T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN KAYGI DÜZEYLERİ, NEDENLERİ VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Dr. Hasan ÖZKAYA

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2023

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Hasan ÖZKAYA	**Sınav tarihi:** 10 /07 / 2023
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Kenan TAŞTAN	
Tezin Konusu : **Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Kaygı Düzeyleri, Nedenleri ve Baş Etme Yöntemleri**	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Kenan TAŞTAN	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **iv**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
ÖZET ..... **vii**
ABSTRACT ..... **ix**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **2**
2.1. Anksiyete(Kaygı) tanımı 2
2.2. Anksiyete Tarihçesi 3
2.3. Anksiyete Etiyolojisi 3
2.4. Anksiyete Epidemiyolojisi 4
2.5. Anksiyete Risk Faktörleri 5
2.6. Anksiyetenin Klinik Özellikleri 6
2.6.1. Bilişsel belirtiler 7
2.6.2. Duygusal (affektif) Belirtiler 7
2.6.3. Davranışsal Belirtiler 7
2.6.4. Fizyolojik Belirtiler 8
2.7. Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması 8
2.7.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu 9
2.7.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm) 9
2.7.3. Özgül Fobi 10
2.7.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) 11
2.7.5. Panik Bozukluğu 13
2.7.6. Agorafobi 14
2.7.7 Yaygın Anksiyete Bozukluğu 16
2.7.8. Maddenin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu 17
2.7.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu 19
2.7.10. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu 19
2.7.11. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu 19

2.8. Anksiyete Tanı ve Ayırıcı Tanısı 19
2.8.1. Laboratuvar 20
2.8.2. Görüntüleme 20
2.9. Anksiyete Bozukluklarında Ölçme ve Değerlendirme Araçları 21
2.9.1. Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory) 21
2.9.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory) 21
2.9.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale) 21
2.10. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi 22
2.10.1. Farmakoterapi 23
2.10.1.1. Benzodiyazepinler (BZD) 23
2.10.1.2. Seçici Seratonin Geri-Alım inhibitörleri ve Serotonin -Noradrenalin Geri-Alım İnhibitörleri 23
2.10.1.3. Trisiklik Antidepresanlar 24
2.10.1.4. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri 24
2.10.2. Psikoterapi 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM 26
3.1. Araştırmanın Tasarımı 26
3.2. Evren ve Örneklem 26
3.3. Verilerin Toplanması 27
3.4. Veri Toplama Aracı 27
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu 27
3.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) 28
3.5. Verilerin Analizi ve İstatistiksel değerlendirmesi 28
3.6. Etik Kurul ve İzinler 28
4. BULGULAR 29
5. TARTIŞMA 43
6. SONUÇ 58
7. ÖNERİLER 60
KAYNAKLAR 61
EKLER 69
EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni 69
EK-2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ 70

EK-3. ANKET FORMU 73

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Anksiyete bozukluklarının risk faktörleri 6
Tablo 2. Anksiyete bozukluklarının genel semptom ve bulguları..... 6
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri..... 29
Tablo 4. Beck anksieyete ölçeğine göre kaygı özellikleri taşıyan katılımcıların sosyodemografik özellikleri 30
Tablo 5. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile anksiyete varlığının ilişkisi 32
Tablo 6. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile beck anksiyete durumu ile ilişkisi 33
Tablo 7. Katılımcıların kaygılarının dağılımı..... 34
Tablo 8. Katılımcıların kaygılarının çalıştıkları birime göre dağılımı 35
Tablo 9. Katılımcıların kaygıları, baş etme durumları ve kaygıyı yönetmedeki başarı durumları 39

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
ARK. : Arkadaşları
ASM : Aile Sağlığı Merkezi
BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
DST : Deksametazon Supresyon Testi
EKT : Elektrokonvulsif Terapi
HAD : Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğinin
ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MAOI : Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
MİN-MAKS : En Küçük - En Büyük
NaSSA : Noradrenerjik ve Spesifik Serotonerjik Antidepresanlar
NDGI : Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri
NRI : Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri
ORT : Ortalama
ORT. : Ortalama
SAGI : Serotonin 2A Antagonistleri/ Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI : Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
SS : Standart Sapma
SSRI : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA : Trisiklik Antidepresanlar
TDK : Türk Dil Kurumu
WONCA : World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın başından sonuna kadar her yerinde destek ve yardımlarıyla, bilgi ve tecrübeleriyle rehberlik eden kıymetli tez danışman hocam Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a,

Uzmanlık eğitimi süresince tecrübeleri ve bilgileri ile bana yol gösteren, hiçbir zaman desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, beraber çalışma fırsatı bulduğum için mutlu olduğum kıymetli hocam, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Eğitimim sürecinde yol gösteren, bilgi, birikim ve deneyimlerini paylaşan Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR'a, Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL'a,

Destekleriyle, tez yazım sürecimde yanımda bulunan Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ezel Bilge YERLİ'ye,

Tez çalışmam süresince yardım ve desteklerinden çokça faydalandığım Uz. Dr. Mehmet DEMİR'e, Dr. Muhammet Ali YILDIZ'a, ve Dr. Furkan ŞAKİROĞLU'na,

Birlikte çalışmaktan mutlu olduğum tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Eğitim öğretim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Büyük fedakârlıklarla bugünlere gelmeme sebep olan ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem Emine ÖZKAYA ve babam Mustafa ÖZKAYA ve kardeşim Gülizar ÖZKAYA BAL'a,

Her türlü günümde yanımda bulunan, oğullarım Mustafa Kağan ve Muhammed Emir'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hasan ÖZKAYA

ÖZET

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Kaygı Düzeyleri, Nedenleri ve Baş Etme Yöntemleri

Giriş ve Amaç: Anksiyete, bireylerin günlük yaşamlarını etkileyen yoğun bir endişe, korku ve tedirginlik hali olarak tanımlanır. Birçok kişi hayatlarının belirli dönemlerinde geçici anksiyete yaşayabilir, ancak kronik hale gelmesi durumunda profesyonel tıbbi yardım gerekebilir. Doktorlarda görülen anksiyete, hem doktorların sağlık hizmeti sunma yeteneklerini hem de hastaların tedavi süreçlerini etkileyebilir. Doktorlar, tıbbi teşhisler koymak, tedavi planları oluşturmak ve hastalarıyla iletişim kurmak gibi zorlu görevlerle karşı karşıyadır. Bu süreçte, aşırı stres, yoğun çalışma temposu, hasta beklentileri ve tıbbi hataların sonuçları gibi faktörler doktorlarda anksiyeteyi tetikleyebilir. Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin kaygı düzeyleri, nedenleri ve kaygıyla baş etme yöntemlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma 10.12.2022- 10.02.2023 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan 407 doktorlardan araştırmaya katılmayı kabul eden 311 gönüllü üzerinde yapıldı. Araştırmaya katılmaya kabul edenlere sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu, anksiyete düzeyini ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulandı. Veriler SPSS 22 ile analiz edilip, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Araştırma görevlisi olarak çalışan 311 doktor gönüllü olarak katılmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 29.8±4, %52.7 sinin kadın,%59.2 sinin evli, %74.6 sının dâhili birimde çalıştığı, %90'ının bölümünü isteyerek seçtiği ve seçtiği bölümden memnun olanların oranının ise %73 olduğu tespit edildi. Katılımcıların Beck anksiyete puan ortalaması 19.3±9 olduğu bunların %44.9'unun hafif anksiyete özelliği taşıdığı bulundu. Katılımcıların cinsiyet özellikleri ile anksiyete varlığı incelendiğinde kadınlarda anksiyete oranının yüksek olduğu (%30.6, %22.8) ve cinsiyetler arası ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) olduğu tespit edildi. Katılımcıların

çalıştığı birime ait özellikleri anksiyete yönüyle incelendiğinde; çalıştığı birim cerrahi olan ve çalıştığı birimden memnuniyet durumları arasında anksiyete varlığı açısından anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0.01$, $p<0.00$). Katılımcıların önceden anksiyete ile ilişkili tanı alma durumu ile anksiyete varlığı açısından incelendiğinde önceden anksiyete ile ilişkili tanı alanlarda istatistiksel olarak anlamlılık olduğu saptandı ($p<0.00$). Yaş ortalamasıyla Beck anksiyete puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Beck anksiyete ölçeğine göre kaygı özellikleri gösteren katılımcıların kaygılarının dağılımları değerlendirildiğinde; sırasıyla hasta ve yakınlarından sözlü ve fiziksel şiddete maruziyet (%9.1,) nöbete kaldığında(%8.8),vizitlerde hasta sunarken (%8.6) ve aldığım maaşın yetersiz kalma ihtimali ile ilgili kaygıların daha çok tercih edildiği görüldü. Dâhili ve cerrahi birimlerde çalışan katılımcıların kaygı dağılımlarına bakıldığında dâhili branşlarda daha çok vizitlerde hasta sunmanın yarattığı kaygı (%10.7) en yüksek oranda olup, cerrahi branşlarda ise hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimaline dair kaygı seçeneği olmuştur (%9). Beck anksiyete ölçeğine göre anksiyete özellikleri gösteren katılımcıların her bir kaygı durumu için baş etme seçenekleri ve kaygıyı yönetme başarıları incelenmiştir. En sık olarak karşımıza hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimaline karşı kaygı duyma durumunun olduğu ve bu kaygı ile baş etme yolu olarak ortamdan uzaklaşmayı tercih ettikleri başarının ise kısmen olduğunu saptadık.

Sonuç: Araştırma görevlisi olarak çalışan kadın doktorlarda, cerrahi bilimlerde çalışan ve çalıştığı birimden memnun olmayanlarda ve daha önceden anksiyete tanısı olanlarda anlamlı olarak yüksek anksiyete varlığını tespit ettik. Hasta yoğunluğunu azaltıcı önlemler, nöbet sonrası izin, hayatı tehdit eden meslek riskleri ortadan kaldırılması gibi önlemlerle araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin yüksek oranda olan bu kaygıları azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Beck Anksiyete Ölçeği, Kaygı. Araştırma görevlisi

ABSTRACT

Anxiety Levels, Causes and Coping Methods of Research Assistants Working in a University Hospital

Objective:. It was aimed to determine the anxiety levels, causes and methods of coping with anxiety of research assistants working at Atatürk University Medical Faculty Research Hospital.

Methods: This research was carried out on 311 volunteers who agreed to participate in the study, among 407 doctors working as research assistants at Atatürk University Medical Faculty Hospital between 10.12.2022 and 10.02.2023. Sociodemographic Data Form for sociodemographic information and Beck Anxiety Scale to measure anxiety level were applied to those who agreed to participate in the study using face-to-face interview method. The data were analyzed with SPSS 22 and the significance level was accepted as $p<0.05$.

Results: This research was carried out on 311 volunteers who agreed to participate in the study, among 407 doctors working as research assistants at Atatürk University Medical Faculty Hospital between 10.12.2022 and 10.02.2023. Sociodemographic Data Form for sociodemographic information and Beck Anxiety Scale to measure anxiety level were applied to those who agreed to participate in the study using face-to-face interview method. The data were analyzed with SPSS 22 and the significance level was accepted as $p<0.05$. When the participants were examined in terms of their previous diagnosis related to anxiety and the presence of anxiety, it was found that there was a statistical significance in those who had previously diagnosed anxiety-related diagnoses ($p<0.00$). It was determined that there was a significant negative correlation between the mean age and the mean Beck anxiety score ($p<0.05$). When the distribution of anxiety of the participants who showed anxiety characteristics according to the Beck anxiety scale was evaluated; It was seen that when exposed to verbal and physical violence from patients and their relatives (9.1%,) were on duty (8.8%), when presenting patients (8.6%) during visits, and concerns about the possibility of insufficient salary. Considering the distribution of anxiety of

the participants working in internal and surgical units, the anxiety caused by presenting more patients at visits in internal branches was the highest (10.7%), and in surgical branches, there was a choice of anxiety about the possibility of being exposed to verbal or physical violence from the patient or their relatives (9%). The coping options and success in managing anxiety were examined for each anxiety situation of the participants who showed anxiety characteristics according to the Beck anxiety scale. We found that the most common concern was the possibility of being exposed to verbal or physical violence by the patient or their relatives, and they preferred to stay away from the environment as a way of coping with this anxiety.

Conclusion: We found a significantly higher level of anxiety among female doctors working as research assistants, those working in surgical sciences and dissatisfied with the unit they worked in, and those with a previous diagnosis of anxiety. These high concerns of physicians working as research assistants can be reduced by measures such as measures to reduce patient density, leave after seizures, and elimination of life-threatening occupational risks.

Keywords: Anxiety, Beck Anxiety Scale, Causes of Anxiety. research assistant

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Anksiyete, normalde bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında onu gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan biyolojik uyarıdır (1). Her insan hayatının herhangi bir döneminde anksiyeteyi yaşayabilmektedir (2). Anksiyetenin, tahmin edilen bir yıllık prevalans hızı %17 ve yaşam boyu prevalansı %25 civarındadır (3). Yapılan araştırmalarda anksiyete, erkeklere göre kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir (4).

Anksiyetenin neden olduğu gerginlik, korku hissi ve rahatlayamama gibi semptomlar, çalışma alanında kişilerin daha sağlıksız ve verimsiz olmasına neden olacaktır (5). Bu nedenle çalışma ortamındaki anksiyete düzeyi çok daha fazla önem kazanmaktadır. Çalışma yaşamına başladıklarında doktorlar, Tıpta Uzmanlık Sınavı, statü sorunları, ücret yetersizliği, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim eksikliği gibi birçok sorunla baş etmek zorunda kalmaktadırlar (6).

Kaygı bozukluklarının saptanabilmesi amacıyla birçok ölçek kullanılabilmektedir (7). Kullanılabilecek bu ölçekler arasında, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilip, uluslararası kabul görmüş olan "Beck Anksiyete Ölçeği", 1988 yılında Beck, Epstein ve Steer tarafından geliştirilmiş olup, anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek amaçlı yetişkinlere ve ergenlere uygulanabilmektedir. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlanması, Doç. Dr. Nesrin Şahin tarafından yapılmıştır. Türkçe adaptasyonun standardizasyonu, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından 177 psikiyatrik hastanın kullanıldığı çalışma ile yapılmıştır (7).

Bu çalışmada, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin kaygı düzeyleri, nedenleri ve kaygıyla baş etme yöntemlerinin saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete(Kaygı) tanımı

Anksiyete; sebebi bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, endişe, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış düşüncesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Hayatı tehdit edebilen ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan kaynaklanan tehlikeler ya da tehdit beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (8).

Anksiyete, bireyin yeni koşullara uyumunda olumlu etkisi olduğu gibi kişinin ruhsal gelişiminin daha yukarı basamaklara ulaşmasında itici bir işlev görebilir. Anksiyete, uyum sağlayıcı, ruhsal ilerleyişi olumlu yönde geliştirici işlevi yanında, engelleyici işlev de görebilir. Anksiyetenin hangi şartta maladaptif, nerede adaptif olduğunun tespiti oldukça önemlidir.

Anksiyeteyle ilgili uyarılmışlığın performansı pozitif etkilediği optimal bir aralık vardır. Kronikleşmiş, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi belirtilerinde birlikte olduğu anksiyete durumları patolojik olarak değerlendirilmelidir (9).

Anksiyete bozukluklarında genel olarak tetikleyici faktör olmaz ya da tetikleyici faktöre aşırı bir yanıt söz konusudur. Anksiyete'nin birey üzerinde fiziksel ve zihinsel bazı etkileri vardır. Zihinsel etkileri heyecan, kötü bir şey olacak duygusu, konsantrasyonda bozulma, hafıza zayıflaması, irritabilitedir. Sempatik sinir sistemi aktivasyonuna bağlı meydana gelen fiziksel belirtiler; terleme, el ve ayaklarda titreme, ağızda kuruma, yutkunma zorluğu, barsak hareketlerinde artma veya azalma, çarpıntı, kalp üzerinde ağrı, nefes almada zorluk, hızlı nefes alıp verme, kulak çınlaması ve baş dönmesidir (10).

2.2. Anksiyete Tarihçesi

Anksiyete kavramını ilk defa milattan önce 3000'lerde yazılmış olan Gılgamış destanında görülmektedir. Destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili olarak mevcut endişelerinden bahsetmektedir (11).

Anksiyete tarihin en eski dönemlerinden günümüze kadar birçok yazar ve hekimin dikkatini çekmiş ve değişik toplumsal ya da tıbbi bağlamlar içerisinde çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paranoya benzeri terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hippocrates'e göre, her çeşit psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir (12).

Hippocrates'in ruhsal bozukluklar ile ilgili yazılarında, korkudan ve "amaçsız anksiyete" (aimless anxiety) olarak belirttiği bir durumdan bahsetmektedir (13). Anksiyete kelimesi, Latince "sıkmak", "boğmak" ve "daraltmak" anlamlarına gelen "angere" kökünden türetilmiştir (14).

18.yüzyılın son dönemine kadar anksiyetenin özellikle fiziksel bulguları organik kaynaklı organ ve sistemlere bağlı farklı hastalıklar olarak değerlendirilmiştir. 19.yy'a gelindiğinde Bleuler, Kretshner ve Kraepelin nevrozları, psikozların küçük bir bölümü olarak görmüşlerdir. Pinel ise anksiyete bozukluklarını moral bozukluklar şeklinde tanımlamıştır. Mettrie'nin çalışmalarıyla, anksiyetenin psikolojik bir problem olarak değer görmeye başlanmıştır. Anksiyetenin kapsamı dâhilinde olan birçok klinik durumu birbirlerinden ayrıştırarak, farklı birer patoloji olarak sınıflandırılması 1960'lardan sonra olmuştur. Artan çalışmalar neticesinde bu kategorizasyon 1980 yılında oluşturulan DSM-3 ile gerçekleştirilmiştir (14).

2.3. Anksiyete Etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları sıklıkla tek bir etmen bağlı olmayıp, genetik ve çevresel sebeplerin bir arada olduğu nedenlerden ötürü ortaya çıkmaktadır. Bireyin genetik yapısı, ailesinde anksiyete bozukluğu olan kişinin varlığı, sosyal çevresi,

mizacı, yetiştiği ortam ve çevresel yapı gibi birçok faktör anksiyete oluşumuna neden olabilmektedir (15).

Bunların dışında kişide başka psikiyatrik bir patolojinin olması veya organik tıbbi bir neden de anksiyetenin meydana gelmesinde tetikleyici olarak rol alabilmektedir. Anksiyeteye neden olan organik bozukluklar arasında sıklıkla; hiperadrenokortisizm, hipertiroidi, feokromasitoma, gibi endokrinolojik rahatsızlıklar olsa da birçok hastalık anksiyetenin nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir (14).

