



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN VE
DOKTORLARIN NÖBET ÖNCESİ VE SONRASI
ANKSİYETE DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba ATMACA ÇETİN

**Samsun
Mayıs- 2016**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN VE
DOKTORLARIN NÖBET ÖNCESİ VE SONRASI
ANKSİYETE DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba ATMACA ÇETİN

Danışman

Doç. Dr. Celal KATI

Samsun

Mayıs- 2016

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tuğba ATMACA ÇETİN tarafından Doç. Dr. Celal KATI Danışmanlığında hazırlanan Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Ve Doktorların Nöbet Öncesi Ve Nöbet Sonrası Anksiyete Düzeyleri başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 24 /05 /2016 tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Celal KATI, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Mehmet ESEN, Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /.....

Doç. Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca bana hocalık yapan, araştırmamda rehberliği ile önemli katkı sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Celal KATI' ya, lisansüstü eğitimim boyunca bana değerli katkıları bulunan hocalarım Prof. Dr. Yücel YAVUZ'a, Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ'a, Prof. Dr. Ahmet BAYDIN'a, Doç. Dr. Türker YARDAN'a, Doç. Dr. Latif DURAN'a, Doç. Dr. Hızır Ufuk AKDEMİR'e, çok teşekkür ederim.

Çalışmamı sürdürmem sırasında destek olan ve verilerimi elde etmeme yardımcı olan acil servis hemşirelerine ve doktorlarına, tez çalışmamın her aşamasında yaptığım mızımlıklarıma katlanan sevgili servis arkadaşlarıma, özellikle Azize ÖZTÜRK'e ve Arife ÇAKAL'a teşekkür ederim.

Hayatımın her anında yanımda olduğu gibi, çalışmamın da her aşamasına destek vererek yanımda olan, beni hiç yalnız bırakmayan; mutluluğumu paylaşırken stresimi de paylaşmaktan hiç çekinmeyen, biricik yardımcım sevgili eşim op. Dr. Hasan ÇETİN'e

Son olarak, beni yaşamın bütün zorluklarından koruyan, büyüten, hayatım boyunca hiçbir desteğini esirgemeyen aileme, bana her olanağı sağlamak için elinden gelen her şeyi yapan anne ve babama ne kadar yetersiz olsa da, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ACIL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN VE DOKTORLARIN NÖBET ÖNCESİ VE SONRASI ANKSİYETE DÜZEYLERİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet öncesi ve sonrası anksiyete düzeyinin Beck Anksiyete Skoru ile saptanmasıdır.

Materyal ve Metot: Bu çalışma Haziran-Ağustos tarihleri arasında, Samsun İlindeki Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo-demografik anket formu ve katılımcıların anksiyete düzeylerini belirlemek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni BAÖ parametresi iken, bağımsız değişkenini sosyo-demografik anket formundaki sorular oluşturmaktadır. Toplanan veriler Mann-Whitney U testi, paired t testi, Wilcoxon işaret testi kullanarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya acil serviste çalışan 86 hemşire ve 43 doktor olmak üzere 129 kişi alınmıştır. Katılımcıların nöbet öncesi anksiyete skoru 2 iken, nöbet sonrası anksiyete skoru 15'e yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$). Acil serviste çalışan hemşire ve doktorların doldurdıkları sosyo-demografik formdaki sorular ile anksiyete arasındaki ilişki tek tek karşılaştırıldığında; nöbet sonrası anksiyete skorlarının, nöbet öncesi anksiyete skorlarına oranla arttıkları görülmektedir. Bu artışlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmişken, sadece psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bireylerin nöbet öncesi anksiyete skoru ile nöbet sonrası skoru arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,169$).

Sonuç: Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet öncesi Beck Anksiyete Skorları yüksek olduğu ve bu skorun nöbet sonrasında daha da arttığı tespit edilmiş olup acil serviste çalışan bireylerin anksiyeteyi azaltıcı faaliyetlere yönlendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; Anksiyete; Doktor; Hemşire; Vardiyalı çalışma

Tuğba ATMACA ÇETİN, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Mayıs-2016

ABSTRACT
STUDY IS TO DETERMINE ANXIETY LEVEL OF NURSES AND DOCTORS
WORKING AT EMERGENCY UNIT BEFORE AND AFTER SHIFT

Aim: The aim of, this study is to determine anxiety level of nurses and doctors working at emergency unit with Beck Anxiety Score before and after shift.

Material and Method: This study was carried out at Samsun Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Hospital, Training and Research Hospital, Gazi State Hospital and Gynecology and Obstetrics Hospital between June-August 2015.

As data collection tool, socio-demographic survey form created by the researcher and Beck Anxiety Scale (BAS) was used in order to determine anxiety level of participants. Dependent variable of the study is BAS parameter while independent variable is questions in socio-demographic survey form. Data collected were evaluated by using Mann-Whitney U test, paired t-test, Wilcoxon sign test.

Results: 129 persons including 86 nurses and 43 doctors working at emergency service have been taken for the research. While anxiety score of participants before shift was 2, anxiety score after shift increased up to 15. This increase is statistically significant ($p: 0,000$). When the relation between questions in socio-demographic form filled in by nurses and doctors working at emergency unit and anxiety are compared one by one; it is seen that anxiety scores after shift has increased compared to anxiety scores before shift. While this increase was accepted as statistically significant, there was no significant difference between score before and after shift of individuals who only have psychiatric disease ($p: 0,169$).

Conclusion: It was determined that Beck Anxiety Score of nurses and doctors working at emergency unit before shift was high and these scores increase even more after shift, it is thought that it would be beneficial to direct individuals working at emergency unit to activities which decrease anxiety.

Keywords: Anxiety; Emergency Unit; Doctor; Nurse; Shift Working

Tuğba ATMACA ÇETİN, Post-Graduate Thesis
Ondokuz Mayıs University - Samsun, May- 2016

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	:Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
DSM-IV-TR	: Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourt edition text revision
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
OMÜ	: Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Ör.	:Örnek
SEAH	:Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi
SGDH	: Samsun Gazi Devlet Hastanesi
SPSS	:‘Statistical Package of Social Sciences’
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
İÇİNDEKİLER	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Anksiyete	3
2.1.1. Anksiyetenin Tanımı.....	3
2.1.2. Anksiyete Belirtileri.....	5
2.1.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	7
2.1.4. Anksiyetenin Nedenleri	9
2.1.5. Anksiyete Düzeyleri	10
2.2. Anksiyete Bozuklukları.....	10
2.2.1. Panik Bozukluk	10
2.2.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	14
2.2.3. Özgül Fobi	16
2.2.4. Sosyal Fobi	19
2.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk	22
2.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	28
2.2.7. Akut stres Bozukluğu	31
3. MATERYAL VE METOT	32
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	57
EKLER	66
ÖZGEÇMİŞ	70

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Anksiyete, korku ve endişenin egemen olduğu, birçok psikopatolojiyle ortaya çıkabilen ve birçoğunun da temelini oluşturan patolojik bir durumdur (Kocabaşoğlu, 2010). Otonomik sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı klinik belirtileri olan non-spesifik bir semptomdur (Alkın ve Onur, 2007). Anksiyetenin korkudan farkı; anksiyetenin kaynağı büyük bir ölçüde bilinmeyen bir tehlike beklentisi olarak tanımlanmakta ve belli bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan korkudan ayrılmaktadır (Kocabaşoğlu, 2005). Anksiyete, kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında da itici bir işlev görebilir (Kocabaşoğlu, 2010).

Anksiyetenin semptomatolojisi fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki başlık altındadır. Anksiyetenin periferik motor ve organlarla ilgili belirtileri arasında titreme, ürperme, terleme, baş dönmesi, sersemleme hali, sırt ve baş ağrısı, hipertansiyon, kas gerginliği, hiperventilasyon, yorgunluk, irkilme tepkisi, taşikardi, pupillerde genişleme, huzursuzluk, senkop, kol ve bacaklarda yanma-acıma hissi, ellerde soğuma, diyare, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, parestezi ve yutkunma güçlüğü yer alır. Psikolojik belirtiler arasında korku hissi, yoğunlaşma güçlüğü, hatırlamanın güçleşmesi, algının bozulması, durumlar arasında ilişki kurmada güçlük, uykusuzluk, konfüzyon, libido azalması, boğazda düğümlenme hissi ve midede kasılma hissi vardır (<http://www.psikiyatr.com>, 2014).

Her meslek grubunun çalışma hayatında karşılaştığı ve başa çıkması gereken birçok zorluk vardır (Durmuş, 2007). Sağlık çalışanları ise normal çalışma saatleri dışında çalışmak durumunda kalan, ağır görev ve sorunluluklara sahip, yoğun stres ve baskı altında çalışan bir gruptur (Selvi ve ark., 2010). Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hemşire ve doktorların çalışma yaşamında karşılaşmış oldukları olumsuz etmenler, hemşirelerin ve doktorların iş verimini, ruhsal ve bedensel sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. Bu da iş veriminin düşmesine, kurumun ekonomik kaybına, iş kazalarının artmasına ve hemşireleri ve doktorların bakım verdikleri kişilerin doğrudan risk altında kalmasına neden olmaktadır (Yalçın ve ark., 2008; Sarıcaoğlu ve ark., 2010). Uluslararası çalışma örgütü çalışma ortamına ait başlıca stres faktörlerini; yöneticilerle yaşanan çatışma, rol çatışması ve rol belirsizliği, aşırı iş yükü, yaşanan

duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalara sağlık hizmeti verme ve vardiyalı çalışma olarak tanımlanmaktadır (Sarıcaoğlu ve ark., 2010; Selvi ve ark., 2010).

Yapılan çalışmalarda vardiya ve nöbet şeklinde çalışmanın, çalışanların fizyolojik ve psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını, bireysel ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Tüm sağlık çalışanlarında depresyon ve anksiyete gelişme riskinin yüksek olduğu saptanmıştır (Ayten, 2003;Çalıkve ark., 2015).

Günümüzde hemşire ve doktorların üstlenmiş oldukları görevi yerine getirirken karşılaştıkları çeşitli stres etkenleri (artan çalışma saatleri, uykusuzluk, yetersiz destek mekanizmaları, hasta ölümü, yüksek sorumluluk alma gereği, olumsuz iş ilişkileri) bireylerin kişisel yaşantılarının, iş yaşamlarından tamamen ayrılamadığı için sağlık çalışanlarının bireysel özelliklerinin (eğitim, medeni durum, fiziksel/ruhsal hastalığı olması, çocuk sahibi olması) iş ortamlarındaki stresi algılamalarını etkileyebileceği göz önüne bulundurulmalıdır (Sarıcaoğlu ve ark., 2010; Selvi ve ark., 2010).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada sağlık çalışanları arasında yüksek oranda görülen, iş ve aile hayatını olumsuz yönde etkileyen anksiyetenin acil serviste çalışan hemşirelerdeki ve doktorlardaki düzeyinin saptanması amaçlanmıştır. Acil servis gece nöbetlerinin, cinsiyetin, medeni durumun, madde kullanımının, çalışma süresinin, çalışılan kurum ve çalışma sisteminin anksiyete ile ilişkili olup olmadığı araştırmak ve önlenebilir faktörleri düzeltmek amaçlı bu çalışma yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet öncesi anksiyete nedenleri nelerdir?
2. Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet sonrası anksiyete nedenleri nelerdir?
3. Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların sosyo-demografik özellikleri ve anksiyete arasındaki ilişki nasıldır?
4. Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların çalışma sistemi ve çalışma süresi ile anksiyete arasındaki ilişki nasıldır?
5. Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların çalışılan kurum ve vardiya sistemi ile anksiyete arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete

2.1.1. Anksiyetenin Tanımı

Günümüz insanı, varlığını tehdit eden, onu çeşitli streslere karşı mücadeleye zorlayan, adaptasyonunu bozan bir dünya içinde yaşamaktadır (Güreş, 2010). Sanayileşmenin getirdiği rahatlık, bireylerdeki manevi bağların değer kaybetmesine, aile ve toplum içindeki ilişkilerin zayıflamasına neden olmuştur. Temel değerler, standartlar, inançlar, şüphe ve kararsızlıklar, modernleşen yaşam koşulları gibi faktörlerin artmasıyla bireylerin sorumlulukları ve stresörleri artmış olup günümüz insanların sıkıntı içinde bırakılmaktadır (Gençtan, 2003; Nutt, 2006).

Günümüzde iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı, boğuluyormuş gibi hissetme sözcükleri anksiyeteyi ifade etmektedir (Işık ve Uzbay, 2008). Anksiyete (anxiety) kelimesi latince kökenli bir kelime olup boğulma anlamına gelen “angere” kelimesinden türetilmiştir (Koroğlu, 1997). Anksiyete, insan duygularının en evrensel olanıdır (Güreş, 2010). Günlük yaşantımızın doğal, isteğimiz ve irademiz dışında gelişen bir parçasıdır anksiyete (Öner, 2012). İçten gelen, sebebi bilinmeyen korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan negatif bir duygudur. Anksiyete tüm insanlarda zaman zaman yaşanan olağan bir duygu olup, organizmanın biyolojik bir koruma sistemi, kısaca ‘tetikte olunması’ için gelen bir uyarıdır (Kocabaşoğlu, 2005; Sadock ve ark., 2008). Olası bir potansiyel tehlike algılandığında ortaya çıkarak, kişinin tehlikeli durumdan kendini sakınmasına, tehlikeye karşı gerekli önlemleri almasına, onlara karşı koymasına ya da uyum davranışı geliştirmesini sağlayan bir emisyonudur (Karaman, 2011; İlbaşı, 2014). Bu duygu kişinin yaşamını da sağlıklı bir biçimde sürdürmesine olanak verir (Muşlu ve ark., 2012).

Anksiyete bireyin doğum anıyla başlayan, belirli bir düzeyde günlük yaşamını sağlıklı bir şekilde yürütmesi için gerekli olan bir duygu durumudur. Belirli bir düzeydeki anksiyete bireylerin kişisel gelişimini, yaratıcılığını, üretkenliğini pozitif yönde geliştirmesinden dolayı bireylerin iş ve sosyal yaşantılarında ki başarıları artar ve bireylerin kendilerine olan özgüvenlerinin artmasına yardımcı olur (Kocabaşoğlu, 2005). Ayrıca kişilerin günlük yaşam içerisine de karşılaştıkları tehlikelere karşı kişilerin daha tedbirli olmasını sağlar. Ancak bireylerin algıladıkları tehditle başa

çıkmaları için gelişen bu duyguya uzun süre maruz kalınması durumunda, bireylerin sosyal ve ailevi yaşamları, kişilerle olan iletişimleri ve kişilik özellikleri negatif yönde etkilenmeye başlamaktadır. Bu evreden sonra anksiyete, kişilerde ruhsal problemler oluşmasına neden olmaktadır. Anksiyete hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur (Hughes ve ark.,2004; Öztürk ve ark., 2008).

Toplumda en yaygın görülen ruhsal bozukluk anksiyete bozukluklarıdır (Ito, 2000). Anksiyete bozuklukları çok sık depresif bozukluklara eşlik etmektedir. ABD’ de yapılmış bir araştırmada; Amerika’da yaklaşık her dört yetişkin bireyin bir tanesinin anksiyete bozukluğu tanısı almış olduğu belirlenmiştir. Kanada’da yapılan bir araştırma sonucu ise anksiyete bozukluklarının yıllık yaygınlık oranının erkeklerde %9, kadınlarda ise %16 olduğu bildirilmiştir. Dünyanın farklı ülkelerinde yapılmış araştırmalarda ise yıllık prevalans için benzer oranlar saptanmıştır (Gabbard, 2000; Ito, 2000).

Anksiyete bozuklukları bireylerde ilk kez 13-24 yaşlarında ortaya çıkarken, kişilerin doktora başvurma zamanı 30 ve üzeri yaşlarda olmaktadır. Doktora başvuru zamanındaki gecikme ise, bireylerin yaşadıkları anksiyete bozukluklarını kişilik özellikleri olarak düşünmesi ve bu durumu normal olarak adlandırması ayrıca anksiyete bozukluğunu tedavi edilebilecek bir hastalık olarak görmemesinden kaynaklanmaktadır (Dilbaz, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 14 ülkede 15 merkezde yürüttükleri, 25000 erişkini psikiyatrik bozukluklar açısından taradıkları çalışmada anksiyete bozuklukları prevalansının %10,5 olduğunu bildirilmiştir (Dilbaz, 2000).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yürütülen bir çalışmada bir yıllık anksiyete prevalansının %17,3 olduğu bildirilmiştir(Dilbaz, 2000). Avustralya Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine göre nüfusun %9,7’sinin son bir yıl içinde anksiyete bozukluklarına ait belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca 18-55 yaş aralığında bu prevalans rakamlarının sabit kaldığı ve 55 yaşından sonra bu oranın giderek azaldığı bildirilmiştir (Dilbaz, 2000; Akerstedt, 2003).

2.1.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete kişiye özgü bedensel belirtilerle ortaya çıkar. Anksiyete bozuklukları sınıflandırılmış ve bu sınıflandırma içerisindeki tanıların dışı vurum belirtilerinin farklılık gösterdiği ayrıca kişilik özellikleri ve anksiyete derecesine göre de değişik belirtilerin görülebileceği bilinmektedir. Anksiyetenin bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik bileşenleri vardır (Kocabaşoğlu, 2008; Güreş, 2010).

Psikolojik bileşenler önemli ölçüde bireysel değişkenlik gösterirken, fizyolojik belirtiler ise egonun içinde bulunduğu bozulmuş dengeyi düzeltmek için çaba harcamasıyla ortaya çıkan belirtilerdir. Egonun aşırı zorlanması ve geliştirdiği tüm savunmaların başarısız kaldığı durumda, anksiyete psikotik bir davranış haline gelir (Kocabaşoğlu, 2008; Karaman, 2011).

Bilişsel Belirtiler

Duyusal- algısal belirtiler; aklın sisli, bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışı hislerdir.

Düşünce zorlukları; önemli şeyleri hatırlayamama, bilinç sislenmesi (konfüzyon), düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksamalar, kesintiler, objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğüdür.

Kavramsal sorunlar; kontrolü yitirme korkusu, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarınca olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalardır (Akıncı ve ark., 2003; Işık ve Uzbay, 2008).

