

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ELAZIĞ İL MERKEZİNDE BULUNAN AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Sibel KARAASLAN**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ**

**ELAZIĞ
2015**

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. Murad ATMACA

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur

Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ

Danışman

Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri

.....
.....
.....
.....
.....

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalıŐmam sÜresince yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren tez danışmanım, Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye,

Eğitimim süresince bana emeği geçen Anabilim Dalı Öğretim Üyelerimiz Sayın Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Sayın Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Sayın Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ ve Sayın Yrd. Doç. Dr. A. Tefvik OZAN'a,

Birlikte alıŐtığımız Araştırma Görevlisi arkadaşlarıma,

Anketlerin doldurulması sırasında bana eşlik eden arkadaşım Ayşegül YILDIRIM'a,

Daima yanımda olduklarını bildiğim aileme teşekkür ederim...

ÖZET

Anksiyete, nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan, somatik belirtilerin eşlik ettiği bir bunaltı duygusudur. Bu çalışma Elazığ il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Elazığ il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan 245 sağlık çalışanı oluşturmuş, bunların 225'ine (112 aile hekimi, 113 aile sağlığı elemanı) ulaşılmıştır (Cevaplılık oranı: %91.8). Araştırmaya katılanlara içerisinde Beck Anksiyete Ölçeği'nin (BAÖ) de yer aldığı bir anket yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 37.84 ± 7.81 yıl, %66.7'si kadın, %84.9'u evli, %80.4'ünün çocuğu olup, %88.5'inin eşi çalışmaktadır. Katılımcıların BAÖ puan ortalaması 9.11 ± 8.71 'dir. Kadınların erkeklere, mesleğe bakışı olumsuz/kısmen olumlu olanların olumlulara, meslekten ve çalışma ortamından memnun olmayanların olanlara, sağlık durumunu kötü/orta olarak değerlendirenlerin iyi olanlara, şiddete maruz kalanlar ile şiddete uğrama ve şikayet edilme endişesi taşıyanların böyle bir durum yaşamayanlara, uyku sorunu, kronik fiziksel ve ruhsal hastalığı olanların olmayanlara, tükenmişlik yaşayanların diğerlerine göre anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaş, medeni durum, çalışma statüsü, gelir durumu, evde yaşayan kişi sayısı, meslekte hizmet süresi, sosyoekonomik düzey algısı, kişilik yapısı, sosyal destek alma durumu, sigara/alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapma ve son bir yıl içerisinde birinci derece yakınıni kaybetme durumları ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$)

Sonuç olarak, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) çalışanlarında anksiyete düzeyleri düşük olarak değerlendirilmiştir. Ancak, anksiyeteyi artırıcı faktörler ile ilgili iyileştirmeye yönelik çalışmaların yapılmasının bu düzeyi yükseltmeme ve çözüm açısından uygun olacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Aile Sağlığı Merkezi, anksiyete, Beck Anksiyete Ölçeği

ABSTRACT

ANXIETY LEVELS OF HEALTH WORKERS WHO WORK IN FAMILY HEALTH CENTERS LOCATED IN THE CENTER OF ELAZIĞ

Anxiety is the feeling of unknown, spontaneous, uncertain, fear, worry, boredom, worrying about bad thing which is going to be happen that accompanied by somatic symptoms. This study was carried out for evaluating the level of anxiety, also the factors affecting it, of health workers who work in Family Health Centers that are located in the center of Elazığ.

The universe of this study, which is cross-sectional, was formed with 245 health workers who are working in Family Health Centers that are located the center of Elazığ. 225 of them has been reached (112 family physicians, 113 family health staff) and response rate is 91.8% Participants of this research were implemented a questionnaire, including also Beck Anxiety Inventory (BAI), with face to face interviewing.

The average age of participants are 37.84 ± 7.81 years, 66.7% are females, 84.9% are married, 80.4% have children and 88.5% of their spouse is working, Participants' average BAI score is 9.11 ± 8.71 . The levels of anxiety women to men, overview to profession negative / that are partially positive to positive ones, those who are not satisfied with their profession and working environment to those who are satisfied ones, those whose health status are bad/medium to good ones, who suffer from violence or to be exposed to violence and who has anxiety to be complained to those who haven't live in a such situation, those who have sleeping problems, chronic physical and mental illness to those who haven't such problems, who live in burnout compared to others were higher than others. ($p < 0.05$).

There was no relation between the level of anxiety and the situation of age, marital status, work status, income status, the number of people living in the home, period of service in the profession, the perception of socioeconomic level, personality, and receiving social support, smoking/use of alcohol, doing regular exercise and losing first-degree relatives in the last year ($p > 0.05$).

As a result, anxiety levels are assessed as low in family health centers' personnel. However, it is thought to be appropriate for the solution to make studies

concerning factors of enhancing anxiety and it can be also helpful for not raising the level.

Key words: Family Health Center, Anxiety, Beck Anxiety Inventory (BAI)

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Anksiyete Bozuklukları	1
1.1.1. Anksiyetenin Tanımı	1
1.1.2. Anksiyetenin Belirtileri	1
1.1.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi	1
1.1.4. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi	2
1.1.4.1. Biyolojik Yaklaşım	3
1.1.4.2. Psikolojik Yaklaşım	4
1.1.4.3. Sosyal Yaklaşım	4
1.1.5. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması	5
1.1.5.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5
1.1.5.2. Panik Bozukluk	6
1.1.5.3. Özgül Fobi	7
1.1.5.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu	8
1.1.5.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk	9
1.1.5.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	10
1.1.5.7. Akut Stres Bozukluğu	12
1.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Önemi	12
1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	12
1.2.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	13
1.2.2.1. 1920-1937 Dönemi.	13
1.2.2.2. 1937-1960 Dönemi.	13
1.2.2.3. 1961-2004 Dönemi (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi).	14

1.2.2.4. 2004 Yılı Sonrası Dönem:	15
1.3. Aile Sağlığı Merkezleri	17
1.3.1. Aile Hekimleri	17
1.3.2. Aile Sağlığı Elemanları	18
1.4. Çalışma Hayatında Anksiyetenin Sık Karşılaşıldığı Gruplar	18
1.5. Sağlık Çalışanlarında Anksiyete	19
2. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3. BULGULAR	23
4. TARTIŞMA	36
5. KAYNAKLAR	50
6. EKLER	67
7. ÖZGEÇMİŞ	75

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Araştırma kapsamına alınanların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	23
Tablo 2.	Araştırma kapsamına alınanların aile özelliklerine göre dağılımı	24
Tablo 3.	Araştırma kapsamına alınanların mesleki durumları ve mesleklerine bakış açısından dağılımları	24
Tablo 4.	Araştırma kapsamına alınanların çalışma statülerine göre mesleki bakış ve mesleği tekrar seçme durumlarının dağılımı	25
Tablo 5.	Araştırma kapsamına alınanların kendileri ile ilgili sosyoekonomik ve sağlık algılamalarına göre dağılımları	25
Tablo 6.	Araştırma kapsamına alınanların çalışma statülerine göre kendileri ile ilgili sosyoekonomik ve sağlık durumu algılamalarına göre dağılımları	26
Tablo 7.	Araştırma kapsamına alınanların sağlık özellikleri ve sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarına göre dağılımı	27
Tablo 8.	Araştırma kapsamına alınanların karşılaştıkları şiddet türü, sayısı ve şiddet uygulayan kişiye göre dağılımları	28
Tablo 9.	Araştırma kapsamına alınanların cinsiyete ve çalışma statülerine göre şiddete maruz kalma durumlarının dağılımı	28
Tablo 10.	Araştırma kapsamına alınanların cinsiyete göre şiddete uğrama ve şikayet endişesi taşıma durumlarının dağılımı	29
Tablo 11.	Araştırma kapsamına alınanların çalışma statülerine göre şiddete uğrama ve şikayet endişesi taşıma durumlarının dağılımı	29
Tablo 12.	Araştırma kapsamına alınanların mesleki memnuniyetlerine göre dağılımı	29
Tablo 13.	Araştırma kapsamına alınanların kaygı/stres düzeylerini yükseltebilecek içsel ve çevresel faktörlere göre dağılımı	30
Tablo 14.	Araştırma kapsamına alınanların sosyo-demografik özelliklerine göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	31
Tablo 15.	Araştırma kapsamına alınanların aile özelliklerine göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	31

Tablo 16.	Araştırma kapsamına alınanların mesleki durumları ve mesleklerine bakış açılarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	32
Tablo 17.	Araştırma kapsamına alınanların sosyoekonomik ve sağlık algılamalarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	32
Tablo 18.	Araştırma kapsamına alınanların kendine yeterince zaman ayırabilme ve sosyal destek alma özelliklerine göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	32
Tablo 19.	Araştırma kapsamına alınanların sağlık özellikleri ve sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	33
Tablo 20.	Araştırma kapsamına alınanların şiddete uğrama ve şikayet endişesi taşıma durumlarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	34
Tablo 21.	Araştırma kapsamına alınanların mesleki memnuniyetleri ve takdir edilme durumlarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	34
Tablo 22.	Araştırma kapsamına alınanların kaygı/stres düzeylerini yükseltebilecek içsel ve çevresel faktörlere göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı	35

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇS	: Ana Çocuk Sağlığı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
DSM-IV TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, fourth edition text revision
ECA	: Epidemiyolojik Saha Çalışması
GABA	: Gama Amino Bütirik Asid
LC	: Lokus seruleus
NCS	: Ulusal Eştanı Araştırması
NO	: Nitrik oksit
OKB	: Obsesif-kompulsif bozukluk
PB	: Panik bozukluğu
PPN	: Pedinkülopontin nükleus
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VTA	: Ventral tegmental alan

1. GİRİŞ

1.1. Anksiyete Bozuklukları

1.1.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan, somatik belirtilerin eşlik ettiği bir bunalım, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (1).

Anksiyete terimi Latince “tıkanma, boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden türetilmiştir. Anksiyete ile birlikte anılan diğer kavram ise korkudur (1). Korku ise dışarıdan gelebilecek kaynağı belli gerçek bir tehlike karşısında kişinin verdiği tepkidir (2). Korkuya ve anksiyeteye bir takım fiziksel tepkiler eşlik eder (3).

1.1.2. Anksiyetenin Belirtileri

Normal anksiyete organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup, potansiyel bir tehlike varlığında organizmanın tehlikeli durumdan kendini sakınarak yaşamının devam etmesini sağlar. Eğer anksiyete objektif bir tehlike durumu olmaksızın ortaya çıkıyorsa veya abartılı ise ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise ‘anormal anksiyete’den söz edilir. Anksiyetenin somatik belirtileri arasında kas spazmları, çeşitli ağrılar, kas güçsüzlüğü, tremor, terleme, yorgunluk, irkilme, palpasyondan taşikardi ve ritim bozukluklarına kadar değişen kardiyak belirtiler, solukluk, hiperventilasyon, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, ağız kuruluğu, gastrointestinal yakınmalar, baş dönmesi, pareteziler, aşırı sinirlilik sayılabilir (4).

1.1.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları yaklaşık olarak her 5 kişiden birini etkileyen, en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır (5).

Anksiyete bozuklukları hakkında bilgiler geniş epidemiyolojik çalışmalar sayesinde elde edilmiştir. Epidemiyolojik Saha Çalışması (ECA) ve Ulusal Eşitlik Araştırması (NCS) Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yürütülmüş, bu alandaki önemli araştırmalardır (6). NCS verilerine göre; yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30.5, erkeklerde %19.2'dir (7). Farklı ülkelerde yapılmış epidemiyolojik çalışmaların incelendiği bir araştırmada anksiyete bozukluklarının yıllık prevalansının %10.6, yaşam boyu prevalansının %16.6 olduğu bildirilmiştir (8).

Yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %3-6 olarak bildirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık görülen anksiyete bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğudur (9). Yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalansının kadınlarda ve 30 yaşından daha genç kimselerde daha sık olduğu bulunmuştur (10). Anksiyete bozukluklarının alt tiplerine ait epidemiyolojik özellikler bu tezin ilerleyen bölümlerinde her grup için ayrı olarak verilmiştir.

1.1.4. Anksiyete Bozukluklarının Etyolojisi

Anksiyete bozukluklarının nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Ancak psikiyatrik hastalıklar ve genel tıbbi faktörlerle ilişkilidir. Anksiyete, önemli bir ilişkinin bitişi veya hayatı tehdit eden bir felakete maruz kalmak gibi çevresel stresörlere cevap olarak ortaya çıkabilir. Bazı tıbbi durumlar (hipertiroidi, feokromasitoma, hiperadrenokortisizm, kalp yetmezliği, aritmiler, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı) doğrudan anksiyeteye neden olabilir (11). Cinsiyet anksiyete bozukluklarında önemli bir diğer risk faktörüdür. Anksiyete bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır (12).

Anksiyetenin etyolojisinde genetik belirteçlerin önemli bir rol oynadığına dair çok sayıda kanıt mevcuttur. Anksiyeteye yakınlıkla ilişkili genler yoğun şekilde araştırılmaktadır (13). Birçok hastalık gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yakınlık olduğu düşünülmektedir (14).

Anksiyete bozukluğu hastalarında komorbidite (birden fazla hastalığın bir arada görülmesi) sıklığı yüksektir. Yaş grubu olarak 10-25 yaş arasındakiler,

anksiyete bozukluğu gelişimi açısından en yüksek riske sahiptirler. Diğer risk faktörleri kadın cinsiyet, davranışsal inhibisyon, kötü yaşamsal tecrübelerdir. Birçok anksiyete bozukluğu işsizlik, düşük eğitim düzeyi, gelir düşüklüğü ve evli olmamakla ilişkilidir (15).

1.1.4.1. Biyolojik Yaklaşım

Genetik: Anksiyetenin etyolojisinde genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair çalışmalar mevcuttur (13). Panik bozukluğun birinci derece akrabalar arasında normal popülasyona göre 4-7 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (16). Birinci derece akrabada sosyal fobi gözlenmesi, bozukluğun ortaya çıkma riskini 2-3 kat artırmaktadır (17). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) hastalarının en az yüzde 30'unun birinci derece yakınlarında da OKB mevcut olduğu bildirilmiştir (18).

Nörobiyoloji: Limbik yapılar içinde amigdala korku duygusu ve anksiyete oluşumunda en önemli role sahip olan nöroanatomik oluşumdur. Amigdala ve amigdala ile nöronal bağlantılarla iletişim kuran lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleusu, nukleus ambiguus, parabrakial nükleus, ventral tegmental alan (VTA), lokus seruleus (LC), pedinkülopontin nükleus (PPN), nükleus retikularis ve hipotalamusun paraventriküler nükleusu normal ve patolojik anksiyete oluşumunda rolü olan belli başlı anatomik yapılardır. Bu nöroanatomik yapıların uyarılması ile anksiyete belirtileri ortaya çıkmaktadır. İnsanlar ve deney hayvanlarında bazı kimyasal ve farmakolojik ajanların verilmesi (sodyum laktat, karbondioksit, yohimbin, kafein, pentilentetrazol, pikrotoksin, benzodiazepin invers agonistleri, kolesistokin-B reseptör agonistleri) doza ve bireysel duyarlılığa bağlı olarak değişen şiddette anksiyete semptomlarından bir veya daha fazlasını ortaya çıkararak anksiyete benzeri akut bir tabloya neden olurlar. Bilimsel çalışmaların sonuçları Gama Amino Bütirik Asid (GABA)-Benzodiazepin Reseptörü-Cl⁻İyonofor Kompleksi, Nöradrenerjik Sistem ve Serotonerjik Sistem olmak üzere üç temel santral nörotransmitter sistemin, hem normal hem de patolojik anksiyete oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli rollere sahip olduğuna işaret etmektedir. Bu temel nörotransmitter sistemlerinin yanısıra VTA'daki dopaminerjik nöronlar ve pedikülopontin nükleustaki kolinerjik nöronların da uyarılmasının anksiyete

gelişimine minimal düzeyde katkı sağladığı bilinmekle beraber, antidopaminerjik ve antikolinerjik ilaçların belirgin bir anksiyolitik etkisinin olmaması, dopaminerjik ve kolinerjik sistemlerin anksiyete ile direkt ilişkisini desteklememektedir. Hipotalamo-hipofizer yolak ve ACTH'nin de depresiflerde inaktif iken, anksiyete ve artmış streste aktif olduğu bilinmektedir. Ayrıca, santral nöropeptitler olan kolesistokinin ve P maddesi, santral sinir sisteminin GABA dışındaki diğer inhibitör nörotransmitteri olan adenzinin ve glutaminerjik sistem ile birlikte santral nitrik oksidin (NO) de anksiyete gelişiminde ve sürdürülmesindeki rolü tartışılmaktadır (4).

