



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ ALAN EĞİTİMİ'NİN TIP
FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE
DEVLET HİZMET YÜKÜMLÜLÜĞÜ ÖNCESİ OLAN
KAYGI DURUMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Vehbi ÇİFTÇİ

Antalya, 2023



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ ALAN EĞİTİMİ’NİN TIP
FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE
DEVLET HİZMET YÜKÜMLÜLÜĞÜ ÖNCESİ OLAN
KAYGI DURUMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Vehbi ÇİFTÇİ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2023

TEŞEKKÜR

Bilimsel arayışımın bu önemli dönüm noktasında, hayatımdaki değerli insanlara duyduğum minnettarlığı paylaşmak istiyorum.

Öncelikle, tez sürecimin başlangıcından bitişine kadar, büyük sabır ve anlayışla yanımda olup, değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak bu zorlu süreci kolaylaştıran Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin Avcı'ya,

İş ahlakı ve disipliniyle örnek aldığım, bilgisi ve tecrübesiyle bana ilham kaynağı olan değerli hocam Prof. Dr. Melahat Akdeniz'e, ayrıca tez sürecinde desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Ethem Kavukçu'ya,

Hayatımın dönüm noktalarında yanımda duran, sevgisi, sabrı ve anlayışı ile her zaman beni güçlendiren, bu akademik macerada yanımda olduğu ve bana ilham verdiği için sevgili eşim Gülten Sarıca Çiftçi' ye,

Sonsuz neşe ve motivasyon kaynağım olan, bana her gün yeni bir şeyler öğreten, dünyayı farklı gözlerle görmemi sağlayan değerli varlıklarım oğlum Gökalp ve kızım Gökçe Çiftçi'ye,

Beni her daim destekleyen, inanç ve sevgilerini esirgemeyen, her türlü zorlukta yanımda olan annem Bedriye Çiftçi ve babam Diyaettin Çiftçi'ye,

Asistanlık sürecimin keyifli ve verimli geçmesinde büyük rol oynayan değerli asistan arkadaşlarıma; bölümümüzün enerjisini yüksek tutan, her türlü zorluğumuzu kolaylaştıran Mine Kocagöz ve Arzu Aydemir'e,

Kalpden teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Aile Hekimliği	5
2.1.1. Aile Hekimliğinin tanımı	5
2.1.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin gelişimi	6
2.1.3 Aile Hekimliği Temel Yeterlilikleri	8
2.2 Kaygı ve Kaygı Bozuklukları	10
2.2.1 Panik Bozukluğu.....	12
2.2.2 Agorafobi.....	14
2.2.3 Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	15
2.2.4 Özgül Fobi	16
2.2.5. Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB).....	17
2.2.6. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)	18
2.2.7. Genelleşmiş (Yaygın) anksiyete bozukluğu (GAB).....	19
2.2.8. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	19
2.2.9. Seçici mutizm (konuşmama bozukluğu)	20
2.2.10. Kaygı bozukluğu başka türlü belirtilmemiş (diğer belirtilerle açıklanmayan diğer kaygı bozuklukları).....	21
2.3. Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri (İnter Doktorlar)	21
2.3.1.Dönem 6 Stajları.....	23
2.3.2.Koruyucu Hekimlik Yaklaşım Becerileri	23
2.4 Devlet Hizmet Yükümlülüğü.....	25
2.5. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI).....	26
2.5.1. Durumluk Kaygı (State Anxiety):.....	26
2.5.2 Sürekli Kaygı (Trait Anxiety):.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın yeri	29
3.2. Araştırmanın tipi	29
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme	29

3.4. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	30
3.5. Araştırmadan çıkarılma kriterleri.....	30
3.6. Araştırmanın tasarımı	30
3.7. Etik kurul onayı	32
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	32
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	51
7.ÖZET	53
8.ABSTRACT	55
9. KAYNAKLAR	57
10.EKLER	66

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDT	Bilişsel davranışçı terapi
DHY	Devlet Hizmet Yükümlülüğü
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DZ	Dizigotik
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GAB	Genelleşmiş anksiyete bozukluğu
GABA	Gama amino bütirik asit tip A
KDT	Kognitif-davranışçı terapi
MR	Manyetik Rezonans
MZ	Monozigotik
OKB	Obsesif-kompulsif bozukluk
PB	Panik bozukluk
PDÖ	Probleme Dayalı Öğrenim
RG	Resmî Gazete
SAB	Sosyal anksiyete bozukluğu
SNRI	serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri
SSRI	Selektif serotonin geri alım inhibitörleri
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TAHUD	Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği
TSSB	Travma sonrası stres bozukluğu
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
YAB	Yaygın anksiyete bozukluğu
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicia

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Aile Hekimliği Rotasyon ve Süreleri(25).....	7
Çizelge 4.1. Aile Hekimliği stajı öncesi Durumluk kaygı ölçeği sonucu	37
Çizelge 4.2 . Durumluk Kaygı Düzeyi (STAI-1) cinsiyet dağılımı.....	38
Çizelge 4.3. Aile Hekimliği stajı öncesi Süreklik kaygı envanteri sonucu.....	39
Çizelge 4.4. Süreklik kaygı envanterinin cinsiyete göre dağılımı	40
Çizelge 4.5. Aile Hekimliği stajı öncesi cinsiyete STAI I-II'nin sonucu	40
Çizelge 4.6. Aile Hekimliği stajı öncesi kronik hastalığı olanların STAI I-II sonucu	41
Çizelge 4.7. Aile Hekimliği stajı öncesi katılımcıların yaş aralığına göre STAI I-II sonucu	42
Çizelge 4.8. Aile Hekimliği stajı öncesi katılımcıların annelerinin eğitim durumuna göre STAI I-II sonucu.....	42
Çizelge 4.9. Aile Hekimliği stajı öncesi katılımcıların babalarının eğitim durumuna göre STAI I-II sonucu.....	43
Çizelge 4.10. Aile Hekimliği stajı sonrası Durumluk Kaygı Düzeyi STAI-I.....	44
Çizelge 4.11. Aile Hekimliği stajı sonrası Durumluk Kaygı Düzeyi'nin (STAI-I) cinsiyet dağılımı	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri	8
Şekil 4. 1.Katılımcıların Cinsiyete göre dağılımı	34
Şekil 4. 2.Katılımcıların yaş dağılımı	35
Şekil 4. 3 Katılımcıların medeni durumu.....	35
Şekil 4. 4. Kronik hastalığı olanların dağılımı.....	36
Şekil 4. 5. Kadın katılımcıların yaş dağılımı	36
Şekil 4. 6. Erkek katılımcıların yaş dağılımı	37

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Tıp eğitimi, bireyleri hem fiziksel hem de duygusal yönden zorlayan detaylı ve karmaşık bir süreçtir. Bu sürecin sonunda, genç doktor adayları, profesyonel hekimlik mesleğine adım atarlar, bu da kendi içinde birçok zorluk ve stresle doludur(1). Tıp fakültesinden mezun olduktan hemen sonra klinik pratiğe atılan bu genç hekimler, beklenen profesyonellik ve yetkinlik standartları karşısında birçok sorumluluğu omuzlarında hissederler. Bu da onlarda stres, tükenmişlik ve bazen de kaygıya neden olabilir (2,3). Hastalarla doğrudan ilgilenmeye başlamaları, reçete yazma sorumluluğunu alabilmeleri ve acil durumlarla başa çıkabilmeleri beklenir. Ancak bazı durumlarda, bu genç hekimler, bu görevleri yerine getirirken kendilerini yetersiz hissedebilirler. Özellikle hastalara potansiyel zarar verme endişesi bu yetersizlik duygusunu daha da derinleştirebilir. Bu durum, klinik pratiğin gerektirdiği uygun olmayan çalışma koşullarıyla birleştiğinde, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde ve yeni mezunlarda ciddi kaygı ve stres seviyelerine yol açabilir(4).

Tıp eğitiminin, sadece akademik ve pratik bilgi kazandırmakla kalmayıp, aynı zamanda tıp öğrencilerinin genel sağlığı üzerinde de derin etkileri olduğu bilinmektedir Yapılan araştırmalarda, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin çoğunun mesleğe özgü kaygılar taşıdığı ve anksiyete seviyelerinin diğer bireylerden daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Özellikle mecburi hizmet yükümlülüğü ve sınav stresi, bu kaygıların başında gelmektedir(5–7). Ancak bu sadece başlangıçtır; öğrencilerin yaşadığı diğer kaygı nedenleri arasında ekonomik zorluklar, meslekte tatmin olamama, toplum içindeki prestij kaygısı, aile baskısı, sosyal beklentiler, medeni durumları, akademik kariyer hedefleri ve atanacakları çalışma yerlerinin merkezi olanakları gibi birçok faktör bulunmaktadır. Bu kaygılar, öğrencinin hem akademik performansını hem de genel sağlığını olumsuz etkileyebilir(8).

Kaygı bozukluğu, bireyin günlük yaşantıdaki olaylara karşı aşırı ve sürekli endişe duyması ile karakterizedir. Bu durum, kişinin iş hayatından sosyal ilişkilerine, sağlığından maddi durumuna kadar birçok alanda endişe taşımasına neden olabilir. Birey bu endişeleri ile başa çıkmakta zorlanabilir ve bu da günlük yaşamını olumsuz etkileyebilir. Kaygı bozukluğu olan kişilerde genellikle bu endişelerin yanı sıra birçok fiziksel belirti de görülür. Uykusuzluk, sürekli baş

ağrıları, mide ve bağırsak sorunları ile huzursuzluk bu fiziksel belirtilerden sadece birkaçıdır. Bu belirtiler, kişinin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir(9).

Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri, yoğun ve stresli eğitim süreçlerinin ardından kariyer planlamalarını yaparken, mecburi hizmet yükümlülüğü nedeniyle endişeler yaşamaktadırlar. Bu endişe, özellikle asistanlık eğitimi sürecinde mesleki yetkinliklerini geliştirmek adına Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)'na odaklanmalarına neden olmaktadır(10,11). Çakmak ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin %47,2'sinin mecburi hizmetin kaldırılmasını, %36,7'sinin mecburi hizmet uygulamasının değiştirilerek uygulanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada öğrencilerin %97,1'i mezuniyet sonrası uzman hekim, %2,9'u pratisyen hekim olarak çalışmak istediğini belirtmiştir(12).

Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY), yani halk arasında bilinen adıyla "mecburi hizmet", tarihsel süreç içerisinde farklı biçimlerde uygulanmış bir yükümlülüktür. Cumhuriyetin kuruluşundan önce ve sonrasında değişikliklere uğrayan bu uygulama, günümüzde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile tanımlanmıştır. Bu kanuna, 5371 sayılı Kanun'la eklemeler yapılarak mevcut şeklini almıştır(13). DHY kapsamında, tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanı unvanlarına sahip olan hekimlerin, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nın belirlediği İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması'na göre sıralanan bölgelerde hizmet vermesi gerekmektedir. Bu sıralamada, 6. Bölge ilçeleri için minimum 300 gün, 1. Bölge ilçeleri için ise minimum 600 gün görev yapma şartı bulunmaktadır. Bu, doktorların ülkenin daha az gelişmiş bölgelerine de hizmet götürme amacını taşırken, aynı zamanda bu bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini artırmayı hedeflemektedir(14).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Dönem VI olarak adlandırılan aday doktorluk eğitimi, bir yıl boyunca süren yoğun bir programı kapsar. Bu eğitimin içerisinde yer alan Aile Hekimliği Alan eğitimi, "zorunlu staj" başlığı altında iki haftalık bir süreyi kapsar. Bu kısa süre zarfında öğrencilere Aile Hekimliği Uygulamaları ve Eğitim Toplantıları sunulur. Eğitim esnasında öğrencilere, Aile Hekimliği AD polikliniklerinin yanı sıra Aile Hekimliği Anabilim

Dalı'nın belirlediği Aile Sağlığı Merkezlerinde de pratiğe dayalı uygulamalar sunulur. Bu uygulamalar haftada 4,5 gün sürer. Bunun yanı sıra, eğitim toplantıları haftada yarım gün olarak planlanmıştır. Öğrenciler, stajlarının son haftasında, süreç içerisinde edindikleri deneyimlere dayanarak bir sunum hazırlayıp sunarlar. Bu sunum, öğrencilerin eğitim sürecinde ne kadar ilerleme kaydettiğini ve pratiğe ne ölçüde hakim olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Aile Hekimliği stajının amacı, mezuniyet sonrası öğrencilerin birinci basamakta etkin ve kaliteli hizmet sunabilecek donanımına sahip olmalarını sağlamaktır. Aile hekimliği stajı, öğrencilere birinci basamakta sıklıkla rastlanan semptomlar ve bu semptomlara nasıl yaklaşılması gerektiği hakkında derinlemesine bilgi verir. Bu, öğrencilerin, semptomların doğru teşhisini koyma ve uygun tedavi yöntemlerini belirleme yeteneğini geliştirmelerine yardımcı olur. Aynı zamanda, staj, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine gerekli klinik bilgi ve becerileri kazandırmayı amaçlar. Bu, öğrencilere birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkili bir şekilde çalışabilme yeteneğini kazandırmak için gereklidir. Öğrenciler, staj süresince, hasta ile etkili iletişim kurma, doğru teşhis koyma ve etkili tedavi yöntemleri belirleme gibi kritik becerileri geliştirme fırsatı bulurlar. Özetle, Aile Hekimliği stajı, öğrencilere birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkili bir şekilde çalışabilme yeteneği kazandırmayı hedefler ve bu hedefe ulaşmak için öğrencilere gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazandırmayı amaçlar.

