



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ'NDE
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN DOKTORLARDA
DEPRESYON, ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mikail DEMİR

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2021



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ'NDE
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN DOKTORLARDA
DEPRESYON, ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mikail DEMİR

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Cengiz AKKAYA

BURSA-2021

İÇİNDEKİLER

Özet.....	II
İngilizce Özet.....	III
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Depresyon	4
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	4
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji.....	5
2.1.4. Belirti ve Bulgular	6
2.1.5. DSM-V Depresyon Bozuklukları	6
2.1.6. Yeğın Depresif Bozukluk	7
2.1.7. Ayırıcı Tanı.....	8
2.1.8. Tedavi	8
2.2. Anksiyete	9
2.2.1. Tanım ve Tarihçe	9
2.2.2. Epidemiyoloji	10
2.2.3. Etiyoloji.....	11
2.2.4. DSM-V Anksiyete Bozuklukları.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Örneklem Seçimi	16
3.2. Veri Toplama Araçları	16
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	16
3.2.2. Beck Depresyon ölçeği (BDÖ)	17

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	18
3.3. İstatistiksel Yöntem.....	18
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	36
6. KAYNAKLAR.....	47
7. EKLER.....	56
8. TEŞEKKÜR.....	62
9. ÖZGEÇMİŞ.....	63

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Depresyon, Anksiyete Düzeyleri Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesidir.

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan 283 Doktor gönüllü olarak katılmıştır. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar Beck Depresyon Ölçeği (Beck-D), Beck Anksiyete Ölçeği (Beck-A) ve Sosyodemografik Veri Formu doldurmuşlardır.

Çalışmamızda, kadın araştırma görevlisi doktorların, sosyal etkinliklere yeterince katılmadığını düşünenlerin, branşı dışında ihtisas yapmak isteyenlerin, uzmanlık eğitimini sürdürdüğü branşı bırakmayı düşünenlerin, günde ortalama 30'dan fazla hasta bakanların, çalışma ortamındaki fiziki şartların yeterli olmadığını düşünenlerin, nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünenlerin, ihtisas dalının ülkemizdeki geleceğini kötü olarak görenlerin, mevcut iş yerinden memnun olmayanların, meslektaşlarından yeterince destek görmediğini düşünenlerin, çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileri ile uyum içerisinde çalışmadığını düşünenlerin, amir ve çalışma arkadaşlarıncı yapılan işin takdir edilmediğini düşünenlerin, klinikteki çalışma koşullarını zor olarak tanımlayanların, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kalanların, psikiyatrik ilaç kullananların BD ve BA puanları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma görevlisi doktorlardaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin, birçoğu değiştirilebilir ve düzenlenebilir şartlar ve koşullar ile korelasyon göstermesi hipotezimle tutarlı bir sonuç ortaya koymuştur. Elden geldiğince şartların iyileştirilmesi bizlerin ruhsal anlamda yararına sonuçlar doğuracağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Araştırma görevlisi doktor

ABSTRACT

Evaluation Of Depression, Anxiety Levels And Affecting Factors In Doctors Who Work As Research Assistant At Bursa Uludag University Medical Faculty Hospital

The aim of this study is; Evaluation of Depression, Anxiety Levels and Affecting Factors in Doctors Working as Research Assistants in Bursa Uludağ University Medical Faculty Hospital.

283 physicians working as research assistants in Bursa Uludağ University Medical Faculty Hospital participated in our study voluntarily. Participants were evaluated cross-sectionally once. Participants filled out the Beck Depression Scale (Beck-D), Beck Anxiety Scale (Beck-A) and Sociodemographic Data Form.

In our study, those who think that they cannot participate in social activities sufficiently, those who want to specialize outside their branch, those who intend to leave their specialty training, those who examine more than 30 patients per day, who think that the physical conditions in the working environment are not sufficient, those who think that the number of shifts are above the acceptable level, those who see their future as bad, those who are not satisfied with their current workplace, those who think they do not receive enough support from their colleagues, those who think that they cannot work in harmony with their supervisors / faculty members / seniors in the working environment, those who think that the work done by their supervisors and colleagues are not appreciated, those who define the working conditions in the clinic as difficult, those who were threatened by the patient or their relatives and those using psychiatric drugs BD and BA scores were found to be higher.

It is consistent with my hypothesis that the levels of depression and anxiety in research assistant physicians correlate with circumstances and conditions, many of which can be modified and regulated. It was thought that

improving the conditions as much as possible would produce results that would benefit us spiritually.

Keywords: Depression, Anxiety, Research Assistant

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimlik mesleği saygın bir meslek olmakla beraber hem fiziksel hem de zihinsel açıdan çok yıpratıcıdır. Uzman hekim olabilmek için asistanlık sürecinden geçmek gerekmektedir. Asistan hekim yahut diğer adıyla araştırma görevlisi doktor; Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre tıp hekimliği uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olmak amacıyla öğrenim, eğitim, araştırma ve uygulama yapmak için atanan tıp doktorlarına denilmektedir (1).

Genel olarak toplumda ve sağlık çalışanları özelinde depresyon ve anksiyete önde gelen psikiyatrik tablolar olarak görölmektedir. Depresyon, insanın yaşama isteğinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşüncelerin olduğu, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık ve suçluluk duygu ve düşüncelerinin olduğu, bazen suicidal düşüncelerin ve sonucunda ölümün görülebileceği, uyku, cinsel istek ve iştahta fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (2).

Anksiyete; kaygı, bunaltı, sıkıntılı durum anlamına gelmektedir. Çarpıntı, nefes almada zorlanma, hızlı nefes alma, boğulma hissi, kalp hızının artması, el ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri mevcuttur. Aynı zamanda sıkıntı, heyecan, ansızın kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri de vardır (3).

Sağlık sektörü hem fiziksel hem de zihinsel açıdan oldukça yıpratıcı bir meslek grubudur. Sağlık alışanları, iş yükünün artması, bazen yaşamsal tehditler alabilecek görev ve sorumlulukları barındırması, uykusuzluk, malpraktis korkusu, iş ortamının hastalık bulaşma riskleri, hızlı olmak için zamanla yarışma ve olumsuz iş ilişkileri gibi birçok nedenden olumsuz olarak etkilenmektedir (4). Bu nedenle yoğun stres altında bulunan sağlık alışanlarında azalmış savunma mekanizması patolojik nedenlere ulaşarak anksiyete, yüksek stres düzeyi, alkol kullanımı ve bağımlılığı ve depresyon gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu durumun seyri hem sağlık

çalışanlarının sağlığı hem de hasta bakım hizmetinde bozulmalara neden olmaktadır (5, 6). Ülkemizde bu eğitim usta-çırak ilişkisine dayanmakta ve geçmişten gelen hiyerarşik düzene oldukça bağlı olarak devam etmektedir. Bu düzende en alt basamakta bulunan araştırma görevlisi doktorlar sağlıksız fiziksel çalışma koşulları, daha uzun çalışma saatleri, yorucu uzun saatlere dayanan nöbetler, mobbing, nöbet sonrası izinlerin kullanılmaması, daha düşük ücretle çalışmak gibi birçok nedenden dolayı sağlık çalışanları içinde daha fazla miktarda strese maruz kalmaktadır (7).

Firth-Cozen ve ark. yaptıkları çalışmada, toplumda depresyon %15 kadar iken araştırma görevlisi doktorlarda bu oran %38'lerde, mezuniyetin ilk yılında hekimlerde depresyon sıklığının %28'lerde, sekizinci yılında ise %18'lerde saptandığı gözlemlenmiştir (8). Caplan hekimlerde anksiyete görülme sıklığını %29, depresyon sıklığını %27 olarak saptamıştır (9). Birinci basamakta çalışan hekimlerde Beck ölçeğine göre depresyon sıklığı %31 olarak bildirilmiştir (10). Khuwaja ve ark.ları anksiyete ve depresyonun hekimlerde genel topluma göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (11). Demiral Y.ve ark. yaptıkları çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde depresyon sıklığını %27.4, anksiyete sıklığını %19.0 olarak bulmuştur (10).

Başpınar R. yaptığı çalışmada 165 asistan hekim arasında %49.5 oranında depresyon tespit etmiştir (12). Gören E. N. yaptığı çalışmada 141 Asistan hekim arasında depresyon oranının %39.7 (13), Çete A. yaptığı çalışmada 290 Asistan hekim arasında depresyon oranının %45.5 (14), Şehitoğlu Alpağut G. yaptığı çalışmada 140 asistan hekim arasında depresyon oranının %50.7 saptamıştır (15).

Literatür gözden geçirildiğinde sağlık çalışanlarında depresyon, iş doyumu, tükenmişlik sendromu gibi konuların araştırıldığı, son zamanlarda ise asistan hekimlerde depresyon düzeylerinin araştırıldığı ama yeterli düzeyde çalışmanın bulunmadığı görülmüştür. Sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyleri ve özellikle asistan hekimlerde anksiyete düzeyleri ve etki eden faktörler konusunda çok sınırlı çalışma bulunmuştur. Biz de çalışmamızda

meslektaşlarımızın depresyon, anksiyete düzeylerini ve etki eden faktörleri araştırmayı planladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Duygulanım, kişinin olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki verme yetisi olup neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi duygusal içeriğin dışı vurulmasıdır. Duygudurum ise şahsın bir süre için neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunma halidir (16). Duygudurum bozuklukları, belirti kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara artabilen, şahsın işlevselliğini önemli derecede etkileyen, dönemsel yahut döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan belirti kümeleridir (17). Depresyon; çökkün duygulanım, ilgisizlik, isteksizlik, hayattan zevk alamama, enerjide azalma, suçluluk duyguları, özgüven azalması, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon bozukluğu ile seyreden bir duygudurum bozukluğu olarak adlandırılır (18). Depresyon sözcüğünün kelime anlamı Latince 'depressus' kelimesinden yani 'alçakta olmak, bastırmak' tan gelmektedir (19). Depresyonu sınıflandırma çabaları İsa'dan önce 400'lü yıllara kadar uzanmakta olup ilk olarak Hipokrat melankoli terimini kullanmıştır (20). Hipokrat kan, sarı safra, kara safra ve lenfi vücuttaki duygularla ilişkili dört sıvı olarak tarif etmiştir, kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ifade etmiş, depresyon belirtilerini tanımlamış ve depresyonun nedenlerine yönelik açıklamalar ileri sürmüştür (21). Aynı zamanda Aristo'nun 'Problemata' adlı kitabında ve Galen'in yazılarında da melankoli kavramından bahsedildiği bilinmektedir (22). 1621'de Robert Burton'un 'Melankolinin Anatomisi' adlı üç ciltlik eserinde depresyonla ilgili olarak bugünkü bilgilerimize yakın tanımlamalar ve hastalığın etiolojisine dair sorgulamalar yapılmaya çalışılmıştır (23).

2.1.2. Epidemiyoloji

Depresyon psikiyatrik tablolar arasında en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahip bozukluktur ve yaşam boyu yaygınlık oranı %5 ile %17

arasında değişmektedir (24). Ülkemizde depresyon yaygınlığı diğer ülkelere benzer oranlarda (%8-%20) saptanmıştır (25). Depresyon, kadınlarda erkeklerden 2 kat daha yaygın görülmekte olup sıklıkla 20 ile 50 yaşlar arasında başlamakla (ortalama başlangıç yaşı 40) birlikte, çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde de başlangıç gösterebilmektedir (24). Depresyon dağılımının ırk ve etnik gruplarda farklı olmadığı ifade edilmekle birlikte siyah ırkta daha az depresyon görüldüğünü ileri süren çalışmalar da mevcuttur (26). Evlenip ayrılmış veya hiç evlenmemiş bireylerde evli olanlara göre depresyon daha yüksek görülmektedir (27). Kırsal bölgelerde stresli yaşam olaylarının daha az görülmesi nedeniyle şehir yaşamında depresyon daha yüksek oranda ortaya çıkmaktadır. (28). Sosyoekonomik düzey ile depresyon arasında ilişki bulunamamıştır (24).

2.1.3. Etiyoloji

Depresyona monoaminerjik sistem (serotonin, noradrenalin ve dopamin), gama amino bütirik asit (GABA) ve glutamat gibi birçok nörotransmitterin anormal fonksiyonunun neden olduğu ortaya konulmuştur (29,30). Hipotalamopitüiter adrenal eksen anormallikleri depresif bozukluklarda gösterilmiş olan biyolojik belirteçlerdendir (31,32). Depresyon oluş nedenlerinde yapısal ve fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında karıncık genişlemesi, prefrontal korteks ve limbik sistem arasındaki döngüleri ya da asosiyasyon korteksleri arasındaki ilişkileri bozabilecek subkortikal alanlardaki lezyonlar, hipokampus, amigdala boyutunda anormallikler bildiren çalışmalar vardır (33–35). Depresyonu uyku uyanıklık döngüsünde bozulma, nörotrofik faktör düzeyindeki değişiklikler, proinflamatuvar sitokinlerde yükselme ile ilişkilendiren çalışmalar da mevcuttur (36–39). Yeğin depresyonu olanların birinci derece akrabalarında depresyon görülme riski sağlıklı popülasyona göre 2-3 kat fazla olup yapılan ikiz çalışmalarında da oranların yüksek olması depresyonda kalıtımın rolü olduğunu ortaya koymuştur (28). Psikanalitik bakış açısına göre kayıp nesnenin içe atımı, kaybedilen nesnede sevgi ve nefretin karışımı ikircikli duygular görüldüğü için öfke duyguları kişinin kendisine yöneltilmektedir (40). Kognitif kurama göre depresyon kişinin yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine, dış dünyaya ve geleceğe

karşı negatif şemalarının olmasıyla ifade edilmektedir (41). Davranışçı kuram depresif belirtilerin gelişmesini ve sürmesini, tekrarlayan çaresizlik yaşantılarının “sağlıklı” adaptif davranışların inhibe olmasına bağlamaktadır (42). Göç, erken çocuklukta anne-baba kaybı, travmatik, zorlayıcı yaşam olayları, istismar, ihmal gibi durumlar risk oluşturan periferik etkenlerdir (28). Obsesif, bağımlı, histriyonik kişilik özellikleriyle birlikte içe dönüklük ve nörotisizm depresyon için risk oluşturmaktadır (43–45).

