



T.C.

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**



**ACİL TIP ASİSTANLARININ KAYGI DÜZEYİ, MADDE KULLANIMI VE
ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

ACİL TIP UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet ARSLAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL TIP ASİSTANLARININ KAYGI DÜZEYİ, MADDE KULLANIMI VE
ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

ACİL TIP UZMANLIK TEZİ
DR. Mehmet ARSLAN

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. İbrahim İKİZCELİ

İSTANBUL-2021

ÖNSÖZ

Hastanemizde uygun çalışma ve eğitim ortamını sağlayan Rektörümüz Prof. Dr. Nuri AYDIN'a, dekanımız Prof. Dr. M. Sait GÖNEN'e, Başhekimimiz Doç. Dr. Zekai KUTLUBAY'a;

Asistanlığım süresince üzerimde çok emeği bulunan; bilgisi, deneyimi ve becerisiyle yoluma ışık tutan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ'ye, Erciyes Üniversitesi'nde bir intern doktorken tanıdığım, Cerrahpaşa'da beni yalnız bırakmayan değerli hocam Doç. Dr. Seda ÖZKAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Afşın İPEKÇİ'ye, tez döneminde desteğini her an yanımda hissettiğim, sabır abidesi, sevgi pınarı Öğr. Gör. Dr. Yonca Senem AKDENİZ'e, uzmanlarım Öğr. Gör. Dr. Fatih ÇAKMAK'a, Öğr. Gör. Dr. Serap BİBEROĞLU'na,

Tezimin planlanmasında ve hazırlanmasında büyük emeği olan Klinik Psikolog Psikoterapist Gülçin BAKTIROĞLU'na,

İstatiksel analizleri yapan değerli arkadaşım Dr. Gökcan AMAN'a,

İlk görev yerim, Acil Tıbbi sevdiren, bir ekip işi olduğunu zihnime işleyen Karadeniz Ereğlisi Devlet Hastanesi Acil Servis ekibine,

Asistanlığım ve tez döneminde desteklerini esirgemeyen Dilek BERBEROĞLU'na, Tuba ELÇİ'ye, Bahriye BOZKURT'a, Selma AKSU'ya;

Asistanlığım süresince çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum, şu anda uzman olmuş ve asistanlığı devam eden tüm doktor arkadaşlarıma, hemşirelere ve personellere sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Ayrıca ömrüm boyunca dualarını desteklerini esirgemeyen hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan sevgili aileme, en zorlu günlerde varlığıyla huzur bulduğum, hayatımın şiiri, şiirimin gerçek şairi eşim Şeyma'ya, hayat gayem biricik evladımız Kaan Alp'e ve boncuk gözlü kızım Kontes'e sonsuz teşekkürler..

Dr. Mehmet ARSLAN

İSTANBUL/2021

İÇİNDEKİLER

Başlık	Sayfa
SİMGE VE KISALTMALAR.....	I
TABLolar DİZİNİ	III
ETİK KURUL ONAYI	V
ÖZET (TÜRKÇE).....	V
ÖZET(İNGİLİZCE)	VI
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Acil tıp	5
2.1.1.Acil Tıp Asistanlığı.....	7
2.2.Madde Bağımlılığı	9
2.2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu.....	9
2.2.2. Tütün Kullanım Bozukluğu	10
2.2.3.Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Kullanım Bozukluğu.....	12
2.3.Kaygı	14
2.3.1.Ayrılma kaygısı bozukluğu	14
2.3.2.Seçici konuşmazlık	14
2.3.3.Özgül fobi.....	14
2.3.4.Toplumsal kaygı bozukluğu	15
2.3.5.Panik bozukluğu.....	16
2.3.6.Agorafobi	16
2.3.7.Yaygın kaygı bozukluğu	17
2.3.8.Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu	17
2.3.9.Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu	18
2.3.10.Tanımlanmamış diğer bir kaygı bozukluğu	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1.Araştırma Tasarımı ve Popülasyon.....	19
3.2.İstatiksel Analiz	20
3.3Grafik ve Tablolar	21

4.BULGULAR	22
5.TARTIŞMA	38
6.SONUÇ.....	45
7.KAYNAKLAR	47
8.EKLER.....	53
8.1.Ek-1 Anket Formu 1.Bölüm	53
8.2.Ek-2 STAI-1 Formu	62
8.3.Ek-3 STAI-2 formu	63
9.ÖZGEÇMİŞ.....	64
10.İNTİHAL RAPORU	65



ŞİMGE VE KISALTMALAR

₺: Türk Lirası

Ark: Arkadaşları

AS: Acil Servis

ATA: Acil Tıp Asistanı

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

P: Significance (anlamlılık)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart sapma

SSRI: Selective Serotonine Reuptake Inhibitor

STAİ-1: The State-Trait Anxiety Inventory-1

STAİ-2: The State-Trait Anxiety Inventory-2

TÜRK-İŞ: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu

ŞEKİLLER

Şekil 1-ÇALIŞILAN HASTANE TÜRÜ

Şekil 2- GÜNLÜK BAŞVURAN HASTA SAYISI

Şekil 3-NÖBET ŞEKLİ

Şekil 4-MADDE KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

Şekil 5-TÜTÜN VE TÜTÜN MAMULLERİ KULLANIM SIKLIĞI

Şekil 6-ALKOL KULLANIM SIKLIĞI

Şekil 7-UYUŞTURUCU MADDE KULLANIM SIKLIĞI

Şekil 8- DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-1)

Şekil 9- SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-2)

TABLÖLAR

TABLO-1:DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

TABLO-2: ASİSTANLIK BİLGİLERİ

TABLO-3:AİLE, ARKADAŞ VE İŞ ÇEVRESİNDE MADDE KULLANIMI

TABLO 4: MADDE KULLANIM ORANLARI

TABLO-5: MADDE KULLANIM SÜRELERİ

TABLO-6: ÇOKLU MADDE KULLANIM ORANLARI

TABLO 7: CİNSİYETE GÖRE MADDE KULLANIM ORANLARI

TABLO-8: CİNSİYETE GÖRE KAYGI DURUMU

TABLO-9: HASTANE TÜRLERİNE GÖRE KAYGI DURUMU

TABLO-10: ASİSTANLIK SÜRESİNCE PSİKOLOJİK DESTEK ALIMI VE KAYGI İLİŞKİSİ

TABLO-11: MADDE KULLANIMI KAYGI İLİŞKİSİ

TABLO-12: MADDE KULLANIMI- AİLE İLİŞKİSİ

TABLO-13: MADDE KULLANIMI- ARKADAŞ ÇEVRESİ İLİŞKİSİ

TABLO-14: İŞ ARKADAŞ ÇEVRESİ- MADDE KULLANIMI İLİŞKİSİ

TABLO-15: ASİSTANLIKTA MADDE KULLANIMI ARTIŞI KAYGI İLİŞKİSİ

TABLO-16: MEDENİ HAL, HASTANE TÜRÜ, ASİSTANLIK YILI, NÖBET ŞEKLİ VE AYLIK GELİR İLE MADDE KULLANIMI İLİŞKİSİ

TABLO-17: YAŞ GRUPLARI, MEDENİ HAL, EVDE KİMLERLE KALDIĞI, BKİ VE AYLIK GELİR İLE KAYGI DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

TABLO-18: HASTA SAYISI VE NÖBET ŞEKLİ İLE KAYGI DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

İÜC Tarih ve Sayı: 11.09.2020-118655



**T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**



Sayı :83045809-604.01.02-
Konu :Uzm.Öğr.Dr.Mehmet
ARSLAN'ın etik kurul kararı A-
14

ACİL TIP ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :07.08.2020 tarih, 31887016-804.01-101981 sayılı yazı

Anabilim Dalınız öğretim üyesi **Prof.Dr.İbrahim İKİZCELİ'nin** danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Mehmet ARSLAN'ın** yürüttüğü Uzm.Dr.Yonca Senem AKDENİZ ve Psikolog Dr.Gülşen BAKTIROĞLU'nun yardımcılıklarında "Acil Tıp Asistanlarının Kaygı Düzeyi ve Madde Kullanımıyla İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı Uzmanlık Tezi (Anket) hakkında ilgi yazınız ve ekleri 08 Eylül 2020 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Ömer Fehmi TABAK
Bölüm Başkanı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbul.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKAF0DAV>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 60130

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZET

AMAC: Acil tıp asistanlarının kaygı düzeyleri ve madde kullanımı durumlarının saptanıp demografik verilerle beraber aralarındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamızda acil tıp anabilim dallarında eğitim gören acil tıp asistanlarına Google Forms üzerinden toplam 74 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Üç bölümden oluşan bu anketin ilk bölümünde acil tıp asistanlarının demografik özellikleri, çalıştıkları hastaneleri ve madde kullanım özellikleri ile ilgili sorular yöneltildi. İkinci ve üçüncü bölümde ise 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 1975 yılında ise Öner ve Le Compte tarafından Türkçeye uyarlanan durumluk ve süreklilik kaygı ölçekleri uygulandı.

BULGULAR: Yaptığımız çalışma sonucunda acil tıp asistanlarının orta düzeyde kaygı sahibi olduğu tespit edilmiştir (Durumluk kaygı puan ortalaması=45.2, süreklilik kaygı puan ortalaması=46.4). Kadın cinsiyet ($p=0,013$) ve acil tıp asistanlığı süresince psikolojik destek almakla ($p=0,038$) sürekli kaygı ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Aile ve arkadaş çevresinde tütün ve tütün mamulleri ile alkol kullanılması ile madde bağımlılığı arasında pozitif anlamlı ilişki bulundu (aile-tütün: $p<0,001$, aile-alkol: $p=0,001$; arkadaş çevresi-tütün: $p<0,001$; arkadaş çevresi-alkol: $p=0,003$). İş çevresindeyse sadece tütün kullanımı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,003$). Hasta sayısı, hastane türü, nöbet şekli, maddi gelir gibi verilerle kaygı düzeyi ve madde kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Kaygı düzeyi ve madde kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

SONUÇ: Çalışma sonucuna göre acil tıp asistanları genel olarak kaygılı bireylerdir. Kadın cinsiyette bu kaygı daha fazladır. Ancak kaygılı olmalarının madde kullanımları üzerinde etkisi yok gibi görünmektedir. Daha çok aile, arkadaş ve iş çevresi madde kullanımlarında etkili olmaktadır. Tüm bunlarla beraber kaygı düzeyi arttıkça psikolojik destek alma oranları da artmaktadır. Bu nedenle acil tıp asistanlarının özellikle de kadın cinsiyette olanların kaygı düzeyini azaltmaya yönelik düzenlemeler yapılmasında fayda olabilir. Madde kullanımlarının azaltılması için ise yakın çevreleri ile ortak çalışılması gerekli gibi durmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Acil tıp asistanlığı, Kaygı, Madde Bağımlılığı

SUMMARY

AİM: It was aimed to determine the anxiety levels and substance use of emergency medicine residents of different seniority and to reveal the relationship between them together with demographic data.

MATERIALS AND METHODS: In our study, a questionnaire consisting of 74 questions in total was applied to emergency medicine residents studying in the departments of emergency medicine via Google Forms. In the first part of this three-part questionnaire, questions were asked about the demographic characteristics of the participants, their hospitals and substance use characteristics. In the second and third parts, state and trait anxiety scales, which were developed by Spielberg et al. In 1970 and adapted into Turkish by Öner and Le Compte in 1975, were applied.

RESULTS: As a result of the study, it was determined that emergency medicine residents have moderate anxiety (State anxiety average score: 45.2 trait anxiety average score: 46.4). A positive significant correlation was found between the female gender and the trait anxiety scale during the emergency medicine residency period ($p = 0.013$) ($p < 0.05$). A positive significant relationship was found between tobacco and tobacco products and alcohol use and substance addiction in family and friends (family-tobacco $p=0$, family-alcohol $p=0.001$; circle of friends-tobacco $p=0$; circle of friends-alcohol $p= 0.003$), only tobacco use in the work environment was statistically significant ($p = 0.003$). No significant correlation was found between anxiety level and substance use with data such as the number of patients, type of hospital, seizure type, financial income. There was no significant relationship between anxiety level and substance use.

CONCLUSION: According to our study, emergency medicine residents are generally anxious individuals. This anxiety is higher in female sex. However, their anxiety does not seem to have any effect on substance use. Family, friends and work environment are more effective in substance use. In addition, as the level of anxiety increases, the rate of receiving psychological support increases. Therefore, it may be beneficial to make arrangements to reduce the anxiety level of emergency medical assistants, especially those of female gender. In order to reduce substance use, it seems necessary to work in partnership with their immediate surroundings.

KEY WORDS: Emergency medical assistant, Anxiety, Substance Abuse

1.GİRİŞ

İlk insandan bugüne beslenme, barınma, güvenlik gibi ihtiyalar yanında sağlık da önemli insani bir problem olarak karşımıza ıkmaktadır. İnsanoğlunun varlığına eşlik eden en önemli olgulardan ikisi yaralanma ve hastalıklardır. Tıbbi bilimler her sağlık sorunu ve bunu çözmeye çalışan her tıp hekimiyile birlikte ilerleme kaydetmiştir. Rönesans ve sonrasında ivmelenen diğer bilimler gibi tıbbi bilimler de evrilmiş, eskinin zor hastalıkları kolay bir hl almış, yerlerini yeni ölümcül hastalıklara bırakmışlardır (1). Aynı şekilde yüzlerce yıllık tarihleri olan dhiliye, cerrahi, psikiyatri gibi anabilim dalları yanında değişen ve gelişen bilim ve değişen sosyal yaşam koşulları sonucunda yeni bilim dalları doğmuştur. Bunlardan bir tanesi de acil tıptır. 1970’li yıllarda doğan ve hızla büyüyen acil tıp anabilim dalı ülkemizde de özellikle 1980 darbesi sonrası değişen sosyokültürel yaşamın da etkisiyle 1993 yılında kurulmuştur (2).

Acil tıp, bir bölüme özgü olmayan fiziksel ya da ruhsal travma ve hastalıkların acil durumlarının önceden tespit edilerek önlenmesi, tanısının konulması ve tanı-tedavi sürecinin organizasyonu için lazım olan bilgi ve deneyimlerden faydalanarak hastalara yardımcı olan bir tıp uzmanlık disiplindir (3). 1966 yılında yayınlanan bir raporda yapılan bir tespit hem acil tıbbın oluşturulma sebebidir hem de acil tıbbın en basit tanımlamalarından birini içermektedir. Buna göre New York’ta hastane yakınında silahla yaralanan biri, Vietnam’da savaş alanında silahla yaralanan birinden daha az yaşam şansına sahiptir. Bu bize acil durumlarda organize yapılan bir müdahalenin önemini göstermektedir. Ordu gibi organize bir yapı savaş alanı gibi kaotik bir ortamda nasıl başarılı oluyorsa, acil servis gibi kaotik bir ortamda da orayı komuta ve organize edecek bir idareciye ihtiyaç vardır. Acil tıp uzmanlığı da böyle bir ihtiyaç neticesinde doğmuştur (4).

Otuz yıla yakın geçmişi olan acil tıp anabilim dalı hastanelerin en sıkıntılı bölümlerinin başında gelmektedir. Psikolojik travma riski sağlık alışanlarında yüksekken acil servis alışanlarında bu risk daha da yüksektir. Acil servis çalışanlarındaki psikiyatrik problemler benzer vakalara bakan polis ve itfaiyecilere göre daha fazladır. Bunda tükenmişliğin yüksek, iş doyumunun düşük olmasının etkisi oldukça fazladır. Hastaların hastaneye giriş yeri olarak gördüğü acil servisi, meslektaşları ve yöneticiler de hastanenin yedek kulübesi olarak görmektedir. Teorikte belli pratikte belirsiz görev

tanımı, acil olsun olmasın tüm başvurulara cevap verme zorunluluğu, hastanelerin güvenlik zafiyeti ortadayken şiddete daha açık bir ortamda çalışma durumu, toplum nezdinde hak ettiği değeri görmemesi çalışanlarını- özellikle de birincil çalışma ortamı acil servis olan doktorları- üzmekte, bugünü ve geleceği açısından kaygılandırmaktadır. Hızlı hareket etmenin şart olduğu, yapılan her hareketin yaşama ve ölüme sebep olabileceği, yoğun stres altındaki bir ortamda çalışan acil tıp doktorlarında psikolojik sorunlar fazlasıyla görülmektedir. Buna bir de uzmanlık eğitiminin kötü bir şekilde etkilenmesi eklenen acil tıp asistanları (ATA) ise kaygının ve depresyonun en fazla olduğu kişilerdir (5,6).

Maslow piramidine göre alt kademelerdeki kişiler aldığı para ve iş yerindeki emniyet durumunu dikkate alırken, daha üst kademedeki kişiler yükselme ve elde edilen başarılarla doyuma ulaşmaktadır. Akademik hayatın alt kademesindeki ATA, aynı zamanda toplumun üst kademesinde sayılabilir. Bu nedenle bu kazanılan para, iş güvenliği, yükselme, başarı, saygınlık gibi tüm değerlere ihtiyaç duymaları normaldir. Bunlara ulaşmalarında yaşadıkları her aksaklık kaygı olarak geri dönecektir (7).

Kaygı bir kişinin bir uyarılmışlık durumunda uyarana karşı oluşan fiziksel, psikolojik ve nörolojik işaretler bütünüdür. Kaygı ya da anksiyetenin etimolojik kökeni hakkında iki farklı iddia vardır. Birincisi “tıkanma, boğulma” anlamındaki Latince “angere” kökünden üretilmiştir (8). İkinci iddiaya göre ise kaygı sözcüğünün kökü eski Yunanca “anxietas” olup, endişe, korku, merak anlamına gelmektedir (9). Sık sık korkuyla karşılaştırılmasına rağmen, kaynağının çoğu zaman belirsiz olması, daha uzun süreli olması ve şiddetinin daha az olmasıyla korkudan ayrılır (10). Amerikan Psikiyatri Birliğinin Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiği Kılavuzu 5. revizyonu (DSM-5)’e göre kaygı türleri; ayrılma kaygısı bozukluğu, mutizm, özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluk, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, madde veya ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğudur (11). Kaygının diğer bir sınıflaması ise Spielberg tarafından yapılmıştır. 1966 yılında yapılan bu sınıflamaya göre sürekli kaygı ve durumluluk kaygı olarak iki tür kaygı vardır. Sürekli kaygı, kişinin belli bir olay kişi veya durumdan bağımsız olarak kaygı içinde olması halidir. Sürekli kaygı kişinin karakteri şeklini almıştır. Durumluluk kaygı ise kişinin belirli bir nesneye karşı kaygı duymasıdır (12).