Bu çalışma, tıp eğitiminin son aşamasında yer alan Aile Hekimliği Alan Eğitimi'nin öğrencilere ne ölçüde fayda sağladığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Özellikle, bu eğitimin, öğrencilerin mezuniyet sonrası karşılaşacakları mecburi hizmet sürecine ilişkin duydukları kaygıyı azaltıp azaltmadığı üzerine yoğunlaşmıştır. Mecburi hizmet, tıp fakültesi mezunları için önemli bir sorumluluk ve zorluklarla dolu bir süreçtir. Bu süreçte, genç doktorlar, farklı coğrafi bölgelerde, farklı sağlık koşullarında ve çoğunlukla yetersiz kaynaklarla hizmet vermek zorunda kalırlar. Bu nedenle, mezuniyet öncesi bu tür bir hizmete ne kadar hazır olduklarına dair kaygılarını gidermek için alacakları eğitim kritik bir öneme sahiptir. Aile Hekimliği Alan Eğitimi, öğrencilere teorik bilgi sağlamanın yanı sıra, saha çalışmalarıyla gerçek hayattaki uygulamaları da deneyimleme fırsatı sunar. Bu çalışma, bu tür bir eğitimin, öğrencilerin mecburi

hizmet sürecine ilişkin kaygılarını azaltıp azaltmadığına dair bir fikir edinmeyi amaçlamaktadır. Çalışma kapsamında elde edilecek bulgular, bu eğitimin öğrencilere mezuniyet sonrası süreçte nasıl bir katkı sağladığına dair değerli bilgiler sunacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

2.1.1. Aile Hekimliğinin tanımı

Aile Hekimliği yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti ile kişiye yönelik sağlık hizmeti veren, tam gün esasına göre çalışan, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren aile hekimliği uzmanı ve Kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip ve tabiplerden oluşur(15).

Aile Hekimliği, farklı ülkelerde farklı tanımlara sahip olan ve yeni gelişmekte olan bir tıp dalıdır. Aile Hekimliği tanımının ilk teorisyenlerinden biri olarak görülen Dr. Francis Peabody, tıp bilimlerindeki aşırı uzmanlaşmanın hastalar için eksiklikler doğurduğunu ve bu yüzden kapsamlı ve kişisel sağlık hizmetleri sunabilecek bir uzmanlık alanının gerekliliğini vurgulamıştır(16). Uzmanlaşma 1950'lere dek devam etmiş, fakat birinci basamağa geçiş oldukça sınırlı kalmıştır. İlk somut adım İngiltere'den gelmiş ve 1952 yılında Royal College of General Practitioners kurulmuştur. 1960'ların başlarında dönemin önde gelen hekimleri, birinci basamakta hekim yetersizliğini gidermek için çalışmalara başladı. 1966'da, bir ay aralıkla, birinci basamakta bu yeni uzmanlık alanının kabulünü sağlayacak iki rapor yayınlandı. İlki, Amerikan Tıp Birliği'nin 'Tıp Eğitimi Yurttaşlar Raporu' ya da bilinen diğer adıyla 'Millis Raporu' idi. İkincisi ise, Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitim Konseyi'nin Aile Hekimliği Eğitimi Özel Görev Komitesi tarafından hazırlanan ve Willard Komitesi olarak bilinen rapordu. 1969'da American Board of Family Practice (Aile Hekimliği Amerikan Kurulu) kurulmuş ve bu tarih aile hekimliği alanındaki resmi bir adım olarak kabul edilmiştir(17).

Aile hekimliğinin ilk geniş çapta kabul gören tanımı, 1974 yılında Leeuwenhorst tarafından yapılmıştır. Leeuwenhorst'un tanımına göre, "Genel Pratisyen, yaş, cinsiyet ya da hastalık farkı gözetmeksizin bireylere, ailelere ve kendisine bağlı olan nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti sunan bir tıp fakültesi mezunudur."(18).

WONCA, 1991 yılında genel pratisyen ve aile hekimliği hakkında yeni bir tanımlama yapmıştır. Bu tanımlamaya göre; "Genel Pratisyen/Aile Hekimi, tıbbi bakıma ihtiyacı olan herkese kapsamlı bakım sunan ve gerektiğinde diğer sağlık personellerini koordine etme sorumluluğunu üstlenen bir hekimdir. Irk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı gözetmeksizin bireylerin ve ailelerin toplum içindeki sağlık ihtiyaçlarını karşılar. Sosyo-ekonomik, kültürel ve psikolojik faktörleri dikkate alarak, bireylerin ihtiyaç duyduğu bakımın büyük bir kısmını karşılamada klinik olarak yeterlidir. Genel pratisyen veya aile hekimi, mesleğini icra ederken bireylerin sağlık gereksinimleri ve hizmet verdiği toplumun mevcut kaynaklarına uygun şekilde, ya doğrudan kendisi veya diğer sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmetler aracılığıyla yerine getirir."(19)

Genel tıp bilimlerinin önem kazanması neticesinde, 1997 yılında Ian R. McWhinney, genel tıp dalının adının "aile hekimliği" olarak değiştirilmesini ve pratisyen hekimlerin "aile hekimi" olarak anılmasını önermiştir. Ailelere ve bireylere yönelik kapsamlı sağlık hizmetleri sunulması kavramıyla birlikte "aile hekimliği" terimi giderek daha yaygın bir kullanım bulmuştur(20).

2.1.2. Türkiye’de Aile Hekimliğinin gelişimi

Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlığı, 1983 yılında Tababet Uzmanlığı Tüzüğü'ne dahil edilmiştir. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde kurulmuştur. Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi ise Ankara, İstanbul ve İzmir’de, 1985 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlatılmıştır(21).

Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği, 1990 yılında Ankara’da kurulmuştur. Daha sonra Bakanlar Kurulu kararı ile 1998 yılında Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD) adını almıştır. Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kuruluşu, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından 16 Temmuz 1993 tarihli 12547 sayılı karar ile resmileştirilmiştir. İlk Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 17 Eylül 1993 tarihinde Trakya Üniversitesi’nde açılmış ve asistan eğitimine başlamıştır. Ülkemiz, 2001 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği’ne (WONCA) temsilci göndermiştir. Aynı yıl içerisinde, ülkemizde ilk defa bir Avrupa Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi (European General Practice Research Network) düzenlenmiştir(21,22).

24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen '5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun' ile Türkiye'de aile hekimliği sisteminin temelleri atılmıştır. Kanunun ardından, 6 Temmuz 2005 tarihinde ve 25867 sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik' Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu düzenlemeler neticesinde, 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde aile hekimliği pilot uygulaması hayata geçirilmiştir(23). Söz konusu uygulamanın başarılı olması üzerine, 2010 yılında Türkiye genelindeki tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir(24).

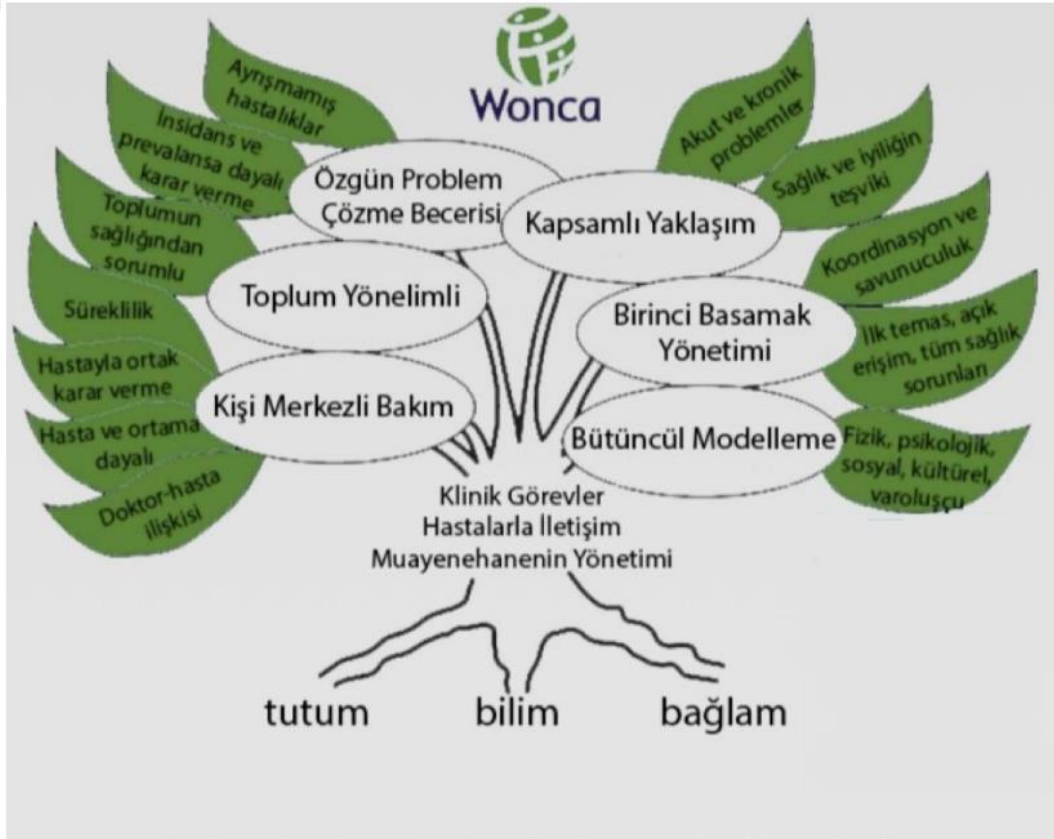
Türkiye'de mezuniyet sonrası Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi toplamda 3 yıl sürmektedir. Bu süre zarfında adaylar, belirli temel tıp dallarında 18 ay rotasyon geçirirler ve ardından kalan 18 ayı Aile Hekimliği üzerine özel eğitime ayırırlar. Bu eğitimlerin başarıyla tamamlanması sonucunda adaylara uzmanlık belgesi verilmektedir. Mezunların tamamlaması gereken rotasyonlar şunlardır: İç Hastalıkları için 4 ay, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları için 4 ay, Kadın Hastalıkları ve Doğum için 3 ay, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları için 2 ay, Acil Tıp için 1 ay, Kardiyoloji için 1 ay, Göğüs Hastalıkları için 1 ay, Deri ve Zührevi Hastalıkları için 1 ay ve Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon veya Genel Cerrahi dallarından birinde 1 ay olmak üzere toplamda 18 aylık bir rotasyon programıdır(44). (Tablo 1)

Çizelge 2.1. Aile Hekimliği Rotasyon ve Süreleri(25)

ROTASYON SÜRESİ/AY	ROTASYON DALI
4 AY	İÇ HASTALIKLARI
4 AY	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
3 AY	KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
2 AY	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
1 AY	ACİL TIP
1 AY	GÖĞÜS HASTALIKLARI
1 AY	DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI
1 AY	KARDİYOLOJİ
1 AY	NÖROLOJİ (veya)
	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON (veya)
	GENEL CERRAHİ

2.1.3 Aile Hekimliği Temel Yeterlilikleri

Aile hekimliği ile ilgili birçok tanımlama yapılmıştır ve bu tanımlamaların birçoğu Leeuwenhorst'un ilk tanımı üzerine inşa edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1998 yılında ve Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) 2000 ve 2002 yıllarında yapmış olduğu tanımlamalar, Leeuwenhorst tarafından yapılan tanımı temel alarak oluşturulmuş ve aile hekimliğinin ana ilkelerini ve hedeflerini belirlemiştir. Bu tanımlamalar, aile hekimlerinin toplum içindeki rolünü, sundukları hizmetin niteliğini ve kapsamını ve aile hekimliğinin multidisipliner yaklaşımını vurgular(26).



Şekil 2.1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikleri

Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik ve Uzman Aile Hekimi, kendilerine özgü bir dizi temel yeterlilik gerektiren sağlık profesyonelleridir. Uzmanlık alanlarına özgü olan bu çekirdek yeterlilikler, uygulanan sağlık sistemi ne olursa olsun, disiplinin zorunlu tuttuğu temel özellikler arasında yer alır.

Aile hekimliği disiplini altında toplanan ve bu alanda uzmanlaşmış bir aile hekiminin sahip olması gereken 11 temel özelliği ifade eden altı çekirdek yeterlilik bulunmaktadır. Bu özellikler, aile hekimlerinin kendi uzmanlık alanlarında ustalaşmaları için geliştirmeleri gereken yeteneklerdir. Bu yetenekler aile hekimlerine, geniş bir bilgi yelpazesi ve çeşitli becerilerle hastalarına kaliteli birinci basamak sağlık hizmeti sunma kapasitesi kazandırır.

- **Birinci basamak yönetimi**

- a. Hastalarla ilk teması yönetebilme
- b. Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme

- **Kişi merkezli bakım**

- c. Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme
- d. Aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme
- e. Bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlama.

- **Özgün problem çözme becerileri**

- f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansıyla belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme,
- g. Erken dönemde ve henüz ayrımlaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme.

- **Kapsamlı yaklaşım**

- h. Bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme,
- i. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

- **Toplum yönelimli olma**

- j. Birey olarak hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştıracılabilmek.

- **Bütüncül yaklaşım-modelleme**

- k. Kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme.(27)

2.2 Kaygı ve Kaygı Bozuklukları

Kaygı bozuklukları, toplumda yaklaşık %18 prevalans oranıyla en sık rastlanan ruhsal rahatsızlıklardan birini oluşturur(28). Baxter ve arkadaşlarının 2013 yılında gerçekleştirdiği bir çalışma, dünya genelinde her dokuz kişiden birinin kaygı bozukluğu tecrübesi yaşadığını bildirmiştir(29).

Kaygı bozukluğu, kişinin günlük rutin işler karşısında aşırı ve sürekli endişe duyması durumunu tanımlar. Bu aşırı endişe hali, bireyin iş, ikili ilişkiler, sağlık, finans ve günlük yaşam rutinlerine yönelik olarak sürekli kaygılanmasına ve çeşitli fiziksel semptomlara neden olabilir. Bu fiziksel belirtiler arasında uyku bozuklukları, kronik baş ağrıları, gastrointestinal sorunlar ve huzursuzluk bulunabilir(9).

Anksiyete bozuklukları sıklıkla diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte ortaya çıkabilir. Bu durumlar arasında majör depresyon, somatizasyon bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi çeşitli rahatsızlıklar yer alabilir(28).

