospitals in Istanbul. 49.2% of the theses were from university's 33 faculties of medicine. Most of the authors of the theses were women with a percentage of 50.8% and 49.2% were male. Advisors were stated in 87.8% of theses. Most of the advisors of the theses were family medicine specialists with a rate of 40.9%. Thesis supervision of family physicians has been increased over the years. Subjects of the theses were (21.9%) endocrine system, nutrition, and metabolism mostly. Diabetes mellitus and glucose metabolism disorders were the most (12.1%) studied subjects. 21.8% of the study field was hospitals (76.6%). Family health center / family medicine center / health centers were the other study fields (10.2%). Study populations were between 101-200 people (24.8%) mostly. As the use of surveys were increased significantly over the years, significant decreases were observed in the use of laboratory tests. The denotation of the theses' advisor status, ethics committee approval, project support was increased significantly. This shows that the theses were tend to be more attentive. Although the field studies were increased by years, field studies seemed to be not enough as desired. Also, we thought that; primary subjects such as preventive medicine were not studied frequent enough.

Key Words: family medicine, family medicine specialist training, evaluation of thesis.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Tıp Eğitimi	3
2.1.1.Dünya’da Tıp Eğitimi	3
2.1.2.Türkiye’de Tıp Eğitimi	6
2.2.Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetleri	9
2.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	11
2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	12
2.2.3.Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	13
2.3.Aile Hekimliği	14
2.3.1.Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri ve Tanımlar	14
2.3.2.Dünya’da Aile Hekimliğinin Gelişimi	14
2.3.3.Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ve Aile Hekimliğinin Gelişimi	17
2.3.4.Aile Hekimliği Uygulaması	20
2.3.5.Aile Hekimliği Uygulamasında Mevcut Durum	21
2.3.6.Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	22
2.3.7.Yarı Zamanlı Uzmanlık Eğitimi	26
2.4.Tez Yazımı	27
2.4.1.Tez Konusu Seçerken Nelere Dikkat Edilmelidir?	27
2.4.2.Tez İçeriği	29
2.4.3.Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Tezi ve Değerlendirilmesi	33

2.4.4. Tezden Üretilen Makalelerde Yazarlık Hakkı ve İlk Yazarlık ve Etik İlkeler	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Yeri	36
3.2. Araştırmanın Tipi	36
3.3. Araştırmanın Evreni	36
3.4. Araştırmanın Örneklemi	36
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları	36
3.6. Araştırmanın Uygulama Şekli	36
3.7. Araştırmanın Veri Analizi	36
3.8. Araştırmanın Bütçesi	37
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar	37
3.10. Araştırmada Etik Konular	37
3.11. Araştırmanın Takvimi	37
3.12. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	38
3.13. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
KAYNAKLAR	84
EKLER	
EK-1: TEZ BİLGİ FORMU	
EK-2: TEZ KONULARININ SINIFLAMASI	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHEF	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
AHEAD	Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği
AHUD	Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
AS	Ankilozan Spondilit
CA	Kanser
ÇEP	Çekirdek Eğitim Programı
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTEF	Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
GIS	Gastrointestinal Sistem
ICPC	Birinci Basamağın Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Primary Care)
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MI	Miyokard İnfaktüsü
M.Ö.	Milattan Önce
RA	Romatoit Artrit
RACGP	The Royal Australian College of General Practitioners
SAHU	Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
SGA	Düşük Doğum Ağırlığı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TAH / BSO	Total Abdominal Histerektomi Bilateral Salpingooferektomi
TAHEV	Türkiye Aile Hekimliği Vakfı
TAHUD	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TAHYK	Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUK	Tıpta Uzmanlık Kurulu

TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
UTEAK	Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu
YÖK	Yüksek Öğretim Kurulu
WICC	Wonca International Classification Committee
WONCA	Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1. Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı	39
4.2. Tezlerin Yıllara Göre Kurum Dağılımı	42
4.3. Yıllara Göre Tez Danışmanı Belirtilme Yüzdesi	47
4.4. Yıllara Göre Aile Hekimliği Uzmanlarının Tez Danışmanı Olma Yüzdesi	50
4.5. Yıllara Göre Tez Çalışmasının Saha / Hastane Yüzdesi	57
4.6. Tezlerde Kullanılan Gereç Yöntem Bilgileri A. Etik Kurul Onayı B. Proje Destek C. Laboratuvar Tetkik D. Radyolojik Tetkik E. Anket Uygulaması F. İlaç / Tedavi Uygulaması G. Araştırma Tipi	64
4.7. Yıllara Göre Etik Kurul Onayı Alma Yüzdesi	65
4.8. Yıllara Göre Ortalama Tez Kaynak Sayısı	69
4.9. Yıllara Göre Ortalama Tez Tartışma Sayfa Sayısı	70
4.10. Yıllara Göre Ortalama Tez Toplam Sayfa Sayısı	71

TABLÖLAR

	Sayfa
2.1. Türkiye’de Aile Hekimliği Gelişimi	18
2.2. Aile Hekimliği Uzmanlığı Rotasyonları	24
2.3. Tez İçeriği	30
4.1. Tezlerin İllere Göre Dağılımı	41
4.2. Tezlerin Tıp Fakültesi Dağılımı	43
4.3. Tezlerin Eğitim Araştırma Hastanelerine Göre Dağılımı	45
4.4. Tez Sahibinin Cinsiyet Dağılımı	46
4.5. Tez Danışmanı / Sorumlusunun Belirtilme Durumu	46
4.6. Tez Danışmanı / Sorumlusu Sayısı	47
4.7. Tez Danışmanı Unvanları	48
4.8. Tez Danışmanı Branşları	49
4.9. Tez Konularının Dağılımı	51
4.10. En Çok Tez Çalışması Yapılmış Olan Konular	53
4.11. Tezlerdeki Sosyal Konuların Yıllara Göre Dağılımı	55
4.12. Hekimlik - Aile Hekimliği Disiplini - Hasta Hekim İlişkisi Konularının Yıllara Göre Dağılımı	56
4.13. Tez Çalışmasının Saha ve/veya Hastane Dağılımı	56
4.14. Tezin Yapıldığı Evrenin Ortam Dağılımı	58
4.15. Tezlerdeki Örneklem Gruplarının Özelliği	60
4.16. Tezlerdeki Örneklem Gruplarının Sayı Dağılımı	61
4.17. Örneklem Gruplarının Yaş Dağılımı	62
4.18. Örneklem Gruplarının Cinsiyet Dağılımı	63
4.19. Tezlerde Belirtilen Araştırma Tipleri	67

4.20. Verilerin Elde Edilme Zamanına Göre Araştırma Tipi Sınıflandırması	68
4.21. Tezlerin Kaynak Sayısı / Tartışma Sayfa Sayısı/Toplam Sayfa Sayısı	68

1.GİRİŞ

Aile hekimliği; birey ve ailesi için kesintisiz ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunan, biyolojik ve klinik bilimler ile davranış bilimlerini entegre eden bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği, içeriğinin büyük kısmını diğer klinik dallarla paylaşır, paylaşılan bu bilgiyi birleştirir ve onu birinci basamak sağlık hizmetini sunmakta kullanır. Diğer uzmanlık alanlarıyla bilgi paylaşımına ek olarak; kişilerarası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi alanlarla da ilişkilidir. Aile hekimliğinin alanı tüm yaş, cinsiyet, organ, sistemler ve tüm hastalık olgularını kapsar ⁽¹⁾.

Ülkemizde Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983⁽²⁾ yılında “Tababet Uzmanlık Tüzüğü”nde yer almıştır. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1984 yılında kurulan ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı gelişme gösterememiş ve kapatılmıştır. Ülkemizde aile hekimi uzmanlık eğitimi 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde başlamıştır ⁽¹⁾. Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde 1992 yılında Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur ⁽³⁾.

Üniversiteler Arası Kurul’un önerisi üzerine 16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurulu(YÖK) üniversitelerde dahili tıp bilimleri bölümlerine bağlı olarak aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasıyla ilgili 12547 sayılı kararı aldı. Bu kararı takiben ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 17 Eylül 1993’te Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kuruldu ve Sağlık Bakanlığı adına açılan 10 asistan kadrosu ile aynı yıl uzmanlık eğitimine başladı. Üniversite kadrosu ile ilk aile hekimliği araştırma görevlisi Nisan 1995 Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde göreve başlamıştır ⁽¹⁾.

Dokuz Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de ⁽⁴⁾ “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ve buna dayanılarak çıkarılan 06.07 2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de ⁽⁵⁾ “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” uyarınca; ilk pilot il olan Düzce’de geçiş dönemi eğitimleri yapılarak 15.09.2005 tarihinde pilot uygulamasına başlanılmıştır⁽¹⁾.

Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de ⁽⁶⁾ yayınlanmış ve bu yönetmelik ile 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ⁽⁵⁾ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır. Aralık 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir ⁽⁷⁾.

Aile Hekimliği Pilot Uygulamasđ Hakkında Kanun 02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de ⁽⁸⁾yayınlanan “11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükümünde Kararname” ile Aile Hekimliği Kanunu ⁽⁹⁾olarak isim ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır ⁽⁷⁾.

Çalışmamızda Türkiye’de birinci basamakta sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin aile hekimliği tıpta uzmanlık tezlerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık. Bu amaçla internet üzerinden 2005-2015 yılları arasında ki 10 yıllık sürede tam metnine ulaştığımız tezleri hazırladığımız Tez Bilgi Formu (Ek-1) ile değerlendirmeyi hedefledik.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tıp Eğitimi

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (DTEF/World Federation of Medical Education) tıp eğitiminin amacını; “hasta ve toplum için kaliteli koruyucu ve tedavi edici hizmet vermeyi sağlayan bilgi, beceri, değerler ve davranış biçimlerinde yetenekli ve yeterli olan hekimleri yetiştirmek” şeklinde belirtmektedir. Nitekim 1988 yılında yayınlanan Edinburg Bildirgesi ile de tıp eğitiminin amacı; “tüm insanların sağlık düzeylerini yükseltmek ve sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekimler yetiştirmek” şeklinde belirtilmiştir⁽¹⁰⁾.

2.1.1.Dünya’da Tıp Eğitimi

Eski Çağ’da hastalıkların oluşumu konusunda gizemli ve doğa ötesi etkilerden arınmış ilk görüşün sahibi ve ilk tıp okulunun kurucusu Hippocrates’ten (M.Ö.460-377) sonra, 19. yüzyılın sonlarına kadar, neden-sonuç ilişkisinin henüz bilinmediği ve her bir semptomun ayrı bir hastalık sanıldığı, “hekimliğin bulgusal dönemi” yaşanmıştır. Pasteur’ün hastalıkların mikroorganizmalar nedeniyle oluştuğunu bulmasıyla birlikte “hekimliğin laboratuvar dönemi” başlamış, 1950’li yıllara kadar bunu “hekimliğin klinik dönemi” izlemiştir. İyileştirici hekimlik uygulamalarına ağırlık verilen bu dönemlerden sonra, 1950’li yıllardan itibaren, hastalıkların oluşumunda toplumsal ve sosyal özelliklerin de kavrandığı “hekimliğin halk sağlığı dönemi” başlamış ve kişiyi fizik, biyolojik ve sosyal çevresi ile bir bütün halinde ele alan, sağlık hizmetlerinin kapsamını, “sağlığı koruma ve geliştirme, tedavi ve rehabilitasyon” olarak genişleten, “kişiye sadece hastayken değil, sağlıklı iken de hizmet verilmesi” gereğini ortaya koyan, “çağdaş hekimlik” anlayışı gelişmiştir. Tıp eğitiminin amacı, içeriği ve yöntemi de bu tarihsel gelişime paralel olarak süreç içerisinde değişmiş ve gelişmiştir⁽¹¹⁾.

Ortaçağın başlangıcında, hekimlik, yaşlı ustaların yanında çıraklık yaparak öğrenilirdi. Aynı yıllarda manastırlardaki rahipler, dinsel metinlerdeki şifalı bitkileri keşfederlerdi. Bu dönemler için, sistematik bir eğitim sürecinden bahsedilemez. Batı dünyasında, akademi öncesi ilk tıp eğitiminin 10. yüzyılın sonunda Salerno’da başladığı söylenebilir. O yıllarda Arap Tıbbı, Batıdan çok daha ileri bir noktadaydı.

Arapça metinlerin Avrupa dillerine çevrilmesiyle, Bologna ve Montpellier skolastik tıbbın yeşerdiği ilk ve önemli merkezler oldular. Tıp öğrencilerinin standart yöntemlerle eğitim gördükleri ilk tıp okulları bu kentlerde kuruldu. O dönemde tıp eğitimi tamamen dinin etkisi ve denetimi altındaydı. Hekimler aynı zamanda birer din adamı olarak yetiştiriliyorlardı. Cerrahi, tıp eğitiminin dışında tutuluyordu. Rönesans tıp eğitimine eleştirel aklı ve yaratıcılığı kazandırdı. Tıbbi metinlerin daha düzgün yazılması ve çevrilmesi bu dönemlerde yaygınlaştı. Metinlerin basılıp dağıtılabilmesi, tıp eğitimi veren dini merkezlerin dışında kalan bilim insanları için fikirlerini ifade etmek şansı yarattı. 16. ve 17. yüzyıl ise büyük biyoloji devrimlerinin gerçekleştiği dönemler oldu. Leyden Tıp Okulu'nda eğitim, sadece kitaplara değil gözlemlere ve deneylere dayandırılmaya başlandı⁽¹²⁾.

Fransız devrimiyle insanlık tarihinde çok şey değişti. Bu büyük toplumsal devrimin, tıp eğitimi tarihini de derinden etkiledi. Klasik üniversiteler, bu dönemde ağır baskılara uğradılar. Bunların tersine akademik olmayan merkezler ve eğitim anlayışları desteklendi. Hastanede gerçekleştirilen eğitim bu yaklaşımların bir sonucu olarak ortaya çıktı. Şehirlerde büyük hastanelerin kurulması, hastaların yatırılarak tedavi edilmesi bu döneme rastlar. Tıp öğrencileri gerçek anlamda hastalar üzerinde eğitim görme fırsatı ilk defa bu sayede elde ettiler. “Klinik patolojik Eğitim Yaklaşımı” bu dönemde geliştirildi. Cerrahinin tıp eğitimi kapsamına girmesi de gene bu dönemde sağlandı⁽¹²⁾.

Tıp bilimi ve eğitimi için 19. yüzyıl çok parlak bir dönemdir. Oxford ve Cambridge'in akademik tıp merkezleri, yerlerini Londra ve Edinburg'da tıp eğitimi yapılan ünlü hastanelere bıraktı. Modern tıbbın kökleri de bu döneme, Pierre Charles Alexandre Louis'nin tıp alanında istatistik bilimini kullanmasına dayandırılır. Deneysel yöntemlerin ve istatistiğin modern bilimsel tıbbın vazgeçilmez parçalarını oluşturması bu döneme rastlar. 19. yüzyıl ortalarında temel tıp eğitiminin fizyoloji, patoloji ve bakteriyoloji laboratuvarlarında verilmesini kurumsallaştıran Alman Tıp Ekolü, tıp eğitimi tarihinde bir dönüm noktası oluşturur. 19. yüzyıl, tıp eğitiminde Avrupa'nın özellikle Alman Ekolünün öne çıktığı, 20. yüzyıl ise tıp eğitimi Amerika Birleşik Devletleri'nin(ABD) şekillendirdiği dönemler olmuşlardır⁽¹²⁾.

Flexner ilkeleri ⁽¹³⁾, 1910 yılında Abraham Flexner'in ABD ve Kanada'da bulunan 162 tıp fakültesini incelediği ünlü Flexner Raporu'nda ifade edilmiştir. Bu rapor tıp eğitiminin genel eğitim/öğretim ilkeleri ışığında yeniden ve kapsamlı bir biçimde tartışılması gerektiğine işaret etmiştir. Tıp öğrencilerinin fizik, kimya ve biyoloji alanlarında sistematik bir eğitim almaları gerektiği vurgulanmıştır⁽¹²⁾.

Tıp eğitimcilerinin araştırma etkinliklerini, eğitim etkinlikleriyle birleştirmeleri gerektiği, bu yüzden öğretim üyelerine yeterli maaş verilerek zamanlarının tamamını eğitim ve araştırmaya ayırmalarının sağlanmasının şart olduğu belirtilmiştir. Bu saptamalar kısa bir sürede akademik tıp eğitiminin temel ilkeleri haline gelmiştir. Flexner⁽¹³⁾ tıp eğitimi modeli temel ve klinik bilimler arasında kesin bir ayırım yapılmasını öngörür. Bu modele göre kurgulanan tıp fakültesinde, temel bilimler ilk 1-2 yılda, klinik bilimler ise son 2-3 yılda okutulur. Bu modelde, öğrencilere büyük gruplar halinde, didaktik dersler aracılığıyla eğitim verilir. Eğitici, öğretim üyesi sistemin temel rolünü üstlenir. Bilginin temel kaynağı eğiticidir. Öğrencilerin neyi öğreneceklerine eğitici karar verir. Öğretim üyeleri hangi dersleri nasıl verecekleri konusunda tamamen özgür bırakılır. Eğiticiler derslerini çoğu kez birbirlerinden haberdar olmadan hazırlar ve istedikleri gibi sunar. Bu da kaçınılmaz olarak tekrarlara yol açar⁽¹²⁾.

Flexner dönemi ⁽¹³⁾, 1910-1970 yılları arasında, biyomedikal bakış açısı ağırlık kazanmış, 1970'li yıllardan günümüze uzanan süreçte ise; topluma-probleme-yeterliliğe dayalı tıp eğitimi dönemiyle moleküler, klinik ve toplumsal bakış açısı önem kazanmıştır⁽¹¹⁾.

Dünyada tıp eğitiminin değişen koşullara ve gereksinimlere paralel olarak geliştirilmesi gerekliliği 1970'li yıllarda belirginleşmeye başlamıştır. Son yıllarda giderek artan tıp eğitimi reformu tartışmalarında, eğitim strateji ve yöntemlerinde; probleme dayalı eğitim, topluma dayalı eğitim, aktif eğitim, öğrenci merkezli eğitim, yeterliliğe dayalı eğitim gibi yaklaşımlar önemli bir yer tutmaktadır. Disipline dayalı eğitim yaklaşımıyla, “önce temel tıp disiplinlerinin, daha sonra (eğitimin geç döneminde) klinik tıp disiplinlerinin öğretildiği” geleneksel tıp eğitiminin yerini giderek bu yeni yaklaşımlar almaya başlamıştır. Günümüzde tıp eğitiminde küreselleşmenin etkileri giderek artmaktadır. Bununla bağlantılı olarak tıp bilimi,

tıbbi bilgi ve araştırmalar giderek ulusal sınırları aşmaktadır. Artık hekimler dñnyanın pek çok ÷lkesinde çalışmak ve hizmet vermek durumundadır. Ayrıca, pek çok uluslararası anlaşma ve sözleşme, hekimlerin küresel hareketini ve genel eğitim standartlarının geliştirilmesini, diplomaların karşılıklı tanınmasını ve uzmanlık alanlarıyla ilgili kazanılması gereken bilgi ve becerilerde sertifikalandırma sürecini de beraberinde getirmektedir ⁽¹¹⁾.

2.1.2. Türkiye’de Tıp Eğitimi

Anadolu’da tıp eğitimi konu edildiğinde hem Selçuklu hem de Osmanlı döneminde “darüşşifa” ve “darültıp” ifadeleri karşımıza çıkmaktadır. Darüşşifalar, işlevsel olarak bugünkü hastanelere karşılık gelen hizmet kurumlarıdır. Tedavi edici hekimlik hizmetlerinin yanı sıra tıp eğitimi veren kurumlar da oldukları söylenmektedir. Darül tıplar ise tıp eğitimi verilen kurumlar için kullanılan bir isimdir. Buralardaki eğitim de usta çırak ilişkisi şeklinde bir eğitimidir. Buralarda eğitim görenler hocasından icazet almaktadır. 1206 yılında Kayseri’de kurulan Gevher Nesibe Darüşşifası’nda da bu tür bir hekim eğitimi yapıldığı ileri sürülmektedir. Osmanlı İmparatorluğu’ndaki hekim eğitimi de kurumsal niteliği olmayan, sistemli bir okul eğitimi değildir. Hekimler, hastane ya da özel muayenehanelerinde yanlarına çırak alarak hekim yetiştirmektedir. Osmanlı döneminde ilk tıp eğitimi 1399 yılında Bursa’da Yıldırım Beyazıt Darüşşifası içinde kurulan darül tıpta verilmiştir. Bu yapının benzerleri 1470 yılında İstanbul’da Fatih ve 1484 yılında Edirne’de II. Beyazıt Külliye’leri içinde de yer almaktadır. Osmanlı İmparatorluğu’nda ayrı bir tıp okulu olarak kurulan ilk yapı Süleymaniye Medresesi’dir. 1557 yılında tamamlanan okul; hastane, eczane ve aşevi gibi yapıların da bulunduğu bir bütünlükte yapılmıştır. Osmanlı’da artan hekim gereksinimini karşılamak üzere modern nitelikteki okul eğitimi girişimleri 19.yüzyılda başlamıştır. 1805 yılında Tersane Tıbbiyesi ve Kuruçeşme Tıp Okulu kurulması denemeleri olmuştur. İlk modern tıp okulu 14 Mart 1827 tarihinde Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi’nin çabalarıyla kurulmuştur; adı “Tıbhane”dir. Okulun amacı orduya asker yetiştirmektir. Taşra ve kırsal kesime hekim gönderebilmek amacıyla 1867 yılında ilk sivil tıp okulu olan “Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye”nin kurulması gerçekleşir. 1908

yılında sivil tıp okulunun başına Dr. Cemil Paşa getirilerek düzenlemeler yapılmış, okulun adı fakülteye dönüştürülerek ilk “Tıp Fakültesi” kavramı 14 Kasım 1908 tarihinde kabul edilmiştir, 1909 yılında askeri tıp okulu da tıp fakültesi yapısına katılmıştır⁽¹⁴⁾.

Cumhuriyet Dönemi’nde gerçekleştirilen üniversite reformu sonrasında 1 Kasım 1933 tarihinde İstanbul Üniversitesi ilk ve tek üniversite, tıp fakültesi de ilk ve tek tıp fakültesi olarak açılmıştır. Alman eğitim sistemi etkisi altında, klasik eğitim yaklaşımıyla, amfi derslerinden oluşan, eğitici merkezli, disiplin temelli bir eğitim programı ile tıp eğitimine başlanılmıştır. 1945 yılında Ankara ve 1955 yılında Ege Üniversitesi’ne bağlı açılan tıp fakültelerinde de aynı eğitim programı yaklaşımı sürdürülmüştür. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin 1963 yılında açılmasıyla tıp eğitiminde ilk değişim gerçekleşmiştir. Yeni açılan tıp fakültesi amfi derslerinden oluşan, eğitici merkezli, organ sistem temelli entegre eğitim programı yaklaşımını uygulamaya başlamıştır. Bu değişim daha sonraki yıllarda açılan birçok tıp fakültesi için örnek olmuştur. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 1996 yılında eğitim programında bir reform gerçekleştirerek tüm programını öğrenen merkezli, probleme dayalı öğrenme yaklaşımı ile yeniden yapılandırmıştır. Türk tıp eğitiminde bu tarihten sonra tıp fakülteleri programlarında değişikliklere gidilmeye başlanmıştır. Eğitim programlarının üstünlükleri ve eksik yanları, içerikleri ve tıp fakültesi mezunlarından beklenen yeterlilikler tartışılmaya başlanmıştır. Fakülteler tek bir yaklaşım yerine farklı yaklaşımların birlikte kullanıldığı karma yaklaşımları, amaçları ve olanakları ölçüsünde kullanmaya başlamışlardır. Dünya örneklerinde olduğu üzere tıp fakülteleri içinde tıp eğitimi alanında çalışmalar yapan özel birimler oluşturulmaya başlanmıştır. Bu alanda ilk oluşturulan yapı olan İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Araştırma Enstitüsü, 1977 yılında kurulmuştur. Tıp Eğitimi Araştırma Enstitüsü, 1983 yılında Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi’ne dönüştürülmüştür. Tıp fakültelerinde ilk tıp eğitimi anabilim dalı 1999 yılında Ege Üniversitesinde açılmıştır. İzleyen yıl içerisinde Dokuz Eylül, Ankara ve Hacettepe Üniversite’lerinde de kurulan tıp eğitimi anabilim dalları tıp eğitiminin içerikten bağımsız yöntem bağlamına yönelik çalışmalarını sürdürmektedir⁽¹⁴⁾.