Anksiyete bozukluklarının içerisinde kalıtım açısından ailevi özelliği en belirgin olan panik bozukluğu olduğu görülmektedir ve bu kişilerin 1 derece akrabalarında panik bozukluk görülme sıklığı araştırmalarda %2.8 ve %14.7 arasında değişen oranlar vermektedir (16).

2.4. Anksiyete Epidemiyolojisi

Ruhsal bozukluklar arasında en fazla prevalans hızına sahip anksiyete bozukluklarıdır. Buna rağmen bu hastaların %23-59'u tedavi almaktadır. Tahmin edilen bir yıllık prevalans hızı %17 ve yaşam boyu prevalans hızı %25 civarındadır (17). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 14 ülkede, 15 merkezde, 25000 erişkini psikiyatrik hastalıklar açısından taramak için bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada anksiyete bozukluklarının prevalansı %10,5 olarak bildirilmiştir (18).

Avustralya Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine göre prevalansın 18-55 yaş aralığında sabit olduğu ancak 55 yaşından sonra giderek azaldığı, yıllık olarak ise hızı %9,7 olarak saptanmış olduğu belirlenmiştir (18). Yapılan araştırmalara göre anksiyete, erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha sık görülmektedir (19). Kanada'da yapılan araştırmada, yıllık prevalans hızı erkeklerde %9 iken kadınlarda ise % 16 olarak bildirilmiştir (20).

Kadınlarda erkeklere göre daha erken başlangıç yaşı ve daha yüksek bir tekrarlama oranı saptanmıştır (21). DSÖ yaptığı bir araştırmaya göre, depresyon ve anksiyete bozukluklarının kadınlarda ve gelişmekte olan toplumlarda yeti yitimine

2020 yılında ilk sırada sebep olan hastalıklar olacağı tahmin edilmektedir (22). Düşük öğrenim durumu ve gelir düzeyi risk faktörleri arasında olan anksiyete bozuklukları genellikle 13-24 yaşlarında ortaya çıkmakla beraber doktora başvurma yaşı 30 ve üzerini bulmaktadır. Bunun sebebi ise yaşadıkları anksiyete bozukluğunu normal olarak görmekte ve tedavi edilmeyen kişisel özellik olarak düşünmeleridir (18).

Anksiyete bozukluğu olan kişiler, uzun hastane yatışları, daha fazla girişim, yüksek sağlık harcamaları, okul başarısızlığı ve düşük gelirli işler ile tüm yardımlara mali bağımlılık konusunda artmış bir riske sahiptirler (17).

2.5. Anksiyete Risk Faktörleri

Anksiyete sıklığı kadınlarda daha fazladır ve kadın olmak anksiyete açısından risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada anksiyete sıklığı kadınlarda %22,7 ve erkeklerde %13,0 olmuştur ve anksiyete riski kadınlarda erkeklere göre 1,76 kat daha fazladır (23). Başka bir çalışmada anksiyete prevalansı kadınlarda %32,4 ve erkeklerde %22,4 olarak bulunmuştur, anksiyete görülme ihtimali kadınlarda erkeklere göre 1,30 kat daha fazla olmuştur (24).

Anksiyete bozukluklarının zirve yaptığı yaş aralığı 18-40 yaş arası olduğu bir gerçektir. Buna rağmen 65 yaş ve üzeri kişilerde anksiyete sıklığının gençlere nazaran oldukça düşük bulunması, eşik altı semptomların klinik önemine dikkat çekmekle birlikte psikiyatrik ölçeklerin ileri yaştaki yetersiz tanı potansiyeli sebebiyle hastalığı olduğundan az tahmin ettiğini düşündürmektedir (25). Kronik rahatsızlıklar, depresyon, uyku sorunları, yeme bozuklukları, çeşitli bağımlılık ve yoksunluk da risk grubundandır. Ayrıca çevresel risk faktörleri arasında ise düşük sosyoekonomik düzey, okul işyeri, aile ve sosyal ortamdaki problemler, ilişki problemleri sayılabilir. Tablo 1'de risk faktörleri genel olarak özetlenmiştir.

Tablo 1. Anksiyete bozukluklarının risk faktörleri

Stresli yaşam	Nesne sürekliliği eksikliği
Ayrılığa aşırı duyarlı olma	Öfke ifadeleri
Problemli bağlanma tarzı	Çocukluk yıllarında fiziksel ve cinsel istismara uğrama

2.6. Anksiyetenin Klinik Özellikleri

Anksiyete bozuklukları, birçok ortak somatik ve bilişsel semptomları paylaşmaktadır. Yaygın fiziksel semptomlar içinde göğüs ağrısı, çarpıntı, taşikardi, boğulma hissi, nefes darlığı, baş dönmesi, karın ağrısı, yorgunluk, titreme, uyuşma veya karıncalanma gibi şikayetler bulunur. Psikolojik belirtiler arasında yaklaşan ölüm korkusu, duyarsızlaşma duyguları, sinirlilik hali, odaklanmakta zorluk, takıntılar ve kompülsiyonlar ve "rahat hissetmeme" sayılabilir (26). Anksiyetenin daha ayrıntılı olarak bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtileri vardır.

Anksiyete bozukluklarının genel semptom ve bulguları **Tablo 2** de gösterilmiştir

Tablo 2. Anksiyete bozukluklarının genel semptom ve bulguları

- Huzursuzluk, gerginlik, tedirginlik, sıkıntı, daralma
- Dikkatini toplayamama ve bir konu üzerine yoğunlaşamama
- Çabuk yorulma, uyku bozuklukları
- Kolay irkilme, tetikte olma
- Baş ağrısı, baş dönmesi, başta uyuşma ve sersemlik hissi
- Kulaklarda uğuldama, çınlama, görme bulanıklıkları
- Ağız kuruması, kalp çarpıntısı
- Nefes darlığı, sık soluk alıp verme ihtiyacı
- Göğüste basınç, ağrı duyumları
- Kas ağrıları, midede şişkinlik
- Hazımsızlık, yanma ve ağrılar, barsak hareketlerinde düzensizlik
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma

2.6.1. Bilişsel belirtiler

Duyusal ve algısal belirtiler; aklını toplayamama, duyusal olarak kendini verememe, çevresindeki maddeleri kendine gerçekte olduğundan uzakta gibi görme veya tam seçememe, aşırı derecede uyanıklık (hipervijilans), sıklıkla kendini gözleme ve izleme, çevrenin olduğundan farklı ve yaşanılan çevrenin gerçek dışı görülmesi, gerçeğe uygun düşmeyen duygu ve düşüncelerdir.

Düşünce bozuklukları; bireyin kendisi için önem arz eden birtakım şeyleri aklına getirememe, bilinç bulanıklığı (konfüzyon), düşünmeyi kontrol edememe, konsantre olmakta zorluk, dikkat eksikliği ve dağınıklığı, düşünceyi toparlayamama ve ifade edememe, objektif düşünme zorluğu, nedenselleştirme güçlüğüdür.

Kavramsal sorunlar; olaylara karşı kontrolünü kaybetme endişesi, olaylara karşı baş edememe korkusu, kendine zarar verileceği ve öleceği korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarının kendisini olumsuz algılayacağı endişesi, tekrarlayıcı korku dolu fikirler, korkutucu görsel halüsinasyonlar, bilişsel olarak yanlış değerlendirmelerdir (27,28).

2.6.2. Duygusal (affektif) Belirtiler

Korku, sinirlilik, endişe, gerginlik, dehşete kapılma, çaresizlik, huzursuzluk, belirsizlik, alarm durumuna geçme durumudur (27,28).

2.6.3. Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların artması ya da azalması biçiminde görülen bu davranışlar daha önceleri anksiyeteyi azaltma amacı taşırken daha sonrasında anksiyeteyi arttıran biçim kazanırlar. Bu belirtiler; olduğu yerde hareketsiz kalma hali, huzursuzluk, konuşmada bozulma, kaçma, kaçınma, koordinasyon bozukluğudur (27,28).

2.6.4. Fizyolojik Belirtiler

Kalp-damar sistemi belirtileri; çarpıntı, taşikardi, aritmi, bayılma hissi, kan basıncı değişiklikleri, bayılma, yüz kızarmasıdır.

Solunum sistemi belirtileri; nefes darlığı, solunum sayısında artma, hava açlığı hissi, kesik solumadır.

Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri; hiperrefleksi, yüzde ve göz kapaklarında seyirme, kaslarda gerginlik hali ve spazm, yorgunluk hissi, huzursuzluk, yalancı romatizmal ağrılar, erken yorulma, titreme, uykuya dalma zorluğu ve uyuklama durumudur.

Sindirim sistemi belirtileri; bulantı-kusma, iştahsızlık, karın ağrısı, ağızda kuruma, yutma zorluğu, ishaldir.

Ürogenital sistem belirtileri; cinsel isteksizlik, erken boşalma, idrara sıkışma ve sık idrara çıkmadır.

Cilt belirtileri; sıcak ve soğuk basma nöbetleri, yaygın terleme, kaşınma krizleri, soğuk ve nemli ellerdir. (27,28).

2.7. Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabına (DSM-V) göre sınıflandırılmıştır. DSM-V‟e göre anksiyete bozukluklarının alt tipleri şöyledir:

1. Ayrılma kaygısı bozukluğu
2. Seçici konuşmazlık (mutizm)
3. Özgül Fobi
4. Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)
5. Panik bozukluğu

6. Agorafobi
7. Yaygın kaygı bozukluğu
8. Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
9. Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
10. Tanımlanmış diğer kaygı bozukluğu
11. Tanımlanmamış kaygı bozukluğu (29).

DSM-4'te anksiyete bozuklukları sınıflandırmasında yer alan obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu DSM-5'te bu gruptan çıkarılıp başka bölümde sınıflandırılmıştır (29).

2.7.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

Kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla alakalı, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı miktarda bir kaygı ya da korku duymasıdır. Bu kaygı, korku veya kaçınma devamlıdır. Çocuklarda ve ergenlerde minimum dört hafta, yetişkinlerde ise en az altı ay sürer DSM-V'te "Kaygı Bozuklukları" bölümünde yer verilmiş olup, 18 yaşından önce ortaya çıkmış olması şartı kaldırılmış ve belirtilerin en az 6 ay sürmesi şartı ilave edilmiştir. 18 yaş ve üstü, 9282 yetişkinin ulusal olarak temsil edildiği bir çalışmada, ayrılık anksiyetesi bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının gelişim zamanı boyunca yaklaşık %4 olduğu tahmin edilmiştir (30).

Yaygın anksiyete bozukluğu ile ayrılık anksiyetesi bozukluğu arasındaki fark, büyük ölçüde, sevdiklerini yitirme korkusu ve endişesinin yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarında çok çeşitli endişelendirici temalardan yalnızca biri olduğunu, ayrılık anksiyetesi bozukluğunda ise merkezi ve genellikle tek endişe, büyük bir bağlılık figürünü yitirme korkusu ve endişesidir.

2.7.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Seçici konuşmazlık için DSM-V tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir (31).

A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda (örn. okulda), sürekli bir biçimde, konuşamıyor olma.
B. Bu bozukluk eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar.
C. Bu bozukluğun süresi en az bir aydır.
D. Bu bozukluk iletişim bozukluğu (örn çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır

Yapılan birkaç çalışmada, pediatrik anksiyete bozuklukları için maruziyet tedavisinin acil durum yönetiminden oldukça fazla etkili olabileceğini düşündürmektedir. Örnek olarak, bir 2013 araştırması randomize mutizmli dört ila sekiz yaşları arasındaki 21 çocuğu, seçici bir mutizm veya 12 haftalık bir bekleme listesi kontrolü için 24 haftalık birleşik davranış terapisine atadı. Maruz kalmaya dayalı terapi grubu, kontrol durumuna kıyasla grup arasında konuşma davranışını %75 artırdı (32).

2.7.3. Özgül Fobi

A. Özgül bir nesne ya da olayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme).

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma ile kendini gösterebilir.

B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.
C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
H. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (agorafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesneler ya da durumlar gibi (takıntı- zorlantı bozukluğunda olduğu gibi); sarsıcı olayları hatırlatıcı gibi (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi); evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) farklı bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (33).

2.7.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Sosyal anksiyete bozukluğu, ABD'deki tahmini olarak %5-12 yaygınlığı ile en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Uluslararası olarak, diğer gelişmiş ülkelerde yaygınlığın benzer olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde daha düşük olma eğiliminde olduğu belirlenmiştir (34).

Sosyal fobi genellikle geç çocukluk ve erken ergenlik döneminde başlama eğilimindedir. Remisyona giren hastalar olsa da prospektif çalışmalarda bu hastalığın kronik bir süreç izlediği görülmüştür (35).

Sosyal anksiyete bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri aşağıda belirtildiği gibidir (36).

A. Kişinin başkaları tarafından muhtemel incelemeye maruz kaldığı bir veya daha çok sosyal durum hakkında belirgin korku veya endişe. Örnekler arasında sosyal etkileşimler (ör., Sohbet etmek, tanıdık olmayan insanlarla

tanışmak), gözlemlenmek (ör. Yemek yemek veya içmek) ve başkalarının önünde performans göstermek (ör. Konuşma yapmak) yer alır.

Not: Çocuklarda, endişe sadece yetişkinlerle etkileşim sırasında değil, yaşıtları ortamlarında da ortaya çıkmalıdır.

B. B. Kişi eleştirileceğinden veya olumsuz olarak değerlendirileceğinden dolayı kendisinde anksiyete belirtileri göstereceğinden korkar (yani aşağılayıcı veya utanç verici; reddedilmeye veya başkalarını rencide etmeye yol açar).
C. Sosyal olaylar neredeyse her zaman korku veya kaygı uyandırır

Not: Çocuklarda korku veya endişe, sosyal olaylarda ağlama, öfke nöbetleri, donma, sarılma, küçülme veya konuşamama ile ifade edilebilmektedir.

D. Sosyal olaylardan kaçınılır veya yoğun korku veya endişe ile tahammül edilir.
E. Korku veya kaygı, sosyal durumun ortaya çıkardığı gerçek tehdit ve sosyokültürel bağlamla orantısızdır.
F. Korku, kaygı veya kaçınma kalıcıdır ve tipik bir şekilde altı ay veya daha uzun sürer.
G. Korku, kaygı veya kaçınma, sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş kollarında klinik olarak önemli sıkıntı veya bozulmaya neden olur.
H. Korku, kaygı veya kaçınma, bir maddenin (örneğin, bir uyuşturucu madde, bir ilaç) veya başka bir tıbbi olayın fizyolojik etkilerine atfedilemez.
İ. İ. Korku, kaygı veya kaçınma, panik bozukluk, vücut dismorfik bozukluk veya otizm spektrum bozukluğu gibi farklı bir zihinsel bozukluğun bulgularıyla daha iyi açıklanmaz.
İ. Başka bir tıbbi durum (örneğin, Parkinson hastalığı, obezite, yanık veya yaralanmadan kaynaklanan şekil bozukluğu) varsa, korku, endişe veya kaçınma açıkça ilgisizdir veya aşırıdır.

2.7.5. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu, tekrarlayıcı ve aniden ortaya çıkan panik ataklarla tipik bir ruhsal hastalıktır ve panik atakları diğer ruhsal hastalıklarla birlikte olduğunda DSM V'te prognoz belirleyicisi olarak değerlendirilmiştir (37).

Yaşam boyu prevalansı %1.5- %3.5 arasında görülmektedir (38). Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmekle birlikte başlangıç yaşı 15-24 ve 45-54 yaşlarında olmak üzere iki defa pik yapmaktadır (39).

Panik bozukluk için **DSM-V** tanı kriterleri aşağıdaki şekildedir (36).

A. Tekrarlayan beklenmedik panik ataklar
B. Ataklardan en az birini bir ay veya daha fazla, aşağıdakilerden biri veya her ikisi takip eder:
    1. Ek panik ataklar veya bunların sonuçları hakkında sürekli endişe (örneğin, kontrolü kaybetmek, kalp krizi geçirmek, "delirmek").
    2. Saldırılarla ilgili davranışta önemli bir uyumsuz değişiklik (örneğin, egzersizden kaçınma veya alışılmadık durumlardan kaçınma gibi panik atak geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar).

C. Rahatsızlık, bir maddenin (örn., İlaç veya yasadışı ilaç) veya başka bir tıbbi durumun (örn., Hipertiroidizm, kardiyopulmoner bozukluklar) fizyolojik etkilerine bağlanamaz..
D. Rahatsızlık başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Örnek olarak, panik ataklar yalnızca aşağıdakilere yanıt olarak gerçekleşmez:
    1. Sosyal anksiyete bozukluğunda olduğu gibi korkulan sosyal durumlar
    2. Belirli fobide olduğu gibi çevrelenmiş fobik nesneler veya durumlar
    3. Obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi obsesyonlar
    4. Travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travmatik olayların hatırlatıcıları
    5. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi bağlanma figürlerinden ayrılma

2.7.6. Agorafobi

Kişinin yardım alabilmesi veya kaçabilmesinin zor olduğunu düşündüğü köprü üzeri, otobüs, kalabalıklar, uçak yolculuğu ve tek başına ev dışında olmak ve benzeri ortamlardan panik atak geçirme korkusuyla uzak durması hali agorafabi olarak adlandırılır. Toplumda panik bozukluğu hastalarında 1/2 - 1/3'ü oranında görülebilmektedir (40).

DSM-V revizyonu neticesinde agorafobi, panik bozukluk birbirinden ayrılmıştır. Agorafobinin varlığı, işlevsellikte, engellilik derecesinde ve işsizlikte önemli derecede bozulma ile ilişkilidir (36).

Agorafobi, yaşam boyu yaygınlığı %1,1'dir. Panik bozukluğu olmadan yaşam boyu agorafobinin yaygınlığı daha düşüktür ve geniş bir toplum araştırmasında %0,8 olarak tahmin edilmektedir (41).

Agorafobi için risk faktörleri içerisinde panik bozukluğun varlığı, genç yaş, kadın cinsiyeti ve diğer fobiler yer alır. Agorafobi için DSM-V tanı kriterleri aşağıda açıklanmıştır (36).

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi ya da daha çoğu ile igili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma
    a. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn otomobiller, otobüsler, trenler vb.)
    b. Açık yerlerde bulunma (örn otoparklar, alışveriş merkezleri...)
    c. Kapalı yerlerde bulunma (örn mağazalar, tiyatrolar, sinemalar…)
    d. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma
    e. Tek başına evin dışında olma.

B. Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren diğer belirtilerin olması halinde yardım alamayabileceğini düşünmesi nedeni ile bu tür durumlardan kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur.
D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya kaygı ile buna katlanılır.
E. Duyulan korku ya da kaygı agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn: inf. barsak hastalığı, parkinson hastalığı) korku kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

H. Korku, kaygı veya kaçınma, başka bir zihinsel bozukluğun semptomlarıyla daha iyi açıklanamaz ve yalnızca aşağıdakilerle ilgili değildir:
    a. Spesifik fobide olduğu gibi spesifik bir durum, durumsal tip
    b. Sosyal anksiyete bozukluğunda olduğu gibi sosyal durumlar
    c. Obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi obsesyonlar
    d. Vücut dismorfik bozuklukta olduğu gibi fiziksel görünümde algılanan kusurlar veya kusurlar
    e. Travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi travmatik olayların hatırlatıcıları
    f. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi ayrılık korkusu

Geniş kapsamlı bir agorafobi değerlendirmesi; korkunun odağı, korkulan durumlar, kaçınma sebepleri, korkunun doğasını ve yoğunluğunu etkileyen faktörler, güvenlik davranışlarının varlığı, panik atak ve panik bozukluğun varlığını içermelidir.

2.7.7 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu, kontrol edilemeyen aşırı ve kronik kaygı, gerginlik hali ile karakterize, uzun süreli ve oldukça yaygın bir bozukluktur (42). Birinci derece sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda en sık karşılaşılan kaygı bozukluğu Yaygın Anksiyete Bozukluğudur(43).

DSM-V'e göre yaygın anksiyete bozukluğunda görülen belirtiler aşağıda gösterilmiştir. Bu belirtilerin hastada oluşturduğu durum; toplumsal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında probleme yol açar ve madde kullanımı veya başka bir maddenin kötüye kullanımına bağlanamaz.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri:

A. En az 6 ay süren ve zamanın çoğu gününde yaşanan, bir dizi etkinlik veya etkinlikler (iş veya okul performansı gibi) ile alakalı olarak, aşırı düzeyde kaygı ve endişe (endişeli beklenti) vardır.
B. Birey, endişesini kontrol etmekte zorlanır.
C. Bu kaygı ve endişe, 6 semptomdan en az üç tanesi (veya daha fazlası) ile ilişkilidir. (En azından birtakım semptomlar son altı ayda çoğu günde yaşanmaktadır).

Not: Çocuklarda yalnız tek semptom bulunması yeterlidir.

1) Sakinleşememe (huzursuzluk), gergin veya sürekli diken üstündeymiş gibi hissetme
2) Çabuk yorulma
3) Konsantrayon zorluğu ya da zihnin boşalması
4) Çabuk kızma
5) Kaslarda gerginlik
6) Uyku düzensizliği (dalma veya devam ettirmekte zorlanma veya dinlendirmeyen, yeterli olmayan uyku uyuma)

D. Kaygı, endişe veya vücutsal semptomlar, mesleki, sosyal ya da başka önemli işlevsellik bölümlerinde klinik açıdan ciddi bir sıkıntı ya da bozulmaya sebep olur.
E. Bu rahatsızlık, bir maddenin (örneğin: tedavi için kullanılan ilaç, kötüye kullanılan ilaç) ya da başka bir tıbbi durumun (örn. Hipertiroidi) fizyolojik etkilerine bağlanamaz. Yalnız bir Duygudurum Bozukluğu, bir Psikotik Bozukluk veya bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.
F. Bu bozukluk bir başka zihinsel rahatsızlıkla daha iyi açıklanamaz(33).

2.7.8. Maddenin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu

Maddelerin kötüye kullanımı, ilaçlar, zehirler, alkol ve diğerleri benzeri toksik maddelerin etkisiyle klinik görünüme kaygı ya da panik atakların hakim olduğu durum olup DSM-V'e göre bulgular madde kullanımı sırasında yahut madde kullanımının kesilmesinden sonraki 1 ay içerisinde başlıyor olması gerekir (44).

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanıları artık yerini DSM-V'te tek tanılı madde kullanım bozukluğuna bırakmıştır (31). Anksiyeteye bağlı bozukluklar, maddenin neden olduğu anksiyete bozukluğu gelişimi riskini artırabilir ve madde kullanım bozukluğunun bulgularını ve tedavi sonuçlarını değiştirebilir. Alkol ve İlgili Koşullar Ulusal Epidemiyolojik Araştırması-III, DSM-V kullanan genel popülasyonda 2012'den 2013'e kadar 36.309 yetişkini değerlendirdi. Bulgular, en yaygın olan alkol kullanım bozukluğu için yaşam boyu ve son 12 aydaki prevalans oranlarının sırasıyla %29,1 ve 13,9 olduğunu göstermektedir. Uyuşturucu kullanım bozukluğu için yaşam boyu ve son 12 aylık prevalans oranları sırasıyla %9,9 ve 3,9 idi (45).

Maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri aşağıda açıklanmıştır

A. Klinik görünüme panik atakları ya da kaygı egemendir.

a. Öykü, fizik muayene veya laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2) nin varlığında tanı konulur.
    1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde eksikliği ya da yoksunluğu sırasında ya da kısa bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelinmelidir.
    2. Sözkonusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir

B. Bu bozukluk, maddenin/ilacın yol açmadığı bir kaygı bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir kaygı bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir:
    1. Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce de vardır, belirtiler akut yoksunluğun ya da ağır eksikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre (örn yaklaşık bir ay) kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin /ilacın yol açmadığı kaygı bozukluğunun başka kanıtları vardır (örn maddenin/ilacın yol açmadığı yineleyici dönemlerin olduğuna ilişkin bir öykü)

C. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

D. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya ada toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarından işlevsellikte düşmeye neden olur (31).

Madde kullanımı, fizyolojik bağımlılık ve çekilme sendromu, anksiyete semptomlarını taklit edebilir veya şiddettini arttırabilir. Özellikle uyarıcılar kalp çarpıntısı, titreme, terleme, baş dönmesi veya bayılma hissi, duyarsızlaşma, parestezi, mide bulantısı ve sıcak basmalarına neden olabilmektedir. Opioidler, alkol ve benzodiazepinler gibi sıklıkla kullanılan maddelerden çekilme anksiyete semptomları oluşturma ihtimali yüksektir. Opiyat yoksunluğu uykusuzluk, bulantı ve ishal ile karakterizedir, fakat bağımsız anksiyeteden sıklıkla şiddetli kas ağrıları, kusma ve ateşle ayırt edilebilir. Alkol ve benzodiazepin kesilmesi ayrıca uykusuzluk, psikomotor ajitasyon, taşikardi, terleme, bulantı ve titreme gibi anksiyete semptomları oluşturabilir.

2.7.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Kaygı ve panik atakların hakim olduğu bu tabloda öykü, fizik muayene ve laboratuar sonuçlarında bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun sonucu olduğuna ait deliller olup herhangi bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamaz (46).

2.7.10. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Anksiyete bozukluğunun belirtilerinin hakim olduğu, fakat belirtilerin tanı kümesinden herhangi birinin tanı ölçütlerini tamamen karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanır. Klinisyen tarafından "tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu" diye yazmanın ardından özel neden belirtilerek yazılır. "Tanımlanmış diğer bir" adı kullanarak tespit edilebilecek görünümler için örnekler şunlardır:

1. Sınırlı belirtili ataklar
2. Çoğu günde ortaya çıkmayan yaygın kaygı
3. Khyal cap (rüzgar atakları)
4. Ataque de nervios (sinir atağı) (33).

2.7.11. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Klinik olarak anlamlı bir soruna ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik sahalarında işlevsellikte düşmeye sebebiyet veren, kaygı bozukluğunun bulgularının hakim olduğu, fakat bunların kaygı bozuklukları tanı bölümündeki herhangi birinin tanısı için tanı kriterlerini birebir karşılamadığı durumlardır (31).

2.8. Anksiyete Tanı ve Ayırıcı Tanısı

Anksiyete bozuklukları, tüm psikiyatrik bozukluklar içinde en uzun ayırıcı tanı listesine sahiptir. Anksiyete spesifik olmayan bir sendromdur. Birçok tıbbi veya psikiyatrik sendroma bağlı olabilmektedir. Örneğin, 2018 yılındaki bir çalışmaya

bakacak olursak, anksiyetesi olanların yaklaşık %30'unda otoimmün tiroidit varlığı tespit edilmiştir (47).

Panik, endişe ve obsesyon gibi anksiyete bulguları, duygu durum bozuklukları, psikotik bozukluklar, kişilik bozuklukları, somatoform bozukluklar ve bilişsel bozukluklar dahil (örneğin; deliryum) olmak üzere çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklarda ortaya çıkabilir. Anksiyete, bir ilaç yoksunluğu veya ilaç zehirlenmesi etkisinin bir parçası olarak da görülebilir. Bununla birlikte ayırıcı tanıda, ilaca bağlı anksiyete (sempatomimetik, teofilin, kortikosteroid, antiviral kullanımı gibi), migren, huzursuz bacak sendromu, uyku apnesi ve periyodik uzuv hareketi gibi uyku bozuklukları da yer almalıdır.

2.8.1. Laboratuvar

Anksiyete semptomlarının muhtemel bir fiziksel sebebi düşündüren bulguları olan hastalardan (örneğin, geç başlangıçlı anksiyete, kilo kaybı olan veya bilişsel bozukluğu olan hastalar) fiziksel bulgularla uyumlu laboratuvar tetkikleri (örn. Tam kan sayımı, biyokimya paneli) istenmelidir. Tiroid stimüle edici hormon (TSH), idrar tahlili, elektrokardiyogram (göğüs ağrısı veya çarpıntısı olan 40 yaşın üzerindeki hastalarda) veya madde veya ilaçlar için idrar veya serum toksikoloji analizi, gebelik çağındaki kadın hastalardan gebelik testi alımak uygun olacaktır (48).

2.8.2. Görüntüleme

En tutarlı beyin görüntüleme bulguları, sosyal fobisi olan kişilerde sosyal tehdit uyaranlarına cevap olarak limbik ve paralimbik korku devresinin hiperaktivitesini göstermektedir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmaları, bir grup olarak sosyal fobili kişilerin topluluk huzurunda konuşma yaparken veya sosyal olarak tehdit edici görüntüleri görüntülerken amigdala ve insulada hiperaktivasyon gösterdiğini göstermiştir (49).

2.9. Anksiyete Bozukluklarında Ölçme ve Değerlendirme Araçları

2.9.1. Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory)

Anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmede kullanılan bu test, kişilerin kendilerinin cevaplayabileceği, uygulanması rahat bir ölçektir. 21 sorudan oluşmaktadır. 0-3 arasında olan Likert tiptedir. Bireylerin soruları yanıtlarken "Hiç"(0), "Hafif derecede"(1), "Orta derecede"(2) ve "Ciddi derecede"(3) seçeneklerinden birisini işaretlemeleri istenmektedir.

Cevaplar 0-3 arasında değişen puanlar almaktadır. Toplam puan ise 0 ile 63 arasında değişmektedir. Alınan toplam puanın yüksekliği anksiyetenin şiddetini gösterir(50). Klinik araştırmalarda Beck envanterinin, kaygılı hastaları, depresyonlu hastalardan anlamlı derecede ayırt etmekte Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri'nden daha etkili olduğu gösterilmiştir. 177 psikiyatrik hasta üzerinde yapılan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93; madde-toplam korelasyon katsayıları ile 0,45 ile 0,72 arasında bulunmuştur (51).

2.9.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory)

İki ayrı ölçeği içerir ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği, kişinin belirli bir zaman diliminde ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini göz önüne alınarak cevaplanan bir ölçektir. Sürekli kaygı ölçeği ise kişinin genelde nasıl hissettiğini dikkate alarak cevaplanır (52).

2.9.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale)

Kişinin son 72 saat içindeki anksiyete düzeyini tespit etmek için kullanılan bir ölçektir. Görüşmeci tarafından yanıtlanır. 0 ile 4 arasında puanlanan, toplam 14 sorudan oluşmaktadır (53).

2.10. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi

Anksiyete bozukluğu teşhisi konulan hastaların tedavisi uygun yapılmadığında sık sık hastaneye başvururlar. Bu nedenle anksiyete bozuklukların ayırıcı tanısının uygun bir biçimde yapılması gerekmektedir. Diğer yandan önemli bir konu olan hastaların tedaviye uyumlarıdır. Hastaların yaklaşık %50'si ilk üç ay içinde ilaç tedavisini bırakmaktadır. Az sayıda hasta ise, hekimin reçetelediği ilaçları hiç kullanmamaktadır. Panik bozukluğu olan hastalar acil servislere, kardiyoloji ve aile hekimliği polikliniklerine sık sık başvurmaktadırlar. Bu durum ekonomik olarak da büyük yük getirmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetinin her basamağında anksiyete bozuklukları iyi bilinmeli ve tedaviye başlanmalıdır.

Hafif düzey anksiyete bozukluklarında bilişsel davranışçı terapilerle prognozda uzun dönemde iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir. Fakat ciddi düzeyde anksiyete varlığında bilişsel davranışçı terapi ve antidepresan ilaçların birlikte olması önerilmektedir (54).

Şiddetli anksiyete bozukluğu yaşayan kişilerde bilişsel davranışçı terapi eşliğinde antidepresan ilaç kullanım yöntemi uygulanmaktadır. Bu iki yöntemin birlikte kullanılması ile uzun süreli iyileşme sağlanmaktadır. Sağlıklı bir tedavi yolu izlemek için ilk olarak doğru tanı koymak ve fiziksel semptomlar ile ayrıcı tanıyı ortaya koymak çok önemli olarak görülmektedir. Tanı koyduktan sonraki en önemli ikinci adım ise hastanın ilaç tedavisine olumlu cevap vermesi ve düzenli kullanım göstermesidir (55).

Medikal tedavi ilk tercih olmamakla birlikte kullanılması gerektiği takdirde oral, intravenöz ve intramusküler yollarla tedavi uygulanabilmektedir. Madde çekilme sendromunda ön planda düşük doz lorazepam, akut anksiyete ataklarında amnezi etkisinden faydalanmak için midazolam kullanımı önerilir.

Oral tedavide SSRI ve SNRI ilk seçeneklerdir. Kolay tolere edilir olması ve hızlı yanıt alınması tercih sebebidir. Yakın zamanlı psikiyatrist uzman kontrolüne gidemeyeceği düşünülen hastalar haricinde tedavi planlamasının acil servisten

yapılması önerilmemektedir. Akut anksiyete ataklarında benzodiazepinler etkili iken uzun süreli tedavide yerleri yoktur. 1 haftayı aşmamak koşuluyla akut anksiyetenin yatıştırılmasında taburculuk esnasında reçete edilebilir (56).

2.10.1. Farmakoterapi

2.10.1.1. Benzodiyazepinler (BZD)

BZD'ler santral sinir sisteminin ana inhibitör nörotransmitterleri olan gaba amino bütirik asit (GABA) aracılığıyla etki gösterirler (57). Gastrointestinal yoldan hızla emilen BZD'ler 30 dk- 2 saat içinde plazma tepe konsantrasyonlarına ulaşırlar. Tüm BZD'ler karaciğerde metebolize olur. BZD'lerin sık görülen yan etkileri arsında sedasyon, gün içinde uyuma hali, baş ağrısı, motor koordinasyon bozukluğu, ereksiyon süresinde uzama, nistagmus, ataksi, dizartri, disfori, yüksek dozlarda solunum depresyonu sayılabilir (58). Entoksikasyon durumunda selektif BZD reseptör antagonisti olan flumazenil kullanılabilir. Uzun süreli ve yüksek doz kullanım sonrası aniden ilacın kesilmesi yoksunluk belirtilerine neden olabilmektedir (59). Hızlı etkinin başlaması, antidepresanların tam tersi başlangıçta sinirlilik, anksiyete artışına neden olmaması, ilaç-ilaç etkileşimlerinin daha az olması BDZ'lerin avantajlı yönleridir. Fakat bu ilaçların kullanımına bağlı meydana gelebilen çeşitli yan etkiler, bağımlılık potansiyelleri, depresyon gibi komorbid durumlara etkisiz oluşu ve daha güvenli, etkili ajanların tedavi seçenekleri arasına girmesi ile artık günümüzde BZD'ler anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzlarında birinci basamak tedavi olarak önerilmemektedir (60).

2.10.1.2. Seçici Seratonin Geri-Alım inhibitörleri ve Serotonin - Noradrenalin Geri-Alım İnhibitörleri

Seçici Seratonin Geri-Alım İnhibitörleri (SSGİ) içerisinde fluoksetin, sertralin, paroksetin, sitalopram, essitelopram ve fluvoksamin yer alır ve sinaptik aralıkta seratonin (5 HT) geri alımını inhibe ederek sinaptik bölümdeki 5-HT düzeyini arttırırlar. Serotonin-Noradrenalin Geri-Alım inhibitörleri (SNGİ) venlafaksin ve duloksetin düşük dozlarda serotonin geri alım taşıyıcılarını; daha yüksek dozlarda

serotonin ve norepinefrin (NE) geri alım taşıyıcılarını bloke ederek sinaptik aralıkta 5-HT ve NE etkinliğini arttırabilir (61). SSGİ ve SNGİ grubu ilaçlar genellikle iyi tolere edilirler fakat özellikle tedavinin başladığı ilk günlerde sinirlilik, huzursuzluk, anksiyete semptomlarında artma, uykusuzluk ve baş ağrısı gibi belirtiler görülebilir. Diğer yan etkiler yorgunluk, baş dönmesi, mide bulantısı, esneme, diyare, konstipasyon, iştahsızlık ve kilo alımı sayılabilir (62). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde başarılı olduğu SSGİ'ler ve SNGİ'ler pozitif yarar/zarar oranı sonucunda bu bozuklukların tedavisinde birinci basamak seçenekler arasında yerini almıştır. Ayrıca anksiyete bozukluklarında sıklıkla birliktelik gösteren depresif belirtileri de iyileştirebilmeleri, bu ilaçların BZD'lere göre daha avantajlı olduğunu göstermektedir (63).

2.10.1.3. Trisiklik Antidepresanlar

Seratonin ve norepinefrin taşıyıcılarının geri alım inhibitörleri olarak görevli trisiklik antidepresanlar (TSA), anksiyete bozukluğunda kullanılan ilk ilaç sınıfındandır. Gastrointestinal sistem (GİS) yolu ile emildikten sonra karaciğerde ilk geçiş etkisine uğrarlar. 2-8 saat içinde plazmada zirve düzeylere ulaşır. Yarı ömürleri 10-70 saat arasında değişir. Yan etkileri arsında ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, terleme, kilo artışı, ortostatik hipotansiyon, sedasyon, nadiren fulminan hepatit ve hiperprolaktinemi görülebilir (64).