Kaygı ve korku sık sık karıştırılan iki duygusal tepkidir. Kaygı durumunda, endişenin odaklandığı özgül bir neden belirsizken, korkuda endişe sebebi net ve belirgindir ve genellikle daha kısa sürelidir. Başka bir deyişle, kaygının korkudan ayırt edici özellikleri arasında; kaygının sebebinin çoğunlukla belirsiz oluşu ve bu duygunun korkuya kıyasla daha uzun süreli olması bulunur(30). Korku ile kaygı arasında üç temel fark vardır. Bunlardan ilki kaynağı, ikincisi şiddeti ve üçüncüsü süresidir. Korkunun kaynağı belli iken, kaygının kaynağı belli değildir. Korkunun şiddeti daha yüksekken, kaygının korkuya göre şiddeti daha azdır. Korku süre olarak kaygıdan daha kısadır.(31) Korku, algılanan yakın bir tehdit sonucu

oluşurken, kaygı ise algılanan gelecekle ilgili olası tehditlerle ilgili bir beklenti durumudur(32).

Anksiyete bozukluğu tanısı konmuş kişilerde yapılan Manyetik Rezonans (MR) görüntülemeleri, kaygı durumları sırasında beyinlerinin belirli bölgelerinde artmış aktivasyon olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalar sonucunda, özellikle amigdala ve insula bölgelerindeki aktivasyonun, anksiyete ile bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir. Amigdala, duygusal tepkilerin ve özellikle korku ve kaygı tepkilerinin işlenmesinde merkezi bir rol oynarken; insula, duygusal durumların farkındalığı ve içsel fizyolojik durumların yorumlanmasında önemli bir işlev görmektedir. Bu bulgular, anksiyete bozukluğunun nörobiyolojik temellerini anlamada kritik bir öneme sahiptir(33). Ayrıca yapılan çalışmalar, anksiyete ile ilişkilendirilen bazı nörotransmitterlerin varlığını ortaya koymuştur. Bu nörotransmitterler arasında serotonin, norepinefrin ve GABA yer almaktadır(34).

Genetik faktörler, birçok psikiyatrik rahatsızlıkta olduğu gibi anksiyete bozukluklarının oluşumunda da önemli bir rol oynar. Torgersen'in yaptığı çalışma, anksiyete bozukluklarının genetik bir temele sahip olabileceğine işaret eden birçok araştırmadan biridir. Bu çalışmada, monozigotik (MZ) ikizler -aynı genetik materyale sahip oldukları için- ve dizigotik (DZ) ikizler -yaklaşık %50 benzer genetik materyale sahip oldukları için- karşılaştırılmıştır. Anksiyete bozukluğu sıklığının MZ ikizlerde DZ ikizlerine göre iki kat daha fazla olması, anksiyetenin yalnızca çevresel faktörlerle değil, aynı zamanda genetik bir eğilimle de ilişkili olabileceğini göstermektedir. MZ ikizler arasında anksiyete bozukluğunun daha fazla gözlemlenmesi, bu durumun belirli genler tarafından önemli ölçüde etkilenebileceğini düşündürmektedir(35).

Kaygı bozukluklarının başlangıç yaşları, bozukluğun türüne göre değişiklik gösterir ve bu da erken tanı ve müdahalenin önemini artırır. Ayrılık kaygısı bozukluğu ve belirli fobiler, genellikle çocukluk çağında başlar ve en sık 7 yaş civarında görülür. Bu erken başlangıç, çocukların gelişim evrelerinin bozuklukların ortaya çıkışı ve seyrinde önemli bir rol oynayabileceğini gösterir.

Sosyal anksiyete bozukluğunun ortaya çıkışı genellikle ergenlik döneminde olur ve ortalama başlangıç yaşı 13'tür. Bu dönem, bireyin sosyal ilişkileri ve öz benlik algısı açısından kritik öneme sahiptir.

Agorafobi genellikle genç yetişkinlik döneminde, ortalama olarak 24 yaşında başlar. Bu dönemde, bireyler kariyerlerini ve kişisel ilişkilerini kurmaya başladıkları için, agorafobinin günlük yaşam üzerindeki etkisi özellikle engelleyici olabilir. Panik bozukluk için ortalama başlangıç yaşı genellikle 20'dir ve bu, yaşamın diğer dönemlerine kıyasla nispeten geç bir başlangıçtır. Panik atakların ani ve yoğun doğası, bireylerin iş ve kişisel yaşamlarında önemli aksamalara neden olabilir(36).

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)'e göre, kaygı bozuklukları şu şekildedir:

1. Panik bozukluğu
2. Agorafobi
3. Sosyal anksiyete bozukluğu
4. Özgül fobi
5. Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB)
6. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)
7. Genelleşmiş anksiyete bozukluğu (GAB)
8. Ayrılık anksiyete bozukluğu
9. Seçici mutizm (konuşmama bozukluğu)
10. Kaygı bozukluğu başka türlü belirtilmemiş (diğer belirtilerle açıklanmayan diğer kaygı bozuklukları)(37)

2.2.1 Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu, anksiyete bozukluğu spektrumunda yer alan ve nüfusun yaklaşık %2-3'ünü etkileyen ciddi bir rahatsızlıktır. Bu durum, genellikle bireyin hiçbir tehlike olmaksızın aşırı korku ve endişe hissettiği, şiddetli korku nöbetleri veya "panik ataklar" ile karakterize edilir. Panik ataklar ani başlar ve genellikle birkaç dakika ile bir saat arasında değişebilir, fakat bu süre zarfında bireyler yoğun bir korku ve fiziksel belirtiler yaşarlar (38).

Panik bozukluk (PB), beklenmeyen ve tekrar eden panik ataklarıyla karakterize edilen bir anksiyete bozukluğudur. Bu ataklar sırasında, bireyler genellikle aniden ortaya çıkan korku, çarpıntı, terleme, titreme, baş dönmesi ve sıcak basması gibi somatik belirtiler yaşarlar. DSM-5 kriterlerine göre, panik bozukluğu tanısında mide bulantısı veya karın ağrısı, kendini yabancı hissetme, kontrolünü kaybetme korkusu veya ölüm korkusu gibi semptomlar da gözlemlenebilir(39). Panik ataklara en sık eşlik eden fiziksel semptom çarpıntıdır(40).

Panik ataklar, sosyal fobi, özgül fobi, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, majör depresyon, distimi ve hipomani gibi çeşitli anksiyete ve duygusal bozukluklarla ilişkilendirilmektedir. Bu ilişki, bu bozuklukların varlığında birbirinin ortaya çıkma olasılığının yükseldiğine dair işaretler sunmaktadır(41). Sosyal fobisi olan bireyler arasında yapılan bir karşılaştırmada, durumsal panik ataklar yaşayan kişilerin, panik atak geçirmeyenlere göre sosyal ortamlarda daha yoğun korku ve kaçınma davranışları gösterdikleri tespit edilmiştir. Bu grup, sosyal fobi kaynaklı daha büyük sıkıntı ve işlevsellik bozulması yaşamış, somatik anksiyete düzeyleri ise daha yüksek ölçülmüştür. Anksiyete duyarlılıkları ve umutsuzluk seviyeleri de panik atak yaşamayan sosyal fobiklerle kıyaslandığında belirgin bir şekilde yüksek bulunmuştur(42).

Panik bozukluğu, genellikle geç ergenlik ile otuzlu yaşlar arasında ortaya çıkar, başlangıç yaşı ortalama olarak 25 civarındadır. Ancak bu durum çocukluk döneminde veya 40 yaş üstünde daha düşük oranlarda da görülebilir. Panik bozukluğunun başlama yaşı, agorafobi eşlik ettiğinde değişiklik gösterebilir. Agorafobi ile birlikte ortaya çıkan panik bozukluğu, genellikle yirmili yaşların başında daha yaygınken; agorafobi olmaksızın yaşanan panik bozukluğu vakalarının çoğu, yirmili yaşların sonlarına doğru görülme eğilimindedir(43).

Panik bozukluğu, mitral kapak prolapsusu, migren, astım, vestibüler disfonksiyonlar ve hipertansiyon gibi çeşitli tıbbi durumlarla ilişkili olabilir. Bu hastalığın tedavisinde ilk tercih edilen yöntemler genellikle selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) olmaktadır. Bu tedaviler, panik atakların şiddetini ve sıklığını azaltmayı ve hastaların günlük

yaşamlarında karşılaştıkları zorlukları üstesinden gelmelerine yardımcı olmayı hedefler(44).

2.2.2 Agorafobi

DSM-5'e göre, agorafobi, kamusal alanlara maruz kalma sonrası belirgin bir korku veya endişe hali içerisinde olmaktır. Bu korku veya endişe belirtileri genellikle beş farklı durumda en az ikisinde ortaya çıkar: toplu taşıma araçlarını kullanmak, açık alanlarda bulunmak, kapalı alanlarda bulunmak, sırada beklemek veya kalabalık ortamlarda bulunmak, evin dışında yalnız olmaktır(45).

Agorafobi oldukça yaygın bir durumdur; araştırmalar, kadınların yaklaşık %7'sinin ve erkeklerin %3'ünün yaşamlarının herhangi bir döneminde bu durumu tecrübe ettiğini göstermektedir. Yunanca "pazar yeri korkusu" anlamına gelen agorafobi, bireylerin daha önce panik atak yaşadıkları ortamlara girmekten kaçınmalarını, bu tür ortamlardan uzak durmalarını ve ancak yanlarında birinin eşlik etmesi halinde, korku duydukları ortamlara gitmeyi kabul etmelerini içerir(46).

Agorafobi gibi anksiyete bozukluklarına etki edebilecek çeşitli etiyolojik faktörler vardır. Agorafobi, genellikle açık alanlarda veya kalabalık yerlerde, çıkışın zor olduğu veya yardımın ulaşılabilir olmadığı durumlarda yoğun endişe ve korku hissetme eğilimi olarak tanımlanır. Aşağıda bahsettiğimiz faktörler, agorafobi gelişimiyle ilişkilendirilebilir:

- Ebeveyn Aşırı Korumacılığı: Çocukların doğal olarak dünyayı keşfetmelerine ve özgüvenlerini geliştirmelerine engel olacak şekilde aşırı koruyucu ebeveynler, çocuklarda güvensizlik ve bağımlılık duygusu oluşturabilir. Bu, gelecekte yeni yerlere ve durumlara karşı korkuların gelişmesine katkıda bulunabilir.
- 2. Çocukluk Korkuları veya Gece Terörleri: Yoğun korkular veya gece terörleri gibi olumsuz çocukluk deneyimleri, çocuklarda genel anksiyete düzeyini artırabilir ve agorafobi riskini artırabilir.
- 3. Yaşamın Erken Dönemlerinde Keder veya Yas Deneyimi: Travmatik kayıplar veya yaşamın erken dönemlerindeki yoğun üzüntüler, duygusal

zorluklarla başa çıkmayı öğrenmeyi zorlaştırabilir ve gelecekte anksiyete bozuklukları için yatkınlık oluşturabilir.

- 4. Mutsuz veya Travmatik Çocukluklar: Çocuklukta fiziksel, duygusal veya cinsel istismar gibi travmatik olaylar, çocuklarda güvensizlik ve anksiyete bozuklukları gelişme olasılığını artırabilir.
- 5. Genetik Yatkınlık: Ailede agorafobi veya diğer anksiyete bozuklukları öyküsü varsa, bireyin genetik olarak anksiyete bozukluklarına yatkın olma olasılığı artabilir.

Bununla birlikte, agorafobi gibi karmaşık bozuklukların etiyolojisi tek bir faktöre indirgenemez. Genellikle birden fazla faktörün etkileşimi sonucu gelişirler(47).

Panik bozukluk ve agorafobi farklı anksiyete bozukluklarıdır, ancak bazı durumlarda birlikte görülebilirler ve tedavi süreçleri benzerlikler gösterebilir. Her iki durum da anksiyete ve korku düzeyinde önemli artışlarla karakterizedir. Her iki durum için de terapi seçenekleri, kognitif-davranışçı terapi (KDT) ve ilaç tedavisi gibi benzer yaklaşımları içerebilir. Tedavi yaklaşımları, bireyin semptomları, yaşam tarzı, tıbbi geçmişi ve diğer bireysel faktörlere göre ayarlanmalıdır(48).

2.2.3 Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), toplumda oldukça yaygın ve zayıflatıcı bir psikiyatrik bozukluktur. SAB, sosyal durumlarda başkalarıyla etkileşime girmek veya dikkat çekmek gibi durumlarda yoğun bir kaygı ve korku hissiyle karakterizedir. Sosyal fobi olarak da adlandırılan bu durum, bireylerin sosyal ilişkilerini ve günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu tahmini prevalansı, ülkeler ve popülasyonlar arasında değişebilir. Ancak, genel olarak yaygın bir bozukluk olarak kabul edilir ve bazı çalışmalarda yaşam boyu prevalansının %12.1 gibi yüksek bir oranda olduğu gösterilmiştir(36).

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) olarak da bilinen sosyal fobi, bir veya daha fazla sosyal durumda veya performans etkinliğinde belirgin ve sürekli bir korku ve endişe ile karakterizedir. Bu durum, sosyal etkileşimlerde veya performans durumlarında bireylerin kendilerini değerlendirmeye veya başkaları tarafından

olumsuz bir şekilde değerlendirileceği korkusu ile ilişkilidir. Sosyal anksiyete bozukluğu semptomları, kişinin günlük yaşamını olumsuz etkileyebilir ve sosyal etkileşimlerde önemli sıkıntı yaşamasına neden olabilir(49).

Yapılan bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğunun artmış kortizol yanıtı ve azalmış testosteron seviyeleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde kortizol seviyeleri genellikle daha yüksektir. Kortizol, stres yanıtıyla ilişkili olan bir hormondur ve sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan bireylerde stres yanıtı daha hızlı ve yoğun olabilir.