1.1.4.2. Psikolojik Yaklaşım

Freud, anksiyeteyi infantil korkuların tekrar aktive oluşu ile ortaya çıkan ruhsal bir reaksiyon olarak tanımlamıştır. Freud'a göre anksiyete, bilinç dışı tehdit ve tehlikelerin bir işaretidir. Bu bağlamda anksiyete uyarı anlamını taşır. Davranışçı kuramcılar ise anksiyeteyi erken dönemlerde meydana gelen klasik koşullanmanın, model almanın veya diğer öğrenme biçimlerinin bir ürünü olarak görürler. Anne-baba tutum ve davranışları, çocuk yetiştirme biçimleri hem analitik hem de davranışçı kuramlar içerisinde önemli bir yer tutar. Güvensizlik aşıl原因, davranışlarında tutarsızlık bulunan, ilişkilerinde olumsuz yüke sahip, aşırı korumacı anne baba tiplerinin anksiyete bozukluklarının oluşumunda önemli bir rol üstlendikleri düşünülür (12).

1.1.4.3. Sosyal Yaklaşım

Stres yaratan yaşam olayları kişide biyolojik ve psikolojik duyarlılığı açığa çıkarırlar. Yaşam olaylarının çoğu kişilerarası alanda ortaya çıkan olaylardır. Bir yakının kaybı, evlilik, boşanma, iş yaşamındaki zorluklar bu tip yaşam olaylarıdır. Stres yaratan yaşam olayları hem fizik hem de psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilirler. Yaşam olayları, anksiyeteyi tetikleyebilecek sosyal faktörlerdir. Streslere verilen tepkilerin de genetik bir temeli vardır. Aynı ailenin üyelerinin belli olaylar karşısındaki tepkilerinin benzer olması olasılığı fazladır. Günümüz dünyasında, değişen toplumsal yaşam biçimi, toplumsal değişimlere uyum zorlukları, sosyal beklentiler, kişilerarası rekabet, toplumda yaygın kabul gören mükemmeliyetçilik, evlilik içinde yaşanmaya başlayan rol değişiklikleri gibi birtakım faktörler de anksiyete yaratan faktörler gibi görünmektedir (12).

1.1.5. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayımladığı Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabının Türkçe çevirisinde (DSM-IV-TR) Kategorik Anksiyete Bozuklukları olarak yer alan sınıflamada panik bozukluğu, agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete ve aşırı anksiyete duyma bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve antisosyal bozukluk yer alır. DSM-IV'te anksiyete bozukluklarının alt tipleri;

1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
2. Panik Bozukluk (a-Agorafobi ile birlikte b-Agorafobi ile birlikte olmayan)
3. Özgül Fobi
4. Sosyal Fobi
5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk
6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu
7. Akut Stres Bozukluğu
8. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
9. Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu
10. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu olarak tanımlanmıştır (1).

1.1.5.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), en az altı ay boyunca hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş ya da okul başarısı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentilerin olması, kişinin endişe ve üzüntüsünü kontrol etmede güçlük çekmesi, huzursuzluk, aşırı heyecan duyma) ile endişe, kolay yorulma, konsantrasyon bozukluğu, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi altı belirtiden en az üçünün bulunması olarak tanımlanmıştır (10).

Yaygın anksiyete bozukluğu; persistan (en az 6 ay süreli) kaygı ve/veya anksiyete ile karakterizedir. Hastalar korkularını kontrol etmekte zorlanırlar. Huzursuzluk, yorgunluk, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi belirtiler bulunur. Çarpıntı, terleme, titreme, ağız kuruluğu, nefes darlığı, göğüste sıkışma, bulantı, midede rahatsızlık hissi gibi otonom belirtiler bulunabilir. Sersemlik hissi,

bayılacakmış gibi hissetme, depersonalizasyon (nesnelere gerçek dışı gibi hissetme), derealizasyon (kendini uzakta ya da orada değil gibi hissetme), kontrolü yitirme duygusu ve ölüm korkusu YAB'da görülebilen ruhsal belirtilerdir (1).

Yaygın anksiyete bozukluğunda komorbidite diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi sıktır. En sık eşlik eden bozukluklar depresyon bozuklukları (özellikle majör depresyon bozukluğu) ve diğer anksiyete bozukluklarıdır (özellikle panik bozukluğu) (19). Klinik raporlara göre hastaların %20'sinden azında tam remisyona sağlanabilmektedir. Hastalara semptomları başladıktan yaklaşık 5-10 yıl sonra tanı konup uygun tedaviye başlanır (20).

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun ayırıcı tanısında anksiyeteye yol açan tüm medikal hastalıklar (nörolojik hastalıklar, hipoksiye yol açan sistemik durumlar, endokrin hastalıklar, inflamatuvar hastalıklar, toksik ve diğer durumlar) dikkate alınmalıdır (10).

Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde en etkili yöntemler ilaç tedavisi ve psikoterapidir. Bilişsel davranışçı terapi, yaygın anksiyete bozukluklarında etkili psikoterapi yöntemidir (21). Bilişsel yapılanma, psikolojik eğitim, gevşeme, nefes kontrolü sağlama, yüzleşme, pratik ayrıştırma, yol gösterici benlik eğitimi içermektedir. Bilişsel terapi, bilişsel bozuklukların yarattığı endişeleri daha gerçekçi görmeyi sağlamakta ve bu şekilde daha iyi planlama yapılarak anksiyeteyi kontrol etmenin yollarını göstermektedir (22, 23).

1.1.5.2. Panik Bozukluk

Panik bozukluk, beklenmedik şekilde gelen, yineleyici panik ataklar ve buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan ve ataklarla seyreden bir hastalıktır (24). Panik atakların kontrolü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma gibi durumlarla sonuçlanabileceği beklentisi ve bununla ilgili olarak yaşanan yoğun sıkıntı mevcuttur (16).

Toplumda her 10 kişiden biri yaşamı boyunca en az 1 kez panik atak yaşamaktadır. Yetişkin popülasyonda panik bozukluğunun prevalansı %1-2'dir. Panik bozukluğa sıklıkla majör depresyon, madde kullanımı bozuklukları ve diğer anksiyete bozuklukları eşlik eder (25). Amerika Birleşik Devletlerinde yürütülen ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında panik bozukluğunun 1 aylık

prevalansı %5, yaşam boyu prevalansı %1.6 bulunmuştur (26). Ülkemizde yapılan iki bölgesel çalışmada ise panik bozukluk prevalansı %1.2 ve %4.3 bulunmuştur (27, 28). Panik bozukluk genellikle 20'li yaşların başlarında ve 30'lu yaşların ortalarında başlar. Yaşla birlikte görülme sıklığı azalır. Kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülür (29).

Panik bozukluğunun en temel özelliği yineleyici, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen “beklenmedik” panik ataklarının görülmesidir. Panik atakları tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik atağı genellikle on-onbeş dakika içinde yatışmakla birlikte, daha uzun da sürebilir. Hastalığın gidişi sırasında panik ataklarının sıklık ve şiddeti değişkenlik gösterir. Panik nöbetinin yatışmasının ardından, sıklıkla yeni bir nöbet geçirme korkusu (beklenti anksiyetesi) gelişmektedir (30).

Panik Bozukluk hastalarında klinik ve hastalığın seyri başlangıç yaşına göre farklılık gösterebilmektedir. Bozukluğun başlangıç yaşının 15-25 ve 45-54 yaşları arasında iki kez tepe yapma eğilimi gösterdiği, ancak ergenlik ve çocukluk döneminde de olabileceği bildirilmiştir (31). Hastalar hekime genellikle atağa eşlik eden somatik belirtiler nedeniyle gider. Bu belirtiler kardiyopulmoner, gastrointestinal ve nörolojik hastalıkların belirtilerini taklit ettiği için ne yazık ki çoğu kez tanı konamaz ya da atlanabilir (32).

Panik bozuklukta en etkili tedavi yöntemleri farmakoterapi ve bilişsel davranışçı terapidir. Bilişsel davranışçı terapiler tek başına ya da farmakoterapiyle birlikte kullanılmaktadır. Bilişsel terapilerde amaç, bilişsel bozuklukların tanımlanması ve değiştirilmesi; davranışçı terapilerde ise kişinin tepkilerini değiştirmektir (33).

1.1.5.3. Özgül Fobi

Bir tehdit ya da tehlike karşısında yaşanan endişe duygusu korku olarak tanımlanmaktadır. Korku normal bir duygudur ve organizmanın tehlikeden korunmasını sağlayacak tedbirleri almasını sağlar. Tehdit oluşturan nesne ya da durumlar karşısında duyulan korkunun aşırı olması fobi diye isimlendirilir. Özgül

fobi ise, sosyal fobi ve agorafobi için tanımlananlar dışında kalan nesne ya da durumlardan, mantıksız olmasına karşın aşırı ve sürekli korku duyma halidir (34).

Özgül fobinin yaşam boyu görülme sıklığı %11 civarındadır. Hayvan ve yükseklik korkusu en sık görülen özgül fobi alt tipleridir. Fobinin yaygınlığı yaşa göre değişkenlik gösterebilir. En sık 25-54 yaşları arasındadır ve bu yaş grubunun %7.9-8.8'ini etkilemektedir. 18-24 yaş arası yaygınlık %6.5, 55 yaş üzerinde %5.2'dir (34). Kadınlarda, dul ve boşanmışlarda, işsizlerde ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda daha sık görülmektedir (35).

Özgül fobisi olanlar genellikle fobik nesne ya da durum karşısında zarar göreceklelerinden endişe ederler veya böyle bir durumla karşılaştıklarında bayılacaklarını, paniğe kapılıp kontrollerini kaybedeceklerini düşünürler. Sonuçta kişi, fobik uyarandan kaçarak yaşamını sürdürmeye başlar. Fobik uyararla karşılaşıldığında hafif bir sıkıntı hissinden panik atak şiddetine kadar ulaşabilen belirtiler ortaya çıkar (34).

Özgül fobilerde ilaç tedavisinin etkili olduğunu söylemek zordur. Fobiler, alıştırma ilkesine dayalı davranışçı yaklaşımlarla oldukça etkili bir biçimde tedavi edilebilmektedir. Hasta, fobik anksiyete oluşturan yer, durum ve nesnelere anksiyetesi azalınca kadar karşı karşıya getirilir. Anksiyetenin çok şiddetli olduğu dönemlerde ise anksiyeteye başa çıkmaya yönelik bireysel ve davranışçı yöntemler öğretilir (36).

1.1.5.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi genellikle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Sosyal fobi, kişinin başkaları tarafından değerlendirilmesinin olası olduğu birden çok ortamdaki sürekli korkma; aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da gülünç duruma düşecek biçimde davranacağından korkma durumu olarak tanımlanmıştır (37).

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da yürütülen çalışmalarda sosyal fobinin genel popülasyonda en sık rastlanan anksiyete bozukluğu olduğu gözlenmiştir (38). Yaşam boyu prevalansı genel olarak %3-13 arasındadır (39, 40). Türkiye'de yürütülen 'Ruh Sağlığı Profili' araştırmasına göre erişkinlerde son 12 ayda sosyal fobi görülme sıklığı %1.8 olarak saptanmıştır (41). Sosyal fobi yaygın

olarak çocukluk veya ergenlik döneminde başlar ve kadınlarda biraz daha sık görülür (42).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan insanlar sosyal ortamlarda veya performans gerektiren durumlarda olumsuz değerlendirilip aşağılanacağı konusunda aşırı bir korku duyarlar (43). Toplumların tutumlarına ve değer yargılarına göre sosyal fobinin klinik görünümü ve sosyal fobiye yol açan durumlar değişkenlik gösterir (44). Tanı alan sosyal anksiyete bozukluğunun birçok şekli vardır. En sık görüleni toplum önünde konuşma veya herhangi bir raporu sunma konusunda görülen anksiyetedir. Başkaları ile birlikte yemek yeme, başkalarının yanında yazı yazma, genel tuvaletleri kullanma bu hastalarda anksiyeteyi artıran durumlardan bazılarıdır. Genellikle bu kişilerin benlik saygısı düşüktür çünkü aşırı kaygıları veya kendi uygunsuz davranışları ve bunların yaşamları üzerindeki etkisi konusunda iç görüleri tamdır (43).

Sosyal anksiyete bozukluğu ayırıcı tanısında utangaçlık (sosyal kaygı), panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, vücut dismorfik bozukluğu, majör depresyon, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, şizofreni spektrumu bozuklukları, çekingen kişilik bozukluğu akılda tutulmalıdır (43).

Sosyal fobik hastalar nadiren kendiliğinden profesyonel yardım arayışına girerler. Komorbid durumu olan hastalar diğerlerine göre yardım almaya daha eğilimlidirler (45, 46). İlaç tedavisinde çok çeşitli ilaçlar kullanılmakta olup, en etkili tedavi şekli, anksiyeteyi ortaya çıkaran olay ya da ortamlardan kaçınmayı, çekinmeyi olanaklı ise önlemek, hastayı bu durumlarda yüzleştirmektir. Bilişsel davranışçı tedavinin aşamaları, sırasıyla, anksiyeteyi giderme tekniklerinin öğretilmesi, toplum içine çıktığında duyulan korku ile baş etme becerilerini geliştirilmesi bilişsel yeniden yapılandırma ve hastayı anksiyeteye yol açan duruma giderek daha çok artan oran ve sıklıkta maruz bırakmaktır (37, 42).

1.1.5.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk, obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlarla karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyonlar; kişinin rahatsız edici bulunduğu, istenmeden gelen ve belirgin anksiyete ve strese neden olan ısrarlı fikir, düşünce,

dürtü ve imgelerdir. Kompulsiyonlar tekrarlayıcı davranışlar veya mental eylemlerdir. Amacı anksiyete veya stresi önlemek veya azaltmak olup, haz almak veya doyum değildir. Kişi takıntılı ve saplantılı düşüncelere ve davranışlara direnmeye çalışır ancak çoğunlukla başarılı olamaz (2).

Hafif derecede belirtileri olan hastaların çoğunun tedavi arayışında olmamaları, bir kısmının hastalığını gizlemesi nedeniyle obsesif kompulsif bozukluğun gerçek sıklığını ve yaygınlığını saptamak zordur (47). OKB'nin yaşam boyu prevalansı ülkeler arasında değişiklik gösterir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen toplum tarama çalışmalarında OKB yaşam boyu prevalansı %1.9-3.3 olarak bildirilmiştir (48, 49). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda OKB'nin 1 yıl içerisindeki yaygınlığı %0.5 olarak saptanmıştır (50). Ergenlik ve genç erişkinlik dönemi (ortalama 20 yaş) bozukluğun en sık başladığı yaş grubudur. Kırk yaşından sonra başlaması nadirdir (51).

Obsesif kompulsif bozukluk tablosunda üç önemli öge dikkati çekmektedir. Bunlardan ilki kişide tekrarlayıcı ve zorlayıcı nitelikte düşünce, imge ve dürtüler bulunmasıdır. İkincisi, bu düşünce ve eylemlerin bilişsel ve davranışsal olarak kontrol edilmeye çalışılmasıdır. Kişi, çoğu zaman bunlarla baş etmede başarılı olur ancak bazen kontrol çabasından vazgeçer ve bunlara teslim olur. Üçüncüsü ise kişinin obsesyonların kaynağının kendisi olduğunu ve içsel orjinli olduğunu bilmesidir (52).

Obsesif kompulsif bozukluğuna benzer belirtiler görüldüğünde depresif bozukluklar, yaygın anksiyete bozukluğu ve hipokondriasis de göz önünde bulundurulmalıdır. Ensefalit, diabetes insipidus, kafa travması, Huntington koresi ve bazı beyin tümörlerinde de OKB'dekine benzer belirtiler görülebilir (42).

Farmakoterapi ve/veya davranışçı-bilişsel terapi teknikleri hastalarda önemli ölçüde düzelme sağlamaktadır (51).

1.1.5.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) DSM-IV'te, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma, bireyin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir durumla karşılaşması, böyle bir duruma tanık olma gibi ağır travmatik olaylardan sonra ortaya çıkabilen, özgül semptomlarla kendini gösteren bir tablo olarak tanımlanmaktadır.

Semptomlar üç aydan kısa sürdüğünde “akut”, daha uzun sürerse “kronik” travma sonrası stres bozukluğu adı verilir (53).

Araştırmalar, insanın yaşantısı boyunca travmatik bir yaşam olayı ile karşılaşma olasılığının en az bir kez olduğunu ileri sürmektedir (54). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Komorbidite Çalışması'na göre erişkin Amerikalılarda travmaya bağlı stres bozuklukları için yaşam boyu yaygınlık %7.8 (kadınlar ve erkekler için sırasıyla %10.4, %5) oranlarında gözlenmiştir. Genel olarak erkeklerin daha çok fiziksel şiddete maruz kaldığı ya da şahitlik ettiği, kadınların ise tecavüz ve cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (55).

TSSB belirtileri üç ana grupta ele alınır:

A. Travmatik olayı tekrar tekrar anımsayıp, yaşanmasıyla ilgili belirtiler: Görünür neden yokken travmatik olay düşünce, duygulanım veya bedensel belirtiler olarak anımsanıp yaşanır. Travmatik olayı çağrıştıran bir uyararla karşılaşan kişi aynı olay sanki tekrar oluyormuş gibi hisseder ve davranır.

