



T.C.

UFUK ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

**HEKİMLERDEKİ ANKSİYETE VE DEPRESYON
YATKINLIĞININ ÜNİVERSİTE VE DEVLET HASTANESİNE
GÖRE ÖLÇÜMÜ VE YORUMU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERKAN EROL

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. BERKAY EKİCİ

ANKARA

2020

T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

**HEKİMLERDEKİ ANKSİYETE VE DEPRESYON
YATKINLIĞININ ÜNİVERSİTE VE DEVLET HASTANESİNE
GÖRE ÖLÇÜMÜ VE YORUMU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERKAN EROL

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. BERKAY EKİCİ

ANKARA

2020

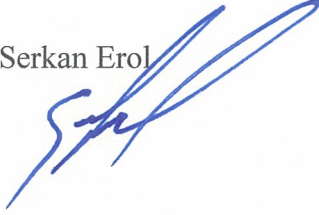
BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

16.06.2020

Serkan Erol



ÖZET

EROL, Serkan. Hekimlerdeki Anksiyete ve Depresyon Yatkınlığının Üniversite ve Devlet Hastanesine Göre Ölçümü ve Yorumu, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

Anksiyete bozukluğu ve depresyon günümüzde yaygın hastalıklar arasında yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunan bireylerin bu rahatsızlıklara sahip olması topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürebilir ve toplum sağlığını etkileyebilir. Sistemsel olarak üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri birbirinden farklı kuruluşlardır. Bu iki sağlık kurumu türünün hangisinde çalışan doktorların anksiyete ve depresyona daha yatkın olduğu hastane anksiyete ve depresyon ölçeği ile araştırılmıştır. Aynı meslekte olup çalışma şartları farklı olan üniversite hastanesi hekimleri ile devlet hastanesi hekimleri üzerinde yapılan bu çalışmada, üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin anksiyete ve depresyon yatkınlığının devlet hastanesinde çalışanlara göre daha fazla olduğu %95 güven düzeyinde gözlemlenmiştir. Hekim sağlığını korumak için hekimlerin çalışma şartları tekrar gözden geçirilmeli, hekimlerin anksiyete ve depresyona olan yatkınlıklarının sebepleri araştırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler

Anksiyete, Depresyon, Devlet Hastanesi, Hekim, Üniversite Hastanesi

ABSTRACT

EROL, Serkan. Measurement and interpretation of anxiety and depression susceptibility among doctors by university and state hospital, M. Sc. Thesis, Ankara, 2020.

Anxiety disorder and depression are among the common diseases nowadays. The fact that individuals providing health services have these ailments to society can reduce the quality of health services provided and affect community health. University Hospital and Public Hospitals are systematically different institutions from each other. In which of these two types of health institutions doctors work, which hospital is more prone to deoression and anxiety, was investigated with anxiety and depression scale. In this study on the state hospital doctors and university hospital doctors who have same profession and different working conditions, it was observed 95% confidence level that the doctors who work at the university hospital have more predisposition of the anxiety and depression than the state hospital doctors. To protect physician health, working conditions of physicians should be reviewed again, the reasons for the predisposition of physicians to anxiety and depression should be investigated.

Keywords

Anxiety, Depression, Public Hospital, University Hospital, Physicians

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLOLAR DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ANKSİYETE.....	3
2.1.1. Anksiyetenin Tanımı.....	3
2.1.2. Anksiyetenin Risk Faktörleri.....	4
2.1.3. Anksiyete Belirtileri.....	4
2.1.4. Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi.....	5
2.1.5. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması.....	6
2.1.6. Anksiyete Duyarlılığı ve Etkili Faktörler.....	9
2.2. DEPRESYON.....	12
2.2.1. Depresyonun Tanımı.....	12
2.2.2. Kuramlarda Depresyon.....	13
2.2.3. Depresyonun Belirtileri.....	14
2.2.4. Depresyonun Nedenleri.....	15
2.2.5. Depresyon Türleri.....	16
2.2.6. Depresyonda Risk Faktörleri.....	19
2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON.....	21
3. METOT.....	24
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	24
3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	24
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. KİŞİSEL BİLGİLERE YÖNELİK BULGULAR.....	26

4.2. HEKİMLERDEKİ ANKSİYETE VE DEPRESYON YATKINLIĞINA YÖNELİK BULGULAR	26
5. SONUÇ	35
KAYNAKÇA	45
EKLER.....	53
EK 1. ANKET FORMU.....	53
ÖZGEÇMİŞ	55



TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No.
Tablo 1. DSM-5'e Göre Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması.....	6
Tablo 2. DSM-5'e Göre Majör Depresyon Dönemi.....	16
Tablo 3. Kişisel Bilgilere İlişkin Analiz Sonuçları	26
Tablo 4. Anksiyete ve Depresyon Yatkınlığı Ölçeğine İlişkin Analiz Sonuçları.....	26
Tablo 5. Anksiyete ve Depresyon Yatkınlığı Düzeylerine İlişkin Analiz Sonuçları	27
Tablo 6. Cinsiyet ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	28
Tablo 7. Cinsiyet ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	28
Tablo 8. Yaş ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular ...	29
Tablo 9. Yaş ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	29
Tablo 10. Çalışılan Departman ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	30
Tablo 11. Çalışılan Departman ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	31
Tablo 12. Uzmanlık Alanı ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	32
Tablo 13. Uzmanlık Alanı ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	32
Tablo 14. Çalışılan Kurum ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	33
Tablo 15. Çalışılan Kurum ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Anksiyete ve Depresyon Yatkınlığı Düzeylerine İlişkin Analiz Sonuçları	27
Şekil 2. Cinsiyet ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	28
Şekil 3. Cinsiyet ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	29
Şekil 4. Yaş ile Depresyon ve Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	30
Şekil 5. Çalışılan Departman ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	30
Şekil 6. Çalışılan Departman ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	31
Şekil 7. Uzmanlık Alanı ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	32
Şekil 8. Uzmanlık Alanı ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	33
Şekil 9. Çalışılan Kurum ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	33
Şekil 10. Çalışılan Kurum ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	34

SİMGELER VE KISALTMALAR

HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
Ort.	: Ortalama
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
Std. Sapma	: Standart Sapma
Vd.	: Ve diğerleri
Ve ark.	: Ve arkadaşları



1. GİRİŞ

Kaygı (anksiyete) objektif olmayan bir tehlike karşısında hissedilen endişe olarak ifade edilmektedir. Yaygın olması ve birtakım ruhsal hastalıklara yatkınlığa yol açması sebebiyle önem arz eden ruhsal sağlık sorunlarından biri olarak değerlendirilmektedir (Ocaktan, Keklik ve Çöl, 2002). Anksiyete hoş karşılanmayan nitelikleri nedeniyle diğer duygulanım biçimlerinden ayrılan bir duygulanım biçimidir. Kaygı ya da bunaltı adlarıyla da ifade edilir. Anksiyetenin belirtileri arasında, çarpıntı, nefes alıp vermede zorluk, hızlı şekilde nefes alma, el ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtilerin yanı sıra sıkıntı, heyecan, aniden gelen çok kötü bir şey olacak hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtiler sayılabilir. Anksiyete bazı tanımlarda, kaynağı büyük ölçüde belirlenemeyen tehlike beklentisi ile sınırlandırılarak korku tanımından ayırt edilmiştir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Anksiyete, bireyin yeni koşullara adapte olmasını sağlamanın yanında ruhsal yönden gelişiminde daha üst seviyeleri çıkmasını engelleyici bir rol oynayabilir. Bunun yanı sıra anksiyete, uyum sağlama ve ruhsal gelişime olumlu etki etme gibi pozitif işlevlerin yanında engelleyici işleve de sahip olabilir. Anksiyetenin hangi durumlarda maladaptif, hangi durumlarda adaptif olduğunun tespit edilmesi önemlidir. Anksiyetenin neden olduğu uyarılmışlık halinin performansı pozitif yönde etkilediği optimal bir seviye aralığı mevcuttur. Sürekli hale gelmiş, bireyin verimini negatif etkileyen, çevresiyle ilişkilerinin bozulmasına yol açan, genellikle çarpıntı, titreme, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtileri de beraberinde getiren anksiyete halleri patolojik olarak nitelendirilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2010). Anksiyete ele alınırken, tıbbi bir nedeni olup olmadığı, bir madde ya da ilaç etkisinin varlığı, belirli bir durumda görülüp görülmediği, neden olduğu sorunun nitelikleri, yol açtığı kayıplar, üstesinden gelme yolları, yaşanan sıkıntıyı artıran ve azaltan olaylar, hastanın soruna dair yaklaşımı hastanın yaşam tarzı dikkate alınmalıdır (Öztürk, 2004).

Anksiyete, psikonöretik bozukluk, tehlike ya da tehlikenin düşüncesi neticesinde hissedilen kaygı duygusunu kapsayan patolojik bir vaka olması nedeniyle herhangi bir nedene tepki olarak doğan tehlike ya da tehlike düşüncesi neticesinde hissedilen kaygı duygusundan ayrılmaktadır. Anksiyete, kişide yol açtığı sonuçlar itibariyle bedensel ve zihinsel olarak ikiye ayrılmaktadır. Bedensel sonuçlar arasında titreme, ürperme, bel ve sırt ağrısı, adele kasılmaları, hiperventilasyon, halsizlik, taşikardi, kalp çarpıntısı, aşırı terleme, el ve ayakların buz kesilmesi, ağız kuruluğu, sık

sık idrara çıkma ya da idrara çıkma duygusu yaşama, yutkunma güçlüğü ve benzeri durumlar yer almaktadır. Zihinsel sonuçlar arasında tehlike ya da tehlike düşüncesi neticesinde hissedilen kaygı duygusu, odaklanamama ya da odaklanmada güçlüğü yaşama, uyku problemi yaşama ve uykuya dalamama, cinsel istekte düşüş, boğazda düğümlenme hissi ve karında kasılmalar yaşama yer almaktadır.

Depresyon, kişide yaşama isteğinin ortadan kalktığı, kişinin derin bir keder duygusu yaşadığı, geleceğe dair karamsar düşüncelere sahip olduğu, geçmişe dair ise yoğun bir pişmanlık ve suçluluk duygusu ve düşüncesi içinde olduğu, bazı durumlarda özkıym (suicidal) düşüncesi neticesinde ölümün yaşanabileceği, uyku, cinsel istek ve iştaha dair fizyolojik bozuklukların görüldüğü bir rahatsızlıktır (Çevik ve Volkan, 1993). Depresyon sözcüğünün kökü İngilizce “depress” sözcüğünden gelmekte olup, Latince orijinali “depressus”tur. İlk kez eski Yunan’da Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat, vücutta insan duygusu ve davranışıyla ilişkili dört maddenin mevcut olduğunu ve bunların kan, sarı safra, kara safra ve lenf olduğunu, kara safra ile lenf sıvısının mani, melankoli ve paranoya ile ilintili olduğunu ifade etmiştir (Sadock ve Sadock, 2007).

Bu çalışmanın amacı, hekimlerdeki anksiyete ve depresyon yatkınlığının üniversite hastaneleri ve devlet hastanelerinde çalışma durumuna göre incelenmesidir. Bu amaç çerçevesinde öncelikle anksiyete ve depresyon kavramlarının açıklaması yapılmış, ardından analiz bulguları sunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANKSİYETE

2.1.1. Anksiyetenin Tanımı

Genel anlamda anksiyete yakın bir tehdidin mevcut olmadığı bir durumda kişide oluşan gerginlik, sinirlilik, endişe ya da rahatsızlık duygusudur. Bu bakımdan ani bir tehlike karşısında vücudun verdiği korku tepkisinden farklılık gösterir. Anksiyete insan vücudunun stres karşısında verdiği doğal bir tepki olup kişiyi dikkatli ve harekete geçmeye hazır olması için uyararak ona faydalı olabilir. Söz konusu anksiyete duygusu fazla olduğunda kontrolü zorlaştırır. Böyle bir durumda kişi sevdiği şeyleri yapmaktan vazgeçebilir ve çözüm bulunmaması durumunda daha kötü bir hal alacaktır. Günümüzde anksiyete Türkiye ve dünya genelinde, özellikle de gençler ve yetişkinler arasında yaygınlaşmıştır. Anksiyete yaygınlığının en yüksek olduğu yaş aralığının genç ve yetişkin nüfus olmasına rağmen, bu yaş aralığında tedavi seçeneğine yönelme oranı oldukça düşüktür (Perala ve diğerleri, 2007). Uzun vadeli prospektif araştırmalar, ergen ve genç yetişkin grupta anksiyete semptomlarının tedavi edilmemesi durumunda bunun esrar kullanımı, koroner kalp hastalığı (Kubzansky ve diğerleri, 1998), alkol bağımlılığı, nikotin bağımlılığı (Wittchen ve diğerleri, 2000), depresyon, hipertansiyon ve intihar eğilimi gibi farklı fiziksel, davranışsal ve zihinsel komplikasyonlara neden olabileceğini ortaya koymuştur. Buna ilaveten anksiyete semptomları tedavi edilmemesi halinde dünya genelinde milyarlarca dolar maliyeti olan patolojik anksiyete bozukluklarına neden olmaktadır. Anksiyeteyi tedavi etmeye yönelik bazı müdahale yöntemlerinin test edilmesine rağmen, yukarıda vurgulanan popülasyon grubunda anksiyetenin yaygınlık oranı değişmemiştir (Twenge, 2000). Söz konusu gerçek, bu alandaki çalışmalarda teori ile uygulama arasında bir boşluk olduğunun belirtisi olabilir (Griez, 2001). Söz konusu boşluğun nedenlerinden biri teoriyi esas alan müdahalelerin deneysel delillerle yeterli düzeyde desteklenmemesidir (Hammell ve Carpenter, 2004). Söz konusu sorunların başlıca nedenleri arasında tavsiye edilen ve yaygın şekilde kullanılan bazı tedavi yöntemlerinin mekanizmalarının net olarak anlaşılmamış olması ve bu yöntemlerin hedeflediği davranış değişikliğinin hangi uygulamalar ile sınırlı olacağının kesin bir biçimde tespit edilmemiş olması bulunmaktadır (Gullotta ve Bloom, 2003). Sonuç olarak anksiyete için doğru bir tanım yapılması, onun anlaşılması ve gerekli müdahalelerin ve tedavilerin ortaya konması bakımından önem arz etmektedir.

2.1.2. Anksiyetenin Risk Faktörleri

Saha araştırmalarında elde edilen veriler hemen hemen tüm anksiyete bozukluklarının kadınlar arasında daha yaygın şekilde görüldüğünü ortaya koymaktadır. Anksiyete bozukluğu bakımından kadınlar ile erkekler arasında bir kıyaslama yapıldığında kadınlarda erkeklerin iki katı oranında görülmektedir (Munk-Jørgensen ve diğeri, 2006). Genel olarak genç yaş grubunda daha sık görülmesine rağmen, tıbbi hastalık eş tanıları ve maddi sorunlar ile bağlantılı olarak yaşlı yetişkinler arasında anksiyetenin görülme sıklığında artış görülmektedir. Toplum genelinde yapılan araştırmalar birbiri ile uyumlu şekilde sonuçlar vererek düşük sosyoekonomik yapıya ve düşük eğitim seviyesine sahip olan kesimlerde anksiyete bozukluğu hızının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Büyük anksiyete bozukluğu alt tiplerinin tümünde ailesel geçiş özelliği mevcuttur. Anksiyete alt tipleri arasında yer alan panik bozukluğu en kuvvetli ailesel geçiş gösteren anksiyete bozukluğu olup hemen hemen yedi kat risk artışına sahiptir. Yaygın olarak belirli çevresel faktörler ve kişisel güvenliği tehdit eden deneyimler anksiyete bozukluklarının tetikleyicisi ya da sebebi olarak değerlendirilmektedir. Anksiyete bozuklukları ile alerji, yüksek ateş, bağışıklık sistemi bozuklukları, enfeksiyonlar, epilepsi ve bağ dokusu rahatsızlıkları arasında bir beraberlik mevcut olduğunu çeşitli araştırmalar göstermektedir. Buna ilaveten, uzun vadeli araştırmalar anksiyete bozukluklarının iskemik kalp rahatsızlığı ve migren gibi çeşitli kardiyovasküler ve nörolojik rahatsızlıkların ilerlemesinde risk faktörü olduğu sonucuna ulaşmıştır (Beausang ve Syeed, 1998).

2.1.3. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete bozukluklarının belirtileri temelde benzerlik göstermektedir. Fakat kişinin kullandığı savunma düzenekleri bakımından bu belirtilere farklı belirtiler eşlik eder ve farklı klinik tablolar meydana gelir. Anksiyete bozukluğu belirtileri, kişilerde kendisini fizyolojik, psikolojik ve psikosomatik olarak kendini gösterebilmektedir. Söz konusu belirtiler türleri bakımından şu şekilde sınıflandırılırlar;

- Psikolojik belirtiler: Kontrolü kaybetme duygusu, panik, huzursuzluk, üzüntü, endişe, kötü şeyler olacmış hissi, yorgunluk, odaklanma güçlüğü ve dikkatsizlik şeklinde kişide kendisini göstermektedir.

- Psikosomatik belirtiler: Kişide korku ve anksiyete ile ilişkili olarak oluşan bedensel şikayetlerdir. Bunlar, nefes darlığı, göğüs sıkışması, mide bulantısı, baş dönmesi, karın ağrısı, yutkunma güçlüğü, gerginlik ve uyuşukluk gibi fiziksel belirtilerdir.
- Fizyolojik belirtiler: Kişinin yaşadığı korku ve anksiyeteye bağlı şekilde belirgin bir biçimde görülen, işlevsellikten bağımsız olan ve normal olmayan fizyolojik hormonal tepkilerdir. Örnekleri arasında sarsılma, terleme, kalp çarpıntısı, titreme ve aşırı hareketlilik bulunmaktadır. Fizyolojik tepkiler ile bağlantılı şekilde kaygı bozuklukları ile ilişkilendirilen fiziksel rahatsızlıklar arasında kalp hastalıkları, nörolojik bozukluklar, metabolizma bozuklukları, sindirim ve boşaltım sistemi bozuklukları yer almaktadır (Stein ve diğerleri, 2010).

Anksiyete bozukluğu yaşayan kimselerde en az altı aylık bir süre zarfında ve bu sürenin çoğu gününde, bazı olaylar ya da faaliyetlerle bağlantılı olarak anksiyete belirtileri görülür ve kişi yaşadığı kuruntuları kontrol etmekte güçlük çeker. Anksiyete, kuruntu ve bunlara bağlı bedensel tepkiler klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa ya da toplumsal ve diğer önemli alanlarda işlevselliğin düşmesine yol açar.