Aynı şekilde, sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde düşük testosteron seviyeleri de gözlemlenebilir. Testosteron, özellikle erkeklerde olmak üzere, sosyal davranışlarla ilişkili olan bir hormondur. Düşük testosteron seviyeleri sosyal etkileşimleri ve özgüveni etkileyebilir, böylece sosyal anksiyete belirtilerini artırabilir(50).

Sosyal anksiyete bozukluğunun birinci basamak tedavisinde özellikle bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ve farmakoterapi yer alır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) de kapsamlı bir şekilde araştırılmış ve sosyal anksiyete bozukluğu (SAB)'nda etkili olduğu bulunmuştur(51).

2.2.4 Özgül Fobi

Özgül fobi, belirli bir nesne ya da durumla ilişkili olarak net bir korku veya kaygı duygusunun varlığına işaret eder. Kişi, bu fobi kaynağı olan nesneden veya durumdan aktif bir şekilde kaçınabilir ya da yoğun korku ve kaygıyla karşılaştığında buna katlanabilir. Bu durum, kişiye özgü ve kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Örneğin, uçağa binme, yüksek yerler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme gibi çeşitli nesne veya durumlar fobik tepkilere neden olabilir. Fobiyle ilgili duygusal tepkiler, kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir ve günlük aktivitelerini sınırlandırabilir (52).

Özgül fobilerin kökeni net bir şekilde aydınlatılamamıştır. Buna rağmen, bazı teorilere göre, belirli bir nesne veya durumun korku ve panik duygularıyla ilişkilendirilmesi, özgül fobi gelişimine katkıda bulunabilir(53).

Gençler arasında özgül fobi oldukça yaygındır ve gençlerin %20'sini etkileyebilir. Genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde başlar ve tedavi edilmediği takdirde yaşam boyu devam edebilir(54) .

2.2.5. Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB)

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), obsesyonlar ve kompulsiyonlardan oluşan bir psikiyatrik bozukluktur. Obsesyonlar, kişinin zihnini sürekli olarak meşgul eden, istenmeyen, takıntılı düşünceler, fikirler veya imgelerdir. Bu düşünceler kişinin hayatını olumsuz etkiler, kaygıya neden olur ve kontrol edilemez bir şekilde tekrarlar.

Kompulsiyonlar ise obsesyonları azaltmak veya ortadan kaldırmak amacıyla kişi tarafından yapılan tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Bu kompulsiyonlar kısa süreli rahatlama sağlayabilirken uzun vadede sorunu çözmek yerine genellikle obsesyonları artırabilir(55).

Yapılan çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu prevalansı %2,3 olarak bulunmuştur. Ortalama başlangıç yaşı 19,5 ve vakaların çoğu erkek cinsiyet ağırlıklıdır. OKB tanısı alanların bir kısmı erken başlangıçlıdır ve ortalama 10 yaşından önce tanı alır(56).

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) patogenezinde serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistemleri etkileyen genlerin ve aralarındaki etkileşimin rol oynadığı yapılan genetik çalışmalarda tespit edilmiştir. Ayrıca psikolojik travma, nörolojik travma ve olumsuz perinatal olaylar OKB gelişiminde etkili olduğu bulunmuştur(57).

OKB'de en yaygın takıntılar arasında kontaminasyon korkuları, dini korkular, cinsel korkular, saldırganlık/zarar korkusu ve mükemmeliyetçilik yer alır. Kontaminasyon korkularında birey hastalık veya kirli olma korkusuyla sürekli obsesif düşüncelere sahip olur. Bunu yenmek için temizlik ve yıkama kompulsiyonu geliştirir. Saldırganlık/zarar korkusunda birey kendisi veya başkalarına zarar verme korkusu taşıyabilir. Cinsel korkularda, cinsel içerikli obsesyonlara sahip olabilir. Bu tür düşünceleri bastırmaya yönelik kompulsiyonlar geliştirebilir. Dini konularda birey dini inançlarına ve değerlerine aykırı düşüncelere sahip olabilir. Kişi bu obsesyonları bastırmak için aşırı dua veya diğer

dini ritüellere yönelebilir. Mükemmeliyetçi obsesyonunda ise birey sürekli işleri mükemmel bir şekilde yapma ihtiyacı hisseder(58).

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) tedavisinde, Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve farmakolojik tedavide öncelikli olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) kullanılmaktadır(59).

2.2.6. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)

Travma sonrası stres bozukluğu, ciddi ve yaşamı tehdit edici olaylara maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan bir zihinsel sağlık sorununu tanımlamak için kullanılır(60). Farklı senaryolarda ortaya çıkabilen durumlar, örneğin evde veya iş yerinde yaşanan fiziksel, zihinsel veya cinsel saldırılar, ani ölüm haberleri, kaza ya da doğal afet gibi olaylar; travma sonrası stres bozukluğuna yol açma potansiyeline sahiptir(61).

Genellikle travma sonrası ilk üç ay içinde başlayan TSSB belirtileri, en az bir ay süreyle devam etmeli ve bireyin günlük işlevselliğinde önemli ölçüde zorluklara yol açmalıdır. TSSB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk majör depresif bozukluk ve alkol bağımlılığıdır(62).

Patognomonik bir belirti olarak, TSSB travmatik sahnenin başlangıçtaki sıkıntı, algı, duygu ve ayırışmayla tekrar deneyimlenmesi şeklindedir; bu deneyimin yanı sıra içsel kaygı durumu ve olumsuz düşünceler de hatırlanır(63).

Bireysel ve grup seanslar halinde uygulanan maruz kalma terapileri, uzun süreli maruz kalma terapileri, travma odaklı bilişsel davranışçı terapi, bireysel göz hareketi desensitizasyon ve yeniden işleme terapisi (EMDR) gibi yaklaşımlar, travma sonrası stres bozukluğunun yönetiminde en fazla desteklenen ve kanıtlanmış yöntemler olarak öne çıkmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için öncelikli psikofarmakolojik tedavi seçenekleri arasında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) yer almaktadır(64).

Yapılan çalışmalar, profilaktik olarak, semptomların ve travma sonrası stres bozukluğu teşhisinin azaltılmasına hidrokortizon, propranolol ve morfin gibi maddelerin yardımcı olabileceğine işaret etmektedir(65).

2.2.7. Genelleşmiş (Yaygın) anksiyete bozukluğu (GAB)

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan hastalar, genellikle günlük yaşamın sıradan, gündelik durumları hakkında aşırı endişe duyarak başvururlar. Genellikle anksiyete, uyku düzeninde bozukluklar, huzursuzluk, kas gerginliği, sindirim sistemi semptomları ve kronik baş ağrısı gibi fiziksel belirtilerle ilişkilendirilir.(9) YAB tanısı almamış kişiler genellikle bir uzmana uykusuzluk şikayetiyle başvurmaktadır. Derinlemesine anemnez sonrası YAB tanısı alabilmektedirler(66).

Prevalansı %2,8 ve %8,5 arasında değişmektedir. Ortalama prevalans ise %5,8' dir. Birinci basamağa başvuranlardaki sıklık %8 oranındadır. Erkeklerle göre kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır. Genç yaşlarda görülme oranı düşükken, orta ve ileri yaşlarda daha yüksektir(67). Bazı çalışmalarda 65 yaş üstü kişilerde YAB semptomlarının daha şiddetli olduğu görülmüştür(68).

YAB tanılı kişilerde istenmeyen durumlara karşı çabuk öfkelenme ve öfke kontrolünde azalma gözlenmektedir. Tedavi aşamasında bu durum göz önünde bulundurularak, hastaların öfkelerini tanıma ve baş etme konusunda beceri kazanmaları sağlanmalıdır(69).

YAB tedavisinde Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve farmakolojik olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI; paroksetin, essitalopram), serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI; duloksetin, venlafaksin), benzodiazepinler (lorazepam), trisiklik antidepresanlar (imipramin), antikonvülsan ilaçlar (pregabalin, valproat) ve buspiron bulunmaktadır (67).

2.2.8. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu

Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun klinik görüntüsü, bakıcıların ayrılmasıyla ilişkili olarak sürekli, aşırı ve gelişimsel olarak yetersiz korku veya endişe hissetme durumudur. Bakıcıdan kasıt çocuklukta, ebeveynler, yakın akrabalar veya yetiştirme ile görevlendirilen kişilerdir. Yetişkinlik döneminde, bu durum genellikle partner ilişkisi veya kişinin kendi çocuklarıyla ilgili olarak ortaya çıkar(71).

DSM-5, ayrılma kaygısı bozukluğu tanımındaki yaş kriterini kaldırmıştır. Bu değişiklik, tanının yalnızca çocukluk dönemiyle sınırlı olduğu uzun süredir devam eden yaklaşımı tersine çevirmiştir. ABD nüfusunda Ayrılma anksiyetesi bozukluğu prevalansı %6,6'dır (72,73).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısı çocuklarda en az 3 hafta veya yetişkinlerde en az 4 ay süreyle sürekli olarak aşağıdaki semptomlardan 6 veya daha fazlasının görülmesiyle konur:

- * Evden veya ana bağlanma figürlerinden ayrılma konusundaki endişe (genellikle iyi davranışlı çocuklarda öfke nöbetleri şeklinde ortaya çıkar)

- * Bağlanma figürlerini kaybetme veya onlara zarar gelme konusunda endişe

- * Ayrılığa neden olabilecek olaylar hakkında endişe (örneğin kaçırılma gibi)

- * Ayrılma korkusu nedeniyle okula, işe gitmeyi veya evden ayrılmayı reddetme

- * Evde yalnız kalmaktan korkma veya ana bağlanma figürü olmadan olma korkusu

- * Evden uzakta veya ana bağlanma figürü olmadan uyumak konusunda isteksizlik veya reddetme

- * Ayrılıkla ilgili kabuslar

- * Bağlanma figüründen ayrılma sırasında veya öncesinde baş ağrısı, mide bulantısı, kusma veya karın ağrısı gibi fiziksel belirtiler(74).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu olanlarda, diğer anksiyete bozukluğu olan hastalara kıyasla daha şiddetli depresyon ve anksiyete semptomları, daha yoğun stres ve daha yüksek oranda işlev kaybı görülür(75).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu tedavisi diğer anksiyete bozukluğunda kullanılan yöntemlerle benzerdir. En sık seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) ve bilişsel-davranışçı terapi (BDT) kullanılmaktadır(76).

2.2.9. Seçici mutizm (konuşmama bozukluğu)

Seçici mutizmde bireyler belirli sosyal durumlarda, genellikle yabancıların yanında veya topluluk içinde konuşmakta zorluk yaşarlar. Ancak, daha rahat oldukları ve tanıdıkları ortamlarda konuşabilmektedirler. Bu durum, genellikle çocukluk döneminde başlar. Genellikle çocuklar okulda konuşamadığında ortaya

çıkar. Seçici mutizm tanısı koymak için, semptomların en az 1 ay boyunca (okuldaki ilk ay hariç) mevcut olması gerekmektedir. Ayrıca bireyin sosyal, mesleki ve akademik işlevini etkilemiş olması gerekmektedir(77). Seçici mutizm prevalansı %0,03 ile %1,9 arasında değişmektedir(78).

Seçici mutizm eskiden sadece travmanın sonucu olarak görülürken, günümüzde çok daha karmaşık bir etiyojisi olduğu anlaşılmıştır. Bu çok faktörlü etiyojisi, genetik, psikolojik ve dil ile ilişkili faktörleri içerir(79).

Seçici mutizm anksiyete bozuklukları kategorisi altında değerlendirilir. Çünkü yapılan çalışmalarda seçici mutizmin diğer anksiyete bozuklukları, özellikle sosyal anksiyete bozukluğu ile beraber seyrettiği görülmüştür(80). Sosyal anksiyete bozukluğu %70-94 arası sıklıkla en sık eşlik eden bozukluktur. Bazı yazarlar, çekingen çocukların yeni dil öğrenirken aptal yerine konacağı korkusuyla sessiz kaldığını, bu durumun ilerde seçici mutizme dönüşebileceğini belirtmektedir(78).

İyi bir gözlem ve yeterli veriyle seçici mutizm tanısından emin olunduktan sonra tedavi kısmında bu bozukluk için en uygun yöntem olan bilişsel-davranışçı terapiye (BDT) geçmek gerekir. BDT bu bileşenleri içermektedir:

- 1.Psiko-eğitim
- 2.Fizyolojik eğitim
- 3.Davranışsal eğitim
- 4.Bilişsel eğitim
- 5.Ebeveyn eğitimi(81).

2.2.10. Kaygı bozukluğu başka türlü belirtilmemiş (diğer belirtilerle açıklanmayan diğer kaygı bozuklukları)

Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu terimi, genellikle belirli bir anksiyete bozukluğu tanısıyla tam olarak uyuşmayan semptomları olan bireyler için kullanılır(82).

2.3. Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri (Inter Doktorlar)

Tıp eğitimi; mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi dönemlerini içermekte ve bu dönemlerin süreleri ülkeden ülkeye farklılıklar

göstermektedir. Ülkemizde ise tıp eğitim süresi 6 yıldır; 3 yıl teorik, 2 yıl staj ve son yıl ise intern doktor olarak çalışılan bir süreçtir(83).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, eğitim programı modeli ilk üç yılda organ sistemleri zemininde entegre edilmiş (yatay entegre), temel ve klinik bilimlerin Probleme Dayalı Öğrenim (PDÖ) aracılığı ile ilişkilendirildiği (dikey entegre), ayrıca topluma yönelik eğitim hedeflerine sıkça yer veren bir programa sahiptir. Dönem IV ve V de ise klinik stajlara dayalı, temel bilimlerin daha az klinik bilimlerin ise ağırlıkta olduğu yatay ve dikey entegrasyon bulunmaktadır. Eğitim programında interaktif uygulamalar şeklinde klasik dersler, küçük grup çalışmaları, laboratuvar uygulamaları, klinik beceri eğitimi, hasta başı uygulamalar gibi farklı eğitim yöntemleri kullanılmaktadır(84).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönergesi 'ne göre Tıp Fakültesi 6. Yıl Öğrencileri bu dönem içinde staj yaptıkları bölümlerde katılacakları uygulamalar ile bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmektedir. Bu süre içerisinde Aile Hekimliği Alan eğitimi 'Seçmeli Staj' olarak geçmekte ve staj 2 hafta sürmektedir. Staj Aile Hekimliği Uygulamaları ve Eğitim Toplantıları'nı içermektedir. Aile hekimliği AD poliklinikleri ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın Halk Sağlığı ile seçeceği Aile Sağlığı Merkez'lerinde Aile Hekimliği Uygulamaları 4,5 gün/hafta olarak uygulanmaktadır. Eğitim Toplantıları 0,5 gün / haftadır. Öğrenciler stajın son haftasında izlenimlerini içeren bir sunum yapmaktadır.

