



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ACİL ASİSTANLARININ NÖBET ÖNCESİ VE NÖBET SONRASI ANKSİYETE
DÜZEYİNİN BECK ANKSİYETE SKORU İLE SAPTANMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr.Atakan SAVRUN
ACİL TIP ANABİLİMDALI

DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. Selim BOZKURT

KASIM-2013-KAHRAMANMARAŞ

ÖNSÖZ

Asistanlığım sırasında gerek eğitim, gerekse tez aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve Anabilim Dalı'mızın gerçek bir aile ortamı gibi oluşmasını sağlayan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Mehmet Okumuş ve Yrd. Doç. Dr. Selim Bozkurt'a sonsuz teşekkür ederim. Tezimin istatistik aşamasında yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Ahmet Çelik'e şükranlarımı sunuyorum.

Eğitimimiz süresince sevinçlerimizi ve hüzünlerimizi beraber paylaştığımız, beni her zaman motive eden asistan arkadaşlarıma ve acil tıp uzmanlarım Dr. Gül PAMUKÇU, Dr. Mehmet ERGİN, Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK, Dr. Hüsamettin AKKÜÇÜK, Dr. Nurettin Özgür DOĞAN 'a teşekkür ederim.

Her konuda ve her zaman beni yalnız bırakmayan ablam Fatma Gürkan'a teşekkür ederim.

Hiçbir şey esirgmeden bizleri yetiştiren, hakları ödemekle bitmez anne ve babama, varlığı, desteği ve sabrı için eşim Şeyda Tuba SAVRUN'A ve oğlum Kerem'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Atakan SAVRUN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
TABLODİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 ANKSİYETEBOZUKLUKLARI	
2.1.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	4
2.1.2. Panik Bozukluğu.....	10
2.1.3. Özgül Fobi	14
2.1.4 Sosyal Anksiyete Bozukluğu	16
2.1.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	19
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	24
4.BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ	39
7. KAYNAKLAR.....	41
8.EKLER.....	49
EK-1: Beck anksiyete skorlama ölçeği.....	49
Ek-2 Sosyodemografik Anket Formu.....	50
EK-3: KSÜ Akademik Kurul Kararı.....	51

ÖZET

Anksiyete; içten gelen sebebi bilinmeyen korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan negatif bir duygudur. *Doktorlarda yüksek oranda görülen, iş ve aile hayatını olumsuz yönde etkileyen anksiyetenin acil tıp asistanlarındaki düzeyinin saptanması amaçlanmıştır. Acil servis gece nöbetlerinin, cinsiyetin, medeni durumunun, madde kullanımının, asistanlık süresininin, çalışılan kurum ve çalışma sisteminin anksiyete ile ilişkili olup olmadığı araştırmak ve önlenabilir faktörleri düzeltmek amaçlı bu çalışma yapılmıştır.* ‘Acil serviste nöbet tutan asistan doktorların nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorunun Beck anksiyete skoru ile saptanması ’ isimli araştırma projesi 04.04.2013 tarih ve 2013/ 06-7 karar no ile etik kurul tarafından uygun görülmüştür. Bu çalışma ile acil tıp kliniği asistanlarının nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorunun saptanması planlanmaktadır. Saptanan bu skora bağlı olarak asistan hekimlerin hem iş yaşantısında hem de sosyal yaşantısında verimli olabilmesi için anksiyete düzeyini azaltıcı önlemlerin alınmasının sağlanması amaçlanmaktadır. Ankara, Gaziantep ve Kahramanmaraş ‘ taki acil tıp asistanları üzerinde Beck anksiyete skoru hesaplanarak ülkemizin 3 farklı bölgesindeki görev yapan hekimlerin anksiyete düzeyi hesaplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni BAÖ parametreleridir. Bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, medeni hali, çalıştığı kurum, asistanlık süresi, çalışma sistemi, aylık çalışma süresi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık mevcudiyeti, ailede psikiyatrik hastalık mevcudiyeti, kendinde psikiyatrik hastalık olması durumlarıdır. Araştırmaya %63 erkek,%37’si kadın olmak üzere toplam 106 acil tıp asistanı alındı. Katılımcıların nöbet öncesi anksiyete skoru 9.32 ± 10.42 iken, nöbet sonrası bu değer 11.51 ± 11.07 ’ye yükseldiği tespit edildi. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı idi (**p: 0.035**). Sigara içenlerin nöbet öncesi beç anksiyete skoru 9.35 iken, nöbet sonrası beç anksiyete skoru 13.41 olarak saptanmıştır.Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir(**p= 0.018**). Tüm grupta acil tıp asistanlarının çalıştığı kurum ile nöbet sonrası beç anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı ve üniversite hastanesinde çalışanlarda beç anksiyete skoru daha yüksek bulundu ve bu artış anlamlı kabul edildi (**p=0.013**Üniversite hastanelerinde çalışan acil tıp asistanlarının nöbet öncesi beç anksiyete skoru 10.00 iken nöbet sonrası beç anksiyete skoru 14,78 olarak saptandı ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (**p= 0.004**). Shift şeklinde çalışan acil tıp asistanlarının nöbet öncesi beç anksiyete skoru 8.93 iken nöbet sonrası beç anksiyete skoru 11.47 olarak saptandı. (**p=0.019**). Sonuç olarak acil tıp asistanlarının

nöbet öncesi anksiyete skorlarının yüksek olduğu ve anksiyete skorlarının nöbetten sonra ise daha da arttığı bulunmuştur.

Anahtar kelime: Acil tıp asistanı, anksiyete düzeyi, gece nöbet

ABSTRACT

Anxiety is a negative feeling accompanied with fear of the worst happening, worries, and stress of unknown origin. *It is aimed to demonstrate anxiety level, which is relatively high in physicians and which negatively affects their social and professional lives, in residents working in Emergency Service. This study has been carried out in order to analyze the relationship between anxiety and night shifts in emergency service, sexes, marital status, substance use, working period as a resident, the institution where physicians work, and working system and to arrange the preventable factors.* The research project entitled “Measurement of Anxiety Score before and after Shifts in Residents in Emergency Service by means of Beck Anxiety Inventory (BAI)” has been approved by the Ethics Committee of Faculty of Medicine of Kahramanmaraş Sütçü İmam University, with the decision no: 2013/ 06-7 of 04.04.2013. In this study, it is intended to measure the anxiety scores in residents in Emergency Service before and after shifts. Based on the scores measured, it is aimed to take necessary measures in order to reduce the severity of anxiety so that residents can be more productive in their both social and professional lives. Beck Anxiety Inventory was used on emergency medicine residents in Ankara, Gaziantep and Kahramanmaraş; anxiety level of the residents in 3 different regions of our country was analyzed. Dependent variable of this research is BAI. Age, sexes, marital status, institution, working period as a resident, working system, monthly working hours, smoking, alcohol use, chronic diseases, psychiatric diseases in family, psychiatric diseases in resident are regarded as independent variables. 106 emergency medicine residents in total (63% male, 37% female) were included in this study. Anxiety score of the participants was found to be 9.32 ± 10.42 before shifts while this score became 11.51 ± 11.07 after shifts. This increase was statically significant (**p: 0.035**). Beck anxiety score of smokers was 9.35 before shifts, while this score was measured as 13.41 after shifts. This increase was accepted to be statically significant (**p= 0.018**). In the whole group, the relationship between the institution where emergency medicine residents work and Beck anxiety score of the aforementioned residents after shifts was analyzed; Beck anxiety score of the residents working in university hospitals was found to be higher than others, and this difference was considered to be significant (**p=0.013**). Beck anxiety score of the emergency medicine residents working in university hospitals was measured as 10.00 before shifts and 14.78 after shifts; this increase was accepted to be statically significant

(**p= 0.004**). Beck anxiety score of the emergency medicine residents working in shifts was found to be 8.93 before shifts and 11.47 after shifts; this increase was also considered to be statically significant (**p=0.019**). As a result, emergency medicine residents before turn of work and anxiety scores were higher anxiety scores were increased even more after the turn of work.

Keywords: Emergency medicine assistant, anxiety level, night shift.

KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü'nün

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM –IV: Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourt edition text revision

PB: Panik bozukluğu

OKB: Obsesif-kompulsif bozukluk

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

ECA: Epidemiologic Catchment Area

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu

TCA: trisiklik antidepresan

5HT: 5 hydroxytrptamine

SSRI:Selektif serotonin re-uptake inhibitörleri

SNRI :Serotonerjik noradrenerjik gerialım inhibitörleri

MAOI :Monoamino oksidaz inhibitörü

NCS : National Comorbidity Survey

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

BDT: Bilişsel ve davranışçı terapiler

BAÖ:Beck anksiyete ölçeği

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

EAH: Eğitim ve araştırma hastanesi

TABLÖLAR DİZİNİ

- 1. Anksiyete bozukluklarının alt tipleri**
- 2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV TR tanı kriterleri**
- 3. Panik atağı DSM-IV TR tanı ölçütleri**
- 4. Panik bozukluğu DSM-IV TR tanı ölçütleri**
- 5. Özgül fobi DSM-IV TR tanı ölçütleri**
- 6. Sosyal anksiyete Bozukluğu DSM-IV TR tanı ölçütleri**
- 7. Travma sonrası stres bozukluğu DSM-IV TR tanı ölçütleri**
- 8.Çalışmaya katılanların cinsiyet, medeni durum, çalışma sistemi ve asistanlıktaki süreleri**
- 9. Çalışmaya katılanların sigara ve alkol kullanım oranları**
- 10.Çalışmaya katılanların cinsiyete ve medeni durumuna göre nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorları**
- 11.Çalışmaya katılanların alkol, sigara kullanım durumu ile nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorlarının karşılaştırılması**
- 12.Çalışmaya katılanların çalıştığı kurum ve çalışma sistemlerine göre anksiyete skorlarının karşılaştırılması**

GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete; otonomik sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı; somatik belirtilere eşlik eden, korku hissi içeren patolojik bir durumdur. Belli bir nedene yanıt olarak ortaya çıkan korkudan farklıdır. Semptomatolojisi fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki başlık altındadır. Fiziksel belirtiler arasında titreme, ürperme, sırt ve baş ağrısı, kas gerginliği, hiperventilasyon, yorgunluk, irkilme tepkisi, flushing, taşikardi, çarpıntı, terleme, ellerde soğuma, diyare, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, parestezi ve yutkunma güçlüğü yer alır. Psikolojik belirtiler arasında korku hissi, yoğunlaşma güçlüğü, uykusuzluk, libido azalması, boğazda düğümlenme hissi ve midede kasılma hissi vardır (1).

Çalışma hayatında başa çıkılması gereken birçok zorluklar mevcuttur. İşinin gereği zorluklarla dolu olan acil tıp asistan doktorları için de bu mücadele katlanarak artmaktadır. Asistan hekimler yaşam sürelerinin önemli bir bölümünü çalışma ortamında ve iş arkadaşları ile birlikte geçirmektedir. Bu nedenle çalışma ortamında ki anksiyete düzeyi çok daha fazla önem kazanmaktadır. Çalışma hayatında ki olumsuzluklar asistan hekimin iş verimini, sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında madde kötüye kullanımı ve intihar oranı diğer meslek dallarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hekimler ve tıp öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyetenin sağlık sorunları arasında ilk sırada olduğu gösterilmiştir(2-4). Günümüzde doktorların üstlenmiş olduğu görevi yerine getirirken karşılaştığı çeşitli stres etkenleri (artmış çalışma saatleri, uykusuzluk, yetersiz destek mekanizmaları, hasta ölümü, yüksek sorumluluk alma gereği, olumsuz iş ilişkileri) ve doktorlara duyulan saygıda gözle görünür bir şekilde var olan azalma sonucu hekimler daha riskli bir topluluk halini almaktadır

Bu çalışmada doktorlar ve öğrenciler arasında yüksek oranda görülen, iş ve aile hayatını olumsuz yönde etkileyen anksiyetenin acil tıp asistanlarındaki düzeyinin saptanması amaçlanmıştır. Acil servis gece nöbetlerinin, cinsiyetin, medeni durumun, madde kullanımının, asistanlık süresinin, çalışılan kurum ve çalışma sisteminin anksiyete ile ilişkili olup olmadığı araştırmak ve önlenabilir faktörleri düzeltmek amaçlı bu çalışma yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete; içten gelen, sebebi bilinmeyen korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan negatif bir duygudur. Yaşamı tehdit edebildiği gibi tehdit şeklinde algılanmasına da neden olabilmektedir. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir.

Latince "tıkanma", "boğulma" anlamına gelen "angere" kökünden Anksiyete (anxiety) terimi türetilmiştir(5).

Tehlike durumunda aktifleşen anksiyete, biyolojik uyum düzeneğinin bir parçasıdır. İnsan yaşamının sürdürülebilmesi için bu uyum sağlayıcı (adaptif) özelliklerin var olması gereklidir. Ancak olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Bu evreden itibaren anksiyete, kişide ruhsal sorunlar yaratmasına katkı sağlayan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır. Anksiyete hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur(6).

Toplumda en sık görülen ruhsal bozukluk anksiyete bozukluklarıdır(7). Amerika'da yapılan bir çalışmada; Amerikan toplumunun yaklaşık her dört erişkinden birinde anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Dünyada çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığa ilişkin benzer oranlar saptanmıştır(9).

