

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ELAZIĞ MERKEZE BAĞLI ACİL SAĞLIK
HİZMETLERİ İSTASYONLARI
ÇALIŞANLARININ DURUMLUK/SÜREKLİ
KAYGI DURUMUNUN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Erhan ATICI

Danışman: Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ

2014

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans standartlarına uygun bulunmuştur.



Prof. Dr. Yasemin AÇIK

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ



Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Yasemin AÇIK



Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ



Yrd. Doç. Dr. Hüsamettin KAYA



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitimimi yaptığım Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Tez Danışmanım Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye tez çalışmalarımın her aşamasında gösterdiği emeği, paylaştığı bilgi ve deneyimleri için teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim süresince paylaştığımız birliktelik, bilgi, deneyim ve emekleri yönüyle başta Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yasemin AÇIK olmak üzere, değerli öğretim üyeleri Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ ve Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik OZAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmalarım sürecinde manevi desteği ve gösterdiği sabırdan ötürü aileme ve sevgili eşim Betül ATICI'ya teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	I
ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLO LİSTESİ	VI
ŞEKİL LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	4
3.1. Kaygının Tanımı	5
3.2. Kaygının Epidemiyolojisi	6
3.3. Kaygının Etyolojisi	8
3.4. Kaygının Sınıflandırılması	10
3.4.1. Durumluk Kaygı (A-State Anxiety)	11
3.4.2. Sürekli Kaygı (A-Trait Anxiety)	12
3.4.3. Olumlu – Olumsuz Kaygı	13
3.4.4. Dalgalanan Kaygı (Free Floating Anxiety)-Core Anxiety	14
3.4.5. Bilişsel ve Bedensel (somatik) Kaygı	14
3.5. Kaygının Belirtileri	16
3.5.1. Bilişsel Belirtiler	16
3.5.2. Duygusal Belirtiler	17
3.5.3. Davranışsal Belirtiler	17
3.5.4. Fizyolojik Belirtiler	17
3.6. Kaygı ile Birliktelik Gösteren Durumlar	18
3.6.1. Fobiler	19
3.6.2. Panik Bozukluk	19
3.6.3. Obsesif-Kompulsif Bozukluklar	20
3.6.4. Yaygın Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu	20
3.6.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	20
3.7. Acil Sağlık İstasyonları	21

3.7.1. Acil Sağlık İstasyonlarının Kuruluş Amacı	21
3.7.2. Acil Sağlık İstasyonlarının Önemi	22
3.7.3. Acil Sağlık İstasyonlarının Teşkilat Yapısı	22
3.7.4. Acil Sağlık İstasyonlarının Personel Yapısı	24
3.7.5. Acil Sağlık İstasyonlarının Çalışma Sistemi	26
3.7.6. Acil Sağlık İstasyonlarının Görevleri ve Verdiği Hizmetler	29
3.8. Kaygının En Fazla Görüldüğü Meslek Gruplarının Değerlendirmesi	30
3.9. Acil Sağlık Çalışanlarında Kaygı	31
4. GEREÇ VE YÖNTEM	33
5. BULGULAR	36
6. TARTIŞMA	51
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	76
9. ÖZGEÇMİŞ	83

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Araştırma Kapsamına Alınan İl Ambulans Servisi Başhekimliği ve Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları (ASHİ) Çalışanlarının Personel Dağılımı	33
Tablo 2.	ASHİ Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 3.	ASHİ Çalışanlarının Aile Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.	ASHİ Çalışanlarının Çalışma Statülerine ve Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı	37
Tablo 5.	ASHİ Çalışanlarının Kendileri İle İlgili Sosyoekonomik ve Sağlık Algılama Değerlendirmelerine Göre Dağılımı	38
Tablo 6.	ASHİ Çalışanlarının Sağlık Özellikleri ve Sağlıklarını Etkileyebilecek Davranışlarına Göre Dağılımı	39
Tablo 7.	ASHİ Çalışanlarının Mesleğe ve Çalışma Ortamına Bakış Açılarına Göre Dağılımı	40
Tablo 8.	ASHİ Çalışanlarından Şiddete Maruz Kaldığını Belirtenlerin Maruz Kaldıkları Şiddet Türüne Göre Dağılımı	40
Tablo 9.	ASHİ Çalışanlarının Yaşadığı Yakın Çevre İle İlgili Kaygı ve Stres Durumları Varlığını Belirtmelerine Göre Dağılımı	41
Tablo 10.	ASHİ Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	42
Tablo 11.	ASHİ Çalışanlarının Aile Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	43
Tablo 12.	ASHİ Çalışanlarının Çalışma Statülerine ve Mesleki Durumlarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	44
Tablo 13.	ASHİ Çalışanlarının Kendileri İle İlgili Sosyoekonomik Durum ve Sağlık Algılama Değerlendirmelerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	45

Tablo 14. ASHİ Çalışanlarının En Uzun Yaşadığı Yere Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	45
Tablo 15. ASHİ Çalışanlarının Herhangi Bir Sorun/Olay Karşısında Sosyal Destek Alıp/Almama Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	46
Tablo 16. ASHİ Çalışanlarının Hastalık Varlığı ve Sağlıklarını Etkileyebilecek Davranışlarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	46
Tablo 17. ASHİ Çalışanlarının Kendisine En Zor Gelen Yaşamsal Alan İfadelerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	47
Tablo 18. ASHİ Çalışanlarının Mesleğe ve Çalışma Ortamına Bakış Açılarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	48
Tablo 19. ASHİ Çalışanlarının Görevde Şiddete Maruz Kalıp/Kalmama Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	48
Tablo 20. ASHİ Çalışanlarının Yaşadığı Yakın Çevre İle İlgili Kaygı ve Stres Durumları Varlığını Belirtmelerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	49
Tablo 21. ASHİ Çalışanlarının Son Bir Yıl İçerisinde Birinci Derece Yakınını Kaybedip/Kaybetmeme Durumlarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	49
Tablo 22. ASHİ Çalışanlarının Görev Yaptığı Birimde Vakaya Çıkıp/Çıkmama Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları	50

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Spielberger'in Kaygıya Temel Yaklaşımı	13
Şekil 2. Bilişsel ve Bedensel Durumluk Kaygıyla Performans Arasındaki Çok Yönlü İlişki	15

KISALTMALAR LİSTESİ

AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASHİ	: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GPS	: Global Positioning System
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
MATRA	: Bütçe Planlama ve Hazırlık Sürecinin Güçlendirilmesi Projeleri
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRK-İŞ	: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu

1. ÖZET

Acil sağlık alışanlarında anksiyete ve depresif bozuklukların sıklıkla görölmesi olasıdır. Bu alışmada Elazığ merkeze bağlı acil sağlık hizmetleri istasyonları (ASHİ) alışanlarında var olabilecek kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirleyebilmek amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte olan bu alışma Elazığ Merkeze Bağlı ASHİ’de çalışan 282 kişi arasında yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan kişilere; sosyo-demografik özellikler, kaygı ile ilişkili olduğu düşünölen sağlık, sosyal ve demografik faktörler ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’nden oluşan bir soru takımını içeren anket direkt gözlem altında uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına alınanların %37.2’si kadın, %62.8’i erkek olup, yaş ortalamaları 33.60 ± 1.10 ’dur. Çalışanların Durumluk Kaygı puan ortalaması 36.70 ± 10.34 , Sürekli Kaygı puan ortalaması ise 40.34 ± 8.13 olarak bulunmuştur. Durumluk/sürekli kaygı düzeyleri cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, kendilerinin ve eşlerinin eğitim durumu, aile gelir düzeyine göre değişmemektedir ($p > 0.05$). İl merkezinde çalışanların ilçe merkezine, sağlık durumunu orta/kötü olarak algılayanların iyi olarak algılayanlara, kişilik yapısını ie dönök belirlenlerin dışa dönöklere, uyku sorunu varlığını ifade edenlerin böyle bir sorunu olmayanlara, dinlenme için özel zaman ayıramayanların zaman ayırabilenlere göre durumluk/sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). ASHİ çalışanlarından mesleğine olumlu baktığını ifade edenlerin, aynı mesleği tekrar seçebileceğini belirlenlerin, mesleğinden memnun/orta düzeyde memnun ve çalışma ortamından memnun olanların durumluk/sürekli kaygı puan ortalamaları mesleğe bakış açısından olumsuz olanlara göre daha düşüktür ($p < 0.05$).

Sonuç olarak, bu araştırmada ASHİ alışanlarının sürekli kaygı puan ortalaması, durumluk kaygı puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Çalışanların sürekli kaygı puanı orta düzey olarak değerlendirilebilir. ASHİ alışanlarının sosyoekonomik düzeylerini, sağlık durumlarını, mesleğe olumlu bakış ve yaklaşımlarını geliştirebilecek iyileştirme çalışmalarının planlanması ve uygulamaya geçirilmesinin kaygı düzeylerini azaltabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu alışanları, Kaygı, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

2. ABSTRACT

The Survey of State/Trait Anxiety Situation of Emergency Health Services Stations Staff Belonging to Elazığ City Center

It's possible to observe anxiety and depression disorders frequently in emergency health service personnel. In this work, it's aimed to define the levels of anxiety and its main causes by observing the personnel from emergency health service stations (EHSS) within the borders of Elazığ.

This cross-sectional study has been done through the results from 282 people who are the personnel of EHSS. A questionnaire which includes questions to determine participants' socio-demographic features, health, socio-demographic factors that are thought to be related to anxiety and some questions from constant state anxiety inventory have been applied to the participants and directly observed.

The participants of this study are %37.2 women and %62.8 men. Their average of age is 33.60 ± 1.10 . The personnel's state anxiety average is 36.70 ± 10.34 and constant anxiety average is 40.34 ± 8.13 . Constant/state anxiety levels depend on the participants' sex, ages, marital status, themselves' and their partners' educational states and their average income ($p > 0.05$). It's been discovered that the constant/ state anxiety point averages of those who work in the centre of city compared to the ones that work in the towns, who see their health conditions as medium/bad compared to the ones who see theirs as good, who state their characters as introverted compared to the ones with extroverted characters, who say they have some sleeping disorders compared to the ones that mentions nothing about that ,who don't have any spare time for relaxing compared to the ones who have some, are higher ($p < 0.05$). The constant/state anxiety point averages of EHSS personnel who think positively about

their work, who state that if they had the chance they would choose the same job, who is satisfied or mildly satisfied with their job, who is satisfied with work place and conditions , have been found out to be higher than those who have negative point of views about their job.

As a result, in this study, constant anxiety point average of EHSS personnel has been discovered to be higher than state anxiety point average. Constant anxiety point of staff can be evaluated as medium level. It's been concluded that planning and applying some new procedures to improve EHSS personnel's socio-economic levels, health conditions, their positive perspectives for their jobs, can decrease the anxiety levels of emergency health service personnel.

Key words: Emergency Health Services Personnel, Anxiety, State/ Constant Anxiety Inventory.

3. GİRİŞ

3.1. Kaygının Tanımı

Kaygı sözcüğünün kökü eski yunanca “anxietas” olup, endişe, korku ve merak gibi anlamlarla ifade edilmektedir. İlk olarak “kalıcı, sürekli bir endişe eğilimi ve yatkınlığı” anlamında kullanılmış, baskı boğulma anlamına gelen ve geçici olan “angor” kavramından ayrılmıştır. Kaygı kavramı, psikoloji alanına yüzyılın ilk yarısında girmiş, bu alanda ilk araştırma ve çalışmalar 1940’lı yılların, sonunda yapılmıştır. Ruh bilim alanında kaygı sözcüğünü ilk kullanan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıran Freud olmuştur (1).

Freud kaygının işlevini, olası bir tehdide ve tehlikeye karşı benliği uyarmak ve savunma düzeneklerine işlerlik kazandırmaktır diye tanımlamıştır (2,3). Kaygı kavramını araştıran Freud’a göre insan davranışları, tüm yönleriyle uyum yapmaya yönelik bir amaç taşır. Hiçbir davranışsal rastlantısal değildir. Freud’a göre anksiyete; fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerine katkıda bulunur (4).

Anksiyete her insan tarafından zaman zaman yaşanan, asıl amacı yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişimini sağlamak olan içten ve ya dışardan gelebilecek bir tehlike beklentisinin neden olduğu kaygı ve endişe durumudur. Anksiyete (anxiety), darlık ve sıkışma anlamına gelen Hint-German kökenli “angh” sözcüğünden türetilmiştir. Türkçede kaygı ya da bunaltı kelimeleri ile anlatılmaya çalışılmıştır. İçsel (intrapsişik) ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike veya tehlike olasılığına karşı yaşanan bir duygu durumudur (5).

Kaygı, normalde korku duygusu uyandırmayacak nitelikteki uyarıların bir takım korku tepkilerine yol açması halidir. Burada, gerçekte bağlantısı bulunmayan,

anlaşılması ve anlatılması mümkün olmayan ve elem verici bir duygulanım söz konusudur (6).

Genel anlamda kaygı, insan yapısında mevcut, çevresel ve psikolojik olaylara gösterilen duygusal tepki; dar anlamda ise, kaynağı ve başlangıcı bilinçli olmamasına rağmen bilinçli bir şekilde hissedilen, beraberinde terleme, sararma gibi fizyolojik değişmelerin de görüldüğü bir yaşantı şekli olarak tanımlanmaktadır (7).

Kaygı tedirgin edici bir duygudur (8,9). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanımına göre kaygı; kişiliğin bilinçli bölümünde hissedilen ve ortaya çıkan tehlike sinyalıdır. Bu tehdit, kişiliğin içinde, dış ortamdan bağımsız veya bağımlı olarak üretilir. (10).

Son yıllarda anksiyete üzerinde yoğun araştırmalar yapan ve arkadaşlarıyla birlikte, birçok araştırmada kullanılan kaygı (anksiyete) leğini geliştiren Spielberger; kaygıyı, gerginlik, endişe, üzüntü gibi subjektif duygularla karakterize olan ve otonom sinir sisteminin artan faaliyetleri içinde hissedilen, hoşnutsuzluk yaratan geçici emosyonel bir durum olarak tanımlar (11).

3.2. Kaygının Epidemiyolojisi

Kaygı (anksiyete) bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda arttıran sağlık sorunlarındandır. Kliniklerdeki konsültasyon ve tetkiklerin çok önemli bir kısmı anksiyete bozukluklarına bağlı ortaya çıkan bedensel belirtiler nedeniyle yapılmaktadır. Özellikle depresif bozuklukla birlikte anksiyete (kaygı) bozukluklarının birinci basamak hastalarında çok yaygın olduğu, bu iki bozukluktan birine veya aynı anda ikisine sahip olma oranının birinci basamakta %25'e kadar çıktığı bilinmektedir. Psikiyatriye başvuran hastaların ise yaklaşık %50'sinde anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır. Bir yıllık zaman dilimi içinde yaklaşık sekiz kişiden biri emosyonel,

davranışsal ve sosyal işlevlerini bozan dirençli bir anksiyete tablosu geliştirmektedirler. Anksiyete bozukluğu olan hastaların dörtte birinde belirtiler stres düzeyine göre dalgalanma göstermekte ve bozukluk kronik bir gidiş göstermektedir (12).

Anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmadır. 14 ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000 erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete (kaygı) bozuklukları prevalansı %10.5 bulunmuştur. En yüksek prevalans depresyona ait olup %11.7'dir. Hem anksiyete hem depresyonun birlikte olduğu karışık tabloların prevalansı ise bu çalışmada %4.6 olarak belirlenmiştir (13).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yürütülen komorbidite çalışmasında bir yıllık depresyon prevalansı %12.3, anksiyete prevalansı ise %17.3'dür (14).

Avustralya Sağlık Bakanlığı'nın Avustralya İstatistik Bürosunun verilerine dayanarak 1998 yılında yayınlamış olduğu istatistiklerde, nüfusun %9.7'sinin son bir yıl içinde anksiyete bozukluklarına ait belirtiler gösterdiği anlaşılmaktadır. 18-55 yaşları arasında bu prevalans rakamları sabit kalmakta, 55 yaşından sonra düşmektedir. Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre anksiyete bozukluğu olan bir kişinin topluma 1 yıllık maliyeti 1542 dolar civarındadır. Dolaylı ve dolaysız kayıplar birlikte hesaplandığında yıllık toplam maliyet 1998 yılı itibariyle tahminen 63,1 milyar dolardır (15).

Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda daha sık görülür. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde %9, kadınlarda ise %16 bulunmuştur. Yaşam boyu prevalans oranları Kuzey Amerika

kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre %10.4 ile %25.1 arasında değişmektedir (16).

Türkiye’de epidemiyolojik araştırmalara göre kaygı, prevalansı en yüksek psikiyatrik hastalıktır. Genel popülasyondaki prevalansı %2-6.4 arasındadır (17).

Kaygının yaşamın her döneminde ortaya çıkabileceği ve çeşitli durumların kaygı sıklığını ve şiddetini artırabileceği bilinmektedir. Kaygının en sık görüldüğü dönemlerden biri adölesan dönemdir. Gelecekle ilgili belirsizlikler ve sorunlarla karşılaşabilme düşüncesi ile sınav öncesi dönemlerde de bireyin kaygısının artması beklenen bir durumdur. Özellikle sınav dönemlerinde öğrencilerin kaygı (anksiyete) düzeyleri yükselmekte, bu durum bazı öğrencilerde başarısızlığa yol açmaktadır. Başarısızlık ise kaygının daha da ağırlaşmasına neden olmakta ve böylece bir kısır döngü ortaya çıkabilmektedir (18).

Alt sosyo ekonomik durumda bulunan ergenler eğitim, kültür, sosyal faaliyetler, iyi bir yaşam ve çalışma ortamı gibi pek çok olanaktan yoksun olmakta ya da bunlara yeterince sahip olamamaktadır. Elbette ki bu gibi koşulların onlarda çeşitli engellenme duyguları yaşatması olasıdır. Bu nedenle, onlara göre daha fazla depresyon, anksiyete benzeri duygulanımları yaşama ve bunları somatik belirtiler şeklinde sergileme ihtimalleri de yükselmektedir (19).

