T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANE ÖRNEĞİNDE HEKİMLERİN MESLEKİ VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Şuayb Erkan TERCAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANE ÖRNEĞİNDE HEKİMLERİN MESLEKİ VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Şuayb Erkan TERCAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tecrübesi, bilgisi ve desteğiyle bana yol gösteren, yoğun programına rağmen gösterdiği sabır ve anlayışla her zaman yanımda olan, insani değerlerin önemini öğreten, tez sürecinde ve çalışma hayatında beni motive eden pek kıymetli hocam tez danışmanım Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimimiz boyunca bilgi ve tecrübeleriyle her zaman yanımızda olan, hekimlik adına ufkumuzu genişleten, yardımlarını bizden esirgemeyen klinik eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Cenk AYPAK'a,

Hayatımda desteğini her zaman yanımda hissettiğim, beni sevgiyle yetiştiren ve bugünlere gelmemi sağlayan, evlatları olmaktan gurur duyduğum anneme, babama ve çok sevdiğim kardeşlerime,

Asistanlık süreci boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen başta Dr. Derya Ayşegül TOPRAKCI'ya olmak üzere, Dr. Aydın YALÇIN'a, Dr. Cem YEŞİLOĞLU'na, Dr. Ayşe Emekli'ye, Dr. Furkan KORKMAZ'a, Dr. Selin SÜRÜCÜ'ye ve asistan arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Şuayb Erkan TERCAN

Ankara, 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
KISALTMALAR iv
TABLO LİSTESİ v
ÖZET vi
ABSTRACT viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI 3
2.1.1. Sosyal Fobi (Toplumsal Anksiyete Bozukluğu) 6
2.1.2. Özgül Fobi 8
2.1.3. Agorafobi 9
2.1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu 9
2.1.5. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu 12
2.1.6. Panik Bozukluk 12
2.1.7. Selektif Mutizm (Seçici Konuşmazlık) 13
2.1.8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu 14
2.1.9. Maddenin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu 14
2.2. HEKİMLİK VE MESLEKİ KAYGI 14
3. GEREÇ VE YÖNTEM 17
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ 17
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ 17
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 17
3.4. ARAŞTIRMA POPÜLASYONU 17
3.5. ETİK KURUL ONAYI 17
3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ 18
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 19
4.BULGULAR 20

4.1. HEKİMLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER 20
4.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE YÖNELİK TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER 20
4.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE YÖNELİK GÜVENİRLİLİK ANALİZİ 22
4.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRMASI 23
4.4.1. Sürekli Kaygı ile Demografik Veriler Karşılaştırması 23
4.4.2. Mesleki Kaygı ile Demografik Veriler Karşılaştırması 24
4.5. SÜREKLİ KAYGI İLE MESLEKİ KAYGI ARASINDAKİ İLİŞKİ 24
4.6. MESLEKİ KAYGI ANKETİ SORULARI İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRMASI 25
4.6.1. Mesleki Kaygı Anketi Soruları ile Cinsiyet Karşılaştırması 25
4.6.2. Mesleki Kaygı Anketi Soruları ile Uzmanlık Alanı Karşılaştırması 27
4.6.3. Mesleki Kaygı Anketi Soruları ile Yaş ve Hekimlik Süresi İlişkisi 29
4.7. MESLEKİ KAYGI ANKETİ SORULARI İLE SÜREKLİ KAYGI İLİŞKİSİ 31
5. TARTIŞMA 33
5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI 41
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 43
7. KAYNAKLAR 45
8. ÖZGEÇMİŞ 52
9. EKLER 53
EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 53
EK-2: MESLEKİ KAYGI ANKETİ 54
EK-3: SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ 57
EK-4: TEZ KONUSU ONAY FORMU 59
EK-5: ETİK KURUL ONAY FORMU 61

KISALTMALAR

ABD **:** Amerika Birleşik Devletleri

DHY **:** Devlet Hizmet Yükümlülüğü

DSM **:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SBÜ **:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SPSS **:** Statistical Package for the Social Sciences

STAI **:** State-Trait Anxiety Inventory

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Tanımlayıcı Bilgiler 20
Tablo 2: Ölçeklere Yönelik Tanımlayıcı Bilgiler 20
Tablo 3: Hekimlerin Mesleki Kaygı Anketi Cevap Yüzdeleri 21
Tablo 4: Ölçeklere Yönelik Güvenirlilik Analizi 22
Tablo 5: Sürekli Kaygı Ölçeği ile Demografik Bilgiler Karşılaştırması 23
Tablo 6: Mesleki Kaygı Anketi ile Demografik Bilgiler Karşılaştırması 24
Tablo 7: Sürekli Kaygı ile Mesleki Kaygı İlişkisi 25
Tablo 8: Mesleki Kaygı Anketi ile Cinsiyet Karşılaştırması 26
Tablo 9: Mesleki Kaygı Anketi ile Cinsiyet Karşılaştırması 28
Tablo 10: Mesleki Kaygı Anketi ile Yaş ve Hekimlik Süresi Karşılaştırması 30
Tablo 11: Mesleki Kaygı Anketi ile Sürekli Kaygı Karşılaştırması 31

ÖZET

Amaç: Hekimlik, çalışma hayatında birçok stres ve kaygı etkenine maruz kalınan bir meslektir. Bu nedenle hekimlerde anksiyete, depresyon, tükenmişlik sendromu gibi ruhsal bozukluklar sık görülmektedir. Bu ruhsal bozukluklar hekimlerin kendi sağlığını etkilediği gibi toplum sağlığını da yakından ilgilendirmektedir. Bu çalışmanın amacı da hekimlerde sürekli kaygı düzeylerini ve mesleki kaygıya sebep olabilecek durumları belirlemek ve bunlar arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız prospektif, tanımlayıcı tipte olup araştırma evrenini SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniklerinde 01 Eylül 2022-30 Kasım 2022 tarihleri arasında çalışan hekimler oluşturmaktaydı. Katılımcılara tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu ve Mesleki Kaygı Anketi ile Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği 2 (State-Trait Anxiety Inventory – STAI TX-2) uygulandı. Verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS 26.0 paket programı kullanıldı ve tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Araştırmamız 179'u (%59,66) kadın, 121'i (%40,33) erkek olan 300 hekim ile gerçekleştirildi. Yaş ortalaması 29,87±4,66 olan katılımcıların 23'ü (%7,66) temel bilimlerde, 79'u (%26,33) cerrahi bilimlerde, 198'i (%66,00) dahili bilimlerde çalışmaktaydı. Çalışmamızda hekimlerde orta düzeyde mesleki kaygı ile orta düzeyde sürekli kaygı belirlendi. Katılımcıların Mesleki Kaygı Anketi'nden aldıkları ortalama puan 51,30 ± 9,36 iken Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan ise 46,44 ± 6,41 olarak saptandı. Hekimlerin sürekli kaygı düzeyleri ile mesleki kaygı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki izlendi ($r=0,201$, $p=0,001$).

Sonuç: Hekimlerin orta düzeyde sürekli kaygı ve mesleki kaygıya sahip oldukları tespit edildi. Mevcut çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve kaygıya neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması hekimlerin hem ruhsal ve hem de fiziksel sağlığını korumada önemli bir yere sahiptir. Hekim sağlığının korunması ise verilen

sağlık hizmetinin kalitesindeki artışla beraber toplum sağlığını da olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Mesleki kaygı, Sürekli kaygı

ABSTRACT

Objective: Medicine is a profession that is exposed to many stress and anxiety factors in working life. For this reason, mental disorders such as anxiety, depression, and burnout syndrome are common in physicians. These mental disorders are closely related to public health as well as affecting physicians' own health. The aim of this study is to determine the levels of trait anxiety and situations that may cause occupational anxiety in physicians and to investigate the relationship between them.

Materials and Methods: Our study is prospective, descriptive type and the research population consists of physicians working in SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Clinics between 01 September 2022-30 November 2022. The Sociodemographic Data Form and the Occupational Anxiety Questionnaire and the State-Trait Anxiety Inventory 2 (STAI TX-2) prepared by us were administered to the participants. IBM SPSS 26.0 package program was used for the statistical analysis of the data, and the statistical significance level was taken as $p<0,05$ in all tests.

Results: The research was carried out with 300 physicians, of whom 179 (59,7%) were female and 121 (40,3%) were male. Twenty-three (7,66%) of the participants with a mean age of 29,87±4,66 were working in basic sciences, 79 (26,33%) were working in surgical sciences, and 198 (66,00%) were working in internal sciences. In our study, moderate occupational anxiety and moderate trait anxiety were determined in physicians. While the mean score of the participants from the Occupational Anxiety Questionnaire was 51,30 ± 9,36, the average score they got from the Trait Anxiety Inventory was 46,44 ± 6,41. A positive and statistically significant relationship was observed between physicians' trait anxiety levels and occupational anxiety levels ($r=0,201$, $p=0,001$).

Conclusion: It was determined that physicians had moderate trait anxiety and professional anxiety. Improving the current working conditions and eliminating the factors that cause anxiety to have an important place in protecting both the mental and physical health of physicians. It is thought that the protection of physician health

will positively affect public health together with the increase in the quality of the health service provided.

Keywords: Physician, Occupational anxiety, Trait anxiety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kaygı (anksiyete); korku, gerginlik, huzursuzluk, sıkıntı hali olarak tanımlanan patolojik bir durumdur. Kişinin kendisi tarafından tanınmayan ve dış faktörlerden kaynaklanan tehditlere karşı oluşan duygudurum olarak ifade edilir. Çarpıntı, ağız kuruluğu, soluk almada güçlük, hızlı soluk alıp verme, boğulma hissi, kalp hızında artma, titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtiler eşlik edebilir. Bunun yanı sıra korku, heyecan, kötü bir şey olacakmış hissi, odaklanma güçlüğü gibi psikolojik belirtiler de mevcuttur (1). Kaygı; düşünmede, algılamada ve öğrenme yetilerinde bozukluk yapabilen bir durumdur. Kişilerde dikkat eksikliği, öğrendiğini anımsayamama ve olaylar arasında bağlantı kuramama gibi bilişsel bozuklukların oluşmasına sebebiyet verebilir (2).

Kaygı, durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayrılmaktadır. Durumluk kaygı; tehlikeli, istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında meydana çıkan kaygı çeşididir. Sürekli kaygı ise nesnel bir neden olmaksızın da var olan ve orantısız bir biçimde görülebilen uzun süreli ve şiddetli kaygıdır (3).

Hekimlik hem bedensel hem de zihinsel açıdan son derece yorucu ve yıpratıcı bir meslektir. Uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma, uyku sorunları, yüksek iletişim becerisi isteyen mesleki koşullar, hasta sağlığıyla uğraşın yanında mevcut sağlık politikalarına uyum gösterme mecburiyeti ve sürekli artan sağlık hizmeti taleplerine yetişme çabası bu durumun temelini oluşturur (4,5). Yapılan çalışmalara bakıldığında hekimlerle ilgili bu sorunların yalnızca belirli bir coğrafya ile sınırlı kalmadığı, evrensel boyutta bir problem teşkil ettiği görülmektedir (6,7).

İnsan sağlığı ile doğrudan ilişkili olduğu göz önüne alındığında gerek sorumluluk duygusu gerekse yoğun iş yükü hekimlerde ciddi kaygı durumuna sebep olabilmektedir. Yoğun stres altında çalışan hekimlerin, mesleklerini icra ederken hatalı uygulamalar yapmaya daha açık olabilecekleri ve bu durumun da hastaya verilen hizmetin kalitesinde düşüşlere meydan verebileceği düşünülmektedir (8). Aynı zamanda hekimlerdeki ruh sağlığı sorunları hastalarla olan ilişkilerini, mesleki performanslarını ve mesleki tatminlerini etkilemektedir (9).

Mesleki koşullardaki bozukluklar ve sağlık politikalarında var olan olumsuz durumlar hekimlerin psikolojisini etkileyerek kaygı, depresyon veya tükenmişliğe sebep olmaktadır (10). Türkiye'de aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada asistanların %16,2'sinde durumluk kaygı, %45'inde ise sürekli kaygı düzeyi normalin üstünde tespit edilmiştir (11). Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin %79,3'ünde yüksek kaygı düzeyi saptanmıştır (12). Yine tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin gelecek meslek yaşamlarıyla ilgili kaygıları ile sürekli kaygıları karşılaştırılmış; öğrencilerin %70'inde orta düzeyde kaygı saptanmış olup sürekli kaygılarıyla mesleki kaygıları arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (13).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 senesinde dünya nüfusunun %3,6'sında anksiyete bozukluğu tespit edildiğini bildirmiştir (14). Caplan'ın çalışmasına göre ise hekimlerde anksiyete oranı %29 saptamıştır (15). Hekimlerde anksiyetenin toplumun ortalamasına oranla çok daha yüksek görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (15,16). Hekimlerde görülen yüksek kaygı durumuna sebep olabilecek birçok faktör olsa da çoğunlukla mesleki kaygıların buna zemin hazırladığı düşünülmektedir. Bu çalışmada da hekimlerde kaygıya sebep olabilecek mesleki faktörler ile hekimlerin sürekli kaygılarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete; nedeni belirsiz korku, kaygı, kötü bir şey yaşanacakmış hissi ile birlikte olan bunaltı hissi olarak tanımlanır. Kişinin kendi yaşamını tehdit eden bir duruma karşı verdiği duygusal reaksiyondur. Kalp çarpıntısı, soluk alma ve vermede güçlük, ağızda kuruma, titreme gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra dikkat eksikliği, korku, heyecan, odaklanamama gibi psikolojik belirtiler de görülebilir.

Freud, dış dünyadan kaynaklanan potansiyel tehdit olarak algılanan durumlara karşı gösterilen emosyonel reaksiyonlara nesnel kaygı adını vermiştir ve nesnel kaygı ile korku kavramını bağdaştırmıştır. Cattel ve Scheier ise 1958 yılında nesnel kaygıyı durumluk kaygı, nevrotik kaygıyı ise sürekli kaygı olarak adlandırmışlardır (17). Korku durumuna sebep olan faktörlere maruziyetin artması, bireyin çocukluk çağından beri sahip olduğu korkular, nevrotik kaygı tepkisinin artmasına sebep olabilir. Korku ile kaygı arasındaki farklar şu şekilde sıralanabilir (18);

1. Korkuda tehlike faktörü nesnel iken kaygıda gizli ve subjektiftir.
2. Dış dünyadan kaynaklanan tehlikelere karşı duyulan korku tehlike ile orantılıdır, kaygı ise tehlikeden orantısız şekilde yaşanır.
3. Korku sürekli değildir, tehlike oluşturacak durum sona erdiğinde korku da biter. Kaygı ise süreklidir, iç dünyada hissedilen tehlikeler ve buna bağlı gelişen tepkiler de devamlılık gösterir.
4. Korkunun sebebi bireyin hayatında o anda mevcut olan tehlikelerdir. Kaygı ise kişinin geçmiş yaşamındaki deneyimlerden köken alır.
5. Korku durumunun oluşmasına sebep olan etkenlere karşı verilen tepki, diğer kişilerce anlaşılabilir ve normal olarak değerlendirilir. Kaygı durumunda verilen tepkiler ise diğer kişilerce anlaşılmaz ve mantık dışı olarak görülür.
6. Korkuya karşı kişi kendini savunma amacıyla kasti olarak tedbir alır, kaygı durumunda ise bilinçdışı savunma refleksleri gösterir.
7. Korku ve kaygı neticesinde meydana gelen fiziksel semptomlar aynıdır.

Freud, bastırılmış cinsel stresin ve bunun nötrlenememesinin sürekli kaygı oluşumuna sebep olduğunu savunmuştur. Cinsel istek sonucu ortaya çıkan güdülerin tehlikeli kabul edildiğini, toplum tarafından kabul görmediğini ve bu sebeple baskılandığını, biriken ve boşaltılamayan enerjinin kendiliğinden kaygıya evrildiğini ifade etmiştir (19).

Otto Rank bireyin hayata geldiği andan itibaren kaygıyı tecrübe etmeye başladığını söylemiştir. Bu durumu şöyle açıklamıştır; kişi annesinin karnında dış dünyanın tehlikelerinden uzak, rahat bir ortamdayken doğumla birlikte tamamen farklı bir ortamda gözlerini açar. Hayatta kalabilmek için çaba gerektiren bu yeni ortamda rahatını bozabilecek pek çok faktör mevcuttur. Bebek fiziksel olarak bu faktörlerle başa çıkabilme konusunda yetersizdir ve dışa bağımlılık duyar. Beslenmenin geciktirilmesi veya yetersizliği, bakımın yeterince yapılmaması gibi durumlar bebekte stres ve acı oluşturur. Bu stres durumuna bebek tüm vücuduyla reaksiyon verir. Bireyin gösterdiği bu tepkiler ise birincil anksiyetenin varlığına işarettir (20).