2.1.4. Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi genellikle bir grup halinde kavramsal hale getirilmiştir. Genetik araştırmalara göre kaygı bozuklukları bir grup olarak, ebeveynlerinde kaygı bozukluğu geçmişi olan çocuklarda daha çok yaygındır ve genetik bağ, korku ve anksiyete seviyesindeki değişkenliğin üçte birini teşkil etmektedir (Albano ve Hoffman, 2003). Benzer şekilde, yapılan araştırmalar anksiyete belirtileri gösterme ihtimalinin monozigotik ikizlerde dizotik ikizlere kıyasla daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Anksiyete öyküsüne sahip olan hastalarda amigdala ve amigdala yakınlarındaki temporal lob bölgelerinde değişiklik meydana geldiği tespit edilmiştir. Buna ilaveten, anksiyete duyarlılığına sahip olanların sağ hipokampusta daha küçük bölgesel gri madde hacminin yanı sıra sol ön prefrontal kortekste, özellikle kadınlarda, daha küçük bölgesel beyin hacmine sahip oldukları belirlenmiştir. Bazı araştırmalar anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalarda sol amigdalanın sağ amigdaladan daha küçük olduğunu ortaya koymuştur (Kim ve Gorman, 2005).

Menzies ve diğeri (2008), yürüttükleri araştırmada OKB hastalarının sağ inferior parietal bölgedeki beyaz maddede artış görüldüğünü ve sağ medial frontal bölgede bir azalma görüldüğünü tespit etmişlerdir. Zikredilen bulgular heyecan vericidir zira klinik olmayan birinci derece akrabalarda da aynı değişikliklere neden olmuştur. Muhtemelen anksiyete bozukluğunun yol açtığı kalıtsal bir zayıflığın parçası olabilecek genetik beyin değişikliklerini göstermektedir. Anksiyete bozuklukları patofizyolojisinde amigdalanın aşırı reaktivitesini belirleyen hipotezlere uygun şekilde çok sayıda çalışmanın bulguları göstermiştir ki sürekli şekilde yüksek anksiyete seviyesine sahip bireyler yüksek bazolateral amigdala aktivitesi göstermektedir (Basında Savitz ve Drevets). Örneğin, GAD'lı hastalarda dorsal rapelustan kaynaklı serotonerjik işlevinin hipoaktif görülmesine rağmen, korteks, talamus, amigdala ve hipotalamus arasında aşırı dolaşımılık ve kortekserjik nöronların aşırı aktivite sergilediği görülmektedir. Buna ilaveten, locus coeruleus'tan kaynaklı noradrenerjik nöronların aşırı aktivite sergilemesi, GAD'de vurgulanan beyin alanlarında aşırı uyarılmalara yol açabilir (Nutt, 2001). Serotonin, locus coeruleus'un aktivasyonunu inhibe edebilmesine ve bu sebeple amigdalanın norepinefrin aktivasyonunu düşürebilmesine rağmen, anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalarda iki nörotransmitterin uygun bir dengeye sahip olmadığı görülmüştür (Kim ve Gorman, 2005).

2.1.5. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması

Bugün kullanılan kriterler farklı anksiyete bozukluklarını tanımlamada kullanılmaktadır. Yapılan bu tanımlamalar anksiyete bozukluklarının tedavisinde önemli etkenleri oluşturmaktadır (Bal, 2010). DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması Tablo 1'de gösterilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Tablo 1. DSM-5'e Göre Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması

DSM-5 Sınıflandırması
Ayrılma Kaygı Bozukluğu
Seçici Konuşmazlık
Özgül Fobi
Toplumsal Kaygı Bozukluğu
Panik Bozukluk
Agorafobi
Yaygın Kaygı Bozukluğu
Maddenin ya da İlacın Neden Olduğu Kaygı Bozukluğu
Farklı Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu: Bireyin gelişimsel özellikleri ile uyuşmayan aşırı düzeydeki kaygı durumudur. Ayrılma kaygısı bağlanılan kişiden ayrı kalınması halinde ortaya çıkmaktadır. Ayrılma kaygısı süreklilik arz ettiği takdirde kişinin işlevselliğinin bozulmasına yol açmaktadır.

Seçici Konuşmazlık (Mutizm): Kişinin diğer ortamlarda konuşmasına rağmen, kendisinden konuşmasının beklendiği ortamda konuşamaması halidir. En az bir ay süreyle gerçekleşen seçici konuşmazlık iş ya da eğitim başarısının azalmasına neden olmaktadır.

Özgül Fobi: Uçağa binmekten ya da iğne olmaktan korkmak gibi spesifik bir olay ya da nesne ile ilgili yaşanan anksiyete ya da korku halidir. Çocuklarda ağlama, sıkı sıkı sarılma ya da bağırma biçiminde görülebilir. Birey söz konusu özgül fobiye yol açan nesne ya da durumdan kaçınma eğilimi gösterir. Bu durum, altı ay ya da daha uzun süre yaşanmaktadır. Yaşanan anksiyete ve korku, kültürel ve toplumsal gerçeklikle uyuşmamaktadır.

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi): Bireyin dışa dönük birden çok toplumsal meselede yüksek düzeyde anksiyete ve korku yaşamasıdır. Başkalarıyla iletişim kuramama kaygısı, tanımadıklarına karşı duyulan kaygı, başkalarının kendisini izlediği düşüncesi, toplum içinde bir eylemi yaparken zorlanma gibi durumlar toplumsal kaygı bozukluğunun örnekleri arasındadır. Bu durum çocuklarda toplum içinde konuşamama şeklinde yaşanabilir. Bu süreç, altı ay ya da daha uzun süre devam etmektedir.

Panik Bozukluğu: Tekrarlayan beklenmedik panik ataklar biçiminde ortaya çıkar. Panik bozukluğu dakikalar içinde zirveye ulaşır, bu esnada yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntı meydana gelir. Bireyin kaygılı ya da sakin olduğu bir esnada aniden yaşanabilir. Kalp atışında hızlanma, titreme, terleme, soluk alıp verememe ya da boğuluyormuş hissi, göğüste sıkışma ya da göğüs ağrısı, karın ağrısı ya da bulantı, baş dönmesi, ayakta duramama, sersemleme ya da bayılma hissi, ürperme, üşüme ya da ateş basması gibi belirtilerden dördünü ya da daha fazlasını taşıyan kimseye panik bozukluk tanısı konabilir.

Agorafobi: Toplu taşıma araçlarını kullanamama, açık yerlerde bulunamama, kapalı yerlerde bulunamama, sırada bekleyememe, kalabalık bir yerde bulunamama, tek başına evin dışında olamama durumlarından iki ya da daha fazlasını taşıyan kimselere agorafobi tanısı konulmaktadır. Kişi kaçınmasının zor olduğu ortamlarda ya da utanacağı durumlar karşısında sürekli korku ya da kaygı hisseder. Tanı için duyulan kaygı veya korkudan kaçınma durumunun altı ay ya da daha uzun sürmesi gerekmektedir. Toplumsal ve kültürel bağlamda ortaya çıkan belirtiler orantısızdır.

Yaygın Kaygı Bozukluğu: Bireyin altı ay ve daha uzun bir sürenin büyük çoğunluğunda olaylar karşısında aşırı kaygı ile kuruntu duyması ve bu duyguları kontrol etmekte zorlanması durumudur. DSM-5 uyarınca bireyin dinginleşememe, gerginlik yaşama, sürekli diken üzerinde olma, kolay yorulma, odaklanma güçlüğü, zihnin boşalması, kolayca sinirlenme, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi semptomlardan üç ya da daha fazlasını taşıması halinde yaygın kaygı bozukluğu tanısı konulmaktadır.

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu: Madde kullanımının neden olduğu kaygı bozukluklarında panik atak veya anksiyete yoğun olarak görülmektedir. Madde eksikliği durumunda ya da ilaç aldıktan sonra meydana gelebilir. Söz konusu bozukluk bireyde sıkıntıya yol açarken, toplumsal ortamdaki işlevselliğinin azalmasına sebep olmaktadır.

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu: Panik ataklar ya da anksiyete bu bozuklukta yoğun olarak görülmektedir. Hastalık öyküsünün, muayene ve laboratuvar durumu ile alakalı bir sonuca sahip olduğu yönünde bulgular mevcuttur. Söz konusu bozukluk bireyde sıkıntı yaratarak toplumsal ortamlarda işlevselliğini azaltıcı yönde etki göstermektedir.

Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu: Bireyin toplumsal, iş ile ilişkili ya da diğer işlevsel ortamlarda düşüş göstermesine yol açan kaygı belirtilerinin yoğun olarak görüldüğü, ancak bu belirtilerin kaygı bozuklukları tanı kümesinde yer alan tanıların kriterlerini karşılayamadığı noktalarda kullanılan kaygı bozukluğu kategorisidir.

Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu: Özgül bir tanı için sağlıklı bilginin mevcut olmadığı ya da tanı için ideal ortamın sağlanamadığı durumlarda klinisyenler tarafından kullanılan kaygı bozukluğu kategorisidir.

2.1.6. Anksiyete Duyarlılığı ve Etkili Faktörler

Anksiyete, vücudun bazı duyularının kendisine eşlik edebildiği tanımlanması zor bir korku ve endişe halidir. Anksiyeteye kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, göğüs sıkışması gibi duyular eşlik edebilmektedir. Anksiyetenin klinik görünümü kişiden kişiye değişiklik gösterebilmekte olup, sık ve şiddetli olması, muhtemel bir tehlike olmaksızın yaşanması ve kişinin yaşamının işlevselliğinin bozulması durumunda anksiyete bozukluğu tanısı koyulmaktadır (Türkçapar, 2004).

Anksiyete (anxiety) terimi darlık ve sıkışma anlamındaki Hint-German dil ailesi kökenli ‘angh’ sözcüğünden türemiştir (Stein ve Hollander, 2001). Anksiyete dıştan ya da içten gelebilecek her türlü tehlikeye karşı kişinin sahip olduğu, hayatını devam ettirmesine ve karşılaşılabileceği tehlikeleri önlemesine yardımcı olan temel duygulardan biridir (Mantar, Yemez ve Alkın, 2011). Anksiyete duyarlılığı ilk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmış olup, kişi için zararlı sosyal, fizyolojik, fiziksel sonuçlarının mevcut olduğuna inanılan anksiyete ile bağlantılı hisler ve semptomlar hakkında bireyin normalin üstünde gösterdiği korku olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete duyarlılığı kişinin yaşadığı temel anksiyete semptomlarına karşı korku ile verdiği şiddetli reaksiyon eğilimidir (Taylor ve diğerleri, 1996). Diğer bir tanıma göre, anksiyete duyarlılığı korkudan korkmak olarak tanımlanmış olup, Mantar ve diğerleri (2011), anksiyete duyarlılığının bireyin kişilik oluşumunda mevcut olan temel bir korku olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bazı kimseler yilandan, uçaktan ya da toplum içinde konuşmaktan korkarken, bazı kimseler ise korku ve panik gibi beraberinde anksiyeteye eşlik edebilecek duyulardan korkmaktadırlar. Anksiyete duyarlılığı sürekli kaygıdan farklı bir değişkendir. Sürekli kaygı, bireyin genel stres kaynağına verdiği korku yanıtı olarak tespit edilirken; anksiyete duyarlılığı bireyin kendisinin özgül kaygı semptomlarına verdiği korku dolu yanıt olarak açıklanmaktadır (McNally, 1989). Anksiyete duyarlılığı, Reiss (1991) tarafından öne sürülen korku beklentisi modelinin esasını teşkil etmektedir. Korku beklentisi modeline göre kişinin korkuya neden olan bir durumdan ya da nesneden uzak durmasının temelinde anksiyete beklentisi ya da anksiyete duyarlılığı yatmaktadır. Belirli bir uyarının korku ya da kaygıya sebep olduğunun öğrenildiği süreç olan anksiyete duyarlılığı, bireyin korku ya da kaygı veren durumlarla yüzleştiğinde neler olacağı ve neler hissedeceği hakkında tahminde bulunmasıdır. Anksiyete duyarlılığı, kaygı ya da korku deneyiminin hastalığa,

utanmaya ya da ek kaygıya neden olduğu inancı kaynaklı bireysel bir tecrübedir (Reiss, Peterson ve McNally, 1986).

Reiss (1991) yaptığı çalışmada anksiyete duyarlılığının, kişilerin anksiyeteyi kalıtsal olarak nasıl algıladıkları, ne ölçüde rahatsız edici buldukları ve anksiyetenin sonucu hakkındaki inançlarına göre nasıl değiştiğini ortaya koymuştur. Anksiyete duyarlılığı kişinin deneyimlediği kaygıların hastalık, toplum karşısında küçük düşme, utanma gibi olumsuz sonuçlara yol açacağı ve söz konusu sonuçların kişinin daha fazla kaygı yaşayacağı yönündeki inançlar ile irtibatlandırılmıştır (Çakmak ve Ayvaşık, 2007). Deacon ve Abramowitz (2006) anksiyete bozukluklarının etiolojisi ve devam ettirilmesi için anksiyete duyarlılığının önemli bir kavram olduğunu vurgulamıştır. Anksiyete duyarlılığı seviyesi yüksek olan kimselerin nedenini açıklayamadıkları fiziksel kaygı emarelerini olumsuz yorumlama eğiliminde oldukları ve bu yorumlama sonrasında kaçınma davranışı sergiledikleri, daha düşük seviyede kaygı belirtileri gösteren bireylerin ise bu belirtileri hoş olmayan ancak zararsız belirtiler olarak yorumladıkları ifade edilmektedir (Mantar, 2008).

Anksiyete bozuklukları ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde anksiyete bozukluğunun nedeninin, anksiyete seviyesinden daha ziyade anksiyeteye karşı geliştirilen duyarlılıkla ilgili olduğu görülmüştür. Anksiyete duyarlılığı bireyin anksiyete yaşadığında o anksiyeteye ilgili korkularının alarma geçmesine ve bu durumun yaşadıkları anksiyeteleri şiddetlendirmesine yol açar. Söz konusu durum yüksek anksiyete duyarlılığı seviyesine sahip kişilerin anksiyete bozukluğu yaşama riskini normal popülasyona kıyasla artırmaktadır (Reiss ve McNally, 1985). Anksiyete duyarlılığı konusunda yapılan araştırmalar sürekli anksiyete (trait anxiety) ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiyi irdelenmiştir. Sürekli anksiyete bireylerde “stres yaratan uyaranlara korkuyla tepki verme eğilimi” ya da “yaygın anksiyete belirtileri yaşamaya yapısal bir yatkınlık” olarak açıklanmaktadır. Bu durum kişinin geçmişte yaşadığı anksiyete deneyimlerinin geleceğe dönük “genel bir anksiyeteye” neden olması ve kişinin anksiyete belirtilerinden korkmasıdır. Diğer taraftan anksiyete duyarlılığı ise bireyin anksiyete belirtileri hakkındaki inançları nedeniyle ortaya çıkan “anksiyete belirtilerine korkuyla tepki verme” eğilimidir (Taylor ve diğerleri, 1996). Lilienfeld ve diğerleri (1989) yaptıkları çalışmada anksiyete duyarlılığının sürekli kaygının bir fonksiyonu olabileceğini belirtmiştir. Kişilerin sürekli anksiyete seviyesi yüksek iken, anksiyete duyarlılığı düşük olabilmektedir, diğer taraftan bunun tam tersi de geçerli

olabilmektedir (Cox ve diğeri, 1991). Mantar (2008), söz konusu iki kavramın birbirleri ile ilişkili olmasının yanı sıra anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyete kavramından bağımsız bir kişilik özelliği olduğu hakkında ortak bir kanı oluşturduğunu vurgulamaktadır.

Anksiyete duyarlılığı beklenti teorisi çerçevesinde değerlendirildiğinde genetik faktörlerden etkilenen ya da tümüyle öğrenilen bir yapı olarak ele alınmıştır (Reiss ve McNally, 1985). Anksiyete duyarlılığının kalıtsal bileşeni olduğu hakkında yapılan araştırmada, öğrenmeye dayalı etkenlerin anksiyete duyarlılığını etkilemesi ve bu etkenlerin genetik faktörlerle birlikte bireyde panik atakları nasıl tetiklediğinin araştırılması gerektiği üzerinde durulmuştur (Stein, Jang ve Livesley, 1999). Anksiyete duyarlılığı üzerine yapılan araştırmalar anksiyete duyarlılığının genetik olduğunu ve otonom sinir sistemi fonksiyonları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Stein ve diğeri, 1999). Stein ve diğeri (1999), ikiz çalışmalarında genetik faktörlerin etkisini incelemişler; çocukluk döneminin, genetiğin, öğrenilmiş deneyimlerin ve ebeveyn rolünün anksiyete duyarlılığı üzerindeki etkisini ortaya koymuşlardır. Taylor ve Cox (1998) çocukluk döneminde bir yakını kalp krizinden ölen bir bireyin kardiyak belirtilerinin tehlikeli olduğunu öğrendiğini ve bu nedenle ileride başına gelebilecek kardiyak belirtilerini aynı şekilde tehlikeli olarak yorumlayacağını vurgulamışlardır. Böyle bir durumda bireyin semptomlardan korkma ihtimali daha yüksek olacaktır ve yüksek seviyede anksiyete duyarlılığı geliştirmesi muhtemeldir. Öğrenme kuramları kişilerde anksiyete belirtilerinin oluşmasında gözlemsel, klasik veya edimsel koşullanmaların etkili olduğunu vurgulamaktadır (Türkçapar, 2008). Bu bakımdan anksiyete duyarlılığının ilerlemesi söz konusu üç öğrenme biçiminden biri ile gerçekleşebilmektedir (Erdoğan, 2014).

Anksiyete duyarlılığı ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, elde edilen sonuçların çelişkili olduğunu vurgulamaktadır (Mantar, 2008). Stewart ve diğeri (1997), yürüttükleri araştırmada erkeklerin sosyal alt bileşenlerden yüksek puan aldığını, kadınların ise fiziksel bileşenlerden yüksek puan aldığını ileri sürmektedir. Diğer bir araştırma ise anksiyete bozukluklarına kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla rastlandığını ve benzer şekilde anksiyete duyarlılığı bakımından kadınların erkeklerden daha yüksek skorlara sahip olduğunu iddia etmektedir (Ak ve Kılıç, 2017).