Aile Hekimliği stajının amacı mezuniyet sonrası öğrencilerin birinci basamakta etkin, kaliteli hizmet sunabilecek donanıma sahip olmalarını sağlamak, birinci basamakta sık rastlanan semptomlar ve bu semptomlara genel yaklaşım konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır. Ayrıca tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine birinci basamağa yönelik klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışların geliştirilmesi için gerekli ortamları sağlamak başlıca amaçlardandır.

2.3.1.Dönem 6 Stajları

Dönem VI uygulamaları, 2 aylık dönemler içinde aşağıdaki bölümlerde yapılır:

- Acil Tıp
- Genel Cerrahi
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Halk Sağlığı
- İç Hastalıkları
- Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Seçmeli staj dilimi
- Psikiyatri ve Dâhili Tıp (Adli Tıp ve Göğüs Hastalıkları/ Kardiyoloji)

2.3.2.Koruyucu Hekimlik Yaklaşım Becerileri

Halk sağlığı ve Aile Hekimliği stajı boyunca Dönem VI öğrencilerinden koruyucu hekimlik yaklaşım becerilerini geliştirmeleri beklenmektedir.

- Kişiyi hastalanmadan önce, çevresiyle birlikte değerlendirebilme
- Sağlık düzeyi göstergelerini kullanarak hizmet bölgesinin sağlık düzeyini yorumlayabilme
- Öncelikli sağlık sorunlarını tanıyabilme
- Toplumdaki risk gruplarını belirleyebilme
- Anne ve çocuk sağlığı
- Bebek sağlığı izlemi
- Gelişimsel kalça displazisi tarama programı
- Görme tarama programları
- İşitme tarama programları
- Aile planlaması danışmanlığı yapabilme
- Kontrasepsiyon yöntemlerini doğru uygulayabilme ve kullanıcıları izleyebilme
- Gebe ve lohusa izlemi yapabilme
- Gebelikte teratojenik etkiler konusunda danışmanlık verebilme
- Yeni doğan bebeklerde anne sütü emme pratiği kazandırabilme
- Doğru emzirme yöntemlerini öğretebilme
- Sağlıklı beslenme
- Yaşa göre beslenmeyi düzenleyebilme

- Egzersiz ve fizik aktivite
- Bağışıklama danışmanlığı verebilme
- Bağışıklama yapabilme (çocukluk çağı ve erişkinlerde)
- Kazalardan ve yaralanmalardan korunma
- Toplumda bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilme
- Toplu yaşam alanlarında enfeksiyonları engelleyici önlemleri alma
- Topluma meme ve serviks tarama bilincinin kazandırılabilmesi
- Kendi kendine meme muayenesini öğretebilme
- Menapozda sağlığı izleyebilme ve yönlendirebilme
- Meslek hastalıklarından korunma
- Sağlık çalışanlarının sağlığının korunması ile ilişkili önlemleri alabilme
- Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları engelleyici önlemleri alabilme
- Topluma sağlıklı yaşam bilgisi verebilme (kişisel hijyen, fizik aktivite, cinsel sağlık, uyuşturucu, sigara, alkol, beslenme vb.)
- Topluma sağlık eğitimi verebilme
- Geriatrik değerlendirme yapabilme
- Taramalar (Çocuk ve Erişkin)
- Evlilik öncesi tarama programı
- Hayatın farklı evrelerinde izlem ve periyodik sağlık muayeneleri (gebelik, doğum, lohusalık, yenidoğan, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik, yaşlılık)
- Periyodik sağlık muayenesi (görme, işitme, metabolik hastalıklar, riskli grupların aşılama, kanser taramaları)
- Sağlık kuruluşlarında ve toplu yaşam alanlarında enfeksiyonların önlenmesi
- Salgınlarda ve afetlerde yönetim
- Acil yardımların organizasyonunu yapabilme
- Olağan dışı durumlarda sağlık hizmeti sunabilme
- Herhangi bir toplumda sağlıkla ilgili sorunları epidemiyolojik yöntemler kullanarak saptayabilme ve çözüm yollarını ortaya koyabilme
- Sağlık ile ilgili konularda veri toplama, analizi ve yorumlayabilme(85)

2.4 Devlet Hizmet Yükümlülüğü

Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) diğer adıyla ‘‘mecburi hizmet’’ cumhuriyet öncesi ve sonrası farklı şekillerde uygulanmış, günümüzde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na (RG. 15.05.1987, Sayı. 19461.), 5371 sayılı Kanun (RG. 05.07.2005, Sayı. 25866.) ile ek maddeler eklenerek son halini almıştır(13). Tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanı olarak görev yapan tabiplerin, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından hazırlanan İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralamasında yer alan ilçelerde, 6. Bölge ilçelerinde 300 gün den başlayıp, 1. Bölge ilçelerinde en az 600 gün olacak şekilde atama yoluyla görev yapmalarıdır(14).

Mecburi hizmeti düzenleyen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası’na göre lisans ya da uzmanlık eğitiminin tamamlanmasını takiben 15 gün içinde durumun Sağlık Bakanlığına bildirilmesi ve bakanlığın diploma/uzmanlık belgesini tescilinden itibaren en geç iki ay içinde gerekli atama süreci ilan edilir. Bu süreçte, uzmanlık eğitiminin tamamlandığı yerde çalışmaya devam edilmekte; atama kararı ile Sağlık Bakanlığı kadrolarında uzmanlık eğitimi yapanlar yer değiştirme suretiyle, üniversite kadrolarında yapanlar ise atama suretiyle yeni görev yerlerinde görevlendirilmektedirler.

Mecburi hizmet için görevlendirilebilecek yerler Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Bakanlığınca uygun görülen Millî Savunma Bakanlığı ve diğer kuruluşlarda ilan edilen kadrolardır.

Yapılan kanun değişikliği ile Millî Savunma Bakanlığı veya İçişleri Bakanlığı kadrolarına atananlar, sağlık hizmeti vermek üzere süre sınırlamasına tabi olmadan birliğinin atamalı olduğu yer dışında icra edilecek yurtiçi veya yurtdışı eğitim, atış, spor, tatbikat ve harekât faaliyetlerine görevlendirilebileceklerdir. Kesintisiz 30 gün ve daha fazla olacak şekilde yurtiçi ve yurtdışında icra edilen hareket kapsamında birliklerin; tertiplendiği, hareket için hazırlık yaptığı, hareketin icrasına başladığı ve hareketi bilfiil icra ettiği, hareketin muharebe hizmet desteği için gerekli askeri unsurların tertiplendiği veya hareket muharebe hizmet desteğinin sağlandığı Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Genelkurmay Başkanlığı veya kuvvet komutanlıkları, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığınca belirlenen yerlerde görev yapan personelin devlet hizmeti

yükümlülüğü süresinin hesaplanmasında buralarda geçirilen fiili sürelerin bir buçuk (1,5) katı alınacaktır(86).

2.5. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI)

STAI (State-Trait Anxiety Inventory), Charles Spielberger tarafından geliştirilen ve bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bu envanter, anksiyete düzeylerini ölçmek ve anksiyetenin farklı yönlerini anlamak için sıkça kullanılan bir araçtır. STAI, iki ayrı bölümden oluşur: Durumluk Kaygı (State Anxiety) ve Sürekli Kaygı (Trait Anxiety).

2.5.1. Durumluk Kaygı (State Anxiety):

Bu bölüm, bireylerin mevcut anlık durumlarında hissettikleri geçici kaygı düzeyini değerlendirir. Örneğin, bir sınav öncesi veya bir topluluk önünde konuşma yaparken hissedilen heyecan gibi durumlar değerlendirilir. Durumluk kaygısı, belirli bir etkinlik veya durumla ilişkili geçici bir duygusal tepkiyi yansıtır.

2.5.2 Sürekli Kaygı (Trait Anxiety):

Bu bölüm, bireylerin genel olarak sahip oldukları kalıcı kaygı düzeyini ölçer. Yani, bireyin kişilik yapısıyla ilişkilendirilen ve günlük yaşamda sürekli olarak var olan kaygı düzeyini değerlendirir. Sürekli kaygı, bireyin genel anksiyete halini yansıtır(86.87)

STAI'nin Türkçe'ye uyarlanması, Öner ve Le Comte tarafından 1983 yılında gerçekleştirilmiştir. Daha sonra ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Dr. Şener Büyüköztürk tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Bu çalışmalar sayesinde STAI'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri değerlendirilmiş ve Türk toplumunda kullanım için uygun bir araç olduğu gösterilmiştir. STAI'nin Türkçe versiyonu, anksiyete düzeylerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacıyla yaygın bir şekilde kullanılan bir ölçektir.

İki ölçek, iki ayrı sayfada, Form TX-1 ve TX-2 şeklinde basılmıştır. Durumluk kaygı, kişinin mevcut bir durum veya olaya tepki olarak yaşadığı geçici ve anlık kaygı düzeyini ölçer

Örnek Durumluk Kaygı İfadeleri:

- Şu anda rahat hissetmiyorum.
- Kendimi huzursuz hissediyorum.
- İstemsizce tedirginlik yaşıyorum.
- Heyecanlı hissediyorum.

Sürekli kaygı, bireyin genel kişilik özelliklerine veya günlük yaşamına yansıyan kalıcı kaygı düzeyini ölçer.

Örnek Sürekli Kaygı İfadeleri

- Genellikle gergin hissederim.
- Kolayca endişelenirim.
- Kendimi sık sık kaygılı hissederim.
- İstemsizce tedirginlik yaşarım.

Durumluk kaygı ölçeği, bireylerin anlık durumlarında hissettikleri geçici kaygı düzeyini ölçer. Ölçeğin maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar, bu tür yanıtların şiddet derecelerine göre değerlendirilir. Yanıtlar şu şekilde puanlandırılır:

- (1) Hiç
- (2) Biraz
- (3) Çok
- (4) Tamamen

Bireyler, her bir ifadeyi inceleyerek duygusal durumlarına uygun puanı seçerler. Bu puanlar daha sonra toplanarak durumluk kaygı düzeyi hesaplanır.

Sürekli kaygı ölçeği, bireylerin genel olarak sahip oldukları kalıcı kaygı düzeyini ölçer. Ölçeğin maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar, sıklık derecelerine göre değerlendirilir. Yanıtlar şu şekilde puanlandırılır:

- (1) Hemen hiçbir zaman
- (2) Bazen
- (3) Çok zaman
- (4) Hemen her zaman

Bireyler, her bir ifadeyi inceleyerek kendi genel kaygı düzeylerine uygun sıklık derecesini seçerler. Bu puanlar daha sonra toplanarak sürekli kaygı düzeyi hesaplanır.

Doğrudan İfadeler: Bu ifadeler, olumsuz duyguları veya anksiyete düzeyini yansıtır. Yani, bireyin daha yüksek anksiyete yaşadığını ifade ederler.

Tersine Dönmüş İfadeler: Bu ifadeler ise olumlu duyguları ifade eder ve puanlama sırasında tersine çevrilirler. Yani, bireyin daha düşük anksiyete yaşadığını ifade ederler.

Doğrudan ifadelerde, 4 değerindeki cevaplar daha yüksek kaygı düzeyini gösterir. Örneğin, "Huzursuzum" ifadesi böyle bir ifadedir. Tersine dönmüş ifadelerde, 1 değerindeki cevaplar daha yüksek kaygı düzeyini gösterir. Ancak bu ifadelerin puanları tersine çevrilmelidir. Örneğin, "Kendimi sakin hissediyorum" ifadesi tersine dönmüş bir ifadedir. Eğer birey 1 ağırlıklı bir seçenek işaretlerse, bu onun yüksek kaygı düzeyine sahip olduğunu gösterir

Bu puanlama yönergeleri, ölçeğin doğru bir şekilde puanlanmasını ve sonuçların doğru bir şekilde yorumlanmasını sağlar. Bu yaklaşım, özellikle tersine dönmüş ifadelerle ölçeklerin dengesini korumak ve ölçümün güvenilirliğini artırmak amacıyla kullanılır.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Her iki ölçeğin puanları teorik olarak 20 ile 80 arasında değişir. Bu aralık, anksiyete düzeyini yansıtır ve daha yüksek puanlar daha yüksek anksiyete seviyelerini gösterir. Daha düşük puanlar ise daha düşük anksiyete seviyelerini ifade eder.

Puanlar yüzdelik sırasına göre de yorumlanabilir. Düşük yüzdelik sıraları (örneğin, 1, 5, 10 gibi) düşük anksiyete seviyelerini ifade eder. Yani, bu durumda bireylerin genel olarak daha az anksiyete yaşadığı anlamına gelir.

Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. Bu, bireylerin genel anksiyete düzeyinin ortalamasını ifade eder. Eğer bir bireyin puanı bu aralık içerisindeyse, genel anksiyete düzeyi ortalamanın yakınında demektir(90)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın yeri

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi'ne göre hazırlanan etik kurul raporu onayı alınan bu çalışma; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim alan Dönem VI öğrencilerine uygulanmış olup Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın tipi

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim alan Dönem VI öğrencilerine, çalışma konusunda bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerin dahil edildiği kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Bu çalışma, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI öğrencileri üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, 2022 Eylül- 2023 Haziran tarihleri arasında Aile Hekimliği Anabilim Dalı stajına başlayan Dönem VI öğrencileri oluşturmaktadır. Evrenden seçilen örneklem, belirtilen tarihler arasında Aile Hekimliği Anabilim Dalına başlayan ve anketi tamamlayan tüm Dönem VI öğrencilerini kapsamaktadır. Öğrencilerle iletişim, fakülte ve anabilim dalının resmi kanalları aracılığıyla sağlanmıştır.