Duygusal (affektif) Belirtiler

Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizliktir (Akıncı ve ark., 2003; Işık ve Uzbay, 2008).

Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenen bu davranışlar önceleri anksiyeteyi azaltma amacı güderken sonrasında anksiyeteyi artıran özellik kazanır. Bu belirtiler; kaçma, kaçınma, huzursuzluk, donakalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, yoğunlaşma bozukluklarıdır (Akıncı ve ark., 2003; Işık ve Uzbay, 2008).

Fizyolojik Belirtiler

Kalp-damar sistemi belirtileri; çarpıntı, kalp hızında artma, kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, bayılma, yüz kızarması, aritmidir.

Solunum sistemi belirtileri; solunum sayısında artma, nefes darlığı, hava açlığı, kesik solumadır.

Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri; kaslarda gerginlik ve spazm, reflekslerde artma, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, yalancı romatizmal ağrılar, titreme, yüzde ve göz kapaklarında seyirme, uykuya dalma güçlüğü ve huzursuz uykudur.

Sindirim sistemi belirtileri; karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı-kusma, ishal, yutma güçlüğü, ağızda kurumadır.

Ürogenital sistem belirtileri; sık idrara çıkma, cinsel güçsüzlük, erken boşalma, cinsel soğukluktur.

Cilt belirtileri; yaygın terleme, soğuk ve nemli eller, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleridir (Akıncı ve ark., 2003; Işık ve Uzbay, 2008).

2.1.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları yüksek komorbiditeye sahiptir. Çeşitli alanlarda işlev bozukluklarına neden olur. Kişisel ve sosyo-kültürel özellikler, stresli yaşam olayları risk etkenleri arasındadır. Genellikle kronik ve inişli-çıkışlı bir gidiş gösterir (Doğan, 2010).

Yapılan araştırmalarda anksiyetenin, kadınlarda genellikle erkeklere göre iki kat daha sık görüldügü tespit edilmiştir (zcan ve ark., 2006). Türk Psikiyatri Derneği verilerine göre 15-55 yaş arasındaki nüfusta en sık 5 hastalıktan biri anksiyete bozukluğudur. Kadınlarda başlangıç yaşının daha erken ve tekrarlama oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kocabaşoğlu, 2008). DSÖ araştırmasına göre; 2020 yılında kadın ve gelişmekte olan toplumlarda yeti yitimine birinci sırada neden olan hastalık olarak depresyon ve anksiyete bozuklukları gösterilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2010). Düşük, ğrenim durumuna ve gelir düzeyine sahip olmak anksiyete bozukluğu grlme riskini artırmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu, birinci basamakta en sık grlen psikiyatrik hastalardan biridir (Kocabaşoğlu, 2008).

2.1.4. Anksiyetenin Etyolojisi

Psikolojik Varsayımlar

Psikoanalitik Varsayım

Anksiyete kişinin i çatışması sonucunda oluşur. Bu çatışma benlik-alt-benlik ya da benlik-üst-benlik arasında gelişebilir. Alt-benlik bilincin kişiliğe dönük olmayan yönünü tanımlamak için kullanılır ve haz ilkesi doğrultusunda çalışır. Üst-benlik ise benlik amaçları ve vicdandan meydana gelen toplumsal kişiliğimizdir. Üst-benlik haz ilkesi ile çalışan alt-benliğin dürtülerini gerçekleri tarafından engeller. Benlik, alt-benlik ile üst-benlik arasındaki bu çatışmayı çözümleyerek dürtüleri bastırırsa (represyon) sorun çözülür. Benlik, alt-benlik ile üst-benlik arasındaki bu çatışmayı zmleyemezse, bu dürtüyü tehlike olarak algılar. Bütün bu çatışmalar bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar. Buna "serbest yüzen anksiyete" denir. Eğer bastırma içe yaramadığında bu çatışmayla baş etmek için diğer savunma düzeneklerini kullanırsa kullandığı savunma düzeneğine göre diğer anksiyete bozukluklarının klinik tabloları gelişir (ztrk, 2004a;2004b; Sungur, 2006).

Varoluşcu Görüş

Varoluşcu görüşe göre anksiyete kişinin yaşamı anlamsız bulması ve bunun sonucunda içine dştg "hiçlik" duygusuna bağlıdır. Anksiyete varoluşunun bir hiç olabileceğini, kendisini ve dünyasını tümden yitirebileceğinin, hiç olabileceğinin

bilincinde olmasıdır. Korku, dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı oluşan kişinin varlığının dışına, dışsal olan bir tehlikeye karşı tepki, anksiyete ise kişinin doğrudan doğruya varoluşuna, özüne bir tehdittir. Korku, başka duygular gibi incelenebilir fakat anksiyete, ancak varoluşa (dasein) tehdit olarak anlaşılabilir (Öztürk, 2004a;2004b; Sungur, 2006).

Davranışçı Görüş

Anksiyeteyi davranışçı görüş öğrenme modeli ile açıklar. Özgül çevresel uyaranlara karşı genelleşmiş koşullu bir cevap olarak ortaya çıkar anksiyete. Buna göre çocukluk çağından itibaren ebeveynlerin durumların ve olayların karşısında verdikleri tepkileri gözlemler ve öğrenirler. Bu öğrenme sürecine sosyal öğrenme denir. Davranışçı görüş, anksiyetenin yaşanması için bir iç çatışmanın olmasına gerek olmadığını savunur. Davranışçı görüşe göre anksiyetenin bir bozukluk olarak nitelendirilmesi, tehlikesi olmayan bir durumu tehlikeli olarak algılamayı öğrenmek ile ilişkilidir (Öztürk, 2004a;2004b; Sungur, 2006).

Bilişsel Görüş

Bilişsel görüşe göre, kişinin gerçeği hatalı ya da çarpık algılaması ve değerlendirmesi sonucu elde ettiği yanlış izlenimleri doğrultusunda ortaya çıkan abartılı ve gereksiz bir “tehdit ve tehlike beklentisi” olarak açıklama eğilimindedir. Yani anksiyete oluşmasının nedeni gelişen olay değil, kişinin bu olayı nasıl algıladığıyla ilişkilidir (Öztürk, 2004a;2004b; Sungur, 2006).

Biyolojik Varsayımlar

Anksiyeteyi biyolojik yönden açıklayan kuramcılara göre anksiyetenin biyolojik nedenleri bulunmaktadır. Anksiyete bozukluklarında sempatik aktivitenin arttığı bundan dolayı da fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Noradrenalin ve serotonin gibi bazı nörotransmitterlerin anksiyete oluşu sırasında arttığı ve önemli rollerinin olduğu bilinmektedir. Gelişmiş beyin görüntüleme teknikleri ile yapılan çalışmalarda beynin bazı bölgelerinin anksiyete ile ilişkili olduğuna dair veriler elde edilmiştir. Bunların dışında ise anksiyete bozukluklarının kalıtsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir (Öztürk, 2004a; 2004b; Sungur, 2006).

2.1.5. Anksiyete Düzeyleri

Hafif anksiyete

Bireyin algılama alanı geniştir. Daha uyanıktır ve kendi davranışlarını daha iyi gözlemleyebilir bu bağlantılarını sözel olarak başka kişilere aktarabilir (Işık ve Taner, 2006). Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur. Sözel olamayan davranışlar bireyin tetikte, güvenli ve göreceli olarak tehlikeden uzak olduğunu yansıtır (Nural, 2003; Işık ve Taner, 2006).

Orta Derecede Anksiyete

Güven duygusu azalmıştır, endişeli, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı olabilir. Algılama alanı kısıtlıdır (Işık ve Taner, 2006). Daha az görmek, duymak ve kavramakla beraber yöneltildiği zaman daha dikkatli olabilir. İşiyile ilgisi olmayan konuları dışarıda bırakabilir, ilgili konuya konsantre olur ve yaşadığı olaylar arasındaki görebilir (Nural, 2003; Işık ve Taner, 2006). Konuşma hızı ve şiddeti çoğu kez artar, vücut pozisyonu sık sık değişir ve ara sıra göz teması kurulur. Bu düzeyde anksiyetesi olan bireyler sorumluluk alma ve sosyal toplantılara katılma konusunda çekimserdirler (Wittchen ve ark., 2000).

Şiddetli Anksiyete

Bireyin algılama alanı fazlasıyla daralmıştır (Işık ve Taner, 2006). Dikkatini ayrıntılar üzerinde toplayabildiği halde olaylar arasında bağ kuramaz, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır. Yüksek sesle ve hızlı bir şekilde konuşur, göz teması zayıftır. Sözsüz davranışlar, elleri ovuşturma, yüzün buruşturulması ve aşağı yukarı yürümler şeklinde olabilir (Wittchen ve ark., 2000; Nural, 2003).

Panik Anksiyete

En şiddetli derecedeki anksiyetedir. Birey odaklandığı konuyu çarpıtır ve abartır. Bireyler uyum bozuklukları yaşarlar. Bireyler panik duygusunu yaşamamak için olaylardaki kendilerine yönelen alanları görmezlikten gelir. Rahatlaması için yardıma

gereksinimi vardır. Bireyde korku, dehşet, dikkatsizlik görülebilir. Birey kendisini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir (Nural, 2003; Işık ve Işık, 2006).

Bireylerde anksiyete oluşmasında ve anksiyete düzeyinin değişmesinde kişilik özellikleri, bedensel ve ailevi yapısı ayrıca sosyo-kültürel ve iş yaşantısı etkinlik gösterir (<http://www.psikiyatr.com>, 2014).

2.2. Anksiyete Bozuklukları

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabına (Diagnostik and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourt edition text revision (DSM-IV-TR sınıflandırması)'e göre Kategorik Anksiyete Bozuklukları olarak yer alan sınıflama(Kessler ve ark., 2005):

Anksiyete bozuklukları DSM-IV' te alt başlıklar olarak ele alınmıştır:

1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
2. Panik Bozukluk
 - a-Agorafobi ile birlikte
 - b-Agorafobi ile birlikte olmayan
3. Özgül Fobi
4. Sosyal Fobi
5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)
6. Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)
7. Akut Stres Bozukluğu
8. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
9. Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu
10. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

2.2.1. Panik Bozukluklar

Panik bozukluklar, panik atağı ve panik bozukluğu içerir. Panik bozukluklar kişinin aniden gelişen yoğun anksiyete nöbeti geçirmesini ya da anksiyete nöbetini bekleyerek endişelenmesini ve davranışsal değişikliğe gidilmeyi içermektedir (Alkın, 2007). Bu ataklar sırasında, aniden gelen ölüm korkusu, kontrol kaybı, delireceğini

düşünme, kalp krizi ya da felç geçireceğine dair düşünceler ve fiziksel değişiklikler görülmektedir (Esmâ, 1998; Yüksel, 2001)

Panik Atak

Panik atak kısaca ani başlangıçlı endişe nöbeti olarak tanımlanabilir. Panik ataklar; hiçbir neden olmaksızın ya da çeşitli tetikleyicilerin varlığında aniden gelişir, kendini tekrarlayabilir, nöbetlerle karakterizedir ve fiziksel belirtilerle kendini gösterir. Fiziki bir yaralanmaya neden olmasa da kişilerde büyük bir anksiyete duygusu oluşturarak hayat kalitelerini düşürürler (Onur ve ark., 2004).

Bu yoğun endişe nöbetleri en fazla 1 saat kadar sürmektedir. Atak başladığında yaklaşık 10 dk sonra endişe düzeyi en üst seviyeye ulaşmış olur. Ataklar sona erdiğinde kişi aşırı gergin ve yorgun olur. Bu rahatsızlığa sahip olan bireyler yalnız kalmak istemezler, başkalarının yanında kendilerini daha güvenli hissederler. Bazı durumlarda ani başlangıçlı olması nedeniyle bireyler evlerinden çıkmak istemez, atak yaşadıkları yerlere tekrar yaşama korkusu nedeniyle gitmek istemezler. 20'li yaşlar genellikle panik atağın görülmeye başladığı dönemdir. Panik atağın başlamasında; stresli yaşam öyküsü, genetik ve kişilik özellikleri rol oynamaktadır. Asosyal bir hayat süren kişilerde, çekingen ve içe kapanık kişilik özelliği bulunan bireylerde panik atak gelişiminin daha fazla olduğu görülmektedir (Kılıç, 1998; Onur ve ark., 2004; Merikangas, 2006).

Bu hastalığa sahip bireyler atakların ani gelişmesinden dolayı ne zaman atak gelişeceğini bilemez ve endişeli bir şekilde atakları beklemeye başlar. Bu endişeli bekleyiş 'beklenti kaygısı- anksiyetesi' olarak adlandırılır. Beklenti anksiyetesi yaşayan bireyler zamanla işlevselliklerini kaybederler.

DSM-IV'e göre panik ataklar, aniden başlar ve 10 dakika içerisinde doruk noktasına ulaşarak gittikçe şiddetlenir. Panik belirtilerinin en az dördünün olması gerekmektedir. Ataklar yaklaşık 15-20 dakika sürer (Kessler ve ark., 2005).

Tablo 1. Panik Atağı DSM-IV TR Tanı Ölçütleri

1. Çarpıntı,
 2. Terleme,
 3. Titreme ya da sarsılma,
 4. Nefes darlığı ya da boğulma hissi,
 5. Soluk kesilmesi,
 6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,
 7. Bulantı ya da karın ağrısı,
 8. Baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik hissi ya da bayılacakmış gibi olma,
 9. Derealizasyon ya da depersonalizasyon,
 10. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu,
 11. Ölüm korkusu,
 12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma hissi),
 13. Üşüme ya da ateş basmaları gibi belirtilerdir.
-

Panik Bozukluk

Panik bozukluk, panik ataklarla karakterizedir yani panik atak geçirmiş bireylerin panik atakları tekrar yaşayacaklarına dair duydukları yoğun endişe ve bu endişelenmeler sonucu bireyin hayatını kısıtlamasıyla karakterize bir psikolojik rahatsızlıktır (Onur ve ark., 2004).

Her panik atak geçiren bireyde panik bozukluk gelişmez. Ancak panik ataklar tekrar eder ve her atak bir öncekinden daha şiddetli ve yoğun olmaya başladığında ve kişi düşünsel olarak ataklara yoğunlaşmaya başladığında atak geçireceği yönünde endişelerde başlar. Bu durum beklenti anksiyetesi olarak adlandırılır. Birey yaşadığı bu yoğun beklentili anksiyeteden kaçınma davranışı geliştirerek korunmaya çalışmaktadır. Kaçınma davranışı bireyi kısıtlayarak işlevselliğini bozar ve başka bireylere bağımlı hale getirerek kişiyi yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Yelken ve Kaptanoğlu, 2000; Onur ve ark., 2004; Merikangas, 2006).

Panik bozukluk genellikle 25’li yaşlarda gözlemlense de hayatın her döneminde görülebilecek bir psikolojik rahatsızlıktır. Yapılan araştırmalar, kadınlarda

erkeklerle göre daha fazla görüldüğünü göstermiştir ve genetik geçişin daha fazla yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir (Doğan, 2010).

Tablo 2. DSM-IV'e göre "agorafobisiz panik bozukluk" tanı ölçütleri

-
- A. Aşağıdakilerden hem (1) hem (2) vardır:
1. Yineleyen beklenmedik panik atakları
 2. Ataklardan en az birini, bir ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:
 - a) Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı
 - b) Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. Kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma.
 - c) Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme
- B. Agorafobinin olmaması
- C. Panik atakları bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. 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.
-

Epidemiyoloji

Panik bozukluk genel olarak sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Toplumda her 10 kişiden biri yaşamları boyunca en az bir kez panik atağı yaşamaktadır. Panik bozukluğun hayat boyu yaygınlığı %1,5-3 olarak bildirilirken, panik atağın yaşam boyu yaygınlığı %3-5 aralığında olduğu bildirilmiştir (Onur ve ark., 2004; Doğan, 2010). Panik bozukluğun yaygınlığı ülkelerde farklılık göstermektedir. Bu farklılığını farklı coğrafi koşullar ve inaçlar gibi etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise kadınlarda %0,5, erkeklerde %0,2 olarak bildirilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Panik bozukluk ortalama olarak 25 yaş civarında kendini göstermeye başlamaktadır. Bireylerin yaşı ilerledikçe panik bozukluk yaşama oranı ve

şiddeti azalma eğilimi göstermektedir. Yapılan çalışmalar kadınların erkeklerden daha fazla panik bozukluk yaşadıklarını göstermektedir. Özellikle kadınlarda agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk görülmektedir (Kocabaşoğlu, 2008). Panik bozuklukların oluşumunda erken dönemde yaşanan ve bireyin psikolojisini olumsuz yönde etkileyen olaylar, çevresel faktörler, genetik ve biyolojik faktörler rol oynamaktadır (Kılıç, 1998; Yelken ve Kaptanoğlu, 2000; Doğan, 2010).

2.2.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Bireyler her gün çeşitli stresörlerle karşı karşıya kalmaktadır. Günlük yaşam insanları endişelendirmektedir. Ailesi, sevdikleri, iş yaşantısı, sosyal yaşam ya da para konusunda herkesin bir miktar endişesi vardır. Günlük yaşam endişeleri normal bireyleri yaşama karşı daha adapte hale getirirken, yaygın anksiyete bozukluğuna (YAB) sahip olan bireylerde tam anlamıyla bir karmaşa yaratmaktadır. Yani yaygın anksiyete bozukluğu günlük olağan olaylarla ilgili bireylerin engelleyemediği aşırı endişe ve üzüntü göstermesi durumudur (Pıçakçiefte, 2010). Bu hastalıkta bireyler gerçek ya da gerçek olmayan bir olay için endişe ve üzüntü yaşarlar, bireyler endişelerine endişelenme durumu yaşamaktadırlar (Muller, 2005). Bireyler kontrol edemeyecekleri olaylar hakkında aşırı ve kontrol edilemez tepkiler vermeye başlar (Taycan, 2006). YAB da kişinin sürekli bir iç sıkıntısı, kötü bir şey olacaktıymış kaygısı ve endişesine sahip olması durumudur. Kaygı ve endişelerini kontrol etmekte zorlandığı için kişinin işlevselliğinin önemli derecede bozulmasına neden olan bir anksiyete bozukluğudur (Esmâ, 1998; Akıncı ve ark., 2003).

