ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SPOR SAĞLIK VE TIP BİLİMLERİ DERGİSİ

Ekim-Kasım-Aralık 2011 Sayı: 1 / Cilt: 1
Autumn October-November-December 2011 Volume:01 Issue:01
www.sstbdergisi.com

İÇİNDEKİLER

AKNE VULGARİS VE SİGARA KULLANIMI ARASINDAKİ KORELASYON DEĞERLENDİRMESİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA *6 - 22*
Sevgi Şükran EKMEN

AKUT PANKREATİT TEDAVİSİNDE ERKEN KOLESİSTEKTOMİNİN YERİ *23 - 33*
Onur KESLER

KALP HASTALARINA TATBİK EDİLEN DİYETLERİN MÖNÜ YAPILARI VE HASTALARIN YEMEKLERİ TÜKETİM DURUMLARININ SAPTANMASI: DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ *34 - 47*
Şule DAMGACI

HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAM KALİTESİNİN MOTİVASYONA ETKİSİ *48 - 76*
Şilan ERAT / Murat KORKMAZ / Vedat ÇİMEN
Güran YAHYAOĞLU

SAĞLIK HARCAMALARININ YILLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI ve SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ *77 - 96*
Murat KORKMAZ / Aysun YILMAZTÜRK

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SAĞLIK VE TIP BİLİMLERİ DERGİSİ

Ekim-Kasım-Aralık 2011 Sayısı Sayı: 1 / Cilt: 1 Autumn October- November- December 2011

www.sstbdergisi.com

İMTİYAZ SAHİBİ

Av.Yrd.Doç.Dr.Güran YAHYAOĞLU

"Hukuk"

BAŞ EDİTÖR

Doç.Dr. Çetin YAMAN

EDİTÖR YARDIMCILARI

Yrd.Doç.Dr. Nuran AKYURT
"Sağlık Bilimleri"

Dr.Işık BAYRAKTAR
"Spor Bilimleri"

ALAN EDİTÖRLERİ

Yrd.Doç.Dr. Nuran AKYURT
"Sağlık Bilimleri"

Dr.Işık BAYRAKTAR
"Spor Bilimleri"

YAYIN KURULU

Prof.Dr.Gülsen KORFALI
Prof.Dr.Fahri ERDOĞAN
Prof.Dr.Salih PEKMEZCİ
Prof.Dr.Nezih ÖZKAN
Prof.Dr.Gülgün ERSOY
Yrd.Doç.Dr.Güran YAHYAOĞLU
Yrd.Doç.Dr.Neylan ZİYALAR
Yrd.Doç.Dr.Gülten HERGÜNER
Doç.Dr.Çetin YAMAN
Doç.Dr.Nurhayat ÇELEBİ
Doç.Dr.Eva ŞARLAK
Doç.Dr.Tuğçe TUNA

DERGİNİN YAYIN KABUL ETTİĞİ ALANLAR

- ACIL TIP
- ANESTEZIYOLOJI
- BEYIN VE SINIR CERRAHISI
- ÇOCUK CERRAHISI
- GENEL CERRAHI
- GÖZ HASTALIKLARI
- KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
- KALP VE DAMAR CERRAHISI
- KBB HASTALIKLARI
- ORTOPEDI VE TRAV.
- PATOLOJI
- PLASTIK VE REKON. CERRAHI
- ÜROLOJI
- ADLI TIP
- AILE HEKIMLIĞI
- ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTLIKLARI
- DERMATOLOJI
- ENF. HAST. VE KLINIK MIKROBIYOLOJI
- FARMAKOLOJI
- FIZIKSEL TIP VE REHAB.
- GÖĞÜS HASTALIKLARI VE KLINIK MIKROBIYOLOJI
- HALK SAĞLIĞI
- İÇ HASTALIKLARI
- KARDIYOLOJI
- NÖROLOJI
- NÜKLEER TIP
- PSIKYATRI
- RADYASYON ONKOLOJISI
- TIBBI GENETIK
- RADYODIAGNOSTIK
- ANATOMI
- BIYOISTATISTIK
- BIYOKIMYA
- FIZYOLOJI
- HISTOLOJI VE EMBRIYOLOJI
- TIBBI BIYOLOJI VE GENETIK
- TIP EĞITIMI
- TIP TARIHI VE ETIK
- DERI VE ZÜHREVI HASTALIKLAR
- TIBBI MIKROBIYOLOJI
- HEMŞIRELIK
- ECZACILIK
- BESLENME VE DIYETETIK
- SPOR BILIMLERI
- İSTATISTIK

Teknik Editör
Fatma ÖZDEMİR

BİN'S MEDYA
Adres: Perpa Ticaret Merkezi B Blok Kat:8 No:1240
Şişli/Okmeydanı-İSTANBUL
Telefon: +90(212) 320 18 81 (Pbx)
Faks: +90(212) 320 18 82

Baş Editör: Doç.Dr. Çetin YAMAN

Kısa bir süre önce yayın hayatına girip ilk sayısını çıkardığımız Spor ve Sağlık Bilimleri dergimiz bütün yayın ve akademi dünyasına hayırlı olmasını temenni ediyorum. İlk sayımızda 5 adet makale bulunmaktadır. Dergimize katılım sağlayan başta hakem, bilim ve yayın kurulunda yer alan bilim insanlarına teşekkür ediyorum. İlk sayımızı müteakip aramıza yeni katılım sağlayan diğer arkadaşlarımıza teşekkürleri arz ediyorum. Dergimiz başta spor bilimleri olmak üzere sağlık bilimlerinin bütün alanlarından yayın kabul etmektedir. Kısa bir zamanda büyük işler başardığımızı düşünmekteyim. Her türlü ve katkıyı sağlayan arkadaşlarımız kutluyor bir sonraki sayımızda buluşmak üzere esenlikler diliyorum.

TEKZİP
KAMU OYUNA DUYURULUR

Sayı: 1; Cilt: 1 Hakkındaki Yayınlanan ve İptali Gerçekleştirilen Çalışmaya İlişkin olarak; dergimizin bu sayısında daha önce yayınlanmaya hak kazanmış olan, “ “Periton Diyalizli Hastalarda Serum BNP Düzeyleri ve Diyaliz Yeterlilik Kriterleri İlişkisininİncelenmesi”, konu başlıklı makale dergimize üçüncü kişiler tarafından gönderildiği, asıl konu başlıklı makalenin gerçek yazarlarının konuyla ilgili bilgisi olmadığı ve “Periton Diyalizli Hastalarda Serum BNP Düzeyleri ve Diyaliz Yeterlilik Kriterleriİlişkisininİncelenmesi” makalede ismi geçen Dr.Ayfer MERAL’in çalışma ile ilgilisinin olmadı konu başlıklı çalışmanın Dr. Aysun ÇOŞKUN’un tezinden üçüncü bir kişi tarafından türetilerek hazırlanarak dergimize gönderildiği anlaşılmıştır. 5846 sayılı fikir ve sanat eserleri hakkındaki kanun gereğince dergimizde ilgili konu başlıklı çalışma iptal edilmiştir. Makalede ismi geçen Dr. Ayfer Meral ve Dr. Aysun Çoşkun’un çalışmayla ilişkisinin olmadığı ikinci ve üçüncü şahıslara duyurulur.

Dergi Yönetimi

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SPOR SAĞLIK ve TIP BİLİMLER DERGİSİ

Ekim-Kasım-Aralık 2011 Sayısı Sayı: 1 / Cilt: 1 Autumn October- November- December 2011 Volume:02 Issue:01 Jel Kodu: JEL I

www.sstbdergisi.com

AKNE VULGARİS VE SİGARA KULLANIMI ARASINDAKİ KORELASYON DEĞERLENDİRMESİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA[1]

Sevgi Şükran EKMEN

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği İstanbul

Özet: Bu araştırmamızda, seçilmiş okullardaki 18-24 yaş aralığındaki bireylere, sigara kullanımının, sigara kullanım süresinin, sigara kullanım miktarının ve pasif içiciliğin; akne varlığının, akne varlığının süresinin ve akneyi algılama şiddeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmamıza 903'ü kadın, 1114'ü erkek, 18-24 yaş aralığında olan, 961 akne vulgaris şikayeti olan ile 1048 akne şikayeti olmayan birey dahil edilmiştir. Katılımcılara demografik özelliklerini ve akne vulgaris şiddeti, sigara kullanım süresi ve kullanım miktarı arasındaki ilişkiyi tespit etmek için GADÖ (Global Akne Derecelendirme Ölçeği) uygulandı. Değerlendirilme de SPSS paket programı kullanılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyeti ile akne şikayetleri arsasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışma sonucunda cinsiyet ile akne şikayeti skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıktığı saptanmıştır. ($p<0,05$). Yine cinsiyet ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$), yaşları ile akne şikayeti olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.($p<0,05$). bireylerin yaş ile akne şikayeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$). Araştırma sonucunda sivilce akne şikayeti olan ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. ($p>0,05$). sivilce akne şikayetinin şiddeti durumu ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), günlük sigara kullanımı ile sigara içme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Akne Vulgaris, Sigara Kullanımı, Global Akne, GADÖ

A STUDY ON THE EVALUATION OF THE CORRELATION BETWEEN ACNE VULGARIS AND SMOKING

Abstract : In this study, the evaluation of the effect of smoking, smoking period, smoking amount and second-hand smoking on acne existence, the period of acne existence and acuteness of acne perception was aimed in individuals between the ages of 18-24 in selected schools. 961 people having

1 ***Bu makale aynı konu başlıklı Okmeydanı eğitim ve araştırma hastanesinde yazarın tıp uzmanlık tezinden üretilerek hazırlanmıştır.***

acne vulgaris complaint and 1048 people not having this complaint being between the ages of 18-24 were included in our study and 903 of them were women and 1114 were men. Global Acne Grading Scale (GAGS) was applied to participants to ascertain the relation between demographic features, acuteness of acne vulgaris, smoking period and smoking amount. SPSS package program was used in assessment.It was established that there is a significant relation between sex of participants to study and acne complaints ($p<0.05$). Following the study, it was ascertained that there is a statistically significant relation between sex and score of acne complaint ($p<0.05$). It was determined that there is a statistically significant relation between sex and smoking ($p<0.05$) and statistically significant relation between ages and acne complaints ($p<0.05$). Following the study, it was established that there isn't a statistically significant relation between acne complaint and smoking ($p>0.05$). It was ascertained that there isn't a statistically significant difference between acuteness of acne complaint and smoking ($p>0.05$) but there is a significant relation between daily smoking and smoking period in statistical terms ($p<0.05$).

Key Words: Acne Vulgaris, Smoking, Global Acne, GAGS

1.GİRİŞ

Akne vulgaris tüm yaş gruplarında görülebilmesine rağmen genellikle 12-24 yaş arasındaki gençlerde yaklaşık %85'ini etkileyen pilosebase biriminin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır (1,2). Akne etyopatolojisinde; sebum üretiminde artış, foliküler epidermal hiperprofilerasyon, inflamasyon ve Propionşbacterium acnes etkili olmaktadır. Tedavisinde ise topikal ve sistemik ilaçlar etkilidir.

Sigara içeriğinde 4 binden fazla toksik madde içermektedir. En önemlisi nikotindir (3). Bağımlılığının kronik bir hastalık olduğu tespit edilmiştir (4).

Çalışmamızın amacı, akne vulgaris şiddeti, sigara kullanım süresi ve kullanım miktarı arasındaki ilişkinin nasıl değiştiğini tespit etmektir. Bu ilişkiyi ölçmek için GADÖ (Global Akne Derecelendirme Ölçeği) yararlanılacaktır.

2.AKNE VULGARİS

2.1.AKNE VULGARİS VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Akne vulgaris, adölesan dönemde görülen, pilosebase üniteyi tutan, multifaktöriyel etyolojiye sahip, kendini sınırlayan, kronik, inflamatuar bir hastalıktır. Akne vulgaris sebase bezlerin yoğun olarak bulunduğu (yüz, sırt, göğüs, omuz) bölgeleri etkilediği saptanmıştır. Akne açık ve kapalı komedonlar, papüller, püstüller ve daha az sıklıkta nodüller, kist ve skar oluşan pleomorfik bir lezyon grubundan meydana gelir (1). Akneler oluşan lezyonların kendilerini sınırlama özelliğinde olurlarsa da, oluşan atrofik ve

hipertrofik skarlar nedeniyle kalıcı sekellere yol açarlar (2).

Akne vulgaris, sık rastlanılan ve daha çok kozmetik şikayetlere yol açtığı düşünülmesine rağmen kişilerde psikolojik ve sosyal açıdan ciddi kısıtlamalardan meydana gelebilmektedir (5).

Akne vulgaris'i hemen hmen her birey puberte esnasında bir derecesini geçirdiği bilinmektedir. Erken yetişkinlik döneminde spontan gerileme olabilir. 4. dekata kadar kalıcı bir problem olarak kalabilir. Erken başlangıçlı olan aknelerde ve erkeklerde daha şiddetli seyreder.

Akne prevalansı bazı kaynaklarda tam olarak saptanamasına karşın bazı kaynaklarda adölesan dönemde %70-85'lere kadar çıktığı saptanmıştır (6,7). Ayrıca 11-30 yaş arasında akne prevelansı %30-80 olduğu söylenebilir (7).

Olguların çoğu 13-19 yaş arasında görülmektedir. Her 2 cinste eşit sıklıkta etkilenir (8). Ortalama başlangıç yaşı; kadınlarda 11, erkeklerde ise 12 olduğu belirlenmiştir. Görülme sıklığı kadınlarda 14-17, erkeklerde 16-19 dir. Hastaların çoğunda bu dönemden sonra akne insidansı düştüğü saptanmıştır (9,10).

Akne, adolesan ve genç erişkin dönemin hastalığı olarak bilinmekle birlikte, yenidoğan, süt çocukluğu, prepubertal dönem ve orta yaşlarda da görüldüğü saptanmıştır (11).

Akne sıklıkla bağımsız bir hastalık gibi bilinse de bazen altta yatan hormonal anormallikler hatta gonadal veya adrenal tümörlerin belirtisi olduğu görülmüştür (12,13).

Akne hastalarının bazı kaynaklarda genellikle ailelerinde benzer öykülerin mevcut olduğu saptanırken (14), akne prevelansının oldukça yüksek olması nedeniyle ailesel olup olmadığının değerlendirilmesi oldukça güç olduğu söylenebilir.

Aknenin görülmesinde androjen ve lipid anormalliklerine neden olan birçok gen rol aldığı saptanmıştır (15).

Akne vulgaris oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu kabul edilmekte, ancak henüz genetik geçiş şekline dair şekline dair bir bilgi bulunmamaktadır (16,17).

Adolesanların dörtte birinde 18 yaş civarında kalıcı akne skarlarının görülebildiği bildirilmiştir (18). Ancak tedavideki yenilikler skarlaşmayı önlemekte veya minimale indirmektedir. Ayrıca akne, adolesan ve genç erişkinlere önemli bir psikososyal yük getirmekte ve hayat kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (19-21). İntihar düşünceleri genel populasyona göre bu hastalarda oldukça yüksektir (22-23).

2.2.Aknede Rol Alan Diğer Faktörler

Aknede rol alan diğer faktörler;

- Premenrtrüel alevlenme
- Diyet

- Hiperhidroz
- Stres
- İlaçlar
- Travma
- Kozmetik ve nemlendiriciler
- Ultraviyole radyasyon
- Sigara
- Oksidatif stres
- Hormonlar

1. Androjenik hormonlar
2. Östrojen
3. Büyüme hormonu
4. Melanokortinler

- Kalıtım

2.3.Ayırıcı Tanı

Aknenin ayırıcı tanısı çok geniştir. Başlangıç yaşı, lezyonların morfolojisi, lokalizasyonu tanı için yardımcı olur. Yenidoğan döneminde sebase hiperplazi, miliara rubra, kandidial enfeksiyonlar ile karışma ihtimali yüksektir. Kapalı komedonal tanısında; kontakt akne, foliküler orjinli deri eki tümörleri, steatoksitoma multipleks, erüptif vellus kıl kisti yer almaktadır. Açık komedonların ayırıcı tanısında; Faure-Racouchot hastalığı, nevus komedonikus, trichostazis spinulosa yer almaktadur. Ayırıcı tanıda yer alan rozase daha yaşlılarda oluşur, oküler tutuluma neden olabilir. Genellikle deri lezyonları skar bırakmaz.

İnflamatuvar akne, follikülitler, prodofolikülitis barbea ve akne keloidalis, nörotik ekskoriasyonlar, folliküler mikozis fungoides, Behçet Hastalığı'nın papülopüstüler lezyonları, lupus miliaris disseminatus fasiale, rozasea ve perioral dermatit ile karışabilir (24).

2.4.AKNEDE TEDAVİ

Akne vulgariste tedavi; hastanın yaşı, lezyon tipi, lokalizasyonu ve şiddeti, skar oluşumuna meyli, psikolojik durumu ve kullandığı tedaviler dikkate alınarak uygun olan yöntem önerilmelidir.

Hafif şiddette aknesi olan olgularda topikal tedavi, orta ve ağır derecede akneli olgularda oral ve tropikal tedavi önerilmektedir (25).

Tedavide amaç; lezyon sayısı ve şiddetini en aza indirgemek ve skar gelişimini önlemektir (26).

2.5.Sigaranın deri hastalıkları üzerine etkisi

Sigara bazı çalışmalara göre, dudaklar ve oral kavite tümörleri dışında sigaran›n malin melanom (MM), mikozis fungoides (MF), bazal hücreli karsinom (BCC) ve skuamöz hücreli karsinom (SCC) için bir risk faktörü oluşturmadığı ileri sürülmektedir (27-28)

Sigara içen bireylerde, ülserif kolit ve afrın remisyona girmesi, akne vulgaris ve akne rozasenin daha az görüldüğü, sigaranın inflamatuvar cevabı azalttığı yönündeki savı desteklemiştir (29).

Sigara; psoriasis, palmoplantar püstülosis, atopik dermatit, dishidrotik ekzema, enfeksiyoz ekzematoid dermatit dışında kalan inflamatuvar deri hastalıklarını azaltıcı etki gösterdiği, akne vulgarisi ise artırdığı bir çok çalışma sonucunda belirlenmiştir.

Klinik çalışmalar sonucunda, sigara içme ile akne arasında bir ilişkinin varlığını düşündürdüğü belirlenmiştir. Wolf ve ark (30) çalışmalarında aknenin daha az görüldüğü ileri sunulmuştur. Mills ve ark. (31) ise aknenin sigara içenlerde beklenenden az olduğu bulunmuş, nikotinin inflamatuvar etkisinden kaynaklandığı açıklanmıştır.

Sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla akne sıklığı daha yüksektir. Ayrıca günlük içilen sigara ile akne sıklığı ve şiddeti arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır (31). Örneğin; günde 1-10 adet sigara içenlerde akne sıklığı %32,5 iken, 20 taneden fazla içenlerde %44 olduğu belirlenmiştir.

Sigara içimi ve çevresel inhalasyon ajanların saman nezlesi, üriter ve ekzema sıklığı üzerindeki etkisine bakıldığında; saman nezlesinde ters orantılı olduğu, ekzema ve üriter ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sigara, zararları yanında yararlı olduğu çok az sayıda hastalığında olduğu tespit edilmiştir. Sigaranın bırakılması ile ülserif kolit (ÜK) insidansında artış olduğu saptanmıştır. Bu nedenle ÜK tedavisinde nikotin sakızları, nikotin bantları, sigara içme gibi yöntemler denenmiştir. Ayrıca ÜK'li hastaların %5'inde görüldüğü saptanan piyoderma gangrenozum (PG) tedavisinde nikotin uygulamaları olumlu sonuçlar vermiştir (30). Bazı çalışmalarda nikotin bantlarının doğrudan derideki ülserlere uygulanması olumlu sonuçlar vermiştir (30). Sigaranın olumlu etkileri rekürren aftöz stomatit (RAS) ve Behçet hastalığında da belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, sigara içmeyenlerin %46'sında içenlerin %26'sında RAS öyküsü bulunduğu; sigara kullanmayan üç RAS hastasında Niconette tablet kullanıldığında lezyonların iyileştiği bir süre sonra ise nüks etmediği saptanmıştır (30). Soy ve ark. (32) yaptıkları çalışmada ise Behçet hastalarında sigaranın bırakılması deri-mukoza belirtilerini artırdığı saptanmıştır.

3.UYGULAMA ÇALIŞMASI

3.1.ÇALIŞMANIN KAPSAMI

Araştırma İstanbul il sınırları içinde mevcut İstanbul Üniversitesi öğrencilerinden, 18-24 yaş aralığında olan okur yazar 2017 kişi dahil edilmiştir. Çalışma Mayıs 2010-Ağustos 2010 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Çalışma randomize kontrollü bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

Çalışma için seçilmiş okullardaki 18-24

yaş aralığındaki bireylere, sigara kullanımının, sigara kullanım süresinin, sigara kullanım miktarının ve pasif içiciliğin; akne varlığının, akne varlığının süresinin ve akneyi algılama şiddetinin sorgulandığı anket formları uygulanarak, tüm bireylerin dermatolojik muayenesi yapılmıştır. Akne vulgaris tanısı konan bireylerin akne vulgaris şiddeti, global akne derecelendirme ölçeği ile skorlanmıştır. Çalışma sonucunda 18-24 yaş grubunda sigara içme oranı tespit edilmiştir. 18-24 yaş grubunda akne vulgaris oranı tespit edilmiştir. Akne vulgaris tanılı hastaların sigara kullanma oranları, akne vulgaris tanısı almayan bireylerin sigara kullanım oranlarıyla karşılaştırılmıştır. Sigara-akne ilişkisinin yaş gruplarına göre farklılığı incelenmiştir. Sigara –akne ilişkisinde cinsiyet ayrımına bakılmıştır. Pasif içicilik ile akne vulgaris arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Yıllara göre sigara-akne ilişkisindeki değişime bakılmıştır. Sigara sayısı ile akne şiddeti arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Sigara içme süresi ile akne şiddeti arasındaki ilişkiye bakılmıştır. OK kullanımı ile akne arasındaki ilişkiye bakılacaktır. Akne vulgaris tanısında, hasta algısı ile hekim değerlendirmesi arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Sigara kullanımının global akne derecelendirme ölçeğine göre tespit edilen akne vulgaris şiddeti ile ilişkisi araştırılmıştır. Sigara kullanımı ile akne ilacı kullanımı arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda yapılan çalışma ile, akne vulgaris ve sigara içme oranları tespit edilerek , testin sapma oranını %5 ,1. Tip hata oranını %5 testin gücünü %80 alarak, teste alınması gereken erkek sayısı 1114 , kadın sayısı 903 olarak tespit edildi.

Veriler anket formu ile toplanmıştır. İlgili literatür incelenerek hazırlanan ankaetin demografik özelliklerden ve akne vulgaris şiddeti, sigara kullanım süresi ve kullanım miktarı arasındaki ilişkiyi tespit etmek için GADÖ (Global Akne Derecelendirme Ölçeği) kullanılmıştır.

Global Akne Derecelendirme Ölçeği (GADÖ), Doshi ve arkadaşları (1997) (149) tarafından geliştirilen ve akne şiddetini belirlemeye yarayan bir ölçektir. Yüz (alın, sol ve sağ yanak, burun, çene), göğüs ve sırtın üst bölümü olmak üzere 6 yerleşim yerinde pilosebase ünitelerin yoğunluğu ve dağılımını değerlendirilmekte ve hastalara 0 ile 44 arasında global akne puanı verilmektedir. Hastadaki akne şiddeti bu puan kullanılarak ayrıca şu şekilde derecelendirilebilmektedir:

- Akne yok (0 puan),
- Hafif şiddette (1-18 puan),
- Orta şiddette (19-30 puan),
- Şiddetli (31-38 puan)
- Çok şiddetli (>39 puan)

şeklinde sınıflandırılmıştır.

Akne yerleşim yeri ise "ağırlıklı yüz, ağırlıklı gövde ve eşit ağırlıklı yüz-gövde" biçiminde üç sınıfta değerlendirilmiştir. Sos-

yodemografik ve Klinik Bilgi Formunda hastanın kendindeki aknelerin şiddetini değerlendirmesi için hazırlanmış olan 10 cm. uzunluğunda ve 10 eşit parçaya bölünerek üzerine 0 ile 10 arasında puanların yazıldığı bir görsel analog değerlendirme cetveli hazırlanmıştır.

Verilerin istatistik analizi için SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır.

3.2. BULGULAR

Çalışmamıza, 903'ü kadın, 1114'ü erkek olmak üzere 2017 kişi alınmıştır. Yaş aralığı 18-24 yaş aralığında olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin %55,2'si erkek, %44,8'ini kadın olduğu belirlenmiştir. İstatistikî anlamda erkek ile bayan denek arasında önemli ölçüde fark bulunmamaktadır. Araştırma sonuçlarını herhangi bir cinsiyet önemli derecede etkilememektedir. Bu durum araştırmanın tarafsızlığını desteklemektedir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan bireylerin yaş dağılımı

	Sayı	%
18 yaş	226	11,2
19 yaş	414	20,5
20 yaş	473	23,5
21 yaş	289	14,3
22 yaş	234	11,6
23 yaş	189	9,4
24 yaş	192	9,5
Toplam	2017	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin yaş dağılımı incelendiğinde; %23,5'inin 20 yaşında olduğu, %20,5'inin 19 yaşında olduğu, %14,3'ünün 21 yaşında olduğu, %11,6'sının 22 yaşında olduğu belirlenmiştir.

Araştımaya katılan bireylerin yaş dağılımı incelendiğinde; bireylerin yaş ortalaması ve standart sapması 20,60±1,80, minimum maksimum değeri ise 18-24 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %52,2'sinin akne şikayeti olmadığı, %47,8'inin ise akne şikayeti olduğu belirlenmiştir. Bu durum araştırma açısından oldukça olumlu bir durumdur. Akne şikâyeti olanlar ile olmayanların durumu rahatça gözlenebilecektir; fakat sağlık açısından da bir o kadar olumsuz bir durumu gözler önüne sermektedir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan bireylerin akne şikayeti süresinin dağılımı

	Sayı	%
1 yıldan az	211	20,9
1-5 yıl arası	551	54,6
5 yıldan fazla	247	24,5
Toplam	1009	100,0

Araştırmaya katılan akne şikayeti olan bireylerin akne şikayeti süresi incelendiğinde; %54,6'sının 1-5 yıl arasında olduğu, %24,5'inin 5 yıldan fazla olduğu, %20 ,9'unun 1 yıldan az olduğu saptanmıştır. Gençlerin şikayetçi oldukları yaş aralığı göz önüne alındığında, aknenin kaynağının hormonsal olup olmadığı incelenmelidir.

Akne Şikâyeti olan gençler, şiddet dereceleri en çok üç olarak belirtmişlerdir. Deneklerin %40'ından fazlası ikini veya üçüncü derecede akne şikâyetleri olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan akne şikayeti olan bireylerin akne şiddeti dağılımı

	Sayı	%
1	230	16,7
2	270	19,7
3	306	22,3
4	191	13,9
5	156	11,4
6	81	5,9
7	60	4,4
8	45	3,3
9	9	,7
10	26	1,9
Toplam	1374	100,0

Araştırmaya katılan akne şikayeti olan bireylerin ağrı şiddeti incelendiğide; %22,3'ünün 3. Derecede olduğu, %19,7'sinin 2. Dereceden olduğu, %16,7'sinin ise 1. Dereceden olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %72,9'unun sigara kullanmadığı, %27,1'inin sigara kullandaığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin günlük sigara kullanımı incelendiğide; %45,2'sinin günlük 11-20 adet sigara kullandığı, %41,5'sinin günlük 1-10 adet sigara kullandığı, %13,2'sinin günlük 20'den fazla sigara kullandığı belirlenmiştir. Bu durum sigara içen üniversite öğrencilerinin genellikle bir paketten az sayıda sigara içtiklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanım süresi incelendiğinde; %54,2'sinin 1-5 yıl arasında sigara kullandığı, %24,6'sının 5 yıldan fazla sigara kullandığı, %24,6'sının 5 yıldan fazla sigara kullandığı saptanmıştır. Bu durum insanların genellikle üniversite çağında sigaraya başladıklarını göstermektedir. Yine üzücü bir durum da neredeyse deneklerin dörtte birinin "5 yıldan fazla" süredir sigara kullandıklarını gözler önüne sermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %68,4'ünün pasif içiçi olduğu, %68,4'ünün ise pasif içiçi olmadığı belirlenmiştir. Bu durumda öğrencilerin, dışa en açık dönem olan üniversite çağında çevresinin etkisi ile sigaraya başlama ve alışma tehlikesini belirtmektedir.

Tablo 4. Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanırken akne şikayeti olma durumunun dağılımı

	Sayı	%
Artar	101	16,4
Azalir	48	7,8
Degişmez	467	75,8
Toplam	616	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanırken akne şikayeti olma durumu incelendiğinde; %75,8'inin akne şikayetinde değişme olmadığı, %16,4'ünün akne şikayetinin arttığı, %7,8'inin ise akne şikayetinin azaldığı saptanmıştır. Öğrencilerin dörtte üçü sigara kullanımı ile akne şikâyetlerinin birbiri ile ilişkili olmadığını düşünmektedir. Buna rağmen sigara kullanımı sırasında akne şikâyetlerinin arttığını düşünen gençler artmadığını düşünen gençlere göre çoğunluktadır. Bu durum ayrıca incelenmelidir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan global akne skorları dağılımı

	Sayı	%
1-18	480	46,0
19-30	414	39,7
31-38	107	10,3
>39	42	4,0
Toplam	1043	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin global akne skorları incelendiğinde; %46'sının 1-18 olduğu, %39,7'sinin 19-30 olduğu, %10,3'ünün 31-38 olduğu, %4'ünün ise 39 ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin %72,9'unun akne için ilaç kullanmadığı, %27,1'inin ise akne için ilaç kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun akne problemleri olmasına rağmen akne ilaçları kullanmadığı ortaya çıkmıştır. Bu önemli sonucun nedenleri araştırılmalıdır.

Tablo 6. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ile akne şikayeti arasındaki ilişkinin dağılımı

Cinsiyet durumu		Sivilce Akne Sikayetiniz varmi?		Toplam
		Evet	Hayır	
Kadın	Sayı	512	388	900
	%	25,	19,3	44,8
Erkek	Sayı	449	660	1109
	%	22,3	32,9	55,2
Toplam	Sayı	961	1048	2009
	%	47,8	52,2	100,0

Kikare: 53,563, p=0,000

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ile akne şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların %25'inin sivilce akne şikayeti olduğu, erkeklerin ise %22,3'ünün akne şikayeti olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet ile akne şikâyeti arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmış, Araştırma sonucunda bireylerin cinsiyetleri ile akne şikayetleri arsasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ile akne şikayeti arasındaki ilşiki incelendiğinde; akne şikayeti değerlerinin birbirine çok yakın olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet ile akne şikâyeti şiddeti skoru arasında bir ilişki olup olmadığı test edilmiş, Araştırma sonucunda cinsiyet ile akne şikayeti skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıktığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin sigara içme durumu ile cinsiyet dağılımı arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara içenlerin %9,4'ünün kadın olduğu, %17,6'sının erkek olduğu; sigara içmeyerlerin ie %35,4'ünün kadın oldupu, %37,5'inin erkek olduğu saptanmıştır.

Cinsiyet ile sigara kullanımı arasında bir ilişki olup olmadığı test edilmiş, Araştırma sonucunda sigara içme durumu ile cinsiyet dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşları ile akne şikayeti olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; 20 yaşındaki bireylerin %11,6'sında sivilcede akne şikayeti olduğu, %11,9'unun da sivilcede akne şikayeti olmadığı belirlenmiştir.

Yaş ile akne şikâyeti arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmış, Araştırma sonucunda bireylerin yaşları ile akne şikayeti olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ile akne şikayeti arasındaki ilişki incelendiğinde; 20 yaşındaki bireylerin %14,1'inde 1-5 yıl arasında sivilcede akne şikayeti olduğu belirlenmiştir.

Yaş ile akne şikâyet süresi arasında bir ilişki olup olmadığı test edilmiş, Araştırma sonucunda bireylerin yaş ile akne şikayeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin sivilcede akne şikayeti olanların %13,2'sinin sigara kullandıpı, sivilce akne şikayeti olmayanların %38,2'sinin sigara kullanmadığı belirlenmiştir.

Sigara kullanımı ile akne şikâyeti arasında bir ilişki olup olmadığı test edilmiş, Araştırma sonucunda sivilce akne şikayeti olan ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin sivilce akne şikayetinin şiddeti durumu ile sigara kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde; akne şiddeti 3 olanların %6,1'i sigara kullandığı, %16,3'ünün sigara kullanmadığı belirlenmiştir.

Akne şikâyeti şiddeti ile sigara kullanımı arasında bir ilişki olup olmadığı test edilmiş, Araştırma sonucunda sivilce akne şikayetinin şiddeti durumu ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin bireylerin günlük sigara kullanımı ile sigara içme süresi arasındaki ilişkinin incelendiğinde; günlük 11-20 adet sigara kullananların %5.1'inin 1 yıldan az kullandığı, %26,9'unun 1-5 yıl arası sigara kullandığı, %10,7'sinin 5 den fazla olduğu saptanmıştır.

Günlük sigara kullanımı ile sigara içme süresi arasında bir ilişki olup olmadığı test edilmiş, Araştırma sonucunda günlük sigara kullanımı ile sigara içme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Akne vulgaris pilosebase birimin kronik inşamatuar bir hastalığıdır. Genellikle adolesan dönemde görülmektedir. Bu dönemlerde ciddi emosyonel problemlere neden olmaktadır. Ayrıca psikososyal gelişime negatif etki etmektedir. Temel nedeni bilinmemekle birlikte inşamasyonun akne patogenezinde önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bundan dolayı akne gelişiminde önemli rolü olan inşamasyonu, başlatan faktörler birçok kişi tarafından araştırılmıştır.

Çalışmamızdaki bireylerin yaş ortalaması 20,60 dır. Çilingir'in yaptığı çalışmada benzer sonuca ulaşılmıştır (33). Bağcıoğlunun'nun yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (34).

Çalışmamızda tüm bireylerimizin ortalama yaşı, akne başlangıcı ve hastalık süresi gibi demografik özellikleri değerlendirilmiş olup elde ettiğimiz veriler genel olarak bazı literatürdeki çalışmalara benzerlik göstermektedir (35,36,37).

Coates ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dirençli köken oranlarının genç hastalarda nispeten düşük görülmesinin nedeni doktorların başlangıçta antibiyotik kullanmaktan kaçınmalarından kaynaklanmıştır (38).

Çalışmamızda kadınların %25'inin ve erkeklerin %22,3'ünün akne şikâyeti olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bu oranın iki cinsiyet arasında esit olduğu belirtilmistir. İngilterede geniş tabanlı akne prevalansını tespit etmek icin yapılan bir calısmada 14-16 yas arası adolesanlarda aknenin erkeklerin %56'sını, kızların %45'ini etkilediği saptanmıstır (39). Türkiyede akne prevalansına yonelik bir calısmada; 14-20 yas arasındaki oğrencilerdeki akne prevalansı erkeklerde %29, kızlarda %16 olarak bulunmustur (40).