2001 yılında oluşturulan Ulusal Çekirdek Müfredat (Ulusal ÇEP) ile ilk defa toplumun gereksinimlerine yönelik nitelikli hekim yetiştirmek için eğitim

programlarında yer alması gereken konular ve yetkinlikler standardize edilmeye çalışılmıştır. Tıp fakülteleri başta olmak üzere tıp eğitimi ile ilgili tüm kurum ve kuruluşlara, mezuniyet öncesi tıp eğitimine yönelik, tıp eğitiminin ana dayanaklarının ve esaslarının ulusal ölçekte belirlendiği genel bir çerçeve / ulusal bir çerçeve sunulması; bununla, ülkemizdeki mezuniyet öncesine yönelik tüm eğitim uygulamalarında uluslararası tıp eğitimi ilke ve yaklaşımları doğrultusunda belirli bir standardın sağlanması amaçlanmıştır. En son 2014 yılında güncellenmiştir ⁽¹⁵⁾.

Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Komisyonunun 2002-2007 döneminde ki çalışmalarına, Yükseköğretim Akademik Değerlendirme ve Kalite Geliştirme Komisyonu (YÖDEK) tarafından getirilen öneriler dikkate alınarak ve mühendislik fakültelerindeki örnek kullanılarak Tıp Dekanları Konseyi inisiyatifinde Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) 2008’de kurulmuştur. YÖK’ün önerisi ile bağımsız bir kurum olması için Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD) kuruldu. TEPDAD, bağımsız bir akreditasyon kuruluşu olarak tanınma ve “kalite değerlendirme belgesi” almak üzere YÖK’e başvurmuş ve Kasım 2011’de bu başvurusu kabul edilmiştir ⁽¹⁶⁾.

TEPDAD ve UTEAK’ın amaç ve hedefleri toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için tıp fakültelerinde verilen tıp eğitim ve öğretiminin geliştirilmesi ve niteliğinin iyileştirilmesi, kurumlara yol göstermek, gelişimlerini desteklemek, işleyiş ve sürekliliğini izlemektir. Bu amaç ve hedeflerin karşılanmasında değerlendirme aracı akreditasyon sürecidir. Akreditasyon için en önemli araç ulusal standartlardır. Tıp eğitimin ulusal standartlarını uzun bir çalışmadan sonra oluşturulmuştur ve 2009 yılında yayınlanmıştır ve 2009 haziran ayında başvuru kabulüne başlamıştır. UTEAK ve Ziyaret Komitelerinde 40’a yakın fakülleden 150’ye yakın öğretim üyesi görev almaktadır ⁽¹⁶⁾.

Ülkemizde 2013 sağlık istatistiklerine göre 2012-2013 yıllarında mevcut tıp fakültesi sayısı 75, yeni kayıt öğrenci toplamı 10.158, toplam öğrenci 51.445, öğretim elemanı sayısı 11.741’dir. Tıp fakültelerinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 4,4’dür ⁽¹⁷⁾.

Ocak 2014 kayıtlarına göre eğitim veren tıp fakültesi sayısı 78, faal olmayan 8 toplam 86’dır. Devlet tıp fakültesi sayısı 63, vakıf tıp fakültesi 23’dür. Sağlık

Bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastanesi 71'dir. Tıp fakültelerinin 60 tanesi, eğitim araştırma hastanelerinin 59 tanesi tıpta uzmanlık eğitimi vermektedir. Tıp fakültelerinde 6.329 profesör, 2.650 doçent, 3.931 yardımcı doçent unvanlı olmak üzere toplam 12.910 akademisyen bulunmaktadır⁽¹⁸⁾.

Cumhuriyeti ilk yıllarında, 1928 yılında ülkedeki hekim sayısı 1078'dir, günümüzde 133.775'dir⁽¹⁹⁾. Uzman hekim sayısı 73.886, pratisyen hekim sayısı 38.572, asistan hekim sayısı 21.317'dir. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 174, 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı 50'dir⁽¹⁷⁾.

2.2.Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık Sistemi; sosyal, ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik nitelikleri olan, toplum ve birey sağlığını kabul edilebilir bir düzeye ulaştırmaya yönelik bir bütündür. Sağlık ekonomi, ekoloji, eğitim, ulaşım, haberleşme gibi başka sistemlerle devamlı etkileşim içindedir.

Ülkemizde sağlık sistemini tarihsel gelişimine baktığımızda; 1871 yılında İdareyi Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi (1289) olan yönetmeliğine göre Osmanlı Yönetimi "Memleket Tabipliği" adı altında il ve ilçelere hekim göndermiştir. Yaklaşık 40 yıl sonra 1913 yılında Vilayet İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi (1332) "Memleket Tabipliği" unvanından vazgeçilip "Hükümet Tabipliği" unvanı kullanılmıştır ve il merkezlerinde "Sağlık Müdürlüğü", kasabalarda "Sıhhiye Meclisleri" kurulmuştur⁽²⁰⁾.

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kuruluşundan hemen sonra 1920'de Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Cumhuriyetin ilk yıllarında hükümet tabipliği sistemi koruyucu sağlık hizmeti sunmakta iken, 1924 yılında dispanser olarak bildiğimiz "Muayene ve Tedavi Evi" adı altında, taşrada ayaktan tedavi edici hizmet veren hizmet ünitelerinin açılmasına karar verilmiştir. Sağlık Bakanı Refik Saydam zamanında 1930 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu⁽²¹⁾ yürürlüğe girmiştir. 1930'da Etimesgut Numune Dispanseri açılmıştır. Hem koruyucu hem tedavi edici hizmetleri birlikte sunmuştur, taşra ve kırsal kesim sağlık teşkilatlanmasında hizmet birimi olarak yer alacak buna benzer üniteler 1937 yılında "Sağlık Merkezi" adını almıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun⁽²²⁾ aracılığıyla 1961'den

sonra sağlık merkezleri “Sağlık Ocakları” adını almıştır. Hastane hizmetleri Cumhuriyetten önce özel idare ve belediye hizmetleri şeklinde iken özellikle 1950’lerden sonra “Numune Hastaneleri” hizmete açılmıştır ⁽²⁰⁾.

İlk beş yıllık kalkınma planında 1963 yılında sağlığa da yer verilmiş ve sektöre ilişkin hedefler; koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek, yaygınlaştırmak ve Sağlık Bakanlığı aracılığıyla sunmak, sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağılımını sağlamak, döner sermaye sistemini devlet hastanelerine uygulamak, yerli ilaç endüstrisini güçlendirmek ve özel hastanelerin kurulmasını desteklemek olarak belirlenmiştir. Ancak Ekim 2008’de yürürlüğe konabilen Genel Sağlık Sigortasında tekrar gündeme gelmiştir. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı uygulamaya başlamıştır. Bu sistemin kurulabilmesi için temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, Aile Hekimliği sistemine geçilerek etkili ve kademeli bir sevk zinciri uygulamasına başlanması, sağlık işletmelerinin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması hedeflenmiştir ^(23,24).

Temel sağlık hizmeti ilkeleri doğrultusunda, ülke çapında koruyucu ve tedaviye yönelik sağlık hizmeti vermek, temel düzeyde Sağlık Bakanlığı’nın görevidir. Hizmetin sunulması ve bazı özel programların uygulanması görevi çeşitli kurumlar (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu) ve çeşitli genel müdürlükler (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü gibi) tarafından paylaşılmaktadır. İl düzeyinde sağlık hizmetleri valiliklerin sorumluluğu altında Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. İl Sağlık Müdürü tedaviye yönelik hizmetlerin yanı sıra tüm temel sağlık hizmetlerinin sunumundan da sorumludur ^(25,26).

Sağlığı “fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlayan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “beş yıldızlı doktorlar” terimini kullanarak geleceğin doktorlarının yetilerini şu şekilde sıralamaktadır:

- Hastayı hem bir birey hem de ailenin ve toplumun bir üyesi olarak bütüncül bir yaklaşımla gören, uzun dönemli güvene dayanan bir ilişki içinde yüksek kalitede, tam, sürekli hizmet sunabilen bir hizmet sunucu,

- Sunduğu hizmeti geliştirirken hangi teknolojinin uygulanmasının etik ve maliyet-etkin olduğunun seçimini yapabilen bir karar verici,
- Etkili bilgilendirme ile sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesini sağlayabilen, böylece bireylere ve gruplara kendi sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri için güç veren bir iletişimci,
- Aralarında çalıştığı insanların güvenini kazanarak bireyin ve toplumun sağlık gereksinimlerini çakıştırabilen ve toplum yararına eylem başlatan bir toplum lideri,
- Elde edilebilen sağlık verilerini uygun bir şekilde kullanarak; hastaların ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminin içinden ve dışından bireylerle ve organizasyonlarla uyumlu çalışabilen bir yönetici olarak tanımlamaktadır ⁽¹⁰⁾.

Sağlı hizmetlerini koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayırmak mümkündür ⁽²⁷⁾.

2.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer.

Üç düzeyde ele alınır;

- Primer (Birincil) Koruma:** Aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi olmak için gereken önlemlerdir.
- Sekonder (İkincil) Koruma:** Sağlığın bozulma tehlikesi karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır.
- Tersiyer (Üçüncül) Koruma:** Hastalığa bağlı gelişebilecek kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir.

2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetlerin amacı hastalığa yakalanmış kişileri sağlıklarına kavuşturmaktır. Üç basamakta ele alınır.

a. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta tedavi hizmeti veren sağlık kuruluşlarıdır.

Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu: Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları (verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri), kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler⁽²⁸⁾.

Birinci basamak özel sağlık kuruluşu: İş yeri hekimlikleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları⁽²⁸⁾. Serbest eczaneler

b. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastalıkların tanı ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir.

İkinci basamak resmi sağlık kurumu: Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi⁽²⁸⁾.

İkinci basamak özel sağlık kurumu: “Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ile “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri ⁽²⁸⁾.

c. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir.

Üçüncü basamak resmi sağlık kurumu: Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri ⁽²⁸⁾.

Sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kurumları/ kuruluşları: Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığı’ndan ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Laboratuvarları (Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları), tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar, optisyenlik müesseseleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri, kaplıcalar⁽²⁸⁾.

2.2.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Bedence ya da ruhça sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar⁽²⁷⁾.

2.3.Aile Hekimliği

2.3.1.Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri ve Tanımlar

Aile Hekimi: Bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir ⁽²⁹⁻³¹⁾.

Aile Hekimliği: Kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan, kayıtlı birey ve ailelere kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini ekip anlayışı içinde ve ekiple birlikte sunabilen, sağlıkla ilgili her türlü soruna; ilk yaklaşımda bulunan ve gerekirse diğer dal uzmanları ile konsülte/refere eden, hastasını değerlendirirken hastalık oluşumunda fiziksel, ruhsal, sosyal faktörlerin de rollerini dikkate alan, kronik, rekürren ve terminal dönemdeki hastalıkların sürekli bakımını yapabilen, sektörler arası koordinasyon kurabilen, hastasının sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen, tıp fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi almış olan hekimler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bütününe kapsayan akademik disiplindir ⁽²⁹⁻³¹⁾.

2.3.2.Dünya’da Aile Hekimliğinin Gelişimi

Aile hekimliğinin (Genel pratisyenlik) 18. yüzyılda Avrupa’dan Amerika’ya dönen ve cerrah olarak çalışmak istemeyen hekimlerin sayısının giderek artması ile doğmuş olduğu kabul edilmektedir. Aynı dönemde İngiltere’de benzer gelişmeler yaşanmış ve “genel pratisyen “ terimi ilk kez Lancet’te19. yüzyılda kullanılmıştır. Böylece genel pratisyenlik 18. yüzyılda Amerika’da doğmuş ve 19. yüzyılda İngiltere’de adını almıştır ⁽¹⁾.

1923 yılında, bir iç hastalıkları uzmanı olan Francis Peabody, “modern tıbbın sağlık hizmeti sunumunu çok fazla parçaya ayırdığını ve hızla, kapsamlı ve kişisel hizmet verecek genel tababete dönülmesi gerektiği” yolunda bir uyarı yapmıştır,

fakat iki dünya savaşı arasındaki dönemde yapılan bu uyarı, ne toplum, ne de tıp dünyası tarafından algılanabilmiş ve uzmanlaşma eğilimi 1950'lere kadar devam etmiştir^(1,32).

Bilimdeki gelişmelerin paralelinde, hızla uzmanlaşmanın da etkisinde; tıpta “hasta yoktur, hastalık vardır” görüşü ile; kişilerin sadece hastalıkları üzerinde duruluyordu. Zamanla her hastalığın kişiye göre değişkenlikler gösterebileceği görülünce; olayın sosyal ve psikolojik boyutları ortaya çıktı. Bu gelişmelerin sonucu olarak; bugün insanın fizik ve sosyal çevresi ile bir bütün olduğu, insanı bu bütün içinde değerlendirmek gerektiği, sağlığın ve hastalıkların bir bütün olarak ele alınması gerektiği görüşü kabul edilmiştir⁽¹⁾.

İngiltere’de aile hekimliği genel pratisyenlik uygulamaları 1947 yılında başlamış ve 1979’da zorunlu hale getirilmiştir. İngiltere’de 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur. Bunu takiben Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) 1966 yılında Millis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporu yayınlamış, birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” tanınmıştır^(1,32).

Benzer süreç, Kuzey Amerika kıtasında da yaşanmıştır. Kanada Aile Hekimliği Koleji 1954 yılında kurulmuş, 1966’da ise üniversitelerde aile hekimliği kürsüleri oluşmaya başlamıştır. Almanya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerde mezuniyet sonrası farklı eğitimler söz konusu iken, aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1960’lı yıllardan sonra giderek önem kazanmış ve ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1976’da Hannover Tıp Fakültesi’nde çalışmalarına başlamıştır⁽¹⁾. Hollanda’da 1974 yılında “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısı yapılmıştır. Burada birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak aile hekimliğinin tanımı yapılmıştır⁽³²⁾.

1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı’nın çok önemli sonuçlarından birisi de dünya ülkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin

vurgulanmasıyla tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ülkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş doğrultusunda yeniden gözden geçirmişlerdir^(1,32).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi; İspanya’da 1979, İtalya ve Norveç’te 1985, Yunanistan’da 1986, Portekiz’de 1987, Fransa’da ise 1990 yılında başlamıştır. Almanya’da birinci basamakta çalışarak hekimler için uzmanlık eğitimi 1994 yılından itibaren zorunlu hale gelmiştir⁽¹⁾.

Avrupa Konseyi 1986 yılında Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl aile hekimliği eğitimi almış olması gerektiğini karara bağlamış ve bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir. Bu karar da esas önerilen aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi 3 yıldır^(1,32).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından 1994 yılında düzenlenen Ontario - Kanada’da “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir^(1,32). Konferans dokümanının özet bölümünde şu ifade yer almaktadır;

“İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel Pratisyen yada Aile Hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için Aile Hekimi; hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir.”⁽³²⁾

İşte hem aile hekimliği, hem de genel pratisyenlik adıyla anılan, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte; temel tıp eğitiminden sonra uzmanlık eğitimi gerektiren birinci basamak uzmanlığı dünyada bu aşamalarla gelişmiştir. Bugün aile hekimliği Dünya’da farklı siyasal sistemleri olan pek çok ülkede, farklı finansman modelleriyle uygulanmaktadır⁽¹⁾.

2.3.3.Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ve Aile Hekimliğinin Gelişimi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha kaliteli bir sunum arayışında olan ülkemizde, 1970-1980 döneminde dünyada yaşanan gelişmeler ışığında, aile hekimliği tartışılmaya başlandı. Aile hekimliğinin 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde ⁽²⁾ yer alması, genelde, başlangıç olarak kabul edilse de, tıp tarihimiz incelendiğinde; ilginç örneklerin varlığını saptamak mümkündür. A. S. Desnonsan’ın İ. Edhem Murat tarafından dilimize çevrilen “Aile Tabibi” kitabı Artin Asaduryan Şirket-i Mürettebiye Matbaası tarafından 1891’de İstanbul’da yayınlanmıştır. Bu kitap aile hekimliğini (sözcük olarak) topluma tanıtan ilk örnektir ⁽¹⁾.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1984 yılında ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu. Uzmanlık eğitimi ilk 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başladı ⁽¹⁾.

Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD), 25 Temmuz 1990’da kuruldu ve 2 Mart 1998 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile isminin başında “Türkiye” kelimesi kullanma iznini almıştır (TAHUD) ⁽¹⁾.

Tablo 2.1. Türkiye’de Aile Hekimliği Gelişimi ^(1,3)

1961: Sağlık ocaklarının kuruluşunu temel alan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” kabul edilmiştir
1983: Aile hekimliğinin Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almıştır
1984: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur
1985: Uzmanlık eğitimi Ankara, İstanbul e İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır
1990: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuştur ve 2 Mart 1998 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile isminin başında “Türkiye” kelimesi eklenmiştir
1992: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından Ankara’da “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesi için Aile Hekimliği Eğitimi” konulu grup çalışması düzenlenmiştir
1992: Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur
1993: Ülkemizde ilk “ Aile Hekimi Eğiticisi Kursu” Ankara’da Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmiş ve 88 aile hekimliği uzmanı eğitici sertifikası almıştır
1993: Yüksek Öğretim Kurulu 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun görmüştür
1993: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı adına on aile hekimliği araştırma görevlisi kadrosu açılmıştır
1993: İstanbul’da I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi düzenlenmiştir
1994: Aile hekimliği uzmanı ilk olarak akademik kadroya atanmıştır
1994: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü” kurulmuş ve ilerleyen yıllarda bu gelişme, Daire Başkanlığı yapılanması şeklinde sürmüştür
1995: Üniversite kadrosu ile ilk aile hekimliği araştırma görevlisi Tıpta Uzmanlık Sınavı ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde göreve başlamıştır
1996: Aile hekimliği disiplininde ilk doçentlik unvanı kazanılmıştır
2002:Aile hekimliği disiplininde ilk profesör atanmıştır
9 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı “ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ve buna dayanılarak çıkarılan 6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” uyarınca; ilk pilot il olan Düzcce’de geçiş dönemi eğitimleri yapılarak 15 Eylül 2005 tarihinde başlayan pilot uygulama başlamıştır
2010: Tüm ülkede aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir

Tablo 2.1. (Devam) Türkiye’de Aile Hekimliği Gelişimi ^(1,3)

2 Kasım 2011 tarih ve 28103 – Mükerrer sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’da pilot ibaresi kaldırılarak, ilgili yasanın ismi; Aile Hekimliği Kanun’u olarak değiştirilmiştir, aynı tarihte Resmi Gazete’de Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’a Geçici 9. madde eklenmesi ile yarı zamanlı uzmanlık gündeme gelmiştir
02-03.01.2014 tarihinde Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Ait Tıpta Uzmanlık Kurulunca Belirlenen Esaslar kararı ile alınmıştır, ilkbahar 2014 TUS sınavında yarı zamanlı uzmanlık eğitimi için araştırma görevlisi alınmıştır, rotasyonlar henüz başlamamıştır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü 1-2 Eylül 1992’de tarafından Ankara’da “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesi için Aile Hekimliği Eğitimi” konulu grup çalışması düzenlendi⁽¹⁾.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde 1992 yılında Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur ⁽³⁾. Nisan 1993’te ülkemizde ilk “ Aile Hekimi Eğiticisi Kursu” Ankara’da Sağlık Bakanlığı tarafından (Royal College of General Practitioners’in eğitim desteği ile) düzenlendi ve 88 aile hekimliği uzmanı eğitici sertifikası almıştır⁽¹⁾. Temmuz 1993’te YÖK’ün 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun görmüştür⁽¹⁾.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 17 Eylül 1993’te Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu ve Sağlık Bakanlığı adına on aile hekimliği araştırma görevlisi kadrosu açıldı. 25-26 Kasım 1993 tarihlerinde İstanbul’da I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi düzenlendi. 1994 tarihinde bir aile hekimliği uzmanı ilk olarak Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde akademik kadroya atandı⁽¹⁾.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 26 Ekim 1994 tarihinde “Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü” kuruldu ve ilerleyen yıllarda bu gelişme, Daire Başkanlığı yapılanması şeklinde sürmüştür⁽¹⁾.

Üniversite kadrosu ile ilk aile hekimliği araştırma görevlisi 1995 yılında TUS ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde göreve başlamıştır. İlk doçentlik unvanı 1996 yılında, 2002 yılında aile hekimliği disiplininde ilk profesör atanmıştır⁽¹⁾.

2.3.4.Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği 1990'lı yıllarda gelişimini sürdürmekte ve özellikle akademik alanda güçlenmekte iken uygulamada yeterince destek görmemiştir. Bu yıllarda; aile hekimliği asistanlık kadroları düzensiz dağıtılmış, aile hekimliği uzmanlarının sağlık ocaklarında çalışması sağlanamamış, eğitim hastanelerinde aile hekimliği şeflikleri oluşturulmamış ve bazı illerde başlayan pilot uygulamalar yeterince desteklenmemiştir⁽¹⁾.

Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının maliyet açısından daha uygun olacağı ön görülmektedir. Türkiye’de son 11 yılda sağlık alanında değişikliklere yol açan ve Sağlıkta Dönüşüm Programı⁽²⁴⁾ olarak adlandırılan reform programı kademeli olarak uygulanmıştır, aile hekimliği uygulaması da bu programın bir bileşeni olmuştur⁽³³⁾.

Tüm bu hazırlık süresince geçiş dönemi eğitimleri ile yeni sistemde çalışacak olan pratisyen hekimlere “aile doktoru” unvanı verilmesi kabul edilmiş olup; Sağlık Bakanlığının o yıllardaki kitap ve dokümanlarında da aile doktoru ifadesi kullanılmıştır⁽¹⁾.

“Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”⁽⁴⁾ 2004 yılında ve buna dayanılarak 2005 yılında çıkarılan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik”⁽⁵⁾ uyarınca; ilk pilot il olan Düzce’de geçiş dönemi eğitimleri yapılarak 2005 tarihinde başlayan pilot uygulama, hızla ilerleyerek; 2006 yılı sonunda 7, 2007 sonunda 15, 2008 sonunda 32, 2009 sonunda 35 ile ve 2010 yılı sonunda ise tüm ülkeye yayılmıştır⁽¹⁾.

“Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”⁽⁶⁾ 2010 tarih yılında yayımlanmış ve bu yönetmelik 2005 yılında ki “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması”⁽⁵⁾ hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. Aralık 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir⁽⁷⁾. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 2011 tarihli 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname” ile Aile Hekimliği Kanunu^(8,9) olarak isim ve içeriğinde değişiklik yapılmıştır⁽⁷⁾.

Uygulamanın yaygınlaşmaya başlaması ile aile hekimliği alanında 1990 yılında TAHUD’un yanı sıra; 2007 yılında Aile Hekimliği Akademisi kurulmuştur.

Aile hekimlerinin illerde başlayan örgütlenmeleri gelişerek 2008 yılında 8 ilin Aile Hekimleri Derneklerinin bir araya gelmesi ile Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF) kurulmuştur. 2009 yılında Aile Hekimliği Eğitim ve Araştırma Derneği (AHEAD) kurulmuş ve amaçları doğrultusunda 2010 yılında Türkiye Aile Hekimliği Vakfı'nın (TAHEV) kuruluşuna öncülük etmiştir⁽¹⁾.

Ülkemizde Aile hekimliği ile ilgili bilimsel dergi 1997 yılında yayınlanmaya başlanılan “ Türkiye Aile Hekimliği Dergisi” yayın hayatını düzenli sürdürmektedir. Ayrıca; ülkemizde aile hekimliği konusunda yayınlanan bilimsel dergi sayısında son yıllarda artış gözlenmektedir (Konuralp Tıp Dergisi, PRN Aile Hekimliği Dergisi, Aile Hekimliği, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care)⁽¹⁾.

Birinci Ulusal Aile Hekimliği Kongresi ile 1993 yılında başlayan bilimsel etkinlikler de son yıllarda hızlı bir artış göstermekte olup; 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi 2014’de gerçekleşmiştir. Aile Hekimliği Güz Okulu, İstanbul Aile Hekimliği Kongresi gibi etkinliklerin yanı sıra bu alanda çok sayıda ulusal ve bölgesel etkinlik gerçekleştirilmektedir. Aile hekimliği ile ilgili uluslararası etkinliklerde gerçekleştirilmektedir⁽¹⁾.

2.3.5.Aile Hekimliği Uygulamasında Mevcut Durum

Sağlık istatistikleri 2013 yıllığına göre ülkemizde 21.175 aile hekimi birimi var. 6.756 aile sağlığı merkezi, 971 toplum sağlığı merkezi, 5.594 sağlık evi var⁽¹⁷⁾. Bakanlık taşra teşkilatının yeniden yapılandırılması genelgesi ile 02.02.2012 tarihinde düzenleme ile sağlık bakanlığı bünyesinde olan aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri halk sağlığı müdürlüklerine bağlanmıştır⁽²⁶⁾. Türkiye’de aktif çalışan aile hekimliği uzmanlarının kurumlara göre dağılımında 1502’si sağlık bakanlığında, 130’u üniversitede, 114’ü özelde olmak üzere toplam 1746’dır. Yüz bin kişiye düşen aile hekimliği uzman sayısı 2,31’dir⁽¹⁸⁾. Türkiye’de 21.175 aile hekimliği biriminin 1.275’inde uzman hekim, 19.960’ında pratisyen hekim çalışmaktadır⁽¹⁷⁾. Aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus 3.612’dir. Aile hekimine müracaat sayısı 212.318.024.’dür. İkinci ve 3. Basamak hastanelere müracaat sayısı 410.068.343’dür. Kişi başı hekime müracaat sayısı 1. basamakta 2,9, ikinci ve 3. basamak hastanelerde 5,3, toplamda 8,2’dir^(17,19).

Başak ve arkadaşları ⁽³⁴⁾ 2004 yılında aile hekimliği anabilim dalı başkanları ile yaptığı çalışmada ülkemizde var olan 50 tıp fakültesinin 35'inde aile hekimliği anabilim dalı olduğunu belirtmişlerdir.

Başak ve Güldal ⁽³⁵⁾ 2013 yılında aile hekimliği anabilim dalı başkanları ve öğretim üyeleri ile yaptığı çalışmada 63 tıp fakültesinde aile hekimliği anabilim dalı bulunduğunu belirtmişlerdir. 58 anabilim dalı başkanı yada yetkili öğretim üyesine ulaşılarak yapılan görüşmelerde aile hekimliği anabilim dallarının mezun ettikleri uzman sayısının 360, devam eden uzmanlık öğrencilerinin 340 olduğunu saptadıklarını belirtmişlerdir.

Ülkemizde 2005 yılında 3 profesör, 12 doçent unvanlı aile hekimliği uzmanı varken, bugün 32 profesör, 77 doçent aile hekimliği uzmanı vardır (ÜNLUOĞLU İ.,kişisel yazışma).

Aile hekimi başına kayıtlı kişi sayısı hizmet kalitesini etkileyen önemli etkenlerden biri olup; Sağlık Bakanlığı 2023 yılında 44600 aile hekimine ulaşılmasını hedeflemekte olup, o tarihte aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfusun 2000 kişi olması öngörülmektedir⁽¹⁾.

2.3.6.Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Dünyada da aile hekimliği uzmanlık eğitimi bir yıl (Yeni Zelanda) ile 6 yıl-9 ay (İsveç) arasında değişmekle birlikte, genel olarak 3-4 yıl arasındadır. Avrupa Birliği ülkelerinde uzmanlık eğitim süresi asgari üç yıldır. Ülkemizde de uzmanlık eğitim süresi üç yıl olarak uygulanmaktadır⁽¹⁾.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliği tanımı içinde yer alan temel prensipler doğrultusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin geliştirilmesi için uygun olanaklar sağlamayı amaçlamaktadır ⁽³⁶⁾.

Hedefler:

- Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi
- Toplumun oluşturan bireylerin sağlıklı olmasının sağlanması
- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması

- Bireylerin sağlık anlayışının ve toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesi
- Bireylerin akut ve kronik sağlık sorunlarının erken tanınması ve yönetilmesi
- Sağlık sisteminin hizmet sunum basamakları arasındaki ilişkinin sağlanması ve bireyin tüm bakım gereksinimlerinin karşılanması

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Müfredatının belirlenmesi ülke genelinde uzmanlık eğitiminin standardizasyonu ve kalitesini sağlamanın temel koşuludur. Nitelikli sağlık hizmeti vermek ancak bu koşulların sağlanmasıyla mümkün olacaktır⁽³⁶⁾.

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun (TUK) "Uzmanlık Eğitimi Müfredatları ve Standartları Değerlendirme ve Revizyonu" çalışmaları çerçevesinde, tüm uzmanlık dallarında olduğu gibi Aile Hekimliği disiplini için de bir komisyon oluşturulmuştur. Bu komisyon aile hekimliği disiplininin temel ilke ve esaslarına uygun çekirdek müfredatın hazırlanmasında Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun (TAHYK) 2007 yılında oluşturduğu ve sonrasında geliştirdiği müfredatı esas almıştır. Bu müfredatın amacı aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren birimlere, bir aile hekiminin sahip olması gereken yeterlik alanları ve bunlara ait öğrenme yöntemleri, eğitim alt yapısı ve ölçme değerlendirme yöntemlerini tanımlamaktır⁽³⁶⁾.

- **Aile Hekimliği Çekirdek Müfredat Komisyonu**

Türkiye'de sağlık bakanlığı eğitim hastaneleri ve üniversite ana bilim dallarında uygulanan aile hekimliği asistanlık eğitim programlarının içeriği ve formatının standardizasyonu. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi veren/verecek olan kurum ve kuruluşların standardizasyonu⁽³⁶⁾.

- **Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Süreci**

Kayıt Şekli: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine başlamak için TUS ile bu programa yerleştirmek koşuldur.

Adaylarda Aranılan Şartlar: Tıp Fakóltesinden mezun olmak ve ÖSYM tarafından yayımlanan TUS Kılavuzunda yer alan koşulları karşılıyor olmak.

Asistanlık Süresi: 36 ay

Zorunlu rotasyon süresi: 18 ay

Yan Dallar: Yok

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 1985 yılında başlamasından Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktaydı. Bu karar ile birlikte rotasyonların süresi kısaltılarak, Aile Hekimliği disiplinin ilke ve esaslarına uygun özgün öğretilerine on sekiz aylık süre ayrılmıştır ⁽³⁷⁾.

Tablo 2.2. Aile Hekimliği Uzmanlığı Rotasyonları ⁽³⁷⁾

Rotasyona Gönderen Uzmanlık Alanı	Önerilen Uzmanlık Eğitim Yılı	Rotasyon Süresi (Ay)	Rotasyona Gönderilen Uzmanlık Alanı
Aile Hekimliği	1	4	İç Hastalıkları
	1	4	Kadın Hastalıkları ve Doğum
	2	5	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
	2	2	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
	3	1	Genel Cerrahi
	3	1	Göğüs Hastalıkları
	3	1	Kardiyoloji

- **Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bölümden oluşmaktadır:**

1. **Aile hekimliği uygulama eğitimi:** Aile hekimliği uygulama eğitimi esas olarak hastayla temas süreçlerinde yapılmaktadır. Hastayla görüşme süreci aile hekimleri için temel öğrenme fırsatıdır. Bir deneyim yaşama ve bu

deneyimi analitik değerlendirme süreciyle öğrenmeye dönüştürme aile hekimliğinde başlıca öğrenme yöntemidir. Burada öğrenen ile eğiticinin bire bir bağlanması önemlidir. Yine bu süreçte gözetim ve geribildirim önemli iki eğitim yöntemidir. Bireysel deneyim ve bu deneyimlerden öğrenmenin yanı sıra akranlardan öğrenme de söz konusudur. Bunun için genellikle yansıtma (refleksiyon) grupları kullanılmaktadır. Burada belirli aralıklarla bir araya gelen aile hekimleri birbirlerinin deneyimlerinden öğrenme süreci yaşarlar⁽³⁶⁾.

- 2. İlgili alanlarda rotasyonlar:** Rotasyonlar aile hekimliği eğitiminde önemli bir yer tutar. Aile hekimliği uygulama ortamlarında seyrek görülen durumlar, hastane kliniklerinde daha kısa sürede öğrenilebilir. Bir bütün olarak kendisine kayıtlı bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen aile hekimlerinin, onların diğer basamaklarda alabileceği bakım hizmetlerini öğrenmeleri de yine bu rotasyonlarla sağlanmaktadır⁽³⁶⁾.
- 3. Program boyu süren düzenli eğitim etkinlikleri:** Düzenli eğitim etkinlikleri bir programa dahil olarak eğitim görmekte olan tüm uzmanlık öğrencilerini bir araya getirir. Burada aile hekimliği disiplinin özgün klinik yaklaşımı ve bakış açısı pekiştirilmeye çalışılır. Rotasyonlarda öğrenilenlerin aile hekimliği bakış açısıyla sentez edilmesi sağlanır⁽³⁶⁾.

Aile hekimliği uygulama eğitimi kendine özgü değerlendirme yöntemleri gerektirir. Ölçme değerlendirme eğitim sürecinin başında başlar ve tüm süreç boyunca devam eder. Uzmanlık eğitimine başlayan öğrencinin düzeyinin ve öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesiyle başlar. Bireysel öğrenme planlarının ve öğrenme hedeflerinin belirlenmesi, program bölümleri temelinde bu hedeflere ulaşımın ölçülmesi tüm eğitim süresince devam eder. Program bitiminde uzmanlık öğrencisinin ulaştığı yeterlik düzeyi ölçülür ve kendi başına aile hekimliği uygulaması yapabilmesi için yetkilendirilerek belgelendirilir. Uzmanlık eğitimi programının ve eğiticilerin de düzenli olarak değerlendirilmesi ve geliştirilmesi eğitimin niteliğinin güvenceye alınması açısından temel önemdedir⁽³⁶⁾.

2.3.7.Yarı Zamanlı Uzmanlık Eğitimi

Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) süreci 02.11.2011 tarih ve 28103 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de ^(8,9) 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’a Geçici 9. madde eklenmesi ile başlamıştır ⁽³⁸⁾.

Düzenleme şöyledir:

“1.1.2020 tarihine kadar, 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı⁽⁴⁾ Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilir. Bu eğitim uzaktan ve/veya kısmî zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle yapılabilir ve en az altı yılda tamamlanır. Eğitim süresince aile hekimliği sözleşmesi devam eder. Uzmanlık eğitimi ile beraber aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesine, ilgililere ve eğitim sorumlularına ödenecek ücretlere ilişkin usul ve esasları 5258 sayılı Kanun’un 8. Maddesine ⁽⁴⁾ göre hazırlanan yönetmeliklerle belirlenir. Bu maddeye göre yapılacak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatının ve rotasyonların uygulanması ve eğitimin şekli ile sair hususlar Tıpta Uzmanlık Kurulu’na belirlenir” ⁽³⁸⁾.

Anayasa Mahkemesi’nin ret kararından sonra TUK tarafından Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Ait Tıpta Uzmanlık Kurulunca Belirlenen Esaslar 02-03.01.2014 tarihli TUK düzenlemesinden sonra bu kez Halk Sağlığı Kurumu tarafından 10.09.2014 tarihli makam oluru ile yürürlüğe giren, Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Usul ve Esasları konulu duyuru yayınlanmıştır, 3 nolu toplantının 406 sayılı kararı ile alınmış ve yayınlanmıştır ⁽³⁹⁾.

İlkbahar 2014 TUS sınavında yarı zamanlı uzmanlık eğitimi için araştırma görevlisi alınmıştır, eğitimleri başlamıştır, rotasyonlar henüz başlamamıştır.

Türkiye’de ilk defa uygulanmak istenen uzaktan ve/veya kısmi zamanlı uzmanlık eğitimi biz aile hekimliği araştırma görevlilerini ve akademisyenlerini üzmüş, motivasyonumuzu olumsuz etkilemiştir⁽³⁸⁾.

2.4. Tez Yazımı

2.4.1. Tez Konusu Seçerken Nelere Dikkat Edilmelidir?

Tıp fakültelerinin temel misyonu iyi hekimlik için gerekli bilgi, beceri ve tutumla donatılmış bireyler yetiştiren, toplumun ihtiyaçlarına yönelik ve evrensel bilgiye katkılarda bulunacak bilimsel araştırmalar yapan ve bilim insanları yetiştiren, nitelikli sağlık hizmeti sunan ve bu işlevlerin birbirini beslediği bir kurum olmak şeklinde tanımlanabilir. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Temel Tıp Eğitimi, Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi ve Sürekli Mesleki Gelişim için belirlediği standartlarda da bu nitelikleri özellikle vurgulamaktadır. Uzmanlık eğitimi sırasında kazanılacak klinik becerilerin yanı sıra klinik pratiği sürekli güncelleyebilmek ve geliştirebilmek için yeni bilimsel bilgilerin değerlendirilmesi ve kullanımının gerektiği şu şekilde vurgulamaktadır: “Literatürün, bilimsel verilerin ve kanıta dayalı tıp hakkında formal eğitim almış olmalı ve araştırma sürecine katılmalıdır”⁽⁴⁰⁾.

Tez tartışmaya, iddiaya dayanarak bir öneri, fikir ileri sürmektir. Tez hazırlama uzmanlık öğrencilerinin hipotez oluşturmasını, veri toplayabilmesini, verilerin analizini yapabilmesini hedefler ve araştırma yapma yeteneğini kazandırdığı gibi yeni bilgi üretmeyi de kapsar. Tezin bilimsel bir çalışma olduğu ve bu çalışmanın sonunda bilime katkı yapılacağı unutulmamalıdır. Bilimselliğin en önemli kriteri yapılan çalışmanın sistemli bir şekilde yapılmasıdır. Amaç mevcut değişmez bilgileri belli bir yöntemle kullanarak başka değişmez bilgiler ortaya çıkarmaktır. Bir sonraki adım ise yapılan çalışmanın sonuçlarının bilim dünyasında paylaşılmasıdır. Bu paylaşımın hakemli dergilerde yayın şeklinde yapılması beklenir. Tanınmış yüksek etki faktörlü dergilerde yayın yapmak, hem çok daha fazla kitleye ulaşmayı sağlar hem de kaliteyi değerlendirmek için bir yöntemdir⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Tez yazımı adımları; konu seçme, konuyu sınırlandırma, hipotez kurma, araştırma metodu belirleme, geçici plan, geçici kaynak oluşturma, okuma ve not alma, tez yazma aşamasıdır. Tez konusu seçerken mutlaka tez danışmanının görüş ve bilgilerinde yararlanılmalı, fikir birliğine varılmalıdır. Kapsamlı uluslararası dergilerden makale okumak önemlidir, yerli ve yabancı birçok tez taraması yapılmalıdır. Ülkemizde Ulusal Tez Merkezi⁽⁴⁴⁾ geçmiş yıllarda hazırlanmış tezlerin

incelenebilmesini sağlama fırsatı sunmaktadır ayrıca ProQuest ⁽⁴⁵⁾ ile yerli yabancı milyonlarca teze ulaşmak mümkündür. Tez araştırması uzun bir süreçtir. Araştırmacının ilgi duyduğu bir konuyu seçmesi araştırmanın başarısı açısından oldukça önemlidir. Konuyu seçerken araştırmayı yapmak için sahip olduğu zamanı göz önünde bulundurmak gerekir. Konuyu geniş tutmak araştırmayı zorlaştırdığı gibi, dar olması da araştırmayı gereksiz kılabilir. Konunun genişliği araştırmacının zamana ve seçilen konuya göre değişmektedir. Konu seçtikten sonra hipotez kurmak gerekir. Bir gözlemin, bir olayın, bir olgunun veya bilimsel bir problemin, üzerinde daha fazla inceleme yapılarak test edilmesine olanak veren, öneri niteliğinde açıklama hipotezdir. Hipotez belirlendikten sonra kişide ilgi uyandıracak bir konu başlığı seçilmelidir ⁽⁴⁶⁾.

Konu belirlendikten sonra gereç ve yöntemler belirlenmelidir. Çalışmanın araştırma tipi, verilerin elde edilmesinde kullanılacak gereçler belirlenmelidir. Araştırmalarda planlama ve uygulama biçimi yönünden birbirinden farklı ve karmaşık yöntemlerden yararlanır ve kitaplarda farklı sınıflandırmalar mevcuttur. Hipotezin sınanması için kullanılan yöntemler niteliksel(kalitatif) ve niceliksel (kantitatif) ⁽⁴⁷⁾ olarak ikiye ayrılmaktadır. Niceliksel araştırmalar gözlemsel, deneysel ve metodolojik ^(47,48) araştırmalar şeklinde üç grupta sınıflandırılmıştır. Verilerin elde edilme zamanına göre ve nedensel yönden araştırma tipleri üç ana başlıkta toplanabilir. Nedenden sonuca doğru ileriye yönelik prospektif, sonuçtan nedene doğru geriye yönelik retrospektif, neden ve sonuçları birlikte ele alan kesitsel yöntemlerdir ^(49,50).

Tez için çalışmaya başlanıldığında şu sorulara cevap vermelidir:

- Problem nedir?
- Bu problemin ilişkileri nelerdir?
- Elde var olan bilgiler nelerdir?
- Çalışmada ne başarmayı umuyoruz?
- Amacına ulaşmak için gereken ek bilgiler nelerdir?
- Bu veriler nasıl toplanılır?
- Çalışma için etik yönden nelere dikkat edilmelidir?
- Veriler nasıl analiz edilecektir?

- Beklenen sonuçlar nelerdir ve bu sonuçlar bize ne kazandıracaktır? ⁽⁴²⁾

Sonrasında ön hazırlıklarla geçici plan, geçici kaynak oluşturma, okuma ve not alma aşamalarından sonra tez yazım aşaması gelmektedir. Tez yazım kuralları konusunda ilgili üniversitenin tez yazım kılavuzu yardımcı olacaktır ^(46,51).

Tez verileri elde edildikten sonra yazım aşamasında ve sonuçlarda

- Konu üzerine önceden neler biliniyordu?
- Çözüm için siz ne yaptınız?
- Sonuçların ne ifade ettiğini düşünüyorsunuz?
- Bu alanda nerede ve nasıl daha ileri çalışmalar yapılmalıdır? sorularının tanımlanması gerekir⁽⁴²⁾.

Bir tez okuyucusu yanıtın ne olduğunu bilmemektedir. Tez sahibi dışındaki araştırmacılar tezi okuyacak, tezin genel alanı üzerinde uzman olabilirler ama tezin tam başlığı hakkında tez sahibi tek uzmandır. Tez bilimsel bir rapor olarak kullanılabilir veya tezi yapan dışında başka pek çok araştırmacıya da yol gösterici olabilir. Bir sonraki adım ise yapılan çalışmanın sonuçlarının bilim dünyasında paylaşılmasıdır. Bu paylaşımın hakemli dergilerde yayın şeklinde yapılması beklenir. Tanınmış yüksek etki faktörlü dergilerde yayın yapmak, hem çok daha fazla kitleye ulaşmayı sağlar hem de kaliteyi değerlendirmek için bir göstergedir. Ülkemizde tezin yayına dönüştürme zorunluluğu mevcut değildir ⁽⁴²⁾.

2.4.2. Tez İçeriği

Tez dört ana bölümden oluşur ^(46,51).

Tablo 2.3. Tez İçeriği

1. n sayfalar
• Tez kapağı
• İç kapak sayfası
• Tez kabul ve onay sayfası
• Teşekkür sayfası
• zet ve İngilizce zet (abstract)
• İçindekiler
• Simgeler ve kısaltmalar dizini
• Şekiller dizini
• Tablolar dizini
2. Tez metni
1. Giriş
2. Genel bilgiler
3. Gereç ve yöntem
4. Bulgular
5. Tartışma
6. Sonuç ve neriler
3. Kaynaklar dizini
4. Ekler

Tez Metni

1.Giriş Bölümü

Bu bölümde çalışmanın amacı, varsayımları ve kapsamı gibi, okuyucuyu yönlendirici nitelikte bilgiler bulunur⁽⁵¹⁾.

2.Genel Bilgiler

Burada tez konusunda önceden var olan literatür bilgileri, yapılan çalışma bağlamında gözden geçirilir. Konuya ilişkin sorunlar saptanır, var olan çözüm önerileri giriş bölümünde belirtilen amaç, kapsam ve varsayımlar doğrultusunda değerlendirilir. Olası varsayımlardan hangilerinin bu tez kapsamında test edileceği anlatılır. Literatür bilgileri derlenerek amaçlar ve kullanılacak yöntem arasında neden-sonuç ilişkileri kurulur⁽⁵¹⁾.

3.Gereç ve Yöntem (Bireyler ve Yöntem)

Giriş ve genel bilgiler bölümlerinde oluşturulan varsayımların nasıl test edildiği bu bölümde ayrıntılı olarak anlatılır. Kullanılan laboratuvar ve gözlem teknikleri, anketler ve diğer ölçüm yöntemleri belirtilir. Veri elde etme biçimleri ve deney grupları tanımlanır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinin nasıl yapıldığı belirtilir. Tezin yapılabilmesi için proje destek kaynakları varsa belirtilmelidir. İnsan denekler kullanılarak yapılacak çalışmalarda protokol gereklerine göre Üniversite Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu, deney hayvanlarının kullanıldığı çalışmalarda ise Üniversite Deney Hayvanları Etik Kurulu izinlerinin alınması gereklidir, bu konuda mevcut olan Helsinki Bildirgesi⁽⁵²⁾, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu⁽⁵³⁾ yol göstericidir. Tez çalışmalarına başlamadan, bu kurullara başvuru için gerekli girişimlerin başlatıldığı belirtilmelidir Etik kurul onay tarihi ve numarasının yazılması zorunludur. Eğer tez için Etik Kurul izni gerekmiyorsa, bu bölüme “Etik Kurullardan İzin Alınmasına Gerek Yoktur” ibaresi konulmalıdır^(51,54).