Kaygının tedavisinde farmakoterapi, psikoterapi veya bunların kombine halde uygulanması gibi modaliteler mevcuttur. Farmakoterapide SSRI'lar, benzodiazepinler gibi antidepresan ilaçlar kullanılır (13). Kaygı bozukluğu sorunu olan birçok insanda aynı zamanda madde bağımlılığı problemi vardır. Bu bazı insanlarda kaygı bozukluğu neticesinde gelişen madde bağımlılığı şeklinde olabilirken; bazı insanlarda madde bağımlılığının bir etkisi olarak kaygı bozukluğu karşımıza çıkar, çünkü madde yokken kişiler kaygıya kapılır (14-16).

Madde kullanımı; kişinin keyif verici, rahatlatıcı, sakinleştirici, vb. etkileri sebebiyle herhangi bir bağımlılık yapıcı özelliği olan madde kullanmasıdır. Bu kullanım zamanla kişinin karakterini etkileyip bazı karakter değişiklikleri oluşturmakta ve bir zaman sonra kişinin madde bağımlısı olmasına neden olmaktadır (17).

Madde bağımlılığı problemleri iki sınıfta incelenebilir: Madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı problemler. Madde kullanım bozukluğu entoksikasyon (sarhoşluk ya da akut zehirlenme de denilebilir) ya da yoksunluk sendromlarıdır. Maddenin yol açtığı sorunlar ise psikoz, bipolar, depresyon, kaygı bozuklukları, OKS ve ilişkili bozukluklar, deliryum gibi psikiyatrik bozukluklar ve uyku bozuklukları ile cinsel işlev bozukluklarıdır. Madde kullanım bozukluğu maddesinde incelenen türler alkol, kafein, kenevir, halüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif, hipnotik, anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve türevleridir (11). Sağlık çalışanları arasında, madde kullanımının sağlık çalışanlarında toplumun diğer kesimlerine göre daha yüksek oranda olduğu düşüncesi yıllardır dile getirilir; fakat son yıllarda yapılan çalışmalar bunun böyle olmadığını, toplumla sağlık çalışanları arasında madde kullanım oranı açısından bariz bir fark olmadığı anlaşılmıştır (18). Sağlık çalışanları arasında bağımlılık oranı en yüksek olan madde tüm dünyada olduğu gibi kafeindir (19). DSM-4'te kafein madde bağımlılık bozuklukları içinde yer almıyordu. DSM-5'le birlikte kafein de diğer maddeler gibi bağımlılık yapıcı maddeler arasına girdi (11). Kafein haricinde tütün, alkol gibi maddeler de sıklıkla kullanılmaktadır. Sağlık çalışanları özelinde bağımlılık yapıcı madde konusunda en önemli konuların başında hastanede ulaşılabilir durumda olan bağımlılık yapıcı ilaçlar gelmektedir. Normalde renkli reçeteye yazılması gereken ve endikasyon dışı kullanımı madde suiistimaline giren birçok ilaç, hastanelerin ilaç bölümlerinde rahatça ulaşılabilir şekilde bulunmaktadır. Bu kişilerin tespitinde idarecilere çok büyük iş düşmektedir. Çünkü bağımlı kişi ne kadar geç tespit edilirse tedavi de o kadar zor olmaktadır (20).

Çalışmamızın amacı; acil tıp asistanları (ATA)'nın kaygı düzeyleri ve madde kullanım durumlarını saptayarak demografik verilerle aralarında bir ilişki olup olmadığını araştırmaktır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Acil Tıp

Acil Tıp, hızlıca müdahale ihtiyacı olan herhangi bir tıp bölümüne spesifikleşmemiş, herhangi bir kesin tanı almamış, yeni başlangıçlı hastalık ya da yaralanmalarla ilgilenen tıp ana dalıdır. Acile gelen hastanın hayata geri döndürülmesi, normalleştirilmesi için tedavisinin başlanması, düzenlenmesi ya da ileri tetkik tedavi gerektiren hastaların belirlenerek uygun birim ya da merkezlere ulaştırılması acil tıp hekiminin sorumluluğu altındadır (2).

Uluslararası Acil Tıp Federasyonu'na göre:

Acil tıp, tüm yaş gruplarındaki hastaların branşlaştırılmamış bütün fiziksel ve psikolojik patolojilerinin neden olduğu hastalık ya da yaralanmalarının yeni başlangıçlı olanlarının tanısı, tedavisi ve yönetilmesi için gerekli teorik ve pratik bilgileri belirleyen tıp disiplini. Acil tıp olayın başlangıcından itibaren yapılması gerekenleri hastane öncesini de kapsayacak şekilde araştırıp bunların geliştirilmesini hedefler (21).

Acil tıbbın ilgi alanı döllenmeyle başlayıp ölüm anına kadar her saniyeyi kapsar. Bu sürecin tamamındaki ani gelişen ve hızlıca tanı tedavi gerektiren dâhili ya da cerrahi bozukluklarla ilgilenir. Bu hastaların acil tıp ile olan ilişkisi dört şekilde neticelenir: Taburculuk, ilgili branş servisine yatış, bir üst basamaktaki merkeze sevk, ölüm. Acil tıp hekimi hemen tüm branşların akut başlayabilecek patolojilerinin bilgisi yanında uygulamaları hakkında bilgi ve becerilerle donanmış olmalıdır. Acil tıp hekimi aynı zamanda tanı ve tedavi aşamasında gerekli radyolojik tetkiklerin uygulanması (yatak başı ultrasonografi) ve değerlendirilmesi (direkt grafi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme) gibi becerilere sahip olmalıdır.

Acil tıbbi müdahalenin gerekliliği dünyada yaşamın başlangıcıyla olsa da acil tıbbın bir bilim dalı olarak kabulü 1970'li yıllarda gerçekleşti.1966 yılında Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi tarafından yayımlanan Kazalarda Ölüm ve Sakatlıklar: Modern Toplumun İhmal Edilmiş Hastalığı adlı çalışması ilk kıvılcımı yaktı. Bu yazıda şehir içinde yaralanan bir insanın Vietnam ya da Kore savaşında yaralanan birinden daha az yaşam şansı olduğundan bahsediliyordu. Bunun başta gelen nedenlerinden biri olarak da ordudaki sistemik ve özelleşmiş deneyimli tıbbi kadro görülüyordu (4). Bu zamana

kadar cerrahi ve dâhili branşların icap yöntemiyle çalıştırdığı acil servislerin artık belli bir disiplin içinde çalışan özelleşmiş bir ekip tarafından yönetilmesi amacıyla ilk acil tıp uzmanlık bölümü 1970 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Cincinnati Üniversitesi'nde kuruldu (22). Acil tıp uzmanlık olarak İngiltere'de 1972 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 1979 yılında kabul edildi (23). Avrupa'da 1991 yılında Avrupa acil tıp birliği kuruldu. 1993 yılında ise Avrupa birliği acil tıbbi bir uzmanlık dalı olarak tanımlamıştır (24). 1960'lı yılların öncesinde bir oda bir doktor bir hemşire olarak dizayn edilen acil servisler bu tarihten sonra yaşanan olaylar ve kazanılan deneyimler neticesinde kompleks bir yapıya büründü. Acil dışı uzmanların nöbet tuttuğu sistemin en önemli dezavantajlarından biri de uzman doktorların kendi bölümleri açısından hastayı değerlendirip diğer ayırıcı tanıları göz ardı edebilme riskidir (25). 1990'lı yıllarla birlikte acil tıp evrensel bir disiplin halini almış olup gelişimini büyük bir hızla devam ettirmektedir (26). Ülkemizde ise 1980li yılların getirdiği köyden kente göç ve diğer sosyoekonomik nedenlerle acil tıbbın özelleştirilmesi gerekliliği doğdu. Önce ana yollarda ve turizm merkezlerinde sadece araç telefonlarıyla ulaşılan gezici ambulans sistemi kuruldu. Bu sistemi kontrol eden bir merkezi yapı yoktu. Sistemin ilk amacı trafik kazalarına hızlı ve etkin müdahaleydi. Sistem İstanbul Ankara ve İzmir büyükşehir belediyelerinin ambulans, şoför ve teknik donanım desteğiyle sağlık bakanlığına bağlı hekim ve diğer sağlık personellerince, yine sağlık bakanlığınca sağlanan tıbbi donanım ile yürütüldü. 1986 yılında ise hızlı acil ambulans sistemleri kuruldu ve 077 telefon numarası olarak belirlendi. Ülkemizde acil tıbbın miat noktası 1990 yılıdır. Bu tarihte Amerikalı acil tıp uzmanı Dr. John Fowler ülkemize gelmiş. Dokuz Eylül Üniversitesi acil servisinde çalışmaya başladı. Dr. Yıldırım Aktuna'nın Sağlık Bakanlığı yaptığı, Süleyman Demirel başkanlığındaki Bakanlar Kurulu'nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete'de 93/4270 karar sayısı ile yayımlanarak "ilk ve acil yardım" adıyla uzmanlık dalı olarak hayata geçti (27). 1993 yılında Dokuz Eylül ve Fırat üniversitelerinde ilk ve acil yardım anabilim dalı kuruldu. 1994 yılında 077 olan iletişim numarası 112 olarak değiştirildi; 1994-1995 yıllarında İstanbul, Ankara ve İzmir'de acil servis ambulansları çalışmaya başladı. 1994 yılında ise ilk acil tıp asistanları eğitime başladı. 30 Nisan 1998 tarihinde ilk acil tıp uzmanı mezun oldu. 2006 yılında sağlık bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastaneleri de acil tıp uzmanlık eğitimine dâhil oldu. Başlangıçta 24 ay acil servis 18 ay rotasyon olarak planlanan acil tıp uzmanlık eğitim süresi 2002 yılında beş yıla çıkarıldı; 2011 yılında ise dört yıl

olarak belirlendi (28,29). Avrupa birliği yönergesinde ise acil tıp eğitimi tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az beş yıl olarak belirlendi (24).

Bugün üniversite, eğitim araştırma hastaneleri ve özel üniversitelerde toplam 93 merkezde acil tıp anabilim dalı bulunmaktadır. Her yıl bu bölümlere ortalama 500 ATA alınmaktadır (30). Bu da acil tıp uzmanlarının sağlık camiasında etkin bir yeri olacağının habercisidir.

2.1.1.Acil Tıp Asistanlığı

12 Nisan 1993 tarihinde ilk ve acil yardım uzmanlığı bölümünün kuruluş kararının resmi gazetede yayınlanmasından sonra Dokuz Eylül ve Fırat üniversitelerinde ilk bölümler kuruldu. Kuruluş aşamasında 24 ayı ana dal ve 18 ayı rotasyon olacak şekilde üç yıllık uzmanlık eğitiminin planlanması yapıldı. 1994 bahar TUS'ında Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Acil Tıp ABD'na 4 kontenjan Fırat Üniversitesi Acil Tıp ABD'na 2 kontenjan açılıp; 2 kişi Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Acil Tıp ABD'na, 1 kişi Fırat Üniversitesi Acil Tıp ABD'na asistan olarak çalışmaya başladı. 30 Nisan 1998'de ilk acil tıp uzmanımız mezun oldu (31). 2002 yılında acil tıp asistanlık eğitimi veren merkez sayısı 17'ye çıktı. Yine aynı yıl uzmanlık alanının ismi acil tıp olarak değiştirilmiş ve asistanlık eğitim süresi 5 yıl olarak belirlendi (27). 2006 Nisan TUS ile sağlık bakanlığına bağı eğitim araştırma hastanelerine de acil tıp asistanı alınmaya başlandı (31). 26 Nisan 2011 tarihinde ise acil tıp asistanlık süresi 4 yıla indirildi, bu tarihten sonra değişmedi ve günümüzde hâlâ acil tıp asistanlık süresi 4 yıl olarak devam etmektedir (28). Her acil tıp ABD'nın yıllık bir eğitim öğretim programı bulunmalıdır. Haftalık en az 4 saat teorik, 4 saat pratik ders bir eğitmen gözetiminde verilmelidir. Eğitmenin kendisi de ayda en az 2 saat ders vermelidir. Haftalık en az birer saat vaka, mortalite ve makale saati yapılmalıdır. Acil tıp eğitiminin sonunda acil tıp asistanından beklenen yetkinlikler 7 ana başlıkta toplanmıştır: Yönetici, Ekip Üyesi, Sağlık Koruyucusu, İletişim Kuran, Değer ve Sorumluluk Sahibi, Öğrenen ve Öğreten, Hizmet Sunucusu. Bunlardan hizmet sunucusu yetkinliği klinik karar verme becerisinin değerlendirildiği klinik yetkinlik ve girişimsel işlem becerisinin değerlendirildiği girişimsel yetkinliği kapsar. Bu yetkinliklerin içeriği ve beklenti düzeyi, kıdemi ve yöntemi en son 2015-2016 yıllarında yapılan acil tıp çekirdek müfredat çalıştayında belirlendi. 4 yıl süren acil tıp asistan eğitiminin 9 aylık kısmı diğer bölümlerdeki rotasyonlardan oluşmaktadır. Bu bölümler anestezi ve

reanimasyon (1 ay), genel cerrahi (1 ay), iç hastalıkları (1 ay), kardiyoloji (1 ay), çocuk sağlığı ve hastalıkları (2 ay), kadın hastalıkları ve doğum (1 ay), nöroloji/göğüs hastalıkları (1 ay), ortopedi ve travmatoloji/radyoloji (1 ay)'dir. Bahsi geçen çalıştayda yine bu rotasyonlar kapsamında ATA'ndan beklenen yetkinlikler ve düzeyleri belirlendi (23).

Acil servis çalışanları açısından kaygı sıradan bir duygu halini almıştır. Tedavi sorumluluğu, çok hızlı olmayı gerektiren acil servis ortamında aynı zamanda azami dikkat gerekliliği ve malpraktis riski, hasta sayısının çokluğu ve düzensizliği, diğer bölümlerden gelen konsültan hekimlerle koordinasyon, yeni bir bilim dalı olan acil tıbbın yenilik ve gelişmelerini takip etme, gelecek kaygısı, devamlı değişen mesleki ve yasal sorumluluklar, ast-üst ilişkisi bulunan kişilerin tutumları, hasta ve hasta yakınlarıyla olan sıkıntılar bu kaygı ortamının belli başlı nedenleri olarak gösterilebilir (32). Acil servisler hastane ortamında şiddet olayları açısından ilk sırada yer almaktadır (33). Acil tıp kliniğinde çalışanların %83.6'ü son beş yıl içerisinde şiddete maruz kalmış ve diğer bir çalışmaya göre ise acil servis personelinin %83,3'ü iş yaşamı boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmıştır (34,35). Bunun nedenleri arasında halkın sosyokültürel düzeyinin düşük olması, hastaneler arası basamak sistemini ve hastane içi triyaj sistemini bilmemesi, personel ve malzeme eksikliği, acil servislerin çalışan güvenliği göz önünde bulundurulmadan planlaması gösterilebilir (36).

2.2.Madde Bağımlılığı

2.2.1.Madde Kullanımı

DSM-5'te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde kümesi olarak tanımlanmıştır: alkol, kafein, kenevir, halüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve tanımlanmamış diğer maddeler. Bu on küme birbirinden net olarak ayrılmamıştır. Biz çalışmamızda bu on kümeyi daha basitleştirerek dört küme olarak aldık. Bir kısmını tüm acil asistanlarının fazlasıyla tükettiğini düşündüğümüz için (örn: kafein) kümelerimize dâhil etmedik. Bir kısmını ise birleştirerek uyuşturucu madde ve reçete ile satılan ilaçlar olarak iki grupta topladık. Çalıştığımız grup tıp fakültesi mezunu kişiler olduğu için bu grupları ayrıca içerik olarak tanımlamadık.

Aşırı miktarda alınan her madde beyindeki ödül bölümünü aktifleştirir, davranışların belirginleşmesine ve hatıra oluşumuna katkı verir. Ödül bölümünü öyle kuvvetli aktifleştirir ki olağan etkinlikler yok sayılabilir. Madde ile ilgili bozukluklar iki grupta incelenir: Madde kullanım bozuklukları ve maddenin sebep olduğu bozukluklar. Şu durumlar maddenin sebep olduğu bozukluk olarak değerlendirilir: entoksikasyon, yoksunluk ve maddenin/ilacın sebebiyet verdiği psikolojik rahatsızlıklar (psikozun eşlik ettiği rahatsızlıklar, bipolar ve ilgili rahatsızlıklar, kaygı rahatsızlıkları, takıntı-zorlama rahatsızlıkları, uyku rahatsızlıkları, cinsel işlev rahatsızlıkları, deliryum ve nörobilişsel rahatsızlıklar)

2.2.1.1.Alkol Kullanım Bozukluğu

A) On iki ay içinde, aşağıdaki kriterlerden minimum ikisini içeren klinik bir patolojiye veya işlevsellikte azalmaya neden olan alkol kullanım durumu:

- 1) Çoğu zaman, istenilenden daha fazla miktarda veya daha uzun süreçte alkol alımı olur.
- 2) Alkol alışkanlığını sonlandırmak ya da kontrol altına almak için devamlı bir istek ve sonuçsuz kalan denemeler vardır.
- 3) Alkole ulaşmak, alkol kullanmak veya alkol kullanımının sonuçlarından kurtulmak için çok zaman ayrılır.
- 4) Alkol kullanmayı çok fazla arzulama veya kendini buna mecbur hissetme

- 5) Çalışma ve eğitim hayatında veya ailedeki sorumluluklarını yerine getirememeye neticelenen tekrarlanan alkol kullanımı.
- 6) Alkol kaynaklı, devamlı veya tekrarlayıcı toplumsal veya şahsi sorunlar olmasına rağmen alkol tüketimine devam etme.
- 7) Alkol kullanımı nedeniyle önemli toplumsal, mesleki veya eğitim-dinlenme etkinliklerinin zaman zaman veya tamamen bırakılması
- 8) Tekrarlayıcı şekilde, tehlike içeren durumlarda alkol kullanımı
- 9) Yüksek ihtimalle alkol kaynaklı olan veya alkolün şiddetlendirdiği devamlı veya tekrarlayıcı, anatomik veya psikolojik bir problemi olmasına rağmen alkol kullanımına devam etme
- 10) Aşağıdakilerden herhangi biriyle tanımlanan tolerans gelişimi durumu.
 - a) Sarhoşluğu veya amaçlanan etkiyi sağlamak için bariz bir şekilde artan alkol ihtiyacı durumu
 - b) Aynı miktarda alkol alımına devam edilmesine rağmen görülen etkinin azalması
- 11) Aşağıdakilerden herhangi biriyle tanımlanan yoksunluk gelişme durumu
 - a) Alkole has yoksunluk sendromu
 - b) Yoksunluk sonuçlarından kurtulma veya kaçınım amacıyla alkol alınır.