2.1.4. Belirti ve Bulgular

Psikomotor yavaşlama (bazı hastalarda psikomotor ajitasyon), durgunluk, öz bakımda azalma, üzüntülü, tedirgin, sıkıntılı bir yüz ifadesi (çökkün duygudurumu), ses tonunun düşük ve yavaş olması, sorulara kısa yanıtlar verme ya da hiç cevap vermeme, eskiden haz aldığı şeylerden haz alamama (anhedoni), dikkati odaklama, bellek, bilgi işleme süreci ve yürütücü işlevlerde bozukluklar, depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) ve derealizasyon (gerçek dışı hissetme) bulguları (bazı hastalarda), unutkanlık ve hatırlamada güçlükler, düşünce akışında yavaşlama, benlik saygısında azalma, umutsuzluk, intihar düşünceleri, suçluluk, yetersizlik, değersizlik düşünceleri, uykuda azalma veya artma, uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma, enerjisizlik, halsizlik, zayıflama ve cinsel istekte azalma depresyondaki bireylerde öne çıkan belirtilerdir (16, 24, 28, 46, 47).

2.1.5. DSM-V Depresyon Bozuklukları (48)

Yıkıcı Mood Düzensizliği Bozukluğu

Yeğlin Depresif Bozukluk

Distimi

Premenstrüel Disfori Bozukluğu

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Disfori Bozukluğu

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.1.6. Yeğin Depresif Bozukluk

DSM-V Kriterleri Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nın 2013 yılında yayınlanan güncel DSM-V (Ruh Sağlığı Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması) sınıflandırma sistemine göre yeğin depresif bozukluk tanı ölçütleri şunlardır (48):

A. Aynı iki haftalık süre boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerin en az biri ya çökkün duygu durumu ya da ilgisini yitirme ya da zevk almama (anhedoni) olmalıdır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bilir yahut bu durum başkaları tarafından dile getirilir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunları yapmaktan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bölümünde vardır.

3. Kilo verme çabası yokken çok kilo verme yahut kilo alma (örneğin bir aylık süre zarfında vücut ağırlığının %5 inden fazla değişiklik) ya da neredeyse her gün yeme isteğinde artma yahut azalma.

4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme yahut fazla uyuma.

5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya psikomotor yavaşlama.

6. Neredeyse her gün, bitkinlik veya içsel gücün kalmaması.

7. Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (hezeyan düzeyinde olabilir).

8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da karar vermekte zorlanma

9. Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, özel plan yapmaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkisi ile açıklanamaz.

D. Yeğın depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, delüzyonel bozukluk ya da şizofreni spektrumu kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir. (Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler bir maddeye veya sağlık durumuna ikincil gelişmişse bu dışlama uygulanmaz.)

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda ayrıntılı psikiyatrik ve tıbbi öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri esas olup, birçok nörolojik (parkinson hastalığı, bunama, epilepsi, beyin damar hastalıkları ve maligniteler) ve tıbbi bozukluklar ve farmakolojik ajanlar çökkünlük belirtilerine neden olabilir (49–51). Depresif belirti gösteren hastalarda psikiyatrik ayırıcı tanıda siklotimi, kişilik bozukluğu, yas, depresif duygudurumla birlikte giden uyum bozukluğu, kaygı bozuklukları, somatoform bozukluğa bağlı depresyon, yeme bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, hezeyanlı bozukluklar, negatif belirtilerin ön planda olduğu şizofreni, organik beyin sendromları, affektif bozukluklar göz önünde bulundurulmalıdır (49,52,53).

2.1.8. Tedavi

Hastada öncelikle ayrıntılı tıbbi değerlendirme, genel fizik muayene yapılması, çökkünlüğün ağırlığı, suisid tehlikesi olup olmadığının değerlendirilmesi, tedavideki amacın belirtilerin tamamen yok edilmesi olması ve eşik altı belirtilerin sürmesinin rekürrens ihtimalini artırdığı göz önünde bulundurulmalıdır (16,54). Yeğın depresif bozukluk sağaltımında antidepresanlar, psikoterapi, elektrokonvülf tedavi (EKT) ve diğer somatik tedaviler olmak üzere çeşitli tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır (55). Hafif şiddetteki çökkünlükte psikoterapötik yaklaşımlar yeterli olabilir (56). Orta ve ağır düzeydeki çökkünlükte eğer EKT düşünülüyorsa ilk seçenek antidepresan ilaç tedavisidir (57).

Trisiklik antidepresanlar (TCA) ve monoaminoksidaz enzim inhibitörlerinin (MAOI) yerini günümüzde artık seçici serotonin geri alım önleyicileri (SSGÖ, örn; sitalopram, essitalopram, fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin) alarak, çökkünlük tedavisinde en çok tercih edilen antidepresan ilaç grubu olmuşlardır (16). SSGÖ'yü takiben serotonin noradrenalin geri alım önleyicileri (örn; venlafaksin, duloksetin, milnasipram), noradrenalin dopamin geri alım önleyicileri (örn; bupropion), alfa-2 antagonistleri (örn; mirtazapin, mianserin), seçici noradrenalin geri alım önleyicileri (örn; reboksetin, atomoksetin), serotonin antagonist/geri alım önleyicileri (örn; trazodon), melatonin analogları (agomelatin) gibi antidepresan ilaçlar kullanıma girmiştir (16,58). Psikanalitik yönelimli psikoterapi, interpersonal ilişkiler psikoterapisi ve kognitif davranışçı terapi çökkünlükte etkililiği olan psikoterapi yöntemleridir (59). EKT; monoaminergic yolakları aktive eden ve reseptör duyarlılığını artıran, biyolojik ritmi düzenleyen, sağ ve sol hemisfer arasında senkronizasyon sağlayan, ikinci ulak dizgelerini ve gen yazılımı düzeneklerini etkileyen bir diğer alternatif sağaltım seçeneğidir (60).Çökkünlük hastalarında elektrik akımı sonucu oluşan manyetik alan ile korteksi uyarma işlemi olan Transkraniyal Manyetik Uyarım'ın (TMU) tekrarlayıcı uygulamaları mood düzenlemesinde rol oynayan prefrontal korteks, ön singulat, talamus ile preinsular korteks gibi bölgelerde görülen metabolizma ve kan anormalliklerinde düzelmeye sağladığı ortaya atılmıştır (61). Duygudurum üzerine pozitif etkileri olduğu bilinen, depresif belirtilerde iyileşme sağlayan diğer sağaltım yöntemleri; vagal sinir uyarımı, derin beyin uyarımı ve parlak ışık tedavileridir (62–64).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Korku sebebi bilinen bir dış tehlikeye karşı ortaya çıkan duygusal ve fizyolojik tepkileri tanımlarken anksiyete subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe yahut bir felaketin yaklaştığı duygusu ile belirli korkuya benzeyen ancak sebebi bilinmeyen veya bilinçdışı olan belirtileri tanımlar (52). Anksiyetenin patolojik düzeyde olduğuna karar verebilmek için, uyaranın şiddeti ile ortaya

çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi yahut şiddetinin artması, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması, bu duruma katlanmakta zorlanması ve kişinin olağan işlevselliğinin bozulmuş olması gerekir (74). Fizyolojik olarak çarpıntı, soluk alıp vermede zorlanma, hızlı hızlı soluk alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme, yutkunma güçlüğü, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma gibi belirtilerin yanında ruhsal açıdan sıkıntı, heyecan, biranda çok kötü bir şey olacakmış hissi gibi belirtiler bulunan, kognitif, bedensel, emosyonel ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durumdur (74,75). Anksiyete kavramı ilk olarak İsa'dan önce 3000'lerde yazılan Gılgamiş destanında karşımıza çıkmaktadır (76). Hipokrat'ın ruhsal bozukluklarla ilgili yazdığı yazılarda 'amaçsız anksiyete' olarak konuyu ele aldığı bilinmekte olup orta çağda ise anksiyete, Tanrı korkusu ile bağlantılı olduğu iddia edilmiş ve hastalık olarak ele alınmıştır (77). Araştırmalara bakıldığında, kaygı bozukluklarını detaylı bir şekilde tanımlayan ilk kişinin Freud olduğu anlaşılmaktadır ve Freud anksiyete nevrozunun kontrol altına alınamayan libidodan neşet ettiğini ortaya atmıştır (78). Spielberger tarafından durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere iki tür olarak ifade edilmiştir (79). Durumluk kaygı, durumdan duruma şiddeti değişen, sürekli olmayan durumlarda kişinin gösterdiği geçici emosyonel bir durum olup; sürekli kaygı, stres yaratan durumun tehlikeli ya da tehdit edici olarak algılanması ve bu tehditlere karşı, durumluk duygusal tepkilerin yoğunluğunun artması ve süreklilik kazanmasıdır ve sürekli kaygısı yüksek olan kişiler, düşük olanlara göre stres yaratan durumları daha çok tehlikeli olarak algılama eğilimindedirler (80).

2.2.2. Epidemiyoloji

Yaşam boyu prevalansı %13.6-%28.8 arasında kabul edilmektedir (81). Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde kaygı bozukluklarının 12 aylık prevalansı %6.7 olarak saptanmıştır (82). Genel toplumda en sık görülen kaygı bozukluğu özgül fobiler olup, ikinci sırada sosyal anksiyete bozukluğu gözükmektedir (83). Ortalama başlangıç yaşı 10-25 yaş arası olup sosyal kaygı bozukluğu ve özgül fobi çoğunlukla çocukluk ya da erken ergenlikte başlamaktadır (84). Kadınlar erkeklere göre daha fazla kaygı bozukluğuna sahip durmaktadır (85).

Anksiyete bozuklukları önemli bir yeti yitimi nedeni olup aile ve arkadaş ilişkilerinde ve akademik başarıda bozulmaya sebebiyet verebilir (86).

2.2.3. Etiyoloji

Psikanalitik kurama göre Freud, önceleri kaygının libidonun fizyolojik artışından neşet ettiğini öne sürmüş olsa da daha sonra kaygıyı 'bilinç dışında bir tehlike varlığının uyarısı' olarak görmüş, kaygının bilinç dışı cinsel ya da saldırganlık dürtüleri ile süperegö ya da dış dünya gerçekliğine ilişkin tehditler arası çatışmalar sonucu ortaya çıktığını ifade etmiştir (85). Ego tarafından çatışma çözümlenemezse bu durum kişi tarafından tehlike olarak algılanmakta ve kaygı ortaya çıkmakta olup psikanalitik kuram tarafından serbest yüzen kaygı olarak yorumlanmaktadır (87). Varoluşçu kuramda temel kavram, kişilerin anlamsız bir evrende yaşama hislerini deneyimlemeleri olup kaygı, kişilerin varoluş ve anlamla ilgili algılanan hiçliğe verdikleri yanıtıdır (83). Davranışçı ya da öğrenme kuramları, kaygının özgül çevresel bir uyarana karşı koşullu bir cevap olduğunu ileri sürer (85). Stimülansız panik nöbetleri geçiren hastaların sodyum laktat infüzyonu ile ampirik panik nöbetleri ortaya çıkarılmış olup bu araştırmalara dayanarak panik nöbet geçiren hastalarda beyin amigdala çekirdeklerinde, parahipokampal bölgede ve locus coeruleusta nöradrenerjik dizgenin etkinliğinde kalıtımla geçen bir bozukluğun olduğu, merkezi kemoreseptörlerde aşırı duyarlılık olduğu iddia edilmiştir (88,89). Anksiyete bozukluklarından kalıtım açısından ailevi özelliği en belirgin olan panik bozukluk gibi durmaktadır ve bu kişilerin primer akrabalarında panik bozukluk görülme olasılığı araştırmalarda %2.8 ve %14.7 arasında değişen oranlar vermektedir (90). Sosyal fobide artan amigdala aktivitesinin kognitif davranışçı terapi veya psikotrop ilaç tedavisiyle azaldığı kayda geçmiştir (91). Özgül fobide yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında amigdala, ön singulat korteks, talamus ve insula gibi lokalizasyonların aktivitesinde erken artış olduğu bulunmuştur ve fobik uyarana karşılaşıldığında prefrontal, orbitofrontal ve görsel kortekslerin aktivitelerinde anormallikler meydana gelmiştir (92).