Anksiyetesi olan kişiler; gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilerinin yanında davranışsal ve bedensel belirtilere de sahip olabilirler. Otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı (hemostatik) düzeneklerin işlevleri sonucu bu tür bulgular ortaya çıkabilmektedir(9). Anksiyete ayrıca kişinin olaylara orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar vermesine de neden olabilmektedir. Kişinin, uygunsuz yanıtlar verme derecesi kendine olan güven duygusunun yetersizliği ya da kendisi ile ilgili yeteneksizlik, beceriksizlik gibi olumsuz durumların fazlalığı ile ilişkilidir. Tehlikeli uyarı ortadan kalktıktan sonra bile kişinin

savunmacı tutumu ve uygunsuz yanıtları devam edebilmektedir. Zorlu durumlarla başa çıkma yetisinde eksiklik ve ileriye dönük belirsizlik düşünceleri anksiyetenin bilişsel yönünü oluşturmaktadır. Bu düşünceye kaygı duyma, korku ve anksiyete yaratan durumlarla başa çıkamayacağı düşünceleri de eşlik etmektedir. Bu düşünceler sonuç olarak kişni anksiyete ile yaşama ve anksiyeteyle baş etme konularındaki güvensizliğini bir kısır döngüye sokmaktadır. Buna bağlı olarak anksiyete kişinin yaşamını olumsuz etkilemektedir (9).

Anksiyete her kişide farklı bulgularla ortaya çıkabilmektedir. Bunlar aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, saçma korkular, rahatsız edici saplantılar veya zorlantı hissi, ölüm ve çıldırma korkusu, bedenini yabancı olarak algılama, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme gibi bedensel semptomlar ile de kendini gösterebilir (10,11).

Anksiyete bozuklukları birinci basamak sağlık kuruluşlarına sık başvuru sebepleri arasındadır. Anksiyete bozukluklarının depresif bozukluklarla birlikteliği çok yaygındır. Bu iki bozukluktan birine veya aynı anda ikisine sahip olma oranının birinci basamakta yaklaşık %25 olduğu bildirilmiştir. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık %50'sinde anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının yıllık prevalansının erkeklerde %9, kadınlarda ise %16 olduğu bildirilmiştir (12).

Anksiyete bozuklukları kişide ilk kez 13-24 yaşlarında ortaya çıkarken, kişilerin doktora başvurma zamanı 30 yaşları civarında olmaktadır. Bu gecikme; anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve anksiyete bozukluğu olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır (13,14).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının 14 ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000 erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansının %10,5 olduğu bildirilmiştir(12).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) nde yürütülen bir çalışmada bir yıllık anksiyete prevalansının %17,3 olduğu bildirilmiştir (15). Avustralya Sağlık Bakanlığının 1998 yılı istatistik verilerine göre nüfusun %9,7 'sinin son bir yıl içinde anksiyete bozukluklarına ait belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca 18-55 yaşları arasında bu prevalans rakamlarının sabit kaldığı ve 55 yaşından sonra bu oranın giderek azaldığı bildirilmiştir (12).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourt edition text revision'(DSM –IV)'e göre Kategorik Anksiyete Bozuklukları olarak yer alan sınıflamada panik bozukluğu (PB), agarofobi, özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete ve aşırı anksiyete duyma bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve antisosyal bozukluk yer alır. DSM-IV' de tanımlanan şekli ile anksiyete bozukluklarının alt tipleri Tablo 1'de yer almaktadır (5).

Tablo 1: Anksiyete Bozukluklarının Alt Tipleri (5)

1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
2. Panik Bozukluk a-Agorafobi ile birlikte b-Agorafobi ile birlikte olmayan
3. Özgül Fobi
4. Sosyal Fobi
5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.1.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu

2.1.1.1 Tanım:

Kişide belirli bir olayla ilgili olarak her gün görülen aşırı anksiyete, korku ve gerginlik haline denir. Bu durumun denetlenemediğinden kişide ek olarak huzursuzluk, heyecanlanmak, kolay yorulma, dikkatini toparlayamamak, kasların gerginliği, uyku bozukluğu gibi bir takım belirtiler de eklenebilir(16).

YAB(yaygın anksiyete bozukluğu), yeterince tanı konmadığı için sıklıkla gözden kaçan ruhsal bir bozukluktur.

YAB, sadece "endişeli" olmaktan ibaret olmayıp; anksiyetenin her zaman Hissedilmesidir (17). YAB da kişinin sürekli bir iç sıkıntısı, kötü bir şey olacakmış kaygısı ve endişesine sahip olması durumudur. Kaygı ve endişelerini kontrol etmekte zorlandığı için kişinin işlevselliğinin önemli derecede bozulmasına neden olan bir anksiyete bozukluğudur (18-20).

Anksiyete, çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varan bir yelpazede yer alabilir. Şiddetli anksiyetede kişinin benliği bu ruhsal acı altında ezilir, hasta bu yaşantıyı dayanılmaz olarak tanımlar.

Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi gündelik hayatta karşılaştığı olaylarla ilgili olarak, engelleyemediği aşırı bir endişe ve kuruntulu beklenti içindedir. Genel olarak ekonomik durum, iş yükümlülükleri, sağlık sorunları, çocukların yaşayabileceği olaylar, ev işleri, onarımlar gibi günlük konularla ilgili olarak aşırı ve ölçüsüz bir endişe görülür. DSM-IV'te yaygın aksiyete bozukluğu, sosyal ya da mesleki işlevlerde önemli bozulmaya ya da hastada belirgin strese neden olan, çeşitli somatik belirtilerle giden yaygın endişe hali olarak tanımlanmıştır(21). Bu bozukluk kısıtlayıcı ve kronik bir bozukluktur (22,23).

2.1.1.2. Epidemiyoloji:

YAB toplumda sık görülen rahatsızlıklar arasındadır.

Epidemiologic Catchment Area (ECA) yaptığı çalışmaya göre bir yıllık YAB prevalansını %3.8, eşlik eden depresyon ve panik bozukluğu dışlandığında %2.7 ve diğer tüm hastalıkların dışlandığı durumlarda ise %1.7 olarak saptandığı bildirilmiştir.Yaşam boyu YAB prevalans oranını ise %4.1-6.6 arasında olduğunu bildirmiştir (24). DSM-III-R YAB tanı ölçütleri ile Türkiye'de Sivas il merkezinde yapılan çalışmaya göre; anksiyetenin yaşam boyu yaygınlığı %12,1 (25), Sağlık Bakanlığının ICD-10 ölçütlerine göre yaptığı çalışmada ise bir yıllık yaygınlığı %0,7 oranında olduğu bildirilmiştir(26). Avustralya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada anksiyete oranının boşanmış veya dul, eğitimsiz ve işsiz kişilerde toplumun diğer bireyelerine göre sıklığının daha yüksek olduğu, başka bir çalışmada ortalama yaygınlığın %5,8, birinci basamak hekimlerin YAB ile karşılaşma sıklığı ise %8 oranında olduğu bildirilmiştir (27-29).

2.1.1.3 Tanı:

Tablo : 2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV TR tanı kriterleri

A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentiler) duyma.
B. Kişi, üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulur .
C. Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur). Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir . (1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe (2) kolay yorulma (3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması (4) iritabilite (5) kas gerginliği (6) uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)
D. Anksiyete ve üzüntü odağı bir Eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir , örn. anksiyete ya da üzüntü bir Panik Atağı olacağı (Panik Bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (Sosyal Fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (Obsesif-Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (Anoreksiya Nervozada olduğu gibi), birçok fizik yakınmanın olması (Somatizasyon Bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığının olması (Hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece Posttravmatik Stres Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.
E. Anksiyete, üzüntü ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur .
F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir Duygudurum Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk ya da Yaygın Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.1.1.4 Klinik Özellikler

YAB; sürekli olan kaygı ve/veya anksiyete ile karakterizedir. Kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu tanımlanır

Bu örüntü en az 6 ay süre ile olmalıdır (30). Hastalar korkularını kontrol etmekte zorlanmalıdır ve bedensel veya bilişsel belirtilerin 6'sından en az 3'ünü karşılamalıdır. Anksiyete, çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varan bir yelpazede yer alabilir. Şiddetli anksiyetede kişinin benliği bu ruhsal acı altında ezilir, hasta bu yaşantıyı dayanılmaz olarak tanımlar. Kişide huzursuzluk, halsizlik, kas gerginliği ve insomnia gibi belirtiler bulunur. Çarpıntı ya da kalp hızında artma, terleme, titreme ya da seğirmeler, ağız kuruluğu, nefes almada güçlük, boğulma hissi, göğüs ağrısı ya da rahatsızlık, bulantı ya da epigastrik rahatsızlık gibi otonomik uyarılma belirtiler bulunabilir. Ruhsal belirtiler olarak, başta sersemlik hissi, bayılacakmış gibi hissetme, nesnelere gerçek dışı gibi hissetme (derealizasyon) veya kendini uzakta ya da orada değilmiş gibi (depersonalizasyon) hissetme, kontrolü yitirme korkusu ve ölüm korkusu bulunabilir (30). Hastalar, sıcak ya da soğuk basması, hissizlik veya karıncalanma duyumları, motor gerginlik ya da kas ağrıları, huzursuzluk, yerinde duramama, gevşeyememe, endişe, kötü bir şey olacaktıymış gibi hissettiklerinden şikayet ederler. Boğazda yumruk takılma hissi ya da yutma güçlüğü, küçük ani uyaranlara aşırı tepki verme ya da irkilme, aşırı endişe nedeniyle yoğunlaşma güçlüğü, sürekli huzursuzluk, endişe nedeniyle uykuya dalmada güçlük gibi genel belirtiler de bulunabilir (31). Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe, kolay yorulma, düşünceleri yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku) YAB hastaları tarafından en çok bildirilen somatik deneyimler olarak bulunmuştur (31). Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi gündelik hayatta karşılaştığı olaylarla ilgili olarak, engelleyemediği aşırı bir endişe ve kuruntulu beklenti içindedir. Genel olarak ekonomik durum, iş yükümlülükleri, sağlık sorunları, çocukların yaşayabileceği olaylar yaygın anksiyete bozukluğuna sebep olan etmenler arasında yer alırlar. (21).

2.1.1.5 Ayırıcı Tanı:

Anksiyete bir hastalık olmakla birlikte diğer ruhsal bozukluklar ve çeşitli tıbbi durumlarla birlikte görülebilir. Bir çalışmada YAB hastalarının %90'ında yaşamları boyunca en az bir eşanlı psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı bildirilmiştir (32) Anksiyete bozuklukları arasında, agorafobili panik bozukluk, basit fobi ve sosyal fobi YAB ile en sık birliktelik gösterenlerdir. YAB olan bireylerin %30'unda majör

depresyon bildirilmiştir (33). Ayırıcı tanıda iyi bir anamnez ve öykü alma, fizik ve ruhsal muayene ve gerekli laboratuvar incelemeleri ile tanı koyma kolaylaşır (34,35). YAB olan kişilerde sıklıkla Depresyon da bulunmaktadır. YAB'nda depresyon olmasa bile bazı depresif belirtiler görülebilir (36,37). Şizofreninin başlangıç döneminde yoğun anksiyete bulunabilir. YAB, paranoid bozukluklar ve diğer psikotik bozukluklarla karışabilir.

Anksiyete ayrıca alkol kötüye kullanımı ve borderline kişilik bozukluğu gibi durumlarda da karşımıza çıkmaktadır. Altta yatan hastalığın tedavisi ile anksiyetenin şiddeti gerileyebilir. Anksiyete semptomları doğrudan özgül bir genel tıbbi duruma bağlı ise genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğu tanısı konmalıdır (38). Bu belirleme; öykü, laboratuvar bulguları ve fizik bakı temelinde yapılır. Tremor, terleme, taşikardi, hipertansiyon belirtileriyle hipertiroidi; kolaylıkla YAB tanısı alabilir. İkisi birlikte de görülebilir. Hipoglisemi, kafeinizm, madde kullanım bozukluğu YAB'na benzer klinik görünüm oluşturabilir. Anksiyetenin etyolojisi madde kullanımına bağlıysa madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu tanısı konmalıdır (34).

Eğer YAB birincil ise, halen diğer anksiyete bozuklukları ve major depresif bozukluk yok ise minör depresyon ve distimi veya eşikaltı diğer anksiyete bozuklukları belirtileri bulunabilir. Somatizasyon bozuklukları; günümüzde diğer anksiyete bozukluklarından ayrı olarak sınıflandırılmıştır. Bunların bazıları, özellikle de farklılaşmış somatizasyon bozukluğu YAB ile üst üste binmiş ise tanısal olarak ayrımı zordur.

2.1.1.6 Tedavi

Anksiyete bozukluklarının geçmişteki ilk tedavisi sadece benzodiazepinler iken, zamanla trisiklik antidepressan (TCA)'lardan imipramin ve klomipraminin de etkili olduğu gözlenmiştir; sonrasında 5 hidroxytrptamine (5HT)1a agonisti Buspiron'un yaygın anksiyete bozukluğunda daha etkili oldukları gösterilmiştir. Selektif serotonin re-uptake inhibitörleri (SSRI)'nin ilerleyen dönemlerde yapılan çalışmalarda TCA ilaçlardan çok daha etkili biçimde depresyon ve bütün anksiyete tiplerinde etkili oldukları görülmüştür. Serotonerjik noradrenerjik gerilim inhibitörleri (SNRI)'inin de SSRI'lar kadar etkili olduğu anlaşılmıştır (39).