Bu özelliklerden sahip olunan sayısına göre seviye belirlenir.

Ağır olmayan:2-3- belirti

Orta derece: 4-5 belirti

Ağır: en az 6 belirti

2.2.1.2.Tütün Kullanım Bozukluğu

- A. On iki ay içinde, aşağıdakilerden minimum ikisini içeren, klinik bakımdan belirgin bir soruna veya verimde düşmeye neden olan, problemli bir tütün kullanım durumu.
1. Çoğu defa, arzu edilenden daha fazla miktarda tütün alınır veya daha uzun bir süreçte tütün kullanılır.
 2. Tütün kullanımını sona erdirmek veya kontrol altına almak için devam bir çaba ve sonuçsuz denemeler mevcuttur.

3. Tütüne ulaşmak, tütün tüketmek veya tütün kullanımı sonucu oluşan etkilerden kurtulmak için fazlasıyla vakit harcanır.
4. Tütün kullanmayı fazlasıyla arzu etme veya kendini tütün kullanmaya mecbur hissetme
5. Mesleki, eğitimsel veya ailevi sorumluluklarını ihmal etme ile neticelenen, devamlı tütün kullanımı.
6. Tütün kullanımı sonucu gelişen ya da tütün kullanımından etkilenen, devamlı ya da sık sık toplumla ya da kişilerle sıkıntılar yaşamasına rağmen tütün kullanımının devamı
7. Tütün kullanımı nedeniyle önemli sosyal ve mesleki etkinliklerin veya eğlence-tatil etkinliklerinin ihmal edilmesi ya da tamamen sona erdirilmesi
8. Tekrar tekrar, emniyetsiz bir şekilde tütün kullanımı (örn: araç kullanırken, yatarken tütün kullanımı)
9. Yüksek ihtimalle tütün kaynaklı ya da tütünün şiddetlendirdiği, devamlı ya da sık sık tekrarlayan şekilde fiziksel ya da psikolojik bir soruna sahip olduğu halde tütün kullanımına devam etme
10. Tütüne karşı aşağıdakilerden birinde bahsedildiği şekilde tolerans gelişimi:
 - a. Sarhoşluğu ya da hedeflenen tesirlere ulaşmak amacıyla fark edilir şekilde artış gösteren miktarlarda tütün kullanımı
 - b. Aynı miktarda tütün kullanımına rağmen fark edilir şekilde daha az etki görülmesi
11. Tütüne karşı aşağıdaki maddelerde biriyle uyumlu bir şekilde yoksunluk gelişimi:
 - a. Tütüne has yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluğun getirdiği sıkıntılardan kurtulmak ya da bu sıkıntılardan uzak durmak için tütün ya da benzeri bir madde kullanımı

Ağır olmayan: İki-üç belirtiye sahip olmak

Orta derecede: Dört-beş belirtiye sahip olmak.

Ağır: en az altı belirtiye sahip olmak.

2.2.1.3.Diğer Madde Kullanım Bozuklukları

Kenevir, halüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif ve anksiyolitikler, uyarıcılar, gibi diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanım bozukluğunu özetlemek gerekirse;

- B. On iki ay içinde, aşağıdakilerden minimum ikisini içeren, klinik bakımdan belirgin bir soruna veya verimde düşmeye neden olan, problemli bir madde kullanım durumu.
1. Çoğu defa, arzu edilenden daha fazla miktarda madde alınır veya daha uzun bir süreçte madde kullanılır.
 2. Madde kullanımını sona erdirmek veya kontrol altına almak için devam bir çaba ve sonuçsuz denemeler mevcuttur.
 3. Maddeye ulaşmak, madde tüketmek veya madde kullanımı sonucu oluşan etkilerden kurtulmak için fazlasıyla vakit harcanır.
 4. Madde kullanmayı fazlasıyla arzu etme veya kendini madde kullanmaya mecbur hissetme
 5. Mesleki, eğitimsel veya ailevi sorumluluklarını ihmal etme ile neticelenen, devamlı madde kullanımı.
 6. Madde kullanımı sonucu gelişen ya da madde kullanımından etkilenen, devamlı ya da sık sık toplumla ya da kişilerle sıkıntılar yaşamasına rağmen madde kullanımının devamı
 7. Madde kullanımı nedeniyle önemli sosyal ve mesleki etkinliklerin veya eğlence-tatil etkinliklerinin ihmal edilmesi ya da tamamen sona erdirilmesi
 8. Tekrar tekrar, emniyetsiz bir şekilde madde kullanımı (örn: araç kullanırken, yatarken madde kullanımı)
 9. Yüksek ihtimalle madde kaynaklı ya da maddenin şiddetlendirdiği, devamlı ya da sık sık tekrarlayan şekilde fiziksel ya da psikolojik bir soruna sahip olduğu halde madde kullanımına devam etme
 10. Madde karşı aşağıdakilerden birinde bahsedildiği şekilde tolerans gelişimi:
 - a. Sarhoşluğu ya da hedeflenen tesirlere ulaşmak amacıyla fark edilir şekilde artış gösteren miktarlarda madde kullanımı
 - b. Aynı miktarda madde kullanımına rağmen fark edilir şekilde daha az etki görülmesi
 11. Maddeye karşı aşağıdaki maddelerde biriyle uyumlu bir şekilde yoksunluk gelişimi:
 - a. Maddeye has yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluğun getirdiği sıkıntılardan kurtulmak ya da bu sıkıntılardan uzak durmak için madde ya da benzeri bir madde kullanımı

Ağır olmayan: İki-üç belirtiyeye sahip olmak
Orta derecede: Dört-beş belirtiyeye sahip olmak.
Ağır: en az altı belirtiyeye sahip olmak (11).

Aslında DSÖ'nün alkol bağımlılığı tanımlaması başta alkol bağımlılığı olmak üzere diğer tüm madde bağımlılıklarını kısaca ifade eder. Buna göre; uzun bir zaman boyunca ve normal bir insana göre oldukça fazla miktarda alkol tüketen, alkol kaynaklı sağlık sorunları yaşayan, buna rağmen vaziyetinin farkında olmayan, farkında olsa dahi alkol almaktan vazgeçemeyen, tedavi gereksinimi olan hasta alkol bağımlısı olarak tanımlanır. Daha kısa bir ifadeyle alkolün meslek hayatını engellediğini düşünmek bir yana meslek hayatını alkol tüketmesine engel olarak düşünen kişi alkol bağımlısıdır denilebilir. Bu tanımlamaları diğer madde bağımlılıklarına da uygulayabiliriz (37,38).

Ülkemizde 2004 yılında 891.660.084 lt, 2019 yılında ise 997.118.571 lt alkol iç piyasada tüketilmiştir (39). 1925 yılında 2.42 milyar adet/ yıl olan sigara tüketimi 2020 yılında 117.91 milyar adete ulaşmıştır (40). Bu bilgiler ışığında diğer bağımlılık yapıcı madde tüketiminin de yıllar içinde artış gösterdiğini kabul edebiliriz. Madde bağımlılığının artışındaki en büyük etkenlerden biri de kaygıdır (41). Son yıllarda toplumda ve özellikle sağlık alanında artış gösteren şiddet, sağlık çalışanlarının kaygı düzeyini arttırmıştır. İş yerindeki verimi azalan, işini aksatan, sık sık işine ara veren, yapması gereken sorumluluklarını yerine getirmeyen, zaman zaman çalışma arkadaşlarına veya hastalarına karşı agresifleşen sağlık çalışanlarının madde bağımlısı olma ihtimali yüksektir (42). İlaç suiistimaline başlayan kişinin verimliliği, öz bakımı azalır. Yaşadıklarını inkâr etmeye, sorunlarını küçümsemeye veya başka nedenlere bağlamaya başlar. Kişilik ve davranış değişiklikleri de bu dönemde görülmesi muhtemel durumlardır. Bu kişilerin tespitinde ve kontrol altına alınmasında idarecilere çok büyük iş düşmektedir. Çünkü madde bağımlılığı ne kadar geç tespit edilirse bu kişilerin tedavisi aynı düzeyde zor olmaktadır (43).

2.3.Kaygı

İnsanın dışardan gelen tehlikelere karşı normal duygusu korkudur. Bu tehlikelerin kaynağı olan tehditler, içten ya da dıştan olsun kontrol edilemezse anksiyete ya da

kaygı dediğimiz duygu insana hâkim olur. İbni Hazım'a göre insan devamlı olarak kaygıdan kaçır. Davranışları ve sözleri bu duygudan doğan gerilimi gidermeyi hedefler. Meninger'e göre insan yaşamındaki bedensel ve psikolojik dönemlerin temel amacı homeostaz dediğimiz denge durumunu koruyabilmektir. Kaygı ya da anksiyete, bu denge durumunun bozulduğunu ya da bozulmakta olduğunu haber veren bir belirtidir. Yine Meninger'e göre normal zamanda meydana gelen madde-enerji ve bilgi aktarımı eksiklikleri ya da fazlalıkları sonucu insanda türlü patolojiler gelişebilir. Bunların arasında kaygı ve somut sorunlara gerçekdışı çözümler üretme eğilimi de vardır. Kaygı bir tehlike alarmı olarak az miktarda olduğunda insanı olumlu etkilerken yüksek miktarda olduğunda kişinin algı, kavrayış ve karar verme yetilerinde zayıflamaya neden olup olumsuz etkiler gösterir (44).

Freud üç tür anksiyeteden bahseder: Gerçeklik anksiyetesi, nevrotik anksiyete ve suçluluk anksiyetesi.

Gerçeklik anksiyetesi dışardan gelen gerçek tehlikelere karşı duyulan korku ve kaygıdır. Nevrotik anksiyete ise içgüdü kontrolünü yitirip cezai bir durum oluşturacak davranışlara yönelme kaygısıdır. Ebeveynlerce çocuğun kafasında oluşturulan dünyada dürtüsel davranışlar cezalandırıldığından dolayı gerçek temelli bir tür anksiyetedir. Suçluluk anksiyetesi aslında kısaca vicdandır. Süper egosu gelişmiş bir insan toplumsal ve yasal kuralların dışında bir davranış sergilerse ya da planlarsa suçluluk duyar. Kişi kendisi ya da tanıdıkları daha önce kurallara aykırı davrandığında cezalandırıldığı için, şimdi aynı şeyi yaparsa cezalandırılabilceğinden korkar. Gerçeklik ve suçluluk anksiyeteleri egonun bilinç bölgesinde oluşur. Bu nedenle kişi anksiyetenin içeriğini ve nedenini bilir. Bilinçdışı bölgede gelişen nevrotik anksiyeteye sahip kişi anksiyetenin kaynağını bilemez (45).

Spielberger ise kaygıya farklı bir bakış açısıyla yaklaşarak durumluk ve sürekli kaygı türlerinden bahseder. Durumluk kaygı hızlı gelişen tase ve gerginlik durumudur. Sürekli kaygı ise bireyin karakter olarak kaygıya yatkınlığı olarak tarif edilebilir. Durumluk kaygı tehdit olarak algılanan olaylar ya da durumlar öncesinde ya da sırasında meydana gelen mantıklı ve anlaşılabilir kaygıdır. Sürekli kaygı ise kişinin hayatın içindeki olayları ya da durumları stres kaynağı görme durumu olarak düşünülebilir. Sürekli kaygı, kişinin herhangi bir tehdit anındaki durumluk kaygı seviyesini ve sıklığını belirler (46).

DSM-5'e göre anksiyete (kaygı) bozukluklarının türleri ve özellikleri şunlardır:

2.3.1.Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Kişinin bağlı olduğu insanlardan ayrı olma durumu ile ilişkili, gelişim evrelerine uyumlu olmayan ve normal düzeyden fazla korku veya kaygı duyması. Bu kaygı, korku veya kaçınma devamlıdır. Çocuklarda ve ergenlerde minimum dört hafta, yetişkinlerde ise en az altı ay sürer.

2.3.2.Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Normal zamanda konuşabilmesine rağmen, konuşması gereken topluluk önü zamanlarda (örn: okul) devamlı olarak konuşamama. İş veya eğitim başarısını engeller, iletişimi bozar. Minimum bir ay sürmelidir.

2.3.3.Özgül Fobi

Özgül bir durum veya nesneyle ilişkili beklenenden fazla kaygı veya korku hissi (örn: yükseklik, uçak, iğne, hayvan, kan görme gibi). Çocuklarda tepinme, bağırma, ağlama, sıkıca sarılma şeklinde görülebilir. Kaynak, nesne veya durum hemen her zaman kaygı veya korku hissettirir. Kaynak nesne veya durumdan ciddi manada bir kaçış veya kuvvetli bir kaygı veya korku ile buna katlanış mevcuttur. Hissedilen kaygı veya korku nesne veya durumun oluşturduğu gerçek tehlikeye kıyasla ve toplumsal-kültürel manada orantısızdır. Yaşanılan kaygı, korku veya kaçınma daimi bir durumdur ve en az altı ay sürer.

2.3.4.Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Bireyin başka bireyler tarafından değerlendirilebilme ihtimali olan bir veya birden çok toplumsal durumda ciddi manada kaygı veya korku yaşaması. Örn: toplumsal etkileşimler (karşılıklı konuşma, tanımadığı kişilerle iletişim), gözlenme (bir şeyler yerken veya içerken) ve başkalarının huzurunda bir eylemi yapma (konuşma yapma). Çocukların sadece erişkinlerle olan iletişimlerinde bu durum otaya çıkıyorsa sosyal fobiden bahsedilmez. Birey, utandırıcı ve küçük düşürücü davranmaktan veya kaygısını belli etmekten korkar. Bu tür toplumsal hemen her olay hemen her zaman kişide kaygı da korku yaratır.

2.3.5.Panik Bozukluğu

Beklenmeyen tekrarlayıcı panik ataklar. Panik atak, dakikalar içinde başlayıp tepe noktasına ulaşan ve aşağıdaki belirtilerden en az dördünün görüldüğü, yoğun miktarda korku ve içsel sıkıntının kişiyi sardığı durumdur.

- 1) Çarpıntı, taşikardi
- 2) Sarsılma ya da titreme
- 3) Terleme
- 4) Boğulma hissi
- 5) Nefes darlığı hissi
- 6) Göğüste sıkışma veya ağrı
- 7) Karın ağrısı, bulantı
- 8) Bayılma hissi, baş dönmesi, ayakta duramama
- 9) Ateş basması, titreme, üşüme hissi
- 10) Uyuşma
- 11) Derealizasyon (gerçekdışılık), depersonalizasyon (kendinden kopma, kendine yabancılaşma)
- 12) Kendini kaybetme ya da çıldırma hissi
- 13) Ölüm korkusu

Atakların en azından birinden sonra, aşağıdakilerden en az biri bir en az bir ay görülür:

- 1) Başka bir atak beklentisi ve bunun neticesinde denetimini yitirme, kalp krizi geçirme, çıldırma gibi olası olaylarla ilgili devamlı kaygı duyma
- 2) Ataklarla ilişkili olarak uyumsuzluk kaynaklı davranış değişiklikleri gösterme

2.3.6.Agorafobi

Aşağıdaki beş durumdan en az ikisinin kişide belirgin korku veya kaygı oluşturmaları

- 1) Toplu ulaşım araçlarının kullanımı
- 2) Açık yerlerde bulunma
- 3) Kapalı yerlerde bulunma
- 4) Sıra bekleme veya kalabalık bir ortamda bulunma
- 5) Yalnızken evin dışında bulunma

2.3.7.Yaygın Kaygı Bozukluğu

- A) Minimum altı aylık bir sürecin çoğu gününde, bir takım etkinlik veya olaylarla ilişkili olarak aşırı kaygı veya korku olması
- B) Kişi, korkularını kontrol altına almakta zorlanır.
- C) Bu kuruntu ve kaygıyla birlikte, aşağıdaki altı belirtinin en az üçü vardır.

Not: Çocuklarda bir belirti olması yeterlidir.

- 1) Huzursuzluk veya gergin olma
- 2) Kolay yorulma
- 3) Odaklanma problemi veya zihnin boşalması
- 4) Asabiyet
- 5) Kas spazmı
- 6) Uyku sorunları yaşama (uyumada ya da uykuyu devam ettirmede sıkıntı yaşanması)

2.3.8.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

- 1) Kliniğe panik atak veya kaygı hâkimdir.
- 2) Fizik muayene, anamnez veya laboratuvar bulgularının sonuçları aşağıdaki maddelerin varlığını gösterir.
 - a) (1) tanı ölçütündeki belirtiler, madde intoksikasyonu ve/veya yoksunluğunda veya az bir zaman sonra veya bir ilaç alımından sonra gelişir.
 - b) Bahsedilen madde/ilâç (1) tanı ölçütündeki bulguları ortaya çıkarır.
- 3) Bu bozukluk, maddenin/ilacın sebebiyet vermediği bir kaygı bozukluğuyla daha iyi bir şekilde açıklanamaz. Başka bir kaygı bozukluğu olmasının işaretleri şunlardır:
 - a) Bulgular, madde/ilâç kullanmadan daha önce de vardır.
 - b) Bulgular, akut yoksunluğun ya da intoksikasyonun bitiminden sonra uzun süre kalıcı olmuştur.
 - c) Başka bir madde/ilacın sebep olmadığı kaygı bozukluğunun başka işaretleri vardır.

2.3.9.Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Kliniğe panik bozukluk ve kaygı hâkimdir. Bu durumun başka bir sağlık durumunun patofizyolojisi ile ilgili olduğu kanıtlar öykü, fizik muayene ve tetkiklerde görülür.