2.10.1.4. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

Etkinlikleri santral sinir sisteminde monoamin oksidaz(MAO) enzim inhibisyonu ile olan bu sınıf ilaçlar geri dönüşümsüz MAO inhibisyonu ile seçici ve geri dönüşümlü MAO inhibisyonu yapan ajanlar olarak iki guruba ayrılır. Panik bozukluğu ve sosyal fobide geri dönüşümsüz MAO inhibitörü fenelzinin etkinliği bazı çalışmalarda gösterilmiştir fakat ciddi yan etkiler ve yüksek dozda toksisite gözlenmesi nedeniyle kullanımı kısıtlıdır (65). MAO enziminin seçici ve geri dönüşümlü inhibitörü(RIMA) olan moklobemid sosyal fobide etkinliği kanıtlamış ve onay almıştır. Ayrıca panik bozukluğunda da faydalı olduğuna ait kanıtlar vardır. Önerilen maksimum doza kadar RIMA dozları diyet kısıtlaması gerektirmemektedir.

Anksiyete bozukluklarında diğer tedavi yöntemleri başarısız olduğunda veya tolere edilemediğinde sıklıkla tecrübeli uzmanlar tarafından tercih edilmektedir (66).

2.10.2. Psikoterapi

Bir çok terapi yaklaşımı anksiyete bozukluklarında kullanılabilmektedir. Bunlardan bilişsel psikoterapi, davranışçı psikoterapi, psikodinamik psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, varoluşçu psikoterapi, duygu odaklı terapi, metakognitif terapi, transaksiyonel analiz terapisi, integratif psikoterapi gibi yaklaşımlar mevcuttur. Özellikle fobilerin tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin olumlu yönde etkisi üzerine pek çok kaynak mevcuttur. Ayrıca bazı kaygı bozuklukları ve fobilerde maruz bırakma tekniği tedavisine başvurulmaktadır (67).

Hafif düzey anksiyete bozuklukları tedavisinde bilişsel davranışçı terapilerle prognozda uzun dönemde iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir. Fakat ciddi düzey anksiyetesi olanlarda bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapide kullanılan ilaçların birlikte olması önerilmektedir (68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırmamız tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

Çalışmamız 10.12.2022- 10.02.2023 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan 407 doktorlardan araştırmaya katılmayı kabul eden 311 gönüllü üzerinde yapılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan 407 araştırma görevlisi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 311 araştırma görevlisi sözlü olarak bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul edenlere sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu, anksiyete düzeyini ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesine Araştırma Hastanesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- Anket formu ve Beck Anksiyete Ölçeğini doldurmak
- Aydınlatılmış onam formunu imzalamak

Çalışmada Dışlanma Kriterleri:

- Psikiyatrik veya nörolojik bir hastalığı olmak

3.3. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri 10.12.2022'de toplanmaya başlandı ve 10.02.2023 tarihinde yeterli sayıya ulaşılması ile veri toplanmasına son verildi. Çalışmaya alınan kişilere çalışma hakkında bilgi verilip gönüllü onam formu okutularak onayları alındı. Çalışma yapılırken İyi Klinik Uygulamalar Rehberi ve Helsinki Bildirgesi'ndeki ilkelere uygun davranıldı. Katılımcılar gönüllülük esasıyla çalışmaya katılmış olup, çalışma kriterlerine uymayan kişiler ve onam vermeyenler çalışmaya dâhil edilmedi.

3.4. Veri Toplama Aracı

Çalışmamıza katılan kişilere, sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu, anksiyete düzeyini ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırma gruplarındaki bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, uzmanlık eğitimi dalı, çalıştığı birim, çalıştığı birimi isteyerek mi seçtiği, bu birimde çalışıyor olmaktan memnun mu, asistanlığa başlamadan önce anksiyete ile ilişkili bir tanı aldınız mı, psikiyatrik, nörolojik veya diğer sistemlere ait kronik bir hastalığınız var mı? Kıdemli asistanla iletişim kurarken, hocalarla iletişim kurarken, vizitlerde hasta sunarken, poliklinikte hasta bakarken, nöbete kaldığımda, vaka sunumu yaparken, mobinge maruz kaldığımda, girişimsel tedaviler sırasında (Cerrahi bölümlerde ameliyat, Dahili bölümlerde girişimsel işlem, Temel Tıp Bilimlerinde hayvan deneyleri) gibi durumlarda kaygı yaşayıp yaşamadığı. Hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimali, tez aşamasında güçlük yaşama ihtimali, tayinimin istediğim yere çıkmama ihtimali, aldığım eğitimin yetersiz kalması ihtimali, mesleki saygınlığın azalmaya devam etmesi ihtimali, toplumda yeterli statüye ulaşama ihtimali, aldığım maaşın yetersiz kalması ihtimali ve bölümde asistan sayısının yetersiz hale gelme ihtimaline karşı kaygı yaşayıp yaşamayacağı yaşıyorsa bununla baş etmek ve yenmek için neler yapacağı ve uygulayacağı yöntemlerin ne derece başarılı olacağı ile ilgili bilgileri elde etmek amacıyla hazırlanmıştır.

3.4.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

BAÖ, anksiyeteyi depresyondan ayrımını yapabilmek için kullanılacak bir ölçek ihtiyacından dolayı Beck ve ark. tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini miktarını ölçer. Öznel olarak anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. 21 maddeden oluşur, 0-3 arası likert tipi puanlanan; hastanın ferdi olarak doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0-63'tür. Hastaların aldıkları puanlara göre anksiyete düzeyleri; 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26 ve üzeri puan şiddetli düzeyde anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır. Ölçekte toplam alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. BAÖ' nün Türkiye için geçerlilik güvenirlik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H. tarafından 1998 yılında yapılmıştır (69).

3.5. Verilerin Analizi ve İstatistiksel değerlendirmesi

Verilerin analizinde SPSS v22 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler: Katagorik değişkenler sayı ve yüzde, numerik değişkenler ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu kolmogrov-Simirnov testi ve grafikleme yöntemleriyle araştırıldı. Çoklu yanıt analizi ile katagorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler verildi. Karşılaştırmalı analizler: Normal dağılmayan sayısal değişkenlerin karşılaştırmalarda Mann whitney-U, spearman korelasyon testi katagorik değişkenlerin karşılaştırmalarında Ki-Kare testi, Fisher Exact testi uygulanmıştır. $P< 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez çalışması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (Sayı: B.30.2.ATA.O.oı.OO/233/ Tarih: 31.03.2022 No: 3/ 59) izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine bakıldığında yaş ortalaması 29.8±4, %47.3 sinin kadın,%59.2 sinin evli, %74.6 sının dahili birimde çalıştığı, %90'ının bölümünü isteyerek seçtiği ve seçtiği bölümden memnun olanların oranının ise %73 olduğu görüldü.

Katılımcıların % 6.4'ünün bilinen bir kronik hastalığı ve %5.8 inin ise önceden bilinen anksiyete teşhisi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların Beck anksiyete puan ortalaması 5.3±8.7 olarak bulunmuştur (Tablo-3).

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyo Demografik Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	147	47.3
Erkek	164	52.7
Medeni durum		
Evli	184	59.2
Bekar	127	40.8
Çalıştığı Birim		
Dahili	232	74.6
Cerrahi	79	25.4
Çalıştığı birimi isteyerek seçme		
Evet	280	90
Hayır	31	10
Çalıştığı birimden memnuniyet		
Evet	227	73
Kararsızım	84	27
Kronik hastalık		
Evet	18	6.4
Hayır	293	93.6
Öncededen bilinen anksiyete durumu		
Var	20	5.8
Yok	291	94.2
Toplam	311	100
Yaş Ortalaması	29.8±4	
Beck puan ortalaması	5.3±8.7	

Katılımcıların sosyo demografik özelliklerine bakıldığında yaş ortalaması 30.1±4.2, %65.2'sinin kadın, %60.9'unun evli, %87'sinin dahili birimde çalıştığı,%88.4'ünün bölümünü isteyerek seçtiği ve seçtiği bölümden memnun olanların oranının ise %56.5 olduğu görüldü.

Katılımcıların % 10.1'inin bilinen bir kronik hastalığı ve %20.3 inin ise önceden bilinen anksiyete teşhisi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların Beck anksiyete puan ortalaması 19.3±9 olduğu bunların %44.9'unun hafif anksiyete özelliği taşıdığı bulunmuştur (Tablo-4).

Tablo 4. Beck anksieyete ölçeğine göre kaygı özellikleri taşıyan katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyo Demografik Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	45	65.2
Erkek	24	24.8
Medeni durum		
Evli	42	60.9
Bekar	27	39.1
Çalıştığı Birim		
Cerrahi	9	13
Dahili	60	87
Çalıştığı birimi isteyerek seçme		
Evet	61	88.4
Hayır	8	11.6
Çalıştığı birimden memnuniyet		
Evet	39	56.5
Kararsızım	30	43.5
Kronik hastalık		
Evet	7	10.1
Hayır	62	89.9
Öncededen bilinen anksiyete durumu		
Var	14	20.3
Yok	55	79.7
Beck Anksiyete		
Hafif	31	44.9
Orta	22	31.9
Şiddetli	16	23.2
Toplam	69	100
Yaş Ortalaması	30.1±4.2	
Beck puan ortalaması	19.3±9	

Katılımcıların cinsiyet ve medeni durum özellikleri ile anksiyete varlığı incelendiğinde kadınlarda ve evlilerde anksiyete oranının yüksek olduğu (%30.6,%22.8) ve cinsiyetler arası ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) medeni durumlar arasında ise anksiyete açısından ilişkinin anlamsız olduğu görüldü ($p>0.05$).

Katılımcıların çalıştığı birime ait özellikleri anksiyete yönüyle incelendiğinde; cerrahi branşlarda çalıştığı birimi isteyerek seçmediğinde ve çalıştığı birimden memnun olmayanlarda anksiyete oranlarının yüksek olduğu görüldü. (sırasıyla %25.9, %25.8, %35.7) Çalıştığı birim ve çalıştığı birimden memnuniyet durumları arasında anksiyete varlığı açısından anlamlı fark olduğu tespit edildi ($p<0.01$, $p<0.00$).

Katılımcıların kronik hastalık ve önceden anksiyete ile ilişkili tanı alma durumu ile anksiyete varlığı açısından incelendiğinde; kronik hastalığı olanlarda ve önceden anksiyete ile ilişkili tanı alanlarda anksiyete oranının yüksek olduğu (sırasıyla %38.9, %70) ve önceden anksiyete ile ilişkili tanı alanlarda istatistiksel olarak anlamlılık olduğu saptanmıştır ($p<0.00$).

Katılımcıların yaş ortalaması ile anksiyete durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). (Tablo-5)

Tablo 5. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile anksiyete varlığının ilişkisi

Sosyo Demografik Özellikler	**Anksiyete**						**İstatistik**
	Yok		Var		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet							
Kadın	102	69.4	45	30.6	147	100	**X^2=11.4**
Erkek	140	85.4	24	14.6	164	100	**P<0.001**
Medeni durum							
Evli	142	77.2	42	22.8	184	100	X^2=0.107
Bekar	100	78.7	27	21.3	127	100	P>0.05
Çalıştığı birim							
Dahili	70	88.6	9	11.4	79	100	**X^2=7.14**
Cerrahi	172	74.1	60	25.9	232	100	**P<0.01**
Çalıştığı birimi isteme							
Evet	219	78.2	61	21.8	280	100	X^2=0.107
Hayır	23	74.2	8	25.8	31	100	P>0.05
Çalıştığı birimden memnuniyet							
Evet	188	82.8	39	17.2	227	100	**X^2=12.19**
Hayır	54	64.3	30	35.7	84	100	**P<0.00**
Kronik hastalık							
Var	11	61.1	7	38.9	18	100	*X^2=3.08
Yok	231	78.8	62	21.2	293	100	P>0.05
Önceden anksiyete durumu							
Var	6	30	14	70	20	100	***X^2=28.304**
Yok	236	81.1	55	18.9	291	100	**P<0.00**
Yaş							
Mean(±SD)	29.8±3.9		29.0±4.2				U=8064.0
Median(Q1-Q3)	29(27-31)		29(27-31.5)				P>0.05

*Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Anksiyete varlığı saptanan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde;

Kadınlarda hafif, erkeklerde orta dereceli anksiyetenin yüksek olduğu(sırasıyla %53.3,%45.8); Evlilerde hafif ve orta derecede anksiyetenin daha yüksek olduğu,(%42.9,%%33.3) cerrahi branşlarda orta(%55.6) dahili branşlarda hafif derece anksiyete varlığının yüksek olduğu(%48.3),çalıştığı birimi isteyerek seçmeyenlerde ve çalıştığı birimden memnun olmayanlarda hafif şiddette anksiyete varlığının yüksek

olduğu(%62.5,%43.3) tümü için istatiksel anlamlılık olmadığı saptanmıştır (P>0.05) (Tablo-6).

Katılımcıların Kronik hastalık varlığı ve önceden anksiyete tanısı alma durumları arasında anksiyete varlığı açısından incelendiğinde kronik hastalığı olanlarda ve önceden anksiyete durumu olanlarda orta şiddette anksiyete oranının yüksek olduğu saptanmıştır(%42.9,%57.1)

Yaş ortalamasıyla beck anksiyete puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0.05)(Tablo-6).

Tablo 6. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile beck anksiyete durumu ile ilişkisi

Sosyo Demografik Özellikler	**Beck Anksiyete**								**İstatistik**
	Hafif		Orta		Şiddetli		Toplam		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet									
Kadın	24	53.3	11	24.4	10	22.2	45	100	X^2=4.33 P>0.05
Erkek	7	29.2	11	45.8	6	25.0	24	100	
Medeni durum									
Evli	18	42.9	14	33.3	10	23.8	42	100	X^2=0.19 P>0.05
Bekar	13	48.1	8	26.9	6	22.2	27	100	
Çalıştığı Birim									
Dahili	29	48.3	17	28.3	14	23.3	60	100	X^2=3.011 P>0.05
Cerrahi	2	22.2	5	55.6	2	22.2	9	100	
Çalıştığı birimi isteyerek seçme									
Evet	26	42.6	21	34.4	14	23.0	61	100	X^2=0.36 P>0.05
Hayır	5	62.5	1	12.5	2	25.0	8	100	
Çalıştığı birimden memnuniyet									
Evet	18	46.2	13	33.3	8	20.5	39	100	X^2=6.57 P>0.05
Hayır	13	43.3	9	30.0	8	26.7	30	100	
Kronik Hastalık									
Var	3	42.9	3	42.9	1	14.3	7	100	
Yok	28	45.2	19	30.6	15	24.2	62	100	
Önceden bilinen anksiyete durumu									
Var	4	28.6	8	57.1	2	14.3	14	100	
Yok	27	49.1	14	25.5	14	25.5	55	100	
Yaş									
Mean(±SD)	30.1±4.2								**r=-0.68 P<0.05**

Beck anksiyete ölçeğine göre kaygı özellikleri gösteren katılımcıların kaygılarının dağılımları değerlendirildiğinde; sırasıyla hasta ve yakınlarından sözlü ve fiziksel şiddete maruziyet,(%9.1) nöbete kaldığında(%8.8),vizitlerde hasta sunarken (%8.6), ve aldığım maaşın yetersiz kalma ihtimali ile ilgili kaygıların daha çok tercih edildiği görülmüştür (Tablo-7).

Tablo 7. Katılımcıların kaygılarının dağılımı

Kaygılar	Sayı	Yüzde
Kıdemli asistanla iletişim kurarken	10	1.7
Hocalarla iletişim kurarken	40	6.6
Vizitlerde hasta sunarken	52	8.6
Poliklinikte hasta bakarken	25	4.1
Nöbete kaldığımda	53	8.8
Vaka sunumu yaparken	49	4.1
Mobbinge maruz kaldığımda	15	2.5
Girişimsel tedaviler sırasında (Cerrahi bölümlerde ameliyat, Dahili bölümlerde girişimsel işlem, Temel Tıp Bilimlerinde hayvan deneyleri)	40	6.6
Hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimali	55	9.1
Tez aşamasında güçlük yaşama ihtimali	47	7.8
Tayinimin istediğim yere çıkmama ihtimali	41	6.8
Aldığım eğitimin yetersiz kalması ihtimali	33	5.5
Mesleki saygınlığın azalmaya devam etmesi ihtimali	46	7.6
Toplumda yeterli statüye ulaşama ihtimali	29	4.8
Aldığım maaşın yetersiz kalması ihtimali	49	8.1
Bölümde asistan sayısının yetersiz hale gelme ihtimali	20	3.3
Toplam	604*	100.0

*Çoklu yanıt analizi kullanıldığı için N (sayı) örneklem hacmini geçmiştir

Dahili ve cerrahi birimlerde çalışan katılımcıların kaygı dağılımlarına bakıldığında dahili branşlarda daha çok vizitlerde hasta sunmanın yarattığı kaygı (%10.7) en yüksek oranda olup, cerrahi branşlarda ise hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimaline dair kaygı seçeneği olmuştur (%9) (Tablo-8).

Tablo 8. Katılımcıların kaygılarının çalıştıkları birime göre dağılımı

Çalıştığı Birim	Kaygılar	Sayı	Yüzde
Dahili	Kıdemli asistanla iletişim kurarken	3	4
	Hocalarla iletişim kurarken	9	12
	Vizitlerde hasta sunarken	8	10.7
	Poliklinikte hasta bakarken	1	1.3
	Nöbete kaldığımda	6	8.0
	Vaka sunumu yaparken	7	9.3
	Mobbinge maruz kaldığımda	2	2.7
	Girişimsel tedaviler sırasında (Cerrahi bölümlerde ameliyat, Dahili bölümlerde girişimsel işlem, Temel Tıp Bilimlerinde hayvan deneyleri)	4	5.3
	Hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimali	7	9.3
	Tez aşamasında güçlük yaşama ihtimali	7	9.3
	Tayinimin istediğim yere çıkmama ihtimali	4	5.3
	Aldığım eğitimin yetersiz kalması ihtimali	2	2.7
	Mesleki saygınlığın azalmaya devam etmesi ihtimali	2	2.7
	Toplumda yeterli statüye ulaşama ihtimali	1	1.3
	Aldığım maaşın yetersiz kalması ihtimali	5	6.7
	Bölümde asistan sayısının yetersiz hale gelme ihtimali	7	9.3
Toplam		**75**	**100**
Cerrahi	Kıdemli asistanla iletişim kurarken	7	1.3
	Hocalarla iletişim kurarken	31	5.9
	Vizitlerde hasta sunarken	44	8.3
	Poliklinikte hasta bakarken	24	4.5
	Nöbete kaldığımda	47	8.9
	Vaka sunumu yaparken	42	7.9
	Mobbinge maruz kaldığımda	13	2.5
	Girişimsel tedaviler sırasında (Cerrahi bölümlerde ameliyat, Dahili bölümlerde girişimsel işlem, Temel Tıp Bilimlerinde hayvan deneyleri)	36	6.8
	Hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimali	48	9.1
	Tez aşamasında güçlük yaşama ihtimali	40	7.6
	Tayinimin istediğim yere çıkmama ihtimali	37	7.0
	Aldığım eğitimin yetersiz kalması ihtimali	31	5.9
	Mesleki saygınlığın azalmaya devam etmesi ihtimali	44	8.3
	Toplumda yeterli statüye ulaşama ihtimali	28	5.3
	Aldığım maaşın yetersiz kalması ihtimali	44	8.3
	Bölümde asistan sayısının yetersiz hale gelme ihtimali	13	2.5
Toplam		**529***	**100**

*Çoklu yanıt analizi kullanıldığı için N (sayı) örneklem hacmini geçmiştir

Aşağıdaki tablolarda Beck anksiyete ölçeğine göre anksiyete özellikleri gösteren katılımcıların her bir kaygı durumu için baş etme seçenekleri ve kaygıyı yönetme başarıları incelenmiştir.