3.3. Kaygının Etyolojisi

Her insan birbirinden farklı özellikler gösterir. İnanç ve beklentileri değişiktir. Bu farklar nedeniyle iki insan aynı duruma aynı tepkiyi vermez. Aynı şekilde tepki veriyor gibi görünseler de, düşüncelerinin örtüşmeyeceği söylenebilir. Bir durum bir insanda kaygıyı tetikleyebilirken, diğerinde etkilemeyebilir (20). Kaygı kişiler arası ilişkilerde, çevreye uyum sağlama, sınav öncesi ve meslek değiştirme gibi somut

nedenlere bağlı olabileceği gibi, yasaklanmış cinsel içgüdülerin ve bastırılmış agresif dürtülerin gerçekleşemediği hallerde de sık yaşanır (21).

Kaygının tek bir nedeni yoktur. Kişiden kişiye değişir. Bazı insanlar için kaygı yavaş yavaş gelişen uzun periyot streten sonra başlar. Bazı insanlar ise hayatlarının yönünü kesin olarak kontrol edemediklerini hissedebilirler ve gelecek için genel bir kaygı geliştirebilirler. Bazı insanlar ise, geçmişte yaşadıkları stresli olaylar yüzünden gelecekte de benzer olaylarla karşı karşıya gelmekten tedirgin olurlar (22).

Egzersiz psikologları; bir iş değişikliği ya da aileden birinin ölümü, günlük problemler, arabanın bozulması, çalışma arkadaşlarıyla problemler gibi temel yaşam olaylarının stres ve kaygıya neden olduğunu fiziksel ve zihni sağlığı etkilediğini vurgulamışlardır (23).

Kaygıya neden olan en güçlü nedenlerden bazıları; başarısızlık korkusu, prestij kaybı ve kibirle ilgilidir (24). Alışılmamış bir durum, nesne ya da kişi ile karşılaşma, takınaklı düşünceler, iç ve dış çatışmalar kaygıya neden olabilirler (1).

Ortamın algılanış biçimine göre kaygı kültürden kültüre değişim gösterir. Bu nedenle hangi ortamın hangi tür kaygıya neden olacağı bir kültürden diğerine farklılık gösterebilir. Ancak bütün toplumlar için geçerli olan bazı genellemeler yapmak olanağı vardır. Bu genellemeler kaygı duygusunun ortaya çıkmasına yol açan ortamdaki bazı ortak yönleri belirtir:

- a. **Desteğin Çekilmesi;** Alışıl gelmiş durumların ortadan kalktığı durumlarda insanlar kaygı duyabilir.
- b. **Olumsuz Bir Sonucu Beklemek;** Yeteri kadar hazırlanmadan bir sınava girme gibi olumsuz sonuçların ortaya çıkardığı durumlarda kaygı duyulabilir.

c. **İç Çelişki;** İnanılan ve önem verilen bir fikirle, yapılan davranış arasında bir çelişki ortaya çıktığı zaman kaygı duyulabilir.

d. **Belirsizlik;** Gelecekte ne olacağını bilmemek en belli başlı kaygı sebebidir. İleride olumsuz türden olayların olacağını bilmek ne olacağını hiç bilmemeye tercih edilir (25).

Kaygıya neden olan iç ve dış faktörler; buluşma sıkıntısı, dar zaman, iş seyahati, sorumluluk, yükselme hırısı, meslektaş çatışması, üste karşı öfke, doğru olmayan eleştiri, devamlı telefon sesi, bilgi üstünlüğü, çevre kirliliği, gürültü, otomobil kazası, çocuk problemi, kavga, ailede hastalık, işsizlik, sigara, alkol, şişmanlık, hareketsizlik, kötü haber, az uyku, resmi ziyaretler, dış görünüşten memnun olmama olarak sıralanabilir (23).

3.4. Kaygının Sınıflandırılması

Freud, üç tür kaygı (anksiyete) tanımlamıştır. Bunlar; korku ile eş anlamda görüp, algılanan dış tehlikeye reaksiyon olan ve acı veren bir emosyon olarak kabul ettiği Reel Anksiyete (gerçek, normal kaygı), başlangıçta cezalandırıcı anne-baba korkusundan kaynaklanan süper egonun gelişmesinden sonra kaynağını ruhsal yapısından alan Moral Anksiyete ve İd'in içgüdülerinin tehlikeli olarak algılanmasıyla ortaya çıkan Nörotik Anksiyete'dir (4).

Spielberger, diğer araştırmacılardan farklı olarak iki ayrı çeşit kaygıdan (anksiyete) söz eder. Bunlar, durumluk ve sürekli kaygıdır. Spielberger'e göre: Durumluk kaygı (state anxiety), insanın belirli bir uyarıcı veya durumu, potansiyel olarak kendisi için zararlı, tehlikeli ve tehdit edici olarak algıladığında ortaya çıkar. Spielberger'e göre, anksiyete terimi aynı zamanda bir kişilik özelliği olarak anksiyeteye yatkınlıktaki farklılaşmaları belirtmekte kullanır. Böylece, Spielberger'in

özelliik olarak tanımladığı sürekli kaygı (trait anxiety) kavramı ortaya çıkmaktadır (26).

3.4.1. Durumluk Kaygı (A-State Anxiety)

Kaygı, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilebilir. Tehlikeli görülen durumlarda bir miktar kaygı duyulabilir. Tehlikeli koşulların yarattığı bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici, duruma bağılı bir kaygıyı oluşturur. Buna “durumluk kaygı” denir.

Bu durum bireyin içinde bulunduğı stresli durumdan dolayı hissettiğı subjektif korkudur. Fizyolojik olarak ta Otonom Sinir Sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değışmeler, bireylerin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğı zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (3).

Durumluk kaygı, sıkıntı, tasa ve gerginlik ile karakterize, var olan acil durumu göstermektedir (9). Durumluk kaygı, tehlikeli olarak adlandırılan durumlar öncesinde veya olaylar sırasında ortaya çıkan, çoğunlukla mantıklı nedenlere bağılı ve nedeni başkaları tarafından da anlaşılabilen kaygıdır (27).

Durumluk kaygının önemli bir özelliğı de, yoğunluğunun çeşitlenebileceğı ve zaman içerisinde düzensiz bir değışime sahip olduğudur. Sakinlik ve durgunluk durumluk kaygının olmadığını işaret ederken; gerilim, endişe, sinirlilik ve tasa orta düzeyleri gösterir. Yoğun korku ve korkma duygusu, felaket düşünceleri ve organize olmamış panik davranışları çok yüksek durumluk kaygı düzeyi anlamına gelmektedir (28).

3.4.2. Sürekli Kaygı (A-Trait Anxiety)

Sürekli kaygı, bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi de denebilir (29).

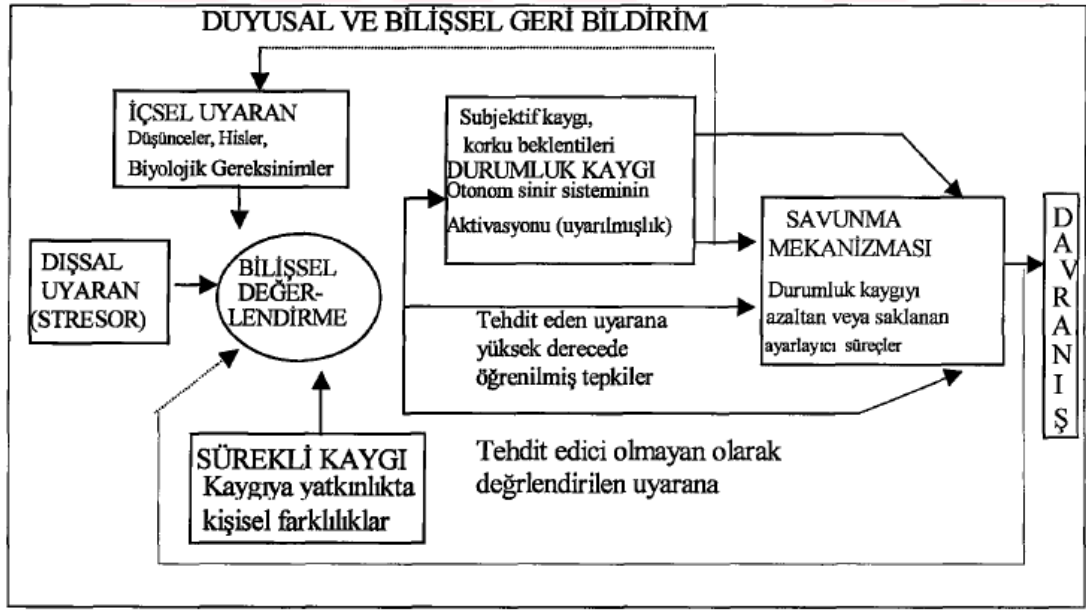
Sürekli kaygı, objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanmasını sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler sürekli kaygıyı diğer bireylerden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar (3,30).

Bazı kişiler sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Öz değerlerin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stres olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna “Sürekli Kaygı” denir (31).

Klinik psikologlara ve psikiyatlara başvuran hastaların büyük bir çoğunluğu sürekli kaygı belirtilerinden şikayetçidirler. Huzursuzluklarını gidermede, hafifletmede ya da kontrol etmede bu hastaların karşı koyma ya da başa çıkma becerileri, savunmaları yetersizdir (32).

Sürekli kaygının seviyesi, bireyin ilerideki tehlikeli durumlarda yaşayacağı durumluk kaygı derecesinin şiddetini ve sıklığını belirler. Buna göre sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireyin, baskı altında, sürekli kaygısı düşük olanlardan daha çabuk ve daha sık olarak durumluluk kaygı reaksiyonları göstereceği beklenir (3).

Spielberger’in kaygıya kuramsal yaklaşımı Şekil 1’de gösterilmiştir (33).



Şekil 1. Spielberger'in Kaygıya Temel Yaklaşımı (33).

3.4.3. Olumlu – Olumsuz Kaygı

Belli oranda stres, bedensel ve zihinsel işlevlerin verimliliğini ayakta tutmak için, olası sorunlara kişiyi hazırlıklı kılmak için gereklidir. Bu durum kaygının olumlu yönü olarak değerlendirilebilir (34).

Kaygı genelde olumsuz olarak düşünülmektedir. Kaygının kişileri araştırmaya, çalışmaya yönelttiği, fiziksel ve zihinsel zorlanma sonucu kişileri güdüleyici bir etki yaptığı da bilinmektedir. İş yaşamındaki yükselme amaçlı kaygı kişiyi motive etmektedir. Gelişmek ve iyi bir yaşam sürdürebilmek için stres ve kaygı az ya da çok herkes tarafından yaşanmaktadır. Bunun yanı sıra fakirlik, çok gürültülü bir ortamda yaşama v.b. kaygılar da olumsuz kaygılara örnek teşkil eder (3,30).

3.4.4. Dalgalanan Kaygı (Free Floating Anxiety)-Corert Anxiety

Sıkıntı, endişe, kaygı hiçbir değişime uğramadan ortaya çıkabilir. Buna dalgalanan kaygı denir. Bunun karşıtı ise Corerty anxiety'dir. Burada kaygı baş, kalp, mide ağrısı gibi fiziki bir rahatsızlık görünümündedir. Nörotik sendrom belirtisi olarak ortaya çıkar (35).

3.4.5. Bilişsel ve Bedensel (somatik) Kaygı

Bilişsel kaygı, kaygının zihinsel bölümüdür ve kişinin kendi negatif değerlendirmeleri veya başarıyla ilgili olarak negatif beklentileri tarafından ortaya çıkmaktadır. Bilişsel kaygı, kişinin sıkıntılarından, rahatsız edici görsel imgelerden ve bunlarla ilişkili olarak hoş olmayan hislerden, bilinçli bir şekilde haberdarlığı ile karakterizedir (9).

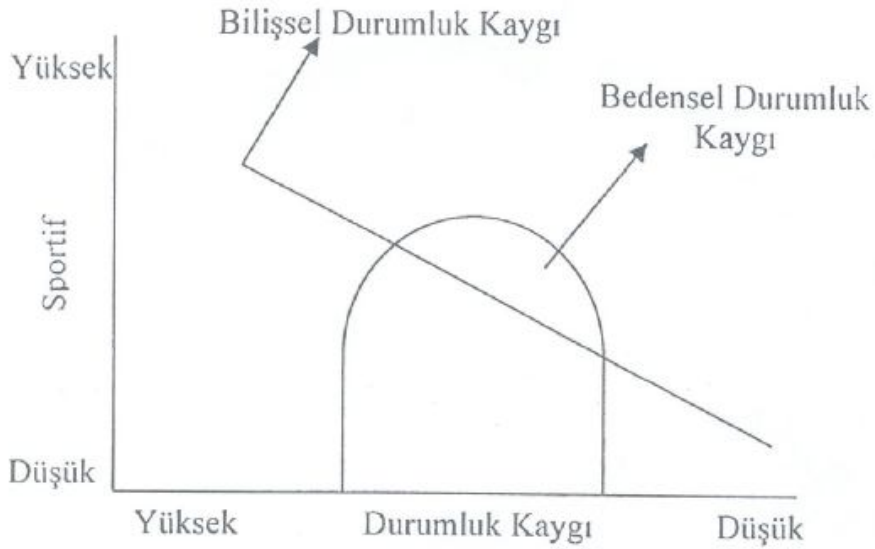
Bedensel kaygı, doğrudan otonom (istem dışı) uyarılmadan gelişen ve kaygı üzerinde etkili olan fizyolojik parametreleri göstermektedir. Bedensel kaygı, hızlı kalp atım oranı, kısa ve kesikli nefes alıp verme, nemli eller, karın ağrısı ve gergin kaslar gibi tepkisel reaksiyonlarla kendini göstermektedir (36).

Hem bilişsel kaygı hem de bedensel kaygı, organizmanın derin uyku halinden aşırı etkin hale kadar uzanan devamlılığın ve davranışın yoğunluk boyutu olan uyarılmışlık ile yakından ilişkilidir (37).

Bilişsel ve bedensel kaygı birbirlerinden bağımsız olarak ele alınmamalıdır. Çünkü insan, bedeni ve zihniyle bir bütünlük oluşturmaktadır. Bu bütünlük içinde, bilişsel ve bedensel kaygı birbirleri ile etkileşim içinde bulunurlar. Bilişsel ve bedensel kaygının hem durumsal hem de sürekli olan davranışla ilişkisi olmaktadır. Bilişsel ve bedensel kaygının ve bunlarla ilişkili olan durumluk ve sürekli kaygının yoğunluk ve

yön boyutları da söz konusu olmaktadır. Negatif etkiler sonucunda, bedensel ve bilişsel kaygının yönleri genellikle negatife doğru kayabilir ve yüksek oranlarda bilişsel ve bedensel kaygıya sahip olma, başarısız deneyimlere yol açmaktadır (36).

Bilişsel durumluk kaygı ile performans arasındaki ilişki doğrusal ve negatiftir (Şekil 2). Bilişsel durumluk kaygı yükselirken, performans düşmektedir. Buna karşılık bedensel durumluk kaygı ile performans arasındaki ilişki Ters U formunu almaktadır. Bedensel durumluk kaygı yükselirken performansta belirli bir optimal üst noktaya kadar yükselmektedir. Bu optimal noktadan sonraki bedensel durumluk kaygıda artmalar performansı olumsuz etkilemektedir. “Az kaygı iyidir” değerlendirmesi bilişsel boyutta doğru gözükmemektedir. Aşırı kaygı performansa zarar vereceği gibi, yeterince kaygıya sahip olmama da benzer sonuçlarla performans üzerinde olumsuz etkilerde bulunabilir (38).



Şekil 2. Bilişsel ve Bedensel Durumluk Kaygıyla Performans Arasındaki Çok Yönlü İlişki (38).

3.5.Kaygının Belirtileri

Kaygının iki yönü vardır. Bunlardan birincisi öznel duygu yönü, ikincisi ise otonom sinir sistemi faaliyetlerine bağlı olarak kaygının bedende ortaya çıkardığı değişikliklerdir (39). Bilişsel ve duygusal süreçlerin birbirinden bağımsız sistemler olduğu belirtilmiş ve böylece kaygının bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal bileşenlerden oluştuğu yaygınlıkla kabul görmüştür (40,41).

İnsan yaşamında normal ve patolojik olmak üzere iki farklı kaygı yaşanabilir. Normal kaygı, bireyin ölüm, ileri yaşlılık ve hastalık gibi gerçeklerle yüz yüze geldiğinde, yalnızlık duygusu yaşadığında ve yardıma ihtiyaç duyduğunda ortaya çıkar. Birey, bilinen ve denenmiş, bu bilinenden farklı, bilinmeyen ve belirli olmayana doğru hareket ettiğinde kaygı yaşayabilir. Kişi bir kaygıyı taşıyamaz hale gelir ve bastırma, yansıtma, yüceltme, özdeşleşme gibi savunma mekanizmalarını sıkça kullanırsa bireyde patolojik kaygı gelişir (42-44).

Kaygı belirtileri; bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler olarak sınıflandırılabilir (45).

3.5.1. Bilişsel Belirtiler

Başlıca bilişsel belirtiler şunlardır:

Duyusal-Algısal Belirtiler: Normal bilişsel belirtilerin görsel bileşenlerle bağlantısının kesilmesi burada önemli rol oynar. Aklın sisli, bulanık olması, çevredeki nesneleri uzaklaşmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, gerçek dışılık duyguları duyusal-algısal belirtilerdir.

Düşünsel Zorluklar: Önemli şeyleri hatırlayamama, bilinç sislenmesi, düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, objektif düşünme güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğü düşünsel zorluklar arasında sayılabilir.

Kavramsal Sorunlar: Kontrolü yitirme korkusu, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, başkalarının olumsuz değerlendirilebileceği korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, korku veren görsel imgeler, bilişsel sapmalardır.

3.5.2. Duygusal Belirtiler

Kişinin yaşadığı ve onu rahatsız eden çeşitli duygulardır. Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik bunlar arasındadır.

3.5.3. Davranışsal Belirtiler

Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta kaygıyı azaltma amacı giderseler de, sonuçta aksine kaygıyı arttırıcı özellikler göstermeye başlarlar. Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donma kalma, koordinasyon bozukluğu davranışsal belirtilerdir.