2.3.9.Tanımlanmamış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Kişinin kliniğini bozan etkinliğini veya verimliliğini azaltan kaygı durum özelliklerinin belirgin olduğu, ancak herhangi bir kaygı bozukluğu türünün kıstaslarını tam olarak karşılamayan durum (11).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırma Tasarımı ve Popülasyon

Çalışmamız Türkiye'nin çeşitli acil tıp kliniklerinde çalışan acil tıp asistanlarına Google Forms üzerinden yapılan 3 bölüm ve 74 soru içeren bir anket aracılığıyla gerçekleştirildi. Çalışmamıza 108 ATA katıldı. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi etik kurulunun 08/09/2020 tarihli 83045809-604.01.02 sayılı kararının ardından çalışmamıza başlandı. Anketimiz Eylül-2020 ve Şubat-2021 arasında uygulandı. Anketimizin ilk kısmı ATA'larının sosyodemografik özelliklerini, çalışılan hastanenin niteliklerini ve ATA'larının madde kullanım durumlarını araştıran 34 sorudan oluşmaktaydı. Anketimizin 2.bölümünde ATA'larının o anki kaygı durumlarını inceleyen The State-Trait Anxiety Inventory-1 (STAI-1) duygu durumluk ölçeği mevcuttu. 20 soruluk bu bölümden sonra yine 20 sorudan oluşan ATA'larının genel kaygı durumunu inceleyen The State-Trait Anxiety Inventory-2 (STAI-2) Süreklilik kaygı ölçeğini içeren 3.bölüm gelmekteydi. Bu iki ölçek neticesinde ATA'larının durumluk ve süreklilik kaygı durumunu belirledikten sonra bunları ilk bölümdeki bilgilerle karşılaştırarak istatistiksel çalışması yapıldı.

Çalışmamızın ilk bölümünde ATA'nın cinsiyet, yaş, medeni hal, birlikte yaşadığı kişiler, çocuk sayısı, aylık geliri, beden kitle indeksi gibi soruların ardından çalışılan hastane, nöbet durumu, nöbet başına düşen hasta sayısı, acil ve diğer bölüm tecrübeleri, acil tıp asistanlığındaki çalışma süresi gibi sorular yöneltildi. Daha sonra ATA'larının, ailelerinin, yakın arkadaş ve iş çevresindeki madde kullanım alışkanlığı, bu alışkanlığın türleri, kullanım süresi ve yoğunluğu, acil tıp asistanlığından ve acil tıp nöbetlerinden etkilenme durumları sorgulandı.

Kaygı, Spielberg tarafından anlık kaygı durumunu gösteren durumluk kaygı ve geniş bir zaman dilimindeki kaygı durumunu gösteren süreklilik kaygı olarak iki farklı sınıfa ayrılmıştır. Durumluk kaygı, birden bire gelişen, belli bir nedene bağlı ve bağımlı kaygı çeşididir. Sebep sona erince kaygı da sona erer. Sürekli kaygı ise kişinin karakteristiği olan, belli bir sebebe ve duruma bağlı olmayan, devamlılık gösteren kaygı çeşididir. Bir olay ya da sebebi değerlendirirken kişinin kaygı duyması durumluk kaygıyı yükseltirken, sürekli kaygısı yüksek olan kişinin karakter olarak kaygılı olduğu söylenebilir (12). STAI, durumluk-sürekli kaygı ölçeği anksiyete ölçümünde en fazla başvurulan ölçeklerden biridir. Spielberger ve Gorsuch tarafından 1964 yılında geliştirilen STAI, 1983 yılında Necla Öner tarafından Türkçeye uyarlanmıştır

(46). STAİ durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri yirmi sorunun cevaplandığı iki bölümdür. Ölçeği kişi tek başına cevaplayabilir. En az 14 yaşında ve bilinç düzeyi normal olan her bireyin uygulayabileceği kolay bir ölçektir (46). Durumluk kaygı ölçeğinde verilebilecek cevaplar kaygı düzeyine göre “hiç”, “biraz” , “çok”, “tamamıyla” şeklinde olup sürekli kaygı ölçeğinde kaygının sıklığına bağlı olarak “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman” ve “hemen her zaman” şeklinde sunulmuştur (46). STAİ’deki ifadeler iki çeşittir: doğrudan ve tersinir. Tersinir ifadeler olumludur ve 4 puan değerindeki cevaplar düşük, 1 puan değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı ifade eder. Doğrudan ifadeler ise olumsuz yanıtlardır ve 4 puan değerindeki cevaplar en yüksek kaygıyı ifade eder. Durumluk kaygı ölçeğindeki on soru (1, 2, 5, 8, 10,11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğindeki sekiz soru (21, 26, 27,30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersinir ifadeleri içerir. Puantaj manuel ya da bilgisayar programı aracılığıyla yapılır. Manuel yapılan puantajda doğrudan ve tersinir cevapların toplam ağırlık değerleri için iki ayrı skor üretilir. Doğrudan cevapların toplam ağırlık değerinden tersinir cevapların toplam ağırlık değeri çıkarılır ve durumluk kaygı ölçeğinde 50 puan ve sürekli kaygı ölçeğinde 35 puan eklenir. Ölçeklerden elde edilen değerler 20 ile 80 puan arasında değişir. Değer büyüdükçe kaygının yüksek olduğu tespit edilmiştir (46).

Kuder-Richardson (Alpha) korelasyonuna göre güvenilirlik katsayıları STAİ-2 için 0.83 ile 0.87 arasında; STAİ-1 için 0.94 ile 0.96 arasında bulunmuştur. İngilizce formunda bu katsayılar STAİ-2 için 0.86-0.92; STAİ-1 için 0.83 ile 0.92 arasındadır (Spielberg 1970). Türkçe ölçeklerin yüksek homojenlik ve kendi içinde tutarlık içerdiği tespit edilmiştir. Madde güvenilirliği korelasyonuna göre STAİ-1 0.42 ile 0.85 arasında STAİ-2 ise 0.34 ile 0.72 arasındadır ve bu değerler İngilizce formundan daha yüksek katsayı değerleridir. Bu Türkçe formunun daha güvenilir olduğunu göstermesi açısından önemlidir (46).

3.2. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics for Microsoft 22.0 (SPSS Inc, Chicago, United States of America) programı kullanıldı. Çalışmamızın verilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, oran ve frekans kullanıldı. ATA’larının sayısal verilerinin normal dağılıma uygunluğunu

değerlendirmek amacıyla Shapiro-Wilk testi ve grafik incelemeleri uygulandı. Normal dağılıma uyan nicel verilerin iki grup arasında karşılaştırmada Student-t testi, normal dağılıma uymayan nicel verilerin iki grup arasında karşılaştırmada ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılırken Fisher's exact ve Pearson ki-kare testleri kullanıldı. Üç veya daha fazla grup karşılaştırılırken One-Way Anova testi kullanıldı. Post-hoc testleri olarak eğer grup varyansları benzer ise Tukey-HSD testleri; grup varyansları farklı ise Games-Howell testleri kullanıldı.

3.3. Grafik ve Tablolar

Çalışmamızın tablo, grafik ve şekilleri oluşturmak için IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 ve Microsoft Office Professional Plus 2016 programları kullanıldı.



4.BULGULAR

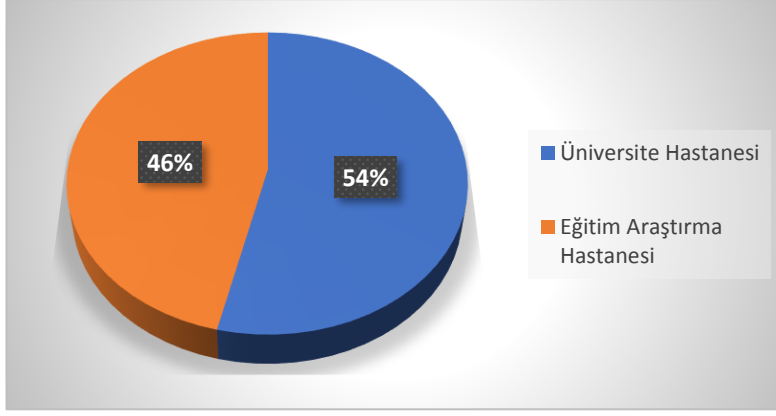
Çalışmamızın veri girişinin yapıldığı Google Forms üzerinden yayınlanan anketimize Türkiye'nin çeşitli acil tıp kliniklerinde eğitim ve çalışmalarına devam eden toplam 108 ATA katıldı. ATA'ların %41.67(n=45)'si kadın, %58.33(n=63)'ü erkektir. ATA'larının %37.04(n=40)'ü 24-28 yaş aralığında, %50.93(n=55)'ü 28-32 yaş aralığında , %9.26(n=10)'sı 32-36 yaş aralığında, %2.78(n=3)'i ise 36 yaş ve üzerindedir. Anketimize katılan ATA'larının %50(n=54)'si bekârdır. ATA'larının %50(n=55)'si 5000₺-10000₺ arasında aylık gelirleri olduğunu ifade etmiştir. ATA'larının demografik verileri ayrıntılı olarak Tablo-1'de verilmiştir.



Tablo-1: Demografik Özellikler

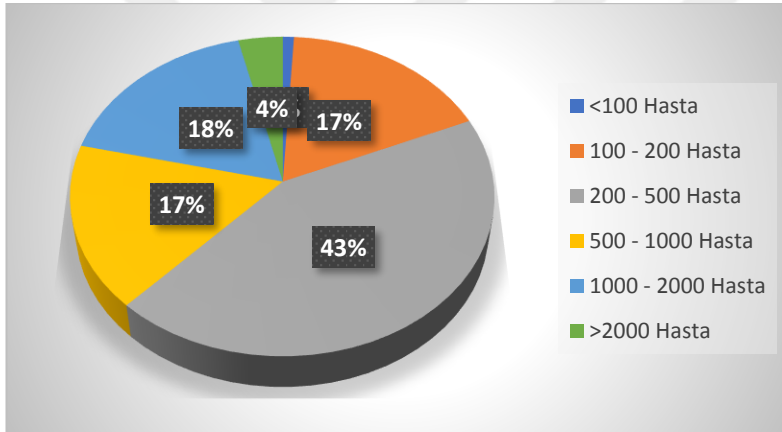
CİNSİYET	SAYI (n)	YÜZDE (%)
KADIN	45	41,67
ERKEK	63	58,33
YAŞ GRUPLARI	SAYI (n)	YÜZDE (%)
24-28	40	37,04
28-32	55	50,93
32-36	10	9,26
36 VE ÜZERİ	3	2,78
MEDENİ HAL	SAYI (n)	YÜZDE (%)
EVLİ	53	49,07
BEKAR	54	50,00
BOŞANMIŞ	1	0,93
EVDE KİMLE YAŞIYOR	SAYI (n)	YÜZDE (%)
YALNIZ	30	27,78
AİLE	29	26,85
EŞ/PARTNER	42	38,89
ARKADAŞ	7	6,48
ÇOCUK SAHİBİ	SAYI (n)	YÜZDE (%)
EVET	29	26,85
HAYIR	79	73,15
ÇOCUK SAYISI	SAYI (n)	YÜZDE (%)
0	79	73,15
1	20	18,52
2	8	7,41
3	1	0,93
AYLIK GELİR	SAYI (n)	YÜZDE (%)
5000 - 10000 TL	55	50,93
10000 - 20000 TL	51	47,22
20000 TL ÜZERİ	2	1,85
VÜCUT KİTLE İNDEKSİ	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<20	10	9,26
20-25	45	41,67
25-30	39	36,11
30-35	9	8,33
35-40	4	3,70
>40	1	0,93

Anketimize katılan ATA'ların %54(n=58)'ü üniversite hastanesi acil servisinde çalışmakta olduğunu ifade etti (Şekil-1).



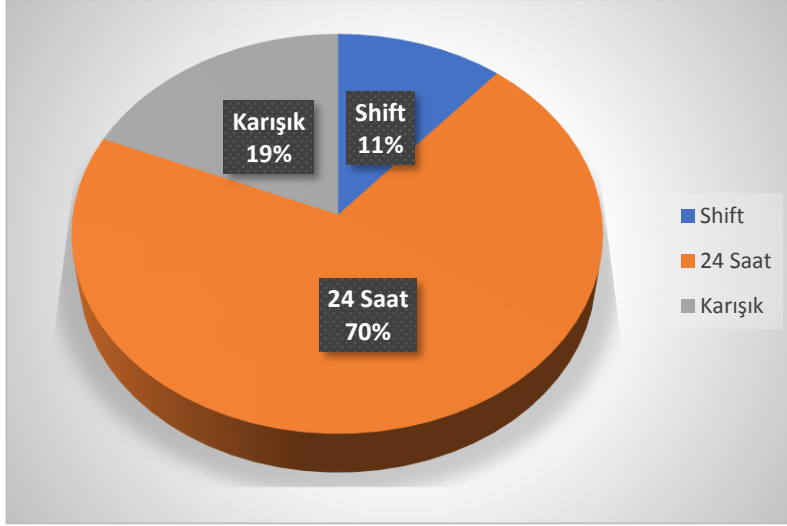
Şekil-1: Çalışılan Hastane Türü

Bu servislere bir günde başvuran hasta sayılarına baktığımızda %43(n=47) oranında 200-500 hasta başvurmaktadır. Buna karşın %21(n=23)'lik bir oran ise günde 1000-2000 arasında hatta 2000 kişinin üzerinde hasta bakıldığını ifade etti (Şekil-2).



Şekil-2: Günlük Başvuran Hasta Sayısı

Ankete katılan ATA'larının %70(n=76)'i 24 saat usulünde nöbet tutmaktadır. %11(n=12)'i shift usulünde nöbet tutarken, %19(n=20)'u karışık bir nöbet tutma sistemine sahiptir (Şekil-3).



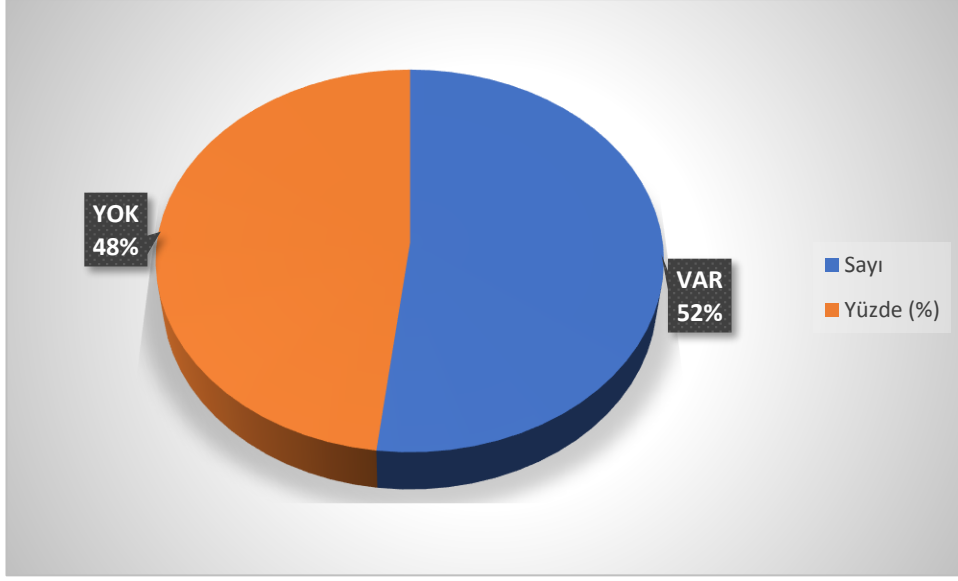
Şekil-3:Nöbet Şekli

ATA'larının %91.67(n=99)'si başka bir bölümde asistanlık yapmadan direkt ATA olmuşlardır. Başka bölümlerden istifa edip ATA olanların %55.5(n=5)'i dâhili bilimlerden gelmişlerdir. Geri kalan %44.4(n=4)'lük kısım ise cerrahi bilimlerden istifa ederek ATA olmuşlardır. Temel bilimlerden istifa ederek ATA olan ATA ise yoktur. ATA öncesi AS tecrübesi olan ATA yüzdemiz ise %79.63(n=86)'tür (Tablo-2).

Tablo-2: Asistanlık Bilgileri

ASİSTANLIK YILI	SAYI	YÜZDE (%)
1	24	22,22
2	29	26,85
3	21	19,44
4	34	31,48
ACİL TIP ÖNCESİ ASİSTANLIK GEÇMİŞİ	SAYI	YÜZDE (%)
HAYIR	99	91,67
EVET - DÂHİLİ BİLİMLER	5	4,63
EVET - CERRAHİ BİLİMLER	4	3,70
ASİSTANLIK ÖNCESİ ACİL SERVİS TECRÜBESİ	SAYI	YÜZDE (%)
EVET	86	79,63
HAYIR	22	20,37

Çalışmamıza katılan ATA'larının %52(n=56)'si herhangi bir maddeye bağımlılığının olduğunu bildirmişlerdir (Şekil-4).



Şekil-4: Madde Kullanım Alışkanlıkları

Ailesinde madde bağımlısı kişi bulunan ATA oranı %42.59(n=46)'dur. Arkadaş çevresinde madde bağımlısı olan ATA oranı ise %76.85(n=83)'tir. İş ortamında madde bağımlısı oranı ise %84.26(n=91)'dir (Tablo-3).

Tablo-3: Aile, Arkadaş Ve İş Çevresinde Madde Kullanımı

AİLEDE MADDE KULLANIM ALIŞKANLIĞI	SAYI	YÜZDE (%)
VAR	46	42,59
YOK	62	57,41
ARKADAŞ ÇEVRESİNDE MADDE KULLANIM ALIŞKANLIĞI	SAYI	YÜZDE (%)
VAR	83	76,85
YOK	25	23,15
İŞ ÇEVRESİNDE MADDE KULLANIM ALIŞKANLIĞI	SAYI	YÜZDE (%)
VAR	91	84,26
YOK	17	15,74

Tütün ve tütün mamulleri bağımlılığı oranı %42.59(n=46)'tir. Alkol kullanımı %31.48(n=34) iken, uyuşturucu madde ve reçeteli ilaç kullanımı sırasıyla %3.70(n=4) ve %0.93(n=1)'tür (Tablo-4).

Tablo-4: Madde Kullanım Oranları

TÜTÜN MAMULÜ KULLANIMI	SAYI	YÜZDE (%)
VAR	46	42,59
YOK	62	57,41
ALKOL KULLANIMI	SAYI	YÜZDE (%)
VAR	34	31,48
YOK	74	68,52
UYUŞTURUCU KULLANIMI	SAYI	YÜZDE (%)
VAR	4	3,70
YOK	104	96,30
REÇETELİ İLAÇ KULLANIMI	SAYI	YÜZDE (%)
VAR	1	0,93
YOK	107	99,07

Tütün ve tütün mamulü kullanım süresinde en yüksek ATA sayıları 5-10 yıl arasında 20 kişi ve en az 10 yıl için 13 kişidir. Son bir yılda tütün ve tütün mamulü kullanmaya başlayan ATA sayısı ise 2'dir.