2.2. DEPRESYON

2.2.1. Depresyonun Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre depresyon her yaş grubundan yaklaşık 300 milyondan fazla kişinin etkilendiği yaygın bir hastalıktır. Depresyon günlük hayatta karşılaşılan sorunlara verilen geçici tepkilerden ve kısa süreli yaşanan duygu değişikliklerinden farklı bir olgudur. Kişi, yaşadığı olumsuz tecrübeler karşısında kendisini doğal olarak mutsuz hissedebilir. Söz konusu mutsuzluk bazı durumlarda beklenenden daha şiddetli, daha uzun vadeli ve kişinin kontrolü dışında gelişen depresif bir belirti olarak nitelendirilebilir (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresyon bireyin kendisini üzgün hissetmesi, fonksiyonel ve yaşamsal aktivitelerinin azalması ve buna ek olarak çökmürlük hissi yaşaması gibi anlamlara sahiptir (Akdoğan, 2013). Diğer bir tanıma göre depresyon; en az iki hafta devam eden, belirgin bir keyifsizlik, yaşamdan tat alamama ve karamsarlık hissini bünyesinde barındıran bir ruh halidir (Evren ve Kültegin, 2003).

Birey iç ve dış uyarıcılardan farklı mesajlar alır ve bu uyarıcı mesajlar devamlı değişir. Değişiklik gösteren mesajlar ve uyarıcılar ise kişilerin duygulanımında değişiklikler yaşanmasına yol açar. Kişinin duygulanımı gelen mesaj ve uyarıcıların içeriğine bağlı olarak anlık şekilde değişiklik gösterebilir. Söz konusu değişikliklerden her birey farklı bir şekilde etkilenir; yaşanan değişikliklerden bireyin işlevselliğinin olumsuz şekilde etkilenmesi depresif belirtilere ve sonuç olarak depresyona neden olabilir (Köknel, 2005). Depresyon duygusal boyuta varan üzüntüyü, anksiyeteyi, disforyi, anhedoniyi, irritabiliteyi, bilişsel alanda enerji azalmasını, konuşma ve düşünmede yavaşlamayı, yorgunluk ve bitkinliği, güçsüzlüğü, iştahta değişimleri, kendini değersiz hissetmeyi, benlik saygısının azalmasını, kendini küçük görmeyi, suçluluk duygusunu, çaresizlik hissini, karamsarlığı, sosyal alanda toplumdan uzaklaşmayı ve yaptığı işe ilgisizliği kapsayabilen bir sendromdur (Tezcan, 2011). Söz konusu olumsuz belirtiler bireylerde bazı olumsuz deneyimlere yaygın şekilde verilen tepkiler olarak da akla gelebilir. Diğer taraftan her tepkinin depresyon belirtisi olarak etiketlenmemesi önemlidir. Söz konusu tepkilerin süreklilik arz etmesi, bireyin günlük yaşamını etkileyecek seviyede olması gerçek bir depresyon belirtisini akla getirecektir (Köknel, 2005). Birey depresyonda ise onun duygulanımında ve hareketlerinde çeşitli bozukluklara rastlanmaktadır. Bireyler hayatlarının farklı evrelerinde depresif belirtiler

ile sık sık karşılaşabilmektedir. Bireylerin gösterdikleri belirtilerin sıklığı ve şiddeti depresyon tanısı için yeterli düzeyde olmayabilmekte, semptomlar da aynı şekilde her zaman patolojik şekilde devam etmeyebilmektedir (Yiğit, 2008).

Depresyon yaşayan kişilerde karakteristik olarak mutsuzluk, ruhsal çöküntü, düşük yaşam doyumu, yeme ve uyuma gibi yaşamsal aktivitelerin aşırılığı ya da yetersizliği, motor becerilerde verimsizlik, sosyal ilişkilerde, iş ve aile hayatında sorunlar gibi semptomlar görülmektedir. Öztürk (2002) depresyon geçirmeye yatkın kimselerde oldukça belirgin bir kişilik özellikleri kümesinin mevcut olduğunu ifade etmektedir. Söz konusu kişiler genellikle kimseyi üzmemeye, herkesi mutlu etmeye, herkese iyilik yapmaya çalışırlar, duyarlı, sorumluluk sahibi, titiz kimselerdir. Dahası bu kişiler sevdiklerine oldukça bağlılık duyan ve hatta onlara bağımlı, kendilerinden ve çevresindeki insanlardan beklentileri yüksek, hayatları boyunca hep mükemmeli arayan, onurlu, öfkelerini bastıran, yaşadıklarından hızlı etkilenen ve bunlara üzülen, oldukça meraklı kimselerdir. Sayılan tüm bu özelliklerin çoğu yaşamın bir döneminde erdemli bir kişiliği yansıtmaktadır. Söz konusu erdemli davranışlar sebebiyle bu kimseler çevrelerindeki bireylerin sevgisini ve saygısını kazanmış olan başarılı kimselerdir. Bu kimselerin yaşları ilerledikçe hayır diyememe, kendinden aşırı ödün verme, çok fazla sorumluluk alma gibi erdemleri onlar için çekilemez bir hale gelmeye başlar.

Depresyon semptomlarının farklı yaş gruplarında kendilerini farklı gösterdikleri ile ilgili veriler mevcuttur. Çocuklarda somatik yakınmalar ve huzursuzluk; ergenlerde yıkıcı davranış bozuklukları, dikkat eksikliği ve bozukluğu; yaşlılarda ise bilişsel semptomlar (örneğin; yönelim bozukluğu, dikkati yoğunlaştıramama (distraktilite) ve bellek bozukluğu) özellikle belirgin şekilde görülebilir (Köroğlu, 2013).

2.2.2. Kuramlarda Depresyon

Depresyonun kaynağına dair çok sayıda yaklaşım mevcuttur.

Psikanalitik yaklaşım uyarınca depresyon, erken dönem ilişkilerinde nesne kaybı (anne ya da bakım sağlayan kişi kaybı) nedeniyle ortaya çıkar. Bu durum bireyin benliğine yoksullaşma, boşluk, terk edilmişlik ve öz saygının azalması şeklinde yansımaktadır. Nesne kaybı nedeniyle bireyde öfke ve saldırganlık duyguları görülür ve birey bu duyguları içselleştirmeye başlar. İçselleştirdiği bu duygular bireyin depresyona

girmesinin önünü açar (Klein, 2008). Yaşlılık döneminde yaşanan kayıplar da depresyon oluşumuna yol açabilmektedir.

Biyolojik yaklaşım uyarınca ise depresyon biyokimyasal ve kalıtsal sebepler ile ilintilidir. Bu yaklaşım bazı insanların stres verici bir durumla karşılaştıklarında, normal bir insana göre daha fazla tepki verdiklerini ve hayatları boyunca daha sık depresyona girdiklerini ileri sürmektedir (Burger, 2006).

İnsancıl yaklaşım uyarınca depresyon bireyin kendine duyduğu özsaygı ile açıklanmaktadır. Bu yaklaşım davranışlarından ve oluşturacağı kimlikten bireyin kendisinin sorumlu olduğunu söyler. Bireylerin geçmişe ya da geleceğe göre değil, yaşadıkları zamana göre yaşamlarına yol çizmeleri gerektiğini savunmaktadır. Birey bunları yapamaz ve kendi bilincinin değerinin farkında olmazsa depresyona girebilmektedir (Burger, 2006).

Davranışsal yaklaşım uyarınca bireyin kontrolü dışında şeyler yaşaması çaresizlik duygusu yaşamasına neden olur. Birey çaresizlik duygusunu genellediğinde bunun beraberinde depresyon belirtileri görülmektedir. Örneğin yaşlı bir kimse stresli bir durumla karşılaştığında bir şey yapmanın ve harekete geçmenin boşuna olacağını düşünür ve bu durum onda depresyona yol açabilir. Son olarak bilişsel yaklaşım uyarınca depresyon bireyin yaşadığı olayları ve hayatı nasıl yorumladığı ile alakalıdır. Kendisini ve dünyayı sürekli olarak kötü gören, yaşadıklarına kötümser bir bakış açısıyla yaklaşan kimselerin depresyona daha yatkın kimseler oldukları ifade edilmektedir. Bu kimseler başlarına bir olay geldiğinde çok fazla genelleme ve kişiselleştirme yapma ve abartılı tepkiler verme eğilimindedirler. Bu kuram bireyin olumsuz düşüncelere sürekli şekilde takılıp kalmasının kendisinde depresif duyguların ortaya çıkmasına yol açacağını söylemektedir (Blazer, 2003).

2.2.3. Depresyonun Belirtileri

Depresyon bireyin fiziksel ve zihinsel durumunu ve sonuç olarak iş ve bireysel ilişkilerini etkileyen ve tanımlanmış çok sayıda sebebi olan bir bozukluktur (Min, 2016). Depresif ruh hali içinde olan bireylerin düşünce odağı ciddi bir kayıpla meşguldür. Kişi mutluluğu ve huzuru için vazgeçilemeyecek derecede önemli bir şeyi kaybettiğini düşünmektedir. Bu nedenle, önemli hedeflere ulaştıracak yetenekleri

kendisinde göremez ve kendisini kusurlu hissetmeye başlar (Beck, 2015). En yaygın şekilde görülen depresyon belirtileri şunlardır:

1. Çöküntü halindeki duygu durumu, kederli ruh hali, çaresizlik, geleceğe dair ümitsizlik, kendisini değersiz görme.
2. İştah ve kilo değişikliği.
3. Uyku bozukluğu. Söz konusu uyku bozukluğu üç farklı şekilde görülebilir:
 - a) Uykuya dalmada yaşanan güçlük
 - b) Uykuya dalma sonrasında sık sık uyanma
 - c) Kabus görerek uyanma ve erkenden uyanma.
4. Enerji azlığı, bitkinlik hissetme ve çabuk yorulma.
5. Dikkatin azalması ve beraberinde düşünceleri bir noktaya yoğunlaştıramama. Zevk duyarak yapılan işlerde bile kolayca dikkatin dağılması ve bu nedenle üretkenlikte düşüş.
6. İlginin ve alınan hazzın azalması. Geçmişte zevk alınan işlere ve aktivitelere karşı belirgin bir ilgisizlik ve isteksizlik duyma hali.
7. Benlik saygısının azalması, bireyin kendisine verdiği değeri kaybetmesi, gerçekçilikten uzak suçluluk duyguları, özeleştirme yapmak ve suçlamak gibi duygu ve düşünceler.
8. Hafif ve orta sıklıkta ölümle ilgili düşünceler ve intihar teşebbüsleri (Tezel, 2003; Korkmaz, 2006).

2.2.4. Depresyonun Nedenleri

Depresyon bir hastalıktan daha çok bir sendromdur. Çok sayıda etkenin oluşumunda rol oynaması ve çeşitli alt gruplarının bulunması nedeniyle etiyojisi tam anlamıyla aydınlatılamamıştır (Yemez ve Alptekin, 1998). Depresyon oluşumunda hem fizyolojik ve sosyal hem de biyolojik ve kalıtsal çok sayıda faktör etkilidir. Çeşitli psikolojik ve sosyolojik faktörler de depresyon oluşumunda rol oynayabilmektedir (Doğan ve Çetin, 2008). Depresyon oluşumunda rol oynayan etmenler iki ana grupta toplandığında bunlar; depresyona yatkınlığa hazırlayan etmenler ve depresyonu tetikleyen ya da ortaya çıkaran etmenler olarak adlandırılırlar. İlk grupta kalıtsal etmenler, genel kültür, aile düzeni, kişilik yapısı ve eğitim seviyesi sayılabilirken ikinci grupta ise genel psikososyal stres etkenleri yer almaktadır (Güleç, 2009).

2.2.5. Depresyon Türleri

Depresyon, bireyin sosyal, fizyolojik ve ruhsal durumunda değişikliklere neden olmakla birlikte, çok sayıda farklı klinik hastalığı tek başlık altında bir araya getirebilen geniş kapsama sahip bir kavramdır. Birçok klinik hastalıkta olduğu gibi depresyon da kendi içinde türlere sahiptir. Depresyon tanısı, öne çıkan belirtiler, bu belirtilerin ne kadar süre devam ettiği ve bu söz konusu belirtilerin bireyin günlük hayatındaki hal ve hareketlerini ne ölçüde olumsuz etkilediği gibi etmenler ile şekillenmektedir (Ertuğrul, 2010).

Majör Depresyon: Majör depresyon bozukluğu alt kategoriler arasında en sık rastlanan depresyon türüdür. Kadınlar ve erkekler hayatlarının belirli bir döneminde majör depresyona maruz kalabilir. Erkeklerle baktığımızda bu oran %5 ila %12 arasında seyrederken kadınlarda bu oranın %10 ila %25 aralığında olduğu görülmektedir. Majör depresyon tanısı koyulabilmesi için kişinin hayatının önceki dönemlerinde hastalığa yol açan fizyolojik bir etkenin ve psikiyatrik öyküsünün mevcut olmaması gerekir (Ertuğrul, 2010). Depresyonun alt başlıkları arasında majör depresyon en ağır belirtileri gösterendir. DSM-5 tanı kriterleri ele alındığında söz konusu kriterler arasında dokuz belirtinin minimum beş tanesinin karşılanması ve bu sürecin iki haftadan az olmamak koşuluyla devam etmesi ve söz konusu süreçte yukarıdaki belirtilerin gözlemlenmesi sonucunda majör depresyon tanısı koyulabilmektedir. Bu belirtilerin bireyin işlevselliğini gözle görülür bir şekilde bozması ve sıkıntılı bir duygu durumuna yol açması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Tablo 2. DSM-5'e Göre Majör Depresyon Dönemi

A	2 Haftalık dönem işlevsellik değişikliği ile birlikte aşağıdakilerin 5'inin bulunması, en az birinin Depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir
1	Her gün gün boyu süren depresif duygudurum (Üzgün, boşlukta hissetme, ağlamaklı görünüm)
2	Her gün ve gün boyu süren etkinliklere ilgide azalma, eskisi kadar zevk alamama
3	Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı
4	İnsomnia ya da hipersomnia (Uykusuzluk ya da aşırı uyuma)
5	Psikomotorajitasyon ya da retardasyonun olması (davranışlarda aşırı artma ya da gerileme)
6	Yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybının olması
7	Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrisal = gerçek dışı yargı) olabilir
8	Düşüncesini yoğunlaştırmada azalma ya da kararsızlık
9	Yineleyen ölüm düşünceleri (intiharla ilgili)
B	Bu semptomlar karışık tekrarlamamanın tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
C	Bu semptomlar madde kullanımına /Genel Tıbbi duruma bağlı değildir.
D	Kayıptan 2 aydan fazla süren semptomlar. Yaş ile daha iyi açıklanamaz.

Yukarıda zikredilen belirtilerin azlığına ya da fazlalığına göre depresyon hafif, orta ve ağır derece olarak sınıflandırılabilir.

Hafif Derece Depresyon: Bireyin hüzünlü ve karamsar hali uzun süreli olarak devam etmekte, fakat birey günlük işlerini yerine getirebilmektedir.

Orta Derece Depresyon: Bireyde herhangi bir eyleme karşı isteksizlik başlar ve yerine getirmesi gereken işlerde aksamalar görülür.

Ağır Derece Depresyon: Bireyde harekete geçmeye karşı isteksizlik ve işlerinde aksamaların yanı sıra çevresi ile olan etkileşiminde kopma meydana gelir. Eğer psikotik belirtilere rastlandıysa gerçeği algılama ve değerlendirme ile ilgili problemler de yaşanabilmektedir (Gezer, 2008).

Bipolar Bozukluk: Depresyon tanısı koyulan kimselerde depresif duygu durumu ve taşkınlığa yol açan bir tavrın birbirleri ile bağlantılı şekilde olduğu gözlenmektedir. Bireyin duygularını uç seviyelerde yaşadığı bu hastalığa bipolar bozukluk ismi verilmiştir. Kişinin manik (taşkın) halde olduğu dönemlerde ise depresyon belirtilerinin aksine bir güç patlamasının varlığı söz konusudur. Görülmekte olan belirtiler arasında aşırı özgüven, ses tonunun yükselmesi, yaşamsal açıdan riskli davranışlar sergileme, cinsellik ve beslenme ile ilgili dürtülerin artması, alkol kullanımında artış, normalden az uyku, öfkeli bir tavır sergileme gibi semptomlar yer almaktadır (Gezer, 2008).

Distimi: Kronik belirtilerin hafif seyrettiği ve en az iki yıl devam eden bir bozukluktur. Hastaların yaklaşık %17'sinde intihar teşebbüsüne rastlanması, hastalığın önemini ortaya koymaktadır (Çakır, 2009). Uzun süreli iç sıkıntısı ve hüzünlü ruh hali biçiminde bir tablo çizer. Devamlılık arz etmesi dolayısıyla yaşam kalitesinde bozulma ve iş performansında kesintilere neden olabilmektedir. Majör depresyon ile benzer belirtilere sahip olsa da bu belirtiler daha hafif şekilde devam etmektedir. Görülme sıklığı %6'dır. Distimide görülen belirtiler majör depresyondan daha hafif seyretse de, majör depresyona kıyasla daha uzun vadeli olarak görülmektedir (Ertuğrul, 2010). Distimi belirtileri ileri aşamalarda majör depresyona yol açan risk faktörü şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Çakır, 2009).

Maskeli Depresyon: Maskeli depresyon duygulanım belirtileri net olmayan, standart depresyon belirtilerinin ikinci planda yer aldığı, somatik problemlerin, karakter

bozukluğunun, cinsellik ve beslenme ile bağlantılı davranış bozukluğunun, aşırı alkol tüketiminin ön planda yer aldığı depresyonlara bu ad verilmektedir. Maskeli depresyonun kapsama alanında yer alan hastalarda depresyon belirtilerinin mevcut olduğu yönünde bir bilinç durumuna rastlanmamaktadır. Birey kendini savunma amaçlı olarak geliştirdiği gülümseme ile kendini sorundan soyutlamaktadır. Hastalığa sahip bireylerde motor ve psikomotor gelişiminin engellenmesi, uyku düzeninde bozulma, odaklanma zorluğu gibi belirtiler haricinde, depresyon belirtilerinin sayısı yok denebilecek kadar azdır (Gezer, 2008).