Genel olarak YAB çocukluk ya da genç erişkinlik döneminde başlamaktadır. Yaş ilerledikçe de kaygı bozuklukları şiddetini ve görülme sıklığını arttırmaktadır. YAB oluşmasında biyolojik faktörler, kişilik özellikleri ve çevresel faktörlerin etkin olduğu gözlemlenmiştir. Biyolojik açıdan nöral iletinin bozulması, bireyin çekingen olması ve benlik saygısının olmaması gibi kişilik özellikleri ve stres verici yaşam olayları YAB oluşumuna etken olmaktadır (Pine ve McClure, 2006).

YAB, bireylerde en az 6 boyunca ve her gün ortaya çıkmaktadır. Bireylerde huzursuzluk, uyku problemleri, aşırı sinirlilik hali, dikkat dağınıklığı gibi problemler

ortaya çıkmaktadır. Bu tarz bedensel yakınmalar bireylerin günlük işlevlerini bozar düzeydedir (Durmuş, 2007).

DSM-IV'te yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal ya da mesleki işleyişte ciddi bozukluklara veya YAB' na sahip olan bireylerde belirgin strese yol açan, çeşitli somatik belirtilerle giden yaygın endişe durumu olarak tanımlanmıştır (Kessler ve ark., 2005). YAB, kısıtlayıcı ve kronik bir bozukluktur (Wittchen ve Fehm, 2003).

Epidemiyoloji

Yaygın anksiyete bozukluğu sıkça karşılaşılan bir rahatsızlıktır. Genç yaşlarda başlar fakat doktora ileri yaşlarda başvuru gerçekleşir. Yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı %3 ila %8 arasındadır (Doğan, 2010). Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmesine rağmen yapılan çalışmalar doktora başvuru oranlarının eşit olduğunu göstermektedir. Kadınlarda gelir düzeyinin az olması ve kentsel yaşama uyumda zorlanma gibi faktörler etken olmaktadır. ABD' de yapılan bir çalışmada, 15-55 yaşları arasındaki bireylerde yaygın anksiyete bozukluğu görülme oranı % 1,6 dır (Hunt ve ark., 2002; Wittchen ve Fehm, 2003).

Yapılan araştırmalar YAB genç yaşlarda % 5 oranında görüldüğünü yaşın ilerlemesi ile bu oranın % 7 – 10 arasında değiştiğini göstermiştir (Özdemir ve Kocabaşoğlu, 2007).

Avustralya'da yürütülen bir çalışmada sosyal destekten yoksun bireylerin, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan bireylerin anksiyete oranları diğer bireylere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yine çalışmalar YAB bulunan bireylerde ek bir psikiyatrik tanının %65 oranında bulunduğunu göstermişlerdir (Özdemir ve Kocabaşoğlu, 2007; Doğan, 2010).

Tablo 3. DSM-IV'e göre "yaygın anksiyete bozukluğu" tanı ölçütleri

-
- A. En az 6 ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş başarısı, okul başarısı vs.) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılma
 - B. Kişi kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz
 - C. Kaygı ve kuruntu, aşağıdaki 6 semptomdan en az üçüne eşlik eder:
 1. huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe
 2. kolay yorulma
 3. düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması
 4. iritabilite
 5. kas gerginliği
 6. uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük çekme, huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku)
 - D. Anksiyete ve üzüntü odağı bir Eksen 1 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. Kaygı, kuruntu ve fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik 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.
-

2.2.3. Özgül Fobi

Özgül fobi belli bir nesneye, duruma ya da hayvana karşı oluşan aşırı ve anlamsız bir korku duyma halidir. Fobilerin oluşmasında gerçek nedenler varken bireylerin algılamaları sonucu aşırılıklar ortaya çıkmaktadır. Bazen de bireyin uyarını düşünmesi bile bireyde yoğun anksiyeteye neden olabilmektedir (Aydın ve Bozkurt, 2005). Yaşadıkları anksiyete şiddetini, bireyin uyararla aralarındaki mesafeye ve kaçabilme durumu belirler. Özgül fobiye sahip olan bireyler korkularının anlamsız

olduklarının farkındadırlar. Yapılan çalışmalarda özgül fobiye sahip olan bireylerin sağlık kuruluşlarına başvuru oranları düşük bulunmuş ve nedeni sorgulandığında bireylerin bu durumu kişilik özellikleri olarak adlandırdıkları ve de tedavi edilemeyeceğini düşünmeleri olarak saptanmıştır (Sevinçok, 2001). Özgül fobi genel olarak küçük yaşlarda ortaya çıkar ve ergenlik döneminde kaybolur fakat bazen ergenlik döneminde de ortaya çıktığı görülmüştür (Eşsizoglu ve ark., 2008). Özgül fobi yaşayan bireyler genel olarak yaşantılarının hiçbir bölümünün etkilenmediğini söyleseler de uyarandan kaçınma uyarana olan bölgelerde bulunmama gibi kaçınma duygusu sebebiyle yaşantıları kısıtlanır ve olumsuz yönde etkilenir. Özgül fobinin oluşmasındaki etkenler, çevresel koşullanma, genler ve de psikodinamik yaklaşımlardır. Bireyin anne veya babasının yaşadığı fobilere verdikleri tepkileri benimser ve birey bu uyarana karşı kendisinde aynı anksiyeteyi gösterir bu durumda; bireyin çevresel koşullanma etkisinde kaldığını göstermektedir. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki türlerin kendilerine ait ve kalıtsal olarak nesiller aktardıkları fobiler bulunmaktadır. Örneğin yılanla karşılaşmayan maymunlara yılan resmi gösterdiklerinde aşırı tepki verdikleri gözlemlenmiştir. Bireylerde ise bu daha çok hayvanlardan korkma, yaralanma korkusu gibi durumlarla örneklendirilebilir. Ayrıca birey her nesneye aynı fobik tepki geliştirmede de gözlemlenmiştir. Örnek olarak sivri cisimlere, karanlığa daha çabuk fobi gelişirken bitki gibi nesnelere genelde gelişmediği görülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

DSM-IV tanı ölçütlerinde, korkuyu başlatan etkenler temel alınarak özgül fobinin 5 alt tipi tanımlanmıştır (Kessler ve ark., 2005).

1-Durumsal Tip: Durumsal tip fobi de kişi uçağa binmekten, araba kullanmaktan, tünel ya da köprüde bulunmaktan dolayı anksiyete yaşar.

2-Doğal Çevre Tipi: Bu korkunun kaynağını göl, deniz gibi su kaynakları, gök gürültüsü fırtına gibi doğa olayları oluşturur. Bu korku çocukluk yıllarında başlar. Gök gürültüsü gibi doğa olaylarını engelleyemediği için bu bireylerde anksiyete seviyesi yüksek olur. Kulaklarını kapama gibi kaçınma tepkileri gösterirler.

Tablo 4. DSM-IV'e göre "özgül fobi" tanı ölçütleri

-
- A. Özgül bir nesne yada durumun (uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme gibi) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.
 - B. Fobik uyarımlarla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.(çocuklarda anksiyete; ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışa vurabilir.)
 - C. Kişi, korkusunu aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.(çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
 - D. Fobik durumdan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla buna katlanılır.
 - E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durumda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
 - F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
 - G. Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik atakları ya da fobik kaçınma, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu (okula gitmekten kaçınma gibi), sosyal fobi (utanacak olma korkusu yüzünden toplumsal durumlardan kaçınma gibi), agorafobi ile birlikte panik bozukluk ya da panik bozukluk öyküsü olmadan agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
-

3- Kan-enjeksiyon-yara tipi: Bu fobi türü halk arasında kan tutması olarak adlandırılır. Kan görme, kan verme gibi olaylar dışında kaza görmek ya da saklanan birisini görmek gibi durumlar bu bireylerde genellikle aynı belirti vermesine neden olur. Bu kişilerde taşikardi, mide bulantısı ve bayılma hissi tepkiler su yüzüne çıkar ve genellikle bayılma görülür. Bu fobiye sahip kişilerin kan görmesine gerek yoktur, kan kelimesini duymak bu bireylere anksiyete yaşatmaya yeterdir. Bu fobiye sahip bireylerin ailelerine bakıldığında ise aynı fobiye rastlanma olasılığı yüksektir. Bu bireylerin fobileri nedeniyle sağlıkları da olumsuz yönden etkilenmektedir.

4- Hayvan Tipi: Bu özgül fobi en çok rastlanılan türdür. Bu tür fobi genellikle çocukluk çağında başlamaktadır. Korkunun kaynağını hayvanlar oluşturur. Bu tip özgül fobinin kaynağı hayvan olduğu için kültürel farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde kedi, köpek ve kuş en yaygın hayvan fobisidir.

5- Diğer Tip: Bu tipteki uyarınları diğer tiplerdeki uyarınlardan dışında kalanlar oluşturmaktadır. Kişi boğulmaktan, nefes alamamaktan, kusmaktan ya da hasta olmaya neden olabilecek tüm durumlardan korkar. Kişi öyle ki boğulabileceğini düşündüğü için yemek yemekten kaçınır hale gelebilir.

Epidemiyoloji

Özgöl fobinin görölme sıklığı ve türleri kültürel farklılık göstermektedir. Yaşam boyu görölme sıklığı %11 -12 arasındadır. Çocuklar da ise görölme sıklığı daha fazladır. Kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görölme sıklığı vardır. Büyük şehirlerde özgöl fobi kırsal bölgeye göre neredeyse iki kat daha fazla görölme sıklığı vardır. Hayvan, yükseklik korkusu ve karanlık alan korkusu en sık görölünen özgöl fobilerdir. Kadınlarda da bu tür fobiler belirgin derecede fazladır. En sık 25-44 yaşları arasında görölürken, bu yaş grubunun %7,9-8,8 'i etkilemekte, 18-24 yaş arasında %6,5, 55 yaş üzeri %5,2 görölme sıklığı vardır (Aydın ve Bozkurt, 1998).

2.2.4. Sosyal Fobi

Sosyal fobi; bireyin toplum içerisinde başkaları tarafından yargılanacağı, küçük düşürüleceği ya da rezil olacağı gibi duygulara kapılıp belirgin bir şekilde ve sürekli korku duyma durumudur. Bu kişiler kalabalık ortamlarda bulunmak istemez, kişilerle iletişime geçmekten sıkıntı duyarlar ve rahat hareket edemezler (Esel, 2003; Kessler ve ark., 2005). Sosyal fobik bireyler sürekli kaçınma eğilimindedirler çünkü ortamdaki her bireyin kendilerine baktıklarını düşünürler. Kendilerinin yargılanacaklarını, küçük düşeceklerini düşünerek etkileşim gerektiren her durumdan ve olaydan uzak durmaya çalışarak işlevselliklerini kaybederler. Ayrıca bu bireyler korkularının mantıksız ve gerçek dışı olduklarının bilincindedirler fakat korkularını engelleyememektedirler. Sosyal fobik bireyler henüz gerçekleşmeyen olaylar karşısında dahi günler süren anksiyete yaşayabilirler (Aslan ve Yüksel, 2006).

Sosyal fobi toplum yapısına, değer yargılarına göre farklılık göstermektedir. Bu kişiler başka insanların yanında yemekten, konuşmaktan, soru sormaktan aşırı derecede rahatsız olurlar yani sosyallik içeren bütün durumlar kendilerini rahatsız etmektedir. Bu nedenle sosyal fobik kişiler kendi haklarını savunamazlar, karşı cinsle

tanışamazlar bundan dolayı da bu rahatsızlığa sahip bireyler genellikle bekârdırlar (Güleç ve ark., 2005). Her birey yaşamı sırasında toplum karşısında konuşmaktan çekinir, sıkılır, başarısız olacağını düşünür fakat bu düşünce bireyi güdüler ve daha fazla çalışmasına sebep olur. Ancak sosyal fobik insanlarda bu güdülenme negatif yönde gelişir kişi kaçma güdüsüyle hareket etmeye başlar ve toplumdan sürekli bir şekilde uzaklaşır. Bu kişilerin özsaygıları çok düşüktür (Bayraktar, 2007). Kendileri, görünüşleri, hareketleriyle aşırı ilgilidirler ve başkalarının da kendileri hakkındaki düşünceleriyle fazlaca ilgilidirler (Alkın Ve Onur, 2007).

Kişi bir sınav karşısında, değerlendirme sırasında yani kendi performansını gösterdiği sırada anksiyete belirtileri gösteriyorsa buna performans anksiyetesi, her tür sosyal etkinlik değil de belli sosyal aktivitelere katıldığı sırada anksiyete yaşıyorsa kısıtlı tip, birkaç insanla dahi bulunmaktan, iş yerinde bireylerin bulunması nedeniyle çalışamamaktan vb. kaynaklı bir anksiyete yaşıyorsa yaygın tip sosyal fobiyi olarak sınıflandırıyoruz (Bayraktar, 2007).

Sosyal fobinin oluşmasında da biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler etkindir. Biyolojik olarak serotonin salınımının yetersizliği düşünülmektedir. Daha önce deneyimlediği başarısızlıklar, özellikle çocukluk çağında edindiği deneyimler nedeniyle o deneyimlere benzer aktivitelerden kaçınma gibi psikolojik kökenli ya da çevresindeki yaşanan olayları gözlemleyerek kendini o tür olaylardan soyutlamasıyla ortaya çıkmaktadır (Cansever, 2007).

Epidemiyolojisi

Sosyal fobi genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Ortalama olarak 15 yaşlarında kendini göstermeye başlar. Çocukluk çağında çekingen olan bireylerin ergenlik döneminde sosyal fobi hastalığına daha kolay yakalandıkları görülmüştür. Amerika, İngiltere ve İspanya' da düzenlenen bir araştırmada sosyal fobinin yaşam boyu görülme sıklığı %2-15 arasında olduğu saptanmıştır (Doğan, 2010).Türkiye'de üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen bir çalışmada ise öğrencilerin %24 ünün sosyal fobiye sahip oldukları belirlenmiştir. Bizim ülkemizde yaşam boyu sıklık oranı ise%2-13 olarak belirtilmiştir (Kılıç, 1998).

Tablo 5. DSM-IV'e göre "sosyal fobi" tanı ölçütleri

-
- A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar.
- 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. (çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
- D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
- E. Kaçınma, kaygılı beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle 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 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.
-

Sosyal fobi genellikle gençlerde, bekârlarda, eğitim seviyesi ve maddi kazancı düşük bireylerde daha fazla görülmektedir. Yapılan araştırmalar; toplum önünde konuşma yapmanın, yemek yemenin ve başkaları ile tanışmanın hemen hemen her ülkede ilk üç sıradaki sosyal fobiyi oluşturduğunu göstermiştir (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Sosyal fobi, başka psikolojik problemleri de beraberinde getirmektedir. Sosyal fobinin görülme yaşı ne kadar düşerse, o oranda da başka psikolojik rahatsızlıkların eşlik etme durumu artar. Çalışmalar sadece %30 olgunun tek başına sosyal fobiye sahip olduğunu göstermiştir (Doğan, 2010; Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2011).

2.2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyon

Bireyler zaman zaman bazı konularda evhamlanır, endişe yaratan düşünceler yaşayabilirler. Ancak sağlıklı bireyler bu endişeli durumun üstesinden gelir ve yaşantılarının olumsuz yönde etkilemesine izin vermezler. Obsesyon ise takıntılı ya da saplantılı düşüncedir. Genellikle düşünce içeriği olumsuzdur, kişide anksiyete yaratır, aniden meydana gelir ve zihni meşgul eder, tekrarlayıcıdır, kişi düşüncelerinin mantıksız olduğunu bildiği halde zihnden uzaklaştırılamadığı düşüncelere obsesyon denilmektedir. Yani obsesyon bir düşünce hastalığıdır (Şahin ve ark., 2011). Obsesyondaki kişiler bu düşüncelerin mantıksız ve saçma olduğunu bilirler. Bu nedenle de çevrelerindeki bireylere rahatsızlıklarından bahsetmek istemezler ve zamanla daha derin anksiyete yaşama başlarlar. Kişiler obsesif düşünceleri baskılamaya, düşünmemeye, zihinlerinden atmaya çalıştıkça bu düşünceler kişide daha fazla yer eder ve kişinin bu düşünceler üzerindeki kontrolünü kaybetmesine neden olur (Köroğlu, 2007). Obsesyonun oluşma nedenleri arasında genetik faktörlerden, çevresel faktörlerden ve kişilik özelliklerinden bahsedilebilir. Psikiyatrik rahatsızlıkların genetik geçişli olduğu düşünülmeğe de bu konu ile ilgili net bilgi henüz elde edilmemiştir. Obsesyon yaratan nesne zamanla değişir ve de çoğalmaya başlar kişinin bütün işlevselliğini kaybetmesine neden olmaktadır. Obsesyonlar genellikle genç yaşlarda görülmeye başlar ve kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür (Bayar Ve Yavuz, 2008). Obsesyon türleri;

Saldırganlık Obsesyonları

Saldırganlık obsesyonları, kişilerin kendilerine, sevdikleri bireylere ya da başka bireylere karşı, fiziksel bir zarar vereceği veya öldüreceği tarzında düşüncelerinin bulunması durumudur. Kişi intihar eder miyim, yakınlarımı bıçaklar mıyım tarzında düşünceye sahiptir. Bu düşünceler sonucu bireyler kendilerini suçlu hissederek aşırı bir anksiyete yaşarlar. Bu obsesyona sahip bireylerde saldırı için kullanılacak tüm eşyaları yaşam alanlarından uzaklaştırma, evden çıkmama ve sosyal ilişkileri kesme tarzında kompülsiyonlar gerçekleşmektedir (Yüksel, 2001; Andrews ve ark., 2003; Bayar ve Yavuz, 2008; Bal ve ark., 2013).

Bulaşma Obsesyonları

Bulaşma obsesyonların da kişi, kendisine hastalık bulaşmasından, mikroplarla temas etmekten, toz, idrar vb. Şeylerin kendisine bulaşmasından dolayı aşırı bir endişe ve sıkıntı duymaktadır. Bulaş obsesyonu yaşayan bireyler yıkama ve temizlik kompulsiyonlarıyla kendilerini rahatlatmaya çalışmaktadırlar. Bu rahatsızlığa sahip bireyler kendilerini koruma adına zamanla alış veriş yapamaz, yolda yürüyemez, evden çıkamaz ve diğer kişilerle iletişim kuramaz hale gelmektedirler (Yüksel, 2001; Andrews ve ark., 2003; Bayar ve Yavuz, 2008; Bal ve ark., 2013).