2.2.4. DSM-V Anksiyete Bozuklukları

DSM-V e göre anksiyete bozukluklarının alt tipleri (48):

- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık (mutizm)
- Özgül fobi
- Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın kaygı bozukluğu
- Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu
- Tanımlanmış diğer kaygı bozukluğu
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

2.2.4.1. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB); bireyin primer olarak bağlandığı kişilerden ayrılmasıyla ilgili olarak, gelişimsel açıdan uygun olmayacak aşırı düzeyde bir kaygı ve korku ile karakterize olup bireyde böyle bir durumda bağlandığı kişileri kaybedebileceği, onların başına hastalık, sakatlık, ölüm gibi bir yıkım gelebileceği ya da bağlandığı kişilerden ayrılmasını gerektirecek kötü bir durum yaşayacağına dair devamlı kaygı durumu görülür ve ayrılma korkusu nedeniyle dışarı çıkmayı, bir yere gitmeyi ve evden uzaklaşmayı tercih etmez (48). Geniş ölçekli bir toplum taramasında yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu %6.6 olarak bulunmuştur (93).

2.2.4.2. Seçici konuşmazlık

DSM-V ile kaygı bozuklukları kapsamına alınan mutizm, bireyin belirli ortamlarda konuşmadığı, ancak diğer ortamlarda normal şekilde konuştuğu bir bozukluktur ve bu durum genellikle çocuklar okulda konuşamadığında ortaya çıkar (94). Toplumsal kaygı bozukluğu, depresif bozukluklara komorbid olabilir (95).

2.2.4.3. Özgül Fobiler

Korkuların çok fazla ve mantıksız olduğunu bilmelerine rağmen kişinin belli nesne veya durumlardan devamlı korku duyması, fobik uyarılarla karşılaşma ile ilgili kaçınma yaşaması, korku ya da anksiyöz beklentinin kişinin

olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini ve toplumsal yaşamını fazlasıyla bozmasıdır (48). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda özgül fobiler toplumda %2.7 oranında görülmüştür (77,82). Fobilerin çeşitleri hayvan tipi (örneğin; yılan), doğal ortam tipi (örneğin; köprü), kan enjeksiyon yaralanma tipi, durumsal tip (örneğin; gondola binmek) ve diğerleridir (96). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikotrop ilaçların önemli bir yeri olmakla birlikte özgül fobilerin tedavisinde ilaçların rolü sınırlı olup davranışçı tedaviler ön plandadır (77).

2.2.4.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Kişiler korkularının saçma ve aşırı olduğunu bilmelerine rağmen sosyal anksiyete ve kaçınma gösterirler ve sosyal kaygıya; tenkit edilme, olumsuz değerlendirilme ya da reddedilmeye aşırı duyarlılık, haklarını savunmada zorlanma ve benlik saygısında düşüklük ya da aşağılık duyguları eşlik eder (48,97). Toplumsal Kaygı Bozukluğu'nda 1 yıllık prevalans farklı ülkelerde %0.2-%9.4 arasında bulunmuştur (98). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre kadınlarda %2.3, erkeklerde %1.1 yaygınlığında görülmüştür (82). Toplumsal Kaygı Bozukluğu hastalarında %15-%21 oranlarında depresyonda görülür (81). Sağaltım yapılmazsa okulda başarısızlık, mesleki kısıtlılık, arkadaşlık ilişkileri kuramama, alkol kötüye kullanımı, çökkünlük ve intihar girişimleriyle sonuçlanabileceğinden, sosyal anksiyete belirtilerini azaltmak, korku ile ilgili abartılı düşünce ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmak, anksiyetenin oluşturduğu fizyolojik ve otonomik belirtileri azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek çok önemli hale gelmektedir. (75). Toplumsal kaygı bozukluğu sağaltımında etkili olduğu gösterilen ajanlar seçici serotonin geri alım önleyicileri, benzodiazepinler, venlafaksin ve buspirondur (85).

2.2.4.5. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu, tekrarlayıcı ve aniden gelen panik ataklarla karakterize bir ruhsal hastalıktır ve panik atakları diğer ruhsal hastalıklara eşlik ettiğinde DSM V'te prognoz belirleyicisi olarak değerlendirilmiştir (48). Yaşam boyu prevalansı %1.5- %3.5 arasında görülür (96). Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmekte olup başlangıç yaşı 15-24 ve 45-54 yaşlarında

olmak üzere iki defa pik yapmaktadır (81). Panik atağı beklenmedik, sebepsiz ve şiddetli bir kaygı durumu olup otonom sinir sistemi (çarpıntı, terleme), solunum sistemi (nefes açlığı, göğüste baskı hissi) ve merkezi sinir sistemi (kendine yabancılaşma, baş dönmesi) belirtileri görülmektedir ve hastalar belirtileri kalp krizi geçirdiği, felç olacağı, bayılacağı, kontrolünü kaybedeceği ve çoğunlukla da sonucunda öleceği şeklinde hatalı yorumlamaktadır (99). Panik bozukluğunun hafif olguları gevşemeye vurgu yapılarak ve fizyolojik belirtilerin yanlış yorumlandığına dair olumsuz kognisyonlar üzerinden uygulanacak kognitif davranışçı terapi (KDT) ile efektif bir şekilde sağaltım yapılabilirken, ciddi olarak sıkıntılı, işlevsellikte bozulma olan hastalarda psikofarmakolojik sağaltım da gerekebilir ve ilk seçenek ilaç SSGÖ grubu olup diğer bir tercih benzodiazepin grubudur. (Bağımlılık potansiyeli ve kötüye kullanım açısından dikkatli olunması önerilir.) (100).

2.2.4.6. Agorafobi

Toplumsal alanlara gerçek ya da olası bir maruz kalma sonrasında anksiyete bulgularının ortaya çıkması ile kendisini gösterir ve DSM-V'te agorafobi ayrı bir durum olarak tanımlanmıştır. Agorafobi tanısı koyabilmek için aşağıdaki durumlardan en az iki alanda kaygı olması gerekmektedir (48).

- 1.Toplu taşıma araçlarını kullanma
- 2.Açık alanlarda bulunma
- 3.Kapalı ortamlarda bulunma
- 4.Sırada bekleme yahut kalabalık bir yerde bulunma
- 5.Yalnız başına evin dışında olma

Panik benzeri, yetersiz hissettiren yahut utanç veren diğer belirtilerin olması ile şahıs yardım göremeyeceğini düşündüğünden kaçınma davranışları gösterir ki bu sebeple agorafobisi olanlar için diğer kişilerin varlığı bireyi güvende hissettirir (48).

2.2.4.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu, kontrol edilemeyen aşırı ve kronik kaygı, gerginlik hali ile karakterize, uzun soluklu ve hayli yaygın bir bozukluktur (101). Genel nüfustaki yaşam boyu prevalansı %3-%6 arasında görülmektedir (102). Birinci derece sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda en sık görülen kaygı

bozukluğu Yaygın Anksiyete Bozukluğudur (103). Kadınlarda erkeklere nazaran iki kat sıklıkta görülmektedir (83). Risk faktörleri arasında çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmış olmak, sosyoekonomik düzey düşüklüğü, çocukluktaki davranım bozuklukları sayılmaktadır (104). Yaygın anksiyete bozukluğu olanların %62-%67 sinde çökkünlük vardır (81). DSM-V'e göre en az 6 aylık süre zarfında, zamanın büyük kısmında anksiyete belirtileri olması tanı kriteridir (83). Sağaltıma uyum göstermeyenlerde, kadınlarda ve erken başlangıçlı olgularda bozukluğun gidişi daha kötü seyirlidir (105).

2.2.4.8. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Maddelerin kötüye kullanımı, ilaçlar, zehirler, alkol ve diğerleri gibi toksik maddelerin etkisiyle klinik görünüme kaygı ya da panik atakların egemen olduğu durum olup DSM-V'e göre belirtiler madde kullanımı esnasında yahut madde kullanımının kesilmesinden sonraki 1 ay içerisinde başlamış olması gerekir (85).

2.2.4.9. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Kaygı ve panik atakların olduğu bu tabloda öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulgularında bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun sonucu olduğuna dair deliller olup herhangi bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamaz (48).

2.2.4.10. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu

Klinik açıdan bariz bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya sebep olan, kaygı bozukluğunun belirtilerinin baskın olduğu, lakin bunların kaygı bozuklukları tanı kümesinden herhangi birinin tanısı için kriterleri tam karşılayamadığı durumlara karşılık gelir (48).

2.2.4.11. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Klinik açıdan anlamlı bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik sahalarında işlevsellikte azalmaya sebebiyet veren, kaygı bozukluğunun belirtilerinin yeğin olduğu, fakat bunların kaygı bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı kriterlerini birebir karşılamadığı durumlardır (48).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Katılımcılar 21.09.2020- 21.12.2020 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlardan araştırmaya katılmayı kabul eden 283 gönüllüden oluşmuştur.

Çalışmaya katılmayı kabul eden her gönüllü katılımcı araştırmacının amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş hem de her katılımcıya yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) okutulmuştur. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 02 Eylül 2020 tarihinde 2020-15/ 16 nolu karar numarası ile alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu, depresyon düzeyini ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği, anksiyete düzeyini ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görülmüş, ölçekler gönüllüler tarafından doldurulmuştur.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırma gruplarındaki bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, oturduğu evin kira durumu, aylık gelir, geliri yeterli bulma, bulunduğu şehirde yaşamaktan memnuniyet, sosyal etkinliklere yeterince katılabilme, uzmanlık eğitimi dalı, bu meslekte toplam çalışma süresi, bölümünde araştırma görevlisi olarak çalıştığı süre, mesleği isteyerek seçme, çalıştığı bölümü isteyerek seçme. branşı dışında yapmak istediği ihtisas, uzmanlık eğitimini sürdürdüğü branşı bırakmayı düşünme, hekimliği bırakmayı düşünme, ayda ortalama nöbet sayısı, günlük ortalama çalışma süresi, günde ortalama baktığı hasta sayısı, çalışma ortamının fiziki şartlarının yeterliliği, nöbet sayısını değerlendirme, bölümünde standart asistan eğitimi olup

olmaması, mecburi hizmet yapma, ülkemizde ihtisas dalının geleceğini değerlendirme, branşının hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu değerlendirme, işyerinden memnuniyet, hastalar tarafından yeterince takdir edildiğini düşünme, meslektaşlarından yeterince destek gördüğüne inanma, çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemliler ile uyum içerisinde çalışabilme, çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışabilme, amir ve çalışma arkadaşlarınızca yaptığı işin takdir edildiğini düşünme, klinikteki çalışma koşullarını değerlendirme, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalma, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kalma, hizmet verdiği şartların daha uygun olması durumunda kaybetmeyeceğini düşündüğü bir hastayı kaybetme, aileden yeterince destek alma, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı, psikiyatrik hastalık, psikiyatrik ilaç kullanımı, psikotrop ilaç kullanma süresi, ilacın psikiyatrist tarafından başlanıp başlanılmaması, ilacını düzenli kullanma, psikiyatri hekimine gitme, psikiyatri poliklinik kontrollerine düzenli gitme, asistanlık sürecinde intihar düşüncesi, intihar girişiminde bulunma, sigara, alkol, madde kullanımı ile ilgili bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.2.2. Beck Depresyon ölçeği (BDÖ)

Beck ve ark.'ları tarafından 1961 yılında adolesan ve erişkinlerin depresyon bulgularını ölçmek amacıyla bu ölçek geliştirilmiştir (106). Envanter depresyonu tanımlayabilmekte, şiddetini ölçebilmekte ve tedavi sonucunda göre değişikliği değerlendirmede kullanılabilir. Ülkemizde 1989 yılında Hisli tarafından güvenilirliği ve geçerliliği yapılmış olup; esasen klinisyenin yüksek seste okuyarak uygulayacağı bir stilde tasarlanmıştır (107). Fakat bu uygulama yerine kişinin kendi kendini değerlendirebileceği bir uygulamada yer bulmuştur. Beck depresyon envanteri hem fiziksel hem de duygusal açıdan depresyonu tespit ederek doğru teşhis yapmamıza olanak sağlamaktadır. İçinde barındırdığı 21 cümle hem duygu hem de somatik değerlendirmeyi içine barındırmaktadır. Duygu alt ölçeğinde kötümserlik, geçmiş başarısızlık ve hatalar, suçluluk duyguları, cezalandırma ve kendini beğenmezlik duyguları, kendini eleştirme, intihar düşünceleri ve değersizlik hissini

incelemektedir. Somatik kolda ise üzüntü, haz ve ilgi kaybı, ağlama ve ajitasyon, iştah, enerji ve uykuda azalma, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk ve cinsel istekte azalmayı incelemektedir. Depresyonla ilişkili olan bu durumlar sorularda bir cümle olarak tanımlanır ve her soru 0-3 puan arası değer almaktadır. Sonuçlar değerlendirilirken de 0-10 puan normal; 11-16 puan hafif duygudurum bozukluğu; 17-20 puan sınırdaki klinik depresyon; 21-30 puan orta düzeyde depresyon; 31-40 puan ağır düzeyde depresyon ve 40 puan üzerinde çok ağır depresyon olarak puanlanmaktadır. Testin 15 dakika içerisinde yanıtlanması istenmektedir (108).