Atipik Depresyon: Atipik depresyonun belirtileri, bipolar bozukluk belirtilerinden farklı biçimde seyretmektedir. Uzun vadeli duygusal çöküntü bu depresyonda olmayabilir. Bireyin yaşadığı ortama uygun olarak duygusal dalgalanmalar yaşanabilmekte, birey neşeli bir tavır sergileyebilmektedir. Bireyin iştahının armasına bağlı olarak kilo alması ve bedeniyle ilgili uğraşlar içine girmesi söz konusu olabilir. Bu gruba giren hastalar dürtüsel davranışlar sergileme eğilimli kişilik bozukluğuna sahip hastalardır. Bu hastalarda görülen aşırı alkol tüketimi, sık kumar oynama, aile ve iş yaşamı arasındaki bağlantıyı koparma, cinsel uyumsuzluklar, iştah artışı gibi belirtilerin temelinde duygusal çöküntü hissinin var olduğu değerlendirilmektedir (Gezer, 2008).

Diğer Depresyon Türleri: Yukarıda zikredilen depresyon türleri haricinde yaş dönümü, reaktif, doğum sonrası, çocukluk ve ergenlik başlıkları altında depresyon türleri yer almaktadır. Yaşlılığın beraberinde getirdiği psikososyal problemler, bedensel rahatsızlıklarda artış, kullanılan ilaç miktarının fazla olması, yaşlılıkla beraber gelen hormonal değişimler gibi unsurlar depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açan etmenlerdir. Reaktif depresyon yaşam deneyimlerinin şekline göre meydana gelebilir. Doğum sonrası depresyon ise doğumun takibi ile ortaya çıkan değişikliklerin sonucunda kişinin beyin yapısında oluşan biyolojik bir rahatsızlıktır. Doğum sonrasında depresyon yaşanmasına doğumun kişi tarafından ilk defa tecrübe edilmiş olması, öncesinde yaşanmış olan depresyon öyküsü, gebelik sırasında meydana gelen olumsuz koşullar, evlilikteki yaşanan problemler yol açabilmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen depresyon ise bireyin gelişimini doğrudan etkileyeceğinden ötürü oldukça önemli bir depresyon çeşididir (Ertuğrul, 2010).

2.2.6. Depresyonda Risk Faktörleri

Depresyonun risk faktörleri hakkında çok detaylı araştırmalar yürütülmüştür. Rahatsızlığın nedeni incelendiğinde tek bir faktör münhasır olarak sorumlu değildir. Sosyal çevre ile olumsuz etkileşim ve genetik özelliklerin önemli olduğu görülmektedir. Aile yapısı, karakter özellikleri, cinsiyet kimliği (kadın olmak), geçmişte yaşanan olumsuz anılar, yetersiz eğitim seviyesi, fizyolojik rahatsızlıklar ve bunların tedavileri ve psikiyatrik bozukluklar depresyonun temel risk etkenleri olarak değerlendirilmektedir. Bireyin medeni hali, işsiz olması, sosyoekonomik durumun yetersizliği, 18-44 yaş aralığında olması diğer risk etkenleri olarak vurgulanmaktadır (Ertuğrul, 2010).

Yaş: Depresyon ortalama 40 yaş civarında başlamaktadır. Çoğu hastada depresyonun başladığı dönem 20-50 yaş aralığıdır. Çok sayıda araştırma yaşlılarda ve çocuklarda depresyon belirtilerinin görülme olasılığının düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Örneğin, 65 yaş için %1,7; 75 yaş üzeri için %3,2; 79 yaş üzeri için ise %0,5 gibi düşük seviyede risk oranlarının olduğu bulunmuştur. 20 yaş altındaki bireylerde depresyon belirtilerinin son dönemlerde geçmişe kıyasla daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Depresyon belirtilerinin kadın bireylerde 35-40 yaş aralığında, erkek bireylerde ise 55-70 yaş aralığında en üst seviyeye ulaştığı tespit edilmiştir (Savrun, 1999).

Cinsiyet: Depresyon epidemiyolojisi ile ilgili genel verilerin vardığı ortak görüşe göre depresyonun görülme sıklığı kadınlarda erkeklere kıyasla daha üst seviyede, kadınlardaki oran erkeklerdeki oranının yaklaşık olarak iki katıdır. Net bir oran ortaya koyulmamakla beraber depresyon belirtilerinin kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek düzeyde olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Bu oranın kadınlarda daha yüksek olmasıyla ilgili net bir bulgu mevcut olmasa da; hormon yapısı, toplumsal ve kültürel değer yargıları, çocuk yetiştirme tarzları, strese yol açan faktörler bununla ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. Türkiye’de yürütülen araştırmalarda da kadın bireylerde depresyon oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ertuğrul, 2010).

İrk ve Etnik Gruplar: Yürütülen bir araştırmada majör depresyon dağılımının etnik grup ve ırklar üzerinde farklı bir örüntü sergilemediği ve ırklar arasında görülmekte olan farklılıkların, büyük ölçüde ekonomik etmenler ile ilişkili olduğu iddia

edilmiştir. Majör depresyon belirtilerinin siyah ırkta daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Ertuğrul, 2010).

Medeni Durum: Depresyon epidemiyolojisi hakkında yürütülen çalışmalarda ele alınan başka bir faktör ise medeni durumdur. Sonuçlar irdelendiğinde medeni duruma göre depresyon dağılımında farklılıkların varlığı görülmektedir. Yapılan çok sayıda araştırma; ayrı yaşayan, boşanmış ya da dul kişilerde depresyon oranı yüksek iken, evli bireylerde ise daha düşük oranda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Depresyon riskini artıran bir diğer neden ise evli bireylerin aralarındaki ilişkilerin kötü olmasıdır. Boşanmadan sonrası ilk 6 ay erkekler için risklidir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada boşanmış kişilerde depresyon görülme oranının boşanmamış kişilerdekinden daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Yakın, 2014).

Genetik Faktörler ve Aile Öyküsü: Depresyonun genetik faktörler ile ilişkisini irdelleyen ve epidemiyolojik verileri etkileyen araştırmalar evlatlık, ikiz ve aile hakkında yürütülen araştırmalardır (Yakın, 2014).

Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları: Araştırmacılar ebeveynin sağladığı ve süreklilik arz eden sevgi ve diğer duyguların depresyon oluşumunu engellediğini, ebeveyninden ayrılmanın ya da kayıp yaşamının ise ileri yaşlar için gelişimsel olarak risk faktörlerini artırdığını ileri sürmüşlerdir. Spitz, yaşamın ikinci 6 ayında bebeğin annesinden ayrı kalması halinde bu belirtilerin ortaya çıkabileceğini iddia etmiştir. Bireyin şekillendiği zaman aralığında ayrılık ya da kayıp yaşanması, çocuğun ya bir savunma mekanizması oluşturarak kendini depresyondan korunmasına ya da depresif bir yapıya girmesine neden olabilmektedir (Yakın, 2014).

Çocukluk Dönemi Yaşantıları: Çocukluk döneminde depresyon yaşanması çocuğun kişilik gelişimini ileride büyük oranda etkileyeceğinden oldukça önem arz ettiği düşünülmektedir. Bebeklerde depresyon sık görülmemektedir. Bebekte depresyon belirtilerine rastlanıyorsa bu durum bebek ile bakıcı arasında yaşanan olumsuz bir durumu bize yansıtmaktadır. Diğer bir sebep ise bakıcının bebeğin ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılamamasıdır. Bu bakımdan “bakıcı” terimi yalnızca ücret karşılığında çalışan kimseyi değil ebeveynleri, akrabaları ve ablayı da kapsamaktadır. Çocuklarda depresyon belirtilerini saptamak ilk anda kolay olmayabilir. Çocuklarda görülen belirtiler kendisini farklı klinik ortamlarda gösterebilir. İlk çocukluk evresinde görülen semptomlar değişkenlik gösterdiğinden, genellikle temel davranışlardan yola çıkılarak

tespitlerde bulunmaktadır. Bu durumda hırçın davranışlar gösterme, aşırı hareketli olma, zarar verme, içe kapanma gibi belirtiler sergilenebilmektedir. Duygusal açıdan irdelendiğinde anlık değişimler yaşanabilmektedir. Çocuk, bakım sağlayan yetişkinden sevgi beklerken bir anda onu itebilir. Ergenlik döneminde görülen depresyon ise gerek yetişkinlik döneminin başlangıcında olması gerekse intihar düşüncelerinin yaygın olması nedeniyle oldukça önemlidir. Belirtiler her ne kadar yetişkinlerin gösterdiği depresyon belirtilerine benzese dahi çocukluk döneminde yaşanan depresyonun belirtilerini de bünyesinde barındırmaktadır. Bu niteliğe ergenlikte en çok dikkat çeken dürtüsellik eğilimi de eklendiğinde söz konusu depresyon yetişkin depresyonundan daha farklı bir hal almaktadır (Gezer, 2008).

Hastalık Öncesi Klinik Özellikler: Hiçbir kişilik yapısı depresyona başlı başına yatkın değildir. Kişilik yapısı her nasıl olursa olsun, riskli koşullar altında her bireyde depresyon görülebilmektedir. Depresyona yatkın kişiler genelde çevresindeki bireyleri mutlu etmeye çalışan, insanları incitmekten sakınan ve iyiliksever olan insanlardır (Yakın, 2014).

Sosyal Destek ve Sosyoekonomik Durum: Kesin bir bilginin mevcut olmamasına rağmen sosyoekonomik durumun yetersizliği ile depresyon arasında bir ilinti olduğu düşünülmektedir. Sosyoekonomik sınıf bakımından düşük şartlarda çalışan kadınlarda depresyon görülme oranının sosyoekonomik şartları daha yüksek olan kadınlara kıyasla yüksek olduğu belirlenmiştir. Kırsal kesimde görülen depresyon oranının şehirlerde görülene oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan Türkiye’de yapılan söz konusu araştırmalar bu konuda net bir sonuç sunmasa da, desteklediği noktalar mevcuttur (Savrun, 1999).

2.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON

Sağlık çalışanları, mesai saatleri dahilinde ve haricinde çok sayıda stres unsuru ile karşı karşıya kalırlar. Bunlar arasında gün içerisinde çok sayıda hasta hakkında ilgili kritik kararlar vermek, bu kararların ciddi sonuçlarıyla yüzleşmek, hata yapmaktan kaçınmaya çalışmak, sağlık politikasında meydana gelen değişiklikler sonucunda ortaya çıkan yeni uygulamalar ve beklentiler, çalışma ortamı, iş yükünün fazla olması, kişilerarası ilişki sorunları gibi durumlar sıralanabilir. Sağlık hizmetinin sunulduğu çalışma alanının diğer çalışma alanlarına kıyasla iş stresinin daha fazla yaşandığı bir

ortam olduğu değerlendirilmektedir (Boswell, 1992). Birinci kademe sağlık alışanlarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Aslankoç ve diğerleri, 2001; Karaoğlu ve diğerleri, 2009). Caplan'ın yürüttüğü araştırmada pratisyen hekimlerde %55 oranında anksiyete gözlendiği belirtilmektedir (Caplan, 1994). Ankara'da sağlık ocaklarında yürütülen bir araştırmada sağlık çalışanlarının kaygı puan ortalamalarının önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ocaktan ve diğerleri, 2002).

250 kişilik bir hekim grubunda yapılan çalışmada aile hekimlerinin yaklaşık %25'inin durumluk kaygı, %50'sinden fazlasının ise sürekli kaygı düzeyinin normalin üzerinde olduğu sonucuna varılmıştır (Karaoğlu ve diğerleri, 2009). Manisa il merkezi birinci kademe sağlık kuruluşu çalışanları arasında yapılan bir araştırmada ise katılımcıların %72.7'sinin durumluk kaygılı, %45.5'inin ise sürekli kaygılı oldukları belirlenmiştir. Yurtdışında yapılan bir başka çalışmada ise aile hekimlerinin %39'unda anksiyete ve depresyon olduğu görülmüştür (Khuwaja, Qureshi ve Azam, 2004). Sağlık alışanları arasında görülen bu tip sorunlar hizmet kalitesini düşüreceğinden dolayı toplumu da çok yakından alakadar etmektedir.

Depresyon çok sayıda meslekte olduğu gibi sağlık çalışanları arasında da görülmektedir. Ekonomik koşullar ile paralel olarak çalışan bireyler çoğunlukla gündüz vardiyalarının yanı sıra gece vardiyalarında da çalışmak durumunda kalmaktadır. Çift vardiya çalışma şekli ya da vardiyaların sürekli değişmesi bireylerde birçok olumsuz etkiye yol açmaktadır. Vardiyalı alışanlar uyku ile uyanıklık arasında sürekli değişiklik yaşadıklarından ve tek vardiya çalışanlara kıyasla sosyal yaşamlarında meydana gelen değişimlerden ötürü pek çok ruhsal ve fiziksel sorunlarla yüz yüze gelmektedirler. Bireyler karşılaştıkları fiziksel ve sosyal problemlerin yanı sıra psikiyatrik sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadırlar. Depresyon ve anksiyete bozuklukları yaşayan kimseler uykusuzluğın getirdiği bellek sorunları ve konsantrasyon bozuklukları da yaşayabilmektedirler (Selvi ve diğerleri, 2010).

İngiltere'de yürütülen bir araştırmada sağlık çalışanlarının iş yerinde yaşadıkları olumsuz olaylar ve çalışma şartlarının yanı sıra iş dışında yaşadıkları olumsuz olayların ve kişilik özelliklerinin onları depresif hale getirebileceği bulgusuna ulaşılmıştır. İş stresi, rol belirsizliği, çok fazla çalışma, dllendirilmeme ve yönetimle yaşanan sorunlar sağlık çalışanlarının depresyona girmelerine sebep olabilecek faktörler arasında yer almaktadır (Kaya, 2007). Ülkemizde sağlık çalışanları ile birlikte yürütülen

bir araştırmada bullying ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bullying davranışının dilimizdeki karşılığı yıldıрма, zorbalık, iş yeri tacizi şeklinde ifade edilmektedir. Söz konusu araştırmaya katılan 167 sağlık personelinin 59'u bullying davranışı ile karşı karşıya kalmıştır. Bullying davranışını sergileyen kimseler ise çoğu zaman başhekim ve doktorlardır. Bullying davranışına maruz kalan ve kalmayan kimseler kıyaslandığında bu davranışa maruz kalanlarda depresyon belirtilerinin olduğu saptanmıştır. Bullying davranışına maruz kalan bu 59 kişinin %66.1'i şiddetli, orta ve hafif derecede depresyon belirtileri sergilemiştir (Yıldız ve Yıldız, 2009).



3. METOT

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık çalışanları dünya genelinde en stresli meslek grubuna dahil oldukları bilinen bir gerçektir. Mesleklerinin öneminden kaynaklı olarak, sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin depresyon ve anksiyete yatkınlıklarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, hekimlerde depresyon ve anksiyete yatkınlığını üniversite ve devlet hastanelerinde çalışma durumlarına göre ele almaktır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini Ankara ilinde mesleğine devam eden, devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinde çalışan hekimler oluşturmaktadır. Örneklem ise bu hekimlerden kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılan 100 hekimdir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgilere yönelik sorular yer almaktadır. Cinsiyet, yaş, çalışılan departman gibi soruların yer aldığı bu bölümü, anksiyete ve depresyon yatkınlığını ölçmeyi amaçlayan ikinci bölüm takip etmektedir. Bu bölümde 14 ifadenin dördümlü likert tipte değerlendirildiği Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği yer almaktadır.

Ölçek Zigmond ve Snaith (1983) tarafından anksiyete ve depresyon yönünden riski ortaya koyarak bunların düzeyi ve şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir. Türkçe güvenlik ve geçerlik çalışmaları Aydemir ve diğerleri (1997), tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte yer alan 14 sorudan tek sayılı numarası olan sorular anksiyeteyi, çift sayılı numarası olan sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her maddenin puanlaması farklıdır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13. maddelerin şıklarında yer alan ifadelerin puanlamaları giderek azalan şiddet göstermektedirler ve puanlamaları 3-2-1-0 biçimindedir. Diğer 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddelerde yer alan şıkların puanlaması ise artan şiddet göstermektedir, puanlamaları 0-1-2-3 şeklindedir. Anksiyete ve depresyon alt ölçekleri için alınabilecek en düşük

puan 0, en yüksek puan 21'dir. Ölçeğe EK 1'de yer verilmiştir. 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. sorular anksiyeteyi, kalan diğer sorular depresyon skorlarını vermektedir.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada toplanan verilerin analizinde IBM SPSS 24 programı kullanılmıştır. Analizde öncelikle doktorların kişisel bilgilerine ilişkin bulgular verilmiştir. Daha sonrasında hekimlerdeki anksiyete ve depresyon ölçeğine ilişkin elde edilen ortalama puanlar raporlanmıştır. Doktorların anksiyete ve depresyona yatkınlıklarının kişisel bilgilerine göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t-testi, Pearson korelasyon analizi ve tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Yapılan testlerin sonuçları alfa 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Veriler ortalama etrafında +, - serbestlik dereceleri ile verilmiştir. Kategorik veriler yüzdelerle gösterilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KİŞİSEL BİLGİLERE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 3. Kişisel Bilgilere İlişkin Analiz Sonuçları

	Frekans	Yüzde	Ortalama	Std. Sapma
Cinsiyet				
Kadın	54	54,0		
Erkek	46	46,0		
Yaş			27,24	2,71
Çalışılan departman				
Acil Servis	43	43,0		
Poliklinik	36	36,0		
Yatan hasta kliniği	21	21,0		
Uzmanlık alanı				
Gastroenteroloji	15	15,0		
Genel cerrahi	30	30,0		
Göğüs hastalıkları	39	39,0		
Kardiyoloji	5	5,0		
Pratisyen Hekim	6	6,0		
Psikiyatri	5	5,0		
Çalışılan kurum				
Devlet hastanesi	48	48,0		
Tıp fakültesi	52	52,0		

Tablo 3'te çalışmaya katılan hekimlerin branş dağılımları ve cinsiyet yüzdeleri gibi bilgiler gösterilmiştir.