B. Kaçınma belirtileri: Kişi travmatik olayı anımsatan her tür etkinlikten kaçınır. Olayı anımsatan yer ve kişilerden kaçınma olabilir. Kopukluk, yabancılaşma duyguları, kısıtlı duygulanım, bir geleceği kalmadığı duygusu eşlik edebilir.

C. Artmış uyarılmışlık belirtileri: Bu belirti grubunda uykusuzluk ön plandadır. Ses, ışık, dokunma gibi uyarılara karşı aşırı irkilme tepkisi verme, çarpıntı, solunum sıkıntısı, yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler de bu belirti grubunda sayılabilir (56, 57).

Travma sonrası stres bozukluğunun ayırıcı tanısında iki önemli nokta vardır. Birincisi, sıklıkla diğer mental bozukluklarla (%35.5 depresyon, %29 fobik bozukluk, %12.5 obsesif-kompulsif bozukluk, %6.4 panik bozukluk ve %6.4 alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı) birlikte görülmesidir. TSSB, komorbid bozuklukların öncesinde veya sonrasında başlayabilmektedir. İkincisi ise TSSB belirtilerinin geniş bir yelpaze oluşturmasıdır. TSSB anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları ve psikotik bozuklukların bir kesişim kümesi gibidir. Bu bozuklukların belirtileri değişik oranlarda ön plana çıkmaktadır (58).

Travma sonrası stres bozukluğu yüksek komorbiditesi olan, kronikleşmeye eğilimli, tedaviye yavaş cevap veren bir hastalıktır. Birçok hastada uzun süreli tedaviye rağmen tam tedavi mümkün olmaz. TSSB hastalarının çoğunda, en azından

hastalığın akut evrelerinde kombine tedavi yaklaşımı faydalıdır. Farmakoterapi, hastalığın akut evrelerinde tedavinin önemli bir komponentidir ve birçok hastada uzun süreli tedavi gerekmektedir (59). TSSB’de bireysel ya da grup terapisi, tedavide önemli rol oynar. Kognitif davranışçı tedavi ya da yüzleştirme tedavisi, hastanın kontrollü bir ortamda, tekrar tekrar, ayrıntılarıyla travmatik olayla yüzleşmesini, her yüzleşmede oluşan anksiyeteyi baş etmeyi öğrenmesini, buna karşılık giderek duyarsızlaşmasını amaçlar. Ayrıca bilişsel yeniden yapılanma, öfkenin kontrolü, yinelemelerin önlenmesi de etkili bir davranışçı tedavi ile sağlanabilir (60).

1.1.5.7. Akut Stres Bozukluğu

Akut stres bozukluğu, travmatik stresi takip eden ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Akut stres bozukluğu olan kişiler emosyonel cevapta azalma gösterirler, etraflarından kopma, uzaklaşma hissedebilirler, dissoisyatif amnezi olabilir. Ümitsizlik, suçluluk, travma sonrası temel sağlık bakımının reddi, impulsivite, risk taşıyan davranışlar eşlik edebilir. Tepkinin şiddeti ve semptomların tipi kültürel özelliklerden etkilenmektedir. Prevalansı tam olarak belirlenmemiştir. Akut stres bozukluğunun ayrı bir klinik tanı olarak ele alınmasının nedeni, TSSB kriterlerini karşılamayan birçok olgunun başlangıçta birtakım psikopatolojik belirtiler göstermesi, bunların ileri dönemler için risk oluşturması ve bazılarında görülen dezorganize davranışların tıbbi müdahaleyi gerektirmesidir (54).

1.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Önemi

1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için rehabilite etmek ve toplumların sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir (61).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumunu ifade eder (62).

Birinci basamak sağlık personeli sağlık hizmetlerinin sunumunda kritik bir noktadadır (63, 64). Aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi ile bağlı hizmet birimleri, halk sağlığı laboratuvarı, entegre ilçe devlet hastanesi, acil sağlık hizmetleri istasyonu ve acil hizmetleri komuta kontrol merkezi Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (65).

1.2.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti odağında sağlık hizmetlerinin gelişimi dört dönemde incelenebilir (61):

1.2.2.1. 1920-1937 Dönemi

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (TBMM) açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. TBMM döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’dır. Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam’dır ve 1937 yılına kadar bakanlık yapmıştır. Bu dönemde özellikle koruyucu hizmetlere öncelik verilmiştir. Saydam’a göre tedavi edici hizmetler, hükümetlerin değil, yerel yönetimlerin görevleridir. Bu dönemde Numune Hastaneleri açılmış, önemli hastalıklarla savaşmak üzere ayrı ayrı örgütler (sıtma, trahom, frengi ve lepra) kurulmuştur. Yetersiz olan sağlık insan gücünü artırmak için çalışmalar yapılmış; bunların sonucunda 1923 yılında 554 olan hekim sayısı, 1930’da 1182’ye, 1940’ta 2387’ye erişebilmiştir. Kırsal bölgelerde çalışabilecek “sağlık memuru” yetiştirmeye önem verilmiştir. Kamu sektöründe çalışan bütün personelin özlük hakları Sağlık Bakanlığı’nda toplanmıştır. Koruyucu hizmetlerde çalışanlara iyileştirici hizmetlerde çalışanlardan daha yüksek ücret ödenmiş, buna karşılık hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır (61).

1.2.2.2. 1937-1960 Dönemi:

Bu dönem ülkede sıtma, tifüs ve çiçek salgınlarının yaşandığı bir dönemdir. 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılması zorunlu görülmüştür. Verem savaşı başlatılmış ve 1949 yılında kabul edilen yöntem ile verem savaşının kentlerde “verem savaş dernekleri”, köylerde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi kabul edilmiştir. 1960 yılında Verem Savaş Genel Müdürlüğü

kurulmuştur. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuştur. Bu kuruma sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme ve sağlık personeli atama yetkisi verilmiştir. 1952 yılında Bakanlık bünyesinde Ana ve Çocuk Sağlığı (AÇS) örgütü kurulmuş ve AÇS merkez, şube ve istasyonları açılmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetlerin birbirinden ayıramayacağı ve birlikte verilmesi (entegre hizmet) gerektiği görüşü kuvvet kazanmış, sağlık merkezlerinin kurulması kararlaştırılmıştır. Her kırk köy için (yaklaşık 20.000 nüfusa) bir sağlık merkezi kurulması, her merkezde iki hekim ve onbir hekim dışı sağlık personeli bulundurulması planlanmıştır. 1950-1960 yılları arasında, önceden yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetleri resmen Sağlık Bakanlığı görevlerinden sayılmıştır (61).

1.2.2.3. 1961-2004 Dönemi (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi)

1961 yılında kabul edilmiş olan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” 1961 ile sağlık hizmetleri temelinden değiştirilmiştir (61). Sosyalizasyon 1963 yılında fiilen başlamış, 1983'te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. “Geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifi olan “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışı gelmiştir (66). Bu dönemde, 2000-2500 nüfusa hizmet götürmek üzere, bir ebenin tek başına hizmet verdiği, en uç noktada bulunan ve en küçük hizmet birimleri olan sağlık evleri kurulmuştur. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sisteminde temel birim olan sağlık ocaklarında kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak iyileştirici hizmetler birlikte verilmiştir. 5000-10000 kişilik köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağı bölgesini oluşturmuştur. Ekip hizmetinin verildiği sağlık ocaklarında, hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebelerden başka tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli çalışmıştır. İlçe ve il tipi sağlık ocaklarında dış hekimi, eczacı, çevre sağlığı teknisyeni, laborant ve diyetisyen de görev yapabilmıştır (61).

Ülkemizde 1989 yılından başlayarak sağlık hizmetlerinde “reform” adı altında yeni arayışlar gündeme gelmiş, bu arayışlar 2000’li yılların başlarında doruk noktasına ulaşmış ve hükümet programlarında da yerini almıştır (61, 67).

1.2.2.4. 2004 Yılı Sonrası Dönem

Sağlık Bakanlığı tarafından bir dizi yeni düzenleme ve uygulamaya gidilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla bilinen düzenlemelerin başlıca öğeleri; 1. Aile Hekimliği Sisteminin kurulması, 2. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun kurulması ve 3. Sağlık Bakanlığı’nın yeniden örgütlenmesidir (61, 68).

1. Aile Hekimliği Uygulaması: Bir hizmet modeli olarak aile hekimliği anlayışı, her ailenin bir bütün olduğu, aile bireylerinin yaş ve hastalık gözetmeksizin birlikte incelenmesi gerektiği görüşünden hareketle geliştirilmiş bir sağlık hizmeti anlayışı ya da biçimidir (61, 69). Sağlıkta dönüşüm programının bir unsuru olan aile hekimliği uygulaması 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ve buna bağlı olarak yayımlanan iki yönetmelik ile başlatılmıştır. Bu mevzuata göre;

-Sistemin temel birimi “aile hekimliği birimi” dir. Bu birim bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanından (hemşire/ebe) oluşmaktadır. Ülkede yaşayan ve ülke nüfusuna kayıtlı olan herkesin bir aile hekimi vardır. Ailedeki her birey farklı bir aile hekimi seçebilir.

-Bir aile hekimine en az 1000, en çok 4000 kişi kayıt olabilmekte ve ödemeleri “kapitasyon” modeline uygun olarak yapılmaktadır.

-Aile hekimleri, arzu ettikleri takdirde kamu binalarından kira ödemek kaydıyla faydalanabilmektedir.

-Aile hekimi olarak çalışmak isteyen pratisyen hekimler kadro boşluğu durumunda kısa süreli (10 gün) bir eğitimden geçirilerek “aile hekimi” olabilmektedirler.

-Aile hekimleri kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin bir bölümünden ve birinci basamak tedavi hizmetlerinden sorumlu olup, sadece kendi listelerinde kayıtlı bulunan kişilere hizmet vermektedirler (61, 70).

2. Sosyal Güvenlik Kurumu: Emekli Sandığı, SSK, BAĞ-KUR gibi çeşitli sosyal güvenlik kurumları 2006 yılında birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu

(SGK) oluşturulmuştur. Bu kurum, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan herkesin tedavi ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini karşılamaktadır (61, 71).

3. Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Örgütlenmesi: Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri 2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile düzenlenmiştir. Bu yeni düzenlemeye göre Sağlık Bakanlığı'nın görevi; herkesin bedeni, zihni ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde hayatını sürdürmesini sağlamak için aşağıda yer alan konularda sağlık sistemini yönetmek ve politikaları belirlemektir. Bakanlık bu amaçla;

-Strateji ve hedefleri belirler, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar.

-Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar.

-Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar.

-Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür.

-Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirleri alır.

-İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir; bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular.

-Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır.

Bu amaçlarda görüldüğü üzere, Sağlık Bakanlığı durum ve afetler dışında hizmet sunmayarak, amaç belirleyici, planlayıcı ve değerlendirici bir rol üstlenmiştir. Daha önce Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmakta olan hizmetler ise Bakanlığa bağlı kuruluşlar tarafından verilmektedir. Bağlı kuruluşlardan biri olan "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu" koruyucu hizmetler ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin yürütülmesinden ve laboratuvar hizmetlerinden sorumludur (61, 72). 112 acil sağlık hizmetleri haricindeki tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinin icrasıyla da Türkiye Halk Sağlığı Kurumu görevlendirilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerince sunulan hizmetler ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu çatısı altında gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu kurumların taşra yapılanmaları da oluşturulmuştur. Bu kapsamda; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, illerde Halk Sağlığı Müdürlükleri; Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ise Kamu Hastaneleri Birliği

Genel Sekreterliği olarak örgütlenmişlerdir. Ayrıca Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahilleri Genel Müdürlüğü de bağlı kuruluşlar olarak yapılandırılmışlardır (73).

1.3. Aile Sağlığı Merkezleri

Aile Hekimliği Birimi, bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşur. Aile Sağlığı Merkezi, bir veya daha çok Aile Hekimliği Birimi'nden oluşan ve aile hekimliği uygulamalarının yapıldığı merkezlere denir (73, 74).

1.3.1. Aile Hekimleri

2004 yılında yürürlüğe giren Aile Hekimliği Kanunu'nda yapılan tanıma göre aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir (70). Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili olup Tıpta Uzmanlık Eğitimi mevzuatına göre aile hekimliği uzmanı olanlar ile Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan diğer uzman tabip ve tabipler aile hekimi olabilirler (75).

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütölen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar. Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde çalıştığı bölgenin toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer. Sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir. Periyodik sağlık muayenesi yaparak, kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarını yapar. Evde takibi zorunlu özörlü, yaşlı,

yatalak ve benzeri durumdaki kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında sağlık hizmeti sunar. Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder. Sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller. Hizmet içi eğitimlere katılır ve Bakanlıkça verilen diğer görevleri yapar (76).

1.3.2. Aile Sağlığı Elemanları

2004 yılında yürürlüğe giren Aile Hekimliği Kanunu'nda yapılan tanıma göre aile sağlığı elemanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır (70). Sağlık meslek liseleri veya yüksek öğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik, sağlık memurluğu (toplum sağlığı) veya acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olanlar aile sağlığı elemanı olabilirler (75).

Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. Aile sağlığı elemanı, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde kişilerin yaşamsal bulgularını ölçer ve kaydeder, aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygular, yara bakım hizmetlerini yürütür, tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlar, poliklinik hizmetlerine yardımcı olur, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlar, gereken tetkikler için numune alır, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapar veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlar, gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur, hizmet içi eğitimlere katılır ve Bakanlıkça verilen diğer görevleri yapar (76).

1.4. Çalışma Hayatında Anksiyetenin Sık Karşılaşıldığı Gruplar

Çalışma hayatı zorluklarla mücadele gerektirmekte, çalışma hayatındaki olumsuzluklar da çalışanın verimini, sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. İş

stresi, Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (NIOSH - National Institute for Occupational Safety and Health) tarafından “işin gereksinimi ile çalışanın kapasitesi, kaynakları ve ihtiyaçlarının eşleşmemesi durumunda ortaya çıkan zararlı fiziksel ve duygusal cevaplar” olarak tanımlanmaktadır. Duygusal sorunların başında depresyon ve anksiyete gelmektedir (77).

Üretim sürecinde çalışan sağlığını doğrudan ya da dolaylı biçimde, anında ya da belirli bir süre sonra etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal etmenlerin kaynakları olan unsurlar çalışma ortamını oluşturur. Çalışma süresi, ücret, ödeme biçimleri ile özel risk grupları (çocuk çalışanlar, kadın çalışanlar ve özürlü çalışanlar gibi) çalışma koşullarını oluştururlar (78-80).

Çalışma koşulları ve çalışma ortamında çok sayıda olumsuzluklar bulunmaktadır. Düşük ücretli çalışma, uzun çalışma süresi, vardiya ve gece çalışması, fazla mesai, mola verememe, sıcakta ve soğukta çalışma, kötü aydınlatma, kötü havalandırma, düşme, travma, uzun süre ayakta durma ve yürüme, şiddet gibi sayılarının daha da artırabileceği olumsuzluklar çalışanda strese neden olur. Çalışma yaşamındaki stresin çalışandaki sağlık sonuçlarından biri de anksiyetedir (81).

Anksiyete, tükenmişlik sendromuna yatkınlığa ve iş doyumunda azalmaya neden olabilir (82, 83). Kişinin iş performansını azaltır, konsantrasyonunu bozar, iş kazaları ile karşı karşıya kalmasını sağlayabilir (84-86).

Norveç’te yapılan bir çalışmada ISCO-88 (International Standard Classification of Occupations-88) uluslararası standart meslek sınıflamasına göre “nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar”ın (maden işçisi, çiftçi, inşaat işçisi vb.) anksiyete düzeyleri diğer meslek gruplarından yüksek bulunmuştur (87, 88). ABD’de yapılan bir çalışmada ise doktorlar, terapistler, fırıncılar, fotoğrafçılar, satış elemanları, barmenler, temizlik görevlileri, hizmetçiler, nakliyecilerin anksiyete düzeyleri diğer meslek gruplarından daha yüksek olarak bildirilmiştir (89). Öğretmenler, yöneticiler, doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, vergi memurları çeşitli çalışmalarda anksiyete düzeyi yüksek bulunan meslek gruplarıdır (90-93).

1.5. Sağlık Çalışanlarında Anksiyete

Sağlık çalışanları, mesai saatleri içinde ve bazen dışında çok sayıda stres etmeni ile karşılaşır. Bunlar, gün içinde çok sayıda hasta ile ilgili kritik kararlar

vermek, bu kararların ciddi sonuçları ile yüzleşmek, hatadan kaçınmaya çalışmak, sağlık politikası değişiklikleri sonucu ortaya çıkan yeni uygulama ve beklentiler, çalışma ortamı, iş yükünün fazla oluşu, kişilerarası ilişki sorunları olarak sıralanabilir. Sağlık hizmeti verilen çalışma alanı, diğer çalışma alanlarına göre iş stresinin daha fazla yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (94, 95).