Çalışmamızda akne vulgarisin etkisinin görüldüğü dönem çoğunlukla 19-20 yaş arası gençleri kapsadığı saptanmıştır. Akne vulgaris sıklıkla 16-20 yaş arası gençleri etkilediği belirlenmiştir (41).

Namlı ve ark. (42) Araştırmada akne görül-

me sıklığı ergenlik döneminde rastlandığı saptanmıştır. Ergenlik döneminde akne görülme sıklığıyla ilgili yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Gençlerde farklı şiddet derecelerinde ve sık görülen aknenin prevelansı coğrafi değişiklikler gösterir (43,44). Endüstrisi gelişmemiş toplumlarda daha az görülen akne, batı toplumlarında ergenlik dönemindeki gençlerin neredeyse %79-95'ini etkiler (45,46). Toplumu temal alan çalışmalarda akne prevelansı Almanya'da %26,8, Avustralya'da %12,8 olarak saptanmıştır (43,47).

Çalışmamızda sivilce akne şikayeti olan ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Klinik deneyimlerde sigara içme ile akne arasında bir ilişkinin varlığını düşündürmekte olduğu belirlenmiştir. Wolf ve ark. (30) kendi ulusal istatistiksel değerlendirmelerinde aknenin daha az görüldüğünü saptamıştır. Mills ve ark. (31) Yaptıkları çalışmada ise aknenin sigara içenlerde beklenenden az olduğu bulunmuştur. bu etki nikotinin antiinflamatuvar etkisiyle açıklanmaya çalışılmıştır; ancak bu çalışmadaki hastaların şiddetli akne grubunda, isotretinoin kullanan hastalar oldukları dikkat çekmektedir. Diğer taraftan toplumda akne epidemiyolojisi ile ilgili bir araştırmada akne sıklığı, aktif sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur; ayrıca akne sıklığı ve şiddeti ile günlük içilen sigara sayısı arasında da doğrusal bir ilişki saptanmıştır (günde 1-10 adet sigara içenlerde akne görülme oranı %32,5 iken, 20 taneden fazla içenlerde %44 olması gibi) (43). Bütün bu araştırmalar ışığında, sigaranın akne oluşumuna katkıda bulunduğu söylenebilir, fakat doğrudan bir sebep olarak gösterilemez.

Çalışmamızda akne sıklığı ve şiddeti ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Namlı ve ark. (42) yaptığı çalışmada sigara kullanma durumu akne vulgaris varlığı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Günlük sigara kullanma durumu ile ise anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

- Katılımcıların cinsiyetleri ile akne şikayetleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$)
- Katılımcıların cinsiyet ile akne şikayeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıktığı saptanmıştır. ($p<0,05$).
- Sigara içme durumu ile cinsiyet dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$).
- Bireylerin yaşları ile akne şikayeti olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$).
- bireylerin yaş ile akne şikayeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$).
- Katılımcıların sivilce akne şikayeti olan ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. ($p>0,05$).

- Bireylerin sivilce akne şikayetinin şiddeti durumu ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. (p>0,05).
- Günlük sigara kullanımı ile sigara içme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. (p<0,05).

KAYNAKÇA

(1) ***ZAENGLEİN AI, G. E., THİBOUTOT DM, STRAUSS JS (2008)***. Acne vulgaris and acneiform eruptions. In Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. (Ed.) *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* (7th ed., pp. 690-703). New York, McGraw-Hill.

(2) ***ZAENGLEİN AL, T.D. , (2008).*** Acne vulgaris. In. Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. (Ed.), Dermatology (2nd ed., pp.495-508). Spain: Mosby: Elsevier.

(3) ***RAW M, ANDERSON P, BATRA A, DUBOİS G, HARRİNGTON P, HİRSCH A, LE HOUEZEC J, MCNEİLL A, MİLNER D, POETSCHKE LANGER M, ZATONSKİ W (2002).*** WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence. *Tob Control. 3,* 11(1):44-6.

(4) ***A CLİNİCAL PRACTİCE GUİDELİNE FOR TREATİNG TOBACCO USE AND DEPENDENCE:*** A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives.[No authors listed]. *JAMA. 28 (7); 283(24):* 3244- 3254

(5) ***COTTERRİLL JA, C. WJ. (1997).*** Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol 137,* 246-250.

(6) ***COLLİER CN, H. JC, CANTRELL WC, WANG W, FOSTER KW, ELEWSKİ BE (2008).*** The prevalence of acne in adults 20 years and older. *J Am Acad Dermatol 58*, 56-59.

(7) ***DRENO B, P. F. (2003).*** Epidemiology of acne. *Dermatology 206,* 7-10.

(8) ***BURGDORF WHC, P. G, WOLFF HH, LANDTHALER M. (2009).*** Dermatology. *Dermatology*(3th ed., pp.993-1018). Berlin: Springer Verlag.

(9) ***SHALİTA AR. (2004).*** Acne: Clinical presentations.*Clin Dermatol 22,* 385–386

(10) ***GOODMAN G. (2006).*** Acne-natural history, facts and myths. *Aust Fam Physician 3,* 613-616.

(11) ***TOM WL, F.SF. (2008).*** Acne through the ages: case-based observations through childhood and adolescence.

Clin Pediatr 47, 639-651.

(12) ESSAH PA, W. EP, III, NUNLEY JR, NESTLER JE. (2006). Dermatology of androgen-related disorders. *Clin Dermatol 24,* 289-298.

(13) MANN MW, E. SS, MALLORY SB. (2007). Infantile acne as the initial sign of an adrenocortical tumor. *J Am Acad Dermatol 56,* 15-8.

(14) ERKİN G, B.G. (2004). Akne Vulgaris. *Hacettepe Tıp Dergisi 35*, 207-11.

(15) DEGİTZ K, P.M, BORELLİ C, PLEWİG G. (2007). Pathophysiology of acne. *J Dtsch Dermatol Ges 5,* 316-23.

(16) AKSAKAL AB. (1993). *Akne vulgarisli kadın hastalarda siproteron asetat+etinil estradiol kombinasyonunun tedavi etkinliği ve serum hormon düzeyleri üzerine olan etkisi.* Uzmanlık Tezi, Gazi üniversitesi, Ankara,

(17) PANG Y, H. CD, LİU Y, WANG KB, XİAO T, WANG YK, ET AL. (2008). Combination of short CAG and GGN repeats in the androgen receptor gene is associated with acne risk in North East China. *JEADV 22,* 1445-1451.

(18) KİLKENNY M, M. K, PLUNKETT A, MARKS R. (1998). The prevalence of common skin conditions in Australian school students: 3. acne vulgaris. *Br J Dermatol 13,*: 840-845.

(19) TAN JK. (2004). Psychosocial impact of acne vulgaris: evaluating the evidence. *Skin Therapy Lett 9,* 1-9.

(20) FRİED RG, W.A. (2006). Psychological problems in the acne patient. *Dermatol Ther 19,* 237-40.

(21) SMİTHARD A, G. C, WİLLİAMS HC. (2001). Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a community-based study. *Br J Dermatol 145,* 274-9.

(22) PİCARDİ A, M. E, PASQUİNİ P. (2006). Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol 54,* 420-426.

(23) GUPTA MA, G.AK. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol 139*, 846-50.

(24) ZEAGLEİN AL, THİBOUTOT DM (2008). Adrexal Diseases. In Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP (Eds.). *Dermatology* (2nd ed. Pp. 495-516). London, Mosby Elsevier.

(25) SAVASKAN H, ACAR M.A, MEMİSOĞLU H.R. (1994). Yağ bezi hastalıkları. In K. A. Tüzün Y, Aydemir EH, Baransü O (Ed.), *Dermatoloji'de* (pp. 483-489). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

(26) SİDBURY R, PALLER AS. (2000). The diagnosis and management of acne. *Pediatr Ann. 29:* 17-24.

(27) KARAGAS MR, STUKEL TA, GREENBURG R ET AL (1992). Risk of subsequent basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin among patients with prior skin cancer. *JAMA. 267:* 3305-3310.

(28) CORONA R, DOGLİOTTİ E, D'ERRİCO M ET AL (2001). Risk factors for basal cell carcinoma in a Mediterranean population:role of recreational sun exposure early in life. *Arch Dermatol. 137:* 1162-1168.

(29) MİLLS C.M. (1998). "Cigarette smoking, cutaneous immunity, and inflammatory response." Clin Dermatol 16: 589-94.

(30) WOLF R, WOLF D, RUOCCO V (1998). The benefits of smoking in skin diseases. *Clin Dermatol. 16:* 641-647

(31) MİLLS C, PETERS T, FİNLAY A (1993). Does smoking influence acne. *Clin Exp Dermatol 18*: 100-101

(32) SOY M, ERKEN E, KONCA K, ÖZBEK S (2000). Smoking and Behçet's disease. Clin Rheumatol. 19: 508-509

(33) ÇİLİNGİR, H.Z, (2009). Akne Vulgarisli Hastalardan İzole Edilen Propionibacterium Acnes Kökenlerinin Eritromisin, Klindamisin Ve Tetrasikline İnvitro Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 46

(34) BAĞCIOĞU, E (2008). Akne Vulgariste Psikolojik Faktorlerin Rolü Ve Hastalığın Yaşam Kalitesi Uzerine Etkisi. Kahramanmaraş, Sütçü İmam Üniversitesi. 35

(35) STRAUSS JS, KROWCHUK DP, LEYDEN JJ, LUCKY AW, SHALİTA AR, SİEGFRİED EC, ET AL. (2007). Guidelines of care for acne vulgaris management. *J Am Acad Dermatol. 56:* 651-663.

(36) LEYDEN JJ, TANGHETTİ EA, MİLLER B, UNG M, BERSON D, LEE J. (2002). Once-daily tazarotene 0.1 % gel versus once-daily tretinoin 0.1 % microsponge gel for the treatment of facial acne vulgaris: a double-blind randomized trial. *Cutis. 69:* 9-12.

(37) YAVRUCUOĞLU E, KÖKÇAM İ, SARAL Y. (1996). Akne Vulgarisli Kadın Hastalarda Siproteron Asetat + Etinil Östradiol Kombine Kullanımının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *T Klin Dermatoloji. 5:* 24-29.

(38) COATES P, VYAKRNAM S, EADY EA ET AL. (2002). Prevalence of antibiotic resistant propionibacteria on the skin of acne patients: 10-year surveillance data and snapshot distribution study. *Br J Dermatol 146:* 840–848.

(39) A.SMİTHARD, C.GLAZEBROOK, H.C. WİLLİAMS. (2001). Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence:a community-based study. *Br J Dermatol 145(2)*: 274-9.

(40) AKTAN S, OZMEN E, SANLİ B. (2000). Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescents *Int J Dermatol 39:* 354-7.

(41) ALTUNAY, M. (2005). Akne Vulgaris-te psikopatolojik Etkiler. *Dermatosa. 4(2):* 92-95.

(42) NAMLI, S, APAYDIN, R, ÜNAL G, ÇAĞLAYAN Ç, BİLEN N, BAYRAMGÜRLER D. (2005). Erkek Sanayi Çalışanlarında Akne Prevalansı Epidemiyolojisi ve Olası Faktörlerle İlişki. Türkiye Klinikleri J. Dermatol. 15: 15-22

(43) SCHAFER T, NİENHAUS A, VİELUF D, BERGER J, RİNG J. (2001). Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. *Br J Dermatol. 145:* 100-104.

(44) JEMEC GB, LİNNEBERG A, NİELSEN NH, FROLUND L, MADSEN F, JORGENSEN T. (2002). Have oral contraceptives reduced the prevalance of acne? A population- based study of acne vulgaris, tobacco smoking and oral contraceptives. *Dermatology 204:* 179-184

(45) CORDAİN L, LİNDEBERG S, HURTADO M, HİLL K, EATON B, BRAND-MİLLER J. (2002). Acne vulgaris; A disease of western civilization. *Arch Dermatol. 138;* 1584-1590.

(46) SMİTHARD A, GLZEBROOK C, WİLLİAMS HC. (2001). Acne prevalance, knowledge about acne and psyhological morbidity in mid-adolescense: a community-based study. *Br J Dermatol. 125:* 274-279

(47) PLUNKETT A, MERLİN K, GİLL D, ZUO Y, JOLLEY D, MARKS R. (1999). The frequensy of common skin conditions in adults in central Victoria, Australia. *Int J Dermatol 138:* 901-908.

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SPOR SAĞLIK ve TIP BİLİMLER DERGİSİ
Ekim-Kasım-Aralık 2011 Sayısı Sayı: 1 / Cilt: 1 Autumn October- November- December 2011 Volume:01 Issue:01 Jel Kodu: JEL I
www.sstbdergisi.com

AKUT PANKREATİT TEDAVİSİNDE ERKEN KOLESİSTEKTOMİNİN YERİ[1]

Onur KESLER

T.C. Sağlık Bakanlığı Yenişehir Devlet Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği K.Maraş

Özet: Safra taşı pankreatiti tüm pankreatit vakalarının %40'ını ve akut pankreatit vakalarının da %90'ını oluşturmaktadır. Safra taşı hastalığının ortadan kaldırılması ilerde oluşacak pankreatit ataklarını önler. Ancak halihazırda safra taşı hastalığına bağlı gelişen akut pankreatitli bir hastada kolesistektominin yapılma zamanına ait fikir birliği yoktur. Bu çalışmanın amacı akut panreatit tedavisinde erken kolesistektominin mortalite ve morbitide üzerine etkisini değerlendirmek, hekimlere bu konu hakkında karar verirken yardımcı olabilmektir. Bu çalışmamızda; akut pankreatit tablosu geriledikten sonra yapılacak kolesistektominin güvenle uygulanabildiği, hastalan daha sonra gelişecek akut pankreatit ataklarından ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonlardan koruduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Akut Pankreatit, Erken Kolesistektominin, Safra Taşı Pankreatiti

THE IMPORTANCE OF EARLY CHOLECYSTECTOMY IN TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Abstract: Gallstone pancreatitis constitutes the 40% of all pancreatitis cases and 90% of acute pancreatitis cases. Elimination of gallstone disease prevents the attacks of pancreatitis to be formed in the future. But there isn't a consensus about the correct time for making cholecystectomy in a patient with acute pancreatitis developing depending on the currently gallstone disease. The purpose of this study is to evaluate the effect of early cholecystectomy on morbidity and mortality in the treatment of acute pancreatitis and to help the doctors in taking decision in this subject. In this study, it is concluded that cholecystectomy to be made after the regression of acute pancreatitis table can be applied safely and it prevents from the acute pancreatitis attacks to be formed later and complications which may develop accordingly.

Key Words: Acute Pancreatitis, Early Cholecystectomy, Gallstone Pancreatitis

---

1 ***Bu makale yazarın şişli etfal hastanesinde Opr.Dr.Uygur DEMİR'in danışmanlığında yapılan tıp uzmanlık tezinden üretilerek hazırlanmıştır. Tezin Hazırlanmasında Değerli Desteklerini Esirgemeyen Prof.Dr.Mehmet MİHMANLI"a Yardımları ve desteklerinden dolayı teşekkür ederiz.***

l. GİRİŞ

Akut Pankreatit bezin kendi enzimlerinin aktivasyonu, intertisyel serbestleşmesi ve sindirimi sonucunda oluşan nonbakteriyel pankreas inflamasyonudur. Klinik olarak akut karın ağrısı, kanda pankreas enzimleri konsantrasyonlarında yükselme ve idrarda pankreas enzimlerinde artış vardır.

Ödemden, nekroza kadar değişen şiddette patolojik değişiklikler ile se yredebileceği gibi, fibrozis ve bunun sonucunda irreversibl endokrin ve egzokrin fonksiyon bozukluğu ile sonlanabilir. Atakların çoğu benign bir seyir göstermekle beraber, şiddetli ataklarda şok, böbrek yetmezliği, solunum yetmezliği gelişebilmektedir. Hastaların %85' inde glandın intertisyel ödemi ile hafif şekli vardır. Primer nedenin ortadan kaldırılmasıyla pankreasta meydana gelen morfolojik değişiklikler tamamen normale dönebilmektedir. Akut panreatitin kronik pankreatite dönmesi olağan değildir.

Kronik pankreatit ise klinik olarak tekrarlayan karın ağrısı ile karakterizedir. Tekrarlayan bu atakların sonucunda pankreasın endokrin ve egzokrin fonksiyonlarında yetmezlik tablosunun gelişmesi oldukça sıktır.

Akut pankreatitli hastaların tedavisi, nedenin belirlenmesi, ciddiyetinin değerlendirilmesi, agresif sıvı replasmanı, yoğun bakım desteği, sistemik ya da lokal komplikasyon gelişen hastalarda cerrahi girişimleri kapsar.

Tanı, yoğun bakım ve cerrahideki ilerlemelere rağmen şiddetli akut pankreatit hekimler için bir sorun olmaya devam etmektedir.

Safra taşı pankreatiti tüm pankreatit vakalarının %40'ını ve akut pankreatit vakalarının da %90'ını oluşturmaktadır. Safra taşı hastalığının ortadan kaldırılması ilerde oluşacak pankreatit ataklarını önler. Ancak halihazırda safra taşı hastalığına bağlı gelişen akut pankreatitli bir hastada kolesistektominin yapılma zamanına ait fikir birliği yoktur. Bu çalışmanın amacı akut panreatit tedavisinde erken kolesistektominin mortalite ve morbitide üzerine etkisini değerlendirmek, hekimlere bu konu hakkında karar verirken yardımcı olabilmektir.

2.AKUT PANREATİT

2.1.PANKREASIN ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ

Pankreas karın arka duvarında 1. ve 2. lomber vertebra hizasında, çoğunlukla hareketsiz, retroperitoneal yerleşimli bir organdır. Erişkin insanda pankreas bezi 80-90gr ortalama 15-20cm uzunluğunda, 3cm eninde ve l-1.5cm kalmlığındadır. Midenin arkasında, sağında duedonum, solunda dalak olmak üzere retroperitonda transvers olarak uzanır. Pankreas kabaca, unsinat prosesle birlikte olan baş, boyun, gövde ve kuyruk kısımlarına bölünür. Üstte bursa omentalis, önde transvers mezokolon ve aşağıda omentum majus ile ilişkilidir.

Bas orta hatta 2. lumbar vertebra hizasına

kadar uzanır. Basın posterior yüzeyi sağ böbreğin medial kenarının yanında, sağ renal damarların ve inferior vena kavanın üzerinde bulunur. Uncinat proces, portal ven ve süperior mezenterik damarların arkasında posteriora ve bezin basının soluna uzanır. Bezin gövdesiyle basını birleştiren boyun süperior mezenterik damarlar ve portal venin önündedir. Süperior mezenterik ven ve portal ven ön yüzü ile pankreas boyun kısmı posterioru arasında dallar yoktur. Pankreasın gövdesi 1. lumbar vertebra hizasında uzanır ve süperior mezenterik venin sol sınırından baslar. Posterior yüzü aorta, sol adrenal bez ve böbrek, sol renal damarlar ve üst sınırında uzanan splenik arter ve venle temas halindedir. Pankreasın kuyruğu 12. thorasik vertebra hizasında uzanır ve ucu genellikle dalak hilusuna ulasır(1).

Organın endokrin fonksiyonu yaşamın sürdürülebilmesi için mutlak gereklidir. Egzokrin fonksiyonu ise barsak lümenine sindirimi büyük ölçüde kolaylaştıran sodyum bikarbonat ve sindirim enzimlerinin salmımmdan sorumludur.

2.2.AKUT PANKREATİT

Akut pankreatit, enzim aktivasyonu, interstisyel sızmalar ve pankreasın kendi enzimleri ile kendini sindirmesi sonucu oluşan (otodigesyon), sık görülen ve bakteriyel olmayan, karın ağrısı, bulantı ve kusma ile kendini gösteren bir hastalıktır. Lokal ve sistemik komplikasyonlara yolacarak sepsis ve/veya şok sonucu mortalite ile sonlanan olgular azdeğildir.

Alkolizm ve safra yolu hastalıkları tüm akut pankreatit vakalalarmın % 80'inden sorumludur. Tüm bu nedenler içine kolelitiazis en sık nedendir. ERCP işlemi uygulanmış hastaların %2-5'inde de işlemin kendisi akut pankreatite neden olmaktadır. Hastalığın dağılımında cinsiyet farkı yoktur. Bugün için hastalığın insidansmda artış bildirilmektedir(2,3). Akut pankreatit klinik olarak hafif ve ağır pankreatit şeklinde ayrılırken, morfolojik olarak ise ödematöz ve nekrotizan olarak da sınıflandırmaktadır. Klinik tablo hafif bir karın ağrısından, hipotansiyon, metabolik düzensizlikler, sepsis ve ölüm gibi çok ağır komplikasyonlar içeren tablolara kadar değişebilir. Hastalık çoğunlukla hafif ve orta şiddette seyreder. Bu hastalarda hastalık genelde kendini sınırlar ve destek tedavileri ile iyileşir. Tüm akut pankreatitli olguların %20-30'unda ise nekroz gelişmektedir. Sekonder pankreatik enfeksiyonlar akut nekrotizan pankreatitli hastaklarda %40-70 oranında gelişmekte olup mortalitenin en sık nedenidir (4,5). Enfekte nekroz %50 oranında mortalite riskini beraberinde getirmektedir. Nekrotik pankreas dokusunun enfekte olma insidansı birinci haftada % 24 düzeyinde seyrederken üçüncü haftada %70'i aşmaktadır. Bu nedenle, nekrotik pankreas dokusunun enfekte olmasının engellenmesi mortaliteyi azaltabilecek önemli bir hedeftir.

Akut pankreatitte günümüzde en çok kullanılan sınıflandırma Atlanta(1992) sınıflandırmasıdır. Atlanta sınıflandırmasına göre akut pankreatit 5 seviyede değerlendirilir(6).

Tablo 1: Atlanta sınıflandırması

Atlanta sınıflandırması
Hafif pankreatit
Ağır pankreatit: l- steril 2- enfekte
Pankreas absesi
Pseudokist
Peripankreatik sıvı

Akut pankreatitte ileus ve böbrek yetmezliği görülebilir. Karında ve retroperitoneal bölgede meydana gelen yağ nekrozu, kanda fazla miktarda kalsiyum kaybına yol açtığı için karpopedal spazma neden olabilir(7,8,9).

2.2.1.Laboratuar:

Serum amilazının yüksek değerlerinin pankreatite eşlik ettiği, tanı koydurucu bir test olarak kullanılabileceği ilk kez 1929'da Elman ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Genellikle 100 mililitrede en az 500 somogy ünitesine kadar yükselir. Bu değerin 1000 üniteye ulaşması tanıyı kesinleştirir. Değerlerin 1000 ünitenin üzerinde olması akut safra pankreatiti için karakteristiktir. Bununla birlikte akut alkolik pankreatitte sıklıkla daha düşük seviyelerde bulunur. Bununla birlikte serumdaki amilaz konsantrasyonu, içi boş organların delinmesi, mezenter damarlarının tıkanması, barsak tıkanması gibi batında iltihaba yol açan diğer durumlarda, ayrıca kabakulak, böbrek yetmezliği, afferent ans sendromu, diabetik ketoasidoz, alkolizm, safra yolları hastalıkları, makroamilazemi ve nadiren de morfin analoglarm kullanılması gibi durumlar da da yükselebilmektedir. Eskiden değişik testler arasında en kolay uygulananı ve en spesifik olanı olarak kabul edilen serum amilaz seviyesinin ölçümü, bugün o kadar güvenilir bir tanı metodu olarak kabul edilmemektedir. Myokard, tükürük bezi, karaciğer, barsak ve kas dokularında önemli miktarlarda amilaz varlığı tespit edilmiştir.

Serumdaki amilaz konsantrasyonu genellikle 24 saat içinde en yüksek değerine ulaşır ve 3-10 gün içerisinde normale döner. Kandaki amilaz düzeyinin yükselmesi, idrardaki amilaz düzeyinin de yükselmesine yol açar. Kan amilazı normale indikten sonra da, bir süre daha idrar amilaz seviyesi yüksek olarak devam eder. Bundan dolayı gecikmiş olgularda idrar amilaz tayini daha doğru olacaktır, idrarla amilaz atılımının saatte 1000 ünite olması, çoğunlukla akut pankreatitte görülür. Bu miktarın daha az olması, diğer hastalıkları düşündürür. Akut pankreatitte idrar amilaz klirensi amilazın tübülüsten geri emiliminin gecikmesi nedeniyle artmıştır. Normalde süzülen amilazın %75' i geri emilmektedir. Önceleri bunun pankreatite özgü olduğu sanılmış ve bir tanı yöntemi olarak kullanılmıştır. Ancak bu durum idrar proteinleri ile tübülüs geri emilim fonksiyonunun aşırı yüklenmesinden köken almakta ve bir çok akut yangısal hastalıkda, böbrek yetmezliğinde, diyabette ya da travmadan sonra doku yıkımının özel olmayan bir etkisi sonucu ortaya çıkmaktadır. Akut pankreatit vakalarında amilaz/kreatin oranı artar, ancak bunun duyarlılığı ve özgüllük derecesi kesin değildir.

Akut pankreatit vakalarında serum lipaz konsantrasyonu da artar ve amilaza oranla daha uzun süre anormal düzeyde kalır. Lipazın serumdaki normal değeri 1,2 ünite olarak kabul edilmekte, 6 ünitenin üzerindeki değerler pankreatiti doğrulamaktadır. Pankreasla ilgili olmayan hastalıklarda da hiperlipazeminin görülmesi dikkatli olmayı gerektirmektedir. Fosfolipaz, elastaz, ribonükleaz, deoksiribonükleaz, karboksipeptidaz gibi çeşitli pankreatik enzimlerin serumda saptanması, lipaz ve amilaza üstünlük taşımamaktadır. Dehidratasyonun bir sonucu olarak hematokrit yükselebilir. Ayrıca hemorajik pankreatitte-abdominal kan ya da eksuda kaybı nedeni ile hematokrit düşmüş olabilir. Genelde orta derecede bir lökositoz vardır, ancak süpüratif komplikasyonlarm olmadığı bir durumda lökosit sayısının 12000'in üzerine çıkması beklenmez.

Serum total bilirubin miktarı alkolik pankreatit dışındaki olguların %50'sinde %1.5 civarında bulunmaktadır. %5 mg'in üstündeki değerlerle birlikte alkalen fosfataz düzeyinin yüksek olması hastalığın daha çok biliyer kökenli olduğunu düşündürür. Karaciğer fonksiyon testleri genelde normaldir. LDH'ın 700 ünite üzerine çıkması, serum aspartat transferaz (AST) düzeyinin 250 Sigma-Frankel birimini aşması ve arter kanındaki oksijen basıncının 60 mmHg'nm altına inmesi prognozun iyi olmadığını gösteren bulgulardır(10). Hastalarda geçici hiperglisemi ve glikozüri de görülmektedir. Bu olay daha önceleri hasarlı pankreasın yeterli insülin yapamamasına bağlanırdı, ancak yapılan çalışmalar amilazın karaciğerde glukojeni glukoza çevirdiğini ve pankreatit süresince glukagon salgılandığını göstermiştir.

2.2.2.Etiyoloji

Akut pankreatit gelişiminde en sık belirlenen nedenler; safra taşlan, alkolizm ve travmadır. Çoğu araştırmada safra yolu hastalıkları ve kronik alkolizm, olguların %75-90'mdan sorumludur. Olguların küçük bir kısmında ise hiperkalsemi, hiperlipidemi, genetik yatkınlık gibi faktörler rol oynamaktadır(11,12).

2.2.3.Akut Pankreatitte Patolojik Bulgular:

Akut pankreatitte patolojik bulgular her olguda değişik olabilir. Bazen de bezin farklı bölgelerinde değişik bulgular elde edilebilir. Sık görülen patolojik olaylar ödem, yağ nekrozu, kanama, parankim nekrozu ve süpürasyondur.

Akut pankreatit ödeminde bezin herhangi bir segmenti hastalanabilir. Bu genellikle baş kısmıdır. Ödem çoğunlukla peripankreatik dokulara da yayılarak, bezin sınırları belirgin görüntüsünün kaybolmasına neden olabilir.

2.2.4.Akut Pankreatit ve ayırıcı Tanı

Akut pankreatitin ayırıcı tanısında karışıklığa ve tanı yanlışlığına neden olan hastalıklar kısaca şu şekilde listelenebilir: Akut kolesistit, peptik ülser perforasyonu veya penetrasyonu, ileus, akut apandisit, akut peritonit, koledok taşı ve safra koliği, dalak yırtılması, böbrek koliği, akut koroner arter tıkanması ve anjina pektoris, dissekan aort anevrizması, mezenter arter trombozu, bazal pnömoni, akciğer embolisi ve infarktüsü, akut porfiri, dış gebelik rüptürü, zona zoster, diyabetik ketoasidoz

koması, hiatus hernisi inkarserasyonu, çocuklarda ensefalit, tabes dorsalis krizi ve şok sendromu ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Önemli bir nokta, akut pankreatitle karışabilen hastalıkların çoğunun ameliyat edilmediği takdirde letal olabilmeleridir. Bu nedenle klinik zeminde kesin tanı konamadığında, diagnostik laparatomi endikasyonu vardır(7).

2.3.AKUT PANKREATİT KOMPLİKASYONLARI VE TEDAVİSİ

Akut pankreatitin en sık komplikasyonu psödokist oluşumudur. Alkolik pankreatitlerde daha sık rastlanan psödokistlerde fibröz duvarla çevrelenmiş pankreatik salgı ve nekrotik doku vardır. Psödokist genellikle akut atağın 2. haftasında ortaya çıkar, îdrar amilazında yükselme bu komplikasyonu akla getirmelidir. Ultrasonografi veya Bilgisayarlı Tomografi tanıda çok yardımcı olur. Aynı zamanda görüntüleme eşliğinde ince iğne aspirasyonu ve sıvıda amilaz tayini tanı koydurucudur. Spontan regrese olmayan psödokistler 6 hatanın sonunda ameliyat edilmelidir. Lokalizasyonuna göre mide, duedenum ve jejenuma internal olarak drene edilirler.

Akut pankreatitin önemli diğer komplikasyonları ise pankreas nekrozu ve abse gelişimidir. Pankreas nekrozu bölgesel veya yaygın, yüzeyel ya da parankimal olabilir. Bu nekroz ortalama akut atağın 7-10. gününe kadar sterildir. %60 kadarı enfekte olmaz.

Pankreatik abse ise genellikle geç bir komplikasyondur ve en sık akut atağın 3.-5. haftaları arasında ortaya çıkar. Pankreatik ve peripankreatik nekrozun likefikasyonu veya psödokistin enfekte olması sonucu gelişir. Etken en sık koliform bakteriler ve klostrialardır. Perkütan veya cerrahi olarak debride edilebilir.

3.UYGULAMA

3.1.GEREÇ VE YÖNTEM

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerahi Kliniğine Ocak 2001 ve Mart2008 tarihleri arasında biliyer pankreatit nedeniyle başvurmuş ve kolesistektomi uygulanmış toplam 70 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Karın ağrısı ile başvuran hastalarda kan amilaz düzeyinin normalin 3 katından fazla olması Akut Pankreatit olarak tanımlandı. Başvuru anında hastaların vital bulguları kaydedildi, Tam kansayımı, glukoz, üre, kreatinin, AST, ALT, total bilüribin, direkt bilüribin, indirekt bilüribin, amilaz, kalsiyum, sodyum, potasyum, koagülasyon parametreleri ve kan grubu tayinleri yapıldı. Her hastaya Batın Ultrasonografisi, Ayakta Direkt Batın Grafisi, Posterior-Anterior Akciğer Grafisi çekildi. Ağır Pankreatit düşünülen hastalara Batın Tomografisi çekildi. Hastaların başvuru anındaki Ranson kriterleri belirlendi ve Ranson kriterlerine göre hastalar ağır ve hafif olmak üzere iki gruba ayrıldı.

îlk hospitalizasyonda öpere edilen hastalar ve iki ay sonrasına gün verilenler rastgele seçildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, daha önce Akut Pankreatit atağı geçirip geçirmedikleri, beraberinde Ultrasonografide Akut kolesistit bulgularının olup olmadığı, başvuru anındaki Ranson bulguları, kolesistektomi zamanları ve tekrar Pankreatit atağı geçirip geçirmedikleri değerlendirildi.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlarm (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.2.BULGULAR

Çalışma Ocak 2001-Mart 2008 tarihleri arasında yaşları 21 ile 89 arasında değişmekte olan; 47'si (%67.1) kadın ve 23'ü (%32.9) erkek olmak üzere toplam 70 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların ortalama yaşı 58.81±15.23'tür. Olguların hastanede yatış süreleri 3 gün ile 31 gün arasında değişmekte olup; ortalaması 12.70±6.32 gündür.

Tablo 2: Olgulara İlişkin Genel Özelliklerin Dağılımı

		n	%
İlk atak	**Evet** **Hayır**	**62 8**	**88,6** **11,4**
Kolesistit	**Evet** **Hayır**	**38** **31**	**55,1** **44,9**
Ranson Skoru	**Hafif pankreatit** **Ağır pankreatit**	**50** **20**	**71,4** **28,6**
Öpere Edilme Zamanı	**<2ay** **>2ay**	**43** **27**	**61,4** **38,6**

62 olgu ilk defa akut pankreatit nedeniyle hastanemize başvurmuşken, 8 hastaya daha önceki bir zamanda akut pankreatit tanısı ile medikal tedavi uygulanmıştı. Olguların %55.1'inde pankreatit ile birlikte kolesistit de mevcuttur.

Olguların %61.4'ü ilk yatışta (<2 ay) ameliyat edilirken, %38.6'sı 2 aydan sonra ameliyat edilmiştir.

Olguların %71.4'ünün ranson skoru hafif pankreatit, %28.6'smm ki ağır pankreatitdir.

İki ay sonrasına randevu verilen hastaların %40.7'si bu süre içinde henüz ameliyat randevu zamanı gelemeden tekrar Akut pankreatit nedeniyle hastaneye başvurmuştur.