4.2. HEKİMLERDEKİ ANKSİYETE VE DEPRESYON YATKINLIĞINA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4. Anksiyete ve Depresyon Yatkinlığı Ölçeğine İlişkin Analiz Sonuçları**

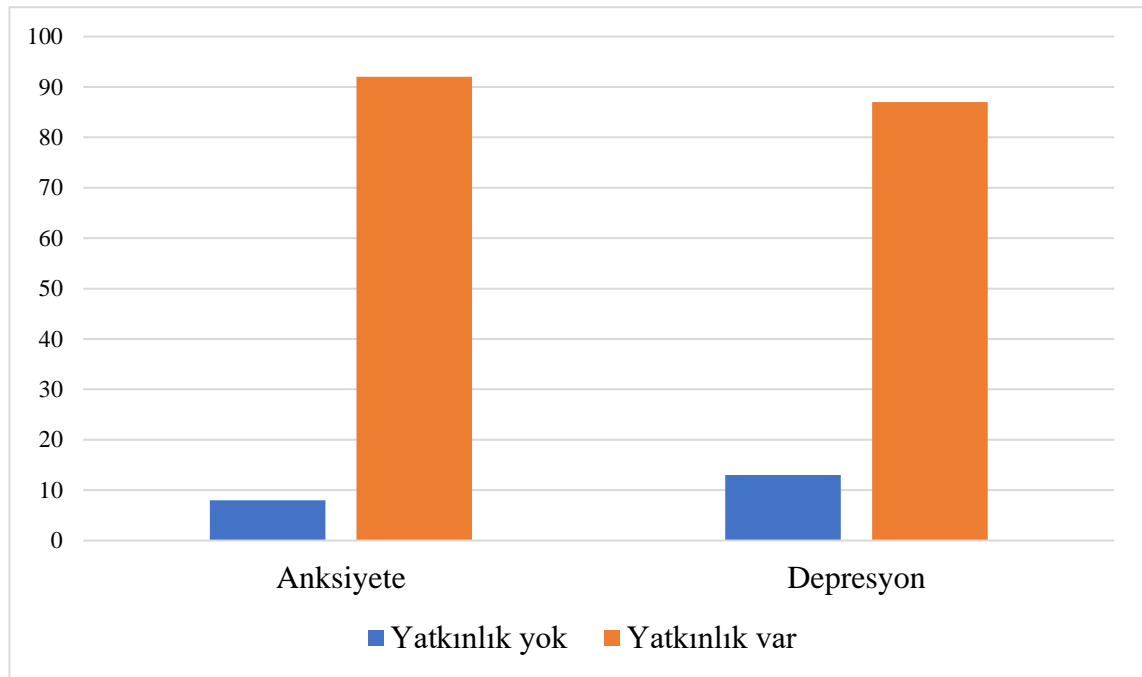
	Ort.	Std. Sapma
Kendimi gergin patlayacakmış gibi hissediyorum*	1,46	,96
Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum	1,65	,83
Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum*	1,73	,91
Gülebiliyorum, olayların komik tarafını görebiliyorum	1,31	,83
Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor*	1,70	,77
Kendimi neşeli hissediyorum*	1,28	,77
Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum	1,78	,79
Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum*	1,60	,82
Sanki içim pırpır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum	1,56	,78
Dış görünüşüme ilgimi kaybettim*	1,60	1,01
Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum*	1,86	,75
Olacakları zevkle bekliyorum	1,47	,63
Aniden panik duygusuna kapılıyorum*	1,31	,65
İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum	1,42	,85
Anksiyete	11,40	3,21
Depresyon	10,33	3,38

* Ters kodlanmış maddeler; ** Kalın ifadeler depresyonu tanımlamaktadır.

Doktorların anksiyete ve depresyon yatkınlığı ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde ölçeğin anksiyete maddelerinden toplamda ortalama $11,40 \pm 3,21$ puan aldıkları, depresyon maddelerinden ise toplamda ortalama $10,33 \pm 3,38$ puan aldıkları görülmektedir. Yüksek puanlar anksiyete ve depresyona yatkınlığın arttığını göstermektedir. Ölçek maddeleri incelendiğinde doktorların en yüksek puan aldıkları maddelerin $1,86 \pm 0,75$ puan ile “Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum” maddesi, $1,78 \pm 0,79$ puan ile “Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum*” maddesi ve $1,73 \pm 0,91$ puan ile “Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum” maddeleri olduğu görülmektedir. Doktorların en düşük puan aldıkları maddelerin ise $1,28 \pm 0,77$ puan ile “Kendimi neşeli hissediyorum” maddesi, $1,31 \pm 0,65$ puan ile “Aniden panik duygusuna kapılıyorum” maddesi ve $1,42 \pm 0,85$ puan ile “İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum*” maddeleri olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Anksiyete ve Depresyon Yatkınlığı Düzeylerine İlişkin Analiz Sonuçları

	Devlet hastanesi		Üniversite hastanesi		Toplam	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Anksiyete						
Yatkınlık yok	8	16,7	0	0	8	8,0
Yatkınlık var	40	83,3	52	100,0	92	92,0
Depresyon						
Yatkınlık yok	13	27,1	0	0	13	13,0
Yatkınlık var	35	72,9	52	100,0	87	87,0

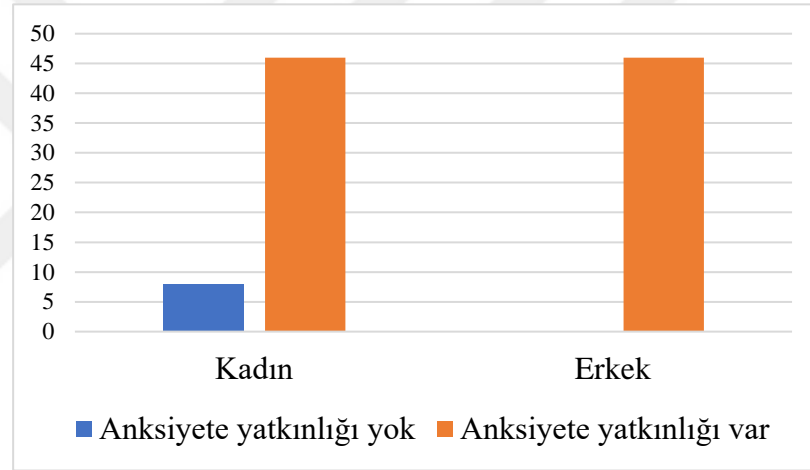


Şekil 1. Anksiyete ve Depresyon Yatkınlığı Düzeylerine İlişkin Analiz Sonuçları

Tablo 5'te ve Şekil 1'de görülen anksiyete ve depresyon yatkınlığı düzeylerine ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde doktorların %92'sinin anksiyetesinin yüksek, %87'sinin ise depresyonunun yüksek olduğu görülmektedir. Devlet hastanesinde çalışan doktorların %83,3'ünün anksiyetesinin yüksek, %72,9'unun ise depresyonunun yüksek olduğu görülürken, üniversite hastanesindeki doktorların tamamının anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Cinsiyet ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Cinsiyet	Anksiyete		Yüzde	X ²	P
	Yatkınlık yok	Yüzde			
Kadın	8	15	85	7,407	,006
Erkek	0	0	100		

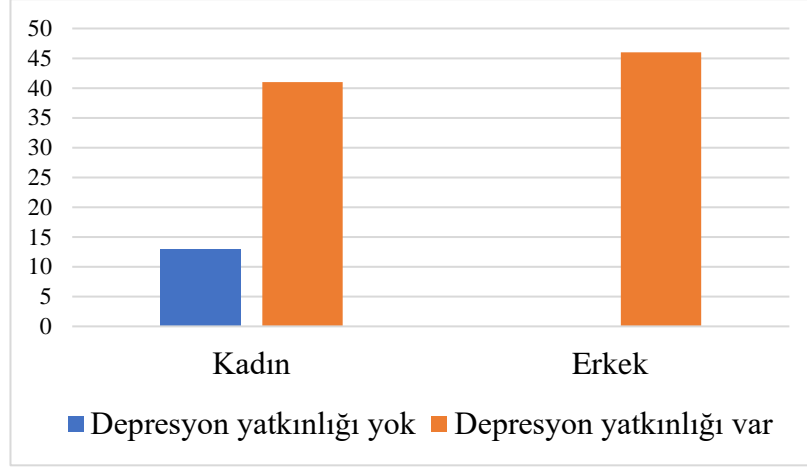


Şekil 2. Cinsiyet ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Doktorların anksiyete yatkınlığı düzeyinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan ki kare testi sonucuna göre doktorların anksiyete düzeyinin cinsiyete göre farklılaştığı görülmüştür, $X^2 = 7,407$, $p < ,05$. Yapılan analizler sonucunda kadınların anksiyete yatkınlıklarının erkeklerden daha az olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Cinsiyet ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Cinsiyet	Depresyon		Yüzde	X ²	p
	Yatkınlık yok	Yüzde			
Kadın	13	24	76	12,729	,000
Erkek	0	0	100		



Şekil 3. Cinsiyet ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan ki kare testi sonucuna göre doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin cinsiyete göre farklılaştığı görülmüştür, $X^2 = 12,729$, $p < ,05$. Yapılan analizler sonucunda kadınların depresyon yatkınlıklarının erkeklerden daha az olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. Yaş ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

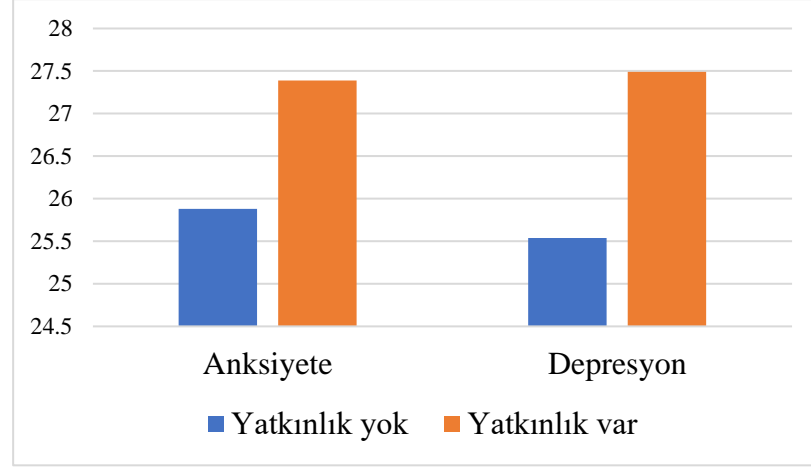
	Yaş	t	P
Anksiyete			
Yatkın değil	25,88	2,85	
Yatkın	27,39	2,68	-1,495
			,138

Doktorların anksiyete yatkınlığı düzeyinin yaşa göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre doktorların anksiyete yatkınlığı düzeyinin yaşa göre farklılaşmadığı görülmüştür, $t = -1,495$, $p > ,05$.

Tablo 9. Yaş ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

	Yaş	t	P
Depresyon			
Yatkın değil	25,54	2,22	
Yatkın	27,49	2,69	-2,492
			,014

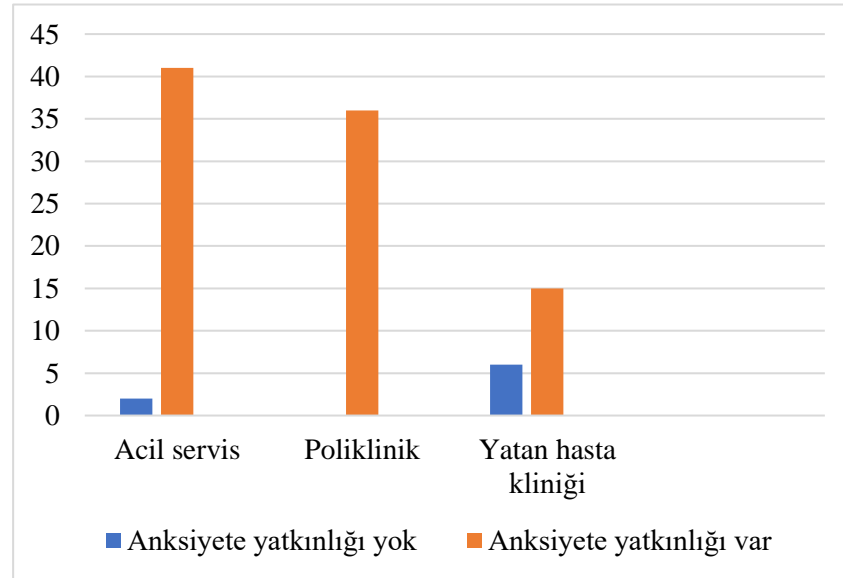
Doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin yaşa göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin yaşa göre farklılaştığı görülmüştür, $t = -2,492$, $p < ,05$. Buna göre depresyon yatkınlığı yüksek düzeyde olan doktorların yaşlarının anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmektedir.



Şekil 4. Yaş ile Depresyon ve Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Tablo 10. Çalışılan Departman ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

	Anksiyete				X ²	P
	Yatkınlık yok	Yüzde	Yatkınlık var	Yüzde		
Çalışılan departman						
Acil Servis	2	4	41	96	15,860	,000
Poliklinik	0	0	36	100		
Yatan hasta kliniği	6	28	15	72		



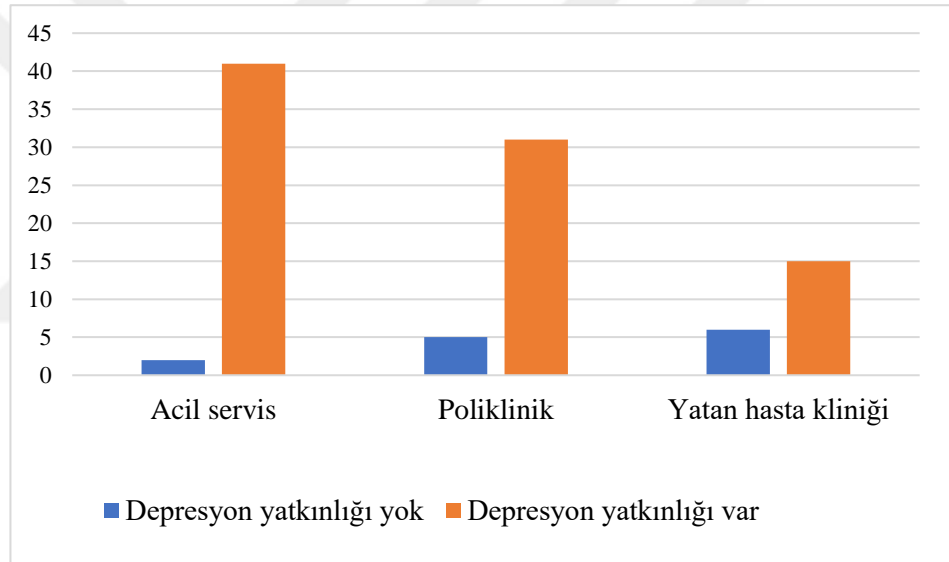
Şekil 5. Çalışılan Departman ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Doktorların anksiyete yatkınlığı düzeyinin çalıştıkları departmana göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan ki kare testi sonucuna göre doktorların anksiyete yatkınlığı düzeyinin çalıştıkları departmana göre farklılaştığı görülmüştür, X²

= 15,860, $p < ,05$. Yapılan analizler sonucunda yatan hasta kliniğinde çalışan doktorların anksiyete yatkınlıklarının bahsi geçen diğer departmanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir. anksiyete yatkınlığı en fazla olan departman ise poliklinik olarak tespit edilmiştir.

Tablo 11. Çalışılan Departman ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Çalışılan departman	Depresyon		X ²	P
	Yatkınlık yok	Yatkınlık var		
Acil Servis	2	41	7,177	,028
Poliklinik	5	31		
Yatan hasta kliniği	6	15		

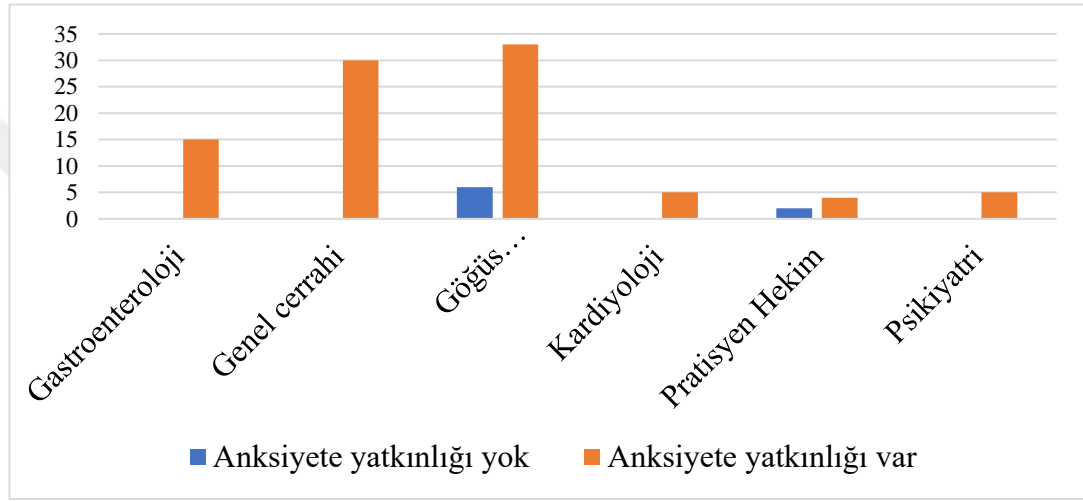


Şekil 6. Çalışılan Departman ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin çalıştıkları departmana göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan ki kare testi sonucuna göre doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin çalıştıkları departmana göre farklılaştığı görülmüştür, $X^2 = 7,177$, $p < ,05$. Yapılan analizler sonucunda yatan hasta kliniğinde çalışan doktorların depresyon yatkınlıklarının bahsi geçen diğer departmanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Depresyon yatkınlığı en fazla olan departman ise acil servis olarak tespit edilmiştir.

Tablo 12. Uzmanlık Alanı ile Anksiyete Yatkinlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Uzmanlık alanı	Anksiyete				X ²	P
	Yatkinlik yok	Yüzde	Yatkinlik var	Yüzde		
Gastroenteroloji	0	0	15	100	3,354	,067
Genel cerrahi	0	0	30	100		
Göğüs hastalıkları	6	15	33	85		
Kardiyoloji	0	0	5	100		
Pratisyen Hekim	2	33	4	67		
Psikiyatri	0	0	5	100		

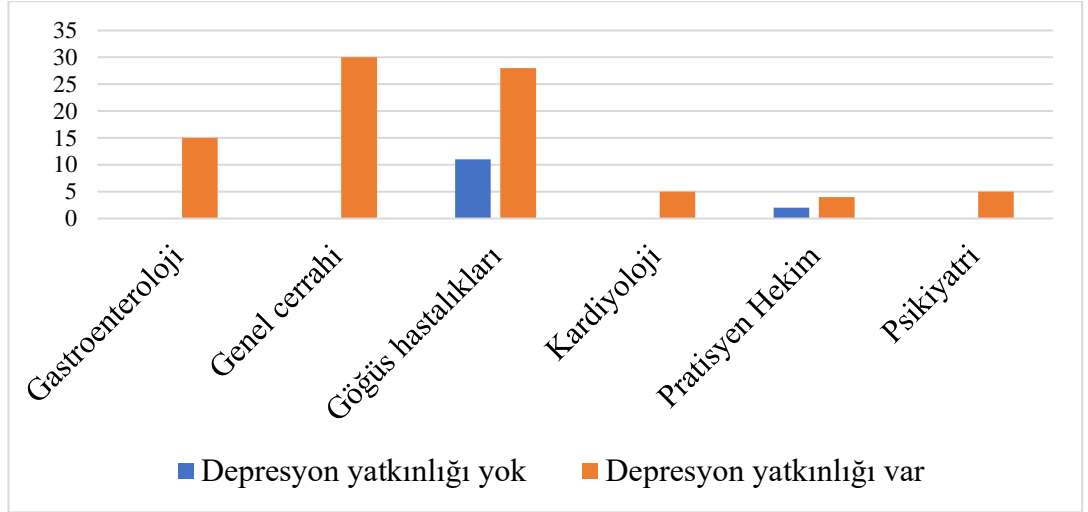


Şekil 7. Uzmanlık Alanı ile Anksiyete Yatkinlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Doktorların anksiyete yatkinlığı düzeyinin uzmanlık alanlarına göre farklılaşım farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan ki kare testi sonucuna göre doktorların anksiyete yatkinlığı düzeyinin bahsi geçen uzmanlık alanlarına göre farklılaşmadığı görülmüştür, $X^2 = 3,354$, $p > ,05$. Ancak pratisyen hekimlerde ve göğüs hastalıkları uzmanlarında trend bazında anksiyete yatkinlik yüzdeleri daha düşük bulunmuştur.