Kuşku Obsesyonları

Kuşku obsesyonuna sahip olan bireyler herhangi bir eylemi yapıp yapmadığından emin olamama durumu yaşamaktadırlar. Bireyler kapıyı kilitletiğinden, anahtarı yanına alıp almadığından, ışığı kapatıp kapatmadığından vb. Nedenlerden aslında genellikle güvenlik içeren konularda emin olamaz ve neticesince kontrol etme dürtüsü ile kompulsiyonlar gelişir (Yüksel, 2001; Andrews ve ark., 2003; Bayar ve Yavuz, 2008; Bal ve ark., 2013).

Cinsel Obsesyonlar

Cinsel obsesyonlarda bireyler aşırı suçluluk ve utanç yaşamaktadırlar. Bireyler hemcinsleriyle ilişki kurmak, çocuğuna cinsel saldırı olacağını düşünmek ya da hemcinslerinin cinsel organlarına bakmak gibi düşüncelerden kendilerini uzaklaştırılmazlar ve sonuç olarak bireyler yoğun anksiyete yaşayarak, sosyal ilişkilerine zarar vermektedir. Ülkemizde genellikle eş cinsel olma korkusu ya da ensest ilişki korkusu yaşanmaktadır. Cinsel obsesyonlar kültürel özelliklere ve dini inaçlara göre ülkelerde farklı insidanslara sahiptir. Cinsel obsesyonlarda genellikle temizlik ve kontrol etme kompulsiyonları görülmektedir (Yüksel, 2001; Andrews ve ark., 2003; Bayar ve Yavuz, 2008; Bal ve ark., 2013)

Simetri ve Kesinlik İhtiyacı ile Birlikte Olan Obsesyonlar

Bu takıntıya sahip olan bireyler, nesnelere ya da olayların belirli bir düzen içinde olmasını ve bu düzen içerisinde kalmasını isterler. Bu durumun bozulması

bireyleri aşırı derecede huzursuz eder ve sıkıntıya sokar. Bu kişiler simetriyi yakalamak ya da bozmamak için saatlerce uğraşır ve büyük bir zaman kaybına neden olur (Yüksel, 2001; Andrews ve ark., 2003; Bayar ve Yavuz, 2008; Bal ve ark., 2013).

Dinsel Obsesyonlar

Dinsel obsesyonlar, daha çok dini yoğun yaşayan bireylerde görülmektedir. Bu bireylerde kendi dini inaçlarına ters bir düşünce oluşur ve birey bu düşüncelerden dolayı kişi günah işlediği düşüncesiyle büyük bir sıkıntı yaşar ve suçluluk duyar. Kişi bu düşüncelere engel olamaz ve günlük işlevini yerine getiremez hale gelir (Yüksel, 2001; Andrews ve ark., 2003; Bayar ve Yavuz, 2008; Bal ve ark., 2013).

Somatik Obsesyonlar

Somatik obsesyonlar da ise aşırı bir şekilde hasta olma korkusu yaşanmaktadır. Yaşamsal tehditte bulunan hastalıklar hakkında aşırı bir düşünce gelişir ve birey bu düşünceyle başa çıkamaz. Hasta olmadığını kanıtlamak için bu kişilerde, sürekli doktora başvurmak ve tahlil yaptırmak gibi kompulsiyonlar gelişir (Yüksel, 2001; Andrews ve ark., 2003; Bayar ve Yavuz, 2008; Bal ve ark., 2013).

Kompulsiyon

Kompulsiyon (zorlantı); obsesyonlar nedeniyle meydana gelen sıkıntıyı ve huzursuzluğu gidermek amacıyla yapılan davranış ya da zihin eylemlerine denilmektedir. Kompulsif davranış ya da zihin eylemleri tekrarlayıcı özelliğe sahiptir, belli kurallar çerçevesinde yapılma zorunluluğu olduğu düşünülür ve birey kendini bu eylemleri yapmaktan alıkoymaz. Kompulsif eylemler obsesyonları gidermek amacı ile gerçekleşir. DSM-IV tanı ölçütlerinde ise kompulsiyonların obsesyonları nötralize etmek için kullanılan düşünceler de olabileceği belirtilmektedir (Köroğlu, 2007; Amerikan Psikiyatri Birliği).

Kompulsiyonlar, obsesyonların yarattığı anksiyeteyi gidermek amacıyla gerçekleştirilir. Kompulsiyonlar obsesyonlardan hemen sonra görülür ve gerçekleşen kompulsif davranışlar bireyde geçici bir rahatlama neden olur. Ayrıca obsesyonların her zaman kompulsif eyleme neden olmadığı da bilinmektedir. Bu rahatsızlığa sahip

olan bireyler geliştirdikleri kompulsif eylemleri yerine getiremezlerse uğursuzluk yaşayacaklarına inanır ve gerçekleştiremezlerse daha fazla anksiyete yaşamaya başlarlar. Gerçekleşen her kompulsif eylem hastalığın giderek kalıcı olmasına neden olmaktadır. Kişi bu davranışların gereksiz ve saçma olduğunu bilir fakat kendine engel olamaz. Bazen bireylerin obsesyona neden olan korkularına yönelik fakat bu korkudan bağımsız bir kompulsif eylem gerçekleşebilir. En sık görölen kompulsif davranışlar ise;el yıkamak, temizlik yapmak, kontrol etme davranışı,sıraya sokma, sayma ve tekrarlayan eylemlerde bulunmaktır (Bayar ve Yavuz, 2008).

Kompulsiyon tipleri ise;

Temizlik Kompulsiyonları

Temizlik kompulsiyonu bulaşma obsesyonu sonucu meydana gelir. Kişi kendisinin yeteri kadar temiz olmadığını ya da temizlenemediğini düşünerek saatlerce banyo yapma, el yıkama eylemlerini gerçekleştirirler. Bu kişiler çevrelerinin mikropla çevrili olduğunu düşünerek günlerce temizlik yapıp yinede kendilerini rahatlatamayabilirler. Zamanla birey evden çıkamaz, alışveriş yapamaz bir hale gelerek işlevselliklerini tamamen kaybederler. Bu davranışlar sosyal izolasyona kadar ilerler (Yüksel, 2001; Bal ve ark., 2013).

Kontrol Etme Kompulsiyonları

Şüphe obsesyonları nedeniyle kontrol etme kompulsiyonları gelişmektedir. Birey bir eylemi gerçekleştirip gerçekleştirmediği konusunda emin olamaz ve bu eylemler genellikle güvenlik içerikli olup kişinin kendisinin ya da bir başkasının yaralanması düşünceyle meydana gelen endişenin bastırılması için yapılan davranışlardır, kontrol kompulsiyonları. Kişi obsesyon sonucu tekrarlayan kompulsiyonları gerçekleştir ve kısa süreliğine rahatlama yaşar fakat kısa süre sonra kendisinden emin olamaz ve anksiyete yaşamaya devam eder (Yüksel, 2001; Bal ve ark., 2013).

Düzeltilme Kompulsiyonları

Düzeltilme kompulsiyonları, simetri obsesyonları sonucu meydana gelmektedir. Birey, nesnelere hatta kişileri belli bir düzen ve simetri çerçevesinde görmek ve bu

çerçevede tutmak ister. Bu rahatsızlığa sahip bireylerin genellikle iş performansları ve zamanla sosyal ilişkileri de kötü yönde etkilenmektedir (Yüksel, 2001; Bal ve ark., 2013).

Tekrarlama Kompulsiyonları

Tekrarlama kompulsiyonları, bireylerin kötü düşünceler karşısında rahatlatmak amacıyla belli eylem ve sözleri tekrarlamak koşulu ile gerçekleştirdiği kompulsiyonlardır (Yüksel, 2001; Bal ve ark., 2013).

Sayma Kompulsiyonları

Sayma kompulsiyonun da bireyler, gördükleri ve düşündükleri sayıları veya nesnelere sayma eylemi gerçekleştirirler. Sayma kompulsiyonlarını kişi zihinsel yoldan gerçekleştirir. Bir bireyle konuşurken içinden sayı sayabilir ya da kaldırım taşlarını sayma gibi kompulsiyonlar gösterebilirler (Yüksel, 2001; Bal ve ark., 2013).

Dokunma Kompulsiyonları

Bireyler onlar için önemli olan nesnelere ya da kişilere tekrar tekrar dokunma eylemi içindedirler. Nadir olsa da dokunma kompulsiyonlarına koklama kompulsiyonları da eşlik edebilir (Yüksel, 2001; Bal ve ark., 2013).

Biriktirme Kompulsiyonları

Bu rahatsızlığa sahip bireylerde bir gün lazım olur düşüncesi hakimdir. Bu nedenle bireyler kendileri için gerekmeyen malzemeleri alır ya da kendilerinin işine yaramayacak malzemeleri atmazlar (Yüksel, 2001; Bal ve ark., 2013).

Epidemiyolojisi

Güncel epidemiyolojik çalışmalar OKB çok görülen psikiyatrik rahatsızlıklar içinde dördüncü sırada yer aldığını bildirmişlerdir. Toplumda görülme sıklığı aşağı yukarı astım ve diabetes mellitus'un görülme sıklığı kadardır (Andrews ve ark., 2003).

Tablo 6. DSM-IV'e göre "obsesif kompulsif bozukluk" tanı ölçütleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

- (1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler,
- (2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.
- (3) Kişi bu düşünce, dürtü ve düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.
- (4) Kişi, obsesif düşüncelerini, dürtü ve düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

- (1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, düzene koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemler (dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma gibi),
- (2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

- B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.
- C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozarlar.
- D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriasisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir parafili linin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirilmesine düşünme).
- E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
-

Yapılan araştırmalarda yaşam boyu grlme sıklığının %1,9-3,3 olduğu grlmştir. Ülkemizdeki çalışmalarda ise bu oranın %2-3,7 olduğu saptanmıştır. OKB 18-30 yaş arsında görülmeye başlanmaktadır ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğunun bildiren çalışmalar yanı sıra arasında fark olmadığını gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Erkeklerde OKB başlama yaşı kadınlara göre daha kcktr (Doğan, 2010).

Hastalığın, %25-65 oranında aşırı ve yoğun bir strese maruz kalma sonucu ortaya çıktığı belirlenmiştir. OKB oluşmasına biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenler rol oynamaktadır. Sosyal ortamın etken olması durumu OKB lkeler arasında farklı yüzdelerde görülmesine neden olmaktadır (Kılıç, 1998).

2.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Kişiyi aşırı korku, çaresizlik ve de dehşet içinde bırakan, beklenmedik aşırı bir travmatik stresle karşılaşması, yaşaması ya da duymasıyla ortaya çıkan bir ruh sağlığı bozukluğudur (Bal ve ark., 2013). Kişiler her gün çeşitli travmalara maruz kalmaktadır fakat bunların hepsi ruhsal travma oluşturmaz ve de travma sonrası stres bozukluğu tanısı için yeterli değildir. Ruhsal travma olarak adlandırılması için olayın hiç beklenmedik bir şekilde oluşması kişinin kendisinin ya da başkasının fiziki bütünlüğüne bir tehdit yaşaması ya da tanık olması ile ortaya çıkarmaktadır (Akıncı ve ark., 2003; Bal ve ark., 2013).

Travmatik bir olay yaşayan kişilerin stres tepkisi vermeleri normaldir ve birkaç gün stres yaşamları da beklenen bir durumdur fakat travmatik olaya maruz kaldıktan sonra gelişen stres tepkilerinin bir aydan daha fazla sürmesi durumunda ortaya çıkan tabloya travma sonrası stres bozukluğu tanısı konulur (Akıncı ve ark., 2003).

Travmaya maruz kalan kişilerde öncelikle akut stres tepkileri gözlemlenir ve zamanla bu stres tepkileri azalır. Araştırmalara göre hiçbir müdahale olmaksızın stres tepkilerinin bir yıl içinde tamamen yok olduğu görülebilmektedir (Altıntoprak ve ark., 2008; Bal ve ark., 2013).

Aynı travmayı yaşayan kişilerin verdikleri stres tepkileri farklılık gösterebilir hatta TSSB yaşamayabilir. Ayrıca herkese normal gelen bir olay bir kişi tarafından znelleştirilerek TTSB neden olabilir. Bunun nedeni kişi daha önce ya da çocuklukta bir

travmaya maruz kaldı ise TTSB yaşamaya ve aşırı stres tepkileri vermeye daha yatkın oluyor. Yine kişinin kişilik özellikleri, dini inançları, sosyal ve ailevi yaşantısı gibi faktörler kişinin stres tepkilerini belirlemede yardımcıdır. Buradan anlaşıldığı gibi TTSB tanısı için travma yaşanması gerekmekte fakat yeterli olmamaktadır (Lee ve Young, 2001).

Travma sonrası stres bozukluğu yaşayan bireylerin verdikleri fiziksel tepkiler bireyin kaçma ya da savaşıması için ortaya çıkan tepkilerdir. Bunlar taşıkardi ve takipne, uykuya dalmada bozulma, iştah değişiklikleri, yorgunluk gibi tepkilerdir. Duygusal tepki olarak ise birey travma sonrası iki haftaya kadar korku, öfke, sinir, çaresizlik gibi duyguları abartı bir şekilde yaşayabilirken iki haftadan sonra bu tepki şiddetlerinde azalma görülmelidir. Kişilerde travma sonrası dalgınlık gibi, kafa karışıklığı ya da oryante olamama gibi bilişsel tepkilerin yanı sıra güvensizlik, iç kapanma bireylerden uzaklaşma ve kendini iç dünyasına izole etme gibi kişiler arası tepkilerde gözlemlenebilir (Lee ve Young, 2001;Ayten, 2003).

Epidemiyolojisi

Bireyler yaşamları boyunca çeşitli travmalara maruz kalmışlardır. Farklı toplumlarda yapılan TSSB prevalansına yönelik çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar göstermiştir. Toplum araştırmalarının sonuçlarını genellersek yaşam boyu prevalansın %1-14 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Bu oran kadınlarda erkeklerden daha fazla bulunmuştur. Travma deneyimlerin şiddeti, travma öncesi, sonrası ve sonrası ile ilgili bir çok etken, bireyin travmatik olay karşısındaki öznel duyarlılığı ve var olan başa çıkma becerileri bu oranları etkilemektedir. Ayrıca toplumdaki bu farklılık buldukları coğrafi bölge kaynaklı doğal afetler, politik yaşantı, etnik kültürel yapı ve toplum algısı gibi nedenlerden dolayı farklılık göstermektedir (Lee ve Young, 2001).

Travmatik deneyimlerin hırsızlık, cinsel saldırıya uğrama, yangın, trafik kazası, örseleyici bir ölüme tanık olma, savaş alanında bulunma fiziksel bir saldırı yaşama ve diğer felaketler olarak 10 ayrı biçimde bölümlendiği bir çalışmada, en yüksek TSSB yaygınlığı %14 ile cinsel saldırıya uğrayan bireylerde bulunmuş, bunu %13 ile fiziksel saldırıya uğrayanlar, %12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir (Kocabaşoğlu, 2004).

Tablo 7.DSM-IV'e göre "travma sonrası stres bozukluğu" tanı ölçütleri

-
- A. Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
- (1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
 - (2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. (çocuklar; bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler)
- B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:
- (1) Olayı, elde olmadan tekrar tekrar anımsatan sıkıntı veren anılar; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. (çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.)
 - (2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme
 - (3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme
 - (4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
 - (5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme
- C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)
- (1) Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
 - (2) Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
 - (3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
 - (4) Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
 - (5) İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
 - (6) Duygulanımda kısıtlılık
 - (7) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama gibi)
- D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:
- (1) Uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük
 - (2) İritabilite ya da öfke patlamaları
 - (3) Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta zorluk çekme
 - (4) Hipervijilans, Aşırı irkilme tepkisi gösterme
- E. Bu bozukluk (B,C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer
- F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.
-

Yapılan araştırmalarda gerçekleşen tecavüz olayları sonrası en yüksek TSSB oranına sahip olduğu saptanmıştır (Lee ve Young, 2001; Tok ve ark., 2009). Cinsel travma ile ilgili yapılan birçok çalışma göstermiştir ki kadınlar cinsel istismara daha fazla maruz kalmaktadır. Cinsel saldırıya maruz kalan birey, fiziki bütünlüğünü tehlikeye girdiği için aşırı korku yaşayarak psikolojik reaksiyonlar gösterir. Cinsel saldırı bireyin fiziki bütünlüğüne, psikolojik durumuna ve sosyal hayatına yapılmış en büyük travmadır. Maalesef etnik yapımız nedeniyle cinsel saldırılar gün yüzüne çıkılmakta, adli mercilere yansımamaktadır. Bu durum nedeniyle TSSB gelişmektedir (Forbes ve ark., 2007; Bal ve ark., 2013).

2.2.7. Akut Stres Bozukluğu

Akut stres bozukluğu (ASB), aşırı travmatik bir olay sonucu yaşanan anksiyetenin olay sonrası 1 ay sürmesi durumudur. ASB anksiyete belirtilerinin 2 günle 30 gün arasında ortaya çıkıp kaybolması gerekmektedir çünkü 30 günü aşan stres bozukluğu artık TSSB olarak tanılanmaktadır (oraıoğlu, 2004). Travmatik bir olay yaşayan kişilerin stres tepkisi vermeleri normaldir ve birkaç gün stres yaşamları da beklenen bir durum olduğu bilinmektedir. Bu nedenle kişiye akut stres bozukluğu tanısı konulabilmesi için 5 dissosiyasyon belirtisinden en az üç tanesinin kişide görülmesi gerekmektedir. Akut stres bozukluğunda, TSSB görülen belirtilerin yanında birey travmik olayı tekrar tekrar yaşamakta, aşırı kaygı duymakta ve travmayı hatırlatacak her tür davranıştan kaçınmaktadır. ASB tanısı almış birey 1 ay sonra genellikle iyileşemez ve prognozu daha kötü bir şekilde travma sonrası stres bozukluğuna dönüşür (şuer, 2005; Demiral, 2006).