3.5.4. Fizyolojik Belirtiler

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Fizyolojik belirtilerin başlıcaları şunlardır:

Kalp-Damar Sistemi Belirtileri: Çarpıntı, kalp hızında artma, kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, gerçek bayılma, yüz kızarması.

Solunum Sistemi Belirtileri: Solunum sayısında artma ve derin soluma, bazen kalp krizini çağrıştırarak düzeyde yaşanan göğüs ağrısı, yanma, basınç ve sıkışma hissi, nefes darlığı, hava açlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme.

Kas-İskelet ve Sinir Sistemi Belirtileri: Kaslarda gerginlik, spazm, reflekslerde artma, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar, titreme, yüzde ve göz kapaklarında daha fazla olmak üzere seyirme, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, kabuslar, ertesi gün dinlenmemiş şekilde uyanma.

Sindirim Sistemi Belirtileri: Karın ağrısı, karında huzursuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, yutma güçlüğü, hava yutma, ağızda kuruma ya da sulanma, nöbetler şeklinde yaşanan acıkma ya da susama.

Boşaltım ve Genital Sistem Belirtileri: Sık idrara çıkma, idrar miktarında artma, cinsel sorunlar.

Cilt Belirtileri: Yaygın terleme, soğuk ve nemli eller, kaşıntı krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması olarak sıralanır (46).

3.6. Kaygı ile Birliktelik Gösteren Durumlar

Kaygı, insanın günlük davranışında en sık görülen bir haldir. Herkeste değişik derecelerde kaygı vardır ve hiç kaygısı olmayan kimse hemen hemen hiç yoktur. Fakat kaygının türü ve derecesi önemlidir (25).

Kaygının yararlı ya da zararlı olduğunu anlayabilmek için iki faktörü bilmek gerekir. Bunlar;

1. Kaygının derecesi,
2. Başarmanın amaçlandığı görevin zorluk düzeyidir (25).

Kaygının şiddeti ve başarmak istediği görevin zorluk derecesi, kaygının yararlı ya da zararlı olduğunu belirler. Kaygı bireyin günlük yaşamının merkezi olur ve birey kaygı üzerinde odaklaşırsa, o zaman kişi normal yaşamını sürdüremez hale gelir. Bu haller bireyin değişik davranış bozuklukları geliştirmesine yol açar (25).

3.6.1. Fobiler

Normal insanlar tarafından tehlikeli sayılmayan obje ya da durumlar karşısında duyulan olağan dışı güçlü bir korku olarak tanımlayabileceğimiz fobi, oldukça sık görülen bir kaygı bozukluğu türüdür (46).

Fobilerin en belirgin özelliklerinden biri onların kaynağının bilinçsiz oluşudur. Fobilerin kaynağı, Freud'un yaklaşımına göre bilinçaltında çözülmemiş çelişkilerdir. Bu çelişkiler çözülmedikçe, yalnız fobinin ortadan kaldırılmasına çalışmak yetersiz ve anlamsız bir çabadır (25).

Fobiler üç grupta toplanabilir. Bunlar;

Basit Fobiler: Agrofobi (yükseklik korkusu), hemotofobi (kan korkusu), zoofobi (hayvan korkusu) gibi korkulardır.

Toplumsal Fobiler: Toplumsal ortamlarda duyulan korkulardır. Yabancılarla karşılaşmaktan, işe başvurmaktan, bir toplantıya gitmekten korkmak bu tür korkulara örnek olarak gösterilebilir.

Agorafobi: Açık alan korkusudur. Alışverişe gitme, işe, kalabalık yerlere gitmekten duyulan korkular agorafobi örnekleridir (47).

3.6.2. Panik Bozukluk

Panik nöbetlerinde kaygının içeriği yoktur. Nöbetler görünür bir neden olmaksızın ortaya çıkarlar. Yapılan araştırmalar ayrılık kaygısı ile panik nöbetleri

arasında yakın ilişki olduğunu gösterir niteliktedir (46). Panik bozukluğu çoğu kez beklenmedik bir biçimde ortaya çıkan panik ataklar şeklinde yaşanır (48).

3.6.3. Obsesif-Kompulsif Bozukluklar

Obsesif-kompulsif bozukluklar düşünme ve davranma saplantılarını ifade ederler. Obsesif bir kişi kafasına takılan bir fikirden kurtulamaz, fikir kafasında sürekli tekrar eder, bir nevi düşünce saplantısı oluşur. Kişi belirli bir davranışı yapmaktan kendini alıkoyamıyorsa ve belirli bir davranışı yapmaya saplanıp kalmışsa, o kişiye kompulsif adı verilir. Bu ikisi, yani bir düşünceye veya bir davranışa saplanma çoğu kez bir arada ortaya çıkar ve böyle bozukluklara obsesif-kompulsif bozukluklar adı verilir (25).

3.6.4. Yaygın Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu

Böyle bir bozukluk taşıyan kişi her gün yüksek bir gerginlik hali içerisinde. Gevşeyemez, uykusu bozulmuş, baş ağrısı ve hızlı kalp atışlarından şikayetçidir. Kişi genellikle endişelidir ve devamlı kendisine yada yakınlarına kötü bir şey olacaktı kaygısı, korkusu, merakı ve bekleyişi vardır. Bu kaygı dolu bekleyiş aşırı bir dikkatli olma durumuna yol açabilir. Olabildiğince uyanık ve dikkatli olmaya çalışırken, çok sinirli ve huzursuz hale girilir. Dikkatini toplayamama, dikkatin çabuk dağılması, uykusuzluk, uykuya dalmama şikayetlerini ifade ederler (49).

3.6.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Kişi, olağan insan yaşantısının çok dışında, hemen herkes için belirgin bir sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay yaşamıştır (48).

Trafik kazaları, yangınlar, depremler, sel baskınları ve bedensel ya da cinsel saldırıya uğrama gibi olaylar şok tepkisi de denilen geçici kişilik bozukluklarına yol

açarlar. Ancak bazı insanlarda böyle bir olayın izleri kalıcı ve sürekli ruhsal durum bozukluklarına neden olabilir. Şok tepkisi belirtileri olayın şiddetine, türüne, beklenmedik bir anda ortaya çıkmasına ya da önceden hazırlıklı olunmasına ve olayı yaşayan bireyin kişilik yapısına bağlı olarak değişebilir (46).

3.7. Acil Sağlık İstasyonları

Acil Sağlık İstasyonlarının tanımı 11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre şöyle yapılmıştır: “Acil Sağlık İstasyonları, acil çağrılara olay yerinde ve nakil sırasında sağlık hizmeti vermek üzere ambulans ve ekiplerin bulunduğu birimlerdir”. Yine aynı yönetmeliğe göre; “Merkez; Acil sağlık çağrılarının karşılandığı ve ambulansların sevk ve idare edildiği Komuta Kontrol Merkezi (KKM)” olarak tanımlanmıştır. İl Ambulans Servisi ise; ildeki tüm ambulans hizmetlerini koordine eden, Bakanlık ve kendisine bağlı diğer ambulanslarla hizmeti sunan başhekimlik, merkez ve istasyonlardan oluşan kuruluştur (50).

3.7.1. Acil Sağlık İstasyonlarının Kuruluş Amacı

İstasyonlar; acil sağlık hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak, acil hastalanma ve yaralanma hallerinde bilgisizlik ve ihmalden, uygun olmayan taşıma koşullarından kaynaklanan ölümlerin önlenmesi ve sakatlıkların azaltılması için hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin ve olağan üstü durumlarda gerekli Acil Sağlık Hizmetlerinin verilmesi amacıyla kurulmuştur (51).

3.7.2. Acil Sağlık İstasyonlarının Önemi

Türkiye’de kazalar ve acil dahili hastalıklarda yapılan, bilinçsiz ve yanlış müdahaleler nedeniyle, binlerce yurttaş hayatını kaybetmekte veya sakat kalmaktadır. Oysa bu sorunun aşıldığı ülkelerde, hem halkın ilk yardım düzeyi yeterlidir hem de acil yardım sistemlerinde çağdaş metotlar uygulanmaktadır. Kazalardan sonra meydana gelen ölümlerin, %10’u ilk 5 dakikada, %50’si ise ilk 30 dakikada gerçekleşmekte olup, süratli ve bilinçli ilk yardım ile %15-18’i, acil yardımla ise %20-25’i önlenmektedir. Bu durum ilk yardım ve acil yardımın öneminin göstergesidir. Acil sağlık istasyonları sunduğu hizmetlerle, acil hastalanma ve yaralanma hallerinde bilgisizlik ve ihmalden, uygun olmayan taşıma koşullarından kaynaklanan ölümlerin önlenmesi ve sakatlıkların azaltılması, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, olağanüstü durumlarda da gerekli acil sağlık hizmetlerinin verilmesinde önemli görevler üstlenmektedir (52).

3.7.3. Acil Sağlık İstasyonlarının Teşkilat Yapısı

Sağlık Bakanlığı’nın Taşra teşkilatında yer alan acil sağlık hizmeti birimleri; Temel Hizmet ve Destek Hizmet birimlerinden oluşur. İllerde faaliyet gösteren bütün acil sağlık hizmetleri birimleri ve hizmetle ilgili diğer birimler sundukları hizmet açısından İl Sağlık Müdürlüğü’ne karşı sorumludur (53).

Acil Sağlık Hizmetlerinin Temel Hizmet Birimleri;

1. Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü,
2. İl Ambulans Servisi Başhekimliği,
3. Hastane Acil Servisleridir.

Acil Sağlık Hizmetlerinin Destek Hizmet Birimleri ise;

1. Birinci basamak sağlık kuruluşları,
2. Yataklı tedavi kurumları,
3. Sağlık hizmeti veren kamu kurumları,
4. Özel ambulans servisi birimlerinden oluşur.

Acil sağlık istasyonları, acil sağlık hizmetlerinin temel hizmet birimleri içerisinde yer alan İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olarak çalışmaktadır (53).

Acil sağlık istasyonları verdikleri hizmete göre üç tipte kurulabilir. Bunlar;

A Tipi İstasyon: 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulmuş, idari ve özlük hakları bakımından İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı ve kadrolu personeli olan acil sağlık istasyonlarıdır. A Tipi istasyonların açılış ve kapanış işlemleri Sağlık Bakanlığının onayı ile gerçekleştirilir. Bu istasyonlardan;

1. Ekip içerisinde hekim bulunanlar (A1) tipi istasyon,
2. Ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise (A2) tipi istasyon olarak adlandırılırlar.

B Tipi İstasyon: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen, kadrosu ve özlük hakları bakımından bünyesinde bulunduğu kuruma, ambulans hizmeti bakımından merkeze (KKM ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği) bağlı olan, ekip içerisinde hekim bulunan acil sağlık istasyonlarıdır. Bu istasyonlardan;

1. Hastane acil servisi ile entegre olanlar (B1) tipi istasyon,

2. Birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise (B2) tipi istasyon olarak adlandırılırlar.

C Tipi İstasyon: İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı olan acil sağlık istasyonlarıdır (50).

3.7.4. Acil Sağlık İstasyonlarının Personel Yapısı

Başhekimlik ve KKM’de, hizmeti idare becerisine sahip olan ve konu ile ilgili eğitim görmüş tabipler yönetici olarak istihdam edilir. Yönetim kadrosunda görevli personelin çalışma düzeni 24 saat kesintisiz hizmet verecek şekilde planlanır. Başhekimlik ve KKM’de, hizmetin gerektirdiği sayıda başhekim yardımcısı, çağrıları değerlendirme ve yönlendirme hizmetlerini yürütmek maksadıyla tabip, acil sağlık hizmet birimlerinin mevcut kapasitesini takip etmek ve değerlendirmek üzere sağlık personeli, sunulan hizmetin toplanan veriler üzerinden değerlendirmesini yapmak üzere veri hazırlama ve kontrol işletmeni, hizmetin bakım ve idamesini sağlamak maksadıyla teknisyen, hizmetin işleyişine yönelik eğitim hizmetlerini yürütmek maksadıyla uygun nitelikte personel, merkeze bağlı acil sağlık hizmet birimlerinin lojistik taleplerini değerlendirmek ve müdürlüğe iletmek üzere personel bulundurulur (50).

Acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalışan personellerin özellikleri şunlardır:

İstasyon Sorumlu Hekimi/İstasyon Sorumlusu: İstasyon personelinin birinci derecede disiplin ve sicil amiridir. Acil sağlık ve ambulans hizmetlerinin uyum içerisinde ve tüm personelin koordinasyonu ve katılımı ile sürdürülmesinden sorumludur.

İstasyon Sorumlu Sağlık Personeli (AABT-ATT): İstasyon sorumlu sağlık personeli, istasyon sorumlu hekimi/istasyon sorumlusunun teklifi ile istasyonda görev yapan sağlık personeli arasından seçilen kişidir. İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin onayı ile görevlendirilir.

İstasyon Sorumlu Sürücüsü: İstasyon sorumlu sürücüsü, istasyon sorumlu hekimi/istasyon sorumlusunun teklifi ile istasyonda görev yapan sürücüler arasından seçilen kişidir. İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin onayı ile görevlendirilir.

İstasyon Nöbetçi Hekimi: Acil sağlık istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmiş hekimdir ve aynı zamanda nöbet ekibinin amiridir.

İstasyon Nöbetçi Sağlık Personeli (AABT-ATT): Acil sağlık istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmiş sağlık personelidir.

İstasyon Nöbetçi Sürücüsü: Acil sağlık istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmiş sürücüdür.

Acil Tıp Teknisyeni (ATT): Hasta ve yaralılara danışman hekim desteği ile acil yardım uygulayan Milli Eğitim Bakanlığına bağlı sağlık meslek liselerinin acil tıp dalından mezun olan kişilere Sağlık Bakanlığı tarafından Acil Tıp Teknisyenliği ünvanı verilir.

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği (AABT): Üniversitelerin, ambulans ve acil bakım teknikerliği ile acil yardım teknikerliği bölümlerinden mezun olanlara Sağlık Bakanlığı tarafından Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği ünvanı verilir (53).

Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil sağlık hizmetlerinde acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla, Sağlık

bakanlığınca belirlenen sertifikalı eğitim programını tamamladıktan sonra hasta ve yaralıları gerekli müdahaleleri yapabilirler. Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil yardım ve hasta nakil ambulanslarında sağlık personeli, komuta kontrol merkezlerinde çağrı karşılama personeli olarak ve hastane acil servislerinde sağlık personeli olarak çalışırlar. Bu personel gerektiğinde ambulans aracının sürücüsü olarak görev yapabilir (50).

3.7.5. Acil Sağlık İstasyonlarının Çalışma Sistemi

Bir bölgede yada ilde acil hastalık ve yaralanma durumlarında, ambulans istemi için acil çağrı tek bir merkeze yapılmaktadır. Türkiye için bu çağrı merkezinin telefon numarası 112'dir. Bu numaraya her türlü telefon ile kısa sürede ulaşılabilir. Sabit ve ankesörlü telefonlar, cep telefonları ile ücretsiz olarak görüşme sağlanabilir (53).

Yanı sıra Türkiye'de yardım talep ve ihbarları, çeşitli kurumlara ait 155-156-158-110-112-177 v.b. acil yardım telefonlarına yapılmaktadır. Ancak acil yardım numaralarının çeşitli ve çok sayıda olması nedeniyle uygulanmada zorluklar çekilmektedir. Ayrıca karşılaşılan olayın hangi kurumu ne derecede ilgilendirdiği veya önceliğin hangisinde olduğu hususunda tereddüt yaşanmakta ve birkaç kurumu ilgilendiren bir olay karşısında tüm irtibat telefonları bilinse bile, ayrı numaralar aranmak durumunda kalınması nedeniyle, zaman, kaynak israfı ile birlikte can ve mal kayıpları da yaşanabilmektedir (53).

Avrupa ülkelerinde, emniyet, sağlık ve yangın gibi acil yardım hizmetleri tek merkezden koordine edilmekte olup, Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde 112, Amerika'da 911 numarası acil yardım hattı olarak kullanılmaktadır. Avrupa Birliği, 29 Temmuz 1991 tarihli kararı ile birlik çatısı altındaki tüm ülkelerde 112 hattının "Tek

Avrupa Acil Çağrı Numarası (Single European Emergency Call Number)” olarak kullanımını öngörmüştür. Avrupa Birliği’ne uyum sürecinde, Türkiye’de “Tek Acil Çağrı Numarası” oluşturma çalışmaları; 2003 yılında, Hollanda hükümeti ile T.C. İçişleri Bakanlığı’nın işbirliği ile Bütçe Planlama ve Hazırlık Sürecinin Güçlendirilmesi Projeleri (MATRA) kapsamında başlanmış, 06 Nisan 2005 tarihinde Antalya ili pilot olarak belirlenmiştir (54).

Komuta Kontrol Merkezi (KKM)’nin birçok ülkedeki genel adı, çağrı merkezidir. KKM, sadece acil çağrıların ulaştığı bir merkez ve bu çağrıyı kayda geçirip en uygun araç ve ekiplere yönlendirecek teknolojik alt yapıya sahiptir. KKM’nin tüm ambulansları yönetme kabiliyeti, diğer merkezler ile her türlü iletişimi, ayrıca hastane acil servis, yoğun bakımlar ile iletişimi bulunması gerekmektedir (53).

Acil sağlık istasyonları, KKM tarafından değerlendirilen acil çağrıların telsiz ya da telefon ile bildirilmesi ile acil sağlık hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak amacıyla vakaya yönlendirilir. Acil sağlık istasyonlarında; acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş sağlık ekibi ile tıbbi donanımlı ambulanslar görev yapar. Uluslar arası standartlara göre bir ambulans ekibi olay yerine kentsel alanlarda en geç 10 dk., kırsal alanda en geç 20 dk.’da ulaşmalıdır. Ayrıca aynı bölgede birden fazla ihbar alınma olasılığına karşı iç içe geçmiş daireler sistemi ile bölgeler, istasyonlar arasında paylaşılır (53).

Acil sağlık hizmetlerinde, KKM, Merkez idare biriminde ve acil sağlık hizmet birimlerinde, hizmetin gerektirdiği niteliklere haiz olan personel, 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi esasına göre nöbet sistemi ile istihdam edilir (50).