Kıdemli asistanlarla iletişim kurarken kaygı duyma durumu %14.5 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda eşit olarak sıkıntıları paylaşma ve durumu olduğu gibi kabul etme seçeneğini(%33.3) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%80) buldu (Tablo-9).

Hocalarla iletişim kurarken kaygı duyma durumu %58 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda sıkıntıları paylaşma seçeneğini(%28.8) tercih edildi. Katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%75) buldu (Tablo-9).

Vizitlerde hasta sunarken kaygı duyma durumu % 73.9 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%27.2) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%100) buldu (Tablo-9).

Poliklinikte hasta bakarken kaygı duyma durumu % 34.8 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda durumu olduğu gibi kabul etme seçeneğini (%40.9) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%83.3) buldu (Tablo-9).

Nöbete kaldığımda kaygı duyma durumu % 76.8 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%38.8) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%75.5) buldu (Tablo-9).

Vaka sunumu yaparken kaygı duyma durumu % 71 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%44.1) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%75.5) buldu (Tablo-9).

Mobbinge maruz kaldığımda kaygı duyma durumu % 69.6 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda sıkıntıları paylaşma seçeneğini (%44.1) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%66.7) buldu (Tablo-9).

Girişimsel tedaviler sırasında kaygı duyma durumu % 55.1 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%46.3) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%76.3) buldu (Tablo-9).

Hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 79.7 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda ortamdan uzaklaşma seçeneğini (%28.9) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%63.6) buldu (Tablo-9).

Tez aşamasında güçlük yaşama ihtimaline dair kaygı duyma durumu %65.2 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda eşit olarak sıkıntıları paylaşma ve pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini(%31.7) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%71.1) buldu (Tablo-9).

Tayinimin istediğim yere çıkmama ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 59.4 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%38.1) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%63.4) buldu (Tablo-9).

Aldığım eğitimin yetersiz kalması ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 46.4 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%35.2) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%62.5) buldu (Tablo-9).

Mesleki saygınlığın azalmaya devam etmesi ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 59.4 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda Olayı olduğu

gibi kabul etme seçeneğini (%32.1) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini başarısız (%54.3) buldu (Tablo-9).

Toplumda yeterli statüye ulaşama ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 40.6 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%34.2) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%57.1) buldu (Tablo-9).

Aldığım maaşın yetersiz kalması ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 68.1 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda olayı olduğu gibi kabul etme seçeneğini (%46.2) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini eşit oranda kısmen başarılı ve başarısız (%48.9) buldu (Tablo-9).

Tablo 9. Katılımcıların kaygıları, baş etme durumları ve kaygıyı yönetmedeki başarı durumları

Kaygılar			Kaygı ile Baş Etme Şekli		Başarılı olma durumu	
		N(%)		*N(%)		N(%)
Kıdemli asistanla iletişim kurarken	Var	10(14.5)	Ortamdan uzaklaşma	5(27.8)	Başarılı	1(10)
			Fiziksel aktivite			
			Pozitif düşünmeye çalışma	1(5.6)	Kısmen Başarılı	8(80)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	6(33.3)		
			Ağlama		Başarısız	1(10)
			Olayı olduğu gibi kabul etme	6(33.3)		
			Tedavi alma			
	Yok	59(85.5)				
Hocalarla iletişim kurarken	Var	40(58)	Ortamdan uzaklaşma	18(22.5)	Başarılı	10(25)
			Fiziksel aktivite	2(2.5)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	12(15)	Kısmen Başarılı	30(75)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	23(28.8)		
			Ağlama	9(11.3)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	15(18.8)	Başarısız	
			Tedavi alma	1(1.3)		
	Yok	29(42)				
Vizitelerde hasta sunarken	Var	51(73.9)	Ortamdan uzaklaşma	10(12.3)	Başarılı	
			Fiziksel aktivite	2(2.5)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	22(27.2)	Kısmen Başarılı	51(100)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	13(16.0)		
			Ağlama	1(1.2)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	30(37)	Başarısız	
			Tedavi alma	3(3.7)		
	Yok	18(26.1)				
Poliklinikte hasta bakarken	Var	24(34.8)	Ortamdan uzaklaşma	3(6.8)	Başarılı	2(8.3)
			Fiziksel aktivite			
			Pozitif düşünmeye çalışma	12(27.3)	Kısmen Başarılı	20.(83.3)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	8(18.2)		
			Ağlama	1(2.3)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	18(40.9)	Başarısız	2(8.3)
			Tedavi alma	2(4.5)		
	Yok	45(65.2)				
Nöbete kaldığımda	Var	53(76.8)	Ortamdan uzaklaşma		Başarılı	5(9.4)
			Fiziksel aktivite			
			Pozitif düşünmeye çalışma	31(38.8)	Kısmen Başarılı	40(75.5)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	18(22.5)		
			Ağlama	7(8.8)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	22(27.5)	Başarısız	8(15.1)
			Tedavi alma	1(1.3)		
	Yok	16(23.2)				

Tablo 9. (Devamı)

Kaygılar			Kaygı ile Baş Etme Şekli		Başarılı olma durumu	
		N(%)		*N(%)		N(%)
Vaka sunumu yaparken	Var	49(71)	Ortamdan uzaklaşma		Başarılı	2(4.1)
			Fiziksel aktivite			
			Pozitif düşünmeye çalışma	30(44.1)	Kısmen Başarılı	37(75.5)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	14(20.6)		
			Ağlama	2(2.9)	Başarısız	10(20.4)
			Olayı olduğu gibi kabul etme	20(29.4)		
			Tedavi alma	2(2.9)		
	Yok	20(29)				
Mobbinge maruz kaldığımda	Var	48(69.6)	Ortamdan uzaklaşma	23(21.3)	Başarılı	1(2.1)
			Fiziksel aktivite	3(2.8)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	17(15.7)	Kısmen Başarılı	32(66.7)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	35(32.4)		
			Ağlama	15(13.9)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	15(13.9)	Başarısız	15(31.3)
			Tedavi alma	2(1.9)		
	Yok	21(30.4)				
Girişimsel tedaviler sırasında	Var	38(55.1)	Ortamdan uzaklaşma	5(9.3)	Başarılı	7(18.4)
			Fiziksel aktivite			
			Pozitif düşünmeye çalışma	25(46.3)	Kısmen Başarılı	29(76.3)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	6(11.1)		
			Ağlama			
			Olayı olduğu gibi kabul etme	18(54.3)	Başarısız	2(5.3)
			Tedavi alma			
	Yok	31(44.9)				
Hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimali	Var	55(79.7)	Ortamdan uzaklaşma	28(28.9)	Başarılı	5(9.1)
			Fiziksel aktivite	2(2.1)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	16(6.5)	Kısmen Başarılı	35(63.6)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	31(32)		
			Ağlama	6(6.2)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	12(12.4)	Başarısız	!5(27.3)
			Tedavi alma	2(2.1)		
	Yok	14(20.3)				
Tez aşamasında güçlük yaşama ihtimali	Var	45(65.2)	Ortamdan uzaklaşma	4(4.9)	Başarılı	3(6.7)
			Fiziksel aktivite	3(3.7)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	26(31.7)	Kısmen Başarılı	32(71.1)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	26(31.7)		
			Ağlama	7(8.5)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	16(19.5)	Başarısız	10(22.2)
			Tedavi alma			
	Yok	24(34.8)				

Tablo 9. (Devamı)

Kaygılar			Kaygı ile Baş Etme Şekli		Başarılı olma durumu	
		N(%)		*N(%)		N(%)
Tayinimin istediğim yere çıkmama ihtimali	Var	41(59.4)	Ortamdan uzaklaşma	4(6.3)	Başarılı	4(9.8)
			Fiziksel aktivite	5(7.9)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	24(38.1)	Kısmen Başarılı	26(63.4)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	13(20.6)		
			Ağlama	6(9.5)	Başarısız	11(26.8)
			Olayı olduğu gibi kabul etme	11(		
			Tedavi alma			
	Yok	28.(40.6)				
Aldığım eğitimin yetersiz kalması ihtimali	Var	32(46.4)	Ortamdan uzaklaşma	2(3.7)	Başarılı	2(6.3)
			Fiziksel aktivite	2(3.7)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	19(35.2)	Kısmen Başarılı	20(62.5)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	14(25.9)		
			Ağlama	1(1.9)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	16(26.9)	Başarısız	10(31.3)
			Tedavi alma			
	Yok	37(53.6)				
Mesleki saygınlığın azalmaya devam etmesi ihtimali	Var	46(66.7)	Ortamdan uzaklaşma	6(8.5)	Başarılı	1(2.2)
			Fiziksel aktivite	4(5.6)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	19(26.8)	Kısmen Başarılı	20(43.5)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	17(23.9)		
			Ağlama	2(2.8)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	23(32.4)	Başarısız	25(54.3)
			Tedavi alma			
	Yok	23(33.3)				
Toplumda yeterli statüye ulaşama ihtimali	Var	28(40.6)	Ortamdan uzaklaşma	4(10.5)	Başarılı	
			Fiziksel aktivite	3(7.9)		
			Pozitif düşünmeye çalışma	13(34.2)	Kısmen Başarılı	16(57.1)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	7(18.4)		
			Ağlama	2(5.3)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	9(23.7)	Başarısız	12(42.9)
			Tedavi alma			
	Yok	41(59.4)				
Aldığım maaşın yetersiz kalması ihtimali	Var	47(68.1)	Ortamdan uzaklaşma	4(7.7)	Başarılı	1(2.1)
			Fiziksel aktivite	2(3.8)		
			Pozitif düşünmeye çalışma		Kısmen Başarılı	23(48.9)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	14(26.9)		
			Ağlama	6(11.5)		
			Olayı olduğu gibi kabul etme	24(46.2)	Başarısız	23(48.9)
			Tedavi alma	2(3.8)		
	Yok	22(31.9)				

Tablo 9. (Devamı)

Kaygılar			Kaygı ile Baş Etme Şekli		Başarılı olma durumu	
		N(%)		*N(%)		N(%)
Bölümde asistan sayısının yetersiz hale gelme ihtimali	Var	20(29)	Ortamdan uzaklaşma		Başarılı	1(5)
			Fiziksel aktivite			
			Pozitif düşünmeye çalışma	7(25.9)	Kısmen Başarılı	12(60)
			Sıkıntıları biriyle paylaşma	13(48.1)		
			Ağlama		Başarısız	7(35)
			Olayı olduğu gibi kabul etme	7(25.9)		
			Tedavi alma			
	Yok	49(71)				

*Çoklu yanıt analizi kullanıldığı için N (sayı) örneklem hacmini geçmiştir

5. TARTIŞMA

Anksiyete ruhsal bozukluklar arasında en fazla prevalans hızına sahip bozukluklarıdır. Bireylerin günlük yaşamlarını etkileyen yoğun bir endişe, korku ve tedirginlik hali olarak tanımlanır. Birçok kişi hayatlarının belirli dönemlerinde geçici anksiyete yaşayabilir, ancak kronik hale gelmesi durumunda profesyonel tıbbi yardım gerekebilir. Doktorlarda görülen anksiyete, hem doktorların sağlık hizmeti sunma yeteneklerini hem de hastaların tedavi süreçlerini etkileyebilir (17).

Bu çalışmada Erzurum Atatürk Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda kaygı düzeyleri, nedenleri ve baş etme yöntemleri araştırılmıştır.

Çalışmamızda anksiyete puan ortalaması 5.3±8.7 olarak bulunmuştur. Taşdelen ve ark. tarafından Türkiye genelinde yapılan çalışmada anksiyete puan ortalaması 3.9±3.9 olarak bildirilmiştir (70). Ersoy ve ark. tarafından Isparta'da yapılan çalışmada anksiyete puan ortalaması 9.0±6.3 (71). Cebeci ve ark. tarafından Bilecik'te yapılan çalışmada 14.1±3.7 olarak belirtilmiştir (72). İtalya'da yapılan iki farklı çalışmada anksiyete puan ortalaması 3.4±3.2 (73). Katar'da yapılan çalışmada 3.6±3.3 olarak bildirilmiştir (74). Singapur ve Hindistan'da yürütülen bir çalışmada anksiyete puan ortalamaları 3.2±4.3 olarak bildirilmiştir. (75). Literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında genellikle yurt dışında yapılan çalışmalarda çalışmamızdan daha düşük anksiyete ortalamaları belirlenmiştir.

Çalışmamızda araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda anksiyete sıklığı % 22.1 olarak bulunmuştur. Demiral ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada araştırma görevlisi hekimlerde anksiyete sıklığının %19.0 olduğunu tespit etmişlerdir (76). Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğinin(HAD) kullanıldığı başka bir çalışmada hekimlerde depresyon ve anksiyete sıklığının sırasıyla%19 ve %22 olarak saptamıştır (77). Benzer olarak Caplan hekimlerde anksiyete görülme sıklığının %29, depresyon sıklığının ise %27 olarak tespit etmiştir (78). Khuwaja ve ark.ları anksiyete ve depresyonun hekimlerde genel topluma göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (79). Bir başka çalışmada, çalışan nüfusta anksiyete sıklığı erkeklerde %8,2,

kadınlarda %10; depresyon sıklığı erkeklerde %7,1 ve kadınlarda %6,2 olarak bildirilmiştir (80). Bu bulgular sağlık çalışanlarının ve özellikle hekimlerin anksiyete açısından oldukça riskli olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlar da bu bulguları destekler niteliktedir.

Toplumda psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete bozuklukları çok sık görülmektedir. National Comorbidity Survey (Ulusal Eştanı Araştırması) verilerine göre; anksiyetenin yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5 iken, erkek cinsiyette %19,2 olarak bildirilmiştir. Epidemiologic Catchment Area Study verilerine göre anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6‟dır (81).

Anksiyete ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada kadınların anksiyete skorunun erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (82). Cox ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anksiyete düzeyi ile cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir fakat kadın cinsiyette panik atak gelişme olasılığının erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (83). Lewinsohn ve ark.'ın ergenlerde anksiyete bozuklukları ile ilgili yaptığı çalışmada kadın katılımcılarda erkeklere oranla belirgin düzeyde yüksek anksiyete belirtileri olduğu bildirilmiştir (84). Hewitt ve Norton‟un yaptığı çalışmada ise kadınların Beck anksiyete skorlarının erkeklerden daha yüksek olarak saptadıklarını bildirmişlerdir (85).

Bizim çalışmamızda kadınlarda anksiyete skoru 30,6 erkelerde ise 14,6 olarak saptanmıştır. Diğer çalışmaların çoğunda olduğu gibi bizim çalışmamızda da kadınların anksiyete skorunun erkeklerden daha yüksek olduğu saptandı. Cinsiyetler arasındaki anksiyete skorlarının farklı çıkmasında psikososyal unsurların önemli rol oynadığı düşünülebilir. Örneğin toplumun kadından beklentileri, günlük sorunlarla baş etme yöntemlerinin cinsiyetlere göre değişmesi, ataerkil toplum yapısı, kadınların strese yoğun duygusal yanıt vermeleri gibi etmenlerin kadınların beck anksiyete skorunun yüksek çıkmasına sebep olduğu düşünülmelidir.

Medeni durumun kişilerdeki anksiyete düzeyini ve tedaviye yanıtı etkilediği ile ilgili farklı sonuçlar veren çalışmalar mevcuttur. Özcan ve ark' nın yaptığı çalışmada evlilerin anksiyete düzeylerinin bekârlara oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir(86). Bir başka çalışmada ise anksiyete ve depresyon düzeyleri ile medeni durum arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (87). Hunt"un yaptığı çalışmada ise bekârların anksiyete düzeyinin evlilerden yüksek olduğu bildirilmiştir (88). Evlilerin anksiyete düzeylerinin bekârlardan yüksek bulunduğu çalışmalarda gerekçe olarak evlilerin aile yaşantısı, ev geçindirme kaygısı, ailesine olan sorumluluk duygusu, yoğun iş temposundan dolayı ailesine gerekli zamanı ayıramamak gibi nedenler sıralanırken bekârların anksiyete düzeylerinin evlilerden yüksek bulunduğu çalışmalarda ise bireyin ihtiyacı olan sosyal desteğin aileden alınamaması, düzensiz yaşam tarzı ve sorunlarını paylaşacağı kişilere ulaşımın her zaman mümkün olmaması gibi nedenler ile açıklanmaya çalışılmıştır. Soskolne ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyon düzeylerinin medeni durumla ilişki olmadığı belirtilmiştir (89).

Bizim çalışmamızda ise katılımcıların cinsiyet ve medeni durum özellikleri ile anksiyete varlığı incelendiğinde kadınlarda ve evlilerde anksiyete oranının yüksek olduğu (%30.6,%22.8) ve cinsiyetler arası ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) medeni durumlar arasında ise anksiyete açısından ilişkinin anlamsız olduğu görüldü ($p>0.05$).

Yapılan çalışmalarda, hekimlerin, bir yandan iş yaşamında oldukça fazla zaman ve enerji gerektiren zorlu görevleri üstlenirken aynı zamanda ailelerinin sorumluluğunu da almak durumunda olduğu, özellikle uzmanlık eğitimi döneminde hekimlerin yaşadığı yoğun iş yükü ve stresin anksiyete ve depresyona yol açtığı gösterilmiştir. İsveç'te yapılan bir çalışmada hekimlerin uzun çalışma sürelerinin olması, cerrahi bilimler gibi nöbetli ve vardiyalı çalışmalarının günlük hayatlarında negatif yönde daha fazla duygusal tepki vermesine neden olduğu bildirilmiştir (90). Demiral ve ark'larının yaptıkları çalışmada cerrahi bilimlerde çalışanlarda temel bilimler ve dâhili bilimlere göre yaklaşık iki kat fazla anksiyete saptanmıştır (76). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların çalıştığı birime ait özellikleri anksiyete yönüyle incelendiğinde; cerrahi branşlarda, çalıştığı birimi isteyerek seçmediğinde ve çalıştığı

birimden memnun olmayanlarda anksiyete oranlarının yüksek olduğu görüldü. Çalıştığı birim ve çalıştığı birimden memnuniyet durumları arasında anksiyete varlığı açısından anlamlı fark olduğu tespit edildi.