Spielberger 1972 senesinde kaygıyı; hoş olmayan, kişide gerginliğe sebep olan, gelecek ile ilgili endişe duyma durumu şeklinde tanımlamıştır (3). Spielberger'e göre kaygı durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayrılır. Durumluk kaygı; kişinin karşılaştığı olayları tehdit edici olarak algılaması sonucu meydana gelen, diğer kişiler tarafından da anlaşılabilen çoğunlukla geçerli nedenlere bağlı olarak gelişen kaygı türüdür (21). Durumluk kaygı ancak tehdit olarak algılanan durumlarla yüz yüze kalındığında ortaya çıkar. Bu faktörler kaybolduğunda kaygı sona erer. Sürekli kaygı ise bir durumdan bağımsız olarak devamlılık gösteren kaygı çeşididir. Kişinin yaşam tarzına, karakterine, yaşadığı olayları yorumlama biçimine göre şiddeti değişiklik gösterebilir. Durumluk kaygısının aksine sürekli kaygı nedenleri diğer kişilerce mantıklı olarak değerlendirilmeyebilir. Sürekli kaygı sahibi kişiler yaşantılarında stres faktörü olarak değerlendirdikleri durumlara karşı daha duyarlıdırlar. Bu durum, kişilerin sürekli kaygıya olan yatkınlıklarını arttırmasının yanı sıra durumluk kaygısını da diğerlerine oranla daha fazla ve şiddetli yaşamalarına sebep olur (21). Öner ve Le compte durumluk ve sürekli kaygı halinin birbirine benzer ve farklı yönlerini fizik bilimden bir örnek ile anlatmışlardır: Durumluk kaygı tıpkı kinetik enerji gibi belirli anlarda meydana gelen durumlara karşı gösterilen

tepkidir. Potansiyel enerjiye benzeyen sürekli kaygı ise belirli bir tepki gösterme eğilimidir (21).

Kaygının temeli çocukluk çağında oluşur ve kişinin diğer insanlarla ilişkilerinde bozukluklar meydana getirir. Küçük yaşlarda maruz kalınan küçümseyici ve alaycı davranışlar, sık sık reddedilme, orantısız cezalandırılma, altını pisletme ve cinsellik içeren oyunların fazla tepkiyle karşılanması, anne-baba arasındaki anlaşmazlıklar ve bunun çocuğa yansıtılması, cesaretlendirme yapılmaması gibi bir takım faktörler kaygı oluşmasında rol oynayabilir (18).

Horney'in düşüncesine göre sıradan bir insan ciddi problemler karşısında dirayetli durabilirken kaygı sahibi kişiler bu gibi durumlarda çaresiz kaldıklarını hissedebilirler. Çaresiz hissetme durumu özellikle güçlü olmaya, egemenliğe önem veren kişilerde daha belirgin olarak görülebilmektedir. Verdikleri tepkilerde meydana gelen küçük değişiklikler bile bu kişiler için korkak ve yetersiz oldukları anlamına gelebilir. Ayrıca anksiyete mantık çerçeveleri dışında gelişen bir durumdur ve toplumlarca bu mantıksız tepkiler kabul görmeyerek aşağılanabilir. Neticede kişiler korkuları ve savunma mekanizmaları sonucunda gösterdikleri davranışların esiri haline gelirler (22). Horney sürekli kaygı gelişim mekanizmasında düşmanca duygular ve bu duygular ışığında gelişen davranışların önemli bir yeri olduğunu ifade etmektedir. Bu tarz duygularını bastırarak yok sayan bireylerin, olumsuz bir durumla karşı karşıya kaldıklarında mücadele etmek yerine rahatsızlık veren durumu görmezden gelme eğiliminde oldukları ve bu durumun kişilerde savunmasızlık duygusunu arttırdığı ifade edilmiştir. Öte yandan isteklerini sürekli olarak bastıran kişiler bir süre sonra tepkilerini kontrol altına almakta zorluk yaşayacak ve bu kontrolü sağlamak için harcanan enerji ile meydana getirdiği stres kişilerde kaygıya yol açacaktır (18). Kaygı yaşayan insanlar devamlı olarak davranışlarını incelerler ve kendi içlerinde çatışmalar yaşarlar. Bu süreklilik arz eden durumlar onların ruhsal olarak yorulmasına, çeşitli uyku problemleri yaşamalarına neden olabilmektedir. Zihinleri sürekli meşgul olduğu için odaklanmakta ve dikkatlerini herhangi bir olaya vermekte zorlanırlar. Bu durum ise yapabileceklerinin en iyisini ortaya koymalarına engel teşkil eder, başarısızlıklara neden olabilir. Endişeli kişiler, birilerini kırmak ve bir başkası tarafından kırılmak konusunda oldukça hassas olduklarından kurdukları

ilişkilerde derinlik oluşturamazlar. Benzerlik gösteren iki durum arasında karar vermekte zorlanarak huzursuzluk hissederler (18).

Anksiyete hem yetişkinlerde hem de çocuk ve adölesan hasta grubunda en fazla rastlanılan ruhsal bozukluklardan biridir (23,24). Yurtdışında yapılan bir çalışmada yaşam boyu görülme sıklığı %13,60 - %28,80 olarak bildirilmiş olup bir senelik prevalansı ise %6,4 olarak saptanmıştır (25). Ülkemizde ise anksiyetenin bir senelik prevalansı %6,7'dir (26). Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla izlenmektedir (27). Hekimlerde ise anksiyete sıklığı toplum ortalamasının üzerindedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hekimlerde görülen anksiyete sıklığı %19 olarak bildirilmiştir (16).

DSM-V'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması şu şekildedir (28);

- Sosyal fobi (Toplumsal anksiyete bozukluğu)
- Özgül fobi
- Agorafobi
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
- Panik bozukluk
- Selektif mutizm (Seçici konuşmazlık)
- Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu
- Maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu
- Tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu

2.1.1. Sosyal Fobi (Toplumsal Anksiyete Bozukluğu)

Sosyal fobi kişinin, başkaları tarafından değerlendirilebileceği bazı sosyal durumlarda (toplantıda sunum yapma, karşılıklı konuşma, yeni insanlarla tanışma vb.) reddedilme, negatif değerlendirilme, utanma, küçük düşme gibi durumlardan korkması ve kaygı duyması olarak tanımlanabilir. Daha çok geç çocukluk ve adölesan döneminde ortaya çıkar (29). Sosyal fobinin hayat boyu yaygınlığı %0,4 ile %13,7 arasında iken bir senelik prevalansı ise %1,3 ile %7,9 arasında değişmektedir (30). Sosyal fobi; mesleki performansta düşüş, okul başarısında azalma, yeni

insanlarla tanışmakta ve arkadaşlık kurmakta zorlanma, yalnızlık, depresyon gibi durumlara sebebiyet vermesi bakımından önemli bir psikiyatrik rahatsızlıktır (31).

Kognitif modele göre sosyal fobinin özelliklerini barındıran kişilerin kendi tutumları ve başka bireylerin bu tutumları değerlendirme şekilleriyle alakalı gerçeği yansıtmayan bir takım inanç ve düşünceleri mevcuttur. Bu durum sosyal açıdan negatif değerlendirilmeyle alakalı kendiliğinden gelişen bir algı oluşturarak kişide kaygı ve sosyal performansta bozukluk meydana getirir. Bozulan sosyal performans fobiyi arttırır, fobi ise daha şiddetli performans bozukluğuna sebebiyet vererek kişiyi kısır bir döngünün içine sürükler. Bu durumu besleyen bir diğer neden, sosyal fobi sahibi bireylerin negatif değerlendirileceği hakkındaki inanışlarının sağlamasını yapmak amacıyla dikkatini kasıtlı olarak olumsuz durumlara vermeleridir (32). Sosyal fobi sahibi bireyler diğer bireylere göre negatif durumların yaşanma ihtimalini daha yüksek görürler ve kendisi için olumlu nitelendirilebilecek durumları ise küçümseme eğilimi gösterirler (33).

Sosyal fobik kişilerde sık rastlanılan ve işlevsiz varsayımlar olarak nitelendirilen 5 durum şu şekilde açıklanmıştır (34);

1. Sosyal ortamlarda kişinin utanmasına sebebiyet verecek bir durum ya da davranış meydana gelecek (terleme, aşırı heyecan, kekeleme, dil sürçmesi vb).
2. Bu durum ya da davranış ortamda bulunan diğer kişilerin dikkatini çekecek.
3. Kişi, utanmasına sebebiyet verecek bu durum ya da davranış neticesinde ortamdaki diğer kişilerce negatif değerlendirmeye maruz kalacak.
4. Bu negatif değerlendirme yalnızca meydana gelen olumsuz davranış ya da durumla sınırlı kalmadan kişinin karakterine addedilerek kişi o ortamda reddedilen ya da istenmeyen birey haline gelecek.
5. Kişinin karakterine karşı yapılan bu tarz negatif değerlendirme kişiyi kıymetsiz kılacaktır.

Tedavide farmakolojik ajanlarla birlikte psikoterapiden faydalanılır. Kombine tedavinin, her iki tedavi yönteminin tek başına uygulanmasına kıyasla daha etkili olduğu görülmüştür (35). Bilişsel davranışçı tedavi modelinde öncelikli

seçenek alıştırma tedavisidir. Primer düşünce kişinin kaygı durumunu sıfırlamak değil bu kaygıyla başa çıkabilir hale getirecek becerilere sahip olmasını sağlamaktır. Kaçınma davranışının sona erdirilmesini amaçlayan bu tedavi yönteminde kişinin negatif düşünceleri ortaya konur ve kaygı oluşturan sebeplerin üzerine gidilmesi sağlanır (34).

2.1.2. Özgül Fobi

Özgül bir nesne ya da duruma yönelik olarak belirgin bir korku ya da kaygının devamlı ve inatçı bir şekilde hissedilmesi özgül fobi olarak adlandırılır. Kan, enjeksiyon, yükseklik, hayvanlar en çok özgül fobiye neden olan faktörlerdendir. Kişi korkularının fazla ve mantık dışı olduğunun farkındadır ancak fobi kaynağından etkin bir biçimde kaçar ya da yoğun bir korku ve kaygıyla bu duruma katlanır. Prevalansı kadınlarda %14 ile %16 iken erkeklerde %5 ile %7 arasındadır. Özgül fobi de sosyal fobi gibi genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde oluşmaya başlar (35).

Özgül fobinin 5 alt grubu tanımlanmıştır;

a) Durumsal tip: Özgül fobinin bu alt tipinde uçak, tren gibi araçlarda bulunuyor olma, asansöre binme, kapalı alanda bulunma durumu korkuya sebep olmaktadır.

b) Doğal çevre tipi: Yükseklik, şimşek çakması, kötü hava koşulları gibi doğal çevreyle alakalı olaylar korkuyu başlatmaktadır.

c) Kan-enjeksiyon-yaralanma tipi: Özgül fobilerin daha çok genetik özellik taşıyan alt grubudur. Korkuya kan görmek, enjeksiyon yaptırmak, açık yara görmek ve yaralanmak gibi olaylar sebebiyet verir.

d) Hayvan tipi: Özgül fobinin en yaygın karşılaşılan alt tipidir. Sıklıkla korkulan hayvanlar ise kedi, köpek, yılan, kuş ve örümcektir. Hayvan fobisi olan bazı kişiler, fobilerinin o hayvanla yaşadıkları kötü bir deneyimden sonra ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Bazı hastalarda ise herhangi bir sebep bulunamaz. Fobisi olan hasta kendisine rahat bir günlük yaşam sağlamak için bir kaçınma hareketi geliştirmiştir. Korku duyduğu hayvanla ilgili bilgilendirici televizyon yayınlarını izlemekten kendini

alıkoyar. Bazı durumlarda hayvanın fotoğrafından ya da ona benzeyen şekillerinden bile korkabilir.

e) Diğer tip: Nefes kesilmesine ya da mide bulantısına sebep olan olaylardan, gürültüden ve bazı kostümlerden korku duyulan özgül fobi alt tipidir.

Tedavide fobiyi tetikleyen uyaranlarla alakalı yanlış algının düzeltilmesi, uyarana karşı geliştirilen kaçınma davranışı yerine uyaranla sık sık karşı karşıya kalma deneyimi yaşayarak bu etkene karşı duyarsızlaşmanın sağlanması birincil önceliktir. Ancak uyarana maruziyet durumunda kişide panik atak gelişiyorsa tedaviye medikal ajanlar eklenebilir (35).

2.1.3. Agorafobi

Agorafobi genellikle panik bozuklukla birlikte görülen bir rahatsızlık olmasına karşın DSM-5'te ayrı bir psikiyatrik patoloji olarak değerlendirilmiştir. Özellikle kişinin yardım almaktan uzak kalacağını düşündüğü yerlerde ve toplumsal durumlarda ortaya çıkar. Otobüs, tren gibi toplu taşıma araçlarını kullanmak, evinin dışına çıkmak, kapalı ortamlarda bulunmak gibi durumlara karşı korku ve kaygı duymak şeklinde tanımlanabilir. Panik benzeri belirtilerle kendini gösterir (28). Yaşam boyu yaygınlığı %6,7'dir (36). Panik bozukluk tanısı almış kişilerin 3/4'ünde agorafobinin de bulunduğu tespit edilmiştir. Agorafobi hastalarının 2/3'ünde ise başlangıçta panik atak şikâyeti bulunamamıştır (37).

2.1.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Kişinin günlük yaşantısında çeşitli olaylar ve durumlar hakkında kontrol edemediği, aşırı kaygıyla seyreden kronik psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Kaygı durumu en az 6 ay boyunca devam eder ve yorgunluk, odaklanamama, dikkat eksikliği, uyku bozukluğu, gerginlik, huzursuzluk gibi semptomlara sebep olarak; kişinin günlük, sosyal ve mesleki yaşantısında ciddi bozulmalara yol açar (38). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında depresyonla birlikte en sık rastlanılan kaygı bozukluklarından biridir (39). 12 aylık görülme sıklığı toplumda %3 ile %8 arasındadır ve kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (40). Diğer anksiyete bozukluklarına adölesanlarda ve genç erişkinlerde daha sık rastlanırken yaygın anksiyete bozukluğu daha çok orta yetişkinlik dönemi ve sonrasındaki dönemlerde görülür (41).

Yaygın anksiyete bozukluğuna sahip bireyler yakın çevresinde olup bitenleri kendisi için tehlike faktörü olarak idrak eder. Bu tehdit edici durumlarla başa çıkabilme konusunda kendini yetersiz görür ve bu konuda yardım alabileceği muhtemel durumları görmezden gelir. Kişi tehlikeli olarak nitelendirdiği duruma veya ortama ayak uydurabilmek ve en az zararı görmek adına birtakım bilişsel, duygusal ve davranışsal farklılıklar meydana getirir. Savaş ya da kaç durumu, merkezi sinir sistemi uyarılması, uyanıklık durumunda artış, tetikte olma, uğraşılan mevcut işe dikkat verilememesi ve işin sürdürülememesi, muhtemel tehdit kaynakları açısından etrafın incelenmesi bu farklılıklara örnektir. Böylelikle anksiyete bireyin dikkatini tehlike faktörüne odaklamasına sebep olur. Birey tehdit edici uyaranları takip ederken tehdit ihtiva etmeyen durumları yok sayar. Bu durum kişinin iradesi haricinde otomatik olarak meydana gelir. Aynı zamanda bu süreç kişide fizyolojik olarak birtakım değişikliklere sebep olur. Bu değişiklikler kognitif anlamda yeni bir tehdit durumu olarak algılanır ve beraberinde fiziksel rahatsızlık hissi oluşturur (42). Hastalarda anksiyete ile alakalı bu kognitif şemaların meydana gelmesindeki kognitif aşamalar şu şekilde tanımlanmıştır (42);

1) Dikkatin bağlanması; Tehdit unsurlarına karşı dikkatin yoğunlaştırılması
2) Katastrofize etme; Olayların hep en kötü neticesini düşünme hali, felaketleştirme
3) Seçici soyutlama; Kişinin başından geçen durumlarla alakalı aksi şekilde kanıtlar bulunduğu halde yalnızca bir detaya dayalı negatif çıkarımlar
4) İkili düşünme; Durumları ya tehdit unsuru ya da değil şeklinde sınıflandırma
5) Keyfi çıkarım; Eksik kanıtlar olmasına rağmen yargıya varma
6) Aşırı genelleştirme; Kısıtlı dayanağı olan örnekleri temel alıp genel bir kural oluşturma
7) Kişiselleştirme; Bireyin kendisiyle alakası bulunmayan ya da çok az bulunan bir durumu kendisiyle ilintili görmesi ve negatif durumlardan kendisini suçlaması

Hastalar sağlık kuruluşlarına psikiyatrik semptomlardan ziyade göğüs ağrısı, yaygın vücut ağrısı, uyku sorunları, yorgunluk gibi fiziksel belirtiler nedeniyle başvurur. Bu durum yaygın anksiyete tanısını koymayı zorlaştırır. Yapılan bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların sadece %13'ünde asıl başvuru sebebinin anksiyete olduğu gösterilmiştir (43). Yine aynı çalışmada atipik göğüs ağrısı olgularının 1/5'inde, koroner hastalıktan şüphelenilen hastaların ise 1/2'sinde asıl tanının yaygın anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir (43). Türkiye'de yapılmış bir çalışmada ise sebebi bulunamayan göğüs ağrısı olgularının %5,7'sinde yaygın anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir (44).

Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış hastaların büyük bir kısmında bu bozukluğa ek olarak depresyon veya diğer anksiyete bozukluklarından birinin eşlik ettiği saptanmıştır (45). Depresif bozukluklar için komorbidite oranı %50-80 iken panik bozukluk %25 oranında yaygın anksiyete bozukluğuna eşlik eder (40). Psikiyatrik hastalıkların yanı sıra bedensel rahatsızlıkların da yaygın anksiyete bozukluğuna eşlik ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Obezite nedeniyle takip edilen hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %5,70'inde yaygın anksiyete bozukluğu da tespit edilmiştir (46). Kronik baş ağrısı bulunan hastalarda ruhsal bozuklukların birlikte görülme sıklığı üzerine yapılan bir çalışmada baş ağrısı şikayeti olanların %3,6'sında yaygın anksiyete bozukluğunun da bulunduğu gösterilmiştir (47). Cildiye servisinde yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise servis hastalarının %31,4'ünde yaygın anksiyete bozukluğu görülmüştür (48).

Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde farmakolojik ajanlar, kognitif ve davranışçı psikoterapiler, relaksasyon pratikleri kullanılmaktadır. Tedavide amaç, anksiyetenin hafifletilmesi ve katlanılabilir hale gelen anksiyete düzeyiyle sosyal yaşantısına bir kayıp olmadan devam etmesinin sağlanmasıdır. Tedavinin en önemli bileşenlerinden birisi hastanın anksiyete konusunda bilgilendirilmesi ve tedavi edilebilen bir rahatsızlık olduğunun farkına varmasının sağlanmasıdır (49). Bilişsel davranışçı terapi hafif ya da orta şiddette anksiyete olguları için iyi sonuçlar vermektedir. Daha şiddetli olgularda benzodiazepinler de kullanılabilmektedir (42). Hastaların 1/4'ünde ilacın bırakılmasından 4 hafta sonra nüks izlenebilirken %60-80 hastada 1 sene içerisinde nüks meydana gelebilmektedir. En az 6 ay farmakolojik

tedavi alan hastalarda nüks ihtimali, medikal ajanları 6 aydan az kullananlara kıyasla daha düşük saptanmıştır (50).

2.1.5. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Daha önce çocukluk çağı bozuklukları içerisinde değerlendirilen ayrılma anksiyetesi bozukluğu DSM-5'te ayrı bir tanı olarak ele alınmıştır (28). Kişinin bağlandığı, hayatında önemli bir yere sahip olan bireylerden ayrılması ve uzak kalmasına karşı duyulan aşırı korku ile kaygı ayrılma anksiyetesi bozukluğunun temelini oluşturur. Anksiyetenin, kişinin gelişiminde ve işlevselliğinde bozulmaya sebep olması ve bu durumun 6 aydan fazla sürmesi hali ayrılma anksiyetesi bozukluğu olarak adlandırılır. Genelde çocukluk döneminde görülmesine karşın yetişkinlerde yapılan bir çalışmada yaygınlığı %6,6 olarak gösterilmiştir (51).

2.1.6. Panik Bozukluk

Panik bozukluk, nefes alıp vermede zorluk, taşikardi, terleme, baş dönmesi, huzursuzluk, ölüm korkusu gibi bilişsel ve fiziksel semptomlarla seyreden tekrarlayıcı ve beklenmedik panik ataklarla kendini gösteren bir çeşit anksiyete bozukluğudur. Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5-2,5 olarak bildirilmiştir (52). Kadınlarda erkeklere oranla daha sık izlendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Genelde genç erişkinlik döneminde başlayıp yaşla birlikte azalma eğilimi gösterir. (25)

Panik atak esnasında var olan belirtiler, kişinin kendisinde başka bozukluklara da yol açacağını düşünmesine sebep olur. Panik bozukluk dışındaki diğer anksiyete bozukluklarında da panik atak görülebilmesine karşın panik bozuklukta izlenen atakları diğerlerinden ayıran özellik bir sebebe bağlı olmadan kendiliğinden ve ani olarak meydana gelmesidir. Atakların öngörülememesi ve beklenmedik anlarda ortaya çıkması bir sonraki atağın ne zaman çıkacağına dair hastada ciddi bir anksiyete oluşturur. Beklenti anksiyetesi olarak tanımlanan bu durumda hastada agorafobik kaçınma tutumları gözlemlenebilir (53). Özellikle agorafobisi bulunan panik bozukluk hastalarında başta sosyal anksiyete bozukluğu olmak üzere diğer anksiyete bozukluklarının da görülme sıklığının arttığı izlenmiştir (54).

Panik bozukluk periferik ve santral sinir sisteminin bozuklukları neticesinde meydana gelir. Sempatik tonusun artışıyla beraber çevresel uyarıcı etmenlere aşırı bir cevap gelişir. Bunun yanında tekrarlayıcı uyaranlara karşı yavaşça ortaya çıkan uyum becerisi kazanılır. Panik bozukluk sıklıkla kronik bir rahatsızlıktır. Hastaların yaklaşık yarısında semptomlar süregelen ancak fonksiyonelliği bozmayacak şekildedir. 1/5 hastada ise semptomlarda herhangi bir iyileşme izlenmeyebilir. Yineleyen ataklarda fiziksel semptomlara karşı odaklanmanın artması ve bu ataklara sebebiyet veren etmenlere daha duyarlı hale gelinmesi rahatsızlığın seyrini kötüleştirebilir (40). İntihar eğiliminin panik bozukluk tanısı alan hastalarda normal bireylere kıyasla daha fazla izlendiği gösterilmiştir. Ayrıca hastaların yaklaşık yarısında depresyon, %20 ile %40 arasında alkol veya madde kullanımı tespit edilmiştir (55).

Panik bozuk tedavisinde hastanın rahatsızlığı hakkında bilgilendirilmesi ve doğru olmayan inançlarının düzeltilmesi öncelik olmalıdır. Atak esnasında fiziksel semptomları ortadan kaldıracak bir medikal ajanın olmadığı ve atakların tekrarlanmasının önüne geçilmesinin tedavide primer amaç olduğu hastaya belirtilmelidir. Farmakoterapide ise düşük doz selektif seratonin geri alım inhibitörleri başlanabilir ve tedavinin etkinliğine göre yavaşça doz arttırımına gidilebilir. Tedavi süresi en az 12 aydır ve tedavi sonlandırılacağı zaman ilacın azaltılarak kesilmesi gerekir (31).

2.1.7. Selektif Mutizm (Seçici Konuşmazlık)

Selektif mutizm kişinin konuşma kabiliyetine sahip olmasına rağmen belirli bazı ortam ve durumlarda konuşmadığı bir bozukluktur. Bireyler evde, ebeveynlerinin yanında, yakın arkadaşlarının yanında rahatça konuşabilmesine rağmen konuşmanın beklendiği okulda, sosyal ortamlarda, tanımadıkları kişilerin yanında konuşmazlar. Genellikle okul çağındaki çocuklarda görülen selektif mutizmin prevalansı yaklaşık %2 olarak tespit edilmiştir (56). Okul başarısını etkilemesi, toplumsal iletişimi engellemesi ve diğer anksiyete bozukluklarıyla sık birliktelik göstermesi nedeniyle selektif mutizm takip ve tedavisinin yapılması gereken önemli bir bozukluktur (57).

2.1.8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozukluğunun başka bir hastalığın fizyolojik etkileri sebebiyle meydana geldiği bir bozukluk türüdür. En sık panik atak ve yaygın anksiyete tablosu kliniğe hakimdir (28).

2.1.9. Maddenin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu

Alkol, uyuşturucu, ilaç gibi bağımlılık yapıcı etkisi bulunan maddelerin kullanılması ya da alımının bırakılması sonucunda, bir aylık süreç içerisinde ortaya çıkan anksiyete bozukluğudur. Klinik olarak panik atak ve kaygı şeklinde kendini gösterir (40).

2.2. HEKİMLİK VE MESLEKİ KAYGI

Hekimlik ülkemizde ve dünyada en çok sorumluluk gerektiren mesleklerin başında gelmektedir. Uzun çalışma saatleri, fazla iş yükü, çalışma koşulları, insan sağlığı ile doğrudan uğraş gibi faktörler değerlendirildiğinde hekimler yoğun bir strese maruz kalmaktadırlar. Stres ise anksiyete bozukluklarının oluşmasında önemli bir yere sahiptir (40). Stres, kişide uyku bozuklukları, kronik yorgunluk, unutkanlık, iletişim sorunları, baş ağrısı, kolay sinirlenme, yeme bozuklukları gibi durumlara sebebiyet verebilir ve anksiyete gibi diğer ruhsal rahatsızlıkların da oluşmasına zemin hazırlar. Bununla birlikte meslek yaşantısındaki koşullar ve sağlık politikaları, hekimlerin duygudurumunu ve psikolojisini etkileyerek kaygı, depresyon, burnout sendromu (tükenmişlik sendromu) gibi psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilmektedir (58).

Çobanoğlu 2005 yılında sağlık sektöründe çalışanların psikolojik olarak yılmasına sebebiyet verecek durumları şöyle ifade etmiştir (59);

- Sağlık kuruluşlarındaki olanakların yetersizliği
- Hasta yoğunluğunun fazla olması sebebiyle iş yükü artışı
- Maaşların yetersizliği
- Sağlık politikalarıyla alakalı engeller
- İş yükü yoğunluğu nedeniyle aile ve sosyal hayata yeterince vakit ayrılamaması
- Mesleki gerekliliklerin tamamıyla karşılanamaması

- Çalışma hayatında ayrımcılığa maruz kalmak

Yukarıda sayılan durumlar ve hekimlerin çalışma koşullarını uygunsuz hale getiren diğer etkenler hekimlerin motivasyonlarında ciddi azalmalara sebep olarak kendi sağlıklarında bozulmalara, sakatlıklara, iş devamsızlığında artma gibi istenmeyen sonuçlara zemin hazırlayabilmektedir (60). İngiltere'de yapılan bir çalışma, mesleki sıkıntıların hekimlerde aşırı yemek yeme, alkol ve madde kullanımında artma, uyku bozuklukları, bağışıklıkta düşüş gibi sorunlarda artışa sebep olduğunu ortaya koymuştur (61). Mesleki durumlar haricinde cinsiyet, yaş, sosyoekonomik düzey, genetik etmenler, kişilik özellikleri, eş tanılar, tıbbi diğer bozukluklar da anksiyete oluşumu için risk faktörleri olarak sayılabilir (40).

Yurt dışında yapılmış bir çalışmada hekimlerin %13,2'sinin anksiyete bozukluğundan muzdarip olduğu bildirilmiştir (62). Bu oran ülkemizde %19 olarak saptanmıştır (16). Ülkemizde çalışan hekimlerde daha yüksek anksiyete düzeyinin saptanmasının sosyokültürel farklılıklar, sağlık politikalarındaki ve coğrafi koşullardaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte Bovier ve arkadaşlarının İsviçre'de 1184 hekimle yaptıkları bir çalışmada nispeten az iş yoğunluğu bulunan pratisyenlerde, kadınlarda, gençlerde ve cerrahlarda daha az iş yoğunluğuna rağmen yüksek anksiyete tespit edilmiştir (63).

Çin Halk Cumhuriyeti'nde hekimlerde anksiyete oluşumu için risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada en yüksek etmenler sırasıyla iş tükenmişliği, uyku bozukluğu ve yaşam tarzı olarak belirtilmiştir (64). Hekimlerin yaşam koşullarını etkileyen faktörler incelendiğinde yaş, medeni durum, kariyer, gelir, sağlık durumu, yaşanılan çevre ve sosyal imkânlara erişim gibi başlıklar altında toplandığı görülmektedir (65). Çalışmalarda da gösterildiği üzere bu etkenlerdeki yetersizlik hekimlerin fiziksel ve ruhsal sağlığını, çalışma motivasyonlarını ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (66). Ülkemizde aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada iş tatminsizliği ile tükenmişlik, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında iş doyumunun kaygı ve diğer ruhsal bozukluklar üzerinde önemli etkileri olduğu görülmektedir (67) .

Hekimlerin yaşadığı ruh sağlığı sorunları, hastalarla ilişkilerine ve mesleki performanslarına yansımaktadır (68). Bununla birlikte hekimlerdeki ruhsal

bozukluklar, tıbbi hatalara ve hastalara yönelik tutumlarda olumsuzluklara sebebiyet verebilmektedir (69). Kanada'da sağlık hizmeti alanlar kişiler ve İtalya'daki hekimlerle yapılan çalışmalarda yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamalarının en önemli nedenleri olarak hekimlerin fazla çalışma saatlerine bağlı yorgunluğu ve yoğun stres altında çalışmaları gösterilmiştir (70,71). Konya'da sağlık personelleriyle yapılan bir çalışmada ise tıbbi hata nedenleri olarak uygunsuz fiziki koşullar, çalışma saatlerinin fazlalığı, personel sayısındaki yetersizlikler, stres ve yorgunluk belirtilmiştir (72). Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında yapılan bu çalışmalar göstermektedir ki hekimlerin çalışma koşullarıyla alakalı olumsuzluklar yalnızca verilen hizmet kalitesinde düşüşle sınırlı kalmamakta aynı zamanda hekimlerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumsuz etkileyerek tıbbi hatalara sebebiyet verebilmektedir. Ayrıca kendisinden toplum sağlığının iyileştirilmesi konusunda beklenti bulunan bir bireyin bu işi gerçekleştirmeye çalışırken kendi sağlığından olması ve bu sebepten ötürü zamanla beklentileri karşılamada yetersizlikler meydana gelebilmesi üzerinde durulması gereken ironik bir durumdur. Bu nedenle hekimlerin ruh sağlığının iyileştirilmesi, mesleki kaygılarının giderilmesi ve çalışma koşullarının düzeltilmesi yalnızca hekimlerin değil tüm toplumun yaşam kalitesi bakımından büyük önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tanımlayıcı, prospektif bir anket çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ

Çalışmamız SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01 Eylül 2022- 30 Kasım 2022 tarihleri arasında aktif çalışmakta olan hekimlerle yapılacaktır. Haziran 2022 itibariyle SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aktif çalışan 908 hekim mevcuttur. Örneklem sayısı %95 güven aralığında %5 hata payı ile yapılan hesaplama sonucu 271 olarak tespit edilmiştir. Veri kaybı göz önüne alınarak toplam örneklem sayısının 300 olmasına karar verilmiştir. Çalışma 300 hekim ile tamamlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra 2022 yılı 01 Eylül-30 Kasım tarihleri arasında SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMA POPÜLASYONU

Araştırmanın evrenini SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinikleri'nde görev yapan hekimler oluşturmaktadır. Son bir ayda hastanede çalışmaya başlayan ve oryantasyonu devam eden asistan hekimler ile sahada çalışan sözleşmeli aile hekimliği asistanları, doğum izni, askerlik gibi nedenlerle aktif olarak çalışmayan hekimler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.5. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 144/05 karar numarası ile 15/08/2022 tarihinde alınmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Çeşitli kliniklerde çalışan hekimler, öncelikle araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş, katılmayı kabul eden hekimlere hazırlanan anket formu uygulanmıştır. Anket formu gönüllülük esasına göre uygulanmış olup öncesinde katılımcıların onamı alınmıştır.