Genel anlamda Acil Sağlık istasyonları aşağıda belirtilen bir sistemle çalışmaktadır:

Acil Çağrının Alınması ve Değerlendirilmesi: Acil bir sağlık sorunu, trafik kazası ve diğer acil durumlarda, 112 Acil Ambulans Sisteminden yardım isteyen hasta veya yakınlarından, olayın oluş şekli, olay yerinin adresi, yaralı sayısı, vakanın durumu hakkında, kısa ve net bilgi alınır. KKM topladığı bilgiler ışığında, talebin acil sağlık hizmeti gerektirip gerektirmediğini değerlendirir. Değerlendirme yetkisi çağrıyı alan doktora aittir. Doktor, talebin acil sağlık hizmeti gerektirmediğine kanaat getirir ise talebi reddetme yetkisine sahip olup, bu takdirde talebin nasıl karşılanabileceğini bildirmekle de yükümlüdür.

Ambulansın Olay Yerine Yönlendirilmesi: Olay yerinin bulunduğu adrese, en yakın istasyondaki ambulans ve ekibi yönlendirilir. Yönlendirme esnasında telsiz ve telefon kullanılır. İlgili doktor tarafından, hasta ve yaralının durumu, adresi ve olay yeri hakkında bilgi ambulans ekibine aktarılır. Görevlendirilen ambulans ekibi hemen olay yerine doğru yola çıkar. Bu esnada ambulansın olay yerine giderken yaptığı hız ve konumu, 112 KKM’de sistemde kullanılan Küresel Konumlama Sistemi (Global Positioning System) (GPS) sayesinde takip edilmekte, gerektiğinde uyarılar yapılmakta ve olay yeri adresi sayısal haritalardan tespit edilmektedir. Bu esnada yapılan telsiz ve ek telefon görüşmeleri kayıt altına alınmaktadır.

Olay Yerinde Tıbbi Acil Müdahale: Hasta ve yaralıya ulaşır ulaşılmaz öncelikle olay yeri gözlemlenir, olay yeri güvenliği sağlanır. İlk tıbbi müdahale ve değerlendirme yapılır. İleri tıbbi müdahaleye ihtiyacı olan vakanın en yakın sağlık kuruluşuna nakli sağlanır gerek yoksa olay yerinde tedavi yapılır. Ambulans kayıt formuna hasta ile ilgili bilgiler ve olay yerine ulaşma bilgileri kaydedilir. Ekip nakle karar verir ise, nakil başlamadan KKM ile iletişime geçerek, gerektiğinde hastanın durumuna en uygun acil servis hakkında yönlendirme ister.

Ambulansta Acil Tıbbi Bakım: Ambulansta acil tıbbi bakım vermeye yönelik tüm araç-gereç ve tıbbi malzeme bulunmaktadır. Hastaneye ulaşana kadar hastaya gerekli tıbbi müdahaleler ekip tarafından kesintisiz olarak sürdürülür.

Hastaneye Vakayı Teslim Etmek: KKM’nde bulunan “hastane koordinasyon sistemi” sayesinde tüm hastanelerin küvöz, yoğun bakım yatak sayıları on-line olarak takip edilmektedir. Hasta veya yaralı uygun hastaneye KKM yönlendirilmesi ile ulaştırılmaktadır. Hastane acil servisine ulaşıldığında ekip tarafından hastaya yapılan işlemler acil servis doktoruna anlatılarak, doldurulan ambulans kayıt formunun bir nüshası verilip hastanın teslimi yapılır. Hastaneden ayrılırken bu bilgiler KKM’ne telsiz ile bildirilerek, gerektiğinde başka bir vakaya çıkış yapılır.

İstasyona Dönüş: Görevi sonlanan ambulans ekibi yeni bir göreve çıkış yapmak üzere acil sağlık istasyonuna döner ve tüm veriler istasyonda ki bilgisayara kaydedilir. Her vakadan sonra ambulans temizliği ve eksilen malzemelerin yerine konulması işlemi yapılmaktadır (54).

3.7.6. Acil Sağlık İstasyonlarının Görevleri ve Verdiği Hizmetler

Acil sağlık istasyonlarının görevleri;

1. Acil hastalık durumlarında, yaralanmalarda, yangın, infilak, göçük, kaza ve benzeri durumlarda yerinde acil yardım hizmetlerini başlatmak,
2. Hasta naklini sağlamak ve nakil süresince acil yardım hizmetlerini vermek,
3. Olağan dışı durumlarda acil yardım hizmetlerini vermek,
4. Toplumsal olaylar, miting, sportif faaliyetler, konser v.b. gibi durumlarda; oluşabilecek tıbbi acil durumlar için önlemler almak, gerekiyorsa acil yardım hizmetleri vermek,

5. Hastaneler arası nakil hizmeti vermek,
6. Sosyal endikasyon içeren hastaların naklini yapmak,
7. Ambulans ile şehirler arası nakli gereken hastaların naklini sağlamak,
8. Can kurtarma hizmetleri vermek olarak sıralanabilir (55).

3.8. Kaygının En Fazla Görüldüğü Meslek Gruplarının Değerlendirmesi

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta Doğumevi Hastaneleri ve Isparta il merkezindeki beş sağlık ocağında çalışan tüm personel üzerinde yapılan çalışmada; Olguların anksiyete puanları ve özellikle sürekli kaygı puanları yüksek bulunmuştur. Kaygı düzeyinin çalıştığı kuruma, mesleğine, yaşa ve çalışma süresine göre anlamlı olarak değişmediği görülmüş, en önemli sorunun okullarda alınan eğitimin yetersizliği ve hasta merkezli değil, iş merkezli çalışma olduğu saptanmıştır. Mesleki sorunların meslek üyelerinin anksiyetesini etkilediğine yer verilmiştir (56).

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Fakültesine devam eden öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada Öğretmen Adaylarının kaygı düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada öğretmen adaylarının görev merkezli kaygılarının en fazla, ben merkezli kaygılarının ise düşük düzeyde olduğu görülmüştür (57).

Üst düzey yöneticiler, borsacılar, bankacılar, gazeteciler, avukatlar, doktorlar, hemşireler, öğretmenler gibi mesleklerin ortak sorunu olan aşırı stres, düzensiz beslenme ve hareketsizlik birçok riski de beraberinde getirmektedir. Kilo fazlalığı, kalp damar hastalıkları, kan yağları yüksekliği, şeker metabolizması bozukluğu oranı, mide bağırsak hastalıkları bu mesleklerde çalışanları tehdit etmekte, yine bu grupta anksiyete bozukluğu, depresyon gibi hastalıkların sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir (58).

3.9. Acil Sağlık Çalışanlarında Kaygı

Anksiyete ve depresif bozuklukların acil servis ve tıbbi servislerde çalışanlarda değerlendirildiği bir çalışmada depresif bozuklukların tıbbi bölümde, anksiyetenin ise acil bölümlerde daha çok görüldüğü tespit edilmiştir. Tıbbi bölümdeki çalışanlarda daha fazla tıbbi bozukluklar ve daha yüksek kardiovasküler hastalıklar ve kanser görüldüğü görülmüştür (59).

Amerikan Psikiyatri Derneği'nin bir çalışmasında elde edilen veriler anksiyete ve panik bozukluktan etkilenen çalışanların sıklıkla danışmak için acil servise yöneldiklerini ortaya koymuştur. Ayrıca Tıbbi ortamlarda ve özellikle acil servislerde çalışan personellerde anksiyete-depresyon karışımı rahatsızlıkların daha yaygın görüldüğü, yine bu personellerde bu rahatsızlıkların yanında, konsantrasyon ya da hafıza zorlukları, uyku bozukluğu, halsizlik, asabilik, umutsuzluk, düşük benlik algısı ya da değersizlik hislerine rastlandığı bildirilmiştir (10).

Anksiyete bozukluğu olan ve acil serviste çalışan birçok personelin; çok yüksek ihtimalle doktor tarafından tanılayıcı bir check-up ve orta hafiflikteki vücut belirtilerinin tedavisine ihtiyacı vardır. Anksiyete ve depresif bozukluklar Acil bölümde, Tıbbi bölümden daha sık teşhis edilmesinin yanısıra, ciddi depresyon hali Acil bölüm çalışanlarında oldukça yaygındır (60).

Marchesi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; Acil sağlık çalışanlarında ve daha fazla olmak üzere tıbbi hizmette görev alan sağlık çalışanlarında; anksiyete, sinir bozukluğu ve depresif bozuklukların sıklıkla görüldüğü gösterilmiştir. Yine aynı çalışma, anksiyete, sinir bozukluğu ve depresif bozukluğu olan çalışanlarda erken teşhisle tedavinin daha kısa sürede mümkün olduğunu ortaya çıkarmıştır (61).

Yoğun iş yükü altında ve stresli bir çalışma ortamına sahip olan acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanlarının olası kaygı ve endişeleri sağlık, sosyal ve demografik faktörlerden etkilenebilir (62). Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Çalışanlarında kaygının değerlendirildiği benzeri saha çalışmalarına literatürde rastlanmamıştır. Bu çalışma Elazığ merkeze bağlı acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanlarında var olabilecek kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirleyebilmek amacıyla yapılmıştır. Çalışanların durumluk/sürekli kaygı durumunun belirlenmesinin, bu gruba yönelik koruyucu yaklaşımın sağlanmasında ve saptanan olumsuzluklarla ilgili uygun müdahalelerin planlanmasında etkin rol oynayabilecektir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini; Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları, Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nde çalışanlar oluşturmuştur. Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Elazığ Merkeze Bağlı 13 adet Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, bir adet KKM ve bir adet İl Ambulans Servisi Başhekimliği mevcuttur. Bu birimlerde görev yapan toplam personel sayısı 282'dir. Çalışma örneklem grubu seçilmeden evrenin tamamında yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan İl Ambulans Servisi Başhekimliği ve Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları (ASHİ) çalışanlarının personel dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan İl Ambulans Servisi Başhekimliği ve Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları (ASHİ) Çalışanlarının Personel Dağılımı

Görev Yeri	DOKTOR	SAĞLIK MEMURU	AABT	ATT	ŞOFÖR	HİZMETLİ	MEMUR	TOPLAM
BAŞHEKİMLİK	1	3		3	3	3	8	21
KKM	4	13		14		4		35
1 NOLU ASHİ	4	1	1	3	5	4		18
2 NOLU ASHİ	4			5	5	3		17
3 NOLU ASHİ		1		9	5	4		19
4 NOLU ASHİ		1		9	5	3		18
5 NOLU ASHİ		1	2	8	5	4		20
6 NOLU ASHİ			1	11	4	2		18
7 NOLU ASHİ			4	8	5	3		20
14 NOLU ASHİ		2	2	7	4			15
BASKİL ASHİ				8	5	3		16
GEZİN ASHİ				8	5			13
SİVRİCE ASHİ				9	5			14
YARIMCA ASHİ		1	1	7	4	5		18
KEBAN ASHİ			4	6	5	5		20
TOPLAM	13	23	15	115	65	43	8	282

Çalışma grubuna dahil edilme kriteri Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında ve KKM'nde çalışmaktır. Ayrıca kişinin araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve sözlü onay vermesi şartları aranmış, yazılı onam ve imza alınması kişilerin ankete katılma yüzdesini düşüreceğinden kullanılmamıştır. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri ise; kooperasyon sağlanamayacak derecede bedensel bir hastalığı olmak, iletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olmak, üç kez gidildiği halde ulaşılamamak ve görüşmeyi kabul etmemektir. Araştırma kapsamına alınan çalışanların tümüne ulaşılmış, böylece cevaplılık oranı %100 olmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kişilere; sosyo-demografik özellikler, kaygı ile ilişkili olduğu düşünülen sağlık, sosyal ve demografik faktörler ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nden oluşan bir soru takımını içeren anket direkt gözlem altında, anlaşılmayan sorular açıklanarak uygulanmıştır (Ek-1). Anketin ön çalışması araştırmaya dahil edilen birimlerden herhangi birinde 15 çalışan arasında yapılmış, böylece sorular anlaşılabilir yönüyle yeniden gözden geçirilmiştir. Ankete başlamadan önce ankete ekli bir bilgi formu ile katılımcılar, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgilendirilmiştir.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX-1, TX-2), Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (33), ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirliği Öner ve Le Comte tarafından yapılmıştır (3). Ölçek Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Her ölçek 20 maddelik iki tür ifade içermektedir.

Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19. ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 21, 26, 27, 30, 33, 36. ve 39. maddelerdir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

Araştırma öncesinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin ve Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden idari izinler alınmıştır (Ek 2, Ek 3). Gerekli onay ve izinlerden sonra araştırmanın saha çalışması 15 Mart-15 Haziran 2013 tarihleri arasında üç ayda tamamlanmıştır.

Veriler istatistik paket programı ile değerlendirilerek, istatistiksel analizler ve tablolar bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde değişkenlerin niteliğine bağlı olarak yüzdeler, ortalama, t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılmış, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş (Ort.±SS), $P<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

5. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının %37.2'si (105 kişi) kadın, %62.8'i (177 kişi) erkek olup, yaş ortalamaları 33.60 ± 1.10 (min:18, max:56 yaş)'dur. Çalışanların ortalama aylık geliri $3263,72 \pm 1736,59$ TL (min:1000, max:12000 TL)'dir. ASHİ çalışanlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. ASHİ Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet (n=282)		
Kadın	105	37.2
Erkek	177	62.8
Yaş Grupları (n=282)		
18-29 yaş	125	44.3
30-39 yaş	60	21.3
40 ve üzeri yaş	97	34.4
Medeni Durum (n=282)		
Evli	175	62.0
Bekar	104	36.9
Dul/Boşanmış	3	1.1
Eğitim Durumu (n=282)		
İlköğretim mezunu	39	13.8
Lise/Sağlık Meslek Lisesi mezunu	172	61.0
Önlisans/Lisans/Yüksek lisans mezunu	71	25.2
Eş Eğitim Durumu (n=175)*		
İlkokul mezunu ve altı	79	45.2
Ortaokul/lise mezunu	48	27.4
Üniversite mezunu	48	27.4
Aile gelir düzeyi (n=282)		
1000-2000 TL	73	25.9
2001-3000TL	106	37.6
3001 TL ve üzeri	103	36.5

*Bekar ve dul/boşanmış olanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

ASHİ çalışanlarının aile özelliklerine göre dağılımı Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. ASHİ Çalışanlarının Aile Özelliklerine Göre Dağılımı

Aile Özellikleri	Sayı	%
Aile Tipi (n=282)		
Çekirdek Aile	221	78.4
Geniş Aile	61	21.6
Evde Birlikte Yaşayan Kişi Sayısı (n=282)		
1-4 Kişi	198	70.2
5 ve üzeri	84	29.8
Çocuk Varlığı (n=178)*		
Evet Var	160	89.9
Hayır Yok	18	10.1
Çocuk Sayısı (n=282)		
Çocuk Yok	122	43.2
1-2 Çocuk	102	36.2
3 ve üzeri	58	20.6

*Bekarlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının %17.0’ı (48 kişi) köyde, %24.1’i (68 kişi) ilçede, %58.9’u (166 kişi) il merkezinde en uzun süre yaşadığını ifade etmiştir. Çalışanların çalışma statülerine ve mesleki durumlarına göre dağılımı Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. ASHİ Çalışanlarının Çalışma Statülerine ve Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışma Statüsü ve Mesleki Durum (n=282)	Sayı	%
Meslek Grubu		
Hekim	13	4.6
Sağlık Memuru	25	8.9
AABT	15	5.3
ATT	111	39.4
Şoför-Memur-Hizmetli	118	41.8
Meslekte Hizmet Süresi		
0-60 ay	109	38.7
61-120 ay	40	14.2
121 ve üzeri	133	47.1
Nöbet Usulü Çalışma		
Nöbet Tutuyor	261	92.6
Nöbet Tutmuyor	21	7.4
Çalışma Şekli		
Kadrolu	208	73.8
Sözleşmeli	74	26.2
Şu Anda Çalıştığı Birim Yeri		
İl Merkezi	183	64.9
İlçe Merkezi	51	18.1
Belde Merkezi/Köy	48	17.0

ASHİ çalışanlarının kendileri ile ilgili sosyoekonomik ve sağlık algılama değerlendirmelerine göre dağılımı Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. ASHİ Çalışanlarının Kendileri İle İlgili Sosyoekonomik ve Sağlık Algılama Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

Sosyoekonomik ve Sağlık Algılama	Sayı	%
Değerlendirmesi (n=282)		
Sosyoekonomik Düzeyi Algılama		
Alt(düşük)	57	20.2
Orta	206	73.0
Üst(yüksek)	19	6.8
Sağlık Durumunu Algılama		
İyi	196	69.5
Orta	82	29.1
Kötü	4	1.4
Kişilik Yapısı		
Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan	232	82.3
İçe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan	50	17.7

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının %25.5’i (72 kişi) kendileriyle ilgili herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alıyor musunuz sorusuna evet, %74.5’i (210 kişi) ise hayır yanıtını vermiştir.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının ortalama uyku süresi 7.73 ± 1.42 saat (min:4, max:14 saat) olup, çalışanların sağlık özellikleri ve sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarına göre dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. ASHİ Çalışanlarının Sağlık Özellikleri ve Sağlıklarını Etkileyebilecek Davranışlarına Göre Dağılımı

Sağlık Özellikleri ve Sağlığı Etkileyebilecek Davranışlar (n=282)	Sayı	%
Sigara Kullanımı		
İçen	138	48.9
İçmeyen	144	51.1
Alkol Kullanımı		
İçen	23	8.2
İçmeyen	259	91.8
Günlük Uyku Süresi		
4-6 saat	50	17.7
7-8 saat	180	63.8
9 saat ve üzeri	52	18.5
Uyku Sorunu		
Var	23	8.2
Yok	259	91.8
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	46	16.3
Yok	236	83.7
Tanısı Konulmuş Ruhsal Hastalık Varlığı		
Var	4	1.4
Yok	278	98.6
Düzenli Beslenme		
Evet	109	38.7
Hayır/Her zaman değil	173	61.3
Dinlenme İçin Özel Zaman Ayırma		
Evet/Ayırıyor	147	52.1
Hayır/Ayırmıyor	135	47.9

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının %47.9'u (135 kişi) kendisine en zor gelen yaşamsal alanı iş yeri, %23.4'ü (66 kişi) ev, %28.7'si (81 kişi) ise iş/ev dışında bir yer (değişken/gurbet/kahvehane/kalabalık/köy) olarak tanımlamıştır. Çalışanların mesleğe ve çalışma ortamına bakış açılarına göre dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. ASHİ Çalışanlarının Mesleğe ve Çalışma Ortamına Bakış Açılarına Göre Dağılımı

Mesleğe ve Çalışma Ortamına Bakış Açısı (n=282)	Sayı	%
Mesleğe Bakış		
Olumlu	234	83.0
Olumsuz/Değişken	48	17.0
Aynı Mesleği Tekrar Seçer miydiniz?		
Evet	195	69.1
Hayır	87	30.9
Meslekten Memnuniyet		
Memnun	155	55.0
Orta düzeyde memnun	99	35.1
Memnun değil	28	9.9
Çalışma Ortamından Memnuniyet		
Evet/Memnun	225	79.8
Hayır/Memnun değil	57	20.2

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının %64.9'u (183 kişi) çalışma hayatında en az bir kez sözel ve/veya fiziksel şiddete maruz kaldığını, %35.1'i (99 kişi) ise böyle bir şiddete maruz kalmadığını ifade etmiştir. Şiddete maruz kaldığını belirtenlerin maruz kaldıkları şiddet türüne göre dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. ASHİ Çalışanlarından Şiddete Maruz Kaldığını Belirtenlerin Maruz Kaldıkları Şiddet Türüne Göre Dağılımı

Şiddet Şekli (n=183)*	Sayı	%
Sözel Şiddet		
Evet/Uğramış	182	99.5
Hayır/Uğramamış	1	0.5
Fiziksel Şiddet		
Evet/Uğramış	60	32.8
Hayır/Uğramamış	123	67.2

*Yüzdelere "n" üzerinden alınmıştır.