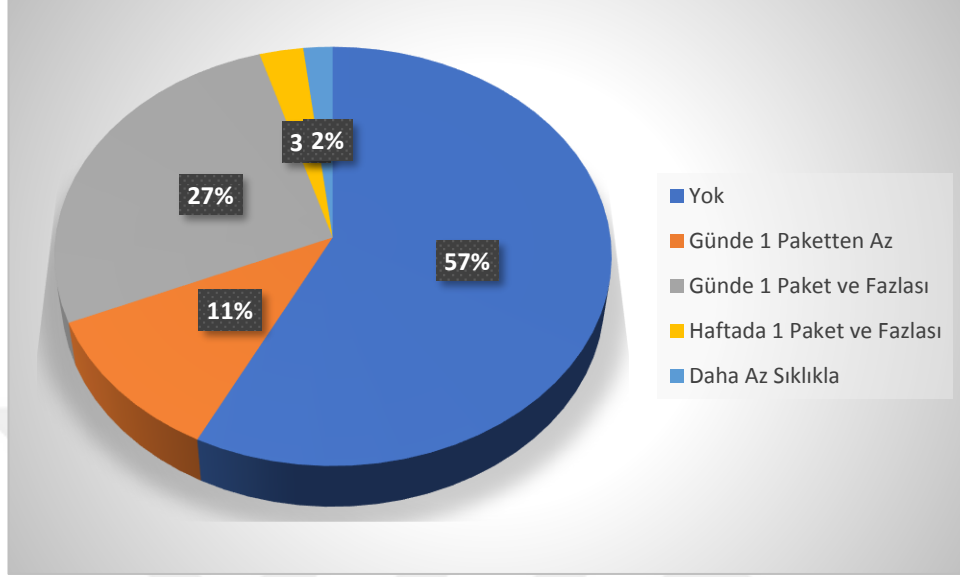
Alkol kullanım süresinde de en yüksek ATA sayısı 13 ile 5-10 yıl arasına aittir. Son bir yılda alkol kullanmaya başlayan kişi sayısı ise sadece birdir.

Uyuşturucu kullanım sürelerine bakarsak son yıllarda başlayan ATA sayısı fazladır. Son bir yılda 4 son beş yılda ise toplam 7 kişinin uyuşturucu kullanmaya başladığını gördük (Tablo-5).

Tablo-5: Madde Kullanım Süreleri

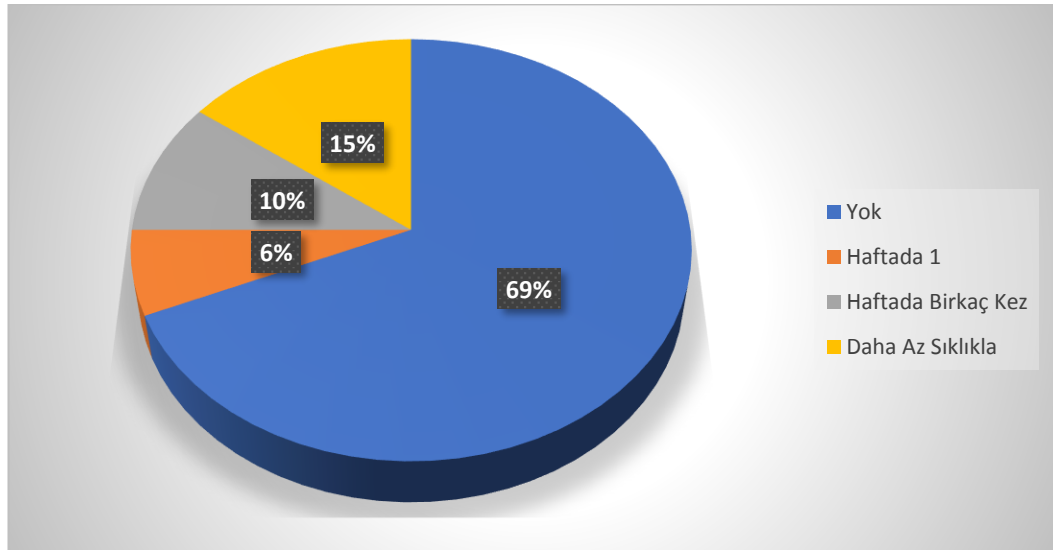
MADDE	SÜRESİ	YOK	0-1 YIL	1-5 YIL	5-10 YIL	>10 YIL
TÜTÜN	SAYI	62	2	11	20	13
	YÜZDE	57,41	1,85	10,19	18,52	12,04
ALKOL	SAYI	74	1	9	13	11
	YÜZDE	68,52	0,93	8,33	12,04	10,19
UYUŞTURUCU	SAYI	100	4	3	1	0
	YÜZDE	92,59	3,7	2,78	0,93	0

Tütün kullanım miktarına baktığımızda en çok günde bir paket ve fazla kullanımın olduğunu görüyoruz. Bir hafta boyunca bir paketten daha az kullanımı olan ATA sayısı ikidir (Şekil-5).



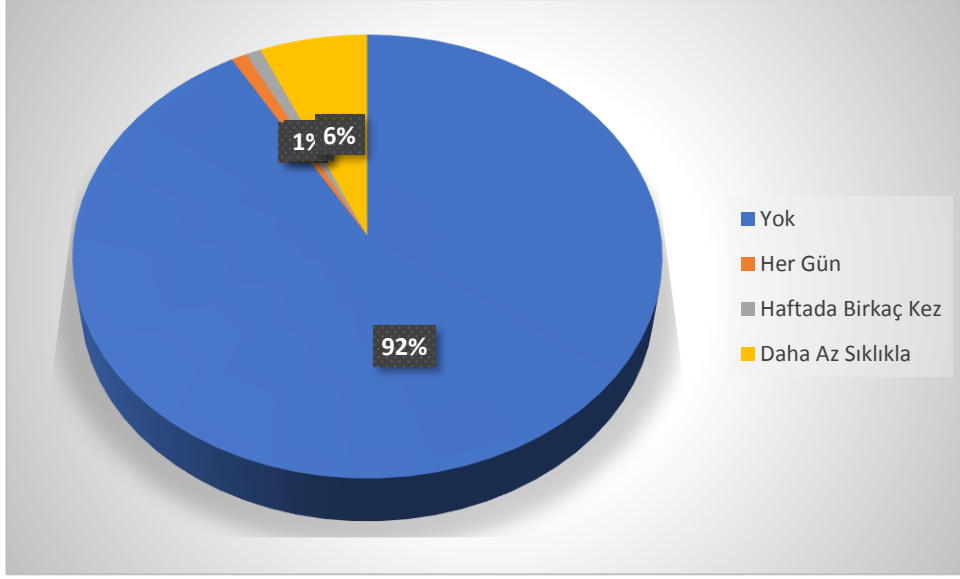
Şekil-5:Tütün Ve Tütün Mamulleri Kullanım Sıklığı

Alkol kullanımına baktığımızda ise en büyük grubun haftada bir defadan daha az olan grup olduğunu görmekteyiz (Şekil-6).



Şekil-6:Alkol Kullanım Sıklığı

Uyuşturucu ve/veya uyarıcı madde kullanım sıklığında da yine haftada birden daha az defa kullanımın fazla olduğunu görmekteyiz (Şekil-7).



Şekil-7: Uyuşturucu Madde Kullanım Sıklığı

Çalışmamıza katılan ATA içinde %29.63(n=23)'ünün iki maddeye %2.78(n=3)'ünün ise 3 maddeye bağımlılığının olduğu tespit edildi. Bunlar arasında en yüksek oran %20.37(n=22) ile tütün ve alkolün birlikteliğidir. Bağımlılık oranı en yüksek iki madde oldukları için bu durum normal kabul edilebilir (Tablo-6).

TABLO-6: ÇOKLU MADDE KULLANIM ORANLARI

ÇOKLU MADDE KULLANIMI	SAYI	YÜZDE (%)
0	52	48,15
1	30	27,78
2	23	29,63
3	3	2,78
SAYI	YÜZDE (%)	
TÜTÜN VE ALKOL	22	20,37
ALKOL VE UYUŞTURUCU	1	0,93
TÜTÜN, ALKOL VE UYUŞTURUCU	3	2,78

Tütün kullanımı kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmayıp ($p=0,332$, $p>0,05$) olarak izlendi.

Alkol kullanımı kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmayıp ($p=0,834$, $p>0,05$) olarak izlendi.

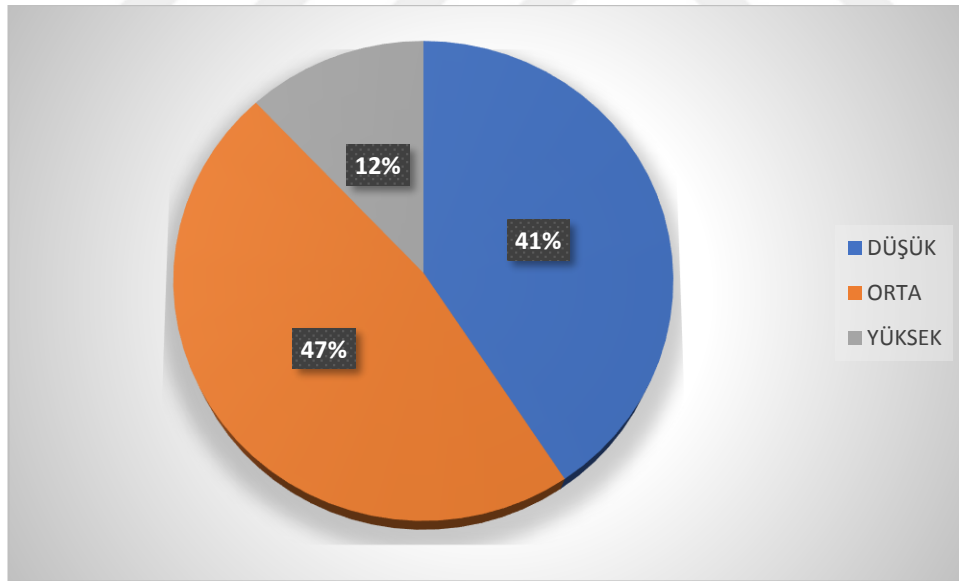
Uyuşturucu madde kullanımı kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmayıp ($p=1$, $p>0,05$) olarak izlendi.

Reçeteli ilaç kullanımı kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmayıp ($p=0,41$, $p>0,05$) olarak izlendi (Tablo-7).

Tablo-7: Cinsiyete Göre Madde Kullanım Oranları

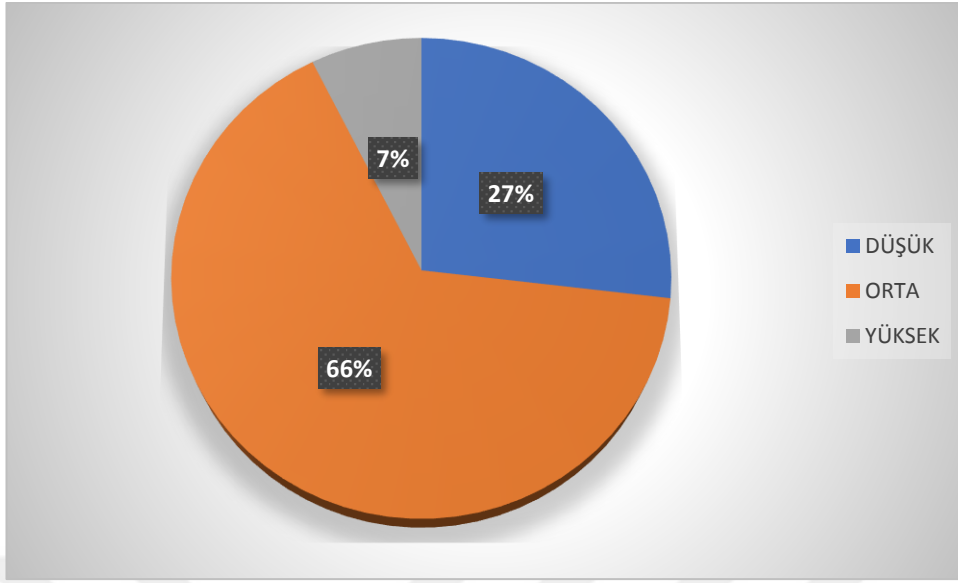
TÜTÜN KULLANIMI	KADIN	ERKEK	p
VAR	17 (%15,74)	30 (%27,78)	0,332
YOK	28 (%25,93)	33 (%30,56)	
ALKOL KULLANIMI	KADIN	ERKEK	
VAR	15 (%13,89)	19 (%17,59)	0,834
YOK	30 (%27,78)	44 (%40,74)	
UYUŞTURUCU KULLANIMI	KADIN	ERKEK	
VAR	2 (%1,85)	2 (%1,85)	1
YOK	43 (%39,81)	61 (%56,48)	
REÇETELİ İLAÇ KULLANIMI	KADIN	ERKEK	
VAR	1 (%0,93)	0 (%0)	0,417
YOK	44 (%40,74)	63 (%58,33)	

Çalışmamıza katılan ATA'nın STAI-1 testi sonuçlarına göre ortalama durumluk kaygı değeri 45.20 olarak hesaplandı. Bu bize ATA'nın durumluk kaygı seviyesinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. ATA'nın durumluk kaygı testi sonuçları 20 ile 71 arasında değişti. ATA'nın 44'ü (%40.74) 20-40 arası puan alarak düşük kaygılı olarak; 51'i (%47.22) ise 40-60 arası puan alarak orta düzeyde kaygılı; 13 ATA (%12.03) ise 60 ve üzeri puan alarak yüksek düzeyde kaygılı olarak tespit edildi (Şekil-8).



Şekil-8: Durumluk Kaygı Ölçeği (Stai-1)

Çalışmamıza katılan ATA'larının STAI-2 testi sonuçlarına göre ortalama sürekli kaygı değeri 46.40 olarak hesaplandı. Bu da ATA'larının süreklilik kaygı seviyesinin de orta düzeyde olduğunu gösterdi. ATA'larının süreklilik kaygı testi sonuçları 22 ile 74 arasında değişti. Katılan ATA'larının 29'u (%26.8) 40 ve daha düşük puan alarak düşük kaygılı olarak tanımlanırken, 71 ATA (%65.7) 40-60 arası puan alarak orta seviyede kaygılı oldukları görüldü. 8 ATA (%7.4) ise 61 ve yüksek puan alarak yüksek kaygılı olarak tespit edildi (Şekil-9).



Şekil-9: Süreklilik Kaygı Ölçeği (Stai-2)

Cinsiyet ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. ($p=0,649$, $p>0,05$).

Kadın ATA'larının durumluk kaygı ölçeği ortalaması 45,89 (SS=13,84) iken erkek ATA'larının ortalaması 44,71 (SS=12,72) olarak görüldü.

Kadın Cinsiyet ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel anlamlı ilişki görüldü ($p=0,013$, $p<0,05$).

Kadın ATA'larının sürekli kaygı ölçeği ortalaması 49,24 (SS=9,81) iken erkek ATA'larının ortalaması 44,38 (SS=9,84) olarak görüldü (Tablo-8).

Tablo-8: Cinsiyete Göre Kaygı Durumu

	CİNSİYETİ	N	MEAN	SS	p
DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-1)	KADIN	45	45,89	13,844	0,649
	ERKEK	63	44,71	12,722	
SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-2)	KADIN	45	49,24	9,81	0,013
	ERKEK	63	44,38	9,84	

Çalışılan hastane türü ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,848$, $p>0,05$). Üniversite hastanesinde çalışan ATA'larının durumluk kaygı ölçeği ortalaması 45,43 (SS=13,24) iken eğitim araştırma hastanesinde çalışan ATA'larının ortalaması 44,94 (SS=13,17) olarak görüldü.

Çalışılan hastane türü ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmedi ($p=0,960$, $p>0,05$). Üniversite hastanesinde çalışan ATA'larının sürekli kaygı ölçeği ortalaması 46,36 (SS=10,10) iken eğitim araştırma hastanesinde çalışan ATA'larının ortalaması 46,46 (SS=10,14) olarak görüldü (Tablo-9).

Tablo-9: Hastane Türlerine Göre Kaygı Durumu

	HASTANE TÜRÜ	N	MEAN	SS	P
DKÖ	ÜNİVERSİTE HASTANESİ	58	45,43	13,245	0,848
	EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	50	44,94	13,168	
SKÖ	ÜNİVERSİTE HASTANESİ	58	46,36	10,102	0,960
	EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ	50	46,46	10,142	

Asistanlıkta psikolojik destek alımı ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,307, p>0,05$).

Asistanlıkta psikolojik destek alan ATA'larının durumluk kaygı ölçeği ortalaması 48,78 (SS=16,49) iken asistanlıkta psikolojik destek almayan ATA'larının ortalaması 44,49 (SS=12,36) olarak görüldü.

Asistanlıkta psikolojik destek alımı ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel anlamlı ilişki görüldü ($p=0,038, p<0,05$).

Asistanlıkta psikolojik destek alan ATA'larının sürekli kaygı ölçeği ortalaması 50,89 (SS=12,51) iken asistanlıkta psikolojik destek almayan ATA'larının ortalaması 45,51 (SS=9,34) olarak görüldü (Tablo-10).

Tablo-10:Asistanlık Süresince Psikolojik Destek Alımı Ve Kaygı İlişkisi

PSİKOLOJİK DESTEK ALIMI	SAYI (YÜZDE)	SS	ORTALAMA FARKI	P
STAI-1	VAR	18 (16,67)	4,29	0,307
	YOK	90 (83,33)		
STAI-2	VAR	18 (16,67)	5,38	0,038
	YOK	90 (83,33)		

Tütün kullanımı ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,352, p>0,05$).

Tütün mamulü kullanan ATA'larının durumluk kaygı ölçeği ortalaması 46,55 (SS=13,01) iken kullanmayanların ortalaması 44,16 (SS=13,27) olarak görüldü.

Tütün kullanımı ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,816, p>0,05$).

Tütün mamulü kullanan ATA'larının sürekli kaygı ölçeği ortalaması 46,15 (SS=10,12) iken kullanmayanların ortalaması 46,61 (SS=10,12) olarak görüldü.

Alkol kullanımı ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,453, p>0,05$).

Alkol kullanan ATA'larının durumluk kaygı ölçeği ortalaması 43,79 (SS=12,66) iken kullanmayanların ortalaması 45,85 (SS=13,41) olarak görüldü.