Anksiyete bozukluklarına bağlı ilaç tedavilerinde; panik bozuklukta birinci sırada SSRI'lar etkilidir. Bu grup içinde paroksetin etkinliği daha çabuk kendini

göstermektedir. İkinci seçenek olarak tedavinin ilk haftalarında SSRI ve alprazolam kombinasyonu planlanabilir. Diğer seçenekler arasında venlafaksin, TCA ilaçlar arasında klomipramin ve imipramin sayılabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde buspiron, SSRI'lerden paroksetin, sitalopram, essitalopram, SNRI'lerden venlafaksin etkinliği kanıtlanmıştır. Antikonvülzan ilaçların panik ve yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde etkinliği destekleyen gözlemler vardır (39). Sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde; SSRI ilaçlar, SNRI'lar arasında venlafaksin, geri dönüşlü monoamino oksidaz inhibitörü (MAOI) moklobemid birinci seçenek olarak kullanılabilir. Geri dönüşsüz MAOI'leri ikinci seçenek olarak düşünülmesi gereken ilaçlardır. Sosyal fobide β - blokerler tabloya eşlik eden taşikardi, titreme, terleme gibi otonomik belirtileri önlemede yüksek oranda etkindirler. Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde SSRI'ların etkinliği kanıtlanmıştır. Mirtazapin, Nefazodon ve Venlafaksin etkinliği ile ilgili kanıtlar vardır. Trisiklik antidepresanlar ve MAOI'leri ikinci ve üçüncü seçenek olabilir. B- blokerlerin kullanımı ve duygudurum dengeleyicilerle ilgili olgu bildirimleri vardır (39).

Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde SSRI ilaçlar kanıtlanmış etkinlikleri ve yan etkilerinin az oluşu nedeniyle birinci seçenek olarak yüksek dozlarda uygulanırlar; yanıt alınamayan durumlarda klomipramin etkili dozlarda kullanılabilir. Tedaviye yanıt yetersiz ise Triptofan, Fenfluramin, Lityum, Pindolol, Buspiron mevcut tedaviye eklenebilir. Bunların yanı sıra ikinci ilaç olarak dopamin antagonistleri, serotonin dopamin antagonistleri, antikonvülzan eklenmesi ile ilgili kanıtlar vardır. Günümüzde anksiyete bozukluklarının tedavisinde gelişmeler sürmektedir; antikonvülzanların, seçici benzodiazepin agonistlerinin, nöropeptidlerin etkisi araştırılmaktadır (39).

Anksiyete bozukluklarında dört farklı psikoterapi yöntemi kullanılmaktadır. Gevşeme (relaxation) yöntemleri; hastaya kaslarını gevşetme, rahat soluma, düşünceleri rahatlık verici konulara yönelterek bunalıtıyı azaltma egzersizleri yaptırılır. Bilişsel – davranışçı sağaltım; bunda hastanın bunalıtı öncesi ve sonrası algıları, beklentileri ele alınarak yapılan bir bilişsel sağaltım söz konusudur. Destekleyici psikoterapi; sıkıntı verici bilinçli sorunlar ele alınarak bunlara çözüm yolları bulunmaya, hastaya güven verici ve rahatlatıcı yollar gösterilmeye çalışılır. Sorunlarını dinlemek ve paylaşmak genel olarak her hastayı rahatlatıcı bir yöntemdir. Çözümleyici (analitik) psikoterapi; bunalıtının bilinçdışı kaynaklarını incelemeyi ve içgörü kazandırarak hastanın köklü çözüm bulmasını amaçlayan psikoterapidir (40).

2.1.2 Panik bozukluk

2.1.2.1 Tanım

Panik bozukluk, yineleyici ve beklenmedik bir şekilde gelen panik ataklar ve bu panik atakları izleyen çeşitli belirtilerle karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Panik atakları tipik olarak aniden başlar ve 10 dakika içerisinde doruk noktasına ulaşacak şekilde giderik şiddetlenir. Ataklar yaklaşık 15-20 dakika sürer. Panik Bozukluk, adını Yunan mitolojisinde bir tanrı olan, mağarada yaşayan ve aniden ortaya çıkıp insanları korkutan “Pan”dan almaktadır. Aniden gelen ölüm korkusu, öleceği, aklını kaybedeceği, felç ya da kalp krizi geçireceği gibi düşünceler ile birlikte fiziksel belirtiler vardır(41).

2.1.2.2 Epidemiyoloji

İnsanların %10'u yaşamları boyunca en az bir kez panik atak yaşamaktadırlar. Panik bozukluğun (agorafobili veya agorafobisiz) yaşam boyu sıklığı toplum örneklemelerinde % 3,5 kadar yüksek bildirilmişse de birçok çalışmada %1 ile %2 arasında değişen oranlar bulunmuştur. ABD'de yapılan ECA çalışmasında DSM III tanı kriterine göre PB'un yaşam boyu prevalansı % 1,7, NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında ise DSM III R tanı kriterlerinde göre, PB'un yaşam boyu prevalansı % 3,5 bulunmuştur (42).

Ülkemizde ise Avcılar'da 413 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada PB prevalansı % 1,2 olarak bulunmuştur (43). 1995 yılında Sivas'ta yapılan bir çalışmada ise %4,3 oranında bulunmuştur (44). Panik bozukluğu tanısı alan hastaların 1/3'ne agorafobi eşlik etmektedir(45). Hastalık genelde geç ergenlikte ve erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Kabaca hastaların %50'sine yakını 24 yaşından önce rahatsızlığa yakalanmaktadır. Yaşlandıkça sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde nadiren görülmektedir. Kadınlarda 2,5 kat fazladır. Panik bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında panik bozukluğun yaşam boyu sıklığı %10-20 olarak verilmektedir. Başlangıç yaşı, özellikle kadınlarda, erken başlangıçlı (15-34) ve geç başlangıçlı (45-54) olarak bimodal dağılım göstermektedir. Dul, bekar ve ayrı yaşayanlarda, kırsal kesimlerde yaşayanlara göre 1,5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir(46).

2.1.2.3 Tanı

Tablo 3: Panik Atağı DSM-IV TR Tanı Ölçütleri (5)

Not: Panik Atağı kodlanabilir bir bozukluk değildir. Panik Atağının ortaya çıktığı özgül tanı kodlanmalıdır
Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün (ya da daha fazlasının) aniden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:
1) Çarpıntı; kalp atımlarının duyumsama ya da kalp hızında artma olması 2) Terleme 3) Titreme ya da sarsılma 4) Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyuları 5) Soluğun kesilmesi 6) Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi 7) Bulantı ya da karın ağrısı 8) Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma 9) Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma) 10) Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu 11) Ölüm korkusu 12) Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları) 13) Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

Tablo 4: Panik Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Ölçütleri (5)

A. Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır: 1) Yineleyen beklenmedik Panik Atakları 2) Bu ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler: a) başka atakların da olacağına ilişkin sürekli kaygı b) atağın yol açabileceği ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak üzüntü duyma c) ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme
B. Agorafobinin olması “Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu”; agorafobinin olmaması “Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu” olarak kodlanmalıdır (DSM IV-TR’ de ayrıca, “Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi” ayrı bir tanı olarak yer almaktadır).
C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
D. Panik atakları, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örn. özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif- Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.2.4 Klinik Özellikler

PB ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik nöbetlerinin görüldüğü sık karşılaşılan bir anksiyete bozukluğudur. PB olan kişide yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile karakterize tekrarlayan panik nöbetleri vardır. Panik nöbetler ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik uyuşma-karıncaalanma nöbeti sırasında baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, titreme, soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, bulantı, karında rahatsızlık hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Ayrıca, hastalar sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler. Panik nöbetleri süresi kişiye göre değişkendir 10 dakika ile 1 saat arası değişmektedir(47).

DSM-IV'te panik bozukluğu tanısı için beklenmeyen bir panik atağının olması koşulu gereklidir. Panik atağı tipleri "beklenmeyen, durumsal ve durumsal yatkınlık gösteren panik atağı" olarak tanımlanmıştır. Hastalığın kronikleşmesiyle birlikte beklenmedik panik ataklarının yerini durumsal panik atakları alabilmektedir(48). DSM-IV'te tanımlananın yanısıra klinik olmayan panik (non-clinical panic), korkusuz panik (non-fearful panic), uykuda görülen panik atağı gibi tanımlamalar da mevcuttur. Bozukluğun başlangıç yaşının 15-25 ve 45-54 yaşları arasında iki kez tepe yapma eğilimi gösterdiği, ancak ergenlik ve çocukluk döneminde de olabileceği bildirilmiştir. Başlangıç yaşı erken olan panik bozukluğu olguları, geç başlangıçlı olanlara göre panik atağı sırasında daha fazla oranda depersonalizasyon belirtisi göstermektedir. Panik bozukluğu olgularının yarısından çoğunda yaygın anksiyete tablosunun önde gelen belirti olarak, tanı öncesinde 8-10 yıldır mevcut olduğu, buna karşılık sporadik panik ataklarının iki yıl gibi görece kısa bir süredir bulunduğu bildirilmiştir. Panik bozukluğunda yaşam kalitesi belirgin olarak bozulmuştur. Yaşam kalitesinin bozulması, sağlıkla ilgili kaygılar, ekonomik sorunlar, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmalar üzüntü ve ümitsizliğe neden olarak özkıyım riskini arttırabilmektedir. Agorafobili panik bozukluğu hastalarında panik atağı öncesinde öncü olarak nitelendirilebilecek belirtilerin görülme oranı % 28 olarak bildirilmiştir (48).

Panik bozukluğuna eşlik eden agorafobi, sıklıkla panik bozukluğun bir sonucu olarak ya da nadiren panik bozukluğu öyküsü olmadan ortaya çıkabilir. Bireyin yalnız kalmaktan, kaçınmanın zor olacağı ya da yardım alamayacağını düşündüğü toplumsal

ortamlardan, açık yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku duyması ve kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır. Agorafobik kaçınma çok sayıda yer ve durumu içerebilir. Bunlar içinde toplu taşıma araçları, kalabalık ortamlar, kuyrukta beklemek, kapalı yerler, otomobile binmek, sokakta yürümek, evden uzaklara gitmek, evde tek başına kalmak, yüksek yerler ve köprülerden geçmek sayılabilir. Agorafobi, kadın panik bozukluğu hastalarında daha sıktır(49). Panik bozuklukta agorafobi dışında depresyon, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis, alkol ve madde kullanımı gibi eştanılar da sıklıkla bildirilmektedir(50,51).

2.1.2.5 Ayırıcı Tanı

Kardiyovasküler hastalıklar, endokrin bozukluklar, nörolojik hastalıklar gibi birçok sistemi ilgilendiren hastalıklarla karışabilmektedir. Endokrin bozukluklar arasında hipertiroidizm, hipotiroidizm, hipoparatroidizm, feokromasitoma, cushing sendromu, insülinoma, hipoglisemi ve menapoz yer alır. Ensefalopatiler, temporal epilepsi, multipl skleroz, vestibüler işlev bozukluğu, Wilson hastalığı yine PB ile karışabilir. Metabolik sorunlardan hipokalsemi, hiperkalsemi, hiponatremi, hipertermi akla getirilmelidir. İmmunolojik patolojiler arasında anafilaksi ve sistemik lupus eritematozus bulunmaktadır. Angina pectoris, aritmiler, kalp yetmezliği, myokard enfarktüsü, supraventriküler taşikardi ve mitral valv prolapsusu kardiyovasküler hastalıklardan bazılarıdır. Solunum Sistemi hastalıklarından astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı, pnömoni gibi organik hastalıklar panik bozukluğun ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. Madde kullanım bozukluklarından alkol, barbiturat gibi depresanların yoksunluğu ve kokain, amfetamin gibi merkezi sinir sistemi uyarıcılarının kullanımı ayırt edilmelidir(52).

2.1.2.6 Tedavi

Panik bozukluktaki tedavi yöntemleri farmakoterapi ve bilişsel davranışçı terapidir. Panik bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı terapilerin yeri önemlidir. Agorafobinin eşlik ettiği ya da etmediği panik bozukluğu tedavisinde bilişsel davranışçı terapiler tek başına ya da farmakoterapiyle birlikte kullanılmaktadır. Bilişsel terapilerin

amacı, bilişsel bozuklukların tanımlanması ve değiştirilmesi; davranışçı terapilerde ise kişinin tepkilerini (özellikle fobik kaçınma) değiştirmektir(53).

Farmakoterapide trisiklik ve tetrasiklik ilaçlar, monoamin oksidaz inhibitörleri(MAOI), serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve benzodiyazepinler etkilidirler. Etkinliklerinin yüksek kanıt düzeyiyle gösterilmesinden sonra SSGİ'ler ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Depresyon eşanısının yüksek olması nedeniyle, SSGİ kullanımıyla aynı anda hem panik bozukluğun hem de depresyonun tedavisi mümkün olabilmektedir. Birçok çalışmada farklı SSGİ'lerin panik bozuklukta eşit derecede etkili oldukları gösterilmiştir. Bu ilaçların öncelikli kullanımında daha çok yan etki profilleri göz önünde tutulmaktadır. Fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, sitalopram, essitalopram sık kullanılan ilaçlardır(53).

Farmakoterapide kullanılan diğer bir seçenek benzodiyazepinlerdir. Bağımlılık potansiyeli, kesilme belirtileri, bilişsel bozulma, alkol ile etkileşme ve kötüye kullanım gibi dezavantajları yüzünden kullanımları sınırlıdır. Diğer ilaçlara göre daha hızlı etki başlangıcına sahip olmaları ise en önemli avantajıdır. Yüksek etki gücüne sahip olan benzodiyazepinler (alprazolam gibi), genellikle düşük etki gücüne sahip benzodiyazepinlerden (diazepam gibi) daha etkilidir(49-53).