Travma sonrası stres bozukluğundan farklı olarak akut stres tepkisi belirtileri aşırı stres içeren uyarana maruz kaldıktan dakikalar sonra ortaya çıktığı ve 3 gün içerisinde kaybolduğu tanımlanmıştır. Yani akut stres bozukluğunda anksiyete belirtileri çabuk kaybolur ve tepkiler daha çok bilişseldir (Güleç ve ark., 2005; Gudmundsson ve ark., 2006).

Tablo 8. DSM-IV'e göre "akut stres bozukluğu" tanı ölçütleri

-
- A. Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
- (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 gelmiştir.
 - (2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır
- B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:
- (1) Öznel uyuşukluk, dalgınlık duyumları ya da duygusal tepkisizlik
 - (2) Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma
 - (3) Derealizasyon
 - (4) Depersonalizasyon
 - (5) Dissosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)
- C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yaşanır:
- (1) Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler
 - (2) Tekrarlayan düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, "flashback" epizodları
 - (3) O yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma
 - (4) Travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma
- D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyarılardan belirgin kaçınma (örneğin düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar)
- E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları: (uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk)
- F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireyelerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirme ya da yardım alma yetisini bozar. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.
- G. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, kısa psikotik bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir eksen I ya da eksen II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir. Çoğu olguda örseleyici durumun sona ermesi ya da böyle bir durumdan uzaklaşma ile belirtiler yatışır. Ölümler, ağır sakatlıklar olmuşsa, hastanın yakınları önemli destek sağlar ve akut zorlanma bozukluğu yerini doğal bir yas sürecine bırakır. Bozukluk 3-4 haftadan uzun sürerse tanı gözden geçirilerek gelişen
-

3. MATERYAL METOT

3.1. Araştırmanın şekli

Bu araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi ve Samsun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Acil Servisi'nde çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Haziran-Eylül 2015 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Samsun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Acil Servisi'nde çalışan hemşireler ve doktorlar üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaya toplam 86 hemşire ve 43 hekim katılmıştır. Hemşireler 8-16 ve 16-08 saatleri arasında nöbet usulü hizmet vermektedir. Doktorlar 24 saat hizmet vermektedir.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi ve Samsun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Acil Servisi'nde çalışan hemşireler ve doktorlar oluşturmaktadır.

Çalışmanın örneklemini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Samsun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Acil Servisi'nde çalışan, araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılan ve araştırmaya katılmaya istekli olduklarına dair onam alınan 129 hemşire ve doktor oluşturmaktadır. Araştırmada belirlenen süre içinde evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=13), ulaşılamayan (n=15), seçilen örnekleme uymayan (n=4) hemşireler ve doktorlar kapsam dışı bırakılmıştır. Araştırma 129 hemşire ve doktorla ile tamamlanmıştır.

Araştırma örneklemine;

1. Gönüllü olmayan,
2. Nöbet tutmayan
3. Hemşire ya da doktor olmayan kişiler alınmamıştır.

3.4 Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, belirlenen örnekleme üyan hemşire ve doktorlara, literatür doğrultusunda hazırlanan sosyo-demografik anket formu(Ek-1), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)(Ek-2) uygulanarak toplanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından, acil serviste çalışan hemşirelerle ve doktorlarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 10dakika sürmüştür.

3.4.1.1. Sosyo-demografik Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen sosyo-demografik anket formu; hemşirelerin ve doktorların sosyo-demografik değişkenlerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleği, sigara, alkol vs.), çalıştığı kurum, çalışma süresi, çalışma sistemi, haftalık çalışma saatini içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.2. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck anksiyete ölçeğinde acil hemşirelerine ve doktorlarına; bedenimizin 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, çalışma süresi, çalışma sistemi, haftalık çalışma süresi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, 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.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan anket formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde çalışan 10 hemşire ve doktora pilot çalışma uygulanmıştır. Yapılan bu çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda gerekli bir düzenleme görülmemiştir. Bu nedenle pilot çalışmada kullanılan anketler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırma kapsamına alınan bireylere ilişkin verilerin istatistiksel analizi istatistik uzmanı tarafından Statistical Package For Social Science (SPSS)20,0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Hemşirelerin ve doktorların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımına bakmak için frekans analizi uygulanmış ve dağılımların frekans ve yüzdeleri bulunmuştur. Hemşirelerin ve doktorların Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği Paired t testi Mann- Whitney U testi ve wilcoxon testi ile analiz edilmiş, anlamlı farklılık bulunan durumlarda bu farkın hangi değişkenler arasında olduğunu görmek için de Paired t testinden yararlanılmıştır. Elde edilen testler tablolar haline getirilerek çalışmanın içine dahil edilmiş ve gerekli yorumlamaları yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu (sayı;1763) onayı alındıktan sonra başlanmıştır(ek-3). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapıldığı Üniversite Hastanesi(ek-3), Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nin bağlı bulunduğu Samsun Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden (ek-4) çalışma öncesi yazılı izin alınmıştır. Örneklem özelliklerine uyan ve çalışmaya katılan hemşirelerden ve asistanlardan sözel onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmaya sadece Samsun ilindeki Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin ve doktorların alınması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Dışlayıcı ölçütler nedeniyle çalışmanın örnekleminin az sayıda kişiden oluşması çalışmamızın en önemli kısıtlılığıdır. Araştırma sonuçları, bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmaya %50,4'ü bayan, %49,6'sı erkek olmak üzere toplam 129 hemşire ve doktor alındı. Katılımcıların %66,7'si hemşire iken %33,3'ü doktordur. Ankete katılanların %71,3'ü evli, %28,7'si bekar idi. Çalışmaya katılan 129 kişinin, 22'si (%17,1) 18-25 yaş arasında, 48'i (%37,2) 26-33 yaş arasında, 46'sı (%35,7) 34-41 yaş aralığında iken 13 (%10,1) kişi 42 ve üzeri yaş aralığında idi.

Ankete katılanların %27,9'u Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'nde, %26,4'ü Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi'nde, %45,7 si Samsun'daki Devlet Hastaneleri'nde görev yapmaktadır. Olguların %20,9'u 24 saatlik çalışma sistemiyle çalışırken %79'ushift sistemi ile çalışmaktadır. Katılımcıların %37,2 si 0-5 yıl, %25,6'sı 6-10 yıl, %16,3'ü 11-15 yıl, %20,9'u 16 ve üzeri yıldır çalışmaktadır. (Tablo 9)

Ankete katılan 129 kişiden % 32,6'sı sigara kullanıyor, % 67,4'ü sigara kullanmıyor, % 7 si alkol kullanıyorken %93'ü alkol kullanmamaktadır. (Tablo 10)

Tablo 9. Çalışmaya katılanların cinsiyet,medeni durum, meslek,yaş, çalıştığı kurum ve çalışma yılı

	N	%
Erkek	64	49,6
Kadın	65	50,4
Bekar	37	28,7
Evli	92	71,3
Hemşire	86	66,7
Doktor	43	33,3
18-25 yaş	22	17,1
26-33 yaş	48	37,2
34-41 yaş	46	35,7
42 ve üzeri	13	10,1
OMÜ	36	27,9
SEAH	34	26,4
SDH	59	45,7
0-5 yıl	48	37,2
6-10yıl	33	25,6
11-15 yıl	21	16,3
16-20 yıl	12	9,3
21 ve üzeri yıl	15	1,6

OMÜ:Ondokuz Mayıs Üniversitesi, SEAH: Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, SGDH: Samsun Gazi Devlet Hastanesi, SKHVDH:Samsun Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi

Ankete katılanların %11,6'sında kronik bir hastalık mevcutken %86'sında bilinen bir hastalık olmadığı %2,3'nde ise psikiyatrik bir rahatsızlık olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılardan 3 tanesinde psikiyatrik hastalık mevcutken 8 kişinin ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Çalışmaya katılanların sigara ve alkol kullanım oranları

	Evet		Hayır	
	N	%	n	%
Sigara	42	32,6	87	67,4
Alkol	9	7	120	93

Tablo 11.Nöbet Öncesi ve Nöbet Sonrası Beck Anksiyete Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ortanca	Min	Max	Test İstatistiği	P değeri
Nöbet Öncesi	2	0	41	Z=-8,963	<0,001
Nöbet Sonrası	15	1	61		

z: Wilcoxon test istatistiği

Katılımcıların nöbet öncesi anksiyete skoru 2 iken, nöbet sonrası bu değerin 15'e yükseldiği görülmektedir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 11).

Erkeklerin nöbet öncesi anksiyete skorları 0 iken, nöbet sonrası 10'a yükselmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Kadınların nöbet öncesi anksiyete skorları 6 iken, nöbet sonrası skorları 20 olmuş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0,000) (Tablo 12).

Hemşirelerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru, nöbet sonrası beck anksiyete skoruna göre artmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Doktorların nöbet öncesi beck anksiyete skoru nöbet sonrası beck anksiyete skoruna göre artmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 12).

Çalışmaya katılan ve evli olan katılımcıların nöbet öncesi beck anksiyete skoru nöbet sonrasında artmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Bekar olanlarında beck anksiyete skorları nöbet sonrası da artmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışmaya katılanların cinsiyete, mesleğe ve medeni durumuna göre nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorları

		Nöbet Öncesi Beck Anksiyete Puanı			Nöbet Sonrası Beck Anksiyete Puanı			Test İstatistiği	P
		Ortanca	MİN	MAX	Ortanca	MİN	MAX	Test İstatistiği	
CİNSİYET	Erkek	0	0	27	10	1	61	Z=-6,577	<0,001
	Kadın	6	0	41	20	2	61	Z=-6,194	<0,001
MESLEK	Hemşire	3	0	41	20	1	61	Z=-7,348	<0,001
	Doktor	0	0	20	9	2	43	Z=-5,155	<0,001
MEDENİ DURUM	Bekar	2	0	41	16	3	61	Z=-4,723	<0,001
	Evli	1,5	0	39	14	1	56	Z=-7,686	<0,001

z: Wilcoxon test istatistiği

Tablo 13. Çalışmaya katılanların yaşa göre nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorları

		Nöbet Öncesi Beck Anksiyete Puanı			Nöbet Sonrası Beck Anksiyete Puanı			Test İstatistiği	P		
		$\bar{x} \pm s.s.$	Ortanca	MİN	MAX	$\bar{x} \pm s.s.$	Ortanca	MİN	MAX	Test İstatistiği	
YAŞ	18-25	7,5±12,31			24,14±14,317				t=-5,650	0,002	
	26-33		2,5	0	39		15	2	61	Z=-5,082	<0,001
	34-41		0,5	0	19		13	1	61	Z=-5,812	<0,001
	42 ve Üzeri		0	0	21		9	1	56	Z=-3,062	0,028

t : (Paired) Eşli örnek t-testi test istatistiği

z: Wilcoxon test istatistiği

Çalışmaya katılan 18-25 yaş grubu bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru ile nöbet sonrası beck anksiyete skoru karşılaştırıldığında artış olduğu saptanmış ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir(p=0,002) (Tablo 13).

26-33 yaş grubu katılımcıların nöbet öncesi skorlarının yüksek olduğu, nöbet sonrası anksiyete skorlarının daha da yükseldiği görülmüştür (p=0,000). 34-41 yaş grubu bireylerinde nöbet öncesi skorlarının yüksek olduğu nöbet sonrası daha da arttığı gözlemlenmiştir (p=0,000). 42 ve üzeri yaş grubu katılımcıların nöbet öncesi beck anksiyete skoru ile nöbet sonrası beck anksiyete skoru karşılaştırıldığında artış olduğu saptanmıştır (p=0,028). Bütün grupların artışlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir (tablo 13).

Tablo 14.Çalışmaya katılanların çalıştığı kurum çalışma yılı ve çalışma sistemlerine göre anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	Nöbet Öncesi Beck Anksiyete Puanı				Nöbet Sonrası Beck Anksiyete Puanı				Test İstatistiği	P	
	$\bar{x}\pm s.s.$	Ortanca	MİN	MAX	$\bar{x}\pm s.s.$	Ortanca	MİN	MAX	Test İstatistiği		
OMÜ	6,03 ±6,64				18,78 ±13,17				t=-6,20	<0,001	
ÇALIŞTIĞI KURUM	Eğitim ve Araştırma	0	0	14	8,5	1	61	Z=-5,092	<0,001		
	Devlet Hastanesi	3	0	41	18	1	61	Z=-5,751	<0,001		
ÇALIŞMA YILI	0-5	2	0	41	14,5	2	61	Z=-5,066	<0,001		
	6-10	3	0	39	21	5	49	Z=-4,558	<0,001		
	11-15	0	0	19	10	1	41	Z=-4,019	<0,001		
	16-20	3,67±5,28				21,83±18,19				t=-3,928	0,02
	21 ve Üzeri	0	0	21	9	1	56	Z=-3,174	0,027		
ÇALIŞMA SİSTEMİ	24 Saat	6	0	19	15	3	49	Z=-4,288	<0,001		
	Shiftlik	1	0	41	14,5	1	61	Z=-7,922	<0,001		

t : (Paired) Eşli örnek t-testi test istatistiği

z: Wilcoxon test istatistiği

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'nden çalışmaya katılan doktor ve hemşirelerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru yüksek iken, nöbet sonrası bu skor daha da artmış olduğu saptanmıştır ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0,000) (Tablo 14).

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi'nden çalışmaya katılan bireylerin aksiyete skorlarının nöbet sonrasında artmış olduğu görülmüş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0,000) (Tablo 14). Gazi Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşire ve doktorların nöbet öncesi beck anksiyete skorları, nöbet sonrasında yükselmiş ve bu yükseliş istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0,000) (Tablo 14).

Çalışma yılında ilk beş yılını çalışan bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru ile nöbet sonrası beck anksiyete skoru karşılaştırıldığında artış olduğu saptanmıştır (p=0,000). 6 ila 15 yıl arası çalışan bireylerin nöbet öncesi anksiyete skorları yüksek bulunmuş, nöbet sonrasında bu yükseliş anlamlı bir şekilde artış göstermiştir (p=0,000). 16-20 yıl arası çalışan bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru ile nöbet sonrası beck anksiyete skoru karşılaştırıldığında artış olduğu saptanmıştır (p=0,02). 21 ve üzeri çalışma yılı olan bireylerin nöbet öncesi anksiyete skoru 0 ken nöbet sonrasında 9 a yükselmiştir (p=0,027). Bütün grupların nöbet sonrası anksiyete skorları, nöbet öncesi skorlarına göre artmış olduğu tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (Tablo 14).

Yirmidört saat şeklinde çalışan bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skorunun, nöbet sonrasındaki değerinde artış olduğu saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0,000) (Tablo 14).

Shift sistemi şeklinde çalışan bireylerin nöbet sonrası beck anksiyete skoru nöbet öncesi skoruna göre yükselmiş ve bu yükseliş istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0,000) (Tablo 14).

Tablo 15. Çalışmaya katılanların sigara kullanım durumu ile nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorlarının karşılaştırılması

		Nöbet Öncesi Beck Anksiyete Puanı			Nöbet Sonrası Beck Anksiyete Puanı			Test İstatistiği	P
		Ortanca	MİN	MAX	Ortanca	MİN	MAX	Test İstatistiği	
SİGARA KULLANIMI	Hayır	2	0	41	14	1	61	Z=-7,048	<0,001
	Evet	2,5	0	21	18	1	61	Z=-5,582	<0,001

z: Wilcoxon test istatistiği

Sigara içmeyen bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skorunun nöbet sonrasında arttığı saptandı. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,000$) (Tablo 15).

Fakat sigara içen bireylerin nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorları içmeyen bireylerin skorlarına oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara içen bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru 2,5 iken, nöbet sonrası beck anksiyete skoru 18 olarak saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p=0,000$) (Tablo 15).

Tablo 16. Çalışmaya katılanların alkol kullanım durumu ile nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorlarının karşılaştırılması

		Nöbet Öncesi Beck Anksiyete Puanı			Nöbet Sonrası Beck Anksiyete Puanı			Test İstatistiği	P		
		$\bar{x}\pm s.s.$	Ortanca	MİN	MAX	$\bar{x}\pm s.s.$	Ortanca	MİN		MAX	Test İstatistiği
ALKOL KULLANMA	Hayır		2	0	41		15	1	61	Z=-8,583	<0,001
	Evet	4,44±6,31				16,22±14,54				t=-3,526	0,008

t : (Paired) Eşli örnek t-testi test istatistiği
z: Wilcoxon test istatistiği

Tüm grupta alkol kullananların nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı. Alkol kullananların nöbet öncesi beck anksiyete skoru nöbet sonrasında artmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p=0,008$) (Tablo 16).

Tüm grupta alkol kullanmayanların nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skorları arasındaki ilişkiye bakıldı. Alkol kullanmayanların beck anksiyete skoru nöbet sonrasında artmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p=0,000$) (Tablo 16).

Tüm grupta alkol kullanan bireyler ile alkol kullanmayan bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skorları arasındaki ilişkiye bakılmış ve artış saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (Tablo 16).

Belirli bir hastalığı olmayan hemşire ve doktorların nöbet öncesi skorlarıyla nöbet sonrası skorları karşılaştırıldı ve artış tespit edildi. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p=0,000$) (Tablo17).

Psikiyatrik bir tanı alan bireylerin, nöbet öncesi skoru ile nöbet sonrası skoru arasında artış saptandı fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,169$) (Tablo 17).

Psikiyatrik bir rahatsızlık dışında kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin nöbet öncesi beck aksiyete skoru ile nöbet sonrası skoru karşılaştırıldığında artış tespit edilmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p=0,000$) (Tablo 17).