Anketin uygulanması, öğrencilerin gönüllü katılımına dayanmaktadır. Anketin gizlilik prensipleri çerçevesinde uygulandığı ve katılımcıların kimliklerinin gizli tutulduğu belirtilmelidir.

Bu çalışma için spesifik örneklem büyüklüğü belirtilmemiştir, çünkü tüm uygun öğrenciler çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem seçimi, evrendeki tüm potansiyel katılımcıların çalışmaya eşit şansa dahil olabilmesi ilkesine dayanmaktadır.

Anket verileri, tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin toplanması ve işlenmesi sürecinde etik kurallara ve bilimsel araştırma prensiplerine uyulmuştur. Araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliği, anketin

yapılandırılması, uygulanması ve verilerin analiz edilmesi süreçlerinde akademik denetim ve yöntemsel titizlikle sağlanmıştır.

3.4. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI öğrencisi olan ve Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 'nu okuyarak çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya alınmıştır.

3.5. Araştırmadan çıkarılma kriterleri

Araştırmadan çıkarılma kriteri, öğrencinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesidir.

3.6. Araştırmanın tasarımı

Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorular, Durumluk Kaygı envanteri (STAI-I) ve Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI-II) ölçeği yüz yüze görüşülerek yapılmıştır (Ek-3). Anketi özellikle Devlet hizmet yükümlülüğü durumunu göz önünde bulundurarak doldurmaları gerektiği anlatılmıştır. Çalışmada kullanılacak anketin ilk bölümü, katılımcıların sosyodemografik verilerini sorgulayan sorulardan (yaş, cinsiyet, medeni durum, anne ve babanın eğitim durumu, kronik hastalık öyküsü) oluşmaktadır.

İkinci ve üçüncü bölümde Spielberger ve arkadaşları tarafından 1964 yılında geliştirilen, Türkiye'deki adaptasyonu ve geçerlik güvenirlik çalışmaları Öner ve Le Compte tarafından 1974-1977 yıllarında yapılan anlık kaygı durumunu hesaplamak için geliştirilen Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I) ve sürekli kaygı durumunu hesaplamak için geliştirilen Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI-II) ölçeği kullanılmıştır. Stajın bitiminde ise Durumluk Anksiyete envanteri tekrarlanmıştır.

Bu araştırmada kullanılan ölçüm araçlarından biri Durumluk Kaygı Envanteri (State Anxiety Inventory, SAI) olup, bireylerin o an yaşadıkları kaygı düzeyini objektif bir şekilde belirlemeyi amaçlar. Durumluk Kaygı, bireyin geçici kaygı

durumunu, yani belirli bir zaman ve durumla sınırlı olan kaygıyı ifade eder ve bireyin o anki psikolojik ve fizyolojik uyarılmışlık durumunu yansıtır.

SAI, Charles D. Spielberger tarafından geliştirilmiştir ve anket formatında, katılımcıların kendilerini o anda nasıl hissettiklerine dair öznel değerlendirmeler yapmalarını sağlayan bir dizi ifade içerir. Katılımcılar, belirli ifadeleri "hiçbir zaman" dan "çok sık" a kadar olan bir Likert ölçeği üzerinden değerlendirirler. Ölçek, bireylerin mevcut kaygı durumlarını belirlemek için geniş çapta kullanılan geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Durumluk Kaygı Envanteri, katılımcıların o andaki kaygı seviyelerini anlamak için terapötik ortamlarda, stres ve kaygıyla ilişkili araştırmalarda sıklıkla kullanılır. Ayrıca, bu ölçüm aracı, bireylerin belirli tedavilere veya stres yönetimi tekniklerine nasıl yanıt verdiklerini belirlemek için de değerlidir.

Bu çalışmada, Durumluk Kaygı Envanteri'nin kullanımı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI öğrencilerinin aile hekimliği anabilim dalına başvuruları sırasında mecburi hizmet nedeniyle yaşadıkları kaygı ve anlık kaygı düzeylerini ölçmek için önemli bir araçtır. Elde edilen veriler, öğrencilerin bu özel akademik süreçte nasıl tepkiler gösterdiklerini anlamada derinlemesine bilgi sağlamıştır. Ayrıca, kaygı düzeyleri ile demografik veriler ve diğer değişkenler arasındaki ilişkileri analiz etmek için de temel oluşturmuştur.

Araştırmada kullanılan bir diğer ölçüm aracı Süreklik Kaygı Envanteri'dir (Trait Anxiety Inventory, TAI). Süreklik Kaygı, bireylerin genel kaygı eğilimlerini, yani zaman ve duruma bağlı olmaksızın sabit kalan ve bireyin kaygıya yatkınlığını yansıtan bir özelliği ifade eder. Bu envanter, bireyin kaygı düzeyinin genel bir ölçümünü sağlamak için tasarlanmıştır ve kişinin uzun vadeli kaygı eğilimleri ve genel stresle başa çıkma yetenekleri üzerine odaklanır.

TAI, Charles D. Spielberger tarafından geliştirilmiş olup, katılımcıların genellikle kendilerini nasıl hissettikleri konusunda öznel değerlendirmeler yapmalarını sağlayan bir dizi ifade içerir. Katılımcılar, belirli ifadeleri "hiçbir zaman" dan "çok sık" a kadar olan bir Likert ölçeği üzerinden değerlendirirler. Bu envanter, bireylerin genel kaygı durumlarını belirlemek için geniş çapta kullanılan geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Sürekli Kaygı Envanteri, bireylerin genel kaygı düzeylerini anlamak, stres ve kaygıyla ilişkili araştırmalarda ve bireylerin tedavi süreçlerine veya stres yönetimi tekniklerine uyumlarını değerlendirmede sıklıkla kullanılır.

Bu çalışmada, Sürekli Kaygı Envanteri'nin kullanımı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI öğrencilerinin genel kaygı düzeylerinin ve stresle başa çıkma yöntemlerinin bir profilini çıkarmak için kullanılmıştır. Elde edilen veriler, öğrencilerin akademik yaşamları boyunca karşılaştıkları stres faktörlerine genel yanıtlarını değerlendirmemiz için fayda sağlamıştır. Ayrıca, sürekli kaygı düzeyleri ile demografik veriler ve diğer önemli değişkenler arasındaki ilişkilerin analizi için de bir temel oluşturmuştur.

Ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği, önceki çalışmalarda geniş çaplı olarak test edilmiş ve onaylanmıştır. Bununla birlikte, bu ölçümün sonuçlarının doğruluğunu etkileyebilecek her türlü yanlılık veya kısıtlamayı en aza indirmek için gerekli tüm önlemler alınmıştır. Katılımcılara anketi doldururken dürüst ve dikkatli olmaları hususunda gerekli bilgilendirme yapılarak ve verilerin gizliliği konusunda güvence verilmiştir.

3.7. Etik kurul onayı

Çalışmaya başlanmadan önce etik kurulu onayı alınmıştır. Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28/12/2022 tarih ve KAEK-805 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

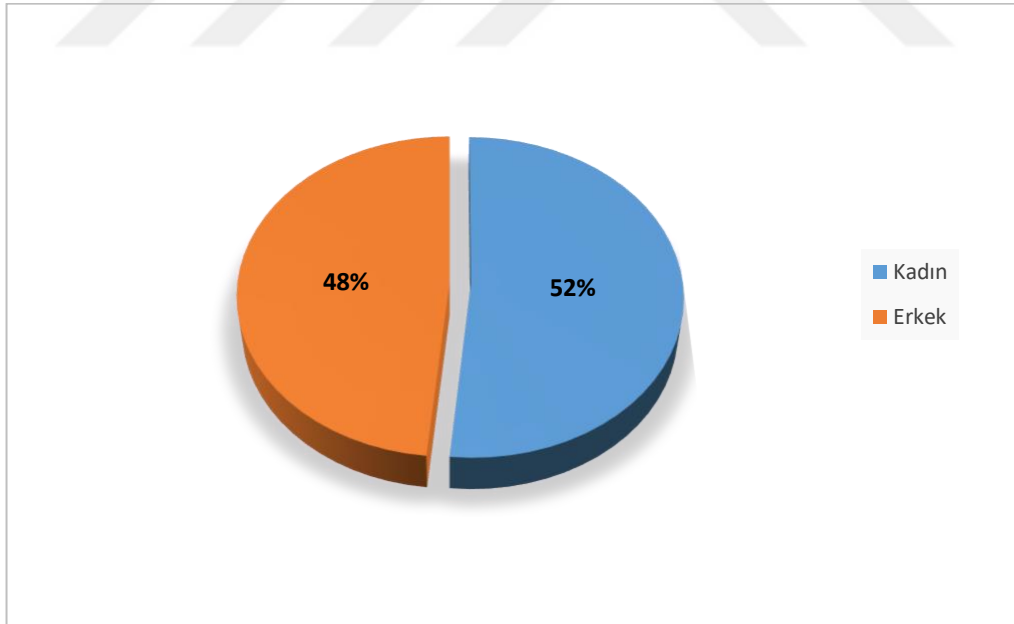
Verilerin analizi konusunda; başlangıç analizi olarak, sosyodemografik değişkenler, durumluk ve sürekli kaygı ölçümleri için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımları) hesaplanmıştır. Bu çalışmada, ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek için Cronbach Alfa katsayısı kullanılmıştır. Skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri, verilerin normal dağılımdan ne derece sapma gösterdiğini değerlendirmek için

hesaplanmıştır. Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri gibi formal istatistiksel testler, ölçek skorlarının normal dağılımı takip edip etmediğini kontrol etmek için kullanılmıştır. Bu çalışmada, ölçeklerin skorlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildikten sonra, öğrencilerin durumları arasındaki potansiyel farklılıkları değerlendirmek için bağımlı örneklem t-testi kullanılmıştır. İki bağımsız grubun belirli ölçümdeki ortalama değerleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Boyutlar arasındaki ilişkilerin incelenmesinde korelasyon analizi uygulanmıştır. Çalışmada 0,05'ten küçük olan p değerleri anlamlı kabul edilmiştir. Analizler IBM SPSS Statistics version 23 programı ile yapılmıştır.

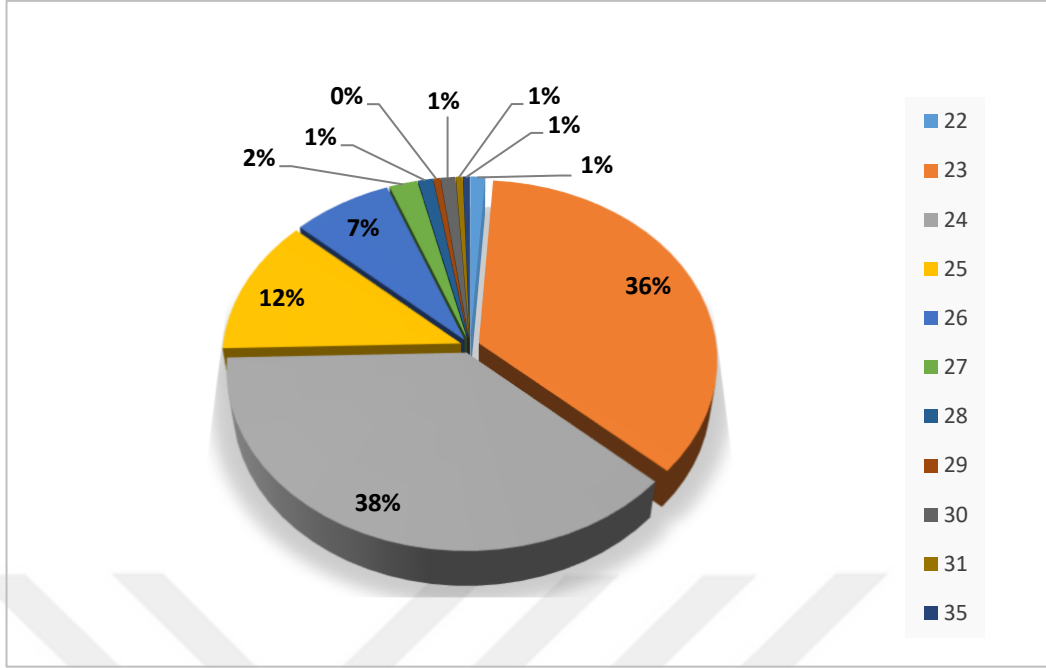


4. BULGULAR

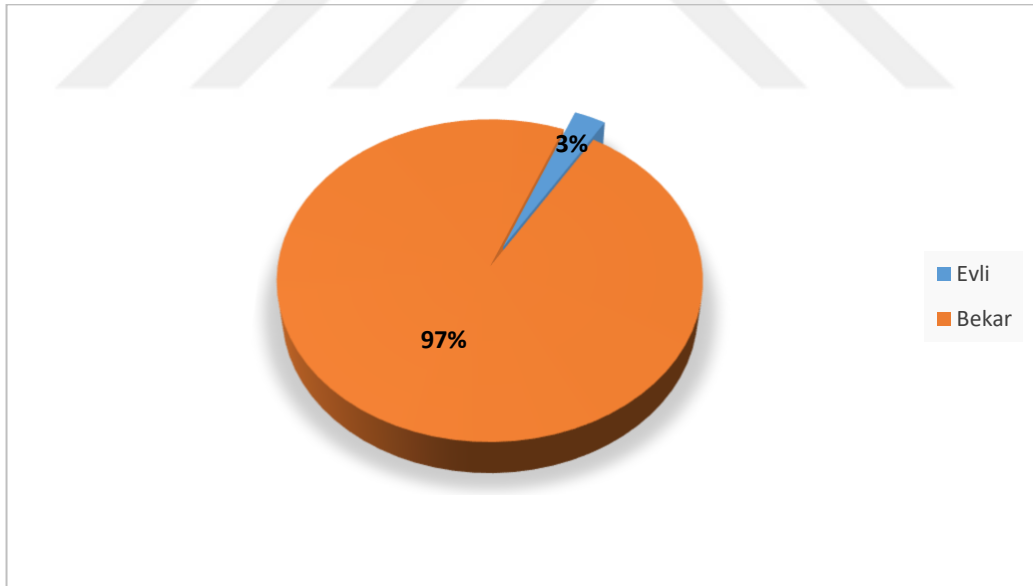
Toplam 188 katılımcının %51,6'sı kadın (n=97) ve %48,4'ü erkek (n=91) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaş dağılımı şu şekildedir: 22 yaş: %1,1 (n=2), 23 yaş: %35,6 (n=67), 24 yaş: %37,8 (n=71), 25 yaş: %12,2 (n=23), 26 yaş: %7,4 (n=14), 27 yaş: %2,1 (n=4), 28 yaş: %1,1 (n=2), 29 yaş: %0,5 (n=1), 30 yaş: %1,1 (n=2), 31 yaş: %0,5 (n=1), 35 yaş: %0,5 (n=1). Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, %97,3 (n=183) ile bekar olarak belirlenmiştir. Evli olan katılımcı sayısı ise sadece %2,7 (n=5) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %83,5'i (n=157) herhangi bir kronik hastalığının olmadığını belirtirken, %16,5 (n=31) kronik bir hastalığının olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların annelerinin eğitim durumu şu şekildedir: Okur-yazar olmayan: %5,9 (n=11), İlköğretim: %26,6 (n=50), Lise: %24,5 (n=46), Üniversite: %38,8 (n=73). Katılımcıların babalarının eğitim durumu şu şekildedir: Okur-yazar olmayan: %1,6 (n=3), İlköğretim: %2,7 (n=5), Lise: %19,1 (n=36), Üniversite: %55,9 (n=105) Çizelge 4.1'de katılımcıların genel özellikleri verilmiştir.