Birinci basamak sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (93, 96-100). Caplan'ın araştırmasında pratisyen hekimlerde %55 oranında anksiyete gözlemlendiği bildirilmiştir (96). Ankara'da sağlık ocaklarında yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarındaki kaygı puan ortalamaları önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (93). Hekimler arasında 250 kişilik bir grupta yapılan çalışmada aile hekimlerinin yaklaşık dörtte birinin durumluk kaygı, yarısından fazlasının ise sürekli kaygı düzeyinin normalin üstünde olduğu belirlenmiştir (98). Manisa il merkezi birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanları arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %72.7'si durumluk kaygılı, %45.5'i sürekli kaygılı olarak belirlenmiştir (99). Yurtdışında yapılan bir başka çalışmada aile hekimlerinin %39'unda anksiyete ve depresyon saptanmıştır (100).

Ayrıca sağlık çalışanlarında depresyon, madde kötüye kullanımı ve intihar oranı da diğer meslek gruplarından daha yüksektir. Sağlık çalışanlarında yaşanan bu tip sorunlar hizmet kalitesini düşüreceğinden toplumu da yakından ilgilendirmektedir (77).

Literatürde Elazığ il merkezinde konu ile ilgili yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, Elazığ il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçlarının, toplumda yaygın olarak görülen anksiyete bozukluklarının araştırma grubundaki düzeylerinin tespit edilmesiyle alınabilecek önlemler ve planlamalar açısından yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Elazığ il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan sağlık çalışanları oluşturmuştur. İl merkezinde bulunan ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanlarının sayısı araştırmanın saha çalışmasının yapıldığı tarih itibariyle 245 kişidir (123 aile hekimi, 122 aile sağlığı elemanı). Herhangi bir örneklem seçilmeden evrenin tümü araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışma grubuna dahil edilme kriterleri; Elazığ il merkezinde bulunan ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanı olmak, kişinin araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve yazılı onam vermesidir. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri ise; görüşmeyi kabul etmemek, üç kez gidildiği halde ulaşılamamaktır. Araştırmaya dahil edilen ASM çalışanlarının 225'ine (112 aile hekimi, 113 aile sağlığı elemanı) ulaşılmış, cevaplılık oranı %91.8 olmuştur. Ulaşılamama nedenleri üç kez gidildiği halde yerinde bulamama (7 kişi) ve görüşmeyi kabul etmemedir (13 kişi).

Araştırmaya katılan sağlık personeline iki bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır (Ek-1). Ankete başlamadan önce ankete ekli bir bilgi formu ile katılımcılar, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgilendirilmiştir. Anketin birinci bölümü katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile anksiyete düzeyini etkilediği düşünülen faktörleri sorgulayan soru takımından, ikinci bölümü ise Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) sorularından oluşturulmuş, birinci bölüm literatür kaynaklı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği; popülasyonda anksiyete şiddetini ölçmek için 1988'de Beck ve ark. (101) tarafından geliştirilen 21 maddelik likert tipi kendini değerlendirmeli bir ölçektir. Anksiyöz mizacı, otonomik hiperaktivite ve motor gerginliği, bazı bilişleri belirleyen maddeleri içerir. Kişilerden belirtileri "bugün dahil son bir hafta" içinde değerlendirmesi istenir. Her bir semptom hiç yok, hafif düzeyde, orta düzeyde, ciddi düzeyde var şeklinde değerlendirilir. Toplam puan 0-63 arası değişir. Puan yükseldikçe anksiyete düzeyi yükselmektedir. α -cronbach= 0.92, test-tekrar test güvenilirliği 0.75 olarak bulunmuştur (101). Borden ve ark. (102) tarafından ölçeğin klinik dışı normal popülasyonda da uygulanabileceği bildirilmiştir.

Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. (103) tarafından yapılmıştır.

Araştırma öncesi Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Ek-2) ile Elazığ Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'ndan gerekli idari izinler (Ek-3a ve 3b) alınmıştır. Araştırmanın saha çalışması Nisan-Haziran 2014 tarihlerinde yapılmıştır. Anketler araştırma kapsamına alınan kişiler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Sorular her bir kişiye tek tek, yüksek sesle anlaşılır biçimde okunup, cevaplar kaydedilmiştir.

Elde edilen veriler istatistik paket programına kaydedilerek, istatistiksel değerlendirmelerde değişkenlerin özelliğine göre yüzde, ortalama, t testi, tek yönlü varyans analizi kullanılmış, ortalamalar standart sapma ile birlikte verilerek (Ort. \pm SS), $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %49.8'i (112 kişi) Aile Hekimi, %50.2'si (113 kişi) Aile Sağlığı Elemanı olup, %66.7'si (150 kişi) kadındır. Yaş ortalaması 37.84±7.81 (min: 21, max: 60 yaş), ortalama aylık geliri 6924.22±3232.74 TL (min: 2000, max: 20000 TL), kişi başına düşen ortalama gelir 1943.71±1062.39 TL (min: 250, max: 8500 TL) olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınanların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırma kapsamına alınanların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler (n=225)	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	150	66.7
Erkek	75	33.3
Yaş grupları		
21-29 yaş	44	19.5
30-39 yaş	70	31.1
40-49 yaş	105	46.7
50 ve üzeri yaş	6	2.7
Medeni durum		
Evli	191	84.9
Bekar	31	13.8
Boşanmış	3	1.3
Gelir durumu		
5000 TL ve altı	96	42.7
5001-10000 TL	103	45.8
10000 TL üzeri	26	11.5

Araştırmada evli olanların %88.5'i (169 kişi) eşinin gelir getirici bir işte çalıştığını bildirmiştir. Araştırma kapsamına alınınlardan en az bir çocuk sahibi olanların oranı %80.4'tür (181 kişi). Araştırma kapsamına alınanların aile özelliklerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırma kapsamına alınanların aile özelliklerine göre dağılımı

Aile özellikleri	Sayı	%
Evde yaşayan kişi sayısı (n=225)		
1-4 kişi	187	83.1
5 ve üzeri kişi	38	16.9
Çocuk varlığı (n=225)		
Evet	181	80.4
Hayır	44	19.6
Çocuk sayısı (n=181)*		
1 çocuk	44	24.3
2 çocuk	110	60.8
3 ve üzeri	27	14.9
Evde bakıma muhtaç kişi durumu (n=225)		
Var	4	1.8
Yok	221	98.2

*Çocuğu olanlar değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınanların meslekte ortalama hizmet süresi 174.00±86.29 ay (min: 4, max: 430 ay) olup, mesleki durumları ve mesleklerine bakış açısından dağılımları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Araştırma kapsamına alınanların mesleki durumları ve mesleklerine bakış açısından dağılımları

Mesleki durum ve mesleğe bakış açısı (n=225)	Sayı	%
Meslekte hizmet süresi		
0-60 ay	30	13.3
61-120 ay	43	19.1
121 ay ve üzeri	152	67.6
Mesleğe bakış		
Olumlu	159	70.7
Olumsuz	49	21.8
Kısmen olumlu	17	7.5
Aynı mesleği tekrar seçer miydiniz?		
Evet	111	49.3
Hayır	114	50.7

Araştırma kapsamına alınanların çalışma statülerine göre mesleki bakış ve mesleği tekrar seçme durumlarının dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Araştırma kapsamına alınanların çalışma statülerine göre mesleki bakış ve mesleği tekrar seçme durumlarının dağılımı

Mesleğe bakış ve tekrar seçme (n=225)	Çalışma Statüleri		Aile sağlığı Elemanı		p değeri
	Aile Hekimi Sayı	%*	Sayı	%*	
Mesleğe bakış					
Olumlu	71	63.4	88	77.9	X ² =7.578
Olumsuz	28	25.0	21	18.6	p=0.023
Kısmen olumlu	13	11.6	4	3.5	
Mesleği tekrar seçme					
Evet	60	53.6	51	45.1	X ² =1.603
Hayır	52	46.4	62	54.9	p=0.206

*Sütun Yüzdesi

Araştırma kapsamına alınanların %17.8'i (40 kişi) sosyoekonomik düzeyini üst düzey, %51.6'sı (116 kişi) sağlık durumunu iyi, %86.2'si (194 kişi) kişilik yapısını dışa dönük olarak algıladığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının kendileri ile ilgili sosyoekonomik ve sağlık algılamalarına göre dağılımları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Araştırma kapsamına alınanların kendileri ile ilgili sosyoekonomik ve sağlık algılamalarına göre dağılımları

Sosyoekonomik ve sağlık algılaması (n=225)	Sayı	%
Sosyoekonomik düzeyi algılama		
Üst	40	17.8
Orta	177	78.7
Düşük	8	3.5
Sağlık durumunu algılama		
İyi	116	51.6
Orta/kötü	109	48.4
Kişilik yapısı		
Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan	194	86.2
İçe dönük, geç ve güç uyum sağlayan	31	13.8

Araştırmada aile hekimlerinin %26.8'i, aile sağlığı elemanlarının ise %8.8'i sosyoekonomik düzeylerini üst düzey olarak tanımlamıştır. Araştırma kapsamına alınanların çalışma statülerine göre kendileri ile ilgili sosyoekonomik ve sağlık durumu algılamalarının dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Araştırma kapsamına alınanların çalışma statülerine göre kendileri ile ilgili sosyoekonomik ve sağlık durumu algılamalarının dağılımı

Sosyoekonomik ve sağlık algılaması	Çalışma Statüsü (n=225)				p değeri
	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Elemanı		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Sosyoekonomik düzeyi algılama					
Üst	30	26.8	10	8.8	X ² =13.485 p=0.001
Orta	77	68.7	100	88.5	
Düşük	5	4.5	3	2.7	
Sağlık durumunu algılama					
İyi	57	50.9	59	52.2	X ² =0.039 p=0.843
Orta/kötü	55	49.1	54	47.8	
Kişilik yapısı					
Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan	95	84.8	99	87.6	X ² =0.368 p=0.544
İçe dönük, geç ve güç uyum sağlayan	17	15.2	14	12.4	

*Sütun Yüzdesi

Araştırma kapsamına alınanların %20.4'ü (46 kişi) günlük hayatında kendisiyle ilgili uğraşlarına yeterince zaman ayırabildiğini, %79.6'sı (179 kişi) böyle bir zaman ayıramadığını bildirmiştir. Yine kendisiyle ilgili herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek aldığını belirtenlerin oranı %32.9 (74 kişi) iken, böyle bir destek almadığını belirtenlerin oranı %67.1'dir (151 kişi).

Araştırma kapsamına alınanların bildirdikleri ortalama uyku süresi 7.04±1.22 saat (min: 3, max: 14 saat) olup, %8.0'ı (18 kişi) herhangi bir uyku sorunu varlığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %44.4'ü (100 kişi) düzenli beslendiğini düşünmektedir. %20.9'u (47 kişi) kendisinde en az bir kronik fiziksel hastalık varlığını, %3.6'sı (8 kişi) ise ruhsal hastalık varlığını bildirmiştir. Çalışanların sağlık özellikleri ve sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarına göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Araştırma kapsamına alınanların sağlık özellikleri ve sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarına göre dağılımı

Sağlık özellikleri ve sağlığı etkileyebilecek davranışlar (n=225)	Sayı	%
Sigara kullanımı		
Evet	72	32.0
Hayır	153	68.0
Alkol kullanımı		
Evet	22	9.8
Hayır	203	90.2
Günlük uyku süresi		
6 saat ve altı	78	34.7
7-8 saat	133	59.1
9 saat ve üzeri	14	6.2
Uyku sorunu varlığı		
Evet	18	8.0
Hayır	207	92.0
Kronik fiziksel hastalık varlığı		
Evet	47	20.9
Hayır	178	79.1
Ruhsal hastalık varlığı		
Evet	8	3.6
Hayır	217	96.4
Düzenli beslenme		
Evet	100	44.5
Hayır	41	18.2
Her zaman değil	84	37.3
Düzenli egzersiz yapma		
Evet	66	29.3
Hayır	159	70.7

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %50.7'si (117 kişi) kendisine en zor gelen yaşamsal alanı işyeri, %17.8'i (40 kişi) ev, %14.6'sı (33 kişi) iş-ev dışında bir yer (kalabalık ortam, trafik) olarak belirtmiş, % 16.9'u (38 kişi) ise kendisine zor gelen bir alan olmadığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınanların %48.0'ı (108 kişi) çalışma ortamında görevini yerine getirirken herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını, %52.0'ı (117 kişi) ise herhangi bir şiddet olayıyla karşılaşmadığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddet türü, sayısı ve şiddet uygulayan kişilere göre dağılımları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Araştırma kapsamına alınanların karşılaştıkları şiddet türü, sayısı ve şiddet uygulayan kişiye göre dağılımları

Şiddet türü, sayısı, şiddet uygulayan kişi	Sayı	%*
Şiddet türü (n=108)		
Fiziksel ve sözel şiddet	23	21.3
Sadece sözel şiddet	85	78.7
Sözel şiddet sayısı (n=105)**		
1-3 kez	36	34.3
4 kez ve üzeri	69	65.7
Fiziksel şiddet sayısı (n=23)		
1 kez	11	47.8
2 kez ve üzeri	12	52.2
Şiddet uygulayan kişi (n=108)		
Hasta	52	48.1
Hasta yakını	15	13.9
Hasta ve hasta yakını	41	38.0

*Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır. **Yanıtsızlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınanların cinsiyete ve çalışma statülerine göre şiddete maruz kalma durumlarının dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Araştırma kapsamına alınanların cinsiyete ve çalışma statülerine göre şiddete maruz kalma durumlarının dağılımı

Cinsiyet/Çalışma Statüsü (n=225)	Şiddete Maruz Kalma				p değeri
	Evet		Hayır		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Cinsiyet					
Kadın	67	44.7	83	55.3	X ² =2.003 p=0.157
Erkek	41	54.7	34	45.3	
Çalışma Statüsü					
Aile Hekimi	66	58.9	46	41.1	X ² =10.671 p=0.001
Aile Sağlığı Elemanı	42	37.2	71	62.8	

*Satır Yüzdesi

Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının %68.9’u (155 kişi) görevini yerine getirirken şiddete uğrama endişesi, %47.1’i (106 kişi) hasta/hasta yakınları tarafından şikayet edilme endişesi taşıdığını belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınanların cinsiyete ve çalışma statülerine göre şiddete uğrama ve şikayet edilme endişesi taşıma durumlarının dağılımı Tablo 10 ve 11’de verilmiştir.

Tablo 10. Araştırma kapsamına alınanların cinsiyete göre şiddete uğrama ve şikayet endişesi taşıma durumlarının dağılımı

Şiddete Uğrama ve Şikayet Endişesi	Cinsiyet (n=225)				p değeri
	Kadın		Erkek		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Şiddete uğrama endişesi					
Evet	102	68.0	53	70.7	X ² =0.166
Hayır	48	32.0	22	29.3	p=0.684
Şikayet edilme endişesi					
Evet	60	40.0	46	61.3	X ² =9.133
Hayır	90	60.0	29	38.7	p=0.003

*Sütun Yüzdesi

Tablo 11. Araştırma kapsamına alınanların çalışma statülerine göre şiddete uğrama ve şikayet endişesi taşıma durumlarının dağılımı

Şiddete Uğrama ve Şikayet Endişesi	Çalışma Statüsü (n=225)				p değeri
	Aile Hekimi		Aile Sağlığı Elemanı		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Şiddete uğrama endişesi					
Evet	82	73.2	73	64.6	X ² =1.947
Hayır	30	26.8	40	35.4	p=0.163
Şikayet edilme endişesi					
Evet	68	60.7	38	33.6	X ² =16.562
Hayır	44	39.3	75	66.4	p=0.0001

*Sütun Yüzdesi

Araştırma kapsamına alınanların %28.4'ü (64 kişi) mesleklerinden, %72.9'u (164 kişi) çalışma ortamlarından memnun olduklarını belirtmiş olup, çalışanların mesleki memnuniyetlerine göre dağılımı Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Araştırma kapsamına alınanların mesleki memnuniyetlerine göre dağılımı

Mesleki memnuniyete göre dağılım (n=225)	Sayı	%
Meslekten memnuniyet		
Memnun	64	28.4
Orta düzeyde memnun	126	56.0
Memnun değil	35	15.6
Çalışma ortamından memnuniyet		
Evet	164	72.9
Hayır	61	27.1
Hastalar tarafından yeterince takdir edilme		
Evet	114	50.7
Hayır	111	49.3
Üstler tarafından yeterince takdir edilme		
Evet	68	30.2
Hayır	157	69.8

Sağlık çalışanlarının %64.0'ı (144 kişi) tükenmişlik hissettiği/yaşadığı zamanların varlığını bildirmiştir. Araştırma kapsamına alınanların kaygı/stres düzeylerini yükseltebilecek içsel ve çevresel faktörlere göre dağılımı Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Araştırma kapsamına alınanların kaygı/stres düzeylerini yükseltebilecek içsel ve çevresel faktörlere göre dağılımı

Kaygı/stres düzeylerini yükseltebilecek içsel ve çevresel faktörler (n=225)	Sayı	%
Çalışma arkadaşlarında kaygı/stres yüksek		
Evet	89	39.6
Hayır	44	19.5
Kısmen	92	40.9
Ailedeki bireylerde kaygı/stres yüksek		
Evet	46	20.4
Hayır	85	37.8
Kısmen	94	41.8
Son bir yıl içerisinde birinci derece yakınına kaybetme		
Evet	17	7.6
Hayır	208	92.4
Tükenmişlik hissetme/yaşama		
Evet	144	64.0
Hayır	81	36.0