Tablo 17. Çalışmaya katılanların mevcut hastalık durumlarının ile nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorlarının karşılaştırılması

	Nöbet Öncesi Beck Anksiyete Puanı				Nöbet Sonrası Beck Anksiyete Puanı				Test İstatistiği	p
	$\bar{x}\pm s.s.$	Ortanca	MİN	MAX	$\bar{x}\pm s.s.$	Ortanca	MİN	MAX	Test İstatistiği	
MEVCUT HASTALIK	Yok		1	0	41	15	1	61	Z=-8,170	<0,001
	Psikiyatrik	7±10,44			15±15,875				t=-2,113	0,169*
	Diğer	6,8±6,58			21,33±15,42				t=-5,357	<0,001

t : (Paired) Eşli örnek t-testi test istatistiği

z: Wilcoxon test istatistiği

5.TARTIŞMA

Anksiyete dört farklı bileşenden oluşmaktadır. Bu dört farklı bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenlerin bir araya gelmesi ile anksiyete meydana gelir. Bubleşenler huzursuzluk, kaygı, korku ve tasalanmayla ilişkili bir duygu oluştururlar. Genellikle, anksiyetenin oluşması için her hangi bir unsura gerek yoktur. Bu özellik anksiyeteyi korkudan ayırmamıza yardımcı olur çünkü korku duygusunun oluşması için görülebilen bir tehlikenin olması gerekmektedir. Korku duygusunu yaşayan birey, korkuyu oluşturan tehlikeden kaçabilir veya kendisini sakınabilir fakat anksiyete algı sonucu olduğu için, birey algıladığı tehditten kaçamayacağını ya da kontrol edemeyeceğini düşündüğü sırada anksiyete gelişmektedir (Ohman, 2000; Bal ve ark., 2013).

DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları sınıflandırması; agorafobiyi, panik bozukluğunu, özgül fobiyi, sosyal fobiyi, obsesif kompulsif bozukluğunu, travma sonrası stres bozukluğunu, akut stres bozukluğunu, yaygın anksiyete bozukluğunu, genel bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğunu, maddeye bağlı gelişen anksiyete bozukluğunu ve başka türlü tanımlanamayan anksiyete bozukluğunu içerir (Merikangas, 2006). Toplumda psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete bozuklukları çok sık görülmektedir ve devlete olan maddi tutarı oldukça yüksektir (Sarıcaoğlu ve ark., 2005).

Amerika'nın epidemiyolojik verileri yıllık anksiyete bozukluklarını %12,6, yaşam boyu ise %14,6 olarak bildirmiştir. National Comorbidity Survey (Ulusal Eşitlik Araştırması) verilerine göre; anksiyetenin yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30.5 iken erkeklerde bu oran %19,2 olarak bildirilmiştir (Dilbaz, 2000; Doğan, 2010).

Anksiyete ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Kadınların anksiyeteyi erkelerden daha fazla yaşadıkları, verdikleri tepkilerin erkeklere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir fakat bu durumun tersine anksiyete bozukluklarından sosyal fobi erkelerde kadınlardan daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Cinsiyetler arasında anksiyete bozukluklarına verilen tepki üzerine yapılan araştırmalar, bayanların her türlü anksiyete bozukluğuna erkeklerden daha ciddi boyutta tepkiler verdiklerini ortaya koymuştur (Gültekin ve Dereboy, 2011).

Lewinsohn ve ark. (1993), anksiyete bozuklukları ve belirtilerinde cinsiyet farklılıklarını araştırdıkları çalışmalarında, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıklarını ve kadınların anksiyete belirtilerini erkeklerden daha fazla yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Hewitt ve Norton (2001), yaptıkları araştırmada anksiyeteyi oluşturan dört bileşenin semptomlarının kadınlarda sıkça görüldüğünü ayrıca anksiyetenin bilişsel ve somatik semptomlarının kadınlarda diğer bileşenlerin semptomlarından daha yüksek oranda görüldüğünü gözlemişlerdir ve bu çalışmada kadınların beck anksiyete skorlarının erkeklerin beck anksiyete skorlarına göre daha yüksek olduğunu saptadıklarını bildirmişlerdir.

Hedlund ve ark. (1990), aniden gelişen olaylara karşı kadınların ve erkeklerin verdikleri psikolojik yanıtlar üzerine bir araştırma yapmışlar ve bu araştırmada kadınların ani gelişen olaylara erkeklerden daha çok psikolojik yanıt oluşturduklarını bildirmişlerdir. Nolen ve Jackson (2001), yaptıkları çalışmada geçmişte yaşadıkları olayları unutmama ve bu olayları tekrar tekrar kendilerine yaşatma durumunun kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğünü gözlemlemişlerdir. Bekker (2000), kadınların bedensel duyumlarına erkeklerden daha fazla bilişsel yanıt verdiklerini, yaptığı çalışmada gözlemlemiştir.

Yapılan birçok çalışmada, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk haricindeki anksiyete bozukluklarının, erkeklere göre kadınların kayda değer oranda daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir (Demir, 2005).

Bizim çalışmamıza acil serviste çalışan 65 kadın, 64 erkek olmak üzere toplam 129 hemşire ve doktor alınmıştır. Bayan katılımcıların nöbet öncesi beck anksiyete skoru 6 iken erkek katılımcıların 0 olarak saptanmıştır. Nöbet sonrası anksiyete oranları karşılaştırıldığında kadın katılımcıların beck anksiyete skoru 20 iken, erkek katılımcıların beck anksiyete skoru 10 olarak saptanmıştır. Her iki cinsiyette de beck anksiyete skorlarının hem nöbet öncesi hem de nöbet sonrası yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaların çoğunda olduğu gibi bizim çalışmamızda da kadınların anksiyete skorunun hem nöbet öncesi hem de nöbet sonrasında erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki cinsiyette de nöbet sonrası beck anksiyete skorlarında artış olduğu görülmektedir ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Anksiyetenin kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesinin nedenlerinden büyük kısmını sosyokültürel yaşantımız oluşturmaktadır. Kadınların çocukluklarından itibaren sosyal öğrenme sonucu geliştirdikleri davranışlar, geçmişten günümüze süre gelen ataerkil toplum yapısı nedeniyle kadınlara biçilen roller ve toplumun kadınlardan beklentileri gibi psiko-sosyal unsurlar kadınların erkeklere oranla daha fazla anksiyete yaşamalarına sebep olmaktadır (Bekker, 2000). Erkek bireylerin günlük yaşamları sırasında karşılaştıkları stresörlere kadın bireylerden daha çabuk adaptasyon sağladıkları, daha hızlı baş etme yöntemi geliştirdikleri bu nedenden dolayı da yaşam olaylarına karşı anksiyeteye verdikleri yanıtın kadın bireylerin anksiyeteye verdikleri yanıtı oranla daha minimal olduğu bilinmektedir. Kadınların strese yoğun duygusal yanıt verdikleri ve anksiyete dışavurumlarının daha güçlü olduğu bilinmektedir (Yastı, 2005). Ülkemizde geçmişten bugüne süregelen kadına bakış açısı nedeniyle, kadının kendine yetemeyeceği düşüncesi devam etmektedir. Kadınların Beck anksiyete skorlarının yüksek olmasının bu sebeplere bağlı olduğu düşünülmektedir. Kadına karşı geliştirilen düşüncelerin tam tersi olarak, toplumumuz erkeklerden, yaşam olaylarına karşı güçlü bir tavır sergilemeleri, her hangi bir zayıf yanları yokmuş gibi davranmalarını beklenmektedir. Bu beklentiler sonucunda, erkek bireylerin anksiyeteye karşı oluşan yanıtlarını önyargılı bir şekilde daha az göstermeye çalıştıkları düşünülmektedir (Baskak ve Çevik, 2007; Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Kadın erkek cinsiyeti arasındaki bazı biyolojik değişkenlerin iki grup arasında farklı anksiyete bozukluklarına sebep olabileceği düşünülmektedir. Jovanovic ve ark. (2008), son zamanlarda yürüttükleri çalışmalarda, serotonin hormonunun salınımının erkeklerde daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir fakat bu fazlalık ihmal edilebilir düzeyde bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise serotonin seviyesi düşürülen kadın ve erkek katılımcıların gösterdikleri tepki arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir. Serotonin seviyesi azaltılan erkeklerin davranışları fevrileşirken depresyon belirtisi göstermedikleri, aynı işlem uygulanan kadınlarda ise ciddi bir şekilde depresyon belirtilerinin görüldüğü gözlemlenmiştir. Bu gibi bulgular kadın ve erkek arasındaki anksiyete görülme sıklığını açıklamaya yardımcı olmaktadır. Ayrıca bu bulgular kronik anksiyete ve depresyonun kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmesiyle uyuşan bulgulardır.

Medeni durumun kişilerdeki anksiyete düzeyini ve tedaviye yanıtı etkilediği ile ilgili farklı sonuçlar veren çalışmalar mevcuttur (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Tel ve ark.(2008), çalışmalarında, dul bireylerin anksiyete ve depresyon puanlarını yüksek bulmuşlardır. Çelik ve ark. (2008), Yaptığı çalışmada bekâr bireylerin anksiyete eğiliminin, evli bireylere oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Özcan ve ark.(2006), Yaptıkları çalışmada evlilerin anksiyete düzeylerinin bekârlara oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Hunt'un (2002), yaptığı çalışmada ise bekarların anksiyete düzeyinin evlilerden yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Andrews ve ark., 2003).

Evlenmeyen, evli ama çocuğu bulunmayan ya da boşanmış kişilerin, evli ve çocuk sahibi olan kişilere göre duygusal tükenmişlik oranlarının fazla olduğu bildirilmiştir. Gün içerisinde sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışan, çalıştıkları yerde yoğun fiziksel isteklere maruz kalan kişilerde günün sonunda fark etmeseler de duygusal bir tükenmişlik yaşamaktadırlar. Ailesi olan ve aile içinde iyi ilişkilere sahip olan kişilerde sosyal destek aile bireyleri tarafından karşılandığı için bu gibi aile desteği olan kişilerin duygusal tükenmişlik oranının olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir (Çalık ve ark., 2015).

Bizim çalışmamıza 92 evli, 37 bekar birey katılmıştır. Evlilerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru 1,5 iken bekâr bireylerin 2 olarak saptanmıştır. Evli bireylerin nöbet sonrası beck anksiyete skorları 14 iken bekâr bireylerin nöbet sonrası beck anksiyete skorları 16 olarak bulunmuştur. Evli ve bekâr bireylerin nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skorlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Nöbet sonrası her iki grubunda beck anksiyete skorları yüksek bulunmuş ve anlamlı kabul edilmişken, bekar bireylerin anksiyete oranının evli bireylere oranla daha anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu durum bekârların yalnız olması, sorunlarını paylaşacağı kişilere ulaşmanın her zaman mümkün olmaması ve düzensiz bir yaşam tarzından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Daha önce yapılmış çalışmalara göre alkol kullanımının anksiyete bozukluğuyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda katılımcılar genel olarak alkolün, anksiyete ve gerginliği azaltmak amacıyla, almaya başladıklarını ileri sürmüşlerdir. Yapılan incelemelerde, alkolün seratonin hormonunun düşmesine neden

olarak anksiyete bozukluklarının oluşmasına neden olduğu belirtilmiştir. Novak ve ark. (2003), yaptıkları çalışmaya göre, anksiyete ile başa çıkmak için alkol kullanımına yöneldiğini bildirmişlerdir. Fakat ilerleyen dönemlerde alkol kullanımının, yeni anksiyete bozukluğu özellikle panik atak ve panik bozukluk geliştirme riskini arttırdığı tespit edilmiştir (Novak ve ark., 2003).

Boyd ve Burke (1998), tarafından yapılan bir çalışmada, alkolizmle anksiyete bozuklukları arasında sıkı bir komorbidite olduğunu bildirmişlerdir (Kocabaşoğlu, 2005). Genellikle sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde anksiyeteyi azaltmak ve anksiyete ile başa çıkabilmek için alkol kullanımının arttığı görmüştür. Kushner ve ark. (2005), bu komorbiditeye sahip olan kişiler üzerinde bir araştırma yapmış ve bunun sonucunda ortalama olarak sosyal anksiyete bozukluğu görülme yaşının ortalama olarak alkole başlama yaşından en az iki yıl daha erken olduğunu belirlemişlerdir (Alkın ve Onur, 2007). Başka bir çalışmada ise sosyal anksiyete bozukluğu geliştikten 7 ila 10 sene sonrasında alkolizm sorunlarının ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Samancı ve ark., 1995).

Bizim çalışmamızda ise alkol kullananların nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skorlarının alkol kullanmayan kişilerin skorlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Hem alkol kullananlarda hem de alkol kullanmayanlarda nöbet sonrası anksiyete skorlarında artış saptanmıştır. Bu artış iki grup içinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Alkol kullanmayan bireylerin anksiyete oranı, alkol kullanan bireylere oranla daha anlamlı bulunmuştur. Bu durumun, alkol kullanan bireylerin sayısı ile alkol kullanmayan bireylerin sayısı arasındaki orantısız bir dağılım sonucu ortaya çıktığı düşünülmelidir.

Uysal ve ark. (1991), bireylerin sigaraya başlamasına neden olan faktörleri belirlemek amacı ile bir çalışma yapmış ve bu çalışmada kişilerin sigara içmeye başlamasındaki en büyük etkenin aile ve arkadaş çevresi olduğunu saptamıştır. Sigara içen bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, bireylerde nikotin bağımlılığı yanı sıra anksiyete bozukluklarının da eşlik ettiği belirlenmiştir. Bu araştırmalar anksiyete ile sigara arasındaki bağlantıyı ortaya koymakta yardımcı olmaktadır fakat henüz anksiyete ve sigara arasındaki bu ilişkinin nasıl olduğu tespit edilememiştir. Yeni yapılan çalışmalarda ise katılımcılara öncelikle sigaraya başlama nedenleri sorulmuş ve

genellikle stresle başa çıkmak ya da zevk almak amacı ile kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu bireyler sigara kullanımını kendilerini rahatlattığını söyleseler de araştırmacılar sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayan bireylere göre daha fazla anksiyete yaşadıklarını belirlemişlerdir. Bu araştırma sonucunda araştırmacılar sigara içmenin anksiyete nedeni olduğu ve sigara kullanımını bırakmanın kaygı düzeyini azalttığını vurgulamışlardır. Güreş (2010), yaptığı çalışmada sigara kullanımının anksiyete bozukluklarına neden olduğunu, anksiyete bozukluğuna sahip olan kişilerde sigara kullanımının arttığı ya da bir diğer faktörün (kişilik özellikleri, sosyo-kültürel yapısı v.b.) her iki duruma da yatkınlık oluşturduğunu bildirmiştir (Güleç ve ark., 2005).

Fidan ve ark. (2003), yaptığı çalışmada; sigara içenlerin sigarayı bırakan bireylere göre hem anksiyete hem de depresyon skorlarının anlamlı bir şekilde yüksek bulduklarını bildirmişlerdir (Erbil ve ark., 2006).

Diğer bir çalışmada sigara kullananlardaki anksiyete oranının, sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aynı çalışmaya ek olarak erkeklere oranla kadınlarda daha fazla anksiyete görüldüğü saptanmıştır (Gudmundsson ve ark., 2006). Patton ve ark. (1996), yaptıkları çalışmaya göre genç adolesanların sigara tüketimine başlamalarının en büyük risk faktörünün anksiyete olduğunu bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada ise; anksiyete bozukluğuna sahip olan kişilerde, sigara tüketiminin bırakılmasıyla, nikotin yoksunluğu semptomlarının daha şiddetli görüldüğü bildirilmiştir (Güleç ve ark., 2005; Güreş, 2010).

Bizim çalışmamızda, sigara içenlerle sigara içmeyenlerin nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı. Sigara içmeyen bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skorlarının yüksek olduğu, nöbet sonrası bu skorların daha da arttığı görülmüş ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte sigara içenlerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru 2,5 iken, nöbet sonrası beck anksiyete skoru 18 olarak saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skorları neredeyse aynı iken sigara kullanan bireylerin nöbet sonrası beck anksiyete skorları sigara kullanmayan bireylerden daha yüksek bulunmuştur.

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 sendromu bulgularının ortaya çıkması sayılabilir. Bütün gruptaki yapılan çalışmalarda sigara içme ile anksiyete skorunun yüksek bulunması arasındaki ilişkinin anlamlı olma sebebi; sigaranın içindeki nikotinin keyif verici, performansı artırıcı veya anksiyete azaltıcı etkilerinin yanı sıra anksiyete bozukluğuna sahip olan bireylerin sigara içmeye daha fazla yöneliyor olması olabilir.

Sağlık alanında çalışan personel, maalesef belirlenen mesai saatleri dışında çalışma zorunda bırakılan, artık günümüzde çalışırken dahi hayati tehlikesi bulunan, zamana karşı yarışan, hem çalıştıkları ortamdaki yöneticiler hem de hastalar tarafından baskıya ve strese maruz kalan bir gruptur (Ruggiero, 2005). Selvi ve ark. (2010), yaptığı çalışmada; vardiya usulü ile çalışan personellerden, gece mesai saatlerinde çalışan sağlıkçının gündüz mesai saatlerinde çalışan sağlıkçılardan daha yüksek oranda psikiyatrik belirtiler gösterdikleri belirtmişlerdir.

Vardiya sistemi ile çalışan bireylerin, gece mesaisi sırasında çalışan bireylerde sosyal yaşama uyumsuzluk, duygu durum bozuklukları, bilişsel bozukluklar ve uyku bozuklukları gibi pek çok fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar gözlemlenmektedir (Samaha ve ark. 2007). Karşılaşılan başlıca sorunlar, uyku düzenindeki bozukluklar, kronik yorgunluk, bitkinlik, huzursuzluk, çöküntü, iştah kaybı, kilo kaybı ve düzensiz beslenme gibi sindirim sistemiyle ilgilidir (Nasrabadi ve ark., 2009). Pek çok çalışmaya göre, ekonomik şartlar nedeniyle vardiyalı sistemde gecede çalışmak zorunda kalan bireylerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülmesinin en önemli sebebi biyolojik ritmin düzenlediği uyku döngüsündeki bozulmadır (Çalıkve ark., 2015).