Alkol kullanımı ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,288$, $p>0,05$).

Alkol kullanan ATA'larının sürekli kaygı ölçeği ortalaması 44,88 (SS=9,08) iken kullanmayanların ortalaması 47,11 (SS=10,49) olarak görüldü.

Uyuşturucu kullanımı ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,883$, $p>0,05$).

Uyuşturucu kullanan ATA'larının durumluk kaygı ölçeği ortalaması 44,25 (SS=17,61) iken kullanmayanların ortalaması 45,24 (SS=13,06) olarak görüldü.

Uyuşturucu kullanımı ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,375$) ($p>0,05$).

Uyuşturucu kullanan ATA'larının sürekli kaygı ölçeği ortalaması 42 (SS=13,39) iken kullanmayanların ortalaması 46,58 (SS=9,97) olarak görüldü.

Reçeteli ilaç kullanımı ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,584$) ($p>0,05$).

Reçeteli ilaç kullanımı ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,968$) ($p>0,05$) (Tablo-11).

Tablo-11: Madde Kullanımı Kaygı İlişkisi

	TÜTÜN MAMÜLLERİ KULLANIMI	N	MEAN	p
STAİ-1	EVET	47	46,55	0,352
	HAYIR	61	44,16	
STAİ-2	EVET	47	46,15	0,816
	HAYIR	61	46,61	
	ALKOL KULLANIMI			
STAİ-1	EVET	34	43,79	0,453
	HAYIR	74	45,85	
STAİ-2	EVET	34	44,88	0,288
	HAYIR	74	47,11	
	UYUŞTURUCU KULLANIMI			
STAİ-1	EVET	4	44,25	0,883
	HAYIR	104	45,24	
STAİ-2	EVET	4	42	0,375
	HAYIR	104	46,58	
	REÇETELİ İLAÇ KULLANIMI			
STAİ-1	EVET	1	38	0,584
	HAYIR	107	45,27	
STAİ-2	EVET	1	46	0,968
	HAYIR	107	46,41	

Tütün kullanımı için ATA'larının ailesinde madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olarak görüldü ($p=0$, $p<0,05$).

Alkol kullanımı için ATA'larının ailesinde madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olarak görüldü ($p=0,001$, $p<0,05$).

Uyuşturucu kullanımı ATA'larının ailesinde madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmayıp ($p=1$, $p>0,05$) olarak izlendi (Tablo-12).

Tablo-12: Madde Kullanımı-Aile İlişkisi

MADDE KULLANIMI	AİLEDE KULLANIM		p
	TÜTÜN KULLANIMI	VAR YOK	
ASİSTANLIKTA KULLANIMI	VAR	31 (%28,7) 16 (%14,81)	0
	YOK	15 (%13,89) 46 (%42,59)	
ALKOL KULLANIMI	VAR	23 (%21,3) 11 (%10,19)	0,001
	YOK	23 (%21,3) 51 (%47,22)	
UYUŞTURUCU KULLANIMI	VAR	2 (%1,85) 44 (%40,74)	1
	YOK	2 (%1,85) 60 (%55,56)	

Tütün kullanımı ATA'larının arkadaş çevresinde madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı görülüp ($p=0$, $p<0,05$) olarak izlendi.

Alkol kullanımı için ATA'larının arkadaş çevresinde madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olarak görüldü ($p=0,003$, $p<0,05$).

Uyuşturucu kullanımı için ATA'larının arkadaş çevresinde madde kullanımı istatistiksel olarak anlamsız olarak görüldü ($p=0,571$, $p>0,05$).

Reçeteli ilaç kullanımı ATA'larının arkadaş çevresinde madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmayıp ($p=1$, $p>0,05$) olarak izlendi (Tablo-13).

Tablo-13: Madde Kullanımı- Arkadaş Çevresi İlişkisi

ASİSTANLIKTA MADDE KULLANIMI	ARKADAŞ ÇEVRESİ		p
	TÜTÜN KULLANIMI	VAR YOK	
	VAR	46 (%42,59) 1 (%0,93)	0
	YOK	37 (%34,26) 24 (%22,22)	
	ALKOL KULLANIMI	VAR YOK	0
	VAR	32 (%29,63) 2 (%1,85)	
	YOK	51 (%47,22) 23 (%21,3)	0,571
	UYUŞTURUCU KULLANIMI	VAR YOK	
	VAR	4 (%3,7) 0 (%0)	1
	YOK	79 (%73,15) 25 (%23,15)	
	REÇETELİ İLAÇ KULLANIMI	VAR YOK	1
	VAR	1 (%0,93) 0 (%0)	
	YOK	82 (%75,93) 25 (%23,15)	

Tütün kullanımı ATA'larının iş arkadaşları çevresinde madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı görülüp ($p=0,003$, $p<0,05$) olarak izlendi.

Alkol kullanımı ATA'larının iş arkadaşları çevresinde madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmayıp ($p=0,172$, $p>0,05$) olarak izlendi.

Uyuşturucu kullanımı ATA'larının iş arkadaşları çevresinde madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmayıp ($p=1$, $p>0,05$) olarak izlendi.

Reçeteli ilaç kullanımı için ATA'larının iş arkadaşları çevresinde madde kullanımı istatistiksel olarak anlamsız olarak görüldü ($p=1$, $p>0,05$) (Tablo-14).

Tablo-14: İş Arkadaş Çevresi-Madde Kullanımı İlişkisi

ASİSTANLIKTA MADDE KULLANIMI	İŞ ARKADAŞ ÇEVRESİ			P
	TÜTÜN KULLANIMI	VAR	YOK	
	VAR	45 (%41,67)	2 (%1,85)	0,003
	YOK	45 (%41,67)	16 (%14,81)	
	ALKOL KULLANIMI	VAR	YOK	p
	VAR	31 (%28,7)	3 (%2,78)	0,172
	YOK	59 (%54,63)	15 (%13,89)	
	UYUŞTURUCU KULLANIMI	VAR	YOK	p
	VAR	4 (%3,7)	0 (%0)	1
	YOK	86 (%79,63)	18 (%16,67)	
	REÇETELİ İLAÇ KULLANIMI	VAR	YOK	p
	VAR	1 (%0,93)	0 (%0)	1
	YOK	89 (%82,41)	18 (%16,67)	

Asistanlık süresince madde kullanım artışı ile DKÖ ve SKÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmayıp DKÖ için ($p=0,135$, $p>0,05$), SKÖ için ($p=0,492$, $p>0,05$) olarak izlendi (Tablo-15).

Tablo-15: Asistanlıkta Madde Kullanımı Artışı Kaygı İlişkisi

ASİSTANLIKTA MADDE KULLANIM ARTIŞI	STAİ-1	($p=0,135$)
ASİSTANLIKTA MADDE KULLANIM ARTIŞI	STAİ-2	($p=0,492$)

Medeni hal, hastane türü, asistanlık yılı, nöbet şekli ve aylık gelir ile madde kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo-16).

Tablo-16: Medeni Hal, Hastane Türü, Asistanlık Yılı, Nöbet Şekli Ve Aylık Gelir İle Madde Kullanımı İlişkisi

MEDENİ HAL	MADDE KULLANIMI	($p=0,557$)
HASTANE TÜRÜ	MADDE KULLANIMI	($p=0,721$)
ASİSTANLIK YILI	MADDE KULLANIMI	($p=0,699$)
NÖBET ŞEKLİ	MADDE KULLANIMI	($p=0,142$)
AYLIK GELİR	MADDE KULLANIMI	($p=0,977$)

Yaş grupları, medeni hal, evde kimlerle kaldığı, BKİ ve aylık gelir ile kaygı durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo-17).

Tablo-17: Yaş Grupları, Medeni Hal, Evde Kimlerle Kaldığı, BKİ Ve Aylık Gelir İle Kaygı Durumu Arasındaki İlişki

YAŞ GRUPLARI	STAİ-1	(p=0,983)
YAŞ GRUPLARI	STAİ-2	(p=0,583)
MEDENİ HAL	STAİ-1	(p=0,276)
MEDENİ HAL	STAİ-2	(p=0,062)
EVDE KİMLERLE KALİYOR?	STAİ-1	(p=0,653)
EVDE KİMLERLE KALİYOR?	STAİ-2	(p=0,057)
BKİ*	STAİ-1	(p=0,769)
BKİ*	STAİ-2	(p=0,832)
AYLIK GELİR	STAİ-1	(p=0,602)
AYLIK GELİR	STAİ-2	(p=0,757)

*:Beden Kitle İndeksi

Hasta sayısı ve nöbet şekli ile kaygı durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo-18).

Tablo-18: Günlük Başvuran Hasta Sayısı Ve Nöbet Şekli İle Kaygı Durumu Arasındaki İlişki

GÜNLÜK BAŞVURAN HASTA SAYISI	STAİ-1	(p=0,985)
GÜNLÜK BAŞVURAN HASTA SAYISI	STAİ-2	(p=0,973)
NÖBET ŞEKLİ	STAİ-1	(p=0,657)
NÖBET ŞEKLİ	STAİ-2	(p=0,468)

5.TARTIŞMA

Çalışmamıza katılanların %41.67'si kadın, %58.33'ü erkek; %37.04'ü 24-28 yaş aralığında, %50.93'ü 28-32 yaş aralığında, %9.26'sı 32-36 yaş aralığında, %2.78'i ise 36 yaş ve üzerinde olup %50'si bekârdır. TÜİK verilerine göre ülkemizde ortalama ilk evlenme yaşı 2020 yılında erkeklerde 27.9, kadınlarda 25.1 olarak tespit edilmiştir (47). Mezun olunan okula göre evlilik yaşının büyüdüğü için bu yaşlardaki insanlarda bu kadar bekâr oranı normal karşılanabilir (2). Çalışmamızda medeni durumun kaygı ölçekleriyle ve madde kullanımıyla istatistiksel manada bir ilişkisi tespit edilmedi. Yıldız ve arkadaşlarının sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuştur (48).

Ankete katılan ATA'larının %66'sı kendi ebeveynleri veya eşleri ve çocuklarıyla beraber yaşamaktadır. Bununla birlikte evde beraber yaşanan kişiler ile durumluk ve süreklilik kaygı ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,653$ ve $p>0,057$). Görüldüğü gibi süreklilik kaygı ölçeği ile tam bir anlamlı ilişki olmasa da durumluk kaygı ölçeğine göre etkisi daha fazladır. Kaygı ve madde bağımlılığı gibi psikiyatrik patolojilerin tedavisinde aile desteği çok önemli olduğu bilinen bir gerçektir (49).

ATA'larının ortalama aylık geliri 5000-10000 ₺ arasındadır. TÜRK-İŞ'in yaptığı araştırmaya göre dört kişiden oluşan bir ailede sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmek için aylık minimum gider (açlık sınırı) 2.718,89 ₺, gıda masrafları yanında giyinme, konut (kira, elektrik, su, ısınma), eğitim, ulaşım, sağlık ve benzeri masrafların asgari tutarı (yoksulluk sınırı) 8856.31 ₺ olarak hesaplandı (50). Ünal ve ark.'nın yaptığı çalışmada ortalama aylık gelir $2303.93 \pm 572,71$ ₺'dir (51). Ünal ve ark.'nın çalışma yaptığı dönemde yine TÜRK-İŞ'in yaptığı araştırmaya göre yoksulluk sınırı 2 bin 409,35 ₺'dir. Aradan geçen yaklaşık 13 yıllık dönemde hekim maaşları yoksulluk sınırı seviyesinden daha yukarı çekilemedi. Ülkemizin ve dünyanın en zorlu bölümlerinden birinde altı yıl boyunca çok zorlu bir süreçte eğitim alan ve bu eğitim öğretim sürecini başarıyla tamamlayıp bunu yine ülkemizin ve dünyanın en zorlu sınavlarından birinde, TUS sınavında başarılı olan ATA'larının %50'sinin yoksulluk sınırında gelir elde etmesi gerçekten üzüntü vericidir. Ekonomik durumun da aile düzenine ve kaygıya etkisi bilinmektedir (52). Bizim çalışmamızda kişinin aylık gelirinin madde kullanımına ve kaygı düzeyine etkisi görülmedi. Çalışmamızla benzer birçok makalede de aynı sonuç çıkmıştır (53,54). Bu bize doktorlar için paranın öncelikli olmadığını göstermektedir.

Stres kısa süreli ve az miktarda olduğunda faydalı olabilse de süregelen ve aşırı şekle dönüştüğünde psikolojik ve fiziksel hastalıklara zemin hazırlayabilir (55,56). Sağlık çalışanlarının gerek iş yüklerinin fazlalığı gerek de uyku düzenini bozucu gece nöbet usulü çalışma şekillerinin kaygı düzeylerinin diğer insanlara göre yüksek olmasının sebeplerinden olduğu düşünülmektedir (57). Ayrıca birkaç çalışmada acil tıp doktorlarında çalıştıkları değişken ortam yüzünden stres ve kaygının daha fazla olduğu ve deneyimin bu durumla ters orantılı olduğu bildirilmiştir (58,59). Yine daha genç acil servis doktorlarında kaygı ve stresin iş yükünün de artmasıyla yükseldiği gösterilmiştir (60,61). Ayrıca acil serviste nöbet tutulan günlerde diğer gündüz mesaisi yapılan günlere göre stres ve kaygıya bağlı olarak kortizol seviyesinin belirgin arttığı gösterilmiştir (62).

Karaoğlu ve ark.'nın aile hekimlerinin kaygı düzeyleri hakkında yaptıkları çalışmalarında STAI-1 puanı aile hekimlerinde 37.21 ± 8.50 , diğer branş hekimlerinde ise 36.97 ± 6.52 olarak saptanmıştır. STAI-2 puanı ise aile hekimlerinde 41.25 ± 7.83 , diğer branşlarda 40.79 ± 6.07 olarak bulunmuştur (63). Sönmez ve ark.'nın farklı tip kurumların acil servislerinde çalışan, farklı deneyim süreleri olan ve yaş ortalaması 33, 3 yıl olan 141 hekimle yaptıkları çalışmalarında durumluk anksiyete düzeyleri düşük (40.05 ± 7.5) ve sürekli anksiyete düzeyleri ise orta (45.4 ± 6.1) olarak saptanmıştır (64). Dias ve ark. Acil serviste yapılan invaziv girişimler sırasında asistan doktorlarının durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı olarak 35' ten 45' e yükseldiğini saptamışlardır (65). Bizim çalışmamızdaki acil tıp asistanlarının kaygı düzeyi daha yüksek saptandı (STAI-1: 45.20 ; STAI-2: 46.40). Bunun nedeni acil servis ortamının çok daha kaotik ve stresli olması olabilir.

Karaoğlu ve ark.'nın çalışmasında aile hekimlerinin %24.3'ünün durumluk, %58.6'sının sürekli anksiyetesi normalden fazla bulunmuştur. Diğer branş hekimlerinde ise sırasıyla %31.3 ve %53.7 oranında yüksek kaygı seviyesi saptanmıştır. Bizim çalışmamızda durumluluk kaygı seviyesi genel olarak orta düzeyde (%40.74'si düşük, %47.22'si orta, %12.03'si yüksek) idi. Sürekli kaygı seviyesi de orta düzeyde (%26.8'i düşük, %65.7'si orta, %7.4'ü yüksek) idi. Bu fark diğer çalışmada 40 ve üzeri puanların yüksek kaygı olarak değerlendirilmesinden doğmuştur. Bizim çalışmamızda kaygı düzeyleri üç bölüme ayrıldı ve 60 ve üzeri puanlar yüksek olarak değerlendirildi.

Karaoğlu ve ark.'nın çalışmasında durumluk kaygı düzeyi yaş, cinsiyet, çalışma yeri ve uzmanlık alanına göre fark göstermemiştir ($p>0.05$), ancak genç ve kadın hekimlerde sürekli anksiyete anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sönmez ve ark.'nın çalışmasında cinsiyete, yaş, çalışma süresi ve çalışma yeri açısından anksiyete düzeylerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak durumluk anksiyete düzeyi asistan hekimlerde ($42,1\pm 8,5$) en yüksek olarak saptanmıştır. Uzman hekimler ($40,6\pm 5,5$), öğretim üyesi ($36,6\pm 7,4$) ve pratisyen hekimlerin ($36,5\pm 7,6$) takiben anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0,013$) (64). Wong ve ark. acil tıp uzmanları ve asistanları arasında kaygı ve stres düzeyleri açısından fark bulamamışlardır. Sürekli kaygı düzeyinin stres ile doğru orantılı artmasını tespit etmişler ve sürekli kaygının bir stres belirtici olarak kullanılabileceğini önermişlerdir (66). Tıp fakültesi öğrencileri ve sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin incelendiği bir kaç çalışmada kadınların kaygı düzeyleri erkeklere kıyasla belirgin yüksek bulunmuştur (62,67-69). Sönmez ve ark.'nın çalışmasında STAI sürekli anksiyete skoru kadınlarda (2,46) erkeklerden (8,44) istatistiksel olarak anlamlı olmayan şekilde daha yüksek saptanmıştır ($p=0,19$) (64). Bizim çalışmamızda da benzer olarak durumluk kaygı düzeyi demografik verilere göre farklılık göstermezken sürekli kaygı düzeyi kadınlarda belirgin yüksekti ($p=0,013$). Ancak Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında kaygı düzeyinde cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır (51). Bizim çalışmamızda da kadınlarda süreklilik kaygısı belirgin olarak daha yüksekti ($p=0,013$). Kadın ATA'larının sürekli kaygı ölçeği ortalaması 49,24 ($SS=9,81$) iken erkek ATA'larının ortalaması 44,38 ($SS=9,84$) olarak görüldü. Kadınlarda kaygı düzeyinin daha fazla olmasının muhtemel nedenleri işte ve evde daha fazla sorumluluklara sahip olmaları, empati yönünden- kendilerini özellikle çocuk hasta veya çocuklu hastaların yerine daha çok koyarlar- daha gelişmiş olmaları düşünülebilir (70).

Karaoğlu ve ark.'nın çalışmasında aile hekimlerinin STAI-1 puanları yaş, cinsiyet ve çalışılan kuruma göre değişmemiştir; ($p>0.05$), STAI-2 puanları ise genç, üniversitede çalışan aile hekimlerinde anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$). Bizim çalışmamızda buna ters olarak STAI-2 puanları üniversitede çalışan ATA'larının kaygı düzeyi düşük olsa da anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bunda hasta sayısının daha az ve uzman ve hocalara ulaşımın daha kolay olması bir etken olarak düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan ATA'larının %52'si herhangi bir maddeye bağımlılığının olduğunu bildirdiler. Bu ülke ortalamasının oldukça üstündedir (71).

Tüm ATA'larının %42.59'u tütün ve tütün mamulü kullanırken, %31.48'i alkol kullanmaktadır. Tütün kullanım oranı TÜİK'in 2019 yılındaki çalışma sonucu olan %45.5 ile uyumludur. Alkol kullanım oranı ise yine TÜİK'in 2019 yılı çalışmasının sonucu olan %26.60'nin ise üzerindedir (72,73). Ülkemizde hekimler üzerine yapılan araştırmalarda sigara içme oranları ortalama %16 ile %54 arasında değişmektedir (74,75). Bu değerlerin toplum önünde ve topluma özellikle sağlık alanında rol model olan hekimler için yüksek olduğu aşikârdır. Katı ve arkadaşlarının acil servis çalışanlarıyla yaptığı çalışmada bu oranlar tütün ve tütün mamulü için %35.5, alkol için %43.1'dir (76). Demirel ve arkadaşlarının sadece acil servis hekimleriyle sigara kullanımı üzerine yaptığı bir çalışmada ise sigara kullanım oranı %45.1'dir (77). Çadircı ve arkadaşlarının dâhili bilimler asistanlarıyla yine sadece sigara kullanımı üzerine yaptığı bir çalışmada ise bu oran sadece %15 ile şaşırtıcı bir şekilde düşük bulunmuştur (78). Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı tüm sağlık çalışanı kollarıyla yapılan bir çalışmada ise tütün ve tütün mamulü kullanımı %36.2 alkol kullanımı ise % 14.1 civarında tespit edilmiştir (79). Uyuşturucu kullanım oranı çalışmamıza katılan ATA arasında %3.70'dir. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) 2017 raporunda bu oran ülkemiz için 15-64 yaş için %0.70 iken çalışma grubumuzla daha uyumlu olan 15-34 yaş için %1 olarak tespit edilmiştir (80). Bu oran da sağlık çalışanları arasında uyuşturucu madde kullanım oranının toplumun diğer kesimlerine göre daha yüksek olduğunu düşündürebilir. Bunda sağlık çalışanlarının tedavi amaçlı da kullanılabilen uyuşturucu maddeleri hastane içinden temin etme durumu göz önünde bulundurulabilir.

Madde kullanım sürelerine baktığımızda kişilerin özellikle 5-10 yıl içinde madde kullanım alışkanlığına başladığını görüyoruz (%43.4). Bu bize kişilerin özellikle üniversite hazırlık ve üniversite döneminde madde kullanım alışkanlığını kazandığını göstermektedir. Kutlu arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada 5-10 yıl içinde sigaraya başlayanların oranı %55 civarındaymış (81). Aradaki farkın çalışmamızda 1-5 yıl içinde sigaraya başladıklarını ifade eden %23.9'luk kesimden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu da ATA için sigaraya başlamanın ikinci pik döneminin TUS'a hazırlanma ve asistanlık dönemi olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de 15-64 yaş arası yıllık sigara tüketim miktarı 1771 adettir (82). Kaba bir hesapla bu miktar 20 paket yıla denk gelmektedir. Demirel ve ark.’ın yaptığı çalışmada günlük 15-25 adet sigara kullanımı ATA’larının %51’ini oluşturmaktaymış. Bizim çalışmamızda bu oran %62 civarındaydı. Bu da ATA için yıllık tütün ve mamullerinin tüketiminin ülkemiz ortalamasının oldukça üstünde olduğunu ortaya koymuştur.

ATA’larının alkol aldığını ifade edenlerinin %47’si haftada birden daha az alkol aldığını bildirdi. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü’nün (OECD) 2020 yılı raporuna göre ülkemizde kişi başı alkol tüketimi 1.4lt’dır (83). Bu miktar çalışmamız sonucuyla uyumludur. Yalnız bu miktarda ülkemize gelen milyonlarca yabancı turistin de katkısı olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızda tütün ve tütün mamulü kullanım oranı kadınlarda %37.7, erkeklerde %45.45’tir. Tütün ve tütün mamulü kullanımıyla cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki kurulamadı ($p=0,332$, $p>0,05$). Bizim gibi tütün ve tütün mamulü ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulamayan çalışma mevcuttur (84). Bunun yanında erkeklerde tütün ve tütün mamulü bağımlılığının daha fazla olduğu sonucuna varan çalışma da vardır (85). Sigaranın özellikle hamile kadınlar ve emziren anneler üzerinden fetüs ve bebeklere olan etkisi bilinse de hangi cinsiyetten olursa olsun çok büyük zararı olduğu bir gerçektir.

Alkol ile cinsiyet arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı. Daha küçük yaşlardaki öğrencilerde yapılan araştırmalarda cinsiyet açısından anlamlı fark çıkmış ve erkeklerin daha çok alkol tükettiği görülmüştür (86). Bizim çalışmamızda olduğu gibi daha büyük bireylerde yapılan çalışmalarda ise alkol cinsiyet ilişkisi saptanamamıştır (87).

Çalışmamızda ailede ve arkadaş çevresinde tütün ve tütün mamulleri ile alkol kullanımıyla madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Diğer birçok çalışmada madde kullanımında ailenin ve arkadaş çevresinin etkisi görülmüştür (88). Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik çağında ailesinde ve arkadaş çevresinde madde kullanım hikâyesi olan bireyler madde kullanımına daha yatkındırlar. Rol model olarak aldıkları ebeveynlerinin tütün ve tütün mamulleri ile alkol tükettiğini görerek büyüyen çocuklarda bu durum madde kullanımına başlamak için kolaylaştırıcı faktör olarak görülür. Arkadaş çevresinin etkisi de aynı şekilde rol model alma durumu

olduğu gibi toplumda yer edinme, kendine sosyal bir çevre oluşturma amacıyla da madde kullanmaya başlayabilirler.

Çalışılan hastane türü ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Yine aynı şekilde hasta sayısı ile kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. DKÖ ($p=0,985$), SKÖ ise ($p=0,973$) şeklindedir. Ülkemizde 2017 verilerine acil servislere yıllık başvuru sayısı nüfusumuzun 1.3 katıdır. Dünyanın önce gelen ülkelerinden İngiltere’de ve Amerika Birleşik Devletleri’nde bu oran 0.41,Avustralya’da ise 0.31’dir (89). Dünya ortalamasının oldukça üzerinde olan bu sayı ATA üzerinde olumsuz etki göstermesi, mesleki kaygı düzeyini yükseltmesi muhtemeldir. Ülkemizde ve tüm dünyada anket sürecimizi içine alacak şekilde etki gösteren COVID-19 pandemisi nedeniyle hastanelere ve AS’e başvuru sayısının, özellikle de AS’e en çok başvurunun yapıldığı triyaj bölümü olan yeşil alan başvuru sayısının düştüğü bilinmektedir (90).

Bunun yanında tutulan nöbet şekliyle kaygı ölçeği ve madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır 24 saat nöbet tutmanın zorluğu bilinmektedir. 24 saat boyunca konsantre bir şekilde hasta bakmak, özellikle kişinin fiziksel ve ruhsal enerjisinin tükendiği nöbetin son saatlerinde çok zordur.Bu üç veriyi birleştirirsek acil tıbbın, şartlar ne olursa olsun kaygılı bir ortam olduğunu görmüş oluruz.

Asistanlık boyunca psikolojik destek alanlarla süreklilik kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulduk. Bu ilk bakışta doğal bir sonuç gibi görülebilir; bu sonucun önemi ATA’larının süreklilik gösteren bir kaygı durumunda psikolojik destek almaktan çekinmediklerini göstermesidir. Asistanlıkta psikolojik destek alımı ile durumluk kaygı ölçeği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Yani ATA kısa süreli kaygı durumlarında psikolojik desteğe başvurmamaktadırlar.

Tütün ve tütün mamulü, alkol, uyuşturucu madde ve bağımlılık yapıcı reçeteli ilaç kullanımıyla durumluk ve süreklilik kaygı ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bizim çalışmamızda böyle bir ilişki bulunmasa da birçok çalışmada madde kullanımı ile kaygı arasında iki yönlü bir etkileşimden söz edilir. Şöyle ki bazı çalışmalara göre madde kullanımı kaygıyı artırırken, bazı çalışmalarda bunun tam tersi bir etkiden bahsedip kaygının ve anksiyetenin madde kullanımına başlamayı kolaylaştırdığı tespit edilmiştir (91,92).

ATA'larının yaklaşık %80'i asistanlık öncesi acil serviste çalışmışlardır. Bu bize ATA'larının acil servis ortamına alışkın olduklarını ve bu işi severek yapıp, hayatlarının bir parçası haline getirdiklerini göstermesi açısından önemlidir.



6.SONUÇ

Hastaneler malzemesi insan olan sanatkârların çalıştığı, görevi insan hayatını korumak ve kurtarmak olan kurumlardır. Bu kurumun en önemli sanatkârı doktorlardır. Bir insanın hayatına dokunmak, kutsal olduğu kadar heyecan ve stres dolu bir olgudur. Bu kaygı zaman zaman doktorların tüm hayatına yansiyarak kişiliklerinin bir parçası halini alır.

Genel itibariyle belli bir düzende yönetilen hastanelerin bu durumdan bağımsız bölümü ise acil servislerdir. Acil servisler işleyiş bakımından kaotik, stresli ve çok hareketli bir ortamdır. Acil tıp uzmanlığı bu zor ortamın idaresini sağlamak, işleyişini daha istikrarlı bir zemine oturtmak için kurulmuştur. Uzun ve zorlu bir eğitim sürecinin ardından acil tıp uzmanlığı eğitimine başlayan acil tıp asistanları genel itibariyle hiç olmayan ya da az olan mesleki deneyimlerinin de etkisiyle bu zorlu ortamdan daha fazla etkilenmektedirler. Mesleğin zorluğu, hasta ve hasta yakınlarının tavrı, hayata dair belirleyici kararların verildiği bir dönemde bulunulması acil tıp asistanlarının kaygı düzeyini arttırmaktadır. Acil tıbbın kendi doğasından kaynaklanan nedenlerin de katkısıyla acil tıp asistanlarının kaygı düzeyi diğer bölümlerdeki meslektaşlarına göre daha yüksek olmaktadır. Özellikle de doğaları gereği daha naif ve kırılgan olan kadın acil tıp asistanlarının kaygılı durumu adeta kişiliklerinin bir parçası halini almıştır. Çalışmamızda gördük ki kaygı düzeyi yüksek acil tıp asistanları psikolojik destek almaktan çekinmemektedirler. Bu profesyonel desteğin kurumsal bir hal alması, düzenli aralıklarla psikolojik rehabilitasyon amaçlı kişisel ve grupsal toplantılar düzenlenmesi yararlı bir yaklaşım olacaktır. Profesyonel destek oldukça önemli olmakla birlikte aynı yollardan geçen kıdemli acil tıp asistanlarının, uzmanların ve hocaların desteği en az profesyonel destek kadar önemlidir. Onların rehberliğinde acil tıp asistanlarının kaygı düzeyinin düşecek, verecekleri destek bu zorlu süreci kolaylaştıracaktır.

Topluma ve diğer branşlardaki meslektaşlarına göre kaygı düzeyi daha yüksek olan acil tıp asistanları aynı zamanda toplum ortalamasına göre daha yüksek madde bağımlılığı oranına sahiptirler. Kaygı düzeyiyle madde kullanımı arasında bir ilişki saptayamadık, lakin toplumun önünde onlara rol model olan insanlardan olan acil tıp asistanlarının madde bağımlılığı oranının yüksek olması üzüntü vericidir. Bunda kaygıdan daha çok aile, arkadaş ve iş çevresinin etkili olduğunu gördüğümüz

Çalışmamız neticesinde madde bağımlılığıyla mücadelede toplum temelli yöntemlerin önemini görmüş olduk. Bu nedenle madde bağımlılarının tedavisinde özellikle yakın çevresiyle iş birliğinin arttırılması yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Madde kullanma yaşının her geçen gün düştüşü günümüzde madde bağımlısı ebeveynlerin tedavisi gelecekte yeni madde bağımlılarının oluşmaması için önemli bir silahtır.



7.KAYNAKLAR

1. Acilci.net[internet]. Tıp tarihi yazı dizisi / Bölüm 1: Tıbbi Bilgi Evrimi; erişim tarihi: 04/02/2021 <https://acilci.net/tip-tarihi-yazi-dizisi-bolum-1-tibbi-bilgi-evrimi/>
2. Acilci.net[internet]. acil tıp nedir? Erişim tarihi:04/02/2021 <https://acilci.net/acil-tip-nedir/>
3. eusem.org[internet]. What is em? Erişim tarihi:01/03/2021 <https://eusem.org/about-us/what-is-em>
4. National Research Council 1966. Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9978>.
5. Satar S, Cander B, Avcı A, Açıkalin A, Orak M., Açın M, Çınar H, Karakılıç ME. Why Speciality in Emergency Medicine is not Preferred? JAEM 2013; 12: 234-6
6. KILIÇ C, İNCİ F Acil Tıp Çalışanlarında Travmatik Stres: Yaş ve Eğitimin Koruyucu Etkisi, Türk Psikiyatri Dergisi 2015;26(4):236-41
7. Okpara, J. O., Squillace M. & Eröndü E. O. (2005). Gender Differences And Job Satisfaction: A Study Of University Teachers İn The United States. Women İn Management Review, Vol.20, No.3, P.178
8. Berksun OE. Anksiyete ve anksiyete bozuklukları. 2nci baskı. İstanbul. Turgut Yayıncılık, 2003.
9. Köknel Ö, Kaygı Bozuklukları Genel ve Klinik Psikiyatri, Nobel Tıp Yayını, İstanbul 1989, s. 44.
10. Yuksel, N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara, Türkiye. Medikal ve Nobel;2006.
11. Koroğlu E, Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
12. Spielberger, C. D, Theory and research on anxiety. Anxiety and behavior. New York Academic press; 1966.
13. Uptodate.com. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adults Author: Bystritsky A, MD, PhD erişim tarihi:2/3/2021 <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-generalized-anxiety-disorder-in-adults>
14. Najt P, Fusar-Poli P, Brambilla P. Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. Psychiatry Res 2011; 186: 159-164.
15. Dagher RK, Green KM. Does depression and substance abuse co-morbidity affect socioeconomic status? Evidence from a prospective study of urban African Americans. Psychiatry Res 2015; 225: 115-121.
16. Book SW, Thomas SE, Smith JP, et al. Severity of anxiety in mental health versus addiction treatment settings when social anxiety and substance abuse are comorbid. Addict Behav 2012; 37: 1158-1161
17. Balseven, A, Özdemir, Ç, Tuğ, A., Hancı, H, Doğan, Y. (2002). Madde Kullanımı, Bağımlılıktan Korunma ve Medya, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 11, 91-93
18. Monroe, TB, Kenaga, H, Dietrich, MS., Carter, MA., Cowan, RL. (2013). The Prevalence of Employed Nurses Identified or Enrolled in Substance Use Monitoring Programs. Nursing Research. Jan-Feb; 62(1):10-5.

19. Acar ŞT, Yazıcı K, Köksal R, Sanberk S, Yazıcı A. Hocam, Bir Kahve Daha Alır Mıydınız? Bir Tıp Fakültesinde Öğrenciler, Asistanlar Ve Öğretim Üyeleri Arasında Kafein, Alkol Ve Sigara Tüketimi. Yeni Symposium. 2011;49(2):120-124
20. Sullivan, E.J. Decker P.J. (2009). Effective Leadership and Management in Nursing. 7. Edition. Pearson Education Inc. New Jersey. 275-288.
21. İfem.cc [internet]. Uluslararası acil tıp federasyonu. Erişim tarihi:06/02/2021 erişim adresi: <https://www.ifem.cc/about-us/>
22. Med.uc.edu [internet], University of Cincinnati College of Medicine /Departments / Emergency Medicine / Home erişim tarihi:06/02/2021 erişim adresi: <https://med.uc.edu/depart/emergency-medicine/home>
23. tuk.saglik.gov.tr [internet] Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v2.3(2019) erişim tarihi: 06/02/2021 erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,50050/acil-tip.html>
24. eusem.org [internet]. EUSEM, What is EM? Erişim tarihi: 06/02/2021 erişim adresi: <https://eusem.org/about-us/what-is-em>
25. Sdplatform.com [internet] ,Şahin SK. Türkiye'nin acil sorunu: Acil yardım hizmetlerinde reorganizasyon-2 erişim tarihi:09/03/2021 erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Dergi/208/Turkiyenin-acil-sorunu-Acil-yar-dim-hizmetlerinde-reorganizasyon-2.aspx>
26. Öztürk D. Ülkemizde acil tıbbın gelişimi SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2017 42: 6-7
27. resmigazete.gov.tr [internet] 30 Nisan 1993 Resmi Gazete 21567: 6 erişim tarihi: 07/02/2021 erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/21567.pdf>
28. resmigazete.gov.tr [internet] 19 Haziran 2002 Resmi Gazete erişim tarihi: 07/02/2021 erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2002/06/20020619.htm#9>
29. resmigazete.gov.tr [internet] 26 Nisan 2011 Resmi Gazete erişim tarihi: 07/02/2021 erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110426-1.htm>
30. osym.gov.tr [internet] 2020 Bahar Dönemi TUS kontenjanları erişim tarihi:07/02/2021 erişim adresi: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2020/TUSDONEM1/kontenjanlar-tablosu03012020.pdf>
31. medimagazin.com.tr [internet] Acil Tıp 4 Yıl - Doç. Dr. Cem Oktay erişim tarihi:07/02/2021 erişim adresi: medimagazin.com.tr/authors/cem-oktay/tr-acil-tip-dort-yil-72-50-2836.html
32. Pehlivan M. Hastanelerde çalışanlara yönelik şiddet ve önlenmesi [Yüksek Lisans Tezi] İstanbul. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı; 2015
33. Campbell JC, Messing JT, Kub J, Agnew J, Fitzgerald S, Fowler B, et al. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. Occup Environ Med 2011;53(1):82-9.
34. Atik D. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir devlet hastanesi örneğinde incelenmesi. NWSA-Medical Sciences 2013;8(2):1-15.
35. Çatel M. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir üniversite hastanesi ölçeğinde incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi] İstanbul. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı 2015.