Araştırma kapsamına alınan birinci basamak sağlık çalışanlarının Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması 9.11 ± 8.71 (min: 0, max: 41, median: 6.0) olarak saptanmıştır. Aile hekimlerinin BAÖ puan ortalaması 8.96 ± 8.98 iken, aile sağlığı elemanlarının BAÖ puanı 9.25 ± 8.47 'dir ($p=0.808$). Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre anksiyete puan ortalamalarının dağılımı Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Araştırma kapsamına alınanların sosyo-demografik özelliklerine göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Cinsiyet			
Kadın	150	10.16±9.08	t=2.759
Erkek	75	7.00±7.56	p=0.006
Yaş grupları			
21-29 yaş	44	11.07±9.60	F=1.549
30-39 yaş	70	9.09±8.16	p=0.215
40 yaş ve üzeri*	111	8.34±8.64	
Medeni durum			
Evli	191	9.45±8.90	F=1.644
Bekar	31	6.65±7.19	p=0.195
Boşanmış	3	12.67±8.62	
Gelir durumu			
5000 TL ve altı	96	9.64±9.18	F=0.440
5001-10000 TL	103	8.91±8.53	p=0.645
10000 TL üzeri	26	7.92±7.76	

*50 yaş ve üzeri 6 kişi dahil edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarından eşli gelir getirici bir işte çalışanların (n=169) BAÖ puan ortalaması 9.93±9.19, eşli gelir getirici bir işte çalışmayanların (n=22) ise 5.73±4.92 olarak saptanmıştır (t=3.325, p=0.002). Sağlık çalışanlarının aile özelliklerine göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Araştırma kapsamına alınanların aile özelliklerine göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Aile özellikleri	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Evde yaşayan kişi sayısı			
1-4 kişi	187	9.20±8.60	t=0.348
5 ve üzeri kişi	38	8.63±9.35	p=0.572
Çocuk varlığı			
Evet	181	9.29±8.86	t=0.664
Hayır	44	8.36±8.12	p=0.924
Çocuk sayısı			
1 çocuk	44	12.34±9.81*	F=4.603
2 çocuk	110	7.78±7.78*	p=0.011
3 ve üzeri	27	10.44±10.20	

*Farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınanlardan mesleğe bakışlarını olumsuz/kısmen olumlu olarak ifade edenlerin BAÖ puan ortalaması 11.80±10.00 olup, mesleki durumları ve mesleklerine bakış açılarına göre anksiyete puanların dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Araştırma kapsamına alınanların mesleki durumları ve mesleklerine bakış açılarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Mesleki durum ve mesleğe bakış açısı	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Meslekte hizmet süresi			
0-60 ay	30	9.20±8.91	F=1.109
61-120 ay	43	10.84±9.67	p=0.332
121 ay ve üzeri	152	8.60±8.38	
Mesleğe bakış			
Olumlu	159	7.99±7.88	t=-2.763
Olumsuz/ Kısmen olumlu	66	11.80±10.00	p=0.007
Aynı mesleği tekrar seçer miydiniz?			
Evet	111	8.05±8.79	t=-1.811
Hayır	114	10.14±8.55	p=0.071

Araştırma grubunun sosyoekonomik ve sağlık algılamalarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Araştırma kapsamına alınanların sosyoekonomik ve sağlık algılamalarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Sosyoekonomik ve sağlık algılaması	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Sosyoekonomik düzeyi algılama			
Üst	40	7.38±8.70	F=0.973
Orta	177	9.50±8.72	p=0.380
Düşük	8	9.00±8.68	
Sağlık durumunu algılama			
İyi	116	6.63±7.74	t=-4.571
Orta/kötü	109	11.74±8.94	p=0.0001
Kişilik yapısı			
Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan	194	9.03±8.96	t=-0.414
İçe dönük, geç ve güç uyum sağlayan	31	9.61±7.04	p=0.681

Araştırma kapsamına alınanların kendilerine yeterince zaman ayırabilme ve herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alabilme özelliklerine göre anksiyete durumlarının değişimi Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Araştırma kapsamına alınanların kendine yeterince zaman ayırabilme ve sosyal destek alma özelliklerine göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Kendine zaman ayırabilme ve sosyal destek alma	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Kendine yeterince zaman ayırabilme			
Evet	46	5.48±5.99	t=-4.096
Hayır	179	10.04±9.06	p=0.0001
Sosyal destek			
Evet	74	9.07±9.26	t=-0.046
Hayır	151	9.13±8.46	p=0.964

Araştırma kapsamına alınanların sağlık özellikleri ve sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Araştırma kapsamına alınanların sağlık özellikleri ve sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Sağlık özellikleri ve sağlıklı etkileyebilecek davranışlar	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Sigara kullanımı			
Evet	72	9.25±8.41	t=0.172
Hayır	153	9.04±8.88	p=0.864
Alkol kullanımı			
Evet	22	8.73±9.19	t=-0.205
Hayır	203	9.15±8.68	p=0.839
Uyku sorunu varlığı			
Evet	18	16.17±9.11	t=3.446
Hayır	207	8.49±8.42	p=0.003
Kronik fiziksel hastalık varlığı			
Evet	47	12.17±10.57	t=2.341
Hayır	178	8.30±7.99	p=0.023
Ruhsal hastalık varlığı			
Evet	8	22.00±11.94	t=3.13
Hayır	217	8.63±8.23	p=0.016
Düzenli beslenme			
Evet	100	7.05±7.79 ^{*#}	F=5.805
Hayır	41	11.93±9.28 [*]	p=0.003
Her zaman değil	84	10.18±8.98 [#]	
Düzenli egzersiz yapma			
Evet	66	7.59±9.26	t=-1.623
Hayır	159	9.74±8.42	p=0.107

*# Farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış olduğunu ifade edenlerin (n=108) BAÖ puan ortalaması 11.94±9.20 iken, böyle bir şiddete maruz kalmayanların (n=117) puan ortalaması 6.49±7.36 olarak saptanmıştır (t=4.887, p=0.0001). Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama ve şikayet edilme endişesi taşıma durumlarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Araştırma kapsamına alınanların şiddete uğrama ve şikayet endişesi taşıma durumlarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Şiddete uğrama ve şikayet endişesi	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Şiddete uğrama endişesi			
Evet	155	10.15±8.96	t=2.866
Hayır	70	6.80±7.69	p=0.005
Şikayet edilme endişesi			
Evet	106	10.68±9.05	t=2.572
Hayır	119	7.71±8.19	p=0.011

Araştırma kapsamına alınanların meslekleri ile ilgili memnuniyet ve başkalarının takdir edilme durumlarına göre anksiyete puanlarının değişimi Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Araştırma kapsamına alınanların mesleki memnuniyetleri ve takdir edilme durumlarına göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Mesleki memnuniyet ve takdir durumu	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Meslekten memnuniyet			
Memnun	64	5.16±6.92 ^{*#}	F=10.314
Orta düzeyde memnun	126	10.38±8.43 [*]	p=0.0001
Memnun değil	35	11.74±10.36 [#]	
Çalışma ortamından memnuniyet			
Evet	164	8.34±8.27	t=-2.053
Hayır	61	11.18±9.57	p=0.043
Hastalar tarafından yeterince takdir edilme			
Evet	114	7.05±7.66	t=-3.672
Hayır	111	11.22±9.24	p=0.0001
Üstler tarafından yeterince takdir edilme			
Evet	68	6.28±6.65	t=-3.709
Hayır	157	10.33±9.22	p=0.0001

^{*,#} Farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının kaygı/stres düzeylerini yükseltebilecek içsel ve çevresel faktörlere göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Araştırma kapsamına alınanların kaygı/stres düzeylerini yükseltebilecek içsel ve çevresel faktörlere göre BAÖ puan ortalamalarının dağılımı

Kaygı/stres düzeylerini yükseltebilecek içsel ve çevresel faktörler	n	BAÖ Puanı (Ort.±SS)	p değeri
Çalışma arkadaşlarında kaygı/stres yüksek			
Evet	89	10.54±9.40*	F=5.008
Hayır	44	5.59±6.38*#	p=0.007
Kısmen	92	9.40±8.61#	
Ailedeki bireylerde kaygı/stres yüksek			
Evet	46	12.59±9.07*	F=12.230
Hayır	85	5.74±6.92*#	p=0.0001
Kısmen	94	10.45±9.03#	
Son bir yıl içerisinde birinci derece yakını kaybetme			
Evet	17	8.06±7.93	t=-0.562
Hayır	208	9.19±8.78	p=0.581
Tükenmişlik hissetme/yaşama			
Evet	144	11.87±9.03	t=7.997
Hayır	81	4.20±5.34	p=0.0001

*,# Farklılığın kaynaklandığı gruplar.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma kent merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının anksiyete düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmadır. Konu ile ilgili dünyada (100, 104) ve Türkiye’de (93, 98) benzer çalışmalar yapılmıştır.

Katılımcıların %66.7’si kadın, %33.3’ü erkektir (Tablo 1). Türkiye’de birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda cinsiyet dağılımının benzer olduğu görülmüştür (93,105).

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının ortalama aylık aile gelirleri 6924.22±3232.74 TL (min: 2000, max: 20000 TL) olarak bildirilmiştir. Çalışanların aylık gelirleri incelendiğinde %42.7’si 5000 TL ve altında, %45.8’i 5001-10000 TL arasında, %11.5’i 10000 TL üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 1). TÜİK’in Eylül 2014’te yayımladığı verilerde yıllık hanehalkı ortalama geliri 29479 TL’dir (106). Türkiye’de Kasım 2014 tarihine ait sendikaların yaptığı yoksulluk sınırı açıklaması dört kişilik bir aile için aylık 3990 TL’dir (107). Araştırmamızda bildirilen ortalama gelir düzeyi Türkiye ortalamasının ve yoksulluk sınırının üzerindedir. Bu durumun birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik son yıllarda yapılan ücret iyileştirmelerinin sonucu olduğu düşünülmüştür.

Sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olanların yüzdesi %80.4 (181 kişi) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). Edirne ilinde ASM’lerde görev yapan sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada bu oran %80.2 olarak bildirilmiştir (105). Türkiye’de genel olarak evlilikte çocuk sahibi olma oranının yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının meslekte hizmet süresi on yıldan uzun olanların oranı %67.6 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Kayseri’de aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada ortalama meslekte hizmet süresi 16.8 yıl olarak tespit edilmiştir (108). Sonuçlar, birinci basamak sağlık çalışanlarının deneyimli personelden oluştuğunu düşündürmektedir.

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının %70.7’si mesleğine bakış açısını olumlu, %21.8’i olumsuz, %7.5’i kısmen olumlu olarak ifade etmiş, ancak %50.7’si aynı mesleği tekrar seçmeyeceğini belirtmiştir (Tablo 3). Aile hekimlerinin mesleğine bakış açısı sorgulandığında, %63.4’ü mesleğine bakışını olumlu, %25.0’ı olumsuz, %11.6’sı kısmen olumlu olarak ifade etmiştir. Aile Sağlığı elemanlarında bu oranlar

sırası ile %77.9, %18.6, %3.5'tir ($p<0.05$, Tablo 4). Yıldırım ve ark.'nın (109) Erzincan kent merkezinde yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının %55.3'ü mesleğinden kısmen memnun olduğunu, %11.3'ü mesleğinden memnun olmadığını belirtmiştir. Bir ilçe devlet hastanesinde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %91.2'si mesleğini sevdiğini ifade etmiştir (110). İl merkezinde görev yapan hekimler arasında yapılan bir çalışmada hekimlerin %50.2'si mesleklerinden çok memnun/memnun, %32.2'si orta derecede memnun ve %17.6'sı memnun değil/hiç memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmaya katılan hekimlerin %35.1'i fırsatları olsa mesleğini değiştirmeyi düşündüğünü bildirmiştir (111). Diyarbakır kent merkezinde görev yapan hemşireler arasında yapılan bir çalışmada sağlık ocağında çalışan hemşirelerin %60'ı mesleğini severek yaptığını belirtmiştir (112). Araştırmamızda aile sağlığı elemanlarının mesleğe bakışının daha olumlu olduğu görülmüştür. Hekimlerin eğitim süreçlerinin zorluğu ve hasta ile ilgili sorumluluklarının daha fazla oluşunun bu sonucu etkilediği düşünülebilir. Konu ile ilgili çalışmalarda mesleki memnuniyet/olumlu yaklaşımın oranlarının benzer olduğu görülmektedir. Buna rağmen aynı mesleği tekrar seçmeme düşüncesinin de yüksekliği sağlık çalışanlarının mesleklerini sevmelerinin yanında çalışma koşullarının zorluğunun bunu etkilediğini düşündürmektedir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının %51.6'sı sağlık durumunu iyi, %48.4'ü orta/kötü olarak tanımlamıştır (Tablo 5). Brezilya'da birinci basamak sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada hemşirelerin %21.69'u, doktorların %10.66'sı sağlık durumunu kötü olarak bildirmiştir (113). Yunanistan'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %58'i sağlık durumunu kötü olarak belirtmiştir (114). Türkiye'de Erzincan ilinde sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %13.5'i genel sağlık durumunda hiç hoşnut olmadığını/çok az hoşnut olduğunu, %24.1'i ne hoşnut ne hoşnut olmadığını, %62.4'ü epeyce hoşnut/çok hoşnut olduğunu belirtmiştir (109). Kayseri il merkezinde görevli hemşireler arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %36.3'ü sağlık durumunu çok iyi/iyi, %49.4'ü orta, %14.3'ü kötü/çok kötü olarak ifade etmiştir (83). Yüksekokul öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %82.6'sı genel sağlık durumunu iyi/çok iyi olarak ifade etmiştir (115). Kişinin kendisinin bildirdiği sağlık durumu ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çok sayıda çalışma

mevcuttur (116-118). Sağlık çalışanları arasında kendi sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin oranının yüksekliği grubun yaş ortalamasının yüksekliği ve bireysel özelliklerden kaynaklanabilir.

Bu araştırmada aile hekimlerinin %26.8'i sosyoekonomik düzeyini üst, %68.7'si orta, %4.5'i düşük olarak tanımlamıştır. Aile sağlığı elemanları için bu oranlar sırasıyla %8.8, %88.5 ve %2.2 olarak ifade edilmiştir (p<0.05, Tablo 6). Hekimlerin sosyoekonomik düzeylerini daha yüksek algılamalarının aile sağlığı elemanlarından daha fazla olması beklenen bir durumdur.

Katılımcılardan kendisiyle ilgili herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek aldığını belirtenlerin oranı %32.9 iken, böyle bir destek almadığını belirtenlerin oranı %67.1'dir. Elazığ merkeze bağlı acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanları arasında yapılan bir çalışmada sosyal destek aldığını belirten sağlık çalışanlarının oranı %25.5 olarak bildirilmiştir (119). Bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan asistanlar arasında yapılan çalışmada ailesinden destek alanların oranı %81.9, almayanların ise %18.1 olduğu saptanmıştır (120). Elazığ kent merkezinde yaşayan kadınlar arasında yapılan bir çalışmada kadınların %81.9'u herhangi bir sorun karşısında kendisine yakın bulduğu bir kişiden sosyal destek alabildiğini belirtmiştir (121). Kuş'un (122) yaptığı çalışmada destek gördüğünü söyleyen kadınların oranı %99.3 olarak belirlenmiştir. Sosyal desteğin stres oluşturan yaşam olayları ile baş etmeyi kolaylaştırarak fiziksel ve ruhsal sağlığın korunmasında olumlu bir etki göstermesi beklenir. Literatürde kadınlar arasında yapılan çalışmalarda sosyal desteğin fazlalığı cinsiyet açısından değerlendirilebilir. Araştırmamızda sağlık çalışanlarının sosyal desteğinin düşük olmasının yaşam stresinden daha fazla etkilenmelerine neden olabileceği varsayılabilir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının bildirdikleri ortalama uyku süresi 7.04±1.22 saat (min: 3, max: 14 saat) olup, %8'i herhangi bir uyku sorunu olduğunu ifade etmiştir. Çoğunluğu hastanede çalışan hemşireler arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %27.4'ü sık sık uyku sorunu yaşadığını belirtmiştir (83). Anestezi asistanları arasında yapılan bir çalışmada günlük ortalama uyku süresi 5-6 saat olarak bildirilmiştir (123). ABD'de, çalışanlar arasında yapılan bir araştırmada katılımcıların yaklaşık %65'inin 7-8 saat uyuduğu bildirilmiştir (124). Kore'de yapılan bir çalışmada 7 saatten daha fazla ve daha az uyumanın bildirilen sağlık

durumunda olumsuzlukla ilişkili olduğu saptanmıştır (125). ABD’de yapılan bir çalışmada insomnia ile mortalite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (126). Bu sonuçlar, birinci basamak sağlık çalışanlarının uyku süresi ve uyku bozuklukları açısından nöbet/vardiya usulü çalışan sağlık çalışanlarına oranla avantajlı olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %32.0’ı sigara, %9.8’i alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo 7). Ocaktan ve ark.’nın (93) sağlık ocağı çalışanları arasında yaptığı çalışmada katılımcıların %40.6’sı sigara, %4.2’si alkol kullandığını ifade etmiştir. Hemşireler arasında yapılan bir çalışmada birinci basamakta görev yapan hemşirelerin %26’sı sigara içtiğini belirtmiştir (127). Türkiye’de yetişkinler arasında sigara içme oranı 2012 yılı için %27.1’dir (128). Türkiye Aile Yapısı Araştırması (2011) verilerine göre Türkiye’de alkol kullanım oranı %15.2’dir (129). Araştırmamızda sağlık çalışanlarının sigara kullanma oranları Türkiye ortalamasının üzerindedir. Topluma rol model durumunda olan sağlık çalışanları arasında sigara içme oranlarının yüksekliği düşündürücüdür. Alkol kullanma bildirimleri ise sosyal ve kültürel çevreye göre değişkenlik gösterebilir ve bildirim çekincelerinden etkilenebilir.