Kubo ve ark. (2008), araştırmalarında uyku bozukluğu durumu yaşayan bireylerde anksiyete seviyelerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu bulgu sayesinde anksiyetenin uyku ile arasında ilişki olduğu göstermiştir. Zverev ve Misiri'de (2009), vardiya sistemi ile çalışan kişilerin uyku kalitelerinin kötü olduğunu uyanıklık döngüsü sırasında uykuda olmalarından dolayı sosyal ve ailevi yaşantılarının olumsuz yönde etkilendiği gece çalışan bireylerin sosyal aktivitelerinin gündüz çalışan bireylere göre yorgunluk nedeniyle daha az olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada ise, vardiyalı çalışanlar "sık sık" ve "sürekli" uyku bozukluğundan şikâyet ettiklerini, kendilerini yorgun hissettiklerini belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada, gece

vardiyasında çalışanların, mesai saatlerinden dolayı sağlıklı yiyecekleri temin edemediklerini, yemek molası olmaması nedeniyle fast-food tarzı yiyecekleri daha hızlı tüketebildikleri için nöbetlerde daha çok tercih ettiklerini, bu yiyecekleri de ayakta hızlıca atıştırdıkları belirlenmiştir. Gece vardiyasında çalışan kişilerin bu tarz beslenmelerinden dolayı gastrointestinal sistemi sıkıntılarının da artma görüldüğü belirlenmiştir (Sarıcaoğlu ve ark., 2005). Zhao ve Turner, Person ve Martinson, ve Lowden ve ark. (2010), çalışmalarında vardiya ve nöbet şeklinde çalışanların günlük beslenme ve yeme alışkanlıklarının bozulduğunu, bu kişilerde obezite riskinin arttığını ve metabolik hastalıkların, peptik ülser gibi gastrointestinal problemlerin daha çok görüldüğünü saptamışlardır. Dünya sağlık örgütü (WHO) 14 ülkede ortak bir çalışma yürütmüş ve bu çalışmayı on dört ülkede on beş farklı merkezde 5438 hasta üzerinde yapmıştır. Bu çalışma da bedensel belirtiler ile duygusal rahatsızlığın karşılıklı ilişki içinde olduğu saptanmıştır (Ardekani ve ark., 2008; Akerstedt ve Wright, 2009). Ayrıca, gece uyku döngüsünü yaşayamayan bireylerin uykusuzluk ve yorgunluk en sık yaşadıkları problemdir (Lowden ve ark., 2010). Genel itibariyle yorgunluk çeken bireyin günlük aktivitelerini yerine getirmede fazladan bir çaba harcamaları gerekmektedir. Günlük ihtiyaçlarını iş, sosyal ortam gibi karşılaması ciddi anlamda etkilenen kişilerde genellikle somatizasyon belirtileri görülmeye başlanabilir (Baskak ve Çevik, 2007; Sadock ve Sadock, 2008).

Samaha ve ark. (2007), gece saatlerinde çalışan kişiler üzerinde yaptıkları çalışmada kronik yorgunluğu olan kişilerde bazı somatik yakınmalarının da olduğunu belirlemişlerdir.

Sarıcaoğlu ve ark. (2005), sabah mesai saatlerinde çalışan 15 ve gece mesai saatlerinde çalışan 18 anestezi asistanını üzerinde bir çalışma yapmış ve bu çalışmada gece ve gündüz saatlerinde çalışmanın kişilerin bilişsel işlevlerini ve kaygı düzeylerini nasıl etkilediğini araştırmışlardır. Yaptıkları araştırma sonucunda gece mesaisinden sonra asistanların bilişsel fonksiyonlarında azalma olduğunu ayrıca gece ya da gündüz çalışmanın kaygı düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığını belirtmişlerdir.

Uzun mesai saatleri, yeterince ve sağlıklı beslenememe, çalışma alanlarının gerektiği gibi ergonomik olmaması, uyku düzeninin bozulması ya da değişmesi, gece mesaisinden sonra yaşanan uykusuzluk ve yorgunluk problemi sonucuyla gelişen

bilişsel ve somatik problemler nedeni ile vardiya sisteminde çalışanlar da anksiyetenin yüksek olması beklenmektedir(Akerstedt ve Wright, 2009; Schwartz, 2010).

Bizim çalışmamızda acil serviste çalışan hemşire ve doktorların çalışma sistemi ile nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skoru arasındaki ilişkiye bakıldı ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Yirmi dört saat şeklinde çalışan bireylerin nöbet sonrası beck anksiyete skorlarının nöbet öncesi skorlarına oranla daha fazla artış gösterdiği saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Shift sistemiyle çalışan bireylerde nöbet öncesi beck anksiyete skoru 1 iken, nöbet sonrası beck anksiyete skoru 14,5 dur. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Shift usulü çalışan bireylerde; çalışma sisteminden kaynaklı, düzensiz uyku eğilimi ve düzensiz sosyal yaşamdan dolayı anksiyete görülme oranları normal bireylere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Yirmi dört saat çalışan bireylerle, shift sistemiyle çalışan bireylerin nöbet sonrası beck anksiyete skorları karşılaştırıldığında shift sistemi ile çalışan bireylerin nöbet sonrası skorlarındaki artışın, yirmi dört saat çalışan bireylerden daha anlamlı olduğu saptanmıştır. Yirmi dört saat çalışan grubun anksiyete seviyelerinin düşük çıkmasının nedenleri incelendiğinde; bu kişilerin nöbet çıkışı dinlenmeye ayırabildikleri zamanın daha uzun olduğunu, çalışma günleri arasında daha fazla zaman olduğu bundan dolayı da kendileriyle ve sosyal çevreleriyle daha fazla ilgilenebildikleri ve iş ortamından doğan stresörlere daha az maruz kaldıkları gibi nedenler düşünülebilir.

Yaş ile iş memnuniyeti ve buna bağlı anksiyete ve depresyon arasında ilişki olup olmadığını inceleyen çalışmalar vardır. Yaşın iş memnuniyeti üzerinde etkisi olmadığını gösteren çalışmaların olması ile bu durumun tam tersi olarak yaşın iş memnuniyeti üzerinde etkisi olduğunu birbirleriyle ilişkili olduklarını kanıtlayan çalışmalarda bulunmaktadır (Gençtan, 2003). Kirwan ve ark. (2000), yaptıkları çalışmada; yaş, çalışma yılı, tükenmişlik ve anksiyetenin aralarında ilişki olmadığını bildirmişlerdir (Wittchen ve Fehm, 2003). Kirwan'ın aksine Ramires ve ark. Yaptıkları çalışmada yaşın ve medeni durum gibi kişisel özelliklerin anksiyeteyi etkilediği özellikle duygusal tükenme ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Wittchen ve Fehm, 2003). Genel anlamda yapılan çalışmalar yaşın iş tatmini ve anksiyete ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Genç yaşlardaki katılımcıların iş hayatlarında ilk senelerde tecrübesizlikten kaynaklanan anksiyete yaşarken 40 yaşına kadar iş hayatından daha

tatminkâr ve anksiyete seviyesi yönünden daha iyi oldukları, 40 ve üzeri yaşlarda çalışanların ise iş ortamından memnuniyetsiz ve anksiyete seviyelerinin daha kötü oldukları görülmektedir. Bizim çalışmamızda 129 katılımcıdan 22 tanesi 18-25 yaş arasında, 48 tanesi 26-33 yaş arasında, 46 tanesi 34-41 yaş arasında ve 13 tanesi 41 ve üzeri yaş aralığındadır. Farklı yaş gruplarının nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skorları kıyaslandığında yaşın anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır. 40 ve üzeri yaş grubu çalışanlarında, nöbet tutmaktan kaynaklanan bedensel yorgunluk, meslekteki çalışma yılının artmasıyla beklentilerinin azalması ve acil servisin hızlı ve yorucu temposuna ayak uydurmakta zorlanmaları yani bedensel yeterliliklerini yitirmeleri anksiyete skorlarına yansımaktadır. Fakat bizim çalışmamızda da anksiyetenin yaş ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. 18-41 yaşları arasındaki skor artışı diğer guruplara göre daha anlamlı olarak saptandı. Bunun sebebinin ise mesleğe yeni başlayan bireylerin diğer bireylere oranla daha fazla stresöre maruz kalması, daha çok gece vardiyasında çalıştırılmaları, orantısız iş bölümü nedeniyle yaşı ilerleyen bireyler yerine de çalışmak zorunda bırakılmaları olduğu düşünülmektedir. 40 ve üzeri yaş gurubunun ise çalışma sistemlerinin rahat shiftler olarak değiştirilmesi, daha az stresöre maruz kalacak işlere verilmesi gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin çalıştıkları birim aynı olsa da, çalıştıkları kurum yoğunluğu nedeniyle gösterdikleri anksiyete arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur. Muşlu ve ark. (2010), yaptığı çalışmada bireylerin yaptığı iş aynı olmasına rağmen, üçüncü basamakta çalışan kişilerin daha yoğun çalışması ve daha düşük ücret almalarından dolayı anksiyete düzeylerinin devlet hastanesinde çalışan bireylere göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Taycan ve ark. (2006),yürüttükleri çalışmayla devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelerin sağlık ocaklarında çalışan hemşirelere göre sosyal etkinlikte bulunma oranlarının daha yüksek olduğunu ayrıca daha fazla dinlenme zamanı bulduklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının haftalık ortalama çalışma sürelerinin hastaneler arasında bir farklılık göstermemesine ve birbirleri arasında istatistiksel olarak bir fark olmamasına rağmen 2. ve 3. basamakta çalışan sağlıkçıların çalışma saatlerinin 40 saatin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu durumun nedeni hastanelerdeki yatak sayısının fazla olması ve hasta sirkülasyonu nedeniyle iş yoğunluğunun artması ve halen yeterli düzeyde personelin olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bizim araştırmamızda ise bu üç grup hastanede çalışan bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skorlarının nöbet sonrası beck anksiyete skorlarına göre artmış olduğu görölmektedir. Bu artışlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmişlerdir. Fakülte hastanesinde çalışan bireylerin nöbet öncesi beck anksiyete skoru diğer kurumlara oranla daha yüksek iken nöbet sonrası beck anksiyete skoru artışı eğitim araştırma hastanesinde daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının ilk sene anksiyete oranlarının yüksek olması beklenmektedir (Demiral ve ark., 2006). Bunun nedeni ise çalışılan birimdeki kıdemli çalışanlarla yeni başlayanlar arasında orantısız bir iş dağılımının olması, kurum işleyişine, çalışma sistemine ve iş arkadaşlarına yeni adaptasyon sağlayacak olması, işleyişe hâkim olan çalışanlardan daha yavaş olması dolayısıyla daha az dinlenecek zaman bulması gibi nedenler düşünölmektedir (Smith ve ark., 2005). Çalışma süresinin kişilerin tükenmişlik düzeyine ve anksiyeteye etkisinin olup olmadığını inceleyen birçok araştırma yapılmıştır.

Kişilerin anksiyetesini ve tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkisini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Acil servislerde anksiyete skorunu etkileyen faktörlerden bir tanesi de çalışma süresindeki artıştır (Akerstedt, 2003). Keller ve ark. (2009), yaptıkları çalışmada kişilerin haftalık çalışma saatlerinin artması nedeniyle dinlenmek için yeterli zamanı bulamadıklarını ve buna bağlı olarak kişilerde anksiyete ve tükenmişliğin arttığını bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamızda ise bütün grupların nöbet öncesi ve nöbet sonrası beck anksiyete skorlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bütün gruplarda nöbet sonrası beck anksiyete skorlarının yükseldiği görölmüştür ve bu yükseliş istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerde ilk 10 yılını çalışan bireylerin skor artışı diğer gruplardaki bireylere oranla daha anlamlı olduğu kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireyleri, meslek gruplarına göre karşılaştırdığımızda hemşirelerin nöbet öncesi beck anksiyete skorlarının, doktorların nöbet öncesi beck anksiyete skorlarına oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İki grubunda beck anksiyete skorları nöbet öncesi ve nöbet sonrasında yüksek bulunmuştur ve bu yükseliş istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hemşire ve doktorların nöbet sonrası beck anksiyete skorları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Hemşirelerin nöbet sonrası beck anksiyete skorları doktorların nöbet sonrası beck anksiyete skorlarına göre daha fazla

artış göstermiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Bunun sebebi ise hastaların doktorlardan daha fazla çekinmesi sebebiyle bütün yakınmaları hemşirelere ileterek, hemşirelerin daha fazla stresöre maruz kalması, çalıştıkları kurumda hemşirelere daha fazla baskı uygulanması ve hemşirelik mesleğinin daha çok bayanlardan oluşması olarak düşünülebilir (Kurçer, 2005; Demiral ve ark., 2006; Muşlu ve ark 2010).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

1- Çalışmamızda acil serviste çalışan hemşire ve doktorların, nöbet öncesi beck anksiyete skorları 2 iken, nöbet sonrası beck anksiyete skorunun 15'eyükseldiği tespit edilmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sonuç olarak acil serviste çalışan bireylerin nöbet sonrası anksiyete düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir.

2- Acil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldığında; erkek katılımcıların nöbet öncesi beck anksiyete skorlarının, kadın katılımcıların beck anksiyete skorlarına oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Nöbet sonrası beck anksiyete skorları karşılaştırıldığında da bayan katılımcıların nöbet sonrası skor artışı erkek katılımcıların nöbet sonrası skorlarına oranla daha fazla arttığı tespit edilmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir.

3- Beck anksiyete düzeyinin medeni durumla ilişkisi incelendiğinde; evli bireylerin nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorlarının bekâr bireylerin nöbet öncesi ve nöbet sonrası anksiyete skorlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu yükseliş istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4- Alkol kullanımının anksiyete üzerinde etkisi incelendiğinde; alkol kullanan bireylerin nöbet öncesi anksiyete skorları, alkol kullanmayan bireylerin anksiyete skorlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Fakat nöbet sonrası anksiyete skorlarına bakıldığında, alkol kullanan bireylerin skorlarının alkol kullanmayan bireylerin skorlarına göre daha fazla artış gösterdiği saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

5- Sigara ile anksiyete düzeyleri incelendiğinde; sigara içen bireylerle sigara içmeyen bireylerin nöbet öncesi anksiyete skorları neredeyse aynı iken, nöbet sonrası sigara içen bireylerin anksiyete skorunun sigara içmeyen bireylerin skoruna oranla anlamlı bir şekilde artmış olduğu saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

6- Çalışmamızda acil serviste çalışan hemşire ve doktorların çalışma sistemi ile anksiyete skoru incelendiğinde; 24 saat çalışan bireylerin nöbet öncesi anksiyete skoru shift sistemi ile çalışan bireylerin skorlarından daha yüksek bulunmuştur. Fakat nöbet sonrası beck anksiyete skorları karşılaştırıldığında, shift sistemi ile çalışan bireylerin

skorlarının 24 saat çalışan bireylerin skorlarına oranla daha fazla arttığı saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

7- Tüm gruplarda, acil servislerde çalışan hemşire ve doktorların çalıştığı kurum ile beck anksiyete düzeyi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Üniversite hastanelerinde çalışan bireylerin nöbet sonrası anksiyete düzeylerinin, eğitim ve araştırma hastanesinde ve devlet hastanelerinde çalışan bireylerinkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

8-Çalışmamızda anksiyete düzeyi ile yaş değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Yirmi beş ile kırk iki yaş arası bireylerde nöbet sonrası anksiyete skorları diğer gruplara göre daha fazla artış göstermiştir. Bütün grupların nöbet sonrası beck anksiyete skorları artmıştır ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

9-Araştırma yapılan bütün kurumlarda hemşire ve doktorların anksiyete düzeyi incelendiğinde; iki grubunda nöbet öncesi beck anksiyete skoru yüksek bulunmuştur. Fakat nöbet sonrası hemşirelerin anksiyete skoru ile doktorların anksiyete skoru karşılaştırıldığında, hemşirelerin nöbet sonrası beck anksiyete skorlarının daha fazla artmış olduğu saptanmış ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

6.2. Öneriler

1. Acil serviste çalışan bireylerin stresi tanıma, tanımlama, stresi olumlu yönde çözebilme yönünden rehberlik-danışmanlık hizmeti almaları,
2. Kurumdaki personel sayısının artırılması ve çalışma saatlerini daha uygun vardiyalara bölerek düzenleme yapılması,
- 3.Vardiya sistemi ile çalışacak elemanların daha uygun kişilerden seçilmesi,
4. Sigara kullanan bireyler için sigarayı bıraktırıcı önlemler alınması, eğer sigaranın bırakılması sağlanamıyorsa, işyerlerinde kişilerin sigara molası verebileceği sürelerin ayarlanması,
5. Bireylerin uyku düzenlerine, yeme alışkanlıklarına dikkat etmeleri ve zararlı alışkanlıklara başlamasını engelleyici önlemler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akerstedt T, Wright KP. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. *Sleep Med Clin.* 2009;4:257-271.
- Akerstedt T. Shift Work And Disturbed Sleep/Wakefulness. *Occup Med.* 2003;53:89-94.
- Akıncı SB, Rezaki M, Aypar Ü. Anesteziyologlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Anestezi Dergisi.* 2003;11:34-39.
- Alkın T, Albayrak Ö, ve Kaya B. Panik Bozukluğunda Tedavi Klavuzu, Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu. Tükel R. Editor. Ankara, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları. 2004;1-52.
- Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı Ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. Köroğlu E, Güleç C, Editörler, *Psikiyatri Temel Kitabı.* 2. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2007; 296-304.
- Altıntoprak AE, Karabilgin S, Çetin Ö, Kitapçioğlu G. Hemşirelerin İş Ortamlarındaki Stres Kaynakları; Depresyon, Anksiyete Ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri: Yoğun Bakım Ve Yataklı Birimlerde Hizmet Veren Hemşireler Arasında Yapılan Bir Karşılaştırma Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2008;10(1):9-17.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E. Çeviri Editörü. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.2007; 12-31.
- Andrews G, Creamer M, Crino R. *The Treatment of Anxiety Disorders,* Cambridge University Press , Obsessive-compulsive disorder. Syndrome.2003; 332-346.
- Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A, Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, *Pak J Biol Sci.* Iran,2008; 11:1605-1609.
- Aslan S, Yüksel N. Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri. *Türkiye Klinikleri J int. Med Sc.*2006;2(12):68-80.
- Aydın H, Bozkurt A. In: Kaplan M çev. Editor. *Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eighth Edition.* Philadelphia. Ankara, Güneş Kitabevi. 2005;1718-1799.
- Ayten D. Hemşirelerin Vardiya ile Çalışmalarının Anksiyete ve Arteriyel Kan Basıncına Etkisinin ve Çalışma Ortamında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2003;24-33.
- Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Archives medical review journal.* 2013;22(4):441-459.

- Baskak B, Çevik A. Somatizasyonun kültürel boyutları. Türkiye’de Psikiyatri. 2007; 9:50-57.
- Bayar R, Yavuz M. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyumu. İzmir. 2008 ;62:185-192.
- Bayraktar E. Panik Bozukluğu ve Agorafobi; Köroğlu E, Güleç C, Şenol S, Editorler. Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın. 2007, 304-317.
- Bekker MHJ. Agoraphobia: Sex specific stress or sex specific stressors? Women, Health and the Mind. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons. 2000; 91–114.
- Cansever A. Özgül Fobi. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S, Editorler. Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın. 2007; 3:18-24.
- Çalık A, Aktaş S, Bulut HK, Anahar EI. Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. 2015;1(1):33-45.
- Çorapçıoğlu A, Tural Ü, Yargıç İ, Kocabaşoğlu N. Subthres hold Posttraumatic Stress Disorder in the Survivors of Marmara Earth quake. Primary Care Psychiatry. 2004; 9(4): 137-143.
- Demir A. Hemşirelerin vardiya ile çalışmalarının anksiyete ve arteryel kan basıncına etkisinin irdelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 8:40-54.
- Demiral Y, Akvaradar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;20(3):157-164
- Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Epidemiyoloji, Etyoloji, Klinik Ve Ayırıcı Tanı. Klinik Psikiyatri Dergisi.2000;(2):3-21.
- Doğan O. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2010; 3(4):9-18.
- Durmuş S. Hemşirelerde İş Doyumu Ve Anksiyete Düzeyini Etkileyen FaktörlerErciyes Medical Journal. 2007;29(2)139-146.
- Erbil N, Kahraman A, Bostan Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyim Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9(1):10-16.
- Erdem M, Çelik C, Doruk A, Özgen F. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Başa Çıkma Tutumları. Anatol J Clin Investig, 2008;2(3):101-105.

- Esel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klin Psikofarmakol B.*2003;13(2):78-87.
- Esmâ SŞ. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi*,1998;33-41.
- Forbes D, Creamer MC, Phelps AJ, et al. Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: a clinical update. *Med J Aust.* 2007;187(2):120-123.
- Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA Editors. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry.7 Th Ed.PA., Lippincott Williams And Wilkins.*2000;1464-1476.
- Gençtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar, Metis Yayınları. 2003;60-175.
- 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.
- Güleci H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2005; 16(2):90-96.
- Güleç H, Güleç H, Sayar K, ve ark. Depresyonda Bedensel Belirtiler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2005; 16: 90-96.
- Güleç M, Bakır B, Özer M, Uçar M, Kılıç S, Hasde M. Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. *Psychiatry Res.*2005; 134:281-286.
- Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011;26-34.
- Güreş Z. Çocukları Olan Hemşirelerin İş Yaşantısına Ve Normal Sağlık Anksiyetelerine Ek Olarak Sigara İçmelerinin Ya Da İçmemelerinin Anksiyetelerini Ne Ölçüde Etkilediğinin Araştırılması. *Afyonkarahisar, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 18-24
- Hedlund MA, Chambless DL. Sex differences and menstrual cycle effects in aversive conditioning: A comparison of premenstrual and intermenstrual women with men. *J Anxiety Disord.* 1990; 4:221-231.
- <http://www.psikiyatr.com/anksiyete/anksiyetebozuklugu.htm>, 2014.

- Hughes R, Stone P. The Perils Of Shift Work: Evening Shift, Night Shift, And Rotating Shifts: Are They For You? Am J Nurs. 2004;104 (9):60–63.
- 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):649-659.
- Işık E, Işık Y. Çocuk, Ergen Ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Asimetrik Paralel.2006 ;425–442.
- Işık E, Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Golden Print.2006;445-448.
- Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Ankara, Golden medya.2008; 36-48.
- Ito C. The Role Of Brain Histamine İn Acute And Cronic Stress. Biomedicine & Phamacothreapy, 2000;54(5):226-263.
- İlbaşı A. İzole Edilen Hastaların İzolasyon Sonrası Anksiyete, Depresyon Durumları İle İzole Edilmeyen Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi Ve İzole Edilen Hasta Yakınlarının, Sağlık Personelinin Anksiyete Durumlarının İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, Uzmanlık Tezi, 2014;10-11.
- Jovanovic H. PET evaluation of central serotonergic neuro- transmission in women. Doctoral thesis. Science Daily, 2008;61-66.
- K Hsu, V Marshall. Prevalence Of Depression And Distress İn A Large Sample Of Canadian Residents, İnterns, And Fellows. Am J Psychiatry. Dec 1987; 144: 1561-66.
- Karaman Z. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete Ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2011; 21-31.
- Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Anksiyete Bozuklukları. Karamustafalıoğlu O. Editör, Aile Hekimleri İçin Psikiyatri, 1.Baskı, İstanbul, MT Uluslararası Yayıncılık. 2010: 71-88.
- Karamustafaoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni. 2011;45(2):65-74.
- Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Derg. 2007; 8(2):113-120.

- Keller SM. Effects of extended work shifts and shift work on patient safety, productivity, and employee health. 2009; 57:497-502.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62: 617-627.
- Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Bölüm 4. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel MD, Ankara, 1998;13-15.
- Kocabaşoğlu N. Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 2008;62:175-184.
- Kocabaşoğlu N. Doksat K, Doğanün B. Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi. Yeni sempozyum. 2004;42 (4):168-176.
- Kocabaşoğlu N. Stress Ve Anksiyete, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2005;47:81-98.
- Köroğlu E. Major Depresif Bozukluk. Güleç C, Editor, Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 1997; 390-421.
- Köroğlu E. Psikonozoloji, Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Hekimler Yayın Birliği, 354-366.
- 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. J UOEH. 2008; 1(30):1-10.
- Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. Harran Univ Tıp Fak Derg.2005; 2:10-15.
- 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.
- Lewinsohn P, Hops H, Roberts R, Seeley JR, Andres JA. 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.
- Lowden A, Moreno C, Holmbäck U, Lennemas M, Tucher P. Eating and shiftwork effects on habits, metabolism, and performance. Scandinavian journal of work, environment&health.2010;36(2):150-162.
- Merikangas KR. Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri. Comprehensive Text Book of Psychiatry. Demet MM (çeviri), Aydın H, Bozkurt A çev. Editors.8.Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi. 2006; 1720-1728.

- Muller JE, Koen L, Seedat S, Stein DJ. Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS Drugs*. 2005; 19:377-391.
- Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İH. Birinci Basamak Ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon Ve Hayat Kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012;4(1):17-23.
- Nasrabadi AN, Seif H, Latifi M, Rasoolzadeh N, Emami A. Night shift work experiences among Iranian nurses: a qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2009; 56:498-503.
- Nolen-Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychol Women Quarterly*. 2001; 25:37-47.
- Norton GR, Cox BJ, Asmundson GJ, Maser JD. The growth of anxiety disorders during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*. 2001; 9:75-85.
- Novak A, Burgess ES, Clark M, Zvolensky MJ, Brown RA. Anxiety sensitivity, self reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption. *J Anxiety Disord*.2003;17: 165-180.
- Nural SH, Anksiyete Bozuklukları. Ebert HM, Loosen TM, Nurcombe B. Editors. Birsöz S, Karaman T, çev.edt., *Current Psikikiyatri Tanı ve Tedavi*. Ankara, Güneş Kitabevi. 2003; (3):28-40.
- Nutt D, Argyropoulos S, Hood S, PotokarJ. Generalized Anxiety Disorder: A Comorbid Disease.*Eur Neuropsychopharmacol*. 2006;16 (2):109-118.
- Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. *Handbook of emotions*. New York, The Guilford Press. 2000: 573-593.
- Onur E, Alkın T, Monkul ES, Fidaner H. Panik-Agorafobi Spektrumu Kavramı. *Türk Psikiyatri Derg*. 2004; 15(3): 215-223.
- Öner A. Yetişkin Bireylerin Anksiyete Bozukluğuna Sahip Olup Olmaması İle Kullandıkları Mizah Tarzları Arasındakiİlişkinin İncelenmesi. Adana, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 24-31.
- Özcan M, Uğuz F, Çilli A. Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar. *Türk Psikiyatri Derg*. 2006; 17(4):276-285.
- Özdemir ÇA, Kocabaşoğlu N. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Köroğlu E, Güleç C, Şenol S, Editorler. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın. 2007, 360-368.

- Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi. 2004; (3)43-89.
- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.1.Baskı, HYB Yayıncılık, Ankara, 2004; 3:25-80.
- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Yenilenmiş 11. Baskı 1. Cilt. Ankara, 2008: 452-456.
- Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, et al. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? Am I Public Health. 1996; 86: 225-230.
- Pıçakçıefe M. Çalışma Yaşamı Ve Anksiyete. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; (9)367-374.
- Pine DS, McClure EB. Anksiyete Bozuklukları: Klinik Özellikleri. Comprehensive Text Book of Psychiatry,(Çev: Şentürk V, Berksun OE, Çev. Ed: Aydın H, Bozkurt A), 8. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi. 2006; 1768- 1780.
- Ruggiero JS. Health, work variables, and job satisfaction among nurses. J Nurs Adm. 2005;35 (5):254–263.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H,Bozkurt A. 8.Baskı, İstanbul, Güneş Kitabevleri. 1559-1800.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan And Saddock’s Concise Textbook Of Clinical Psychiatry. 3.Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. 2008; 236-271.
- Samaha E, Lal S, Samaha N, Wyndham J. Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. J Adv Nurs. 2007; 59:221-232.
- Samancı A, Sefa A, Solmaz M, Erkmen H, Uçarer M. Alkol ve Anksiyete Bozuklukları ilişkisi. Düşünen Adam. 1995, 8 (3): 44-49.
- Sarıcaoğlu F, Akıncı S, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar I. Gece Ve Gündüz Vardiya Çalışmasının Bir Grup Anestezi Asistanının Dikkat Ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Derg. 2005; 16(2):106-112.
- Schwartz JR. Recognition of shift-work disorder in primary care. J Fam Pract. 2010; 59 (1):18-23.
- Selvi Y, Özdemir G, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L.Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23:238-243.

- Sevinçok L. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Tanı Ve Eş Tanı Sorunları. Duygudurum Dizisi. 2001; 3: 144–151.
- Smith L, Tanigawa T, Takahashi M, mutou K, Tachibana N, Kage Y, Iso H. Shiftwork locus of control, situational and behavioural effects on sleepiness and fatigue in shiftworkers. *Ind Health*. 2005; 43:151-170.
- Sungur MZ. Anksiyete Bozukluklarının Anlaşılması ve Tedavisinde Bilişsel ve Davranışçı Modellerin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2006; 2(12):81-8.
- Şahin N, Batıgün A, Uzun C. Anksiyete bozukluğu: Kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2011; 12:107-113.
- Şuer T. Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi. 2005; 47:205-210.
- Takahashi M, Iwasaki K, Sasaki T, Kubo T, Mori I, Otsuka Y. Worktime control-dependent reductions in fatigue, sleep problems, and depression. *Appl Ergon*. 2011; 42:244-250.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2006; 7(2): 100–108.
- Tok G, Ok G, Erbüyün K, Aydemir Ö, Tok D. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2009;7:1-5.
- Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu Ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;4:12-16.
- Uysal H, Özyurda F. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Çalışan Hemşirelerde Sigara İçme Durumu ve Sigaraya Başlama Nedenlerinin Tespiti, Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Yüksek Lisans Tezi. 1991;18-25.
- Wittchen HUI, Carter RM, Pfister H, Montgomery SA, Kessler RC. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol*. 2000; 15: 319–328.
- Wittchen U, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 108:4-18.
- Yasamı A, Eşsizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde Memnuniyeti, Anksiyete Düzeyi ve İlişkili Etmenler. *Dicle Med J*. 2008;35(4):228-233.

Yastı M. Afyon Kocatepe Üniversitesinde Çalışan Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Ortamında Etkileyen Stres Faktörlerinin Tanımlanması, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, Yüksek Lisans Tezi, 2005;31-36.

Yelken B, Kaptanoğlu C. Panik Bozukluğun Sosyodemografik Özellikler ve Aile İşlevselleği Açısından Major Depresyon ile Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Derg. 2000;11: 113-120.

Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2. Baskı, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi.2001; 168-207.

Zverev YP, Misiri HE. Perceived effects of rotating shift work on nurses' sleep quality and duration. Malawi Med J. 2009;21:19-21.



EK-1 Sosyodemografik Anket Formu

Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Ve Doktorların Nöbet Öncesi Ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi.

Bu araştırma Samsun ilindeki OMÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Acil Servislerinde çalışan hemşire ve doktorların nöbet öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle anketlerde yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba Atmaca Çetin

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni durumu:

Meslek:

Çalıştığı kurum:

Çalışma yılı:

Çalışma sistemi: 24 saat / shift sistemi:

Haftalık çalışma saati:

Sigara, alkol vs varlığı:

Mevcut hastalık:

Kullandığı ilaçlar:

Ailede ya da kendinde olan psikiyatrik hastalık:

Tarih:

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

EK-2 Beck Anksiyete 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 uygun seçeneğe işareti koyarak belirleyiniz.

Puanlanma :	NÖBET ÖNCESİ				NÖBET SONRASI			
	Hiç	Hafif düzeyde	Orta düzeyde	Ciddi düzeyde	Hiç	Hafif düzeyde	Orta düzeyde	Ciddi düzeyde
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. Titreklik								
14. Kontrolü kaybetme korkusu								
15. Nefes almada güçlük								
16. Ölüm korkusu								
17. Korkuya kapılma								
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi								
19. Baygınlık								
20. Yüzün kızarması								
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)								

EK- 3 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1263

29.05.2015

Sayın Doç. Dr. Celal KATI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğumuz **Aeil serviste çalışan hemşirelerin ve doktorların nöbet öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri** başlıklı OMC KAEK 2015: 263 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekeçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 28.05.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. A. Tefik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK- 4: Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü:

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Adli Tıp Hemenliği Anabilim Dalı öğrencisi Sayın Tuğba ATMACA ÇİTİN arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği Yeri: Kurum/Kuruluşları:

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazı Devlet Hastanesi ve Kadın Doğum – Çocuk Hastalıkları Hastanesi.

Çalışmanın Adı: Adli Servisler Çalışan Hemençileri ve Doktorların Nöbet Onam ve Sorumlulukları Düzeyleri

Bu çalışmayı yürütenler, kişiler/ler: Hemençiler Tuğba ATMACA ÇİTİN, Doç. Dr. Celal KATI

Protokolün İçeriği:

- 1) Bu protokol ilminin emelini önüle Samsun İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda var olan hizmetleri, yapılan araştırmaların sınırlı hizmet çalışanlarının ve de yapılan hizmetlerin elde edilen istatistik verileri ilgili ve kurum personeli ve/veya kuruma çalışanları ile yapılacak ameliyat ve raporları kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- 2) Yapılacak bilimsel çalışma için aşağıdaki gibi Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği formları düzenlenecektir.
- 3) Çalışma için, çalışkan personelin dışı ilgili veri toplama yapma için.
- 4) Veri toplama sırasında Samsun Hastaneler Birliği Personelin görevli olduğu zaman içinde verileri toplama olacaktır (Personel mesaisi bulaçta ile ilgili araştırmaya ancak yetki olabileceği).
- 5) Çalışma yayımlanma halinde gelirden önce Samsun İli Genel Sekreterliği ilgili birim tarafından verilerin erdini değeri bildirilecektir. Toplam sağlığı açısından sorunsuz şekilde yayımlanması istenmektedir.
- 6) Çalışma evrakları ve veri kayıtları tarafında tabii hakları olan tüm kişilerin yazılı izni alınarak Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- 7) Çalışmaya yapılacak etik kurul ve D. 66/2015 ile ilgili mevzuatı ile ilgili olarak kurumun ait veriler yayımlanmaz ve etik kurul bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- 8) Çalışma esnasında her türlü bilgi, belge, rapor, belge, rapor ve/veya diğer verilerin kullanılmasına ilişkin veriler, kişisel verileri ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- 9) Araştırma verileri, rapor ya da yazılı olarak kullanılmayacak. İlgili kurum/kuruluşların Etik Kurul Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.

Protokolün süresi:

- 1) Bu çalışmanın yürütülmesi için çalışmalarında iş günü süre ile yayımlanması yürütülecektir.
- 2) Başlangıç Tarihi: 09/07/2015 Birlik Tarihi: 30/09/2015
- 3) Protokol, yayımlanma tarafların planlarını ve kabul edilen süresi ile tarafların iznini alınarak veya bir protokole bağlanır.
- 4) Şartlarda belirtilen değişikliklere bağlı olarak Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterlik protokolü daha önce değiştirilebilir.

Sözleşme Şartlarına Ayrıntılı:

Etik kurul onayından önce yapılacak çalışmaları sırasında yapılacak çalışmaları devam ederken kişi ya da kişiler için olacaktır. Söz çalışmaları kadın ve erkeklerle ilgili olan kişiler için ilgili iş yapılması ya da yeni kişilerin çalışmaya kabul edilmesini amaç Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onay ile mümkün olacaktır, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ile ilgili olarak, protokole ilişkin ve boyutu bulunur. İlgili kişiler hakkında Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine, kurum kurulumunun çalışması ile verileri kanunlarla ilgili hükümlerine ve resmi görevli çalışmaların devam ettiği belirtilmesiyle ilgili tüm bir taraftan sağ tarafta olduğu bildirilecektir.

İhtilafın çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkan birleşik sorunları çözmede Samsun İli Hastaneler Birliği ilgili tarafların yetkilileridir.

Eğer protokol hükümlerini ve eza ve emeyişlerini ihkâm ve kabul etmiş.

09/07/2015
Tuğba ATMACA ÇİTİN
Hemençiler



09/07/2015
Dr. Yılmaz DUNDAK
Adli Hemençiler Birlik Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Tuğba Atmaca Çetin

Doğum Yeri: Suşehri/Sivas

Doğum Tarihi: 12.10.1986

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): OMÜ Hemşirelik Lisans Mezunu 2010
OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans 2012-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: OMÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi 2010-2015
Ünye Devlet Hastanesi 2015-

E-posta: tuubaa_58@hotmail.com