Araştırmacılar tarafından katılımcılara sosyodemografik özellikleri sorgulayan 'Sosyodemografik Veri Formu', mesleki kaygılarını ölçmeye yönelik 'Mesleki Kaygı Anketi' ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik 'Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX-2)' kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form katılımcıların yaş, cinsiyet, tıpta uzmanlık alanı, hekimlik süresi gibi bireysel bilgileri içeren, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ankettir.

Mesleki Kaygı Anketi: 14 sorudan oluşan ve çalışmacılar tarafından hazırlanan, hekimlerin meslek hayatlarında kaygı yaşamalarına sebep olabilecek çeşitli faktörlerin sorgulandığı ankettir. Katılımcılar anket sorularını 5'li likert ölçeğine göre cevaplamış olup; 1 (Hiç katılmıyorum), 2 (Kısmen katılmıyorum), 3 (Kararsızım), 4 (Kısmen katılıyorum), 5 (Tamamen katılıyorum) olarak değerlendirilmiştir. Anketten alınabilecek maksimum puan 70 iken en düşük puan 14'tür. Ankette alınan 14-34 puan düşük düzeyde, 35-52 orta düzeyde, 53-70 yüksek düzeyde mesleki kaygı olarak değerlendirilmiştir.

Sürekli Kaygı Ölçeği: Sürekli kaygı düzeyi ölçmek amacıyla 1970 yılında Spielberger tarafından geliştirilmiştir. 1983 yılında ise Öner ve Le Compte tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu ölçekte kişilerin belirli zaman diliminde belirli şartlarda kendisini nasıl hissettiğini betimleyen dörtlü likert tipinde; (1) Hemen hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman ve (4) Hemen her zaman şeklinde toplamda 20 maddeden oluşmaktadır. Sürekli Kaygı Bölümünde bulunan maddelerden 1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19. maddeler olumlu ters anlam taşımaktadır. Bölümlerin toplam puanı hesaplanırken olumsuz ifadelerin toplam puanından olumlu ifadelerin toplam puanı çıkarılıp Sürekli Kaygı

Ölçeğinde 35 puan eklenmektedir (21). Ölçekte 20-39 düşük, 40-59 orta, 60-80 yüksek kaygı düzeyini göstermektedir (73).

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada toplanan verilerin analiz edilebilmesi için, IBM SPSS 26.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcılar ve araştırma değişkenleri hakkında genel bilgileri öğrenebilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Araştırmada yer alan sürekli değişkenlerin, çarpıklık ve basıklık değerleri kontrol edilmiş ve normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir. Süreli değişkenlerin, kategorili değişkenlerle karşılaştırması amacıyla T-Testi ve Anova analizi yapılmıştır. Sürekli veriler arasındaki karşılaştırma için korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırma raporu oluşturulurken, anlamlılık düzeyi için %95 güven aralığı ($p<0,05$) kullanılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. HEKİMLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırmaya dâhil edilen hekimlerin demografik özelliklerine yönelik tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Tanımlayıcı Bilgiler

Değişkenler	**Kategori**	**N**	**%**
Cinsiyet	Kadın	179	59,66
	Erkek	121	40,33
Uzmanlık Alanı	Cerrahi Bilimler	79	26,33
	Dâhili Bilimler	198	66,00
	Temel Bilimler	23	7,66
		$\bar{X}$ ± S.H.	**Min. - Maks.**
Yaş		29,87 ± 4,66	24 – 67
Hekimlik Süresi (Yıl)		5,08 ± 4,15	1 – 32

Araştırmaya katılan hekimlerin %59,66'sı kadın iken, %40,33'ü erkektir. Hekimlerin yaşları 24 ile 67 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 29,87'dir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %26,33'ü cerrahi bilimler, %66.00'ı dâhili bilimler ve %7,66'sı temel bilimlerde çalışmaktadır. Hekimlik süreleri 1 ile 32 yıl arasında değişmekte olup, hekimlik süresi ortalaması 5,08'dir.

4.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE YÖNELİK TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırmada kullanılan ölçeklere yönelik tanımlayıcı istatistikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Ölçeklere Yönelik Tanımlayıcı Bilgiler

Ölçekler	**$\bar{X}$ ± S.H.**	**Min. - Maks.**
Mesleki Kaygı Anketi	51,30 ± 9,36	15 – 70
Sürekli Kaygı Ölçeği	46,44 ± 6,41	29 – 68

Hekimlerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 46,44±6,41 olduğu görülmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 80 olabileceği dikkate alındığında, hekimlerin orta düzeyde sürekli kaygıya sahip oldukları söylenebilir.

Hekimlerin mesleki kaygı anketinden aldıkları toplam puan ortalamasının 51,30 ± 9,36 olduğu görülmektedir. Anketten alınabilecek en yüksek puanın 70 olabileceği dikkate alındığında, hekimlerin orta düzeyde mesleki kaygıya sahip oldukları söylenebilir.

Hekimlerin mesleki kaygı anketine vermiş oldukları cevapların yüzdeleri Tablo 3'te verilmiştir. Ankete göre 1 'hiç katılmıyorum', 2 'kısmen katılıyorum', 3 'kararsızım', 4 'kısmen katılıyorum', 5 'tamamen katılıyorum' olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3: Hekimlerin Mesleki Kaygı Anketi Cevap Yüzdeleri

Mesleki kaygı anketi soruları	1 (Hiç Katılmıyorum)	2 (Kısmen Katılmıyorum)	3 (Kararsızım)	4 (Kısmen Katılıyorum)	5 (Tamamen Katılıyorum)
1.Mesleğimin kendi sağlığıma zarar verdiğini düşünüyorum.	%4,66 (n=14)	%6,66 (n=20)	%23,00 (n=69)	%29,33 (n=88)	%36,33 (n=109)
2.Mesleğimin sosyal yaşantımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum.	%5,33 (n=16)	%8,66 (n=26)	%18,33 (n=55)	%28,33 (n=85)	%39,33 (n=118)
3.Aldığım eğitimin mesleki olarak yeterli gelmeyeceğini düşünüyorum.	%11,66 (n=35)	%28,00 (n=84)	%27,00 (n=81)	%20,00 (n=60)	%13,33 (n=40)
4.Çalıştığım/çalışacağım kurumdaki fiziksel yetersizliklerin mesleğimi yapmama engel olacağını düşünüyorum.	%6,00 (n=18)	%13,66 (n=41)	%24,00 (n=72)	%29,66 (n=89)	%26,66 (n=80)
5.Hasta muayenesi için yeterli vakit ayıramıyorum.	%3,00 (n=9)	%5,33 (n=16)	%9,00 (n=27)	%20,00 (n=60)	%62,66 (n=188)
6.Hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamak beni endişelendiriyor.	%2,66 (n=8)	%3,66 (n=11)	%8,33 (n=25)	%25,00 (n=75)	%60,33 (n=181)

Tablo 3(Devamı): Hekimlerin Mesleki Kaygı Anketi Cevap Yüzdeleri

7.Maddi açıdan geçim kaygısı duyuyorum.	**%3,00 (n=9)**	**%5,66 (n=17)**	**%16,00 (n=48)**	**%30,66 (n=92)**	**%44,66 (n=134)**
8.Görevlendirme, zorunlu hizmet vb nedenlerle çalıştığım kurumun değişebilmesi beni endişelendiriyor.	%3,66 (n=11)	%8,00 (n=24)	%13,33 (n=40)	%24,00 (n=72)	%51,00 (n=153)
9.Hasta/hasta yakınları tarafından fiziksel veya sözel şiddete maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	%1,66 (n=5)	%4,00 (n=12)	%8,00 (n=24)	%18,33 (n=55)	%68,00 (n=204)
10.Çalıştığım/çalışacağım kurumda mobbinge maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	%3,33 (n=10)	%7,33 (n=22)	%16,00 (n=48)	%23,66 (n=71)	%49,66 (n=149)
11.Mesleki kaygılarımdan dolayı branşımı değiştirmeyi düşünüyorum.	%20,33 (n=61)	%33,66 (n=101)	%24,66 (n=74)	%9,33 (n=28)	%12,00 (n=36)
12.Mesleki kaygılarımdan dolayı çalıştığım kurumu değiştirmeyi düşünüyorum.	%16,00 (n=48)	%31,00 (n=93)	%28,33 (n=85)	%12,00 (n=36)	%12,66 (n=38)
13.Mesleki kaygılarımdan dolayı işimi değiştirmeyi düşünüyorum.	%23,00 (n=69)	%23,00 (n=69)	%29,00 (n=87)	%10,33 (n=31)	%14,66 (n=44)
14.Mesleki kaygılarımdan dolayı farklı bir ülkede çalışmayı düşünüyorum.	%8,66 (n=26)	%11,66 (n=35)	%27,00 (n=81)	%22,00 (n=66)	%30,66 (n=92)

4.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLERE YÖNELİK GÜVENİRLİLİK ANALİZİ

Araştırmada kullanılan ölçeklere yönelik yapılan güvenirlilik analizi sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Ölçeklere Yönelik Güvenirlilik Analizi

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Sürekli Kaygı Ölçeği	0,708	20
Mesleki Kaygı Anketi	0,849	14

Karagöz (2021)'e göre Cronbach's Alpha katsayısının 0,70 üzerinde olması durumunda, ölçek güvenilir kabul edilmektedir. Sürekli kaygı ölçeğinin ve mesleki kaygı anketinin güvenilir olduğu görülmektedir.

4.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRMASI

Araştırmada kullanılan sürekli kaygı ölçeği ve mesleki kaygı anketinin, demografik özelliklerle karşılaştırılmasına yönelik yapılan analizler bu başlık altında ele alınmıştır.

4.4.1. Sürekli Kaygı ile Demografik Veriler Karşılaştırması

Hekimlerin sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları toplam puanların, demografik özelliklerle karşılaştırılması amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Sürekli Kaygı Ölçeği ile Demografik Bilgiler Karşılaştırması

Değişkenler		$\bar{X}$ **± S.S.**	**p**
Cinsiyet	Kadın (n=179)	48,25 ± 6,23	**0,001[a]**
	Erkek (n=121)	43,76 ± 5,71	
Uzmanlık Alanı	Cerrahi Bilimler (n=79)	43,97 ± 6,91	**0,001[b]**
	Dâhili Bilimler (n=198)	47,36 ± 6,00	
	Temel Bilimler (n=23)	46,44 ± 5,99	
		r	**p**
Yaş		0,053	0,364[c]
Hekimlik Süresi (Yıl)		0,060	0,301[c]

p<0,05; a:T-Testi; b:Anova Analizi; c:Korelasyon Analizi

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=48,25), erkek hekimlere ($\bar{X}$=43,76) göre daha yüksek sürekli kaygı düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (p=0,001)

Cerrahi bilimlerde uzman olan hekimlerin ($\bar{X}$=43,97), diğer uzmanlık alanı olan hekimlere göre daha düşük sürekli kaygı düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (p=0,001)

Hekimlerin yaşı ve hekimlik süresi ile sürekli kaygı düzeyi istatiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,364 , p=0,301).

4.4.2. Mesleki Kaygı ile Demografik Veriler Karşılaştırması

Hekimlerin mesleki kaygı anketinden aldıkları toplam puanların, demografik özelliklerle karşılaştırılması amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Mesleki Kaygı Anketi ile Demografik Bilgiler Karşılaştırması

Değişkenler		$\bar{X}$ **± S.S.**	**p**
Cinsiyet	Kadın (n=179)	52,78 ± 8,99	**0,001**[a]
	Erkek (n=121)	49,12 ± 9,48	
Uzmanlık Alanı	Cerrahi Bilimler (n=79)	51,35 ± 9,83	**0,018**[b]
	Dâhili Bilimler (n=198)	51,89 ± 8,70	
	Temel Bilimler (n=23)	46,09 ± 11,74	
		r	**p**
Yaş		-0,212	**0,001**[c]
Hekimlik Süresi (Yıl)		-0,194	**0,001**[c]

p<0,05; a:T-Testi; b:Anova Analizi; c:Korelasyon Analizi

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=52,78), erkek hekimlere ($\bar{X}$=49,12) göre daha yüksek mesleki kaygı düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (p=0,001).

Temel bilimlerde çalışan olan hekimlerin ($\bar{X}$=46,09), diğer uzmanlık alanında çalışan hekimlere göre daha düşük mesleki kaygı düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (p=0,018).

Hekimlerin yaşı ve hekimlik süresi ile mesleki kaygı düzeyi arasında negatif yönlü ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0,001). Yaş ve hekimlik süresi arttıkça, mesleki kaygı düzeyi azalmaktadır.

4.5. SÜREKLİ KAYGI İLE MESLEKİ KAYGI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hekimlerin sahip oldukları sürekli kaygı düzeyleri ile mesleki kaygı düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla yapılmış olan korelasyon analizi sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Sürekli Kaygı ile Mesleki Kaygı İlişkisi

	Sürekli Kaygı	
Ölçekler	**r**	**p**
Mesleki Kaygı	0,201	**0,001**

p<0,05

Hekimlerin sürekli kaygı düzeyleri ile mesleki kaygı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0,001). Sürekli kaygı düzeyi arttıkça, mesleki kaygı düzeyi artmaktadır.

4.6. MESLEKİ KAYGI ANKETİ SORULARI İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRMASI

Araştırmada kullanılan mesleki kaygı anketinin, demografik özelliklerle karşılaştırılmasına yönelik yapılan analizler bu başlık altında ele alınmıştır.

4.6.1. Mesleki Kaygı Anketi Soruları ile Cinsiyet Karşılaştırması

Mesleki kaygı anketi maddelerinin, hekimlerin cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılmış olan T-Testi sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Mesleki Kaygı Anketi ile Cinsiyet Karşılaştırması

Maddeler	Cinsiyet		p
	Kadın (n:179)	Erkek (n:121)	
	$\bar{X}$ ± S.S.	$\bar{X}$ ± S.S.	
1.Mesleğimin kendi sağlığıma zarar verdiğini düşünüyorum.	3,96± 1,10	3,70± 1,14	**0,046**
2.Mesleğimin sosyal yaşantımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum.	3,89 ± 1,19	3,84 ± 1,15	0,685
3.Aldığım eğitimin mesleki olarak yeterli gelmeyeceğini düşünüyorum.	3,07 ± 1,19	2,76± 1,23	**0,031**
4.Çalıştığım/çalışacağım kurumdaki fiziksel yetersizliklerin mesleğimi yapmama engel olacağını düşünüyorum.	3,65 ± 1,17	3,44 ± 1,21	0,129
5. Hasta muayenesi için yeterli vakit ayıramıyorum.	4,38± 0,99	4,27 ± 1,11	0,370
6.Hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamak beni endişelendiriyor.	4,47 ± 0,90	4,20 ± 1,04	**0,022**
7.Maddi açıdan geçim kaygısı duyuyorum.	4,21 ± 0,91	3,88 ± 1,19	**0,010**
8.Görevlendirme, zorunlu hizmet vb nedenlerle çalıştığım kurumun değişebilmesi beni endişelendiriyor.	4,31 ± 0,95	3,79 ± 1,29	**0,001**
9.Hasta/hasta yakınları tarafından fiziksel veya sözel şiddete maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	4,68 ± 0,70	4,15 ± 1,10	**0,001**
10.Çalıştığım/çalışacağım kurumda mobbinge maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	4,29 ± 0,97	3,79 ± 1,24	**0,001**
11.Mesleki kaygılarımdan dolayı branşımı değiştirmeyi düşünüyorum.	2,71 ± 1,27	2,40 ± 1,18	**0,032**
12.Mesleki kaygılarımdan dolayı çalıştığım kurumu değiştirmeyi düşünüyorum.	2,80 ± 1,25	2,65 ± 1,20	0,296
13.Mesleki kaygılarımdan dolayı işimi değiştirmeyi düşünüyorum.	2,83 ± 1,33	2,52 ± 1,29	**0,046**
14.Mesleki kaygılarımdan dolayı farklı bir ülkede çalışmayı düşünüyorum.	3,45 ± 1,27	3,67 ± 1,25	0,133

p<0,05

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=3,96), erkek hekimlere ($\bar{X}$=3,70) göre, daha yüksek bir şekilde mesleğinin kendi sağlığına zarar verdiğini düşünmektedir (p=0,046).

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=3,07), erkek hekimlere ($\bar{X}$=2,76) göre, daha yüksek bir şekilde aldığı eğitimin mesleki olarak yeterli gelmeyeceğini düşünmektedir (p=0,031).