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

BAÖ, anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark. tarafından 1988'de geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer. Öznel anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası likert tipi puanlanan; hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0-63'tür. Alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26 ve üzeri puan şiddetli düzeyde anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. BAÖ' nün Türkiye için geçerlilik güvenilirlik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H. tarafından 1998 yılında yapılmıştır (109).

3.3. İstatistiksel Yöntem

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için betimleyici istatistikler medyan (min:maks) olarak gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan bağımsız iki grup karşılaştırılmalarında Mann-Whitney U, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılmalarında Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Anlamlı farklılık bulunması durumunda iki grup karşılaştırmaları Dunn-Bonferroni testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman Korelasyon katsayısı

kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak alınmıştır. Analizler IBM SPSS v.22 programında yapılmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcılar 21.09.2020- 21.12.2020 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlardan araştırmaya katılmayı kabul eden 283 gönüllüden oluşmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden her gönüllü katılımcı araştırmanın amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş hem de her katılımcıya yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) okutulmuştur. Çalışmaya dahil edilen gönüllüler 1 defa kesitsel olarak değerlendirilmiştir. (İstatistiksel olarak anlamlı bulunan değerler tablo içinde koyu renkle belirtilmiştir.)

BD ve BA ölçeklerinin güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiştir. Güvenirlilik katsayıları BD için 0.89, BA için 0.93 bulunmuştur.

Tablo 1: Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

Değişken	Gruplar	Tanımlayıcı İstatistikler n(%) veya Medyan(Min:Maks)
Yaş		28(24:47)
Cinsiyet	Erkek Kadın	139 (%49.1) 144(%50.9)
Cinsiyete göre yaş	Erkek Kadın	28(25:47) 28(24:37)
Medeni durum	Evli Bekar	120(%42.4) 163(%57.6)
Çocuk sayısı	Yok Var	233(%82.3) 50(%17.7)
Oturduğu ev	Diğer Kira	81(%28.6) 202(%71.4)
Aylık gelir		9000(1800:15000)
Geliriniz yeterli mi	Hayır Evet	193 (%68.1) 90 (%31.9)
Bulduğunuz Şehirde yaşamaktan memnun musunuz	Hayır Evet	67(%23.6) 216(%76.4)
Sosyal etkinliklere yeterince katılabiliyor musunuz	Hayır Evet	231(%81.6) 52(%18.4)

Tablo 2: Mevcut Branşla İlgili Verilerin Dağılımı

Değişken	Gruplar	Tanımlayıcı İstatistikler n(%)veya Medyan(Min:Maks)
Uzmanlık Eğitimi Dalınız	Cerrahi Dahili	97(%34.2) 186(%65.8)
Bu meslekte toplam çalışma süreniz nedir?	≤2 >2	93(%32.8) 190(%67.2)
Bölümünüzde Araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre	≤2 >2	144(%50.8) 139(%49.2)
Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	Hayır Evet	28(%9.8) 255(%90.2)
Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz?	Hayır Evet	27(%9.8) 256(%90.2)
Branşınız dışında yapmak istediğiniz ihtisas var mıydı?	Hayır Evet	143(%50.5) 140(%49.5)
Tıpta uzmanlık eğitiminizi sürdürdüğünüz branşı bırakmayı düşünür müsünüz?	Hayır Evet	200(%70.6) 83(%29.4)
Hekimliği bırakmayı düşünür müsünüz?	Hayır Evet	171(%60.4) 112(%39.6)
Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?	≤30 >30	122(%43.1) 161(%56.9)
Çalışma ortamınızın fiziki şartları yeterli mi?	Hayır Evet	208(%73.4) 75(%26.6)
Nöbet sayınız kabul edilebilir düzeyin üstünde mi?	Hayır Evet	118(%41.6) 165(%58.4)
Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?	≤5 6-7 8-9 ≥10	72(%25.4) 59(%20.8) 73(%25.4) 79(%27.4)
Günlük ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?	≤8 9-10 ≥11	64(%22,6) 86(%30,3) 133(%46,9)
Bölümünüzde standart asistan eğitimi var mı?	Hayır Evet	139(%49.1) 144(%50.9)
Mecburi hizmet yaptınız mı?	Hayır Evet	70(%24.7) 213(%75.3)
Ülkemizde ihtisas dalınızın geleceğini nasıl görüyorsunuz?	Kötü İyi	181(%63.9) 102(%36.1)

Branşınızın hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu nasıl değerlendirirsiniz.	Kötü İyi	160(%56.5) 123(%43.5)
Bu meslekte toplam çalışma süreniz nedir (yıl/ay)		3(0.25:23)
Bölümünüzde Araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre (yıl)		2(0.25:6)
Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?		8(0:15)
Günlük ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?		10(4:24)
Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?		35(0:300)

Tablo 3: Mevcut İşyeriyle İlgili Verilerin Dağılımı

Değişken	Gruplar	Tanımlayıcı İstatistikler n(%)
İşyerinizden memnun musunuz?	Hayır Evet	166(%58.6) 117(%41.4)
Hastalarınız tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?	Hayır Evet	200(%70.6) 83(%29.4)
Meslektaşlarınızdan yeterince destek gördüğünüze inanıyor musunuz?	Hayır Evet	163(%57.5) 119(%42.5)
Çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileriniz ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?	Hayır Evet	68(%24) 215(%76)
Çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?	Hayır Evet	52(%18.3) 231(%81.7)
Amir ve çalışma arkadaşlarınızca yaptığınız işin takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?	Hayır Evet	161(%56.8) 122(%43.2)
Klinikteki çalışma koşullarınızı nasıl tanımlarsınız?	Kolay-orta Zor	169(%59.7) 114(%40.3)
Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Hayır Evet	246(%86.9) 37(%13.1)
Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kaldınız mı?	Hayır Evet	124(%43.8) 159(%56.2)
Hizmet verdiğiniz şartların daha uygun olması durumunda kaybetmeyeceğinizi düşündüğünüz bir hastanızı kaybettiğiniz oldu mu?	Hayır Evet	188(%66.4) 95(%33.6)

Tablo 4: Bireysel Özellik Verilerinin Dağılımı

Değişken	Gruplar	Tanımlayıcı İstatistikler n(%)
Ailenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	Hayır Evet	29(%10.2) 254(%89.8)
Tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır Evet	241(%85.1) 42(%14.9)
Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?	Hayır Evet	254(%89.7) 27(%9.3)
Halen kullanmakta olduğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç var mı?	Hayır Evet	245(%86.5) 37(%13.5)
Asistanlık sürecinde İntihar düşünceniz oldu mu?	Hayır Evet	255(%90.1) 26(%9.9)
İntihar girişiminde bulundunuz mu?	Hayır Evet	278(%98.2) 3(%1.8)
Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?	Hayır Evet	228(%80.6) 55(%19.4)
Psikiyatri hekimine gidiyor musunuz? (n=252)	Hayır Evet	225(%89.3) 27(%10.7)
Alışkanlıklarınız	Kullanmayan Sadece sigara Sadece alkol Sadece madde Sigara ve alkol	182(%64.3) 34(%12) 30(%10.6) 1(%0.4) 36(%12.7)

Tablo 5: BD Toplam Ölçek Puanı ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	BD toplam ölçek puanı Medyan(Min:Maks)	p
Cinsiyet	Erkek	9(0:40)	<0.001
	Kadın	12.5(0:36)	
Medeni Durum	Evli	10(0:36)	0.124
	Bekar	11(0:40)	
Çocuk sayısı	Yok	11(0:40)	0.330
	Var	10(0:36)	
Oturduğunuz ev	Diğer	11(0:36)	0.842
	Kira	11(0:40)	
Geliriniz yeterli mi	Hayır	11(0:40)	0.034
	Evet	10(0:36)	
Bulduğunuz Şehirde yaşamaktan memnun musunuz?	Hayır	14(0:36)	0.002
	Evet	10(0:40)	
Sosyal etkinliklere yeterince katılabiliyor musunuz?	Hayır	11(0:40)	<0.001
	Evet	6.5(0:24)	

Kadın araştırma görevlisi doktorların, gelirini yeterli bulmayanların, bulunduğu şehirde yaşamaktan memnun olmayanların, sosyal etkinliklere yeterince katılamadığını düşünenlerin BD puanları daha yüksektir.

Tablo 6: BD toplam ölçek puanı ve mevcut branşıyla ilgili verilerin karşılaştırılması.

Uzmanlık Eğitimi Dalınız	Cerrahi	11(0:40)	0.645
	Dahili	11(0:36)	
Bu meslekte toplam çalışma süreniz nedir?	≤2	11(0:40)	0.271
	>2	11(0:36)	
Bölümünüzde Araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre	≤2	11(0:40)	0.401
	>2	11(0:32)	

Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	Hayır Evet	11.5(1:36) 10(0:40)	0.169
Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz?	Hayır Evet	14(2:36) 10(0:40)	0.020
Branşınız dışında yapmak istediğiniz ihtisas var mıydı?	Hayır Evet	10(0:36) 11(0:40)	0.004
Tıpta uzmanlık eğitiminizi sürdürdüğünüz branşı bırakmayı düşünür müsünüz?	Hayır Evet	9(0:36) 14(0:40)	<0.001
Hekimliği bırakmayı düşünür müsünüz?	Hayır Evet	9.5(0:40) 13(0:36)	<0.001
Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?	≤30 >30	10(0:30) 12(0:40)	0.026
Çalışma ortamınızın fiziki şartları yeterli mi?	Hayır Evet	12(0:40) 7(0:30)	<0.001
Nöbet sayınız kabul edilebilir düzeyin üstünde mi?	Hayır Evet	9(0:36) 11.5(0:40)	0.003
Bölümünüzde standart asistan eğitimi var mı?	Hayır Evet	11(0:40) 10(0:36)	0.089
Mecburi hizmet yaptınız mı?	Hayır Evet	12(0:36) 11(0:40)	0.602
Ülkemizde ihtisas dalınızın geleceğini nasıl görüyorsunuz?	Kötü İyi	13(0:36) 7.5(0:40)	<0.001
Branşınızın hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu nasıl değerlendirirsiniz.	Kötü İyi	11(0:40) 10(0:32)	0.063

Branşını istemeyerek seçen araştırma görevlisi doktorların, branşı dışında ihtisas yapmak isteyenlerin, uzmanlık eğitiminin sürdüğü branşı bırakmayı düşünenlerin, hekimliği bırakmayı düşünenlerin, günde ortalama 30'dan fazla hasta bakanların, çalışma ortamındaki fiziki şartların yeterli olmadığını düşünenlerin, nöbet sayısını kabul edilebilir düzeyin üstünde

olduğunu ifade edenlerin, ihtisas dalının ülkemizdeki geleceğini kötü olarak görenlerin BD puanları daha yüksektir.

Tablo 7: BD Toplam Ölçek Puanı ile Mevcut İşyeriyle İlgili Verilerin Karşılaştırılması

İşyerinizden memnun musunuz?	Hayır	13(0:40)	<0.001
	Evet	8(0:30)	
Hastalarınız tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?	Hayır	12(0:36)	0.001
	Evet	8.5(0:40)	
Meslektaşlarınızdan yeterince destek gördüğünüze inanıyor musunuz?	Hayır	12(0:40)	<0.001
	Evet	9(0:36)	
Çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileriniz ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?	Hayır	14(0:40)	0.002
	Evet	10(0:36)	
Çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?	Hayır	11(0:36)	0.824
	Evet	11(0:40)	
Amir ve çalışma arkadaşlarınızca yaptığınız işin takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?	Hayır	12(0:40)	0.007
	Evet	9(0:36)	
Klinikteki çalışma koşullarınızı nasıl tanımlarsınız?	Kolay-	10(0:36)	0.001
	orta	13(0:40)	
	Zor		
Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Hayır	11(0:40)	0.155
	Evet	12.5(0:36)	
Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kaldınız mı?	Hayır	10(0:36)	0.014
	Evet	11(0:40)	
Hizmet verdiğiniz şartların daha uygun olması durumunda kaybetmeyeceğinizi düşündüğünüz bir hastanızı kaybettiğiniz oldu mu?	Hayır	10(0:40)	0.130
	Evet	11.5(0:36)	

Mevcut iş yerinden memnun olmayan araştırma görevlisi doktorların, hastalar tarafından yeterince takdir edilmediğini düşünenlerin, meslektaşlarından yeterince destek görmediğini düşünenlerin, çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileri ile uyum içerisinde çalışmadığını düşünenlerin, amir ve çalışma arkadaşlarıncı yapılan işin takdir edilmediğini düşünenlerin, klinikteki çalışma koşullarını zor olarak tanımlayanların, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kalanların BD puanları daha yüksektir.

Tablo 8: BD toplam ölçek puanı ile bireysel özelliklerin karşılaştırılması.

Ailenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	Hayır Evet	12.5(0:40) 10(0:35)	0.105
Tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır Evet	10(0:40) 12(1:26)	0.142
Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?	Hayır Evet	11(0:40) 11(1:32)	0.236
Halen kullanmakta olduğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç var mı?	Hayır Evet	11(0:40) 12(1:36)	0.029
Asistanlık sürecinde İntihar düşünceniz oldu mu?	Hayır Evet	10(0:36) 17(3:40)	<0.001
İntihar girişiminde bulundunuz mu?	Hayır Evet	11(0:40) 11(3:26)	0.858

Psikiyatrik ilaç kullanan araştırma görevlisi doktorların, asistanlık süresince intihar düşüncesi olanların BD puanları daha yüksektir.