2.1.3.ÖZGÜL FOBİ

2.1.3.1 Tanım

Tehdit ya da tehlike karşısında yaşanan endişe duygusu ve korkuların tamamıdır. Korku normal zamanlarda fizyolojik ve iyi bir duygudur. Korku duygusu ile kişi kendini tehlikeden korunmasını sağlayacak tedbirleri almasını sağlar. Tehdit oluşturan nesne ya da durumlar karşısında duyulan korkunun aşırı olması fobi olarak isimlendirilir. Özgül fobi ise, sosyal fobi ve agorafobi için tanımlananlar dışında kalan nesne ya da durumlardan, mantıksız olmasına karşın aşırı ve sürekli korku duyma halidir (54).

2.1.3.2 Epidemiyoloji

Yaşam boyu görülme sıklığı %11 civarındadır. Hayvan ve yükseklik korkusu en sık görülen özgül fobi alt tipleridir. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla görülmekle

birlikte, cinsiyet farklılığı özgül fobinin her alt tipi için geçerli değildir. En sık 25-44 yaş arasındadır ve bu grubun %7,9-8.8' i etkilemektedir. 18-24 yaş arasında %6,5, 55 yaş üzeri %5,2 görülme sıklığı vardır (55).

2.1.3.3 Tanı

Tablo 5:Özgül Fobi DSM-IV TR Tanı Ölçütleri (5):

A. Özgül bir nesne ya da durumun (örn. uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku
B. Fobik uyararla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışa vurulabilir.
C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.
D. Fobik durum (lar)dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bun(lar)a katlanılır.
E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar)da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitim ile ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır
F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az altı aydır.
G. Özgül bir neden ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik atakları ya da fobik kaçınma, obsesif kompulsif bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), posttaravmatik stres bozukluğu(örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma), ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn., okula gitmekten kaçınma), sosyal fobi (utanacak olma korkusu yüzünden toplumsal durumlardan kaçınma), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ya da panik bozukluğu öyküsü olmaksızın agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.3.4 Klinik

Gerçek dışı korku ya da sosyal durumdan ziyade tek bir obje ya da durumdan rahatsız olma halidir. Tipik özgül fobiler hayvanlardan korkma (özellikle böcek ve örümcek), doğal afet (fırtına, deprem vb), kan, enjeksiyon, yara, kapalı yer, asansör, uçak yolculuğu gibi durumlara karşı gelişir. Objeye karşı karşıya kaldıklarında verdikleri heyecanlı reaksiyonlar ve kaçma hareketleri daha ciddi problemlere yol açabilir. Kan,

enjeksiyon, yara korkuları olanlar bradikardi, ortostatik hipotansiyon ya da bayılma olarak tepki verirler (55).

2.1.3.5 Ayırıcı Tanı

DSM-IV tanı ölçütleri, fobik bozukluklar sınıflamasına panik atak dahil edilmesine izin verir. Bu nedenle panik bozukluklar fobik bozukluklardan dikkatlice ayrılmalıdır. Psikotik ve paranoid bozukluğu olan kişilerin anormal korku deneyimleri olabilir ve diğer insanlardan kaçabilirler. Somatizasyon bozukluğu olan hastalarda (örn. hipokondriasis) anksiyete görülebilir ve fobik bozukluk ile karışabilir. Bunun yanında OKB ya da MD bazen fobik bozukluklarla karıştırılabilir (55).

2.1.3.6 Tedavi

Davranışçı ya da bilişsel-davranışçı psikoterapi uygulanabilir. Tipik tedavi, gevşeme egzersizleri ve fobik uyarının hayal edilmesi yoluyla ya da kontrollü olarak tekrarlayıcı biçimde fobik nesneye maruz bırakılması yoluyla yapılan duyarsızlaştırma yöntemleridir(55). Benzodiyazepinler anksiyete giderici olarak kullanılırlar. Propranolol otonomik aşırı uyarılmışlık ve tremorun azaltılmasında kullanılır (55).

2.1.4 Sosyal Anksiyete Bozukluğu

2.1.4.1 Tanım

Sosyal anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi genellikle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Kaygı bozuklukları arasında yer alan sosyal fobi, 1994 yılında yayımlanan DSM-IV ile sosyal anksiyete bozukluğu adını almıştır. Sosyal fobi, belirli toplumsal durumlarda küçük düşme korkusunun neden olduğu, psikolojik, somatik ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği, işlevsellikte önemli kayıplara neden olan bir anksiyete bozukluğudur.

2.1.4.2 Epidemiyoloji

Sosyal fobinin epidemiyolojisi ile ilgili en detaylı veriler Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan ECA sonucu elde edilmiştir. Buna göre Tanısal Görüşme Çizelgesi ile yapılan taramada 6 ayrı bölgede; Baltimore, St. Luis, Durham, Los Angeles,

Edmonton Kanada ve Christchurch Yeni Zelanda'da sırasıyla yaşam boyu prevalans %3,1, %1,9, %3,2, %1,8, %1,7 ve %3,0 olarak bulunmuştur (56). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1994'de sonuçları yayınlanan ulusal komorbidite araştırmasına göre ise sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalans hızı %13,3 olaraksaptanmıştır (57). Birçok çalışmanın sonuçlarının da buna yakın olması sonucunda major depresif hastalık ve alkol ile ilintili hastalıklardan sonra sosyal anksiyete bozukluğunun en sık rastlanan ruhsal hastalık olduğu sonucuna varılmıştır (58,59). Sosyal anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır (60,61).

1.4.3 Tanı

Tablo 6: Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Ölçütleri (5):

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirli ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir).
B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.
C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.
D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntı ile bunlara katlanılır
E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkilerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
G. Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç), ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz(örn. agorafobi ile birlikte ya da olmadan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut disformik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizoid kişilik bozukluğu).
H. Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde söz edilen korku bununla ilişkisizdir, örn. korku, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

2.1.4.4 Klinik

Sosyal anksiyete bozukluğunda ortak olan tema, sosyal durumlarda kötü performans gösterme korkusudur. Utanma veya rezil olma konusunda kaygı duyduğunda hastalar sıklıkla fizyolojik belirtilerden yakınır. Sosyal bir ortama girdiklerinde sıklıkla kalp çarpıntısı, terleme, kızarma ve el titremesi meydana gelir. Kendi belirtilerini ve sosyal kaygılarını gerçekte olduğundan daha abartılı yaşarlar ve genelde reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar. Depresyonları arttıkça bu duyarlılıkları da artış gösterir. Başkalarının düşünceleri konusuna yoğunlaştıkları için sıklıkla onların görüşlerini ya yanlış yorumlar veya abartırlar. Birçok insana göre olumsuz algılanma korkuları daha şiddetlidir. Genellikle bu kişilerin benlik saygısı düşüktür çünkü aşırı kaygıları veya kendi uygunsuz davranışları ve bunların yaşamları üzerindeki etkisi konusunda içgörülerini tamdır (62).

2.1.4.5 Ayırıcı Tanı

Sosyal anksiyete bozukluğu ayırıcı tanısında utangaçlık, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, vücut disformik bozukluğu, majör depresyon, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, şizofreni spektrumu bozuklukları, çekingen kişilik bozukluğu ve Parkinson hastalığı gibi genel tıbbi durumlar akılda tutulmalıdır (62).

2.1.4.6 Tedavi

Sosyal fobik hastalar sosyal iletişimden çekindikleri için nadiren kendiliğinden yardım arayışına girerler. Ancak eşanlı hastalıklar oluştuğunda sıkıntıları artar ve hastalıklarını fark ederler(63,64). Başvuranların çoğu erkektir. Eğitim düzeyi ortalamanın üstünde, bir işte çalışan, hastalık nedeniyle işlevleri etkilenen erkekler özellikle iş yaşantısı ile ilgili güçlüklerden dolayı tedavi arayışına girmektedir(65,66).

Tedavide yer alan farmakoterapi ve psikoterapötik uygulamalarla ilgili araştırmalar son yıllarda hız kazanmıştır. Farmakoterapiyle belirtiler azalabilir. Sosyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı terapi, sosyal fobide etkin olan psikoterapötik yaklaşımlardır(67).Tedavide kullanılan başlıca ilaçlar, SSGİ'leri, TSA'lar, SNGİ'leridir. Sınırlı tip sosyal fobide bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulanmalıdır. Gerekli

durumlarda beta bloker verilebilir. Yaygın sosyal fobide SSGİ ile birlikte BDT uygulanmalıdır. Anksiyete düzeyi yüksekse, kullanımı hedefe yönelik ve sınırlı olmak kaydıyla benzodiyazepin verilebilir. Sosyal fobi 15 yaşından önce başladığı için erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Eşitani ve özkıyım riski nedeniyle etkin şekilde tedavi edilmelidir.

2.1.5 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.1.5.1 Tanım

Travmatik yaşam olaylarının ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri uzun yıllardır bilinmektedir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) son 20 yıldır bir psikiyatrik tanı olarak geçerlilik kazanmıştır. Ruhsal travma, kişinin veya yakınlarının fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturan, insanın deneyim sınırlarını aşan olayların neden olduğu korku, dehşet ve çaresizlik olarak tanımlanır. Bu olaylar arasında tecavüze uğrama, ölümcül bir hastalığa yakalanma, kaçırılma veya ölümcül bir saldırıya uğrama, sistematik işkence mağduru veya tanığı olma, savaş ortamında bulunma, depresyon, sel baskını gibi doğal felaketlerin etkisini yaşama sayılabilir.

Travmatik bir olaya maruz kalmak, TSSB tanısı için gerekli bir faktör olsa da tek başına yeterli değildir. Belirtiler, travmatik olaydan sonraki ilk günlerde kendini göstermeye başlar ve zaman geçtikçe azalma eğilimi gösterir. Travmatik olaya sıklıkla akut stres tepkileri verilir ve çoğu kez ilk ay içinde bu belirtilerde azalma veya iyileşme gözlenir. Bu nedenle, ilk ay içerisinde ortaya çıkan tepkilerin hangi boyutlarda hastalık olarak kabul edilebileceği halen önemli bir tartışma konusudur. Her bireyin bu tür yaşanmış deneyimlere verdiği ruhsal tepki farklıdır. Aynı yoğunlukta bir travma bir bireyde belirgin TSSB bulguları oluştururken, başka bir bireyde bu bulgulara rastlanmayabilir. Genel olarak TSSB'nin travmatik etkenin doğası ve şiddeti, kişilik özellikleri, baş etme yöntemleri, önceden var olan inanç sistemleri, algılama ve tutumlar ve olay sonrası çevresel koşulların etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir(68).

2.1.5.2 Epidemiyoloji

İnsan yaşamı boyu birçok travmatik olayla karşılaşılabilse de, travmatik stres belirtileri ve özellikle TSSB tablosu nisbeten az görülür. Olayın öznel olarak farklı yaşanması tabloyu farklılaştırmaktadır. Genel nüfusun %93'e yakını travmatik bir olay yaşantılsa da, sadece %5-12 oranında bir grup TSSB geliştirmektedir. Ortalama olarak erkeklerin %5'i, kadınların ise %10'u yaşamlarının bir döneminde TSSB tanısı alır(69). Ayrıca, eşikaltı TSSB belirtileri de kadınlarda daha yaygındır.

Tecavüz ve işkence gibi daha ciddi travmatik olaylara maruz kalan kişilerin yaklaşık yarısının TSSB geliştirdiği görülmektedir(69).Doğal afetler sonrası TSSB gelişme olasılığı insan eliyle yol açılan travmalardan daha düşüktür. Ancak, doğal afetleri inceleyen çalışmalar, afetten etkilenen daha büyük grupları kapsamakta ve doğrudan etkilenenlerin yanı sıra daha az şiddetteki travmatik olaylara maruz kalan grupları da içermektedir. Bu da doğal afetlerde görülen TSSB yaygınlığının daha düşük seyretmesini açıklayabilir(70). Demografik ve travma öncesi özelliklerin de TSSB açısından bir yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir. TSSB'nin epidemiyolojisi ile ilgili bilgimiz daha çok gelişmiş ülkelerin verilerine dayanmaktadır(71).

2.1.5.3 Tanı

Tablo 7: Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV TR Tanı Kriterleri (5)

<p>A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır;</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.
<p>B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır.2. Olayı sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme.3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, yanılsamaları, varsanıları disosiyatif ‘flashback’ epizodlarını kapsar).4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme
<p>C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları6. Duygularında kısıtlılık(örn., sevme duygusunu yaşayamama)7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma(örn., bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)
<p>D. Aşağıdakilerden ikisinin(ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük2. İrritabilite ya da öfke patlamaları3. Düşünceleri belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekme4. Hipervijilans5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme
<p>E. Bu bozukluk(B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) bir aydan uzun sürer.</p>

2.1.5.4 Ayırıcı Tanı

TSSB tanı ölçütlerindeki birçok belirti, kaygı ve duygudurum bozukluklarındaki belirtilerle örtüşmektedir. Örneğin ilgi azalması, duygulanımda donukluk, uyku bozuklukları ve odaklanma güçlükleri depresyon belirtileri ile; tahammülsüzlük, tetikte olma hali ve artmış irkilme tepkisi, genelleştirilmiş kaygı bozukluğu belirtileri ile; olayın hatırlatıcılarının bireyde yarattığı fiziksel tepkiler ve kaçınma davranışlarını tetikleme panik atak belirtileri ile çok benzerdir. TSSB belirtileri ile kişilik bozuklukları tanı ölçütleri arasında da üst üste binen belirtiler gözlenmektedir. Örneğin yabancılaşma ve sosyal içe çekilme, kaçınan kişilik bozukluğunun bazı özellikleri ile örtüşür. Sınır kişilik bozukluğu da TSSB ile karışabilir. Özellikle öfke patlamaları gibi duygulanım dengelenmesindeki bozukluklar ve disosiyatif deneyimler her iki durumda da gözlenir(68).