Etik

Etik, insanlar arası ilişkilerde yaşanan değer yargıları sorunlarını inceleyen ve bu konulara ilişkin bilgiler ortaya koyan bir alandır.

Araştırma ve yayın etiği; bilimsel yayınların dürüstlük, açıklık, başkalarının fikirlerine ve varlıklarına saygı gibi temel ilkelere uygun biçimde yapılmasını

sağlamayı amaçlayan ve bunun gerçekleşmesi için çalışmalar yapan uygulamalı etik alanıdır.

Etik İlkeler

Bilim ve sanat insanların araştırmanın planlanması, yürütülmesi, sunulması ve yayınlanmasında aşağıdaki temel etik ilke ve standartlara göre davranmaları beklenir:

- Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve bulguların analizi sürecinde dürüstlük ve açıklık ilkelerine bağlı kalınması
- Benzer araştırmaları yapan araştırmacıların ve sanatçıların fikir ve bulgularına saygılı olunması ve yayın aşamasında gerekli atıflarda bulunulması
- Bilimsel araştırmanın ve yayının her aşamasında objektif olunması
- Sağlık Bakanlığı'nın insan üzerinde yapılan ilaç araştırmaları ile ilgili yönetmeliğine uygun davranılması
- İyi klinik uygulamaları ilkelerine uygun davranılması.

Bilim insanı, bir araştırmacı olarak, yalnız kendisini değil, içinde bulunduğu veya kendisine bağlı araştırma grubunun tüm üyelerini de bilimsel araştırma ve yayında etik dışı davranışlarda bulunmamaları konusunda eğitmeli ve muhtemel girişimleri kesinlikle önlemelidir⁽⁵⁴⁾.

4.Bulgular

Bu bölümde Gereç ve Yöntem (Bireyler ve Yöntem) bölümünde belirtilen yöntemlerle elde edilen veriler belli bir mantıksal-analitik bütünlük ve akış içinde sunulur. Verilerin uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmesi gereklidir. Yazarın, verileri daha anlaşılır hale getirmek için tablo, grafik, vb. yapması beklenir. Gerekirse şekil, fotoğraf ve benzeri görüntüler kullanılır⁽⁵¹⁾.

5.Tartışma

Giriş, genel bilgiler ve bulgular bölümlerinde verilen çerçevede tartışılır. Bu bölümde çalışmanın bilime nasıl bir katkıda bulunduğu mutlaka belirtilmeli, özgün kısımları vurgulanmalıdır. Test edilen varsayımların kabul ya da reddedilip edilmedikleri ve amaçlara ne ölçüde varıldığı yazılmalıdır. Tartışmada, daha çok Giriş ve Genel Bilgiler'de söz edilen varsayımların tez çalışması ile elde edilen

bulgularla ne ölçüde desteklendiği hususu üzerinde durulmalıdır. Bu bağlamda, spekülâtif yorumlardan olabildiğince kaçınılmalıdır ⁽⁵¹⁾.

6.Sonuç ve Öneriler

Bu bölümde, tez çalışmasından elde edilen sonuçlar, olabildiğince genel fakat açık-seçik ve öz olarak yazılmalıdır. Gerektiğinde, sonuçlar madde madde yazılabilir. Tez çalışması yapan kişinin, kendinden sonra aynı konuda ya da ilgili konularda çalışacak kişilere veya başka kurum ve ilgililere iletmek istediği öneriler varsa, bunlar öneriler başlığı altında yazılabilir. Sonuçlar ve öneriler bir arada da işlenebilir ⁽⁵¹⁾.

2.4.3.Uzmanlık Öğrencilerinin Uzmanlık Tezi ve Değerlendirilmesi

Tıpta Uzmanlık Kurulu 20 – 21.05.2014 tarihli 57 toplantı nolu, 479 ⁽⁵⁵⁾ karar nolu tıpta uzmanlık öğrencilerinin uzmanlık eğitimi çerçevesinde yapacağı uzmanlık tezi aşağıdaki kriterler çerçevesinde düzenlenmiştir;

1. Uzmanlık öğrencisinin ana dalda uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girebilmesi için tez hazırlaması zorunludur
2. Uzmanlık eğitiminin ilk yarısı içinde; program yöneticisi tarafından uzmanlık öğrencisine ilgili dalda eğitici niteliğini haiz bir tez danışmanı tayin edilir ve tez danışmanı tarafından da uzmanlık öğrencisinin tez konusu belirlenir. Tez konusu ilgili akademik kurulca onaylanır.
3. Tez jüri üyeleri; ilgili uzmanlık dalının veya tercihen tez konusu ile ilgili uzmanlık alanının eğitimcilerinden, en az bir asıl üyesi kurum dışından ve ilgili uzmanlık dalından olmak üzere üç asıl ve iki yedek üye (kurum dışı asıl üyenin yedeğinin de tercihen kurum dışından belirlenmesi yoluyla) ilgili akademik kurul tarafından oluşturulur.
4. Tez, en geç uzmanlık eğitimi süresinin bitiminden üç ay önce, jüriye sunulmak üzere program yöneticisine teslim edilir.
5. Jüri üyeleri, tezin kendilerine teslim edilmesinden itibaren en geç bir ay içerisinde toplanır. Uzmanlık öğrencisi tez savunmasını jüri huzurunda sözlü olarak yapar ve jüri değerlendirme sonucunu yazılı ve gerekçeli olarak program yöneticisine bildirir.

6. Jüri tez çalışmasını yeterli bulmazsa, eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine altı aylık ek bir süre verir. (Uzmanlık öğrencisi tezinin eksiklerini, düzeltmelerini 6 ay bitmeden de tamamlayıp program yöneticisine teslim edebilir). Düzenlenmiş tez 5. maddeye uygun olarak değerlendirilir. Bu sürenin uzmanlık eğitimi aşan kısmı uzmanlık eğitimi süresine eklenir.
7. Tezin ikinci defa kabul edilmemesi halinde, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisi kesilir. İlişkisi kesilen uzmanlık öğrencisi, iki yıl içinde uzman aday olarak aynı kurumda tezini ya da uygun görülen yeni bir tezi tamamlayabilir. Bu süre içinde de tezini sunmayan veya tezi kabul edilmeyen uzman adayının uzmanlık eğitimi ile ilişkisi kesilir. Bu şekilde ilişkisi kesilenlerden daha sonra girdikleri uzmanlık eğitimi giriş sınavına göre uzmanlık eğitimine başlayanlar hakkında Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 16. maddesi çerçevesinde işlem yapılır (Madde 16: Uzmanlık eğitiminde devamlılık, kurum ve dal değiştirme) ^(55,56).

2.4.4. Tezden Üretilen Makalelerde Yazarlık Hakkı ve İlk Yazarlık ve Etik İlkeler

Tez'in gerçek sahibi yapandır. "Tez yapanındır." Makalede birinci yazar tezi yapandır. (Yüksek lisans, doktora öğrencisi, asistan, araştırma görevlisi). Tez danışmanı ikinci, üçüncü sırada yer alabilir. Tez öğrencinin fikri ise ve tez çalışmalarının çoğu öğrenci tarafından ve zamanında yapıldı ise öğrenci birinci isimdir. Ancak tez "A" nın fikri ise ve "A" çalışmanın çoğunu yapmışsa (makale yazılımı dahil) bu durumda "A" birinci isim öğrenci ortak yazar olur. Eğer öğrenci ve "A" nın katkıları eşitse ve hatta eşite yakınsa tez sahibi "öğrenci" birinci isim olmalıdır. Genç araştırmacılar cesaretlendirilip ödüllendirilmelidir. Öğrenci tezi tamamlayamazsa, sunamaz, savunamaz ve belirli sürede yayına hazırlayamaz ise o zaman teze ait tüm haklar tez yöneticisine geçer. Eğer yazılan makale dergi tarafından reddedilir ve öğrenci verilen sürede (örneğin 6 ay) yeniden hazırlayıp sunmazsa ilk yazar olma hakkını kaybeder. Yine tez danışmanı yeteri kadar çabalar ve öğrenciye ulaşamazsa, öğrencinin tezi bıraktığı durumda tezden üretilecek

makalelerde yazarlık hakkını kullanabilir. Ancak öğrenci ortak yazardır. Özellikle Tıpta uzmanlık tezlerinde ve eğitim hastanelerinde gözlenen bu durum bir protokol düzenlemesi ile çözülebilir. Tezi belirli sürede (12 ay normal sayılabilir) yayına dönüştürmeyen tez sahibi birinci yazar olma hakkını kaybedebilir⁽⁵⁷⁾.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri

Tez çalışması Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütüldü.

3.2.Araştırmanın Tipi

Gözlemsel, tanımlayıcı, retrospektif çalışmada Türkiye’de 2005-2015 yılları arasında aile hekimliği anabilim dalları ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastaneleri aile hekimliği araştırma görevlileri tarafından hazırlanan internet üzerinden tam metnine ulaşabildiğimiz uzmanlık tezleri, oluşturduğumuz Tez Bilgi Formundaki (EK-1) değişkenler göz önüne alınarak değerlendirildi.

3.3.Araştırmanın Evreni

Tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastaneleri aile hekimliği araştırma görevlilerinin tıpta uzmanlık tezleri ve tezlerin yayınlandığı internet siteleri araştırmanın evrenidir.

3.4.Araştırmanın Örnekleme

Aile hekimliği araştırma görevlilerinin tıpta uzmanlık tezleri araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.5.Araştırmanın Veri Kaynakları

Tıpta uzmanlık tezlerinin yayınlandığı Ulusal Tez Merkezi ⁽⁴⁴⁾ ve İstanbul Sağlık Müdürlüğü’ne ait web sayfaları ⁽⁵⁸⁾ çalışmanın temel veri kaynaklarıdır.

3.6.Araştırmanın Uygulama Şekli

Tez bilgi formuna göre tezler değerlendirilmiştir.

3.7.Araştırmanın Veri Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, kategorik değişkenler frekans (N) ve yüzde (%) şeklinde gösterilmiştir. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Normal dağılım sağlanmayan bağımsız örnekler için Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics21.0 (IBM

Corp. Released 2012. IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

3.8.Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın herhangi maddi bir gideri mevcut değildir, bütçe ayrılmamıştır.

3.9.Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

- YÖK Ulusal Tez Merkezi'nde tıpta uzmanlık tezlerinin paylaşımı kişinin kendi isteğine bağlı olduğundan tüm uzmanlık tezlerinin tam metnine ulaşamamıştır.
- Eğitim araştırma hastanesi tezlerinden İstanbul'daki tezlerin bir kısmına internet üzerinden ulaşılmıştır, fakat Ankara ve İzmir'deki eğitim araştırma hastanesi aile hekimliği uzmanlık tezlerine ulaşamamıştır.
- Tezlerin hepsi aynı formatta olmadığından, değişkenlere cevap bulamadığımız tezlerin sayısının fazla olması çalışmamızın güçlükleri arasındadır.

3.10.Araştırmada Etik Konular

- Tez çalışması için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu'ndan 13 Mart 2014 tarih, 15 Karar Sayılı etik kurul onayı alınmıştır.
- YÖK Ulusal Tez Merkezi web sitesinden sadece izinli tezler değerlendirilmiştir.
- İki bilişim adresinden ulaşılan her bir teze numara verilip, tez sahiplerinin ismi verilerde kullanılmamıştır.

3.11.Araştırmanın Takvimi

Etik kurul onayı 13 Mart 2014 tarihinde alınmıştır. Ağustos 2014 – Nisan 2015 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Nisan 2015'te verilerin SPSS dosyasına girilmesine ve analizine, Mayıs 2015'te tezin yazımına başlanmıştır. Tez bir yılda tamamlanarak, 14.08.2015 tarihinde tez jürisine sunulmuştur.

3.12.Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

İnternet veri tabanı üzerinden tam metine ulaşabildiğimiz aile hekimliği tıpta uzmanlık tezleri araştırmaya dahil olma kriteridir.

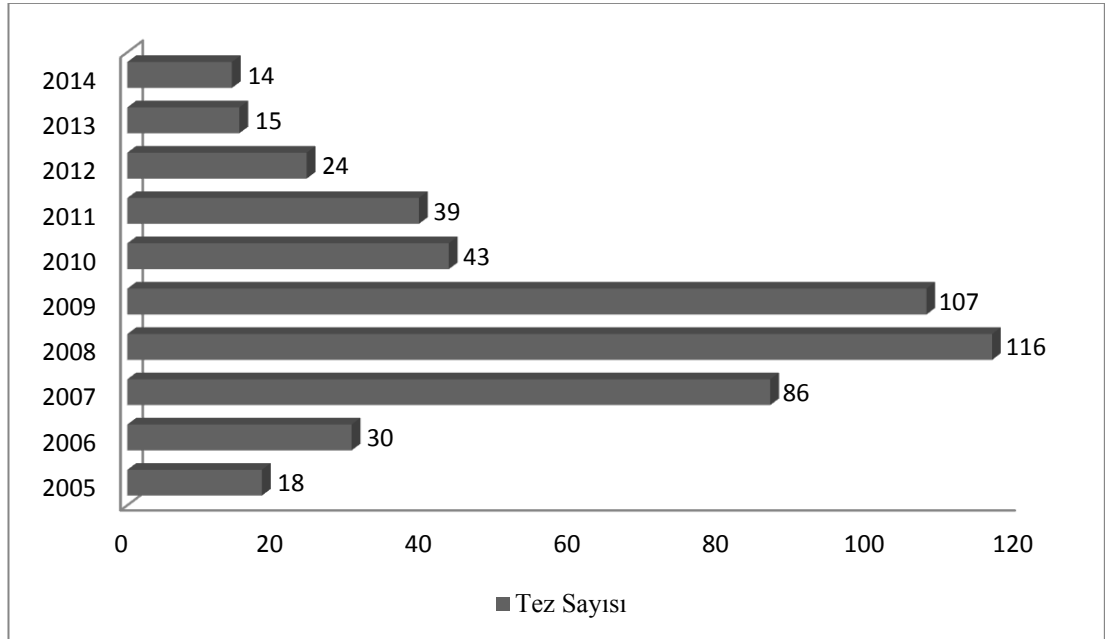
3.13.Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırmada Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmeden önceki tezlerde ayrı olarak değerlendirilmek istenmiştir, 2005 yılından önce 8 tez tespit edildiğinden, sayının değerlendirme için yetersiz olacağı düşünülerek 2005 yılından önceki tezler çalışma dışı bırakılmıştır.
- Uzmanlık tez yılına göre sınıflandırma yapıldığı için tez yılı belirtilmeyen ve kapağı olmayan 2 tez çalışma dışı bırakılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmamızda Türkiye’de aile hekimliği anabilim dalları ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastaneleri aile hekimliği araştırma görevlileri tarafından hazırlanan internet üzerinden ulaşabildiğimiz en eski tez 1998 yılına aittir. Tam metnine ulaştığımız 1998-2004 yılları arasındaki tez sayısı 8 ile sınırlı olmasından dolayı bu yıllar çalışma dışı bırakılmıştır. Uzmanlık tez yılına göre sınıflandırma yapıldığı için tez yılı belirtilmeyen ve kapağı olmayan 2 tez çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızda, Türkiye’de 2005-2015 yılları arasında aile hekimliği anabilim dalları ve Sağlık Bakanlığına bağlı araştırma görevlileri tarafından hazırlanan internet üzerinden tam metnine ulaşabildiğimiz 492 uzmanlık tezi incelenmiştir. Tezlerin 242’si (%49,2) üniversite tıp fakültelerine ait tezlerdi, 250’si (%50,8) İstanbul’da bulunan eğitim araştırma hastanelerine ait tezlerdi.



Şekil 4.1. Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı

Tezlerin yıllara göre dağılımında 2007 yılında 86 (%17,5), 2008 yılında 116 (%23,6), 2009 yılında 107 (%21,8) olmak üzere en çok bu yıllara ait tezlere ulaşılmıştır (Şekil 4.1).

Tezlerin illere göre dağılımında 26 ildeki eğitim kurumlarının araştırma görevlilerine ait tezlere ulaşılmıştır ve en çok 268 (%54,5) tez ile İstanbul'a ait tezlere ulaşılmıştır. Bu tezlerin 250 tanesi İstanbul'da bulunan eğitim ve araştırma hastanelerine ait, 18 tanesi üniversite tıp fakültesine ait tezlerdi. Diğer illerdeki tüm tezler üniversite tıp fakültelerine ait tezlerden oluşmaktadır. Edirne 27 (%5,5), Ankara 26 (%5,3), Adana 20 (%4,1) tez sayısı ile en çok teze ulaşılmış diğer illerdir (Tablo 4.1).

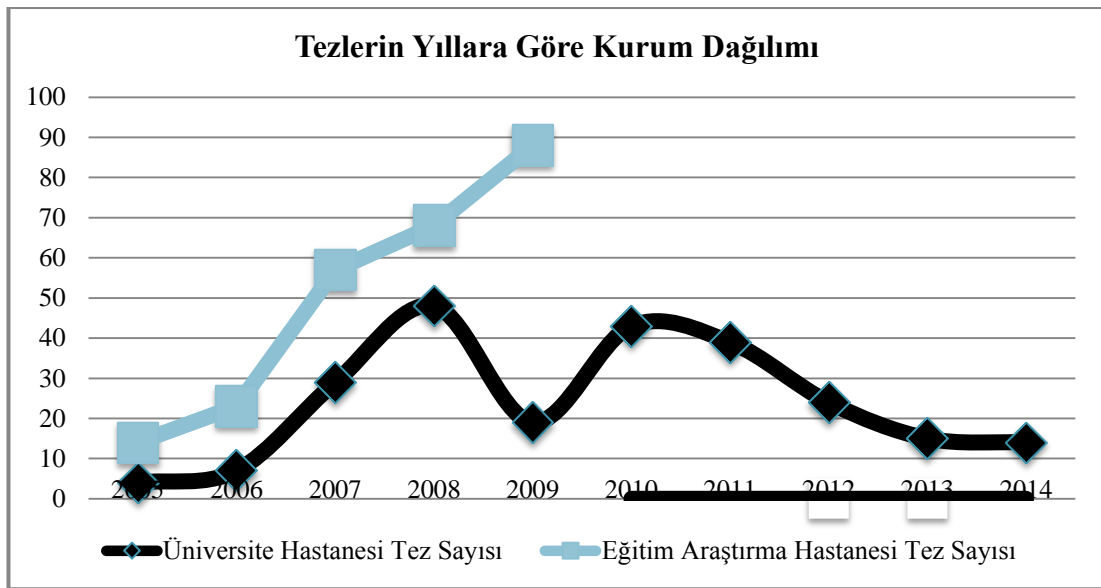
Tablo 4.1. Tezlerin İllere Göre Dağılımı

No	İl	N	%
1.	Adana	20	4,1
2.	Ankara	26	5,3
3.	Antalya	4	0,8
4.	Aydın	13	2,7
5.	Bursa	11	2,3
6.	Çanakkale	3	0,6
7.	Denizli	1	0,2
8.	Düzce	3	0,6
9.	Diyarbakır	5	1,0
10.	Edirne	27	5,5
11.	Elazığ	2	0,4
12.	Eskişehir	9	1,8
13.	Isparta	13	2,7
14.	İstanbul	268	54,5
15.	İzmir	14	2,8
16.	Kayseri	8	1,6
17.	Kocaeli	3	0,6
18.	Konya	11	2,3
19.	Malatya	2	0,4
20.	Mersin	2	0,4
21.	Samsun	14	2,8
22.	Sivas	7	1,4
23.	Tokat	4	0,8
24.	Şanlıurfa	9	1,8

Tablo 4.1. (Devam) Tezlerin İllere Göre Dağılımı

25.	Van	5	1,0
26.	Zonguldak	8	1,6
	Toplam	492	100,0

Not: İl sıralaması alfabetik sıraya göre yapılmıştır.

**Şekil 4.2. Tezlerin Yıllara Göre Kurum Dağılımı**

Eğitim araştırma hastanesi tezlerine İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne ait web sitesinden ulaşıldı, en son 2009 yılına ait tezlere ulaşılmıştır. 2005-2009 yıllarındaki tezler çalışmaya dahil edilmiştir. 2005 yılına ait 14 (%5,6), 2006 yılına ait 23 (%9,2), 2007 yılına ait 57 (%22,8), 2008 yılına ait 68 (%27,2), 2009 yılına ait 88 (%35,2) teze ulaşılmıştır. Üniversite tıp fakültelerinde en çok 2008 yılına ait 48 (%19,8), 2010 yılına ait 43 (%17,8) teze ulaşılmıştır (Şekil 4.2).

Tezlerin tıp fakültesi dağılımında 33 tıp fakültesine ait 242 tıpta uzmanlık tezine ulaşılmıştır. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 27 (%11,2), Gülhane Askeri Tıp Akademisi 22 (%9,1), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 20(%8,3), 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 14 (%5,8) ve 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 14 (%5,8) tez sayısı ile en çok teze ulaşılan tıp fakülteleridir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Tezlerin Tıp Fakültesi Dağılımı

No	Tıp Fakültesi	N	%
1.	Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi	13	5,4
2.	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi	4	1,7
3.	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	4	1,7
4.	Bezm-i Alem Üniversitesi Tıp Fakültesi*	1	0,4
5.	Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi*	8	3,3
6.	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi	7	2,9
7.	Çanakkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	1,2
8.	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi	20	8,3
9.	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	5	2,1
10.	9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	14	5,8
11.	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	1,2
12.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi	8	3,3
13.	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	9	3,7
14.	Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	1,2
15.	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	0,8
16.	Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi	4	1,7
17.	Gülhane Askeri Tıp Akademisi	22	9,1
18.	Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi	9	3,7
19.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	0,8
20.	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	1	0,4
21.	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	9	3,7
22.	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	1,2
23.	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	1,2
24.	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	0,8

Tablo 4.2. (Devam) Tezlerin Tıp Fakültesi Dağılımı

25.	Necmettin Erbakan Ü. Meram Tıp Fakültesi*	10	4,1
26.	19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi	14	5,8
27.	Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	0,4
28.	Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi	1	0,4
29.	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi	13	5,4
30.	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	27	11,2
31.	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi	11	4,6
32.	Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	0,4
33.	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	5	2,1
	Toplam	242	100,0

Not: *Sınıflandırma tıp fakültelerinin güncel isim değişikliklerine göre yapılmıştır. Üniversite tıp fakültesi sıralaması alfabetik sıraya göre yapılmıştır.

Tablo 4.3. Tezlerin Eğitim Araştırma Hastanelerine Göre Dağılımı

No	Eğitim Araştırma Hastanesi	N	%
1.	İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi	30	12,0
2.	İstanbul Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi	32	12,8
3.	İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi	14	5,6
4.	İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi	20	8,0
5.	İstanbul Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi	34	13,6
6.	İstanbul Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi	40	16,0
7.	İstanbul Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi	15	6,0
8.	İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi	35	14,0
9.	İstanbul Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi	25	10,0
10.	İstanbul Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi	5	2,0
	Toplam	250	100,0

Not: Hastane sıralaması alfabetik sıraya göre yapılmıştır.