Tablo 13. Uzmanlık Alanı ile Depresyon Yatkinlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Uzmanlık alanı	Depresyon				X ²	P
	Yatkinlik yok	Yüzde	Yatkinlik var	Yüzde		
Gastroenteroloji	0	0	15	100	3,272	,070
Genel cerrahi	0	0	30	100		
Göğüs hastalıkları	11	28	28	72		
Kardiyoloji	0	0	5	100		
Pratisyen Hekim	2	33	4	67		
Psikiyatri	0	0	5	100		

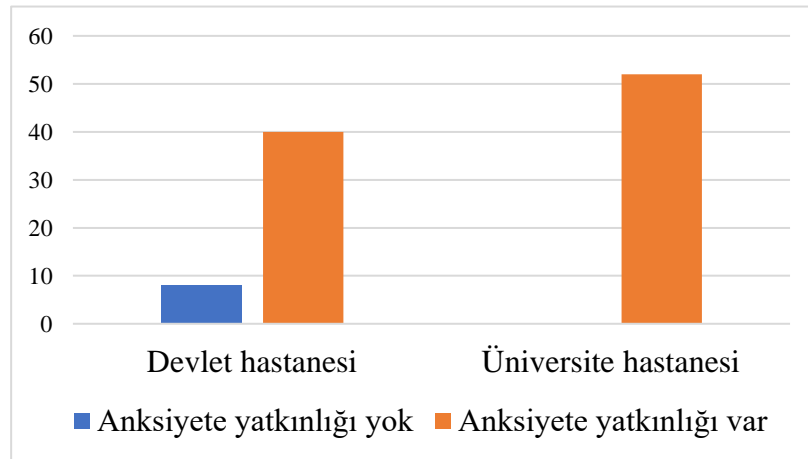


Şekil 8. Uzmanlık Alanı ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin uzmanlık alanlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan ki kare testi sonucuna göre doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin bahsi geçen uzmanlık alanlarına göre farklılaşmadığı görülmüştür, $X^2 = 3,272$, $p > ,05$. Ancak pratisyen hekimlerde ve göğüs hastalıkları uzmanlarında trend bazında depresyon yatkınlık yüzdeleri daha düşük bulunmuştur.

Tablo 14. Çalışılan Kurum ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

	Anksiyete				X^2	P
	Yatkınlık yok	Yüzde	Yatkınlık var	Yüzde		
Çalışılan kurum						
Devlet hastanesi	8	17	40	83	9,420	,002
Üniversite hastanesi	0	0	52	100		

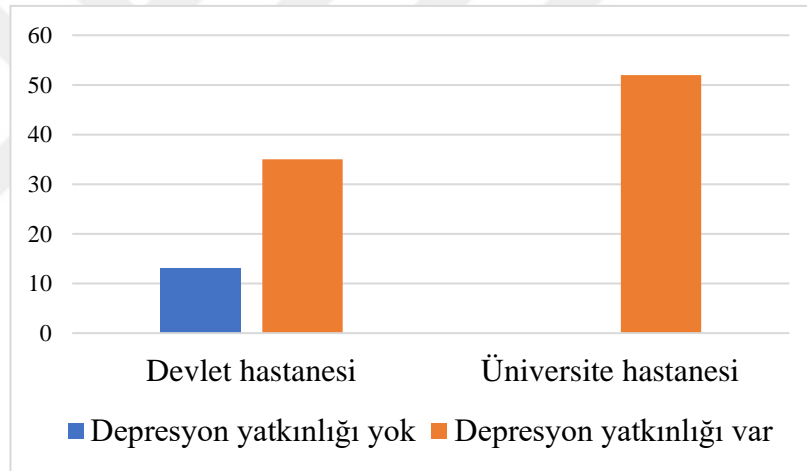


Şekil 9. Çalışılan Kurum ile Anksiyete Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Doktorların anksiyete yatkınlığı düzeyinin çalıştıkları kuruma göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan ki kare testi sonucuna göre doktorların anksiyete düzeyinin çalıştıkları kuruma göre farklılaştığı görülmüştür, $X^2 = 9,420$, $p < ,05$. Yapılan analizler sonucunda üniversite hastanesinde çalışan doktorların anksiyete yatkınlıklarının daha fazla olduğu, devlet hastanesinde çalışan doktorların ise anksiyete yatkınlıklarının daha az olduğu tespit edilmiştir

Tablo 15. Çalışılan Kurum ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

	Depresyon				X^2	P
	Yatkınlık yok	Yüzde	Yatkınlık var	Yüzde		
Çalışılan kurum						
Devlet hastanesi	13	27	35	73	16,188	,000
Üniversite hastanesi	0	0	52	100		



Şekil 10. Çalışılan Kurum ile Depresyon Yatkınlığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin çalıştıkları kuruma göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan ki kare testi sonucuna göre doktorların depresyon yatkınlığı düzeyinin çalıştıkları kuruma göre farklılaştığı görülmüştür, $X^2 = 16,188$, $p < ,05$. Yapılan analizler sonucunda üniversite hastanesinde çalışan doktorların depresyon yatkınlıklarının daha fazla olduğu, devlet hastanesinde çalışan doktorların ise depresyon yatkınlıklarının daha az olduğu tespit edilmiştir.

5. SONUÇ

Toplum sağlığı ve güvenliği ile hekim sağlığı ve güvenliği arasında doğrudan ilişki mevcuttur. Hekimlik sağlık açısından riskli bir meslek grubudur. Hekimlerin yaşamını ve işgücüne katılımını tehdit altına alan mesleki rahatsızlıklar, hastalardan ve hastanelerden bulaşabilecek fiziksel hastalıklar, iş kazaları ve diğer taraftan son zamanlarda ön plana çıkan hekime karşı şiddet, tükenmişlik sendromu ve depresyon bu riskin en önemli unsurları arasındadır (Saygılı, 2011). Sağlıkta yeniden yapılanma süreci kapsamında çalışma koşullarında da farklılaşma yaşanmıştır. Söz konusu süreçte “Yeni Kamu İşletmeciliği” yaklaşımı kamu tarafından benimsenen yaklaşım haline gelmiştir. Bu yaklaşım sonucunda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, sunumunda ve yönetiminde kamunun rolü ile sağlıkta temel hizmetler ve ilkeler köklü bir değişim geçirmiştir. Söz konusu değişim sağlık emek sistemi bünyesinde  dönüştürücü işleve sahip olmasıyla dikkat çekmektedir. Öncelikli olarak, performans sağlamak amacıyla işletmenin gcl bir işleve sahip olması gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu işlev, verimlilik ve etkililiği geliştirmek amacıyla şirketlerin kullandığı işletme tekniklerinin kamuda kullanılması ve profesyonel işletmeci rollerinin benimsenerek geliştirilmesini içermektedir. Böylelikle sağlık hizmeti üretim süreci meta üretim sürecinin sahip olduğuna benzer işletme teknikleri ile yeniden yapılandırılmaktadır. İkincisi, rgtsel yapılar bünyesinde tek parça yapıların, ayrı bölümlere ayrılmasını içeren değişiklikler dikkat çekmektedir. Bu sayede alışıl gelmiş kamusal hiyerarşisi bünyesinde parçalanma yaşanmış ve çok sayıda yeni özerk sağlık kuruluşu ortaya çıkmıştır (rnek vermek gerekirse; aile hekimliği, bağımsız hale gelen görüntüleme birimleri). Üçüncüsü piyasa yönelimidir. Piyasa yönelimi, sağlık hizmeti üretiminin kamusal ihtiyaçlardan daha ziyade arz-talep eğrisi dengesine odaklanmasını ifade etmektedir. Sonuç olarak bu yaklaşım tarafından benimsenen söz konusu ilkeler, kamunun özel sektör ilkeleri doğrultusunda örgütlenmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (Ünlütürk, 2011).

Sağlık hizmetleri üretiminin “toplam kalite yönetimi” esasları uyarınca “talep odaklı” şekilde örgütlenmesi hizmet üretimi bağlamında sağlığın ticarileşmesini tamamlayan bir anlam taşımaktadır. Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde kadro esaslı güvenceli istihdam şekli, yerini giderek esnek istihdama terk etmektedir. Yaşanan dönüşüm yemek, temizlik ve güvenlik hizmetleri ile başlayan sağlıkta taşeronlaşma sürecinin önce diğer destek hizmetlerine daha sonra ise tedavi hizmetlerine kadar yayılmasına yol açmıştır. Araştırma bulgularında hem devlet

hastanesi hekimlerinin hem üniversite hastanesi hekimlerinin anksiyete ve depresyona büyük oranda yatkın çıkması tesadüfi bir bulgu olarak değerlendirilemeyecektir. Hatırlanacağı gibi çalışma yaşamında depresyon ve anksiyetenin en temel sebebi iş stresidir. İş stresinin yoğun yaşandığı alanlarda depresyon ve anksiyete de yoğun olarak görülmektedir. İş stresi, iş tatmini, çalışma koşulları, iş güvencesi, çalışma ortamı, örgütsel bağlılık ve tükenme çoğu zaman depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilmektedir (Tokuç, Turunç ve Ekuklu, 2015; Bakan ve diğerleri, 2015; Çeler ve diğerleri, 2015; Gramstad, Gjestad ve Haver, 2013; Özyaman-Boya, 2007; Bilgin, Emhan ve Yasin, 2011; Ünal-Yılmaz, 2014; Erol, Saricicek ve Gülseren, 2007; Pflanz ve Ogle, 2006; Solmuş, 2005; Wallace, 2005; Ebrinç ve diğerleri, 2002; Tanrıverdi ve Sarıhan, 2013; Aslan ve diğerleri, 1998). Genel olarak hastanelerin gergin ve stresli ortamlar oluşu, mesai saatlerinin belirsiz oluşu ve nöbetler, işin doğası gereği hızlı, doğru ve kesin kararlar almak zorunda bırakması gibi mesleki şartlar, tüm sağlık çalışanlarında depresyon ve anksiyeteyi tetiklerken; özellikle doktorlarda daha ağır sonuçların meydana gelmesi beklenen bir durumdur. Doktorluk mesleğinde alınan kararların kritiklik derecesi yüksektir. Kişisel ve mesleki becerileri çoğu zaman üst düzeyde aktif kullanmayı gerektiren bir meslektir. Bununla birlikte iş ve çalışma koşulları da ele alındığında doktorlar sürekli yüksek iş stresi, iyi olmayan çalışma koşulları, yoğun iş temposuyla yaşayan; özel ve sosyal yaşamına vakit ve enerji harcamayan bireylere dönüşmektedirler. Hastaneler, sosyal alan olarak ele alındığında ise genel olarak hasta insanların bulunduğu, umut, sevinç, neşe ve yaşam beklentisi gibi olumlu hislerin yüksek derecede olmadığı alanlardır. Hekimlerin çalışma saatlerinin uzunluğu ve dinlenme sürelerinin kısalığı, sağlık açısından depresyona neden olma riski taşımaktadır. AB mahkemelerinin hekimlerin nöbetler dahil haftalık çalışma sürelerine dair 2000, 2003 ve en son 2007 tarihli kararlarında çalışma saatlerinin haftada en fazla 48 saat olabileceğini ifade edilmiştir. Kamu görevlisi olan hekimlerin günlük çalışma süreleri hakkında bir üst sınır olmasa da 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 99. Maddesi uyarınca haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiştir. Özel sektörde çalışan hekimlerin çalışma süreleri İş Kanunu ile tayin edilmiş olup söz konusu kanununun 63. maddesi iş akdine dayalı olarak görev yapan hekimlerin haftalık çalışma süresini 45 saat olarak belirlemiş ve tarafların iş sözleşmesi ile bu sürenin altında bir çalışma süresi kararlaştırabilecekleri ve ayrıca ilgili maddenin 2. fıkrası uyarınca günlük çalışma süresinin 11 saati aşamayacağı hüküm altına alınmıştır. Hekimlerin pratikteki çalışma saatleri yasal düzenlemelere ve uluslararası hukuka uymamaktadır. Hastanelerin

mimarisi, tıbbi cihazların çok sayıda olması, havalandırma sistemleri, radyasyon, elektrik, gürültü, kanserojen ajanlar gibi iyi bilinen risklerin yanı sıra aydınlatma seviyesi gibi etkenler de hekimlerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden önemli fiziksel koşullar arasındadır (Saygılı, 2011). Bu bakımdan, son yıllarda ülkemizde gerçekleşen zorunlu hizmet yasasının yeniden uygulamaya alınması, toplam kalite yönetimi, performans ve finansman denetimi gibi uygulamaların yanı sıra bürokratik ve teknolojik denetimin yoğunlaşması, hekim sayısının artması, hekimler arasındaki rekabetin yoğunlaşması, hasta memnuniyetine vurgu yapılması, özel sağlık kuruluşlarının sayıca artış göstermesi, kamu istihdamında güvencesiz çalışma şekillerinin yaygınlaşması gibi gelişmeler neticesinde tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hekimlerin özerkliği ve ayrıcalıklı toplumsal konumunu kalıcı bir biçimde sarsıntıya uğratmıştır (Ünlütürk, 2011). Doktorların iş yükünün fazlalığı, çalışma ve iş koşullarının ağırlığına iş yaptıkları alanın nitelikleri de eklendiğinde tüm koşulların depresyon ve anksiyeteye elverişli ortam hazırladığı açıkça görülebilmektedir. Tüm bu hususların üstüne gerek devlet hastanesi gerekse üniversite hastanelerinde yukarıda bahsi geçen uygulamalar, şartları daha zorlu hale dönüştürmektedir. İş stresi, tükenme, iş yoğunluğu, iş tatmin düşüklüğü, örgütsel bağlılık, elverişsiz çalışma koşulları gibi iş yaşamında depresyon ve anksiyeteyi tetikleyen faktörlerin çoğu hastanelerde mevcut bulunmaktadır. Özü itibarıyla psikolojik dayanıklılık gerektiren ve zor bir meslek, diğer çalışma şartlarıyla da bir araya geldiğinde depresyon, anksiyete, tükenme gibi sonuçlar da kaçınılmaz görünmektedir. Bu bağlamda çalışmada önemli bir bulgu da elde edilmiştir. Üniversite hastanelerinde çalışan doktorların hem anksiyete hem de depresyon düzeyleri, devlet hastanesinde çalışan doktora göre daha yüksek tespit edilmiştir. Bu bulgu önemli bir farklılığı işaret etmektedir. Çalışma ortamı ve kurumsal özelliklerin depresyon ve anksiyete üzerindeki etkileri yukarıda açıklanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgudan hareketle üniversite hastanelerindeki çalışma ortamının, depresyon ve anksiyete daha elverişli şartlar yarattığı söylenebilecektir. Bu farklılığı yaratan nedenler başka bir çalışmada detaylı araştırılmalıdır. Ancak, alan yazın kapsamında bu farklılıklara ilişkin mantık yürütmek mümkündür. Üniversite hastaneleri, yalnızca tedavi hizmetlerinin verildiği yerler değildir. Tedavi hizmetleriyle birlikte akademik hizmetleri de mevcuttur. Akademik uygulamaların yoğunluğu, akademik hiyerarşi, hasta bakımı dışında öğrencilerin eğitimlerine de yoğun bir mesai harcanması gibi etmenlerin bu hastanelerde çalışan doktorların anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmasında etkili olduğu söylenebilir. Sağlık hizmeti sunmak ve tedavi etmek yeterince yoğun bir

fizyolojik ve psikolojik yıpratma yaratırken; bu iş yükünün üzerine eğitim gibi bir iş yükünün eklenmesinin her anlamda doktorun yıpranmasını doğuracağı açıktır. Üstelik Türkiye, bilimsel araştırmalara yüksek bütçeler ayıran bir ülke değildir. Hemen her alandaki bilimsel araştırmalar kısıtlı bütçelerle yürütülmeye çalışılmaktadır. Kısıtlı zaman, bütçe ve enerji kıstasları altında üniversite hastanesi doktorları tedavi hizmeti, öğrenci ders ve eğitimleri, bilimsel araştırma ve bilimsel sunum gibi çok farklı alanlarda etkin olmaya çalışmaktadırlar. Devlet hastanelerindeki doktorlar ise yalnızca hasta tedavi hizmeti vermekle yükümlüdürler. İki çalışma ortamı kıyaslandığında; üniversite hastanelerindeki doktorların iş yüklerinin fazlalığı dikkat çekicidir. Bilimsel araştırma, bilimsel sunum, öğrenci eğitimi gibi faktörlerin etkileri elbette yalnızca iş yükü fazlalığı olarak ele alınamayacaktır. Bu fazla iş yükü beraberinde iş stresi ve yoğun mesaiyi de getirmektedir. Yoğun iş temposuyla iş stresi yükselen, zamanını yetiremeyen, işi dışında özel ve sosyal yaşamına vakit ve enerji ayıramayan doktorlar içinse depresyon ve anksiyete kaçınılmaz son olmaktadır (Demiral ve diğerleri, 2006; Ünal-Yılmaz, 2014; Çankaya, 2017). Araştırma bulgularında doktorların en yüksek anksiyete puanı “Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum” maddesinden aldığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan çoğu doktorun sürekli bir şeyler yapmak zorunda hissetmeleri; sürekli gergin, iş düşünen, zaman ve enerji yetiştirmekte zorlanan kişiler olmalarıyla açıklanabilir. Paralel biçimde kendilerine vakit ayırdıklarında tat alamamaları da işin tüm zaman ve enerjilerini alarak onları sürekli iş düşünmeye itmesiyle ilişkilendirilebilir. Mesai saatinde hasta tedavi hizmeti veren, mesai bitiminde öğrenci eğitimlerine yönelik işleri takip etmeye çalışan bir doktor evde ya da hastanede olması fark etmeksizin sürekli iştedir. Kafası sürekli işle ve iş sorumluluklarıyla doludur. Öyle ki kendi bilimsel araştırmalarına vaktin sadece tatil günlerinde bulunduğu basitçe bir hesaplamayla bile anlaşılabilir. Bu şartlarda yaşayan bir kişinin kişisel bakım, dinlenme, eğlenme, özel yaşam, sosyalleşme gibi alanlara ayıracak vaktinin olmadığı görülmektedir. İş yerindeki yoğun sorumluluğunu yetiştiremeyen kişi, iş dışındaki zamanda da iş yapmayı sürdürmektedir. Böylece anlaşılıyor ki ortalama bir üniversite hastanesi doktoru, sürekli çalışmaktadır. Uykudan arta kalan zamanın hepsini isteyen iş yüküne bağlı olarak kısıtlı zamanı yetirmeye çalışan doktor; bir an iş dışındaki bir unsura vakit bulduğunda ise doğal olarak bir huzursuzluk yaşamaktadır. Sürekli koşturmaya alışan psikoloji, boş vakitlerde dahi rahatlamayarak gevşemeye izin vermemektedir. Böylece anksiyete ve devamında da depresyon kendini göstermeye başlamaktadır. Beck depresyonu; “insanların tam