ASHİ çalışanlarının yaşadığı yakın çevre ile ilgili kaygı ve stres durumları varlığını belirtmelerine göre dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. ASHİ Çalışanlarının Yaşadığı Yakın Çevre İle İlgili Kaygı ve Stres Durumları Varlığını Belirtmelerine Göre Dağılımı

Kaygı ve Stres Düzeyleri (n=282)	Sayı	%
Çalışma Arkadaşlarında Kaygı/Stres Yüksek		
Evet/Kısmen	214	75.9
Hayır	68	24.1
Ailedeki Bireylerinde Kaygı/Stres Yüksek		
Evet/Kısmen	145	51.4
Hayır	137	48.6

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının %7.1’i (20 kişi) son bir yıl içerisinde birinci derece en az bir yakınının (anne, baba, kardeş, eş ve çocuk) vefat ettiğini, %92.9’u (262 kişi) ise böyle bir vefat yaşanmadığını bildirmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının Durumluk Kaygı puan ortalaması 36.70 ± 10.34 (min:20, max:66), Sürekli Kaygı puan ortalaması ise 40.34 ± 8.13 (min:21, max:65) olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo10. ASHİ Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Sosyo-demografik Özellikler	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Cinsiyet (n=282)			
Kadın	105	36.99±10.03	41.00±8.11
Erkek	177	36.53±10.53	39.93±8.14
		t=0.365, P=0.716	t=1.071, P=0.285
Yaş Grupları (n=282)			
18-29 yaş	125	36.52±10.18	39.45±7.69
30-39 yaş	60	37.61±10.25	41.88±7.64
40 ve üzeri yaş	97	36.36±10.64	40.51±8.86
		F=0.304, P=0.738	F=1.853, P=0.159
Medeni Durum (n=282)			
Evli	175	36.78±10.50	40.95±8.41
Bekar	104	36.43±10.15	39.24±7.61
Dul/Boşanmış	3	41.00±8.71	42.33±6.11
		F=0.299, P=0.742	F=1.546, P=0.215
Eğitim Durumu (n=282)			
İlköğretim mezunu	39	36.00±10.69	40.82±8.51
Lise/Sağlık Meslek Lisesi mezunu	172	37.01±10.27	40.00±8.18
Önlisans/Lisans/Yüksek lisans mezunu	71	36.33±10.39	40.87±7.87
		F=0.210, P=0.811	F=0.364, P=0.695
Eş Eğitim Durumu (n=175)*			
İlkokul mezunu ve altı	79	35.94±10.51	40.02±8.99
Ortaokul/lise mezunu	48	37.91±9.78	41.89±7.36
Üniversite mezunu	48	37.22±11.36	41.70±8.48
		F=0.562, P=0.571	F=0.966, P=0.383
Aile gelir düzeyi (n=282)			
1000-2000 TL	73	35.47±9.75	39.84±9.04
2001-3000TL	106	36.55±10.70	40.61±7.62
3001 TL ve üzeri	103	37.71±10.35	40.39±8.01
		F=1.019, P=0.362	F=0.194, P=0.824

*Bekar ve dul/boşanmış olanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının aile özelliklerine göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo11. ASHİ Çalışanlarının Aile Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Aile Özellikleri	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Aile Tipi (n=282)			
Çekirdek Aile	221	36.80±10.19	40.44±7.86
Geniş Aile	61	36.32±10.91	39.95±9.09
		t=0.307, P=0.760	t=0.385, P=0.701
Evde Birlikte Yaşayan Kişi Sayısı (n=282)			
1-4 Kişi	198	37.20±10.43	40.63±7.63
5 ve üzeri	84	35.52±10.05	39.64±9.21
		t=1.267, P=0.207	t=0.865, P=0.388
Çocuk Varlığı (n=178)[‡]			
Evet (Var)	160	37.20±10.61	41.21±8.56
Hayır (Yok)	18	33.77±8.64	38.83±6.24
		t=1.555, P=0.133	t=1.473, P=0.153
Çocuk Sayısı (n=282)			
Çocuk Yok	122	36.04±9.95	39.18±7.40*
1-2 Çocuk	102	38.91±10.33*	42.69±7.55*§
3 ve üzeri	58	34.20±10.53*	38.62±9.62§
		F=4.373, P=0.013	F=7.115, P=0.001

[‡] Bekarlar değerlendirmeye alınmamıştır. *·§ Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının çalışma statülerine ve mesleki durumlarına göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. ASHİ Çalışanlarının Çalışma Statülerine ve Mesleki Durumlarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Çalışma Statüsü ve Mesleki Durum (n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı
Meslek Grubu			
Hastaya Müdahale Edebilen (Hekim/Sağlık	164	37.56±10.45	40.53±8.04
Hastaya Müdahale Etmeyen	118	35.50±10.08	40.05±8.27
		t=1.672, P=0.096	t=0.483, P=0.629
Meslekte Hizmet Süresi			
0-60 ay	109	36.32±10.42	39.59±7.15
61-120 ay	40	37.07±9.24	40.10±8.71
121 ve üzeri	133	36.90±10.63	41.01±8.68
		F=0.124, P=0.883	F=0.931, P=0.395
Nöbet Usulü Çalışma			
Nöbet Tutuyor	261	36.56±10.32	40.21±8.14
Nöbet Tutmuyor	21	38.42±10.59	41.90±8.04
		t=-0.778, P=0.445	t=-0.927, P=0.363
Çalışma Şekli			
Kadrolu	208	36.59±10.40	40.55±8.52
Sözleşmeli	74	37.00±10.21	39.71±6.93
		t=-0.291, P=0.772	t=0.842, P=0.401
Şu Anda Çalıştığı Birimin Yeri			
İl Merkezi	183	38.18±10.03*	41.73±7.74*
İlçe Merkezi	51	32.35±10.52*	36.70±7.88*
Belde Merkezi/Köy	48	35.66±10.03	38.87±8.51
		F=6.921, P=0.001	F=9.044, P=0.0001

* Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının kendileri ile ilgili sosyoekonomik durum ve sağlık algılama değerlendirmelerine göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. ASHİ Çalışanlarının Kendileri İle İlgili Sosyoekonomik Durum ve Sağlık Algılama Değerlendirmelerine Göre Durumluk-Süreklî Kaygı Puan Ortalamaları

Sosyoekonomik durum ve Sağlık Algılama Değerlendirmeleri (n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Süreklî Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Sosyoekonomik Düzeyi Algılama			
Alt(düşük)	57	39.77±10.39*	43.42±8.53*
Orta	206	36.16±9.80	39.52±7.71*
Üst(yüksek)	19	33.36±13.84*	39.84±9.46
		F=3.862, P=0.022	F=5.309, P=0.005
Sağlık Durumu Algılama			
İyi	196	34.99±10.07	39.53±7.90
Orta/Kötü	82	40.59±9.92	42.16±8.38
	4	t=-4.343, P=0.0001	t=-2.464, P=0.015
Kişilik Yapısı			
Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum	232	36.07±10.27	39.62±7.66
İçe dönük, geç, güç ve zor uyum	50	39.62±10.19	43.64±9.41
		t=-2.228, P=0.029	t=-2.822, P=0.006

* Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının en uzun yaşadığı yere göre durumluk-süreklî kaygı puan ortalamaları Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14. ASHİ Çalışanlarının En Uzun Yaşadığı Yere Göre Durumluk-Süreklî Kaygı Puan Ortalamaları

En Uzun Yaşanılan Yer(n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Süreklî Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Köy	48	35.83±10.70	40.81±9.15
İlçe	68	37.67±11.95	40.82±9.31
İl	166	36.55±9.52	40.00±7.29
		F=0.487, P=0.615	F=0.345, P=0.709

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alıp/almama durumuna göre durumluk-süreklî kaygı puan ortalamaları Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo15. ASHİ Çalışanlarının Herhangi Bir Sorun/Olay Karşısında Sosyal Destek Alıp/Almama Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Sosyal Destek(n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Alıyor	72	38.55±9.86	41.77±7.55
Almıyor	210	36.06±10.43	39.84±8.27
		t=1.819, P=0.071	t=1.829, P=0.070

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının hastalık varlığı ve sağlıklarını etkileyebilecek davranışlarına göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo16. ASHİ Çalışanlarının Hastalık Varlığı ve Sağlıklarını Etkileyebilecek Davranışlarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Sağlığı Etkileyebilecek Davranışlar (n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı
Sigara Kullanımı			
İçen	138	36.75±10.85	39.84±8.62
İçmeyen	144	36.65±9.85	40.81±7.63
		t=0.082, P=0.935	t=-1.001, P=0.318
Alkol Kullanımı			
İçen	23	38.43±11.17	38.86±8.12
İçmeyen	259	36.54±10.26	40.46±8.13
		t=0.781, P=0.442	t=-0.904, P=0.375
Uyku Sorunu			
Var	23	43.21±9.64	47.21±8.81
Yok	259	36.12±10.21	39.72±7.79
		t=3.363, P=0.002	t=3.943, P=0.001
Kronik Hastalık			
Var	46	37.91±10.71	40.30±7.76
Yok	236	36.46±10.26	40.34±8.21
		t=0.843, P=0.402	t=-0.031, P=0.976
Tanısı Konulmuş Ruhsal Hastalık			
Var	4	42.75±8.95	48.00±13.08
Yok	278	36.61±10.34	40.22±8.02
		t=1.357, P=0.265	t=1.185, P=0.321
Düzenli Beslenme			
Evet	109	33.36±9.59	37.89±6.54
Hayır/Her zaman değil	173	38.80±10.25	41.87±8.65
		t=-4.510, P=0.0001	t=-4.371, P=0.0001
Dinlenme İçin Özel Zaman Ayırma			
Evet/Ayırıyor	147	34.22±9.64	38.85±7.60
Hayır/Ayırmıyor	135	39.40±10.41	41.94±8.40
		t=-4.317, P=0.0001	t=-3.228, P=0.001

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının kendisine en zor gelen yaşamsal alan İfadelerine göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo17. ASHİ Çalışanlarının Kendisine En Zor Gelen Yaşamsal Alan İfadelerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Kendisine En Zor Gelen Yaşamsal Alan(n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
İş	135	38.68±10.44*	41.33±7.83
Ev	66	35.07±9.37	39.65±8.61
İş/Ev Dışında Bir Yer	81	34.72±10.41*	39.23±8.11
		F=4.902, P=0.008	F=2.006, P=0.136

* Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının mesleğe ve çalışma ortamına bakış açılarına göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo18. ASHİ Çalışanlarının Mesleğe ve Çalışma Ortamına Bakış Açılarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Mesleğe ve Çalışma Ortamına Bakış Açısı (n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Mesleğe Bakış			
Olumlu	234	35.98±9.94	39.82±7.74
Olumsuz/Değişken	48	40.20±11.54	42.81±9.50
		t=-2.363, P=0.021	t=-2.040, P=0.046
Aynı Mesleği Tekrar Seçer miydiniz?			
Evet	195	35.15±10.09	39.04±7.43
Hayır	87	40.16±10.08	43.22±8.88
		t=-3.847, P=0.0001	t=-3.833, P=0.0001
Meslekten Memnuniyet			
Memnun	155	34.73±10.56*§	38.95±7.87*
Orta düzeyde memnun	99	37.94±8.88*~	41.14±7.74
Memnun değil	28	43.17±10.82*§~	45.14±8.93*
		F=9.574, P=0.0001	F=7.992, P=0.0001
Çalışma Ortamından Memnuniyet			
Evet/Memnun	225	35.62±9.87	39.68±7.88
Hayır/Memnun değil	57	40.96±11.08	42.92±8.63
		t=-3.320, P=0.001	t=-2.583, P=0.012

*.§.~ Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının görevde şiddete maruz kalıp/kalmama durumuna göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. ASHİ Çalışanlarının Görevde Şiddete Maruz Kalıp/Kalmama Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Şiddete Maruz Durumu(n=282)	Kalıp/Kalmama	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Maruz Kalmış		183	37.89±10.61	40.59±8.35
Maruz Kalmamış		99	34.50±9.46	39.86±7.71
			t=2.746, P=0.007	t=0.728, P=0.468

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının yaşadığı yakın çevre ile ilgili kaygı ve stres durumları varlığını belirtmelerine göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo20. ASHİ Çalışanlarının Yaşadığı Yakın Çevre İle İlgili Kaygı ve Stres Durumları Varlığını Belirtmelerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Kaygı ve Stres Düzeyleri (n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Çalışma Arkadaşlarında Kaygı/Stres			
Yüksek			
Evet/Kısmen	214	37.90±9.89	41.34±7.89
Hayır	68	32.92±10.85	37.16±8.09
		t=3.362, P=0.001	t=3.734, P=0.0001
Ailedeki Bireylerinde Kaygı/Stres			
Yüksek			
Evet/Kısmen	145	38.18±10.11	42.39±8.38
Hayır	137	35.13±10.37	38.16±7.27
		t=2.502, P=0.013	t=4.535, P=0.0001

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının son bir yıl içerisinde birinci derece yakınıni kaybedip/kaybetmeme durumlarına göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo21. ASHİ Çalışanlarının Son Bir Yıl İçerisinde Birinci Derece Yakınıni Kaybedip/Kaybetmeme Durumlarına Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Yakınıni Kaybedip/ Kaybetmeme (n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Kaybeden	20	32.65±9.77	39.25±9.58
Kaybetmeyen	262	37.01±10.33	40.41±8.02
		t=-1.916, P=0.068	t=-0.532, P=0.600

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarının görev yaptığı birimde ambulansla vakaya çıkıp/çıkma durumuna göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. ASHİ Çalışanlarının Görev Yaptığı Birimde Vakaya Çıkıp/Çıkma Durumuna Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları

Görev Yaptığı Birimler (n=282)	n	Durumluk Kaygı Puanı (Ort.±SS)	Sürekli Kaygı Puanı (Ort.±SS)
Ambulansla Vakaya Çıkanlar (1 Nolu/2 Nolu /3 Nolu /4 Nolu /5 Nolu /6 Nolu /7 Nolu /14Nolu /Baskil/Gezin /Sivrice /Yarımca /Keban ASHİ)	226	35.76±9.80	39.58±7.94
Ambulansla Vakaya Çıkmayanlar (İl Ambulans Servisi Başhekimliği/ KKM)	56	40.50±11.60	43.35±8.25
		t=-2.818, P=0.006	t=-3.082, P= 0.003

6. TARTIŞMA

Bu araştırma Elazığ il merkezine bağlı acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanları arasında yapılmıştır. Türkiye’de durumluk ve sürekli kaygının değerlendirildiği; sporculara (63), hastalara (64), öğrencilere (65-68), sağlık çalışanlarına (56,69-74) yönelik yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Araştırma kapsamına alınan Elazığ merkeze bağlı acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanlarının tümüne ulaşılmış, cevaplılık oranı %100 olmuştur. Aynı konuda sağlık çalışanları arasında Ocaktan ve arkadaşları tarafından Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı’na bağlı 19 sağlık ocağı ve 3 AÇS-AP merkezi arasından rastgele örnekleme seçilen 12 sağlık ocağında yapılan çalışmada cevaplılık oranı %86.7’dir (70). Cevaplılık oranı düşük bir araştırmanın, araştırma yapılan popülasyonu tam olarak yansıtmayacağı düşünülebilir. Bu nedenle araştırmada yüksek cevaplılık oranı doğru sonuçları vermesi açısından önem arz etmektedir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %37.2’si kadın, %62.8’i erkektir (Tablo 2). Konu ile ilgili çalışmalarda; Ocaktan ve arkadaşlarının araştırmasında %65.7’si kadın, %34.3’ü erkek (70); Karaoğlu ve arkadaşlarının aile hekimleri arasında yaptıkları aynı konudaki çalışmasında ise %52.2’si kadın, %47.8’i erkektir (73). Cinsiyet dağılımındaki farklılıklar çalışılan saha özelliğine bağlıdır.

Bu araştırmada yaş grupları incelendiğinde çalışanların %44.3’ünün 29 yaş altında olduğu görülmüştür (Tablo 2). Karaoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında %44.4’ü 30 yaş altındadır (73). Birinci basamak çalışanlarında genç yaş grubunun fazlalığı diğer çalışmalarla benzerdir.