Tezlerin eğitim araştırma hastanesi dağılımında İstanbul da bulunan 10 eğitim araştırma hastanesine ait tezlere ulaşılmıştır. İstanbul Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi 40(%16,0), İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi 35(%14,0)ve İstanbul Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi 34(%13,6) tez sayısı ile en çok teze ulaşılan eğitim araştırma hastaneleridir(Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Tez Sahibinin Cinsiyet Dağılımı

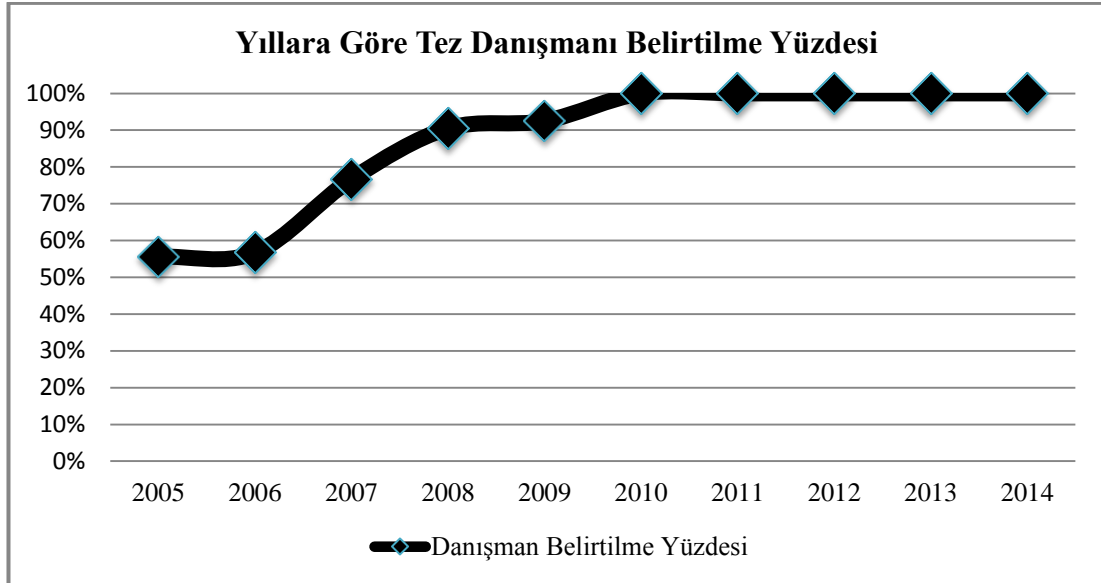
Cinsiyet	N	%
Kadın	250	50,8
Erkek	242	49,2
Toplam	492	100,0

Tez sahiplerinin 250'si (% 50,8) kadın, 242'si (% 49,2) erkek aile hekimi araştırma görevlisiydi. Yıllara göre tez sahibinin cinsiyet dağılımında fark yoktur (Pearson Ki-Kare testi (X^2) = 12.482; p = 0.187. Tablo 4.4)

Tablo 4.5. Tez Danışmanı / Sorumlusunun Belirtilme Durumu

	N	%
Danışman Belirtilmiş	432	87,8
Danışman Belirtilmemiş	60	12,2
Toplam	492	100,0

Çalışmamızdaki mevcut 492 tezin 432'sinde (87,8) tez danışmanı belirtilmiş olup 60 (%12,2) tezin danışmanı net olarak belirtilmemiştir, klinik sorumlusu ismi mevcuttur, ancak danışman vurgulaması yapılmamıştır (Tablo 4.5).



Şekil 4.3. Yıllara Göre Tez Danışmanı Belirtilme Yüzdesi

Yıllara göre danışman belirtilme oranı durumuna baktığımızda 2005 yılında 10 (%55,6), 2008 yılında 105 (%90,5), 2011 yılında 39 (%100,0), 2014 yılında 14 (%100,0) olduğunu görmekteyiz. Yıllara göre danışman belirtilme durumu anlamlı olarak artmıştır ($X^2 = 76,245$; $p < 0,001$). İki bin on ve sonrası tüm tezlerde danışman belirtilmiştir (Şekil 4.3).

Tablo 4.6. Tez Danışmanı / Sorumlusu Sayısı

	N	%
Bir Danışmanı Olan Tezler	412	83,7
İki Danışmanı Olan Tezler	20	4,1
Danışman Belirtilmeyenler	60	12,2
Toplam	492	100,0

Çalışmamızda ulaştığımız tezlerin 20 tanesinin iki tez danışmanı mevcuttur (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Tez Danışmanı Unvanları

	N	%
Profesör Doktor	89	19,7
Doçent Doktor	154	34,1
Yardımcı Doçent Doktor	76	16,8
Uzman Doktor	133	29,4
Toplam	452	100,0

Not: İki tez danışmanı / sorumlusu mevcut tezler bulunmaktadır.

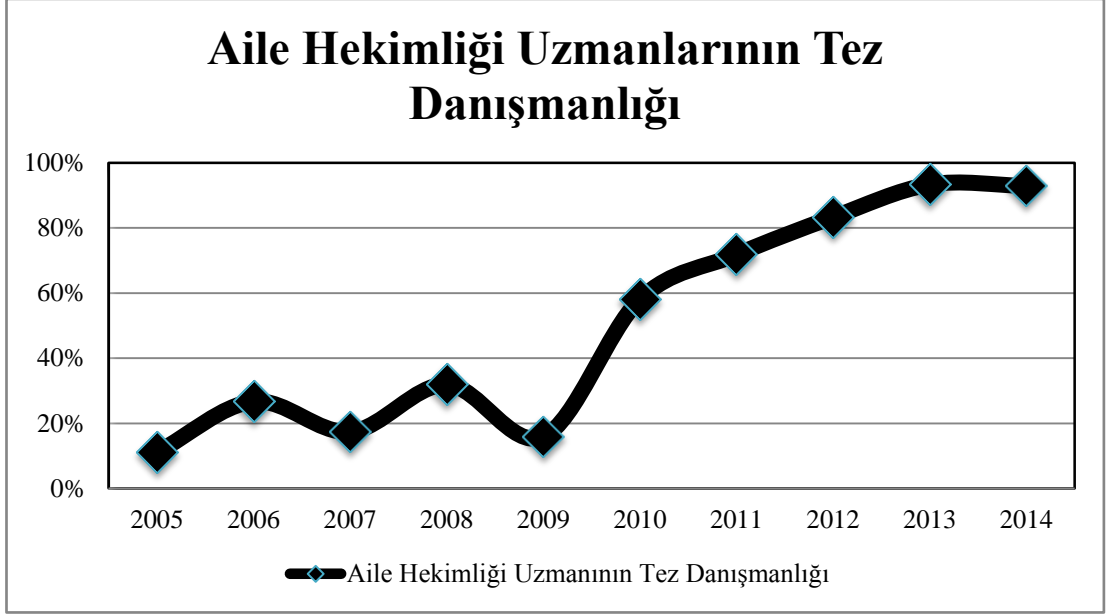
Tezlerin danışmanları farklı akademik unvanlara sahip akademisyenlerdir. Danışmanların içinde en çok doçent (%34,1) ünvanlı akademisyenler dikkati çekmektedir. Profesör ünvanlı danışmanlar ağırlıklı olarak üniversite tıp fakültesi tezlerinde mevcuttur (Tablo 4.7).

Tez danışmanı branş dağılımında 185 (%40,9) ile en çok aile hekimliği uzmanının danışmanlık yaptığını görmekteyiz. İç hastalıkları uzmanı 104 (%23,0) tez danışmanlığı ile 2. sırada yer almaktadır. Toplam 13 branşa ait tez danışmanı mevcuttur (Tablo 4. 8).

Tablo 4.8. Tez Danışmanı Branşları

No		N	%
1.	Aile Hekimliği Uzmanı	185	40,9
2.	İç Hastalıkları Uzmanı	104	23,0
3.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	49	10,9
4.	Kadın Hastalıkları Doğum Uzmanı	39	8,6
5.	Halk Sağlığı Uzmanı	36	8,0
6.	Genel Cerrahi Uzmanı	16	3,5
7.	Psikiyatri Uzmanı	15	3,3
8.	Göğüs Hastalıkları Uzmanı	2	0,5
9.	Kardiyoloji Uzmanı	2	0,5
10.	Acil Tıp Uzmanı	1	0,2
11.	Biyokimya Uzmanı	1	0,2
12.	Nükleer Tıp Uzmanı	1	0,2
13.	Tıbbi Genetik Uzmanı	1	0,2
	Toplam	452	100,0

Not: İki tez danışmanı / sorumlusu mevcut tezler bulunmaktadır. Sıralama çoktan aza doğru yapılmıştır.



Şekil 4.4. Yıllara Göre Aile Hekimliği Uzmanlarının Tez Danışmanı Olma Yüzdesi

Yıllara göre tez danışmanının aile hekimliği uzmanı olma yüzdesine baktığımızda; 2005 yılında 2 (%11,1), 2008 yılında 37 (%31,9), 2011 yılında 28 (%71,8), 2014 yılında 13 (%92,9), oranında görülmüştür. Yıllara göre aile hekimliği uzmanının tez danışmanlığının belirgin olarak arttığını görmekteyiz. Bunu her geçen gün artan aile hekimliği akademisyen sayısına bağlamaktayız(Şekil 4.4).

Tablo 4.9. Tez Konularının Dağılımı

Kod	Konu	N	%
A	Genel ve Nonspesifik Konular	59	8,8
B	Hematolojik Sistem / İmmünolojik Sistem	24	3,6
D	Gastrointestinal Sistem	39	5,8
F	Göz Hastalıkları	3	0,5
H	Kulak Hastalıkları	1	0,1
K	Kardiyovasküler Sistem	70	10,4
L	Kas İskelet Sistemi	14	2,1
N	Nörolojik Sistem	10	1,5
P	Psikiyatrik Değerlendirme ve Hastalıkları	100	14,9
R	Solunum Sistemi	18	2,7
S	Cilt Hastalıkları	3	0,5
T	Endokrin Sistem / Beslenme ve Metabolizma	147	21,9
U	Üriner Sistem	21	3,1
W	Gebelik / Doğum / Aile Planlaması Konuları	80	11,9
X	Dişi Genital Sistem	49	7,3
Y	Erkek Genital Sistem	8	1,2
Z	Sosyal Konular	25	3,7
	Toplam	671	100

Not: Bir tezde birçok konu işlenmiş olabilir. Sınıflandırmada ICPC-2 Primer Care Uluslararası Sınıflandırması kullanılmıştır ⁽⁵⁹⁾.

ICPC birinci basamak için düzenlenmiş uluslararası bir sınıflandırmadır. WONCA Uluslararası Sınıflandırması Komitesi (WICC) tarafından 1987 yılında

Oxford Üniversite'sinde yayımlanan ICPC'nin ilk sürümüdür, ICPC-1 olarak ifade edilir. "Avrupa Topluluğunda Birinci Basamağın Uluslararası Sınıflandırılması ICPC-E olarak bilinir, 1993 yılında düzenlenmiştir. ICPC-2 olarak adlandırılır sürümü 1998 yılında düzenlenmiştir. ICPC-2-E'de çıkış tarihi ile etiketlenmiş ICPC-2 2000'dir ⁽⁶⁰⁾.

Tez konuları detaylı olarak incelendi. 113 alt başlık, 17 ana başlık, şeklinde sınıflandırıldı. Konularının 59'u (% 8,8) genel ve nonspesifik konuları içermektedir. Sosyal konular 25 (% 3,7) tezde ele alınmıştır (Tablo 4.11). Geri kalan 587 (%87,5) tezde vücut sistem değerlendirmesi ve hastalıklarıyla ilgilidir. Tezlerin 32'si (% 4,7) hekimlik / aile hekimliği disiplini / hasta hekim ilişkisi gibi konuları içermektedir. (Tablo 4.12). Endokrin sistem / beslenme metabolizma konusu 147 (%21,9) tezde, psikiyatrik değerlendirme ve hastalıkları 100 (%14,9) tezde, gebelik / doğum/ aile planlaması 80 (%11,9), kardiyovasküler sistem 70 (%10,4) tezde araştırma görevlileri tarafından araştırıldığı gözlemlendi (Tablo 4.9, Ek-2).

Tablo 4.10. En Çok Tez Çalışması Yapılmış Olan Konular

No	Konu	N	%
1.	Diabetes Mellitus ve Glukoz Metabolizma Bozuklukları	81	12,1
2.	Anksiyete / Depresyon Tükenmişlik / Yaşam Kalitesi / Sosyal Fobi	55	8,2
3.	Hipertansiyon	34	5,1
4.	Gebelik	33	4,9
5.	Koroner Arter Hastalıkları / Miyokard İnfaktüsü / Kardiyak Aritmiler	28	4,2
6.	Tiroid Bezi Hastalıkları	20	3
7.	Aile Planlaması	20	3
8.	Sigara	16	2,4
9.	Aile Hekimliği / Sağlık Hizmeti Kullanımı / Periyodik Sağlık Muayenesi	15	2,3
10.	Lipid Metabolizma Bozuklukları	14	2,1
11.	Anemi	14	2,1
12.	Menopoz	14	2,1
13.	Geriatri	13	1,9
14.	Hepatitler	13	1,9
15.	Obezite	13	1,9
16.	Anne Sütü / Emzirme	11	1,6
17.	Metabolik Sendrom	11	1,6
18.	Kronik Böbrek Yetmezliği / Diyaliz Tedavisi / Nefropati	11	1,6
19.	Sağlıklı Yaşam / Fiziksel Aktivite	11	1,6
20.	Hekimlik / Mesleki Risk	10	1,5
21.	Cinsel İşlev Bozuklukları	10	1,5

Tablo 4.10. (Devam) En Çok Tez Çalışması Yapılmış Olan Konular

22.	Diğer Tüm Konular (88 konu)	224	33,4
	Toplam	671	100

Not: Bir tezde birçok konu işlenmiş olabilir. Sıralama çoktan aza göre yapılmıştır. Sıralama çoktan aza göre yapılmıştır.

Diabetes mellitus (DM) ve glukoz metabolizma bozuklukları 81(%12,1), anksiyete / depresyon / tükenmişlik / yaşam kalitesi / sosyal fobi gibi konular 55 (%8,2), hipertansiyon 34 (%5,1), gebelik 33 (%4,9) tezde çalışılarak en çok araştırma yapılmış olan konulardır. Özellikle DM, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ölçekleri ile sık değerlendirildiğini, birlikte araştırıldığı görülmektedir (Tablo 4.10). Ülkemizde mevcut olan aile hekimliği uygulaması veya kırsal hekimlik ile ilgili tıp fakültesi öğrencileri veya hekimlerle yapılmış çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalar çok ender olup anket çalışması şeklinde düzenlenmiştir. Bütün tez konularının sınıflandırması Ek-2' de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Tezlerdeki Sosyal Konuların Yıllara Göre Dağılımı

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Meslek Seçimi	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Hekimlik / Mesleki Risk	1	0	0	1	0	2	0	1	4	1
Hasta Hekim İlişkisi	1	0	1	2	0	1	0	1	0	0
Yayınlar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Aile İçi Şiddet	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Ev Kazaları	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Otomobil Güvenliği	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Çocuk İstismarı / İhmali	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
Ebeveynliğe Bakış	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	2	0	2	6	1	3	2	4	4	1
Toplam	25									

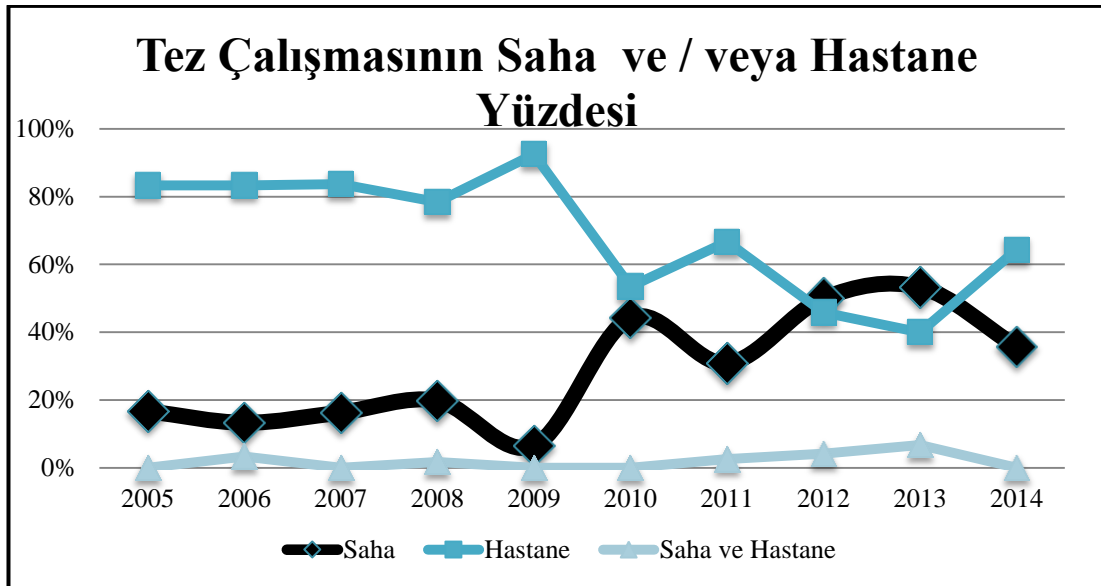
Tablo 4.12. Hekimlik – Aile Hekimliği Disiplini – Hasta Hekim İlişkisi Konularının Yıllara Göre Dağılımı

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aile Hekimliği Disiplini/ Sağlık Hizmeti Kullanımı	0	0	1	2	1	4	1	0	3	3
Hekimlik / Mesleki Doyum / Risk	1	0	0	1	0	2	0	1	4	1
Hasta Hekim İlişkisi	1	0	1	2	0	1	0	1	0	0
Yayınlar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	2	0	2	5	2	7	1	2	7	4
Toplam	32									

Tablo 4.13. Tez Çalışmasının Saha ve/veya Hastane Dağılımı

	N	%
Saha	107	21,8
Hastane	377	76,6
Saha-Hastane	6	1,2
Belirtilmemiş	2	0,4
Toplam	492	100,0

Tezlerin 107'si (%21,8) saha çalışması, 377'si (%76,6) hastane çalışması, 6'sı (%1,2) hem saha hem hastane çalışmasıdır. İki(%0,4) tezde ise çalışma alanı belirtilmemiştir (Tablo 4.13).



Şekil 4.5. Yıllara Göre Tez Çalışmasının Saha / Hastane Yüzdesi

Yıllara göre saha / hastane dağılımına baktığımızda üçer yıl ara ile sonuçları değerlendirirsek; 2005 yılında sahada 3 (%16,7), hastanede 15 (%83,3), 2008 yılında sahada 23 (%19,8), hastanede 91 (%78,5), saha-hastanede 2 (%1,7), 2011 yılında sahada 12 (%30,8), hastanede 26 (%66,7), saha-hastanede 1 (%2,5), 2014 yılında sahada 5 (%35,7), hastanede 9 (%64,3) çalışma yapılmıştır. Yıllara göre saha çalışmasında artma anlamlı bulunmuştur ($X^2= 72.681$; $p=0.004$, Şekil 4.5).

Tezlerin 389'si (%79,1) tek merkezde yapılmıştır. 101'i (%20,5) çok merkezde yapılmıştır. İkisinin (%0,4) çalışma alanı belirtilmemiştir. Tek bir kurum veya bina içinde yapılan tezler tek merkez sayılmıştır. Farklı sahada, kurum veya binada yapılan tezler çok merkez olarak değerlendirilmiştir. Yıllara göre çok merkezli yapılan çalışmalar anlamlı olarak artmıştır ($X^2= 59.259$; $p= 0.003$)

Tezin yapıldığı evrenin ortam dağılımında iç hastalıkları anabilim dalı 122 (%22,4) tez ile en çok çalışma yapılan kliniklerdir. Kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı 88 (%16,1), çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalı 68 (%12,4), aile sağlığı merkezi / aile hekimliği merkezi/ sağlık ocağı 56 (%10,2), aile hekimliği anabilim dalı 32 (%5,9) tezde ortam olarak en çok tercih edilmişlerdir. Hastane içinde birçok klinikte yapılmış tezler olduğu gibi sahada da farklı ortamlarda tezler

yapılmıştır. Okul, postane, otogar, fabrika, evlendirme dairesi, huzurevi dikkatimizi çeken farklı tez çalışma sahalarıdır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Tezin Yapıldığı Evrenin Ortam Dağılımı

No	Evren	Hastane / Saha	N	%
1.	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	H	122	22,4
2.	Kadın Hastalıkları Doğum Anabilim Dalı	H	88	16,1
3.	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	H	68*	12,4
4.	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	H	32	5,9
5.	Kardiyoloji Anabilim Dalı	H	21	3,9
6.	Genel Cerrahi Anabilim Dalı	H	18	3,3
7.	Acil Tıp Anabilim Dalı	H	12	2,2
8.	Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı	H	4	0,7
9.	Psikiyatri Anabilim Dalı	H	4	0,7
10.	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	H	2	0,4
11.	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyonu Anabilim Dalı	H	2	0,4
12.	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı	H	2	0,4
13.	Göz Hastalıkları Anabilim Dalı	H	1	0,2
14.	Nükleer Tıp Anabilim Dalı	H	1	0,2
15.	Ortopedi Anabilim Dalı	H	1	0,2
16.	Patoloji Anabilim Dalı	H	1	0,2
17.	Üroloji Anabilim Dalı	H	1	0,2

Tablo 4.14. (Devam) Tezin Yapıldığı Evrenin Ortam Dağılımı

18.	İkiden Fazla Bölüm	H	12	2,2
19.	Tüm Hastane	H	14	2,6
20.	Tıp Fakültesi	H	12	2,2
21.	Deneysel Araştırma Merkezi	H	1	0,2
22.	Verem Savaş Dispanseri	S**	1	0,2
23.	Aile Sağlığı Merkezi / Aile Hekimliği Merkezi/ Sağlık Ocağı	S	56	10,2
24.	İlköğretim Okulu	S	14	2,5
25.	Lise	S	14	2,5
26.	Üniversite (Tıp Fakültesi Hariç)	S	12	2,2
27.	Ev Ziyaretleri	S	13	2,4
28.	Huzurevi	S	2	0,4
29.	Farklı İşyerleri	S	7	1,3
30.	Belirtilmemiş		7	1,3
	Toplam		545	100,0

Not: Bir kaç farklı ortamda yapılmış tezler mevcuttur.

*Çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında yapılan tezlerin altısı çocuk acil serviste yapılmıştır.

**Verem savaş dispanseri birinci basamak kuruluş olduğu için saha kabul edilmiştir.

Tablo 4.15. Tezlerdeki Örneklem Gruplarının Özelliği

No	Örneklem Özelliği	N	%
1.	Hekim	32	6,1
2.	Diğer Sağlık Çalışanları	7	1,3
3.	Tıp Fakültesi Öğrencisi	12	2,3
4.	Öğrenci Diğer	28	5,3
5.	Sadece Anne	25	4,7
6.	Sadece Baba	1	0,2
7.	Ebeveyn	14	2,6
8.	Hasta Yakını	3	0,6
9.	Gebe Kadın	43	8,1
10.	Menopozlu Kadın	10	1,9
11.	Yaşlı	13	2,5
12.	Farklı Meslek Grupları	7	1,3
13.	Hasta	296	56,1
14.	Toplum	32	6,0
15.	Deney Hayvanı	1	0,2
16.	Cansız	2	0,4
17.	Belirtilmemiş	2	0,4
	Toplam	528	100,0

Not: Birkaç farklı örneklem grubunun olduğu tezler mevcuttur.