anlamıyla üstesinden gelemedikleri, başa çıkamadıkları olaylara verdikleri olağan tepki” olarak tanımlar (Polatçı, 2007). Doktorların özellikle de üniversite hastanesi doktorlarının bahsi geçen iş yükü, yoğunluğu ile başa çıkmakta zorlandıkları açıkça görülebilmektedir. Bu yoğunluğa ek olarak başa çıkmada kullanılan kaynakların kısıtlı oluşu ve çalışma koşullarına yönelik ağır prosedürler durumu daha da baş edilemez hale getirmektedir. Ünal-Yılmaz (2014), Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon ve iş doyumunu düzeylerini incelediği çalışmasında oldukça önemli bulgular elde etmiştir. Bir üniversite hastanesi ve iki özel hastane örneklemeden toplanan verilerde depresyon, tükenmişlik ve iş doyumunun bağlantıları irdelenmiştir. Araştırma sonucunda; özel hastanelerde çalışanların iş doyumunu devlet hastanelerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Devlet hastanelerinde çalışan kişilerin yüksek seviyede depresyon, tükenmişlik ve düşük derecede iş doyumunu yaşadıkları saptanmıştır. Devlet hastanesinde çalışanların Algılanan Sosyal Destek konusunda daha yüksek puanlar aldığı da saptanmıştır. Buna gerekçe olarak devlet hastanelerinde çalışan doktorların iş güvencesi, belirgin mesai saatleri ve sahip oldukları özlük hakları gösterilmiştir. Devlet hastanelerinde çalışan doktorlar özel hastanedekilere göre daha yüksek depresyona; daha düşük iş tatminine ve daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahiptir. Ünal-Yılmaz (2014)’ın araştırma sonuçları bu çalışma ile oldukça benzer niteliktedir. Literatürdeki benzer çalışmalara ek olarak bu çalışma sonucunda da anlaşılıyor ki özel, devlet ve üniversite hastanesindeki doktorlar farklı şartlarda çalışmaktadırlar ve bu farklı şartlar depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerinde belirleyici olmaktadır. Ödüllendirilememe, iş stresi, fazla çalışma, belirsizlik ve yönetimle ilgili sorunlar kişinin depresif belirtilerinin artmasına neden olacağı gibi aynı zamanda iş doyumunun azalmasında da önemli bir rol oynadığı gibi anksiyete ve depresyon üzerinde de belirleyici olmaktadır. Üniversite-devlet ve özel hastanelerin çalışma koşulları birbirinden farklıdır. Alan yazında özel, devlet ve üniversite hastanelerinin çalışma koşulları ve imkanlarındaki farklılıklardan bahsedilir. Bu çalışma kapsamındaki literatürde, hastanelerin çalışma şartlarına değinilmesi gerekli olmamışsa da çalışma koşullarının farklı olduğunun hatırlanmasında fayda vardır. Özel hastane çalışanları daha yüksek araştırma imkanları, belirgin mesai saatleri, görece daha düşük iş stresi gibi olanaklara bağlı olarak yüksek iş tatmini, düşük yıpranma sonuçlarına erişebilmektedir. Devlet hastanesi çalışanları ise yoğun hasta trafiği, mesai saatlerindeki yoğunluk, mesleki gelişim olanaklarının kısıtlı oluşu gibi etmenlere bağlı olarak depresyon ve anksiyeteye daha fazla yatkınlık göstermektedir. Bu çerçevede üniversite hastaneleri ise mesai ve iş yükü konusunda en yoğun olan

hastanelerdir. Ek olarak akademik sorumluluklar ve kısıtlı bütçe, gelişim fırsatı, akademik hiyerarşi ile birlikte üniversite hastanelerindeki çalışma koşulları olabileceğin en ağırına dönüşmektedir. Özel, devlet ve üniversite hastanesi üçgeninde depresyon ve anksiyetenin sırasıyla; en yüksek olduğu hastane üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ve en son sırada özel hastaneler olduğu görülmektedir. Özel hastaneler sağladıkları kariyer, eğitim ve araştırma imkanları, tatminkar ekonomik beklentiler ve iş yoğunluğunun görece daha düşük olmasıyla çalışanlara daha iyi bir ortam sağlamaktadır. Devlet hastanelerinde, özel hastanelerin sahip olduğu imkanlar çok kısıtlı olsa da mesai saatlerinin belirli oluşu, iş güvencesi sunmasıyla çalışanlarına kısıtlı olsa da avantajlar sağlamaktadır. Üniversite hastanelerinin son sırada olması ise hem kariyer, eğitim ve araştırma imkanlarının sınırlı oluşu hem bütçe gibi sorunların var olması hem de akademik sorumluluklarının yarattığı sonuçlar birlikte etkili olmaktadır. Üniversite hastaneleri; yüksek ücret, düşük iş yoğunluğu, az şiddet olayı, belirgin mesai saatleri gibi çalışana kolaylık sağlayacak hiçbir avantaja sahip değildir. Sahip olduğu tek avantaj akademik kariyer avantajıdır ki bu avantaj da iş yükünde artış, akademik hiyerarşinin kuvvetli olması, bilimsel araştırmaya ayrılan bütçelerin kısıtlı ve yetersiz olması gibi avantajı yok eden sorunlara takılmaktadır.

Yapılan işin doğası, iş stresiyle başa çıkmada en önemli belirleyenlerden biridir (Lacovides ve diğerleri, 2003). Doktorluk doğası gereği zor bir meslektir ancak çalışma kapsamındaki bulgulardan anlaşıldığı üzere çalışılan departman da bu konuda etkili bir değişkendir. Çalışmada depresyon düzeyleri çalışılan departmana göre sırayla; acil servis, poliklinik ve yatan hasta kliniği şeklindedir. Anksiyeteye göre ise poliklinik en yüksek, acil servis ve en sonda da yatan hasta departmanı yer almaktadır. Departmana göre anksiyete ve depresyonun yüksek bulunduğu iki departman vardır ve bu departmanda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon tespit edilmesi belli faktörlerle açıklanabilir. Acil servis, mesai saatlerinin yoğun olduğu, hasta yoğunluğu yüksek olan, kritik vakalarla yüz yüze gelme olasılığı çok ve kısa zamanda hayati kararların alınması gereken bir departmandır. Çalışma koşulları ağır, psikolojik ve fizyolojik yıpratma gücü yüksektir. Poliklinikler ise acil servislerle denk olabilecek bir hasta yoğunluğuna sahiptir ancak polikliniğe gelen hastalar genellikle yataklı hasta değildir ve hayati müdahaleyi gerekli kılmaz. Bununla birlikte poliklinikler standart bir mesai saati uygulamasına tabi olarak çalışır. Nöbet, acil vaka gibi olayların sıkça yaşanmadığı bu departmanda acil servis departmanına görece daha düşük anksiyete ve depresyon düzeyi doğal görünmektedir. Yatan hasta kliniği ise çalışma şekli en stabil alanlardan biridir.

Yatan hasta kliniğindeki hastaların teşhisi belli hastalıkları vardır, genellikle yatak sayısı belli olduğu için müdahale edilecek maksimum hasta sayısı sınırlıdır. Acil müdahale, hayati risk taşıyan kararlar alma sorumluluğu, yoğun kargaşa ve yüksek stres altında çalışma durumu yoktur. Hastalar düzenli aralıklarla kontrol edilir, düzenli tedaviye tabi tutulur, olası komplikasyonlar yüksek yüzdeyle tahmin edilebilir düzeydedir. Bu özellikleriyle yatan hasta kliniği yüksek adrenalin, yoğun tempo, yüksek stres, belirsiz mesai gibi çalışma koşullarından uzak bir departman olarak anksiyete ve depresyona da elverişli bir ortam oluşturmamaktadır. Görüldüğü gibi acil servis ve poliklinikler şartlar itibariyle yüksek stres, hasta yoğunluğu gibi hususlara bağlı olarak anksiyete ve depresyona uygun ortam sağlamaktadır. Benzer bir veriye; 2011 Haziran ayında Mayo Klinik ve Amerikan Tıp Birliği tarafından gerçekleştirilen çalışmada ulaşılmış ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de çalışan yaklaşık her iki doktordan birinde, en az bir tükenmişlik belirtisi olduğunu bildirilmiş; en yüksek tükenmişlik puanlarına acil servis ile dahiliye uzmanlarında, en düşük tükenmişlik puanlarına ise önleyici tıp ve cilt hastalıkları uzmanlarında rastladıklarını açıklamışlardır.

Araştırmadan elde edilen diğer bulgularda ise cinsiyete göre anksiyete ve depresyon arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bulgulara göre erkek doktorlarda depresyon ve anksiyete düzeyi kadın doktorlardan daha yüksektir. Bu bulguyla birlikte yine yaş değişkeninden elde edilen bulgularda anksiyete ve yaş arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemişken; doktorların depresyon düzeyinin yaşla doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına göre yaşın artmasıyla depresyon düzeyinde de artma meydana gelmektedir. Tamam ve Öner (2001) yaptıkları çalışmada, yaş ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırma sonucunda ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklar ile bilişsel bozuklukların depresyonu tetiklediğini tespit etmişlerdir. Doktorların da ilerleyen yaşlarda fiziksel ve bilişsel rahatsızlıklara bağlı olarak depresyon yaşama olasılıklarının arttığı söylenebilir. Hali hazırda zor şartlara tabi ve yaş fark etmeksizin anksiyeteyi doğuran bir meslekle ilerleyen yaşlarda azalan fiziksel ve bilişsel kapasite çerçevesinde mücadele etmenin daha zor olacağı aşikardır. Özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini inceleyen bir diğer çalışmada Çankaya (2017), özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini tespit etmeyi amaçlamıştır. Araştırma sonucunda; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının normal düzeyde kişisel başarı puanlarının ise düşük düzeyde olduğu bulunurken; meslek, yaş, eğitim durumu, mesleki deneyim ve medeni durum gibi demografik değişkenler ile tükenmişliğin alt boyutları arasında en az bir anlamlı

farklılık tespit edilmiştir. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutlarında; 41-50 yaş grubunun daha genç yaş gruplarına göre yüksek sonuçlar aldığı saptanmıştır. Bu araştırma sonucunda da görülmektedir ki yaş ilerledikçe meydana gelen fiziksel ve bilişsel yıpranmalar, sorunlar kişiyi daha kötü etkileyerek mücadele gücünü düşürmektedir. Yaş ilerledikçe kişilerin sorunlarla başa çıkmalarının zorlaştığını söylemek de yanlış olmayacaktır.

Demiral ve diğerleri (2006) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyona sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu çalışmada diğer meslek mensupları ile kıyaslamaya ilişkin bulgular yoktur ama literatür çerçevesinde edinilen bulgulardan, doktorluk mesleğinin ve çalışma koşullarının diğer pek çok meslekten daha ağır olduğu anlaşılmaktadır. Demiral ve diğerlerinin çalışmasında önemli olan bir diğer husus iş doyumunun bireysel değil kurumsal faktörlerle belirlenmesidir. Bu sonuç, bu çalışmadaki üniversite hastanelerindeki doktorların anksiyete ve depresyona yatkınlıklarının neden daha yüksek olduğunu açıklayıcı nitelik taşır. İş tatmini kurumun sağladığı şartlarla ilgili olduğunda depresyon ve anksiyetenin de benzer kaynaklardan beslendiği anlaşılır. Bu bağlantı ise farklı hastanelerdeki farklı çalışma koşullarındaki doktorlarda depresyon ve anksiyete farklı düzeylerde olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bahsi geçen çalışmada “cerrahi bilimlerde çalışanlarda ve asistan konumunda çalışanlarda depresyon düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur”. Bu bulgu dayanak gösterilerek departmana bağlı anksiyete ve depresyon düzeylerindeki farklılık açıklanabilir. Her kademedeki çalışanlar farklı iş yükü, sorumluluk ve hiyerarşiye tabidir. Asistanlar ise hiyerarşinin en alt kademesini oluşturur. Akademik kariyerde de asistanlar akademik hiyerarşinin en alt basamağında yer alır ve iş yükleri oldukça ağırdır. Bu bağlamda çalışmada elde edilen bulguların literatürdeki depresyon ve anksiyete bulgularıyla örtüştüğü anlaşılmaktadır. Verimer (2016), 1974-2016 yılları arasında tıp doktoru, diş hekimi ve hemşirelerde tükenmişlik ve depresyonu içeren makalelerin bir derlemesini yapmıştır. Bu derlemede; depresyonun ve tükenmenin mesleki bir sonuç olduğunu ortaya koymuştur. Dünyada ve Türkiye’de sağlık çalışanları üzerinde yapılan çoğu araştırmada sağlık sektörünün her zaman depresyon ve yatkınlık konusunda daha yüksek riskler taşıdığını belirtmiştir. Amerika’daki çalışmaların da yer aldığı derlemede; “ABD’de tıp öğrencileri arasında intiharın; kazalardan sonra en sık rastlanan ölüm nedeni olduğu; ABD’de her yıl yaklaşık 400 doktor intihar ederek hayatına son verdiği; tüm branşların asistanlarının %90’ının alkol kullandığı; acil servis asistanlarının %30’unun, psikiyatri asistanlarının

ise %40'ının marihuana kullandığı, kokain kullanımının ise %10'un altında olduğu; Avustralya'da 13.178 doktor ve tıp öğrencilerinin genel popülasyona göre intihara 3 kat daha meyilli olduğu; Hollanda, İngiltere ve Finlandiya'da yapılan çalışmalarda, diş hekimlerinin %11-16'sında yüksek tükenmişlik yaşadığı" belirtilmiştir. Sonuçların oldukça çarpıcı görüldüğü bu araştırmalar da doktorların depresyon ve anksiyete yatkınlığını açıklamaktadır. Ayrıca Türkiye'de 2014 yılında yapılan Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme Raporu (2014), verileri de oldukça kayda değer bulgular üretmiştir. Çalışmaya katılan 398 anestezi çalışanın 102'si yani yaklaşık %25'i, ruh sağlıklarının tedavi gerektirecek düzeyde bozuk olduğunu ifade etmiştir. Raporda anestezi çalışanlarının depresyon ve alkol/ madde bağımlılığı oranlarının, toplumdaki oranların üzerinde olduğu ve bu durumun çalışma koşulları ile ilişkili olduğu da bildirilmiştir. Anestezi çalışanlarının yaptığı "risk" sıralamasında ise psikolojik risk; radyasyon ve anestezik gazlardan sonra ve infeksiyon riskinden önce 3. sırada yer almıştır. Anksiyete ve depresyonun ilerleyen aşamalarda intihara meyilli olma ve intiharla sonuçlanabildiği bilinmektedir. Doktorlarda ise infeksiyon riskinden önce psikolojik riskin sıralanmış olması doktorların intihar oranlarındaki yüksekliğin kökenine işaret etmektedir. Nitekim aynı raporda yer alan şu bulgu; "2005 yılından 2014 yılı mart ayı itibariyle 41 anestezi uzmanı, yoğun bakım ve acil doktoru ile diğer uzman/pratisyen doktor intihar ederek hayatını sonlandırmıştır." hem sağlık alanındaki anksiyete ve depresyona hem çalışma koşullarının insan hayatındaki belirleyici rolüne hem de intiharların kaynağına ışık tutmaktadır. Literatürdeki genel bulgularla (Freudenberger, 1974; Maslach ve Jackson, 1981; Maslach ve diğerleri, 2001; WHO, 2020; American Psychiatric Association, 2020; Kılınç ve Torun, 2011; Goebert ve diğerleri, 2009; Havle ve diğerleri, 2008;) bu çalışmada elde edilen "doktorların anksiyete ve depresyona yatkınlığının yüksek olduğu" bulgusu neredeyse tamamen örtüşmektedir. Literatür ile bu çalışmada neredeyse aynı olan diğer sonuç ise çalışma koşullarının anksiyete ve depresyonda doğrudan belirleyici olduğudur.

Çalışmanın genel sonucunda; doktorların ağır iş yükü, yoğun stres, kötü çalışma koşulları gibi işe bağlı faktörlerin zorlu olmasına bağlı olarak anksiyete ve depresyona yatkın oldukları anlaşılmaktadır. Özellikle yoğun stres ve belirsiz çalışma ortamında faaliyet gösteren doktorların diğer departmanlara göre anksiyete ve depresyona daha yakın olduğu görülmüştür. Çalışılan hastanenin niteliğinin iş koşullarında belirleyici rol oynadığı ise bu çalışmanın alan yazına kattığı özgün bir bulgudur. Devlet hastanelerinden farklı olarak üniversite hastanelerindeki akademik

sorumluluklar ve bu sorumluluklara bağlı ortaya çıkan sorunlar doktorların anksiyete ve depresyona yatkınlıklarını daha fazla hale getirmektedir. Akademik sorumluluklar çok kısıtlı bütçe, zaman ve enerji kıstasları altında yürütölmeye çalışılırken bir yandan da tedavi hizmeti vermeye çalışan doktorlar zaman, enerji ve iş yükü kısılcında tükenmektedir. Hayatının tamamında iş düşünmekle sonuçlanan bu süreçler, özel ve sosyal yaşamdan izole olmaya da bağlı olarak anksiyete, depresyon, tükenme gibi olumsuz durumlarla sonuçlanmaktadır. Çalışma koşulları, iş yükü, stres, mesai saatleri ve işle ilgili faktörlerin depresyon ve anksiyete üzerinde ne derece etkili olduğu literatürdeki diğer çalışmalar gibi bu çalışmada da bir kez daha görölmüştür. Doktorlar, iş yaşamındaki etmenlere bağlı olarak anksiyete ve depresyona yüksek yatkınlık göstermektedirler.