Katılımcılardan %20.9’u kronik bir hastalığa sahip olduğunu bildirmiştir (Tablo 7). Baykan ve ark.’nın (130) yaptığı bir çalışmada aile hekimlerinin %37.8’i kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Ocaktan ve ark.’nın (93) sağlık ocağı çalışanları arasında yaptığı bir çalışmada, katılımcıların %11.9’u hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı ve benzeri sağlık sorunları tanımlamışlardır. Bir ilçe Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada, çalışanların %24.6’sı kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir (131). Literatürde birinci basamak sağlık çalışanlarında bildirilen kronik hastalık oranları benzer olup, kronik hastalıklar, kişinin yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu kötü etkileyebilecek durumlardır.

Katılımcıların %48’i çalışma ortamında görevini yerine getirirken şiddete maruz kaldığını, %52’si ise herhangi bir şiddet olayıyla karşılaşmadığını ifade etmiştir. Aile hekimlerinin %58.9’u herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını ifade ederken bu oran aile sağlığı elemanlarında %41.1’dir (p<0.05, Tablo 9). Şiddeti uygulayan kişi sorgulandığında, katılımcıların %48.1’i hasta, %13.9’u

hasta yakını, %38.0'ı hasta ve hasta yakını olduğunu ifade etmiştir (Tablo 8). Filistin'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %80.4'ü son bir yıl içinde şiddete uğradığını bildirmiştir (132). ABD'de hemşireler arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %76'sı son bir yıl içinde hasta/hasta yakını tarafından şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir (133). Türkiye'de 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapılan bir çalışmada katılımcılara son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulmuş; çalışanların yaklaşık yarısı (kadınlarda %52.5, erkeklerde %48.4) şiddete uğradığını belirtmiştir. En sık şiddete maruz kalanların pratisyen hekimler (%67.6) ve hemşireler (%58.4) olduğu saptanmıştır (134). Hemşirelerin şiddete uğrama oranının hekimlerden yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (135, 136). Isparta ve Burdur'da yapılan bir çalışmada şiddete uğradığını ifade eden sağlık çalışanlarının %32'si hasta, %54'ü hasta yakını, %14'ü sağlık çalışanı/idare tarafından şiddete uğradığını belirtmiştir (137). Şiddetin diğer iş alanlarına oranla en çok sağlık alanında ortaya çıktığını gösteren çalışmalar mevcuttur (138, 139). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış gösteren global bir sorundur. Sağlık hizmetindeki hızlı değişimlerin ve yasal boşlukların buna zemin hazırladığı düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarından kadınların %40'ı, erkeklerin %61.3'ü hasta/hasta yakınları tarafından şikayet edilme endişesi taşıdığını belirtmiştir ($p<0.05$, Tablo 10). Bu oranlar aile hekimleri için %60.7, aile sağlığı elemanları için %33.6'dır ($p<0.05$, Tablo 11). Hekimler işlerinin doğası gereği hastaları ile ilgili diğer sağlık çalışanlarından daha fazla sorumluluk taşıdıklarından dolayı şikayet edilme endişelerinin de daha yüksek olması beklenir. Ayrıca, son yıllarda yapılan yasal düzenlemelerle hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından kaynaklandığı taksir ile ilgili suçlarda cezaların arttırılmasının da bu endişeyi arttırabileceği düşünülmüştür (140, 141). Hasta ve yakınları tarafından şikayet/dava edilme endişesi, hastaları daha detaylı bilgilendirme, daha detaylı kayıt tutma gibi olumlu sonuçlar doğurabileceği gibi riskli hastalardan kaçınma, gereksiz tetkik isteme gibi olumsuz sonuçlara da yol açabilir (142).

Araştırmadaki sağlık çalışanlarının %64.0'ı tükenmişlik hissettiği/yaşadığı zamanların varlığını bildirmiştir (Tablo 13). Sağlık çalışanları tükenmişliğin sık

görüldüğü meslek gruplarındandır (143). Yurt dışında aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %55'i tükenmişlik sendromu yaşadığını belirtmiştir (144). Yurtdışında yapılan bir başka çalışmada hastanede çalışan hemşirelerin %34'ü, evde bakım hizmeti veren hemşirelerin %37'si ve diğer alanlarda çalışan hemşirelerin %22'si tükenmişlik yaşadıklarını bildirmiştir (145). Tükenmişlik, sadece tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanını değil, ailesini, arkadaş çevresini ve hizmet verdiği toplumu da olumsuz etkileyen bir sorun olarak değerlendirilmelidir.

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının BAÖ puan ortalaması 9.11 ± 8.71 (min: 0, max: 41) olarak saptanmıştır. Savrun'un (56) acil asistanları arasında yaptığı çalışmada asistanların nöbet öncesi BAÖ puan ortalaması 9.32 ± 10.42 , nöbet sonrası BAÖ puan ortalaması 11.51 ± 11.07 olarak bulunmuştur. Bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan asistanlar arasında yapılan çalışmada BAÖ puan ortalaması 6.14 ± 6.98 olarak saptanmıştır (120). Aynı ölçeğin kullanıldığı sağlık çalışanları arasında anksiyetenin değerlendirildiği çalışmalarda sonuçlar benzerdir.

Bu araştırmada aile sağlığı elemanlarının BAÖ puan ortalamaları aile hekimlerinden yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$). Ocaktan ve ark.'nın (93) sağlık ocağı çalışanları arasında yaptığı bir çalışmada doktorlarla diğer sağlık çalışanlarının kaygı düzeyleri arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir. Gökçe ve Dündar'ın (146) Samsun'da bir hastanede çalışan hekim ve hemşireler arasında yaptığı bir çalışmada hekim ve hemşirelerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda da farklılık saptanmamasına rağmen, Türkiye'de aile hekimliği sisteminin uygulanmaya başlanması ile birlikte aile sağlığı elemanının çalışma yoğunluğunun artmış olması, daha önce birinci basamak sağlık sisteminde var olan ekip hizmetinin tek kişiye düşmüş olmasının aile sağlığı elemanlarında sıkıntıyı artırabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki kadınların BAÖ puan ortalaması erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 14). Konu ile ilgili çalışmaların çoğunda sonuçlar benzerdir (56, 147-149). İsviçre'de hekimler arasında yapılan bir çalışmada kadınların anksiyete düzeyleri erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (148). Türkiye'de Savrun'un (56) acil asistanları arasında yaptığı çalışmada kadınların

anksiyete skorunun hem nöbet öncesi hem de nöbet sonrasında erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Memiş'in (149) tıp fakültesi öğrencileri arasında yaptığı çalışmada toplam anksiyete, kaygı, kaçınma, performans kaygısı, performans kaçınması ve sosyal etkileşimden kaygı düzeyleri kadın öğrencilerde erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak literatürde kadınlar ve erkeklerin anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılığın olmadığı (150) ya da erkeklerin anksiyete düzeyinin daha yüksek saptandığı (151) çalışmalar da mevcuttur. Kadınların anksiyete puanlarının yüksek çıkmasında psikososyal faktörlerin daha fazla rol oynadığı düşünülebilir. Toplumun kadından beklentileri, çocuk bakımı ve ev işlerinde kadının erkeğe oranla genellikle daha fazla sorumluluk alması, kadınların stres karşısında daha duygusal yanıt vermeleri gibi etmenler kadınlarda anksiyete düzeylerinin daha yüksek saptanmasına neden olabilir.

Araştırma kapsamına alınanların yaşları yükseldikçe anksiyete puanlarının düştüğü gözlenmiş olmasına rağmen aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 14). Aile hekimleri arasında yapılan bir çalışmada durumluk anksiyete düzeyi yaşla değişmezken, sürekli anksiyete düzeyi gençlerde anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (98). Savrun'un (56) acil asistanları arasında yaptığı çalışmada yaş ile anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ocaktan ve ark.'nın (93) sağlık ocağı çalışanları arasında yaptığı bir çalışmada daha ileri yaşta olanlarda kaygı puanı ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte aradaki farklar anlamlı bulunmamıştır. Literatürde yaş ile anksiyete düzeyleri arasında artan, azalan ya da değişmeyen ilişkinin varlığı görülmektedir. Bu durum, diğer faktörlerin belirleyici rollerinin daha ön planda olup olmamasıyla açıklanabilir.

Araştırmada evlilerin BAÖ puan ortalamaları bekarlardan, boşanmış olanlarınsa evli ve bekarlardan yüksek saptanmış, ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 14). Elazığ merkeze bağlı acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanları arasında yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (119). Hemşireler arasında ve sağlık ocağı çalışanları arasında yapılan çalışmalarda da medeni durum ile anksiyete arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (93, 152). Sosyal desteğin birincil kaynağı olması nedeniyle aile hayatı, strese neden olan olaylarla başa çıkmada önemlidir. Ancak evli olmak, ekonomik yükümlülükler

ve çocuk bakımı gibi bireyin anksiyete düzeyini artırabilecek durumların da kaynağı olabilmektedir.

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarından eşi gelir getirici bir işte çalışanların BAÖ puan ortalamaları, eşi gelir getirici bir işte çalışmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Eşlerden her ikisinin çalışması ekonomik yönden avantaj sağlamakla birlikte, çalışma hayatından kaynaklanan stres yükünün artışı ve evle ilgili sorumlulukların paylaşımı sorunu gibi nedenlerle anksiyete artışına neden olabilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından çocuk sahibi olanlarla olmayanların BAÖ puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 15). Çocuk sahibi olanlar arasında ise, bir çocuk sahibi olanların BAÖ puan ortalamaları iki çocuk sahibi olanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 15). Ocaktan ve ark.'nın (93) sağlık ocağı çalışanları arasında yaptığı bir çalışmada, yine Develi'nin (153) beden eğitimi öğretmenleri arasında yaptığı bir çalışmada çocuk sahibi olma ve çocuk sayısına göre kaygı puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Anksiyete düzeyi üzerine çocuk sahibi olmanın etkisinin motivasyon ve yaşama bağlılık nedeniyle olumlu, ancak getirdiği ekonomik yükün ve sorumlulukların artışı, çocukla ilgili endişeler nedeniyle olumsuz olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcılardan mesleğine bakışı olumlu olanların BAÖ puan ortalamaları, olumsuz/kısmen olumlu olanlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 16). Atıcı'nın (119) acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanları arasında yaptığı çalışmada kendi mesleklerine bakışı olumsuz/değişken olanların kaygı puan ortalamaları mesleğine olumlu bakanlardan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Mesleğe bakışın olumsuzluğu iş stresini ve dolayısıyla anksiyeteyi artırabilen bir unsur olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarından kendi sağlık durumunu orta/kötü olarak değerlendirenlerin BAÖ puan ortalamalarının, iyi olarak değerlendirenlerden yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 17). Bahar'ın (154) çalışmasında huzurevinde kalan yaşlıların kendi sağlıklarının algılama durumları ile anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Atıcı'nın (119) sağlık çalışanları arasında, yine Deveci ve ark.'nın (155) üniversite öğrencileri

arasında yapmış olduğu çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bireylerin kendilerini sağlıklı hissetmeleri, aile ve iş hayatının olumsuz etkilemek suretiyle ve/veya bunlardan bağımsız olarak bireyin anksiyetesini yükseltebilir.

Katılımcılardan kişilik yapısını içe dönük, geç ve güç uyum sağlayan olarak tanımlayanların anksiyete puan ortalamaları, kişilik yapısını dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan olarak tanımlayanlardan daha yüksek saptanmıştır, ancak istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$, Tablo 17). Atıcı'nın (119) ve Deveci ve ark.'nın (155) çalışmalarında kişilik yapısını içe dönük olarak tanımlayanların kaygı düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Anksiyetesi yüksek kişiler kendilerini daha içe dönük olarak algılayabilmektedir (156). Çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmamış olsa da içe dönük yapının kaygı ve sıkıntıyı artırabileceği, bu durumun kısır bir döngü ortaya çıkarabileceği beklenebilir.

Araştırma kapsamına alınanlardan günlük hayatında kendisine, diğer ilgi ve uğraşlarına yeterince zaman ayırabildiğini ifade edenlerin anksiyete düzeylerinin böyle bir zaman ayıramayanlardan anlamlı derecede düşük olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 18). Sonuçlar konuyla ilgili diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir (119, 120, 150). Kişinin yeterince dinlenmesi ve kişisel uğraşlarına zaman ayırması, hayatının stres ve yoğunluğundan uzaklaşmayı ve içsel huzuru sağlayarak anksiyeteden koruyucu etki yapabilir.

Kendisiyle ilgili herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alabildiğini belirtenlerle, böyle bir destek almadığını ifade edenlerin anksiyete düzeyleri benzerdir ($p>0.05$, Tablo 18). Atıcı'nın (119) sağlık çalışanları, Ünal'ın (120) tıpta uzmanlık öğrencileri arasında yaptığı çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Özen'in (157) Uludağ Üniversitesi öğrencileri arasında yaptığı çalışmada; sorunlarının çözümü için sosyal destek almayan öğrencilerin anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda anksiyete düzeyleri ile ilişkisi bulunamamış olsa da sosyal desteğin strese neden olan faktörlerin etkisini azaltması beklenebileceği düşünülmüştür.

Araştırmada sigara ve alkol kullanımı ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 19). Türkiye'de sağlık çalışanları arasında yapılan birçok araştırmanın sonuçları sigara/alkol kullanımı ile anksiyete ilişkisi açısından araştırmamız ile benzer olmakla birlikte (93, 119); literatürde sigara kullanımı (100,

158-160) ve alkol kullanımı (161, 162) ile anksiyete arasında pozitif bir ilişki varlığını gösteren çok sayıda çalışma da mevcuttur. Sigara ve alkol kullanımı ile anksiyete ilişkisinde kısır bir döngünün varlığı beklenebilir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda alkol kullanımı bildirimleri daha azdır. Bu durumun da ilişkisizliği etkileyebileceği düşünülmüştür.

Katılımcılardan herhangi bir kronik fiziksel veya ruhsal hastalığı, uyku sorunu olduğunu, düzenli beslenmediğini belirtenlerde bu sorulara olumlu yanıt verenlere göre anksiyete puanları daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 19). Yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların (93, 154, 163, 164) ve ruhsal hastalıkların (157, 164) anksiyeteyi artırdığı bildirilmiştir. Sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalarda uyku bozukluğu olanlarda anksiyete puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (119, 123, 165). Jacka ve ark.’nın (166) ve Atıcı’nın (119) çalışmalarında da çalışmamızla benzer olarak sağlıklı beslenme ile anksiyete arasında ilişki saptanmıştır. Kişinin genel iyilik halini bozacak olumsuz sağlık durumları ve davranışlarının anksiyete gibi istenmeyen psikolojik sonuçlarının olması beklenebilir.

Herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını bildiren sağlık çalışanlarının BAÖ puan ortalamaları şiddete maruz kalmayanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmamız sonuçlarına benzer şekilde şiddete maruz kalmanın veya riskinin sağlık çalışanlarında anksiyeteyi/kaygıyı artırdığının bildirildiği yurt dışında (135, 167, 168) ve Türkiye’de (119, 146, 169) yapılmış çok sayıda çalışma mevcuttur. ABD’de yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara oranla 16 kat fazla olduğu saptanmıştır (170). İşyerinde şiddete maruz kalmak kişide korku, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, tükenmişlik gibi bir dizi olumsuz sonuca yol açabilmektedir (167, 171). Şiddet varlığı yanı sıra yol açtığı olumsuzluklarla da önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir.