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının %62.0’ı evli, %36.9’u bekar, %1.1’i dul/boşanmıştır (Tablo 2). Ocaktan ve arkadaşlarının araştırmasında %87.4’ü

evli, %11.9'u bekar, %0.7'sinin dul/boşanmış (70), Kutanis ve Tunç'un hemşireler arasında yaptığı çalışmada %51.6'sının evli, %48.4'ünün ise bekar olduğu görülmüştür (72). Sağlık çalışanlarının medeni durumlarının dağılımları Türkiye geneli ve diğer çalışmalarla örtüşmektedir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının eğitim durumu incelendiğinde %13.8'inin ilköğretim, %61'inin lise/sağlık meslek lisesi, %25.2'sinin ön lisans/lisans/yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 2). Ocaktan ve arkadaşlarının araştırmasında ise sağlık çalışanlarının %4.2'si ilköğretim, %35.7'si lise, %60.1'i üniversite mezunu olarak bildirilmiştir (70). Araştırma grubunda acil sağlık çalışanlarında hekim dışı personelin fazlalığı nedeniyle üniversite mezunu oranı daha azdır.

Bu araştırmada çalışanların ifadelerine göre aile bütçesine bir ayda gelen aylık gelir ortalaması 3263,72±1736,59 TL olarak saptanmıştır. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ) tarafından yapılan çalışmaya göre, dört kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı Ekim 2013 itibarıyla 3466,65 TL'dir (75). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2010 yoksulluk çalışması sonuçlarında dört kişilik hanenin aylık yoksulluk sınırı 896 TL olarak tahmin edilmiştir (76). Araştırmamızda çalışanlar arasında asgari ücretlilerin olmamasının ortalama geliri Türkiye şartlarına göre yükseltebildiği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınanların %78.4'ü çekirdek, %21.6'sı geniş aile yapısına sahiptir (Tablo 3). Deveci ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri arasında kaygı çalışmasında %74.2'sinin çekirdek, %25.8'inin ise geniş aile yapısına sahip olduğu bildirilmiştir (66). 2008 Yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre hane halkı başına ortalama olarak 3.9 kişi düşmektedir. Hanelerin yarısından biraz daha

azında üç veya daha az kişi yaşamakta, dörtte birinde dört kişi yaşamakta ve yüzde 29’unda beş veya daha fazla hanehalkı üyesi bulunmaktadır. Lokal çalışmaların sonuçlarının Türkiye geneli aile yapısı ile benzer olduğu söylenebilir (77).

Bu çalışmada çalışanlardan evli olanların %89.9’u çocuk sahibi, %10.1’i ise çocuk sahibi değildir (Tablo 3). Durmuş ve Günay’ın hemşireler arasında yaptığı çalışmada, %53.3’ünün çocuk sahibi, %46.7’si ise çocuk sahibi olmadığı bildirilmiştir (69). Bu oranlar araştırmaya alınanlardaki yaş grubu ve medeni durum farklılıklarına göre değişebilir.

Araştırmada sağlık çalışanlarının %47.1’i on yıldan daha fazla süredir çalıştığını bildirmiştir (Tablo 4). Ocaktan ve arkadaşlarının çalışmasında %49.6’sı (70), Demir’in çalışmasında ise %59.8’i on yıldan daha fazla süredir çalışmaktadır (78). Türkiye’nin çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında on yılın üzerinde görev yapanların yüzdesinin daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık sektörüne yeni atamaların azlığı olarak yorumlanabilir.

Bu araştırmada çalışanların %73.8’inin kadrolu, %26.2’sinin sözleşmeli olarak görev yaptığı saptanmıştır (Tablo 4). Kutanis ve Tunç’un çalışmasında hemşirelerin %40.6’sı kadrolu, %59.4’ü ise sözleşmeli olarak çalışma yaşamını sürdürmektedir (72). Kadrolu ya da sözleşmeli çalışma sağlık çalışanlarının çalışma statülerine göre farklılık gösterebilir.

Araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının %92.6’sı nöbet tuttuğunu, %7.4’ü ise tutmadığını bildirmiştir (Tablo 4). Durmuş ve Günay’ın çalışmasında hemşirelerin %56.4’ünün nöbet tuttuğu, %43.6’sının sadece gündüz çalıştığı (69), Demir’in çalışmasında ise araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %68.9’unun nöbet tuttuğu, %31.1’inin sürekli gündüz vardiyasında çalıştığını belirtilmiştir (78). Acil sağlık

hizmetleri istasyonları çalışanlarının diğer sağlık çalışanlarına göre nöbet yüzdesinin fazlalığı beklenen bir sonuçtur.

Araştırma kapsamına alınanların kendi sosyoekonomik düzeylerini; %20.2'sinin alt (düşük), %73.0'nın orta, %6.8'inin üst (yüksek) olarak algıladığı belirlenmiştir (Tablo 5). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite öğrencilerinin sosyoekonomik düzeylerini %42.3'ünün alt (düşük), %55.5'inin orta, %2.2'sinin üst (yüksek) şekilde algıladığı bildirilmiştir (66). Elde edilen gelir, bu gelirin dağılımı, ekonomik bağımlılıklar bu algıyı etkileyebilir. Genelde Türkiye'de yapılan çalışmalarda orta düzey algılamının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %69.5'i kendi sağlık durumunu iyi, %29.1'i orta, %1.4'ü ise kötü olarak algıladığını bildirmiştir (Tablo 5). Durmuş ve Günay'ın araştırmasında kendi sağlık durumlarını kötü olarak algılayan hemşirelerin oranı %14.3 (69), Deveci ve arkadaşları çalışmasında ise üniversite öğrencilerinde bu oran %5.8 olarak saptanmıştır (66). Araştırmamızda kendi sağlık gruplarını kötü olarak algılama yüzdelerinin diğer araştırma gruplarına göre düşüklüğü stresin ve yoğunluğun daha fazla yaşandığı ortam faktörleri göz önüne alındığında iyimser bir sonuçtur.

Bu araştırmada çalışanların %82.3'ü kendi kişilik yapılarını dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan , %17.7'si içe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan olarak tanımlamıştır (Tablo 5). Deveci ve arkadaşlarının aynı konuda yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin %76.5'i dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan , %23.5'i ise içe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan olarak bildirilmiştir (66). Bu soruda kişilerin dışa dönük yapı yüzdelerinin yüksek çıkması kişilerin kendilerini değerlendirmedeki yaklaşım egolarının yüksekliği kaynaklı olabilir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının %25.5'i kendileriyle ilgili herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek aldığını, %74.5'i ise böyle bir destek almadığını belirtmiştir. Ünal'ın çalışmasında asistanlar arasında ailesinden destek alanların oranı %81.9, almayanların ise %18.1 olduğu bildirilmiştir (79). Sosyal destek algısının araştırma gruplarına göre değişebileceği dūřünölmüřtür.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının %48.9'u halen sigara içtiğini, %51.1'i ise içmediğini ifade etmişlerdir (Tablo 6). Ocaktan ve arkadaşlarının sağlık ocaklarında çalışan sağlık çalışanları arasında yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılanların %46.9'sı sigara içtiğini, %53.1'i içmediğini bildirmiştir (70). Sebo ve arkadaşlarının İsveç'te hekimler arasında yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılanların %12.0'ı aktif sigara içtiğini, %22.0'ı içip bıraktığını ve %66.0'ı hiç içmediğini belirtmiştir (80). Sağlık Bakanlığı alışanları Tütün Kullanımı Araştırması'nın sonuçlarına göre Türkiye'de sağlık çalışanları arasında sigara kullanma oranının 2012 yılı itibariyle %21 olduğu bildirilmiştir (81) Geliřmiř ölkelerde sağlık çalışanları arasında sigara içme düzeyleri dūřüktür. Bu çalışmada ve diğer lokal çalışmalarda ise sağlık alışanlarında sigara içme oranı Türkiye ortalamasının oldukça üzerindedir. Bu durum sağlık alışanlarında sigara içmeyi etkileyen faktörlerden çalışma ortamları, iř yükü ve çalışma statüleri değerlendirmelerinin yapılmasını dūřündürmüřtür.

Araştırma kapsamında çalışanların %8.2'si değişik sıklıkla alkollü içki kullandığını belirtmişlerdir (Tablo 6). Ocaktan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada alkollü içki kullananların oranı %4.2 olarak bulunmuştur (70). Alkol kullanma bildirimleri kişinin kendi ifadesine dayanan bildirimler olup, sosyal yapı farklılıkları ve bildirim çekincelerinden etkilenebilir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının %8.2'si herhangi bir sebeple uyku sorunu yaşadığını belirtmiştir (Tablo 6). Durmuş ve Günay'ın çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin %8.0'ı her zaman uyku sorunu yaşadığını ifade etmişlerdir (69). Her iki çalışmada nöbetin ve vardiyanın fazla yaşandığı araştırma grupları olduğundan sonuçlar benzerdir.

Araştırma kapsamında çalışanların %16.3' kronik, %1.4' ise ruhsal bir hastalığı olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6). Ocaktan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise sağlık ocağı çalışanlarının %11.9'u herhangi bir kronik, %5.6'sı ise tanısı konulmuş ruhsal bir hastalığı olduğunu bildirmişleridir (70). Sağlık alışanlarında kronik hastalık varlığının azlığı sevindiricidir. Ruhsal hastalık açısından ise bildirim eksiklikleri söz konusu olabilir.

Araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının %55.0'ı mesleğinden memnun, %35.1'i orta derecede memnun olduğunu belirtmiştir (Tablo 7). nal'ın Tıp'ta uzmanlık öğrencileri arasında yapmış olduğu çalışmasında, %61.4' eğitim alınan uzmanlık dalının asistanı olmaktan memnun olduğunu belirtmiştir (79). Ozan ve arkadaşlarının Elazığ'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan pratisyen hekimler arasında yapmış olduğu çalışmada, %40.7'sinin mesleğinden memnun, %30.2'sinin memnun olmadığı, %29.1'inin ise bu konu da nötr olduğu saptanmıştır (82). Sağlık alışanları arasında yapılan çalışmalarda mesleki memnuniyet düzeyleri yüksektir. Bu durum meslek seçiminin istenerek tercih edilmesi kaynaklı olabilir.

Araştırmada alışanların %79.8'i çalışma ortamından memnun olduğunu ifade etmiştir (Tablo 7). nal'ın çalışmasında asistanların %35.4' çalışma ortamından memnun olduğunu belirtmiştir (79). Çalışma ortamından memnuniyetin iş yükü, ücret,

baskı hissetme gibi multifaktöriyel bir etkilenme sonucu değişebileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınanların %64.9'u çalışma hayatında en az bir kez sözel ve/veya fiziksel bir şiddete uğradığını ifade etmiştir. Canbaz ve arkadaşlarının Samsun'da hastane acil servisleri ve 112 çalışanlarına karşı şiddet konulu çalışmasında, çalışanların %72.1'inin en az bir kez şiddete uğradığı belirtilmiştir (83). Ayrancı ve arkadaşlarının 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapmış olduğu çalışmada; çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu saptanmıştır (84). Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzer olarak hastane acilleri ve acil sağlık istasyonları çalışanlarında şiddete maruz kalma oranlarının yüksekliğini göstermektedir.

Araştırma kapsamında şiddete maruz kaldığını belirtenlerin maruz kaldıkları şiddet türüne göre %99.5'i sözel, %32.8'i fiziksel saldırıya uğradığını belirtmiştir (Tablo 8). Canbaz ve arkadaşlarının çalışmasında ise şiddete maruz kalanların %71.8'i sözel, %19.6'sı fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (83). Wyatt ve Watt'ın beş farklı bölgede (Güneydoğu İngiltere- Güneybatı İngiltere- Yorkshire- Galle- İskoçya) acil servislerde çalışan genç doktorlar arasında yapmış olduğu çalışmada, %96.0'ının sözel, %32.0'ının ise fiziksel şiddete uğradığı bildirilmiştir (85). Sözel şiddetin engellenmediği takdirde eyleme dönüşebileceği ve fiziksel şiddet yüzdesini arttırabileceği unutulmamalıdır.

Araştırma kapsamında ASHİ çalışanlarının Durumluk Kaygı puan ortalaması 36.70 ± 10.34 , Sürekli Kaygı puan ortalaması ise 40.34 ± 8.13 olarak bulunmuştur. Karaoğlu ve arkadaşlarının aile hekimleri çalışmasında, Durumluk Kaygı puan ortalaması 37.26 ± 7.95 , Sürekli Kaygı puan ortalaması 41.27 ± 7.25 (73), Ocaktan ve

arkadaşlarının sağlık ocağı çalışanları araştırmasında Durumluk Kaygı puan ortalaması 40.57 ± 4.88 , Sürekli Kaygı puan ortalaması 44.88 ± 5.97 (70), Gökçe ve Dündar'ın bir Ruh sağlığı hastanesinde hekim ve hemşireler arasında yaptığı çalışmada, Durumluk Kaygı puan ortalaması 41.8 ± 9.4 , Sürekli Kaygı puan ortalaması 47.8 ± 6.0 olarak bulunmuştur (71). Türkiye'de araştırma sonuçlarımız ile benzer çalışmalar olduğu gibi, sağlık çalışanları arasında kaygının daha yüksek saptandığı çalışmalarda mevcuttur. Genel olarak sürekli kaygı durumluk kaygıdan daha yüksek olarak saptanmaktadır. Bu çalışmada da acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanlarında sürekli kaygı durumluk kaygıdan daha fazla olup, orta düzeyde olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamında çalışanlarda durumluk kaygının cinsiyete göre değişmediği, sürekli kaygı puan ortalamasının ise kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 10). Ocaktan ve arkadaşlarının Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık çalışanları arasında yaptıkları çalışmada benzer sonuç bildirilmiştir (70). Deveci ve arkadaşlarının Tunceli Üniversitesi öğrencileri arasında yaptıkları çalışmalarda kadınların sürekli kaygı düzeyleri erkeklerden yüksek bulunmuştur (66). Kadınların kaygı düzeylerinin erkeklerden yüksek olması toplumsal değer yargıları ve toplumun kadın çalışana bakış açılarıyla ilişkilendirilebilir. Türkiye'de sosyal yapıya göre değişmekle birlikte genelde erkekler daha özgür bir yaşam sürerken, kadınlar üzerinde ailenin ve yaşanılan toplumun daha etkili olduğu bilinmektedir.

Bu çalışmada, 30-39 yaş grubunda daha genç ve ileri yaşlardan kaygı puanları yüksek olmasına rağmen farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 10).

Kutanis ve Tunç'un bir üniversite hastanesinde hemşireler arasında yapmış olduğu çalışmada da yaş grubuna bağlı olarak durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının değişmediği bildirilmiştir (72). Erdur ve arkadaşlarının Denizli'de acil servislerde çalışan doktorlar arasında yapmış olduğu çalışmada 36-45 yaş arası çalışanlarda kaygı puanları en düşük seviyelerde iken, genç ve yaşlı grubu çalışanlarda kaygı puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (86). Genç çalışanların iş hayatlarıyla ilgili birçok durumu önemsemeyebileceği, ileri yaş grubu çalışanların tecrübe artışı ile problemlerle başa çıkmada daha bilinçli davranabilmesi, orta yaş grubu çalışanların ise iş hayatıyla ilgili ne deneyimli ne de deneyimsiz denecek düzeyde olabilmeleri bireylerin kaygı düzeyini etkileyebilir.

Araştırma kapsamına alınanlarda medeni durum ve eğitim durumuna göre kaygı puanlarının değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 10). Sağlık ocağı çalışanları (70) ve hemşireler arasında yapılan (72) çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu durum verilen çalışmalar için medeni durum ve eğitim gibi önemli sosyal yapı farklılıklarının kaygıya etkisini değerlendirilememesini ortaya çıkarmıştır.

Araştırmaya katılanların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının aile gelir düzeyinden etkilenmediği görülmüştür ($p>0.05$, Tablo 10). Çalışmamızın sonuçları Ocaktan ve arkadaşlarının sağlık ocakları çalışanlarında yapmış olduğu çalışma ile benzerdir (70). Bu durum çalışanlar arasında gelirleri birbirine yakın olanların fazlalığından kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmada çalışanların çekirdek aile veya geniş aile yapısına bağlı olarak durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının değişmediği görülmüştür ($p>0.05$, Tablo 11). Lök ve arkadaşlarının beden eğitimi spor yüksek okuluna girecek adaylar arasında yaptıkları çalışmada da durumluk kaygı puan ortalamalarının aile tipine

bağlı olarak değişmediği belirlenmiştir (65). İki farklı grupta yapılan çalışmalar aile yapısının kaygıya etkili olmadığı yönüyle benzerdir.

Araştırmamızda evli olup çocuğu olan çalışanlarda hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamaları çocuğu olmayan çalışanlara göre daha yüksek, ancak aradaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$, Tablo 11). Kutanis ve Tunç'un hemşireler arasındaki çalışması araştırmamızla örtüşmektedir (72). Durmuş ve Günay'ın çalışmasında ise çocuk sahibi olmayla, durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (69). Çocuk sahibi olma ebeveynler arasında ilgi, sosyal ve psikolojik paylaşım ile kaygıya olumlu etki yapabilir.

Araştırma kapsamına alınanların tümü değerlendirildiğinde; 1-2 çocuk sahibi olanların 3 ve üzeri çocuğu olanlara göre durumluk, yine 1-2 çocuk sahibi olanların hem çocuğu olmayan hem de 3 ve üzeri çocuk sahibi olanlara göre sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 11). Ocaktan ve arkadaşları hemşireler arasında yaptıkları araştırmada çocuk sayısı ile kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunmadığını bildirmişlerdir (70). Çocuk sayısı ve kaygı yaklaşımı göreceli bir kavram olup, ebeveyn ve çocuk yönü ile bireysel farklılıklardan etkilenebilir.

Araştırmada meslek grubu yönünden hastaya müdahale edebilenlerde (Hekim/Sağlık memuru/AABT/ATT), hastaya müdahale etmeyenlere (Şoför/Memur/Hizmetli) göre durumluk kaygı puan ortalamaları daha yüksek çıkmış ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sürekli kaygı puan ortalamaları ise her iki grupta da birbirine yakın sonuçlar vermiştir ($p>0.05$, Tablo 12). Ocaktan ve arkadaşlarının çalışmasında meslek grubu yönünden durumluk kaygı puanı gruplar arasında birbirine çok yakın bulunurken, sürekli kaygı puanları doktorlara göre diğer

sağlık personellerinde daha yüksek çıkmış, ancak bu çalışmada da araştırmamızda olduğu gibi sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (70). Bu durum tüm çalışanların iş yeri ortam açısından benzer kaygı yaşamaları şeklinde değerlendirilebilir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının meslekte hizmet süreleri ile nöbet tutup tutmama durumlarının durumluk/sürekli kaygı düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 12). Ünal'ın asistanlar arasında (79), Kutanis ve Tunç'un hemşireler arasında (72) yaptığı çalışmalarda hizmet süreleri ile kaygı arasında, yine Ünal'ın çalışmasında (79) nöbet tutup tutmama ile kaygı puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bu durum çalışma ortamlarının farklılığına rağmen sağlık çalışanlarında kaygı azlığı veya çokluğunun yapılan işle daha fazla alakalı olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırmada çalışanlar arasında çalışma şekli açısından kadrolu personellerle, sözleşmeli personeller arasında hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$, Tablo 12). Kutanis ve Tunç'un yapmış olduğu çalışmada sözleşmeli çalışanların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek çıktığı bildirilmiştir (72). Sözleşmeli personellerin, çoklu otorite, kadro problemleri, gelecekle ilgili mesleki hayatının belirsizliği gibi olumsuz sebeplerden dolayı daha fazla kaygı yaşamaları beklenebilir.

Bu araştırmada çalışanların çalıştığı birimin yerine göre durumluk ve sürekli kaygı puanı ortalamaları; ilçe merkezinde görev yapanlar, belde merkezi/köyde görev yapanlar ve il merkezinde görev yapanlar sıralamasına göre artış göstermekte olup, il merkezi ile ilçe merkezinde görev yapanlar arasındaki puan farkı anlamlıdır ($p<0.05$, Tablo 12). Bu farkın, il merkezinde görev yapan personellerin daha çok iş yükünün

olması ve nöbetleri süresince daha çok acil vakalarla karşı karşıya kalınması dolayısıyla, vaka çeşitliliğinin de artmasıyla gidilen her acil vakada hangi durumlarla karşılaşılacağı düşüncesi stresinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada çalışanların kendi sosyoekonomik düzeylerini algılama durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları; üst (yüksek), orta, alt (düşük) olarak algılayanlar sıralamasına göre artış göstermektedir. Sürekli kaygı puan ortalamalarında ise üst (yüksek), orta olarak algılayanlar birbirine yakın sonuçlar verirken, alt (düşük) olarak algılayanlar da belirgin bir puan artışı söz konusudur ($p<0.05$, Tablo 13). Çalışmadaki sosyoekonomik düzeyini alt (düşük) olarak algılayanlarda hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek çıkmasının, maddi yetersizliğin iş hayatını ve sosyal yaşamı etkilemesinin sonucu olarak insanların geleceklerine umutsuz bakması kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada çalışanların kendi sağlık durumlarını algılama değerlendirmelerine göre hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarının, sağlık durumlarını orta/kötü olarak algılayanlarda iyi olarak algılayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 13). Deveci ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada, kişilerin kendi sağlık durumlarının algılamaları iyiden kötüye gittikçe durumluk/sürekli kaygı düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (66). Bireylerin sağlık durumlarını kötü olarak algılamaları sonucu, ekonomik, sosyal, aile ve iş hayatı yönünden olumsuz yansıyabilir, bu durum kaygı düzeylerini artırabilir.

Araştırma kapsamında personellerden kendi kişilik yapılarını; içe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan olarak tanımlayanların hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarının, dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayabilenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 13). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında

da ie dönük kişilik yapısına sahip olanların hem durumluk, hem de sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür (66). Araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. İe dönük, geç, g ve zor uyum sağlayanlarda hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarının yüksek çıkmasının; bu tür kişilik yapısına sahip olanların olası problem ve sorunlar karşısında başa çıkma yeteneğinin daha az olmasından ve sorunları i dünyalarında daha da büyüterek gerek aile, gerekse iş yaşamına doğrudan olumsuz olarak yansıtmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alanlarla almayanlarda durumluk/sürekli kaygı puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 15). nal'ın Tıp'ta uzmanlık ğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasında da sosyal destek alıp/almama yönünden durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının değişmediği görülmüştür (79). Sosyal desteğin kişiyi rahatlatma ve yönlendirme yönüyle kaygıyı azaltması beklenebilir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık alışanlarında hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarının sigara/alkol kullanımı ile değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 16). Ocaktan ve arkadaşlarının Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık çalışanları arasında yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (70). Sigara/alkol ile kaygı ilişkisi bir kısır dnė olarak kişisel faktörlere göre değişebilecek bir durum olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamında uyku sorunu olan çalışanlarda uyku sorunu olmayan çalışanlara göre hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 16). Selvi ve arkadaşlarının sağlık alışanlarında (87), yine Deveci ve arkadaşlarının niversite ğrencilerinde (66) yaptıkları çalışmalarda

benzer sonuçlar elde edilmiştir. Uyku sorunu olanlardaki kaygının yüksekliği, uyku-uyanıklık döngüsünde uykululuk ve yorgunluk hissi ile oluşacak bilişsel sorunlar kaynaklı olabilir.

Araştırmada çalışanların kronik bir hastalığının olup olmamasına göre durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$, Tablo 16). Literatürde araştırma sonuçlarıyla örtüşen çalışmaların (70), yanı sıra kronik hastalık varlığının hem durumluk hem de sürekli kaygıyı arttırdığı sonuçlarının bulunduğu çalışmalarda mevcuttur (66). Kronik bir hastalığın varlığı olumsuz düşüncenin sürekliliği açısından kaygıyı artırabileceği gibi, kişilerin bu durumu kabullenmeleri ve yaşam alanlarının bir parçası olarak algılamalarıyla etkilemeyebileceği de düşünülmüştür.

Bu araştırmada ruhsal bir hastalığı olanlarda hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamaları daha yüksek olmalarına rağmen, aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 16). Ocaktan ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmanın sonuçları araştırma sonuçlarıyla benzerdir (70). Çalışmamızda ruhsal hastalık tanısı olduğunu bildirenlerin sayısının azlığı (4 kişi) istatistiksel sonucu etkilemiş olabilir.

Bu araştırmada düzenli beslenmediğini ifade eden personellerde hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarının düzenli beslenenlere yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 16). Bu fark, düzenli beslenen kişilerin sosyal hayatında ve diğer yaşam tarzlarında da daha düzenli ve stresten kaçınan bir yaşam sürdürdükleri ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmüştür.

Araştırmada kendisine dinlenme için özel zaman ayırdığını bildirenlerin durumluk/sürekli kaygı puan ortalamaları, dinlenme için özel zaman ayırmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 16). Araştırma sonuçları Ünal'ın Tıpta

Uzmanlık öğrencilerinde yapmış olduğu çalışması (79) ile Erdur ve arkadaşlarının acil doktorlarında yapmış olduğu çalışmalarla (86) benzerdir. Dinlenme için kendisine özel zaman ayıran insanların hayata daha sağlıklı, olumlu ve bilinçli bakmasının yanı sıra, gerek aile gerekse çalışma hayatının vermiş olduğu zorlukları ve yoğunlukları atabilmeleri ve rahatlamalarından dolayı daha az kaygı yaşayabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada kendisine en zor gelen yaşamsal alanı “iş” olarak bildirenlerin durumluk kaygıları “iş/ev dışında bir yer” olarak bildirenlere göre daha yüksektir ($p<0.05$, Tablo 17). Sürekli kaygı ise ifade edilen en zor yaşamsal alana göre değişmemektedir ($p>0.05$, Tablo 17). Durumluk kaygının “iş”te daha fazla hissedilmesi, insanların iş/ev dışındaki ortamlarda daha rahat ve kısıtlılıklar olmadan hareket edebilmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamına alınan ASHİ çalışanlarından kendi mesleklerine bakışı olumsuz/değişken olanların hem durumluk, hem de sürekli kaygı puan ortalamaları mesleğine olumlu olarak bakanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum “aynı mesleği tekrar seçer miydiniz” sorusuna hayır yanıtını veren çalışanlar içinde aynıdır ($p<0.05$, Tablo 18). İnsanların çalışma hayatlarında başarılı ve mutlu bir yaşantılarının olması için, mesleklerini icra ederken seyerek yapmaları ve dolayısıyla mesleklerine olumlu bir şekilde bakmaları en önemli ilkelerden sayılmaktadır. Dolayısıyla, mesleklerine olumsuz olarak bakan kişilerde iş hayatının mutsuzluğu ile birlikte bu mutsuzluğun aile ve sosyal hayatı da etkilemesiyle çeşitli sorunlarla baş başa kalılabileceği, nihayetinde bu durumun bireyin kaygı düzeyini artırabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada mesleki memnuniyet arttıkça durumluk/sürekli kaygı puanlarının azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 18). Ünal’ın Tıp’ta uzmanlık öğrencilerinde

yapmış olduğu çalışmasında da benzer sonuçlar alınmıştır (79). Visser ve arkadaşları tarafından Hollanda’da uzman hekimler arasında yapılan çalışmada, “kötü yönetim” ve “kişilerin destek hissetmemesi” iş memnuniyetini azaltan bulgular olarak saptanmıştır (88). McManus ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada da hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili memnuniyetinde, karar verme sürecine katılımlarının sağlanması ve değerli olduklarının hissettirilmesinin önemi üzerinde durulmuştur (89). Çalışanların mesleklerinden memnun olmalarının iş yaşamının yanında bir bütün olarak kişilerin tüm hayatını etkilediği düşüncesinden hareketle kaygı puan ortalamalarındaki farkın meslekten memnuniyet derecesiyle ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamında çalışma ortamından memnun olmayan çalışanlarda durumluk/sürekli kaygı puan ortalamalarının çalışma ortamından memnun olanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 18). Dönmez ve arkadaşlarının Antalya’daki hekimler ve tıp fakültesi öğrencileri arasında yapmış olduğu çalışması (90) ile Ünal’ın Tıp’ta uzmanlık öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmasının (79) sonuçları araştırmamız sonuçlarıyla örtüşmektedir. Çalışma ortamındaki memnuniyetin bireylerin öncelikle iş hayatına, dolaylı olarak tüm yaşantısına olumlu ya da olumsuz yansısıyla kaygı düzeyini önemli bir şekilde etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmada şiddete maruz kalmış çalışanlarda durumluk kaygı puan ortalamaları şiddete maruz kalmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 19). Sürekli kaygı puanları arasında ise ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 19). Canbaz ve arkadaşlarının hastane acil servis ve 112 çalışanları arasında (83), Gökçe ve arkadaşlarının hekimler ve hemşireler arasında (71) yaptıkları

araştırmaların sonuçlarında da sağlık personeline yönelik şiddetin kaygıyı artırdığı bildirilmiştir. şiddet önemli bir halk sağlığı sorunudur. şiddetin tekrarlanıcı özelliği ise şiddete daha önceden maruz kalan çalışanlarda kaygıyı artırması beklenen bir sonuçtur.

Bu araştırmada çalışma arkadaşlarında ve aile bireylerinde kaygı/stres düzeyini yüksek olarak algılayanlarda, algılamayanlara göre hem sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 20). Bu durum iş arkadaşlarının paylaşımlarıyla birbirlerinin kaygılarından etkilenmesi, yine aynı aile ortamında yaşayan fertlerin birbirini her açıdan olumlu ya da olumsuz etkilemeleri ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada görev yaptığı birimler açısından ambulansla vakaya çıkmayan çalışanlarda, ambulansla vakaya çıkanlara göre hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 20). Ambulansla vakaya çıkmayan çalışanların birçoğunun KKM’de çalışıyor olmasından dolayı, sürekli sağlık ihbarlarının gelmiş olduğu çağrıları değerlendiren telefonlara cevap verdikleri ve bu durumdan dolayı görevlerini yerine getirirken vatandaşlar tarafından sürekli mobbinge maruz kalıyor olmaları kaygı puan ortalamalarındaki yüksekliğin nedeni olarak dşnlmştir.

Sonuç olarak; bu araştırmada Elazığ Merkeze bağlı AŞHİ alışanlarının sürekli kaygı puan ortalaması (40.34 ± 8.13), durumluk kaygı puan ortalamasından (36.70 ± 10.34) daha yüksek bulunmuştur. Çalışanların sürekli kaygı puanı orta düzey olarak değerlendirilebilir.

Durumluk/sürekli kaygı düzeyleri cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, kendilerinin ve eşlerinin eğitim durumu, aile gelir düzeyi, aile tipi, evli olanlar için

çocuk sahibi olup-olmama, sigara/alkol kullanıp kullanmama ve kronik/ruhsal hastalık varlığı durumlarına göre değişmemektedir ($p>0.05$). Yine hastaya müdahale edenler-etmeyenler, nöbet tutanlar-tutmayanlar, kadrolu-sözleşmeli çalışanlar ve meslekte hizmet süresine göre durumluk/sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kişilerin sosyal destek alıp almama durumlarının durumluk/sürekli kaygıyı etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

İl merkezinde yaşayanların ilçe merkezine, sağlık durumunu orta/kötü olarak algılayanların iyi olarak algılayanlara, kişilik yapısını içe dönük belirtenlerin dışa dönüklere, uyku sorunu varlığını ifade edenlerin böyle bir sorunu olmayanlara, düzenli beslenmeyenlerin düzenli beslenenlere, dinlenme için özel zaman ayıramayanların zaman ayırabilenlere göre durumluk/sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

ASHİ çalışanlarından kendisine en zor gelen yaşamsal alanı “iş” olarak ifade edenlerin “iş/ev dışında bir yer” olarak ifade edenlere, görevde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını ifade edenlerin maruz kalmayanlara göre durumluk kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

ASHİ çalışanlarından mesleğine olumlu baktığını ifade edenlerin, aynı mesleği tekrar seçebileceğini belirtenlerin, mesleğinden memnun/orta düzeyde memnun ve çalışma ortamından memnun olanların durumluk/sürekli kaygı puan ortalamaları mesleğe bakış açısından olumsuz olanlara göre daha düşüktür ($p<0.05$). Ayrıca çalışma arkadaşlarında ve aile bireylerinde kaygı/stresin yüksek olduğunu belirtenlerin durumluk kaygı puanları böyle bir durum olmadığını söyleyenlere göre daha yüksektir ($p<0.05$). İl Ambulans Servisi Başhekimliği/KKM çalışanlarında ambulansla vakaya

ıkan alışanlara göre daha yüksek düzeyde durumluk/sürekli kaygı saptanmıştır (p<0.05).

Bu sonuçlar doğrultusunda, ASHİ alışanlarında kaygıyı azaltmaya yönelik nerilerimiz;

- ASHİ alışanlarının sosyoekonomik düzeylerini ve sağlık durumlarını olumlu yönde algılama düzeylerini yükseltici iyileştirme çalışmalarının planlanması ve uygulamaya geçirilmesi,
- Kişilerin dinlencelerini ve kendilerini iyi hissetme süreçlerini artırıcı sosyal aktivitelerin planlanması,
- Mesleğe olumlu bakışı ve yaklaşımı geliştirebilecek eğitim faaliyetlerinin yapılması,
- Meslekten ve çalışma ortamından memnuniyeti yükseltecek fiziksel, sosyal ve iletişimi geliştirici düzenlemelerin planlanması ve uygulanması,
- nemli bir halk sağlığı sorunu olan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili önleyici ve hukukun üstünlüğünü sağlayıcı tedbirlerin alınması, kanuni yaptırımların uygulanması,
- ASHİ alışanları arasında çalışma/hizmet şekli ile ilgili görev yapılan birim rotasyonlarının yapılabilmesidir.

7. KAYNAKLAR

1. Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. 1. Baskı, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1980: 36.
2. Köknel Ö. Kaygı Bozuklukları. Genel ve Klinik Psikiyatri. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp, 1989: 44-143.
3. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983: 1-26.
4. Freud S. The Problem of Anxiety. Newyork: Norton, 1936.
5. Stein DJ, Hollander E. Textbook of anxiety disorders. The American psychiatric publishing, Washington DC, 2001.
6. İkizler C. Sporda Başarının Psikolojisi. 2. Baskı, İstanbul: Alfa Yayıncılık, 1994: 91.
7. Avcıoğlu S. Kaygı Düzeyi ve Denetim Odağının Bireyin İş Verimi Üzerindeki Etkilerinin Belirlenip Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1995.
8. Başaran İE. Uygulamalı Spor Psikolojisi. 3. Baskı, Ankara: Bağırhan Yayınevi, Kültür Ofset. 1998: 92-93.
9. Konter E. Sporda Stres ve Performans. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık San. Ve Tic. Ltd. Şti., 1996: 8, 28, 46, 70.
10. APA, American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4. Baskı, Washington DC, 1994.
11. Spielberger CD. Anxiety-Current Trends in Theory and Research. Academic Press. Inc. Vol. II., New York: 1972: 482-483.
12. Noyes R, Hoehn RS. Anksiyete Bozuklukları. Şar V (Çeviren). İstanbul: Medikal-Paramedikal Yayıncılık, 1998.
13. Sartorius N, Üstün TB, Silva JAC ve ark. An international study of psychological problems in primary care. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 819-824.
14. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Result from the National Co-morbidity Study. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
15. "Anksiyete Bozukluklarının Sıklığı". www.psikiyatri.net/psikiyatrik-hastaliklar/anksiyetebozukluklari/14-anksiyete-bozukluklarinin-sikligi.html/11.11.2013.
16. "Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi". <http://www.sinir.org/forum/viewtopic.php?f=30&t=109>. 22.09.2013.
17. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly. 1998; 12: 28-35.
18. Günay O, Öncel Ü, Erdoğan Ü, Güneri E, Tendoğan M, Uğur A. Lise son sınıf öğrencilerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2004; 17: 77-85.

19. Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S. Kısa semptom envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 125-135.
20. Tallis F, Kaygıları Aşmak. Öner Toy OC (Çeviren). İstanbul: Sistem Yayıncılık, 2003: 6.
21. Arı FD. İstenen ve İstenmeyen Gebeliklerde Gebe Kadının Kişilik Özellikleri Ve Anksiyete Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1993.
22. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. 5. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, 1996.
23. Akandere M. Üniversite Gençliğinde Görülen Kaygının Giderilmesinde Sporun Etkisinin Anne Baba Mesleği Açısından İncelenmesi. *S.Ü Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi* 1997;1: 48-54.
24. Akarçeşme C. Voleybolda Müsabaka Öncesi Durumluk Kaygı ile Performans Ölçütleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004.
25. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. 11. Baskı, İstanbul: Remzi Yayınevi, 2002: 278.
26. Spielberger CD. "Theory and Research in Anxiety", (Ed: CD Spielberger) *Anxiety and Behavior*. Academic Press. New York .
27. Ögüt F. Sosyal Uyum ile Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2000.
28. Engür M. Elit Sporcularda Başarı Motivasyonunun, Durumluk Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
29. Kaya M, Varol K. İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Kaygı Nedenleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Samsun 2004; 17.
30. Özgül F. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinde Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2003.
31. Sculiy SJ. Psikiyatri. Saygılı R (Çeviren).Ege Üniversitesi Yayınları no:136, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
32. Özbaydar S. İnsan Davranışının Sınırları ve Spor Psikolojisi. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 1983.
33. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for State-Trait anxiety inventory*, California: Consulting Psychologist Press, 1970.
34. Tavacıoğlu L. Spor Psikolojisi-Bilişsel Değerlendirmeler. Ankara: Bağırhan Yayınevi 1999: 33-57.
35. Akandere M. Üniversite Gençliğinde Görülen Kaygının Giderilmesinde Sporun Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1997.
36. Gümüş M. Profesyonel Futbol Takımlarında Puan Sıralamasına Göre Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.
37. Martens R, Vealey RS, Burton D. *Competitive Anxiety In Sports*. Champaign: Human Kinetics Boks, 1990.

38. Budak Z. Türkiye 1. Futbol Liginde Bulunan Takımların Oyuncularının Puan Sıralamasına Göre Kaygı Değerlerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.
39. Özodaşık M. Yanlızlığın Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1989.
40. Eisenberg S, Patterson LE. Helping Ceients with Special Concerns. Houghton: Miffren Company USA, 1979.
41. Köksal F, Power KG. Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ): A Self-Report Measure of Somatic, Cognitive, Behavioral and Feeling Components. Journal of Personality Assesment, 1990: 54, 534-544
42. Alisinanoğlu F, Ulutaş İ. Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler. Milli Eğitim Dergisi 2000; 145: 15-19.
43. Doğan S. Anksiyete-Somatoform ve Disosiyatif Bozukluklar. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:13, 2000.
44. Dönmez Z. Cerrahi Kliniklerine Ameliyat Olmak Üzere Yatan Hastaların Hastaneye Yatıştaki Anksiyeteleri ve Anksiyeteyi Gidermede Hemşirelik Yaklaşımınıın Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
45. Işık E. Nevrozlar.1. Baskı, Ankara: Kent Matbaası, 1996: 45-48.
46. Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. 16. Baskı, İstanbul: Metis Yayınları, 2003: 175.
47. İnanç BY, Bilgin M, Atıcı MK. Gelişim Psikolojisi Çocuk ve Ergen Gelişimi. İstanbul: Nobel Kitabevi, 2004.
48. Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing A. Anksiyete Bozuklukları Klinik Uygulama Kılavuzu. Ceyhun B, Oral B (Çeviren). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Medikomat Basım Yayınevi, 1994; 3.
49. Arkonaç SA. Psikoloji Zihin Süreçleri Bilimi. 4. Baskı, İstanbul: Alfa Yayınları, 2005.
50. T.C. Sağlık Bakanlığı. “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-510/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeliği.html/15.08.2013>.
51. “İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri”. <http://www.mfa.gov.tr/data/KONSOLOSLUK/saglik.html/15.08.2013>.
52. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü. “112 Acil Yardım ve Önemi”. www.aydinsaglik.gov.tr/topics.asp?i=A7A19E/15.08.2013.
53. “Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı”. <http://mtegm.meb.gov.tr/program/dokuman/modul/ACİL%20SAĞLIK%20HİZMETLERİ/15.08.2013>.
54. “Hızır Acil Servisin Görevleri Nelerdir?”. <http://odevsor.com/hizir+acil+servisin+görevleri+nelerdir+-indir-69708.html/06.09.2013>.
55. “112 Acil Servisin Görevleri Nelerdir?”. <http://www.attyiz.biz.tr/haber/1684/112-acil-servisin-gorevleri-nelerdir.html/15.08.2013>.

56. Aslankoç R, Öztürk M, Yıldırım NG. Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete İle İlişkisi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 8: 12-20.
57. Çubukçu Z, Dönmez A. Eğitimde Kuram ve Uygulama. Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Eğitim Fakültesi Araştırma Dergisi 2011; 7: 1.
58. Öztürk M. “İşte Meslek Hastalıkları”. <http://www.on5yirmi5.com/haber/saglik/yetiskin-sagligi/33661/iste-meslek-hastaliklari.html/05.09.2013>.
59. Rodin G, Vashart K. Depression in the medically ill. An overview Am J Psychiatry 1986; 143: 696-705.
60. Marchesi C, Brusamonti E, Giannini A, et al. The use of an emergency ward by patients with depressive or anxiety disorders: a one year follow-up study. Int J Psychiat Med 2001; 31: 265-275.
61. Marchesi C, Brusamonti E, Giannini A, Di Ruvo R, Minneo F, Quarantelli C, Maggini C. Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: a control study. Emerg Med J 2004; 21: 175-179.
62. Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. Em Med J 2004; 21: 235-236.
63. Başaran MH, Taşkın Ö, Sanioğlu A, Taşkın AK. Sporcularda durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009; 21: 533-542.
64. Marakoğlu İ, Özdemir D, Demirel S, Sezer H. Periodontal tedavi öncesi durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2003; 6(2): 73-79.
65. Lök S, İnce A, Lök N. Beden eğitimi spor yüksekokulu özel yetenek sınavına girecek adayların kaygı durumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2008; 2(2): 121-131.
66. Deveci SE, Çalmaz A, Açık Y. Doğu anadolu’da açılan bir üniversitenin öğrencilerinde kaygı düzeylerinin sağlık, sosyal ve demografik faktörler ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2012; 39(2): 189-196.
67. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N ve ark. Tıp eğitimi son sınıf öğrencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 21(1): 19-24.
68. Güleç D, Saruhan A. Tez hazırlayan hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeylerinin incelenmesi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2013; 3(2): 161-165.
69. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 2007; 29(2): 139-146.
70. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa sağlık grup başkanlığına bağlı sağlık ocaklarınca çalışan sağlık personelinde spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 55(1): 21-28.
71. Gökçe T, Dündar C. Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesi çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15(1): 25-28.

72. Kutanis RÖ, Tunç T. Hemşirelerde benlik saygısı ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki: Bir üniversite hastanesi örneği. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2013; 15(2): 1-15.
73. Karaoğlu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: Bir vaka kontrol çalışması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2009; 13(3): 119-126.
74. 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.
75. TÜRK-İŞ Haber Bülteni. "Yoksulluk sınırı açıklaması". <http://www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce/docs/file/aclikekim13.pdf/10.01.2014>.
76. TÜİK. "2010 Yoksulluk çalışması sonuçları". http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1013/10.01.2014.
77. TNSA. "2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf/10.01.2014>.
78. Demir A. Hemşirelerin vardiya ile çalışmalarının anksiyete ve arteriyel kan basıncına etkisinin irdelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(2): 40-54.
79. Ünal FE. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Sıklığının Saptanması ve Sosyodemografik Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008.
80. Sebo P, Bouvier GM, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2007; 7:5.
81. "İşte sağlık çalışanlarının sigara içme oranları". <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-te-salk-alanlarinn-sigara-ime-oranlar-1-11-45887.html/15.08.2013>.
82. Ozan AT, Deveci ES, Oğuzöncül AF, Açık Y. Elazığ il merkezi birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan pratisyen hekimlerin mesleki memnuniyetleri. F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi 2003; 17(2): 113-118.
83. Canbaz S, Dündar C, Dabak Ş ve ark. Samsun'da hastane acil servisleri ve 112 acil çalışanlarına karşı şiddet: Epidemiyolojik bir çalışma. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi 2008; 14(3): 239-244.
84. Ayranıcı U, Yenilmez C, Balcı Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. Journal Interpers Violence 2006; 21: 276-296.
85. Wyatt JP, Watt M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. Journal of Accident and Emergency Medicine 1995; 12: 40-42.
86. Erdur B, Ergin A, Turkcuier I et al. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. Emergency Medicine Journal 2006; 23: 759-763.
87. Selvi Y, Özdemir PG, 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(4): 238-243.
88. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, Haes HCJM. Stres, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMA Journal 2003; 168(3): 271-275.

89. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The casual links between stress and burnout in longitudinal study of UK doctors. The Lancet Journal 2002; 15(359): 2089-2090.
90. Dönmez L, Aktekin M, Erengin H, Dinç G, Karaman T. Antalya'daki Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul: 1996: 679-685.

8.EKLER

Ek 1. Anket

ELAZIĞ MERKEZE BAĞLI ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONLARI ÇALIŞANLARININ DURUMLUK/SÜREKLİ KAYGI DURUMUNUN İNCELENMESİ ANKETİ

Bilgilendirme: Kaygı sözcüğü, endişe, korku, merak anlamına gelmektedir. Çağımız insanında kaygı, bireyin kendi varlığına veya özdeşim yaptığı şeylere yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlara karşı bir tepkisidir. Sağlık çalışanlarında ve de özellikle acil sağlık istasyonları çalışanlarında iş yeri ortamı ile ilgili ve mesleği icra noktasında karşılaşılan sorunlar bir gerilim süreci ile başlamakta ve daha ileriki aşamalarda kaygıya dönüşebilmektedir. Acil sağlık hizmetleri istasyonlarında çalışanların olası kaygı ve endişeleri sağlık, sosyal ve demografik faktörlerden etkilenebilir. Bu çalışma acil sağlık hizmetleri istasyonları çalışanlarının olabilecek kaygı düzeylerini ve ilişkili faktörlerini belirleyebilmek amacıyla planlanmıştır.

Anket formuna adınız, soyadınız, adresiniz gibi hiçbir kişisel bilginizi yazmayınız. Elde edilen veriler toplu olarak değerlendirilecek ve size özel hiçbir bilgi yer almayacaktır. Anket formuna doğru yanıt vermeniz elde edilen verilerin güvenilirliğini arttıracaktır ve konuyla ilgili gerçeği yansıtacak bilgiler elde edilmesini sağlayacaktır. Cevabınızı, cevap şıklarının yanındaki kutucuğa X atarak belirtiniz [Örn:(X)]. Katkılarınız için teşekkür eder, esenlikler dileriz.

BİRİNCİ BÖLÜM

- 1- Yaşınız :.....
- 2- Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()
- 3- Medeni durumunuz : Evli () Bekar () Eşi Ölmüş ()
Boşanmış () Ayrı yaşıyor ()
- 4- Çocuğunuz var mı ? : Evet () Evet ise sayısı:..... Hayır ()
- 5- Aile tipiniz : Çekirdek () Geniş () Parçalanmış ()
- 6- Evde birlikte yaşadığınız kişi sayısı nedir? (kişi)
- 7- Eğitim düzeyiniz : İlköğretim () Lise () Sağlık Meslek Lisesi () Ön lisans ()
Lisans () Yüksek lisans () Tıp Fakültesi () Diğer ()
- 8- Eşinizin eğitim düzeyi : Okur-yazar değil () Sadece okur-yazar ()
İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu ()
Lise/dengi okul mezunu () Üniversite/Yüksek okul mezunu ()
- 9-Mesleğiniz : Hekim () Sağlık memuru () AABT ()
ATT () Şoför () Memur () Hizmetli ()
- 10-Meslekte hizmet süresi :.....yıl.....ay
- 11-Haftalık çalışma süreniz :.....saat
- 12-Nöbet : Tutuyor () Tutmuyor ()
- 13-Çalışma şekliniz : Kadrolu () Sözleşmeli () Diğer ().....
- 14-Mesleğine bakış açınız : Olumlu () Olumsuz () Diğer ().....
- 15-Seçme hakkınız olsaydı, yine aynı mesleği seçer miydiniz?
Evet () Hayır ()
(Neden?.....)
- 16-En uzun yaşadığınız yer : Köy () İlçe () İl ()
- 17- Şu anda çalıştığınız birimin yeri: İl merkezi() İlçe merkezi() Belde merkezi() Köy ()
- 18-Ortalama aylık geliriniz (Eve gelen tüm para):

- 19-Bu gelirden faydalanan kişi sayısı :
- 20-Kendi sosyoekonomik düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?
Alt(düşük) () Orta () Üst(yüksek) ()
- 21-Kendi kişilik yapınızı nasıl tanımlıyorsunuz?
Dışa dönük, kolay ve çabuk uyum sağlayan ()
İçe dönük, geç, güç ve zor uyum sağlayan ()
- 22-Dinlenme için özel bir zaman ayırabiliyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- 23- Sizinle ilgili/sizi etkileyebilecek herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alıyor musunuz? Evet() (Kimden:.....) Hayır ()
- 24- Genel olarak sağlık durumunuz hakkında ne söyleyebilirsiniz :
İyi () Orta () Kötü ()
- 25- Sigara içiyor musunuz? :
Her gün günde en az 1 tane içiyorum ()
Her gün olmamakla birlikte ara sıra içiyorum ()
İçiyordum bıraktım ()
Hiç içmedim ()
- 26-Sigara içiyorsanız içtiğiniz sigara miktarı : Günde..... adet sigara veya haftada..... adet sigara
- 27-Sigara içiyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz? :
- 28-Ara sırada olsa alkollü içki içiyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- 29- Alkollü içki içiyorsanız hangi sıklıkla alkollü içki içiyorsunuz?
Her gün()
Haftada bir-iki gün()
Ayda bir-iki gün()
Seyrek olarak ya da özel günlerde()
- 30-Günde kaç saat uyuyorsunuz? saat
- 31-Herhangi bir uyku sorunuz var mı?
Var () (Var ise nedir?.....)
Yok()
- 32-Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
Evet () Hayır () Her zaman değil ()
- 33-Kronik bir hastalığınız var mı? :
Evet () Açıklayınız Hayır ()
- 34-Tanısı konulmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?
Var () (Var ise nedir?.....) Yok ()
- 35-Kendinize en zor gelen yaşamsal alan hangisidir?
İş () Ev () Diğer() (Açıklayınız.....)
- 36-Çalışma ortamında görevinizi yerine getirirken hiç şiddete maruz kaldınız mı?
Evet () Hayır ()x
- 37-Eğer şiddete maruz kaldıysanız hangi tür şiddete maruz kaldınız?
Fiziksel (.....kez, Kimdi)
Sözel (.....kez, Kimdi)
- 38- Mesleğinizde memnun musunuz?
Memnun () Orta Düzeyde Memnun () Memnun Değil ()

- 39- Çalışma ortamından memnun musunuz?
Evet () Hayır ()
- 40- Çalışma arkadaşlarınızın kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet () Hayır () Kısmen ()
- 41- Ailenizdeki bireylerin kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet () Hayır () Kısmen ()
- 42- Son bir yıl içerisinde birinci derece yakınınızı (anne, baba, kardeş, eş ve çocuk) kaybettiniz mi ?
Evet () Hayır ()
- 43- Görev yaptığınız birimin adı:

İKİNCİ BÖLÜM

STAI FORM TX-1

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

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim.	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin.	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim.	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok.	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım.	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var.	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk.	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim.	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum.	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim.	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim.	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde.	()	()	()	()

STAI FORM TX-2

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

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Hemen Çok zaman	her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım.	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	()	()	()	()
27. Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum.	()	()	()	()
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi güvende hissederim.	()	()	()	()
34. Sıkıntı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	()	()	()	()
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	()	()	()	()

Ek 2. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.
ELAZIĞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

25.02.2013 002041

Sayı : 13133957/
Konu : Tez Çalışmanız hak.

Sayın: Erhan ATICI
(İl Ambulans Servisi Başhekimliği 3 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ELAZIĞ)

22.02.2013 dilekçenize istinaden Müdürlüğümüz Acil Sağlık Hizmetleri istasyonlarında “ Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Çalışanlarının Durumluk/Sürekli Kaygı Durumunun İncelenmesi” isimli Yüksek Lisans Tez çalışmanızı yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Barış EROĞLU
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek 3. Etik Kurul İzni



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
07.03.2013	04	04	Yük. Lis. Öğr. Erhan ATICI

KARAR

“Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Çalışanlarının Durumluk / Sürekli Kaygı Durumunun İncelenmesi” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet TOKDEMİR (Başkan)		Prof. Dr. Erol KELEŞ (Başkan Yardımcısı)	
Yrd. Doç. Dr. Selçuk İLHAN (Raportör)		Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ (Üye)	Katılmadı
Doç. Dr. Refik AYTEN (Üye)		Doç. Dr. Dilara KAMAN (Üye)	
Doç. Dr. Mete ÖZCAN (Üye)		Doç. Dr. Oktay BELHAN (Üye)	
Yrd. Doç. Dr. Hepsen Mine SERİN		Uzm. Dr. Özgen ARSLAN SOLMAZ (Üye)	
Av. Murat TOKGÖZ (Üye)		İsmet TANYERİ (Üye)	Bulunmadı

9. ÖZGEÇMİŞ

Sakarya 1981 doğumluyum. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimimi Elazığ'da tamamladım. Elazığ Atatürk Sağlık Meslek Lisesinden 1999, Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 2006 yılında mezun oldum. 2002 yılının Nisan ayında Adıyaman Kahta Akıncılar Sağlık Ocağında sağlık memuru olarak göreve başladım. Ekim 2002 tarihinden itibaren Elazığ İl Ambulans Servisi'nde sağlık memuru olarak görevime devam etmekteyim. Yabancı dilim İngilizcedir. Evliyim.