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=4,47), erkek hekimlere ($\bar{X}$=4,20) göre, daha yüksek bir şekilde hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamaktan endişelenmektedir (p=0,022).

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=4,21), erkek hekimlere ($\bar{X}$=3,88) göre, daha yüksek bir şekilde maddi olarak geçim kaygısı duymaktadır (p=0,010).

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=4,31), erkek hekimlere ($\bar{X}$=3,79) göre, daha yüksek bir şekilde görevlendirme, zorunlu hizmet vb. gibi nedenlerle çalıştığı kurumun değişebilmesinden endişelenmektedir (p=0,001).

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=4,68), erkek hekimlere ($\bar{X}$=4,15) göre, daha yüksek bir şekilde hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel ve sözel olarak şiddete maruz kalma ihtimalinden endişelenmektedir (p=0,001).

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=4,29), erkek hekimlere ($\bar{X}$=3,79) göre, daha yüksek bir şekilde çalıştığı/çalışacağı kurumlarda mobbinge maruz kalma ihtimalinden endişelenmektedir (p=0,001).

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=2,71), erkek hekimlere ($\bar{X}$=2,40) göre, daha yüksek bir şekilde mesleki kaygılardan dolayı branşını değiştirmeyi düşünmektedir (p=0,032).

Kadın hekimlerin ($\bar{X}$=2,83), erkek hekimlere ($\bar{X}$=2,52) göre, daha yüksek bir şekilde mesleki kaygılardan dolayı işini değiştirmeyi düşünmektedir (p=0,046).

4.6.2. Mesleki Kaygı Anketi Soruları ile Uzmanlık Alanı Karşılaştırması

Mesleki kaygı anketi maddelerinin, hekimlerin uzmanlık alanlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılmış olan Anova analizi sonuçları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Mesleki Kaygı Anketi ile Cinsiyet Karşılaştırması

Maddeler	Uzmanlık Alanı			p
	Cerrahi Bilimler (n:79)	Dâhili Bilimler (n:198)	Temel Bilimler (n:23)	
	$\bar{X}$ ± S.S.	$\bar{X}$ ± S.S.	$\bar{X}$ ± S.S.	
1.Mesleğimin kendi sağlığıma zarar verdiğini düşünüyorum.	3,94 ± 1,15	3,87 ± 1,06	3,39 ± 1,40	0,103
2.Mesleğimin sosyal yaşantımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum.	4,13 ± 1,10	3,84 ± 1,15	3,26 ± 1,38	**0,005**
3.Aldığım eğitimin mesleki olarak yeterli gelmeyeceğini düşünüyorum.	2,79 ± 1,32	3,03 ± 1,15	2,82 ± 1,33	0,312
4.Çalıştığım/çalışacağım kurumdaki fiziksel yetersizliklerin mesleğimi yapmama engel olacağını düşünüyorum.	3,70 ± 1,17	3,51 ± 1,19	3,60 ± 1,23	0,470
5.Hasta muayenesi için yeterli vakit ayıramıyorum.	4,50 ± 0,83	4,47 ± 0,88	2,60 ± 1,37	**0,001**
6.Hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamak beni endişelendiriyor.	4,40 ± 0,84	4,52 ± 0,79	2,91 ± 1,47	**0,001**
7.Maddi açıdan geçim kaygısı duyuyorum.	3,86 ± 1,22	4,15 ± 0,95	4,26 ± 1,05	0,080
8.Görevlendirme, zorunlu hizmet vb nedenlerle çalıştığım kurumun değişebilmesi beni endişelendiriyor.	3,82 ± 1,24	4,23 ± 1,07	3,95± 1,06	**0,018**
9.Hasta/hasta yakınları tarafından fiziksel veya sözel şiddete maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	4,36 ± 1,09	4,60 ± 0,71	3,69 ± 1,39	**0,001**
10.Çalıştığım/çalışacağım kurumda mobbinge maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	3,97 ± 1,30	4,13 ± 1,03	4,13 ± 1,14	0,566
11.Mesleki kaygılarımdan dolayı branşımı değiştirmeyi düşünüyorum.	2,62 ± 1,38	2,59 ± 1,21	2,47 ± 1,12	0,892
12.Mesleki kaygılarımdan dolayı çalıştığım kurumu değiştirmeyi düşünüyorum.	2,81 ± 1,32	2,71 ± 1,20	2,78 ± 1,16	0,827
13.Mesleki kaygılarımdan dolayı işimi değiştirmeyi düşünüyorum.	2,45 ± 1,34	2,82 ± 1,30	2,56 ± 1,34	0,099
14.Mesleki kaygılarımdan dolayı farklı bir ülkede çalışmayı düşünüyorum.	3,93 ± 1,18	3,37 ± 1,26	3,60 ± 1,40	**0,004**

p<0,05

Cerrahi bilimlerde çalışan hekimler ($\bar{X}$=4,13), diğer uzmanlık alanındaki hekimlere göre, daha yüksek bir şekilde mesleğinin sosyal yaşamını etkilediğini düşünmektedir (p=0,005).

Cerrahi ($\bar{X}$=4,50) ve dâhili bilimlerde ($\bar{X}$=4,47) çalışan hekimler, temel bilimlerde çalışan hekimlere göre, daha yüksek bir şekilde hasta muayenesi için yeterli vakit ayıramadığını belirtmektedir (p=0,001).

Cerrahi ($\bar{X}$=4,40) ve dâhili bilimlerde ($\bar{X}$=4,52) çalışan hekimler, temel bilimlerde çalışan hekimlere göre, daha yüksek bir şekilde hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamaktan endişelenmektedir (p=0,001).

Dâhili bilimlerde çalışan hekimler ($\bar{X}$=4,13), diğer uzmanlık alanındaki hekimlere göre, daha yüksek bir şekilde görevlendirme, zorunlu hizmet vb. gibi nedenlerle çalıştığı kurumun değişebilmesinden endişelenmektedir (p=0,018).

Cerrahi ($\bar{X}$=4,36) ve dâhili bilimlerde ($\bar{X}$=4,60) çalışan hekimler, temel bilimlerde çalışan hekimlere göre, daha yüksek bir şekilde hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel veya sözel olarak şiddete maruz kalma ihtimalinden endişelenmektedir (p=0,001).

Cerrahi bilimlerde çalışan hekimler ($\bar{X}$=3,93), diğer uzmanlık alanındaki hekimlere göre, daha yüksek bir şekilde mesleki kaygılarından dolayı farklı bir ülkede çalışmayı düşünmektedir (p=0,004).

4.6.3. Mesleki Kaygı Anketi Soruları ile Yaş ve Hekimlik Süresi İlişkisi

Mesleki kaygı anketi maddelerinin, hekimlerin yaş ve hekimlik süresi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan korelasyon analizi sonuçları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Mesleki Kaygı Anketi ile Yaş ve Hekimlik Süresi Karşılaştırması

Maddeler	Yaş		Hekimlik Süresi	
	R	p	r	p
1.Mesleğimin kendi sağlığıma zarar verdiğini düşünüyorum.	-0,087	0,132	-0,072	0,213
2.Mesleğimin sosyal yaşantımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum.	-0,005	0,934	0,006	0,915
3.Aldığım eğitimin mesleki olarak yeterli gelmeyeceğini düşünüyorum.	-0,166	**0,004**	-0,185	**0,001**
4.Çalıştığım/çalışacağım kurumdaki fiziksel yetersizliklerin mesleğimi yapmama engel olacağını düşünüyorum.	-0,053	0,365	-0,053	0,359
5.Hasta muayenesi için yeterli vakit ayıramıyorum.	-0,075	0,193	-0,015	0,795
6.Hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamak beni endişelendiriyor.	-0,155	**0,007**	-0,166	**0,004**
7.Maddi açıdan geçim kaygısı duyuyorum.	-0,213	**0,001**	-0,175	**0,002**
8.Görevlendirme, zorunlu hizmet vb nedenlerle çalıştığım kurumun değişebilmesi beni endişelendiriyor.	-0,240	**0,001**	-0,220	**0,001**
9.Hasta/hasta yakınları tarafından fiziksel veya sözel şiddete maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	-0,166	**0,004**	-0,154	**0,007**
10.Çalıştığım/çalışacağım kurumda mobbinge maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	-0,173	**0,003**	-0,148	**0,010**
11.Mesleki kaygılarımdan dolayı branşımı değiştirmeyi düşünüyorum.	-0,172	**0,003**	-0,163	**0,005**
12.Mesleki kaygılarımdan dolayı çalıştığım kurumu değiştirmeyi düşünüyorum.	-0,012	0,838	0,006	0,924
13.Mesleki kaygılarımdan dolayı işimi değiştirmeyi düşünüyorum.	-0,176	**0,002**	-0,165	**0,004**
14.Mesleki kaygılarımdan dolayı farklı bir ülkede çalışmayı düşünüyorum.	-0,063	0,274	-0,091	0,116

p<0,05

Hekimlerin yaşı ve hekimlik süresi ile aldığı eğitimin mesleki olarak yeterli gelmeyeceği, hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamaktan endişelendiği, maddi olarak geçim kaygısı, zorunlu hizmet vb. gibi nedenlerle çalıştığı kurumun değişebilmesinden endişelenme, hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel ve sözel olarak şiddete maruz kalma ihtimalinden endişelenme, çalıştığı/çalışacağı kurumlarda mobbinge maruz kalma ihtimalinden endişelenme, mesleki kaygılardan dolayı branşını değiştirmeyi düşünme ve mesleki kaygılardan dolayı branşını değiştirmeyi düşünme gibi mesleki kaygılarla negatif yönlü ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Yaş ve hekimlik süresi arttıkça, yukarıda belirtilen mesleki kaygı özellikleri azalmaktadır.

4.7. MESLEKİ KAYGI ANKETİ SORULARI İLE SÜREKLİ KAYGI İLİŞKİSİ

Mesleki kaygı anketi maddelerinin, hekimlerin sürekli kaygı düzeyleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan korelasyon analizi sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Mesleki Kaygı Anketi ile Sürekli Kaygı Karşılaştırması

Maddeler	**Sürekli Kaygı**	
	r	**p**
1. Mesleğimin kendi sağlığıma zarar verdiğini düşünüyorum.	0,127	**0,027**
2. Mesleğimin sosyal yaşantımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum.	0,134	**0,020**
3. Aldığım eğitimin mesleki olarak yeterli gelmeyeceğini düşünüyorum.	0,141	**0,014**
4. Çalıştığım/çalışacağım kurumdaki fiziksel yetersizliklerin mesleğimi yapmama engel olacağını düşünüyorum.	0,112	0,053
5. Hasta muayenesi için yeterli vakit ayıramıyorum.	-0,005	0,925
6. Hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamak beni endişelendiriyor.	0,090	0,119
7. Maddi açıdan geçim kaygısı duyuyorum.	0,139	**0,016**
8. Görevlendirme, zorunlu hizmet vb nedenlerle çalıştığım kurumun değişebilmesi beni endişelendiriyor.	0,205	**0,001**
9. Hasta/hasta yakınları tarafından fiziksel veya sözel şiddete maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	0,163	**0,005**
10.Çalıştığım/çalışacağım kurumda mobbinge maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.	0,234	**0,001**
11. Mesleki kaygılarımdan dolayı branşımı değiştirmeyi düşünüyorum.	0,091	0,115
12. Mesleki kaygılarımdan dolayı çalıştığım kurumu değiştirmeyi düşünüyorum.	0,125	**0,030**
13. Mesleki kaygılarımdan dolayı işimi değiştirmeyi düşünüyorum.	0,067	0,249
14. Mesleki kaygılarımdan dolayı farklı bir ülkede çalışmayı düşünüyorum.	0,031	0,589

p<0,05

Hekimlerin mesleğinin kendi sağlığına zarar verdiğini düşünme, sosyal yaşantısını olumsuz etkilediğini düşünme, aldığı eğitimin mesleki olarak yeterli olmadığını düşünme, maddi olarak geçim kaygısı, zorunlu hizmet vb. gibi nedenlerle çalıştığı kurumun değişebilmesinden endişelenme, hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel ve sözel olarak şiddete maruz kalma ihtimalinden endişelenme, çalıştığı/çalışacağı kurumlarda mobbinge maruz kalma ihtimalinden endişelenme ve

mesleki kaygılardan dolayı branşını değiştirmeyi düşünme gibi mesleki kaygılar ile sürekli kaygılar arasında pozitif yönlü ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Yukarıda belirtilen mesleki kaygı düzeyleri arttıkça, sürekli kaygı düzeyi de artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Hekimlerin mesleki kaygı ile sürekli kaygı ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiş; yaş, cinsiyet, uzmanlık alanı ve hekim olarak çalışma süresinin mesleki kaygı ve sürekli kaygı düzeylerine etkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamıza göre hekimlerde sürekli kaygı arttıkça mesleki kaygı düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Mesleki kaygı bir durumluk kaygı olarak değerlendirilmekte olup sürekli kaygı yaşayan bireylerde kaygıyı tetikleyici faktörlere maruziyet süresi ve şiddeti arttıkça durumluk kaygı düzeylerinin de arttığı ifade edilmektedir (21). Sürekli kaygıya sebep olabilecek pek çok faktör olsa da hekimlerin çalışma ve yaşam koşullarının incelendiği çalışmalarda mesleki faktörlerin hekimlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (16). Anket sonuçlarımıza göre hekimlerin orta düzeyde mesleki kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir. Sürekli kaygı ölçeğinden alınan puanlara göre ise katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinin de orta düzeyde olduğu görülmüştür. 165 asistan hekimin katıldığı bir çalışmada hekimlerin %94,5'i gelecek ile ilgili mesleksel kaygılarının olduğunu belirtmişlerdir (74). Yeniçeri ve arkadaşlarının intörn hekimlerle yaptığı bir çalışmada hekimlerin gelecek meslek yaşamları ile ilgili duydukları kaygı ile sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırılmış olup her iki kaygı düzeyinin de orta seviyede olduğu gösterilmiştir. Ayrıca gelecek meslek yaşantılarındaki kaygı ile sürekli kaygıları arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (13). Yine aile hekimleriyle yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin orta düzeyde sürekli kaygıya sahip oldukları bildirilmiştir (11). Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler bu açıdan değerlendirildiğinde literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların 179 (%59,66)'u kadınlardan, 121 (%40,33)'i erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyete göre mesleki ve sürekli kaygı düzeyleri incelendiğinde kadın hekimlerde kaygı düzeylerinin erkek hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Daha önce yapılan benzer çalışmalarda da kadın hekimlerde erkek hekimlere oranla daha yüksek anksiyete düzeyi saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (16). Yine sağlık çalışanlarıyla yapılan başka bir çalışma istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamasa

da kadınlarda erkeklere göre daha yüksek sürekli kaygı düzeyleri tespit edilmiştir (75). Literatür çalışmalarına da bakıldığında toplumda kadınların kaygı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (76).

Katılımcıların %26,33'ü cerrahi bilimlerde, %66,00'ı dahili bilimlerde, %7,66'sı temel bilimlerde görev yapan hekimlerden oluşmaktadır. Tüm branş hekimlerinde orta derecede mesleki ve sürekli kaygı saptanmıştır. Uzmanlık alanına göre kaygı düzeyleri incelendiğinde cerrahi branşta görev yapan hekimlerin sürekli kaygı düzeyleri diğer branşlara göre anlamlı olarak daha düşük seviyede izlenmektedir. En yüksek sürekli kaygı düzeyi ise dahili bilimlerde görülmüştür. Hekimlerde iş doyumu ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerde diğer branşlara göre yaklaşık iki kat daha fazla anksiyete saptanmıştır (16). Dahili ve cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin mesleki kaygıları temel bilimlerde çalışan hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek izlenmiştir. Dahili ve cerrahi branşlarda temel bilimlerden farklı olarak poliklinik, servis, yoğun bakım gibi hasta ile bire bir uğraşın söz konusu olduğu hizmet birimlerinin varlığının mesleki kaygılara zemin hazırlayacağı düşünüldüğünde temel bilim hekimlerinin daha az mesleki kaygıya sahip olmasının beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşları 24 ile 67 arasında değişirken yaş ortalaması 29,87 bulunmuştur. Hekimlik süreleri ise 1 yıl ile 32 yıl arasında değişirken ortalama hekimlik süresi 5,08 yıldır. Hekimlerin yaşı ve hekimlik süreleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak yaş ve hekimlik süresi arttıkça mesleki kaygıların azaldığı tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise hekimlerin sürekli kaygılarının yaşla birlikte anlamlı derecede azaldığı belirtilmişken bu duruma bireyin hayatındaki belirsizliklerin ve stresörlerin azalması neden olarak gösterilmiştir (11).

Çalışmamızda mobbinge maruz kalma kaygısı ile sürekli kaygı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hekimlerin %73,32'si (%23,66 kısmen katılıyorum, %49,66 tamamen katılıyorum) mobbinge maruz kalma ihtimalinden endişe duyduklarını dile getirmişlerdir. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelendiği bir çalışmada mobbing düzeyleri ile duygusal tükenmişlik,

duyarsızlaşma ve kişisel başarı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (77). Tükenmişliğin ise özellikle hekimlerde anksiyete oluşumunda önemli bir yere sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (64,67). Ayrıca mobbingin hekimler üzerinde mesleki strese ve ruhsal bozuklara yol açtığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (78). Araştırma sonuçlarımız, bu çalışmalar ile birlikte değerlendirildiğinde mobbing durumu, hekimlerde çözülmeyi bekleyen ciddi bir sorun ve kaygı faktörü olarak kendini göstermektedir.

Çalışmamıza göre özellikle dahili bilimlerde çalışanlar olmak üzere hekimlerin en çok kaygı duyduğu mesleki durum fiziksel veya sözel şiddete maruz kalma ihtimalidir. Katılımcıların %86,33'ü (%18,33 kısmen katılıyorum, %68,00 tamamen katılıyorum) şiddete maruz kalmaktan endişe duyduğunu belirtmiştir. Kadın hekimlerde şiddete karşı duyulan kaygı erkek hekimlere göre anlamlı bir şekilde daha fazla saptanmıştır. Hekimlik süresinin ve yaşın artmasıyla şiddete maruz kalma endişesinde azalma göze çarpmaktadır. Ülkemizde 1209 hekimle yapılan bir çalışmada hekimlerin %69,6'sının fiziksel veya sözel şiddete uğradığı tespit edilmiştir (79). Yine 616 hekimle yapılan bir çalışmada da hekimlerin %60,9'unun meslek hayatları süresince şiddete uğradığı belirtilmiştir (80). Şiddet ülkemizde olduğu gibi yurt dışında da hekimlerin muzdarip olduğu evrensel bir sorun haline gelmiştir. İsveç'te 170.000 sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %51'inin fiziksel veya sözel şiddete uğradığı gösterilmiştir (81). Yapılan çalışmalarla bizim sonuçlarımız karşılaştırıldığında verilerimize göre hekimlerin en çok kaygı duyduğu mesleki durumun fiziksel veya sözel şiddete uğramak olması şaşırtıcı değildir. Samsun'da hekim ve hemşirelerde yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan çalışanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri şiddete maruz kalmayan çalışanlara göre daha yüksek saptanmış ve şiddete maruz kalma durumuyla sürekli kaygı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (82). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde sürekli kaygı ile şiddete maruz kalma endişesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Mesleki kaygı faktörlerinden göze çarpan bir diğer unsur da maddi açıdan geçim kaygısıdır. Çalışmaya katılan hekimlerin %75,32'si (%30,66 kısmen katılıyorum, %44,66 tamamen katılıyorum) maddi açıdan geçim kaygısı duyduğunu belirtmiştir. Bu oranın kadınlarda fazla olduğu ve branşlara göre anlamlı bir farklılık

olmadığı görülmüştür. Sürekli kaygı artışıyla beraber maddi kaygıların da arttığı, yaş ve hekimlik süresinin artışıyla da bu kaygının azaldığı belirlenmiştir. Tan ve arkadaşlarının asistan hekimler üzerinde yaptığı bir çalışmada hekimlerin %72,2'sinin yaptıkları iş karşılığında maddi kazançlarının yetersiz olduğunu düşündüğü ve bu durumun da iş tatminlerini etkilediği gösterilmiştir (83). Kılıç ve arkadaşlarının meslek yaşam kalitesinin sağlık çalışanlarının motivasyonları üzerine yaptığı bir çalışmada da mesleki memnuniyetsizliğin en önemli nedeni olarak maaşların yeterli düzeyde olmaması gösterilmiştir (84). Hekimlerdeki bu maddi kaygılara sebep olarak ek ödeme harici maaşların çalışılan saate göre düşük olması, teşvik ödemelerinin performans sistemine dayalı olması, verilen ek ücretlerin emekliliğe yansımaması, belirli bir saat üzerinde tutulan nöbet ücretlerinin ödenmemesi gibi durumlar gösterilebilir.

Sağlık sistemimizdeki bir diğer sorun da artan nüfus ile birlikte sağlık hizmetlerindeki talep artışını karşılamada nicelik olarak yetersiz kalan sağlık personelidir. Özellikle son zamanlarda ülkemize yurt dışından gelen göçlerle birlikte bu sorun kendini iyiden iyiye göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların %82,66'sı (%20,00 kısmen katılıyorum, %62,66 tamamen katılıyorum) hasta muayenesi için yeteri kadar vakit bulamadığını, %85,33'ü (%25,00 kısmen katılıyorum, %60,33 tamamen katılıyorum) ise hasta ve iş yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamaktan endişe ettiğini belirtmiştir. Bu durum özellikle ameliyathane, servis, poliklinik, yoğun bakım gibi pek çok yerde hizmet veren cerrahi bilimlerde daha yüksek endişe kaynağı olarak kendini göstermektedir. Bulgular incelendiğinde hasta muayenesi için vakit ayıramama ve yoğunluktan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulama endişesi ile sürekli kaygı ölçek puanları arasında korelasyon saptanmamıştır. Bu durum, katılımcıların sürekli kaygısı bulunmayan veya hafif şiddette sürekli kaygısı bulunan hekimlerde bile hasta yoğunluğunun önemli bir mesleki kaygı oluşturduğuna ve sürekli kaygıdan bağımsız olarak çözümlenmesi gereken bir sorun olarak değerlendirilebileceğine işaret etmektedir. ABD'de yapılmış bir çalışmada hasta muayenesi için ayrılan optimal sürenin ortalama 15,4 dakika olduğu tespit edilmiştir (85). Kanada'da yapılan başka bir çalışmada ise hastalara 15 dakikadan daha az süre ayrılması durumunun yanlış tanı veya uygunsuz tedavilere sebep olabileceği bildirilmiştir (86). Ülkemizde ise bir hastanın muayenesi için

maksimum 5-10 dakika ayırılabilmesi hem hekimler üzerinde stres ve kaygı oluşturmakta hem de hastaların aldığı hizmet kalitesinde düşüşlere sebep olabilmektedir (87). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise kadınlarda yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulama endişesinin erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Yaş ve hekimlik süresindeki artışla beraber yanlış/eksik tanı veya tedavi endişesinin azaldığı görülmektedir. Bu durum hekimin tecrübesinin zamanla artmasına ve doğru kararı daha hızlı verebilme yetisinin gelişmesiyle açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin %65,66'sı (%29,33 kısmen katılıyorum, %36,33 tamamen katılıyorum) mesleğinin kendi sağlığına zarar verdiğini, %67,66'sı (%28,33 kısmen katılıyorum, %39,33 tamamen katılıyorum) ise mesleğinin sosyal yaşantısını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Sürekli kaygı düzeyi arttıkça bu iki mesleki kaygı düzeyinde de istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür. Kadınlarda mesleğin kendi sağlığına zarar verme düşüncesi erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Özellikle cerrahi branştaki hekimlerin diğer branşlara göre sosyal yaşantılarının daha fazla olumsuz etkilendiği görülmektedir. Mesleki koşullar hekimlerin yalnızca mesleklerini icra ederken gün yüzüne çıkan sorunlar olarak kalmamakta hekimlerin kendi sağlığını ve sosyal yaşantısını da olumsuz etkilemektedir (66,67). Çalışma ve yaşam koşullarındaki bozuklukların hekimlerin daha çok ruhsal sağlığında bozulmalara yol açtığı düşünülse de fiziksel sağlığın da önemli derecede etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Avrupa'da asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada cerrahi asistanların diğer asistanlara göre daha uzun çalışma saatlerine, daha yüksek vücut kitle indeksi ve daha düşük aerobik kondisyona sahip oldukları belirtilmiştir (88). Bu durum fazla çalışma saatine bağlı olarak uyku düzensizliği, yorgunluk, beslenme düzensizliği ve fiziksel tükenmişlikle ilişkilendirilebilir. Sağlık personelleri ile yapılan başka bir çalışmada ise çalışma koşullarındaki uygunsuzlukların personellerde fiziksel ve ruhsal hastalıklara, sakatlanmalara ve iş gücü kaybına neden olabildiği gösterilmiştir (60).

Katılımcıların aldığı eğitimin yeterli gelmeyeceğini düşünme oranı %33,33 (%20,00 kısmen katılıyorum, %13.33 tamamen katılıyorum) olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı ile anlamlı ilişkisi saptanan bu durumun branşlara göre anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Kadın hekimlerde erkeklere göre bu kaygının istatistiksel

açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Yaş ve hekimlik süresinin artmasıyla beraber bu kaygının azaldığı da saptanmıştır. Hekimlerin ve hemşirelerin kaygı nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada hekimlerin malpraktis sonrasında en çok kaygı duyulan durumun yetersiz eğitim olduğu belirlenmiştir (89). Ülkemizde aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada devlet hizmet yükümlülüğü (DHY) kapsamında aile hekimlerinin acil servis, nöbet hizmeti, yoğun bakım gibi branş dışı birimlerde çalışabilmenin hekimlerde iş hayatıyla alakalı memnuniyetsizlik yarattığı buna sebep olarak da uzmanlık eğitimi süresince alınan eğitimin bu gibi branş dışı birimler için yetersiz geleceğinin hekimler tarafından düşünülmesi gösterilmiştir (90).

Çalışmamıza katılan hekimlerde görevlendirme, zorunlu hizmet vb. sebeplerle çalışılan kurumda değişiklik olabilmesi önemli bir kaygı nedeni olarak gözükmektedir. Katılımcıların %75,00'ı (%24,00 kısmen katılıyorum, %51,00 tamamen katılıyorum) bu konuda endişesinin olduğunu belirtmiştir. Sürekli kaygı ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanan çalışılan kurumda değişiklik endişesinin yaş ve hekimlik süresi ile de negatif anlamlı ilişki saptanmıştır. Dahili bilimlerde çalışan ve kadın hekimlerde bu kaygının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Taycan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada DHY'nin hekimlerde stres düzeylerini arttırdığı ve tükenmişliklerinin de artmasına sebebiyet verdiği belirtilmiştir (91). Yine bu çalışmada yaş ile birlikte hekimlerde bu faktörlere bağlı stres ve tükenmişlik düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (91). Bizim çalışmamızda da yaş ve hekimlik süresindeki artış ile birlikte hem sürekli kaygının hem de mesleki kaygının istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı gözlenmektedir. Bu durum, genç hekimlerin mesleki tecrübelerinin az olması, asistan hekimlerin DHY'yi yapmamış olması ve yaşla birlikte bireyin hayatındaki belirsizliklerin azalması gibi durumlara bağlanabilir.

Sağlık çalışanlarında iş tatmininin kaygı, depresyon gibi ruhsal bozuklukların gelişmesinde önemli bir etkisi olduğu düşünüldüğünde iş tatminsizliğine yol açan faktörlerin çalışanlar üzerinde bir kaygı oluşturduğu aşikârdır (67). Çalışılan ortamdaki fiziksel yetersizlikler ya da olanakların eksikliği ise çalışanlarda hem motivasyon eksikliğine sebep olmakta hem de iş tatminlerini olumsuz yönde etkilemektedir (92). Araştırmamıza katılan hekimlerin %56,32'si (%29,66 kısmen

katılıyorum, %26,66 tamamen katılıyorum) çalıştığı ya da çalışacağı kurumdaki fiziksel yetersizliklerin mesleklerini yapmalarına engel olacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Yaş, hekimlik süresi, cinsiyet ve branş bazında değerlendirildiğinde hekimler arasında bu konuda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yine sürekli kaygı ile fiziksel koşullardan duyulan endişe arasında da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada çalışma ortamının fiziki koşulları makul bulanlarda iş doyumunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (83). Ülkemizde 372 hekimle yapılan başka bir çalışmada ise hekimlerin fiziki çalışma koşullarının hizmet vermek için uygun olmadığı görüşüne genel olarak katıldıkları ifade edilmiş ve çalışma koşullarındaki olumsuzlukların hekimlerin verimliliklerini, motivasyonlarını, çalıştığı kurumda hizmet vermeye devam etme isteğini azalttığı belirtilmiştir (93).

Araştırma sonuçlarımıza göre hekimlerin %21,33'ü (%9,33 kısmen katılıyorum, %12,00 tamamen katılıyorum) mesleki kaygılarından dolayı branş değiştirmeyi düşündüklerini belirtmiştir. Uzmanlık alanına göre anlamlı bir farklılık saptanmayan branş değişikliği düşüncesinin yaş ve hekimlik süresinin artışıyla birlikte azaldığı görülmüştür. Kadın hekimlerin erkek hekimlere oranla anlamlı olarak daha fazla branş değişikliği düşündükleri görülürken sürekli kaygı ile branş değişikliği düşüncesi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Asistan hekimlerin iş doyumu üzerine yapılan bir çalışmada hekimlerin %41'i imkânları olsa farklı bir uzmanlık dalı seçebileceklerini dile getirmişlerdir (94). Öğretim görevlisi hekimlerle yapılan başka bir çalışmada da 'daha önce kazanılıp da gidilmeyen ya da eğitimi yarıda bırakılan uzmanlık/doktora dalı varsa bunun sebebi' sorusuna hekimlerin %80,4'ü uzmanlık dalına ait mesleki koşullar cevabını vermişlerdir. Daha sonra ise %11,8 ile maddi ve ailevi nedenler yer almaktadır (95). Tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrasında kariyer seçiminin araştırıldığı bir çalışmada son sınıf öğrencilerinin %57,6'sı uzmanlık branşında tercihlerinin değişmesine sebep olarak 'aileye daha çok zaman ayırmak istemesi' gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada branş tercihlerinin değişmesine sebep olarak çalışacağı branşta hasta profilinin kendisine uygun olmaması, özellikle cerrahi branşta çalışma şartlarının kötüleşmesi, tanı/tedavi için gerekli koşulların çalışılan yerde yeterli olmayacağının düşünülmesi, hekime yönelik şiddetin tercih edilen branşta fazla olması gibi faktörler gösterilmiştir

(96). Bu çalışmalara paralel olarak bizim çalışmamızda da sorgulanan mesleki kaygı sebeplerinin hekimlerde branş değişiminin düşünülmesine neden olabileceği söylenebilir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %24,99'u (%10,33 kısmen katılıyorum, %14,66 tamamen katılıyorum) mesleki kaygılarından ötürü işini değiştirmeyi düşündüğünü belirtmiştir. Sürekli kaygı ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaş ve hekimlik süresindeki artışla beraber meslek değiştirme düşüncesinin azaldığı görülmektedir. Cinsiyet ve uzmanlık alanıyla mesleki kaygılardan dolayı iş değiştirmeyi düşünme arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışanların %57,8'i mesleklerini bırakma düşüncesinin olduğunu belirtmiştir (97). Tekin ve arkadaşlarının aile sağlığı merkezinde yaptığı çalışmada ise katılımcıların %17,5'i çalışmakta olduğu işi bırakma düşüncesinin olduğunu bildirmiştir (98). Çeler ve arkadaşlarının çalışmasında ise asistan hekimlerin %63,2'si imkanları olsa farklı bir meslek dalı tercihi yapabileceklerini belirtmiştir (94). Literatür çalışmaları incelendiğinde meslekten ayrılma düşüncesinin özellikle çalışma ve yaşam koşulları ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Çalışkan ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında işten ayrılma niyeti ile ilgili yaptıkları çalışmada aşırı iş yükü, iş tatmini ve yaşam tatmini ile işten ayrılma niyeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (99). Ülkemizdekine benzer şekilde yurt dışında da yapılan çalışmalarda hekimlerin doğrudan hasta bakım hizmetinden ayrılmalarına sebep olarak çalışma saatlerinin uzunluğu ve psikososyal çalışma koşullarındaki olumsuzluklar gösterilmiştir (100).