Katılımcılardan görevlerini yerine getirirken şiddete uğrama ile şikayet edilme endişesi taşıdığını ifade edenlerin anksiyete puan ortalamaları böyle bir endişe taşımayanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 20). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şikayet edilme olayları geçmişten bugüne artış eğilimindedir (172-174). Çalışanların bunlarla ilgili endişe hissetmesi ve bu durumun anksiyete

düzeylerini yükseltmesi beklenen sonuçlardır. İnsanlarla ikili ilişkileri yoğun olarak yaşayan sağlık çalışanlarının şiddete uğrama ve şikayet endişelerinin mesleki ortam gerginliğini artırarak ruhsal olumsuzluğa neden olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının mesleki memnuniyeti arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 21). Ünal'ın (120) tıpta uzmanlık öğrencileri, Atıcı'nın (119) acil sağlık istasyonları çalışanları ve Yaşan ve ark.'nın (175) araştırma görevlileri arasında yapmış olduğu çalışmalarda da benzer sonuçlar alınmıştır. Araştırmamızda çalışma ortamından memnun olmayan sağlık çalışanlarının anksiyete puan ortalamalarının memnun olanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 21). Bu sonuçlar Atıcı'nın (119) acil sağlık istasyonları çalışanlarında kaygı, Dönmez ve ark.'nın (176) hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinde kaygının belirlendiği çalışmalarla paralellik göstermektedir. Elmas'ın (150) 5. ve 6. sınıf tıp öğrencileri arasında yaptığı çalışmada ise çalışma ortamından memnuniyetle anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kişinin mesleki memnuniyeti, işini severek yapıp yapmaması ve çalışma koşullarının psikolojik iyilik durumunu etkilemesi beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarından hastaları ve üstleri tarafından yeterince takdir edildiğini düşünenlerin anksiyete düzeyleri takdir edilmediğini düşünenlerden düşük bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 21). Elmas'ın (150) 5. ve 6. sınıf tıp öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada katılımcıların hastaları tarafından takdir edilmelerinin kişilerde anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır. Ünal'ın (120) tıpta uzmanlık öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada da hastaları tarafından yeterince takdir edildiğini düşünenlerin BAÖ puanları istatistiksel olarak anlam saptanmasa da daha düşük bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının hastaları ve/veya üstleri tarafından takdir edilmelerinin özgüvenlerini ve mesleki motivasyonlarını artırması ile anksiyete düzeylerini azaltabileceği düşünülebilir.

Katılımcılardan çalışma arkadaşlarında ve ailesindeki bireylerde kaygı/stres düzeyinin yüksek ya da kısmen yüksek olduğunu düşünenlerin BAÖ puan ortalamaları böyle düşünmeyenlerden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 22). Çalışan bireyin en fazla iletişim halinde olduğu iki grubun çalışma arkadaşları ve ailesi olması nedeniyle, onların olumlu ya da olumsuz psikolojik özelliklerinden etkileneceği varsayılabilir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarından tükenmişlik hissettiği/yaşadığını belirtenlerin anksiyete düzeyleri tükenmişlik yaşamadığını ifade edenlerden yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 22). Tunçel ve ark.'nın (177) hemşireler arasında ve Memiş'in (149) tıp fakültesi öğrencileri arasında yaptığı çalışmalarda da tükenmişlik ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik yaşamak bireyin anksiyetesini artırabileceği gibi anksiyetenin zamanla tükenmişliğe neden olabileceği de düşünülebilir.

Sonuç olarak, Elazığ il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışmada;

- Katılımcıların yaş ortalaması 37.84 ± 7.81 yıl, %66.7'si kadın, %84.9'u evli, %80.4'ünün çocuğu olup, %88.5'inin eşi çalışmaktadır.
- Katılımcıların %49.8'i aile hekimi, ortalama aylık gelirleri 6924.22 ± 3232.74 TL'dir.
- Katılımcıların %70.7'si mesleğine bakışının olumlu olduğunu, %78.7'si sosyoekonomik düzeyini orta düzeyde algıladığını, %51.6'sı sağlık durumunun iyi olduğunu, %32.9'u herhangi bir sorunu olduğunda sosyal destek aldığını bildirmiştir.
- Katılımcıların ortalama uyku süresi 7.04 ± 1.22 saat olup, %8'i uyku sorunu yaşamakta, %20.9'unun en az bir kronik fiziksel, %3.6'sının ise ruhsal hastalığı mevcuttur.
- Katılımcıların %32.0'ı sigara, %9.8'i alkol kullanmaktadır.
- Katılımcıların %48.0'ı görevini yerine getirirken şiddete maruz kaldığını, %68.9'u şiddete uğrama, %47.1'i hasta/hasta yakınları tarafından şikayet edilme endişesi taşıdığını, %64.0'ı tükenmişlik yaşadığını bildirmiştir.
- Çalışanların BAÖ puan ortalaması 9.11 ± 8.71 olarak saptanmış ve düşük olarak değerlendirilmiştir.
- Kadınların anksiyete düzeyleri erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.
- Mesleğine bakışı olumlu olanların kısmen olumlu/olumsuz olanlara göre anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Sağlık durumunu iyi olarak algılayanların anksiyete puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.

- Kendine ve uğraşlarına yeterince vakit ayıramayanların ayıranlara göre anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.
- Uyku sorunu, kronik ve ruhsal hastalık varlığı anksiyete düzeyini yükseltmektedir.
- Düzenli beslenenlerin anksiyete düzeyleri daha düşük bulunmuştur.
- Şiddete maruziyet ile şiddete uğrama endişesi ve şikayet edilme endişesi anksiyete düzeylerini yükseltmektedir.
- Mesleki memnuniyet ve çalışma ortamından memnuniyet anksiyeteyi azaltmaktadır.
- Hastaları ve üstleri tarafından yeterince takdir edildiğini düşünenlerin anksiyete puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.
- Çalışma arkadaşlarında ve ailedeki bireylerde kaygı/stresin yüksek oluşu, tükenmişlik hissetme/yaşama anksiyete düzeylerini yükseltmektedir.
- Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanları arasında anksiyete düzeyleri açısından farklılık saptanmamıştır. Ayrıca yaş, medeni durum, gelir durumu, evde yaşayan kişi sayısı, meslekte hizmet süresi, sosyoekonomik düzey algısı, kişilik yapısı, sosyal destek alma durumu, sigara/alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapma ve son bir yıl içerisinde birinci derece yakınına kaybetme durumları ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyeteyi artıran etkenlere yönelik olarak;

- Mesleki bakışı olumlu yönde etkileyecek iyileştirmeler yapılmalı,
- Çalışanların fiziki ve ruhsal iyilik hallerini yükseltmeye yönelik tedbirler alınmalı,
- Sağlık çalışanları meslekleri dışında kişisel uğraşlar edinme ve kendilerine zaman ayırma konusunda desteklenmeli,
- Aile hekimleri için gündemde olan nöbet uygulaması çalışanların uyku ve dinlenme ihtiyaçları göz önünde bulundurularak yeniden değerlendirilmeli,
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi ile ilgili bireysel ve kurumsal olarak hareket edilmeli, konu ile ilgili mevcut kanunların yaptırımları artırılarak uygulanması denetlenmeli,

- Çalışma koşulları mesleki memnuniyeti artırma yönünde iyileştirilmeli,
- Sağlık çalışanlarına yönelik şikayetlerin yapılış usulü sağlık çalışanlarının mağduriyetlerine sebep olmayacak şekilde yeniden düzenlenmeli,
- Önemli sorunlara neden olabilecek tükenmişlik duygusunun yaşanmaması için sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hasta ve hasta yakınları ile sorun yaşamalarının önlenmesi, şikayet ve dileklerini iletebilecekleri kanalların olması gibi önlemler alınmalıdır.

5. KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviren) s.1559-1800, İstanbul, Günes Kitabevleri, 2007.
2. Öhman A. Fear and anxiety: evolutionary, cognitive and clinical perspectives. Lewis M, Haviland-Jones JM (editors). Handbook of Emotions. 2. Baskı, New York: The Guilford Press, 2000: 573-593.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder. Dördüncü Baskı, Text Revision, Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
4. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri 2002; 5: 5-13.
5. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Meikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617-627.
6. Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders. J Psychiatry Res Suppl 1990; 2: 3-14.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
8. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry 2006; 51: 100-113.
9. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K. Generalized anxiety and depression in primary care: prevelance, recognition and management. J Clin Psychiatry 2002; 8: 24-34.
10. Çorapçioğlu A, Kocabaşoğlu N. Yaygın anksiyete bozukluğu. Koroğlu E, Güleç C, Şenol S (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Ankara. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007: 360-368.

11. The Merck Manual, 2014, http://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric_disorders/anxiety_and_stressor-related_disorders/overview_of_anxiety_disorders.html/10.06.2015.
12. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. 1. Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2002: 4-17.
13. Arnold PD, Zai G, Richter MA. Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6: 243-254.
14. Tambs K, Czajkowsky N, Røysamb E, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T, Aggen SH. Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-IV anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 301-307.
15. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 2007; 6: 136-142.
16. Tükel R. Panik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1997; 1: 12-17.
17. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC. A population based twin study of major depression in women: the impact of varying definition of illness. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 257-266.
18. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatr Clin N Am* 1992; 15: 759-766.
19. Noyes R. Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 41-55.
20. Wittchen HU. Generalised anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety* 2002; 16: 162-171.
21. Fisher PL, Durham RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med* 1999; 29: 1425-1434.
22. Saatçioğlu Ö. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001; 11: 60-77.

23. Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 167-175.
24. Erdoğan S. Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10: 3-13.
25. Yates WR. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 2009; 21: 95-102.
26. Regier DA, Myers JK, Kramen M. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-941.
27. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013; 24: 1-18.
28. Dogan O, Gülmez H, Ketenoglu O, Kılıçkap Z, Özbek H, Akyüz G, et al. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı, Sivas: Dilek Matbaası, 1995: 33-37.
29. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. The cross national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 305 –309.
30. Tükel R. Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri* 2002; 5: 5-13.
31. Onur E, Alkın T, Monkul ES, Fidaner H. Panik-agorafobi spektrumu kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15: 215-223.
32. Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. *TTB Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)* 2003; 12: 286-288.
33. Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamaları. Taneli B (Çeviren) s.346-358, İstanbul, Yelkovan Yayıncılık, 2003.
34. Cansever A. Özgül fobi. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S (editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007: 318-324.
35. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *J Clin Child Psychol* 2000; 29: 221-31.

36. Sungur MZ. Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası* 1997; 1: 5-11.
37. Dilbaz N. Sosyal fobi. *Psikiyatri Dünyası* 1997; 1: 18-24.
38. Wittchen U, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 4-18.
39. Keller MB. The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 85-94.
40. Kessler RC, McGonagle K, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
41. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusla İlgili Sonuçlar. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek ZT (editörler). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Ön Rapor*. Ankara: Aydoğdu Ofset, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997.
42. Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. *TTB Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)* 2003; 12: 366-369.
43. Dilbaz N. Sosyal anksiyete bozukluğu: tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 3-21.
44. Kleinknecht RA, Dinnel DL, Kleinknecht EE, Hiruma N, Harada N. Cultural factors in social anxiety: A comparison of social phobia symptoms and Taijin kyofusho. *J Anxiety Disord* 1997; 11: 157-177.
45. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 159-168.
46. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 77-84.
47. Price LH, Rasmussen SA, Eisen JL. The natural history of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 131-132.

48. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke Jr JD, Regier DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 949-958.
49. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 1094-1099.
50. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalık yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek M (editörler). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Eksen Tanıtım Ltd. Şti, 1999: 77-97.
51. Bayraktar E. Obsesif-kompulsif bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1997; 1: 25-32.
52. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clin North Am 1992; 15: 743-758.
53. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri 1999; 1: 34-41.
54. Özmenler KN. Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007: 353-359.
55. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 1048-1060.
56. Savrun A. Acil Asistanlarının Nöbet Öncesi ve Nöbet Sonrası Anksiyete Düzeyinin Beck Anksiyete Skoru İle Saptanması. Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 2013.
57. Kaptanoğlu C. Travma sonrası stres bozukluğunda tanı ve klinik özellikler. Aker T, Önder ME, (editörler). Psikolojik Travma ve Sonuçları İçinde. 1. Baskı, İstanbul. 5US Yayınları, 2003: 79-87.

58. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri 1999; 1: 34-41.
59. Sutherland SM, Davidson JRT. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am 1994; 17: 409-423.
60. Ersoy F, Edirne T, Oğuz TF. Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları 4, TTB Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED) 2003; 12: 406-407.
61. Öztekin Z, Üner S, Eren N. Sağlık hizmetleri ve sağlık yönetimi. Güler Ç, Akın L (editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012: 1480-1527.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm/10.06.2015>.
63. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Ocağı Hekiminin Görev Analizi. Ankara, 1988.
64. Uz MH. Pratisyen Hekimlerin Hizmetiçi Eğitim İhtiyacı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1993: 9.
65. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge. http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/birinci-basamak-saglik-kuruluslari-planlama-organizasyon/yonerge_81_il_ekleri.pdf/01.03.2015.
66. Akdağ R, Aydın S, Demirel H. (editörler). Düünden bugüne sağlık politikalarımız. Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. 2. Baskı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007.
67. Sülkü SN. Türk sağlık sektörünün ve sağlık politikalarının gelişimi. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. 1. Baskı, Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011: 3-15.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm. 1. Baskı, Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003.
69. Öztekin Z. Halk Sağlığı Sözlüğü. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998.

70. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında 5258 Sayılı Kanun. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7284/5258-sayili-aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-hakkinda-ka-.html/10/06/2015>.
71. Akdağ R, Aydın S, Buzgan T, Demirel H, Gündüz F (editörler). Sağlıkta yeni dönem. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008. 1. Baskı, Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 50-174.
72. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Halk Sağlığı Laboratuvarları Daire Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. <http://hsl.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/mevzuat/791-sa%C4%9Flık-bakanli%C4%9Fi-ve-ba%C4%9Flı-kurulu%C5%9Flarının-te%C5%9Fkilat-ve-g%C3%B6revleri-hakkinda-kanun-h%C3%BCkm%C3%BCnde-kararname.html/10.06.2015>.
73. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi. http://www.muglahsm.gov.tr/files/hsbs_rehber_son.pdf/10.06.2015.
74. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf/10.06.2015>.
75. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf/10.06.2015>.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html/10.06.2015>.
77. National Institute for Occupational Safety and Health. Exposure To Stress Occupational Hazards in Hospitals. Cincinnati, OH: Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, 2008.
78. Clerk JM. Introduction to working conditions and environment. 2. Baskı, Geneva: International Labor Office, 1989: 1-27.

79. Piyal B. İş Sağlığı ve Eylem Programı İçin Yöntem Önerisi. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1994.
80. Ergör OA. Makine ve Kimya Endüstrisi Kurumu'na Bağlı Dört Fabrikada, 1994, 1995, 1996 Yıllarında Meydana Gelen İş Kazalarının İncelenmesi. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1997.
81. Pıçakçıefe M. İzmir'de Zabıta Çalışanlarının Çalışma Yaşamı Bileşenleri İle Durumluk Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2005.
82. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (staff burnout) sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001; 10: 46-47.
83. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyum ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29: 139-146.
84. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R Johnson J, Greenwald S. Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. JAMA 1991; 265: 742-746.
85. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri 2004; 7(ek 4): 12-16.
86. Spor Y, Akbulut T, Türkbikmaz A, Akayoğlu A, Akyıldız N. İş Kazalarında Ruhsal Etmenlerin Metalden Eşya İmali İşkolunda Araştırılması. 2. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi Kitapçığı, 1991: 164-171.
87. Türkiye İstatistik Kurumu. Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması - ISCO 88. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/DIESS/SiniflamaSatirListeAction.do?sorumId=5&seviye=1&detay=H&turId=41&turAdi=%209.%20Meslek%20S%C4%B1n%C4%B1flamalar%C4%B1> 30/03/2015.
88. Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS. Occupational differences in levels of anxiety and depression: the Hordaland health study. J Occup Environ Med 2003; 45: 628-638.
89. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. Psychological Medicine 1997; 27: 861-873.

90. Travers CJ, Cooper CL (editors). A study of teacher stress. *Teacher Under Pressure: Stress in the Teaching Profession*. 1. Baskı, New York: Routledge, 1996.
91. Jones JR, Hodgson JT, Clegg TA, Elliott RC (editors). Self-reported work-related illness in 1995: Results of a Household Survey. 1. Baskı, Sudbury: HSE Books, 1998: 127-151.
92. Şahin C. Okul yöneticilerinin yönetici kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi* 2011; 12: 143-161.
93. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2002; 55: 21-28.
94. Shamian J, Kerr MS, Laschinger HK, Thomson D. A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals. *Can J Nurs Res* 2002; 33: 35-50.
95. Boswell CA. Work stress and job satisfaction for the community health nurse. *J Community Health Nurs* 1992; 9: 221-227.
96. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994; 309: 1261-1263.
97. Aslankoç R, Öztürk M, Yıldırım NG. Ebe ve hemşirelerin mesleki sorunları ve anksiyete ile ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001; 8: 12-20.
98. Karaoğlu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: bir vaka kontrol çalışması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2009; 13: 119-126.
99. Deveci S, Baydur H, Kaplan Y. Manisa il merkezi birinci basamak sağlık kuruluşları çalışanlarında anksiyete düzeyleri ve etkileyen olası etmenlerin belirlenmesi. 5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Kitabı, 2007:76.

100. Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. *Journal Pakistan Medical Association* 2004; 54: 45-49.
101. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-897.
102. Borden JW, Peterson DR, Jackson EA. The Beck anxiety inventory in nonclinical samples: initial psychometric properties. *J Psychopathol Behav Assess* 1991; 13: 345-356.
103. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12: 163-172.
104. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general Practitioners. *BMJ* 1989; 298: 366-370.
105. Kaya C. Edirne İlinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalığa Karşı İnanç ve Tutumları. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2012.
106. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16083/10.06.2015>.
107. Açlık ve Yoksulluk Sınırı. <http://www.turkis.org.tr/Aclik-Yoksulluk-k91/15.05.2015>.
108. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M, Öksüzokaya A. The current situations and problems of family physicians in the province of Kayseri and their views about the family medicine system. *Erciyes Medical Journal* 2014; 36: 108-114.
109. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2: 61-68.
110. Selçuk KT. Bir Kamu Sağlık Kuruluşunda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyi ve İş Doyum Düzeyini Etkileyen Etmenler. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2013: 224.

111. Öktem İS, Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M. İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Şiddete Uğrama Durumları. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2013: 229.
112. Arcak R, Kasımoğlu E. Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. Dicle Tıp Dergisi 2006; 33: 23-30.
113. Garcia LP, Höfelmann DA, Facchini LA. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. Cad. Saúde Pública 2010; 26: 971-980.
114. Pappas NA, Alamanos Y, Dimoliatis. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. BMC Nursing 2005; 4: 1-8.
115. Yaşar M, Oğur R, Uçar M, Göçgeldi E, Yaren H, Tekbaş ÖF, Korkmaz A. Bir sağlık meslek yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin organ bağışi konusundaki tutumları ve tutumlarına eki eden faktörler. Genel Tıp Dergisi 2008; 18: 33-37.
116. Benyamini Y, Blumstein T, Lusky A, Modan B. Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival. Gerontologist 2003; 43: 396-405.
117. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. Soc Sci Med 2004; 59: 1297-1306.
118. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior 1997; 38: 21-37.
119. Atıcı E. Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Çalışanlarının Durumluk/Sürekli Kaygı Durumunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2014.
120. Ünal FE. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Sıklığının Saptanması ve Sosyodemografik Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, 2008.

121. Bulut İ. Elazığ Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2013.
122. Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
123. Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. Gece ve gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16: 106-112.
124. Luckhaupt SE, Tak SV, Calvert GM. Short sleep duration by industry and occupation. Sleep; 33: 149-159.
125. Kim JH, Kim KR, Cho KH, Yoo KB, Kwon JA, Park EC. The association between sleep duration and self-rated health in the Korean general population. J Clin Sleep Med 2013; 9: 1057-1064.
126. Li Y, Zhang X, Winkelman JW, Redline S, Hu FB, Stampfer, et al. Association between insomnia symptoms and mortality a prospective study of US men. Circulation 2014; 129: 737-746.
127. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İH. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. Konuralp Tıp Dergisi 2012; 4: 17-23.
128. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No 948, Ankara, 2014.
129. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye Aile Yapısı Araştırması TAYA 2011. 2. Baskı, Ankara. Uzerler Matbaacılık, 2014.
130. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014; 18: 121-132.

131. Tezel A, Dikmen AU, Yıldırım A. Ankara Sincan Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarında Stresle Başa Çıkma Düzeyi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2013: 687.
132. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. BMC Health Services Research 2012; 12: 469.
133. Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. Journal of Emergency Nursing 2014; 40: 218-228.
134. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 147-154.
135. El-Gilany AH, El-WehadyA, Amr M. Violence against primary health care workers in Al Hassa, Saudi Arabia. J Interpers Violence 2010; 25: 716-734.
136. Binder RL, McNeil DE. Staff gender and risk of assault on doctors and nurses. Bull Am Acad Psychiatry Law 1994; 22: 545-550.
137. Aydın M. Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı. 1. Baskı, Isparta: Türk Tabipler Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, 2008: 7-29.
138. Peek-Asa C, Howard J, Vargas L, Kraus J. Incidence of non-fatal workplace assault injuries determined from employer's reports in California. J Occ Environ Med 1997; 39: 44-50.
139. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington, DC. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, 2015.
140. Gürdeniz M. Türk Ceza Kanunu: hekimler ve sağlık ortamına ilişkin maddeleri, yorumlar, öneri ve eleştiriler. Hekimce Bakış 2005; 62: 364.
141. Çelik F. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile oluşan "hekimlik mesleğine yönelik kaygılar". Hekimce Bakış 2005; 62: 15.

142. Akıncı SB, Sarıcaoğlu F, Erden İA, Köseoğlu A, Aypar Ü. Anesteziyologlarda defansif tıp uygulamalarının araştırılması. *Journal of Anesthesia* 2013; 21: 151-156.
143. Jackson S, Schwab R, Schuler R. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology* 1986; 71: 630-640.
144. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician* 2001; 47: 737-744.
145. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs* 2011; 30: 202-210.
146. Gökçe T, Dünder C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 15: 25-28.
147. Levinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993; 102: 133-144.
148. Bovier PA, Perneger TV. Stress from uncertainty from graduation to retirement. A population-based study of Swiss physicians. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 632-638.
149. Memiş ÇÖ. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Belirtileri ile Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2011.
150. Elmas Ü. 5. ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2012.
151. Bölükbaş N, Karabulut N, Üzer H. Ameliyathane ortamının çalışan ekip üzerinde yarattığı anksiyete düzeyinin incelenmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1998; 11: 27-31.

152. Kutanis RÖ, Tunç T. Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli anksiyete arasındaki ilişki: bir üniversite hastanesi örneği. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2013; 15: 1-15.
153. Develi E. Konya'da İlköğretim Okullarında Görev Yapan Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sürekli Kaygı Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, 2006.
154. Bahar A. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
155. Deveci SE, Çalmaz A, Açık Y. Doğu Anadolu'da yeni açılan bir üniversitenin öğrencilerinde kaygı düzeylerinin sağlık, sosyal ve demografik faktörler ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2012; 39: 189-196.
156. Kirkcaldy BD, Eysenck M, Furnham AF, Siefen G. Gender, anxiety and self-image. Person Individ Diff 1998; 24: 677-684.
157. Özen Sakın N. Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Anksiyete Görülme Sıklığı ve Sosyo-demografik Özellikleri ile Karşılaştırılması. Doktora Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004.
158. Abbas MAF, AbuZaid LZ, Hussaein M, Bakheet KH, AlHamda NA. Anxiety and Depression Among Nursing Staff at King Fahad Medical City, Kingdom of Saudi Arabia. The 2013 WEI International Academic Conference Proceedings, 2013: 28-34.
159. Mykletun A, Overland S, Aaro L, Liabo H, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. European Psychiatry 2008; 23: 77-84.
160. Jorm AF. Association between smoking and mental disorders: results from an Australian national prevalence survey. Aust New Z J Public Health 1999; 23: 245-248.
161. Kushner MG, Sher KJ, Bietman BD. The relation between alcohol problems and anxiety disorders. Am J Psychiatry 1990; 147: 685-695.

162. Allan CA. Alcohol problems and anxiety disorders-a critical review. *Alcohol and Alcoholism* 1995; 30: 145-164.
163. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust* 2009; 190: 54-60.
164. Kayhan F. Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı. Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 2011.
165. Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23: 238-243.
166. Jacka FN, Mykletun A, Berk M, Bjelland I, Tell GS. The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: the hordaland health study. *Psychosomatic Medicine* 2011; 73: 483-490.
167. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses study. *Occup Environ Med* 2004; 61: 495-503.
168. Roldan GM, Salazar IC, Garrido L, Ramos JM. Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health* 2013; 5: 193-199.
169. Canbaz S, Dünder C, Dabak Ş, Sünter AT, Pekşen Y, Çetinoğlu EÇ. Samsun'da hastane acil servisleri ve 112 acil çalışanlarına karşı şiddet: epidemiyolojik bir çalışma. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2008; 14: 239-244.
170. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *International Nursing Review* 2001; 48: 129-130.
171. Moreno Jimenéz MA, Vico Ramirez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateios Salidoc MJ. Analysis of patients violence in primary care. *Aten Primaria* 2005; 36: 152-158.

172. Pemberton MN, Atherton GJ, Thornhill MH. Violence and aggression at work. *Br Dent J* 2000; 320: 1447-1448.
173. Ness GJ, House A, Ness AR. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the North of England. *BMJ* 2000; 320: 1447-1448.
174. Çetin G. Acillerde yaşanan tıbbi sorunlar. Çetin G, Kaya A (editörler). *Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi*. 1. Basım, İstanbul. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 78, 2012: 22-31.
175. Yaşan A, Eşsizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde iş memnuniyeti, anksiyete düzeyi ve ilişkili etmenler. *Dicle Tıp Dergisi* 2008; 35: 228-233.
176. Dönmez L, Aktekin M, Erengin H, Dinç G, Karaman T. Antalya'daki Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri. *V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*, 1996: 679-685.
177. Tunçel Yİ, Kaya M, Kuru RN, Menteş S, Ünver S. Onkoloji hastanesi yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin tükenmişlik sendromu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2014; 12: 57-64.

6. EKLER

EK -1.

ELAZIĞ İL MERKEZİNDE BULUNAN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİ ANKETİ

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Birçok etmen anksiyete oluşumunda rol alabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, Elazığ il Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarındaki anksiyete düzeylerini belirlemek, bu durumun ortaya çıkmasına olanak sağlayan faktörlerin neler olduğunu araştırmak ve varsa değiştirilebilir olan faktörleri tespit etmektir.

Değerli Katılımcılar, **anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız**. Bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

- 1- Yaşınız :
- 2- Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()
- 3- Medeni durumunuz : Evli () Bekar () Eşi Ölmüş ()
Boşanmış ()
- 4- Çocuğunuz var mı ? : Evet () Evet ise sayısı: Hayır ()
- 5- Evinizde yaşayan kişi sayısı nedir?(siz dahil) (kişi)
- 7- Eğitim düzeyiniz : Lise () Ön lisans () Lisans () Yüksek lisans ()
Doktora ()
- 8-Göreviniz : Aile Hekimi () Aile Sağlığı Elemanı ()
- 9- Eşiniz gelir getirici bir işte çalışıyor mu? Evet() Hayır ()
- 10-Ortalama aylık geliriniz (Eve gelen tüm para):
- 11-Bu gelirden faydalanan kişi sayısı :
- 12-Kendi sosyoekonomik düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz: Üst() Orta() Düşük()
- 13-Evde bakıma muhtaç biri var mı?
Evet() Evet ise sayısı Hayır()
- 14-Meslekte hizmet süresi :ay
- 15-Mesleğinize bakış açınız : Olumlu () Olumsuz () Diğer ()
.....

16-Seçme hakkınız olsaydı, yine aynı mesleği seçer miydiniz?

Evet () Hayır ()

(Neden?.....)

17-Kendi kişilik yapınızı nasıl tanımlıyorsunuz?

Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan ()

İçe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan ()

18-Günlük hayatınızda kendinize, diğer ilgi ve uğraşlarınıza yeterince zaman ayırabildiğinize inanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

19- Sizinle ilgili/sizi etkileyebilecek herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alıyor musunuz? Evet() (Kimden:)

Hayır ()

20- Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? :

İyi () Orta () Kötü ()

21-Günde kaç saat uyuyorsunuz? saat

22-Herhangi bir uyku sorununuz var mı?

Var ()(Var ise nedir?.....) Yok()

23-Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Her zaman değil ()

24-Kronik bir hastalığınız var mı? :

Evet () Açıklayınız Hayır ()

25-Tanısı konulmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?

Var ()(Var ise nedir?.....) Yok ()

26-Kendinize en zor gelen yaşamsal alan hangisidir?

İş () Ev () Diğer() (Açıklayınız.....)

27-Çalışma ortamında görevinizi yerine getirirken hiç şiddete maruz kaldınız mı?

Evet () Hayır ()

28-Eğer şiddete maruz kaldıysanız hangi tür şiddete maruz kaldınız?

Fiziksel (.....kez, Kimdi)

Sözel (.....kez, Kimdi)

29-Görevinizi yerine getirirken şiddete uğrama endişesi taşıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

30-Hasta/Hasta yakınları tarafından şikayet edilme endişesi taşıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

31- Mesleğinizde memnun musunuz?

Memnun () Orta Düzeyde Memnun () Memnun Değil ()

32- Çalışma ortamından memnun musunuz?

Evet () Hayır ()

33-Hastalarınız tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

34-Üstleriniz tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

35- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?(Haftada en az 3 gün, günde en az yarım saat örn; tempolu yürüyüş, yüzme, bisiklete binme vs.)

Evet () Hayır ()

36- Çalışma arkadaşlarınızın kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Kısmen ()

37- Ailenizdeki bireylerin kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Kısmen ()

38- Son bir yıl içerisinde birinci derece yakınınızı (anne, baba, kardeş, eş ve çocuk) kaybettiniz mi?

Evet () Hayır ()

39- Kendinizi tükenmiş hissettiğiniz ya da tükenmişlik yaşadığınız zamanlar oluyor mu?

Evet () Hayır ()

40- Sigara içiyor musunuz? :

Her gün günde en az 1 tane içiyorum ()

Her gün olmamakla birlikte ara sıra içiyorum ()

İçiyordum bıraktım ()

Hiç içmedim ()

41-Sigara içiyorsanız içtiğiniz sigara miktarı : Günde..... adet sigara veya haftada..... adet sigara

42-Sigara içiyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz? :

43-Ara sırada olsa alkollü içki içiyor musunuz?

Evet () Hayır ()

44- Alkollü içki içiyorsanız hangi sıklıkla alkollü içki içiyorsunuz?

Her gün()

Haftada bir-iki gün()

Ayda bir-iki gün()

Seyrek olarak ya da özel günlerde()

EK-1

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı)				

Ek-2.

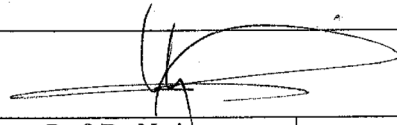
T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
03.12.2013	08	04	Arş. Gör. Dr. Sibel KARAASLAN

KARAR

“Elazığ İİ Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Anksiyete Düzeyleri” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

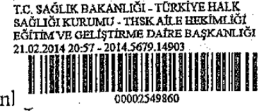
Prof. Dr. MUSTAFA KAPLAN (Başkan)			
Prof. Dr. Engin ŞAHNA (Üye)	İmza	Prof. Dr. Nerihan ÇOLAKOĞLU (Üye)	İmza
Prof. Dr. Ömer AYTAÇ (Üye)	Bulunmadı	Prof. Dr. Ahmet BAYLAR (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Süleyman Serdar KOCA (Üye)	İmza	Doç. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	İmza	Doç. Dr. Ertan EVİN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Sefa KAZANÇ (Üye)	İmza	Doç. Dr. Yalın Kılıç TÜREL (Üye)	İmza
Doç. Dr. Murat SUNKAR (Üye)	İmza	Doç. Dr. M. Nuri GÖMLEKSİZ (Üye)	Bulunmadı
Yrd. Doç. Dr. Funda GÜLCU (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Nurhan HALİSDEMİR (Üye)	İmza

Ek-3: A



Sayı : 67350377
Konu: Araştırma İzin Talebi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı



ELAZIĞ VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi: 31.12.2013 tarihli ve 10368 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. S. Erhan Deveci tarafından yapılmak istenen "Elazığ İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Anksiyete Düzeyleri" konulu araştırma izin talebi hususunda Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır. Bu kapsamda Kurumumuz Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu ilgede kayıtlı araştırma izin talebini değerlendirmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu araştırmanın komisyonumuz tarafından yapılan değerlendirilmesinde; araştırma izin talebi yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Bakan a.
Kurum Başkanı

10985
H. H. Sağ. Md.ne
04/03/2014...
Vali

Geldiği Tarih	05.10.2014
Sayfa No	2976
İlgili Şube	Aile Hekimliği
Havale Eden:	

06.03.2014

205/1015

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0397456d-bbd1-4e37-b720-7904f9ba4690 kodu ile erişebilirsiniz.

Ek-3: B



Sayı :69796657/ 111
Konu:Arş. Gör. Sibel KARAASLAN

T.C.
ELAZIĞ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

07.03.2014 2005

FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Personel Daire Başkanlığı)
ELAZIĞ

İlgi:12.12.2013 tarih ve 5347 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Sibel KARAASLAN'ın "Elazığ il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri" konulu teziyle ilgili saha çalışması için istenilen gerekli izin talebi Bakanlık yazısında yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla Kurumumuz tarafından uygun görülmüştür. Bakanlık yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Abdullah NOZOĞLU
Halk Sağlığı Müdürü-V.

Eki:Bakanlık Araştırma İzin Yazısı

Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü Tel:(424) 247 28 90 Fax:238 51 52
Web:www.elazighsm.gov.tr E-posta:hsm23.ahek@saglik.gov.tr İrt.: M. EMİR Dahili:113
Adres:Üniversite Mah.Korgeneral Hulusi Sayın Cad. No:6 ELAZIĞ

7. ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Elazığ'da doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Elazığ'da tamamladım. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2011 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım.