



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLERİNDE VE AİLE SAğLIğI ÇALIŞANLARINDA
PSİKİYATRİK HASTALIKLARA YÖNELİK
DAMGALAMA DÜZEYİ

Dr. Halil Erkam Tolgay

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2024



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

AİLE HEKİMLERİNDE VE AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARINDA
PSİKİYATRİK HASTALIKLARA YÖNELİK
DAMGALAMA DÜZEYİ

Dr. Halil Erkam Tolgay

Tez Danışmanı: Prof.Dr.Seçil Günher Arıca
Yrd.Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Feyzanur Erdem

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgemedен eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Seçil ARICA'ya,

Tez çalışmamda başından itibaren desteklerini esirgemeyen, her aşamasında yanımda bulunan saygıdeğer tez danışmanım Uzm. Dr. Feyzanur Erdem'e,

Eğitimime katkıda bulunan ve maddi manevi her konuda her türlü desteğini gördüğüm Doç. Dr. Hüseyin Şehit Burhan'a, Uzm. Dr. Ziya Köseoğlu'na ve Uzm. Dr. Mahnur Mahdum'a,

Rotasyonlarım sırasında yardımcı olan tüm değerli hocalarımıza ve asistanlığım süresi boyunca birlikte olduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Eğitim hayatımın başından itibaren her türlü desteği veren ve hep yanımda olan değerli büyüklerime, dostlarıma, Yahya Selim'e, Asaf Aziz'e ve Tuğçe'ye çok teşekkür ederim.

Dr. Halil Erkam TOLGAY

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL ÖZELLİKLER	3
2.1. PSİKİYATRİK HASTALIK.....	3
2.1.1. Depresyon Bozuklukları	4
2.1.2. İki uçlu (Bipolar) ve ilişkili Bozukluklar.....	5
2.2. TÜKENMİŞLİK	8
2.3. İŞE BAĞLI GERGİNLİK.....	9
2.4. DAMGALAMA.....	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	13
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE HASTA SEÇİMİ	13
3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri	13
3.2.2. Dahil Edilmeme Kriterleri	13
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI.....	14
3.3.1. Ruhsal Hastalık Klinisyen Tutumu Ölçeği (RHKT).....	14
3.3.2. Utrech İşe Bağlılık Ölçeği (UWES-17)	14
3.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21)	15
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	16
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİ	51
KAYNAKLAR	54

KISALTMALAR

RHKT : Ruhsal Hastalık: Klinisyen Tutum Ölçeği

UWES-17 : Utrecht İşe Bağlılık Ölçeği-17

DASS-21 : Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21

MDB : Major Depresif Bozukluk

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

AHU : Aile Hekimi Uzmanlık Öğrencileri

SAHU : Sözleşmeli Aile Hekimi Uzmanlık Öğrencileri

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcılara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=222).....	17
Tablo 2. Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara Ait Betimsel İstatistikler	19
Tablo 3. Katılımcılara DASS-21 Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Gruplamasına Ait Frekans Dağılımı (n=222).....	19
Tablo 4. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları (n=222).....	20
Tablo 5. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grup Açısından Karşılaştırılması	23
Tablo 6. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması	25
Tablo 7. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması	26
Tablo 8. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çocuk Varlığı Açısından Karşılaştırılması	27
Tablo 9. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çocuk Sayısı Grup Açısından Karşılaştırılması	28
Tablo 10. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Kiminle Yaşıyorsunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması	29
Tablo 11. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Grubu Açısından Karşılaştırılması	31
Tablo 12. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Açısından Karşılaştırılması	32
Tablo 13. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Yılı Grup Açısından Karşılaştırılması	34
Tablo 14. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Aile Hekimliğinde Geçirilen Süre Grup Açısından Karşılaştırılması.....	36
Tablo 15. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalıştınız mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması.....	37
Tablo 16. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Psikiyatrik hastalık hikâyeniz var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması	38
Tablo 17. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Ailede psikiyatrik hastalık hikâyesi var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması.	39

Tablo 18. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Günlük polikliniğinizde ortalama kaç tane psikiyatri hastasıyla karşılaşıyorsunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması.....	40
Tablo 19. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Günlük polikliniğinizde ortalama ne sıklıkta psikiyatri hastası konsülde ediyorsunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 20. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Hiç acil psikiyatri sevki istediniz mi?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması	42



ÖZET

Aile Hekimlerinde ve Aile Sağlığı Çalışanlarında psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalama düzeyinin değerlendirilmesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Damgalama, bir kişinin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi hususlardan dolayı kusurlu ya da gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir. Damgalanmış kişiler sosyal olarak izole olur, toplumsal kabulleri zorlaşır, fiziksel iyilik halleri ile yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenir. Bu çalışmada, birinci basamakta aile sağlığı elemanlarının ve aile hekimlerinin psikiyatrik hastalığı bulunan bireylere yönelik damgalama düzeylerini ölçmeyi ve bu durumu etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte olan çalışma, etik kurul izni alındıktan sonra, İstanbul Avrupa Yakasındaki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri ile eğitim araştırma hastanelerinde çalışan aile hekimliği uzmanları ve uzmanlık öğrencileri ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere 01/12/2022 ile 01/02/2023 tarihleri arasında, sosyodemografik verileri, Ruhsal Hastalık: Klinisyen Tutum Ölçeği (RHKT), çalışma koşulları ile ilgili Utrecht İşe Bağlılık Ölçeği-17 (UWES-17) Anketi ve Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS-21) uygulandı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22 programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya anketleri tam olarak dolduran 222 katılımcı dâhil edildi. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 36,34±8,32 yıl olarak hesaplandı. Katılımcıların 96'sı erkek (%43.2), 126'sı (%56.8) kadındı. Katılımcıların 108'inin (%48,6) depresyon açısından normal grupta olduğu, 135'inin (%60,8)'inin anksiyete açısından normal grupta olduğu ve 146'sının (%65,8) stres açısından normal grupta olduğu belirlendi. Aile Sağlığı Elemanlarının Aile Hekimliği Uzmanlarına göre işe istek duyma, işe adanma ve işe yoğunlaşmalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla olduğu saptandı ($p<0,05$). Meslekte geçirilen yılların da işe istek duyma, adanma ve yoğunlaşma üzerine istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fazla fark ettiği saptandı ($p<0,05$). Çocuğu olan kişilerin olmayanlara kıyasla UWES-17 ölçeğine göre daha yüksek oranda işe istek duyduğu, işe adandığı ve işe yoğunlaştığı istatistiksel olarak tespit edildi ($p<0,05$). DASS-21'e göre çocuk varlığının ebeveynlerin stresini

istatistiksel olarak arttırdığı saptandı ($p<0.05$). Katılımcıların cinsiyeti, kiminle yaşadıkları, psikiyatrik hastalık hikayelerinin olması ya da olmaması ve ruh hastalıkları kliniğinde çalışıp çalışmamalarının istatistiksel olarak bir anlamının olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

SONUÇ: Çalışmamızda işe adanma arttıkça, depresyon ve anksiyete görülme ihtimali azalmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: damgalama, aile hekimliğı, ruh sağlığı, psikiyatri



ABSTRACT

Evaluation of the level of stigmatization of psychiatric disorders in family physicians and Family Health Workers

INTRODUCTION AND AIM: Stigmatization is the negative evaluation of a person or group as defective or discredited because of mental illness, ethnic group, drug abuse or physical disability. Stigmatized individuals become socially isolated, social acceptance becomes difficult, and their physical well-being and quality of life are negatively affected. In this study, we aimed to measure the stigmatization levels of family health workers and family physicians towards individuals with psychiatric illness and to investigate the factors affecting this situation.

MATERIALS AND METHODS: The descriptive study was conducted with family health workers and family physicians working in Family Health Centers on the European Side of Istanbul and family medicine specialists and specialty students working in training and research hospitals after obtaining ethics committee permission. Those who agreed to participate in the study were asked to fill out a questionnaire between 01/12/2022 and 01/02/2023, including sociodemographic data, Mental Illness: Clinician Attitude (MICA) Scale, Utrecht Work Engagement Scale-17 (UWES-17) Questionnaire about working conditions and Depression-Anxiety-Stress Scale-21 (DASS-21) were administered. Statistical analysis of the data was performed using SPSS 22 program.

RESULTS: The study included 222 participants who completed the questionnaires completely. The mean age of the participants was 36.34 ± 8.32 years. Of the participants, 96 (43.2%) were male and 126 (56.8%) were female. It was determined that 108 (48.6%) of the participants were in the normal group for depression, 135 (60.8%) were in the normal group for anxiety, and 146 (65.8%) were in the normal group for stress. It was found that Family Health Workers were statistically significantly more willing to work, dedicated to work and concentrated on work than Family Medicine Specialists ($p < 0.05$). It was also found that the years spent in the profession had a statistically significant difference on desire for work, dedication and concentration ($p < 0.05$). It was statistically determined that people who had children had a higher level of desire for work, dedication to work and concentration on work according to the UWES-17 scale compared to those who did

not have children ($p < 0.05$). According to DASS-21, it was found that the presence of children statistically increased the stress of parents ($p < 0.05$). The gender of the participants, with whom they lived, whether they had a history of psychiatric illness or not, and whether they worked in a psychiatric clinic or not were found to be statistically insignificant ($p > 0.05$).

CONCLUSION: In our study, as work engagement increases, the likelihood of depression and anxiety decreases.

KEY WORDS: Stigmatization, family medicine, mental health, psychiatry



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Genel pratisyenlik / aile hekimliği; kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik etkinliği olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik bir klinik uzmanlık alanıdır. Aile hekimliği, temelinde 12 unsuru barındırır. Bunlar; sağlıkta ilk erişim noktası olması, sağlık kaynaklarının uygun kullanılması, kişi merkezli bakımı hedef edinmesi, hastaları güçlendirmeyi teşvik etmesi, hastanın ihtiyacına göre belirlenen bakımın uzun süreli olarak devamından sorumlu olması, hastalığın toplumdaki prevalansı ve insidansına göre -çünkü birinci basamakta hastaların ciddi rahatsızlıkları daha azdır- belirli bir karar verme sürecine sahip olması, hastaların akut ve kronik sağlık problemlerini aynı anda yönetmesi, daha erken bir aşamada henüz farklılaşmamış olan problemi saptaması ve hastalığa acil bir şekilde müdahale edebilmesi, hem uygun hem de etkili müdahale ile sağlık ve iyi olma halini desteklemesi, toplum sağlığına özel bir sorumluluğunun olması ve sağlık sorunlarını biopsikososyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele almasıdır (1).

Psikiyatrik hastalıklar; kişinin bilişinde, duygusal düzenlemesinde ya da davranışlarında klinik olarak önemli bir problem ile karakterize edilir. Genellikle önemli işlevsellik alanlarında sıkıntı ya da bozukluk ile ilişkilidir. Pek çok değişik mental bozukluk türü vardır. Psikiyatrik hastalıklar; psikososyal engelleri olan, işlev bozukluğu ya da kendine zarar verme riski ile ilişkili (diğer) zihinsel durumları kapsayan daha geniş bir terimdir (2). Psikiyatrik rahatsızlıklar Avrupa Bölgesinde her yıl nüfusun yaklaşık %25'ini etkiler ve Avrupa'da en önemli halk sağlığı problemlerindendir (3). Ülkemizde 1996 yılında yapılmış Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına göre herhangi bir mental problem varlığı %17.2 olarak saptanmıştır (4). Depresyon, kaygı ve şizofreni dahil olmak üzere ruh sağlığı sorunları, birçok ülkede engelliliğin ve erken emekliliğin ana nedenidir ve ekonomiler için politik eylem gerektiren önemli bir yüküdür (3).

Damgalama, damgalanan kişinin ahlaki durumu hakkında olağandışı veya kötü bir şeyi ortaya çıkarmak için tasarlanmış herhangi bir bedensel işarete atıfta bulunmak olarak tanımlanır (5). Damgalama, bir işaret veya nitelik nedeniyle sosyal devalüasyon veya itibarsızlaştırmadır (Goffman, 1963) (6). Küçük düşmek, kınamak, kişiyi toplumdan dışlamak, işaretlemek, değersizleştirmek anlamlarına gelen damgalama kavramının üzerinde, kronik hastalıklara sahip bireylerin hayat kalitesini

ve psikososyal durumlarını negatif yönde etkileyen bir durum olması sebebiyle, son yıllarda durulur hale gelmiştir (7). Mental bozukluğu olanların damgalanması ve dışlanması ise mental bozukluk belirtilerinin anlaşılmasız ve korkutucu görülmesiyle başlar. Damgalama, mental hastalığa sahip olanların yanı sıra arkadaşlarını, ailelerini ve içinde bulundukları toplulukları da negatif yönde etkileyebilir. Mental rahatsızlığı olan insanlar damga nedeniyle genellikle izole, yalnız ve yanlış anlaşılmasız olarak hayatlarını sürdürmek zorunda kalabilirler (8).

Kronik hastalıklarla yaşayan insanlar, beklenen damgalanma korkularını taşırlar. Beklenen damgalama, gelecekte başkalarından önyargı, ayrımcılık ve klişeleştirme yaşamayı tahmin etmektir. Sosyal izolasyon, yakın ilişkiler kuramama durumu, iş yerinde daha az yetkin görülme ve kariyer fırsatlarının kaybı damgalanma korkularından bazılarıdır (6). Psikiyatrik hastalıklar da kronik hastalıklardır.

Psikiyatrik bozuklukların teşhis ve tedavisi birinci basamak için gittikçe önem kazanmaktadır. Sağlık çalışanları da diğer nüfus grupları gibi damgalayıcı bir tutuma sahip olabilir. Psikiyatrik sorunlar hakkında olumsuz algılara sahip olabilirler ve bu da sağlık hizmeti sunulmasını engelleyebilir (9). Sağlık çalışanları, psikiyatrik sorunları olanlara uygun bakımı sağlamak için yeterli eğitim, öğretim ve destek sistemlerinden yoksun olabilirler (10). Ayrıca, bu kişilerin olumsuz tutumlar sergilemesi, hastaların mücadele duygularını azaltabilir ve tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilir (11). Bu durum toplum ruh sağlığı hizmetlerini de olumsuz yönde etkiler (12). İçinde yaşanan toplumun sosyokültürel özellikleri elbette ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkiler ama bunun yanı sıra insanların rahatsızlık hakkındaki bilgileri, hastalarla şahsi temasın varlığı, rahatsızlığın çeşidi, hastanın şahsi hususiyetleri gibi faktörler de bu tutumlar üzerinde etkili olabilmektedir (13).

Bu çalışmada, İstanbul'da aile hekimliği yapan aile uzman hekim, asistan hekim ve pratisyen hekimlerin ve aile sağlığı çalışanlarının psikiyatrik hastalara yönelik tutumları ve damgalama düzeyleri değerlendirilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PSİKIYATRİK HASTALIK

Amerikan Psikiyatri Birliği psikiyatrik hastalığı, “*kişinin bilişsel, duygusal ya da mental işleyişinin altındaki psikolojik, biyolojik ya da gelişimsel süreçlerde oluşan bir fonksiyon bozukluğunu yansıtan, davranışa etki eden bir sendrom*” olarak tanımlar (14). Psikiyatrik, biyolojik veya gelişimsel süreçlerdeki fonksiyonlarda bir bozukluk olduğunu gösteren; kişinin biliş, davranış ve duygusal düzenlemesinde klinik olarak belirgin bir bozuklukla seyreden bir sendromdur (15) Kişinin psikiyatrik sağlığı bozulduğunda düşünce, davranış ve duygularında değişik derecelerde aşırılık, tutarsızlık, yetersizlik ve uygunsuzluk meydana gelir. Bu özellikler sürekli veya yineleyici olursa, kişinin verimli çalışmasını ve diğer insanlarla münasebetlerini bozar. Bu tanımlamalar subjektiftir, topluma ve zamana bağlı olarak değişebilir (16). Psikiyatri, bu özelliğiyle diğer bütün tıp branşlarından ayrılır. Kızılderililerde ölümlerin seslerini duymak yas yaşantısının normal bir karşılığıdır, oysa günümüzde bu durum anormal bir komplikasyon, bir psikoz gibi görülür (17).

Psikiyatrik rahatsızlıklar ilk çağlarda doğa üstü nedenlere bağlanmış, şamanlar ve büyücüler ayinler ve mistik yöntemlerle kişileri hastalıklarından kurtarmaya çalışmıştır. Bu zamanlarda bu kişilere bir tedavi verilmeye çalışılmış, bu kişiler bir dışlanmaya maruz kalmamışlardır. Mısır, Yunan, İbrani gibi o zamanın önde gelen medeniyetlerinin gelişmesiyle birlikte evrenle ilgili farklı teoriler ortaya atılmaya başlanır. Hastalıkların sebep sonuç ilişkisi ile gelişebileceğine yönelik fikirler gelişir. Hipokrat, psikiyatrik hastalıkları bedensel sebeplerle açıklamaya çalışmış, daha sonra o dönemde önde gelen diğer filozoflar da ona katılmıştır. Böylelikle psikiyatrik hastalıklar çekinilen, korku duyulan hastalıklar olmaktan çıkmaya başlar, hasta ve hastalıklar benimsenir ve insani tavırlar oluşmaya başlar. Ancak bu dönem çok uzun sürmez, orta çağ ile Batı’da hastalıkların mistik düşünceler ile oluşmasına dair fikirler tekrar ortaya çıkar. Dini kitaplardaki açıklamaların bazıları, psikiyatrik olarak sorunları bulunan kişilere yapılan damgalama ve birtakım işkencelere dayanak olarak gösterilir. Avrupa’da bunlar olurken, Doğu’da olumlu tutumlar sergilenmeye başlar. Selçuklu ve Osmanlı’nın erken dönemlerinde şifahaneler kurulur, psikiyatrik olarak sorunlu bireyler müzik ve su ile tedavi edilmeye çalışılır. Daha sonraları Avrupa’da

ilk olarak 17.yüzyılda, psikiyatrik rahatsızlığı bulunanlarla ilgili kararların doktorlar tarafından verilmesi gerektiği kabul edilir. Düşüncelerin, değeri ve çağdaş psikiyatrinin ortaya çıkmasıyla olumlu gelişmeler yaşanmaya devam eder (18). Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan kişilerin kalıplardan çıkarılıp hoşgörü ve anlayışla topluma kazandırılması ve tedavi edilmesi gerektiği fikrini 18.yüzyıl sonlarına doğru Dr. Philippe Pinel ortaya atar. Böylece psikiyatri, sadece bir tıp alanı olmaktan ileri geçerek sosyokültürel etkileşime yol açan bir akım haline gelir (19).

Psikiyatrik bozukluklar 2. Dünya Savaşı ile arttığında; çevre, toplumsal durum ve hastalık gibi parametrelerin birbirlerini etkilediği düşünölmeye başlanır. Hastaları değerlendirirken bu etkileşime dikkat edilir ve bu sosyal etkenlerin ortaya konması gerektiği fikri, daha sonra gelişen çalışmaların zeminini oluşturur (20). Psikiyatrik rahatsızlıklar ve bunlara etkiyen toplumsal inançlar ile alakalı çalışmalar 1940 sonrasında hızlanır (21).

Günümüzde psikiyatrik rahatsızlıkların etiyolojisi biyopsikososyal model çerçevesinde tartışılır ve pek çok farklı faktörün etkileşimiyle ortaya çıktığı kabul edilir. Biyolojik faktörler dışında, yaşanan çevre ve tecrübelerin de psikiyatrik rahatsızlıkların oluşumu ve gelişmesinde önemli etkiye sahip olduğu düşünölür (22).

Kültürden kültüre kişilerin ilk önce çare aradıkları yer ve şikayetlerini ortaya koyma şekilleri farklı olabilmektedir. Ve kültürden kültüre toplumun psikiyatrik rahatsızlığa yönelik tutumları, yardımcı yaklaşma seviyeleri de değışkendir ve bu durum psikiyatrik rahatsızlığın gidişatı üzerinde de etki gösterir (23).

Psikiyatrik hastalıklar fiziksel hastalıklara kıyaslandığında hayat kalitesini daha olumsuz etkiler, daha çok iş gücü ile fonksiyon kaybına yol açar (24).

Rahatsızlığın semptomları ve buna bağlı fonksiyon kaybının yanı sıra psikiyatrik hastalıklara yönelik yanlış algılamalardan dolayı toplumdaki önyargılar sebebiyle, psikiyatrik rahatsızlığı bulunan kişiler kaliteli bir yuva, güzel bir iş, sağlık bakımının iyi olması ve insan ilişkileri açısından zorluklarla karşılaşmakta ve hayat kaliteleri azalmaktadır (25).

2.1.1. Depresyon Bozuklukları

DSM 5'te depresyon başlığı altında sırasıyla yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, süregiden depresyon

bozukluğu (distimi), aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu bulunmaktadır. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu haftada üç veya daha fazla öfke patlamaları ile kendini gösterir ve bu öfke patlamaları arasında da neredeyse her gün öfke ve kızgınlık şeklinde bir duygudurumu vardır. Major depresyon bozukluğunda ise aynı iki haftalık dönem boyunca beş veya daha fazla duygudurum değişikliği olup bunlardan en az biri de çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirmek veya zevk alamamak olur. Majör depresyondaki diğer bulgular; kilo vermeye çalışmazken çok kilo vermek ya da almak (bir ay içinde ağırlığın %5'i ya da daha fazlası), uykusuzluk çekmek veya aşırı uyuklamak, ajitasyon ya da yavaşlama, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü, değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme veya kararsızlık, tekrarlayan intihar düşünceleri ya da girişimi olarak sıralanır. Distimide, çoğunlukla kişinin söylediği ya da başkaları tarafından gözlemlenen, çökkün duygudurum olur. Çocuk veya ergenlerde kolayca kızan bir duygudurum olabilir ve bu durum en az bir yıl sürer. Kişi depresyonda iken şu maddelerin en az ikisi olur: yemenin azalması veya aşırı yemek, uykusuzluk veya aşırı uyku, enerjide azalma, benlik saygısının azalması, karar vermekte güçlük veya odaklanamama, umutsuzluk. Premenstrüel duygudurum bozukluğunda, adet dönemlerinin çoğunda adetten bir hafta öncesinde başlayan ve aybaşından bir hafta sonra azalan veya yok olan en az 5 belirti vardır: Duygudurum dalgalanmaları, kolayca kızma, çökkün duygudurum, gerginlik, olağan etkinliklere karşı ilgisizlik, odaklanmada güçlük, uyuşukluk, belirgin bir yemeğe karşı aşırı istek, aşırı uyuma ya da uykusuzluk, bunalma, göğüslerde duyarlılık veya kilo alma. Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon, madde eksikliği ya da intoksikasyonu sırasında gelişir. Ve belirtiler sadece ilaca bağlı olmalı, kişide daha öncesinde bir depresyon olmamalıdır (26)

2.1.2. İki uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar

Bipolar bozuklukta bir mani döneminin sonrasında hipomani ya da majör depresyon bulunur. Mani döneminde, sürekli ve olağandışı bir duygudurumda, çabuk kızan ve içsel güçte artışın en az bir haftalık bir artış olması ve bu dönem boyunca şu

maddelerden en az üçünün varlığı olması gerekmektedir: benlik saygısında artış veya büyüklük fikirleri, uyku ihtiyacında azalma (günde sadece 3 saatlık bir uykunun dinlendirdiğini düşünür), konuşkanlıkta artış, düşünce uçuşması ve düşüncelerinde yarış olduğu fikri, dikkat dağınıklığı, amaca yönelik etkinlikte artma veya amaçsız ve anlamsız etkinlik, (aşırı para harcama, düşüncesiz cinsel etkinlikler veya anlamız iş yatırımları gibi) kötü sonuçlara sebep olabilecek etkinliklere fazlaca katılma. Manide psikoz özellikleri vardır. Hipomani döneminin mani döneminden farkı hastaneye yatış gerektirmemesidir (26).

Major depresyon sosyal ve mesleki fonksiyonlarda bozulma ile seyreden bir sendromdur. Duygusal bir tepkiden çok daha şiddetlidir. Eski Hint, Arami ve Mısır yazıtlarında depresif bozukluğa benzer semptomlar görülen vakalar tanımlanmıştır (27). MÖ yaklaşık 400’lerde Hipokrat, kara safranın ruhu etkileyerek melankoli benzeri tablolara sebep olduğunu iddia etmiştir (28). Hipokrat’a göre üzüntü normalden fazla sürerse melankoli ortaya çıkar ve melankoli ile depresif bozukluk vücuttaki sıvılarla ilgilidir. Galen de bu düşünceyi benimser. İbn-i Sina et-Kanun fi’t-tıb isimli eserinde de melankoli teriminden bahseder (27).

1896 yılında depresyon, Kraepelin tarafından ilk kez psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanır (29). Aynı rahatsızlığın manik ve depresif semptomları olduğunu belirtir, bugün depresyon dediğimiz klinik tabloyu ‘manik depresif hastalık’ ve ‘involüsyonel depresyon’ olarak ele alır (28). Depresyonun doğumsal yolla gelen ve biyolojik zeminli bir durum olduğunu kabul eder. 1957’de ise Karl Leonhard depresyonu unipolar ile bipolar olarak iki klinik antiteye ayırarak sınıflar (30).

DSM-III’ten itibaren major depresif bozukluk ile bipolar bozukluk teşhisleri ikiye ayrılır (29). Major depresif bozukluk ile bipolar bozukluk DSM-III-R ve DSM-IV’de “duygudurum bozuklukları” kısmında değerlendirildi. DSM-5’te ise ‘duygudurum bozuklukları’ bölümü çıkartılıp “iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar” ile “depresyon bozuklukları” farklı ana başlıklar halinde sınıflandırıldı (31).

Major depresif bozukluğun kronikleşme ihtimali yüksektir. Dünyada 250 milyondan fazla insanı etkileyen bir rahatsızlıktır. Bilhassa orta ve ağır şiddetteki depresyonda mesleki ve sosyal fonksiyonlar azalır, intihar girişimleri görülebilir. Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasında bir yıllık depresif dönem prevalansı

erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.4, genel popülasyonda %4 şeklinde görülmüştür (32). Major depresif bozukluk (MDB), 25-44 yaş aralığında daha sık görülür (33). Hastaların mortalite riskini arttırdığı öne sürülmüştür (34). Mesleki ve sosyal fonksiyonlarda azalmanın remisyon dönemlerinde de sürdüğü raporlanmıştır (35). 2014'te yapılan bir yayında, remisyon döneminde kognitif disfonksiyon neticesinde sosyal fonksiyonda bozulma ile relaps sıklığının arttığı bildirilmiştir (36). 2013'te küresel hastalık yükü araştırılmış ve dünyada en sık maluliyet nedenlerinde MDB ikinci sırada yer almıştır (37). ABD'de MDB 2005'te 173 milyar dolara, 2010'da 210 milyar dolara mâl olmuştur (38).

Bipolar bozukluk; yineleyen depresyon, mani, hipomani veya karma periyotların görüldüğü ve bu periyotlar arasında normal duygudurumunun (ötimi) görülebildiği bir kronik rahatsızlıktır. Antik Hint yazıtlarında manik döneme benzer coşku, aşırı neşe ve üzüntü halleri vardır (27). Hipokrat melankoliyi 'karamsarlık, uykusuzluk, iştahsızlık, asabilik ve huzursuzluk' olarak tanımlar. Melankoli ile taşkınlık nöbetlerinden bahsetmiş ve bunların vücuttaki sıvılarda dengesizlik sebebiyle olduğunu yazmıştır (39). Kapadokyalı Arateus MS 1. yüzyılda bu hastaların taşkınlık belirtilerinin bulunduğu döneme 'mani' demiş, mani ile melankoli periyotlarının arasında ilgi bulunabileceğini, bunların tek bir rahatsızlıktan kaynaklandığını düşünmüştür (39). MS 5. yüzyılda Romalı Aurelianus, kendisini meşhur ya da ilah sanan kişileri açıklamış ve rahatsızlığın periyodik olduğunu bildirmiştir (40). 1854'te Fransız psikiyatrist Jules Falret ilk kez depresyon ile maninin periyodik olduğu tek bir hastalığın varlığından bahsetmiş ve buna "folie circulaire" (döngüsel çılgınlık) demiştir (41). 1895'te Kraepelin rahatsızlığın psikoz-manik-depresyon şeklinde olduğunu belirtmiştir. Ataklar ve remisyonlarla seyreden, periyodik doğasına vurgu yapmış ve hastaların ötimik periyotta normal fonksiyonlarını görebildiğine dikkat çekmiştir (39). 1957'de Karl Leonhard'ın unipolar ve bipolar terimlerini ilk kez kullanmasından sonra (42), bu iki antiteyi ayırmaya yönelik çalışmalar devam etmiştir (43,44).

Bipolar spektrum bozukluklarının hayat boyu yaygınlığı %5'i aşmaktadır (39). Amerika, Avrupa ve Asya'daki 11 ülkede 61.392 kişi bir araştırmada incelenmiş ve bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %2.4 şeklinde tespit edilmiştir (45). Bu oran işsizler ile engellilerde daha yüksektir. Çalışan kesim, ileri yaş ve sosyokültürel

olarak yüksek gruplarda ise daha düşüktür. Bipolar spektrum bozukluğunda etnik köken, gelir düzeyinin yüksek ya da düşük olması ve cinsiyet ise belirgin bir farka sebep olmaz (46).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre bütün yaş gruplarında fonksiyon kaybına sebep olan rahatsızlıklar arasında bipolar bozukluk 12. sırada yer almaktadır (47). Kadınlarda depresif periyotlar daha siktir ve genelde ilk atak depresyondur, erkeklerde ise manik periyotlar daha siktir ve ilk atak da manidir (27). Bipolar bozukluk genelde 20-30 yaşlarda başlar. İlk semptomlar %20-30 hastada 18 yaş altında görülür, %10 hastada ise 50 yaştan sonra görülür. Erken başlangıçlı (26 yaş altı) hastalar tüm vakaların üçte birini oluşturulur ve kötü prognozludur (39).

Bipolar bozuklukta toplam depresif dönem süresi, manik dönem süresinden yaklaşık üç kat daha fazladır (48). Ekonomik maliyet, manik veya karma periyotlarda daha yüksek gibi görünse de, süreç içerisinde depresif periyotların dolaylı ekonomik yükü daha fazladır (49). Bir çalışmada, bir yıl boyunca sadece bir manik atak geçirmiş ve sadece bir depresif atak geçirmiş hastalar kıyaslanmış ve fonksiyon kaybı depresif atak geçirenlerde daha yüksek görülmüştür. Aynı çalışmada bipolar bozukluk teşhisi konanların unipolar depresyondaki hastalara kıyasla fonksiyon kaybının daha belirgin olduğu gözlenmiştir (50).

2.2. TÜKENMİŞLİK

Gücünü kaybetmiş olma ve artık çabalayamama halidir (51). İlk kez Freudenberg kendilerinden aşırı derecede istek duyulmasından dolayı sağlık personeline başarısızlık, yıpranma ve yorulma şeklinde tanımlanmıştır (52–54). Farber'e göre tükenmişlik, gerilim sebeplerine dayanamama sonucunda gelişir (55). Hizmet sektöründe yaygın olarak ortaya çıkabilen fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme halidir. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile alakalı meselelerde iş ortamı, çalışma koşulları, iş doyumu ile görev tanımları önemlidir. Aile içi sorunlardan, psikosomatik hastalıklara, madde bağımlılıklarından iş kaybına, uykusuzluk ve depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilen ciddi neticeleri mevcuttur (56).

Tükenmişlikte üç alt boyut vardır. *Duygusal tükenme*, kişiye işi sebebiyle fazla yüklenilmesi ve tükenmişlik duyguları demektir. En önemli başlangıç fazıdır. Kişi;

sinirlilik, depresif duygular, hayal kırıklığı, ümitsizlik, işe uyum sağlayamama, benlik saygısının azalması ve dikkat eksikliği ile birlikte kendisini işten uzaklaşmış hisseder. *Duyarsızlaşma*, diğer kişilere nesne gibi davranmayla belirlenir. Kişi iş hayatını daima sert bir şekilde eleştirir, uzun molalar verir, işe geç gider, sık sık rapor alır ve yeni bir meslek için eğitime başlar. Normal hayat ile çalışma hayatı iki ayrı dünyadır. *Kişisel başarıdaki azalmada* bireyin motivasyonu düşük, kontrolsüz ve çaresizdir. Birey kendisine başarısız olduğu hükmünü verir (57). İş yükünün fazla olması huzursuzlukta artışa; yeterlilik, memnuniyet ve yaratıcılıkta azalmaya yol açar (58). Tükenmişliği önlenmede, vakalarla başa çıkmada; kişisel ve kuruma ait pratiklerin yanı sıra aileyle ve iş arkadaşlarıyla etkileşimleri içeren metotlar bulunmalıdır.

İş sağlığına pozitif psikolojinin dahil olmasıyla birlikte *işe bağlılık*, yani canlılık, adanmışlık ve özümseme ile karakterize edilen olumlu, tatminkar, işle ilgili bir zihin durumu, çalışanlar arasında sağlık ve refahın ve iş performansının geliştirilmesinde kilit bir faktör olarak görüldüğü için çok dikkat çekmiştir. Tükenmişliğin aksine işe bağlılık, çağdaş iş sağlığı biliminde yeni ortaya çıkan bir kavramdır ve işe bağlılığın teşvik edilmesi, iş performansında geleneksel olarak sadece hastalıkların önlenmesine odaklanmaktan daha fazla iyileşmeye yol açabilir (59).

İşe bağlılık kavramı, çalışanların yalnızca işle ilgili hastalıklar nedenleriyle değil, aynı zamanda insanların bir işyerinde neden sağlıklı kaldıklarıyla da ilgilenen yeni bir iş sağlığı yaklaşımını temsil eder (60).

2.3. İŞE BAĞLI GERGİNLİK

Psikiyatrik gerilim ile gerginlik çoğunlukla birbiriyle karıştırılır. Gerilim, sistem üzerindeki talep ve dışsal yüküdür. Gerginlik ise gerilimin (stres) sistemde sebep olduğu sinirlilik, huzursuzluk içeren zorlayıcı haldir (61). İşe bağlı gerginlik, kişinin etrafındaki psikiyatrik gerilime sebep olan faktörlere verdiği psikolojik tepkiler şeklinde tanımlanır (62).

2.4. DAMGALAMA

Damga terimi, orta çağda suçluların, toplum içinde fark edilmesi için kızgın demirle işaretlenmelerinden dolayı ortaya çıkmıştır. Günümüzde ise damga ile

kastedilen genellikle kara lekedir. Bu manada, utanılması gereken bir durum ve kabul edilemezliğin belirtisi anlamına gelir. Damga ile işaretlenen kişi veya gruba olumsuzluklar atfedilir (63). Damgalananlar, toplumdan farklı ve kabul edilmez olarak işaretlenir. Damgalayanlar onları uzaklaştırır, soyutlar ve yok etmeye çabalar (64).

Bu kişiler toplumun beklentilerini karşılayamadığını düşünür, bundan suçluluk duyar ve bu durumu saklamaya çalışır. Böyle düşünülürse damgalanan kişi; daha önce çevresiyle uyumlu iken artık değersiz, görmezden gelinen, arızalı biri gibi görülür (65)

Damgalanmanın aşağıdakiler gibi önemli halk sağlığı etkilerine sahip olduğu bulunmuştur; stresi ve sağlık sorunlarını şiddetlendirmek, sosyoekonomik statüdeki farklılıkları ve ilgili sağlık risklerini kuvvetlendirmek veya tedavi edilebilir sağlık sorunları hakkında tedaviyi sonlandırmak (66).

Damgalamada esas hedeflenen; kişiyi çevresinden soyutlamak, dışlamaktır. Damgalamadaki 3 mühim nokta; stereotipiler, ön yargılar ve ayrımcılıktır. Damgalama etiketleme ile başlar. Kişi, bir durum veya davranış sonucunda etiketlenir. Bu bir davranış kalıbı veya inanış da olabilir, hastalık da olabilir. Stereotipler (klişe, basmakalıp davranış) etiketlenme ile birleşir ve o kişinin çevresinde ortak olan görüş veya inanışı temsil eder. Ön yargı, stereotipleri pekiştirir. Ön yargı ile stereotipler birleşerek korku veya öfke olarak vuku bulan duygusal reaksiyonları doğurur. Ayrımcılık yapılması, bu duygusal reaksiyonların davranışsal yansımasıdır. Damgalama davranışı, bu üç ögenin sonucunda meydana gelir. Sonrasında damgalanan kişiler çevrelerinden dışlanır, izole edilmeye zorlanır. Bu damgalama ve dışlanma hadisesinin tümüyle ortadan kaldırılması çok zordur. Öncelikle ön yargıları belirleyip gidermeye yönelik bir çaba içerisine girmek gerekir. Bütün bu olumsuzluklarla mücadele zamana bakılınca hemen sonuç vermeyecektir ama girişimde bulunulması gerekir (67).

Bir kişiye eğer psikiyatrik bozukluk teşhisi konduysa, o kişi artık etiketlenmiştir. Artık diğer niteliklerine bakılmaksızın bu kişiler, söz konusu 'psikiyatrik rahatsızlık' etiketi sebebiyle, toplumun önyargısına ve ayrımcı tutumuna maruz kalacaktır. Diğer taraftan psikiyatrik bozukluk teşhisi konmuş bir kişi, toplum kendisine bu negatif tavırları göstermese bile, kendisini damgalanmış hissedecektir. Sıkılma ve zafiyet gelişir, menfi otomatik fikirlerde artış olur, sosyal bağlardan

uzaklaşır ve benlik saygısı azalır (68,69). Kişinin damgalanması için bir etiket gerekir. İşte bu etiket toplumda bilinen, yeri sağlam, doğru zannedilen ama çoğunlukla yanlış olarak kalıplaşmış yargılara yani stereotiplere sahip olmalıdır. Bu insanların tehlikeli olduğu, içinde bulunduğu durumun kendi suçları olduğu, bağımsız yaşamlarının mümkün olmadığı, hayata çocuksu olarak baktıkları gibi düşünceler stereotiplerin bazılarıdır (70). Bu düşünceler sebebiyle hastanın içinde yaşadığı toplulukta kendisine karşı bazı önyargılar ortaya çıkar (68).

Önyargılar, stereotipleri destekler (68,69). Korku ile öfkeyi barındıran birtakım duygusal yanıtlara sebep olurlar. Psikiyatrik rahatsızlığı olan birinden ‘acaba tehlikeli mi’ diye korkulur. Bunun dışında bu kimselere karşı ‘sosyal huzuru bozan, nasıl davranacağı kestirilemez, elinden bir iş gelmez ve kendisine bakamaz’ diye düşünüldüğünden, öfke duyulur (68,69,71).

Çevrenin psikiyatrik rahatsızlığı olan kimselerle ilgili tutumu, bu kimselerin zararlı ve ne yapacağı kestirilemez kişiler şeklinde anlaşılmasıyla ilgilidir. Tutum, tecrübelerle gelişen, o kişinin hareketleri üstünde yönlendirici bir tesiri bulunan hazırlık durumudur. Tutumun bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak üç ögesi vardır. Bir kimsenin psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bir kişinin tehlikeli olduğunu düşünmesi bilişsel; bu kişiden ürkmesi duygusal; bu kişiyle alay etmesi, yalnız bırakması, insanlıktan uzak davranması, konuşmaması ise davranışsal ögeyi oluşturur (72).

Tutumun olumlu olması kişileri rahatlatır, tedaviye katılmalarını ve çevreye uyumlarını kolaylaştırır. Olumsuz olması ise bu kişilerin sosyalliğini, tedavi sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bilhassa bu kişilerin tehlikeli olduğu hakkındaki önyargılar hem hastanın hem de onlara bakan ailelerin etiketlenip toplumdan izole olmasına sebep olur (73,74).

Farkındalık eksikliği ve damgalama, psikiyatrik hastaların yaşamdan beklentisini önemli oranda azaltır (3). Akıl hastalığı damgası, akıl hastalığı hizmetlerine girişe engel olmanın yanı sıra, doğru tedavinin sonlanmasıyla bağlantılıdır. Damgalanan mental bozukluğu olan birey ile ailesi, tedavi tercihini yapmaktansa evde tecrit edilmeyi tercih eder hale gelirler (75). Oysa mental bozukluğu olan birine yapılan her ayırım onun temel insani haklarını ihlal etmektedir (76). Amerikalıların %81’inin, “akıl hastalarına bakmanın en iyi yolu onları kilitli kapılar ardında tutmaktır” görüşüne karşı çıkarken, aslında az bir kısmının (%31) bir

ruh sağlığı ayakta tedavi merkezinin kendi mahallelerinde bulunmasını hoş karşılayacağını gösteren bir çalışma vardır (77).

Lepra, veba, tüberküloz, sifiliz, obezite, kanser, epilepsi ve AIDS ile hastalanan kişiler de damgalanırlar. Ancak psikiyatrik hastalıklara maruz kalan kişiler, fiziksel hastalıklara maruz kalan kişilere göre daha fazla damgalanırlar. Bunun sebebi alkol madde bağımlılığı, bipolar bozukluk, şizofreni gibi psikiyatrik hastalıkların tesirlerinin uzun olmasıdır (78). Tarihte genellikle psikiyatrik rahatsızlığı bulunan kimseler toplum tarafından manyak, sapık, kaık, deli, tımarhanelik gibi utandırıcı, aşağılayıcı ve dışlayıcı ifadelere maruz kalmışlardır (79).

Damgalanmış kişilerle teması arttırmak ve eğitim damgalamaya karşı yaygın olarak kullanılan iki yöntemdir. Mesleki olarak daha deneyimli olmak, terapi eğitimi almak, daha az tükenmişlik yaşamak ve psikolojik olarak daha esnek olmak gibi faktörler damgalayıcı tutumları azaltır (66).

Damgalanma ile mücadele edilirken tükenmişlik de dikkate alınmalıdır. Psikolojik esnekliğin duygusal olarak tükenmişlik yoluyla dolaylı olarak damgalanma üzerinde önemli bir etkisinin olduğu bulunmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırmamız tanımlayıcı-kesitsel anket çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Etik Kurulu 10.02.2023 tarih ve E-48865165-302.14.01--214165 sayılı etik kurul onamı (Bkz. EK-1) alındıktan sonra 2 ay süre ile İstanbul Avrupa Yakası içerisindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri ile eğitim araştırma hastanelerinde çalışan aile hekimliği uzmanları ve uzmanlık öğrencilerine yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır. Anketimiz sosyodemografik bilgileri içeren 14 soru (Bkz. EK-2), ruhsal hastalık klinisyen tutum ölçeğinde 16 soru (Bkz.EK-3), Utrech İşe Bağlılık Ölçeği (UWES) ile 17 soru (Bkz.EK-4) ve Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS) ile 21 soru (Bkz.EK-5) olmak toplam 68 sorudan oluşmaktadır. Anketimiz İstanbul Avrupa Yakası içerisindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri ile eğitim araştırma hastanelerinde çalışan aile hekimliği uzmanları ve uzmanlık öğrencilerden, dahil edilme kriterlerine uyan 222 hastaya uygulanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE HASTA SEÇİMİ

3.2.1.Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmamızın dahil edilme kriterleri:

- 1- İstanbul Avrupa Yakası içerisindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri ile eğitim araştırma hastanelerinde çalışan aile hekimliği uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinden olmak
- 2- 18 yaş üstü olmak
- 3- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.2.2.Dahil Edilmeme Kriterleri

Araştırmamızın dahil edilmeme kriterleri:

- 1- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- 2- 18 yaş altında olmak

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler İstanbul Avrupa Yakası içerisindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri ile eğitim araştırma hastanelerinde çalışan aile hekimliği uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinden çalışmayı kabul edenlere yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır. Ankette, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ruhsal hastalık klinisyen tutum ölçeği (RHKT), Utrech işe bağlılık ölçeği (UWES) ve Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASS) sorgulanmıştır. 9-10 dakika süren bu anket sosyodemografik özellikleri sorgulayan 14, ruhsal hastalık klinisyen tutum ölçeğinde (RHKT) 16, Utrech işe bağlılık ölçeğinde (UWES) 17, ve Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeğinde 21 olmak üzere toplam 68 sorudan oluşmaktadır.

3.3.1. Ruhsal Hastalık Klinisyen Tutumu Ölçeği (RHKT)

2010'da Kassam ve ark. tarafından geliştirilmiş, tıp öğrencilerinin mental bozukluk tanısı bulunan kişiler hakkındaki tutumlarını anlamak için tasarlanmış, 16 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin kullanım izni Prof. Dr. Graham Thornicroft'dan e posta yolu ile alınmıştır. Murat Aksu ve Semra Ay tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, Türkçe versiyonun Türk tıp fakültesi öğrencileri için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ölçek Likert tip (1-6) olup, 1=kesinlikle katılıyorum, 2=katılıyorum, 3=biraz katılıyorum, 4=biraz katılmıyorum, 5=katılmıyorum, 6=asla katılmıyorum anlamında yanıtlar içerir. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 15. maddeleri ters puanlanmıştır. Alınabilecek asgari puan 16, azami puan 96'dır. Maddelerin toplam puanının ortalamasını alarak bir kişinin ortalama puanını buluruz. Ortalama puan yükseldikçe, daha damgalayıcı bir tutumda olunduğuna işaret eder.

3.3.2. Utrech İşe Bağlılık Ölçeği-17 (UWES-17)

İşe bağlılık, kişiler işini yaparken bu işe yoğunlaşma, kendisini dinç hissetme, kendisini işine adanma ya da işlerinden doyum almaları ve işlerine yoğunlaşmaları anlamına gelmektedir. İşe bağlılık; daimî olarak süren, belirli bir materyalden, öznenen veya olaydan bağımsız olarak yaşadığı pozitif duygusal ve kognitif bir durumdur (Salanova ve ark. 2001). İşe bağlılık, Utrecht İşe Bağlılık Ölçeği (UWES) ile ölçülür. UWES'in Türkçeye uyarlaması hakkında önce Wilmar Schaufeli'den gereken izinler alınmış, daha sonra ölçek Ali Eryılmaz ve Tayfun Doğan tarafından

İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriler araştırmacılar tarafından incelenerek tartışılmış, Utrecht İşe Bağlılık Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçekte üç boyut önemlidir: işe istek duyma, işe adanma ve işe yoğunlaşma.

İlk boyut kişilerin çalışırken enerjilerinin yüksek, işe hevesli ve psikiyatrik olarak sağlam olmalarını içerir. İkinci boyut işin bir maksat ve sonuca hizmet ediyor olarak görülmesiyle, şevk ve ilham verici olarak algılanması, işle gurur duyulmasıyla ve özel görülmesiyle ilişkilidir. Üçüncü boyut ise kişilerin çalışırken işe tam olarak konsantre olması, zamanın nasıl geçtiğini anlamaması, sadece yapılan işi düşünmesi ve çok çok mutlu olması manasına gelir (Hakanen Bakker ve Schaufeli 2006).

UTRECHT işe bağlılık ölçeği 17 sorudan oluşur, 5 puan üzerinden değerlendirilir. Yüksek puanlar yüksek işe bağlılığı ifade eder. İşe bağlılığın yüksek olmasının düşük damgalama ile ilişkili olduğu gözlenmiştir.

3.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASS-21)

DASS, Lovibond tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 42 maddedir. 0 “bana hiç uygun değil”, 1 “bana biraz uygun”, 2 “bana genellikle uygun” ve 3 “bana tamamen uygun” şeklinde 4'lü likert tipi derecelendirmesi vardır. DASS-42'de 14 depresyon, 14 anksiyete ve 14 stres üzerinden toplam 42 madde vardır (Tümekaya vd. 2009). DASS-42, 2010 yılında Bilgel ile Bayram tarafından üniversite öğrencileri üzerinde çalışılmak üzere Türkçe'ye uyarlanmıştır. Brown vd., (1997) daha kısa şekillerinin de aynı geçerlilikte olduğunu ifade etmişlerdir. 21 soruluk DASS ölçeği Henry ve Crawford (2005) ve Mahmoud vd. (2010) çalışmalarından alınmıştır. Hakan Sarıçam DASS-42'yi 2018'de DASS-21 olarak düzenlemiştir. DASS-21'in depresyon, stres ve anksiyeteyi ölçmek için 7'şer sorusu vardır. Ölçek 4'lü Likert Tipi olup; 0 “bana uygun değil”, 1 “bana biraz uygun”, 2 “bana genellikle uygun”, ve 3 “bana tamamen uygun” formunda kodlanır. 0'dan 3'e kadar puanlanır. Yüksek puan değerleri damgalamanın daha yüksek oranda görülebileceğini gösterebilir.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler $\text{Ort} \pm \text{SS}$ olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı (N) ve yüzde (%) halinde sunulmuştur.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem örneklem sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı (Tabachnick ve Fidell, 2001) hem de Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hatalarına bölümlerinden elde edilen değerlerin $\pm 3,29$ eşik değer aralığında olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Mayers, 2013). Anket toplam puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Anket toplam puanları ile katılımcıların demografik ve çeşitli değişkenleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için parametrik testlerden Independent Samples t testi ve 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerinden sidak testi tercih edilmiştir. $P < 0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1’de katılımcıların demografik ve çeşitli değişkenlerine ilişkin frekans analizi verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların minimum yaşı 25, maksimum yaşı 68, medyan yaşı 34 iken ortalama yaş ise 36,34 (SS=8,32)’dir. Katılımcıların %32,4’ü (n=72) 20-30 yaş arasında, %56,8’inin (n=126) kadın, %65,8’inin (n=146) evli, evlilerin %55,0’inin (n=122) çocuğunun olduğu ve %23,9’unun (n=23) 1 veya 2 çocuğu olduğu, %73,0’inin (n=162) çekirdek ailesi ile yaşadığı, %37,8’inin (n=84) aile hekimi olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %32,4’ünün (n=72) 0-5 yıl süreyle meslekte görev yaptığı, %47,7’sinin (n=106) aile hekimliğinde 0-5 yıl süreyle görev yaptığı belirlenmiştir.

Katılımcıların %64,9’unun (n=144) ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalıştığı, %15,3’ünün (n=34) psikiyatrik hastalık hikâyesi olduğu, %32,9’unun (n=73) ailesinde psikiyatrik hastalık hikâyesi olduğu, %56,8’inin (n=126) günlük polikliniğinde hemen her gün psikiyatri hastasıyla karşılaştığı, %40,1’inin (n=89) günlük polikliniğinde daha seyrek psikiyatri hastası konsülte ettiği ve %25,7’sinin (n=57) acil psikiyatri sevki istediği belirlenmiştir.

24 aile sağlığı elemanı (%10,8), 84 aile hekimi (%37,8), 41 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi (%18,5), 69 sözleşmeli aile hekimlik uzmanlığı öğrencisi (%31,1) ve 4 aile hekimliği uzmanı (%1,8) olmak üzere toplam 222 kişi çalışmaya katıldı.

Tablo 1. Katılımcılara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=222)

Değişkenler	n veya Medyan (Min-Maks)	% veya Ort.±SS
Yaş (yıl)	34,0 (25,0-68,0)	36,34±8,32
Yaş Grup		
20-30 yaş	72	32,4
31-40 yaş	91	41,0
40 yaş üstü	59	26,6
Cinsiyet		
Kadın	126	56,8
Erkek	96	43,2
Medeni durum		
Bekâr/Dul/Boşanmış	76	34,2
Evli	146	65,8
Çocuğunuz var mı?		
Yok	100	45,0
Var	122	55,0
Çocuk sayısı	2,0 (1,0-6,0)	1,78±0,92
Çocuk sayısı grup (n=122)		
1 çocuk	53	43,4
2 çocuk	53	43,4
3 çocuk ve üzeri	16	13,1
Kiminle yaşıyorsunuz?		

Çekirdek aile	162	73,0
Diğer	60	27,0
Meslek		
Aile sağlığı elemanı (ASE)	24	10,8
Aile hekimi	84	37,8
Tam zamanlı aile hekimi	41	18,5
uzmanlık öğrencisi (AHU)		
Sözleşmeli aile hekimi	69	31,1
uzmanlık öğrencisi (SAHU)		
Aile hekimi uzmanı	4	1,8
Meslekte kaçınıcı yılınız	10,0 (1,0-44,0)	11,38±8,41
Meslek yılı grup		
0-5 yıl	72	32,4
6-10 yıl	47	21,2
11-15 yıl	49	22,1
16 yıl ve üstü	54	24,3
Aile hekimiğinde (birinci basamakta) geçirilen süreniz? (yıl)	6,0 (0,0-30,0)	7,32±5,78
Aile hekimiğinde (birinci basamakta) geçirilen süre grup		
0-5 yıl	106	47,7
6-10 yıl	45	20,3
11-15 yıl	57	25,7
16 yıl ve üstü	14	6,3
Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalıştınız mı?		
Hayır	144	64,9
Evet	78	35,1
Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalıştıysanız, toplam çalışma süreniz? (Ay)	2,0 (0,0-100,0)	4,12±11,76
Psikiyatrik hastalık hikâyeniz var mı?		
Hayır	188	84,7
Evet	34	15,3
Ailede Psikiyatrik hastalık hikâyesi var mı?		
Hayır	149	67,1
Evet	73	32,9
Günlük polikliniğinizde ortalama kaç tane psikiyatri hastasıyla karşılaşıyorsunuz?		
Daha seyrek	15	6,8
Ayda 1	6	2,7
15 günde bir	18	8,1
Haftada 1-2 kez	57	25,7
Hemen her gün	126	56,8
Günlük polikliniğinizde ortalama ne sıklıkta psikiyatri hastası konsülte ediyorsunuz?		
Daha seyrek	89	40,1
Ayda 1	29	13,1
15 günde bir	28	12,6
Haftada 1-2 kez	55	24,8
Hemen her gün	21	9,5
Hiç acil psikiyatri sevk istediniz mi?		
Hayır	165	74,3
Evet	57	25,7

n=Sayı, %=Yüzde, Medyan=Ortanca, Min=minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama,

SS=Standart sapma

Tablo 2’de katılımcıların ölçek toplam ve alt boyut puanlarından aldıkları puanların minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 2. Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Değişkenler	n	Min.	Maks.	Ort.	SS
RHKT toplam	222	18,00	71,00	52,75	8,29
UWES 17 toplam	222	17,00	84,00	53,72	13,47
UWES 17-İşe istek duyma	222	6,00	30,00	18,45	5,09
UWES 17-İşe adanma	222	5,00	25,00	17,36	4,49
UWES 17-İşe yoğunlaşma	222	6,00	30,00	17,90	4,90
DASS 21-Depresyon	222	,00	21,00	5,01	4,18
DASS 21-Anksiyete	222	,00	18,00	3,59	3,66
DASS 21-Stres	222	,00	20,00	6,25	4,16

n=Sayı, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma,

Tablo 3’te katılımcıların DASS-21 ölçeği alt boyutlarından alınan puanların gruplamasına ait frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların %48,6’sının (n=108) depresyon açısından normal grupta olduğu, %60,8’inin (n=135) anksiyete açısından normal grupta olduğu ve %65,8’inin (n=146) stres açısından normal grupta olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara DASS-21 Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Gruplamasına Ait Frekans Dağılımı (n=222)

Değişkenler	n	%
DASS-21 Depresyon Grup		
Normal	108	48,6
Hafif	44	19,8
Orta	45	20,3
İleri	15	6,8
Çok ileri	10	4,5
DASS-21 Anksiyete Grup		
Normal	135	60,8
Hafif	31	14,0
Orta	24	10,8
İleri	12	5,4
Çok ileri	20	9,0
DASS-21 Stres Grup		
Normal	146	65,8
Hafif	28	12,6
Orta	31	14,0
İleri	12	5,4
Çok ileri	5	2,3

n=Sayı, %=Yüzde

Tablo 4. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları (n=222)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-Yaş (yıl)	r	1										
	p											
2-Meslekte kaçınıcı yılınız?	r	,943**	1									
	p	<0.001										
3-Aile hekimliğinde geçirilen süreniz? (yıl)	r	,797**	,807**	1								
	p	<0.001	<0.001									
4-RHKT toplam	r	-0,131	-0,121	-0,058	1							
	p	0,051	0,072	0,387								
5-UWESS Toplam	r	,185**	,150*	,211**	0,089	1						
	p	0,006	0,026	0,002	0,188							
6-UWES 17 İşe istek duyma	r	,164*	0,127	,187**	0,034	,936**	1					
	p	0,015	0,058	0,005	0,616	<0.001						
7-UWES 17 İşe adanma	r	,182**	,163*	,217**	,149*	,918**	,786**	1				
	p	0,006	0,015	0,001	0,027	<0.001	<0.001					
8-UWES 17 İşe yoğunlaşma	r	,170*	0,130	,187**	0,072	,935**	,815**	,789**	1			
	p	0,011	0,052	0,005	0,284	<0.001	<0.001	<0.001				
9-DASS 21 Depresyon	r	-0,109	-0,09	-0,103	-0,057	-,355**	-,353**	-,388**	-,253**	1		
	p	0,104	0,179	0,127	0,394	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001			
10-DASS 21 Anksiyete	r	0,011	-0,002	0,019	-0,028	-,243**	-,269**	-,253**	-,156*	,736**	1	
	p	0,871	0,975	0,777	0,683	<0.001	<0.001	<0.001	0,020	<0.001		
11-DASS 21 Stres	r	-0,068	-0,048	-0,06	-0,061	-,302**	-,328**	-,311**	-,205**	,745**	,794**	1
	p	0,315	0,476	0,374	0,369	<0.001	<0.001	<0.001	0,002	<0.001	<0.001	

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi),

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Tablo 4’te görüldüğü gibi ölçek toplam ve alt boyut puanları ve çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz sonucuna göre yaş (yıl) ile UWES-17 toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.185$, $p=0.006$). Yaş (yıl) ile UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.164$, $p=0.015$). Yaş (yıl) ile UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.182$, $p=0.006$). Yaş (yıl) ile UWES-17 alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.170$, $p=0.011$).

Meslek yılı ile UWES-17 toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.150$, $p=0.026$). Meslek yılı ile UWES-17 alt

boyutlarından “işe adanma” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.163$, $p=0.015$).

“Aile hekimliğinde geçirilen süre” ile UWES-17 toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.211$, $p=0.002$). “Aile hekimliğinde geçirilen süre” ile UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.187$, $p=0.005$). “Aile hekimliğinde geçirilen süre” ile UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.217$, $p=0.001$). “Aile hekimliğinde geçirilen süre” ile UWES-17 alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.187$, $p=0.005$).

RHKT toplam puanı ile UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.149$, $p=0.027$).

UWES-17 toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “depresyon” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.355$, $p<0.001$). UWES-17 toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “anksiyete” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.243$, $p<0.001$). UWES-17 toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “stres” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.302$, $p<0.001$).

UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “depresyon” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.353$, $p<0.001$). UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “anksiyete” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.269$, $p<0.001$). UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “stres” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.328$, $p<0.001$).

UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “depresyon” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.388$, $p<0.001$). UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile

DASS-21 alt boyutlarından “anksiyete” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.253$, $p<0.001$). UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “stres” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.311$, $p<0.001$).

UWES-17 alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “depresyon” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.253$, $p<0.001$). UWES-17 alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “anksiyete” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.156$, $p=0.020$). UWES-17 alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “stres” puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.205$, $p=0.002$).

Tablo 5. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grup Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
RHKT Toplam	1)20-30 yaş	72	53,36±7,63	1,073	0.344	-
	2)31-40 yaş	91	53,14±7,84			
	3)40 yaş üstü	59	51,41±9,63			
UWES 17 Toplam	1)20-30 yaş	72	48,86±13,04	7,779	0.001	1<2 1<3
	2)31-40 yaş	91	56,84±13,56			
	3)40 yaş üstü	59	54,83±12,34			
UWES 17- İşe istek duyma	1)20-30 yaş	72	16,83±4,90	6,073	0.003	1<2
	2)31-40 yaş	91	19,54±5,28			
	3)40 yaş üstü	59	18,75±4,57			
UWES 17- İşe adanma	1)20-30 yaş	72	15,82±4,57	7,060	0.001	1<2 1<3
	2)31-40 yaş	91	18,36±4,31			
	3)40 yaş üstü	59	17,73±4,23			
UWES 17- İşe yoğunlaşma	1)20-30 yaş	72	16,21±4,75	6,963	0.001	1<2 1<3
	2)31-40 yaş	91	18,95±4,92			
	3)40 yaş üstü	59	18,36±4,59			
DASS 21-Depresyon	1)20-30 yaş	72	5,86±4,25	3,481	0.033	1>2
	2)31-40 yaş	91	4,18±4,00			
	3)40 yaş üstü	59	5,27±4,23			
DASS 21-Anksiyete	1)20-30 yaş	72	3,58±3,36	1,475	0.231	-
	2)31-40 yaş	91	3,19±3,67			
	3)40 yaş üstü	59	4,24±3,98			
DASS 21-Stres	1)20-30 yaş	72	6,86±4,02	2,947	0.055	-
	2)31-40 yaş	91	5,45±4,44			
	3)40 yaş üstü	59	6,76±3,75			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 5'te ölçek toplam ve alt boyut puanlarının yaş grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre UWES-17 toplam puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=7.779$, $p=0.001$). Yaş grubu 31-40 yaş arasında olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla UWES-17 toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre yaş grubu 20-30 olanlar ile 31-40 olanlar arasında ($p<0.001$) ve 20-30 olanlar ile 40 yaş üstü olanlar arasında ($p=0.030$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=6.073$, $p=0.003$). Yaş grubu 31-40 yaş arasında olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “işe istek duyma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre yaş grubu 20-30 olanlar ile 31-40 olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.002$).

UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=7.060$, $p=0.001$). Yaş grubu 31-40 yaş arasında olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “işe adanma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre yaş grubu 20-30 olanlar ile 31-40 olanlar arasında ($p=0.001$) ve 40 yaş üstü olanlar arasında ($p=0.041$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

UWES-17 alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=6.963$, $p=0.001$). Yaş grubu 31-40 yaş arasında olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “işe yoğunlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre yaş grubu 20-30 olanlar ile 31-40 olanlar arasında ($p=0.033$) ve 40 yaş üstü olanlar arasında ($p=0.041$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

DASS-21 alt boyutlarından “depresyon” puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.481$, $p=0.033$). Yaş grubu 20-30 yaş arasında olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “depresyon” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre yaş grubu 20-30 olanlar ile 31-40 olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.031$).

Tablo 6’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Kadın	126	52,86±7,59	0.215	0.830
	Erkek	96	52,61±9,17		
UWES 17 toplam	Kadın	126	54,18±13,45	0,584	0.560
	Erkek	96	53,11±13,54		
UWES 17- İşe istek duyma	Kadın	126	18,63±5,03	0.591	0.555
	Erkek	96	18,22±5,19		
UWES 17- İşe adanma	Kadın	126	17,48±4,59	0.405	0.686
	Erkek	96	17,23±4,39		
UWES 17- İşe yoğunlaşma	Kadın	126	18,08±4,91	0.620	0.536
	Erkek	96	17,67±4,9		
DASS 21- Depresyon	Kadın	126	5,14±4,14	0.526	0.599
	Erkek	96	4,84±4,27		
DASS 21- Anksiyete	Kadın	126	3,88±3,61	1.335	0.183
	Erkek	96	3,22±3,73		
DASS 21- Stres	Kadın	126	6,51±4,16	1.029	0.305
	Erkek	96	5,93±4,17		

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 7’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının medeni durum açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre UWES-17 ölçeği toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2.232$, $p=0.027$). Medeni durumu evli olanların bekâr/dul/boşanmış olanlara kıyasla UWES-17 ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2.335$, $p=0.020$). Medeni durumu evli olanların bekâr/dul/boşanmış olanlara kıyasla “işe istek duyma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

	Değişkenler	n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Bekâr/Dul/Boşanmış	76	52,82±8,46	0.082	0.935
	Evli	146	52,72±8,23		
UWES 17 toplam	Bekâr/Dul/Boşanmış	76	50,94±13,67	-2,232	0.027
	Evli	146	55,16±13,18		
UWES 17- İşe istek duyma	Bekâr/Dul/Boşanmış	76	17,36±5,00	-2.335	0.020
	Evli	146	19,02±5,06		
UWES 17- İşe adanma	Bekâr/Dul/Boşanmış	76	16,57±4,70	-1.934	0.054
	Evli	146	17,79±4,34		
UWES 17- İşe yoğunlaşma	Bekâr/Dul/Boşanmış	76	17,03±4,93	-1.929	0.055
	Evli	146	18,36±4,84		
DASS 21-Depresyon	Bekâr/Dul/Boşanmış	76	5,53±4,34	1.318	0.189
	Evli	146	4,75±4,10		
DASS 21-Anksiyete	Bekâr/Dul/Boşanmış	76	4,21±3,90	1.814	0.071
	Evli	146	3,27±3,51		
DASS 21-Stres	Bekâr/Dul/Boşanmış	76	6,71±4,36	1.172	0.243
	Evli	146	6,02±4,06		

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 8’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının çocuk varlığı açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre UWES-17 ölçeği toplam puanı ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-3.414$, $p=0.001$). Çocuğu olanların olmayanlara kıyasla UWES-17 ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-3.362$, $p=0.001$). Çocuğu olanların olmayanlara kıyasla “işe istek duyma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2.865$, $p=0.005$). Çocuğu olanların olmayanlara kıyasla “işe adanma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-3.233$, $p=0.001$). Çocuğu olanların olmayanlara kıyasla “işe yoğunlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

DASS-21 ölçeği alt boyutlarından “stres” puanı ile çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2.232$, $p=0.027$). Çocuğu olmayanların olanlara kıyasla “stres” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çocuk Varlığı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Yok Var	100 122	53,37±7,69 52,25±8,76	1.005 0.316
UWES 17 Toplam	Yok Var	100 122	50,39±12,51 56,45±13,66	-3,414 0.001
UWES 17- İşe istek duyma	Yok Var	100 122	17,21±4,62 19,47±5,25	-3.362 0.001
UWES 17- İşe adanma	Yok Var	100 122	16,43±4,41 18,14±4,43	-2.865 0.005
UWES 17- İşe yoğunlaşma	Yok Var	100 122	16,75±4,58 18,84±4,98	-3.233 0.001
DASS 21-Depresyon	Yok Var	100 122	5,60±4,29 4,53±4,06	1.900 0.059
DASS 21-Anksiyete	Yok Var	100 122	3,88±3,64 3,36±3,69	1.050 0.295
DASS 21-Stres	Yok Var	100 122	6,94±4,35 5,70±3,94	2.232 0.027

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 9’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının çocuk sayısı grup açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile çocuk sayısı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çocuk Sayısı Grup Açısından Karşılaştırılması

	Değişkenler	n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
RHKT Toplam	1)1 çocuk	53	52,55±6,67	1.296	0.277	-
	2)2 çocuk	53	52,92±9,42			
	3)3 çocuk ve üzeri	16	49,00±11,99			
UWES 17 Toplam	1)1 çocuk	53	54,81±13,17	1,047	0.354	-
	2)2 çocuk	53	58,49±12,38			
	3)3 çocuk ve üzeri	16	55,12±13,66			
UWES 17- İşe istek duyma	1)1 çocuk	53	18,98±5,01	0.627	0.536	-
	2)2 çocuk	53	20,08±5,05			
	3)3 çocuk ve üzeri	16	19,06±6,68			
UWES 17- İşe adanma	1)1 çocuk	53	17,49±4,38	1.433	0.243	-
	2)2 çocuk	53	18,91±3,94			
	3)3 çocuk ve üzeri	16	17,75±5,85			
UWES 17- İşe yoğunlaşma	1)1 çocuk	53	18,34±4,71	0.834	0.437	-
	2)2 çocuk	53	19,51±4,60			
	3)3 çocuk ve üzeri	16	18,31±6,86			
DASS 21-Depresyon	1)1 çocuk	53	4,75±3,81	0.372	0.690	-
	2)2 çocuk	53	4,55±4,40			
	3)3 çocuk ve üzeri	16	3,75±3,86			
DASS 21-Anksiyete	1)1 çocuk	53	2,98±2,95	0.704	0.497	-
	2)2 çocuk	53	3,81±4,35			
	3)3 çocuk ve üzeri	16	3,13±3,61			
DASS 21-Stres	1)1 çocuk	53	5,49±3,71	0.200	0.819	-
	2)2 çocuk	53	5,75±4,31			
	3)3 çocuk ve üzeri	16	6,19±3,58			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

Tablo 10’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “kiminle yaşıyorsunuz?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile “kiminle yaşıyorsunuz?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Kiminle Yaşıyorsunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Çekirdek aile Diğer	162 60	52,69±8,17 52,93±8,67	-0.198 0.844
UWES 17 Toplam	Çekirdek aile Diğer	162 60	53,86±13,06 53,33±14,69	0,260 0.795
UWES 17- İşe istek duyma	Çekirdek aile Diğer	162 60	18,44±5,05 18,48±5,25	-0.058 0.953
UWES 17- İşe adanma	Çekirdek aile Diğer	162 60	17,43±4,41 17,2±4,74	0.341 0.733
UWES 17- İşe yoğunlaşma	Çekirdek aile Diğer	162 60	17,99±4,7 17,65±5,45	0.463 0.644
DASS 21-Depresyon	Çekirdek aile Diğer	162 60	5,20±4,21 4,50±4,11	1.112 0.267
DASS 21-Anksiyete	Çekirdek aile Diğer	162 60	3,78±3,72 3,08±3,49	1.266 0.207
DASS 21-Stres	Çekirdek aile Diğer	162 60	6,44±4,12 5,75±4,29	1.083 0.281

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 11’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının meslek açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre UWES-17 ölçeği toplam puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.340$, $p=0.011$). Mesleği aile sağlığı elemanı olanların diğer gruplara kıyasla UWES-17 ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre mesleği aile sağlığı elemanı olanlar ile aile hekimi uzmanlık öğrencileri (AHU) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.007$).

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.045$, $p=0.018$). Mesleği aile sağlığı elemanı olanların diğer gruplara kıyasla “işe istek duyma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre mesleği aile sağlığı elemanı olanlar ile AHU arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.008$).

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=2.616$, $p=0.036$). Mesleği aile sağlığı elemanı olanların diğer gruplara kıyasla “işe adanma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre mesleği aile sağlığı elemanı olanlar ile AHU arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.031$).

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.040$, $p=0.018$). Mesleği aile sağlığı elemanı olanların diğer gruplara kıyasla “işe yoğunlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre mesleği aile sağlığı elemanı olanlar ile AHU arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.017$).

Tablo 11. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Grubu Açısından Karşılaştırılması

	Değişkenler	n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
RHKT Toplam	1)Aile sağlığı elemanı	24	53,04±9,42	0.922	0.452	-
	2)Aile hekimliği	84	52,60±8,27			
	3)AHU	41	54,78±5,5			
	4)SAHU	69	51,71±9,2			
	5)Aile hekimliği uzmanı	4	51,50±9,15			
UWES 17 Toplam	1)Aile sağlığı elemanı	24	60,41±11,89	3,340	0.011	1>3
	2)Aile hekimliği	84	54,77±11,90			
	3)AHU	41	48,73±13,19			
	4)SAHU	69	53,40±15,17			
	5)Aile hekimliği uzmanı	4	48,00±7,48			
UWES 17- İşe istek duyma	1)Aile sağlığı elemanı	24	21,00±4,62	3.045	0.018	1>3
	2)Aile hekimliği	84	18,69±4,60			
	3)AHU	41	16,63±5,15			
	4)SAHU	69	18,43±5,53			
	5)Aile hekimliği uzmanı	4	17,00±3,37			
UWES 17- İşe adanma	1)Aile sağlığı elemanı	24	19,38±3,57	2.616	0.036	1>3
	2)Aile hekimliği	84	17,77±4,07			
	3)AHU	41	15,98±4,56			
	4)SAHU	69	17,10±5,04			
	5)Aile hekimliği uzmanı	4	15,75±3,30			
UWES 17- İşe yoğunlaşma	1)Aile sağlığı elemanı	24	20,04±4,80	3.040	0.018	1>3
	2)Aile hekimliği	84	18,31±4,46			
	3)AHU	41	16,12±4,89			
	4)SAHU	69	17,87±5,26			
	5)Aile hekimliği uzmanı	4	15,25±2,22			
DASS 21-Depresyon	1)Aile sağlığı elemanı	24	5,00±4,35	0.115	0.977	-
	2)Aile hekimliği	84	4,95±4,05			
	3)AHU	41	5,20±4,14			
	4)SAHU	69	5,06±4,43			
	5)Aile hekimliği uzmanı	4	3,75±4,11			
DASS 21-Anksiyete	1)Aile sağlığı elemanı	24	3,54±3,64	0.279	0.892	-
	2)Aile hekimliği	84	3,82±3,54			
	3)AHU	41	3,12±2,93			
	4)SAHU	69	3,65±4,24			
	5)Aile hekimliği uzmanı	4	3,00±4,08			
DASS 21-Stres	1)Aile sağlığı elemanı	24	6,13±4,82	0.115	0.977	-
	2)Aile hekimliği	84	6,44±3,84			
	3)AHU	41	5,95±3,90			
	4)SAHU	69	6,23±4,43			
	5)Aile hekimliği uzmanı	4	6,75±6,45			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 12’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının meslek açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre UWES-17 ölçeği toplam puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2.611$, $p=0.010$). Hemşirelerin diğer aile hekimlerine kıyasla UWES-17 ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2.632$, $p=0.009$). Hemşirelerin diğer aile hekimlerine kıyasla “işe istek duyma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2.338$, $p=0.020$). Hemşirelerin diğer aile hekimlerine kıyasla “işe adanma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2.286$, $p=0.023$). Hemşirelerin diğer aile hekimlerine kıyasla “işe yoğunlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Açısından Karşılaştırılması

	Değişkenler	n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Hemşire	24	53,04±9,42	0,181	0.857
	Diğer aile hekimleri	198	52,72±8,17		
UWES 17 Toplam	Hemşire	24	60,41±11,89	2,611	0.010
	Diğer aile hekimleri	198	52,90±13,45		
UWES 17-İşe istek duyma	Hemşire	24	21,00±4,62	2,632	0.009
	Diğer aile hekimleri	198	18,14±5,07		
UWES 17-İşe adanma	Hemşire	24	19,38±3,57	2,338	0.020
	Diğer aile hekimleri	198	17,13±4,54		
UWES 17-İşe yoğunlaşma	Hemşire	24	20,04±4,80	2,286	0.023
	Diğer aile hekimleri	198	17,64±4,86		
DASS 21-Depresyon	Hemşire	24	5,00±4,35	-0,017	0.987
	Diğer aile hekimleri	198	5,02±4,18		
DASS 21-Anksiyete	Hemşire	24	3,54±3,64	-0,075	0.941
	Diğer aile hekimleri	198	3,60±3,68		
DASS 21-Stres	Hemşire	24	6,13±4,82	-0,164	0.870
	Diğer aile hekimleri	198	6,27±4,09		

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 13’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının meslek yılı grup açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre UWES-17 ölçeği toplam puanı ile meslek yılı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=5.015$, $p=0.002$). Meslek yılı 11-15 yıl arasında olanların diğer katılımcılara kıyasla UWES-17 ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre meslek yılı 0-5 yıl olanlar ile 6-10 yıl arasında ($p=0.032$) ve 0-5 yıl ile 11-15 yıl olanlar arasında ($p=0.004$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile meslek yılı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.777$, $p=0.011$). Meslek yılı 11-15 yıl arasında olanların diğer katılımcılara kıyasla “işe istek duyma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre meslek yılı 0-5 yıl olanlar ile 11-15 yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.022$).

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile meslek yılı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=5.381$, $p=0.001$). Meslek yılı 11-15 yıl arasında olanların diğer katılımcılara kıyasla “işe adanma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre meslek yılı 0-5 yıl olanlar ile 6-10 yıl olanlar arasında ($p=0.028$), 0-5 yıl olanlar ile 11-15 yıl olanlar arasında ($p=0.003$) ve 0-5 yıl olanlar ile 16 yıl ve üstü olanlar arasında ($p=0.036$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile meslek yılı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.998$, $p=0.008$). Meslek yılı 11-15 yıl arasında olanların diğer katılımcılara kıyasla “işe yoğunlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre meslek yılı 0-5 yıl olanlar ile 11-15 yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.010$).

Tablo 13. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Yılı Grup Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
RHKT Toplam	1)0-5 yıl	72	53,78±6,86	0.787	0.502	-
	2)6-10 yıl	47	52,94±7,53			
	3)11-15 yıl	49	52,41±9,68			
	4)16 yıl ve üstü	54	51,54±9,30			
UWES 17 Toplam	1)0-5 yıl	72	48,94±13,46	5,015	0.002	1<2 1<3
	2)6-10 yıl	47	55,85±12,38			
	3)11-15 yıl	49	57,38±14,92			
	4)16 yıl ve üstü	54	54,90±11,42			
UWES 17-İşe istek duyma	1)0-5 yıl	72	16,88±5,14	3.777	0.011	1<3
	2)6-10 yıl	47	19,32±4,75			
	3)11-15 yıl	49	19,59±5,34			
	4)16 yıl ve üstü	54	18,76±4,69			
UWES 17-İşe adanma	1)0-5 yıl	72	15,71±4,53	5.381	0.001	1<2 1<3 1<4
	2)6-10 yıl	47	18,04±4,28			
	3)11-15 yıl	49	18,59±4,82			
	4)16 yıl ve üstü	54	17,89±3,75			
UWES 17-İşe yoğunlaşma	1)0-5 yıl	72	16,36±5,00	3.998	0.008	1>3
	2)6-10 yıl	47	18,49±4,36			
	3)11-15 yıl	49	19,20±5,61			
	4)16 yıl ve üstü	54	18,26±4,06			
DASS 21-Depresyon	1)0-5 yıl	72	5,58±4,26	0.681	0.565	-
	2)6-10 yıl	47	4,66±4,03			
	3)11-15 yıl	49	4,88±4,48			
	4)16 yıl ve üstü	54	4,69±4,00			
DASS 21-Anksiyete	1)0-5 yıl	72	3,6±3,62	0.125	0.945	-
	2)6-10 yıl	47	3,45±3,48			
	3)11-15 yıl	49	3,86±4,17			
	4)16 yıl ve üstü	54	3,48±3,50			
DASS 21-Stres	1)0-5 yıl	72	6,5±4,09	0.169	0.917	-
	2)6-10 yıl	47	5,98±4,23			
	3)11-15 yıl	49	6,31±5,02			
	4)16 yıl ve üstü	54	6,13±3,39			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 14’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının aile hekimliğinde geçirilen süre grup açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre UWES-17 ölçeği toplam puanı ile aile hekimliğinde geçirilen süre grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.891$, $p=0.010$). Aile hekimliğinde geçirilen süre 11-15 yıl olanların diğer gruplara kıyasla UWES-17 ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre aile hekimliğinde geçirilen süre 0-5 yıl olanlar ile 11-15 yıl olanlar arasında ($p=0.040$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı ile aile hekimliğinde geçirilen süre grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.335$, $p=0.020$). Aile hekimliğinde geçirilen süre 6-10 yıl olanların diğer gruplara kıyasla “işe istek duyma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe adanma” puanı ile aile hekimliğinde geçirilen süre grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=4.607$, $p=0.004$). Aile hekimliğinde geçirilen süre 16 yıl ve üstü olanların diğer gruplara kıyasla “işe adanma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre aile hekimliğinde geçirilen süre 0-5 yıl olanlar ile 11-15 yıl olanlar arasında ($p=0.011$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe yoğunlaşma” puanı ile aile hekimliğinde geçirilen süre grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=2.866$, $p=0.038$). Aile hekimliğinde geçirilen süre 16 yıl ve üstü olanların diğer gruplara kıyasla “işe yoğunlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Aile Hekimliğinde Geçirilen Süre Grup Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
RHKT Toplam	1)0-5 yıl	106	52,72±7,32	0.262	0.853	-
	2)6-10 yıl	45	53,64±8,41			
	3)11-15 yıl	57	52,25±9,68			
	4)16 yıl ve üstü	14	52,21±9,42			
UWES 17 Toplam	1)0-5 yıl	106	50,66±12,64	3,891	0.010	1<3
	2)6-10 yıl	45	55,53±14,55			
	3)11-15 yıl	57	56,59±12,08			
	4)16 yıl ve üstü	14	53,72±13,47			
UWES 17- İşe istek duyma	1)0-5 yıl	106	17,44±4,84	3.335	0.020	-
	2)6-10 yıl	45	19,36±5,49			
	3)11-15 yıl	57	18,98±5,05			
	4)16 yıl ve üstü	14	21,00±4,57			
UWES 17- İşe adanma	1)0-5 yıl	106	16,25±4,36	4.607	0.004	1<3
	2)6-10 yıl	45	18,07±4,65			
	3)11-15 yıl	57	18,53±4,43			
	4)16 yıl ve üstü	14	18,93±3,38			
UWES 17- İşe yoğunlaşma	1)0-5 yıl	106	16,98±4,70	2.866	0.038	-
	2)6-10 yıl	45	18,11±5,12			
	3)11-15 yıl	57	19,09±4,95			
	4)16 yıl ve üstü	14	19,36±4,48			
DASS 21- Depresyon	1)0-5 yıl	106	5,63±4,22	2.047	0.108	-
	2)6-10 yıl	45	3,93±4,06			
	3)11-15 yıl	57	4,60±3,98			
	4)16 yıl ve üstü	14	5,50±4,75			
DASS 21- Anksiyete	1)0-5 yıl	106	3,58±3,32	0.628	0.598	-
	2)6-10 yıl	45	3,02±3,80			
	3)11-15 yıl	57	4,02±3,93			
	4)16 yıl ve üstü	14	3,79±4,71			
DASS 21- Stres	1)0-5 yıl	106	6,61±4,06	1.518	0.211	-
	2)6-10 yıl	45	5,22±4,46			
	3)11-15 yıl	57	6,61±4,02			
	4)16 yıl ve üstü	14	5,43±4,38			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 15’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalıştınız mı?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile “ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalıştınız mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalıştınız mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Hayır	144	52,88±7,68	0.299	0.765
	Evet	78	52,53±9,37		
UWES 17 Toplam	Hayır	144	53,81±13,71	0,138	0.891
	Evet	78	53,55±13,10		
UWES 17- İşe istek duyma	Hayır	144	18,33±5,26	-0.492	0.623
	Evet	78	18,68±4,8		
UWES 17- İşe adanma	Hayır	144	17,41±4,53	0.181	0.856
	Evet	78	17,29±4,45		
UWES 17- İşe yoğunlaşma	Hayır	144	18,08±4,93	0.724	0.470
	Evet	78	17,58±4,87		
DASS 21-Depresyon	Hayır	144	4,76±3,83	-1.241	0.216
	Evet	78	5,49±4,77		
DASS 21-Anksiyete	Hayır	144	3,64±3,62	0.244	0.808
	Evet	78	3,51±3,78		
DASS 21-Stres	Hayır	144	6,09±4,12	-0.808	0.420
	Evet	78	6,56±4,26		

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 16’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “psikiyatrik hastalık hikâyeniz var mı?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile “psikiyatrik hastalık hikâyeniz var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 16. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Psikiyatrik hastalık hikâyeniz var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Hayır	188	52,71±7,88	-0.189	0.850
	Evet	34	53,00±10,42		
UWES 17 Toplam	Hayır	188	53,69±13,46	-0,062	0.951
	Evet	34	53,85±13,75		
UWES 17-İşe istek duyma	Hayır	188	18,49±5,11	0.304	0.761
	Evet	34	18,21±5,06		
UWES 17-İşe adanma	Hayır	188	17,31±4,47	-0.432	0.666
	Evet	34	17,68±4,66		
UWES 17-İşe yoğunlaşma	Hayır	188	17,89±4,87	-0.090	0.928
	Evet	34	17,97±5,18		
DASS 21-Depresyon	Hayır	188	5,02±4,27	0.020	0.984
	Evet	34	5,00±3,79		
DASS 21-Anksiyete	Hayır	188	3,48±3,61	-1.056	0.292
	Evet	34	4,21±3,98		
DASS 21-Stres	Hayır	188	6,27±4,23	0.077	0.939
	Evet	34	6,21±3,88		

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 17’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “ailede psikiyatrik hastalık hikâyesi var mı?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile “ailede psikiyatrik hastalık hikâyesi var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Ailede psikiyatrik hastalık hikâyesi var mı?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması.

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Hayır	149	52,13±8,53	-1.610	0.109
	Evet	73	54,03±7,68		
UWES 17 Toplam	Hayır	149	53,11±13,81	-0,958	0.339
	Evet	73	54,95±12,75		
UWES 17- İşe istek duyma	Hayır	149	18,34±5,13	-0.479	0.632
	Evet	73	18,68±5,04		
UWES 17- İşe adanma	Hayır	149	17,17±4,57	-0.955	0.341
	Evet	73	17,78±4,34		
UWES 17- İşe yoğunlaşma	Hayır	149	17,61±5,05	-1.261	0.209
	Evet	73	18,49±4,56		
DASS 21-Depresyon	Hayır	149	5,10±4,28	0.442	0.659
	Evet	73	4,84±4,01		
DASS 21-Anksiyete	Hayır	149	3,73±3,59	0.794	0.428
	Evet	73	3,32±3,84		
DASS 21-Stres	Hayır	149	6,37±4,21	0.578	0.564
	Evet	73	6,03±4,10		

Independent Samples test, $p<0.05$

Tablo 18’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “günlük polikliniğinizde ortalama kaç tane psikiyatri hastasıyla karşılaşıyorsunuz?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile “günlük polikliniğinizde ortalama kaç tane psikiyatri hastasıyla karşılaşıyorsunuz?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Günlük polikliniğinizde ortalama kaç tane psikiyatri hastasıyla karşılaşıyorsunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
RHKT Toplam	1)Daha seyrek	15	53,47±7,90	0.258	0.904	-
	2)Ayda bir	6	50,00±8,37			
	3)15 günde bir	18	53,61±5,18			
	4)Haftada 1-2 kez	57	52,95±9,09			
	5)Hemen her gün	126	52,59±8,40			
UWES 17 Toplam	1)Daha seyrek	15	54,73±13,99	0,378	0.824	-
	2)Ayda bir	6	57,50±23,51			
	3)15 günde bir	18	55,50±10,36			
	4)Haftada 1-2 kez	57	52,28±12,30			
	5)Hemen her gün	126	53,81±13,86			
UWES 17- İşe istek duyma	1)Daha seyrek	15	18,47±4,41	0.482	0.749	
	2)Ayda bir	6	20,50±8,26			
	3)15 günde bir	18	19,50±4,20			
	4)Haftada 1-2 kez	57	18,28±4,54			
	5)Hemen her gün	126	18,28±5,38			
UWES 17- İşe adanma	1)Daha seyrek	15	18,27±4,08	0.562	0.691	
	2)Ayda bir	6	17,67±7,66			
	3)15 günde bir	18	18,11±3,20			
	4)Haftada 1-2 kez	57	16,74±4,27			
	5)Hemen her gün	126	17,43±4,64			
UWES 17- İşe yoğunlaşma	1)Daha seyrek	15	18,00±6,34	0.424	0.791	
	2)Ayda bir	6	19,33±7,81			
	3)15 günde bir	18	17,89±4,25			
	4)Haftada 1-2 kez	57	17,26±4,65			
	5)Hemen her gün	126	18,11±4,80			
DASS 21- Depresyon	1)Daha seyrek	15	4,80±4,25	0.582	0.676	-
	2)Ayda bir	6	4,83±4,79			
	3)15 günde bir	18	3,61±3,81			
	4)Haftada 1-2 kez	57	5,14±4,04			
	5)Hemen her gün	126	5,19±4,30			
DASS 21- Anksiyete	1)Daha seyrek	15	3,53±3,56	0.925	0.450	-
	2)Ayda bir	6	5,33±5,13			
	3)15 günde bir	18	2,33±3,12			
	4)Haftada 1-2 kez	57	3,51±3,34			
	5)Hemen her gün	126	3,74±3,82			
DASS 21- Stres	1)Daha seyrek	15	6,53±5,19	0.191	0.943	-
	2)Ayda bir	6	6,00±4,86			
	3)15 günde bir	18	5,61±3,52			
	4)Haftada 1-2 kez	57	6,09±3,49			
	5)Hemen her gün	126	6,40±4,41			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

Tablo 19’da ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “günlük polikliniğinizde ortalama ne sıklıkta psikiyatri hastası konsülte ediyorsunuz?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre ölçek toplam ve alt boyut puanları ile “günlük polikliniğinizde ortalama ne sıklıkta psikiyatri hastası konsülte ediyorsunuz?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Günlük polikliniğinizde ortalama ne sıklıkta psikiyatri hastası konsülde ediyorsunuz?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
RHKT Toplam	1)Daha seyrek	89	52,72±9,08	1.316	0.265	-
	2)Ayda bir	29	52,62±5,88			
	3)15 günde bir	28	52,25±7,98			
	4)Haftada 1-2 kez	55	54,35±7,83			
	5)Hemen her gün	21	49,57±8,90			
UWES 17 Toplam	1)Daha seyrek	89	52,83±12,87	0,457	0.767	-
	2)Ayda bir	29	53,48±11,14			
	3)15 günde bir	28	54,07±15,82			
	4)Haftada 1-2 kez	55	53,76±13,84			
	5)Hemen her gün	21	57,23±15,17			
UWES 17-İşe istek duyma	1)Daha seyrek	89	18,12±4,68	0.660	0.621	
	2)Ayda bir	29	18,83±4,31			
	3)15 günde bir	28	19,11±6,20			
	4)Haftada 1-2 kez	55	17,98±5,30			
	5)Hemen her gün	21	19,67±5,75			
UWES 17-İşe adanma	1)Daha seyrek	89	17,21±4,14	0.420	0.794	
	2)Ayda bir	29	16,86±4,90			
	3)15 günde bir	28	17,21±5,12			
	4)Haftada 1-2 kez	55	17,58±4,54			
	5)Hemen her gün	21	18,38±4,61			
UWES 17-İşe yoğunlaşma	1)Daha seyrek	89	17,49±5,08	0.573	0.683	
	2)Ayda bir	29	17,79±3,76			
	3)15 günde bir	28	17,75±5,23			
	4)Haftada 1-2 kez	55	18,20±4,89			
	5)Hemen her gün	21	19,19±5,31			
DASS 21-Depresyon	1)Daha seyrek	89	4,80±3,93	1.128	0.344	-
	2)Ayda bir	29	5,45±4,63			
	3)15 günde bir	28	5,89±4,86			
	4)Haftada 1-2 kez	55	4,31±3,94			
	5)Hemen her gün	21	6,00±4,28			
DASS 21-Anksiyete	1)Daha seyrek	89	3,49±3,31	0.440	0.779	-
	2)Ayda bir	29	4,34±3,77			
	3)15 günde bir	28	3,79±4,65			
	4)Haftada 1-2 kez	55	3,27±3,47			
	5)Hemen her gün	21	3,57±4,19			
DASS 21-Stres	1)Daha seyrek	89	5,87±3,80	0.682	0.605	-
	2)Ayda bir	29	7,14±4,57			
	3)15 günde bir	28	5,96±4,57			
	4)Haftada 1-2 kez	55	6,33±4,30			
	5)Hemen her gün	21	6,90±4,31			

One Way ANOVA test, Post-Hoc=Sidak, $p<0.05$

Tablo 20’de ölçek toplam ve alt boyut puanlarının “hiç acil psikiyatri sevki istediniz mi?” sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonuçlarına göre DASS-21 ölçeği alt boyutlarından “depresyon” puanı ile “hiç acil psikiyatri sevki istediniz mi?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2.647$, $p=0.009$). Acil psikiyatri sevki isteyen katılımcıların istememiş olanlara kıyasla “depresyon” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 20. Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puanlarının “Hiç acil psikiyatri sevki istediniz mi?” Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Ort±SS	t	p
RHKT Toplam	Hayır	165	52,55±8,41	-0.613	0.541
	Evet	57	53,33±7,98		
UWES 17 Toplam	Hayır	165	53,80±13,16	0,325	0.882
	Evet	57	53,49±14,45		
UWES 17- İşe istek duyma	Hayır	165	18,56±5,03	0.563	0.574
	Evet	57	18,12±5,31		
UWES 17- İşe adanma	Hayır	165	17,48±4,38	0.616	0.538
	Evet	57	17,05±4,83		
UWES 17- İşe yoğunlaşma	Hayır	165	17,76±4,89	-0.740	0.460
	Evet	57	18,32±4,98		
DASS 21-Depresyon	Hayır	165	4,58±4,02	-2.647	0.009
	Evet	57	6,26±4,45		
DASS 21-Anksiyete	Hayır	165	3,35±3,62	-1.659	0.093
	Evet	57	4,30±3,75		
DASS 21-Stres	Hayır	165	6,05±4,08	-1.232	0.219
	Evet	57	6,84±4,39		

Independent Samples test, $p<0.05$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya, İstanbul Avrupa Yakasında çalışmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş 222 aile hekimi ve aile sağlığı elemanı dahil edilmiştir. Ruhsal hastalıklarda klinisyen tutumu ve iş doyumu incelenmiş olup; RHKT ölçek puanı ortalama 52.75, UWES-17 ölçek puanı ortalama 53.72, UWES-17 işe istek duyma ölçek puanı ortalama 18.45, UWES-17 işe adanma ölçek puanı ortalama 17.36, UWES-17 işe yoğunlaşma ölçek puanı ortalama 17.90, DASS 21 depresyon ölçek puanı ortalama 5.01, DASS-21 anksiyete ölçek puanı ortalama 3.59, DASS 21 stres ölçek puanı ortalama 6.25 olarak bulunmuştur.

Yaşa göre RHKT değerlendirildiğinde 20-30 yaş arasında ortalama puan 53.36 ± 7.63 , 31-40 yaş arasında 53.14 ± 7.84 ve 40 yaş üstünde ise 51.41 ± 9.63 bulunmuş olup RHKT puanının yaşla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak literatürde 11 makalenin incelendiği bir derlemede; daha yaşlı ve daha deneyimli doktorların, genç ve daha az deneyimli doktorlara göre, ruhsal hastalığı olan kişilere karşı daha fazla damgalayıcı olduğu bulunmuştur. Akıl hastalığına karşı daha damgalayıcı tutumda olan sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastanın tedaviye uyumu konusunda da muhtemelen daha kötümser oldukları bulunmuştur (80). Çalışmamızda RHKT ölçeği ortalama puanı 52.75 olarak bulunmuş olup; cinsiyet, yaş, mesleki tecrübe açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Literatürde Latin Amerika’da birinci basamak sağlık çalışanlarına yapılmış olan bir çalışmada RHKT ortalama puanı 37.8 bulunmuştur. Latin Amerika’daki bu çalışmaya Bolivya, Brezilya, Küba ve Şili’den 387 kişi katılmıştır. Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetin, yaşın ve mesleki tecrübenin damgalama ile ilişkisiz olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada daha yüksek damgalama düzeyine sahip olan birinci basamak hekimlerinin, depresyon ve somatoform bozukluğu olan hastaları bir psikiyatriste sevk etmeye daha meyilli olduğu değerlendirilmiştir. Ayrıca ruhsal bozukluklarla başa çıkma ve tanı koyma hakkında kendini yetkin gören hekimlerin (%63.7) depresif hastaları tedavi etmeye daha yatkın olduğu da tespit edilmiştir. RHKT skorunda, birinci basamakta ruh sağlığı bozukluklarını tedavi edebileceğini düşünen birinci basamak hekimleri ile kendini bu bozuklukları tedavi etmek konusunda hazırlıksız hisseden birinci basamak hekimleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Kendini hazırlıksız hisseden hekimlerin, kendini hazırlıklı hisseden

hekimlere göre daha yüksek damgalama düzeylerinde olduğu tespit edilmiştir (81). Literatürde sağlık çalışanlarında psikiyatrik hastalıklara göre damgalanma durumunun bazı çalışmalarda yaşla birlikte azalırken, bazı çalışmalarda yaş ve cinsiyet ile ilişkisiz bulunduğu görülmüştür. Bu konuda daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bizim çalışmamızda, psikiyatri kliniğinde çalışmış olma durumunun damgalama üzerinde etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Tunus'taki üniversitelerin tıp fakültelerinden 1028 tıp öğrencisi ve genç doktor arasında yapılan kesitsel bir çalışmada da bizim araştırmamızdaki sonuca benzer olarak; 4.sınıf öğrencilerinin RHKT puanlarının en düşük olduğu, fakat ilk yıllarda psikiyatri stajı görmenin akıl hastalığı olan insanlara yönelik damgalama seviyesini anlamlı ölçüde değiştirmediği tespit edilmiştir. Ancak bu araştırmada psikiyatristlerin damgalama tutumları diğer gruplardan anlamlı ölçüde düşük, cerrahi branşların damgalayıcı tutumları ise diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların %70'inin akıl hastalığı bulunan kişilerin, diğer hastalıkları bulunan kişilerden daha tehlikeli olduğuna inandığı saptanmıştır (82). Bizim çalışmamızda psikiyatri kliniğinde çalışıyor olma durumunun etkisiz çıkma nedeni, psikiyatri bölümünde az süreli çalışılıyor olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bizim çalışmamızda, kendisinde veya yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık olma durumunun damgalama üzerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Kanada'da 538 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada ise kendisinde veya yakınlarında akıl hastalığı olan kişilerde, damgalamanın daha düşük olarak görüldüğü saptanmıştır. Psikiyatristlerde ve ruhsal hastalıklarla ilgili daha fazla deneyim ile maruziyete sahip kişilerde de damgalama daha düşük olarak tespit edilmiştir (83). Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunda psikiyatrik hastalık hikayesi ve yakınında psikiyatrik hastalık hikayesi yoktu. Sonucumuz, bu nedenle ilişkisiz bulunmuş olabilir.

Bizim çalışmamızda RHKT açısından bakıldığında hemşireler ile doktorlar arasında damgalama açısından anlamlı fark yoktu. Katar'da, 406 hemşire ve 92 doktor olarak toplam 498 kişi RHKT üzerinden çalışılmıştır. Hemşirelerde damgalama doktorlara göre daha fazla bulunmuştur. Cinsiyet açısından damgalamada hemşireler arasında bir fark saptanmazken, kadın hekimlerin erkek hekimlere göre damgalama düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha az olduğu saptanmıştır. Hekimlerin, mezuniyetleri üzerinden 1 yıl geçmesinin de damgalamayı istatistiksel

olarak anlamlı ölçüde azalttığı tespit edilmiştir. Hekimlerden, diplomalarını 7 yıl veya daha uzun bir süre önce alanlarda damgalama en düşük olarak saptanmıştır. Aynı şekilde hemşirelerde de damgalama seviyesi normalde yüksek olup, yüksek lisans derecesine sahip olanlarda, olmayanlara göre damgalama seviyesi azalmaktadır. Dolayısıyla, hekimlerin ya da hemşirelerin çalışma sürelerinin, akıl hastalığının nedenlerinin daha iyi anlaşılmasına ve akıl hastalığı olan kişilere daha hoşgörüyle yaklaşılmasına katkı sağladığı düşünülebilir (84). Bizim çalışmamızda ise doktor ya da hemşire olmak ve meslekte geçirilen yıl süresi RHKT açısından anlamlı bir istatistiksel değişikliğe sebep olmamıştı.

420 Faslı tıp öğrencisi arasında yürütülen bir araştırmada RHKT ölçeği toplam puanı 57.24'tür. Psikiyatri stajını tamamlayan öğrencilerin tutumları daha olumludur. Kız öğrenciler ve evli öğrenciler anlamlı derecede daha hoşgörüyle tutumlar sergilemiştir. Bu açıdan bu çalışmada kadınlarda damgalama daha az görülmüştür (84). Bizim çalışmamızda da RHKT puanı 52.75'ti. Cinsiyet açısından ruhsal hastalıklar klinisyen tutum ölçeğinde istatistiksel bir fark yoktu ve psikiyatride çalışmış olmak da RHKT puanını etkilemiyordu.

Bizim çalışmamızda UWES-17 toplam puanı hemşirelerde 60.41 ve diğer meslek gruplarında 52.90'dır. İspanya'da 1704 hemşire arasında yürütülen bir çalışmada birinci basamak hemşireleri, acil serviste çalışan hemşirelere göre UWES testinin 3 boyutunda daha yüksek puanlar almıştır. UWES-9 işe istek duyma puanı birinci basamak hemşirelerinde 4.44, acil hemşirelerinde 4.00; UWES-9 işe adanma puanı birinci basamak hemşirelerinde 4.70, acil hemşirelerinde 4.39; UWES-9 işe yoğunlaşma puanı birinci basamak hemşirelerinde 4.63, acil hemşirelerinde 4.07'dir. UWES-9 toplam puanı ise birinci basamak hemşirelerinde 4.59, acil hemşirelerinde 4.15'tir. Kendilerini işlerine adanmış hissedenden hemşireler, zorlukları günlük işlerinde karşılaştıracakları kişisel zorluklar olarak görüp işleriyle aralarında daha güçlü bir duygusal bağ oluşturmuşlardır. Ankete katılanların %86.3'ü kadın ve yaş ortalaması da 41.69'dur. Bu olgu, kadınların bakım veren kişi rolünü üstlenerek bu meslekte daha uzun bir geçmişe sahip olmasıyla açıklanabilir. Birinci basamak hemşirelerinin işe bağlılık seviyeleri acil servis hemşirelerine göre daha yüksek, psikososyal risk algıları ise acil servis hemşirelerinden daha düşüktür. Acil serviste çalışan hemşirelerde psikolojik risk ve psikolojik stres daha yüksektir. Bu araştırma acilde maruz kalınan

aşırı iş yükünün, yorgunluk semptomlarını ve tekrarlayan devamsızlık oranlarını arttırdığı da kanıtlamıştır (85). Bizim çalışmamız birinci basamak hemşirelerini ele almış olup, literatüre benzer şekilde işe bağlılıkları yüksek bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda UWES-17 toplam puanı 53.72, UWES-17 işe istek duyma puanı 18.45, işe adanma puanı 17.36 ve işe yoğunlaşma puanı 17.90 olarak bulundu. Polonya, Sırbistan ve Bulgaristan'da 417 hekimin katıldığı bir araştırmada aile yaşamının ve diğer faktörlerin işe bağlılık düzeyleri ve depresyon riski üzerine etkisi araştırılmıştır. Yaş ortalaması 43 ve %51'i kadındır. İşe bağlılık ile cinsiyet veya yaş arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda da cinsiyet ile işe bağlılık arasında bir ilişki bulunmadı. İşe bağlılık ile yaş arasında ise UWES-17 toplam puanında, işe istek duyma puanında, işe adanma puanında ve işe yoğunlaşma puanında istatistiksel bir ilişki saptanmıştır. Hekimlerin aile yaşamlarının işe bağlılık ya da tükenmişlik riski üzerine çok az etkisi olduğu ya da hiç etkisi olmadığı görülmüştür. Bu araştırmada, sağlık hizmetlerine en az harcama yapan ülkelerin aynı zamanda en düşük işe bağlılık seviyesine sahip olduğu da tespit edilmiştir. İşe bağlılıkta en yüksek puanlar sağlık harcamalarının en yüksek olduğu Sırbistan'da, en düşük puanlar ise sağlık harcamalarının en düşük olduğu Polonya'da elde edilmiştir (86).

Riyad'da bir Suudi Hastanesinde çalışan 460 hemşire üzerinde, kişisel ve işle ilgili faktörlerin işe bağlılık (dinçlik, adanmışlık ve özümseme) üzerine etkileri araştırılmıştır. Yaşı daha ileri olan, mesleki tecrübesi fazla olan hemşirelerde işe bağlılığın daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Katılımcıların çoğu kadındır (%97.4). Yaşları 20 ila 40 arasındadır (%89.8). Katılımcılarda yüksek düzeyde işe bağlılık görülmektedir. Hemşirelerin UWES-17 toplam puanı 5.47'dir. İşe bağlılık düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da cinsiyet ile işe bağlılık arasında hem toplam puanda hem de üç alt boyuttaki puanlarda istatistiksel bir ilişki yoktur. Yaş ve mesleki tecrübe ile işe bağlılık arasında UWES-17'nin üç boyutunda da anlamlı bir istatistiksel ilişki vardır. Bizim çalışmamızda da aynı şekilde anlamlı istatistiksel ilişki saptandı. Hemşirelerin meslekte geçirilen yıllar ile birlikte çeşitli eğitim programlarına katılması işe bağlılıklarına katkıda bulunabilir. Ayrıca mesleki olgunluk kazanır, görevlerinin farkına varır ve klinik ortama da daha fazla bağlanabilirler (87). Bizim çalışmamızda

yaş ile işe bağlılık durumuna bakıldığında, en yüksek işe bağlılık 11-15 yıl arası çalışmakta olan grupta görüldü.

Singapur'daki tek üçüncü basamak psikiyatri hastanesi olan Ruh Sağlığı Enstitüsü'nde 58 psikiyatrist, 201 hemşire ve 203 de yardımcı sağlık personeli olmak üzere 462 kişi üzerinde çağrışimsal damgalamanın araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Dışarıdan orada çalışan personel hakkında böyle bir damgalamaya maruz kalan doktor, hemşire ve yardımcı sağlık personellerinde iş tatmini azalır. Bu damgalama, halkın 'ruh sağlığı mesleği bilimsel bir temelden yoksundur' ya da 'ruh sağlığı ortamında çalışmak özel beceriler gerektirmez' şeklinde kabulleri sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Yani damgalanması yüksek olan kişilerde iş tatmini düşmektedir (88). Bizim çalışmamızda ise işe adanma arttıkça damgalanma düşer.

Çağrışimsal damgalama kişilerin kendi özellikleri nedeniyle değil, toplumda damgalanmış bir kategoriye ait kişilerle ilişkilendirmeleri nedeniyle yaşadıkları damgalama olarak tanımlanır. Psikiyatristlerde çağrışimsal damgalama, akıl hastalarıyla olan ilgilerinden kaynaklanır. Belçika'da 543 psikiyatrist ve 707 hasta arasında, çağrışimsal damgalamanın kendini damgalama ile hasta memnuniyeti arasındaki ilgisi ve iş memnuniyeti ile tükenmişliğin üç boyutu arasındaki ilişki araştırılmıştır. Psikiyatristlerde çağrışimsal damgalamanın daha fazla duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve daha az iş tatmini ile ilişkili olduğu görülmüştür. Çok az sayıda psikiyatrist mevcut pozisyonunda çalışmaktan utandığını veya diğer insanlara bunu söylemekten çekindiğini belirtmiş, ancak daha fazla sayıda psikiyatrist ise işleriyle ilgili olumsuz tepkiler aldıklarını ve insanların alaylarına maruz kaldıklarını kabul etmişlerdir. Çağrışimsal damgalamada cinsiyet ve yaş bakımından bir farklılık görülmemiştir (89). Bizim çalışmamızda da sağlık çalışanları ile psikiyatrik hastalar arasındaki damgalamada, cinsiyet açısından herhangi bir farklılık gözlenmemiştir.

Tükenmişlik, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11'de (ICD-11) tıbbi bir durum olarak değil, mesleki bir olgu olarak sınıflandırılır. Workplace Web tabanlı karma psikoeğitim ruh sağlığı müdahale programının etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, 456 katılımcıdan 229'u (%50.2) müdahale grubuna alınmıştır. Müdahalenin işyeri tükenmişliği, stres, yaşam kalitesi ve çalışanların ruh sağlığı okuryazarlığı üzerine etkisi incelenmiştir. İşle ilgili tükenmişlik Maslach Tükenmişlik Envanteri ile değerlendirilmiş, işle ilgili stres ise Depresyon Anksiyete Stres ölçeğinin

stres alt ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ise Avustralya Ulusal Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama Anketi kullanılarak değerlendirilmiştir. Müdahale edilen grupta stres ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ve Maslach Tükenmişlik Envanterinin mesleki başarı puanında istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür. Tükenmişlik için Maslach Tükenmişlik Envanterinin üç alanından ikisinde, yani duygusal tükenme ile duyarsızlaşmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İş yerinde çalışanların ruhsal esenliğini ve ruh sağlığı okuryazarlığını arttırmak için, amaca yönelik olarak tasarlanmış web tabanlı karma psikoeğitim müdahale programının, işyeri tükenmişliğini ve stresini azaltmada ve iş yerinde ruh sağlığı okuryazarlığını teşvik etmede etkili olduğu gösterilmektedir (90). Bizim çalışmamızda da DASS-21 alt boyutlarından ‘stres’ puanı ile UWES-17 toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bizim çalışmamızda cinsiyet açısından istatistiksel bir fark görülmemiştir. Meslekte geçirilen yıl bakımından ise UWES-17 toplam puanı ile meslekte geçirilen yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Meslek yılı 11-15 sene arasında olanların diğer katılımcılara kıyasla UWES-17 ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

DASS-21 alt boyutlarından “depresyon” puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.033$). Yaş grubu 20-30 yaş arasında olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “depresyon” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan sidak post-hoc analizi sonucuna göre yaş grubu 20-30 olanlar ile 31-40 olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.031$). Yapılan bir çalışmada da Avustralya'nın Sidney kentindeki Royal North Shore Hastanesi'nin Ağrı Yönetimi ve Araştırma Merkezi'nde 7 yıllık bir süre boyunca (2001-2007) değerlendirilen ve sürekli ağrısı olan 2045 hastadan 60 yaş ve altı olan 1245 kişilik bir grupta ve 60 yaş ve üzerinde olan 800 kişilik bir grupta DASS-21 ölçeği değerlendirilmiştir. 61-70 yaş arası 366, 71-80 yaş arası 308, 81 yaş ve üzeri 126 hasta vardır. Bu çalışmada ağrı süresi 39 ay ile en genç yaş grubunda en düşük, 69 ay ile 61-70 yaş arasında yüksektir. 60 yaş ve üzeri hastaların yaklaşık %60'ı depresyon (%58,5), anksiyete (%57,8) ve stres (%63,2) açısından "normal" olarak kategorize edilirken, hastaların yaklaşık beşte biri depresyon (%20,3), anksiyete (%22,2) ve stres (%23,0) açısından "orta" olarak kategorize edilmiştir. Yaşları 60 ve

altı olan hastalara kıyasla, 60 yaş üzeri hastalarda depresyon ve stres puanları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur, ayrıca bu yaş grubunda anksiyete puanları da anlamlı derecede daha düşüktür. Araştırmada tespit edildiği üzere belirli bir işte çalışma oranının yaşla birlikte azalması, depresyon ve anksiyetenin azalmasına neden olabilir. Yaşlıların artık acıyı kabullenir hale gelmesi ve olumlu duygusal materyallere olumsuz olanlardan daha fazla ilgi göstermesi depresyon ve anksiyetenin azalmasının diğer sebepleri olabilir (91).

Bizim çalışmamızda aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları arasında DASS-21 ölçeği açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Hırvatistan’da birincil basamakta çalışan doktorların %19.5’i ve aile sağlığı elemanlarının da %3.7’sini temsil eden toplam 534 kişi arasında; COVID-19 salgını sırasında depresyon, anksiyete, stres ve travma sonrası stres bozukluğu prevalansı ve bunların demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yeri), mesleki farklılıklar (doktor veya hemşire, iş deneyimi yılı), tıbbi geçmiş (komorbidite verileri) ve katılımcılar arasındaki spesifik stres faktörleri (okul çocuğu sahibi olmak, çalışma yerinde yüksek COVID-19 insidansı) ile ilişkisi araştırılmıştır. %30.7’sinde depresyon, %33.1’inde anksiyete, %30.9’unda stres ve %33’ünde travma sonrası stres bozukluğu vardır. Okul çocuğu sahibi olmak DASS-21’deki stres alt ölçeğinde bir fark yaratmıştır ($p=0.043$). İleri yaş sadece anksiyete üzerinde bir risk faktörüdür. Kadınlarda anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu daha fazladır. En az bir kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete, stres ve travma sonrası stres bozukluğu daha sık görülmektedir. Bu çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi aile hekimi olmanın ya da aile sağlığı elemanı olmanın DASS-21 üzerinde bir etki oluşturmadığı ve herhangi bir psikolojik yük ayrımına sebep olmadığı bulunmuştur. Aile sağlığı birimlerinde her bir aile hekimine bir aile sağlığı elemanı şeklinde bir ekip işi olduğu için bu karşıtıcı değildir (92).

Tükenmişlik; depresyon, stres ve anksiyete ile pozitif ilişkilidir. Tükenmişlik önceleri stres ile eş anlamlı kullanılırken daha sonra stresin bir sonucu olarak ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Birinci basamak sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete, stres ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere Türkiye’nin İç Anadolu Bölgesi’nde yer alan Sivas’ta, 168 aile hekimi ve 170 aile sağlığı elemanı olmak üzere 338 sağlık çalışanının dahil edildiği bir araştırma yapılmıştır. Depresyon, anksiyete ve

stres düzeyleri sırasıyla %10.9, %14.8 ve %5 olarak bulunmuştur. Hekimlerin depresyon alt ölçek ortalaması ebelerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun sebebi hekimlerin diğer sağlık çalışanlarına göre birincil derecede sorumlu olması ve bunun hekime yükleyebileceği ağır sorumluluk olabilir. Kişisel başarı ve stres alt ölçeğinin ortalaması 5 yıl ve daha az çalışanlarda 6-10 yıl çalışanlara göre daha düşük görülmüştür ($p<0.05$). Duygusal tükenme ($p=0.001$) ve kişisel başarının ($p=0.014$) anksiyete ile ilişkili; duygusal tükenmenin ise ($p=0.001$) stres ile ilişkili faktörler olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada depresyon, anksiyete, stres ve tükenmişlik puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (93). Bizim çalışmamızda da DASS-21 açısından çalışma yılının herhangi bir etkisi bulunmamıştı ($p>0.05$).

6. SONUÇ VE ÖNERİ

Damgalama, ciddi bir halk sağlığı problemidir ve psikiyatrik hastalıklara karşı damgalama görülebilmektedir. Toplumun yapısına paralel olarak, aile sağlığı merkezlerinde de psikiyatrik hastalığı olan insanlara karşı damgalama yapılabilmektedir. Ruhsal hastalıklar nedeniyle damgalanan insanlar maalesef yalnız, yanlış anlaşılmış bir halde kalırlar. Üstelik aileleri ve dahil oldukları topluluklar da bundan olumsuz etkilenirler. Bu yüzden ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadele etmek önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda birinci basamak hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına RHKT, UWES ve DASS-21 ölçekleri uygulanmıştır.

Ruhsal hastalıklar klinisyen tutum ölçeği (RHKT), bizim çalışmamızda doktorlar ve hemşireler arasında damgalama açısından anlamlı bir fark görülmediğini ortaya koymuştur. Bizim çalışmamızda RHKT puanının cinsiyet, yaş, çocuk varlığı, (aile hekimi uzmanı olmak, aile hekimliği asistanı ya da aile sağlığı elemanı olmak gibi) mesleki değişkenlikler veya mesleki tecrübe açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Psikiyatri kliniğinde çalışmış olmak, kendisinde veya ailesinde psikiyatrik hastalık hikayesi bulunması da bizim çalışmamızda RHKT puanını etkilememiştir.

Utrecht işe bağlılık ölçeği-17 (UWES-17) toplam puanı, yaş ile pozitif ilişkilidir. Yaş ile UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma”, “işe adanma” ve “işe yoğunlaşma” alt boyutları arasında da pozitif yönlü istatistiksel ilişki saptanmıştır. UWES-17 toplam puanı ile meslek yılı arasında da pozitif yönlü bir ilişki görülmüştür. Ayrıca meslek yılı ile UWES 17 alt boyutlarından “işe adanma” puanı arasında da pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. UWES-17 toplam puanı ile “aile hekimliğinde geçirilen süre” arasında da pozitif yönlü istatistiksel bir ilişki saptanmıştır. “Aile hekimliğinde geçirilen süre” ile UWES-17’nin alt boyutlarından “işe istek duyma”, “işe adanma” ve “işe yoğunlaşma” arasında pozitif yönlü istatistiksel ilişki saptanmıştır.