Tez çalışmalarında örneklem grubu özellikle hastalardan tercih edilmiştir. Menopozlu kadın, gebe kadın, yaşlı gibi özellikli hasta grupları da mevcuttur. Sağlık

çalışanları ile yapılan tezlerin 32'si (%6,1) hekimlerle, 7'si (%1,3) diğer sağlık çalışanlarıyla, 12'si (%2,3) tıp fakültesi öğrencileriyle yapılmıştır. Saha çalışmalarında ev, iş ziyareti ile toplumla yapılan tezler mevcuttur. Öğretmen, öğretim görevlisi, postacı, şoför gibi farklı meslek gruplarıyla da tezler yapılmıştır. Bir tez deney hayvanıyla bir tez makaleler üzerine, bir tez ise sadece idrar kültürü sonuçları ile yapılmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Tezlerdeki Örneklem Gruplarının Sayı Dağılımı

	N	%
0-100	110	22,4
101-200	122	24,8
201-300	76	15,5
301-400	29	5,9
401-500	32	6,5
501-600	19	3,9
601-700	10	2,0
701-800	8	1,6
801-900	8	1,6
901-1.000	7	1,4
1.001-10.000	65	13,2
10.000-100.000	6	1,2
Toplam	492	100,0

Tezlerdeki örneklem gruplarının sayı dağılımında 110 (%22,4) tez 101'den az kişiyle, 122 (%24,8) tez 101-200 kişi ile yapılmıştır. On altı saha eğitici hekimin saha eğitimi konusunda yapılan çalışma en az örneklem sayısının olduğu çalışmadır.

En büyük örneklem grubu ile yapılan çalışma 80.936 kişi ile yapılmıştır. Bu çalışmada bir yıl içinde hastane çocuk acil servisine başvuran tüm çocukların hastalık dağılım profili değerlendirilmiştir. (Tablo 4.16) Yıllara göre örneklem grubu sayısında fark yoktur ($X^2= 191.157$; $p= 0.319$)

Tablo 4.17. Örneklem Gruplarının Yaş Dağılımı

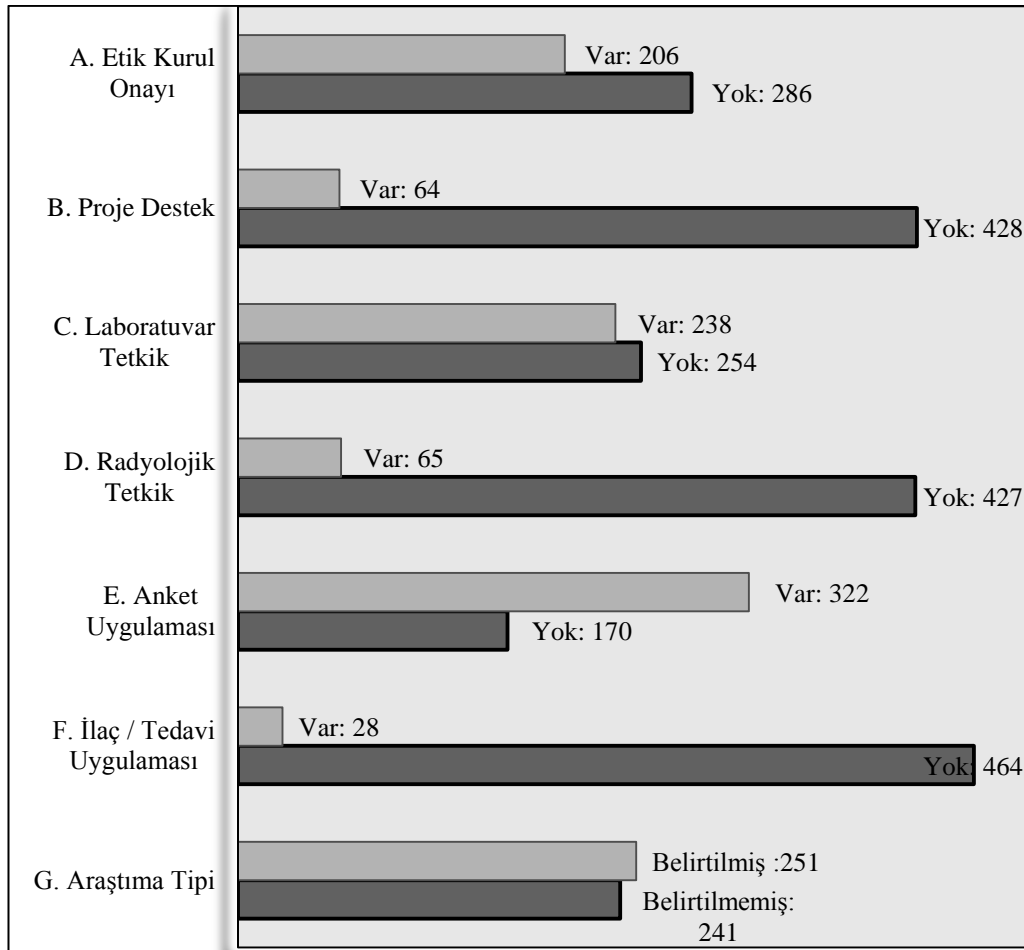
No		N	%
1.	Çocuk (0-18 Yaş)	46	9,3
2.	Erişkin (18 Yaş Üstü)	340	69,1
3.	Çocuk-Erişkin	19	3,9
4.	Adolesan – Erişkin (10 Yaş ve Üstü)	82	16,7
5.	Yaş Belirtilmeye Gerek Olmayanlar	1	0,2
6.	Yaş Belirtilmeyenler	4	0,8
	Toplam	492	100,0

Örneklem gruplarının yaş dağılımına baktığımızda en çok erişkin yaş grubuyla çalışma yapılmıştır. Adolesan- erişkin yaş dağılımı 82 (%16,7) çalışma ile ikinci sırada tercih edilen örneklem grubudur, bu grup özellikle gebelik, emzirme ya da okul çalışmaları ilgili konuların işlendiği 18 yaş altı ve üstünün bir arada olduğu çalışmaları içermektedir. Sadece çocuk yaş grubuyla 46 (%9,3) çalışma mevcuttur. Çocuk- erişkin yaş grubu ile 19 (%3.9) çalışma mevcut olup, bu grup çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında ebeveyn ve çocuklarla birlikte yapılan çalışmaları veya acil tıp anabilim dalı çalışmalarını içermektedir (Tablo 4.17). Yıllara göre örneklem grup yaş dağılımında fark görülmemiştir ($X^2= 46.047$; $p= 0.397$)

Tablo 4.18. Örneklem Gruplarının Cinsiyet Dağılımı

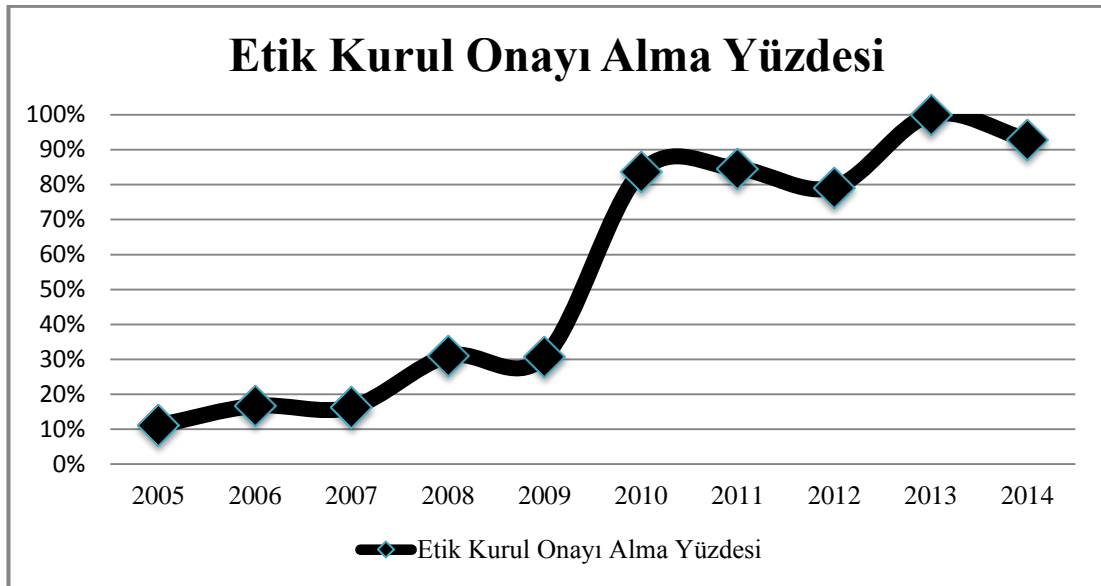
No		N	%
1.	Kadın	134	27,3
2.	Erkek	5	1,0
3.	Kadın ve Erkek	348	70,7
4.	Cinsiyet Belirtilmeye Gerek Olmayanlar	1	0,2
5.	Cinsiyet Belirtilmeyenler	4	0,8
6.	Toplam	492	100,0

Örneklem gruplarının cinsiyet dağılımına baktığımızda en çok kadın – erkek (%70,7) birlikteliğinin olduğu çalışmalar görülmektedir. Sadece kadın cinsiyetle yapılan çalışma 134'dür (%27,3). Anneler, menopozlu kadın, gebe kadın gibi örneklem grupları özellikle kadınlarla yapılan tezlerdi. Beş (%1,0) çalışmanın sadece erkek hasta grubuyla çalışma yapıldığı görülmektedir, bunların örneklem özelliğine baktığımızda bir çalışmanın özellikle babalarla yapıldığı görülmektedir. Makalelerin araştırıldığı çalışmada cinsiyet tanımlamasına, yaş tanımlamasına gerek bulunmamaktadır. Dört (%0,8) çalışmada cinsiyet tanımlaması ilgili bir ifadeye rastlanmamıştır (Tablo 4.18). Yıllara göre örneklem gruplarının cinsiyet dağılımında fark yoktur ($X^2= 51.276$; $p= 0.119$).



Şekil 4.6. Tezlerde Kullanılan Gereç Yöntem Bilgileri **A.** Etik Kurul Onayı **B.** Proje Destek **C.** Laboratuvar Tetkik **D.** Radyolojik Tetkik **E.** Anket Uygulaması **F.** İlaç / Tedavi Uygulaması **G.** Araştırma Tipi

Tezlerin 206'sında (%41,9) etik kurul onayı mevcut olup, 286'ında (%58,1) etik kurul onayı yok veya belirtilmemiştir. Yıllara göre etik onayı alma durumuna baktığımızda 2005 yılında 2 (%11,1), 2008 yılında 36(%31.0), 2011 yılında 33(%84,6), 2014 yılında 13'dür (%92,9).Yıllara göre etik kurul alma oranı belirgin olarak artmış ve anlamlı bulunmuştur ($X^2=158.627$; $p<0.001$, Şekil 4.6.A. - 4.7).



Şekil 4.7. Yıllara Göre Etik Kurul Onayı Alma Yüzdesi

Tezlerin 64'ünün (%13) proje desteği mevcuttur. 428'inde (%87) proje desteği yok veya belirtilmemiştir. Yıllara göre proje destek alınımına baktığımızda 2005 yılında 0 (%0), 2008 yılında 13 (%11,2), 2011 yılında 9 (%23,1), 2014 yılında 4 (%28,6) olup yıllara göre artma gözlemlenmektedir ve anlamlı kabul edilmiştir ($X^2= 51.507$; $p<0.001$, Şekil 4.6.B.).

Tezlerin 238'inde (%48,4) laboratuvar tetkiki kullanılmıştır. Tezlerin gereç, yöntemler bölümünde belirtilip ve bulgular kısmında değerlendirilen laboratuvar tetkiki mevcudiyetinde laboratuvar tetkiki var kabul edilmiştir. Laboratuvar tetkikleri içinde biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji, tıbbi genetik tetkikleri, endoskopi, kolonoskopi, vajinal smear, elektrokardiografi, elektromyelografi, elektroensefalografi gibi tüm tetkikler değerlendirilmiştir. Yıllara göre laboratuvar test kullanımına dağılımına baktığımızda üçer yıl ara ile sonuçlara bakarsak; 2005 yılında laboratuvar tetkik kullanılan tez sayısı 11(%61,1), 2008 yılında 56 (%48,3), 2011 yılında 12 (%30,8), 2014 yılında 5'dir (%35,7). Yıllara göre laboratuvar tetkik kullanımının azalması anlamlıdır. ($X^2= 38.743$; $p<0.001$, Şekil 4.6.C.).

Tezlerin 65'inde (%13,2) radyolojik tetkik kullanılmıştır. 427(%86,8)'sinde radyolojik tetkik kullanılmamıştır. Direkt röntgen grafi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, mamografi, kemik taraması gibi tüm

tetkikler radyolojik tetkikler içinde değerlendirilmiştir. Tezlerde radyolojik tetkik kullanımına baktığımızda; 2005 yılında 1(%5,6), 2008 yılında 15 (%12,9), 2011 yılında 7 (%17,9), 2014 yılında 0 (%0) tezde radyolojik tetkik kullanılmıştır. Yıllara göre radyolojik tetkik kullanımında anlamlı fark yoktur ($X^2= 7.821$; $p=0.552$, Şekil 4.6.D.).

Tezlerin 322'inde (%65,4) anket / form kullanılmıştır. Tezlerde hazır anketler kullanıldığı gibi sonradan oluşturulmuş formlarda mevcuttur. Hazır anketlerden en çok kullanılan Yaşam Kalitesi Ölçeği'dir (Short Form-36). Tezlerde yıllara göre anket kullanımına baktığımızda; 2005 yılında 9 (%50,0), 2008 yılında 70 (%60,3), 2011 yılında 37 (%94,9), 2014 yılında 12 (%85,7) tezde kullanıldığı görülmektedir (Şekil 4.6.E.). Yıllara göre anket kullanımı anlamlı olarak artmıştır. ($X^2= 63.515$; $p<0.001$). Yıllara göre laboratuvar tetkik kullanımının azalıp, anket kullanımının artmasını saha çalışmalarının artmasına bağlamaktayız. Saha çalışmalarında anket kullanımı sık kullanılan gereç yöntemler arasındadır.

Tezlerin 28'inde (%5,7) ilaç veya tedavi araştırması yapılmıştır (Şekil 4.6.F). 28 araştırmaların 1 tanesi deney hayvanı ile yapılırken diğer araştırmalar hastalar üzerinde yapılmıştır. Yıllara göre ilaç tedavi araştırmasında fark yoktur ($X^2= 12.964$; $p=0.154$). Tüm tez çalışmaları içinde deney hayvanı kullanımı 1'dir(%0,2).

Çalışmaların 87'sinde (%17,7) hasta / kontrol grubu çalışması mevcuttu, bu tezlerde en az 2 hasta grubu oluşturularak araştırma yapılmıştır. Yıllara göre hasta kontrol gruplu araştırmaların oranında fark yoktur ($X^2= 11.663$; $p=0.218$).

Tezlerin 251'sinde (%51,0) araştırma tipi belirtilmişti. Yıllara göre araştırma tipi belirtilme durumuna baktığımızda; 2005 yılında 5 (%27,8), 2008 yılında 61 (%52,6), 2011 yılında 23 (%59,0), 2014 yılında 12 (%85,7) tezde belirtildiği görülmektedir. Yıllara göre araştırma tipi belirtilme oranı anlamlı olarak artmıştır ($X^2= 24.782$; $p=0.003$, Şekil 4.6.G.).

Tablo 4.19. Tezlerde Belirtilen Araştırma Tipleri ⁽⁴⁸⁾

Araştırma Tipi	N*	N	%
I. GÖZLEMSEL ARAŞTIRMALAR	8	141	95,9
1. Tanımlayıcı araştırmalar	68		
2. Analitik araştırmalar	23		
a. Vaka-kontrol araştırmaları	15		
b. Kohort araştırmaları	0		
c. Kesitsel araştırmalar	105		
II. DENEYSEL ARAŞTIRMALAR	5	6	4,1
1.Hayvan deneyleri	1		
2.Müdahale araştırmaları	2		
III. METODOLOJİK ARAŞTIRMALAR	0	0	0
Toplam		147	100,0

Not: Bir kaç araştırma tipi kullanılmış tezler mevcuttur. *Araştırma tipi alt tipi ve ana sınıflaması ile birlikte ifade edilen tezler mevcuttur. Değerlendirmede yüzde üç ana araştırma tipine göre hesaplanmıştır.

Araştırma tiplerinde en çok tercih edilen gözlemsel araştırmalar olmuştur. Araştırma tipi belirtilen 147 tezin 141'i (%95,9) gözlemsel araştırma, 6'sı (4,1) deneysel araştırma olup metodolojik araştırma mevcut değildir. Gözlemsel çalışmalardan biri kalitatif çalışma olarak ifade edilmiştir, deneysel araştırmalardan 4 tanesi randomize kontrollü çalışma şeklinde ifade edilmiştir. Gözlemsel araştırma ifadesi 8 tezde geçmiştir, 5 tezde alt sınıflandırmadaki ifadelerle birlikte kullanılmıştır. Analitik araştırma ifadesi 23 tezde kullanılmıştır, 18 tezde analitik araştırmannın alt sınıflandırma ifadeleri ile birlikte kullanılmıştır. (Tablo 4.19).

Tanımlayıcı ve kesitsel araştırma yöntem birlikteliği 48 araştırmada görülmektedir ve araştırma yöntemlerinden en çok tercih edilen yöntemler olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak tezleri değerlendirdiğimizde araştırma tipinin

belirtme oranının düşük olduğunu ve ifadelerde belirli bir standardın olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.20. Verilerin Elde Edilme Zamanına Göre Araştırma Tipi Sınıflandırması (49, 50)

Araştırma Tipi	N	%
Retrospektif	97	42,5
Kesitsel	105	46,1
Prospektif	26	11,4
Toplam	228	100,0

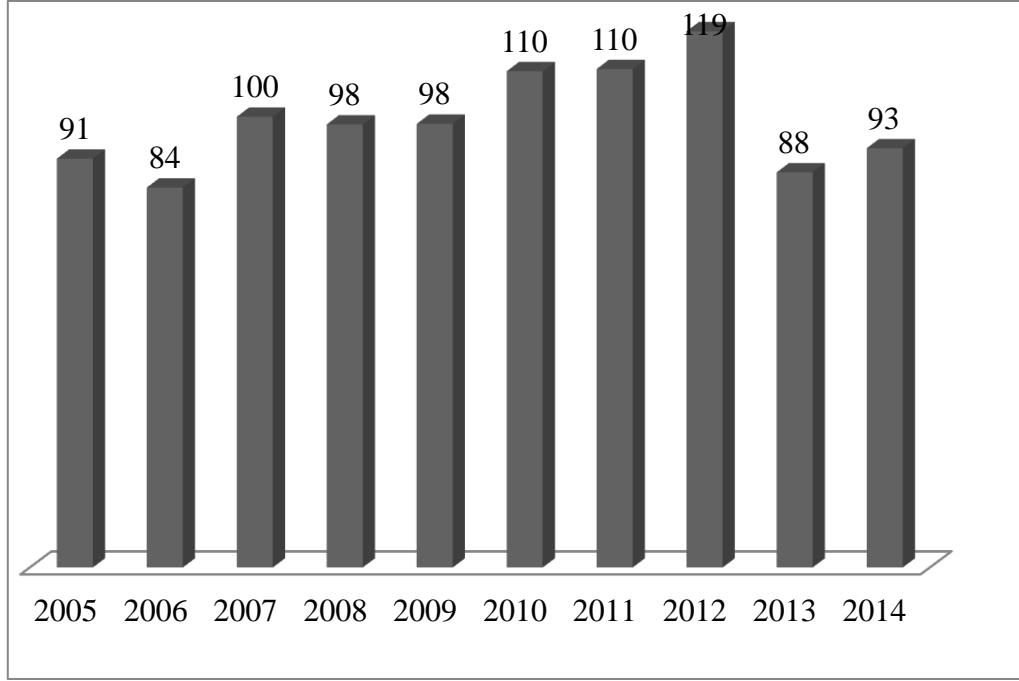
Not: Bir kaç araştırma tipi kullanılmış tezler mevcuttur.

Verilerin elde edilme zamanına göre araştırma tipi sınıflandırmasında en çok kesitsel araştırmaların (105,%46,1) tercih edildiği görülmektedir. Retrospektif araştırmalar 97 (%42,5) tezde, prospektif araştırmalar 26 (% 11,4) tezde tercih edilmiştir (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Tezlerin Kaynak Sayısı / Tartışma Sayfa Sayısı / Toplam Sayfa Sayısı

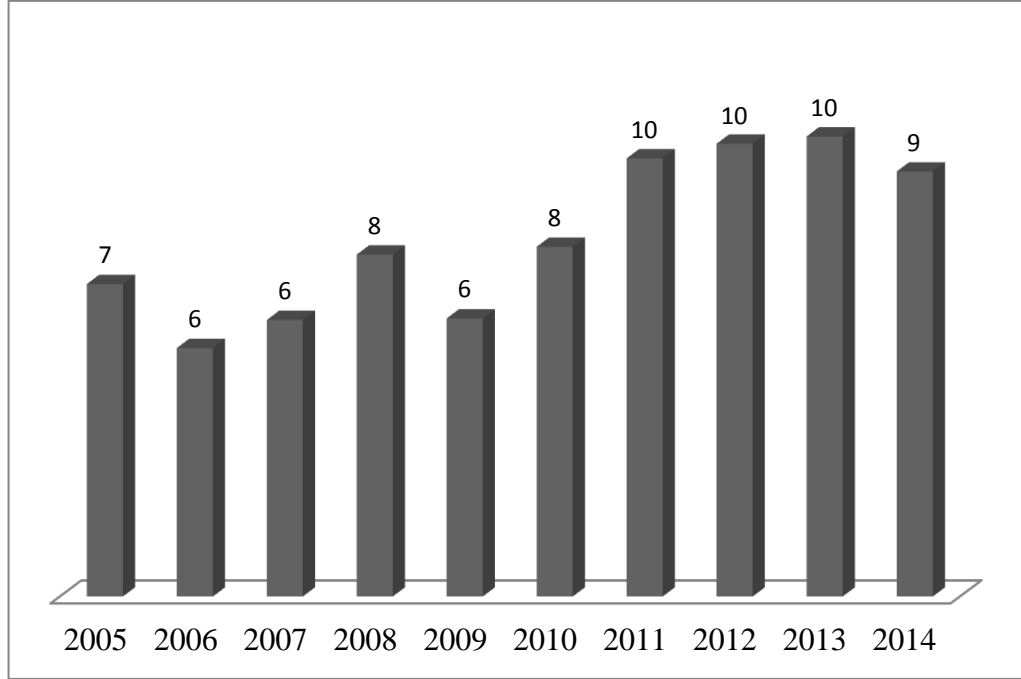
	Kaynak Sayısı	Tartışma Sayfa Sayısı	Toplam Sayfa Sayısı
N	492	492	492
Ortalama	99,8211	7,3211	79,9085
Ortanca	94,5000	6,0000	76,0000
En Az	15,00	1,00	22,00
En Fazla	254,00	37,00	196,00

Tezlerin kaynak sayıları en az 15 en fazla 254 adet olup, ortalama 99,8 kaynaktan oluşmaktadır. Tezlerin tartışmaya ayırdığı sayfa sayısı en az 1, en fazla 37, ortalama 7,3 sayfadan oluşmaktadır. Tezlerin toplam sayfa sayısı en az 22, en fazla 196, ortalama 79,9 sayfadan oluşmaktadır (Tablo 4.21).