Araştırmamıza katılan hekimlerde mesleki kaygıları neticesinde branş, kurum ve meslek değiştirme düşünceleri katılımcıların yaklaşık olarak 1/4' inde mevcutken farklı bir ülkede çalışmayı düşünenlerin oranı %52,66 (%22,00 kısmen katılıyorum, %30,66 tamamen katılıyorum) olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin göç sebepleri incelendiğinde olumsuz çalışma ve yaşam koşulları, sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği, düşük ücret, sınırlı kariyer ve eğitim olanakları, personel yetersizliği nedeniyle oluşan aşırı iş yükü ve iş memnuniyetsizliği, politik zorluklar, şiddet ve güvenlik endişesi göze çarpan etkenlerden bazılarıdır (101). Çalışmamızda da bu etkenlerden bazıları mesleki kaygı faktörü olarak irdelenmiştir. Hekimlerin branş, kurum veya meslek değiştirme düşünceleri ile farklı bir ülkede çalışmayı

düşünmeleri arasındaki azımsanmayacak farka neden olan etkenler araştırılması gereken ayrı bir konu olarak dikkat çekmektedir. Başka bir ülkede çalışma düşüncesi cinsiyet, yaş ve hekimlik süresine göre anlamlı bir farklılık göstermezken cerrahi branşta çalışanlarda anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca farklı bir ülkede çalışma düşüncesi ile sürekli kaygı puanları arasında da anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Tengiz ve arkadaşlarının 2020 yılında tıp fakültesi son sınıf öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %39,1'i mezuniyet sonrasında kariyerlerine yurt dışında devam etmeyi düşündüklerini belirtmişlerdir (102). Yine 2021 yılında tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da öğrencilerin %36,2'si mesleklerini yurt dışında yapmayı düşündüklerini söylemişlerdir (103). Hekimlerin yurt dışına göç sebepleri de incelendiğinde, bizim çalışmamızda bu oranın daha yüksek olması, hekimlerin mesleğe başlamasıyla beraber çalışma koşullarındaki olumsuzlukları birebir tecrübe etmeleri ve mesleki kaygılarının gelecek planlarını şekillendirmesi ile ilişkilendirilebilir. Yine de hekimlerin yurt dışında çalışma düşüncelerinin ve bu düşüncelerin oluşmasında etkili olan faktörlerin detaylı olarak incelenebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma örneklemimizin tek bir hastaneyi kapsıyor olması ve bahsi geçen mesleki kaygı faktörlerinin her bir hastane ve klinik için farklılık göstermesi nedeniyle elde edilen veriler, tüm hekimleri kapsayıcı biçimde kesin yargılarda bulunmamızı engellemektedir. Araştırma evreni değiştiğinde sonuçların da değişebileceği göz önüne alındığında bu konuda daha fazla araştırma yapılması hekimlerin mesleki sorunlarını ortaya koyma konusunda aydınlatıcı olacaktır. Ayrıca hekimlerde mesleki kaygı oluşturabilecek pek çok faktör bulunmaktadır ve çalışma kapsamında tüm faktörlerin ayrı ayrı incelenebilmesi mümkün olmamaktadır. Araştırmamızın kısıtlılığı olarak nitelendirilebilecek bu durumlar ayrı bir çalışma konusu olarak da değerlendirilebilir.

Çalışmamızda hekimlerin kaygı durumları asistan, uzman veya öğretim üyesi olmasına bakılmaksızın değerlendirilmiştir. Araştırmamız için bu durum kısıtlılık oluşturmaktadır. Mesleki çalışma koşulları hekimlerin unvanlarına göre değişkenlik gösterebilir. Bu durum hekimlerde kaygı düzeylerinde ve kaygı oluşturan faktörlerde

değişkenlik oluşmasına sebebiyet verebilir. Bu yönüyle hekimlerin unvanlarına göre mesleki kaygılarının araştırılması literatüre katkı sağlayacaktır.

Literatür incelendiğinde bireylerin kaygı düzeylerine birçok sosyodemografik faktörün etki edebileceği görülmektedir. Çalışmamızda bu sosyodemografik faktörlerin bir kısmına yer verilmiş olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda kullanılan Mesleki Kaygı Anketi bir ölçek olmayıp araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Bu nedenle mesleki kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik kullanılan kesme noktaları da araştırmacılar tarafından belirlenmiştir. Literatürde hekimlerde mesleki kaygı ile ilgili ölçek bulunmaması bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır. Bu konuda yapılacak çalışmaların ve ölçek oluşturulmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan bireyler soruları cevaplarken hissettikleri ya da düşündükleri cevapları vermek yerine olması gerektiğine inandıkları yanıtları vermiş olabilirler. Hawthorne etkisi olarak bilinen bu durumun anket olarak uygulanan çalışmamızda bir kısıtlılık oluşturduğu söylenebilir. Bu ve buna benzer etkileri minimuma indirmek amacıyla ankette katılımcıların kimlik bilgileri sorgulanmamıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hekimlik, alınan sorumluluklar ve çalışma koşulları açısından değerlendirildiğinde çok sayıda stres faktörüne maruz kalınan, ruhsal ve fiziksel anlamda oldukça yıpratıcı bir meslektir. Çalışma koşullarındaki olumsuzlukların ve mesleğin doğası gereği maruz kalınan stres faktörlerinin hekimlerde kaygı, depresyon, tükenmişlik sendromu gibi ruhsal bozukluklara yol açabilmesinin yanı sıra bedensel sağlığı da önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Hekimin hem ruhsal hem de bedensel sağlığının korunması ve iyileştirilmesi toplum sağlığı açısından da büyük önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalar tam bir iyilik hali içerisinde bulunamayan hekimlerin verdiği sağlık hizmeti kalitesinde düşüşlerin meydana geldiğini ve buna bağlı olarak toplum sağlığının da olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Bu çalışmada da hekimlerde mesleki kaygı oluşturan faktörlerin incelenmesi ve bu faktörlerin hekimlerin sürekli kaygısı ile olan ilişkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen veriler ile hekimlerin kaygı düzeylerinin azaltılabilmesi adına kaygı oluşturan mesleki koşulların iyileştirilmesi yönünde yapılacak çalışmalarda literatüre katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Araştırmamıza göre hekimlerde orta düzeyde mesleki kaygı ve orta düzeyde sürekli kaygı saptanmıştır. Mesleki kaygı ile sürekli kaygı arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hekimlerin mesleki kaygı düzeyleri arttıkça sürekli kaygılarının da arttığı görülmektedir.

Verilerimiz incelendiğinde hekimlerin en çok kaygı duyduğu konunun şiddet olduğu göze çarpmaktadır. Bu konuda hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması sağlık hizmetinde birinci öncelik olmalıdır. Toplumun bilinçlendirilmesi, güvenlik önlemlerinin arttırılması, şiddet gösteren bireylerin caydırıcı yaptırımlara maruz bırakılması bu sorunun önüne geçmek adına yapılması elzem olan uygulamalardır.

Hekimlerin mesleki kaygılarının azaltılmasının sürekli kaygı düzeylerine de olumlu katkı yapacağı görülmektedir. Hekimlerde kaygı düzeyinin azaltılmasına yönelik olarak öncelikle mesleki koşullarda iyileştirmeler sağlanmalıdır. Hasta yoğunluğunun azaltılması, çalışma saatlerinin yaşam kalitesini bozmayacak şekilde

düzenlenmesi, çalışma ortamındaki fiziki koşulların düzeltilmesi, maddi açıdan iyileştirmeler yapılması, rutin olarak hekimlere ruhsal iyilik taramaları yapılması ve gerektiğinde psikoterapi desteği verilmesi, toplum eğitiminin ve bilincinin arttırılması çalışmamızda bahsi geçen sorunları çözmek adına ilk etapta atılması gereken adımlar olarak düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına acil yaklaşım, takip ve tedavi. Turkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences. 2007;3(42):24–31.
2. Lee J, Graham A V. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. Medical education. 2001;35(7):652–9.
3. Spielberger CD. Anxiety: Current trends in theory and research. Elsevier; 1972. 1–19 p.
4. Lindholm M, Dejin-Karlsson E, Westin J, Hagström B, Udén G. Physicians as clinical directors: working conditions, psychosocial resources and self-rated health. Occupational Medicine. 2004;54(3):182–9.
5. Tokuda Y, Hayano K, Ozaki M, Bito S, Yanai H, Koizumi S. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a path analysis. Industrial health. 2009;47(2):166–72.
6. Astor A, Akhtar T, Matallana MA, Muthuswamy V, Olowu FA, Tallo V, et al. Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. Social science & medicine. 2005;61(12):2492–500.
7. Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB, et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. Annals of internal medicine. 2009;151(1):28–36.
8. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. Social science & medicine. 2001;52(2):203–13.
9. Vanagas G, Bihari-Axelsson S. The factors associated to psychosocial stress among general practitioners in Lithuania. Cross-sectional study. BMC Health Services Research. 2005;5(1):1–8.
10. Chan AOM, Huak CY. Influence of work environment on emotional health in a health care setting. Occupational medicine. 2004;54(3):207–12.
11. Karaoğlu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: Bir vaka kontrol çalışması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2009;13(3):119–26.
12. Çıtıl R, Keten M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Uzmanlık Tercihleri ve Mesleki Kaygı Düzeyleri. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 13(3):171–92.
13. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, Özan S, Güldal D, Başak O. Tıp eğitimi son sınıf öğrencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;21(1):19–24.
14. Organization WH. Depression and other common mental disorders: global health estimates.

[Internet]. World Health Organization. 2017 [cited 2022 Oct 5]. p. 1–24. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610

15. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. British Medical Journal. 1994;309(6964):1261–3.

16. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;20(3):157–64.

17. Öner N. Durumluk ve sürekli kaygı envanterinin Türk toplumundaki geçerliliği. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara. 1977.

18. Şahin M. Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2019;6(10):117–35.

19. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. Anxiety and behavior. 1966;1(3):3–20.

20. Geçtan E. Psikanaliz ve sonrası. 10.Basım. İstanbul:Metis Yayınları. 2006. 222 p.

21. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985. 1–26 p.

22. Manav F. Kaygı kavramı. Toplum Bilimleri Dergisi. 2011;5(9):201–11.

23. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. The American Journal of Psychiatry. 1987;144(12):1561–6.

24. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. Anadolu psikiyatri dergisi. 2007;8(4):241–7.

25. Horwath E, Gould F, Weissman MM. Epidemiology of anxiety disorders. Textbook in psychiatric epidemiology. 2011;(3):311–28.

26. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. 1998;1:77–98.

27. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1994;51(1):8–19.

28. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21(21):591–643.

29. Davidson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychological medicine. 1993;23(3):709–18.

30. Memık NÇ, Yildiz Ö, Tural Ü, Ağaoğlu B. Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme.

Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi. 2011;48(1):4–10.

31. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011;45(2):65–74.

32. Stopa L, Clark DM. Cognitive processes in social phobia. Behaviour research and therapy. 1993;31(3):255–67.

33. Lucock MP, Salkovskis PM. Cognitive factors in social anxiety and its treatment. Behaviour Research and Therapy. 1988;26(4):297–302.

34. Sungur MZ. Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar ve sosyal fobi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2000;3(2):27–32.

35. Tamam L, Demirkol ME. Anksiyete Bozuklukları. Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi. 2019;1:1641–4.

36. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1996;53(2):159–68.

37. Bienvenu OJ, Onyike CU, Stein MB, Chen L-S, Samuels J, Nestadt G, et al. Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. The British Journal of Psychiatry. 2006;188(5):432–8.

38. Wittchen H. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. Depression and anxiety. 2002;16(4):162–71.

39. Wittchen H-U, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. The Journal of clinical psychiatry. 2002;63(8):7712.

40. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 236–272 p.

41. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. European Neuropsychopharmacology. 2005;15(4):445–52.

42. Saatçioğlu Ö. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001;11(1):60–77.

43. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2004;65:20–6.

44. Hocaoglu C, Gulec MY, Durmus I. Psychiatric comorbidity in patients with chest pain without a cardiac etiology. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2008;45(1):49–54.

45. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):276–85.

46. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. Klinik Psikiyatri. 2003;6(3):152–7.

47. Atasoy N, Atasoy HT, Ünal A, Konuk N, Atik L. Süregen günlük baş ağrısında psikiyatrik komorbidite. Klinik Psikiyatri. 2004;7:26–31.

48. Kökçam İ, Dilek N. Dermatoloji Kliniğinde Tedavi Gören Hastalar İçin İstenen Psikiyatri Konsültasyonları. Fırat Üniversitesi Sağlık bilimleri Tıp Dergisi. 2010;24(1):21–4.

49. Baykal NB. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Türkiye'deki Yaygınlığı, Ek Tanıları ve Tedavisinin İncelenmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;54:539–48.

50. Hales RE, Hilty DA, Wise MG. A treatment algorithm for the management of anxiety in primary care practice. Journal of Clinical Psychiatry. 1997;58(3):76–80.

51. Marnane C, Silove D. DSM-5 allows separation anxiety disorder to grow up. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2013;47(1):12–5.

52. Tükel R. Panik bozukluğu. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2002;5(3):5–13.

53. Tamam L. Panik bozukluk. Actual Medicine Dergisi. 2009;3:32–8.

54. Saygılı S, Karamustafaoğlu O. Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23(1):32–7.

55. Starcevic V. Anxiety Disorders in Adults A Clinical Guide. Oxford university press; 2009. 16–102 p.

56. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2002;41(8):938–46.

57. Rogoll J, Petzold M, Ströhle A. Selektiver Mutismus. Der Nervenarzt. 2018;89(5):591–602.

58. Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. European Journal of Public Health. 2007;17(5):514–9.

59. Çobanoğlu Ş. Mobbing: İşyerinde duygusal saldırı ve mücadele yöntemleri. Timaş Yayınları; 2005. 269–286 p.

60. Horrigan JM, Lightfoot NE, Larivière MAS, Jacklin K. Evaluating and improving nurses' health and quality of work life: A cross-sectional study of Korean blue collar workers employed by small businesses. Workplace Health & Safety. 2013;61(4):173–81.

61. Medisauskaite A, Kamau C. Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study. BMJ open. 2019;9(5):1–17.

62. Medisauskaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. Psychiatry research. 2019;274:383–90.

63. Bovier PA, Perneger T V. Stress from uncertainty from graduation to retirement—a population-based study of Swiss physicians. Journal of general internal medicine. 2007;22(5):632–8.

64. Sun W, Fu J, Chang Y, Wang L. Epidemiological study on risk factors for anxiety disorder among Chinese doctors. Journal of occupational health. 2012;54(1):1–8.

65. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD). 2016;8(15):137–50.

66. Saygılı M, Avcı K, Sönmez S. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesine ilişkin bir değerlendirme: Bir kamu hastanesi örneği. The Journal of Academic Social Science Studies. 2016;52:437–51.

67. Yilmaz A. Burnout, job satisfaction, and anxiety-depression among family physicians: A cross-sectional study. Journal of family medicine and primary care. 2018;7(5):952–6.

68. Earle L, Kelly L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. Canadian Family Physician. 2005;51(2):242–3.

69. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. New England Journal of Medicine. 2004;351(18):1838–48.

70. Northcott H, Vanderheyden L, Northcott J, Adair C, McBrien-Morrison C, Norton P, et al. Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. International journal for quality in health care. 2008;20(2):115–22.

71. Flotta D, Rizza P, Bianco A, Pileggi C, Pavia M. Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians. International Journal for Quality in Health Care. 2012;24(3):258–65.

72. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2010;8(2):100–11.

73. Sesti A-M. State Trait Anxiety Inventory (STAI) in medication clinical trials. Quality of Life Newsletter. 2000;15–6.

74. Başpınar R, Cihan F, Kutlu R. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2016;7(25):1–9.

75. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa sağlık grup başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumluluk ve sürekli kaygı düzeyi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2002;55(1):21–8.

76. Halbreich U. Anxiety disorders in women: a developmental and lifecycle perspective. Vol. 17, Depression and anxiety. Wiley Online Library; 2003. p. 107–10.

77. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(3):137–49.

78. Beschoner P, Jerg-Bretzke L, Braun M, Schoenfeldt-Lecuona C, Rottler E, Brück A, et al. Mobbing Among Hospital Physicians [Internet]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). 2021 [cited 2022 Oct 31]. Available from: https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1581-7896

79. Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. Journal of interpersonal violence. 2006;21(2):276–96.

80. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2009;28(3):15–23.

81. Menckel E, Viitasara E. Threats and violence in Swedish care and welfare–magnitude of the problem and impact on municipal personnel. Scandinavian journal of caring sciences. 2002;16(4):376–85.