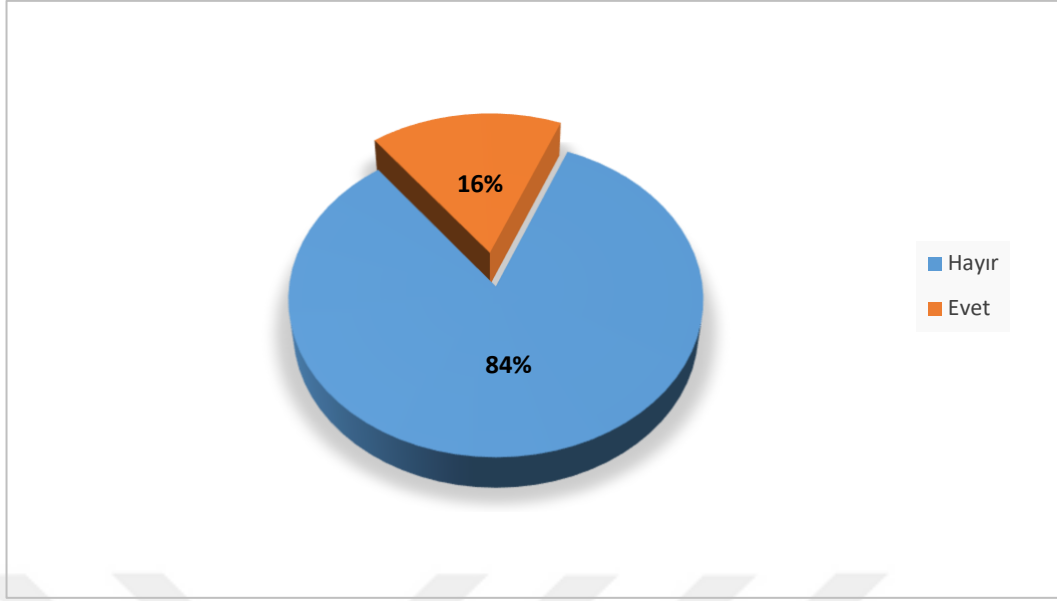
Şekil 4. 1. Katılımcıların Cinsiyete göre dağılımı



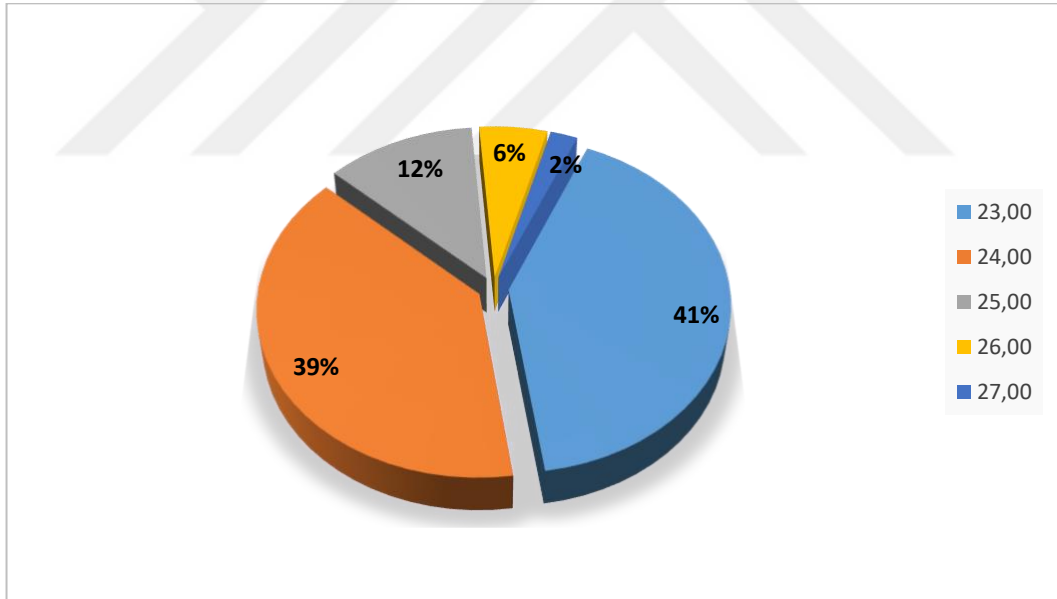
Şekil 4. 2.Katılımcıların yaş dağılımı



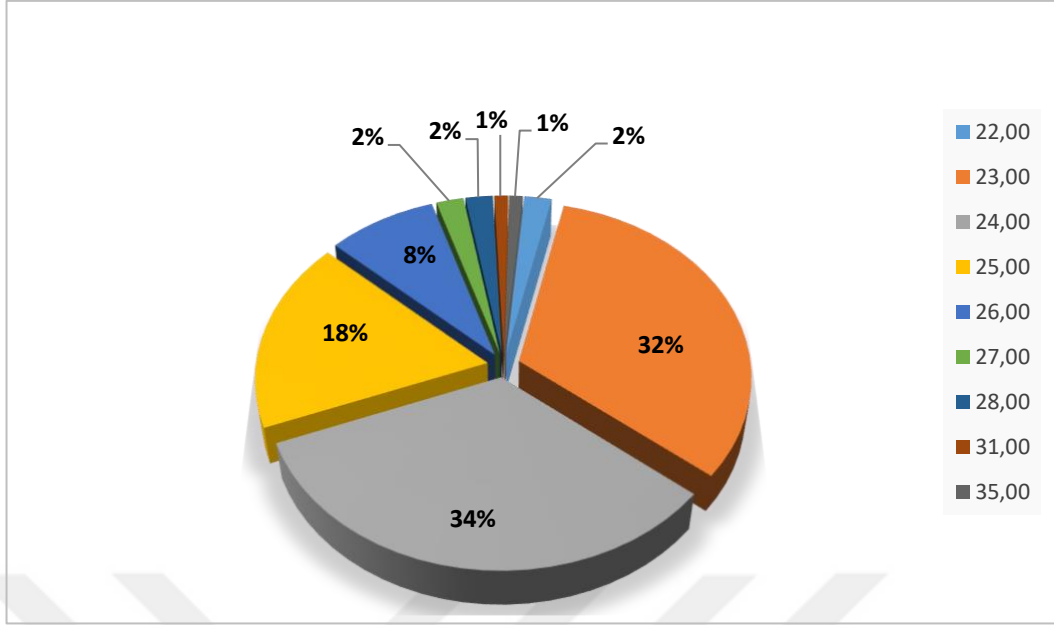
Şekil 4. 3 Katılımcıların medeni durumu



Şekil 4. 4. Kronik hastalığı olanların dağılımı



Şekil 4. 5. Kadın katılımcıların yaş dağılımı



Şekil 4. 6. Erkek katılımcıların yaş dağılımı

Çizelge 4.1. Aile Hekimliği stajı öncesi Durumluk kaygı ölçeği sonucu

Durumluk Kaygı ölçeği (STAI-1)		
Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hafif	36	19,1
Orta	116	61,8
Ağır	36	19,1
Toplam	188	100

Araştırmada elde edilen verilere göre, durumluk kaygı düzeyini değerlendiren STAI-1 ölçeği sonuçları incelendiğinde katılımcıların:

%19,1'inin (n=36 kişi) "Hafif Kaygı" sınıfında yer aldığı görülmüştür. Bu katılımcılar 20-31 puan aralığına sahip olup, genel popülasyona kıyasla daha düşük kaygı düzeylerine sahiptirler.

%61,8'inin (n=116 kişi) "Orta Kaygı" sınıfında yer aldığı belirlenmiştir. Bu katılımcılar 32-51 puan aralığına sahip olup, genel popölasyonda yaygın olarak görülen kaygı düzeylerine sahiptirler.

%19,1'inin (n=36 kişi) "Ağır Kaygı" sınıfında yer aldığı tespit edilmiştir. Bu katılımcılar 52-80 puan aralığına sahip olup, yoğun kaygı düzeylerine sahiptirler.

Veri setinin medyan değeri $40,48 \pm 10,32$ olup, katılımcıların medyan kaygı düzeyi "Orta Kaygı" sınıfına denk gelmektedir. Bu bulgular, araştırmaya katılan bireylerin büyük bir kısmının orta düzeyde kaygıya sahip olduğunu, ancak aynı zamanda önemli bir kısmının hafif ve ağır kaygı düzeylerine de sahip olduğunu göstermektedir.

Çizelge 4.2 . Durumluk Kaygı Düzeyi (STAI-1) cinsiyet dağılımı

Durumluk Kaygı Düzeyi (STAI-1) cinsiyet dağılımı				
Kategori	Kadın(n)	Kadın (%)	Erkek(n)	Erkek (%)
Hafif	14	14.4	23	25,2
Orta	60	61.9	56	61,5
Ağır	23	23.7	12	13,1
Toplam	97	100	91	100

Bu araştırmada, cinsiyetin durumluk kaygı düzeyi üzerindeki etkisini incelemek için STAI-1 ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada toplamda 97 kadın ve 91 erkek katılımcı bulunmaktadır. Hafif seviyede durumluk kaygı söz konusu olduğunda, erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek bir yüzdeyle (%25,27'ye karşılık %14.43) temsil edildiği görölmektedir. Orta seviyede durumluk kaygıya bakıldığında, kadınlar ve erkekler arasındaki yüzdeler oldukça yakın, sırasıyla %61,86 ve %61,54'tür. Ağır durumluk kaygı söz konusu olduğunda ise, kadınların %23,71 ile erkeklere göre (%13.19) anlamlı derecede daha fazla etkilendiği gözlemlenmektedir.

Çizelge 4.3. Aile Hekimliği stajı öncesi Süreklilik kaygı envanteri sonucu

Süreklilik Kaygı Düzeyi (STAI-2)		
Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hafif	35	18,6
Orta	128	68,1
Şiddetli	25	13,3
Toplam	188	100

Toplamda 188 bireyin değerlendirildiği bu çalışmada, "Orta" kaygı seviyesine sahip bireylerin sayısı 128 olup, bu toplamın %68,1'ini oluşturmaktadır. Orta kaygı seviyesi 32-51 puan aralığında tanımlandığına göre, incelenen bireylerin büyük bir kısmının bu puan aralığında kaygı yaşadığı görülmektedir. Bu, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun orta düzeyde kaygı yaşadığı anlamına gelmektedir. "Hafif" kaygı seviyesine sahip olan bireylerin sayısı 35'tir ve bu sayı, toplamın %18,6'sına denk gelmektedir. Hafif kaygı seviyesi 20-31 puan aralığında tanımlandığına göre, incelenen bireylerin yaklaşık beşte biri bu puan aralığında kaygı yaşamaktadır.

"Ağır" kaygı seviyesine sahip bireylerin sayısı 25'tir. Bu, toplamın %13,3'üne tekabül etmektedir. Ağır kaygı seviyesi 52-80 puan aralığında tanımlandığına göre, değerlendirilen bireylerin yaklaşık yedide biri bu puan aralığında ciddi kaygı yaşamaktadır. Çalışmanın medyan değeri $40,55 \pm 10,15$ tir. Katılımcıların medyan değeri orta kaygı düzeyine denk gelmektedir. Bu çalışmada incelenen bireylerin büyük bir çoğunluğunun orta düzeyde kaygı yaşadığı, hafif kaygı seviyesine sahip olanların oranının nispeten daha az olduğu ve ağır kaygı seviyesine sahip olanların ise en az orana sahip olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.4. Sürekli kaygı envanterinin cinsiyete göre dağılımı

Sürekli Kaygı Düzeyi (STAI-2)		
Kategori	Kadın(n)	Erkek(n)
Hafif	8	27
Orta	70	58
Ağır	19	6
Toplam	97	91

Toplam katılımcı sayısı 97 kadın ve 91 erkekten oluşmaktadır. Kadın katılımcıların %8,25'i (n=8) hafif kaygı düzeyine sahipken, erkeklerde bu oran %29,67'dir (n=27). Kadın katılımcıların %72,16'sı (n=70) orta kaygı düzeyine sahipken, erkeklerde bu oran %63,74'tür (n=58). Kadın katılımcıların %19,59'u (n=19) ağır kaygı düzeyine sahipken, erkeklerde bu oran sadece %6,59'dur (n=6). Kadınların büyük çoğunluğu orta kaygı düzeyine sahiptir (%72,16). Erkeklerin de aynı şekilde büyük çoğunluğu orta düzeyde kaygı düzeyine sahiptir (%63,74). Hafif kaygı düzeyine sahip kadınların oranı %8,25 iken, erkeklerde bu oran %29,67'dir. Ağır kaygı düzeyine sahip kadınların oranı %19,59 iken, bu oran erkeklerde %6,59'dur.