Yaptığımız çalışmada katılımcıların %10 'u çalıştığı birimi isteyerek seçmediğini belirtmiştir ve anksiyete yönüyle incelendiğinde %25.8 gibi yüksek bir orana sahip olduğu görülmüştür. Kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri inceleyen Canbaz ve ark. yaptıkları çalışmada eğitim aldığı bölüme isteyerek gelenlerin kaygı puanlarının daha düşük olduğunu ifade etmiştir (6). Katılımcıların %21.9'u çalıştığı birimden memnun değildi. Anksiyete puanına baktığımızda %35.7 gibi oldukça yüksek değere ulaştık ve anlamlı fark olduğunu tespit ettik ($p<0.00$). Başpınar ve ark.'nın yaptıkları benzer bir çalışmada seçtiği branştan memnun olmayanlarda depresyon %81.8 sıklıkla görüldüğü seçtiği branştan memnun olanlara göre 7.8 kat fazla depresyon varlığı tespit edilmiş (91).

Anksiyete ile klinik özelliklerin ilişkisi incelendiğinde ilk karşımıza kronik hastalık varlığı çıkmaktadır. Literatür incelemesinde Salari ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde, kronik hastalık varlığının anksiyete ve depresyon prevalansını arttırdığı gösterilmiştir (92). Bunun nedeninin kronik hastalığı olanların sağlık durumlarının daha etkilenebilir olduğunu ve bu nedenden dolayı yeni hastalığa daha açık olduklarını düşünmeleri olduğu belirtilmiştir (92). Ülkemizde yapılmış başka bir çalışma da literatürle uyumlu şekilde kronik hastalık ile psikiyatrik yakınmaların ve özellikle anksiyetenin ilişkili olduğunu göstermiştir (93). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %5.8'inde kronik bir hastalık olduğu ve kronik hastalık varlığı açısından incelendiğinde; kronik hastalığı olanlarda anksiyete oranının yüksek olduğu (%38.9) tespit edilmiştir.

Anksiyeteyi etkileyen sosyodemografik bilgiler incelendiğinde ilk olarak yaş faktörü ele alınmıştır. Yaptığımız çalışmada katılımcıların yaş ortalaması ile anksiyete durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda da benzer olarak yaş ile anksiyete arasındaki ilişki bildirilmemiştir (94, 95). Cebeci ve ark. tarafından Bilecik'te yapılan çalışmada da yaş grupları arasında anksiyete puanları açısından fark yoktur (95). İtalya'da ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmalarda da

çalışmamıza uyumlu olarak yaş ile anksiyete arasında ilişki bildirilmemiştir (97,98). Işık ve ark. tarafından Türkiye'de yapılan bir çalışmada 20-30 yaş arasında olanlarda anksiyete düzeyi yüksek bildirilmiştir (97). Yılmaz ve ark. tarafından Eskişehir'de yapılan çalışmada daha genç yaşta olmanın anksiyete riskini artırdığı saptanmıştır (97). Dosil ve ark. tarafından İspanya'da yapılan çalışmada anksiyete düzeyi 36-55 yaş aralığındaki kişilerde daha yüksek bulunmuştur (98). Literatürde yaş ile ilgili bir fikir birliği bulunmamaktadır. Literatürde gençlerde anksiyete düzeyinin yüksek olduğu çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızla uyumlu olarak yaş ile ilişki bildirilmeyen çalışmalar da yer almaktadır. Literatür ve bizim çalışmamız değerlendirildiğinde yaş ve anksiyete arasındaki ilişkinin net olmadığı düşünülmektedir.

Anksiyete varlığı saptanan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde;

Anksiyete ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda farklı sonuçlar görülmektedir ancak çoğu çalışmada anksiyete yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görüldüğü belirtilmektedir. Çalışmamızda da literatürdeki çalışmalara benzer bir şekilde kadınların ortalama anksiyete skoru erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık; farklı anatomik yapıların, seks hormonları gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra, kadınların aynı zamanda hem anne, hem eş, hem de iş kadını rollerini üstlenmek zorunda kalmaları nedeniyle daha fazla strese maruz kalmaları gibi psikososyal faktörlerle açıklanabilir. Koçak ve ark.'nın 2016 yılında yaptıkları çalışmada düşük, orta ve ortalama anksiyete skoru kadınlarda fazla bulunmuşken, farklı olarak yüksek anksiyete skor ortalaması erkek doktorlarda daha yüksek bulunmuştur (99). Bizim çalışmamızda ise kadınlarda hafif dereceli anksiyetenin (%45.8) erkeklerde orta dereceli anksiyetenin (%25.0) yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum ciddi suisid eylemlerinde olduğu gibi erkeklerin olaylar karşısında daha direnç gösterip patlamalar tarzında reaksiyon vermesi ile açıklanabilir. Fakat bu sonuçların istatiksel anlamlılık olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Medeni durum ile ilgili literatürde yapılan çalışmalarda çoğunlukla anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çelmeçe ve arkadaşlarının ülkemizde yaptıkları bir çalışmada

sürekli kaygı puanının evli bireylerde bekar bireylere göre daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (100). Çalışmamızda ise evlilerde orta ve şiddetli anksiyetenin daha yüksek olduğu(%33.3,%%23.8) fakat istatiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan asistan doktorlarda da cerrahi branşlarda orta (%55.6) dahili branşlarda şiddetli derece anksiyete varlığının yüksek olduğu (%23.3) yönünde sonuca ulaşılmıştır. Sürekli yoğun iş temposu olan ve sorumluluk yüklenmiş servis, ameliyathane, poliklinik ve yoğun bakımda çalışmak zorunda kalan cerrahi bilim asistanları zamanla bu güç yaşama alışıp kendince bir direnç geliştirip sürekli ama orta seviyede bir kaygıyla baş etmeye çalışırken, dahili bilim asistanları gerek hasta veya yakını ile gerek meslektaşları ve hocaları ile yaşanan küçük sorunlar neticesinde ani şiddetli patlamalar halinde gelen kısa süreli kaygı atakları ile karşımıza çıkabilmektedirler.

Uzmanlık eğitimi alan hekimlerin zorunluluklardan çok yetenek ve ilgi alanlarına uygun uzmanlık dallarını seçmelerinin, yaptıkları iş üzerinde kontrolleri olduğunu düşünmelerini ve işlerini benimsemelerini kolaylaştırdığı ve böylelikle iş memnuniyetinin arttığı ve kaygının azaldığı söylenebilir(101). İş memnuniyeti, iş doyumu ve anksiyete arasındaki ilişki bir kısır döngü oluşturabilir. Örneğin yüksek anksiyete skorları olan kişilerin mevcut anksiyeteleri nedeni ile yaptıkları iş bir anksiyete kaynağı olduğu için iş memnuniyeti ve iş doyumu azalmakta olabileceği gibi düşük is doyumu ve düşük is memnuniyeti kişilerin anksiyete skorlarını artırıcı bir etki yapabilmektedir. Canbaz ve ark. tıp fakültesine isteyerek gelenleri kaygı puanlarının daha düşük olduğunu ifade eder (102). Bizim yaptığımız çalışmada çalıştığı birimi isteyerek seçmeyenlerde şiddetli anksiyete varlığının yüksek olduğunu (%25.0) saptadık.

Bazı çalışmalar is memnuniyeti ile ilgili olarak kişisel etmenlerin önemli olabileceğini bildirmesine rağmen (103), bazı çalışmalar ise iş memnuniyeti üzerinde stres etmenlerinin, kişisel etmenlerden daha etkili olduğunu bildirmiştir (106,107). Yaşan ve ark.'nın yaptıkları çalışmada iş memnuniyeti bulunmayan araştırma görevlilerinde daha yüksek anksiyete puanı olduğu tespit edilmiştir (101). Bizim

çalışmamızda ise çalıştığı birimden memnun olmayanlarda şiddetli anksiyete varlığının yüksek olduğunu (%26.7) tespit ettik.

İş memnuniyeti olmayan veya çalıştığı bölümü isteyerek seçmeyen çalışanlarda anksiyete şiddetinin yüksek olmasının bazı olumsuz iş veriminin düşmesinde ve iş doyumunun azalmasında etkileri olacaktır. Bu durum, insan sağlığı konusunda önemli kararlar veren hekimlerin is verimini azaltarak çalıştığı kurumun ve hizmet sunduğu kişilerin olumsuz etkilenmesine yol açabilir. Bu nedenle is memnuniyetini etkileyen çalışma koşullarının yeniden düzenlenerek hekimlerin iş memnuniyetinin artırılmasına yönelik bireysel ve kurumsal yöntemlerin geliştirilmesi için çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Her ne kadar yaptığımız çalışmada, çalıştığı birimi isteyerek seçmeyenlerde ve çalıştığı birimden memnun olmayanlarda şiddetli anksiyete varlığının yüksek olduğu (%25.0) (%26.7) sonucuna varılsa da tümü için istatiksel anlamlılık olmadığı saptanmıştır (P>0.05).

Katılımcıların yaş ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde yaş ortalamasıyla Beck anksiyete puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Birçok çalışmada, bizde olduğu gibi yaş ile anksiyete düzeyleri arasında ters orantı olduğu ortaya konulmuştur (108,109). Bu çalışmalardan biri Kıbrıs'ta Solomou ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir toplum bazlı tanımlayıcı çalışmadır (106). Bu çalışma daha çok üniversite öğrencilerinde anksiyetenin yüksek saptandığını, bunun gelecek ile ilgili belirsizlik ve buna bağlı kaygılı hissetmekten kaynaklandığını belirtilmektedir (106). Ayrıca bu ters orantının diğer bir nedeni olarak da yaş ilerledikçe strese maruziyetin arttığı ve buna bağlı da direnç geliştiği öne sürülmüştür (106). Literatür ve bizim çalışmamız değerlendirildiğinde yaş ve anksiyete arasındaki ilişkinin net olmadığı fakat yaş ile anksiyete puan ortalaması arsında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Beck anksiyete ölçeğine göre kaygı özellikleri gösteren katılımcıların kaygılarının dağılımları değerlendirildiğinde; en yüksek puanı hasta ve yakınlarından sözlü ve fiziksel şiddete maruziyet (%9.1) almıştır.

Dünyada sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının çalışma dönemleri boyunca en az bir defa şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (107). ABD'de bir sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada fiziksel ve fiziksel olmayan şiddete maruz kalanlar sırasıyla %57 ve %40'dır (108). Çin'de 28 hastanede yapılan bir çalışmada fiziksel şiddet %25,77 fiziksel olmayan şiddet %63,65 olarak bildirilmiştir (109). Takak ve ark. yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranı %12,3 olarak saptanmıştır (110). Şiddete maruz kalan sağlık personeline baktığımızda Türkiye'de yapılmış çalışmalarda en sık doktorlar; ikinci sıklıkta da hemşireler olduğu görülmektedir (111). Türkiye'de yapılan diğer bazı çalışmalarda da özellikle sağlık çalışanlarının az bir kısmının şiddet olaylarını yasal mercilere taşıdıkları görülmektedir (111). Sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddet olayları sonucunda yetkili mercilere bu kadar düşük oranlarda başvuru yapmalarının sebepleri; sonuç alamayacaklarını düşünmeleri, davaların çok uzun sürmesi ve sonuçlansa dahi gerekli cezaların verilmemesidir. Caydırıcı olmayan bu cezalar neticesinde araştırma görevlilerinde en yüksek ortalamaya sahip kaygı puanına neden olmaktadır.

Sun ve ark. sağlık çalışanlarında kaygı bozukluklarının ortaya çıkışında uyku sorunlarının önemli rol oynadığını sonucuna ulaşmıştır (112). Çin'de 2019 Haziran'ında 3810 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada da benzer şekilde katılımcıların yaklaşık yarısının uyku sorunları yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (113). Vardiya usulü çalışma, uyku zamanında değişikliklere sebep olduğu için kişinin yeterince dinlenmemesine neden olup, gün içinde dikkatsizliklere, yaralanmalara, performans düşüklüğüne neden olmaktadır. Ayrıca sosyal yaşamı ve aile düzenini etkileyebilmektedir (114). Gürbüz ve ark. yaptığı araştırmada; daha fazla nöbet tutan asistanlarda anksiyete oranı yüksek iken daha az nöbet tutanlarda anksiyete düzeyi daha düşüktü (115). Bu çalışmalarda olduğu gibi bizim araştırmamızda da katılımcılar ikinci en sık kaygı nedeni olarak nöbete kaldığında (%8.8) yaşadığı kaygıyı belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamında katılımcıların kaygı dağılımlarında bir diğer sebep ise vizitlerde hasta sunarken (%8.6) yaşanılan kaygı olmuştur. Yapılan çalışmalarda öğrenciler, tıp eğitimi boyunca psikiyatrik hastalığı olanlarla konuşma, vaka sunma,

ölüm ve acı çeken hastayla baş etme, kıdemli personelle ilişki kurma, servis vizitlerinde hasta sunma, yanlış tanı koyma

gibi durumları anksiyete yaratıcı olarak gördüklerini bildirmişlerdir (120,121). Özellikle yatan hasta kapasitesi yoğun olan servislerde asistan ve intörn doktorlarla yapılan vizitlerde gerekli tetkiklerin yanlış istenmesi veya bir tanının eksik not edilmesi gibi hataların servis sorumlu hocası tarafından olumsuz bir şekilde eleştirilebileceği için hastasını sunan doktorun özgüven kaybına bir daha ki vizitte kaygı yaşamasına ayrıca günlük işlerin her seferinde birkaç kez tekrar kontrol etmek zorunda kalıp gün içinde bitirilmesi gereken işlerin yetişmemesine neden olabilmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları bir diğer kaygı nedeni ise aldığım maaşın yetersiz kalma ihtimali ile ilgili kaygılarıdır. Bu da yukarıda bahsettiğimiz kaygı nedenleri gibi daha çok tercih edildiği görülmüştür. Kötü iş koşulları, aşırı iş yükü, meslektaş ve hoca desteği alamamaya bağlı profesyonel ve sosyal izolasyon, düşük gelir gibi iş stresörlerinin strese bağlı psikiyatrik sorunlara (depresyon, anksiyete, tükenmişlik vb.) yol açtığı gösterilmiştir (117). Özellikle ülkemizde alım gücünün düşmesi ve yanlış uygulanan sağlık ekonomi politikaları yüzünden doktorlarda da aldıkları maaşın yetersiz kalması artık bir kaygı nedeni olmuştur.

Çalışmamızda dahili ve cerrahi birimlerde çalışan katılımcıların kaygı dağılımlarına bakıldığında dahili branşlarda daha çok vizitlerde hasta sunmanın yarattığı kaygı (%10.7) en yüksek oranda olup, cerrahi branşlarda ise hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimaline dair kaygı seçeneği olmuştur (%9). Sağlıkta şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğunu yapılan çalışmalarla ve kişilerin işyerinde tanık olduğu şiddet olaylarındaki yüksek oranla daha iyi anlaşılabilmektedir. Hekimlere, son bir yılda işyerinde tanık oldukları şiddet olayları sorulduğunda, hekimlerin %68 gibi çok yüksek bir bölümü işyerinde şiddete tanık olduğunu belirtmektedir. Hekimlerin büyük bir bölümü işyerinde hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını dile getirmektedir (118). Araştırmamızda da katılımcıların en sık yaşadıkları kaygı hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimali olmuştur. Fakat dahili bilimlerde

tercih sırası değişmiş ve ilk sırayı vizitlerde hasta sunmanın yarattığı kaygı almıştır. Dahili bilimlerden özellikle iç hastalıkları ve çocuk sağlığı ve hastalıkları gibi bölümlerde görev yapan araştırma görevlileri sayısının istifalar ve tercih edilmeme sonucunda azalmış olması, mevcut asistan hekimlerle aynı işlerin yürütülmeye çalışılmasıyla iş yükünün artması dahili bilimlerdeki katılımcılarda vizitlerde hasta sunmanın yarattığı kaygıyı arttırmaktadır.

Aşağıdaki tablolarda Beck anksiyete ölçeğine göre anksiyete özellikleri gösteren katılımcıların her bir kaygı durumu için baş etme seçenekleri ve kaygıyı yönetme başarıları incelenmiştir.

Asistan doktorlarda düşük memnuniyetin nedeni, tıp fakültelerinde asistan doktorların çalışma saati, nöbet düzeni ve görev dağılımı konularında eğitimin bir parçası olarak kabul edilen ast-üst ilişkisi ve kıdeme bağlı olarak yapılan düzenlemelerde, alt kıdemlilerin çalışma saatlerindeki yoğunluk olduğu ayrıca, asistanların, nöbet ertesi istirahat haklarını kullanamamalarının da memnuniyeti azalttığı düşünülmüştür. Fakat bizim çalışmamızda kıdemli asistanlarla iletişim kurarken kaygı duyma durumu %14.5 idi. Bunun da çalışmaya katılan araştırma görevlerinin %71 'i dahili bilimlerde çalıştığı için cerrahi bilimlerde yaşanılan gibi alt-üst ilişkisinin olmadığı ve kaygıya düşük oranda neden olduğu düşünülebilir. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda eşit olarak sıkıntıları paylaşma ve durumu olduğu gibi kabul etme seçeneğini (%33.3) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%80) buldu.

Kötü iş koşulları, aşırı iş yükü, meslektaş ve hoca desteği alamamaya bağlı profesyonel ve sosyal izolasyon, düşük gelir gibi iş stresörlerinin strese bağlı psikiyatrik sorunlara (depresyon, anksiyete, tükenmişlik vb.) yol açtığı gösterilmiştir (119). Gürbüz'ün yaptığı çalışmada iş koşullarını iyi olarak değerlendiren, çalışma ortamında meslektaş ve hocalarından yeterli desteği gördüğünü ifade eden olgularda depresyon ve anksiyete puanları daha düşük tespit edilmiştir (120). Bizim çalışmamızda da yüksek olmamakla beraber hocalarla iletişim kurarken kaygı duyma durumu %58 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda sıkıntıları

paylaşma seçeneğini (%28.8) tercih edildi. Katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%75) buldu.