Ayırıcı tanıda şu hastalıklara da dikkat edilmelidir; Uyum bozukluğunda stresörün şiddeti travmatik doğada değildir ve belirtiler travmatik stres özelliklerinden farklıdır. Akut stres bozukluğunda belirti örüntüsü travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde görülmelidir. Dört haftadan uzun süre devam ederse ve TSSB belirtileri varsa tanı değişir. Obsesif kompulsif bozuklukta, davetsiz düşünceler uygunsuz olarak yaşantılır ve travmatik bir olayla ilintili değildir. Şizofreni ve diğer psikotik hastalıklarda tipik olan varsanı ve sanrıların TSSB'deki flashback (geri dönüş)'lerden ayrılması gerekir(73).

2.1.5.5 Klinik

TSSB belirtileri üç ana grupta ele alınır (74):

A. Travmatik olayın tekrar tekrar anımsanıp, yaşanmasıyla ilgili belirtiler:

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

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

C. Artmış uyarılmışlık belirtileri: Bu belirti grubunda uykusuzluk ön plandadır. Ses, ışık, dokunma gibi uyarılara aşırı irkilme tepkisi verme, çarpıntı, solunum sıkıntısı,

yerinde duramama gibi sempatik hiperaktivasyona bağlı belirtiler de bu belirti grubunda sayılabilir.

2.1.5.6 Tedavi

2.1.5.6.1 Farmakolojik Tedavi

TSSB'nin oluşmasında noradrenerjik, serotonerjik, dopaminerjik ve opiyaterjik sistemler sorumlu tutulmaktadır(73).Ayrıca, eřik altı uyaranlar bir süre sonra limbik sistemde ateşlenme eşiğini dūřürerek duyarlılığın artmasına neden olabilmekte ve TSSB'deki duyarlılık artışının da *kindling* (tutuşma) adı verilen bu fenomen ile ilişkili olabileceği dūřünülmektedir.

TSSB tedavisinde en etkili yaklaşım psikoterapiyle ilaçların birlikte kullanımıdır. Hafif olgularda öncelikle psikoterapi, orta ve ağır olgularda ise psikoterapiye eklenen ilaç tedavileri önerilmektedir. TSSB'ye başka bir ruhsal hastalığın, örneğin depresyonun eşlik ettiği durumlarda ise, psikoterapi ve ilaç tedavilerine birlikte hemen başlanması akılcı bir yaklaşımdır. TSSB'de ilaç tedavisi; kendine zarar verici belirtileri, kaçıma belirtilerini ve aşırı uyarılmayı azaltmak, hayattan zevk almama ve isteksizlik gibi depresif belirtileri gidermek, disosiyatif ve psikotik belirtileri kontrol altına almak amacıyla kullanılır(74). Bu belirtilerin kontrol altına alınmasıyla özkıyım ya da başkalarına zarar verme riski ve yeti yitimi azalır. TSSB farmakolojik tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında, SSGİ'leri, TSA'lar, MAOI'leri, trazodon, mirtazapin, venlafaksin, tianeptin, lityum, B-blokerler, klonidin, karbamazepin ve valproik asit yer alır. Bunlar arasında en etkili olduğu belirtilen ve en sık kullanılan ilaçlar SSGİ'leridir.

2.1.5.6.2 Psikoterapi

Bilişsel ve davranışçı terapiler (BDT) TSSB'nin tedavisinde kullanılan en yaygın ve etkili yöntemlerdir. TSSB'nin BDT uygulamalarında yaşayarak ve imgesel alıştırma, bilişsel yeniden yapılandırma ve anksiyeteyi azaltma yöntemleri öne çıkar (73,74).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

‘Acil serviste nöbet tutan asistan doktorların nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorunun Beck anksiyete skoru ile saptanması ’ isimli araştırma projesi 04.04.2013 tarih ve 2013/ 06-7 karar no ile Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesinin etik kurul tarafından uygun görülmüştür.

Bu çalışma ile acil tıp kliniği asistanlarının nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorunun saptanması planlanmıştır. Saptanan bu skora bağlı olarak asistan hekimlerin hem iş yaşantısında hem de sosyal yaşantısında verimli olabilmesi için anksiyete düzeyini azaltıcı önlemlerin alınmasının sağlanması amaçlanmaktadır. Acil tıp asistanları ülkemizde birçok üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinin acil kliniklerinde görev yapmaktadırlar. Tüm acil asistanlarına ulaşmak mümkün olmadığından dolayı seçilen Ankara, Gaziantep ve Kahramanmaraş ‘ taki acil tıp asistanları üzerinde Beck anksiyete skoru hesaplanarak ülkemizin 3 farklı bölgesindeki görev yapan hekimlerin anksiyete düzeyi hesaplanmıştır.

Çalışmamızın evrenini, üniversite hastanesi yada eğitim ve araştırma hastanesi acil tıp servislerinde görevli olan ve gece nöbetleri tutan acil tıp asistanları oluşturmaktadır. Asistan hekimlerin nöbet öncesi ve nöbet sonrası(kontrol grubu) olmak üzere farklı iki zamanlarda anket formlarını doldurmaları planlanmıştır. Araştırmaya aydınlatılmış onam formunu imzalayan her acil tıp asistanı kabul edilmiştir.

Çalışma evreninin dışlanma kriteri olarak acil serviste nöbet tutmayan acil asistanları kabul edilmiştir. Çalışmaya Ankara, Gaziantep ve Kahramanmaraş ‘ taki gece nöbetleri tutan acil tıp asistanları aydınlatılmış onam formunu imzalayarak çalışmaya dahil edilmiştir. Ankete dahil edilen acil tıp asistanları seçimi basit rastgele örnekleme ile yapıldı. Çalışmamıza toplamda 106 acil tıp asistanı katıldı. Hastaların çalışma kapsamına alınması gönüllülük esasına dayandığı için katılım oranı %100 olarak saptandı. Çok sayıdaki dışlayıcı ölçütler nedeniyle çalışmanın örnekleminin az sayıda kişiden oluşması çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır. Çalışmaya aydınlatılmış onam formunu imzalayan acil tıp asistanları cinsiyet farkı gözetilmeden dahil edilmiştir. Çalışmanın temel kabul kriteri acil serviste aktif olarak çalışması ve gece nöbetleri tutması. Gece nöbeti tutmayan acil asistanları çalışma dışında tutulmuştur.

Çalışmamız Ankara, Gaziantep ve Kahramanmaraş ‘ taki üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinin acil kliniklerinde görev yapmakta alan acil tıp asistanları ile yüz yüze bilgilendirme görüşmeleri yapılmış, çalışmanın uygulanabilirlik derecesi araştırılmıştır.

Çalışmanın amaçları, uygulama şekli ve elde edilen sonuçların nelere yarayacağı hakkında da çalışanlara bilgi verilmiştir. Daha sonra acil asistanlarıyla yüzyüze görüşülerek öncelikle çalışma anlatılmış ve ekte hazır olarak bulunan aydınlatılmış onam formu (ek 1), kabul eden acil asistanlarına imzalatılarak çalışmaya alınmış kabul etmeyenler ise çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya alınan acil tıp asistanlarına ekte(ek 2) bulunan Beck anksiyete ölçeği uygulanmıştır. Beck anksiyete ölçeğinde acil tıp asistanlarına; bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma olup olmadığı, sıcak veya ateş basmalarının olup olmadığı, bacaklarda halsizlik, titreme , gevşeyememe olup olmadığı, çok kötü şeyler olacak korkusu olup olmadığı,baş dönmesi veya sersemlik olup olmadığı,kalp çarpıntısı olup olmadığı, dengeyi kaybetme duygusu olup olmadığı, dehşete kapılma olup olmadığı, sinirlilik olup olmadığı, boğuluyormuş gibi olma duygusu olup olmadığı, ellerde titreme olup olmadığı, titreklik olup olmadığı, kontrolü kaybetme korkusu olup olmadığı, nefes almada güçlük olup olmadığı, ölüm korkusu olup olmadığı, korkuya kapılma olup olmadığı, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi olup olmadığı, baygınlık olup olmadığı,yüzün kızarması olup olmadığı, terleme (sıcaklığa bağlı olmayan) olup olmadığı sorgulandı.

Araştırmanın bağımlı değişkeni BAÖ puanlarıdır. Bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, medeni hali, çalıştığı kurum, asistanlık süresi, çalışma sistemi, aylık çalışma süresi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık mevcudiyeti, ailede psikiyatrik hastalık mevcudiyeti, kendinde psikiyatrik hastalık olması durumlarıdır. BAÖ dört kendini değerlendirme maddesinin yer aldığı Likert tipinde 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puan ile değerlendirilen ölçeklerdir. BAÖ’den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri;0-17 puan düşük, 18-24 puan orta, 25 ve + puan yüksek derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu ölçek puanlarının yüksek olması depresyon ve anksiyetenin şiddetini gösterir. BAÖ puanlarının hesaplanmasından sonra bu puanların diğer değişkenlerle ilişkisi değerlendirilmiştir (75).

Araştırmanın veri toplama aşamasında acil tıp asistanlarının çalışmaya çok fazla ilgi göstermemesi karşılaşılan sorunlardan birisidir. Bu sorun acil tıp asistanlarının bilgilendirilmesiyle ortadan kaldırılmıştır. Acil tıp asistanlara özellikle aktif çalışırken ulaşabilmek ,acil servislerin yoğun ve acil asistanlarının iş yükünün ağır olması sebebiyle ankete yeterince zaman ayıramamak yada yoğunluktan dolayı ankete katılmak istememeleri büyük sorun oluşturmuştur.

Bilgisayar ortamında SPSS 17.0 programı ile yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 programı ile bilgisayar ortamına dökülmüş ve değerlendirilmeye alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya %63 'ü kadın,%37 si erkek olmak üzere toplam 106 acil tıp asistanı alındı. Acil tıp asistanlarından %59 'uevli, %41'i bekar idi. Çalışmaya katılan 106 kişinin 61 tanesi 24-29 yaş arasında, 41 tanesi 30-39 yaş aralığında ve 4 tanesi 40 yaş ve üzerinde idi.

Çalışmaya katılanların %60 'ı Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışır iken, %40 'ı üniversite hastanesinde görev yapmakta idi. %8,5 'u yirmi dört saatlik çalışma sistemi ile görev yaparken, %91,5 'i shift sistemi ile çalışmakta idi. Katılımcıların %56,6'sı birinci yıl asistanı, %15'i ikinci yıl asistanı, %11,3 'ü üçüncü yıl asistanı, %14,1'i dördüncü yıl asistanı iken %0,3'si beşinci yıl asistanı idi (Tablo 10).

Tablo8. Çalışmaya katılanların cinsiyet,medeni durum, çalışma sistemi ve asistanlıktaki süreleri

	N	%
Kadın	67	63
Erkek	39	37
Evli	63	59
Bekâr	43	41
EAH	64	60
Üniversite	42	40
24 saat	9	0.8
Shift	97	99.2
1.yıl asistanı	60	56.6
2.yıl asistanı	16	15
3.yıl asistanı	12	11.3
4.yıl asistanı	15	14.1
5.yıl asistanı	3	0.3

Aylık çalışma süreleri katılımcıların %9,4'ünde 200 saatten daha az, %16,1'inde 200-239 saat arası ve %74,5'inde ise 240 saatten daha fazla idi.

Çalışmaya katılanların %29,2'si sigara kullanırken, %70,8'i sigara kullanmıyordu.

Çalışmaya katılan 106 kişinin %16 'sı alkol kullanırken, %84 'ü alkol kullanmıyordu(Tablo 11).

Tablo9. Çalışmaya katılanların sigara ve alkol kullanım oranları

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Sigara	31	29.2	75	70.8
Alkol	17	16	89	84

Ankete katılanların %10.3'ünde kronik hastalık varken, %89.7'sinde kronik hastalık olmadığı belirlendi.

Katılımcıların sadece 1 tanesi ailesinde psikiyatrik hastalık olduğunu bildirirken, 2 tane acil tıp asistanının kendisinde psikiyatrik hastalık olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların nöbet öncesi anksiyete skoru 9.32 ± 10.42 iken, nöbet sonrası bu değer 11.51 ± 11.07 'ye yükseldiği tespit edildi. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı idi ($p: 0.035$) (Tablo 12).

Erkeklerin anksiyete skoru nöbet sonrasında artmıştı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p \square 0.05$). Tüm grupta kadın cinsiyetin beç anksiyete skoru nöbet sonrasında artmıştı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p \square 0.05$) (Tablo 12).

Tüm grupta evli olan acil tıp asistanlarının beç anksiyete skoru nöbet sonrasında artmıştı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p \square 0.05$) (Tablo 12). Bekar olanların nöbet sonrası beç anksiyete skoru artmıştı ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p:0.011$) (Tablo 12).