BD puanları medeni duruma, çocuk sayısına, oturulan evin kira olup olmamasına, dahili yahut cerrahi branş olmasına, meslekte toplam çalışma süresine, bölümde araştırma görevlisi olarak çalışılan süreye, mesleği isteyerek seçip seçmemeye, bölümde standart asistan eğitimi olup

olmamasına, mecburi hizmet yapıp yapmamaya, branşın hekimlik camiasındaki saygınlık durumu hakkındaki görüşe, çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışıp çalışmamaya, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalınıp kalınmadığına, daha uygun şartların olması durumunda hastanın kaybedilmeyeceği düşüncesine, aileden yeterince destek alınıp alınmadığı düşüncesine, tanı konulmuş kronik hastalığa sahip olup olmama, psikiyatrik hastalığa sahip olup olmama, intihar girişiminde bulunup bulunmamaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 9: BD Toplam Ölçek Puanının Ayda Tutulan Ortalama Nöbet, Günlük Ortalama Çalışma Saati ve Sigara, Alkol Kullanımı İle Karşılaştırması

Değişken	Gruplar	BD toplam ölçek puanı Medyan(Min:Maks)	p	İkili Karşılaştırmalar: p
Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?	≤5 6-7 8-9 ≥10	9.5(0:25) 10(0:36) 11(0:35) 14(0:40)	0.058	
Günlük ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?	≤8 9-10 ≥11	8.5(0:29) 10(0:32) 12.5(0:40)	0.013	≤8 ve 9-10: 0.771 ≤8 ve ≥11: 0.014 9-10 ve ≥11: 0.235
Alışkanlıklarınız	Sigara Kullanmayan Alkol Sigara ve alkol	14(0:34) 10(0:36) 10(1:36) 12.5(0:40)	0.220	

BD puanları ayda ortalama tutulan nöbet sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

BD puanları günlük ortalama 11 ve 11 saatten fazla çalışanlarda daha yüksektir.

BD puanları alışkanlıklara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 10: BA Toplam Ölçek Puanı ile Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Değişken	Gruplar	BA toplam ölçek puanı Medyan(Min:Maks)	p
Cinsiyet	Erkek	5(0:45)	<0.001
	Kadın	9(0:43)	
Medeni Durum	Evli	6(0:41)	0.123
	Bekar	7(0:45)	
Çocuk sayısı	Yok	7(0:45)	0.027
	Var	6(0:30)	
Oturduğunuz ev	Diğer	7(0:43)	0.606
	Kira	7(0:45)	
Geliriniz yeterli mi	Hayır	7(0:45)	0.712
	Evet	7(0:39)	
Bulduğunuz Şehirde yaşamaktan memnun musunuz?	Hayır	7(0:38)	0.185
	Evet	6.5(0:45)	
Sosyal etkinliklere yeterince katılabiliyor musunuz?	Hayır	7(0:45)	<0.001
	Evet	2(0:32)	

Kadın araştırma görevlisi doktorların, çocuğu olmayanların, sosyal etkinliklere yeterince katılamadığını düşünenlerin BA puanları daha yüksektir.

Tablo 11: BA Toplam Ölçek Puanı ve Mevcut Branşıyla İlgili Verilerin Karşılaştırılması

Uzmanlık Eğitimi Dalınız	Cerrahi	7(0:45)	0.104
	Dahili	6(0:43)	
Bu meslekte toplam çalışma süreniz nedir?	≤2	9.5(0:42)	0.034
	>2	6(0:45)	
Bölümünüzde Araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre	≤2	8(0:45)	0.083
	>2	6(0:43)	
Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	Hayır	7(0:38)	0.469
	Evet	7(0:45)	
Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz?	Hayır	7(0:43)	0.548
	Evet	7(0:45)	
Branşınız dışında yapmak istediğiniz ihtisas var mıydı?	Hayır	6(0:45)	0.007
	Evet	8(0:43)	
Tıpta uzmanlık eğitiminizi sürdürdüğünüz branşı bırakmayı düşünür müsünüz?	Hayır	6(0:45)	<0.001
	Evet	10.5(0:43)	
Hekimliği bırakmayı düşünür müsünüz?	Hayır	6.5(0:45)	0.061
	Evet	7(0:43)	
Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?	≤30	6(0:45)	0.006
	>30	8(0:43)	
Çalışma ortamınızın fiziki şartları yeterli mi?	Hayır	7(0:45)	0.004
	Evet	5(0:41)	
Nöbet sayınız kabul edilebilir düzeyin üstünde mi?	Hayır	6(0:43)	0.013
	Evet	7(0:45)	
Bölümünüzde standart asistan eğitimi var mı?	Hayır	7(0:45)	0.229
	Evet	6(0:43)	
Mecburi hizmet yaptınız mı?	Hayır	9(0:45)	0.475
	Evet	6(0:42)	
Ülkemizde ihtisas dalınızın geleceğini nasıl görüyorsunuz?	Kötü	8(0:45)	0.002
	İyi	5(0:42)	
Branşınızın hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu nasıl değerlendirirsiniz.	Kötü	6.5(0:43)	0.430
	İyi	7(0:45)	

Çalışma süresi 2 yıl ve 2 yıldan az olan araştırma görevlisi doktorların, branş dışı ihtisas yapmak isteyenlerin, uzmanlık eğitimini sürdürdüğü branşı bırakmayı düşünenlerin, günde ortalama 30'dan fazla hasta bakanların, çalışma ortamındaki fiziki şartların yeterli olmadığını düşünenlerin, nöbet sayısını kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünenlerin, ihtisas dalının ülkemizdeki geleceğini kötü olarak görenlerin BA puanları daha yüksektir.

Tablo 12: BA Toplam Ölçek Puanı İle Mevcut İşyeriyle İlgili Verilerin Karşılaştırılması

İşyerinizden memnun musunuz?	Hayır Evet	9(0:43) 5(0:45)	<0.001
Hastalarınız tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?	Hayır Evet	7(0:43) 6(0:45)	0.274
Meslektaşlarınızdan yeterince destek gördüğünüze inanıyor musunuz?	Hayır Evet	7(0:43) 6(0:45)	0.026
Çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileriniz ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?	Hayır Evet	10(0:42) 6(0:45)	0.004
Çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?	Hayır Evet	8(0:37) 6(0:45)	0.453
Amir ve çalışma arkadaşlarınızca yaptığınız işin takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?	Hayır Evet	7(0:42) 6(0:45)	0.076
Klinikteki çalışma koşullarınızı nasıl tanımlarsınız?	Kolay- orta Zor	6(0:41) 7(0:45)	0.023
Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Hayır Evet	7(0:45) 7(0:32)	0.490
Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kaldınız mı?	Hayır Evet	6(0:45) 8(0:43)	0.003
Hizmet verdiğiniz şartların daha uygun olması durumunda kaybetmeyeceğinizi düşündüğünüz bir hastanızı kaybettiğiniz oldu mu?	Hayır Evet	6(0:45) 7(0:41)	0.428

İş yerinden memnun olmayan araştırma görevlisi doktorların, meslektaşlarından yeterince destek görmediğini düşünenlerin, çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileri ile uyum içerisinde çalışamayanların, klinikteki çalışma koşullarını zor olarak tanımlayanların, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kalanların BA puanları daha yüksektir.

Tablo 13: BA toplam ölçek puanı ile bireysel özelliklerin karşılaştırılması.

Ailenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?	Hayır	9(1:42)	0.130
	Evet	6(0:45)	
Tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	6.5(0:45)	0.909
	Evet	7(0:26)	
Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?	Hayır	6(0:45)	0.093
	Evet	11.5(0:38)	
Halen kullanmakta olduğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç var mı?	Hayır	6(0:45)	0.027
	Evet	10(0:32)	
Asistanlık sürecinde İntihar düşünceniz oldu mu ?	Hayır	6.5(0:45)	0.068
	Evet	10(0:42)	
İntihar girişiminde bulundunuz mu?	Hayır	7(0:45)	0.365
	Evet	4(2:7)	

Psikiyatrik ilaç kullanan araştırma görevlisi doktorların BA puanları daha yüksektir.

BA puanları medeni duruma, oturulan evin kira olup olmamasına, gelirin yeterli bulunup bulunmamasına, bulunulan şehirde yaşamaktan memnun olup olmamaya, dahili yahut cerrahi branşa, bölümde araştırma görevlisi olarak çalışılan süreye, mesleği isteyerek seçip seçmemeye, çalışılan bölümü isteyerek seçip seçmemeye, hekimliği bırakmayı düşünüp düşünmemeye, bölümde standart asistan eğitimi olup olmamasına, mecburi hizmet yapıp yapmamaya, branşın hekimlik camiasındaki saygınlık durumu hakkındaki görüşe, hastalar tarafından yeterince takdir edilip edilmeme düşüncesine, çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışıp

çalışmamaya, amir ve çalışma arkadaşlarının yapılan işi takdir edip etmediği düşüncesine, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalınıp kalınmadığına, daha uygun şartların olması durumunda hastanın kaybedilmeyeceği düşüncesine, aileden yeterince destek alınıp alınmadığı düşüncesine, tanı konulmuş kronik hastalığa sahip olup olmamaya, psikiyatrik hastalığa sahip olup olmamaya, asistanlık süresince intihar düşüncesi olup olmamasına, intihar girişiminde bulunup bulunmamaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 14: BA toplam ölçek puanının ayda tutulan ortalama nöbet, günlük ortalama çalışma saati ve sigara, alkol kullanımı ile karşılaştırması

Değişken	Gruplar	BA toplam ölçek puanı Medyan(Min:Maks)	p	İkili Karşılaştırmalar: p
Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?	≤5 6-7 8-9 ≥10	5(0:32) 6(0:38) 8(0:45) 9(0:42)	0.006	≤5 ve 6-7: 1.000 ≤5 ve 8-9: 0.043 ≤5 ve ≥10: 0.006 6-7 ve 8-9: 1.000 6-7 ve ≥10: 0.481 8-9 ve ≥10: 1.000
Günlük ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?	≤8 9-10 ≥11	4(0:26) 6(0:38) 9(0:45)	<0.001	≤8 ve 9-10: 0.036 ≤8 ve ≥11: <0.001 9-10 ve ≥11: 0.345
Alışkanlıklarınız	Sigara Kullanmayan Alkol Sigara ve alkol	7(0:33) 6(0:43) 6(0:45) 10(0:42)	0.323	

5 ve 5'ten az nöbet tutan araştırma görevlisi doktorların BA puanları daha düşüktür.

Günlük ortalama 8 ve 8 saatten az çalışan araştırma görevlisi doktorların BA puanları diğer iki gruptan da daha düşüktür.

BA puanları alışkanlıklara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 15: BD Toplam Ölçek Puanı ile Meslekte ve Araştırma Görevlisi Olarak Toplam Çalışma Süresi, Nöbet Sayısı, Günlük Çalışma Saati, Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı İlişkilerinin İncelenmesi

	r	p
Bu meslekte toplam çalışma süresi	-0.042	0.479
Bölümünüzde Araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre	-0.058	0.335
Ayda ortalama tutulan nöbet sayısı	0.169	0.004
Günlük ortalama çalışma saati	0.160	0.007
Günde ortalama bakılan hasta sayısı	0.118	0.049

BD puanları ile meslekteki toplam çalışma süresi ve bölümde araştırma görevlisi olarak geçen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

BD puanları ile ayda ortalama tutulan nöbet sayısı, günlük ortalama çalışılan saat, günde ortalama bakılan hasta sayısı arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardır.

Tablo 16: BA Toplam Ölçek Puanı ile Meslekte ve Araştırma Görevlisi Olarak Toplam Çalışma Süresi, Nöbet Sayısı, Günlük Çalışma Saati, Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı İlişkilerinin İncelenmesi

	r	p
Bu meslekte toplam çalışma süresi	-0.177	0.003
Bölümünüzde Araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre	-0.146	0.014
Ayda ortalama tutulan nöbet sayısı	0.202	0.001
Günlük ortalama çalışma saati	0.192	0.001
Günde ortalama bakılan hasta sayısı	0.100	0.096

BA puanları ile meslekteki toplam çalışma süresi, bölümde araştırma görevlisi olarak geçen süre arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki vardır.

BA puanları ile ayda ortalama tutulan nöbet sayısı, günlük ortalama çalışılan saat arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardır.

BA puanları ile günde ortalama bakılan hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi araştırılmıştır. Çalışmamıza 283 gönüllü doktor dahil edilmiştir.

Literatürde asistan hekimlerin popülasyonundan ziyade sağlık çalışanlarında depresyon sıklıkla araştırılmıştır. Asistan hekimlerde anksiyete düzeyi ile alakalı çalışma bulunamamıştır.

Biz çalışmamızda asistan hekimlerin depresyon, anksiyete düzeylerini ve ilişkili faktörleri araştırmayı amaçladık. Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'ni ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)'ni kullandık.