KAYNAKÇA

- Ak, S. ve Kılıç, C. (2017). "Cinsiyet Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkiyi Etkiliyor mu?" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(4), 240-245.
- Akdoğan, A. (2013). *Farklı Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Akademik Erteleme ve Davranışlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Albano, A. M. and Hoffman, L. (2003). Treatment of Social Anxiety Disorder. P. C. Kendall içinde, *Cognitive Therapy with Children and Adolescents* (s. 128-161). Guilford.
- American Psychiatric Association. (2020). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Fifth edition*.
<https://docs.google.com/file/d/OBwD.YEZFwfxMbWs2UC1WUzZTQ/edit?pli=1>, Son Erişim Tarihi: 21.05.2020.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anestezi Çalışanları Mesleki Risk Değerlendirme Raporu, (2014), 13-24.
- Aslan, S. H., Alparlan, Z. N., Aslan, R. O., Kesepara, C. ve Ünal, M. (1998). "İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenirliği". *Düşünen Adam*, 11(2), 4-8.
- Aslankoç, R., Öztürk, M. ve Yıldırım, N. G. (2001)." Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete ile ilişkisi". *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8, 12-20.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L. ve Kültür, S. (1997). "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Güvenilirlik Çalışması". *Türk Psikiyatri Dergisi*, (8), 280-287.
- Bakan, İ., Taşlıyan, M., Fatih, T. A. Ş. ve Nurgül, A. K. A. (2015). "Örgüt Depresyonu ve İş Tatmini Arasındaki İlişki; Bir Üniversitedeki Akademisyenler Üzerinde Alan Araştırması". *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 296-315.
- Bal, U. (2010). *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- Beausang, P. and Syed, R. (1998). "Screening for Anxiety and Depression in Adult General Medical in-Patients in a Scottish District General Hospital". *Scottish Medical Journal*, 43(6), 177-180.
- Beck, A. T. (2015). *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozuklukları*. (Ö. Veysel, & T. Aysun, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.

- Bilgin, R., Emhan, A. ve Yasin, B. E. Z. (2011). "Sosyal Hizmet Kurumu Çalışanlarında İş Memnuniyeti, Tükenmişlik ve Depresyon: Diyarbakır İli Alan Araştırması". *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(38), 210-228.
- Blazer, D. G. (2003). "Depression in Late Life: Review and Commentary". *Journals of Gerontology: Medical Science*, 58, 245-269.
- Boswell, C. A. (1992). "Work Stress and Job Satisfaction for the Community Health Nurse". *Journal of Community Health Nursing*, 9, 221-227.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik..* (İ. Deniz, & E. Sarıoğlu, Düz.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Caplan, R. P. (1994). "Stress, Anxiety, and Depression in Hospital Consultants, General Practitioners, and Senior Health Service Managers". *BMJ*, 309, 1261-1263.
- Cox, B. J., Endler, N. S., Norton, G. R. and Swinson, R. P. (1991). "Anxiety Sensitivity and Nonclinical Panic Attacks". *Behaviour Research and Therapy*, 29, 367-369.
- Çakır, S. (2009). "Genel Tıpta Depresyon". *Klinik Gelişim Psikiyatri*, 22, 61-64.
- Çakmak, S. Ş. ve Ayvaşık, H. B. (2007). "Üniversite Öğrencilerinde Alkol Kullanma Nedenleri ile Kaygı Duyarlılığı Arasındaki İlişki". *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(60), 91-107.
- Çankaya, M. (2017). "Özel Hastane Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri ve Bir Alan Uygulaması". *International Journal of Academic Value Studies*, 3(9), 1-15.
- Çeler, A., Kara, İ. H., Baltacı, D. ve Çeler, H. (2015). "Tıp Fakültesi'ndeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Düzeyinin İş Doyumu ile İlişkinin İncelenmesi". *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 7(3).
- Çevik, A. ve Volkan, V. D. (1993). *Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi*. Depresyon Monografaları Serisi.
- Deacon, B. and Abramowitz, J. (2006). "Anxiety Sensitivity and Its Dimensions Across the Anxiety Disorders". *Anxiety Disorders*, 20, 837-857.
- Demiral, Y., Akvardar, Y., Ergör, A. ve Ergör, G. (2006). "Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi". *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 157- 64.
- Doğan, T. ve Çetin, B. (2008). "Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon ve Bazı Değişkenlerle İlişkinin İncelenmesi". *Uluslararası Bilimleri Dergisi*, 5(2), 1-19.
- Ebrinç, S., Açıkel, C., Basoğlu, C., Çetin, M. ve Çeliköz, B. (2002). "Yanık Merkezi Hemşirelerinde Anksiyete, Depresyon, İş Doyumu, Tükenme ve Stresle Basa Çıkma: Karşılaştırmalı Bir Çalışma/Anxiety, Depression, Job Satisfaction, Burnout and Coping With Stress in Nurses of a Burn Unit: A Comparative Study". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 162.

- Erdoğan, Z. (2014). *Alkol ve/veya Madde Bağımlılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri, Bilişsel Şemalar, Duygu Düzenleme ve Anksiyete Duyarlılığı İlişkisi*. Yüksek Lisans Tez, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Erol, A., Saricicek, A. ve Gülseren, S. (2007). “Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi/Burnout in Residents: Association With Job Satisfaction and Depression”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 241.
- Ertuğrul, E. (2010). *Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Evren, C. ve Kültegin, Ö. K. (2003). “Alkol / Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol / Madde Kullanımı ile İlişkisi”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (4), 30-37.
- Freudenberger, H.J. (1974). “Staff Burnout”. *Journal Social Issues*,30(1), 159- 165.
- Gezer, E. (2008). *Stres Veren Yaşam Olaylarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K., Kent, A., Kunkel, M., Schechter, J. and Tate, J. (2009). “Depressive Symptoms in Medical students and Residents: A Multischool Study. *Academic Medicine*, 84(2), 236-241.
- Gramstad, T. O., Gjestad, R. and Haver, B. (2013). “Personality Traits Predict Job Stress, Depression and Anxiety Among Junior Physicians”. *BMC Medical Education*, 13(1), 150.
- Griez, E. J. (2001). *Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research*. New York: Wiley.
- Gullotta, T. P. and Bloom, M. (2003). *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. Springer.
- Güleç, C. (2009). *Psikiyatri'nin ABC'si* (2 b.). İstanbul: Say Yayınları.
- Hammell, K. W. and Carpenter, C. (2004). *Qualitative Research in Evidence-Based Rehabilitation*. Churchill Livingstone.
- Havle, N., İlnem, M.C., Yener, F. ve Gümüş, H. (2008). İstanbul'da Çalışan Psikiyatristlerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Bunların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 21(1),4-13.
- Karamustafaloğlu, O. ve Akpınar, A. (2010). Anksiyete Bozuklukları. O. Karamustafaloğlu içinde, *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri* (s. 71-88). İstanbul: MT Yayıncılık.
- Karamustafaloğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları”. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, (45), 65-74.

- Karaoğlu, N., Bulut, S., Baydar, A. ve Carelli, F. (2009). "Aile Hekimlerinde Durumluk ve S¼rekli Anksiyete D¼zeyi: Bir Vaka Kontrol alışması". *T¼rkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13, 119-126.
- Kaya, B. (2007). "Depresyon: Sosyo-Ekonomik ve K¼lt¼rel Pencereden Bakış". *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.
- Khuwaja, A. K., Qureshi, R. and Azam, S. I. (2004). "Prevalence and Factors Associated with Anxiety and Depression Among Family Practitioners in Karachi, Pakistan". *Journal Pakistan Medical Association*, 54, 45-49.
- Kılınç, S. ve Torun, F. (2011). "T¼rkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme lekleri". *Dirim Tıp Gazetesi*, 1, 39-47.
- Kim, J. and Gorman, J. (2005). "The Psychobiology of Anxiety". *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 335-347.
- Klein, M. (2008). *Sevgi, Suçluluk ve Onarım*. İstanbul: Pusula Yayıncılık.
- Korkmaz, S. (2006). *¼niversite ğrencilerinde Depresyonun Yordanması: Sosyo-Demografik Değerkenler, Olumsuz Yaşam Olayları, Algılanan Beklentiler, Algılanan İlişkiler*. Y¼ksek Lisans Tezi, Mersin ¼niversitesi Sosyal Bilimler Enstit¼s¼, Mersin.
- K¼knel, . (2005). *Ruhsal ¼k¼nt¼: Depresyon*. (6. Baskı). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- K¼rođlu, E. (2013). *DSM-5 Tani l¼tleri*. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstit¼s¼.
- Kubzansky, L. D., Berkman, L. F., Glass, T. A. and Seeman, T. E. (1998). "Is Educational Attainment Associated with Shared Determinants of Health in the Elderly? Findings from the Macarthur Studies of Successful Aging". *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 578-585.
- Lacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S. and Kaprinis, G. (2003). "The Relationship Between Job Stress, Burnout and Clinical Depression". *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209-221.
- Lilienfeld, S. Q, Jacob, R. G., & Turner, S. M. (1989). Comment on Holloway and McNally's (1987) "Effects of Anxiety Sensitivity on the Response to Hyperventilation." *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 100-102.
- Mantar, A. (2008). *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'¼n T¼rke Formunun Geçerlik ve G¼venilirlik alışması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eyl¼k ¼niversitesi, İzmir.
- Mantar, A., Yemez, B. ve Alkım, T. (2011). "Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri". *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22, 187-193.
- Maslach, C. and Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M.P. (2001). "Job Burnout". *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.

- Mayo Klinik ve Amerikan Tıp Birliği
https://tr.qwe.wiki/wiki/Mayo_Clinic_Alix_School_of_Medicine#References,
Son Erişim Tarihi: 21.05.2020.
- McNally, R. J. (1989). "Is Anxiety Sensitivity Distinguishable from Trait Anxiety? A Reply to Lilienfeld, Jacob, and Turner". *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 193-194.
- Menzies, L., Chamberlain, S. R., Laird, A. R., Thelen, S. M., Sahakian, B. J. and Bullmore, E. T. (2008). "Integrating Evidence from Neuroimaging and Neuropsychological Studies of Obsessive-Compulsive Disorder: The Orbitofronto-Striatal Model Revisited". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(3), 525-549.
- Min, Y. (2016). "Lifestyle-Based Treatment of Anxiety and Depression". *Australasian College of Nutritional & Environmental Medicine Journal*, 35(2), 11-13.
- Munk-Jørgensen, P., Allgulander, C., Dahl, A. A., Foldager, L., Holm, M., Rasmussen, I. and Wittchen, H. U. (2006). "Prevalence of Generalized Anxiety Disorder in General pPractice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden". *Psychiatric Services*, 57(12), 1738--1744.
- Nutt, D. J. (2001). "Neurobiological Mechanisms in Generalized Anxiety Disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-28.
- Ocaktan, M. E., Keklik, A. ve Çöl, M. (2002). "Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personelinde Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi". *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 55, 21-28.
- Öztürk, M. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp.
- Öztürk, O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (9. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özyaman-Boya, F. (2007). *Hemşirelerde iş güvencesi algısı ve anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E. and Pirkola, S. (2007). "Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population". *Archives of General Psychiatry*, 64, 19-28.
- Pflanz, S. E. and Ogle, A. D. (2006). "Job Stress, Depression, Work Performance, and Perceptions of Supervisors in Military Personnel". *Military Medicine*, 171(9), 861-865.
- Polatçı, S. (2007). *Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Reiss, S. (1991). "Expectancy Model of Fear, Anxiety, and Panic". *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.

- Reiss, S. and McNally, R. J. (1985). Expectancy Model of Fear. S. Reiss, & R. R. Bootzin içinde, *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (s. 107-121). San Diego: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R. A., M., G. D. and McNally, R. J. (1986). Anxiety Sensitivity, Anxiety Frequency and the Prediction of Fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (H. Aydın, & A. Bozkurt, Dü) İstanbul: Güneş Kitabevi.
- Savrun, M. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, Depresyon. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul.
- Saygılı, A. (2011). Özelde Çalışan Hekimlerin Sağlık Koşulları ve Sağlık Güvenliği, Hekimin Hasta Olma Hakkı Var Mı? *İstanbul Tabip Odası*.
- Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A. ve Beşiroğlu, L. (2010). "Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi". *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), 238-243.
- Solmuş, T. (2005). "İş yaşamında travmalar: Cinsel taciz ve duygusal zorbalık/taciz (mobbing)". *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 7(2), 1-14.
- Stein, D. J. and Hollander, E. (2001). *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington: The American Psychiatric Publishing.
- Stein, D. J., Baldwin, D. S., Bandelow, B., Blanco, C., Fontenelle, L. F., Lee, S. and van Ameringen, M. (2010). "A 2010 Evidence-Based Algorithm for the Pharmacotherapy of Social Anxiety Disorder". *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 471-477.
- Stein, M. B., Jang, K. L. and Livesley, W. J. (1999). "Heritability of Anxiety Sensitivity: A Twin Study". *American Journal of Psychiatry*, 156, 246-251.
- Stewart, S. H., Karp, J., Pihl, R. O. and Peterson, R. A. (1997). "Anxiety Sensitivity and Self-Reported Reasons for Drug Use". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 223-240.
- Tamam, L. ve Öner, S. (2001). "Yaşlılık Çağı Depresyonları". *Demans Dergisi*, 1(2), 50-60.
- Tanrıverdi, H. ve Sarıhan, M. (2013). "İşe Bağlılığın Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyleri Üzerindeki Etkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma". *Business & Management Studies: An International Journal*, 1(2), 206-228.
- Taylor, S. and Cox, B. J. (1998). "An Expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a Hierarchic Structure in a Clinical Sample". *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-484.

- Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S. and McLean, P. (1996). "Anxiety Sensitivity and Depression: How Are They Related?" *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 474-479.
- Tezcan, A. E. (2011). *Depresyonda*. Ankara: Elma Yayınevi.
- Tezel, A. (2003). *Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Tokuç, B., Turunç, Y. ve Ekuklu, G. (2015). "Edirne'de Ambulans Çalışanlarının Anksiyete, Depresyon ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeyleri". *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42).
- Türkçapar, H. (2008). *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Türkçapar, H. 2. (2004). "Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri". *Klinik Psikiyatri*, 7, 12-16.
- Twenge, J. M. (2000). "The Age of Anxiety? The Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism, 1952–1993". *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007-1021.
- Ünal-Yılmaz, Z. (2014). *Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, Depresyon Ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ünlütürk, U. Ç. (2011). *Türkiye'de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Verimer, T. (2016). "Tıp Doktoru, Diş Hekimi ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Depresyon". *Aydın Sağlık Dergisi*, 2(1), 1-23.
- Wallace, J. (2005). "Job Stress, Depression and Work-To-Family Conflict: A Test of the Strain and Buffer Hypotheses". *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 60(3), 510-539.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N. and Liebowitz, M. (2000). "Disability and Quality of Life in Pure and Comorbid Social Phobia. Findings from a Controlled Study". *Eur Psychiatry*, 15(1), 46-58.
- World Health Organisation. (2020). *The ICD-10, Classification of mental and behavioral disorders*. <http://www.Who.int/classification/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>, Son Erişim Tarihi: 21.05.2020.
- Yakın, G. (2014). *İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Yemez, B. ve Alptekin, K. (1998). “Depresyon Etiyolojisi”. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 1, 21-25.
- Yıldız, S. ve Yıldız, S. E. (2009). “Bullying ve Depresyon Arasındaki İlişki: Kars İlindeki Sağlık Çalışanlarında Bir Araştırma”. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 133-150.
- Yiğit, R. (2008). *İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinin Depresyon ve Sosyal Beceri Düzeylerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. (1983). “The Hospital Anxiety and Depression Scale”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.



EKLER

EK 1. ANKET FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER

AD-SOYAD :

YAŞ :

CİNSİYET :

ÇALIŞILAN DEPARTMAN :

UZMANLIK ALANI :

ÇALIŞILAN KURUMUN ADI :

AŞAĞIDAKİ SORULARDA SİZİN DUYGU VEYA DÜŞÜNCELERİNİZİ EN İYİ İFADE EDEN ŞIKKI İŞARETLEYİNİZ.

1) Kendimi gergin patlayacakmış gibi hissediyorum.

Çoğu zaman Birçok zaman Zaman zaman Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

Aynı eskisi kadar Pek eskisi kadar değil Yalnızca biraz eskisi kadar

Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli Evet ama çok şiddetli değil

Biraz ama beni endişelendiriyor Hayır hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum, olayların komik tarafını görebiliyorum.

Her zaman olduğu kadar Şimdi pek o kadar değil Şimdi kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

Çoğu zaman Birçok zaman

Zaman zaman ama çok sık değil Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

Hiçbir zaman Sık değil Bazen Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

Kesinlikle Genellikle Sık değil Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

Hemen hemen her zaman Çok sık Bazen Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman Bazen Oldukça sık Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle Gerektiği kadar özen göstermiyorum

Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçekten de çok fazla Oldukça fazla Çok sık değil Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar Her zamankinden biraz daha az

Her zamankinden kesinlikle daha az Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçekten de çok sık Oldukça sık Çok sık değil
 Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla Bazen Pek sık değil Çok seyrek

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Serkan EROL
Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara / Yenimahalle / 15.01.1992

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü
Yüksek Lisans Öğrenimi : Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık
Yönetimi Programı
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce
Bilimsel Faaliyetleri :

İş Deneyimi

Stajlar : Medicalpark Ankara Hastanesi
Projeler :
Çalıştığı Kurumlar : Özel Anka Anakent Mesleki ve Teknik Anadolu
Lisesi Sağlık Meslek Dersleri Öğretmenliği ve Müdür
Yardımcılığı

İletişim

E-posta Adresi : erol.serkann1992@gmail.com

Tarih : 2020