Cerrahi ve dahili bilimlerde çalışan katılımcıların yaşadıkları başka bir kaygı ise vizitlerde hasta sunarken kaygı duyma durumu %73,9 idi. Üstlenmiş oldukları görevleri yerine getirirken; uzun çalışma saatleri, nöbetler, uykusuzluk, insan hayatı ile uğraşmanın getirdiği ağır sorumluluk, iş koşulları ve hocalarla yaşanan iletişim sorunları gibi faktörler nedeniyle vizitlerde hasta sunmak kaygı sebebi olabilmektedir. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%27.2) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%100) buldu.

Çalışmamızda katılımcılarda poliklinikte hasta bakarken kaygı duyma durumu % 34.8'idi. Araştırma görevli doktorlar temel bilimleri hariç tutarsak hayatlarının bir döneminde yüksek ihtimalle poliklinik hizmeti vereceklerdir. Bu eğitimi almaları için belirli aralıklarla hastanenin kendi polikliniğinde görev yaparlar. Yatan hasta ve yoğun bakım servislerine nazaran çalışması, takibi ve idare edilmesi daha rahat olduğu ve ayrıca uzman olduktan sonra yoğunluklu olarak poliklinik hizmeti verebilecekleri için eğitimine katkısı diğer çalışma yerlerine göre fazla olacağından katılımcılarda düşük kaygıya neden olduğu düşünülebilir. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda durumu olduğu gibi kabul etme seçeneğini (%40.9) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%83.3) buldu.

Ardekani ve arkadaşları 1195 sağlık çalışanı ile yaptıkları bir çalışmada, vardiyalı sistemde gece çalışan bireylerde anksiyete ve somatizasyonun, depresyonun da içinde bulunduğu diğer psikiyatrik bozukluklardan daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir (121). İsveç'te yapılan bir çalışmada hekimlerin uzun çalışma sürelerinin olması, nöbetli ve vardiyalı çalışmalarının günlük hayatlarında negatif yönde daha fazla duygusal tepki vermesine neden olduğu bildirilmiştir (122). Bizim çalışmamızda da nöbet tutulduğunda katılımcılarda kaygıya sebebiyet verdiği görülmektedir. Nöbete kaldığımda kaygı duyma durumu % 76.8 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%38.8) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%75.5) buldu.

Vaka sunumu da vizitlerde hasta sunumu yaparken yaşanan kaygı kadar katılımcılarda kaygıya sebebiyet verdiği görülmektedir. Baş etme yolu olarak katılımcılar pozitif düşünmeye çalışma olarak tercih etmişlerdir. Vaka sunumu yaparken kaygı duyma durumu % 71 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%44.1) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%75.5) buldu.

Mobbing diğer bir ismiyle "Psikolojik şiddet" çalışma yaşamında çalışanların ve işyerlerinin sağlık, refah ve gelişimlerinin önünde büyük bir engel olarak durmaktadır (123). Aslında bir bakıma sosyal ilişkilere, kişinin yaşam kalitesi ve mesleki durumuna bilhassa kişinin sağlığına doğrudan saldırı niteliği taşır. Araştırmalar mobbing ile stres belirtileri, çeşitli sağlık sorunları, düşük iş memnuniyeti ve düşük güven duygusu arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Alana ilişkin yapılan çalışmaların çoğunda, mobbing ve çeşitli sağlık sorunları arasındaki ilişki araştırılırken, mobbingin sağlık sorunlarının nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu sorusu gündeme gelmiştir (124). Bizim çalışmamıza katılanlarda mobinge maruz kalmanın yüksek oranda kaygıya neden olacağı görülmüştür. Mobbinge maruz kaldığımda kaygı duyma durumu % 69.6 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda sıkıntıları paylaşma seçeneğini (%44.1) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%66.7) buldu.

Yeniçeri ve ark.'nın yaptığı benzer bir çalışmada mesleki kaygı anketinde tıbbi uygulamalarla ilgili kaygı ve kendine güvensizlik oldukça yüksek düzeydedir. Sürekli kaygı durumu ile hastalara kasıtsız olarak zarar verme, hastalara yanlış tanı koyma, acil hastayla baş etme, klinik beceriler konusunda yetersiz kalma gibi parametreler arasında orta düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu gösterilmektedir (125). Özellikle son dönemde artan malpraktis davaları doktorların tüm girişimsel işlemlerde yaşanabilecek komplikasyonlara karşı kaygı duyma durumuna neden olduğu söylenebilir. Araştırmamızda da girişimsel tedaviler sırasında kaygı duyma durumu % 55.1'idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%46.3) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%76.3) buldu.

Hem cerrahi hem de dahili bilimlerde en çok kaygıya neden olan durum yine hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 79.7 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda ortamdan uzaklaşma seçeneğini (%28.9) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%63.6) buldu.

Tıpta uzmanlık tüzüğü gereğince "asistanların uzmanlık sınavına girebilmeleri için, uzmanlık eğitimi gördükleri dala ait bir konu üzerinde tez hazırlamaları zorunludur". Bu tanım ile birlikte bir asistanın tez hazırlaması tıpta uzmanlık eğitiminin temel koşullarından birini oluşturur. Tez hazırlama süreci, kişiye bilimsel üretim yapabilme yetisine katkısı yanında, uzmanlık eğitimi almakta olan araştırma görevlilerinin, araştırma yürütme ve yorumlama açısından yetilerini geliştirebilmeleri için önemli bir fırsat oluşturur (126). Fakat tez konusu belirleme, literatür taranması ve tez yazımı gibi sorunlar araştırma görevlilerinde kaygı oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda tez aşamasında güçlük yaşama ihtimaline dair kaygı duyma durumu %65.2 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda eşit olarak sıkıntıları paylaşma ve pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%31.7) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%71.1) buldu.

Son dönemde artan uzman hekim ihtiyacı mecburi hizmet atamalarında nerdeyse tüm ilçelere uzman hekim kadrosu açmaya zorlamaktadır. Bölgedeki hekim ihtiyacı az bir kadroyla çözümlenmek istendiği için artan poliklinik hasta sayıları, artan nöbet saatleri, izin kullanımında zorluk ve eşit olmayan iş yükü gibi sebeplerden dolayı katılımcılar tayinlerinin istediği yere çıkmaması konusunda kaygı yaşamaktadırlar. Çalışmamızda tayinimin istediğim yere çıkmama ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 59.4 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%38.1) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı(%63.4) buldu.

Yalçınoğlu ve ark. yaptığı çalışmada tıp fakültesinde aldıkları teorik ve pratik eğitimi sonrasında kendini hekimlik yapmak için yeterli gören öğrencilerin oranı %14,8 olarak bulunmuştur(127). Yarış ve ark. yaptığı bir çalışmada ise tıp öğrencilerinin aile hekimi olarak çalışma ve teorik açıdan yetersiz olduğuna dair

yüksek düzeyde kaygıları olduğu bulunmuştur (128). Öğretim üyesi doktorlarda tıp fakültelerinde öğrenci sayısına bağlı artan ders yükü, akademik sınavlar, ekonomik ve idari sorunlar, bilimsel çalışma yapma gereği, asistan doktorlarda ise az sayıda personelle tutulan fazla sayıda nöbetler, artan nüfusla beraber yoğun poliklinik hizmeti gibi nedenlerden dolayı verilmesi gereken eğitim tam anlamıyla verilemiyor olabilir. Bu da katılımcılarda kaygıya neden olabilmektedir. Çalışmamızda aldığım eğitimin yetersiz kalması ihtimaline dair kaygı duyma durumu %46.4 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%35.2) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%62.5) buldu.

Özellikle medya aracılığı ile hekimin hedef tahtası haline getirilmesi, hastanelerden hizmet alan hastaların hekime karşı bakışını değiştirmiş, hekime karşı olumsuz ve önyargılı tutumları egemen kılmış, bu durumun hasta tutum ve davranışlarına yansıması sonucu hem hekim ile hasta arasında kurulması gereken iyi ilişkiler tehdit altında kalmış hem de hekimlerin iş doyumu bundan ciddi bir şekilde etkilenmiştir. Bunun gibi değersizleştirme çabaları neticesinde mesleki saygınlığın azaltılmaya çalışılması katılımcılarda kaygıya neden olmuştur. Çalışmamızda mesleki saygınlığın azalmaya devam etmesi ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 59.4 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda Olayı olduğu gibi kabul etme seçeneğini (%32.1) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini başarısız (%54.3) buldu.

Bolanowski iş bulma ve bunu koruma zorluğu; düşük ücretler; işin özel ve aile yaşantısını olumsuz etkilemesi; aşırı düzeyde örgütsel stres; stres ile mücadelede bireysel kaynakların yetersizliği; mesleki gelişim için kurumsal ve finansal sınırlılıklar; doktorların statülerinin ve profesyonel rollerinin dünya çapında evrimi olarak ifade ettiği yedi faktörün, tıp öğrencileri ve genç doktorlarda gelecek kaygısına yol açabileceğini ifade etmiştir (129). Bu çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da toplumda yeterli statüye ulaşamam kaygı nedeni olmuştur. Toplumda yeterli statüye ulaşama ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 40.6 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda pozitif düşünmeye çalışma seçeneğini (%34.2) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini kısmen başarılı (%57.1) buldu.

İş doyumunun temel faktörlerinin birisi de ücrettir. Çalışanın işe karşı tutumunu; aldığı ücretin yeterliliği, diğer kişilere göre dengeli olması ve ihtiyaçlarını karşılama derecesi belirlemektedir (130). Erciyes ve İnönü Üniversitesi hastanesinde çalışan asistan hekimlerin

de benzer şekilde, bildirdikleri sorunların ilk sırasında elde edilen gelir azlığı yer almaktaydı(131). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde ettik. Aldığım maaşın yetersiz kalması ihtimaline dair kaygı duyma durumu % 68.1 idi. Bu kaygı ile baş etme yolu olarak en yüksek oranda olayı olduğu gibi kabul etme seçeneğini (%46.2) tercih edildi ve katılımcılar bu kaygıyı yönetmede kendilerini eşit oranda kısmen başarılı ve başarısız (%48.9) buldu.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Çalışmamızın tek merkezde yapılmış olması, anket cevaplama süresinin zaman alması, araştırma görevlilerinden özellikle cerrahi bilimlerde aktif çalışırken asistanlara zor ulaşabilmek, araştırmanın veri toplama aşamasında araştırma görevlilerinin çalışmaya çok fazla ilgi göstermemesi karşılaşılan sorunlardandır. Yoğun bakım ve acil serviste çalışan asistanlarının iş yükünün ağır olması sebebiyle ankete yeterince zaman ayıramaması ya da yoğunluktan dolayı ankete katılmak istememeleri çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

6. SONUÇ

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin kaygı düzeyleri, nedenleri ve baş etme yöntemlerini tespit etmek için yaptığımız çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir;

1. Katılımcıların cinsiyet ve medeni durum özellikleri ile anksiyete varlığı incelendiğinde kadınlarda ve evlilerde anksiyete oranının yüksek olduğu ve cinsiyetler arası ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı, medeni durumlar arasında ise anksiyete açısından ilişkinin anlamsız olduğu görüldü.
2. Katılımcıların çalıştığı birime ait özellikleri anksiyete yönüyle incelendiğinde; cerrahi branşlarda çalıştığı birimi isteyerek seçmediğinde ve çalıştığı birimden memnun olmayanlarda anksiyete oranlarının yüksek olduğu görüldü. Çalıştığı birim ve çalıştığı birimden memnuniyet durumları arasında anksiyete varlığı açısından anlamlı fark olduğu tespit edildi.
3. Katılımcıların kronik hastalık ve önceden anksiyete ile ilişkili tanı alma durumu ile anksiyete varlığı açısından incelendiğinde; kronik hastalığı olanlarda ve önceden anksiyete ile ilişkili tanı alanlarda anksiyete oranının yüksek olduğu ve önceden anksiyete ile ilişkili tanı alanlarda istatistiksel olarak anlamlılık olduğu saptanmıştır.
4. Anksiyete varlığı saptanan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; Yaş ortalamasıyla Beck anksiyete puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.
5. Dahili ve cerrahi birimlerde çalışan katılımcıların kaygı dağılımlarına bakıldığında dahili branşlarda daha çok vizitlerde hasta sunmanın yarattığı kaygı en yüksek oranda olup, cerrahi branşlarda ise hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimaline dair kaygı seçeneği olmuştur.
6. Beck anksiyete ölçeğine göre anksiyete özellikleri gösteren katılımcıların her bir kaygı durumu için baş etme seçenekleri ve kaygıyı yönetme başarıları incelenmiştir. En sık olarak karşımıza hasta veya yakınlarından

sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimaline karşı kaygı duyma durumunun olduğu ve bu kaygı ile baş etme yolu olarak ortamdan uzaklaşmayı tercih ettikleri başarının ise kısmen olduğunu saptadık.

7. ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarında artan kaygı düzeyi devamında gelecek pek çok fizyolojik ve ruhsal durumun bir işareti olabilir. Anksiyetenin toplumda yaygınlığı ve kişinin hayat kalitesine etkisi de göz önüne alındığında, kaygı bozukluklarının önlenmesi ve tedavisi için atılacak adımların önemi göz ardı edilemez. Hekimlerin verimli olarak çalışmalarını sağlayacak etmenlerin başında yaşam kalitesi gelmektedir. Bu nedenle tıp fakültelerinde çalışan hekimlerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik olarak, mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar önlenmeye çalışılmalı, özlük hakları düzeltilmeli, kendine zaman ayırabilme, yeterli dinlenme olanağı sağlanmalıdır.

Çalışma ortamı sağlıklı çalışma ortamı haline getirilmeye çalışılmalıdır. Araştırma görevlilerinin nöbet sonrası iş verimleri düşebileceğinden nöbet ertesi gün izinli sayılmaları ve bunun uygulanması gerekir. Çalışanın hayatını tehdit edecek meslek riskleri ortadan kaldırılmalı ve denetimi yapılmalıdır. Hasta yoğunluğunu azaltıcı önlemler alınmalıdır. Özellikle tıpta uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile araştırma hastanelerinde görev yapan asistan doktorlara verilen tıpta uzmanlık eğitiminin kalitesinin yükseltilmesi, hasta muayenesi, tedavisi ve cerrahisinde karşılaşılan sorunlarla nasıl başa çıkılabileceği konularına odaklanılması, mesleki gelişimlerinin daha dikkatli izlenmesi konusunda düzenlemeler yapılarak mesleki kaygı düzeylerinin düşürülmesi tavsiye edilebilir.

Son olarak hasta ve hasta yakınları tarafından tehdit ve şiddet görme durumları için yetkili kurumlar tarafından halkın eğitilmesi yahut caydırıcı cezaların gündeme getirilmesi, uygulanması, yine araştırma görevlisi doktorların meslektaşlarından yeterince destek görememesi, kıdemlileri ve hocaları ile uyum içerisinde çalışamadıklarını düşünmesi hususunda hastane bünyesinde düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Alkın T TR. Anksiyete bozuklukları. Ankara Türkiye Psikiyatr Derneği Yayınları. 2006;
2. Bülbül F, Çöpoğlu ÜS, Demir B BM. Psikiyatrik Hastalığı Nedeniyle Yatarak Tedavi Gören Gebe Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri ve İzlem Sonuçları. Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Derg. 2014;27:21–6.
3. Lewis MS. Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi (Çev: Kut A, Eminsoy G) s. Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara,. 2014;577–88.
4. Gabbard G. Anxiety Disorders: Psyhodynamic Aspects. In: Sadock V Editors. Lippincott Williams Wilkins Comprehesive Textb Psychiatry7 Th EdPA. 2000;1464–76.
5. Bölükbaş, N., Karabulut, N., & Özer H. Ameliyathane ortamının çalışan ekip üzerinde yarattığı anksiyete düzeyinin incelenmesi. Düşünen Adam Derg. 1998;11:27–31.
6. Canbaz S, Sünter A., Aker S PY. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. Genel Tıp Derg. 2007;17:15–9.
7. Arslan M. Gastrointestinal endoskopi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi. EURASIAN J Heal Sci. 2008;1:1.
8. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Saddock‟s Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneş Kitabevleri. İstanbul, Günes Kitabevleri; 2007. 1559–1800 p.
9. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastan Tıp Bülteni. 2011;45(2):65–74.
10. Özakkaş T. Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. 2014;
11. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları. ANKARA: Çizgi Tıp Yayınevi; 2000. 54–137 p.
12. Özer Ş. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi: Tükel R, Alkın T (Editörler). Anksiyete Bozuklukları. 2006;3–6.
13. Stone M. Healingthe Mind. A Hist psychiatry from Antiq to Present. 1997;1–10.
14. Sadock and PR. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, PA.: lippincott Williams & wilkins; 2000.
15. Güveli, GM. İşeri E. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr - Özel Konular. 2016;(3):7–13.
16. Schumacher J, Kristensen A. The genetics of panic disorder. J Med Genet. 2011;48(6):8–361.
17. South-Paul JE, Matheny SC LE. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. ANKARA: Güneş Tıp Kitapevler; 2014. 577–588 p.
18. Dılbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etyoloji, Klinik Ve

Ayırıcı Tanı. Klin Psikiyatr Derg. 2000;3–21.