Çalışmamızda birçok önemli veriye ulaşmakla beraber bizce ön planda olan sonuçlar; araştırma görevlisi doktorların %68.1'inin aylık gelirinden memnun olmaması, %81.6'sının sosyal etkinliklere katılmadığını düşünmesi, %39.5'inin hekimliği bırakmayı düşünmesi, %49.4'ünün mevcut branşı dışında ihtisas yapmayı düşünmesi, %73.4'ünün çalıştığı hastanenin fiziki şartlarını yeterli görmemesi, %58.3'ünün nöbet sayısını kabul edilebilir düzeyin üstünde bulması, %49.1'inin çalıştığı bölümde standart asistan eğitiminin olmadığını düşünmesi, %63.9'unun mevcut ihtisas dalının geleceğini kötü görmesi, %56.5'inin branşının hekimlik camiasındaki saygınlık derecesini düşük görmesi, %58.6'sının çalıştığı işyerinden memnun olmaması, %70.6'sının hasta ve yakınları tarafından takdir edilmediğini düşünmesi, %57.5'inin meslektaşları tarafından destek görmediğine inanması, %56.8'inin hocaları, çalışma arkadaşları tarafından takdir edilmediğini düşünmesi, %56.1'inin hasta ve hasta yakını tarafından tehdide maruz kaldığını belirtmesi olmuştur.

Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların median BDÖ puanı 9 bulunmuştur (14). Gören EN.'nin çalışmasında asistan hekimler arasında depresyon oranının %39.7 olduğu ve bu durumun azımsanamayacak kadar yüksek olduğu; bu kişilerin büyük bir kısmının tanı ve tedavi almadığı

görülmüştür (13). Bizim çalışmamızda araştırma görevlisi doktorların median BDÖ puanı 11.85 bulunmuştur.

Gören EN.'nin çalışmasında cinsiyet ile depresyon arasında kadın hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı yükseklik tespit edilmiştir (13). Alpağut GŞ.'nin yaptığı Beck Depresyon ölçeği kullanılarak acil tıp asistanları ve diğer dahili branş asistanlarının depresyon puanlarını karşılaştırdığı çalışmada her iki branştaki kadın ve erkek hekimler arasında depresyon durumu açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (15). Bizim çalışmamızda kadın doktorların BDÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Gören EN.'nin çalışmasında medeni durum olarak asistan hekimlerin %44'ünün evli, %56'sını bekar olduğu görülmüş, medeni hal ile depresyon ve depresyon tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir (13). Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada BDÖ puanı ile medeni durum karşılaştırılmasında her iki grupta istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (15). Buğdaycı ve ark.'nin yaptıkları çalışmada ise pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasında depresyon açısından anlamlı farklılık görülürken bu durumun medeni hal ile ilişkisinin olmadığı görülmüştür (110). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak asistan doktorların BDÖ puanı ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunmadı.

Gören EN. 'nin çalışmasında nöbet sayısı ile depresyon ilişkisi incelendiğinde; depresyon ile nöbet sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (13). Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünenlerde yüksek bulunmuştur (14). Bizim çalışmamızda BD puanı ile ayda ortalama tutulan nöbet sayısı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Yine çalışmamızda nöbet sayısını kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünenlerin BD puanı, Çete A'nın çalışmasıyla benzer şekilde anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu konu hakkında; nöbet sayılarının makul seviyeye getirilmesi ile asistan hekimlerdeki depresyon düzeylerinde iyileşme olabileceğini düşünmekteyiz.

Gören EN. 'nin çalışmasında asistanlık yılı ve meslek yılı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (13). Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada BDÖ puanı ile asistanlık süresi arasında anlamlı fark saptanmamıştır (15). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde meslekte toplam çalışma süresine, bölümde araştırma görevlisi olarak çalışılan süreye göre BD puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Gören EN. 'nin çalışmasında sigara kullanımında branşlar arasında anlamlı fark izlenmiştir. Acil hekimlerinin sigara kullanımı daha yüksek bulunmuştur. Sigara ile depresyon varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde ise; sigara kullanımı olanlarda depresyon oranının daha fazla olduğu görülmüştür (13). Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı sigara ve alkol kullananlarda yüksek bulunmuştur (14). Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada sigara kullanımı branşlar arasında anlamlı fark göstermiştir. Acil servis hekimlerinde sigara kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur (15). 1992 yılında yapılan bir çalışmada acil tıp asistanlarının diğer dalların asistanlarına göre daha fazla madde (alkol) kullandıkları tespit edilmiştir ancak bu madde kullanımı toplumun aynı yaş grubu ile karşılaştırıldığında çok düşük oranda bulunmuştur (111). Gören EN. 'nin çalışmasında alkol kullananlarda depresyon varlığı açısından anlamlı fark bulunmazken; BDÖ puanlamasına göre depresyon varlığı tespit edilen asistan hekimlerde depresyon ağırlığı ile alkol arasındaki ilişki incelenmiş ve alkol kullanımı olanlarda ağır depresyonun olduğu görülmüştür (13). Bizim çalışmamızda ise diğer çalışmalardan farklı olarak BD puanları alışkanlıklara (sigara, alkol kullanımı) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Gören EN. 'nin çalışmasında katılımcı asistan hekimlerin sosyal aktivite yapabilme durumu ve yapabilme sıklığı ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir (13). Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olanlarda yüksek bulunmuştur (14). Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada hobiye zaman ayırabilen kişilerde depresyona daha az rastlanmıştır (15). Bizim çalışmamızda sosyal etkinliklere yeterince katılmadığını düşünenlerin BD puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. Nöbet

sonrasında mesaiye devam eden ve yaklaşık 36 saat çalışan asistan hekimin sosyal aktivitelere katılamayabileceği ve sosyal aktivitelere katılmadığı için daha depresif olabileceği beklenebilecek bir durum olmakla birlikte bu çalışma koşullarının iyileştirilebilmesi durumunda depresyon seviyelerinde düzelmeye umabiliriz.

Gören EN. 'nin çalışmasında asistan hekimlerin kronik hastalık durumları, psikiyatrik hastalık durumları, psikiyatrik ilaç kullanımı ve obezite ile BDÖ puanları karşılaştırılmıştır. Bu bağlamda elde edilen veriler incelenmiş ve psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda %100 depresyon olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların ise %38'inde depresyon olduğu tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (13).

Gören EN. 'nin çalışmasında psikiyatrik ilaç kullanımı ve kronik hastalık varlığı ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir (13). Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı psikiyatrik ilaç kullananlarda yüksek bulunmuştur (14). Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada antidepresan kullanımı branşlar arasında anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Acil servis hekimlerinde antidepresan kullanımı daha yüksek bulunmuştur. Depresyona acil hekimlerinde zemin hazırlayan faktörlerin çokluğu bu durumun sebebi olarak nitelendirilmiştir (15). Bizim çalışmamızda tanı konulmuş kronik hastalığa sahip olup olmama, psikiyatrik hastalığa sahip olup olmama, intihar girişiminde bulunup bulunmamaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Ancak çalışmamızda asistanlık süresince intihar düşüncesi olan, psikiyatrik ilaç kullanan asistan hekimlerin BD puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır.

Gören EN. 'nin çalışmasında acil tıp hekimleri ile diğer branşlar karşılaştırıldığında depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (13). Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada branşlara göre BDÖ puanında anlamlı fark saptanmamıştır (15). Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da dahili yahut cerrahi branş olmasına göre BD puanında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

Gören EN. 'nin çalışmasında katılımcılar arasında çocuk varlığı ve sayıları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır

(13). Alpağut GŞ.'nin yaptığı Beck Depresyon ölçeği kullanılarak acil tıp asistanları ve diğer dahili branş asistanlarının depresyon puanlarını karşılaştırdığı çalışmada çocuk sayısı ile depresyon ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur (15). Bizim çalışmamızda çocuk sayısına göre istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Gören EN. 'nin çalışmasında asistan hekimler arasında meslek memnuniyetsizliği, branş ve meslek değiştirme isteklerinin olması ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür (13). Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı bölümünü istemeden seçmiş olanlarda yüksek bulunmuştur (14). Yine Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa farklı bir bölümü seçmeyi düşünenlerde yüksek bulunmuştur (14). Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada branşını isteyerek seçen, branşından pişman olan asistan hekimler ile istifa düşüncesi olan hekimler arasında depresyon değerlendirme ölçeği sonuçlarında anlamlı fark gösterilmiştir (15). Yine Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada BDÖ puanı ile tıp doktorluğunu isteyerek seçmek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (15). Bizim çalışmamızda mesleği isteyerek seçip seçmemeye göre istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır yalnız branşını istemeyerek seçenlerin, branşı dışında ihtisas yapmak isteyenlerin, uzmanlık eğitiminin sürdüğü branşı bırakmayı düşünenlerin, hekimliği bırakmayı düşünenlerin BD puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kanaatimizce mesleki ve tıpta uzmanlık sınavı ile girilen branş seçimleri öncesinde yapılacak bilgilendirme ve eğitim ile meslek ve branşın kişi ve yaşamsal uyumu açısından tespitinin yapılmasının sonradan oluşacak meslek ve branş memnuniyetsizliğini ve buna sekonder gelişen sorunları ortadan kaldıracığını düşünmekteyiz.

Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı hasta yakını şiddetine maruz kalanlarda yüksek bulunmuştur (14). Alpağut GŞ.'nin yaptığı çalışmada fiziksel veya psikolojik şiddete uğramak depresyonun oluşumunda anlamlı fark olduğunu göstermiştir (15). Bizim çalışmamızda mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide

maruz kalanların BD puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla çıkmıştır. Yalnız çalışmamızda mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalınıp kalınmadığına göre BD puanında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu konu doktorların acil çözüm bekleyen kanayan yaralarından biridir. Öncelikle eğitim yahut caydırıcı cezalar gibi çözümlerin uygulamaya konulması gerektiği ortadadır.

Gören EN. 'nin çalışmasında asistan hekimlerin gelir memnuniyetsizliğinin depresyon varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (13). Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanları gelir düzeyi düşük olanlarda yüksek bulunmuştur (14). Bizim çalışmamızda gelirini yeterli bulmayanların BD puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. Bu durumda gelir memnuniyetsizliğinin ortadan kaldırılması ile asistan hekimlerin depresif şikayetlerinin iyileştirilebileceğini düşünmekteyiz.

Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı amirleri ve diğer sağlık personelleri ile uyum içinde çalışmadığını ifade edenlerde yüksek bulunmuştur (14). Bizim yaptığımız çalışmada da çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileri ile uyum içerisinde çalışmadığını düşünenlerin BD puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. Yoğun stresle çalışan araştırma görevlisi doktorların kıdemlileriyle, hocalarıyla uyum içerisinde çalışabilmesinin rahatlatıcı, iyileştirici yanı hem beklenen hem istenilen bir durumdur.

Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı amirleri ve çalışma arkadaşları tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde yüksek bulunmuştur (14). Bizim çalışmamızda da amir ve çalışma arkadaşlarınca yapılan işin takdir edilmediğini düşünenlerin BD puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır.

Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı gelecekle ilgili mesleksel kaygıları olanlarda daha yüksek olarak saptanmıştır (14). Bizim çalışmamızda ihtisas dalının ülkemizdeki geleceğini kötü olarak görenlerin BD puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır.

Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların günde baktıkları ortalama hasta sayısı arttıkça depresyon düzeyinin arttığı bulunmuştur (14). Bizim çalışmamızda günde ortalama 30'dan fazla hasta bakan asistan hekimlerin BD puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. Yine çalışmamızda BD puanı ile günde ortalama bakılan hasta sayısı arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardır. Günlük bakılan hasta sayılarının optimal seviyeye çekilebilmesi hem doktorların verimli çalışabilmesini hem de hastaların daha detaylı muayene edilebilmelerini sağlamakla beraber doktorların depresif şikayetlerini azaltabileceğini düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda bulunduğu şehirde yaşamaktan memnun olmayan asistan hekimlerin BD puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yine çalışma ortamındaki fiziki şartların yeterli olmadığını düşünenlerin BD puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda BD Puanı ile başka parametreler arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Ama benzer çalışmalar olmadığından bu verileri literatürdeki bulgular ile kıyaslama şansı bulamadık. Mevcut iş yerinden memnun olmayanların, hastalar tarafından yeterince takdir edilmediğini düşünenlerin, meslektaşlarından yeterince destek görmediğini düşünenlerin, klinikteki çalışma koşullarını zor olarak tanımlayanların, günlük ortalama 11 ve 11 saatten fazla çalışanların BD puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Çalışmamızda BD puanı ile günlük ortalama çalışılan saat arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardır.

Diğer yandan çalışmamızda BD puanı ile oturlan evin kira olup olmaması, bölümde standart asistan eğitimi olup olmaması, mecburi hizmet yapıp yapmama durumu, branşın hekimlik camiasındaki saygınlığı hakkındaki görüş, çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışıp çalışmama, daha uygun şartların olması durumunda hastanın kaybedilmeyeceği düşüncesi, aileden yeterince destek alınıp alınmadığı düşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Asistan hekimlerin anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler konusunda benzer çalışmaların bulunmaması nedeniyle birçok konuda karşılaştırma

yapılmadı. Asistan hekimlerin depresyon düzeyi ve ilişkili faktörler konusunda yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmanın bulgularıyla karşılaştırma yapıldı.