UWES-17 toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından “depresyon”, “anksiyete” ve “stres” puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma”, “işe istek duyma” ve “işe yoğunlaşma” puanları ile DASS-21 alt boyutlarından “depresyon”, “anksiyete” ve “stres” puanları arasında ise negatif yönlü istatistiksel ilişki vardır. UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” ile RHKT toplam puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

UWES-17 toplam puanı, UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma”, “işe adanma” ve “işe yoğunlaşma” puanları ile 31-40 yaş grubu arasında pozitif yönlü istatistiksel ilişki vardır.

UWES-17 ölçeği toplam puanı ve UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı, medeni durumu evli olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 ölçeği toplam puanı, UWES-17 ölçeği alt boyutlarından “işe istek duyma”, “işe adanma” ve “işe yoğunlaşma” puanları ile çocuk varlığı arasında da pozitif istatistiksel ilişki vardır.

UWES-17 ölçeği toplam puanı, UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma”, “işe adanma” ve “işe yoğunlaşma” puanları; aile sağlığı elemanlarında aile hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

UWES-17 ölçeği toplam puanı, meslek yılı 11-15 yıl arasında olanlarda daha yüksek bulunmuştur. UWES-17 alt boyutlarından “işe istek duyma” puanı, meslek yılı 6-10 yıl olanlarda daha yüksek bulunmuştur. UWES-17 alt boyutlarından “işe adanma” ve “işe yoğunlaşma” puanları, meslek yılı 16 yıl ve üstü olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

UWES-17 puanlarının cinsiyet ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi görülmemiştir. Ayrıca psikiyatri kliniğinde çalışmış olmak, kendisinde veya ailesinde psikiyatrik hastalık hikayesi bulunması da UWES-17 puanlarını etkilememiştir.

DASS-21 alt boyutlarından “depresyon” puanı, yaş grupları 20-30 olan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. DASS-21 alt boyutlarından “stres” puanı çocuğu olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. DASS-21 puanlarının cinsiyet, medeni durum, (aile hekimi uzmanı, aile hekimliği asistanı ya da aile sağlığı elemanı olmak gibi) mesleki değişkenlikler veya mesleki tecrübe açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Psikiyatri kliniğinde çalışmış olmak, kendisinde veya ailesinde psikiyatrik hastalık hikayesi bulunması da bizim çalışmamızda DASS-21 puanını etkilememiştir.

Aile Hekimlerinin de aile sağlığı elemanlarının da depresyon, anksiyete ve stresten korunması gerekmektedir. İŖe adanmışlık arttıkça depresyon ve anksiyete görülme ihtimali azalmaktadır, bunu sağlayabilmek için gerekli imkanların sunulması ve psikolojik destek verilmesi iŖe dair motivasyonu arttırabilir. Psikiyatrik bozukluklarla mücadele ederken, hastalarda damgalama durumuna dikkat edilmeli, hasta ve hasta yakınları bu konuya karşı uyarılmalı ve desteklenmeli, sağlık çalışanlarının da bu hususta farkındalığı arttırılmalıdır. Damgalama ve olumsuz sonuçlarının yönetilmesi ve önlenmesinde çevresel bir destek oluşturmak çok önemlidir. Aileler hastaların en büyük destekleridir. Ailelerin, aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının damgalamaya dair eğitimleri faydalı olacaktır. Psikiyatrik rahatsızlıklara dair toplumun hatalı inanışlarının dzeltilmesine yönelik metotlar geliştirilmesi bu konuda atılacak en önemli adımlardan biridir.

KAYNAKLAR

1. Network organisation within WONCA Region Europe-ESGP/FM THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE SHORT VERSION.
2. Mental disorders [Internet]. [cited 2023 Mar 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Health Organization Regional Office for Europe W. The European Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. 2015. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
4. Ankara 2013 TÜRKİYE KRONİK HASTALIKLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ SIKLIĞI ÇALIŞMASI [Internet]. Available from: www.thsk.gov.tr
5. Lai YM, Hong CP, Chee CY. Stigma of mental illness. Singapore Med J. 2001;42(3):111–4.
6. Earnshaw VA, Quinn DM, Kalichman SC, Park CL. Development and psychometric evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. J Behav Med. 2013 Jun;36(3):270–82.
7. Earnshaw VA, Quinn DM, Kalichman SC, Park CL. Development and psychometric evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. J Behav Med [Internet]. 2013 Jun [cited 2023 Mar 27];36(3):270–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22526525/>
8. Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama Psychiatric Disease and Stigmatization [Internet]. Available from: www.psikiyatridizini.net
9. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. Vol. 19, International Review of Psychiatry. 2007. p. 113–22.
10. Petersen I, Evans-Lacko S, Semrau M, Barry MM, Chisholm D, Gronholm P, et al. Promotion, prevention and protection: Interventions at the population- and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. Vol. 10, International Journal of Mental Health Systems. BioMed Central Ltd.; 2016.
11. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. Vol. 52, Social Psychiatry and

- Psychiatric Epidemiology. Dr. Dietrich Steinkopff Verlag GmbH and Co. KG; 2017. p. 249–58.
12. Yildirim S. The determining of a faculty of nursing students' beliefs toward mental disorders. J Psychiatr Nurs. 2016;
 13. (PDF) Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık [Internet]. [cited 2023 Mar 29]. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/292987823_Ruhsal_hastaliklarda_damgalama_ve_ayrimcilik
 14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2022 Mar 18;
 15. YANIT AM. TÜRK PSİKİYATRİ DERGİSİ'NDE YAYIMLANAN “DSM-5 TÜRKÇE ÇEVİRİSİ ÜZERİNE.”
 16. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları.(10. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. 2004;291–342.
 17. Kleinman A. Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. The British Journal of Psychiatry. 1987;151(4):447–54.
 18. Öztürk O, Uluşahin A. Mental Health and Disorders [Ruh Sağlığı ve Bozuklukları]. Nobel Tıp Kitabevleri [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 3];1–788. Available from:
<https://www.nobelkitabevi.com/ruh-sagligi-ve-bozukluklari-16.baski---2020>
 19. Makalesi A, Merve E, Uzman M, Psikolog K. Ruhsal Bozukluklara Karşı Stigma- Derleme. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi [Internet]. 2019 Feb 22 [cited 2023 Apr 3];8(1):1170–88. Available from:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/mjss/issue/43425/470932>
 20. ÖZEN Y. PSİKOLOJİK TRAVMANIN İNSANLIK KADAR ESKİ TARİHİ. The Journal of Social Science [Internet]. 2019 Feb 28 [cited 2023 Apr 3];3(5):362–75. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tjsosci/issue/43451/530003>
 21. BAĞ B, EKİNCİ M. RUHSAL SORUNLU BİREYLERE YÖNELİK TOPLUM TUTUMLARI ÖLÇEĞİNİN (RSTTÖ) TÜRK TOPLUMUNDA GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi [Internet]. 2006 Jul 1 [cited 2023 Apr 3];5(15):63–83. Available from:
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/esosder/issue/6129/82205>

22. Moran M. Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşleri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, Mersin. 2008;
23. Şemin S, Aras Ş. Temel yönleriyle psikiyatride etik. Dokuz eylül yayınları; 2004.
24. Fatma ÖZ. Temel Sağlık Hizmetlerinin Birinci Basamağında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 12(1):16–28.
25. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World psychiatry. 2002;1(1):16.
26. DSM-5™.
27. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitapevi. 2013;
28. Dewhurst WG. Melancholia and Depression: From Hippocratic Times to Modern Times. Journal of Psychiatry and Neuroscience [Internet]. 1992 [cited 2023 Jun 10];17(2):81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188406/>
29. Cuellar AK, Johnson SL, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. Clin Psychol Rev [Internet]. 2005 [cited 2023 Jun 9];25(3):307–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15792852/>
30. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie: 54 Tabellen. Georg Thieme Verlag; 2003.
31. Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. Bipolar Disord. 2003;5(6):456–63.
32. KILIÇ C. TÜRKİYE’DE RUHSAL HASTALIKLARIN YAYGINLIĞI VE RUHSAL TEDAVİ İHTİYACI KONUSUNDA NEREDEYİZ? Toplum ve Hekim. 2020;35(3):179–87.
33. Angst J. Epidemiology of depression. Psychopharmacology (Berl). 1992;106(Suppl 1):S71–4.
34. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat. 2011;7(sup1):3–7.

35. Judd LL, Schettler PJ, Solomon DA, Maser JD, Coryell W, Endicott J, et al. Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *J Affect Disord*. 2008;108(1–2):49–58.
36. Evans VC, Iverson GL, Yatham LN, Lam RW. The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(12):17306.
37. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. Vol. 386, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2015. p. 721–2.
38. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*. 2015 Feb 1;76(2):155–62.
39. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Vol. 2015. Wolters Kluwer Philadelphia, PA; 2015.
40. Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2006;93(1–3):105–15.
41. Falret JP. De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l'alternance régulière de la manie et de la mélancholie. *Bull Acad Med (Paris)*. 1851;
42. Angst J, Grobler C. Unipolar mania: a necessary diagnostic concept. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;265:273–80.
43. Perris C. A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 1966;42:194.
44. This Week's Citation Classic Winokur G, Clayton P J & Reich T.
45. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. Vol. 68, *Arch Gen Psychiatry*. 2011.
46. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Robert M, Hirschfeld MA, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Vol. 64, *WWW.ARCHGENPSYCHIATRY.COM*. 2007.

47. Organization WH. The global burden of disease: 2004 update. World Health Organization; 2008.
48. Kupka RW, Altshuler LL, Nolen WA, Suppes T, Luckenbaugh DA, Leverich GS, et al. Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder 1. *Bipolar Disord*. 2007;9(5):531–5.
49. Bryant-Comstock L, Stender M, Devercelli G. Health care utilization and costs among privately insured patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disord*. 2002;4(6):398–405.
50. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Ma R, Jin MA, Merikangas KR, et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.
51. tükenmişlik ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [cited 2023 Jun 19]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>
52. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [Internet]. 1974 [cited 2023 Jun 19];30(1):159–65. Available from: https://www.researchgate.net/publication/227583152_Staff_Burn-Out
53. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397–422.
54. Freudenberger HJ. The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs*. 1986;18(3):247–51.
55. (PDF) Treatment strategies for different types of teacher burnout [Internet]. [cited 2023 Jun 19]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/319317345_Treatment_strategies_for_different_types_of_teacher_burnout
56. Özgüven HD HS. Tükenme. *Kriz ve Krize Müdahale* (Ed. Sayıl I). Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. 2000;199–214.
57. Maslach C. The measurement of experienced burnout/C. Maslach, SE Jackson, J. *Occup. Beh*; 1981.
58. Fong CM. A longitudinal study of the relationships between overload, social support, and burnout among nursing educators. *J Nurs Educ* [Internet]. 1993 Jan [cited 2023 Jun 20];32(1):24–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8380202/>

59. Tran TTT, Watanabe K, Imamura K, Nguyen HT, Sasaki N, Kuribayashi K, et al. Reliability and validity of the Vietnamese version of the 9-item Utrecht Work Engagement Scale. *J Occup Health*. 2020 Jan 1;62(1).
60. Kulikowski K. Do we all agree on how to measure work engagement? Factorial validity of Utrecht Work Engagement Scale as a standard measurement tool - A literature review. Vol. 30, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. Walter de Gruyter GmbH; 2017. p. 161–75.
61. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*. 1993;44(1):1–22.
62. James AEC, Wright PL. Occupational stress in the ambulance service. *Journal of Managerial Psychology*. 1991;6(3):13–22.
63. Oban G, Küçük L. Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(2):35–41.
64. Taşkin EO. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2004;
65. Karagöl A, Çalışkan D, Beyazyüz M. Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *Merhaba*. 2013;22(3):96–101.
66. Yavuz KF, Nalbant A, Ulusoy S, Esen B, Burhan HS, Kara T. Burned out and Avoided: Stigmatizing Processes among Psychiatrists. *Psichiatri Danub* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2023 Mar 17];32(Suppl 4):463–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33212450/>
67. (PDF) Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık [Internet]. [cited 2023 May 7]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/285022870_Damgalama_ayrimcilik_ve_ruhsal_hastalik
68. Oban G, Küçük L. Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(2):35–41.
69. (PDF) Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalamayı etkileyen etmenler [Internet]. [cited 2023 Jun 15]. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/292987645_Ruhsal_hastalıklara_yonelik_tutumlar_ve_damgalamayi_etkileyen_etmenler

70. Karagöl A, Çalışkan D, Beyazyüz M. Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *Merhaba*. 2013;22(3):96–101.
71. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(1).
72. Moran M. Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Lisans Tezi*, Mersin. 2008;
73. Tümer A, KIRAĞ N, Coşkun S. Beliefs of Primary Health Service Professionals Towards Mental Disorders. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019;13(3):241–7.
74. Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):214–31.
75. PSİKOTİK BOZUKLUK GÖRÜLEN HASTALARDA HASTA OLMAK - Dergiler [Internet]. [cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://doczz.biz.tr/doc/275444/psi%CC%87koti%CC%87k-bozukluk-g%C3%B6r%C3%BClen-hastalarda-hasta-olmak>
76. Bostancı N. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar.
77. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 1992 [cited 2023 Mar 21];11(3):186–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1398442/>
78. Üniversitesi D, Bilimleri S, Dergisi E, Dü / , Bil S, Derg E, et al. DERLEME / REVIEW. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler. Vol. 8, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018.
79. T. C. FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI YÜKSEK LİSANS TEZİ.

80. Vistorte AOR, Ribeiro WS, Jaen D, Jorge MR, Evans-Lacko S, Mari J de J. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. Vol. 53, *International Journal of Psychiatry in Medicine*. SAGE Publications Inc.; 2018. p. 317–38.
81. Rojas Vistorte AO, Ribeiro W, Ziebold C, Asevedo E, Evans-Lacko S, Keeley JW, et al. Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries. *PLoS One*. 2018 Nov 1;13(11).
82. Brahmi L, Amamou B, Ben Haouala A, Mhalla A, Gaha L. Attitudes toward mental illness among medical students and impact of temperament. <https://doi.org/10.1177/00207640221077551> [Internet]. 2022 Feb 11 [cited 2023 Oct 5];68(6):1192–202. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00207640221077551>
83. Sandhu HS, Arora A, Brasch J, Streiner DL. Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2019 Mar 1;64(3):209–17.
84. Ouazzani Housni Touhami Y, Tabril T, Benhammou I, Benhaddouch Y, Baqadir C, Essounni M, et al. Stigmatizing attitudes and social perception towards mental illness among Moroccan medical students. *Encephale*. 2023 Jun 1;49(3):275–83.
85. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Ortega-Moreno M, Navarro-Abal Y. Relationship Between Work Engagement, Psychosocial Risks, and Mental Health Among Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study. *Front Public Health*. 2021 Jan 26;8.
86. Wilczyński KM, Swamad MA, Subotic V, Wizner D, Mazgaj E, Wajda W. FACTORS INFLUENCING THE LEVELS OF WORK ENGAGEMENT IN PHYSICIANS FROM POLAND, SERBIA AND BULGARIA. Vol. 27, *Psychiatria Danubina*. 2015.
87. Alkorashy H, Alanazi M. Personal and Job-Related Factors Influencing the Work Engagement of Hospital Nurses: A Cross-Sectional Study from Saudi Arabia. *Healthcare (Switzerland)*. 2023 Feb 1;11(4).
88. Picco L, Chang S, Abdin E, Chua BY, Yuan Q, Vaingankar JA, et al. Associative stigma among mental health professionals in Singapore: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019 Jul 1;9(7).
89. Verhaeghe M, Bracke P. Associative Stigma among Mental Health Professionals: Implications for Professional and Service User Well-Being. *J Health Soc Behav*

[Internet]. 2012;53(1):17–32. Available from:
<https://doi.org/10.1177/0022146512439453>

90. Lam LT, Lam MK, Reddy P, Wong P. Efficacy of a Workplace Intervention Program With Web-Based Online and Offline Modalities for Improving Workers' Mental Health. *Front Psychiatry*. 2022 May 31;13.
91. Wood BM, Psychol M, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. PAIN & AGING SECTION [Internet]. Available from:
<https://academic.oup.com/painmedicine/article/11/12/1780/1943157>
92. Vlah Tomičević S, Lang VB. Psychological outcomes amongst family medicine healthcare professionals during COVID-19 outbreak: A cross-sectional study in Croatia. *European Journal of General Practice*. 2021;27(1):184–90.
93. Akova İ, Hasdemir Ö, Kiliç E. Evaluation of the relationship between burnout, depression, anxiety, and stress levels of primary health-care workers (Center Anatolia). *Alexandria Journal of Medicine*. 2021 Jan 1;57(1):52–60.