Tablo 3: Ameliyat Edilme Zamanına Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Ameliyat Edilme Zamanı		
		<2 ay	**>2 ay**	***P***
		Ort±SD		**Ort±SD**
+Yaş		58,44±15,97	59,40±14,25	*0,798*
		n (%)	n (%)	
Kadın 13 (%30,2)	30 (%69,8) 10 (%37,0)	17 (%63,0) ^Cinsiyet Erkek		*0,555*

Student t test ++ *Ki-kare test*

Ameliyat edilme zamanlarına göre olguların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Ameliyat edilme zamanlarına göre olguların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

2 aydan önce ameliyat edilenler ile 2 aydan sonra ameliyat edilenlerin ranson skoru dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4: Olgulara İlişkin Genel Özelliklerin Dağılımı

		Yatış Süresi	
		Ort±SD	
+**Ameliyat Edilme**	**<2 ay**	11,86±6,00	
62			***0,1***
Zamanı	**>2 ay**	14,04±6,69	

+ *Student t test*

2 aydan önce sürede ameliyat edilenler ile 2 aydan sonra ameliyat edilenlerin hastanede yatış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

3.3.TARTIŞMA

Akut pankreatit tanısı 1992'de Atlanta konferansında konulan kriterlerle karın ağrısı ve serum amilazının 1000 somogy ünitesinin veya lipaz seviyelerinin normalin 3 katı olmasıyla konur. Bu çalışmada amilaz kullanılmıştır. Hastalığın şiddetini belirlemede bir çok laboratuar ve skorlama sistemi kullanılmaktadır. Başvuru anında hastaları sınıflandırabilecek skorlama sistemleri, daha önce de belirtildiği gibi MOSS, Glaskow ve Ranson'dur. Biz çalışmamızda Ranson skorlama sistemini tercih ettik.

Karın ultrasonografisi pankreas boyutundaki genişleme ve inflamatuar değişiklikler, ve etyolojik açıdan safra kesesi ve yollarının patolojilerinin tespitinde faydalıdır (13). Tüm hastalara acil şartlarda başvuru anında karın ultrasonografisi yapıldı. Bu çalışmaya sadece safra yollarında taş tesbit edilerek kolesistektomi uygulanan hastalar dahil edildi.

Literatüre göre pankreatitlerin %80-85 oranı hafif pankreatit iken, %15-20'si ağır pankreatittir. Bizim çalışmamızda Ranson skorlama sistemine göre %71.4'ü hafif, %28.6'sı ağır pankreatit olarak değerlendirilmiştir ve bu sonuç literatüre yakındır. Pankreatitin görülme yaşı 50-60 olarak belirtilmektedir. Çalışmamıza dahil olan hastaların 58.81±15.23 yaş ortalaması bu bilgiyle çelişmemektedir. Olguların % 67. l'i kadın, %32.9'u ise erkektir. Olguların %88.6'sı ilk kez atak geçirmiş iken, %11.4'ü bu hastalığı daha önce de geçirmiş ve bu nedenle çeşitli sağlık kurumlarında tedavi görmüştür. Olguların %55.1'inde ise beraberinde ultrasonografik olarak; kese duvar kalınlığında artış, hidropik kese, perikolesistik sıvı bulgularından en az bir tanesi pozitif olarak tesbit edilmiştir.

Olguların %61.4'ü ilk hastaneye yatışlarında, %38.6'sı ise 2 ay sonrasına randevu verilerek kolesistektomi uygulanmıştır, îlk hastaneye yatış sırasında ve 2 ay sonrasına randevu verilerek ameliyat edilen hastalar arasında, yaş, cinsiyet, ultrasonografide tesbit edilen kolesistit bulguları, toplam hastanede yatış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak 2 ay sonrasına randevu verilen hastaların %40.7'si randevu süresi dolmadan tekrar akut pankreatit atağı ile hastaneye başvurmak zorunda kalmıştır. Son yıllarda yapılan Tang ve ark. , Alimoğlu ve ark., David ve ark. tarafından yürütülen çalışmalarda da görüldüğü üzere akut pankreatitin akut epizodunun iyileşmesini takiben kolesistektominin yapılması tavsiye edilmektedir(14,15,16).

Geç kolesistektomi yapılan vakalarda bilyer komplikasyonlar ile hastaların karşılaşma ihtmali Srinathan ve ark. göre %24 olarak bulunmuştur (17). Bizim sonuçlarımız ise %40.7 ile bunun üzerindedir. Senapati ve ark. yaptığı çalışmada da akut pankreatit vakalarında erken laparoskopik kolesistektominin güvenle

uygulanabileceğini göstermiştir (18). Ayrıca hafif ve orta şiddetli pankreatitte kolesistektominin ilk 7 gün içinde güvenle yapılabileceğini, ağır pankreatitte ise medikal tedaviyi takiben 7-21 gün arası kolesistektominin uygulanabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (19,20).

3.4. SONUÇ:

Akut pankreatit halen tedavisi tartışmalı bir hastalıktır. Akut biliyer pankreatit tanısı ile hastaneye yatırılan hastaların kolesistektomi zamanı hakkında fikir birliği oluşmamıştır. Bilier pankreatit tanısı alan hastaların yaklaşık yarısında beraberinde ultrasonografik olarak akut kolesistit de mevcuttur. Bu nedenle hastalara antibiyoterapi planlanırken göz önünde bulundurulması gerekir. Akut pankreatit nedeniyle hastaneye yatırılan hastalara ilk yatışları sırasında kolesistektomi uygulanması, randevulu olarak elektif şartlarda ameliyata alınan hastalara göre toplam hastanede yatış sürelerini arttırmaz.

Bu çalışmamızda; akut pankreatit tablosu geriledikten sonra yapılacak kolesistektominin güvenle uygulanabildiği, hastalan daha sonra gelişecek akut pankreatit ataklarından ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonlardan koruduğu sonucuna varıldı.

KAYNAKÇA

(1) SCHWARTZ 2005. Textbook, Principles of Surgery, 8. Edition ; 1222-1296

(2) YEO CJ, CAMERON JL. THE PANCREAS. ÎN 2001. Sabiston DC, editör. Sabiston Textbook of Surgery. 16th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; p. 116-125

(3) KARNE S 1999. Gorelick FS. Etiopatogenesis of acute pancreatitis. Surg Clin N Am; 79: 699-709

(4) BANKS PA. ÎNFEKTED NECROSİS , 1991. morbidity and therapeutic consequences. Hepatogasroenterology;38:116-119

(5) WİDDİSON AL 1993. Karanjia ND. Pancreatic infection complicating acute pancreatitis. Br JSurg; 80: 148-154

(6) BRADLEY E., 1993. A clinically based clasification system for acute pancreatitis. Arch Surg; 128: 586-590

(7) BRADLEY EL , 1986. Zeppa RB: The Pancreas in textbook of surgery D.C. Sabiston (Ed) WB Saunders Co, Igaku-Shoin 13 th Edition; 1: 1170 -1187.

(8) MİNKARİ T, ÜNAL G 1991. Kafadar Y. Pankreas cerrahisi; 119-134

(9) ***YILMAZ U 1991.*** Gören A. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri 2th ed.

(10) ***101REBER HA 1988.*** Way LW: Pancreas. Current surgical diagnosis and treatment.Textbook, Lawrence W. Way, 8. edition: 517 -530.

(11) ***POTTS JR, 1988.*** Acute pancreatitis. Surg. Clin. North Am. ; 68: 281 -299.

(12) ***CAMERON JL: ACUTE PANCREATİTİS, 1983.*** Surgery of the alimentary tract. Ph iladelphia, ; 4: 31-61

(13) ***KOİZUMİ M, TAKADA T, 2006.*** Kawarada Y, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: diagnostic criteria for acute pancreatitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg; 13:25-32.

(14) ***TANG E, STAİN SC, TANG G, FROES E, 1995.*** Berne TV. Timing of laparoscopic surgery in gallstone pancreatitis. Arch surg May;130(5):496-9

(15) ***ORHAN ALİMOGLU, ORHAN V. ÖZKAN, MUSTAFA ŞAHİN, ADEM AKCAKAYA, RAMAZAN ERYİLMAZ, GÜRHAN BAS. 2003.*** Timing of Cholecystectomy for Acute Biliary Pancreatitis: Outcomes of Cholecystectomy on First Admission and after Recurrent Biliary Pancreatitis. World J. Surg 27, 256-259,

(16) ***DAVİD K ROSİNG, MD, CHRİSTİAN DE VİRGİLİO, MD, FACS, AREZOU YAGHOUBİ MD, FACS, MONİCA EL MASRY, BS, DECEMBER 2007.*** Amy Kaji, MD, Bruce E Stabile, MD, F ACS. Early Cholecystectomy for Mild to Moderate Gallstone Pancreatitis Shortens Hospital Stay. J Am Coll Surg. Vol. 205, No. 6,

(17) ***SRİNATHAN SK, BARKUN JS, MEHTA SN, MEAKİNS JL, 1998 JUL-AUG.*** Barkun AN. Evolving management of mild-to-moderate gallstone pancreatitis. J Gastrointest Surg.;2(4):385-90.

(18) ***SENAPATİ PS, BHATTARCHARYA D, HARİNATH G, 2003 SEP.*** Ammori BJ. A survey of the timing and approach to the surgical management of cholelithiasis in patients with acute biliary pancreatitis and acute cholecystitis in the UK. Ann R Coll Surg Engl. ;85(5):306-12

(19) ***W. UHL, C. A. MÜLLER, L. KRAHENBÜHL, S.W. SCHMİD, 1999.*** St. Schölzel, M. W. Büchler. Timing of laparoscopi nd severe disease. Department of Visceral and Transplantation Surgery, University Hospital of Bern. Surg Endosc 13: 1070-1076

(20) ***TAYLOR E, 2004.*** Wong C. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in mild gallstone pancreatitis. Am Surg;70:971-975.

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SPOR SAĞLIK ve TIP BİLİMLER DERGİSİ

Ekim-Kasım-Aralık 2011 Sayısı Sayı: 1 / Cilt: 1 Autumn October- November- December 2011 Volume:01 Issue:01 Jel Kodu: JEL I

www.sstbdergisi.com

KALP HASTALARINA TATBİK EDİLEN DİYETLERİN MÖNÜ YAPILARI VE HASTALARIN YEMEKLERİ TÜKETİM DURUMLARININ SAPTANMASI: DR. SİYAMİ ERSEK GÖĞÜS KALP DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ[1]

Şule DAMGACI

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara

Özet: Araştırma, Dr. Siyami Ersek Hastanesi'nde, 19-84 yaş arası, 76 kadın, 239 erkek, toplam 315 hasta üzerinde yürütülmüştür. Çalışmanın amacı, bireylerin hastanede beslenme durumlarının ve mönü yapılarının değerlendirilmesi ve hastaların çıkan yemekleri tüketim durumlarının ve artık bırakma nedenlerinin saptanmasıdır. Beslenme alışkanlıkları ve bir günlük besin tüketimleri soruşturma yöntemi ile öğrenilmiş ve anket formuna kaydedilmiştir. Hastaların %57.5'inin yemekleri beğendiği, %21.0'inin beğenmediği, %21.5'inin bazen beğendiği ve %60.6'sının dışarıdan yemek aldığı saptanmıştır. Yemekleri beğenmeme nedenlerinin en başında yemeklerin tuzsuz olması (%73.1) gelmektedir. Hastaların lezzeti (%39.0), görünümü (%45.1) ve yemeklerin sıcaklıklarını (%47.3) iyi, porsiyon miktarını (%57.8), pişme düzeyini (%57.1), yemeklerin temizliğini (%65.4), çeşitliliği (%64.1), yemeklerin kıvamını (%59.0), salata ve meyve tazeliğini (%63.5), yemeklerin birbiri ile uyumunu (%66.0), tekrarlanma sıklığını (%63.5), sağlıklı beslenme ilkelerine uygunluğunu (%67.9), doyuruculuğunu (%64.4), servis şeklini (%74.9), yemek tepsisi temizliğini (%73.7), tabakların temizliğini (%74.3), çatal, kaşık, bıçak, bardak temizliğini (%71.7), servis personelinin temizliğini (%76.5), servis personelinin davranış şeklini (%77.8) ve servis saatlerinin uygunluğunu (%76.8) çok iyi olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalp hastalığı, hasta memnuniyeti, besin tüketimi, toplu beslenme

1 ***Bu makale Hacettepe Üniversitesi Toplu Beslenme Sistemleri Programı kapsamında 2009 yılında yayınlanan ve Prof.Dr.Türkan KUTLUAY MERDOL'un danışmanlığında yapılan yüksek lisans tezinden türetilerek hazırlanmıştır.***

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SPOR SAĞLIK ve TIP BİLİMLER DERGİSİ

Ekim-Kasım-Aralık 2011 Sayısı Sayı: 1 / Cilt: 1 Autumn October- November- December 2011 Volume:01 Issue:01 Jel Kodu: JEL I

www.sstbdergisi.com

MENU STRUCTURE OF DIETS APPLIED TO CARDIOPATHS AND DETERMINING THE MEALS CONSUMPTION STATUS OF PATIENTS: THE EXAMPLE OF DR. SİYAMİ ERSEK THORACIC AND CARDIOVASCULAR SURGERY RESEARCH AND TRAINING HOSPITAL

Abrasract: The study was carried out in 315 patients as 76 women and 239 men between the ages of 19-84 in Dr. Siyami Ersek Hospital. The aim of study is to evaluate nutrition status and menu structure of individuals in hospital and to determine the patient's consumption condition of meals and causes of uneaten conditions. Nutritional habits and one-day's food consumption were understood with the questioning method and recorded in survey form. It was determined that 57.5% of patients liked meals, 21.0% didn't like, 21.5% rarely liked and 60.6% ordered foods from outside. Saltless situation of foods is the leading factor among the causes of disliking foods (73.1%). It was established that patients evaluated taste (39.0%), appearance (45.1%) and heat of foods (47.3%) being well; the amount of portion (57.8%), level of cook (57.1%), cleanness of foods (65.4%), diversity (64.1%), consistency of foods (59.0%), freshness of salad and fruits (63.5%), harmony of foods with each other (66.0%), the prevalence (63.5%), appropriateness to healthy nutrition principles (67.9%), the condition of being filling (64.4%), the way of service (74.9%), cleanness of food tray (73.7%), cleanness of plates (74.3%), cleanness of fork, spoon, knife and glass (71.7%), hygiene of service personnel (76.5%), behaviours of service personnel (77.8%) and appropriateness of service hours (76.8%) as very well.

Key Words: Heart disease, patient satisfaction, food consumption, mass nutrition

1.GİRİŞ

İnsan sağlığı; beslenme, kalıtım, iklim ve çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Bu etmenlerin başında ise beslenme gelir (l).

Son yıllarda kentleşmenin hızlanması, çalışan insan sayısının artması, yaşam standartların değişmesi ve ekonomik, sosyal, kültürel değişmenin sonucu olarak ev dışında yemek yeme artmış, buna paralel olarak Toplu Beslenme Hizmeti (TBS) veren sektörlerin sayısı ve niteliğinde önemli değişimler gerçekleşmiş ve TBS günümüz yaşantısının önemli bir parçası haline gelmiştir (2).

Hastane hizmetleri içerisinde, hastaların tedavilerini ve onların aldıkları hizmeti değerlendirmelerini etkileyen önemli konulardan birinin, beslenme hizmetleri olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda, hastaların geçmiş tecrübelerine dayalı tahmin ifadelerinde, yiyecek hakkında özellikle çok şey hatırladıkları ve ifade ettikleri ortaya çıkarılmıştır (3). Tüketici memnuniyeti toplu

beslenme hizmeti veren kuruluşun başarısını belirler. Tüketiciler kendilerine sunulan hizmetin kalitesini yedikleri yemeklerle değerlendirirler (4). Hasta memnuniyeti araştırmalarının sonuçları, sağlık kurumunun sürekli iyileştirme sürecine temel teşkil edecek önemli verilerden biridir (5,6). Mönü planlama amacına uygun şekilde gerçekleştirildiğinde hangi yiyecek maddelerinin satın alınması gerektiği, servisi yapılan yiyeceklerin besin içeriği, ihtiyaç duyulan donanım ve personel, kurumun tesis planı ve yer gerekleri, üretim gerekleri ve maliyet kontrol çalışmaları gibi birçok çalışma sonuca ulaştırılabilmektedir (7).

2. KALP HASTALIKLARINDA BESLENME

Kalp damar hastalıkları, tüm dünyadaki ölümlerin birinci derecede nedenidir. Günümüzde dünya nüfusunun %25'i kalp damar hastalıklarından etkilenmektedir. Ülkemizde de önemli bir sorun olan kalp damar hastalıklarının görülme durumu 50 yaş üstündeki yetişkinlerde %12-15 arasındadır (1). Ülkemizde de yetişkin nüfustaki ölüm nedenlerinin ilk sırasını KKH almaktadır. Hastalık riski 35 yaşından itibaren artmakta, erkeklerde kadınlardan, yüksek sosyo-ekonomik grupta düşük sosyo-ekonomik gruptan daha yüksek oranda görülmektedir (8).

Yaşam kalitesini düşüren ve ölüm nedenlerinin başında yer alan kalp damar hastalıklarının başlıca risk faktörleri; hipertansiyon (yüksek tansiyon), kanda artmış LDL (düşük dansiteli lipoprotein), ve trigliserit düzeyleri, HLD (yüksek dansiteli lipoprotein)'nin düşük olması, yüksek homosistein düzeyleri, diyabet ve şişmanlıktır. Diğer risk faktörlerinin başlıcaları ise; antioksidanların yetersizliği, sigara içimi, fiziksel aktivite azlığı, kalıtım ve psikososyal faktörlerdir (8).

Beslenme, koroner arter hastalıklarının oluşumunda önemli rol oynar. Koroner kalp hastalığı ve kansere karşı meyve ve sebzeden zengin diyetin tüketilmesi gerekir. Karotenoidlerin alımı ile, dokudaki ve kandaki konsantrasyonun artması ile kalp hastalıkları riski azalmaktadır. Domates ürünleri olan, ketçap, domates suyu ve pizza sosu, lykopenin zengin kaynaklarındandır. Lykopenin kolesterol sentezini inhibe ettiği ve LDL'yi düşürdüğü, damar duvar kalınlığını ve miyokard enfarktüs riskini azalttığı görüşleri vardır (9).

Kalp hastalıkları özellikle gelişmiş ülkelerin ve aynı zamanda Türkiye'nin önde gelen sağlık sorunlarındandır. Genetik ve çevresel faktörlerin yanı sıra KKH'ın oluşumunda beslenmenin de önemli etkisi bulunmaktadır. Türkiye'de günlük enerji alımının %52'sini tahıl ve tahıl ürünleri oluşturmaktadır. Ekmek enerji tüketiminin %44 başlıca kaynağıdır. Tahılların toplam karbonhidrat içindeki payı (%66) yüksektir. Şeker tüketimi (çaydan-tatlıya) karbonhidrat tüketimini %3'ünü oluşturmaktadır. Günlük enerji alımının ikinci büyük bileşeni (%30) katı ve sıvı olmak üzere yağlardır. Zeytinyağı tüketimi ülkenin Batı ve Güney bölgelerinde daha fazla iken, hayvansal yağlar Doğu ve

İç kesimlerinde daha fazladır. Son yıllarda, margarin, daha ucuz olması nedeni ile hayvansal yağların yerini almıştır. Türkiye'de günlük proteinin %72'si bitkisel (tahıl ve kurubaklagiller) kaynaklı olup (koyun eti) ve et ürünleri protein alımının %10'unu balık, %3'ünü süt ve süt ürünleri, yumurta ise %15'ini oluşturmaktadır. Taze sebze ve meyvelerin beslenmemizde önemli yeri vardır (10).

Arnett ve diğerlerinin (11) yaptığı bir çalışmada meyve ve sebze tüketimi ile serum LDL kolesterolü arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmıştır. En yüksek miktarda sebze ve meyve tüketen grubun LDL kolesterol düzeyi en az tüketen gruba göre %6-7 oranında düşük çıkmıştır. Yine sebze ve meyvenin posa miktarının yüksek olmasından dolayı 8 haftalık dönemde LDL'nin %8 oranında düşüşü gözlenmiştir.

2.1. Mönü Planlama

Tüketiciler kendilerine sunulan hizmetin kalitesini yedikleri yemeklerle değerlendirirler. Bu nedenle mönü planlama toplu beslenme hizmetlerinde önemli bir konudur ve yapılan tüm işlemlerin merkezini oluşturur. Mönü planlamadan etkin bir satın alma, depolama, hazırlama, pişirme ve servis yapılamaz. Mönü planlama işlevi Toplu Beslenme Sistemlerinde rastgele değil, birçok etmenin göz önünde bulundurularak yapılması gereken bir işlemdir (6).

Toplu Beslenme Hizmeti yapılan kuruluşlardan biri olan hastanelerde Toplu Beslenme Hizmeti verilen üç grup vardır. Bunlar; hastalar, personel, hasta ziyaretçileridir. Hastalar için normal diyet (R3) ve özel diyetler (gavajlar, düşük proteinli uygulamalar, glutensiz uygulamalar vb.) çıkarılır.

Mönü planını etkileyen etmenler iki başlık altında incelenebilir (2):

1 . Beslenme Servisi Örgütüne Ait Etmenler

2. Tüketici / Müşteriye Ait Etmenler

2.2. Mönü Oluşturulurken Dikkat Edilecek Noktalar

Mönü planlamayı etkileyen faktörler göz önünde bulundurularak yemek listesi hazırlanırken yemeklerin bir araya getirilişinde de uygun bir kombinasyon sağlanmalıdır. Bir öğün içerisinde verilen yemekler renk, kıvam, tat yönünden birbirini tamamlamalı ve bu yönden çeşitlilik sağlanmalıdır. Bu şekilde mönü oluşturulduktan sonra mönüdeki yemeklerin hazırlanış ve pişirilmesinde, sağlık ve temizlik kurallarına dikkat edilmeli, sunumuna ve sunum sıcaklıklarına özen gösterilmelidir (12).

3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

3.1. Araştırma Yeri ve Süresi

Bu araştırma Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Haziran 2008-Eylül 2008 tarihleri arasında planlanıp, yürütülmüştür. Dr. Siyami Ersek Hastanesi 526 yatak kapa-

siteli olup kalp ve damar hastalarına hizmet vermektedir.

3.2. Araştırma Örneklemi ve Genel Planı

Araştırma kapsamına hastanede yatan kalp hastalarından "Gelişi güzel örnekleme yöntemi" ile seçilen 315 hasta alınmıştır. Hastanede toplu beslenme hizmeti, hastane tarafından hastaneye ait mutfakta verilmektedir. Hastane yemek yapımında gerekli olan malzemeleri ihale yoluyla almaktadır. Ayrıca personeli çalıştıran bir taşeron firma bulunmaktadır. Hastanede yemek hizmetinden birincil olarak hastane diyetisyenleri sorumludur. Mönüler Koroner ve Koroner Diyabetik Mönü olmak üzere, iki haftalık olarak diyetisyen tarafından hazırlanmaktadır. Mönünün içeriğindeki yiyecek türleri mevsimlere göre değiştirilmektedir. Koroner diyet alan hastaların günlük gereksinimleri 3 ana öğünde, koroner diyabetik diyet alan hastaların gereksinimleri 3 ana 3 ara öğünde sunulmaktadır. Hastalar için hastanede sunulan mönülerin 15 günlük kayıtları alınmış, bu mönülerin enerji ve besin öğeleri değerleri BeBİS programı yardımı ile hesaplanmıştır.

Veriler, Windows ortamında "SPSS 11.5 Bilgisayar Paket Programı" kullanılarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hastalar Hakkında Genel Bilgiler

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatan kalp hastalarının; hastanede çıkan yemekleri tüketim durumunu ve hastane yemeklerine olan memnuniyeti saptamak amacıyla planlanan bu çalışma sonucunda, aşağıdaki bulgular saptanmıştır.

Tablo 4.1.1. Hastaların cinsiyet, eğitim durumu ve ameliyat olma durumuna göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyeti		
Kadın	76	24.1
Erkek	239	75.9
Özellikler	**Sayı**	**%**
19-30	2	0.6
31-50	72	22.9
51-70	201	63.8
70->	40	12.7

Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	26	8.3
Okur yazar	21	6.7
İlkokul mezunu	148	
Ortaokul mezunu	34	46.9
Lise ve dengi okullar	44	10.8
Üniversite ve yüksekokul	42	
Ameliyat olma durumu		
Evet		14.0
Hayır		13.3
TOPLAM		

Tablo 4.1 2. Hastaların tanılarına göre dağılımları

Tanı	**Sayı**	**%**
Miyokard Enfarktüs (MI)	75	23.8
Unstable Angina Pektoris (USAP)	6	
Akut Koroner Sendromu (AKS)	30	9.6
Koroner Arter Hastalığı (KAH)	58	18.5
Kronik Kalp yetmezliği (KKY)	9	
Kapak hastalıkları	18	5.7
İleti bozukları hastalıkları	10	3.2
Perikardit	2	0.7
Miyokardit	2	0.6
Endokardit	1	0.3
MI-DM (Diabetes Mellitus)	33	10.5
USAP-DM	1	0.3
AKS-DM	13	4.3
KAH-DM	41	13.0
KKY-DM	8	2.5
Kapak Hastalıkları-DM	5	1.6
İleti bozukları hastalıkları-DM	1	
Perikardit-DM	1	0.3
Endokardit-DM	1	0.3
Toplam	**315**	**100.0**

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

- Hastaların %24.1'i kadın, %75.9'u erkektir.
- Hastaların %46.9'u ilkokul, %14.0'ü lise ve dengi okul, %13.3'ü üniversite ve yüksekokul, %10.8'i ortaokul mezunu, %8.3'ü okur yazar değil, %6.7'si okur yazar ama okula gitmemiştir.
- Görüşülen hastaların %75.9'u hastanede yattığı süre içinde ameliyat olmamış, %24.1'i ameliyat olmuş hastalardır.
- Hastaların %63.8'i 51-70 yaş grubu, %22.9'u 31-50 yaş grubu, %12.7'si 70 yaş ve üzerinde, %0.6'sı 19-30 yaş grubundadır.
- Görüşülen hastaların %34.3'ü MI, %31.4'ü KAH, %13.7'si AKS, %7.3'ü kapak hastalıkları, %5.4'ü KKY, %3.5'i ileti bozuklukları hastalıkları, %2.2'si USAP, %1.0'i perikardit, %0.6'sı miyokardit, %0.6'sı ise endokardit tanısı ile hastanede yatmaktadır. Ayrıca hastaların %33.1'i hem kalp hastalığı hem de diabetes mellitus (DM) hastalığı tanısı ile yatmaktadır.
- Yaş ortalaması kadınlarda 61.11±10.28 yıl, erkeklerde 56.81±10.48 yıl olarak bulunmuştur.
- Boy uzunluğu ortalaması kadınlarda 157.92±5.81 cm, erkeklerde 171.05±6.75 cm olarak bulunmuştur.
- Vücut ağırlığı ortalaması kadınlarda 74.27±13.09 kg, erkeklerde 79.38±12.58 kg olarak bulunmuştur.
- BKI ortalamaları kadınlarda 29.80±5.24 kg/m^2, erkeklerde 27.06±3.81 kg/m^2 olarak bulunmuştur.
- Kadın hastaların %43,4'ü obez, %36.8'i kilolu, %14.5'i normal, %2.6'sı zayıf, %2.6'sı 3.morbid obezdir.
- Erkek hastaların %49.9'u kilolu, %30.1'i normal, %20.5'i obez, %0.4'ü zayıftır.
- Koroner mönüdeki enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi, enerjinin yağdan gelen yüzdesi, posa, kolesterol ve sodyum miktarları AHA'nın önerdiği normal aralıktadır. Enerjinin proteinden gelen yüzdesi, enerjinin doymuş yağdan gelen yüzdesi ise AHA'nın önerdiğinin üstündedir. Enerjinin çoklu doymamış yağdan gelen yüzdesi ve enerjinin tekli doymamış yağdan gelen yüzdesi ise AHA'nın önerdiğinin altındadır.
- Koroner-diyabetik mönüdeki enerjinin yağdan gelen yüzdesi ve kolesterol miktarı AHA'nın önerdiği normal aralıktadır. Enerjinin proteinden gelen yüzdesi, enerjinin doymuş yağdan gelen yüzdesi, posa ve sodyum miktarları ise AHA'nın önerdiğinin üstündedir. Enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi, enerjinin çoklu doymamış yağdan gelen yüzdesi ve enerjinin tekli doymamış yağdan

gelen yüzdesi ise AHA'nın önerdiğinin altındadır.

- 19-30 yaş grubu kadınlarda ve 51 yaş üstü erkeklerde koroner mönünün enerjisi ile AHA'ya göre önerilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). 31-50 yaş grubu ve 51 yaş üstü kadın hastalarda koroner mönünün enerjisi ile AHA'ya göre önerilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). 19-30 ve 31-50 yaş grubu erkek hastalarda koroner mönünün enerjisi ile AHA'ya göre önerilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- 19-50 yaş grubu ve 51 yaş üstü hastalar için koroner mönünün kalsiyum miktarı ile AHA'ya göre önerilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- 19-30 yaş grubu kadınlarda ve 51 yaş üstü erkeklerde koroner-diyabetik mönünün enerjisi ile AHA'ya göre önerilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). 31-50 yaş grubu ve 51 yaş üstü kadın hastalarda koroner-diyabetik mönünün enerjisi ile AHA'ya göre önerilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). 19-30 ve 31-50 yaş grubu erkek hastalarda koroner-diyabetik mönünün enerjisi ile AHA'ya göre önerilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- 19-50 yaş grubu ve 51 yaş üstü hastalar için koroner-diyabetik mönünün kalsiyum miktarı ile AHA'ya göre önerilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların %83.8'i öğün arasında yiyecek tüketmekte, %16.2'si ise öğün arasında yiyecek tüketmemektedir.
- Hastalar ara öğünde en çok yoğurt-sütayran (%74.6) tüketmektedir. Meyve ise %63.8 oranı ile ikinci sırada tercih edilmektedir.
- Hastaların %54.0'ünün en az sabah kahvaltısında, %59.7'sinin de en çok öğle yemeğinde yemek tükettikleri saptanmıştır.
- Hastaların %60.6'sının dışarıdan yiyecek tükettikleri saptanmıştır. Hastalar dışarıdan en çok meyve (%34.6) satın alıp tüketmektedir. Bisküvi-simit-leblebi gibi yiyeceklerin ise %25.4 oranı ile ikinci sırada tercih edildiği saptanmıştır.
- Hastaların %57.5'i yemekleri beğendiğini, %21.0'i yemekleri beğenmediğini, %21.5'i de bazen beğendiği saptanmıştır. Hastaların yemekleri beğenmeme nedenlerinin en başında yemeklerin tuzsuz olması (%73.1) gelmektedir.
- Büyük parça et yemeklerinin beğenilme oranı %58.2 iken, beğenilmeme oranı %41.9 olarak saptanmıştır. Büyük parça et yemeklerinin en önemli beğenilmeme nedenleri arasında tuzsuz (%28.3) olması ve hastaların iştahsız (%22.0) olması gösterilmiştir. Hastalar büyük

parça et yemeklerinin çıkma sıklığının uygun (%93.1) olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %66.3'ünün büyük parça et yemeklerinin hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Küçük parça et yemeği beğenilme oranı %58.3 iken, beğenilmeme oranı %41.7 olarak saptanmıştır. Küçük parça et yemeklerinin beğenilmeme nedenleri arasında tuzsuz (%28.1) olması ve hastaların iştahsız (%24.2) olması gösterilmiştir. Hastalar küçük parça et yemeklerinin çıkma sıklığının uygun (%93.8) olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %66.8'inin küçük parça et yemeklerinin hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Köfteler hastalar tarafından %59.6 oranında beğenilirken, %40.4 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Köftelerin beğenilmeme nedenlerinin başında hastaların iştahsız (%23.8) olması ve tuzsuz (%19.0) olması gösterilmiştir. Hastalar köftelerin çıkma sıklığının uygun

- (%93.6) olduğunu belirtmiştir. Hastaların %67.6'sının köftelerin hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Tavuk yemekleri %68.1 oranında beğenilirken, %31.9 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Tavukların beğenilmeme nedeninin ilk başında hastaların iştahsız olması (%33.0) gelmektedir. Hastalar tavuk yemeklerinin çıkma sıklığını uygun (%93.6) olarak belirtmiştir. Hastaların %71.2'sinin tavuk yemeklerinin hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Hindi yemeklerini hastaların %74.1'i beğenirken, %25.9'u beğenmediği saptanmıştır. Hindi için en önemli beğenilmeme nedenleri arasında hastaların iştahsız olması (%40.8) ve tuzsuz olması (%32.7) gelmektedir. Hastalar hindi yemeklerinin çıkma sıklığının uygun (%97.4) olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %77.8'inin hindi yemeklerinin hepsini tükettiği saptanmıştır.

- 28. Balıkların beğenilme oranı %64.2 iken, beğenilmeme oranı %35.8 olarak saptanmıştır. Balıkların beğenilmeme nedenleri, hastaların iştahsız olması (%26.8), tuzsuz olması (%19.6), kokusunun kötü olması (%15.5), sevilmiyor (%13.4) olmasıdır. Hastaların %90.0'ı balıkların çıkma sıklığını uygun gördüğü, hastaların %67.2'sinin balıkların hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Dolma yemekleri %69.2 oranında beğenilirken, %30.8 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Dolma yemeklerinin beğenilmeme nedeni olarak hastaların iştahsızlığı (%37.5) ve bu yemeklerin tadını beğenmemeleri (%25.0) gösterilmiştir. Hastaların %90.4'ü yemeklerin çıkma sıklığını uygun olarak değerlendirmiştir. Hastaların %67.3'ünün dolma yemeklerinin hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Yoğurt %96.8 oranında beğenilirken, %3.2 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Yoğurdu hastaların en çok iştahsız oldukları (%50.0) için tüketemedik-

leri saptanmıştır. Hastalar tarafından yoğurdun çıkma sıklığı uygun (%98.7) olarak değerlendirilmiştir. Hastaların %98.1'inin yoğurdun hepsini tükettikleri saptanmıştır.

- Çorbalar hastalar tarafından %57.1 oranında beğenilirken, %42.9 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Çorbaların en önemli beğenilmeme nedenleri arasında tuzsuz (%36.8) olması, hastaların iştahsız (%18.4) olması ve çorbaların servis sıcaklığına uygun olmaması (%11.0) olarak gösterilmiştir. Hastalar çorbaların çıkma sıklığının uygun (%93.0) olduğunu bildirmiştir. Hastaların %65.4'ünün çorbaların hepsini tükettikleri saptanmıştır.

- Pilavlar %77.6 oranında beğenilirken, %22.4 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Pilavı beğenmeme nedeni olarak birinci sırada hastaların iştahsızlığı (%35.4), ikinci sırada pilavın tuzsuz olması (%18.8) belirtilmiştir. Hastalar pilavın çıkma sıklığının uygun (%95.8) olduğunu bildirmiştir. Hastaların %77.6'sinin pilavların hepsini tükettikleri saptanmıştır.

- Hastalar tarafından makarnalar %73.9 oranında beğenilirken, %26.1 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Makarnanın beğenilmeme nedenleri; hastaların iştahsız olması (%34.5), makarnanın tuzsuz olması (%18.2) ve sevilmiyor olması (%10.9) olarak tespit edilmiştir. Hastalar makarna çıkma sıklığının uygun (%95.7) olduğunu bildirmiştir. Hastaların %75.4'ünün makarnaların hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Meyvelerin %94.0'ü oranında beğenildiği saptanmıştır. Hastaların meyveyi beğenmeme nedenlerinin en başında dişlerinin olmamasından (%21.1) dolayı meyveyi yiyememeleridir. Hastaların %96.8'i meyvenin çıkma sıklığının uygun olduğunu belirtmiştir. Hastaların %93.7'sinin çıkan meyvelerin hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Hastalar tarafından salatalar %84.1 oranında beğenilirken, %15.9 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Salatalarda en önemli beğenilmeme nedeni taze olmaması (%30.0) ve iştahsızlık (%16.0) olarak belirtilmiştir. Hastalar salata çıkma sıklığının uygun (%96.8) olduğunu bildirmiştir. Hastaların %86.3'ü salataların hepsini tüketirken, hiç tüketmeyen oranı %6.7 olduğu saptanmıştır.

- Kompostoları hastaların %95.9'unun beğendiği saptanmıştır. Kompostoların en önemli beğenilmeme nedeni; tadını beğenmeme (%40.0)dir. %100.0'ü kompostonun çıkma sıklığının uygun olduğunu belirtmiştir. Hastaların %95.9'unun çıkan kompostonun hepsini tükettiği saptanmıştır.

- Hastalar tarafından sütlü tatlı %86.3 oranında beğenilirken, %13.7 oranında beğenilmediği saptanmıştır. Sütlü tatlıların en önemli beğenilmeme nedenleri arasında, sevmeme (%45.8), iştahsız-

lık (%16.7), tatlının kıvamının uygun olmaması (%16.7) gelmektedir. Hastalar sütlü tatlı çıkma sıklığının uygun (%93.7) olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların %88.0'i sütlü tatlıların hepsini tüketirken, hiç tüketmeyen oranı %8.6 olduğu saptanmıştır.

- Bütün yemek gruplarında en önemli beğenilme nedeni, tadını beğenme ve sevdiği yemek olduğu saptanmıştır. Çorba için farklı olarak en önemli beğenilme nedeni, tadını beğenme (%52.0) ve kıvamının uygun olması (%44.1) dır.

- Hastaların kahvaltıda 1.kapta en önemli artık bırakma nedeni iştahsızlık (%31.0), 2.kapta yemeklerinin taze olmaması (%22.2), 3.kapta ise sevmeme (%33.3) ve iştahsızlık (%20.8) olarak saptanmıştır.

- Hastaların öğle ve akşam yemeklerinde 1.kapta en önemli artık bırakma nedenleri olarak yemeklerin tuzsuz (%26.8) ve hastaların iştahsız(%22.8), 2.kapta hastaların iştahsız (%27.9), yemeklerin fazla gelmesi (%13.0) ve yemeklerin tuzsuz olması (%12.1), 3.kapta ise hastaların iştahsız (%23.7), yemeklerin tuzsuz olması (%14.6) ve yemeklerin fazla (%13.9) gelmesi, 4.kapta yemeğin fazla gelmesi (%32.6), yemeği sevmemeleri (%16.3) ve hastaların iştahsız (%16.3) olmasıdır.

- Kadın hastaların günlük aldıkları enerjinin yağdan gelen yüzdesi, posa, sodyum ve kolesterol miktarları AHA'nın önerdiği normal aralıktadır. Enerjinin proteinden gelen yüzdesi ve enerjinin doymuş yağdan gelen yüzdesi ise AHA'nın önerdiğinin üstündedir. Enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi, enerjinin çoklu doymamış yağdan gelen yüzdesi,

- enerjinin tekli doymamış yağdan gelen yüzdesi ve folik asit miktarı ise AHA'nın önerdiğinin altındadır.

- Erkek hastaların günlük aldıkları enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi, enerjinin yağdan gelen yüzdesi, posa, sodyum ve kolesterol miktarları AHA'nın önerdiği normal aralıktadır. Enerjinin proteinden gelen yüzdesi ve enerjinin doymuş yağdan gelen yüzdesi ise AHA'nın önerdiğinin üstündedir. Enerjinin çoklu doymamış yağdan gelen yüzdesi, enerjinin tekli doymamış yağdan gelen yüzdesi ve folik asit miktarı ise AHA'nın önerdiğinin altındadır.

- Kadın ve erkek de yaş gruplarına göre AHA'nın önerdiği değerler ile hastaların günlük aldıkları enerji değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

- 19-50 yaş grubu hastaların günlük aldıkları kalsiyum miktarı ile AHA'nın önerdiği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). 51 yaş üstü hastaların günlük aldıkları kalsiyum miktarı ile AHA'nın önerdiği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

- Bayanların %53.9'u yeterli enerji alırken, %46.1'i yetersiz enerji almak-

tadır. Kadınların, %76.3'ünün fosforu, %68.4'ünün proteini, %61.9'unun vitamin B_2'yi, %56.6'sının demiri, %51.3'ünün çinkoyu yüksek miktarda, %56.6'sının kolesterolü yetersiz, %63.1'inin karbonhidratı, %61.8'inin posayı, %52.6'sının vitamin A'yı, %51.3'ünün vitamin E'yi, %57.9'unun vitamin B_1'i, %68.4'ünün vitamin B_6'yı, %50.0'sinin kalsiyumu, %57.9'unun magnezyumu yeterli miktarlarda aldıkları satanmıştır.

- 46. Erkeklerin %61.9'unun enerjiyi, %50.6'sının kolesterolü yetersiz, %50.2'sinin posayı, %52.3'ünün vitamin A'yı, %59.0'unun vitamin E'yi, %54.4'ünün vitamin B_1'i, %67.8'inin vitamin B_6'yı, %64.4'ünün kalsiyumu, %56.9'unun magnezyumu, %72.4'ünün çinkoyu yeterli, %63.2'sinin karbonhidratı, %66.1'inin proteini, %49.4'ünün vitamin B_2'yi, %84.9'unun fosforu, %63.2'sinin demiri yüksek miktarlarda aldıkları saptanmıştır.

- Erkek ve kadın hastalarda enerji, protein, kolesterol, vitamin B_1, vitamin B_6, vitamin C, kalsiyum, fosfor miktarlarının karşılama yüzdeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadın ve erkek hastalarda karbonhidrat, posa, vitamin A, vitamin E, vitamin B_2, magnezyum, demir, çinko miktarlarının karşılanma yüzdesi arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$).

- Hastalar yemeklerin lezzetini (%39.0), görünümünü (%45.1) ve sıcaklıklarını (%47.3) iyi olarak değerlendirmişlerdir. Porsiyon miktarını (%57.8), pişme düzeyini (%57.1), yemeklerin temizliğini (%65.4), çeşitliliği (%64.1), yemeklerin kıvamını (%59.0), salata ve meyve tazeliğini (%63.5), yemeklerin birbiri ile uyumunu (%66.0), tekrarlanma sıklığını (%63.5), sağlıklı beslenme ilkelerine uygunluğunu (%67.9), doyuruculuğu (%64.4), servis şeklini (%74.9), yemek tepsisi temizliğini (%73.7), tabakların temizliğini (%74.3), çatal, kaşık, bıçak, bardak temizliğini (%71.7), servis personelinin temizliğini (%76.5), servis personelinin davranış şeklini (%77.8) ve servis saatlerinin uygunluğunu (%76.8) çok iyi olarak değerlendirmişlerdir.

- Hastaların cinsiyetlerine göre sıcaklık, porsiyon miktarı, temizlik, tazelik, tepsi temizliği, tabak temizliği, çatal, kaşık vb. temizliği ile ilgili memnuniyet puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

- Hastaların cinsiyetlerine göre lezzet, görünüm, pişme düzeyi, kıvam, çeşit, uyum, çıkma sıklığı, uygunluk, doyuruculuk, servis şekli, servis personelinin temizliği, servis personelinin davranış şekli ve servis saatlerinin uygunluğuna verilen puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

- Cinsiyetlerine göre sıcaklık, porsiyon miktarı, temizlik, tazelik, tepsi temiz-

liği, tabak temizliği, çatal,kaşık vb. temizliği ile ilgili memnuniyet puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Lezzet, görünüm, pişme düzeyi, kıvam, çeşit, uyum, çıkma sıklığı, uygunluk, doyuruculuk, servis şekli, servis personelinin temizliği, servis personelinin davranış şekli ve servis saatlerinin uygunluğuna verilen puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

- 52. Hastaların eğitim durumuna göre doyuruculuğa, tepsi temizliğine ve personelin davranışına verilen puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

- Hastaların eğitim durumuna göre lezzete, görünüme, sıcaklığa, porsiyon miktarına, pişme düzeyine, temizliğe, tazeliğe, kıvama, çeşide, uyuma, çıkma sıklığına, uygunluğa, servis şekline, tabak temizliğine, çatal-kaşık temizliğine ve saat uyumuna verilen puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

- Eğitim durumuna göre doyuruculuğa, tepsi temizliğine ve personelin davranışına verilen puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Lezzete, görünüme, sıcaklığa, porsiyon miktarına, pişme düzeyine, temizliğe, tazeliğe, kıvama, çeşide, uyuma, çıkma sıklığına, uygunluğa, servis şekline, tabak temizliğine, çatal-kaşık temizliğine ve saat uyumuna verilen puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

KAYNAKLAR

(1) ***BAYSAL, A. 1997****. Beslenme*. Ankara. Hatipoğlu Yayınevi.

(2) ***CİĞERİM, N. VE BEYHAN, Y. 1995.*** *Toplu Beslenme Sistemlerinde Mönü Yönetimi ve Denetimi*. Ankara. Kök Yayıncılık

(3) ***TOPCU, İ. 2005.*** *Ankara Özel Güven Hastanesinde Yatan Memnuniyetinin Değerlendirilmesi*. Gazi Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

(4) ***ÜNLÜ, A. MERCANLIGİL M. VE BAŞOĞLU, S. 1998.*** Toplu Beslenme Yapılan Kurumlarda Yönetim ve Organisazyon. *Hizmet içi Eğitim Semineri*. Ankara

(5) ***TEK, N. 1998.*** *Kocaeli İlinde Dört Büyük Hastanede Diyetisyenlik Hizmetlerinin Kalite Kontrol Açısından Değerlendirilmesi ve Yeni Bir Model Önerisi.* Kocaeli

(6) ***PAKDİL, F. 2005.*** *Konur Hastanesi'nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti.* Uludağ Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı

(7) ***GÜRSOY, D. 2000.*** Toplu Yemekçilik İçin Tip Mönü Planları ve Reçeteleri. İstanbul. Mor Matbaacılık

(8) ***BAYSAL, A., AKSOY, M., MERDOL, T., BOZKURT, N. VE PEKCAN G. 2002.*** *Diyet El Kitabı*. Ankara. Hatipoğlu Yayınları. 4 Baskı

(9) ***ARAB, L., STECK, S. 2000.*** Lycopene and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr,* 71 (suppl), 1691S-5S.

(10) ***ARSLAN, P. 2003.*** Türk Toplumunun Beslenme Alışkanlıkları, Kalp Damar Hastalıklarından Korunma ve Tedaviye Yönelik Beslenme Önerileri. Antalya. *IV. Uluslarası Beslenme ve Diyetetik Kongresi Bildiri Kitabı,* 112.

(11) ***ARNETT, D., COON, H., PRVİNCE, 2004.*** M. Fruit and vegetable consumption and LDL cholesterol: the National Heart, Lung and Blood Institute Family Heart Study. *Am J Clin Nutr*, 79, 213-7.

(12) ***MERDOL, T. 1994.*** *Standart Yemek Tarifleri*. Ankara. Hatipoğlu Yayınevi

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SPOR SAĞLIK ve TIP BİLİMLER DERGİSİ
Ekim-Kasım-Aralık 2011 Sayısı Sayı: 1 / Cilt: 1 Autumn October- November- December 2011 Volume:02 Issue:01 Jel Kodu: JEL I
www.sstbdergisi.com

HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAM KALİTESİNİN MOTİVASYONA ETKİSİ[1]

Şilan ERAT[1], Murat KORKMAZ[2], Vedat ÇİMEN[3], Güran YAHYAOĞLU[4]

[1]Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
[2]Güven Grup Finans Yöneticisi
[3]Darıca Farabi Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği
[4]Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Yenice Meslek Yük. Okulu Bankacılık Bölümü

Özet : Çalışma hayatının içinde motivasyon önemli bir yer kaplamaktadır. Teknolojinin ilerlemesi, insan ihtiyaçlarının giderek artması ile birçok kurum ve kuruluş bu teknolojik hıza yetişmek istemektedir. Artan iş gücü nedeni ile birey ve bireylerin bu teknolojik hıza ve taleplere yetişmesi gerekmektedir. İyi motive olmamış bir bireyden doğru ve verimli bir performans beklenemez. Sağlık kurum ve kuruluşlarında ilk hizmet ayağını oluşturan hemşirelik mesleğinde, hemşirelerin işe tutumları, iş yaşamlarındaki kalite, verimlilik ve performansları üzerinde motivasyonun önemi büyüktür. Yapılan iş ve verilen hizmet kalitesinin yüksek olması istenilen performansın sağlanabilmesi için motivasyon bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu çalışmada sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hemşirelerin motivasyonları, iş ve yaşam kalitesine etki eden motivasyon bozukluklarına değinilmiş ve uygulamalı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonunda hemşirelerin yaşam ve iş kalitesine etki eden motivasyon bozuklukları ve bu bozuklukların iyileştirilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Motivasyon, Zaman, Performans, Plan, Hemşire, Verimlilik

THE EFFECT OF BUSINESS AND LIFE QUALITY OF NURSES ON MOTİVATION

Abstract : Motivation has an important place in working life. Many institutions and organizations wish to keep up this technological speed due to the technological progress and increasing human need. Individuals should catch up this technological speed and demands because of the increasing labour force. It can't be anticipated a true and efficient performance from a not-well motivated person. In nursing constituting the first service step in health institutions and organizations, the place

1 ***Bu Makale Birinci Yazarın Beykent Üniversitesinde Yaptığı Aynı Konu Başlıklı Yüksek Lisan Tezinden Türetilerek Hazırlanmıştır.***

of motivation is enormous on the attitudes, quality in business life, efficiency and performances of nurses. Motivation has become an obligation for increasing the quality of work and service and providing the required performance. In this study, it has been touched upon the motivations of nurses working in health institutions and organizations and lack of motivation affecting the business and life quality and an applied study has been carried out. Following this study, disturbances of motivation affecting the business and life quality of nurses are discussed and suggestions directed to amelioration of these disturbances are given.

Key Words: Motivation, Time, Performance, Plan, Nurse, Efficiency

GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunan örgütler, yapılan ve işlevsel açıdan en karmaşık örgütler arasında yer alır. Yardımcı personelden, yüksek eğitimli personele, uzman personelden akademik personele kadar çok geniş bir ağa sahiptir. Karmaşık ve çok pahalı teçhizat, yaşam ve ölümle ilgili faaliyetlerin yoğun olarak yaşandığı sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin yaşam standartları ve yaşam kaliteleri bu açıdan önemlidir. Sağlık kurumlarında uzman hekim ve hastalar arasında bir köprü oluşturan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin önemi çalışma performansları açısından önemli bir noktayı oluşturmaktadır.

Yaşam kalitesi, sağlık çalışanları ve sağlık kurumlarının içinde yoğun iş yükü altında çalışan hemşireler açısından önemli bir noktayı oluşturmaktadır. Yeterli imkân ve olanaklara sahip olamamak, doğru yönetim ve idare şeklinden uzak olan ortamlarda çalışan hemşirelerden performans ve verimlilik beklenmesi mümkün değildir. Yaşamın her alanında mutluluk ve doyum arayan kişi ve kişiler, bu mutluluğu sağlayabilmek ve elde edebilmek için kaliteli bir yaşam sürmek adına her türlü çalışmayı gerçekleştirmektedir.

Kaliteli yaşam süreci her bireyin olduğu kadar çalışan bireylerinde doğal hakları arasında yer almaktadır. ***Jacobs;*** bireysel yaşam kalitesini etkileyen etmenlerden bazılarını gelir, tüketim, fiziksel ve ruhsal sağlık, aile ve arkadaşlık ilişkileri şeklinde tanımlamış ve açıklamıştır.

Sosyal bir dünya içinde çalışma ve iş hayatının önemi her geçen gün giderek artmaktadır. Çeşitlenen iş yükü nedeni ile sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan personelin iş yükü de her geçen gün artmakta ve zorlaşmaktadır. Artan iş yükü nedeni ile çalışan personel ve hemşirelerin sosyal yaşam içinde "aile, çevre ve kendileri" ile olan ilişki ve iletişimlerinde bazı sorunlar ve mutsuzluklar da yaşanmaktadır. Bunların en başında fiziki yorgunluk, yetersiz ücret, yoğun çalışma saatleri, yönetim sorunları, uzman olunmayan ve yetersiz kalınan alanlarda çalışmaya zorlanma gibi faktörleri sıralayabiliriz.

Jacobs"un da öne sürdüğü gibi bazı çalışma ortamlarında ortaya çıkan olumsuz etmenler

doğrudan ya da dolaylı şekilde iş yaşam kalitesi üzerinde olumsuzluklar meydana getirmektedir (1).

Considine ve Calus'un yaptığı çalışmalarda iş yaşam kalitesinin çalışanlar için çalışma koşullarını ve yöneticiler için örgütsel etkinliğin geliştirmek amacıyla çalışan memnuniyetini yükseltici ve sürdürücü işyeri etkinliğini geliştirmek amacıyla çalışanların memnuniyetinin yükseltilmesini zorunlu olduğu vurgulanmaktadır (2).

Tai ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarda da yine iş yaşam kalitesinin çalışanlar açısından önemi vurgulanmakta, adil ve eşit çalışma alanları ile koşullarının çalışanlar adına yaratılmasının zorunluluğuna dikkat çekilmektedir (3).

İş yaşam kalitesi ve genel olarak çalışma hayatının düzenlenmesi, çalışanların iş hayatından ve çalışma ortamından duydukları doyum ile yeterlilik beraberinde memnuniyet ve sağlıklı, verimli, performansı yüksek çalışma şeklini doğuracaktır. Çalışma alanlarının iyileştirilmesi, çalışma sürelerinin standart hale getirilmesi, çalışma süresinin dışında kalan sürede çalışan personelin sosyal hayat ve süreçlerini daha verimli geçirebilmeleri açısından yönetim ve idarenin çalışanlara bu olanakları sağlaması iş yaşam kalitesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Hemşirelerin yaptığı iş ve görevi nedeni ile büyük bir insani değer taşımaktadır. Sağlık ve sıhhat bulma nedeni ile sağlık kurum ve kuruluşlarına yönelen bireylerin hem sağlık açısından ilgi araması hem de psikolojik anlamda destek bulması sağlık işleyişi açısından önemlidir. Sağlam ve dinlenmiş bir bedene sahip olmayan, yeterli ve psikolojik anlamda sağlıklılık haline sahip bulunmayan bir çalışandan yeterli hizmet beklenmesi düşünülemez.

Lav ve Bruce iş yaşamının kalitesini, çalışanlar açısından önemini, iç çevresi, psikoloji, aile yaşantısı, yeterli ücret ve yeterli iş ekipmanlarının sağlanması ile yakalanabileceğini belirtmektedir. Ayrıca sosyal aktivitelerden yoksun, kendine zaman ayıramayan ve kendisi ile ilgilenmeyen bir çalışanın iş yaşam kalitesinin yüksekliği ile iş verimliliğinden bahsedilemeyeceği vurgulanmaktadır.

Fazla mesai, çalışma saatlerinin yoğunluğu, yetersiz ekipman, sosyal aktivite eksikliği, kendine zaman ayıramama gibi faktörler hemşirelerin iş yaşam kalitesi üzerinde olumsuzluklar meydana getirmektedir. Bunun en büyük nedenleri arasında fazla mesai ve çalışma saatlerinin fazlalığı gelmektedir. Birçok özel sağlık kurum ve kuruluşunda özellikle ikinci basamak sağlık kurumlarına yönelik görev ve hizmet veren hemşireler çalışma saatlerinin yoğunluğu nedeni ile sosyal aktivitelerden ve kendisine olan zaman ayırma sürecinden yoksun kalmaktadır.

Türkiye'de çalışma koşulları ülkenin ekonomik ve sosyal yapısı gereği oldukça zorluklar içermek de hatta imkânsız hale gelmektedir. Bugün Türkiye'de üç hemşirenin

yapacağı işi tek hemşire yapmaktadır. Yetersiz ekipman ve sağlık personeli nedeni ile istenilen hizmet beklenen kalitede sunulamamaktadır. Bu gibi durumlarda hasta ve yakınları oluşan sorunlar nedeni ile ilk öncelikli olarak hemşire ve hekimlere yönelik olumsuz uygulamalar gerçekleştirmekte ve sağlık çalışanlarına ağır muameleler gerçekleştirmektedirler. Gelişmekte olan bölge ve doğu illerinde halen sağlık ocağı bulunmayan, hekim ve hemşireden yoksun yerler bulunmaktadır. Bu bölgelerin bazı noktalarında yetersiz ekipman ve sağlık personeli eksikliği birçok sağlık personelinin yoğun çalışmasına ve fazla mesai yapmasına neden oluşturmaktadır. Bu durum başta hemşireler olmak üzere diğer sağlık personelinin iş yaşam kalitesi üzerinde olumsuzluklar meydana getirmektedir.

Temel işlevi sağlık hizmeti ve rehabilitasyon olan hastanelerde en büyük iş yükünü hemşireler çekmektedir. Birçok alanda ve kademede görev yapan hemşirelerin iş yükü oldukça ağırdır. Artan iş yükü nedeni ile hemşirelerin iş gücü sirkülâsyonuna neden olan gelişmelerden ilk önce hemşirelik hizmeti etkilenmekte ve bu durum hemşirelerin iş yaşam kalitesi üzerinde olumsuzluklar doğurmaktadır.

Sağlık kurumlarında, boşalan bazı pozisyonlara bazı durumlarda yapılan işle hiç alakası olmayan hemşireler getirilmekte ve bunun yanında asli görevi olan hemşirelik hizmetleri de kendilerinden istenebilmektedir. Bu durumda asıl görevi hasta bakımı ve yardımcı sağlık personeli olan hemşireler artan iş yükü nedeni ile farklı sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu sorunlar nedeni ile iş yaşam kalitesinde sorunlar ortaya çıkmakta, başta fiziki ve psikolojik olarak geri dönüşü olmayacak kadar ileri düzeyde sorunlar ve problemler meydana gelmektedir.

Bazı dünya ülkelerinde sağlık hizmeti kurum ve kuruluşlarında yönetici konumunda bulunan sağlık personeli ve hemşireler farklı yönetim sistemlerine ilişkin eğitimler almakta ve asli görevlerinin dışında bu hizmetleri sunmaktadırlar. Türkiye'de özellikle askeri kurumlarda görev yapan hemşireler hem subay olarak askeri hizmet sunmakta hem de asli görevi olan hemşirelik hizmetini yerine getirmektedirler. Kamuya yönelik hizmet sunan hastane ve sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarında hizmet veren hemşirelerde ise yönetim konusunda hizmet veren "Baş Hemşire, Yönetici Hemşire, Klinik veya Poliklinik Sorumlusu" şeklindeki hemşireler belirli çalışma süreçleri doğrultusunda bu görevlere atanmakta veya tayin edilmektedirler. Kurumdan kuruma bu dağlım değişiklik gösterebilmektedir. Bazı sağlık kurumlarında atama ve görev tayini yapılmadan da hemşire hem yöneticilik hem de asli görevi olan hemşirelik hizmetini bir arada götürebilmekte ve yürütmektedir. Bu durum da hemşirenin iş yaşam kalitesi üzerinde olumsuzluklar oluşabilmektedir.

Hemşireler sağlık kurumlarının yapı taşları arasında yer almaktadır. Hastaların sağlık kurumları seçiminde belirleyici bir faktör oluşturur. Hizmet organizasyonları ve sağ-

layıcılarının başında gelen hemşireler hasta uyumu ve sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda aktif rol oynarlar. Sağlık hizmet kalitesinin arttırılması için hasta tatmininin geliştirilmesi gerekir. Hasta tatmini ve hasta yakınlarının memnuniyeti yine ilk öncelikle hekim daha sonra ise hemşireler tarafından sağlanmaktadır. Verimli ve performansı yüksek, kaliteli bir hizmet sunulması için iş yaşam kalitesi ve motivasyon ayrıca kişisel moral büyük önem arz eder. Motivasyonun sağlana bilmesi için iş yaşam kalitesinin de sağlanmış olması gerekir. İş yaşam kalitesinin düşüklüğü veya eksikliği motivasyon ve çalışma performansı üzerinde olumsuzluklar meydana getirir.

Hemşirelerin verimli ve performansı yüksek bir iş sağlayabilmeleri için iyi bir motivasyona ve morale ihtiyacı vardır. Buda ancak kaliteli bir iş ortamı ve imkânları ile sağlanabilir.

2.YAŞAM KALİTESİ VE MOTİVASYON

Bilgi teknolojilerinin hızla gelişmesi ve artan iş yoğunluğu iş yaşam

kalitesi üzerinde olumlu ya da olumsuz durumlar meydana getirmektedir. "Yaşam kalitesi, nitelikli üretim, modern teknoloji, sürdürülebilir kalkınma, iş yaşam kalitesi gibi kavramlar, üzerinde düşünülen ve geliştirilmeye çalışılan kavramlardır."(4).

Birçok disiplin arasında özellikle sosyal bilimler ve psikoloji bilimlerinin çalışanlar üzerinde iş yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından bazı çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Bunların başında çalışanların performans ve verimliliklerinin arttırılmasına yönelik uygulamalardır. Bunlar arasında stresi azaltan, sosyal etkinlikleri arttıran etkinliklerdir.

"Amerikan çalışma enstitüsü iş yaşam kalitesini belirleyen bazı temel özellikleri aşağıdaki şekilde sıralamıştır."

1. İşe duyulan ilgi,
2. Kariyer hedeflerine ulaşabilme olanakları,
3. İş ile ilgili kararlara katılabilme,
4. Başarıya göre terfi olanakları,
5. Yönetime duyulan güven,
6. Kişiye gösterilen saygı,
7. Yoğun iş stresinin bulunmaması,
8. Maddi açıdan rahatlık,
9. Uygun fiziksel çalışma ortamı,
10. Amirle uyumlu ilişkiler,
11. İşin kişisel yaşam üzerindeki olumlu etkisi, Sendika-işveren ilişkilerinde uyum,

Sürekli istediğimiz işler peşinde koşarız. İstemediğimiz bir işe karşı ise sürekli soğuk davranırız. İçimizdeki bu soğukluğu alacak, o işe başlamamızı sağlayacak bir güce ihtiyacımız vardır. Bizi bir türlü hayatın iyilikleri, güzellikleri ve nimetleriyle buluşturmayan şey beynimizdeki yapamamanın

dayanılmaz hafifliği ve geçici keyifliğidir. Elde edemediğimiz kaç güzellik saklı kaldı yılların tozlu raflarında? Bir dostumuzdan özür dilemek, yapamadığımız veya başaramadığımız bir işin üzerinde yeniden başlamak kararı almamamız? Haklılık veya haksızlıklar karşısında gösterdiğimiz tepkiler? Vazgeçmiş olduğumuz bazı değerler? Ertelediğimiz bazı projeler gibi daha birçok farklı şeyleri sıralayabiliriz. Bunların hepsinin cevabını yaşam süreci ve yaşam kalitesi içinde arayabiliriz.

Peki bu davranışlarımızı sorgulamamız, eksikliklerimizi bulmamız, buna yönelik olarak çözüm önerileri aramamız gerekmez mi?

İyi bir yaşam kalitesi için bazı ölçütlerimizin oluşturulması gerekir. Bunlar vizyonumuz, misyonumuz, stratejilerimiz, değerlerimiz gibi faktörlerdir. Bunları çok iyi belirlemeli ve bunlara yönelik hareket etmeliyiz. Değerlerimizi önceden saptamalı buna yönelik olarak geleceğimizi planlamalıyız. Mutlu olabilmemiz için mutlaka belirli hedeflerimiz ve bu hedeflere ulaştıracak stratejilerimizi oluşturmalıyız.

Yaşam kalitemizi belirleyen bazı önemli faktörlerde bulunur. Bunlar çalışma hayatı, aile hayatı, sosyal hayat, eğitim hayatı, sağlık, çocuk gibi daha birçok şey.

Özellikle çalışma hayatımız içinde birçok faktör bulunur. Bunlar iş yaşam yükü, işimizin getirdiği bilgi ve beceriler, yapmak zorunda olduğumuz zorunluluklar ve görevler gibi.

Hayatın akışı içinde karşılaştığımız birçok sorun ve güzellikler olabilir. Bunların içinde sürekli olanlar veya geçici olan sorunlarda vardır. Genellikle aile içindeki sorunlar ve iş hayatı içinde olan sorunların bazıları kalıcıdır. Bu sorunlar nedeni ile yaşam kalitemiz etkilenmekte ve düşmektedir. Ayrıca çalışma hayatına bağlantılı olarak bazı kişisel ve ailesel hatta sosyal içerikli sorunlar da yaşayabiliriz. Bunların başında aşırı iş yükü ve çalışma süresi sosyal hayattan kopmamıza ve mutsuzluğumuza neden oluşturur. Gelecekle ilgili planlar yapamaz, psikolojik olarak yetersiz kalıp çaresizlik içinde bulunabiliriz. Böyle durumlarda değerlerimiz, sürdürülebilir insani standartlarımız, eşimiz, çocuklarımız, ailemiz, çevremiz gibi faktörleri göz önüne alarak hayata daha sıkı tutunabilir ve başarabiliriz.

Her insanda ve toplumda olduğu gibi yaşam standartları bazen isteğimizin dışında hareket etmemize neden olur. Bunların başında yine çalışma hayatı içindeki zorluklar başta gelir. Daha sonra ise hayatın diğer vazgeçilmezi olan aile yaşantımızdır. Çünkü bunlar hayatın olmazsa olmazları arasında yer alır. Sorunlar ve problemler ile dolu bir hayat ve yaşam içinde mutlu olmamız ve motivasyon sağlamamız pek mümkün değildir. Çünkü sağlıklı bir kafa sağlıklı vücuttu bulunur sözünü unutmamak gerekir. İyi bir psikolojik yapıya sahip birey daha sağlıklı düşünür ve hareket eder. Sağlıklı bir bedene ve ruha sahip insan önce kendisine daha sonra ise çevresine enerji başta olmak üzere pozitif güç sağlar. Yaşam kalitemizi yükseltmek veya kalitesini düşürmek yine kişinin kendi

elindedir. Çünkü bazı durumlarda istediğimizin dışında yapmak zorunda olduğumuz sorumluluklarımız vardır. Bunların başında yine çalışma hayatı, görevimiz, sorumluluklarımız, ailemiz, kişisel değerlerimiz ve eğitimimizdir. Bunlardan ödün vermemiz bazen imkânsız olabilir. Böyle durumda çözüm önerileri bulmak ve zorluklara yönelik olarak karşı çıkmalıyız. Bu durum bizim yaşam kalitemiz üzerinde olumlu etkiler doğuracak ve daha fazla hayata tutunmamıza katkı sağlayacaktır. İş yaşam kalitemizin sorunlu olması bizi her türlü etkilediği gibi en önemlisi motivasyonumuz ve iş performansımız üzerinde çok ciddi olumsuzluklar meydana getirir.

2.1. İş Yaşam Kalitesinin Amacı

İş yaşam kalitesinin yükseltilmesi her ne kadar birey/bireyin işi ile uyumunu gösterse de sosyal hayat ile olan ilişkilerinin düzenli ve sistemli olmasına da katkı sağlamaktadır.

Çalışanların iş tatminleri ve işten beklentilerini sağlamış olmaları iş yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiler doğurmaktadır. İş yaşam kalitesinin amaçları arasında, kişinin işe karşı tutumu, güveni, iş memnuniyeti, iş doyumu, beklentilerinin tatmin edilmesi, başarısının taktir edilmesi, ödüllendirilme, sosyal hayat standartlarını idame edecek şekilde ücret ve maaş beklentisinin karşılanması, mevki ve kariyer imkanlarının sağlanmış olması, iş yaşam kalitesinin nitelikleri ve amaçları arasında yer almaktadır. Bunlarla birlikte, iş yaşam kalitesinin sosyal ihtiyaçlar arasında bir denge kurulmasına yardımcı olması, sosyal beklentiler ve iş hayatının birbiri ile entegre olarak kişinin beklentilerine karşılık bulması önemli noktalar arasında yer alır. Yapmış olduğu iş/görev açısından kendisine başvurulması, iş ve görev açısından doyuma ulaşması, beklentilerin ve yapılan görev sonunda tatmin

İş yaşam kalitesi amaçları arasında çalışanın kariyer yaşamını dengelemesi, kendini güvende hissetmesi ve algıladığı özellik ve nitelikleri güdü gereksinimleri, değer tutum ve davranışları ve çevresi ile olan ilişkileri gibi diğer unsurlar ile bağdaştırması gerekir. İşinden ve görevinden duyduğu memnuniyeti çevresine yansıtabilmeli, güvende olduğunu hissettirmelidir. Genelde orta yaş grubu iş görenler, orta yaş krizinden dolayı bu unsurları yoğunlukla yaşamaktadır. Kendini işinden dolayı güvensiz hissedebilmektedir. Bunun nedeni iş güvenlik kalitesinin ve eksikliğinin oluşturduğu psikolojik sebeplerdir. İş yaşam kalitesi bu gibi oluşmuş ya da oluşabilecek güven sorunlarını ortadan kaldırmayı amaçlamalı ve hedeflemelidir.

2.2. İş Yaşam Kalitesinin Önemi

Etkili bir çalışma ve başarı için iş yaşam kalitemizin tam ve eksiksiz olması gerekir. İşimize olan bağlılığımız, başarımız, performans ve verimliliğimiz iş yaşam kalitesinin yeterliliği ile sağlanabilir. Yetersiz imkân ve olanaklarla başarı sağlanması ve tatmin olunması düşünülemez. Öncelikli olarak kişinin kendine olan güvenini kazanmış olması, buna inanması ve motivasyon sağlaması gerekir.

İş ve eğitim koşullarının yanında çalışma koşullarının da iş yaşam kalitesi ile bütünleşmiş olması gerekir. Endüstriyel toplumlarda insanlar artık makineleştirilmeye çalışılmaktadır. Bunun en önemli nedenleri arasında otomasyon sistemine bağlı makinelerden elde edilen verim ve ürünlerin insanlar üzerinden de alınabileceği kanaatine varılmış olmasıdır. İnsan psikolojik değişkenliğe ve ruha sahip bir varlık olarak bazen bu istenilenlerin dışında hareket edebilir. Her ne kadar verimlilik ve performans en azami oranda beklense de bu durum bazen değişiklik gösterebilir. Çünkü insanı bir makine gibi düşünmek mümkün değildir. Bunun en önemli nedeni makinelerde bile yorulma, kullanma süresinin bitmesi gibi insanlarında yorulma, dinlenme, eğlenme, farklılaşma gibi aktivitelere ihtiyaçları bulunmaktadır.

İş yaşam ve çalışma hayatının insancıllaştırılması, fazla iş yükünün hafifletilmesi, iş yaşamı kalitesi açısından önemlidir. Her bireyin çalışma performansı ve verimliliği değişiklik gösterebilir. Her bireyden aynı oranda iş ve verimlilik sağlanamayabilir. Bu gibi durumlarda işe göre kişi fikri yerleştirilmelidir. Kadın ve erkek çalışanlara fiziki yeterlilik ve gücü, eğitimi başta olmak üzere iş dağılımı yapılabilir. İş çalışan insana uyumlaştırılabildiği gibi işin çalışanlara yönelik dağılımı da yapılabilir. Bu gibi durumlarda çalışanların performans ve verimlilikleri değişiklik gösterir ve iş yaşam kalitesi arttırılır. Belirlenen hedef ve amaçları bu sayede daha hızlı ve doğru şekilde ulaşılabilir (6).

İş yaşam kalitesinin yaratılabilmesi için bazı kriterler bulunmaktadır. Bunların başında adil ücretlendirme, çalışma süreleri, çalışma koşulları başta gelmektedir. Sosyal aktiviteler için çalışanlara zaman verilmesi ve sağlanması, sosyal güvenlik ve imkânların yaratılması gerekir.

İş yaşam kalitesi, personelin işteki etkinlik ve verimliliğini doğrudan etkiyen faktörleri içeren önemli bir yönetim sürecidir. Bu sürecin kapsamı içinde, ücret ve ödül sistemi, isteki güvenlik ve sağlık ortamı, personelin kendini yetiştirme ve geliştirme kapasitesi, örgütün sağlıklı ve güven içinde büyüme durumu, örgüt içindeki ilişkiler ve iletişim ortamı, yönetim ve çalışmalar arasındaki işbirliği, danışma ve karar süreçlerine katılım süreçleri, iş içinde veya iş sonrası sağlanan sosyal imkânlar ve kolaylıklar gibi yönetim süreçleri bulunmaktadır(7).

Kurum ve kuruluşların insan kaynakları çalışanlarla olan ilişkilerinde verimliği artırma çalışmalarında sermaye harcamaları ile değil, beyin ve zekâ çalışmaları ile mümkündür. Organizasyonun başarısı çalışanlara iyi bir iş yaşam kalitesi sağlayarak mümkündür. İş yaşam kalitesi, iyi bir gözetim, iyi çalışma koşulları, yüksek ücret ve sosyal haklar, ilginç, rekabetçi ve ödünlendirici bir iş demektir. Yüksek bir iş yaşam kalitesi için, çalışana örgüte olan katkısını etkileyecek daha büyük fırsatlar sunmalıdır. Bu nedenle proaktif yöneticiler ve insan kaynakları departmanları çalışanlarının karar verme sürecinde daha etkin bir şekilde yer almalarını sağlayacak yollar bulunmalıdı .(8).

Gelişen teknoloji beraberinde insan faktörünün iş yükünü hafiflettiği kadar insana duyulan iş gücü ihtiyacını da ortadan kaldırmıştır. Son yıllarda bilim ve teknolojideki, bilgiye dayalı teknoloji ve örgüt yapılarındaki hızlı değişim ve gelişmeler pek çok sosyal kavramı gündeme getirmiştir. İş yaşam kalitesi kavramı da bunlardan birisidir. Özellikle gelişmiş ülkeler iş yaşamının nasıl daha kaliteli bir hale getirilebileceği önemli bir yönetim haline gelmiştir. İş yaşam kalitesi üzerine yapılan uygulamalar ve bilimsel çalışmalar, ekonomik ve teknolojik iyileştirmelerin yeterli olmadığını ortaya çıkarmıştır. İş yaşam kalitesi; örgüt düzeyinde yapılan çalışmalar sonucu çalışanlara daha insancıl ve sağlık iş koşullarının sağlanması, örgütlerde çalışanların niteliğinin yükseltilmesi ve bu doğrultuda örgütlerin uzun dönemli etkinliklerinin ve verimliliğin sağlanması için daha iyi çalışma ortamlarının oluşturulması ve çağdaş yönetim anlayışını kapsamaktadır. İş verimliliği, süreklilik, istikrar, huzur, mutluluk, performans ve diğer faktörler açısından iş yaşam kalitesi çalışanlar ve işletmeler açısından büyük önem gösterir.

Psikolojik kökenli fiziksel hastalıklar konusunda yapılan araştırmalar sonucunda, is tatminsizliği ve motivasyon yetersizliğinin, yani is yasam kalitesindeki yetersizliğin; nefes darlığı, yorgunluk, bas ağrısı, terleme, iştah eksikliği, hazımsızlık ve bulantı gibi fiziksel belirtilerle iliksisi olduğu ifade edilmektedir. Daha yüksek is tatminsizliklerinin ise ülsere, yüksek tansiyona ve kalp krizine neden olduğu, ayrıca tütün, alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımını arttırdığı ifade edilmektedir (9).

2.3.Motivasyon ve Tanımı Önemi

"Motivasyon kavramı, kulağa her zaman gizemli bir kavram gibi gelir. Motivasyon denince, sanki insanların üstüne serpildiğinde herkesin, birdenbire enerjiyle yüklü hale geldiği ve verimli çalışma isteği ile dolduğu, sihirli bir toz gibi düşünülür. Aslında motivasyon kavramı hiç de öyle gizemli bir kavram değildir. Motivasyon, bireylere karsı nasıl davranıldığıyla ve bireylerin yaptıkları is hakkında neler hissettikleriyle ilgilidir." (10).

"Motivasyon bir işi yapmak için içimizdeki duyduğumuz en güçlü istektir." "İnsan davranışlarının temelinde ihtiyaçlar vardır. Bu ihtiyaçlar insanı harekete geçiren itici gücü oluşturur. İşte bu itici güce motivasyon adı verilmektedir." "Motivasyonu sağlayabilmek için öncelikle motivasyonun önündeki engellerin kaldırılması gerekir." Bu engellere baktığımızda ise; (11).

Motivasyon konusunda psikoloji güdülenme ve güdülenmek konuları altında

ilgilenmekte ve çalışmalar gerekçikleştirmektedir. Motivasyon ne kadar güçlü ise; bir işinin yapılmasına duygulan istekte o kadar fazla ve yüksek

olacaktır. Motivasyon sadece çalışma alanında olmayıp, kişisel ilişkiler konusun da da etkili bir faktördür. Bir arkadaşımızın ihtiyaçlarını giderme konusun da duyulan yo-

ğun istek ve hırs güdülenme koşulu ile yerine getirebilmektedir. Çok yoğun çalışma şartlarımız karşısında çok sevdiğimiz bir insanı görmek istememiz de güdelenmek ve motivasyon etkisiyle yerine getirilebilir. Geleceğimiz veya herhangi bir konuda yapılacak olan sınav konusunda duygumuz başarı isteği bile motivasyonun tam yerinde olması ile gerçekleştirilebilir (12) (13).

İnsan dünyamızda kaynakların sınırlı olduğu düşünülecek olursa elimizdeki en zengin kaynağın insan gücü olduğunu görürüz. Başarılı, tüm bilgi ve becerisini ortaya koyarak bir şeyler üretmenin hazzını yaşayan ve yaşatan insan üretimde en değerli kaynağımızdır. Örgütlerde bu tatmini ve başarıyı elde etmemizi sağlayacak yardımcı faktörlerin en önemlilerinden birisi de çalışanların motivasyonunu oluşturmaktadır (14).

İçinde bulunduğumuz 21. Yüzyılda, özellikle sosyal, kültürel, teknolojik ve ekonomik alanlarda çok yoğun, çok hızlı bir değişim ve gelişme yaşanmakta; bu nedenlerden dolayı, küresel bilgi çağı da denmektedir. Yaşanan bu değişim ve gelişmelerden ötürü, eğer işletmeler çağa ayak uydurmak ve başarılı olmak istiyorlarsa, en önemli kaynakları olan insana, dolayısıyla onun ihtiyaç ve beklentilerine önem vermek zorundadırlar. Çünkü yaşanan bu değişme ve gelişmelerin temelinde insan unsuru bulunmaktadır. İşletmedeki bir makine, bir cihaz bozulduğu zaman en kısa sürede yetkili servisler çağırılarak arızanın nedeni bulunmakta ve aracın yeniden çalışması için gereken tüm imkânlar seferber edilmektedir. Ne yazık ki bir makineye verilen bu denli önemin bu makineyi çalıştıran ya da bakımını yapan kişilere yeterince verilmediğini düşünüyorum. Gereksinimleri karşılanmamış bu kişilerin de çalışmadaki verimi düşmekte, sonuçta hem bu insanlar hem de işletmeler kaybetmektedir. çünkü ihtiyaçlar insanda bir gerilime neden olur:, oluşan gerilim de kişide istekler uyandırır. Ve istekler zamanla harekete, eyleme dönüşür. Bunun sonucunda da bir ürün, bir iş oluşur. İşte ihtiyaç-gerilim- istek-eylem-ürün zincirini işletmeler çok iyi tanımalı ve bu zinciri hem çalışanlar hem de işletme yararına kullanma yollarını aramalıdır. En önemli yol da çalışanların güdülenmesi yani motivasyonudur. Çünkü her bilinçli davranışın gerisinde güdüleme yatmaktadır. (15) (16)

3. ÇALIŞMANIN AMACI ve TEORİSİ

Çalışmada sağlık kurum ve kuruluşlarında "Kamu, Özel, Sağlık Ocakları, Özel İşyeri" gibi oluşumlarda çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin çalışma performansı ve motivasyon üzerindeki etkisinin araştırılarak elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur. İş yaşam kalitesinin, çalışma performansı üzerinde ve motivasyona etkisini belirlenerek çözüm önerilerini bulmak ve buna yönelik hemşirelerin çalışma performansı ile motivasyona etki eden sorunlarının nasıl iyileştirileceğine katkı sağlanmıştır.

1. İş yaşam kalitesi hemşirelerin motivasyonu üzerinde etkili midir?
2. İş yaşam kalitesi hemşirelerin çalışma performansı ve verimliliğine etki eder mi?

3.1. Araştırmanın Uygulaması ve Yöntemi

Bu araştırmada farklı noktalarda çalışan hemşirelere "deneklere" sorgulama yöntemi ile anket uygulanmıştır.Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik özellikleri, ikinci bölümde ise iş yaşam kalitesine yönelik sorular sorulmuştur. İş yaşam kalitesinin katılımcılar üzerindeki etkisi incelenmiştir.

3.2. Uygulama ve Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 15,0 paket programı kullanılmıştır. İlk olarak iş yaşam kalitesi ve motivasyon ölçeklerinin güvenirlik ve geçerliliklerine bakılmıştır. Demografik özelliklerin frekans dağılım analizi yapılmıştır. Bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışanların motivasyonu ile iş yaşam kalitesine yönelik tercihlerinin değerlendirilmesine yönelik sıralama sorularına verdiği cevaplar puanlandırılmıştır. İş yaşam kalitesi ve motivasyon boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler yapılmış, demografik özelliklerin iş yaşam kalitesi ve motivasyon alt faktörleri üzerine etkisine bakılmıştır. İş yaşam kalitesi ve motivasyon alt boyutlarının demografik özelliklerine etkisini araştırmak için t testi ve tek yönlü Anova analizi farklılığı tespit etmek için ise tukey testi kullanılmıştır.

3.3. Verilerin Toplanma Şekli

Anket iki bölümde yer alan 117 ifadeden oluşmaktadır. Soru formunun birinci bölümünde 18 demografik özellikleri yansıtan soru, ikinci bölümde ise çalışanların iş yaşam kalitesi ve motivasyona yönelik tercihlerinin değerlendirilmesine yönelik 99 ifade bulunmaktadır. İş yaşam kalitesi ve motivasyona yönelik yer alan sorular 5'li likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. 5'li likert ölçeğinde 1- kesinlikle katılıyorum, 2- katılıyorum, 3- kararsızım, 4- katılmıyorum, 5- kesinlikle katılmıyorum cevapları kullanılmıştır.

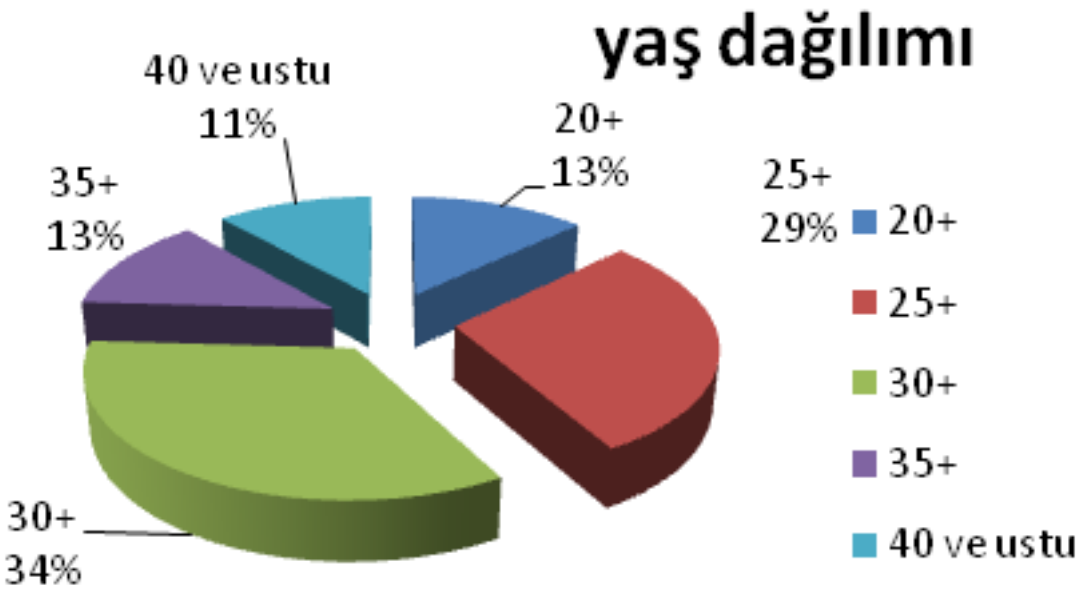
3.4. Güvenirlik Analizi ve Sonuçları

Çalışmamızda kullandığımız iş yaşam kalitesi ve motivasyon ölçeğini oluşturan genel ve alt boyutlara ilişkin iç tutarlılık güvenirliği, Cronbach's Alpha Güvenirlik katsayıları Tablo 1 gösterilmiştir.

Tablo 1. Motivasyon ve İş Yaşam Kalitesi ve alt boyutlarının güvenirlik katsayıları

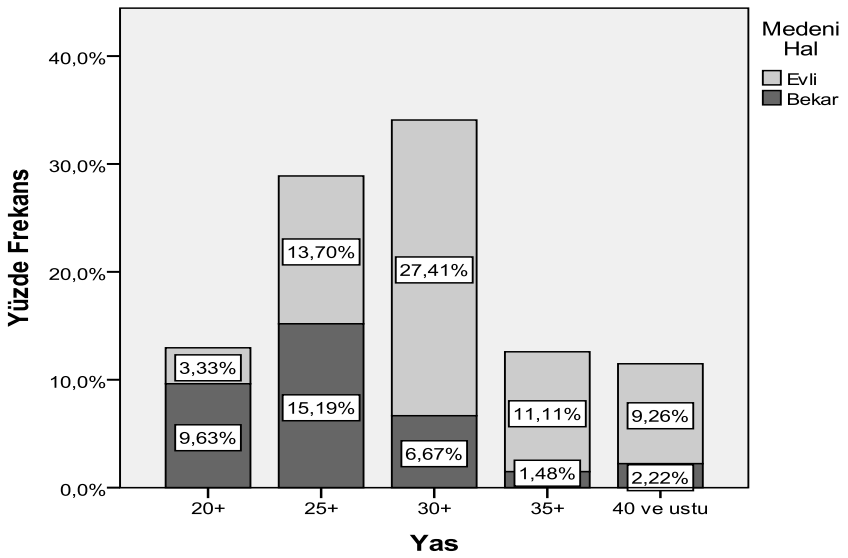
İş yaşam kalitesi	Katsayılar (alpha değerleri)
İş yaşam kalitesi (Genel)	0,898
Kararlara katılma	0,842
Terfi ve eğitim olanakları	0,854
İletişim	0,447
Çalışma ortamı	0,700
Fiziki ortam	0,663
Ücret	0,803
Sosyal haklar	0,493
Saygı görme	0,830
Çalışan memnuniyeti	0,675
Ulaşım	0,620
Çalışanlarda motivasyon	0,849

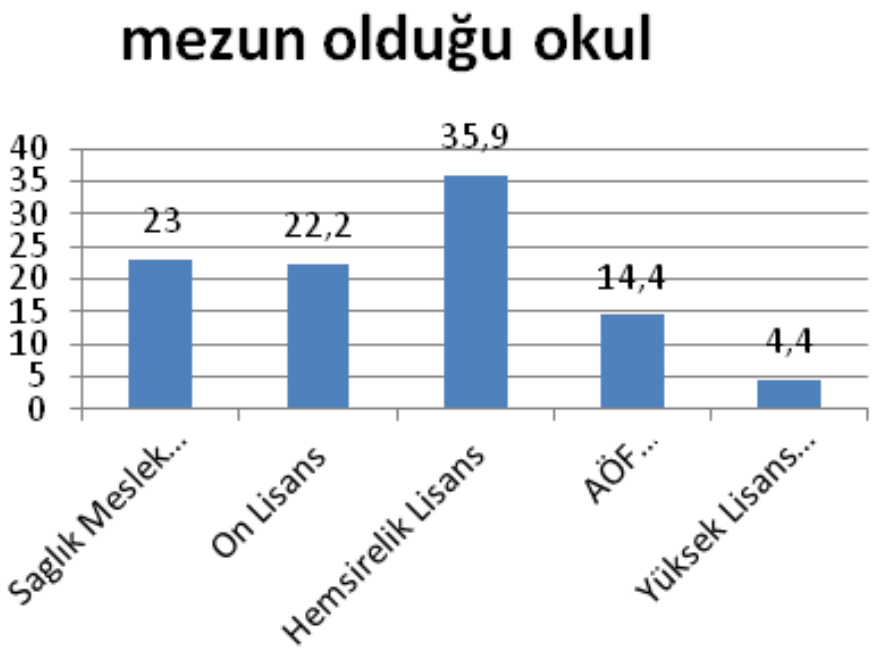
Faktör analizi sonucunda 11 faktör toplam varyansın 15,01'ini oluşturmaktadır. Elde edilen faktör analizinin KMO değeri 0,775 ve Bartlett's Küresellik testi $p<0,05$ çıkmıştır. Verilerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir.



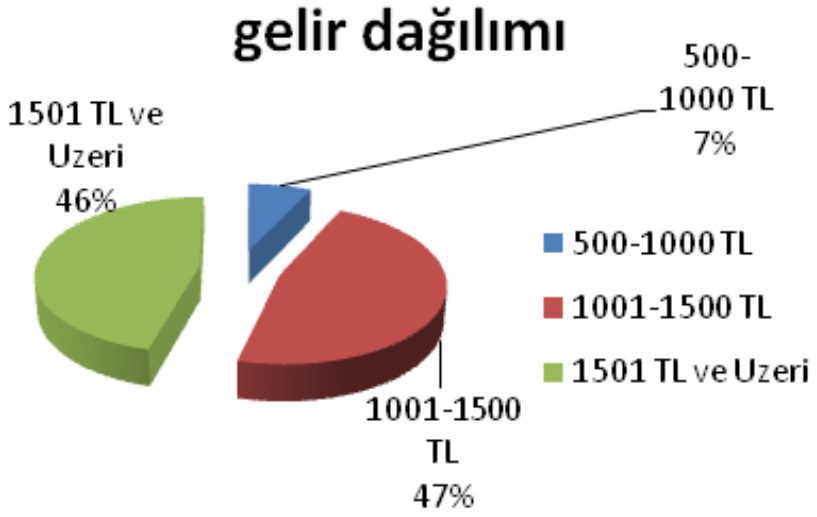
Yas değişkeni frekans dağılımına bakıldığında, katılımcıların %35 i 30-35 yas arasında olduğu görülmüştür. %28 i 25-30 yas arasındayken ,%12 sinin ise 35-40 yas arasında olduğu görülmüştür.

Katılımcıların Medeni hallerini incelendiğinde ise;% 64 ü evli iken, %36 sının bekar olduğu görülmüştür



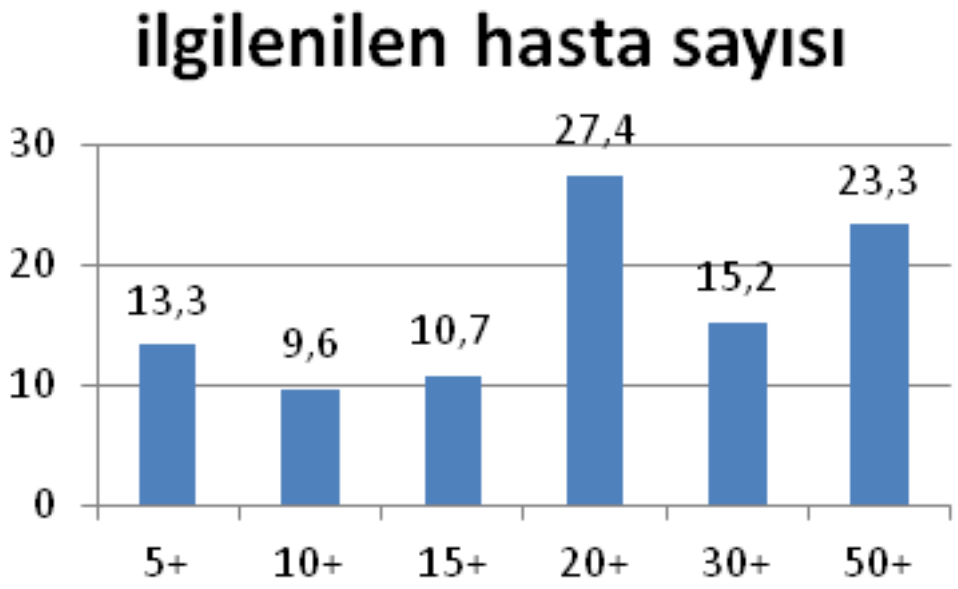


Katılımcıların mezun oldukları okullara bakılacak olursa; %35 inin Hemşirelik lisans bölümü, %23 ünün Sağlık meslek lisesi, %22 sinin On lisans mezunu oldukları görülmüştür. AOF mezunu katılımcılar %14 lik orana sahipken, Yüksek Lisans veya Doktora mezunu kesimin oranı ise %4.olduğu belirlenmiştir.

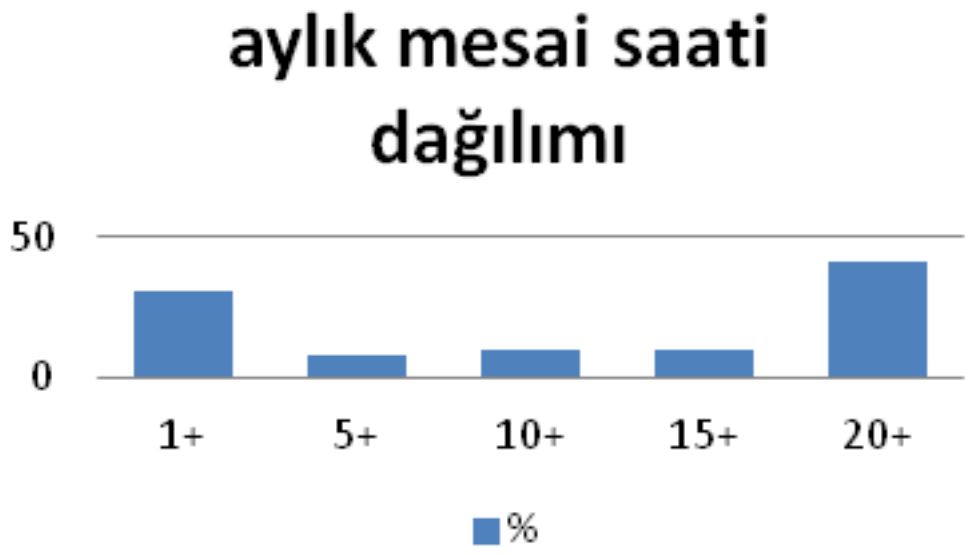


Katılımcıları Gelir Düzeylerine göre karsılaştırıldığında ; %47 si 1001-1500 TL arası, %46 sı 1501 TL ve üzeri, %7 sinin ise 500-1000TL arasında gelire sahip olduğu görülmüştür.

Anket uygulanan hemşirelerin %67 sinin sabit vardiyada, %32 sinin ise dönüşümlü vardiya düzeninde çalıştığı görülmüştür.



İlgilenilen hasta sayılarına bakıldığında, anket uygulanan hemşirelerin %27 sinin 20-30 arası hastaya,%23 ünün 50 hasta ve üzerinde hastaya, %15 inin 30-50 arası hastaya, %13 ünün ise 5-10 hastaya baktığı görülmüştür.



1 ay içinde fazladan kalınan mesai saatleri incelendiğinde, en dikkati çeken kesim %42 ile 20 saatten fazla kalanlardır. 10+ ve 15+ saat fazla mesaiye kalanların oranı ise %10 olarak gerçekleşmiştir. %30 orana sahip katılımcılar ise 1-5 saat arası mesaiye kalmaktadır.

Calisma suresi ile Kurumdaki Calisma Suresi Arasındaki İlişkinin Dağılımı

			Kurumdaki Calisma Suresi					Toplam
			1 ay ve ustu	1+ yıl	3+ yıl	5+ yıl	10 yıl ve ustu	
Calisma suresi	0-5 yıl	n	13	34	41	6	1	95
		%	4,80%	12,60%	15,20%	2,20%	0,40%	35,20%
	5-6 yıl	n	5	17	29	17	2	70
		%	1,90%	6,30%	10,70%	6,30%	0,70%	25,90%
	11 yıl ve uzeri	n	1	21	26	20	37	105
		%	0,40%	7,80%	9,60%	7,40%	13,70%	38,90%
Toplam		n	n	72	96	43	40	270
		%	%	26,70%	35,60%	15,90%	14,80%	100,00%

Yukarıdaki Çapraz tablo ise katılımcıları; toplam çalışma suresi ile kurumdaki çalışma sürelerine göre beraber sınıflandırılmıştır. Buna göre % 4,8 lik kesim toplamda 0-5 yıllık deneyime sahipken su an çalıştığı kurumda ise 1 yıldan az bir deneyime sahiptir.%15 lik orana sahip kesim toplamda 0-5 yıl tecrübeye sahipken çalıştığı kurumda ise 3+ yıl tecrübeye sahiptir. Diğer değerler de benzer şekilde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş dağılımı ile iş ve çalışma hayatı kalitesini nasıl bulma ve değerlendirme arasındaki ilişki incelendiğinde; 20-24 yaş arası hemşirelerin %40'ının çalışma iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu, 25-29 yaş arası hemşirelerin %50'sinin iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu, 30-34 yaş arası hemşirelerin %44,6'sının iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu, 35-39 yaş arası hemşirelerin %50'sinin iş ve çalışma hayatı kalitesini kötü bulduğu, 40 yaş ve üzeri hemşirelerin %54,8'inin iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin yaş dağılımı ile iş ve çalışma hayatı kalitesini nasıl bulma ve değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin mezun olduğu okul dağılımı ile iş ve çalışma hayatı kalitesini nasıl bulma ve değerlendirme arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin %47,4'ünün çalışma iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu, ön lisans mezunu olan hemşirelerin %39,5'inin iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu, hemşirelik lisans mezunu olan hemşirelerin %44,9'unun iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin mezun olduğu okul dağılımı ile iş ve çalışma hayatı kalitesini nasıl bulma ve değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmemiştir. ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durum dağılımı ile iş ve çalışma hayatı kalitesini nasıl bulma ve değerlendirme arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olan hemşirelerin %45,7'sinin çalışma iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu, bekar olan hemşirelerin %45,3'ünün iş ve çalışma hayatı kalitesini iyi bulduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin medeni durumu ile iş ve çalışma hayatı kalitesini nasıl bulma ve değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmemiştir. ($p>0,05$).

Bu bölümde hemşirelerin motivasyon ve iş yaşam kalitesine yönelik tercihlerinin değerlendirilmesi sonucu oluşan öncelik sıraları ortalama ve standart sapma değerleri belirlenmiştir. Boyutlar arasında en yüksek ortalama değer iş yaşam kalitesi alt boyutundan çalışan memnuniyeti boyutu, en düşük değer ise çalışma ortamı boyutuna aittir. Maddeler arasında ise en yüksek değeri "İş yerim kariyerimde ilerlemem için gerekli imkânları sunuyor" maddesine ait olduğu, en düşük değer ise "Tatil hakkının verilmesi performansımı artırır." Maddesine ait olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada yaş dağılımı ile iş yaşam kalitesi ve motivasyon üzerine etkisinin olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre hemşirelerin yaşının, terfi ve eğitim olanakları, iletişim, çalışma ortamı, fiziki ortam, ücret, sosyal haklar, çalışan memnuniyeti ve ulaşım üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Hemşirelerin yaşının, kararlara katılma, saygı görme, çalışanlarda motivasyon üzerine etkisinin olduğu belirlenmiştir. Kararlara uyma alt boyutunda 20-24 yaş arası grubunda yer alan hemşirelerin daha fazla etkili olduğu, saygı görme alt boyunda 20-24 yaş arası grubu ile 30-34 yaş arası grup arasında, 20-24 yaş arası grup ile 35-39 yaş arası grup ile, 30-34 yaş arası grup ile 40 yaş ve üzeri grup arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışanlarda motivasyon alt boyutunda ise 25-29 yaş arası grup ile 40 yaş ve üzeri grup arasında, 30-34 yaş grup ile 40 yaş ve üzeri grup arasında,35-39 yaş arası grup ile 40 yaş ve üzeri grup arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada medeni durumun iş yaşam kalitesi ve motivasyon faktörleri alt boyutları üzerine etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında, medeni durum ile iş yaşam kalitesi ve motivasyon faktörleri alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. (p>0,05).

Mezun olunan okul ile iş yaşam kalitesi ve motivasyon faktörleri üzerine etkisine bakıldığında anova testi sonuçlarına göre; mezun olunan okul ile çalışanların motivasyonu alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu anlamlılığın ise; sağlık meslek lisesi ve hemşirelik lisans programı arasında olduğu görülmüştür.

Gelir grupları ile iş yaşam kalitesi ve motivasyon faktörleri üzerine etkisinin anova testi sonuçlarına bakıldığında; gelir dağılımı ile saygı görme alt boyutu ile, çalışanlarda motivasyonu alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıklarının, saygı görme alt boyutunda, 500-1000 tl ile1501 ve üzeri arasında olduğu, çalışanlarda motivasyon alt boyutunda ise 500-1001 tl ile 1001-1500 tl arasında, 500-1000 tl ile 1501 ve üzeri arasında olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma şekli ile ile iş yaşam kalitesi ve motivasyon faktörleri üzerine etkisinin t testi sonuçlarına bakıldığında; çalışma şekli ile fiziki ortam alt boyutu ve çalışanlarda motivasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ

Hemşirelerin iş yaşam kalitesinin motivasyon üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılan ankette, sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı soruların yanı sıra 11 bölümde toplam 99 ifade sorulmuştur. Daha sonra Spss ortamında oluşturulan datalar gerekli kodlamalar yapılarak düzenlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yas değişkeni frekans dağılımına bakıldığında, %35 i 30-35 yas arasında, %28 i 25-30 yas ara-

sındayken ,%12 sinin ise 35-40 yas arasında olduğu görülmüştür. Medeni halleri incelendiğinde ise; % 64 ünün evli, %36 sının ise bekar olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin mezun oldukları okullara bakılacak olursa; %35 inin Hemşirelik lisans bölümü, %23 ünün Sağlık meslek lisesi, %22 sinin On lisans mezunu oldukları görülmüştür. AOF mezunu katılımcılar %14 lik orana sahipken, Yüksek Lisans veya Doktora mezunu kesimin oranının ise %4 olduğu görülmüştür.

Katılımcılar gelir düzeylerine göre karsılaştırıldığında ; %47 si 1001-1500 TL arası, %46 sı 1501 TL ve üzeri, %7 sinin ise 500-1000TL arasında gelire sahip olduğu görülmüştür.

Anket uygulanan hemşirelerin %67 sinin sabit vardiyada, %32 sinin ise dönüşümlü vardiya düzeninde çalıştığı görülmüştür. İlgilenilen hasta sayılarına bakıldığında, anket uygulanan hemşirelerin %27 sinin 20-30 arası hastaya,%23 ünün 50 hasta ve üzerinde hastaya, %15 inin 30-50 arası hastaya, %13 ünün ise 5-10 hastaya baktığı görülmüştür.

1 ay içinde fazladan kalınan mesai saatleri incelendiğinde, en dikkati çeken kesim %42 ile 20 saatten fazla kalanlardır. 10+ ve 15+ saat fazla mesaiye kalanların oranı ise %10 olarak gerçekleşmiştir. %30 orana sahip katılımcılar ise 1-5 saat arası mesaiye kalmaktadır.

Analizlere geçmeden önce ifadelere verilen cevapların tutarlı olup olmadıkları araştırılmıştır. Bunun için Güvenirlik analizi uygulanmıştır. Güvenirlik analizi, ifadelere verilen cevapların aynı tutarlılıkla mı cevap verildiğini araştırır.

Yani elde edilen verilerin şans eseri oluşup oluşmadığını test eder. Her bir soru grubuna yapılan Güvenirlik testi sonucunda, tutarlı olmayan ifadeler analizden çıkarılmıştır.

Değişkenlere regresyon analizi uygulandığında; regresyona katılan değişkenler; Kararlara katılma; Sorumluluk alma; Terfi ve Eğitim; İletişim; Çalışma Ortamı uyumu; Çalışma ortamı olumsuzlukları; Ücret; Sosyal haklar; Çevrenin Takdiri; Üst Yönetimin takdiri; Çalışan memnuniyeti; Çalışan memnuniyetsizliği; Ulaşım Bağımsız değişkenleri oluşmuştur. Bağımlı değişkenler ise; kuruma bağlılık motivasyonu ve iş motivasyonu değişkenleri oluşmuştur.

Daha sonra Faktör analizine geçilmiştir. Faktör analizi güvenirlik analizi sonucu elde kalan ifadeleri daha az değişkene indirgemek için kullanılmıştır. Daha doğrusu değişken oluşturmak için, ortak özelliğe sahip ifadeleri birleştirerek değişkenler oluşturulmaya çalışılmış, değişken oluşturmaya yetecek korelasyona sahip olmayan ifadeler analizden çıkarılmış ve analiz sonucunda;

Kararlara katılma; Sorumluluk alma; Terfi ve Eğitim; İletişim; Çalışma Ortamı uyumu; Çalışma ortamı olumsuzlukları; Ücret; Sosyal haklar; Çevrenin Takdiri; Üst Yönetimin takdiri; Çalışma memnuniyeti; Çalışma memnuniyetsizliği; ulaşım Bağımsız değişkenleri oluşmuştur.

Bağımlı değişkenler olarak da; kuruma bağlılık motivasyonu ve iş motivasyonu değişkenleri oluşmuştur.

Oluşturulan bu bağımsız değişkenlerin, kurumsal bağlılık motivasyonu ve iş motivasyonu üzerinde hangilerinin etkili olduğu göre etkililerse hangilerinin daha yüksek etkinliğe sahip olup olmadığı her 2 değişken için ayrı ayrı araştırılmış ve bunun için Çoklu Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır.

Kurumsal bağlılık motivasyonuna etki eden değişkenleri saptamak için yapılan analizde; en etkili değişken olarak İletişim değişkeni bulunmuştur. Gerçekten insan ne kadar iyi bir işte çalışırsa çalışsın, üst yönetimle ve çalışma arkadaşlarıyla iyi bir iletişim halinde değilse, bu işine ve kuruma karşı motivasyonunu etkileyebilir. Bu nedenle İletişim değişkeni en etkili değişken olarak görülmüştür

Kuruma bağlılığı etkileyen 2. Etken ise Çalışan memnuniyeti olarak bulunmuştur. İnsanlar bir işe girdikleri ilk zamanlarda yüksek motivasyonla çalışırlar ve kendilerini doğal olarak kuruma bağlı hissederler, ancak zaman geçtikçe artan tatminsizlik, iş yükü kişinin işinden memnun kalmamasına ve de iş değiştirme ihtiyacı hissetmesine yol açar.

Sorumluluk alma değişkeni de kuruma bağlılık motivasyonunu etkileyen son değişkendir. Eğer kişi, çalıştığı kurumda kendisine sorumluluk verilmediğini hissediyorsa, bunu, kendisine değer verilmiyormuş, güvenilmiyormuş gibi algılayabilir. Çalıştığı kurumda özellikle de işiyle ilgili kararlara katılma sorumluluğu verilmemesi kuruma bağlılık motivasyonunu etkileyebilir.

İş motivasyonuna etki eden değişkenleri belirlemeye yönelik yapılan regresyon analizi sonucunda ise; en etkili değişken çalışan memnuniyeti, daha sonra sırasıyla Sosyal haklar, iletişim, Terfi ve eğitim olanakları, ulaşım ve son olarak çevrenin takdiri değişkenlerinin etkili olduğu sonucuna varılmıştır. İş motivasyonuna en etkili değişkenin çalışan memnuniyeti değişkeni olması son derece normaldir, çünkü zaten diğer etkili değişkenler çalışan memnuniyetini şekillendiren değişkenlerdir. Dikkat çeken bir diğer husus da, çevre tarafından takdir edilmenin etkin çıkmasıdır. Bu aslında pek de şaşırtıcı olmasa gerek çünkü, hepimiz çevremiz tarafından bir şekilde etiketleniyoruz. Çevremizin hakkımızda söylediklerini önemsediğimiz için onların söylediklerinden etkileniyoruz.

Daha sonra kişilerin sahip oldukları demografik ve çalışma şartları özelliklerinin, iş motivasyonuna etkinliği olup olmadığı araştırılmıştır. Söz konusu araştırılmalarda t testi ve varyans analizi(ANOVA) testleri uygulanmıştır.

İlk olarak katılımcının yaşının, iş yaşam kalitesi ve motivasyonuna etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Hemşirelerin yaşının, kararlara katılma, saygı görme, çalışanlarda motivasyon üzerine etkisinin olduğu belirlenmiştir. Kararlara uyma alt boyutunda 20-24 yaş arası grubunda yer alan hemşire-

lerin daha fazla etkili olduğu, saygı görme alt boyunda 20-24 yaş arası grubu ile 30-34 yaş arası grup arasında, 20-24 yaş arası grup ile 35-39 yaş arası grup ile, 30-34 yaş arası grup ile 40 yaş ve üzeri grup arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Kuruma bağlılığı etkileyen 2. Etken ise Çalışan memnuniyeti olarak bulunmuştur. İnsanlar bir işe girdikleri ilk zamanlarda yüksek motivasyonla çalışırlar ve kendilerini doğal olarak kuruma bağlı hissederler, ancak zaman geçtikçe artan tatminsizlik, iş yükü kişinin işinden memnun kalmamasına ve de iş değiştirme ihtiyacı hissetmesine yol açar.

Sorumluluk alma değişkeni de kuruma bağlılık motivasyonunu etkileyen son değişkendir. Eğer kişi, çalıştığı kurumda kendisine sorumluluk verilmediğini hissediyorsa, bunu, kendisine değer verilmiyormuş, güvenilmiyormuş gibi algılayabilir. Çalıştığı kurumda özellikle de işiyle ilgili kararlara katılma sorumluluğu verilmemesi kuruma bağlılık motivasyonunu etkileyebilir.

İş motivasyonuna etki eden değişkenleri belirlemeye yönelik yapılan regresyon analizi sonucunda ise; en etkili değişken çalışan memnuniyeti, daha sonra sırasıyla Sosyal haklar, iletişim, Terfi ve eğitim olanakları, ulaşım ve son olarak çevrenin takdiri değişkenlerinin etkili olduğu sonucuna varılmıştır. İş motivasyonuna en etkili değişkenin çalışan memnuniyeti değişkeni olması son derece normaldir, çünkü zaten diğer etkili değişkenler çalışan memnuniyetini şekillendiren değişkenlerdir. Dikkat çeken bir diğer husus da, çevre tarafından takdir edilmenin etkin çıkmasıdır. Bu aslında pek de şaşırtıcı olmasa gerek çünkü, hepimiz çevremiz tarafından bir şekilde etiketleniyoruz. Çevremizin hakkımızda söylediklerini önemsediğimiz için onların söylediklerinden etkileniyoruz.

Daha sonra kişilerin sahip oldukları demografik ve çalışma şartları özelliklerinin, iş motivasyonuna etkinliği olup olmadığı araştırılmıştır. Söz konusu araştırılmalarda t testi ve varyans analizi(ANOVA) testleri uygulanmıştır.

İlk olarak katılımcının yaşının, iş yaşam kalitesi ve motivasyonuna etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Hemşirelerin yaşının, kararlara katılma, saygı görme, çalışanlarda motivasyon üzerine etkisinin olduğu belirlenmiştir. Kararlara uyma alt boyutunda 20-24 yaş arası grubunda yer alan hemşirelerin daha fazla etkili olduğu, saygı görme alt boyunda 20-24 yaş arası grubu ile 30-34 yaş arası grup arasında, 20-24 yaş arası grup ile 35-39 yaş arası grup ile, 30-34 yaş arası grup ile 40 yaş ve üzeri grup arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

(1) ***JACOBS, M., THE QUALİTY OF LİFE,*** "Consumption, Everyday Life and Sustainability" European Science Foundation's Term Programme http://www.camp.lancs.ac.uk/sociology/esf/qol.htm

(2) ***CONSİDİNE, G., CALUS, R.,*** The Quaity of Work Life of Australin Employees- the Development of an Index, http://www.acirit.com/pubs/WP73.pdf

(3) ***TAİ, T.W.C., BAME, S. VE ROBİNSON, C.D., 1998.*** Review of Nursing Turnover Research, Soci. Sci. Ned., 47 (12), s 1905-1924.

(4) ***ABA GÖKHAN, (2009),*** "İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi", Akdeniz Üniv. Sos.Bil.Ens. Yük.Lis.Tezi Antalya s.6

(5) ***BERBEROĞLU GÜNEŞ, 1991.***"İşletmelerde Organizasyon-Birey Bütünleşmesini Sağlayan Etkin Bir Uygulama: Kariyer Yönetimi", Gazeteciler Cemiyeti Yayınları, İstanbul s.135

(6) ***DAN GILBERT, 1994.*** "Response", Compensation & Benefits Review, Vol. 26, No. 2, s. 23-25.

(7) ***WALTON, R..E., 1975.*** Criteria for Quality of Work Life, Newyork: Free Press. s.93

(8) ***ÖZGEN HÜSEYİN, ÖZTÜRK AZİM, YALÇIN AZMİ, 2002.*** "İnsan Kaynakları Yönetimi, Çukurova Üni. İktisadi ve İdari Bil. Fakültesi, Nobel Kitapevi s.307

(9) ***HERZBERG FREDERİCK, 1982.*** The Managerial Choise: To Be Efficient and To Be Human, Olympus Publishing Inc., Salt Lake City. s.53

(10) ***KEENAN, K., 1996.*** "Yöneticinin Kılavuzu: Motivasyon", Çev: Engin Koparan, Remzi Kitapevi, İstanbul, s.5

(11) ***OKAN TARHAN, 2009.*** "Motivasyon Üzerinde Ulusal Kültür Etkisi", Gazi Ünv. İİBF Dergisi, Sayı:11 121-142

(12) ***AY, F. A., 2002.*** "İsletmelerde Çalışanların Motivasyonlarını Etkileyen Faktörler", Bir Alan Araştırması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2006. s. 7

(13) ***ÖZGEN, H., ÖZTÜRK, A. VE YALÇIN, A., 2002.*** "İnsan Kaynakları Yönetimi", Nobel Kitapevi, Adana, s. 327

(14) ***BARUTÇUGİL, İ., 2004.*** "Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi", Kariyer Yayıncılık, İstanbul, s. 390

(15) ***ROMERO, J., KLEINER, B. H. 2000.*** Global Trends in Motivating Employees, Management Research News, Vol 23, No 7 (8), pp.14-17.

EK-A KULLANILAN ANKET

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Anket Bölüm I

1. Kaç Yaşındasınız?

20+ ( ) 25+ ( ) 30+ ( )

35+ ( ) 40 ve Üstü ( )

2. Medeni Durumunuz Nedir?

Evli□ Bekâr □

3. Evli İseniz Çocuk Durumu?

Var İse; □

Sayısı? 1( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5+( )

Yok □

4. İlk Mezun Olduğunuz Hemşirelik Programı Hangi Düzeydedir?

Sağlık Meslek Lisesi □

Ön Lisans

(Sağlık Hizmetleri Meslek

Yüksekokulu) □

Hemşirelik Lisans □

5. En Son Aldığınız Hemşirelik Eğitimi Nedir?

Sağlık meslek lisesi □

Ön Lisans (Sağlık hizmetleri MYO) □

Hemşirelik lisans □

AÖF (Hemşirelikte Ön Lisans) □

Yüksek Lisans veya Doktora □

6. Gelir Durumunuz Nedir?

500-1000 TL Arasında □

1001-1500 TL Arasında □

1501 TL ve Üzeri □

7. Şuanda Çalıştığınız Kurum;

□ Birinci Basamak sağlık kuruluşu (Resmi kurum tabiplikleri, Sağlık ocağı, Verem savaş dispanseri, Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, Sağlık merkezi, ADSM, özel poliklinikler)

□ İkinci Basamak sağlık kuruluşu (hastaneler, Özel Dal Hastaneleri, özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri)

□ Üçüncü Basamak sağlık kuruluşu (Eğitim ve araştırma hastaneleri, Özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile Üniversite hastaneleri)

8. Çalışma Süreniz Nedir?

0-5 yıl □

6-10 yıl □

11 yıl ve üzeri □

9. Şuandaki Çalıştığınız Kurumdaki Çalışma Süreniz Nedir?

1 Ay ve Üstü ( ) 1+ Yıl ( )

3+ Yıl ( ) 5+ Yıl ( )

10+ Yıl ve Üstü ( )

10. Çalışma Düzeniniz Nedir?

Genellikle Sabit Vardiyada Çalışıyorum. □

Genellikle Dönüşümlü Vardiyalarda Çalışıyorum. □

11. Kurumunuzda Kaç Hemşire ile Birlikte Çalışıyorsunuz?

1+ ( ) 5+ ( ) 10+ ( ) 15+ ( ) 20+( ) 30+ ( ) 50+ ( ) 100+ ( )

12. Mesai Saatleri İçinde Kaç Hasta İle İlgilenmektesiniz?

5+ ( ) 10+ ( ) 15+ ( )

20+ ( ) 30+ ( ) 50+ ( )

13. Ayda Kaç saat Fazla Mesai Yapıyorsunuz?

1+ ( ) 5+ ( ) 10+ ( )

15+ ( ) 20+( )

14. Halen Çalıştığınız Kurumda/Kurum Ortamı, Kuralları ve Uygulamalarına Yönelik bir Oryantasyon Programına Katıldınız mı?

□ Evet İse;

Süresi? ( )

□ Hayır

15. Bu Kurumda Çalıştığınız süre içerisinde Kurumunuzun Desteğiyle Kurumunuz Dışında Verilen Mesleğinizle İlgili Herhangi Bir Kurs, Eğitim veya Sertifika Programına Katıldınız mı?

□ Evet İse;

Alan/Konu ( )

□ Hayır

16. Bu Kurumda İlk Yılınızı Tamamladıktan Sonra Hiç Yer Değiştirdiniz Mi?

□ Evet İse;

1+ ( ) 2+( ) 3+ ( ) 4+( )

5+ ( ) 10+ ( )

Değiştirme Nedeni?

Çalışma ve İş Yoğunluğu □

Ücret Yetersizliği □ Eş Nedeni □

Kurum İçi Problemler □

Kuruma Uyum Sağlayamama □

Kurumun İstediği Bilgi Yetersizliği □

□ Hayır

17. Bu Kurumda Çalışmaya Başladığınızdan Beri Bir Üst Göreve, Sorumluluklarınız Artarak Atanma Teklifi Aldınız Mı?

□ Evet İse;

Açıklayınız ( )

□ Hayır

18. Genel Olarak İş ve Çalışma Hayatınızın Kalitesini Nasıl Buluyor ve Değerlendiriyorsunuz?

Mükemmel □

Çok iyi □

İyi □

Kötü □

Çok kötü □

BÖLÜM II

A- KARARLARA KATILMA

1. Yönetimde sorumluluk almak beni motive ediyor.
2. Planlama yapılırken fikrimin alınması beni motive ediyor.
3. Kurumda işimle ilgili kararlara katılabilmek beni motive eder.
4. Kurumda alınan kararlara dolaylı olarak katılabilmek beni motive eder.
5. Yeni bir bölüm açılmadan önce işbirliği istenmesi beni mutlu eder.
6. Bütçe planları yapılırken fikrimin alınması beni memnun eder.
7. Malzeme alınırken fikrimin sorulması beni olumlu etkiler.
8. İşimde tam yetki verilmesi çalışmamı olumlu yönde etkiler.

B-TERFİ VE EĞİTİM OLANAKLARI

1. Mesleğimde ilgili yayınları takip etmek beni mutlu ediyor.
2. Mesleğimde gelişmek için yeterli zamanı yeterli zamanı ayırabiliyorum.
3. İşyerim kariyerimde ilerlemem için gerekli imkanları sunuyor.
4. Çeşitli konferanslara katılmak beni işime motive eder.

5. İşimde yükselebileceğimi düşünmek beni işime motive eder.
6. Bir üst seviyede eğiti kurumuna devem edebilmek beni işime motive eder.
7. İş yerimde çeşitli eğitim olanaklarının olması beni olumlu etkiliyor.
8. Eğitim seminer gibi faaliyetlerin sürekli olması performansımı arttırır.

C-İLETİŞİM

1. Çalışma arkadaşlarımla sağlıklı iletişim kurabiliyorum.
2. Hastalarımla sağlıklı iletişim kurabiliyorum.
3. Yönetimle iletişim kurabilmek beni mutlu ediyor.
4. Yoğun çalışma saatleri ailemle iletişimimi olumsuz etkiliyor.
5. Hastaya durumu ile ilgili yeterli bilgiyi verebilmek beni mutlu eder.
6. Hastanın eğitim durum yetersiz ise açıklama yapmaya gerek duymuyorum.
7. Hastayla iyi iletişimi kurabilecek zamanı bulamıyorum.
8. İdari çalışanlarla iletişim kurarken zorluk çekiyorum.

D-ÇALIŞMA ORTAMI

1. Ekip arkadaşlarımla uyum içinde çalışmak beni işime bağlar.
2. Yönetimle uyum içinde çalışmak beni motive eder.
3. Birim içi hiyerarşik düzen beni olumsuz etkiler.
4. Kurumdaki sosyal faaliyetler beni olumlu etkiler.
5. Kurumumuzdaki hemşire sayısının yeterli olmaması beni olumsuz etkiler.
6. İş yerinde birimler arası iletişimin iyi olması beni işime motive eder.
7. İş yerinde fırsat eşitliğinin olmaması motivasyonumu düşürür.
8. Laboratuar sonuçlarının yeterli olmaması çalışmamı arttırır.

E-FİZİKİ ORTAM

1. İş yerinin ekipman donanımının yeterli olduğunu düşünüyorum.
2. İş yerinin yeterli elemana sahip olduğunu düşünüyorum.
3. İş yerinin ferah oluşu beni işime motive eder.
4. İş yerinin temizliği beni mutlu eder.
5. İş yerinin meslek hastalıklarına kar-

şı korunmada yeterli donanımı olması beni mutlu eder.

6. İş yerinin kalifiye elemana sahip olması çalışmamı arttırır.
7. İş yerim yeterince büyüktür.
8. İş yerimin her türlü hasta kabulü işimi kolaylaştırır.

F-ÜCRET

1. Aldığım ücret işimin karşılığıdır.
2. Aldığım ücret beni işime daha sıkı sarılmama neden oluyor.
3. İkramiye almak performansımı arttırır.
4. Ücretimi zamanında almak beni mutlu eder.
5. Ücretimi eksiksiz almak beni işime motive eder.
6. Avans alabilme imkanı beni olumlu etkiler.
7. Performans ücret değerlendirmesinin adil olması beni mutlu eder.
8. Ücret planlamasından memnun değilim.

G- SOSYAL GÜVENLİK SOSYAL HAKLAR

1. Yoğun çalışma saatleri motivasyonumu düşürüyor.
2. Sosyal güvenlik haklarından yeterince yararlanabiliyorum.
3. Tüm sosyal haklarım bana açıkça belirtilmiştir.
4. Sık sık nöbete kalmak motivasyonumu olumsuz etkilemektedir.
5. İş yerimin yemek imkanı sunması beni olumlu etkiliyor.
6. Performans değerlendirmemin yaptığım işe bağlı olarak yapılması beni motive eder.
7. Tatil hakkının verilmesi performansımı arttırır.
8. İş yerimin sosyal tesislerinin kullanabilmek beni olumlu yönde etkiler.

H- SAYGI GÖRME

1. Mesleğim nedeniyle insanların takdirini kazanırım.
2. Mesleğimden ötürü çalışma arkadaşlarımın takdirini kazanırım.
3. Yönetim tarafından saygı görmek beni işime motive eder.
4. Mesleğim çevremdeki insanlarca takdir edilmemi sağlıyor.

5. Saygı gördüğümden dolayı işime motive olurum.
6. Toplumsal statüm beni tatmin ediyor.
7. Üstüm tarafından takdir edilmek motivasyonumu arttırıyor.
8. Yönetim tarafından takdir edilmek motivasyonumu artırır.

K- ÇALIŞAN MENMUNİYETİ

1. İş yerimden memnunum.
2. Mesleğimden memnunum.
3. İmkanlarım olsa başka bir meslek seçerdim.
4. Şuan yine tercih edecek olsam mesleğimi seçerdim.
5. Mesleğimle ilgili olumlu beklentiler içindeyim.
6. İş yoğunluğum beni aşırı derecede yoruyor.
7. Çalıştığım bölüm bana uygun değil.
8. Başka bir kurumda çalışsam daha mutlu olurdum.

L- ULAŞIM

1. İş yerime sevilse gitmem beni işime motive ediyor.
2. İş yerime kendi imkanlarımla gitmem beni işime motive ediyor.
3. İş yerimin evime uzaklığı benim için önemlidir.
4. İş yerime ulaşımda güçlük çekmiyorum.
5. Ulaşım güçlüğü yaşamamak beni olumlu yönde etkiliyor.
6. Ulaşımda vesait çokluğu beni yoruyor.
7. Kaliteli ulaşım kolaylık performansımı attırır.
8. Ulaşımdaki kolaylık performansı arttırır.

M-ÇALIŞANLARDA MOTİVASYON

1. Çalıştığım kurumun sorunlarını kendi sorumlarım gibi hissediyorum.
2. Kendimi çalıştığım kurumun bir parçası olduğum için kendimi güçlü hissediyorum.
3. Çalıştığım kurumun bir parçası olduğum için kendimi güçlü hissediyorum.
4. Bu kurumun amaçlarını benimsiyorum.
5. Yaptığım işle ilgili sorumluluğa sahibim.
6. Bu kurumda işimi kendi özel işim gibi hissediyorum.

7. Bu kuruma kendimi duygusal olarak bağlı hissediyorum.
8. Yaptığım işte başarılıyım.
9. Çalışma arkadaşlarımın çalışmalarından dolayı beni takdir ederler.
10. Yaptığım işin yapılmaya değer bir iş olduğuna inanıyorum.
11. Bu kurumun benim için çok özel bir anlamı var.
12. İşimi tam anlamıyla yapabilecek yetkiye sahip olduğuma inanıyorum.
13. Yaptığım işlerin sonuçlarını görebiliyorum.
14. Çalışma saatlerim uygun.
15. Mevcut koşulların iyileştirilmesi bizi daha başarılı kılacağı inancındayım.
16. İş yüküm ağır değil.
17. Kurum içerisinde daha iyi bir pozisyona geleceğime inanıyorum.
18. İşimi yapmak için elimden geleni yaptığımı düşünüyorum.
19. Kurum içerisinde çok rahat hareket eder fikirlerimi rahatlıkla amirlerime belirtirim.

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK SPOR SAĞLIK ve TIP BİLİMLER DERGİSİ

Ekim-Kasım-Aralık 2011 Sayısı Sayı: 1 / Cilt: 1 Autumn October- November- December 2011 Volume:02 Issue:01 Jel Kodu: JEL E

www.sstbdergisi.com

SAĞLIK HARCAMALARININ YILLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI ve SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Murat KORKMAZ[1] , Aysun YILMAZTÜRK[2]

[1]Güven Grup Finans Yöneticisi

[2] Balıkesir Üniversitesi Sındırgı Meslek Yüksek Okulu Muhasebe ve Vergi Uygulamaları Bölümü

Özet: Gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ekonomilerinde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları ülke ekonomisi üzerinde önemli bir yeri kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları ülke ekonomisinin önemli bir parçası olduğu gibi hizmet endüstrisi açısından da önemli bir kar maksimizasyonu nu oluşturmaktadır. Yaptığımız bu araştırma ve çalışma da 2000 ve 2008 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler belirlenmiş; sağlık harcamalarının konsolide bütçesi içindeki payı, cari sağlık harcamaları, sağlık alanında yapılan yatırımlar ve hastane yatak sayılarındaki değişkenler kullanılarak sonuca gidilmiştir. Çalışmada yapısal kırılma analizi kullanılmış olup, 2000 ve 2008 yılları arasında yer alan bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin bozulduğu ve son derece tutarlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık harcamalarındaki yıllık artış oranlarına bakıldığında ise 2000 ve 2008 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının %600, cari harcamalarının %553 ve sağlık harcamalarının konsolide bütçe içindeki payının %120 oranında artış gösterdiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler : Sağlık Ekonomisi, Sağlık Harcamaları, Konsolide Bütçe, Ekonomi, Hizmet, Kırılma Analizi

COMPARISON OF HEALTH EXPENDITURES BY YEARS AND ANALYZING THE FACTORS AFFECTING HEALTH EXPENDITURES

Abstract: Health services and health expenditures in developed and developing world economies constitute an important place over the national economy. Besides the health services and health expenditures are an important part of national economy, they create significant profit maximization in terms of the service industry. In this study and research, health expenditures between the years of 2000 and 2008 were comparatively analyzed. Factors affecting the health expenditures were ascertained; and it was concluded by using the portion of health expenditures in the consolidated budget, current health expenditures, investments made in health sector and variables in the number

of hospital beds. Structural refractive analysis was used in the study and it was concluded that the relation between dependent variables between the years of 2000 and 2008 and independent variables was corrupted and highly consistent. When looked into the annual rate of increases in health expenditures, it was determined that total health expenditures between 2000 and 2008 increased 600%, current expenditures increased 553% and health expenditures increased 120% in the portion of consolidated budget.

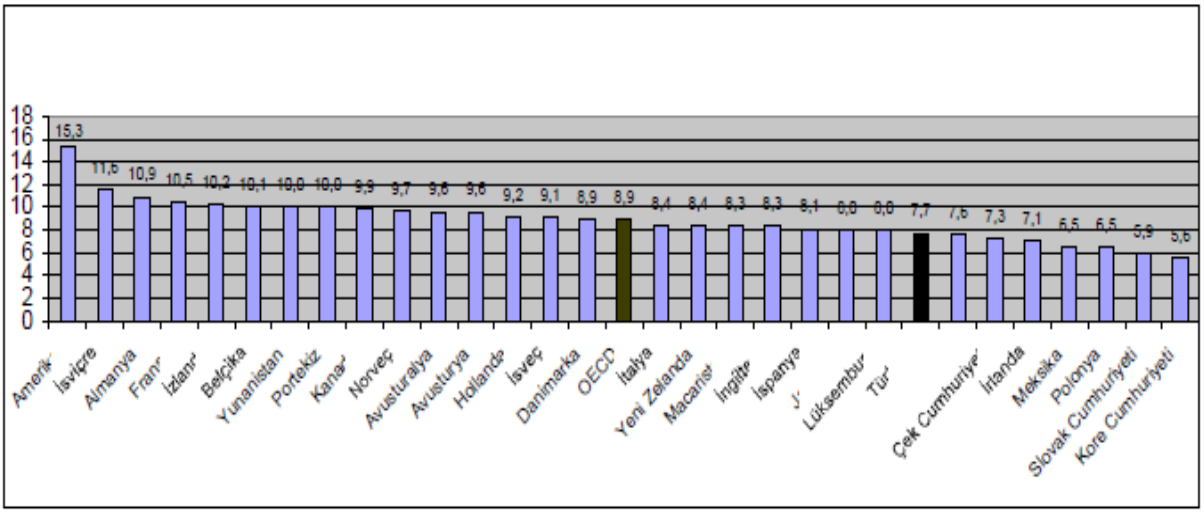
Key Words: Health Economy, Health Expenditures, Consolidated Budget, Economy, Service, Refractive Analysis

GİRİŞ

Birçok dünya ülkesinde olduğu gibi ülkemiz açısından da sağlık hizmetleri, ülke ekonomisi açısından önemli bir yeri kapsamaktadır. Yapılan bu hizmetler oldukça kapsamlıdır. Ayrıca sağlık hizmetleri hizmet endüstrisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tutar ve Kılınç'a göre; sağlık hizmetleri ve sağlık harcamaları ülke ekonomilerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının yine büyük bir hizmet endüstrisi oluşturduğu görülmektedir (Tutar ve Kılınç 2004: 31). İstenen ve verilen sağlık hizmetlerindeki kalite ve yeterlilik; o ülkenin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeyinin en belirgin göstergesidir. Sağlık hizmetlerindeki kalite, istenen hizmet düzeyi ve sunulan hizmet şekli ülkenin gelişmişliği ve ekonomik gücü ile paraleldir. Bu nedenle ilgili birey ya da kurumların talep ettiği hizmet kalitesi, istediği hizmet şekli ve verilen hizmetin hızı ekonomik göstergelerle yakından ilişkili olduğu gibi; ülkenin refah düzeyinin gelişmişliğinin de bir göstergesidir. "Sağlık sektöründe sunulan hizmetin %100 güvenirliliğe sahip olması gerekir." (Tutar ve Kılınç 2004: 32). Gelişmiş dünya ülkelerinde sağlık hizmeti sunan kurum sayısı ve özel kurum sayısı oldukça fazladır. Gelişmekte olan ve ekonomik güç bakımından yeterli düzeyde olmayan dünya ülkelerinde ise durum tam tersidir. Yeterli sağlık hizmeti sunamayan dünya ülkelerine bakıldığında, öncelikli olarak yetişmiş uzman hekim, hemşire, teknoloji ve sağlık malzemesi yetersizliği görülmektedir. Bu yetersizlik nedenleriyle birçok toplumsal sorun ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların başında ilaç ve tıbbı endüstri alanındaki teçhizat eksiklikleri yer almaktadır. Yine bu dünya ülkelerinde sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı imkân ve olanaklarda yetersiz kalmaktadır. Oluşan bu yetersizlik ve sorunlara paralel olarak hizmet ve sunulan sağlık kalitesi de yetersizdir. İlaç sektörü yapısına bakıldığında da değişen bir durum görülmemektedir. Yeterli ekonomik güce sahip olmayan dünya ülkelerinde sağlık sorunları ve tedavi sürecindeki gecikmeler de hiç göz ardı edilemeyecek şekilde yüksektir. Fakat bu nedenlere bağlı olarak yeterli ekonomik güce sahip olmayan dünya ülkelerinin sağlık harcamaları başta olmak üzere ilaç harcamalarındaki oranda gelişmiş dünya ülkelerine göre daha yüksektir (Turna 2006: 4). Diğer gelişmekte olan dünya ülkeleri gibi Türkiye'de de toplam sağlık harcamaları içerisinde ilaç giderlerinin oldukça

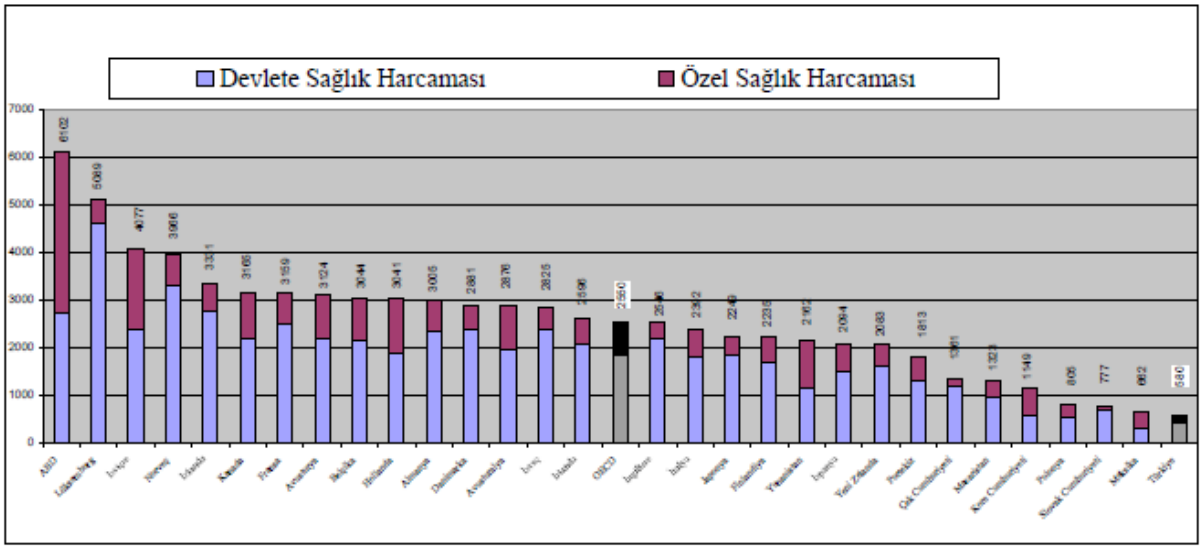
yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık harcamaları konusunda oldukça ciddi çalışmaların yapılmasına duyulan ihtiyaç ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektörüne yapılan yetersiz yatırımlar ve ekonomik gücün eksikliği sağlık harcamalarının daha yüksek olmasındaki en önemli faktörlerden birisini oluşturur. Sağlık ekonomisi kavramına baktığımızda; belirli dönem ve zaman dilimlerinde harcama oranlarının arttığı ya da azaldığı görülebilir. Sunulan hizmet, kullanılan kaynaklar, organizasyonlar ve talepler bu oranların azalmasında ya da artmasında önemli rol oynar. Sağlık alanında yapılan çalışmaların etkinliği ve verimliliğini ölçebilmek için, bireysel veya toplumsal düzeyde koruyucu, iyileştirici ve sağlanan her yönlü faydanın ne olduğunu bilmek gerekir. Toplumsal ya da bireysel fayda ancak; etkin ve iyi organize edilmiş çalışmalarla sağlanabilir. Sağlık alanında yapılan sunulan hizmetlerde özellikle günümüz teknolojisinin en verimli şekilde kullanılmasını zorunlu kıldığı görülmektedir. Sağlık ekonomisinin önemle üzerinde durduğu kavramların başında da teknolojik üstünlük ve gelişmişlik gelmektedir. Gelişmiş teknolojik cihaz ve ekipmanlar ile daha az maliyet ve daha hızlı sağlık hizmetin sağlandığı gerçeğini göz ardı etmemek gerekir. Yapılan teknolojik yatırımlar ve kullanılan teknolojik cihazlar oluşan ya da oluşabilecek sağlık risklerinin tedavisinde etkindir. Bu nedenle kamudan ayrılan yatırımların uzun vade de daha fazla verimlilik sağladığı görülmektedir. Ortalama yaş süresinin uzaması, nüfusun hızla artması ve duygulan sağlık hizmetlerine olan talep farklılaşması sağlık ekonomisi açısından bir diğer önemli kavramı ortaya çıkarmaktadır. Verilen hizmet kalitesinin yüksek olması ve talep edilen tedavi şeklinin hasta memnuniyeti açısından önemi de bir farklı kavramdır. Fakat günümüz koşullarında hizmet kalitesi ve sunulan hizmetin çeşitliliği nedeniyle sağlık hizmet kalitesine yönelik yapılan ölçümler işlemleri zorlaştırmaktadır (Ardınç ve Baş 2001: 4). Sağlık sektörünün ekonomik sistemi içerisinde bulunan ekonomik özellikler çerçevesinde bazı gelişmeleri belirli başlıklar altında incelendiğini görmekteyiz. Bu başlıklara bakıldığında, "Talep esnekliği, Sağlık Hizmetlerinin Bölümleri, Hekim, Sağlanan Sosyal İmkanlar ve Sunulan Sağlık Hizmetlerindeki çeşitliliklerdir." Hekim sayısı ve uzman hekim, eğitim ve araştırma hastanelerinde sunulan sağlık hizmet çeşitliliği, sağlık hizmet ve talep esnekliği, kullanılan son teknolojiye uyumlu teçhizat ve cihazlar, hız, tedavi süreci ve sunulan sağlık hizmetindeki kalitenin ilgili talep eden üzerindeki olumlu etkinliği bu başlıklar altında toplanmaktadır (Karababa 2005). Ülke ekonomisi ve sağlık harcamaları açısından değerlendirdiğimizde ise en fazla harcamanın ilaç sektörü olduğunu görmekteyiz. Bu durum diğer dünya ülkeleri içinde geçerlidir.

Şekil1: Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı



Kaynak: ERSÖZ, F., (2008), "Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi", İstatistikçiler Dergisi 2, (2008) 95-104

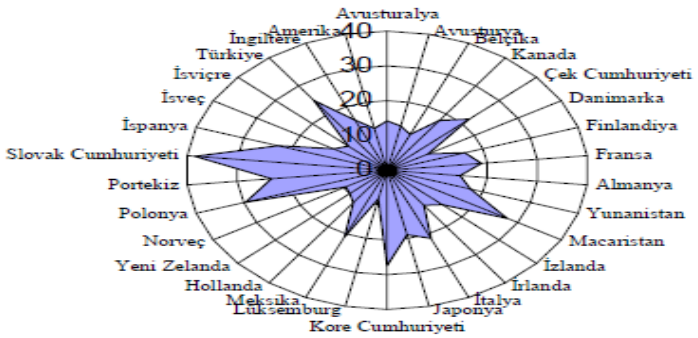
Şekil 2: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (Dünya Ülkeleri)



Kaynak: ERSÖZ, F., (2008), a.g.e.

Yukarıda bulunan şekil 1' ve şekil 2'de Türkiye'nin 2004 yılında GSYH içindeki oranının %7.7 olduğu görülmektedir. Yine bu oran OECD ülkelerinde %8.9 dur. Türkiye ile OECD ülkeleri 2004 yılı için karşılaştırıldığında GSYH içinde Türkiye'nin daha altında olduğunu göstermektedir. Türkiye 30 OECD ülkesi içinde sadece, "Kore Cumhuriyeti, Slovak Cumhuriyeti, Polonya, Meksika, İrlanda, Çek Cumhuriyeti ve Finlandiya" gibi dünya ülkelerinin üzerindedir (Ersöz 2008: a.g.e.). Türkiye 30 OECD ülkesi içerisinde ise kişi başına düşen sağlık harcamaları sıralamasında en son sırada yer almaktadır. "Ayrıca kişi başına sağlık harcamasının yıllık büyüme oranı, Türkiye'nin % 8,6 ile OECD ortalaması olan % 3,7 den daha yüksektir. Bu sonuç sağlık sektörümüz için umut vericidir." (Ersöz 2008: a.g.e.). Yine 30 OECD ülkesinin ilaç harcama ortalamasına bakıldığında %17.58 Türkiye %24.8 oranıyla bu ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Ayrıca 30 OECD ülkesi içerisinde en yüksek oranlara sahip ülkeler sıralamasında ise %38.5 ile Slovak Cumhuriyeti, %29.6 ile Polonya en az harcamaya sahip olan ülkeler ise Lüksemburg %8.5 ve Danimarka %9.4 oranlarla en az ilaç harcaması yapan ülkeler arasında yer almıştır. Bu bilgiler 2000 ile 2004 yılları için geçerlidir (Ersöz 2008: a.g.e.). Günümüzde giderek artış gösteren sigara ve alkol kullanımı nedeniyle oluşan sağlık sorunları için kamu oldukça ciddi sağlık harcamaları gerçekleştirmektedir. Bunlar içinde ilk sırada yer alan kanser tedavisinde kullanılan ilaç ve diğer sağlık hizmetleri yer almaktadır. Birçok dünya ülkesinin de içinde bulunduğu obezite sorunu nedeniyle de sağlık harcamalarının arttığını söyleyebiliriz. Toplumsal bir sorun olan bu madde bağımlılığı ve aşırı kilo almak koşuluna bağlı olarak ortaya çıkan obezite sağlık sorunları nedeniyle sağlık harcamalarının da arttığını söyleyebiliriz. 2008 yılında yapılan sağlık harcama oranına bakıldığında 57.7 milyon harcama yapıldığı görülmektedir. Bu oran ile 2008'de toplam sağlık harcamasının %90.6 sını cari sağlık harcamasını oluşturmaktadır (Mecidal 21 Şubat 2011).

Şekil 3: **OECD ülkelerinin toplam sağlık harcaması içerisindeki ilaç harcama oranı**



Kaynak: ERSÖZ, F., (2008), a.g.e.

Tablo 1: Türkiye 2008 Toplam Sağlık Harcaması

		Genel Devlet				Özel Sektör		
	Genel Toplam	Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hanehalkları	Diğer[1]
Toplam sağlık harcaması	57 740	42 159	15 948	865	25 346	15 580	10 036	5 545
Cari sağlık harcaması	52 320	38 033	13 563	422	24 048	14 286	10 036	4 251
Hastaneler	22 984	20 906	8 163	88	12 655	2 078	1 304	775
Evde hemşirelik bakımı	2	-	-	-	-	2	-	2
Ayakta bakım sunanlar	7 762	2 532	2 375	157	-	5 230	3 658	1 572
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	17 608	13 819	2 380	46	11 393	3 789	3 482	307
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	395	369	332	37	-	26	-	26
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	459	-	-	-	-	459	-	459
Sınıflandırılamayan diğer kategori	3 110	408	313	94	-	2 702	1 593	1 110
Yatırım	5 420	4 126	2 386	443	1 298	1 294	-	1 294

Kaynak: TUİK Sayı:34, 18 Şubat 2011

Tablo 2: Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler, 1999-2008

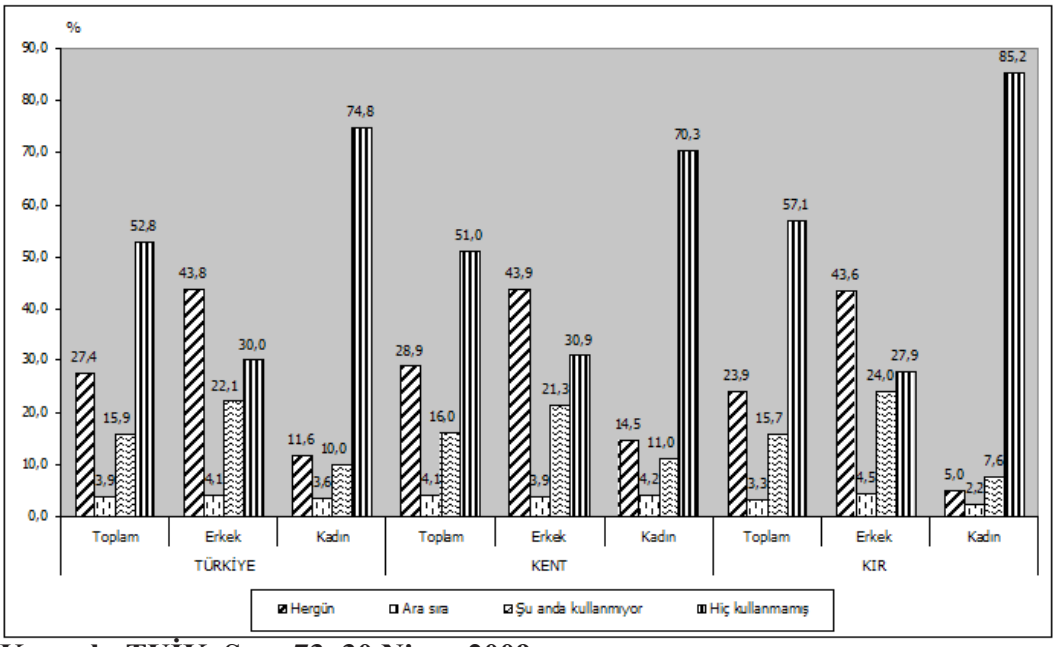
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Toplam sağlık harcaması										
Milyon TL	4 985	8 248	12 396	18 774	24 279	30 021	35 359	44 069	50 904	57 740
Milyon ABD Doları	11 790	13 140	10 052	12 389	16 159	20 975	26 205	30 599	38 864	44 364
Kişi başı sağlık harcaması										
Türk Lirası (TL)	79	128	190	284	363	443	516	635	725	812
ABD Doları	186	204	154	188	242	310	382	441	553	624
Toplam sağlık harcamasının, gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4,8	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1
Kamu sağlık harcamasının, toplam sağlık harcamasına oranı (%)	61,1	62,9	68,1	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0
Hanehalkı sağlık harcamasının, toplam sağlık harcamasına oranı (%)	29,1	27,6	22,8	19,8	18,5	19,2	22,8	22,0	21,8	17,4

Kaynak: TUİK Sayı:34, 18 Şubat 2011

"1999 yılında % 4,8 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamasının gayrisafi yurtiçi hasılaya oranı, 2008 yılında % 6,1'e yükselmiştir. Kişi başı sağlık harcaması 2007 yılında 725 TL (553 ABD $) iken, 2008 yılında 812 TL (624 ABD $) düzeyine yükselmiştir. Toplam sağlık harcaması içindeki kamu sağlık harcaması payı, 1999'dan beri en yüksek düzeyini görerek 2008 yılında % 73 olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılında özel sektörün payı ise önceki yıllara göre düşmüş olup, % 27 olarak hesaplanmıştır. 1999 yılında % 29,1 olarak gerçekleşen hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 2007 yılında % 21,8'e, 2008 yılında ise % 17,4'e düşmüştür" (TUİK Sayı:34, 18 Şubat 2011)

Sağlık harcamaları içerisinde ciddi bir yer kaplayan sigara kullanımı ve bu kullanıma bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarına ilişkin faktörlerde önemli bir noktayı oluşturmaktadır. Aşağıdaki tablolarda sigara kullanımına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Türkiye'de 15 yaş ve üstü grup içerisinde yer alan bireylerin sigara kullanım oranına bakıldığında %31.3 olduğu görülmektedir. Yine bu oran %47.9 erkekler %15.2 olarak da kadın tüketici olduğu belirtilmektedir. TUİK tarafından yapılan çalışmada hiç sigara kullanmayanların erkeklerde %30 kadınlarda ise 74.8 olarak gerçekleştiğini görmekteyiz. Hiç sigara kullanmayanların kentlerde yaşayanlarda %51 kırsal bölgelerde ise %57.1 olduğu belirtilmektedir. Belirtilen bu oranlara bakıldığında eğitim ve bilginin ne derece önemli olduğunu görmekteyiz. Kırsal bölgede sigara kullanımının daha yüksek olmasında en önemli faktörün eğitim olduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır. Sigara kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının iyileştirilmesinde ayrılan bütçenin de yüksek bir oran olduğunu unutmamak gerekir.

Şekil 4: 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin tütün ve tütün mamulü kullanma oranı



Kaynak: TUİK, Sayı:73, 30 Nisan 2009

Tablo 3: Tütün ve tütün mamulü kullanmayı bırakmayı planlayan bireylerin oranı (%)

		Bırakmayı planlama durumu			
		Önümüzdeki 12 ay içinde bırakmayı planlıyorum	Bırakmayı planlıyorum ama önümüzdeki 12 ay değil	Bırakmayı planlamıyorum	Bilmiyor
TÜRKİYE	Toplam	27,8	25,2	42,4	4,6
	Erkek	27,6	25,9	41,9	4,6
	Kadın	28,2	22,9	44,1	4,8
KENT	Toplam	26,6	24,9	43,4	5,1
	Erkek	25,9	26,1	42,9	5,1
	Kadın	28,2	21,9	44,8	5,1
KIR	Toplam	31,1	26,0	39,7	3,2
	Erkek	31,6	25,5	39,7	3,2
	Kadın	27,6	29,4	39,8	3,2

Kaynak: TUİK, Sayı:73, 30 Nisan 2009

Yine yukarıdaki tablo 3'de sigara kullanımının zararlı olduğu bilincine sahip ve sigarayı bırakmak isteyenlerin oranları görülmektedir. Ayrıca sağlık sorunları nedeniyle gerçekleşen ölüm oranları ve ölüm nedenlerine ilişkin bilgilerde aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 4: Ölüm Nedenleri Cinsiyetlere Göre Dağılımı

	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Dolaşım sistemi hastalıkları	39,9	36,2	44,4
Habis urlar	20,7	24,4	16,0
Solunum sistemi hastalıkları	8,9	10,1	7,4
Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	6,4	4,8	8,3
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	4,0	4,9	2,8
Diğer	20,2	19,6	21,0

Kaynak : TUİK, Sayı:179, 06 Eylül 2011

Tablo 5: Habis Urların Cinsiyete Göre Dağlımı

	Toplam	Erkek	Kadın
Habis urlar	**20.7**	**24.4**	**16.0**
Alt grupları	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Gırtlak ve soluk borusu / bronş / akciğerin habis uru	31.4	41.2	12.9
Midenin habis uru	8.6	8.5	8.9
Lenfaid ve hematopoetik habis uru	8.6	7.8	10.3
Kolonun habis uru	6.3	5.3	8.1
Pankreasın habis uru	5.0	4.6	5.8
Diğer	40.1	32.6	53.9

Kaynak : TUİK, Sayı:179, 06 Eylül 2011

Yine yukarıda tablo 4 ve 5'de görüldüğü gibi sigara ve benzeri ürünler nedeniyle oluşan ölüm oranları görülmektedir. Bu nedenle kamu üzerinde risk faktörü oluşturan bu tip ürünlerin kontrolünün daha ciddi şekilde sağlanması ve toplumsal bilgi ve bilinç uygulamalarının arttırılması gerçeği ortaya çıkmaktadır.

2010 Yılında yapılan sosyal yardım hizmet ve sosyal güvenlik harcamaları "sosyal koruma harcamalarının" GSYH içindeki payı %11.99 olarak gerçekleşmiştir. Yine bu orana 29 AB ülkesinin ortalamasına göre %27 olarak gerçekleşmiştir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve sosyal yardım ve hizmetlerden yararlanan kişilerin GSYH içindeki payına bakıldığında ise %0.78 olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik kurumunun oluşturduğu sağlık harcamalarına yönelik açık için merkezi bütçeden ayrılan paya bakıldığında ise bunun 55 milyar transfer gerçekleştirilmiştir. Yapılan bu transfer içerisinde ise 2.5 milyar TL lik kısım 2022 sayılı kanun kapsamında muhtaç ve özürlü aylığı şeklinde kullanılmıştır. Bugün halen Türkiye'de 5.5 milyon yoksul ve herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan birey bulunmaktadır. Yine TUİK in 2009 yılı verilerine bakıldığında yoksulluk sınırına yakın olarak yaşayan ve tam koşullu olarak sağlık hizmetinden yararlanamayan kişi sayısına bakıldığında ise 10 milyon kişinin bulunduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır. 2008 yılında yaşanan küresel krizin 2009 yılında sağlık harcamalarının diğer yıllara oranla %5 oranında artış gösterdiği görülmektedir. 2009 yılı GSYH içindeki yapılan harcamaların dağılımına bakıldığında ise; 0.5 koruyu hizmetlere, 4.5 i ise ilaç ve tedavi hizmetleri için kullanılmıştır. Türkiye'de toplam nüfusun %24.6 oranında yoksulluk içinde yaşa-

yan çocuk bulunmakta olup bu oran OECD ülkelerinde %12.4 olarak görülmektedir. İşsizlik nedeni ile "İşsizlik Fonundan" GAP a yapılan transfer oranına bakıldığında ise bunun 2009 yılında 213.852 kişi olarak gerçekleştiği görülmektedir. 2008-2010 yılları arasında yapılan bu harcamanın toplam tutarına bakıldığında ise 13 milyar TL olarak gerçekleştiğini görmekteyiz (Yentürk 2011).

AMAÇ, KAPSAM VE YÖNTEM

%17

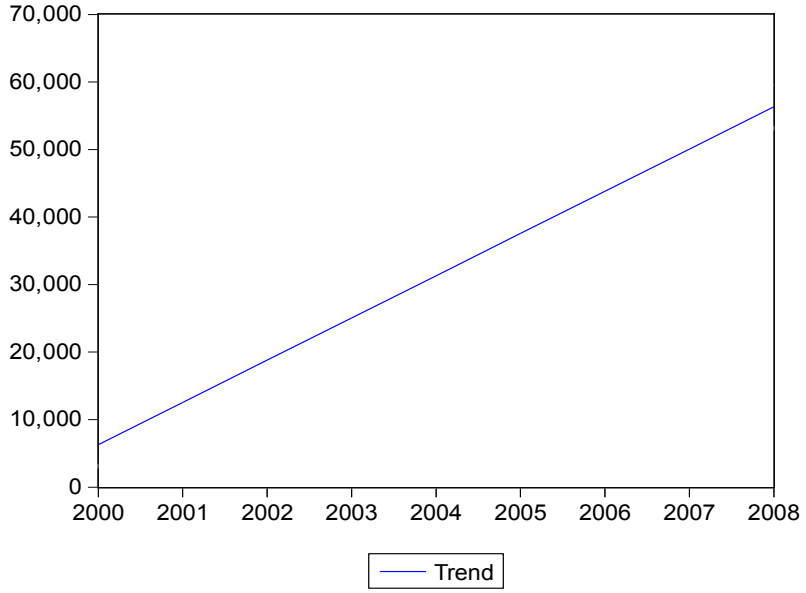
Bu çalışmanın amacı, 2000-2008 yılları arasındaki sağlık harcamalarını karşılaştırmak ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin etkileri ölçmektir. Gerçekleştirilen çalışmada 2000-2008 yılları arasındaki toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının kamu konsolide bütçesi içindeki payı, cari sağlık harcamaları, sağlık alanında yapılan yatırımlar ve hastane yatak sayısı değişkenleri kullanılmıştır. Toplam sağlık harcamaları bağımlı değişken olarak alınmış, sağlık alanında yapılan yatırımlar, cari sağlık harcamaları ve hastane yatak sayısı bağımsız değişkenler olarak ele alınarak en optimal ekonometrik model kurulmuştur. Kurulan ekonometrik model sonucunda toplam sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin etki dereceleri hesaplanmıştır. Ayrıca kurulan ekonometrik modelin geçerliliğini sınamak için Ramsey-Reset testi, Jarque-Bera normallik testi gerçekleştirilmiştir. Yapısal kırılma analizi uygulanarak, ilgili faktörler ile bağımlı değişken arasındaki ilişki arasındaki tutarlılık incelenmiştir.

2000-2008 yılları arasındaki toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının kamu konsolide bütçesi içindeki payı ve cari sağlık harcamalarına ilişkin trend analizi gerçekleştirilerek ortalama artış oranları hesaplanmıştır. Toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının kamu konsolide bütçesi içindeki payı, cari sağlık harcamaları değişkenleri yıllar bazında 2000 yılı 100 endeksli seçilerek yıllık artış oranları yüzdesel olarak hesaplanmış ve 2000-2008 arasındaki değişim incelenmiştir.

Toplam Sağlık Harcamalarına İlişkin Trend Analizi

Bağımlı Değişken: Toplam Sağlık Harcamaları				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	6299.091	860.6516	7.318979	0.0002
@TREND	6252.712	180.7730	34.58875	0.0000
R-squared	0.994183	Mean dependent var		31309.94
Adjusted R-squared	0.993352	S.D. dependent var		17173.78
S.E. of regression	1400.262	Akaike info criterion		17.51984
Sum squared resid	13725127	Schwarz criterion		17.56366
Log likelihood	-76.83926	Hannan-Quinn criter.		17.42526
F-statistic	1196.382	Durbin-Watson stat		0.934012
Prob(F-statistic)	0.000000			

Yukarıdaki tabloda 2000-2008 yılları arası toplam sağlık harcamalarına ilişkin trend modeli gösterilmektedir. Trend katsayısının anlamlılık değeri 0,0000<0,05 olduğu için %5 hata payı ile anlamlı bir trendin varlığı kabul edilir. Trend modeline göre belirlilik katsayısı yaklaşık %99,4 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak modelin açıklayıcılığı yüksek olduğu için kurulan trend modelinin son derece uygun olduğu söylenebilir.

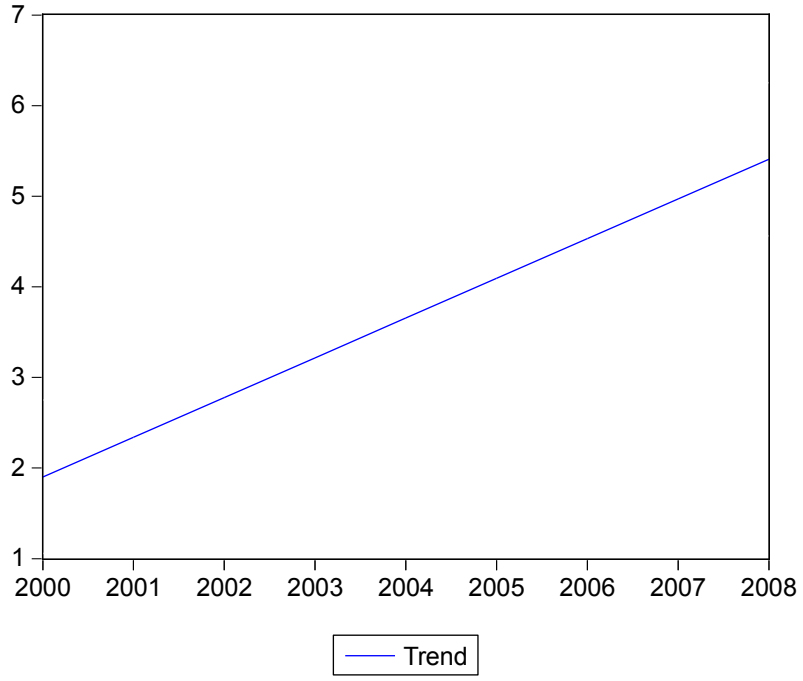


Yukarıdaki grafik, toplam sağlık harcamaları için kurulan trend modeline ilişkin trend doğrusunu göstermektedir. Trend doğrusuna göre 2000-2008 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının artan bir trend eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir. Trend modeline göre toplam sağlık harcamaları yıllık ortalama 6252.712 milyon TL'lik artış göstermektedir.

Sağlık Harcamalarının Kamu Konsolide Bütçesi İçindeki Payına İlişkin Trend Analizi

Bağımlı Değişken: Sağlık Harcamalarının Kamu Konsolide Bütçesi İçindeki Payı				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	1.900450	0.260166	7.304759	0.0002
@TREND	0.438636	0.054646	8.026888	0.0001
R-squared	0.902003	Mean dependent var		3.654992
Adjusted R-squared	0.888004	S.D. dependent var		1.264825
S.E. of regression	0.423284	Akaike info criterion		1.311585
Sum squared resid	1.254188	Schwarz criterion		1.355413
Log likelihood	-3.902134	Hannan-Quinn criter.		1.217005
F-statistic	64.43093	Durbin-Watson stat		1.329911
Prob(F-statistic)	0.000089			

Yukarıdaki tabloda 2000-2008 yılları arası sağlık harcamalarının kamu konsolide bütçesi içindeki payına ilişkin trend modeli gösterilmektedir. Trend katsayısının anlamlılık değeri 0,0001<0,05 olduğu için %5 hata payı ile anlamlı bir trendin varlığı kabul edilir. Trend modeline göre belirlilik katsayısı yaklaşık %90,2 olarak hesaplanmıştır. Trend modeli %90,2 açıklayıcılığa sahiptir. Bu sebeple kurulan trend modelinin son derece uygun olduğu söylenebilir.

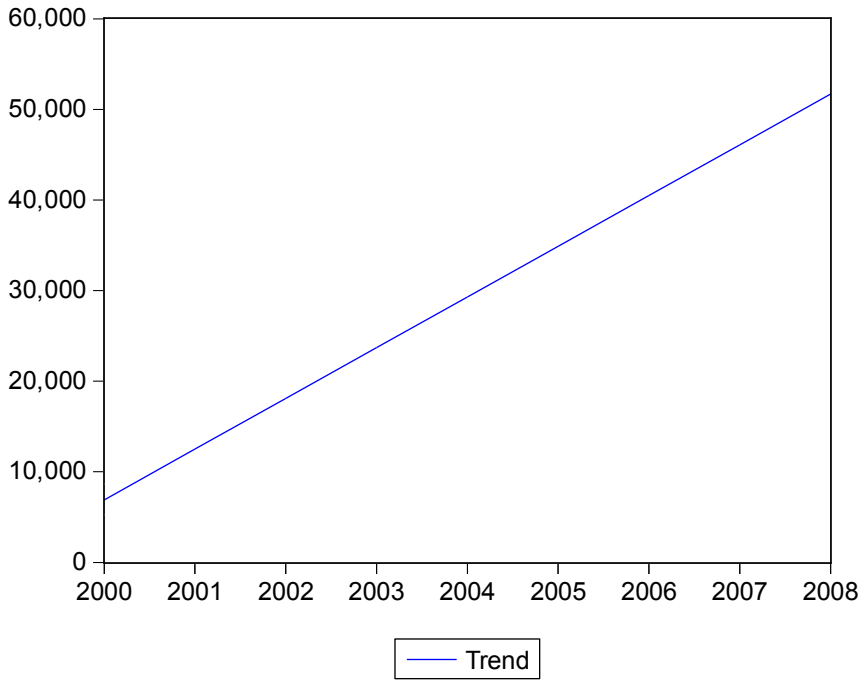


Yukarıdaki grafik, sağlık harcamalarının kamu konsolide bütçesi içindeki payı için kurulan trend modeline ilişkin trend doğrusunu göstermektedir. Trend doğrusuna göre 2000-2008 yılları arasında sağlık harcamalarının kamu konsolide bütçesi içindeki payı artan bir trend eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir. Trend modeline göre sağlık harcamalarının kamu konsolide bütçesi içindeki payı yıllık ortalama 0,438 oranında artış göstermektedir.

Cari Sağlık Harcamalarına İlişkin Trend Analizi

Bağımlı Değişken: Cari Sağlık Harcamaları				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	6907.685	519.2303	13.30370	0.0000
@TREND	5596.761	109.0602	51.31809	0.0000
R-squared	0.997349	Mean dependent var		29294.73
Adjusted R-squared	0.996970	S.D. dependent var		15347.72
S.E. of regression	844.7765	Akaike info criterion		16.50915
Sum squared resid	4995532.	Schwarz criterion		16.55298
Log likelihood	-72.29118	Hannan-Quinn criter.		16.41457
F-statistic	2633.547	Durbin-Watson stat		1.604808
Prob(F-statistic)	0.000000			

Yukarıdaki tabloda 2000-2008 yılları arası cari sağlık harcamalarına ilişkin trend modeli gösterilmektedir. Trend katsayısının anlamlılık değeri 0,0000<0,05 olduğu için %5 hata payı ile anlamlı bir trendin varlığı kabul edilir. Trend modeline göre belirlilik katsayısı yaklaşık %99,7 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak modelin açıklayıcılığı yüksek olduğu için kurulan trend modelinin son derece uygun olduğu söylenebilir.



Yukarıdaki grafik, toplam sağlık harcamaları için kurulan trend modeline ilişkin trend doğrusunu göstermektedir. Trend doğrusuna göre 2000-2008 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının artan bir trend eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir. Trend modeline göre toplam sağlık harcamaları yıllık ortalama 5596.761 milyon TL'lik artış göstermektedir.

Ekonometrik Model

2000-2008 yılları arasındaki toplam sağlık harcamalarını etkileyen faktörlere ilişkin ekonometrik model kurulmuştur. Kurulan modelde bağımlı değişken olarak 2000-2008 yılları arasındaki toplam sağlık harcamaları olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler 2000-2008 yılları arası sağlık alanında yapılan yatırımlar, cari sağlık harcamaları ve hastanelerde bulunan yatak sayıları seçilmiştir.

Bağımlı Değişken: Toplam Sağlık Harcamaları				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	8.349040	2.724703	3.064202	0.0280
YATIRIM	0.999987	5.61E-05	17812.97	0.0000
CARISAGHARC	1.000059	2.10E-05	47650.46	0.0000
HASTYATSAY	-5.86E-05	1.90E-05	-3.082445	0.0274
R-squared	1.000000	Mean dependent var		31309.94
Adjusted R-squared	1.000000	S.D. dependent var		17173.78
S.E. of regression	0.076786	Akaike info criterion		-1.994481
Sum squared resid	0.029481	Schwarz criterion		-1.906826
Log likelihood	12.97516	Hannan-Quinn criter.		-2.183641
F-statistic	1.33E+11	Durbin-Watson stat		2.754804
Prob(F-statistic)	0.000000			

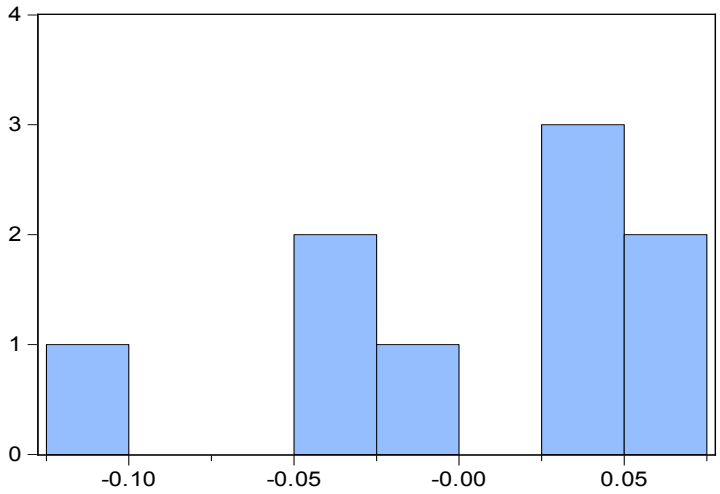
Kurulan ekonometrik modele ilişkin sonuçlar yukarıdaki tabloda gösterilmektedir. Modele ilişkin belirlilik katsayısı 1.0000 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca göre kurulan modelin %100 açıklayıcılık sağladığı ve son derece uygun olduğu söylenebilir. Bağımsız değişkenlerin anlamlılık değerleri sırasıyla sağlık alanında yapılan yatırımlar, cari sağlık harcamaları ve hastanelerde bulunan yatak sayıları için 0,0000 0,0000 ve 0,0274 olarak hesaplanmıştır. Tüm anlamlılık değerleri 0,05'ten küçük olduğu için tüm bağımsız değişkenlere ilişkin parametre tahminlerinin %5 hata payı ile anlamı olduğu tespit edilmiştir.

Ramsey Reset Uygunluk Testi

Ramsey RESET Test:				
F-statistic	0.059954	Prob. F(1,4)		0.8186
Log likelihood ratio	0.133896	Prob. Chi-Square(1)		0.7144
Bağımlı Değişken: Toplam Sağlık Harcamaları				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	7.493495	4.620777	1.621696	0.1802
YATIRIM	0.999918	0.000288	3477.474	0.0000
CARISAGHARC	1.000049	4.54E-05	22007.59	0.0000
HASTYATSAY	-5.24E-05	3.30E-05	-1.585991	0.1879
FITTED^2	1.69E-10	6.89E-10	0.244855	0.8186
R-squared	1.000000	Mean dependent var		31309.94
Adjusted R-squared	1.000000	S.D. dependent var		17173.78
S.E. of regression	0.085213	Akaike info criterion		-1.787136
Sum squared resid	0.029045	Schwarz criterion		-1.677567
Log likelihood	13.04211	Hannan-Quinn criter.		-2.023586
F-statistic	8.12E+10	Durbin-Watson stat		2.676241
Prob(F-statistic)	0.000000			

Kurulan ekonometrik modelin geçerliliğini test edebilmek için Ramsey-Reset testi gerçekleştirilmiştir. Test istatistiğine ilişkin anlamlılık değeri 0,8186>0,05 olduğu için %5 hata payı ile kurulan ekonometrik modelin anlamlı olduğuna ilişkin hipotez kabul edilir. Sonuç olarak ekonometrik modelin geçerli olduğu tespit edilmiştir.

Normallik Testi

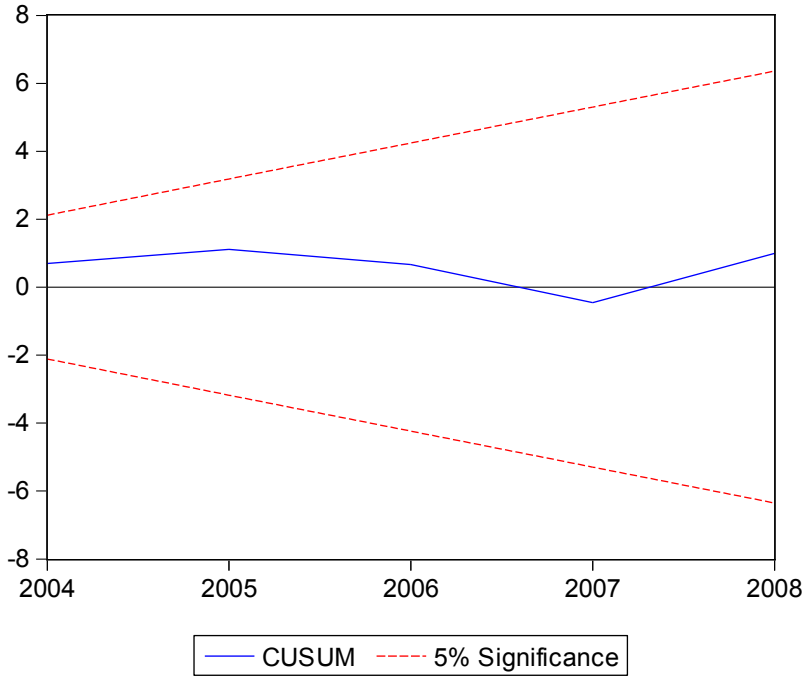


Series: Residuals
Sample 2000 2008
Observations 9

Mean	-1.95e-12
Median	0.025469
Maximum	0.062593
Minimum	-0.120344
Std. Dev.	0.060705
Skewness	-0.831494
Kurtosis	2.574928
Jarque-Bera	1.104830
Probability	0.575558

Ekonometrik modelin hata terimlerine ilişkin Jarque Bera normallik testi gerçekleştirilmiştir. Yukarıdaki tabloda hata terimlerine ilişkkin histogram çizimi, tanımlayıcı istatistikler ve Jarque Bera test sonuçları gösterilmektedir. Test istatistiğinin anlamlılık değeri 0,575558>0,05 olduğu için %5 hata payı ile hata terimlerinin normal dağılıma uyduğu söylenebilir.

Yapısal Kırılma Analizi



Yukarıdaki grafikte 2000-2009 yılları arasında yapısal kırılmanın gerçekleşip gerçekleşmediğini tespit edebilmek için, hata terimlerinin kareleri kullanılarak alt ve üst sınır değerleri oluşturulmuştur. Grafiksel gösterime göre bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki 2000-2009 yılları arasında sınırların dışına sapma göstermemektedir. Sonuç olarak, kurulan ekonometrik modelde yapısal kırılmanın gerçekleşmediğini ve toplam sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ile toplam sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin tutarlı olduğunu söyleyebiliriz.

Değişkenlerin Yıllara Göre Artış Oranları

Yıl	Toplam Sağlık Harcamaları	Artış Oranı	Endeks
2000	8.248		100
2001	12.396	50,29	150,2895
2002	18.774	51,45	227,6181
2003	24.279	29,32	294,3612
2004	30.021	23,65	363,9773
2005	35.359	17,78	428,6967
2006	44.069	24,63	534,2954
2007	50.904	15,51	617,1714
2008	57.740	13,43	700,0485

Yukarıdaki tabloda 2000-2008 yılları arasındaki toplam sağlık harcamalarının artış oranlarına ilişkin göstergeler bulunmaktadır. Artış oranlarına göre, 2000-2008 yılları arasında yıllar itibarı ile toplam sağlık harcamalarının sürekli arttığı görülmektedir. Sonuç olarak 2000 yılından 2008 yılına kadar toplam sağlık harcamaları yaklaşık % 600 oranında artış göstermiştir.