82. Gökçe T, Dündar C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2008;15(1):25–8.

83. Makbule TAN, Özçakar N, Kartal M. Asistan hekimlerin tıpta uzmanlık eğitimi kapsamında mesleki memnuniyetleri ve yaşam koşulları ile ilişkisi. Marmara Medical Journal. 2012;25(1):20–5.

84. Kılıç R, Keklik B. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2012;14(2):147–60.

85. Landau D-A, Bachner YG, Elishkewitz K, Goldstein L, Barneboim E. Patients' views on optimal visit length in primary care. The Journal of Medical Practice Management. 2007;23(1):12–5.

86. Lowes RL. Are you expected to see too many patients? Medical economics. 1995;72(6):52–9.

87. Yardım MS, Eser E. Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır? Turkish Journal of Public Health. 2017;15(1):58–67.

88. Perrin DL, Cordingley DM, Leiter JR, MacDonald PB. Physical fitness of medical residents: Is the health of surgical residents at risk? Canadian Journal of Surgery. 2018;61(5):345–9.

89. Tülin T, Kutanis RÖ. Doktor ve Hemşirelerde Kaygı Nedenleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2015;6(13):62–71.

90. Başak O, Utlu Y. Uzmanlık eğitimini yeni bitirmiş aile hekimliği uzmanlarının yeni çalışma dönemlerine bakışları ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasından beklentileri. The

Journal of Turkish Family Physician. 2018;9(4):98–103.

91. Taycan O, Erdoğan Taycan S, Çelik Ç. Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir ilde devlet hizmet yükümlülüğü'nün hekimler üzerindeki etkileri ve tükenmişlik. Türk Psikiyatri Dergisi. 2013;24(3):182–91.

92. Korkmaz S. Hastanelerde doktor, hemşire ve ebelerin motivasyonunu etkileyen faktörler: bir uygulama (Uzmanlık Tezi). Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Mersin; 2008.

93. Hüseyin E. Hekimlerin Şanlıurfa'daki çalışma ve yaşam koşulları hakkındaki görüşleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 16(2):399–409.

94. Çeler A. Tıp fakültesi'ndeki araştırma görevlilerinde depresyon düzeyinin iş doyumu ile ilişkisinin incelenmesi. Konuralp Medical Journal. 2015;7(3):125–34.

95. Şahin E. Tıpta Uzmanlık Öncesi Saha Hizmeti Yapılmasının Uzmanlık Tercihleri ve Tıp Eğitimi Üzerine Katkısı (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne; 2017.

96. Ergin A, Dikbaş E, Bozkurt Aİ, Atçeken G, Gürbüz H, Yılmaz C, et al. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Kariyer Seçimi ve Etkileyen Faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2011;32(32):8–17.

97. Ferit K, Oğuzöncül AF. Birinci basamak sağlık çalışanlarında iş doyumu ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi. 2016;43(2):248–55.

98. Tekin Ç, Bozkır Ç, Sazak Y, Özer A. Malatya il merkezinde çalışan aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri, iş doyumu düzeyleri ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2014;19(3):135–9.

99. Çalışkan A, Bekmezci M. Aşırı iş yükünün işten ayrılma niyetine etkisinde iş tatmini ve yaşam tatmininin rolü, sağlık kurumu çalışanları örneği. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019;31:381–431.

100. Degen C, Li J, Angerer P. Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. Human resources for health. 2015;13(1):1–12.

101. Yıldırım T. Sağlık çalışanları ve uluslararası göç: Göç nedenleri üzerine bir inceleme. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2009;62(3):87–94.

102. Tengiz Fİ, Babaoğlu AB. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kariyer tercihleri ve bu tercihleri etkileyen faktörler. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2020;27(1):67–78.

103. Balcı Yapalak AN, Uçar A, Yüce S, Ataç Ö. Tıpta uzmanlık seçimini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2021;84(1):120–9.

8. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Şuayb Erkan TERCAN

Doğum yeri-tarihi :

Uyruğu :

Medeni durumu

İletişim

Yabancı dili

II. Eğitimi

S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Asistanlık Eğitimi (22.04.2020 - halen)

Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi (2017)

III. Ünvanları

Doktor, Aile Hekimliği Asistanı

IV. Mesleki Deneyimi

S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Asistan Doktor (27.04.2020 - halen)

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2018-2019)

Erzurum Karaçoban Devlet Hastanesi (2018)

9. EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Değerli Katılımcı; Anketteki sorular "Üçüncü basamak bir hastane örneğinde hekimlerin mesleki ve sürekli kaygı ölçek puanlarının karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmasında kullanılacak; başka hiçbir amaçla farklı bir değerlendirmeye tabi tutulmayacak ve üçüncü şahıs ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Vereceğiniz cevapların doğruluğu araştırma sonuçlarının faydalılığını etkileyecektir. Göstermiş olduğunuz ilgi ve katkılarınız için teşekkür eder sağlıklı günler dileriz.

Araştırma Ekibi

Dr. Şuayb Erkan Tercan – Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu

1. Yaşınız? .....

2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın 2. Erkek

3. Tıpta uzmanlık alanınız?

1. Dahili bilimler

2. Cerrahi bilimler

3. Temel bilimler

4. Kaç yıldır hekim olarak çalışıyorsunuz? .....

EK-2: MESLEKİ KAYGI ANKETİ

Maddeler	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Mesleğimin kendi sağlığıma zarar verdiğini düşünüyorum					
2.Mesleğimin sosyal yaşantımı olumsuz etkilediğini düşünüyorum					
3.Aldığım eğitimin mesleki olarak yeterli gelmeyeceğini düşünüyorum					
4. Çalıştığım/ çalışacağım kurumdaki fiziksel yetersizliklerin mesleğimi yapmama engel olacağını düşünüyorum					
5. Hasta muayenesi için yeterli vakit ayıramıyorum					
6. Hasta yoğunluğundan dolayı yanlış/eksik tanı veya tedavi uygulamak beni					

endişelendiriyor					
7. Maddi açıdan geçim kaygısı duyuyorum					
8. Görevlendirme, zorunlu hizmet vb nedenlerle çalıştığım kurumun değişebilmesi beni endişelendiriyor					
9. Hasta/hasta yakınları tarafından fiziksel veya sözel şiddete maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor					
10. Çalıştığım/çalışacağım kurumda mobbinge maruz kalma ihtimali beni endişelendiriyor.					
11. Mesleki kaygılarımdan dolayı branşımı değiştirmeyi düşünüyorum					
12. Mesleki kaygılarımdan dolayı çalıştığım kurumu değiştirmeyi düşünüyorum					

13. Mesleki kaygılarımdan dolayı işimi değiştirmeyi düşünüyorum					
14. Mesleki kaygılarımdan dolayı farklı bir ülkede çalışmayı düşünüyorum					

EK-3: SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)

14.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4: TEZ KONUSU ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.08.2022-152708

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--152708 10.08.2022
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 04.08.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır. Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 101 (yüz bir) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek 'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Cüneyt GÖKSOY
Dekan V.

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığına
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Hava ve Uzay Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

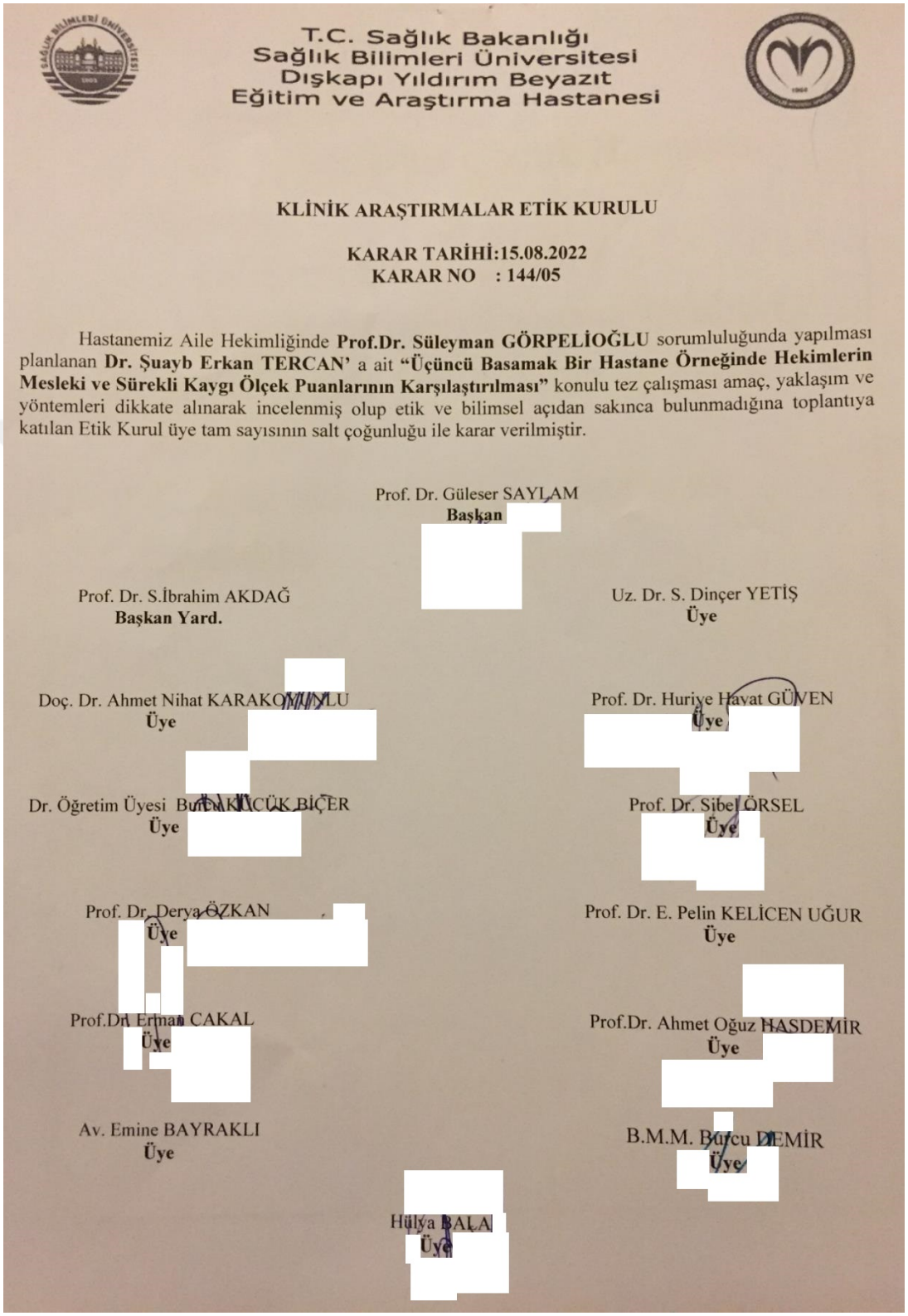
Belge Doğrulama Kodu :*BSL5DY1A50* Pin Kodu :25432 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys

Adres:Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618 Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon:0 312 304 61 73 Faks:0 312 304 61 90
Web:http://sbu.edu.tr
Kep Adresi:sbu@hs01.kep.tr
Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman

u belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

17.	Dr.Mustafa POLATTİMUR	Ankara Şehir SUAM	Aile Heklimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Spiritüalite Düzeyi ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulaması	Kabul Edildi.
18.	Dr.Süeda Aybike SÖNMEZ	GTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.Bşk.lığı	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ergenlerde ekran maruziyeti düzeyi siber zorbalık mağdur ve li olma ile disosiyatif deneyimler arsındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrolerle karşılaştırılması	Kabul Edildi.
19.	Dr.Oya GÜLEŞEN	GTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.Bşk.lığı	Anoreksiya nervoza tanısı olan ergenlerde emosyon regülasyonu ve aleksemitinin ankisiyete ve defresif semptomlarla ilişkisi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması	Kabul Edildi.
20.	Dr.Nezaket Merve YAMAN AKKUŞ	Ankara Şehir SUAM	Akut pulmoner emboli hastalarında CRP/Albumin oranı ve AST/ALT oranı ile SPESİ skoru arasındaki ilişki	Kabul Edildi.
21.	Dr. Merve EKREN ÖZTÜRK	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Orta ve şiddetli akne vulgaris hastalarında serum Nesfatin-1 seviyesinin değerlendirilmesi hastalık şiddeti ve yaş ile ilişkisi	Kabul Edildi.
22.	Dr. Atakan BESNEK	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Anevrizmal subaraknoid kanama sonrası hemoglobin düzeyleri ile vazospazm, serebral iskemi ve klinik sonuçlar arasındaki ilişkinin incelenmesi	Kabul Edildi.
23.	Dr. Cansu EKİCİ	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Litotomi pozisyonunda retrograd intreneral cerrahi geçirecek olan Hastaların optik sinir kılıf çapının ultranasonoğrafi olarak değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
24.	Dr.Denizhan DEMİR	Ankara Şehir SUAM	İlk trimesterde uyku bozukluğunun gebeliğin ilerleyen dönemlerindeki preeklampsi , gestasyonel diabetes mellitus ,intrauterin gelişme kısıtlılığı,preterm eylem,acil sezaryan doğum düşük doğum ağırlığı ve ölü doğum gibi kötü obstetrik sonuçlar açısından takip edilmesi	Kabul Edildi.
25.	Dr. Dilara URYAN	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	İnsidan periton diyalizi hastalarında uzun süreli ürik asit seviyesi değişimlerinin mortalite ile ilişkisinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
26.	Dr.Hilal GÜRBÜZ TÜRKMEN	GTF Aile Hekimliği AD.Bşk.lığı	65 yaş ve üstü hastaların günlük ve enstrümental yaşam aktivitelerindeki bağımlılık seviyesi ile cilt lezyonları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
27.	Dr.Hasan SOYLU	GTF Anesteziyoloji ve Rea AD.Bşk.lığı	Laporoskopik kolesistektomi cerrahisi yapılan hastalarda intreperatif ölçülen oksijen rezerv indeks(ori) değerinin postoperatif hipoksemiyi tahmin etmedeki rolü	Kabul Edildi.
28.	Dr.Gül Özge YILMAZ	Ankara Sağlık SUAM	Hipertansiyon hastalarının tansiyon takibinde etkisi olan faktörlerin araştırılması	Kabul Edildi.
29.	Dr.Hakan MERT	Ankara Sağlık SUAM	Descemet Mebran Endotelyal Keratoplasti sonrası yüksek sıralı aberasyonlar ve asferisite	Kabul Edildi.
30.	Dr.Timuçin YILDIRIM	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Helicobocter pylori enfeksiyonunun neden olduğu kronik gastritte kullanılan Sydney klasifikasyonu parametreleri üzerine diabetes mellitusun etkisinin araştırılması	Kabul Edildi.
31.	Dr. Merve BADILLI	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Hekimlerde algılanan stres düzeyinin Gastrointestinal semptomlarla ilişkisi	Kabul Edildi.
32.	Dr. Mehmet Emin DEMETÇİ	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Ankara Mamak Vatan Aile Sağlığı Merkezi polikliniğinde raporlu kronik hastalığı olanlar ve olmayanların COVID-19 aşı olma oran ve sıklığının karşılaştırılması	Kabul Edildi.
33.	Dr. Şuayb Erkan TERCAN	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Üçüncü basamak bir hastane örneğinde hekimlerinin mesleki ile sürekli kaygı ölçek puanlarının karşılaştırılması	Kabul Edildi.
34.	Dr. Derman Asiye EKER	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	COVİD-19 Pandemisi sürecinde hastalar tarafından geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı oranları ve tecrübeleri	Kabul Edildi.

EK-5: ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ:15.08.2022
KARAR NO : 144/05

Hastanemiz Aile Hekimliğinde **Prof.Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU** sorumluluğunda yapılması planlanan **Dr. Şuayb Erkan TERCAN'** a ait **"Üçüncü Basamak Bir Hastane Örneğinde Hekimlerin Mesleki ve Sürekli Kaygı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması"** konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Uz. Dr. S. Dinçer YETİŞ
Üye

Doç. Dr. Ahmet Nihat KARAKOYUNLU
Üye

Prof. Dr. Huriye Hayat GÜVEN
Üye

Dr. Öğretim Üyesi Burcu KÜÇÜK BİÇER
Üye

Prof. Dr. Sibel ÖRSEL
Üye

Prof. Dr. Derya ÖZKAN
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Prof.Dr. Erman CAKAL
Üye

Prof.Dr. Ahmet Oğuz HASDEMİR
Üye

Av. Emine BAYRAKLI
Üye

B.M.M. Burcu DEMİR
Üye

Hülya BALA
Üye