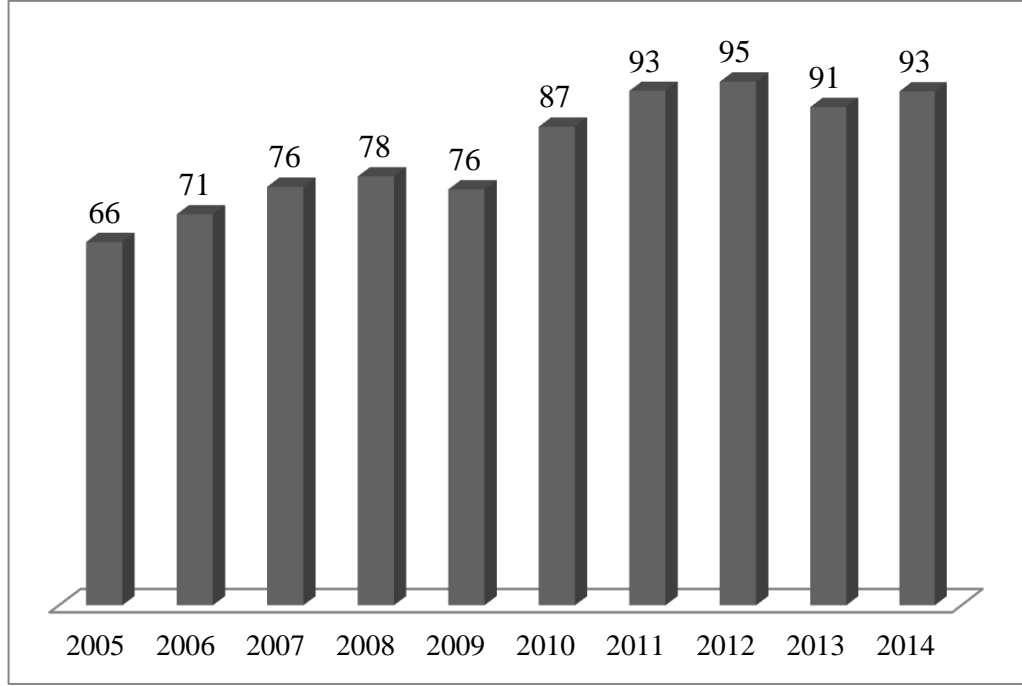
Şekil 4.8. Yıllara Göre Ortalama Tez Kaynak Sayısı

Yıllara göre ortalama tez kaynak sayısına baktığımızda 2005 yılında ortalama 91, 2014 yılında ortalama 93 sayfa olduğu görülmektedir. Geçen on yıl sürecinde tez kaynak sayısında anlamlı bir değişiklik görülmemektedir ($p=0,067$, Şekil 4.8).



Şekil 4.9.Yıllara Göre Ortalama Tez Tartışma Sayfa Sayısı

Yıllara göre ortalama tez tartışma sayfa sayısına baktığımızda 2005 yılında ortalama 7, 2014 yılında ortalama 9 sayfa olduğu görülmektedir. Geçen on yıl sürecinde tartışmaya ayrılan sayfa sayısında anlamlı artış mevcuttur ($p < 0,001$, Şekil 4.9).



Şekil 4.10.Yıllara Göre Ortalama Tez Toplam Sayfa Sayısı

Yıllara göre ortalama tez toplam sayfa sayısına baktığımızda 2005 yılında 66, 2014 yılında 93 sayfa olduğu görülmektedir. Geçen on yıl sürecinde tez toplam sayfa sayısında anlamlı düzeyde artış bulunmaktadır. ($p < 0,001$, Şekil 4.10).

5.TARTIŞMA

Bilimsel çalışmalar temel tıp eğitiminin önemli bir parçasıdır. Tezin temel amacı, bilimsel yöntemlerle aday eğitmek ve bilimsel araştırma yapmaktır. Bir tez üretmek araştırma görevlisi için önemli bir adımdır, gelecekte akademisyenlik düşünmeyen veya uzmanlık eğitimi süresinde bildiri, makale çalışması olmamış bir araştırma görevlisi için yeni bilimsel bilgileri ürettiği belki de tek temastır. Tez ile bilimsel araştırmalar yapmak araştırma görevlisine bir araştırma faaliyetinin A-B-C'sini tanınması, bilimsel araştırma ilkelerini öğrenmesi, bilimsel düşünmeyi öğrenmesi, bağımsız analitik problem çözme becerisini, eleştirel bilimsel literatür yorumlama becerisini geliştirmek için bir fırsattır. Öğrencilik yıllarında tıp fakültesinde öğrenilen üzerinden yıllar geçen istatistik yöntem ve analizleri hatırlamak, uygulamak ve kişinin kendini yetiştirmesi için fırsattır. Tezlerin tıbbi araştırmaları takip edecek bilim adamlarının potansiyel sayısının artırılması ve iyileştirilmesi gibi birçok faydaları da olabilir. Aynı zamanda toplumun sağlık sorunlarına bilimsel bir araştırma ile çözüm üretmek için bir fırsat sağlayabilir ^(61,62).

Ülkemizde iki yıllık tezli yüksek lisans programlarında eğitim süresinin 1 yılı dersler ve 1 yılı da tez hazırlama olarak planlanmış ve düzenlenmiştir. Bizde çalışmamızda tezlerin genellikle 1 yılda tamamlandığını görmekteyiz. Bir yıl bir hekim için değerli bir vakit, iyi değerlendirildiği takdirde hem araştırma görevlisi hem bilim, hem toplum için faydalı bir sürece dönüşebileceğini düşünmekteyiz ⁽⁶³⁾.

Araştırmacılar, bilimsel çalışmanın gerçek değerinin hakemli dergilerde yayımlanması olduğunu ileri sürmüşlerdir. Yayın ile araştırma sonuçları dünyanın her yerinde araştırmacılara, bilim adamlarına kolayca erişilebilir hale gelir. Ayrıca araştırmacı ve kurum için akademik ve mesleki itibarını artırır. Ancak birçok tez yayınlanmadan kalır. Genellikle araştırma görevlileri zaman kısıtlılığı nedeniyle mezun olmadan önce tezlerini makale olarak yayınlamaya fırsat bulamamaktadır. Bu nedenle, danışman ve araştırma görevlisi arasındaki irtibatın devamlılığı ile makalenin yayınlanması mezuniyet sonrasında mümkün olabilecektir ^(62,64).

“Yeni disiplinler üç yolla oluşabilir: eski disiplinlerden dönüşerek, yeni baştan veya büyük disiplinlerden bölünerek. Aile hekimliği, tıbbın eski bir dalından, genel pratisyenlikten evrilmiştir” ⁽⁶⁵⁾.

Aile hekimliği ölkemiz için yeni bir anabilim dalıdır. Ölkemizde birinci basamakta sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasının on yıllık bir geçmişi mevcuttur. Çalışmamızda Türkiye’de 2005 ile 2015 yılları arasında yapılan internet ağı üzerinden tam metnine ulaşabildiğimiz aile hekimliği uzmanlık tezlerini değerlendirmeyi amaçladık. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul, ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastanelerinde başladığı dőřünölürse de o günden bu güne 30 yıllık süreç geçmişi oluyor ve biz çalışmamızda son 10 yılda yapılan aile hekimliği tezlerini değerlendirmiş bulunuyoruz.

Çalışmamızda 2005-2015 yıllarına ait 492 tez değerlendirildi. Tezlerin 2007 yılında %17,5’ine, 2008 yılında %23,6’sına, 2009 yılında %21,8’ine ulaşılmıştır. En çok ulaşılan tezler bu yıllara aittir. Yaman ve arkadaşları çalışmalarında ⁽⁶⁶⁾ 1981 ile 2008 yılları arasında aile hekimliği alanında yapılan tezlerin değerlendirmesinde toplam 140 tezi değerlendirmeye almışlardır. alışmalarında tezlerin yapıldığı yıla göre dağılımında 1999 yılı %19,3 ve 2007 yılı %17,9 teze en çok tez yapılan yıllar olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda ulaşabildiğimiz İstanbul’da bulunan eğitim araştırma hastaneleri tezleri 2005 ile 2009 yıllarına aittir. Yıllara göre tezlerin dağılımının özellikle bu aralıkta fazla olması eğitim araştırma hastanesi tezlerinin aynı yıllara ait olmasından kaynaklandığını dőřünmekteyiz.

Ünlüoğlu ve arkadaşlarının ⁽⁶⁷⁾ 2008 yılında yaptığı araştırmada 175 tezin % 67,4’sinin Eğitim Araştırma Hastanesi’ne ait olduğunu, % 32,6’nın üniversite tıp faköltesine ait olduğunu belirtmişlerdir. Bizim alışmamızda 492 tezin %50,8’i İstanbul’da bulunan eğitim araştırma hastanelerine , % 49,2 üniversite tıp faköltesine aittir. Çalışmamızda tezlerin illere göre dağılımında 26 ildeki eğitim kurumlarının araştırma görevlilerine ait tezlere ulaşılmıştır ve en çok %54,5tez ile İstanbul’a ait tezlere ulaşılmıştır. Bu tezlerin 250 tanesi İstanbul’da bulunan eğitim ve araştırma hastanelerine ait, 18 tanesi üniversite tıp fakölterine ait tezlerdir. Diğer illerdeki tüm tezler üniversite tıp faköltesi tezlerinden oluşmaktadır. Edirne %5,5, Ankara %5,3, Adana %4,1 tez sayısı ile en çok teze ulaşılmış diğer illerdir. Büyük şehirlerin eğitim kurumlarının sayısı dikkate alındığında; çok teze ulaşılması beklenen bir bulgu olmasına karşın, Edirne ve Adana’da ki tıp fakölterinden ulaşılan tez sayıları aile hekimliği uzmanlık eğitimlerinin başlama tarihlerinin 1993 ve 1995 yıllarında

olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın⁽⁶⁸⁾ bugüne kadar mezun sayısı 41 iken Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın⁽⁶⁹⁾ mezun sayısı 63'dür. Bu nedenle bu üniversitelere ait tezlerin çalışmamızda fazla tespit edilmiş olmasını olağan karşıyoruz.

Yaman ve arkadaşlarının⁽⁶⁶⁾ yaptığı çalışmada tezlerin birimlere göre dağılımları değerlendirildiğinde 22 eğitim birimine ait teze ulaşılmıştır. Bunlardan iki tanesi eğitim araştırma hastanesidir. İstanbul Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi %20,0 teze, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi %16,4 teze, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi %12,9 teze ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi %10,7 teze tüm kurumlar içinde ilk 4 sırayı aldıkları belirtilmiştir. En çok ulaşılan tezlerin ait oldukları eğitim kurumları açısından çalışmamız Yaman ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile uyumludur. Biz çalışmamızda 43 birime ait teze ulaştık. Tezlerin eğitim araştırma hastanesi dağılımında İstanbul'da bulunan 10 eğitim araştırma hastanesine ait tezlere ulaştık. İstanbul Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi %16,0, İstanbul Şişli Etfal Hamidiye Eğitim Araştırma Hastanesi %14,0 ve İstanbul Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi %13,6 oranında tez ile en çok teze ulaşılan eğitim araştırma hastaneleridir. Tezlerin Tıp Fakültesi dağılımında 33 tıp fakültesine ait 242 tıpta uzmanlık tezine ulaşılmıştır. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi %11,2, Gülhane Askeri Tıp Akademisi %9,1, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi %8,3, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi %5,8 ve 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi %5,8 tez sayısı ile en çok teze ulaşılan tıp fakülteleridir. Gülhane Askeri Tıp Akademisi de,⁽⁷⁰⁾ Trakya ve Çukurova Tıp Fakülteleri gibi ilk kurulan aile hekimliği anabilim dallarındandır, 1985 yılında ilk kez Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri'nde aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Şu ana kadar ki mezun sayısı 33'dür.

Ünlüoğlu ve arkadaşlarının⁽⁶⁷⁾ 2008 yılındaki çalışmasında tez sahiplerinin %50,9'unun erkek, %49,1'inin kadın olduğunu belirtmektedirler. Bizim çalışmamızda tez sahiplerinin % 50,8'i kadın, % 49,2'si erkek aile hekimliği araştırma görevlisidir. Çalışmamızda yıllara göre tez sahibinin cinsiyet dağılımında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Çalışmamızdaki mevcut 492 tezin %87,8'inin tez danışmanı belirtilmiş olup, %12,2'sinin tez danışmanı net olarak belirtilmemiş, sadece klinik sorumlusu ismi mevcuttur, ancak danışman vurgulaması yapılmamıştır. Yıllara göre danışman belirtilme durumu anlamlı olarak artmıştır, 2010 ve sonrası tüm tezlerde danışman belirtilmiştir. Bu bulguyu tezlerin giderek daha özenli hazırlandığının bir göstergesi olarak değerlendiriyoruz.

Yaman ve arkadaşları ⁽⁶⁶⁾ çalışmasında tez danışmanlarının %34,3'ünün profesör doktor, %20,0'sinin doçent doktor olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda danışmanların içinde en çok, % 34,1 oranı ile doçent doktor unvanlı akademisyenler olduğu dikkati çekmektedir. Tezlerin %19,7'sinde tez danışmanın profesör doktor, %16,8'inin yardımcı doçent doktor, %29,4'ünün uzman doktor olduğu tespit edilmiştir. Profesör unvanı ağırlıklı olarak üniversite tıp fakültesi tezlerinde mevcuttur. Eğitim araştırma hastanesi tezlerinin sadece 17'sinde profesör unvanlı danışman mevcuttur. Tezlerde doçent unvanının ağırlıklı olmasını profesör unvanının üniversitelere ait olması ile açıklıyoruz.

Ünlüoğlu ve arkadaşlarının ⁽⁶⁷⁾ yaptığı çalışmada tez danışmanlarının %28,6'sı aile hekimliği uzmanıdır. Bizim çalışmamızda tez danışmanı branş dağılımında %40,9 oranı ile en çok aile hekimliği uzmanının danışmanlık yaptığını görmekteyiz. İç hastalıkları uzmanı %23,0 oranında tez danışmanlığı ile 2. sırada yer almaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı %10,9 oranı ile tezlere danışmanlık yapmıştır. Toplam 13 branşa ait tez danışmanı mevcuttur.

Ünlüoğlu'nun ⁽⁷¹⁾ 2013 yılında “Aile hekimliği disiplinde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları” adlı durum raporunda aile hekimliği doçentlik sınavlarındaki jürilerin ilk yıllarda ağırlıklı olarak rotasyon yapılan anabilim dallarının öğretim üyelerinden ve halk sağlığı anabilim dalları üyelerden oluştuğunu belirtmektedir. Aile hekimliği akademisyen sayısının her geçen gün artması ile aile hekimlerinin doçentlik sınavlarının jürilerin de yer almasının arttığını belirtmektedir. Bizde çalışmamızda geçen on yılda aile hekimliği uzmanlarının tez danışmanlığının arttığını görüyoruz. Bunu artan aile hekimliği akademisyen sayısına bağlıyoruz.

Acil tıp uzmanlığı da aile hekimliği gibi ülkemiz için yeni bir uzmanlık dalıdır. İlk 1994 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi'nde araştırma görevlisi eğitimi

başlamıştır. Çevik ve arkadaşları⁽⁷²⁾ 1998 ile 2013 arasındaki acil tıp uzmanlık tezlerini araştırmışlar, 579 tezi değerlendirmişler ve tez danışmanlarının sadece %67,6'sının acil tıp uzmanı olduğunu ve oran olarak zamanla arttığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da tez danışmanlarının % 40,9'unun aile hekimliği uzmanı olduğunu görmekteyiz. Yeni kurulan anabilim dallarında tez danışmanlarının ilk yıllarda başka branş hocalarından olmasını olağan karşıyoruz.

Nur-Eldein ve arkadaşlarının Mısır'da⁽⁷³⁾ 1982-2013 yılları arasındaki aile hekimliği yüksek lisans ve doktora tezleri ile yaptığı çalışmada 208 tezi değerlendirmişler, genel, nonspesifik konuların tezlerin %21,6'sında , endokrin sistem ve beslenme, metabolizma konularının %15,4 tezde, gebelik, doğum, aile planlaması %11,5 tezde konu alındığını ve en çok bu konulara ağırlık verildiğini tespit etmişlerdir. Üçer ve arkadaşları⁽⁷⁴⁾ 2013 yılında yaptıkları çalışmada tezlerdeki konuları başlık ve anahtar kelimeyi dikkate alarak sınıflandırmışlar, 308 tıpta uzmanlık tezine ulaşmışlardır. Tez konularının %13,3'ünde akıl sağlığı - kas ve iskelet sistemi, %12,3'ünde kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörleri, %10,7'sinde DM ve metabolik sendrom, %8,1'inde üreme sağlığı işlendiği tespit edilmiştir. Bizde çalışmamızda Primary Care Uluslararası Sınıflandırma'yı kullanarak tezleri 17 ana başlık,113 alt başlık şeklinde sınıflandırdık. Sıralamaya baktığımızda; endokrin sistem ve beslenme, metabolizma konusu tezlerin %21,9'unda, psikiyatrik değerlendirme ve hastalıkları tezlerin %14,9'unda, gebelik / doğum/ aile planlaması tezlerin %11,9'unda, kardiyovasküler sistem %10,4'ünde ve genel, nonspesifik konular %8,8'inde değinildiğini görüyoruz. Çalışmalarda özellikle tercih edilen konuların benzer olduğunu fark ediyoruz.

Yaman ve arkadaşları⁽⁶⁶⁾ çalışmalarında tezlerin %82,8'inin diğer uzmanlık alanlarıyla ilgili, %13,6'sının aile hekimliği klinik uygulama ile ilgili, %3,6'sının aile hekimliği ilkeleri ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda hekimlik / aile hekimliği disiplini / hasta hekim ilişkisi gibi konulara % 4,7 oranında değinildiğini görmekteyiz. Tüm çalışmalarda konuların ağırlıklı olarak vücut sistem rahatsızlıkları ile ilgili konulardan seçildiğini hekimlik ve sosyal konulara çok az değinildiğini fark ediyoruz.

DM ve glukoz metabolizma bozuklukları %12,1 oranında, anksiyete / depresyon / tükenmişlik / yaşam kalitesi / sosyal fobi gibi konular %8,2 oranında, hipertansiyon %5,1 oranında, gebelik %4,9 oranında tezlerde çalışılarak en çok araştırma yapılmış olan konulardır. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması Patent 2'de ⁽⁷⁵⁾ 2012 yılında hipertansiyon prevalansını erişkin popülasyonda %30,3 tespit edilmiştir. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması 2'de (TURDEP-II) ⁽⁷⁶⁾ DM oranı %16,5 tespit edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine ⁽²⁵⁾ göre 2013 yılında canlı doğan bebek sayısı 1.283.062'dir. Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.26 doğumdur. DM, hipertansiyon erişkin popülasyonda sık görülen ve her geçen gün sıklığı artarak toplumu tehdit eden hastalıklardır. Gebelikte vaka bulmak açısından kolay ulaşılabilen ve üzerinde değerlendirme değişkenlerinin çok olduğu bir konudur, bu nedenlerle bu konulara ağırlık verilmesini olağan karşılıyoruz. Anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların ve yaşam kalitesi ölçeği gibi değerlendirmelerin özellikle DM, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarla birlikte sık araştırıldığını görmekteyiz.

Bunun dışında tez konularının iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı ile ilişkili olmasını 2 şekilde yorumluyoruz:

1. Eğitim araştırma hastanelerinde ağırlıklı olmak üzere aile hekimliği koordinatörlerinin iç hastalıkları uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olması nedenli tez konularının bu branşlarda tercih edilmiş olabileceğini düşünmekteyiz.
2. İç hastalıkları anabilim dalı, çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalı, kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalı; özellikle uzun süreli rotasyon yapılan anabilim dalları olmaları, hasta ve hastalık çeşitliliğinin fazla olması, tez konularının araştırma görevlileri tarafından bu rotasyonlarda tercih edilme nedeni olarak yorumlamaktayız.

Üçer ve arkadaşlarının ⁽⁷⁴⁾ çalışmasında tezlerin %1,3 korucu tıp ve aşılarda üzerine çalışma yapıldığını tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda 3 çocuk aşılaması ve 1 adet erişkin aşılaması olmak üzere korucu tıp ve aşılaması konularına %0,6 oranında tezlerde değinilmiştir. Koruyucu tıp gibi birinci basamağın temel

görevlerinden olan konuların tez konularında az işlenmiş olması dikkat çekicidir. Bununla birlikte tezlerde saha çalışmalarının az tercih edilmesinden kaynaklandığını düşünüyoruz.

Ünlüoğlu ve arkadaşlarının ⁽⁶⁷⁾ çalışmasında tezlerin %78,3'ünün 2. veya 3. basamak hastane çalışması olduğunu, % 21,7'sinin birinci basamak çalışması olduğunu belirtmektedirler. Çalışmamızda tezlerin %76,6'sı hastane çalışması, %21,8'i saha çalışması, %1,2'si hem saha hem hastane çalışmasıdır. Yüzde 0,4 tezde ise çalışma alanı belirtilmemiştir. Nispeten yıllara göre saha çalışmalarının anlamlı olarak arttığını görüyoruz. Sancaktar ⁽⁷⁷⁾ aile hekimliği araştırma görevlileri ile yaptığı çalışmada katılan 99 araştırma görevlisinin %46,9'ü uzmanlık eğitimleri sırasında saha eğitimi uygulandığı, %53,1'i ise uygulanmadığını belirtmiştir. Aile hekimliği asistanlarının sahada çalışma fırsatlarının çok olmadığından tezlerde saha çalışmasının az olduğunu ve bu konuya önem verilmesi ile bu oranın artacağını düşünüyoruz.

Nur-Eldein ve arkadaşlarının ⁽⁷³⁾ yaptığı çalışmada tezlerin %43,8'i kırsal alanda, %34,1'i kentsel alanda, %22,1'i hem kırsal hem kentsel alanda yapıldığını belirtmişlerdir. Ayrıca tezlerin %59,1'inin birinci basamak kuruluşunda, %11,1'inin hastanede yapıldığını belirtmişlerdir. Ülkemizdeki tezlerle kıyaslanınca Mısır'da saha çalışmasına daha çok ağırlık verildiğini görüyoruz.

Çalışmamızda tezlerin %79,1'i tek merkezde yapılmıştı. Tezlerin %20,5'i çok merkezde yapılmıştı. Yıllara göre çok merkezde yapılan çalışma oranı anlamlı olarak artmıştır.

Çalışmamızda tezlerin yapıldığı evrenin ortam dağılımında iç hastalıkları anabilim dalı %22,4 oranı ile en çok çalışma yapılan klinikte. Kadın hastalıkları doğum anabilim dalı %16,1 oranında, çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalı %12,4 oranında, aile sağlığı merkezi /aile hekimliği merkezi/sağlık ocağı %10,2 oranı ile, aile hekimliği anabilim dalı %5,9 oranı ile ortam olarak en çok tercih edilmişlerdir. Hastane içinde birçok klinikte yapılmış tezler olduğu gibi sahada da farklı ortamlarda tezler yapılmıştır.

Çalışmamızda örneklem grubu sayı dağılımında %22,8 oranı ile tezlerin ağırlıklı olarak 101-200 kişiyle yapıldığını, ikinci sırada %22,4 oranı ile 100 kişinin

altında örneklem grubuyla çalışma yapıldığını görüyoruz. Yıllara göre örneklem sayı dağılımında anlamlı fark görülmemiştir.

Nur-Eldein ve arkadaşlarının ⁽⁷³⁾ çalışmasında tezlerin %33,7'inde erişkin yaş grubu ile çalışıldığını görüyoruz. Çalışmamızda da en çok erişkin yaş grubuyla, %69,1 oranı ile çalışma yapılmıştır. Adolesan-erişkin yaş grubu dağılımı %16,7 ile ikinci sırada tercih edilen örneklem grubudur. Sadece çocuk yaş grubuyla %9,3 oranında çalışma mevcuttur. Yıllara göre örneklem yaş grupları dağılımında fark görülmemiştir.

Örneklem gruplarının cinsiyet dağılımına baktığımızda en çok kadın-erkek (%70,7) birlikteliğinin olduğu çalışmaları görüyoruz Sadece kadın cinsiyetle yapılan çalışma %27,3'dir. Yıllara göre örneklem cinsiyet dağılımında fark görülmemiştir.

Nur-Eldein ve arkadaşlarının ⁽⁷³⁾ çalışmasında %17,3 tez doktor ve sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Çalışmamızda %9,7 oranında örneklem grubunda hekim, sağlık çalışanı, tıp fakültesi öğrencisi tercih edilmiştir. Çalışmaların ağırlıklı olarak hastalarla yapıldığı görülmüştür.

Ünlüoğlu ve arkadaşlarının ⁽⁶⁷⁾ çalışmasında etik kurul onayının tezlerin %22,9'unda olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda tezlerin %41,9'unda etik kurul onayı mevcuttur. Etik kurul onay oranlarının 2010'dan önceki tezlerde düşük olduğuna, 2010'dan itibaren etik kurul onay alımının arttığını fark ediyoruz. Yıllara göre etik kurul alma oranı anlamlı olarak artmıştır. Bunun nedenleri olarak; akademik kadroların güçlenmesi, tezlerin giderek daha fazla önemsenmesi, bu konuda uygulamaya konulan mevzuat⁽⁷⁸⁾ olduğunu düşünüyoruz. Albez ve arkadaşlarının ⁽⁷⁹⁾ 2014 yılında 76 hekim ile yaptığı anket çalışmasında, hekimlerin %89,3'ünün tıbbi etik eğitimi aldığını, % 87,7'sinin eğitimi fakültede aldığını ve % 53,9'unun bilgilerinin temel kavramlarla sınırlı olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin etik konusundaki bilgi ve tutumlarının cinsiyet, meslekte geçen süre gibi faktörlerden etkilendiğini ve hekimlere ihtiyaç duydukları konularda mesleki etik eğitimi verilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Ünlüoğlu ve arkadaşları ⁽⁶⁷⁾ tezlerin %6,3'ünde finansal destek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda tezlerin %13,0'ünde proje desteği mevcuttur.

%87,0'sinde proje desteği yok veya belirtilmemiştir. Yıllara göre proje destek alımı anlamlı olarak artmıştır.

Ünlüoğlu ve arkadaşlarının ⁽⁶⁷⁾ çalışmasında tezlerde laboratuvar kullanımı % 36,0 tespit edilmiştir. Çalışmamızda tezlerin %48,4'ünde laboratuvar tetkiki kullanılmıştır, yıllara göre laboratuvar tetkik kullanımı anlamlı olarak azalmıştır.

Ünlüoğlu ve arkadaşlarının ⁽⁶⁷⁾ çalışmasında anket kullanımı % 75,4 tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda tezlerin %65,4'ünde anket/form kullanılmıştır. Yıllara göre anket kullanımı anlamlı olarak artmıştır.

Tezlerin %13,2'sinde radyolojik tetkik kullanılmıştır. Yıllara göre radyolojik tetkik kullanımında anlamlı fark görülmemiştir.

Tezlerin %5,7'inde ilaç veya tedavi araştırması yapılmıştır. Deney hayvanı ile yapılan çalışma 28 araştırmadan 1 tanesidir. Yıllara göre ilaç tedavi araştırması uygulanmasında anlamlı fark görülmemiştir. Tüm tez çalışmaları içinde deney hayvanı kullanımı 1'dir (%0,2).

Çalışmaların %17,7'sinde hasta / kontrol grubu çalışması mevcuttur. Yıllara göre hasta kontrol gruplu araştırmaların oranında anlamlı fark görülmemiştir.

Nur-Eldein ve arkadaşlarının ⁽⁷³⁾ çalışmasında tezlerin %82,7'si gözlemsel, %17,4'ü deneysel çalışmadır. Deneysel çalışmaların özellikle doktora tezlerinde tercih edildiğini belirtmişlerdir, bunu da deneysel çalışmaların daha fazla zaman, deneyim ve finansal destek gerektirdiğini vurgulamışlardır. Muştı'nun ⁽⁸⁰⁾ Türkiye'de aile hekimliği alanında yapılan yayınları değerlendirildiği çalışmasında 916 yayının %23,7'sinin yayın metni içinde araştırma yöntemini belirtildiğini, % 76,3'ünde yöntemle ilgili bir bilgi olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda tezlerin %51,0'inde araştırma tipi ile ilgili bilgi mevcuttur. Yıllara göre araştırma tipi belirtilme oranı anlamlı olarak artmıştır. Araştırma tipi belirtilen tez çalışmaların %95,6'sı gözlemsel, %4,1'i deneyseldi, metodolojik araştırma mevcut değildir.

Yaman ve arkadaşları ⁽⁶⁶⁾ araştırmaları tanımlayıcı (%59,3), analitik (%35,0), aydınlatıcı (%5,7) olarak sınıflandırmışlardır. Veri toplama yöntemine göre sınıflandırdığında gözlemsel araştırmanın %67,1, kayıt taramanın %25,0, deneysel araştırmanın %7,9 oranında kullanıldığını belirtmişlerdir.

Ünlüoğlu ve arkadaşları ⁽⁶⁷⁾ tezlerin %57,1'nin kesitsel, %23,4'ünün retrospektif, %19,4'ünün prospektif olduğunu belirtmişlerdir. Yaman ve arkadaşları ⁽⁶⁶⁾ tezlerin %70,0'nin kesitsel, %22,9'unun retrospektif, %7,1'inin prospektif olduğunu belirtmişlerdir. Bizde çalışmamızda verilerin elde edilme zamanına göre araştırma tipi belirtilenlerin sınıflandırmasında en çok kesitsel (%46,1) araştırmaların tercih edildiğini görmekteyiz. Retrospektif araştırmalar %42,5 oranında, prospektif araştırmalar %11,4 oranında tercih edilmiştir.

Çevik ve arkadaşlarının ⁽⁷²⁾ yaptığı araştırmada tezlerin %77,4'ü gözlemsel araştırma, %20,9'u deneysel araştırma, %1,7'i metodolojik araştırma olduğunu belirtmişlerdir. Acil tıp anabilim dalı tezlerinde deneysel ve metodolojik araştırma yapılma oranı aile hekimliği tezlerine kıyasla fazla olduğunu görüyoruz.

Yaman ve arkadaşlarının ⁽⁶⁶⁾ çalışmasında tezlerin ortalama 82,9 sayfadan oluştuğu belirtilmiştir. Çalışmamızda tezlerin toplam sayfa ortalama 79,9'dur. Yıllara göre toplam sayfa sayısı anlamlı olarak artmıştır.

Yıllara göre kaynak sayısında anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Yıllara göre tartışmaya ayrılan sayfa sayısı anlamlı olarak artmıştır.

Üçer ve arkadaşları ⁽⁷⁴⁾ değerlendirdiği tezlerin %67,2'sinin tam metnini yayınlaması yazarları tarafından izinli iken, %32,8'inin izinsiz olduğunu belirtmişlerdir,

“Tıp bilimi gelişimi için yapılan bir çalışmanın, yayınlanmasına yazarı tarafından yasak getirilmesinin doğru bir yaklaşım olmadığı”

düşüncesini paylaşmışlardır. Biz de Temmuz 2015 tarihi itibari ile Ulusal Tez Merkezi arşivinde 375 aile hekimliği uzmanlık tezinin mevcut olduğunu bunların sadece 272'sinin izinli olduğunu görmekteyiz ve bu açıdan Üçer ve arkadaşlarının yorumuna katılıyoruz ⁽⁴⁴⁾.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Aile hekimliği uzmanlığı ülkemizde her geçen gün artan akademik kadrosu, verdiği mezunlarla, yeni açılan anabilim dalları ile büyüyen bir anabilim dalıdır.
2. Aile hekimliği 7'den 77'ye tüm yaş grubunda insanlara ulaşabilen, hizmet veren ve devlet politikası ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde desteklenen bir uygulamadır.
3. Tez çalışmalarının yıllara göre danışman belirtilme durumu ve araştırma tipi belirtilme durumu, etik kurul ve proje destek alma durumu, tez sayfa sayısı, tartışmaya ayrılan sayfa sayısı anlamlı düzeyde artmıştır. Bu da bize tezlerin her geçen gün daha da özenle hazırlandığını düşündürmektedir.
4. Tez çalışmalarında yıllar ilerledikçe çok merkezli çalışma ve saha çalışması olma yüzdeleri anlamlı düzeyde artmıştır. Araştırma görevlilerinin sahada eğitim alma imkanlarının artırılması ile saha çalışmalarının daha da artacağını ve araştırma görevlilerine pratik yapma anlamında destek olacağı düşünülmektedir.
5. Tez çalışmalarında yıllara göre gereç ve yöntemlerde anket kullanımının anlamlı düzeyde arttığı, laboratuvar test kullanımının anlamlı düzeyde azaldığını görmektedir. Bunun sebebi saha çalışmalarında özellikle anket uygulamasının tercih edilmesidir.
6. Her yıl ülkemiz için yeterli sayıda olmasa da yüzlerce aile hekimliği uzmanı mezun olmaktadır. Tez hazırlamak araştırma görevlisinin ortalama bir yıllık zamanını ayırdığı bilimsel çalışmadır. Bu kaynak ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin akademik gelişimi için büyük bir fırsattır.
7. Tez çalışmalarının tıpta uzmanlığın bir gereği olmaktan çok bilime hizmet eden kaliteli yayınlara dönüşmesi desteklenmelidir. Sağlık istatistiklerine destek olabilmek, birinci basamağın sorunlarına inebilmek, çözüm önerilerinde bulunabilmek, koruyucu hekimlik üzerine yoğunlaşabilmek için saha çalışmalarının daha da desteklenmesi gerekmektedir.
8. Tez hazırlama süreci teorik ve pratik açıdan önemli bir eğitim fırsatı olduğu gözetilmelidir. Araştırma görevlilerine araştırma yöntemleri hakkında eğitim verilerek, tez danışmanı ve akademisyenlerin bilgi, tecrübeleriyle destek

vererek, tez hazırlama bilimsel düşünceyi geliştirecek ve araştırma yapma becerilerini geliştirmeye olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliğinin tarihçesi ve gelişimi. İç: Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C, editörler. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. Tahev. Akademi Yayıncılık; 2012. s. 1-9.
2. Tababet Uzmanlık Tüzüğü
Tarihi:18.04.1973 Resmi Gazete Sayısı:14511 (Değişik : 5.7.1983)http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_tuz/tababet.pdf.
Erişim Tarihi: 14.05.2015
3. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2004; 7(3)
4. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258 Kabul Tarihi:24.11.2004.<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041209.htm#1>Erişim Tarihi: 14.05.2015
5. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 06.07.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25867.www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-38786/h/yonetmelikyeni.pdfErişim Tarihi: 14.05.2015
6. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 25.05.2010. Resmî Gazete Sayısı: 27591.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/ahweb/belge/mevzuat/ah_uygulama.pdfErişim Tarihi: 14.05.2015
7. Türkiye’de Aile Hekimliği.<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>Erişim Tarihi: 14.05.2015
8. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Resmi Gazete Tarihi: 2.11.2011. Resmî Gazete Sayısı: 28103 (Mükerrer).
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>Erişim Tarihi: 14.05.2015
9. Aile Hekimliği Kanunu. Karar Sayısı: KHK/663.
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258-20111030.pdf>Erişim Tarihi: 14.05.2015

10. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Halk Sağlığı Eğitimi, Halk Sağlığı Uzmanları, Derneği Halk Sağlığı Eğitimi Çalışma Grubu, HASUDER; 2014. s. 1.
11. Özvarış Ş. B., Sayek İ. Tıp Eğitiminde Değişim. Hacettepe Tıp Dergisi. 2005; 36:65-74.
12. Terzi C. Toplum Sağlığına Bir Köprü Tıp Eğitimi. 2001; s15-19.
13. Flexner A., Medical Education in the United States and Canada. A Report ToCarnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York City; 1910.
14. Melih E. Tıp Eğitiminin Tarihçesi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2010; 41:195-202.
15. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. 2014. <http://www.med.ege.edu.tr/files/UlusalCEP2014.pdf> Erişim Tarihi: 14.05.2015
16. Sayek İ. Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu. http://www.uteak.org.tr/uteak_tepdad/1 Erişim Tarihi: 14.05.2015
17. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf> Erişim Tarihi: 14.05.2015
18. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. Eskişehir 2014. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf> Erişim Tarihi: 14.05.2015
19. Sağlık Personeli Sayısı. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi: 14.05.2015
20. Türkiye’de sağlık hizmeti yapılanmasının başlangıcı. Aydın E. Dünya Ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Kitabevi; 2006. s. 247-269.
21. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf> Erişim Tarihi: 14.05.2015
22. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf> Erişim Tarihi: 14.05.2015
23. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. Sağlıkta

- Dönüşüm Programı Kapsamında Sağlık Harcamalarının Gelişiminin İncelenmesi. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını, 2011. <http://www.sgb.gov.tr/Yaynlar/Kitap%20414.pdf>Erişim Tarihi: 14.05.2015
24. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı.2003.<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>Erişim Tarihi: 14.05.2015
25. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2014http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdfErişim Tarihi: 14.05.2015
26. Bakanlık Taşra Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması Genelgesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-14973/bakanlik-tasra-teskilatinin-yeniden-yapilandirilmesi-ge-.html> Erişim Tarihi: 14.05.2015
27. Çağdaş sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları. İç: Akdur R, Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A, editörler. Halk Sağlığı. Ankara: Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar; 1998. s.11-13.
28. Sağlık hizmet sunucuları. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği.www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/yonetmelik/9.5.17229%20metin.docErişim Tarihi: 14.05.2015
29. The European Definition of General Practice / Family Medicine WONCA Europe 2011 Edition <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>Erişim Tarihi: 14.05.2015
30. Wonca World Family Doctors. Caring for PeopleEurpoe. Aile hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. İç: Başak O, çeviri editörü. WONCA.EUROPE; 2002
31. Aile Hekimliği Türkiye Modeli İç: Aydın S, editör. Mavi Ofset.Ankara;2004
32. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. 1. Aşama . T.C. Sağlık Bakanlığı. Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık. Ankara; 2004

33. Akman M. Türkiye’de birinci basamağın gücü. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2014; 18(2): 70-78.
34. Başak O., Saatçi E., Ceyhun G. Akademik aile hekimliği ve gelişme özellikleri: Türkiye deneyimi. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2005; 9(4): 174 – 182
35. Başak O., Güldal D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2014; 18(1): 16-24
36. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. 04.06.2013
37. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi. [www.Tuk.Saglik.Gov.Tr/Rotasyonlar.Pdf](http://www.tuk.saglik.gov.tr/Rotasyonlar.Pdf)Erişim Tarihi: 14.05.2015
38. Yarı Zamanlı Uzmanlık Eğitimi. <http://www.tahud.org.tr/hukuk/duyurular/yari-zamanli-uzmanlik-egitimine-karsi-hukuki-mucadelemiz-devam-ediyor/676>Erişim Tarihi: 14.05.2015
39. Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitime Ait Tıpta Uzmanlık Kurulunca Belirlenen Esaslar http://www.tuk.saglik.gov.tr/pdfdosyalar/kararlar/karar_406_degisik.pdfErişim Tarihi: 14.05.2015
40. Saydam. M. B. Tıpta Uzmanlık Tezi: Tartışılan Sürece Bir Araştırma Kapsamında Bakış. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2014; 4(3). 176-181
41. Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri <http://yukseklisans.com.tr/tezenelbilgiler.php> Erişim Tarihi: 10.06.2015
42. How to Write a MD Thesis. Some notes by Pushpa R Sharma Department of Child Health Institute of Medicine http://www.prsharma.com.np/articles/thesis_writing.pdfErişim Tarihi: 10.06.2015
43. Sipahi O. R., Çağlayan Serin D., Pullukçu H., Taşbakan M., Köseli Ulu D., Yamazhan T., Arda B., Sipahi H., Ulusoy S. Ülkemizde Tıbbi Mikrobiyoloji, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Dallarında Yapılan Tıpta Uzmanlık ve Doktora Tezlerinin Uluslararası Dergilerde Yayına Dönüşüm Oranları. Mikrobiyol Bul 2014; 48(2): 341 – 345.

44. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkeziErisim> Tarihi: 10.06.2015
45. ProQuestDissertations&Theses Global.<http://www.proquest.com/products-services/pqdtglobal.html>Erişim Tarihi: 10.06.2015
46. Adım Adım Tez Hazırlama <http://yukseklisans.com.tr/tez-nasil-hazirlanir.php>Erişim Tarihi: 10.06.2015
47. Ulus T., İnce C.H., Aliustaoğlu F.S, Melez İ.E. Araştırma Nasıl Tasarlanır? Adli Tıp Dergisi / Turkish Journal of Forensic Medicine; 24 (2): s.40-47.
48. Tezcan S. Epidemiyolojinin tanımı, stratejileri, epidemiyolojik araştırmaların sınıflandırılması ve genel özellikleri. İç: Tezcan S, editör. Epidemiyoloji.Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 1992. s. 1-8.
49. Aksakoğlu G. Araştırma tipleri. Sağlıkta araştırma ve çözümleme. İç: Aksakoğlu G.,editör. İzmir: Metabasım Matbaacılık Hizmetleri; 2013.s53-77.
50. Özdamar K. Araştırma tipleri. SPSS ile Biyoistatistik. İç: Özdamar K. Nisan Kitabevi; 2013. s.87.
51. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık ve Yandal Uzmanlık Tezi Yazım - Basım Ve Değerlendirme İlkeleri.<http://tip.ogu.edu.tr/images/bilgibelge/2013118155640.pdf>Erişim Tarihi: 12.04.2015
52. Dünya Tıp Birliği (W.M.A.), İnsan Deneklerle ilgili Tıbbi Araştırmalar için Etik İlkeler, Helsinki Bildirgesi. 2002.
53. İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
http://www.klinikarastirmalar.org.tr/doc/file_311.pdf Erişim Tarihi: 18.07.2015
54. Tez Yazılması ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2006.http://www.saglikbilimleri.hacettepe.edu.tr/eski/tez_yazim_yonergesi.pdfErişim Tarihi: 10.06.2015
55. Tıpta Uzmanlık Kurulu Karar Tutanağı
http://www.tuk.saglik.gov.tr/pdffdosyalar/kararlar/karar_479.pdfErişim Tarihi: 10.06.2015

56. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 26.04.2014 Resmi Gazete Sayısı: 28983
<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.19629&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=t%C4%B1pta%20ve%20di%C5%9F%20hekimli%C4%9Findetuey-2014.pdf>Erişim Tarihi: 10.06.2015
57. İnci O. Bilimsel yayında yazarlık ve yazarlıkta etik sorunlar. Türk Üroloji Dergisi: 2008; 34 (1): 108 – 112.
58. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/tez_ailehekimi.aspErişim Tarihi: 12.12.2013
59. ICPC-2 – English International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)
<http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-English.pdf>Erişim Tarihi: 18.07.2015
60. ICPC-2 -
InternationalClassificationForPrimaryCare<http://sydney.edu.au/medicine/fmrc/icpc-2/>Erişim Tarihi: 18.07.2015
61. Nieminen P., Sipila K., Takkinen H.M., Renko M., Risteli L. Medical theses as part of the scientific training in basic medical and dental education: experiences from Finland. BMC medical education,2007; 7: 51.
62. Rezaeian M. How to supervise a medical thesis. Middle East Journal of Family Medicine.2014; 12.p 39-41
63. Tezli Yüksek Lisans. <http://yukseklisans.com.tr/tezliyukseklisans.php>Erişim Tarihi: 18.07.2015
64. Dhaliwal U., Singh N., Bhatia A. Mastersthesesfrom a universitymedicalcollege:Indianjournal of ophthalmology,2010; 58(2), p. 101-104
65. IanR.McWhinney, Thomas Freeman. Aile Hekimliğinin Kökeni. İç: Güldal D, editör. Aile Hekimliği. Medikal Akademi Yayıncılık; 2012. s. 3.
66. Yaman H., Kara İ. H., Baltacı D., Altuğ M., Akdeniz M., Kavukçu E. Türkiye’de aile hekimliği alanında yapılan tezlerin kalitatif değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2011; 3(3):1-6.

67. Unluoğlu I., Unalacak M., Yüksel F. Theses of family medicine residency in Turkey. European General Practice Research Network. Budapest – Hungary. 2008. Presentation: 33. p. 57.
68. Yolu Edirne'den Geçenler. <http://aile.trakya.edu.tr/pages/yolu-edirne-den-gecenler#.VcSldXHtmkp>Erişim Tarihi: 18.07.2015
69. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. <http://www.medimagazin.com.tr/clinics/tr-cukurova-universitesi-tip-fakultesi-aile-hekimligi-anabilim-dali-73-0-155.html>Erişim Tarihi: 18.07.2015
70. Aile Hekimliği Anabilim Dalı .Tarihçe. <http://www.gata.edu.tr/dahilitipbilimleri-/ailehekimligiad/aile-hekimlii-tarihce-608.asp>Erişim Tarihi: 18.07.2015
71. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği disiplininde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları. Türk Aile Hek Dergisi. 2013; 17(3): 137-141
72. Cevik E., Karakus Yılmaz B., Acar Y. A, Doruk M. Systematic analysis of theses in the field of emergency medicine in Turkey. Turk J Emerg Med. 2015; 15(1): 28 – 32
73. Nour-Eldein H., Mansour N.M., Abdulmajeed A.A. Master's and doctoral theses in family medicine and their publication output, Suez Canal University, Egypt. J Family Med Prim Care. 2015; 4(2): 162–167.
74. Üçer H., Keten H. S., Çelik M. Aile hekimliği alanında yapılan bilimsel çalışmalar: Tıpta uzmanlık tezlerinin değerlendirilmesi. Aile 2014 Kongre Kitabı. Poster: 158, s. 285.
75. Sengul S., Erdem Y., Akpolat T., Derici U., Sindel S., Karatan O., Turgan C., Hasanoglu E., Caglar S., Erturk S. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. On behalf of the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Kidney Int Suppl. 2013; 3(4): 326–331.
76. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J; TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol. 2013;28(2):169-80.

77. Sancaktar Ö. Uzmanlık Eğitimi Programlarıyla İlgili Gelişmelerin Aile Hekimliği Asistanlarının Kendi Eğitimlerine Bakışları Ve Gelecekle İlgili Beklentileri Üzerine Etkisi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, 2013.
78. Kamu İç Kontrol Standartları Tebliği. 26 Aralık 2007. Resmî Gazete Sayı 26738. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/12/20071226-21.htm>. Erişim Tarihi: 18.07.2015
79. Albez F.S, Vural Z.T, Gönenç I, Demirtunç R. Hekimlerin tıbbi etik değerlendirmeleri üzerine bir inceleme. Aile 2014 Kongre Kitabı. Poster: 143, s. 270
80. Muştu F. Türkiye’de Aile Hekimliği Alanında Yapılan Yayınların Kalitatif Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2009.