19. Özcan M, Uğuz F ÇA. Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar. Türk Psikiyatr Derg. 2006;17(4):276–85.
20. Gabbard G. Anxiety Disorders. Sadock V, editor. Lippincott Williams And Wilkins; 2000. 1464–1476 p.
21. Kocabaşoğlu N. Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatr Hast Sempozyum Dizisi. 2008;175–84.
22. Karamustafalıoğlu, O Akpınar A. Anksiyete Bozuklukları. Karamustafalıoğlu O, editor. İstanbul, MT Uluslararası Yayıncılık.; 2010. 71–88 p.
23. McLean C AA. Gender differences in anxiety disorders. J Phychiatric Resear. 2011;45(8):35–1027.
24. Christiansen D. Examining sex and gender differences in anxiety disorders. 2015;17–49.
25. Medeni, İ. Medeni V. Bir İlçede Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Anksiyete Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. 2020;31:630–5.
26. Tintinalli E. Emergency Medicine 8th Edition. 2016;8.
27. Işık , E. Uzbay TG. Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. Ankara, Golden medya. 2008;(1):36-48.
28. Akıncı S RM. Anesteziyologlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. Anestezi Derg. 2003;(11):34–9.
29. Özkaya M. Anksiyete Bozuklukları. TRABZON; 2015.
30. Shear K, Jin R AM. Article Prevalence and Correlates of Estimated DSM-IV Child and Adult Separation Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. 2006;163.
31. Association AP. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. Am Psychiatr Assoc. 2013;
32. Vecchio J, Kearney CA. Treating Youths With Selective Mutism With an Alternating Design of Exposure-Based Practice and Contingency Management. Behav Ther [Internet]. 2009 Dec;40(4):380–92. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005789408000907
33. American Psikiyatri B. Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı"ndan, Çev. Köroğlu E. ANKARA: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
34. Dan J CC. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. BMC Med [Internet]. 2017 Dec 31;15(1):143. Available from: https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0889-2
35. Demirkol M. Anksiyete Bozuklukları. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/334376120

36. Associatio AP. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5. Am Psychiatr Assoc. 2013;
37. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.Washingt. Am Psychiatr Publ. 2013;
38. Hahn R RC. Current Clinical Strategies. California, 2006'dan çeviren Çelik M,. Türkiye Klin Ankara. 2007;
39. Horwath E. Epidemiology of anxiety disorders. MTTsuang, MTohen, PBJones. Textb Psychiatr Epidemiol. 2011;28–311.
40. Tükel R. Panik Bozukluğu. Klin Psikiatri Derg. 2002;5(3):5–13.
41. Kessler, RC. Wai Chiu T. The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. 2006;63.
42. Kim ,K. Lee ,S. Kim J. Diminished autonomic neurocardiac function in patients with generalized anxiety disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:8–111.
43. Wittchen H KR. Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. J Clin Psychiatry. 2002;63:24–34.
44. Sadock B. Anksiyete Bozuklukları. Lippincott Williams&Wilkins. Kaplan&Sadock Psikiyatr 11.baskı. 2016;387–413.
45. Bridget F. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder. JAMA Psychiatry [Internet]. 2016 Jan 1;73(1):39. Available from: http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2015.2132
46. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. . Am Psychiatr Publ Washingt. 2013;Fifth Edit.
47. Siegmann E. Association of depression and anxiety disorders with autoimmune thyroiditis: a Syst Rev meta-analysis. 2018;75(6):577–84.
48. Walls , RM. Hockberger , RS. Gausche-Hill MR. Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice.
49. Furmark T. Common Changes in Cerebral Blood Flow in Patients With Social Phobia Treated With Citalopram or Cognitive-Behavioral Therapy.
50. Beck A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. 1988;56(6):893.
51. Ulusoy M SN. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. 1998;12(2):72–163.
52. Spielberger C. State-trait anxiety inventory manual. 1970;
53. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. 1959;
54. Uğur M Bİ. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İstanbul, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008;49–58.

55. Kocabaşoğlu, N., Doksat, M. K., & Doğangün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. Yeni Symposium,. 2004;168-176.

56. Walls , RM. Hockberger R. Gausche-Hill M. Rosen's Emergency Medicine : Concepts and Clinical Practice.

57. Karamustafalıoğlu K. Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevi Ankara. 2018;

58. Cumming, RG. Couter D. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people. a Rev Evid CNS Drugs. 2003;17:37–825.

59. Rikels, K. Schweizer, E. Case W. Longterm therapeutic use of benzodiazepin. Arc Gen Psychiatry. 1990;899–907.

60. Bandelow , B. Lichte, T. Rudolf S. The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorder. Deutsch Arztebl int. 2014;80–473.

61. Krisnan V NE. The moleculer norobiology of depresion. 2008;(natur):455,894.

62. Andrew G, Bell C BP. Royal Australian and New Zealand Collage of Psychiatrists clinical practise for the treatment of panic disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2018;(12):1109.

63. Ravindran L SM. The pharmacologic treatment of anxiety disorders. J Clin Psychiatry. 2010;(7):54–839.

64. Bakker A VA. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder. Acta Psychiatry Scand. 2002;106:7–163.

65. White N LT. Suicidal antidepressant overdoses. J Med Toxicol. 2008;4:50–238.

66. Wilkins G AG. Managing anxiety disorders in adults. Med Today. 2019;(20):12–20.

67. Şahin M. Korku, Kaygı Ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları Dergisi. 2019;(6):117–35.

68. Uğur M, Balcıoğlu İ and KN. İstanbul, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi. Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatr Hast. 2008;49–58.

69. Tsutsumi A. Kawanami S. Horie S. Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. Int Arch Occup Environ Health. 1989;85(2):41–153.

70. Taşdelen R. Ayik B. Kaya H. Türk sağlık çalışanlarının Covid-19 pandemisine psikolojik tepkileri : Damgalanmanın etkisi. Arch Neuropsychiatry. 2022;59:133-138.

71. Ersoy S. Özkahraman Ş. İsmail K ve ark. Covid-19 ' lu hastalara tedavi ve bakım veren sağlık çalışanlarının görüşlerinin belirlenmesi. Turkish Stud. 2020;15:1037-1049.

72. Cebeci S DH. Coronavirüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilim Derg. 2021;10:46-56.

73. Demartini B, Nisticò V DA. Psychiatric Impact of COVID19 Pandemic on the

General Population and Healthcare Workers in Italy: A Prelim Study Front Psychiatry. 2020;11:1–8.

74. Khoodoruth M A-NS. Factors associated with mental health outcomes among medical residents exposed to COVID-19. . BJPsych Open. 2021;7:1–6.

75. Chew N, Lee G TB. A multinational, multicentre study on the psychological outcomesand associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain Behav Immun. 2020;88:559-565.

76. Demiral Y AY. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. DEU Tıp fakültesi Derg. 2006;3(20):157–64.

77. R. C. Chambers R. Campbell associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. Fam Pract. I Anxiety Depress Gen Pract. 1996;13:170–3.

78. Caplan R. Anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. BMJ. 1994;(309):1261–3.

79. Khuwaja A QR. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi. Pakistan J Pak Med Assoc. 2004;54:45–9.

80. Andrea H, Bultmann U, Beurskens A. Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale—psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39:637-646.

81. Reiger D, Narrow W. The epidemiology of anxiety disorders. J Pychiatry ResSuppl. 1990;(2):3-14.

82. Reiss S. Peterson RA. Gursky DM. McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behav Res Ther. 1986;(24):1–8.

83. Cox R. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. J Anxiety Disord 5. 1991;21–34.

84. Wacker H MR. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD 10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res. 1992;(2):91–100.

85. Norton G. The growth of anxiety disorders during the 1980s. J Anxiety Disord. 2001;(9).

86. Ozcan M UF. The prevalence of generalized anxiety disorder and comorbidity among psychiatric outpatients. . Turk Psikiyatr Derg. 2006;17:276-85.

87. Soskolne V BO. Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. Int J Psychiatry Med. 1996;26:271-285.

88. Hunt C. The diagnosis and and the nature of general¬ized anxiety disorder. Curr Opin Psychiatry. 2000;13:157–161.

89. Soskolne V Bonne O. Denour AK SA. Depressive symptoms in hospitalized

patients: a cross-sectional survey. Int J Psychiatry Med. 1996;26:271–85.

90. Theorell T. Changing Role Of Doctor. BMJ. 2000;320:1417-1418.

91. Başpınar R GF. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg. 2016;7:1–9.

92. Salari N. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the covid-19 pandemic: A Syst Rev meta-analysis Glob Heal. 2020;16:57.

93. Ozdin S OB. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during covid-19 pandemic in turkish society: Soc Psychiatry,. importance gender Int J. 2020;66:504–11.

94. Şahin M AS. Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. J Community Heal. 2020;45:1168-1177.

95. S C. Coronavirüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. Ankara Sağlık Bilim Derg. 2021;10:46-56.

96. Al Ammari M SK. Mental Health Outcomes Amongst Health Care Workers During COVID 19 Pandemic in Saudi Arabia. Front Psychiatry 202. 2021;11:1–11.

97. Işik M KU. Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı. Turk Psikiyatr Derg. 2021;32:225-234.

98. Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N RI. Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. Front Psychol. 2020;11:1–11.

99. Koçak M ÖD. 2. VE 3. basamak sağlık kurumlarında görevli uzman doktorların beck anksiyete skorlarının saptanması. 2016;54.

100. Celmece N. MM. The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for covid-19 patients on their quality of life. Front Psychol,. 2020;11.

101. M, Özkan. A, Yasan. Al, Essizogl. M Y. Bir Üniversite Hastanesinde Çalısan Arastırma Görevlilerinde _iş Memnuniyeti, Anksiyete Düzeyi ve _liskili Etmenler. Dicle Tıp Dergisi,. 2008;4.

102. Canbaz, S. A., Sünter, A. T., Aker, S. ve Pekşen Y. Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler". Genel Tıp Derg. 17:15–9.

103. McManus IC, Keeling A PE. Stress burnout and doctors attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Med. 2004;2:29.

104. Nirel N, Shirom A IS. The relationship between job overload, burnout and job satisfaction, and the number of jobs of Israeli consultants. Harefuah. 2004;143:779-784.

105. Huang Y. ZN. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep

quality during covid-19 outbreak in china: A web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res,. 2020;288.

106. Solomou I. CF. Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the covid-19 pandemic and compliance with precautionary measures: Age and sex matter. ,. Int J Env Res Public Heal. 2020;
107. Nau J. Halfens R. Needham I DT. The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs. 2009;65:1956-64.
108. Findorff M, McGovern P, Wall M GS. Reporting Violence To A Health Care Employer: A Cross-Sectional Study. AAOHN Journal. 2005;53:399–406.
109. Zhang L, Wang A, Xie X, Zhou Y, Li J, Yang L ZJ. Workplace Violence Against Nurses: A Cross-Sectional Study. Int J Nurs Stud. 2017;72:8–14.
110. Ark. ÖT ve. Evaluation of Patients' and Their Relatives' Opinions and Attitudes About Violence Against Health Care Workers. Ankara Med J. 2018;18.
111. Ayranci U. Yenilmez C, Balci Y KC. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Violence. 2006;21:276-96.
112. Sun W, Fu J, Chang Y WL. Epidemiological Study On Risk Factors For Anxiety Disorder Among Chinese Doctors.J. ournal Occup Heal 108. 2012;54:1–8.
113. Liu H, Liu J, Chen M, Tan X, Zheng T, Kang Z et al. Sleep Problems Of Healthcare Workers İn Tertiary Hospital And İnfluencing Factors İdentified Through A Multilevel Analysis: A Cross-Sectional Study İn China BMJ Open. 2019;9.
114. Çil G. Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Güvenlıği Düzeyinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Dogu Üniversitesi Saglık Bilim Enstitüsü, Lefkoşa. 2016;
115. Gürbüz O. Tıpta uzmanlık öğrencilerinde İş yaşam dengesinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. 2017;(1).
116. Moss F MI. The anxieties of new clinical students. Med Educ. 1992;26:17-20.
117. Thommassen H LM. Mental Health,Job Satisfaction And İntention To Relocate..Opinions Of Physicians İn Rural British Columbia. Can Fam Physician. 2001;47:737–44.
118. Adaş E.O. Elbek KB. Sağlık sektöründe şiddet raporu. Türk tabipler birliği Gaziantep-Kilis tabip odası. 2008;
119. Thommassen H LM. Mental Health,Job Satisfaction And İntention To Relocate..Opinions Of Physicians İn Rural British Columbia. Can Fam Physician,. 2001;47(4):737-744.
120. Gürbüz O. Tıpta uzmanlık öğrencilerinde işaile yaşam dengesinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. 2017;43.
121. Ardekani ZZ., Kakooei H., Ayattollahi SM., Choobineh A. SG. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. Pak J Biol Sci. 2008;11:1605-1609.
122. T. T. Society: Changing Role Of Doctor. BMJ. 2000;320:1417–8.

123. V. E. İşletmelerde Yaşanan Psikolojik Şiddet. Atılım Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı; Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2010;

124. Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısını Etkileyen Faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi tıp Fakültesi Üzerine BirAraştırma Yüksek Lisans Tezi; Isparta. 2007;

125. Yeniçeri V MN. Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması. DEÜ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ. 2007;

126. Yilmaz O, Yuksel H. Thesis in medical specialyt education at aglance: problems and solution proposals. Plevra Bul [Internet]. 2013 Jul 10;7(2):33–6. Available from: http://www.toraks.org.tr/Download.aspx?book=1515

127. Yalçınoğlu N., Kayı İ., Işık Ş., Aydın .,, Zengin ., KS. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Tıp Eğitimi İle İlgili Görüşleri. İst Tıp Fak Derg. 2012;75:41–5.

128. Yarış F., Topbaş M. ÇG. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. OMU Tıp Derg. 2001;18:223–31.

129. Bolanowski W. "AnxietyAbout Professional FutureAmongDoctors." Int J Occup. 2005;18:367-374.

130. Sevimli F İÖ. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu. Ege Acad Rev. 2005;5:55-64.

131. Karaoğlu L., Şahin . EM. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin mesleki memnuniyet düzeyi. Toplum Hekim Bülteni. 2006;25:7–14.

EKLER

EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Savı: B.30.2.ATA.O.o1.OO/233
Konu : Etik Kurul Kararı

---

31 .03.2022

Sayın: Arş.Gör.Dr. Hasan ÖZKAYA
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Kaygı Düzeyleri, Nedenleri ve Baş Etme Yöntemleri" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa GÜL
Etik Kurul Başkanı

Eki
I Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı:
Doç. Dr. Kenan TAŞTAN
Yardımcı Araştırmacı:
Arş.Gör.Dr. Hasan ÖZKAYA

EK-2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Açıklama:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıktan bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz..

1. **Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
2. **Sıcak/ ateş basmaları**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
3. **Bacaklarda halsizlik, titreme**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
4. **Gevşeyememe**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
5. **Çok kötü şeyler olacak korkusu**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
6. **Baş dönmesi veya sersemlik**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
7. **Kalp çarpıntısı**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
8. **Dengeyi kaybetme duygusu**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

9. **Dehşete kapılma**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
10. **Sinirlilik**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
11. **Boğuluyormuş gibi olma duygusu**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
12. **Ellerde titreme**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
13. **Titreklik**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
14. **Kontrolü kaybetme korkusu**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
15. **Nefes almada güçlük**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
16. **Ölüm korkusu**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
17. **Korkuya kapılma**
   0: Hiç
   1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
   2: Orta düzeyde, katlanabildim
   3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

18. **Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi**
    0: Hiç
    1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
    2: Orta düzeyde, katlanabildim
    3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
19. **Baygınlık**
    0: Hiç
    1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
    2: Orta düzeyde, katlanabildim
    3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
20. **Yüzün kızarması**
    0: Hiç
    1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
    2: Orta düzeyde, katlanabildim
    3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
21. **Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)**
    0: Hiç
    1: Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
    2: Orta düzeyde, katlanabildim
    3: Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Toplam puan:

EK-3. ANKET FORMU

''Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Kaygı Düzeyleri, Nedenleri ve Baş Etme Yöntemleri'' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında size sözel olarak bilgi verilecek ve yazılı olarak da aydınlatılmış onam formunu doldurmanız istenecektir. Konu ile ilgili sormak istediğiniz tüm sorular cevaplandırılacaktır. Çalışmada cevapladığınız sorulardan elde edilen bilgiler araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır; ancak kimlik bilgileriniz alınmayacaktır.

Bilimsel çalışmamıza vermiş olduğunuz destekten dolayı teşekkür ederiz…
Yaşınızı yazınız

Cinsiyetiniz

	KADIN
	ERKEK

Medeni haliniz

	BEKAR
	EVLİ
	BOŞANMIŞ
	DUL

Çalıştığınız birim

	DAHİLİ TIP BİRİMİ
	CERRAHİ TIP BİRİMİ
	TEMEL TIP BİRİMİ

Çalıştığınız birimi isteyerek mi seçtiniz?

	EVET
	HAYIR

Bu birimde çalışıyor olmaktan memnun musunuz?

	EVET
	HAYIR
	KARARSIZIM

Asistanlığa başlamadan önce anksiyete ile ilişkili bir tanı aldınız mı?

	EVET
	HAYIR

Psikiyatrik, nörolojik veya diğer sistemlere ait kronik bir hastalığınız var mı?

	EVET
	HAYIR

ASİSTANLIK EĞİTİMİ SIRASINDA KAYGI DUYULAN DURUMLAR, BAŞETME YÖNTEMLERİ VE BAŞARI DÜZEYİ

Aşağıdaki durumlardan hangilerinde kaygı yaşıyorsunuz? (Birden fazla kutucuğu işaretleyebilirsiniz).			
		Bu durumlarda kaygılandığınızda bu kaygı durumundan kurtulmak veya kaygınızı azaltmak için aşağıdaki hangi eylem veya eylemleri yaparsınız? (Birden fazla seçeneğin numarasını yazabilirsiniz) 1. Ortamdan uzaklaşma 2. Fiziksel aktivite (yürüyüş vs.) 3. Pozitif düşünmeye çalışma 4. Sıkıntıları biriyle paylaşma 5. Ağlama 6. Hiç bir şey yapmadan olayı olduğu gibi kabul etme 7. Tedavi alma	Uyguladığınız bu yöntemler başarılı oluyor mu?
	Kıdemli asistanla iletişim kurarken		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Hocalarla iletişim kurarken		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Vizitlerde hasta sunarken		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Poliklinikde hasta bakarken		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Nöbete kaldığımda		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Vaka sunumu yaparken		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Mobinge maruz kaldığımda		()BAŞARILI

			()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Girişimsel tedaviler sırasında (Cerrahi bölümlerde ameliyat, Dahili bölümlerde girişimsel işlem, Temel Tıp Bilimlerinde hayvan deneyleri)		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ

Aşağıdaki ihtimallerin hangilerinde kaygı yaşayacağınızı düşünürsünüz? (Birden fazla kutucuğu işaretleyebilirsiniz).			
		Bu durumlarda kaygılandığınızda bu kaygı durumundan kurtulmak veya kaygınızı azaltmak için aşağıdaki hangi eylem veya eylemleri yaparsınız? (Birden fazla seçeneğin numarasını yazabilirsiniz) 1. Ortamdan uzaklaşma 2. Fiziksel aktivite (yürüyüş vs.) 3. Pozitif düşünmeye çalışma 4. Sıkıntıları biriyle paylaşma 5. Ağlama 6. Hiç bir şey yapmadan olayı olduğu gibi kabul etme 7. Tedavi alma	Uyguladığınız bu yöntemler başarılı oluyor mu?
	Hasta veya yakınlarından sözlü veya fiziksel şiddete maruz kalma ihtimali		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Tez aşamasında güçlük yaşama ihtimali		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Tayinimin istediğim yere çıkmama ihtimali		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Aldığım eğitimin yetersiz kalması ihtimali		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI

			()BAŞARISIZ
	Mesleki saygınlığın azalmaya devam etmesi ihtimali		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Toplumda yeterli statüye ulaşama ihtimali		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Aldığım maaşın yetersiz kalması ihtimali		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ
	Bölümde asistan sayısının yetersiz hale gelme ihtimali		()BAŞARILI ()KISMEN BAŞARILI ()BAŞARISIZ