Çalışmamızda kadın asistan hekimlerin, çocuğu olmayanların, sosyal etkinliklere yeterince katılmadığını düşünenlerin BA puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışmamızda meslekte toplam çalışma süresi 2 yıl ve 2 yıldan az olanların, branş dışı ihtisas yapmak isteyenlerin, uzmanlık eğitimini sürdürdüğü branşı bırakmayı düşünenlerin, günde ortalama 30'dan fazla hasta bakanların, çalışma ortamındaki fiziki şartların yeterli olmadığını düşünenlerin, nöbet sayısını kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünenlerin, ihtisas dalının ülkemizdeki geleceğini kötü olarak görenlerin BA puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışmamızda iş yerinden memnun olmayanların, meslektaşlarından yeterince destek görmediğini düşünenlerin, çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileri ile uyum içerisinde çalışmayanların, klinikteki çalışma koşullarını zor olarak tanımlayanların, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kalanların BA puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Çalışmamızda psikiyatrik ilaç kullananların BA puanları anlamlı olarak daha yüksektir. BA puanları ile ayda ortalama tutulan nöbet sayısı, günlük ortalama çalışılan saat arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardır.

Çalışmamızda BA puanları medeni duruma, oturulan evin kira olup olmamasına, gelirin yeterli bulunup bulunmamasına, bulunulan şehirde yaşamaktan memnun olup olmamaya, dahili yahut cerrahi branşa, bölümde araştırma görevlisi olarak çalışılan süreye, mesleği isteyerek seçip seçmemeye, çalışılan bölümü isteyerek seçip seçmemeye, hekimliği bırakmayı düşünüp düşünmemeye, bölümde standart asistan eğitimi olup olmamasına, mecburi hizmet yapıp yapmamaya, branşın hekimlik camiasındaki saygınlık durumu hakkındaki görüşe, hastalar tarafından yeterince takdir edilip edilmeme düşüncesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Çalışmamızda BA puanları çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışıp çalışmamaya, amir ve çalışma arkadaşlarının yapılan işi takdir edip etmediği düşüncesine, mevcut işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalınıp kalınmadığına, daha uygun şartların olması durumunda hastanın kaybedilmeyeceği düşüncesine, aileden yeterince destek alınıp alınmadığı düşüncesine, tanı konulmuş kronik hastalığa sahip olup olmamaya, psikiyatrik hastalığa sahip olup olmamaya, asistanlık süresince intihar düşüncesi olup olmamasına, intihar girişiminde bulunup bulunmamaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Çalışmamızda BA puanları alışkanlıklara (sigara, alkol kullanımı), günde ortalama bakılan hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Çalışmamızda BA puanları ile meslekteki toplam çalışma süresi, bölümde araştırma görevlisi olarak geçen süre arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki vardır.

Çalışmamızda 5 ve 5'ten az nöbet tutanların, günlük ortalama 8 ve 8 saatten az çalışanların BA puanları daha düşüktür.

Bu konuda yapılacak daha fazla ve daha kapsamlı çalışmaların literatüre ışık tutacağını ve daha kesin sonuçlar elde etmemizi sağlayacağını düşündük.

Özetle kadın araştırma görevlisi doktorların, sosyal etkinliklere yeterince katılmadığını düşünenlerin, branşı dışında ihtisas yapmak isteyenlerin, uzmanlık eğitimini sürdürdüğü branşı bırakmayı düşünenlerin, günde ortalama 30'dan fazla hasta bakanların, çalışma ortamındaki fiziki şartların yeterli olmadığını düşünenlerin, nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünenlerin, ihtisas dalının ülkemizdeki geleceğini kötü olarak görenlerin, mevcut iş yerinden memnun olmayanların, meslektaşlarından yeterince destek görmediğini düşünenlerin, çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeleri/kıdemlileri ile uyum içerisinde çalışmadığını düşünenlerin, amir ve çalışma arkadaşlarıncı yapılan işin takdir edilmediğini düşünenlerin, klinikteki çalışma koşullarını zor olarak tanımlayanların, mevcut

işyerinde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kalanların, psikiyatrik ilaç kullananların BD ve BA puanları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın birkaç kısıtlılığı bulunmaktadır. Verilerin gönüllülerin kendi bildirimlerinden elde edilmesi, çalışmanın kesitsel olması, sadece Uludağ Üniversitesindeki asistan hekimleri içermesi bunlardan bazılarıdır. Bulgular arasındaki neden sonuç ilişkisini daha iyi değerlendirmek için yüksek katılımlı ve daha fazla çalışma gerekmektedir. Araştırma görevlisi doktorlarda BD puanının medeni durumdan ve branşlardan etkilenmemesi, meslekteki çalışma süresi ve araştırma görevlisi olarak çalışma süresiyle anlamlı fark bulunmaması, başka branş yapmak isteyenlerde anlamlı yüksek bulunması, gelir memnuniyetsizliği, amiriyle uyumlu çalışmama, meslektaşları tarafından takdir edilmemeyle, günlük bakılan hasta sayısının fazla olması ile anlamlı olarak yüksek bulunması açısından literatürle uyumlu veriler elde edilmiştir ancak kimi veriler literatürle uyumsuz düşmektedir, örneğin hasta ve yakınları tarafından şiddete uğramanın BD puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmaması şaşırtıcıdır ve bu konuda daha fazla çalışma yapmanın gerektiğine işaret etmektedir.

Çalışmamıza dahil olan gönüllülerin depresyon ve anksiyete düzeyleri klinik görüşme yapılarak belirlenmemiş, gönüllülerin doldurduğu öz bildirim formları esas alınarak değerlendirilmiştir. Bu konuda veri eksikliği oluşması olasıdır. Benzer şekilde psikotrop ilaç kullanım oranlarının e-nabız uygulamasından bakılarak desteklenmesi gerekmektedir. Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarıyla ilgili daha çok depresyon ve tükenmişlik düzeyi çalışmalarının yapıldığı, anksiyete düzeyi ile ilgili çalışmaların ve özelde araştırma görevlisi doktorlar ile ilgili çalışmaların hayli yetersiz olduğu görülmüştür. Bu konuda daha çok, örneklem büyüklüğü fazla, kapsamlı çalışmaların yapılması daha bilgilendirici olacaktır.

Çalışmamızın sonucunda önerebileceğimiz noktalar; araştırma görevlisi doktorların aylık gelir düşüklüğünde, günlük bakılan hasta sayılarının ve aylık tutulan nöbet sayılarının fazlalığında, nöbet sonrası mesaiye devam etme hususunda yetkili merciler tarafından iyileştirmeler yapılması, araştırma görevlisi doktorlara gerek meslek gerekse de branş tercihleri öncesinde lise ve

üniversite düzeyinde detaylı eğitim ve bilgilendirme yapılması, hasta ve hasta yakınları tarafından tehdit ve şiddet görme durumları için yetkili merciler tarafından halkın eğitilmesi yahut caydırıcı cezaların gündeme getirilmesi, uygulanması, yine araştırma görevlisi doktorların meslektaşlarından yeterince destek görememesi, kıdemlileri ve hocaları ile uyum içerisinde çalışmadıklarını düşünmesi hususunda hastane bünyesinde düzenlemelerin yapılması olmuştur.

6. KAYNAKLAR

1. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü
from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090718-5.htm>
2. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. In: Depresyon Monografaları Serisi 3. 1. Baskı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği. 1993; 109–22.
3. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999; 7–36.
4. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. In: Toplum Hekimliği Bülteni. 2007; 32–6.
5. Newbury-Birch D, Kamali F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. Postgraduate Medical Journal 2001; 109–11.
6. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H. Confronting Depression and Suicide in Physicians: A Consensus Statement. In: Journal of the American Medical Association. 2003; 3161–6.
7. TTB. Asistan Hekimin Hakları Var! Talep Ediyoruz: Nitelikli Uzmanlık Eğitimi. 2015.
8. Firth-Cozens J. Depression in doctors. In: Robertson MM KC, editor. Depression and physical illness. 1997; 95–111.
9. Caplan RP. Stress, Anxiety, And Depression In Hospital Consultants, General Practitioners, And Senior Health Service Managers, Anxiety. 1994; 309
10. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006; 20
11. Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan Vol. 54, Pakistan. Journal of Pakistan Medical Association. 2004
12. Başpınar R, Gökşin CF, Kutlu R. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi Evaluation of Depression and Related Factors in the Medical Residents. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg. 2016;7(25):1–9.

13. Gören EN. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi 'nde Çalışan Asistan Hekimlerin Beck Depresyon Ölçeğiyle Depresyon Seviyelerinin Ve Nedenlerinin Belirlenmesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2019.
14. Çete A. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2018.
15. Alpağut GŞ. Acil tıp asistan hekimleri ve diğer dahili branş asistan hekimleri arasında depresyon ölçeğinin karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2018.
16. Öztürk O, Uluşahin A. Duygudurum bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2015; 261–96.
17. Çelik FH, Hoccoğlu Ç. "Major Depressive Disorder" Definition, Etiology and Epidemiology: A Review. Çağdaş Tıp Dergisi 2016;6(1): 51-66.
18. Yıldırım E, Tan MN. Depresyonda Risk Faktörleri, Belirti ve Bulgular. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği- Özel Konular. 2017; 1:15–20.
19. Işık E, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Rota Tıp Yayınevi. 2013; 6-6
20. Gül IG, Karlıdağ R. Dünden Bugüne Depresyon. Türkiye Klinikleri Psychiatry - Special Topics 2012; 2:1–6.
21. Uğuz S, Turhan N. Farklı bir bakışla depresyon. Galenos Yayınları; 2002; 61–61.
22. Jeffrey L. Nöropsikiyatri ve davranış nörolojisi. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003; 1–18.
23. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003; 5–11.
24. Sadock BJ, Pedro Ruiz, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2014; 37-55.
25. Doğan O, Gülmez H. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası; 1995; 15–20.
26. Loosen P, Beyer J. Mood Disorders. In: Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry. Lange Med. 2000; 134–48.

27. Joska JA SD. Mood disorders. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO, American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry 5th Ed Publ Washingt DC. 2008; 457–504.
28. Güler Ö. Depresif bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2012; 34–9.
29. Maletic V, Robinson M, Oakes T, Iyengar S, Ball SG, Russell J. Neurobiology of depression: An integrated view of key findings. Vol. 61, International Journal of Clinical Practice. 2007; 2030–40.
30. Nutt DJ. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 6:3–8.
31. Craig NJ, Davis JM. DST studies in psychotic depression: A meta-analysis. Am J Psychiatry. 1997;154(11):1497–503.
32. Keller J, Gomez R, Williams G, Lembke A, Lazzeroni L, Murphy GM. HPA axis in major depression: Cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition. Mol Psychiatry. 2017;22(4):527–36.
33. Özpoyraz N. Depresyonda Nöroanatomik Bağlantılar. Klinik Psikiyatri. 2002; Ek 4:68-72
34. Dusi N, Barlati S, Vita A, Brambilla P. Brain Structural Effects of Antidepressant Treatment in Major Depression. Curr Neuropharmacol. 2015;13(4):458–65.
35. Abdallah CG, Jackowski A, Sato JR, Mao X, Kang G, Cheema R. 60 Prefrontal cortical GABA abnormalities are associated with reduced hippocampal volume in major depressive disorder. Eur Neuropsychopharmacol. 2015;25(8):1082–90.
36. Sakkas PN, Soldatos CR, Bergiannaki JD, Paparrigopoulos TJ, Stefanis CN. Growth hormone secretion during sleep in male depressed patients. Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry. 1998;22(3):467–83.
37. Kotan Z, Sarandöl A, Eker SS, Akkaya C. Depresyon, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler- Depression, Neuroplasticity and Neurotrophic Factors. Vol. 1, Psikiyatride güncel yaklaşımlar. 2009; 1:22-35
38. Miller AH, Maletic V, Raison CL. Inflammation and Its Discontents: The Role of Cytokines in the Pathophysiology of Major Depression. Vol. 65, Biological Psychiatry. 2009; 732–41.
39. Raison CL. Inflammatory depression: A trifecta of trouble. J Clin Psychiatry. 2014;75(6):663–4.

40. Brenner C. A psychoanalytic perspective on depression. J Am Psychoanal Assoc. 1991;39(1):25–43.
41. Beck AT. The Current State of Cognitive Therapy A 40-Year Retrospective. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(9):953–9.
42. Carvalho JP, Hopko DR. Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2011; 42(2):154–62.
43. Gelder M, Gath D MR. Oxford textbook of psychiatry. Oxford Univ Press. 1989.
44. Sadock Bi, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. Ankara, Öncü Basımevi, 8 baskı, Türkçe çeviri. 2007; 1559–74.
45. Maier W, Lichtermann D, Mingos J, Heun R. Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: A family study perspective. J Affect Disord. 1992;24(3):153–63.
46. Dehn LB, Beblo T. Depressed, biased, forgetful: The interaction of emotional 61 and cognitive dysfunctions in depression. Vol. 33, Neuropsychiatrie. 2019; 123–30.
47. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. Klinik Psikiyatri. 2004; Ek 4:12–6.
48. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Am Psychiatr Publ Washingt. 2013.
49. Kaplan HI SB. Klinik Psikiyatri. Abay E (çeviri Ed İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. 2004;159–83.
50. Yüksel N. Duygudurum Bozuklukları. Ankara Çizgi Tıp Yayınevi. 2001; 208–56.
51. Schulz PE, Arora G. Depression. Vol. 21, continuum Lifelong Learning in Neurology. 2015; 756–71.
52. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Çizgi Yayınevi,2. Baskı, Ankara. 2001.
53. Rakel RE. Depression. Prim Care - Clin Off Pract. 1999;26(2):211–24.
54. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W. Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold

depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord.* 1998;50(2–3):97–108.

55. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. Vol. 28, *Neuron.* 2000; 335–41.

56. Taylor D, Paton CK. *The Prescribing Guidelines (Eleventh edition).* Inf Healthc. 2012.

57. Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. *Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı.* Türkiye Psikiyatır Derneği Yayınları 2008; 71–99.

58. Örsel S. *Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar.* Klinik Psikiyatri; Ek 4. 2004;17–24.

59. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder (Second Edition).* Am Psychiatr Publ Washingt. 2000; 62

60. Prudic J. *Electroconvulsive Therapy.* Kaplan&Sadock's Compr Textb Psychiatry Sadock BJ, Sadock VA Lippincott Williams&Wilkins Philadelphia. 2005.

61. Stewart JW, Quitkin FM, Davies C. Atypical Depression, Dysthymia, and Cyclothymia. In Stein DJ, Kupfer AF, Schatzberg (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders* 2006; 547–59.

62. Giacobbe P, Kennedy SH. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: A psychiatric perspective. Vol. 8, *Current Psychiatry Reports.* 2006; 437–44.

63. Mashour GA, Walker EE, Martuza RL. Psychosurgery: Past, present, and future. Vol. 48, *Brain Research Reviews.* 2005;409–19.

64. Pail G, Huf W, Pjrek E, Winkler D, Willeit M, Praschak-Rieder N. Bright-light therapy in the treatment of mood disorders. Vol. 64, *Neuropsychobiology.* 2011;152–62.

65. Jafari P, Nozari F, Ahrari F, Bagheri Z. Measurement invariance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across medical student genders. *Int J Med Educ.* 2017; 8:116–22.

66. Bacchi S, Licinio J. Qualitative Literature Review of the Prevalence of Depression in Medical Students Compared to Students in Non-medical Degrees. Vol. 39, *Academic Psychiatry.* 2015;293–9.

67. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J. Burnout among u.s. medical students, residents, and early career physicians relative to the general u.s. population. *Acad Med.* 2014;89(3):443–51.
68. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: A three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ.* 2007;7.
69. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Med Educ.* 2016;50(4):456–68.
70. Shi M, Liu L, Wang ZY, Wang L. Prevalence of depressive symptoms and its correlations with positive psychological variables among Chinese medical 63 students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):3.
71. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med.* 2000;19(3):155–9.
72. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res Suppl.* 2015;141:354–7.
73. Nguyen TTT, Nguyen NTM, Pham M Van, Pham H Van, Nakamura H. The four-domain structure model of a depression scale for medical students: A cross-sectional study in Haiphong, Vietnam. *PLoS One.* 2018;13(3):1-12
74. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arch Med Rev J.* 2013;22(4):441–59.
75. Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *ŞEEAH Tıp Bülteni.* 2011;45(2):65–74.
76. Noyes R, Saric RH. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul Csa Med Yayıncılık. 1998;1–46.
77. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara. 2000; 139-45
78. Berksun OE. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Turgut Yayıncılık. 2003; 49-57
79. Cheng C. CMWL. Psychological responses to outbreak of severe acute respiratory syndrome: a prospective, multiple time-point study. *J Pers.* 2005;73(1):261–85.

80. Özgüven İE. Psikolojik Testler. PDREM Yayınları, Sist Ofset, 2. Baskı, Ankara. 1991.
81. Horwath E. Epidemiology of anxiety disorders. Textb Psychiatr Epidemiol MTTsuang, MTohen, PBJones. 2011;28–311.
82. Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh sağlığı Profili, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara. 1998; 64
83. Öztürk O, Uluşahin A. Bunaltı Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2015;337–63.
84. Michael T. Epidemiology of anxiety disorders. Psychiatry. 2007;(6):42–136.
85. Sadock BJ, Sadock VA. RP. Anksiyete Bozuklukları. Kaplan&Sadock Psikiyatri 11.baskı Lippincott Williams&Wilkins. 2016;387–413.
86. Essau CA. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. J Anxiety disord. 2000; 14:79–263.
87. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007
88. Monkul S. Panik bozukluğunun patogenezi, Anksiyete Bozuklukları'nda, R. Tükel ve T. Alkın. Türkiye Psikiyatr Derneği Yayınları Ankara. 2006;69–98.
89. Biber B, Alkın T. Panic disorder subtypes: differential responses to CO2 challenge. Am J Psychiatry. 1999; 156:739–44.
90. Schumacher J, Kristensen AS. The genetics of panic disorder. J Med Genet. 2011;48(6):361–8.
91. Fouche JP, Van Der Wee NJ. Recent advances in the brain imaging of social anxiety disorder. Hum Psychopharmacol. 2013; 28:102–5.
92. Del Casale A, Ferracuti S. Functional neuroimaging in specific phobia. Psychiatry Res. 2012;202(3):181–97.
93. Marnane C. DSM-5 allows separation anxiety disorder to grow up. Aust N Z J Psychiatry. 2013;47(1):12–5.
94. Hua A, Major N. Selective mutism. Vol. 28, Current Opinion in Pediatrics. 2016. p. 114–20.

95. Rogoll J, Petzold M, Ströhle A. Selective mutism. *Nervenarzt*. 2018;89(5):591–602.
96. Hahn RK, Reist C AL. *Current Clinical Strategies*. California, 2006'dan çeviren Çelik M, Türkiye Klin Ankara. 2007
97. Tükel R, Alkın T. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Basım. Pozitif Matbaacılık, Ankara. 2006; 65.
98. Merikangas K. Epidemiology of anxiety disorders, Kaplan Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Wolter Kluver/Lippincott Williams&Wilkins. 2009;1856–64.
99. Pırıldar Ş, Eker Ö. Anksiyete bozuklukları arasındaki örtüşmenin tanı ve tedavideki önemi. *J Psychiatr Assoc Turkey Contin Educ*. 2015;2–7.
100. Uğuz Ş, Altıntaş EY. Panik Bozukluk: Etiyoloji, Klinik Gidiş, Komorbidite ve Tedavisi. *Türkiye Klin J İnt Med Sci*. 2006;2(12):21–5.
101. Kim K, Lee S, Kim JH. Diminished autonomic neurocardiac function in patients with generalized anxiety disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12:3111–8.
102. Kessler RC. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602.
103. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(SUPPL. 8):24–34.
104. Hoge EA, Ivkovic A, Fricchione GL. Generalized anxiety disorder: Diagnosis and treatment. Vol. 345,2012.
105. Rubio G, López-Ibor JJ. Generalized anxiety disorder: A 40-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(5):372–9.
106. Tsutsumi A, Kawanami S, Horie S. Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. *Int Arch Occup Environ Health*, 1989;85(2):153- 41.
107. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989;7:3-13.
108. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, *Dirim Tıp Dergisi*, 2011;2:39-47.

109. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Cjuaterly* 1998; 2:163–72.

110. Buğdaycı R. Mersin İli'nde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2007. 26(1);32-6.

111. Hughes PH, Baldwin CD, Sheehan DV. Resident physician substance use by specialty. *Am J psychiatry*. 1992; 129:1348-54.

7. EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	
1. Kaç yaşındasınız ? 	2. Cinsiyetiniz? <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
3. Medeni durumunuz ? <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış	4. Kaç çocuğunuz var ? <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ve üzeri
5. Oturduğunuz ev kime ait? <input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Kendi evim <input type="checkbox"/> Aileme ait	6. Aylık geliriniz ne kadar? t
7. Gellirinizi yeterli buluyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir	8. Bulduğunuz şehirde yaşamaktan memnun musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir
9. Sosyal etkinliklere yeterince katılabiliyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir	10. Uzmanlık Eğitimi Dalınız?
11. Bu meslekte toplam çalışma süreniz nedir (yıl/ay)? 	12. Bölümünüzde Araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre (yıl/ay)
13. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir	14. Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir
15. Branşınız dışında yapmak istediğiniz ihtisas var mıdır? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir Evet ise hangisi?	16. Tıpta uzmanlık eğitiminizi sürdürdüğünüz branşı bırakmayı düşünür müsünüz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir
17. Hekimliği bırakmayı düşünür müsünüz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir	18. Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?
19. Günlük ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? 	20. Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?
21. Çalışma ortamınızın fiziki şartları yeterli mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir	22. Nöbet sayınız kabul edilebilir düzeyin üstünde mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir
23. Bölümünüzde standart asistan eğitimi var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir	24. Mecburi hizmet yaptınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir Yıl
25. Ülkemizde ihtisas dalınızın geleceğini nasıl görüyorsunuz? <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Kötü	26. Branşınızın hekimlik camiasındaki saygınlık durumunu nasıl değerlendirirsiniz? <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Kötü
27. İşyerinizden memnun musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir	28. Hastalarınız tarafından yeterince takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayir

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Taraftan onaylanmıştır
Tarih : 02.03.2023
Karar No : 2020-15/16


Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Depresyon, Anksiyete Düzeyleri Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

29. Meslektaşlarınızdan yeterince destek gördüğünüze inanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	30. Çalışma ortamındaki amir/öğretim üyeler/kademeleriniz ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
31. Çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	32. Amir ve çalışma arkadaşlarınızca yaptığınız işin takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
33. Klinikteki çalışma koşullarınızı nasıl tanımlarsınız? <input type="checkbox"/> Kolay <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Zor	34. Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
35. Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kaldınız mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	36. Hizmet verdiğiniz şartların daha uygun olması durumunda kaybetmeyeceğinizi düşündüğünüz bir hastanızı kaybettiğiniz oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
37. Ailenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	38. Tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Varsa belirtiniz: _____
39. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç/ilaçlar var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Varsa belirtiniz: _____	40. Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Varsa belirtiniz: _____
41. Halen kullanmakta olduğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç/ilaçlar var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Varsa belirtiniz: _____ mg/gün	42. Ne zamandır psikotrop ilaç kullanıyorsunuz? _____ ay/yıl
43. İlacınız psikiyatrist tarafından mı başlandı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Hayır ise kim tarafından başlandı? _____	44. İlacınızı düzenli kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Hayır ise ne sıklıkla kullanıyorsunuz? _____
45. Psikiyatri hekimine gidiyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	46. Psikiyatri poliklinik kontrollerine düzenli gidiyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
47. Asistanlık sürecinde intihar düşünceniz oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	48. İntihar girişiminde bulundunuz mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Evet ise hangi yöntemi tercih ettiniz? _____
49. Alışkanlıklarınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Madde (esrar, metamfetamin.. vb)	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar-Etik Kurulu İbrahimden onaylanmıştır Tarih : 02.09.2020 Karar No : 2020-15/16 2

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Depresyon, Anksiyete Düzeyleri Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

Ek-2. Beck Depresyon Ölçeği

	UÜ-SK BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 16 Ocak 2013		

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

Tarih:

Açıklama: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son 1 hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve işaretleyiniz.


- (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum,
(b) Kendimi üzgün hissediyorum,
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum,
(d) Oylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- (a) Kendimi başarısız görmüyorum,
(b) Herkesten daha fazla başarısızlığım oldu sayılır,
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum,
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- (a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum),
(b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum,
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum,
(d) Beni doyan hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
- (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum,
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim olur,
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum,
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- (a) Cezalandırılmıyormuşum gibi duygular içinde değilim,
(b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular yaşıyorum,
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum,
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım,
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım,
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum,
(d) Kendimden nefret ediyorum.
- (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum,
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum,
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum,
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmamam,
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterim,
(d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.03.2020
Form No : 2020-AS/16



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başka bir tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



ÜÜ-SK BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU			
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 2 / 2
	Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 16 Ocak 2013	

10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum,
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum,
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum,
(d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam,
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim,
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim,
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim,
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim,
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim,
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum,
(b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum,
(c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum,
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum,
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum,
(c) Dış görünüşümden artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum,
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum,
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum,
(c) Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum,
(d) Hiç çalışmıyorum.
16. (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum,
(b) Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum,
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum,
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum,
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum,
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum,
(d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil,
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil,
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü,
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum,
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim,
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim,
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgilieniyorum,
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 02.09.2023
Karar No : 2023-17/16



Ek-3. Beck Anksiyete Ölçeği

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kullanabildim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak, ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):
Protokol No:

Tarih:

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

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih :
Karar No :

Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü ne ait
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 02.09.2020
Karar No : 2020-17/16



UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-09 İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011 Sayfa
Rev.No : 00 Rev.Tarihi : 2 / 2

12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Beck Anksiyete Ölçeği

Toplam BECK-A' skoru:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.09.2020
Gözetim No : 2020-15/16



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



8. TEŞEKKÜR

**Çok özel ve en masum insan...
Abime saygılarımı sunuyorum...**