Tablo10. Çalışmaya katılanların cinsiyete ve medeni durumuna göre nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorları

	N.Ö Beck anksiyete Skoru	N.S Beck anksiyete skoru	P değeri
Tüm grup	9.32±10.42	11.51±11.07	0.035
Erkek	8.19±8.98	10.55±9.66	0.089
Kadın	11.25±12.40	13.17±13.12	0.220
Evli	10.93±11.64	12.34±12.13	0.352
Bekar	6.95±7.85	10.30±9.31	0.011

Nöbet öncesi Beck anksiyete skorunun yaş, asistanlık süresi ve aylık çalışma saati ile ilişkisine yönelik yapılan istatistiksel olarak karşılaştırılması sonucu nöbet öncesi beck anksiyete skorunun yaş, asistanlık süresi ve aylık çalışma saati ile arasında ilişki olmadığı saptandı.

Nöbet sonrası beck anksiyete skoru ile yaş ,asistanlık süresi ,aylık çalışma saatleri arasındaki ilişki anlamlı değildi.

Sigara içmeyenlerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru nöbet sonrasında arttığı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p \geq 0.05$)(Tablo 13).

Fakat sigara içenlerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru 9.35 iken ,nöbet sonrası beck anksiyete skoru 13.41 olarak saptanmıştır.Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir($p = 0.018$)(Tablo 5).

Tüm grupta alkol kullananların nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı. Alkol kullananların nöbet öncesi beck anksiyete skoru nöbet sonrasında arttığı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p \geq 0.05$) (Tablo 13)

Tüm grupta alkol kullanmayanların nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı. Alkol kullanmayanların beck anksiyete skoru nöbet sonrasında arttığı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p \geq 0.05$)(Tablo 13)

Tüm grupta alkol kullananlar ile alkol kullanmayanların nöbet öncesi beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p \geq 0.05$)(Tablo13)

Tablo11.Çalışmaya katılanların alkol, sigara kullanım durumu ile nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	N.Ö Beck anksiyete skoru	N.S Beck anksiyete skoru	P değeri
Sigara (+)	9.35±11.82	13.41±11.80	0.018
Sigara (-)	9.30±9.87	10.73±10.74	0.271
Alkol (+)	6.05±6.67	10.82±7.85	0.53
Alkol (-)	9.94±10.91	11.65±11.61	0.139

Tüm grupta acil tıp asistanlarının çalıştığı kurum ile nöbet öncesi beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p \geq 0.05$)

Tüm grupta acil tıp asistanlarının çalıştığı kurum ile nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı ve üniversite hastanesinde çalışanlarda beck anksiyete skoru daha yüksek bulundu ve bu artış anlamlı kabul edildi ($p=0.013$).

Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan acil tıp asistanlarının anksiyete skoru nöbet sonrasında arttığı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p \geq 0.05$)(Tablo 14).

Üniversite hastanelerinde çalışan acil tıp asistanlarının nöbet öncesi beck anksiyete skoru 10.00 iken nöbet sonrası beck anksiyete skoru 14,78 olarak saptandı ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p= 0.004$). (Tablo 14)

Tüm grupta acil tıp asistanlarının çalışma sistemi ile nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p \geq 0.05$).

Yirmidört saat şeklinde çalışan acil tıp asistanlarının nöbet öncesi beck anksiyete skoru , nöbet sonrasındaki değerinde artış vardı ama istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmedi. ($p \geq 0.05$ (Tablo 14)

Shift şeklinde çalışan acil tıp asistanlarının nöbet öncesi beck anksiyete skoru 8.93 iken nöbet sonrası beck anksiyete skoru 11.47 olarak saptandı. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi ($p=0.019$) (Tablo 14).

Tablo12.Çalışmaya katılanların çalıştığı kurum ve çalışma sistemlerine göre anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	N.Ö Beck anksiyete skoru	N.S Beck anksiyete skoru	P değeri
EAH	8.87±9.93	9.37 ±8.01	0.709
Üniversite hastanesi	10.00±11.22	14,78 ± 14.04	0.004
24 saat	13.44±11.13	12.00±10.61	0.859
Shift	8.93±10.33	11.47±11.16	0.019

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile acil serviste çalışan acil tıp asistanlarının anksiyete düzeyinin hem nöbet öncesi hem de nöbet sonrasında yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki cinsiyette nöbet öncesi anksiyete düzeyi yüksek iken erkek cinsiyetin nöbet sonrası Beck anksiyete skorundaki artış kadınlarınkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Toplumda psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete bozuklukları çok sık görülmektedir. National Comorbidity Survey (Ulusal Eştanı Araştırması) verilerine göre; anksiyetenin yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5 iken erkek cinsiyette %19,2 olarak bildirilmiştir. Epidemiologic Catchment Area Study verilerine göre anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır(76).

Anksiyete ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada kadınların anksiyete skorunun erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (77). Cox ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada anksiyete düzeyi ile cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir fakat kadın cinsiyette panik atak gelişme olasılığının erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirmiştir (78). Lewinsohn ve ark.'ın(59) ergenlerde anksiyete bozuklukları ile ilgili yaptığı çalışmada kadın katılımcılarda erkeklere oranla belirgin düzeyde yüksek anksiyete belirtileri olduğu bildirilmiştir. Hewitt ve Norton'un (80) yaptığı çalışmada ise kadınların Beck anksiyete skorlarının erkeklerden daha yüksek olarak saptadıklarını bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamızda 39 erkek, 67 kadın olmak üzere toplam 106 acil tıp asistanı alındı. Bayan katılımcıların nöbet öncesi beck anksiyete skoru 11.25 ± 12.40 iken erkek cinsiyetin nöbet öncesi anksiyete skoru 8.19 ± 8.98 olarak saptandı. Nöbet sonrası anksiyete oranları karşılaştırıldığında ise kadın cinsiyetteki beck anksiyete skoru 13.17 ± 13.12 iken erkek cinsiyette skorun 10.55 ± 9.66 olduğu bulundu. Her iki cinsiyette de anksiyete skorlarının hem nöbet öncesi hemde nöbet sonrasında da yüksek olduğu tespit edildi. Diğer çalışmaların çoğunda olduğu gibi bizim çalışmamızda da kadınların anksiyete skorunun hem nöbet öncesi hemde nöbet sonrasında erkeklerden daha yüksek olduğu saptandı. Her iki cinsiyette de nöbet sonrası beck anksiyete skorlarında artış olduğu saptandı. Fakat bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Cinsiyetler arasındaki anksiyete skorlarının farklı çıkmasında psikososyal unsurların önemli rol oynadığı düşünülebilir. Örneğin toplumun kadından beklentileri, günlük

sorunlarla baş etme yöntemlerinin cinsiyetlere göre değişmesi, ataerkil toplum yapısı, kadınların strese yoğun duygusal yanıt vermeleri gibi etmenlerin kadınların beck anksiyete skorunun yüksek çıkmasına sebep olduğu düşünülmelidir.

Medeni durumun kişilerdeki anksiyete düzeyini ve tedaviye yanıtı etkilediği ile ilgili farklı sonuçlar veren çalışmalar mevcuttur. Özcan ve ark. (81). nin yaptığı çalışmada evlilerin anksiyete düzeylerinin bekarlara oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bir başka çalışmada ise anksiyete ve depresyon düzeyleri ile medeni durum arasında ilişki olmadığını bildirmiştir(82). Hunt'un(83) yaptığı çalışmada ise bekarların anksiyete düzeyinin evlilerden yüksek olduğu bildirilmiştir. Bireylerde anksiyete gelişmesine sebep olan durumlar arasında kişilerin tükenmişlik sendromuna girmeleridir. Yurt dışında yapılan araştırmalarda evli olmak ve destekleyici bir eşe sahip olmak kişilerde tükenmişliği önlemede önemli bir etken olarak bildirilmiştir(84). Özyurt ve ark.'ın (85) yaptığı çalışmada bekar hekimlerde duygusal tükenmişliği evli hekimlere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan bir diğer çalışmada medeni durum ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında bekarların evlilere göre daha yüksek anksiyete düzeyi olduğu tespit edilmiştir.

Evli ve çocuk sahibi olan kişilerin duygusal tükenmişlik oranı hiç evlenmemiş , boşanmış kişiler, evli fakat çocuksuz kişilere göre daha az olduğu bildirilmiştir. Aile sahibi olmanın tükenmişlik açısından olumlu etkisi, bireyin ihtiyacı olan sosyal desteği ailesinden alabilmesi ile açıklanmaktadır(86).

Bizim çalışmamızda diğer çalışmaların aksine evlilerin nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru bekarlarınkinden daha yüksek olduğu saptandı. Bu durumun evlilerin aile yaşantısı, ev geçindirme kaygısı, ailesine karşı olan sorumluluk duygusu, nöbet tuttuğu süreç boyunca çocuğunu ve eşini görememesi gibi etmenlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Nöbet sonrasındaki anksiyete skoru ise her iki grupta da artmıştı fakat bu artış evli olanlarda anlamlı düzeyde değilken bekarlarda anlamlı derecede yüksekti. Bekarların yalnız olması, sorunlarını paylaşacağı kişilere ulaşmanın her zaman mümkün olmaması ve düzensiz bir yaşam tarzından kaynaklandığı şeklide yorumlanabilir.

Daha önce yapılmış olan bir çalışmaya göre alkol kullanımı ile depresyon, anksiyete, ve kişilik bozukluğu arasında ilişki saptanmıştır (87). Kushner ve ark.'ın(88) yaptığı çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu, panik atak ve YAB olan kişilerin kronik alkol kullanımının da olduğunu saptamışlardır.Reiss ve ark.'ın (89) yaptığı çalışmaya göre alkol kullanımı ile anksiyete bozukluklarının ortaya çıkması arasında önemli bir

ilişki olduğunu bildirmiştir. Hatta alkol kullanım bozukluğunun anksiyete bozukluğunu başlatıyor ya da sürdürüyor olabileceğini de bildirmişlerdir. Meksikada yapılan bir çalışma, alkol kullanan erkeklerde posttravmatik stres bozukluğunun düşük gözlendiği bildirilmiştir(89). Novak ve ark. 'ın yaptığı çalışmaya göre anksiyete ile başa çıkma amaçlı alkol kullanımı olduğu bildirilmiştir(91). Bir takip çalışmasında; birinci ve dördüncü yılda alkol bağımlılığı tanısı olanlarda 7 yıl içinde yeni anksiyete bozukluğu geliştirme riskinin 3-5 kat arttığı saptanmıştır (88). Bir başka çalışmada 2501 olguya ait kesitsel incelemede; travmatik olaylar ve alkol kullanma riski arasındaki ilişkiler araştırılmış. Şiddetli kazaya tanıklık etme, tecavüz, ciddi fiziksel saldırıya maruz kalma ve yaşamı tehdit eden kazaların alkol kullanan kişilerde meydana gelme oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(92).

Bizim çalışmamızda ise alkol kullananların nöbet öncesi beck anksiyete skorunun alkol kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Hem alkol kullananlarda hemde alkol kullanmayanlarda nöbet sonrası anksiyete skorlarında ise artış saptanmıştır. Fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bizim çalışmamızda alkol kullanımı ile anksiyete arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız çıkmasını etkileyen faktörler arasında en önemlisi alkol kullananların sayısı ile kullanmayan katılımcıların sayısı arasındaki orantısız bir dağılım olduğu düşünülebilir.

Fidan ve ark.'nın (93) yaptığı çalışmada sigara içenlerin sigarayı bırakmışlara göre hem anksiyete hem de depresyon skorları anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir.

Caumo ve ark.'ın yaptığı çalışmada sigara içicilerinde preoperatif anksiyete düzeyinin içmeyenlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir(94). Diğer bir çalışmada sigara kullananlardaki anksiyete oranının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu ve aynı çalışmada ek olarak erkeklere oranla kadınlarda daha fazla anksiyete görüldüğünü bildirmiştir (95). Sigara tüketimi ile depresyon ve anksiyete arasındaki bir ilişki bulunsa da bunun altında yatan neden hala bilinmemektedir. Sigara bazı kişilerde psikolojik bir rahatlama sağlarken ve sigaranın bırakılması ile depresyon ve anksiyete oranında artış olduğunu bildiren çalışmalar vardır (96,97). Patton ve ark.'ın yaptığı çalışmaya göre genç adolesanlarda sigara tüketimine başlamak için en büyük risk faktörünün anksiyete olduğu bildirilmiştir(98). Bir başka çalışmada ise anksiyetesi olan kişilerde sigara tüketiminin bırakılmasında nikotin yoksunluğu semptomlarının daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca bu kişilerde nikotin yoksunluk semptomlarının ve

anksiyete sempoamlarının diğer kişilere göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (86). Bizim alışmamızda sigara içenlerle sigara içmeyenlerin nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı. Sigara içmeyenlerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru nöbet sonrasında arttığı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Bununla birlikte sigara içenlerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru 9.35 iken, nöbet sonrası beck anksiyete skoru 13.41 olarak saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı idi($p= 0.018$).

Bu duruma neden olan sebeplere bakıldığında ise; iş yoğunluğu, kapalı ortamlarda sigara içmenin yasak olması, uzun mesai sürelerine bağlı nikotin alınmadığı dönemlerin uzaması ve yoksunluk sendromun bulguları ortaya çıkması sayılabilir. Anksiyetenin önüne geçebilmek için ise öncelikle sigarayı bıraktırıcı tedbirler alınmalı, eğer bırakılamıyorsa da işyerlerinde yemek molası gibi aralıklarla sigara molası uygulamasına geçilebilir. Bütün gruplardaki yapılan çalışmalarda sigara içme ile anksiyetenin yüksek çıkması arasındaki ilişkinin anlamlı çıkma sebebi; sigaranın içindeki nikotinin keyif verici, performansı artırıcı veya anksiyete azaltıcı etkilerinin yanında anksiyete bozukluğunun varlığının kişiyi sigara içmeye yöneliyor olması olabilir.