Yıl	Cari Sağlık Harcamaları	Artış Oranı	Endeks
2000	7.888		100,00
2001	12.086	53,22	153,22
2002	18.331	51,67	232,39
2003	23.676	29,16	300,15
2004	28.616	20,87	362,78
2005	33.292	16,34	422,06
2006	40.949	23,00	519,13
2007	46.495	13,55	589,44
2008	52.320	12,53	663,28

Yukarıdaki tabloda 2000-2008 yılları arasındaki toplam sağlık harcamalarının artış oranlarına ilişkin göstergeler bulunmaktadır. Artış oranlarına göre, 2000-2008 yılları arasında yıllar itibarı ile cari sağlık harcamalarının sürekli arttığı görülmektedir. Sonuç olarak 2000 yılından 2008 yılına kadar cari sağlık harcamaları yaklaşık % 553 oranında artış göstermiştir.

Yıl	Sağlık Harcamalarının Konsolide Bütçe İçindeki Payı	Artış Oranı	Endeks
2000	2,4		100,00
2001	2,3	-4,17	95,83
2002	2,6	13,04	108,33
2003	2,6	0,00	108,33
2004	3,2	23,08	133,33
2005	4,6	44,69	192,92
2006	4,8	3,46	199,58
2007	5,1	6,30	212,15
2008	5,3	3,77	220,14

Yukarıdaki tabloda 2000-2008 yılları arasındaki toplam sağlık harcamalarının artış oranlarına ilişkin göstergeler bulunmaktadır. Sonuç olarak 2000 yılından 2008 yılına kadar cari sağlık harcamaları yaklaşık % 120 oranında artış göstermiştir.

SONUÇ

2000-2008 yılları arasında gerçekleştirilen çalışma sonucunda toplam sağlık harcamaları yıllık ortalama 6252.712 milyon TL'lik artış göstermiştir. Sağlık harcamalarının kamu konsolide bütçesi içindeki payı yıllık ortalama 0,438 oranında artış göstermiştir. Cari sağlık harcamaları ise yıllık ortalama 5596.761 milyon TL'lik artış göstermiştir. Her üç değişken için trend denklemleri yüksek açıklayıcılığa sahiptir ve 2000-2008 yılları arasında trend doğrusu artış eğilimindedir. Toplam sağlık harcamalarının bağımlı değişken olarak kurulduğu ekonometrik model sonucunda sağlık alanında yapılan yatırımlar, cari sağlık harcamaları ve hastane yatak sayısı değişkenlerinin anlamlı ölçüde bağımlı değişken üzerinde etki gösterdiği saptanmıştır. Uygulanan Ramsey-Reset ve normallik testleri sonucunda kurulan modelin geçerli olduğu tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen yapısal kırılma analizi sonucunda 2000-2008 yılları arasında bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin bozulmadığı ve son derece tutarlı olduğu belirlenmiştir. Yıllık artış oranları yüzdesel açıdan incelenmiş, 2000-2008 yılları arasında toplam sağlık harcamalarının %600, cari sağlık harcamalarının %553 ve sağlık harcamalarının konsolide bütçe içindeki payının %120 oranında artış gösterdiği belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

AKTAN, Ç. C. (2006), "Sağlık Bakanlı Organizasyon ve Yönteminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi",http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisimcaginda/pdfaktan/durum-analizi.pdf (Erişim Tarihi: 10.06.2011).

AKTAN, Ç. C. ve IŞIK, A. K. (2006), "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler", http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisimcaginda/pdfaktan/ finansman-alternatif.pdf (Erişim Tarihi: 10.06.2011).

ERSÖZ, F., (2008), "Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi", İstatistikçiler Dergisi 2, (2008) 95-104

KARABABA, O. (2005), "Sağlığın Maliyeti", Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/Maliyet_A_Karababa.ppt (Erişim Tarihi: 06.12.2011).

KALKAN, O. (2004), "Sağlık Ekonomisi Araştırmaları", Halk Sağlığı Uzmanı, http://www.bsm.gov.tr/makale/20014.asp?sayi=20014 (Erişim Tarihi: 06.12.2011)

TUTAR, F., & KILINÇ, N., (2007); "Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi", Afyon Kocatepe Ünv. İ.İ.B.F. Dergisi, (C.IX, S.1, 2007), Afyon. ss.31-32

TURNA, S.D., (2006); "İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yeri : Türkiye ile Diğer OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması", Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat A.B.D. Yayınlanmış Yük.Lis.Tezi, Kayseri. s.4

TOKAT, M. (1990), "Sağlı k Ekonomisi", Milli Prodüktivite Merkezi (Özel Say,), Ankara.www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf (ErişimTarihi: 06.12.2011).

YENTÜRK, N., (2011). "Kamu Harcamalarını İzleme Platformu", 07 Nisan 2011 Tarihli Yayın Bülteni www.kahip.org (Erişim Tarihi 06.12.2011)

TUİK Sayı:34, 18 Şubat 2011,

TUİK, Sayı:73, 30 Nisan 2009

TUİK, Sayı:179, 06 Eylül 2011

ÜNVANI	ADI SOYADI	ALANI	BAĞLI OLDUĞU KURUM
PROF.DR.	A.Seza BAŞTUĞ	ECZACILIK	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ KLİNİK ECZACILIK ECZACILIK TEMEL BİLİMLERİ A.B.D.
PROF.DR.	Asuman BİRİNCİ	TIBBI MİKROBİYOLOJİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAK. TIBBI MİKROBİYOLOJİ A.B.D.
PROF.DR.	Cem KOPUZ	ANATOMİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ ANATOMİ A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF.DR.	Engin CALGÜNER	ANATOMİ	GAZİ ÜNV. TIP FAK. ANATOMİ A.B.D.
Prof.Dr.	Erdem BÜYÜKBİNGÖL	ECZACILIK	ANKARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ ANALİTİK KİMYA A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF.DR.	Ersin ERDOĞAN	BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF.DR.	Feyza ERKAN KRAUSE	GÖĞÜS HASTALIKLARI	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI A.B.D.
PROF.DR.	Hakan CANER	BEYİN CERRAHİSİ	BAŞKEN ÜNV. TIP FAK. BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF.DR.	Hakan UNCU	GENEL CERRAHİ	ANKARA ÜNV. TIP. FAK. GENEL CERRAHİ A.B.D.
PROF.DR.	Metin KAPAN	GENEL CERRAHİ	CERRAHPAŞA TIP FAK. GENEL CERRAHİ A.B.D.
PROF.DR.	Nail KIRZ	ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ	CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ORTOPETİ VE TRAVMATOLOJİ A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF.DR.	Salih Murat AKIN	ANATOMİ	CERRAHPAŞA TIP FAK. ANATOMİ A.B.D.
PROF.DR.	Türker KILIÇ	BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ	MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF.DR.	Yaseri KARTER	İÇ HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK. İÇ HASTALIKLARI A.B.D.
Prof. Dr.	Zeliha BÜYÜKBİNGÖL	ECZACILIK	ANKARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ ANALİTİK KİMYA A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF.DR.	Özlem SÖĞÜT	ECZACILIK	EGE ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ TEMEL ECZACILIK ANALİTİK KİMYA A.B.D.
PROF.DR.	A. Salihl GÖKTEPE	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON	GATA TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Abdullah EKMEKÇİ	TIBBİ BİYOLOJİ	GAZİ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Adile ÇEVİKBAŞ	FARMASÖTİK MİKROBİYOLOJİ	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAK.
PROF.DR.	Ahmet UZUN	ANATOMİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Ahmet AYYILDIZ	TIBBI MİKROBİYOLOJİ	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Ahmet ÇELİKKOL	PSİKİYATRİ	EGE ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Ahmet SONGUR	ANATOMİ	AFYON KOCATEPE ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Ahmet Nezih KÖK	ADLİ TIP	ATATÜRK ÜNV.TIP FAK.
PROF.DR.	Ali AYDINLAR	KARDİYOLOJİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Ali Ahmet DOĞAN	SPOR BİLİMLERİ	KIRIKKALE ÜNV. SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET VE ANTREMAN BİLİMLERİ. A.B.D.
PROF.DR.	Alpaslan ŞENEL	BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Aslan KALKAVAN	SPOR BİLİMLERİ	DUMLUPINAR ÜNV. SPOR YÜK. OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
PROF.DR.	Aysun UZ	ANATOMİ	ANKARA ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Ayşegül GÜVENÇ	FAKMASÖTİK BOTANİK	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Besim AKIN	İSTATİSTİK	MARMARA ÜNV. İ.İ.B.F.
PROF.DR.	Birol DOĞAN	SPOR BİLİMLERİ	EGE ÜNV. SPOR YÜK.OKULU HAREKET VE ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
PROF.DR.	Bülent DURAN	KADIN DOĞUM	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Bülent TUTLUOĞLU	GÖĞÜS HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	C.Avni BABACAN	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	GAZİ ÜNV. TIP FAK.

ÜNVANI	ADI SOYADI	ALANI	BAĞLI OLDUĞU KURUM
PROF.DR.	Cemal AYGIT	PLASTİK CERRAHİ	BAĞCILAR DEVLET HASTANESİ KKB.
PROF.DR.	Cihan URAS	GENEL CERRAHİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Cumhur BİLGİ	TIBBİ BİYOKİMYA	GATA TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Efsun Ezele ESATOĞLU	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
PROF.DR.	Engin ŞARER	FARMAKOGNOZİ	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Erdal ZORBA	SPOR BİLİMLERİ	GAZİ ÜNV. BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTRENMAN BİLİMLERİ A.B.D.
PROF.DR.	Erol AYAZ	MİKROBİYOLOJİ	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Esat Uğur GÖRPE	İÇ HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Fahri ERDOĞAN	ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Fazilet KAYASELÇUK	PATOLOJİ	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Fehmi TUNCEL	SPOR BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SPOK YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
PROF.DR.	Ferhat ERİŞİR	KULAK BURUN BOĞAZ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Feridun ŞİRİN	GENEL CERRAHİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Figen GÜRSOY	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
PROF.DR.	Göksel ŞENER	FARMAKOLOJİ	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAK.
PROF.DR.	Gülden PEKCAN	BESLENME ve DİYETETİK	HACETTEPE ÜNV. BESLENME ve DİYETETİK BÖLÜMÜ
PROF.DR.	Gülden Z. OMURTAG	FARMASÖTİK TOKSİKOLOJİ	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAK.
PROF.DR.	Güler KAHRAMAN	ANATOMİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Gülgün ERSOY	BESLENME ve DİYETETİK	HACETTEPE ÜNV. BESLENME ve DİYETETİK BÖLÜMÜ
PROF.DR.	Gülsen KORFALI	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	H. İnci GÜL	FARMASÖTİK KİMYA	ATATÜRK ÜNV.ECZACILIK FAK.
PROF.DR.	Hasan BAĞCI	TIBBİ BİYOLOJİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Hayri ERKOL	GENEL CERRAHİ	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Hüseyin ÖZ	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	İlkay YILDIZ	FARMASOTİK KİMYA	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
PROF.DR.	İlkin ÇAVUŞOĞLU	HİSTOLOJİ ve EMBRİYOLOJİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	İnci ALİCAN	FİZYOLOJİ	MARMARA ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	İrfan PAPİLA	KULAK BURUN BOĞAZ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	İsmail ÇEPNİ	KADIN DOĞUM	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	İsmet KIRPINAR	PSİKİYATRİ	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Kadir BAL	İÇ HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Kadir Emre AKKUŞ	ÜROLOJİ	CERRAHPAŞA TIP FAK. ÜROLOJİ A.B.D.
PROF.DR.	Kaya ÖZKUŞ	ANATOMİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Kenan GÜMÜŞTEKİN	FİZYOLOJİ	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Levent KIRILMAZ	FAKMASÖTİK TEKNOLOJİ	EGE ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Levent Naci ÖZLÜOĞLU	KULAK BURUN BOĞAZ	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Leyla SAĞLAM	GÖĞÜS HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Maksut COŞKUN	FARMOSÖTİK	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Mehmet ADA	KULAK BURUN BOĞAZ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Mehmet BAYKARA	GÖZ HASTALIKLARI	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Mehmet ZARİFOĞLU	NÖROLOJİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Mehmet Akif ZİYAGİL	SPOR BİLİMLERİ	AMASYA ÜNV. SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.

ÜNVANI	ADI SOYADI	ALANI	BAĞLI OLDUĞU KURUM
PROF.DR.	Mehmet Faik ÖZÇELİK	GENEL CERRAHİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Mehmet GÜNAY	SPOR BİLİMLERİ	GAZİ ÜNV. SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
PROF.DR.	Mehmet Tahir ALTUĞ	KULAK BURUN BOĞAZ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Melahat Emine DÖNMEZ	KADIN DOĞUM	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Mete DÜREN	GENEL CERRAHİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Metin ÖZATA	İÇ HASTALIKLARI	GATA TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Metin ÖZKAN	GÖĞÜS HASTALIKLARI	GATA TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Murat HANCI	NÖROŞİRÜRJİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Murat HÖKELEK	MİKROBİYOLOJİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Murat TUNCER	İÇ HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Mustafa GÜL	FİZYOLOJİ	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Mustafa YÜKSEL	GÖĞÜS CERRAHİSİ	MARMARA ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Nazan BİLGEL	AİLE HEKİMLİĞİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Nazım KORKUT	KULAK BURUN BOĞAZ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Nezih ÖZKAN	BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ A.B.D.BŞK.
PROF.DR.	Nilgün SARP	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK. SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ A.B.D.
PROF.DR.	Niyazi ENİSELER	SPOR BİLİMLERİ	CELAL BAYAR ÜNV. SPOR YÜK.OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
PROF.DR.	Nusret KORUN	GENEL CERRAHİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Osman AKTAŞ	MİKROBİYOLOJİ	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Osman DÖNMEZ	ÇOCUK HASTALIKLARI	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Osman YEŞİLDAĞ	KARDİYOLOJİ	MARMARA ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Osman ŞENER	İÇ HASTALIKLARI	GATA TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Özgür KASAPÇOPUR	ÇOCUK HASTALIKLARI	ÇAPA TIP FAK.
PROF.DR.	Pamir ERDİNÇLER	NÖROŞİRÜRJİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Pınar ÇAKIROĞLU	BESLENME ve DİYETETİK	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
PROF.DR.	Ramazan YILMAZ	TIBBİ BİYOLOJİ	MEVLANA ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Rasim KALE	SPOR BİLİMLERİ	K.T.Ü. SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
PROF.DR.	Sadık KILIÇTURGAY	GENEL CERRAHİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Saffet KARACA	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Salih PEKMEZCİ	GENEL CERRAHİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Samet KOÇ	ADLİ TIP	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Sebati ÖZDEMİR	İÇ HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Selçuk KÖKSAL	HALK SAĞLIĞI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Senihe Rengin YILDIRIM GRIFFIN	GÖZ HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Seyfettin ULUDAĞ	KADIN DOĞUM	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Sibel GÜRÜN	FARMAKOLOJİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Suat Nail ÖMEROĞLU	KALP DAMAR CERRAHİSİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Süleyman ATAUS	ÜROLOJİ	ÇAPA TIP FAK.
PROF.DR.	Süreyya ÖLGEN	FARMASOTİK KİMYA	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Ş.Erol BOLU	İÇ HASTALIKLARI	GATA TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Şafak ERMERTCAN	FAKMASÖTİK MİKROBİYOLOJİ	EGE ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Şefik GÖRKEY	TIP TARİHİ ve ETİK	MARMARA ÜNV. TIP FAK.

ÜNVANI	ADI SOYADI	ALANI	BAĞLI OLDUĞU KURUM
PROF.DR.	Şefik GÜRAN	TIBBİ BİYOLOJİ	GATA TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Şehamet BÜLBÜL	İSTATİSTİK	MARMARA ÜNV. İ.İ.B.F.
PROF.DR.	Şengül HABLEMİTOĞLU	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
PROF.DR.	Tanju BEĞER	İÇ HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Tarık AKÇAL	GENEL CERRAHİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Turgut İPEK	GENEL CERRAHİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Tülin Tiraje CELKAN	ÇOCUK HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Türkan YURDUN	FARMASOTİK TOKSİKOLOJİ	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAK.
PROF.DR.	Ünal EGELİ	TIBBİ BİYOLOJİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Veli DUYAN	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
PROF.DR.	Yakup HACI	İSTATİSTİK	ÇANAKKALE 18 MART ÜNV. FEN.EDB.FAK. İSTATİSTİK BÖLÜMÜ
PROF.DR.	Yakup Sancar BARIŞ	PATOLOJİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
PROF.DR.	Yalın DİKMEN	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Yücel KADIOĞLU	ECZACILIK	ATATÜRK ÜNV. ECZACILIK FAK.
PROF.DR.	Zehra Zerrin ERKOL	ADLİ TIP	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Zeliha YAZICI	FARMAKOLOJİ	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Zeynep KAHVECİ	HİSTOLOJİ ve EMBRİYOLOJİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
PROF.DR.	Zeynep Oşar SİVA	İÇ HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Ziya SALİHOĞLU	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	CERRAHPAŞA TIP FAK.
PROF.DR.	Züleyha ALPER	AİLE HEKİMLİĞİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR	Acar TÜZÜNER	GENEL CERRAHİ	ANKARA ÜNV. TIP. FAK. GENEL CERRAHİ A.B.D.
DOÇ.DR.	Cetin YAMAN	SPOR BİLİMLERİ	SAKARYA ÜNV. BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU
DOÇ.DR	Ergün TOZKOPARAN	GÖĞÜS HASTALIKLARI	GATA TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS HASTALIKLARI A.B.D.
DOÇ.DR.	Hakan GÜVEN	GENEL CERRAHİ	OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEF. YRD.
DOÇ.DR.	Mine ÖZYAZICI	ECZACILIK	EGE ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ FARMASÖTİK TEKNOLOJİ A.B.D.
DOÇ.DR.	Mustafa TUNCA	DERMATOLOJİ	GATA TIP FAKÜLTESİ DERMATOLOJİ A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
DOÇ.DR.	Abdi ÖZASLAN	ADLİ TIP	CERRAHPAŞA TIP FAK.
DOÇ.DR.	Abdülgani TATAR	TIBBİ GENETİK	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Ahmet UYGUN	İÇ HASTALIKLARI	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Ahmet Yılmaz ÇOBAN	TIBBİ MİKROBİYOLOJİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Ali BENİAN	KADIN DOĞUM	CERRAHPAŞA TIP FAK.
DOÇ.DR.	Alis ÖZÇAKIR	AİLE HEKİMLİĞİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Ayda ÇELEBİOĞLU	ÇOCUK SAĞLIĞI HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Ayşin ALAGÖL	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	BAĞCILAR DEVLET HASTANESİ KKB.
DOÇ.DR.	Azize Yaman ŞENER	TEMEL ECZACILIK	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAK.
DOÇ.DR.	Barış BAYKAL	HİSTOLOJİ ve EMBRİYOLOJİ	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Benan MUSELLİM	GÖĞÜS HASTALIKLARI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
DOÇ.DR.	Betül Sever YILMAZ	FARMAKOGNOZİ	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Bilge YILMAZ	FİZİK TIP VE REHABİLİTASYON	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Canan KARAALP	FARMASOTİK BOTANİK	EGE ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Emel IRGIL	HALK SAĞLIĞI	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Emin Özgür AKGÜL	TIBBİ BİYOKİMYA	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Emine ÖZMETE	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.

ÜNVANI	ADI SOYADI	ALANI	BAĞLI OLDUĞU KURUM
DOÇ.DR.	Erdinç ESEN	ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ	GAZİ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Ergün BOZOĞLU	İÇ HASTALIKLARI	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Erol KOÇ	DERMATOLOJİ	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR	Ertuğrul GELEN	SPOR BİLİMLERİ	SAKARYA ÜNV. SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
DOÇ.DR.	Fadıl ÖZYENER	FİZYOLOJİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR	Fatih KILINÇ	SPOR BİLİMLERİ	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNV. SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
DOÇ.DR.	Fatma Nur KAYASELÇUK	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Fevziye CANBAZ TOSUN	NÜKLEER	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Feyza KARAGÖZ GÜZEY	BEYİN CERRAHİSİ	BAĞCILAR DEVLET HASTANESİ KKB.
DOÇ.DR.	Gökhan GÖKTALAY	TIBBI FARMAKOLOJİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Gülşen ERYILMAZ	KADIN SAĞLIĞI HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	H. Koray TOPGÜL	GENEL CERRAHİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Hakan USLU	TIBBİ MİKROBİYOLOJİ	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Hakkı Tangut AKAY	KALP DAMAR CERRAHİSİ	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Halil YAMAN	TIBBİ BİYOKİMYA	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Haşim OLGUN	ÇOCUK HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR	Hülya Gökmen ÖZEL	BESLENME ve DİYETETİK	HACETTEPE ÜNV. BESLENME ve DİYETETİK BÖLÜMÜ
DOÇ.DR.	İlker ERCAN	BİYOİSTATİSTİK	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	İlker TAŞÇI	İÇ HASTALIKLARI	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Koray KARABEKİROĞLU	ÇOCUK PSİKİYATRİSTİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Lale YÜCEYAR	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	CERRAHPAŞA TIP FAK.
DOÇ.DR.	M.Ayberk KURT	ANATOMİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	M.Hamidullah UYANIK	TIBBİ MİKROBİYOLOJİ	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Mahmut Can YAĞMURDUR	GENEL CERRAHİ	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Mehmet ERGÜN	TIBBI GENETİK	GAZİ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Mehmet TOP	SAĞLIK İDARESİ	HACETTEPE ÜNV. İ.İ.B.F. SAĞLIK İDARESİ BÖLÜMÜ
DOÇ.DR.	Mehmet Ali TAŞKAYNATAN	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR	Mehmet GÜÇLÜ	SPOR BİLİMLERİ	GAZİ ÜNV. SPOR MESLEK YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
DOÇ.DR.	Mehmet Levent ALTUNTAŞ	FARMAKOGNOZİ	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Mehtap BULUT	ACİL TIP	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Mesut SANCAR	KLİNİK ECZACILIK	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ KLİNİK ECZACILIK A.B.D.
DOÇ.DR	Metin YAMAN	SPOR BİLİMLERİ	GAZİ ÜNV. SPOR MESLEK YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
DOÇ.DR.	Muzaffer BAHÇİVAN	KALP DAMAR CERRAHİSİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Nadiye Pınar AY	HALK SAĞLIĞI	MARMARA ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Nebahat GÜLCÜ	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Necdet KOCABIYIK	ANATOMİ	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Nermin KELEBEK GİRGİN	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Nermin KILIÇ	TIBBİ BİYOKİMYA	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Nihal APAYDIN	ANATOMİ	ANKARA ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Nurten KARA	TIBBİ BİYOLOJİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Osman SABUNCUOĞLU	ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI	MARMARA ÜNV. TIP FAK.

ÜNVANI	ADI SOYADI	ALANI	BAĞLI OLDUĞU KURUM
DOÇ.DR.	Ömer Rıfkı ÖNDER	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
DOÇ.DR.	Özcan SAYGIN	SPOR BİLİMLERİ	MUĞLA ÜNV. SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN BİLİMLERİ A.B.D.
DOÇ.DR.	Özdemir SEVİNÇ	ANATOMİ	ÇANAKKALE 18 MART ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Polat DURSUN	KADIN DOĞUM	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Polat DURUKAN	ACİL TIP	ERCİYES TIP FAK.
DOÇ.DR.	Recep SÜTÇÜ	TIBBİ BİYOKİMYA	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Salih GÜLŞEN	BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Serdar KULA	KARDİYOLOJİ	GAZİ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Sibel BARIŞ	ANESTEZİYOLOJİ ve RENİMASYON	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Sinem GÖKTÜRK	TEMEL BİLİMLER	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAK.
DOÇ.DR.	Şermin TETİK	TEMEL BİLİMLER	ULUSLAR ARASI KIBRIS ÜNV. ECZACILIK FAK.
DOÇ.DR.	Şule APİKOĞLU RABUŞ	KLİNİK ECZACILIK	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAK.
DOÇ.DR.	Ümit BİNGÖL	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Ümit Süleyman ŞEHİRLİ	ANATOMİ	MARMARA ÜNV. TIP FAK.
DOÇ.DR.	Yalçın KIRICI	ANATOMİ	GATA TIP FAKÜLTESİ
DOÇ.DR.	Yeşim UNCU	AİLE HEKİMLİĞİ	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Ali KUZU	SAĞLIK HİZMETLERİ	SAKARYA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ MYO. YBP. BŞK.
YRD.DOÇ.DR.	Cengiz AKALAN	SPOR BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU ANTRENÖR EĞİTİMİ BÖLÜM BAŞKANI
YRD.DOÇ.DR.	Gökhan DELİCEOĞLU	SPOR BİLİMLERİ	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ BEDEN EĞİTİMİ ve SPOR YÜKSEK OKULU HAREKET ve ANTREMAN A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
YDR.DOÇ.DR.	Haluk ÖZSARI	SAĞLIK BİLİMLERİ	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON A.B.D.
YRD.DOÇ.DR.	Hülagü KAPTAN	NÖROŞİRÜRJİ	SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÖROŞİRÜRJİ A.B.D.
YRD.DOÇ.DR.	Nuran AKYURT	SAĞLIK HİZMETLERİ	MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ MESLEK YÜK.OKULU RADYOLOJİ BÖLÜMÜ
YRD.DOÇ.DR.	Oya KERİMOĞLU (SİPAHİGİL)	ECZACILIK	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ FARMASÖTİK TEKNOLOJİ A.B.D.
YRD.DOÇ.DR.	Saliha ALTIPARMAK	SAĞLIK BİLİMLERİ	CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK MESLEK YÜK.OKULU
YRD.DOÇ.DR.	Ali Demir SEZER	FARMOSATİK BİYOTEKNOLOJİ	MARMARA ÜNV. ECZACILIK FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Aslı UÇAR	BESLENME ve DİYETETİK	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Ayhan ÖZŞAHİN	SAĞLIK HİZMETLERİ	MARMARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Ayşe Sezen BAYOĞLU	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Bahadır Bülent GÜNGÖR	GENEL CERRAHİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Birsen BİLGİCİ	BİYOKİMYA	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Bülent EDİZ	BİYOİSTATİSTİK	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Canan Oğan HASÇİÇEK	FARMASÖTİK TEKNOLOJİ	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Cengiz IŞIK	ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV TIP FAK. TIP FAKÜLTESİ ORTOPETİ VE TARVMATOLOJİ A.B.D.
YRD.DOÇ.DR.	Cumhur ASLAN	İSTATİSTİK	ÇANAKKALE 18 MART ÜNV. FEN.EDB.FAK. İSTATİSTİK BÖLÜMÜ
YRD.DOÇ.DR.	Doğan BIÇKI	İSTATİSTİK	ÇANAKKALE 18 MART ÜNV. FEN.EDB.FAK. İSTATİSTİK BÖLÜMÜ
YRD.DOÇ.DR.	Ebru Özgül GÜLER	İSTATİSTİK	ÇUKUROVA ÜNV. İ.İ.B.F. EKONOMETRİ BÖLÜMÜ
YRD.DOÇ.DR.	Eda PURUTÇUOĞLU	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.

ÜNVANI	ADI SOYADI	ALANI	BAĞLI OLDUĞU KURUM
YRD.DOÇ.DR.	Emel Öykü ÇETİN UYANIKGİL	FARMASOTİK TEKN OLOJİ	EGE ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Fatma DEMİRKAYA MİLOĞLU	ANALİTİK KİMYA	ATATÜRK ÜNV. ECZACILIK FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Gökşin ŞENGÜL	BEYİN ve SİNİR CERRAHİSİ	ATATÜRK ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Gülten HERGÜNER	SPOR BİLİMLERİ	SAKARYA ÜNV. SPOR MESLEK YÜK.OKULU
YRD.DOÇ.DR.	Gülşen KIRLA	İSTATİSTİK	ÇUKUROVA ÜNV. İ.İ.B.F. EKONOMETRİ BÖLÜMÜ
YRD.DOÇ.DR.	Gürol AÇIKGÖZ	DERMATOLOJİ	GATA TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Hadiye ÖZER	CERRAHİ HASTALIKLAR	ATATÜRK ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Hasan ALAÇAM	TIBBI BİYOLOJİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Havva ÖZKAN	EBELİK	ATATÜRK ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	İlhan KARABIÇAK	GENEL CERRAHİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Kaan KÜÇÜKOĞLU	ECZACILIK	ATATÜRK ÜNV. ECZACILIK FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Konçuy SİVRİOĞLU	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON	ULUDAĞ ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Koray AYDEMİR	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON	GATA TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	M. Ahmet TUNÇKIRAN	ÜROLOJİ	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	M. Burak HOŞCAN	ÜROLOJİ	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Mahmut AKBOLAT	SAĞLIK HİZMETLERİ	SAKARYA ÜNV. SAĞLIK HİZMETLERİ M.Y.O.
YRD.DOÇ.DR.	Mehmet Devrim TOPSES	İSTATİSTİK	ÇANAKKALE 18 MART ÜNV. FEN.EDB.FAK. İSTATİSTİK BÖLÜMÜ
YRD.DOÇ.DR.	Mehmet Zeki HAZNEDAROĞLU	FARMASOTİK BOTANİK	EGE ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Meltem ÇETİN	FARMASÖTİK TEKNOLOJİ	ATATÜRK ÜNV. ECZACILIK FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Mithat GÜNAYDIN	ÇOCUK CERRAHİSİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Murat YÜCE	ÇOCUK ve ERGEN RUH SAĞLIĞI	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Müdriye Yıldız BIÇAKÇI	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Nermin Nükhet MAS	ANATOMİ	AFYON KOCATEPE ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Neylan ZİYALAR	ADLİ BİLİMLER	İSTANBUL ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ
YRD.DOÇ.DR.	Okan İSTANBULLUOĞLU	ÜROLOJİ	BAŞKENT ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Oktay BÜYÜKAŞIK	GENEL CERRAHİ	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Oktay SARI	AİLE HEKİMLİĞİ	GATA TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Onursal BUĞRA	KALP DAMAR CERRAHİSİ	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Ömer TANTUŞ	GENEL CERRAHİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Petek BALLAR	BİYOKİMYA	EGE ÜNV. ECZACILIK FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Sabiha SEVİNÇ ALTAŞ	SAĞLIK HİZMETLERİ	SAKARYA ÜNV. SAĞLIK HİZMETLERİ M.Y.O.
YRD.DOÇ.DR.	Selma DÜZENLİ GEBDİREMEN	TIBBİ GENETİK	ABANT İZZET BAYSAL ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Serap ALTUNTAŞ	HEMŞİRELİK YÖNETİMİ	ATATÜRK ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Sevda LAFÇI	ANATOMİ	AFYON KOCATEPE ÜNV. TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Sezgin Özgür GÜNEŞ	TIBBİ BİYOLOJİ	19 MAYIS ÜNV. TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Şeref ULUOCAK	İSTATİSTİK	ÇANAKKALE 18 MART ÜNV. FEN.EDB.FAK. İSTATİSTİK BÖLÜMÜ
YRD.DOÇ.DR.	Tümer ULUS	HALK SAĞLIĞI	CERRAHPAŞA TIP FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Türkan YILDIRIM	SAĞLIK BİLİMLERİ	ANKARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
YRD.DOÇ.DR.	Ümit AYDOĞAN	AİLE HEKİMLİĞİ	GATA TIP FAKÜLTESİ
YRD.DOÇ.DR.	Ünal BİLİR	İSTATİSTİK	ÇANAKKALE 18 MART ÜNV. FEN.EDB.FAK. İSTATİSTİK BÖLÜMÜ
YRD.DOÇ.DR.	Yalçın KARAGÖZ	ECZACILIK	ATATÜRK ÜNV. ECZACILIK FAK.

ÜNVANI	ADI SOYADI	ALANI	BAĞLI OLDUĞU KURUM
UZM.DR.	Habib GEDİK	MİKROBİYOLOJİ	OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ MİKROBİYOLOJİ KLİNİĞİ ENFEKSİYON HASTALIKLARI BÖLÜMÜ
DR.	Hacı Ahmet PEKEL	SPOR BİLİMLERİ	GAZİ ÜNV. BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ BÖLÜMÜ
DR.	Işık BAYRAKTAR	SPOR BİLİMLERİ	GENÇLİK VE SPOR BAKANLIĞI SPOR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SESAM
UZM.DR.	M. Ömür KASIMCAN	NÖROŞİRÜRJİ	ÖZEL
DR	İlker ATEŞ	ECZACILIK	ANKARA ÜNV. ECZACILIK FAK. TOKSİKOLOJİ A.B.D. ÖĞRETİM ÜYESİ
UZM.DR.	Ali FIRAT	ANATOMİ	ANKARA ÜNV. TIP FAK.
UZM.DR.	Ayhan CÖMERT	ANATOMİ	ANKARA ÜNV. TIP FAK.
UZM.DR.	Hacer ÖNEN	TIBBİ BİYOLOJİ	GAZİ ÜNV. TIP FAK.
UZM.DR.	Hasene ÖZÇAM AK	KADIN DOĞUM	SAMATYA DEVLET HASTANESİ KADIN DOĞUM
UZM.DR.	Kamil ÖZDİL	İÇ HASTALIKLARI	ÜMRANİYE DEVLET HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ
UZM.DR.	Mehmet ERTENÜ	AİLE HEKİMLİĞİ	ÜMRANİYE DEVLET HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI KLİNİĞİ
UZM.DR.	Melda KORKMAZ	FİZİK TEDAVİ	
UZM.DR.	Nuran AKYURT	SAĞLIK BİLİMLERİ	MARMARA ÜNV. SAĞLIK BİLİMLERİ FAK.
UZM.DR.	Sıtkı ARI	AİLE HEKİMLİĞİ	
UZM.DR.	Tonguç DEMİR BERKOL	PSİKİYATRİ	BAKIRKÖY SADİ KONUK EĞİTİM HASTANESİ
UZM.DR.	Tülin ŞENGÜL	ANATOMİ	ANKARA ÜNV. TIP FAK.
UZM.DR.	Ümit TAŞKIN	KULAK BURUN BOĞAZ	BAĞCILAR DEVLET HASTANESİ KKB.
UZM.DR.	Vedat ÇİMEN	DERMATOLOJİ	DARICA FARABİ DEVLET HASTANESİ

ULUSLARARASI HAKEMLİ AKADEMİK
SPOR SAĞLIK ve TIP BİLİMLER DERGİSİ
Adres Abidei Hürriyet Cad. Mermer Apt. No:41 Kat:5 D:9 Şişli İstanbul
Tel +90(532) 378 18 20

http://www.sstbdergisi.com
http://www.sstbdergisi.net
http://www.sstbdergisi.org
http://www.sstbdergisi.info
http://www.sstbdergisi.biz

E-mail: info@sstbdergisi.com