36. İkizceli İ. Erişkin acil servisleri SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım 2018 tarihli 48. sayı, 30-31 sf.
37. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P: The abuse of alcohol and drugs. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P (ed.): Oxford Textbook of Psychiatry'de, 3.baskı, Oxford University Press, Oxford, 1995. s.438-461
38. Meza E, Kranzler HR: Closing the gap between alcoholism research and practise: the case for pharmacotherapy. Psychiatric Services 1996; 47(9): 917-920.
39. tarimorman.gov.tr [internet] 2004-2019 Yılları (litre) alkol üretimi erişim tarihi:08/02/2021 erişim adresi: https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Belgeler/Alkoll%C3%BC%20%C4%B0%C3%A7kiler/kamuoyuna_yonelik_bilgiler/3_5_1_litre.xlsx
40. tarimorman.gov.tr [internet] 1925-2020 yılları arasında sigara satışı, tarım orman genel müdürlüğü resmi internet sayfası, erişim tarihi: 27/02/2021 https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Belgeler/T%C3%BCt%C3%BCn%20Mamulleri/A.6.%20Tutun_mamulleri_istatistikleri/3_sigara%20satis_1925_2020_grafik.xls
41. Erbay E ,Oğuz N ,Yıldırım B, Fırat E . Alkol ve Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Başa Çıkma Tutumları. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2016; 20(3): 597-609.
42. Yargıç, İ. Sağlık çalışanlarında bağımlılıkla ilgili sorunlar ve çözüm yolları. Klinik Gelişim, 2009, 22.4: 84-87
43. Özen Bekar E. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanımı Olan Hemşireler ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin Yaklaşımı: Bir Literatür İncelemesi, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2014, cilt:1 sayı:1 sf:43-47
44. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri Ve Normal Dışı Davranışlar. Metis Yayıncılık; 1997-307
45. Gökalp, P. G. (2000). Yaygın Anksiyete Bozukluğu. İçinde: Tükel, R. Anksiyete Bozuklukları. 1.Baskı. Ankara. Çizgi Tıp Yayınevi, 137-156.
46. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983: 1-26.
47. tuik.gov.tr [internet] 2020 Yılı Evlenme ve Boşanma istatistikleri <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2020-37211> erişim tarihi 06/03/2021
48. raporlar.org [internet] Yıldız N, Avcı H. Erken Evliliklerin Toplumsal Meşruiyeti: Nitel Bir Çalışma Proje Danışmanı: Prof. Doç. Dr. Rüstem ERKAN Proje Yürütücüsü: Yrd. Doç. Dr. Naciye YILDIZ 2018 erişim tarihi:04/03/2021 erişim adresi: https://www.raporlar.org/wp-content/uploads/2018/04/Erken_Yasta_Evlilik_Raporu.pdf
49. Mersin S. Öksüz E. Üniversite Öğrencilerinde Aile Desteğinin Kaygı Düzeyine Etkisi. *Journal of International Social Research*; 2014, Vol. 7 Issue 35, p643-650, 8p
50. Turkis.org [internet] 2021 yılı Şubat ayı açlık ve yoksulluk raporu, erişim tarihi: 06/03/2021 erişim adresi: <http://www.turkis.org.tr/Subat-2021-Aclık-Ve-Yoksulluk-Sınırı-d488756>
51. Ünal F.E, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Ve Anksiyete Sıklığının Saptanması Ve Sosyodemografik Faktörlerin Araştırılması, [Tez], T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği,2008

52. Şengönül, T. “Sosyal Sınıfın Boyutları Olarak Gelirin, Eğitimin ve Mesleğin Ailelerdeki Sosyalleştirme-Eğitim Süreçlerine Etkisi”, *Eğitim ve Bilim*, (2013). 38(167), 128-143.
53. Demir F, Ay P. İstanbul’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı Ve İlişkili Etkenler *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18(1):31-37
54. Yumi Sakata, et al, Effort-Reward Imbalance and Depression in Japanese Medical Residents. *Journal of Occupational Health* Aug 25, 2008
55. Le Fevre M, Matheny J, Kolt GS. Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. *J. Manag. Psychol.* 2003; 18, 726–744.
56. Leung MY, Chan IYS, Cooper CL. Theories of Stress, in *Stress Management in the Construction Industry*; John Wiley and Sons, Ltd.: Chichester, UK, 2014.
57. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol. Health Med.* 2015, 20, 353–362.
58. Angerer P, Petru R, Nowak D, Weigl M. Workingconditions and depression in physicians. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 2008; 133, 26–29
59. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. Anxiety and depression in residents- Results of a Swiss longitudinal study. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 2009; 55, 37–50.
60. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. Popul. *Acad. Med.* 2014; 89, 443–451.
61. Busireddy, KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of interventions to reduce resident physician burnout: A systematic review. *J. Grad. Med. Educ.* 2017; 9, 294–301
62. González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Iribar C, Molina-Ruano R, Salinero-Bachiller M, Peinado JM. Acute Stress and Anxiety in Medical Residents on the Emergency Department Duty. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Mar 13;15(3).
63. Karaoğlu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F, Aile Hekimlerinde Durumluk Ve Sürekli Anksiyete Düzeyi: Bir Vaka Kontrol Çalışılması, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2009; 13(3): 119-126
64. Öztürk Sönmez L, Medikolegal Endişeler Ve Acil Tıp Doktorları Üzerindeki Etkileri [tez] T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı (Acil Tıp Bilim Dalı), 2019
65. Dias RD, Scalabrini Neto A. Acute stress in residents during emergency care: a study of personal and situational factors. *Stress.* 2017 May;20(3):241-248.
66. Wong ML, Anderson J, Knorr T, Joseph JW, Sanchez LD. Grit, anxiety, and stress in emergency physicians. *Am J Emerg Med.* 2018 Jun;36(6):1036-1039.
67. Akdeniz Y.S. Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerine Verilen Kardiyopulmoner Resüsitasyon Eğitiminin Değerlendirilmesi Ve Kaygı Düzeyi Üzerine Etkisinin Araştırılması [tez], T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 2013.
68. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI); TEA Ediciones: Madrid, Spain, 1982.
69. Guillén-Riquelme A, Buéla-Casal G, Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el state trait anxiety inventory (STAI). *Psicothema* 2011, 23, 510–515

70. Theorell T Changing society: changing role of doctors BMJ 2000; 320: 1417-1418
71. sbb.gov.tr [internet] T.C. Kalkınma Bakanlığı On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Sağlıklı Yaşam Ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu Raporu, Ankara (2018) erişim tarihi:12/03/2021 erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikliYasam_ve_BagimliliklaMucadeleCalismaGrubuBagimliliklaMucadeleAltCalismaGrubuRaporu.pdf
72. tük.gov.tr [internet], Bireylerin Alkol Kullanma Durumunun Cinsiyet Ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı, 04/06/2020, Erişim Tarihi: 08/03/2021 Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>
73. tük.gov.tr [internet], Bireylerin Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyet Ve Yaş Grubuna Göre Dağılımı, 04/06/2020, Erişim Tarihi: 08/03/2021 Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>
74. Sezer R, Öztürk Ş, Bilgin N, Açık Y, Çandır Z, Özdemir N. Elazığ'da Görev Yapan Hekimlerin Ve Diş Hekimlerinin Sigara Konusundaki Davranışları, tutumları. Turkish Journal of Medical Sciences. 1990;14:381-90.
75. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Tuberk Toraks. 2007;55(4):350-5
76. Katı S, Durak V, Akköse Aydın Ş . Acil Serviste Çalışmakta Olan Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri Ve Depresyon Olasılığının Değerlendirilmesi. Sted. 2020; 29(2): 131-136.#.
77. Demirel B. Hekimlerin Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle İlgili Tutumları Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Cilt: 9 Sayı: 5 Eylül - Ekim 2017
78. Çadırcı d, Ayazöz y, Er b, Oturakçioğlu e, Çelik k. , Türk Aile Hek Derg 2020; 24 (3): 138-145
79. Yıldız A, Çiçek İ, Şanlı ME, Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara Ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi CBU-SBED, 2018, 5(3):126-132
80. Sbb.gov.tr [internet] https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/04/SaglikliYasam_ve_BagimliliklaMucadeleCalismaGrubuBagimliliklaMucadeleAltCalismaGrubuRaporu.pdf erişim tarihi:07/03/2021
81. Kutlu, R., Marakoğlu, K., & Çivi, S. (2005). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu Ve Etkileyen Faktörler / The Frequency and Affecting Factors of Smoking Among Nurses of Medicine Faculty of Meram, University of Selçuk, Konya. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1), 29–34.
82. Who.org [internet] Adult-tobacco-surveys-tobacco-use-and-smoking erişim tarihi: 07/03/2021 erişim adresi: https://www.who.int/tobacco/global_report/Table-11-1-Adult-tobacco-surveys-tobacco-use-and-smoking.xls
83. Health at a Glance 2019. (2020). Health at a Glance 2019. OECD/Mexico Policy Centre. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

84. Taner S. (2005) Boğaziçi Üniversitesi Öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Uzmanlık Tezi. Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul p.55
85. Ögel K, Uğuz ğ, Sır A, Yenilmez Ç, Tamar M, Çorapçıoğlu A, Doğan O, Tot ğ, Bilici M, Tamar D, Evren C, Liman O. (2003) Türkiye'de İlköğretim Ve Ortaöğretim Gençliği Arasında Esrar Kullanım Yaygınlığı Bağımlılık Dergisi, 4(1): 15-19
86. Levent Y. (2018). Malatya İli Battalgazi ve Yeşilyurt İlçelerinde Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Sıklığı ve Etkileyen Faktörler.
87. Akdeniz F., Kesebir S., Vahip S., Yüncü Z. (2005) Bipo lar Bozuklukta Mizaç İle Klinik Özelliklerin İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3) s:164-169. Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com>
88. Kutlu, R., Marakoğlu, K., & Çivi, S. (2005). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu Ve Etkileyen Faktörler / The Frequency and Affecting Factors of Smoking Among Nurses of Medicine Faculty of Meram, University of Selçuk, Konya. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1), 29–34.
89. Researchgate.net [internet], Acil Servis Kalite Standartlarında Türkiye'nin Durumu, erişim tarihi 07/03/2021 erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/320616741_Acil_Servis_Kalite_Standartlarinda_Turkiye'nin_Durumu
90. The impacts of the COVID-19 outbreak on emergency department visits of surgical patients. Göksoy, Beslen; Akça, Muhammed Tahir; Inanç, Ömer Faruk. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg ; 26(5): 685-692, 2020 Sep. Article de Anglais | Medline | ID: mdl-32946100
91. Yazıcı H, Ak İ. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler, Kişisel Sağlık Davranışları Ve Sigara İçme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:224-231.
92. Özbay H, Şahin N, Hıncal G, Öztürk E, Güngör S, Aktaş A, Aybaş M, Göka E. Ergenlerde Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımının Benlik İmajı, Depresyon Ve Anksiyete Ölçümleri İle İlişkileri. Düşünen Adam 1991;4:53-58

8.EKLER

8.1.Ek-1:Anket Formu Birinci Bölüm

ACİL TIP ASİSTANLARININ KAYGI DÜZEYİ, MADDE KULLANIMI VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Değerli ATA;

Bu anket çalışması, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANA BİLİM DALI öğrencisi Mehmet Arslan'ın "ACİL TIP ASİSTANLARININ KAYGI DÜZEYİ, MADDE KULLANIMI VE ARALARINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ" Uzmanlık Tezi kapsamında istatistiksel veri elde edilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışmamız 3 bölüm ve 74 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde kendinizle ilgili sorulara, diğer iki bölümde (STAI 1 ve 2 farkındalık testleri) tüm sorulara cevap vermeniz gerekmektedir. Bu çalışmada mail adresleriniz toplanmayacaktır. Mail adresinizi bildirmezsiniz durumunda kişisel kaygı testi sonucunuz ve anket sonuçları geri bildirim olarak iletilecektir. Katılımınız için teşekkür ederim. Dr. Mehmet ARSLAN, 2020

* Gerekli

E-mail adresiniz

2. soruya gidin

GENEL BİLGİLER VE BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANIMI

1) CİNSİYETİNİZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ ERKEK

☐ KADIN

2) YAŞINIZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ 24-28

☐ 28-32

☐ 32-36

☐ +36

3) MEDENİ HALİNİZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVLİ
- ☐ BEKÂR
- ☐ BOŞANMIŞ

4) EVDE KİMLERLE YAŞIYORSUNUZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ YALNIZ
- ☐ AİLEMLE
- ☐ EŞİMLE/PARTNERİMLE
- ☐ ARKADAŞLARIMLA

5) ÇOCUĞUNUZ VAR MI? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
- ☐ HAYIR

6) ÇOCUĞUNUZ VARSA ÇOCUK SAYINIZ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4/4+

7) AYLIK GELİRİNİZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ <5000 ₺
- ☐ 5000-10000 ₺
- ☐ 10000-20000 ₺
- ☐ >20000 ₺

8) BEDEN KİTLE İNDEKSİNİZ? (AĞIRLIK/BOYUNUZUN KARESİ) *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ <20
- ☐ 20-25
- ☐ 25-30
- ☐ 30-35
- ☐ 35-40
- ☐ >40

9) ÇALIŞTIĞINIZ HASTANENİN TÜRÜ ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ ÜNİVERSİTE HASTANESİ
- ☐ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

10) ACİL TIP KLİNİĞİNİZİN GÜNLÜK HASTA SAYISI ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ <100
- ☐ 100-200
- ☐ 200-500
- ☐ 500-1000
- ☐ 1000-2000
- ☐ >2000

11) ASİSTANLIKTA KAÇINCI YILINIZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4

12) DAHA ÖNCE BAŞKA BİR BÖLÜMDE ASİSTANLIK YAPTINIZ MI? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ HAYIR
- ☐ EVET -TEMEL BİLİMLER
- ☐ EVET - DAHİLİ BİLİMLER
- ☐ EVET - CERRAHİ BİLİMLER

13) ASİSTANLIK ÖNCESİNDE ACİL SERVİSTE ÇALIŞTINIZ MI? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
- ☐ HAYIR

14) ACİL TIP KLİNİĞİNİZDE NÖBETLER NE ŞEKİLDE TUTULMAKTADIR? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ SHIFT USÜLÜ
- ☐ 24 SAAT
- ☐ KARIŞIK

15) ŞUANDA BİR BÜYÜKŞEHİR'DE Mİ YAŞIYORSUNUZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
- ☐ HAYIR

16) DAHA ÖNCE BİR BÜYÜKŞEHİRDE Mİ YAŞIYORDUNUZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

17) BAĞIMLILIK YAPICI BİR MADDE KULLANIMI ALIŞKANLIĞINIZ VAR MI?

(SİGARA, ALKOL, UYUŞTURUCU MADDE, VB.) *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

18) AİLENİZDE BAĞIMLILIK YAPICI BİR MADDE KULLANAN VAR MI?

(ANNE/BABA/AĞABEY/ABLA) *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

19) YAKIN ARKADAŞ ÇEVRENİZDE BAĞIMLILIK YAPICI
BİR MADDE KULLANAN VAR MI? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

20) YAKIN İŞ ÇEVRENİZDE BAĞIMLILIK YAPICI BİR MADDE
KULLANAN VAR MI? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
☐ HAYIR

21) BAĞIMLILIK YAPICI HANGİ MADDEYİ KULLANIYORSUNUZ?

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ TÜTÜN MAMULLERİ (SİGARA, NARGİLE, VB.)
- ☐ ALKOL
- ☐ UYUŞTURUCU VE UYARICI MADDE
- ☐ REÇETELİ İLAÇLAR (OPIOİDLER, SEDATİVLER, STİMÜLANLAR, VB.)

Diğer: ☐ _____

22) KAÇ YILDIR TÜTÜN MAMULLERİ KULLANIYORSUNUZ ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 0-1
- ☐ 1-5
- ☐ 5-10
- ☐ +10

23) KAÇ YILDIR ALKOL KULLANIYORSUNUZ ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 0-1
- ☐ 1-5
- ☐ 5-10
- ☐ +10

24) KAÇ YILDIR UYUŞTURUCU MADDE KULLANIYORSUNUZ ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 0-1
- ☐ 1-5
- ☐ 5-10
- ☐ +10

25) KAÇ YILDIR UYARICI KIRMIZI REÇETELİ PSİKİYATRİK İLAÇ KULLANIYORSUNUZ ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ 0-1
- ☐ 1-5
- ☐ 5-10
- ☐ +10

26) HANGİ SIKLIKLA TÜTÜN MAMULÜ KULLANIYORSUNUZ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ HER GÜN 1 PAKETTEN AZ
- ☐ HER GÜN 1 PAKET VE FAZLASI
- ☐ HAFTADA BİR PAKETTEN AZ
- ☐ HAFTADA BİR PAKET VE FAZLASI
- ☐ DAHA AZ SIKLIKLA

27) HANGİ SIKLIKLA ALKOL KULLANIYORSUNUZ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ HER GÜN
- ☐ HAFTADA BİR
- ☐ HAFTADA BİR KAÇ KEZ
- ☐ DAHA AZ SIKLIKLA

28) HANGİ SIKLIKLA UYUŞTURUCU VEYA DİĞER MADDELERİ KULLANIYORSUNUZ?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ HER GÜN
- ☐ HAFTADA BİR
- ☐ HAFTADA BİR KAÇ KEZ
- ☐ DAHA AZ SIKLIKLA

29) NÖBETLERDE MADDE KULLANIM SIKLIĞINIZ ARTIYOR MU?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
- ☐ HAYIR
- ☐ AZALIYOR

30) ACİL TIP ASİSTANLIĞINA BAŞLARKEN BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANIYOR MUYDUNUZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
- ☐ HAYIR

31) ACİL TIP ASİSTANLIĞINDA MADDE KULLANIMIZ ARTTI MI?

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- ☐ EVET
- ☐ HAYIR
- ☐ AZALDI

32) ACİL TIP ASİSTANI OLMANIZIN MADDE KULLANMANIZI ETKİLEDİĞİNİ DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ EVET

☐ HAYIR

33) ASİSTANLIĞINIZ SÜRESİNCE MADDE KULLANMAYI DÜŞÜNDÜNÜZ MÜ? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ EVET

☐ HAYIR

34) ASİSTANLIĞINIZ SÜRESİNCE PROFESYONEL PSİKOLOJİK DESTEK ALDINIZ MI? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

☐ EVET

☐ HAYIR

8.2. Ek-2: STAI-1 Formu

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakınım	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

8.3. Ek-3: STAI-2 Formu

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar baktığını hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)