Vardiyalı alışan kişilerde uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulma ve alişılmış çalışma ve sosyal yaşamının dışına çıkılmasından ötürü pek çok fiziksel ve ruhsal sorunlarla karşı karşıyadırlar (100). Yapılan araştırmalarda vardiya usulü çalışan kişilerde yaygın olarak depresyon ve anksiyete bozuklukları tespit edilirken, uyku hali, yorgunluk, bellek ve konsantrasyon bozuklukları gibi bilişsel bozukluklar da bu psikopatolojilere eşlik etmektedir(101,102).Bir diğer çalışmada vardiyalı çalışma sisteminde gece çalışmak, hem kronik yorgunluk, uyku hali ve oluşan somatik semptomlar sebebiyle, hem de günlük sosyal yaşam gerekliliklerine engel olarak yaşam kalitesini bozar. Yüksek anksiyete düzeyinin de eşlik ettiği bireylerde belirgin iritabilite vardır, stresle baş etme becerisinde düşme görülmektedir. Bunun sonucunda kişide anksiyeteden depresyona kadar değişen psikopatolojik bozukluklara neden olmaktadır (103). Sarıcaoğlu ve ark.'ın (104) yaptığı çalışmada gündüz vardiyasında çalışan 15 ve gece vardiyasında çalışan 18 anestezi asistanını bilişsel işlevler ve kaygı düzeyleri açısından karşılaştırmışlar ve gece vardiyasından sonra bilişsel fonksiyonlara ilişkin testlerde anlamlı düşme tespit etmişlerdir. Ardekani ve arkadaşları da (105) 1195 sağlık çalışanı ile yaptıkları bir çalışmada, vardiyalı sistemde gece çalışan bireylerde anksiyete ve somatizasyonun, depresyonun da içinde bulunduğu diğer psikiyatrik bozukluklardan

daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir. Anksiyete düzeyinin vardiyalı sistemde gece çalışan grupta yüksek olduğunu gösteren bir başka çalışmada Kubo ve arkadaşları (1106), anksiyete düzeyindeki yüksekliğin uyku bozukluklarıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bartel ve ark.(107), 33 anestezi asistanında nöbet sonrası psikomotor performansta % 52 oranında düşüş ve nöbet sonrası anksiyetesinde artış saptandığını bildirmişlerdir. Halbach ve ark.(108), 30 kadın doğum asistanı ve tıp öğrencisinde nöbet sonrası psikomotor performansta anlamlı düşme olduğunu ve bu durumda asistanlarda depresyon ve anksiyete neden olduğunu bildirmişlerdir. Psikolojik testlerle nörokognitif alt alanlar değerlendirildiğinde nöbet sonrasında kişilerin anksiyeteli duygu durumu arttıkça dikkatinin azaldığı, depresif duygu durumu arttıkça hesap yapma süresinin uzadığı, nöbetin olmadığı günlerde de stres düzeyi ve depresif duygu durumu arttıkça hesap yapma süresinin uzadığı saptanmıştır. Bu durum da mesleğimiz gereği anksiyete ve stres altında bulunmamızın bir sonucu olduğunu göstermektedir.

Acil tıp asistanlarının vardiyalı çalışma sistemi ile yirmi dört saat şeklinde çalışma sistemi ve nöbet öncesi ile nöbet sonrası anksiyete düzeyinin karşılaştırılması ile ilgili çalışmaya literatürde rastlamadık. Bizim çalışmamızda acil tıp asistanlarının çalışma sistemi ile nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Yirmi dört saat şeklinde çalışan acil tıp asistanlarının anksiyete skoru nöbet sonrasında daha düşüktü. Fakat bu düşme istatistiksel olarak anlamlı değildi. Yirmidört saat çalışan grupta nöbet sonrası anksiyete düzeylerinin düşük çıkma sebeplerine bakıldığında; nöbet sonrası istirahat süresinin daha uzun olduğu, kendisine ve çevresine daha fazla zaman ayırma olanağının bulunması, iş stresinden daha uzun süre uzak kalma gibi sebepler sayılabilir. Fakat nöbet öncesi anksiyete oranındaki artışı ise yirmidört saatlik çalışma sisteminde mesai saatinin daha uzun olması, daha yorucu olması, stresör faktörlere daha uzun süre maruz kalması gibi sebepler sayılabilir. Shift şeklinde çalışan acil tıp asistanlarının nöbet öncesi beck anksiyete skoru 8.93 iken nöbet sonrası beck anksiyete skoru 11.47 olarak saptandı. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi (**p=0.019**).Shift usulü çalışan kişilerin çalışma sisteminden kaynaklanan düzensiz uyku düzeni ve düzensiz sosyal yaşantısından dolayı katılımcıların anksiyeteye neden olabilmektedir.

Vücuttaki sirkadiyen ritmin bozulması ile de kişinin nörohormonal dengede bozulmalara neden olur, bu bozulmalar zamanla kişilerde anksiyete, depresyon gibi psikopatolojilere neden olduğu düşünülebilir.

Yaş ile iş memnuniyeti ve buna bağlı anksiyete ve depresyon arasında ilişki olup olmadığını inceleyen çeşitli çalışmalar vardır. Yas ile iş memnuniyeti arasında ilişki saptamayan çalışmalar bulunmakla birlikte(109,110) yas ile iş memnuniyeti arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur(111). Kirwan ve ark.'(112)ın yaptığı çalışmada; yaş ve çalışma yıl sayısının ile tükenmişliğin ve buna bağlı anksiyete arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Fakat Ramires ve ark.'ın(113) yaptığı çalışmada ise yaş ve medeni durum gibi bireysel özellikler ile özellikle duygusal tükenme arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bizim çalışmamızda 106 katılımcıdan 61 tanesi 24-29 yaş arasında, 41 tanesi 30-39 yaş aralığında ve 4 tanesi 40 yaş ve üzerinde idi. Farklı yaş gruplarının beck anksiyete skorlar nöbet öncesi ve nöbet sonrası karşılaştırıldığında yaş ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. İlerleyen yaşlarda katılımcılarda nöbet tutmanın fiziki yorgunluğu, meslekteki sürenin uzamasına bağlı sıkılma belirtilerinin olması ve acil servisin hızlı ve yorucu temposuna uyumda zorlanma olabileceğinden katılımcıların yaşının artması ile birlikte anksiyete skorlarının artması bekleniyordu. Fakat çalışmamızda anksiyete ile yaş aralığının ilişkisi olmadığı saptandı. Bunun sebebi ise acil hekimlerinin tecrübelendikçe mesleki tatminlerinin artması ve acil hekimliğine isteyerek gelmiş olmalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

İlk sene uzmanlık öğrencilerinde, kıdemli akranlarına göre anksiyete skorlarını daha yüksek beklemekteydik. İlk yıl asistanların iş yükü ile kıdemli asistanların arasında iş yükü dağılımındaki orantısızlık olması, kıdemli asistanların hastalık tanısı koymak ve tedavi protokollerini uygulamada ilk yıl asistanlarına göre daha hızlı ve doğru karar verme oranları, kıdemli asistanla ilk yıl asistanın aynı hastaya benzer tedavi verseler bile ilk yıl asistanın uygulama aşamasında kıdemliden bağımsız iş yapamıyor olması ilk yıl asistanlarında anksiyete skorlarının kıdemli asistanlara göre daha yüksek olmasına sebep olmaktadır. Çalışmamızın eksiklerinden bir tanesi de katılımcıların asistanlık süresi ile ilgili dağılımın orantılı olmaması idi. Bu orantısız dağılımdan dolayı asistanlık süresi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmadığı kanaatindeyiz.

Çalışma süresinin kişilerin anksiyetesini ve tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkisini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Acil servislerde anksiyete skorunu etkileyen faktörlerden bir tanesi de çalışma süresindeki artıştır(114,115). Keller ve ark.'ın(116) yaptığı çalışmada aylık çalışma sürelerinin artışı sonucu ile bireylerin dinlenmeye ayırdıkları zamanın azaldığı ve buna bağlı olarak kişilerde anksiyete ve

tükenmişliğin arttığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise çalışma saati ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebi ise çalışmamızı kısıtlayan sebeplerden biri olan çalışma saatlerindeki farklı olana katılımcıların orantılı olarak dağılmamış olmasıdır.

Sonuç olarak acil tıp asistanlarının nöbet öncesi anksiyete skorlarının yüksek olduğu ve anksiyete skorlarının nöbetten sonra ise daha da arttığı bulunmuştur. Anksiyetenin kişinin hem iş yaşantısını hemde sosyal yaşantısını olumsuz etkilediğinden dolayı anksiyeteyi azaltıcı önlemler alınmalıdır. Ayrıca doktorların anksiyete oranlarını düşürülmesin yönelik prospektif çalışmalar yapılması gereklidir.

SONUÇ

- 1- Çalışmamızda acil tıp asistanlarının nöbet öncesi beck anksiyete skoru 9.32 ± 10.42 iken, nöbet sonrası bu değerin 11.51 ± 11.07 'ye yükseldiği tespit edildi. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı idi. Sonuç olarak acil servis gece nöbetlerinin acil tıp asistanlarının anksiyete düzeyini artırdığı tespit edilmiştir.
- 2- Acil tıp asistanlarının anksiyete düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkek cinsiyette nöbet öncesi anksiyete düzeyi kadın cinsiyete göre daha düşük olarak saptandı. Fakat erkek cinsiyette nöbet sonrası anksiyete skorundaki artış kadın cinsiyete göre daha fazla olduğu saptanmıştır.
- 3- Beck anksiyete düzeyinin medeni durumla ilişkisi incelendiğinde; evlilerin nöbet öncesi anksiyete düzeyi bekarlardan daha yüksekti. Fakat bekarların nöbet sonrası anksiyete düzeylerindeki artış oranı daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- 4- Çalışmamızda anksiyete düzeyi ile yaş, asistanlık süresi ve aylık çalışma saatleri arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- 5- Sigara ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara içenlerin nöbet sonrası anksiyete düzeylerinde anlamlı derecede artış olduğu bulunmuştur.
- 6- Alkol kullanmanın anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde; alkol kullananların nöbet öncesi anksiyete skoru kullanamayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Fakat nöbet sonrası anksiyete düzeyindeki artış alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.
- 7- Tüm grupta acil tıp asistanlarının çalıştığı kurum ile beck anksiyete düzeyi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Üniversite hastanelerinde çalışan acil tıp asistanlarının nöbet sonrası anksiyete düzeyi eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan asistanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- 8- Çalışma sisteminin beck anksiyete düzeyi üzerine olan etkisine bakıldığında; 24 saatlik sistem ile çalışan hekimlerin nöbet öncesi anksiyete düzeyi shift şeklinde çalışan hekimlerinkinden daha yüksektir fakat shift şeklinde çalışan asistan hekimlerin nöbet sonrası beck anksiyete skorlarındaki artış daha yüksek olarak saptanmıştır.
9. Hemsosyal yaşantıda hemde iş ortamında anksiyeteyi azaltıcı önlemler alınması gereklidir.
10. Asistan hekimlerin sosyal yaşantısını güçlendirici aktivitelere (düzenli aralıklarda klinikçe sosyal organizasyonlar yapılması vs) ağırlık verilmesi sağlanmalıdır.

11.Asistan hekimlerin uyku düzenlerine, yeme alışkanlıklarına dikkat etmeleri ve zararlı alışkanlıklara başlamasını engelleyici önlemler alınmalıdır.

12.Asistan hekimlerin düzenli spor yapmalarını (haftalık futbol müsabakaları vs) sağlayacak özendirici ortam sağlanmalıdır.

13.Sigara kullanan hekimler için; sigarayı bıraktırıcı önlemler alınmalıdır. Eğer sigaranın bırakılması sağlanamıyorsa; işyerlerinde kişilerin sigara molası verebileceği molalar verimelidir.

KAYNAKLAR

1. Dr. Neşe Kocabaşoğlu; Anksiyete Bozukluklarına Acil Yaklaşım, Takip ve Tedavisi; *Türkiye Klinikleri Acil Tıp*; 2007; 3 ;42
2. Demir F, Ay P. *_stanbul'da bir eğitim hastanesinde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler Türk Psikiyatri Derg* 2007;18 :31-7
- 3-Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. *Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. J Pak Med Assoc* 2004;54:45-9.
- 4.Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. *Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia Can Fam Physician*, 2001; 47; 737-44.
5. Sadock BJ,Sadock VA, *Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri* Editörleri:Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800.
6. Esel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*.2003;13(2):78-87
7. K Hsu, V Marshall. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*, Dec 1987; 144: 1561 -1566.
8. Ito C. The role of brain histamine in acute and cronic stress. *Biomedicine & Phamacothreapy*, 2000;54(5):263-267
9. Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. *Comprehesive textbook of psychiatry*.7 th ed.PA: Lippincott Williams and Wilkins,2000;s:1464-1476
10. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E,editors. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526.
11. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Köroğlu E, güleç C, Şenol S,editors, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007, 296-303.
12. Schneiner FR, Johson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weisman MM.Social fobia:comorbity and morbity in a epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*,1992;49:282-288

13. Davitson JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 1993;23:709-718
14. DİLBAZ N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri,2000;ek 2 s:3-21
15. Keressler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*,1995;155:613-619
16. Arkonaç O. *Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.p.36-37
17. Dilbaz N. *Anksiyete Bozukluklarındaki Son Gelişmeler*. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2005.p:59-78.
18. Işık E, Işık Y, *Çocuk, ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*, İstanbul, Asimetrik Paralel,2006 s: 425-442.
19. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, text revision.(DSM-IV-TR). Washington DC: APA.
20. Algulander C, Bandelow B, Hollander; World Council of Anxiety (2003), WCA recommendations for the long term treatment of generalized anxiety disorder. *CNS spectrum*, (8 Suppl 1):53-61.
21. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Yenilenmiş 11. Baskı 1. Cilt*. Ankara, 2008: 452
22. Ormel J, Von Korff M, Ustun B, et al. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 1994; 272: 1741-8.
23. Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, et al. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15: 319-28.
24. Özdemir ÇA, Kocabaşoğlu N. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Köroğlu E, güleç C, Şenol S,editors, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007, 360-368
25. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. 1995, Sivas, Dilek Matbaası.
26. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara: Eksen Tanıtım; 1998.

27. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being *Psychol Med* 2002; 32 (4):649-59.
28. Roy-Byrne PP, Wagner A, Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (Suppl 13):20–6.
29. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society *Depress Anxiety*. 2002; 16 (4): 162–71.
30. Aydın H, Bozkurt A, Türkçe'ye çeviri editörleri. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* Eighth Edition. Philadelphia: Güneş Kitabevi, Ankara, 2005, p.1718–1799.
31. Sevinçok L.Yaygın Anksiyete bozukluğunda tanı ve eş tanı sorunları. *Duygudurum Dizisi* 2001; 3: 144–151.
32. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depress Anxiety*, 2002; 16:162-171.
33. Cameron A. *Crash Course Psychiatry*. Elsevier Ltd. London, 2004.
34. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., American Psychiatric Association, Washington DC, 1994
35. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR: The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1272-1280
36. Papp LA, Gorman JM. Generalized anxiety disorder. In: *Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed.* Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1995:1236- 49
37. Gelder M, Gath D, Mayou R: *Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 1989:175-183
38. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1989;146:1440 6
39. Aslan S,Yüksel N.Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri. *Türkiye Klinikleri J İnt. Med Sci.*2006;2(12):68-80
40. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.1.Baskı, HYB Yayıncılık, Ankara, 2004; 3:25-80
- 41.Roy-Byrne P, Geraci M. Life events and the course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1986; 146:622-626.

42. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Higher M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12 months prevalence of DSM-R psychiatric disorder in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 52: 8 – 19.
43. Altınöz F. İstanbul’ da bir gecekondu bölgesinde mizaç bozuklukları ve Anksiyete bozuklukları yaygınlığı üzerine bir epidemiyolojik çalışma: *Uzmanlık tezi Bakırköy İstanbul* 1992.
44. Dogan O, Gülmez H, Ketenoglu O. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas: Dilek Matbaası, 1995:33-37.
45. Kılıç C. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*, Bölüm 4. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel MD, Ankara, 1998.
46. Weissman MM, Bland RC. Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Baltimore, 1998; 594-602.
47. Tükel R. Panik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1997, 1, 12-17.
48. Onur, E., Alkın, T., Monkul E. S., Fidaner H. Panik-Agorafobi Spektrumu Kavramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004, 15(3), 215-223.
- 49 Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Baltimore, 1998; 594-602.
50. Noyes R, Reich J, Christiansen J. Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 1990; 47:809-818.
51. Klerman GL, Weissman MM, Queller R. Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assoc*, 1991; 265:742-746..
52. Bayraktar E, Panik Bozukluğu ve Agorafobi; Köroğlu E, güleç C, Şenol S,editors, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007, 304-17
53. Stahl SM. *Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamaları*, 2.baskı. (çeviri) Taneli B. 2003; 346-358.
54. Cansever A. Özgül Fobi, Köroğlu E, güleç C, Şenol S,editors, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2007; 318-24
55. Nural SH, *Anksiyete Bozuklukları*, Ebert HM, Loosen TM, Nurcombe B(ed.s), Birsöz S, Karaman T(çev.edt.), *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003; 328-40
56. Regier DA, Myers JK, Kramer M ve ark. *The NIMH Epidemiological Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics*. *Arch Gen Psychiatry*, 1984, 41:934-941

57. Kessler RC, McGonagle K, Zhao S ve ark. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994, 51:8-19.
58. Stein MB, Walker JR, Forde DR Setting thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry*, 1994, 151:408-412.
59. Wacker HR, Mullejons R, Klein KH ve ark. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD 10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 1992, 2:91-100.
60. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD ve ark. Social phobia: comorbidity and morbidity in epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*, 1992, 49:282-288.
61. Davidson JRT, Hughes DL, George LK ve ark. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychol Med*, 1993, 23:709-718.
62. 143. Dilbaz N, Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı; *Klinik Psikiyatri*, 2000; Ek 2:3-21
63. Zaidler TI, Heimberg RG. Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 2003; 108:72-84.
64. Muller JE, Koen L, Sedat S, Stein DJ. Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS Drugs*, 2005; 19:377-391.
65. Liebowitz MR. Social Phobia. *Modern problems of pharmacopsychiatry*. 1987; 22:1411-1473.
66. Davidson JRT. Defining an appropriate management strategy for social anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 2000; 158:13-17.
67. Davidson JRT. Pharmacotherapy of social phobia. *Acta Psychiatr Scand*, 2003; 108:65-71.
68. Lee D, Young K. Posttraumatic stress disorder: diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International review of psychiatry*, 2001; 13:150-158.
69. Resick PA. *Stress and trauma*. Psychology Press Ltd. London, 2001. 8
70. Tural Ü, Aker T, Önder E, Yüksel G. PTSD and Comorbis Depression After The Marmara Earthquake; An Epidemiological Study. *4th International Congress of Disaster Psychiatry*. Miami, 2004.

71. Cloitre M, Koenen KC, Gratz KL. *Differential diagnosis of PTSD in women. Gender and PTSD. Guilford Press, New York, 2002.*
72. Kessler RC. *National Comorbidity Survey: Posttraumatic Stress Disorder. Int J Methods Psychiatr Res, 1995.*
73. Sutherland SM, Davidson JRT. *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am, 1994; 17:409-423.*
74. Kaptanoğlu C: *Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikler. Psikolojik Travma Yazıları (7). 5US Yayınları 2001*
75. Güleç H, Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda Bedensel Belirtiler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2005; 16: 90-6.
76. Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders. *J Psychiatry ResSuppl*, 1990; 2:3-14.
77. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research Therapy* 1986; 24(1):1-8
78. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic anxiety continuum. *Journal of Anxiety Disorders* 1991; 5:21-34
79. Lewinsohn P, Hops H, Roberts R, Seeley J, and Andrews J. Adolescent psychopathology:I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J. Abnorm. Psychol*, 1993; 102:133-144.
80. Norton G. R, McLeod L, Guertin J, Hewitt P. The growth of anxiety disorders during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*, 2001; 9:7585.
81. Ozcan M, Uguz F, Cilli AS. The prevalence of generalized anxiety disorder and comorbidity among psychiatric outpatients. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):276-85.
82. Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY. *Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. Int J Psychiatry Med* 1996; 26:271-285.
83. Hunt C *The diagnosis and the nature of generalized anxiety disorder. Current Opinion in Psychiatry*, 2000, 13: 157-161.
84. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR. *The work lives of women physicians. J Gen Intern Med* 2000; 15:372-380.
85. Özyurt A, Hayran O, Sur H. *Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. Q J Med* 2006; 99:161-169.
86. Maslach, Christina. ve Jackson, Susan E.,1981; "The Measurement of Experienced Burnout", *Journal of Occupational Behavior*, Vol.2, 99-113.

87. Franklin JE, Frances RJ. *Pschiatric disorders in genereral hospital patients: substance related disorders.* Rundell JR, Wise MG (Eds), *Textbook of Consultation Liasion Psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996:426-466.
88. Kushner MG, Sher KJ, Bietman BD. *The relation between alcohol problems and anxiety disorders.* *Am J Psychiatry* 1990; 147, 685-695
89. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. *Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications.* *Psychological Assessment* 1997; 9:277–284
90. Chambless DL. *Sex and phobia (in Dutch).* *Gedragstherapie*, 1988; 21:283-293.
91. Novak A, Burgess ES, Clark M ve ark. *Anxiety sensitivity, self reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption.* *J Anxiety Disord*, (2003)17: 165-80.
92. Mc Farlene AC. *Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse; the nature of the association..* *Addict Behav* 1998; 23: 813-25.
93. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z. *Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları.* *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2005; 6(3):17-22
94. Caumo W. et All. *Risk factors for preoperative anxiety in adults.* *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 298–307
95. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, et al. *Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: a multicentre study in the Nordic countries.* *Respir Med* 2006; 100: 87-93.
96. Glass RM. *Blue mood, blackened lungs. Depression and smoking.* *JAMA* 1990; 264: 1583-4.
97. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. *Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study.* *Lancet* 2001; 357: 1929-32.
98. Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. *Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers?* *Am } Public Health* 1996; 86: 225-30.
99. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. *Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults.* *Am } Psychiatry* 1992; 149: 464-9.
100. İncir G. *Vardiya çalışması ve kronobiyolojik araştırmalar.* *Verimlilik Dergisi* 1998; 1:59-72.
101. 9. Scott AJ, Monk TH, Brink LL. *Shiftwork as a risk factor for depression: a pilot study.* *Int J Occup Environ Health* 1997; 3 (Suppl.3):2-9.

- 102.** Akerstedt T, Wright KP. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. *Sleep Med Clin* 2009;4:257-271.
- 103.** Schwartz JR. Recognition of shift-work disorder in primary care. *J Fam Pract* 2010; 59 (Suppl.1):18-23.
- 104.** Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. Gece ve gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:106-112.
- 105.** Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pak J Biol Sci* 2008; 11:1605-1609.
- 106.** Kubo T, Maruyama T, Shirane K, Otomo H, Matsumoto T, Oyama I. Anxiety about starting three-shift work among female workers: findings from the female shift-workers' health study. *JUOEH* 2008; 1:30:1 10.
- 107.** Bartel P, Offermeier W, Smith F, Becker P. Attention and working memory in resident anesthesiologists after night duty: group and individual effects. *Occup Environ Med* 2004;61: 167-70.
- 108.** Halbach MM, Spann CO, Egan G. Effect of sleep deprivation on medical and student cognitive function: A prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188; 1198-201.
- 109.** Karlıdag R. Hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11:49-57.
- 110.** Özyurt A. İstanbul hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi* 2003.
- 111.** Spielberger CD. Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale. *Advances in Personality Assessment, Hillsdale* 1983; 159-160.
- 112.** Kirwan M, Armstrong D (1995) Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract*, 45: 259-60.
- 113.** Ramirez AJ, Graham J, Richards MA ve ark. (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347:724-728.
- 114.** Aslan SH, Gürkan SB, Alparlan ZN. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7: 39-45.
- 115.** Akerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occup* 2003; 53:89-94.
- 116.** Keller SM. Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health. *AAOHN J* 2009; 57:497-502

EKLER

EK-1: Beck anksiyete skorlama ölçeği

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

	NÖBET ÖNCESİ				NÖBET SONRASI			
	hiç	hafif	orta	ağır	hiç	hafif	orta	ağır
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma								
2. Sıcak/ ateş basmaları								
3. Bacaklarda halsizlik, titreme								
4. Gevşeyememe								
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu								
6. Baş dönmesi veya sersemlik								
7. Kalp çarpıntısı								
8. Dengeyi kaybetme duygusu								
9. Dehşete kapılma								
10. Sinirlilik								
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu								
12. Ellerde titreme								
13. Titreklilik								
14. Kontrolü kaybetme korkusu								
15. Nefes almada güçlük								
16. Ölüm korkusu								
17. Korkuya kapılma								
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi								
19. Baygınlık								
20. Yüzün kızarması								
21. Terleme (sıcaklığa bağlı)								

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

EK-2: Sosyodemografik Anket Formu

Ad/Soyad :
Yaş :
Cinsiyet :
Medeni hali :
Çalıştığı kurum :
Asistanlık süresi :
Çalışma sistemi : 24 saat / shift sistemi
Haftalık çalışma saati :
Sigara,alkol vs varlığı :
Mevcut hastalık :
Kullandığı ilaçlar :
Ailede yada kendinde olan psikiyatrik hastalık :
Telefon :
Mail :
Tarih :

TEŞEKKÜRLER

EK-3: KSÜ Akademik Kurul Kararı**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Acil Asistanlarının Nöbet Öncesi ve Nöbet Sonrası Anksiyete Düzeyinin Beck Anksiyete Skoru İle Saptanması"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	35			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Selim BOZKURT			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Acil Tıp			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	14.03.2013	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	14.03.2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>	Açıklama	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÖNÜLLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2013/06-7	Tarih: 04.04.2013	Anket Formu	
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.			

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Metin KILINÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Metin KILINÇ Başkan	Tıbbi Biyokimya	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Mustafa GÜL Üye	Tıbbi Mikrobiyoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Gökhan ÖZDEMİR Üye	Göz Hastalıkları	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Harun ÇIRALIK Üye	Tıbbi Patoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Yusuf ERGÜN Üye	Tıbbi Farmakoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Tufan MERT Üye	Biyofizik	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Mehmet DAVUTOĞLU Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Nimet ŞENOĞLU Üye	Anest. ve Rea.	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Gürkan ACAR Üye	Kardiyoloji	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Ramazan KARANFİL Üye	Adli Tıp	KSÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Mehmet Emin DARENDELİ Üye	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Mustafa CANSARAN Üye	Ziraat Mühendisi	İl Gıda, Tarım ve Hay. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Turan YILDIZ Üye	Öğretmen	Özel Ali KENGER Anadolu Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		

* :Toplantıda Bulunma