Çizelge 4.5. Aile Hekimliği stajı öncesi cinsiyete göre STAI I-II'nin sonucu

Değişkenler Gruplar		N	X	ss	t testi		
					t	sd	p
STAI-I	Kadın	97	2,0247	0,48359	2,838	186	,005
	Erkek	91	2,0308	0,53493			
STAI-II	Kadın	97	2,3345	0,43243	5,033	186	,001
	Erkek	91	1,9984	0,48324			

STAI-1 için kadınların ortalama değeri 2,0247 (n=97, ss=0,48359) iken, erkeklerde bu değer 2,0308 (n=91, ss=0,53493) olarak bulunmuştur. Varyansların eşit olduğu ve verilerin normal dağılım gösterdiği ortamda yapılan t-testi sonucunda

$t=2,838$ ve p değeri $0,005$ 'tir. Bu sonuçlara göre, erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

STAI-2 için kadınların ortalama değeri $2,3345$ ($n=97$, $ss=0,43243$) iken, erkeklerde bu değer $1,9884$ ($n=91$, $ss=0,48324$) olarak saptanmıştır. Varyansların eşit olduğu ve verilerin normal dağılım gösterdiği ortamda yapılan t-testi sonucunda $t=5,033$ ve $p=0,000$ 'dir ($p<0,005$). Bu sonuçlara göre, erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Çizelge 4.6. Aile Hekimliği stajı öncesi kronik hastalığı olanların STAI I-II sonucu

					t testi		
Değişkenler	Gruplar	N	X	ss	t	sd	p
STAI-I	Hayır	157	2,0121	0,51827	-0,722	186	0,471
	Evet	31	2,0855	0,50912			
STAI-II	Hayır	157	2,1525	0,48427	-1,223	186	0,223
	Evet	31	2,2694	0,49458			

STAI-1 değerleri için, kronik hastalığı olmayan bireylerin ortalaması $2,0121$ ($ss: 0,51827$) iken, kronik hastalığı olan bireyler için bu değer $2,0855$ ($ss: 0,50912$) olarak bulunmuştur. Levene's testi varyansların eşitliği için $F= 0,135$ ve $p=0,714$ ($p>0,05$) olarak göstermektedir, bu da varyansların eşit olduğunu varsaymamızı desteklemektedir. t-testi sonuçlarına göre ($t=-0,722$) ve $p= 0,471$ 'dir ($p>0,05$), bu da istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını göstermektedir.

STAI-2 değerleri için, kronik hastalığı olmayan bireylerin ortalaması $2,1525$ ($ss: 0,48427$) iken, kronik hastalığı olan bireyler için bu değer $2,2694$ ($ss: 0,49458$) olarak bulunmuştur. Levene's testi varyansların eşitliği için $F= 0,010$ ve $p=0,922$ olarak göstermektedir. t-testi sonuçlarına göre $t=-1,223$ ve $p= 0,223$ 'tür ($p>0,05$), bu da yine istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını göstermektedir. Sonuç olarak, hem STAI-1 hem de STAI-2 değerleri açısından, kronik hastalığı olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çizelge 4.7. Aile Hekimliği stajı öncesi katılımcıların yaş aralığına göre STAI I-II sonucu

Değişkenler	Gruplar	N	X	ss	F	sd	p
STAI-I	22-24 yaş	140	2,0332	0,52346	0,356	186	0,701
	25-27 yaş	41	2,0207	0,50100			
	28-35 yaş	7	1,8643	0,49976			
	Total	188	2,0242	0,51614			
STAI-II	22-24 yaş	140	2,1736	0,51235	0,006	186	0,994
	25-27 yaş	41	2,1646	0,39103			
	28-35 yaş	7	2,1786	0,52746			
	Total	188	2,1718	0,48659			

STAI-1 değerleri için yapılan ANOVA analizine göre yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F = 0,356$, $p = 0,701$). STAI-2 değerleri için yapılan ANOVA analizine göre yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F = 0,006$, $p = 0,994$).

Çizelge 4.8. Aile Hekimliği stajı öncesi katılımcıların annelerinin eğitim durumuna göre STAI I-II sonucu

Değişkenler	Gruplar	N	X	s	F	sd	p
STAI-I	orta öğretim ve daha az	69	1,9232	0,49159	3,113	186	0,047
	lise	46	2,1652	0,47233			
	üniversite	73	2,0308	0,54928			
	Total	188	2,0242	0,51614			
STAI-II	orta öğretim ve daha az	69	2,1826	,53549	0,114	186	0,892
	lise	46	2,1891	,47128			
	üniversite	73	2,1507	,45227			
	Total	188	2,1718	,48659			

Tabloya göre STAI-I ve STAI-II değerleriyle katılımcıların annelerinin eğitim durumu arasındaki ilişki görülmektedir. STAI-I (Durumsal Kaygı Ölçeği)'ne göre anneleri orta öğretim ve daha az eğitim almış katılımcıların ortalaması (X) = 1,9232, anneleri lise mezunu olan katılımcıların ortalaması (X) = 2,1652

anneleri üniversite mezunu olan katılımcıların ortalaması (X) = 2,0308 olarak sonuçlanmıştır. Toplamda, bu gruptaki katılımcıların ortalaması (X) = 2,0242'dir. F istatistiği 3,113 ve p değeri 0,047'dir, $p < 0,05$ olduğundan, eğitim seviyesine göre STAI-I skorlarında anlamlı bir fark olduğu anlamına gelir. Yani, annelerin eğitim seviyesi, çocuklarının durumsal kaygı seviyeleri üzerinde bir etkiye sahip olabilir.

STAI-II (Sürekli Kaygı Ölçeği)'ne göre anneleri orta öğretim ve daha az eğitim almış katılımcıların ortalaması (X) = 2,1826, anneleri lise mezunu olan katılımcıların ortalaması (X) = 2,1891, anneleri üniversite mezunu olan katılımcıların ortalaması (X) = 2,1507. Toplamda, bu gruptaki katılımcıların ortalaması (X) = 2,1718 olarak sonuçlanmıştır. F istatistiği 0,114 ve p değeri 0,892'dir. Bu, $p > 0,05$ olduğundan, eğitim seviyesine göre STAI-II skorlarında anlamlı bir fark olmadığı anlamına gelir. Yani, annelerin eğitim seviyesinin çocuklarının sürekli kaygı seviyeleri üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

Çizelge 4.9. Aile Hekimliği stajı öncesi katılımcıların babalarının eğitim durumuna göre STAI I-II sonucu

Değişkenler	Gruplar	N	X	ss	F	sd	p
STAI-I	Orta öğretim ve daha az	44	2,0000	0,48152	0,435	186	0,648
	Lise	39	1,9705	0,49053			
	Üniversite	105	2,0543	0,54128			
	Total	188	2,0242	0,51614			
STAI-II	Orta öğretim ve daha az	44	2,2250	0,50469	0,412	186	0,663
	Lise	39	2,1808	0,57476			
	Üniversite	105	2,1462	0,44477			
	Total	188	2,1718	0,48659			

Katılımcıların babalarının eğitim seviyelerine göre STAI-I ve STAI-II puanları şu şekildedir:

STAI-I için: Babalarının eğitimi orta öğretim ve daha az olan katılımcıların anksiyete puanı ortalaması 2,0000'dir. Babaları lise mezunu olanlar için bu değer 1,9705'tir. Üniversite mezunu babalara sahip katılımcılar için ortalaması 2,0543

olarak saptanmıştır. Toplamda ise tüm katılımcıların STAI-I anksiyete puanı ortalaması 2,0242'dir.

STAI-II için: Babalarının eğitimi orta öğretim ve daha az olan katılımcıların anksiyete puanı ortalaması 2,2250'dir. Babaları lise mezunu olanlar için bu değer 2,1808'tir. Üniversite mezunu babalara sahip katılımcılar için ortalaması 2,1462 olarak saptanmıştır.

Toplamda ise tüm katılımcıların STAI-II anksiyete puanı ortalaması 2,0242 ve 2,1718'dir. Bu değerler arasındaki istatistiksel anlamlılığı test etmek için yapılan varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, farklı eğitim seviyelerine sahip babaların çocuklarının STAI-I ve STAI-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 4.10. Aile Hekimliği stajı sonrası Durumluk Kaygı Düzeyi STAI-I

Durumluk Kaygı Düzeyi (STAI-I)		
Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hafif	40	21,3
Orta	119	63,3
Şiddetli	29	15,4
Toplam	188	100

Durumluk kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde, 188 katılımcının %21,3'ü (n=40) hafif kaygı düzeyine sahip olup, bu katılımcılar 20-31 puan aralığında kaygı yaşamaktadır. %63,3'ü (n=119) orta kaygı düzeyine sahip olup, bu katılımcılar 32-51 puan aralığında kaygı yaşamaktadır. Bu, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun orta seviyede kaygı yaşadığını göstermektedir. Diğer yandan, %15,4'ü (n=29) şiddetli kaygı düzeyine sahip olup, bu bireyler 52-80 puan aralığında kaygı yaşamaktadır. Bu çalışmada elde edilen ortalama kaygı puanı $40,55 \pm 10,15$ 'tir ve bu değer, orta kaygı düzeyini temsil etmektedir.

Çizelge 4.11. Aile Hekimliği stajı sonrası Durumluk Kaygı Düzeyi'nin (STAI-I) cinsiyet dağılımı

Durumluk Kaygı Düzeyi (STAI-1) cinsiyet		
Kategori	Kadın(n)	Erkek(n)
Hafif	16	24
Orta	60	59
Ağır	21	8
Toplam	97	91

Toplamda 188 katılımcının bulunduğu çalışmada, kadınlar arasında; hafif kaygı düzeyine sahip olanların sayısı 16, bu kadınların %16,5'ini oluşturmaktadır. orta kaygı düzeyine sahip olanların sayısı 60(%61,9), ağır kaygı düzeyine sahip olanların sayısı 21, bu kadınların %21,6'sını oluşturmaktadır.

Erkek katılımcılar arasında; hafif kaygı düzeyine sahip olanların sayısı 24, bu erkeklerin %26,4'ünü oluşturmaktadır. Orta kaygı düzeyine sahip olanların sayısı 59(%64,8), bu erkeklerin %64,8'ini oluşturmaktadır. Erkeklerde de orta kaygı seviyesi oldukça yaygındır ve kadınlarla benzer bir dağılım göstermektedir.

Ağır kaygı düzeyine sahip olanların sayısı 8, bu erkeklerin %8,8'ini oluşturmaktadır.

Aile hekimliği stajı öncesi yapılan Durumluk kaygı ölçeği (STAI-1) ve Süreklik kaygı ölçeği (STAI-2) arasında orta derecede korelasyon olduğu görülmüştür ($r=0,655$ $p<0,05$). Aile hekimliği öncesi yapılan STAI-2 ile aile hekimliği stajı sonrası yapılan STAI-1 zayıf ölçüde korelasyon olduğu görülmüştür ($r=0,018$ $p>0,05$).

Aile hekimliği stajı öncesi Durumluk kaygı ölçeği (STAI-1) ve Aile hekimliği stajı sonrası Durumluk kaygı ölçeği (STAI-1) ölçümleri arasındaki ortalama farkın -0,00346 olduğu görülmektedir. Bağımlı örneklem t-testi sonucuna göre, bu iki ölçüm arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-0,068$, $p = 0,946$). Bu, iki zaman noktasında elde edilen durumluk kaygı puanları arasında anlamlı bir değişiklik olmadığı anlamına gelmektedir.

5. TARTIŞMA

Günümüzde tıp eğitimi, öğrencilerin sadece akademik bilgi birikimi ile değil, aynı zamanda mesleki pratik ve gerçek dünya deneyimleri ile de donatılmasını gerektiren kapsamlı bir süreçtir(91). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dönem VI öğrencileri arasında gerçekleştirilen bu çalışma, öğrencilerin klinik stajlar öncesinde ve sonrasında yaşadıkları kaygı seviyelerindeki değişimi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Özellikle, mecburi hizmet öncesindeki kaygı durumlarını ve aile hekimliği stajının bu kaygıları üzerindeki potansiyel etkisini incelemekteyiz.

Aile hekimliği, geniş bir demografik yelpazede çeşitli sağlık sorunları ve koşulları ile ilgilenen, kapsamlı bir tıbbi alanı temsil eder(92). Staj, öğrencilere gerçek dünya pratiği ve hasta etkileşimi sunarak, teorik bilginin pratik becerilere dönüştürülmesinde kritik bir aşama olarak hizmet eder. Bu bağlamda, staj öncesinde uygulanan STAI-1 ve STAI-2 anketleri ile staj sonrası tekrarlanan STAI-1 anketleri, öğrencilerin kaygı durumlarını değerlendirmek için kullanılmıştır.

Bu çalışmanın odak noktası, aile hekimliği stajının, öğrencilerin mecburi hizmet öncesi kaygı seviyeleri üzerinde belirgin bir etki bırakıp bırakmadığının belirlenmesidir. Stajın başında ve sonunda ölçülen kaygı durumları, öğrencilerin staj deneyimleri sırasında psikolojik uyumlarının yanı sıra eğitim süreçlerine olan tepkilerini de yansıtabilir. Aynı zamanda, bu değerlendirme, eğitim yöntemlerimizi ve staj programlarımızı gelecekte nasıl geliştirebileceğimiz konusunda da bize rehberlik edebilir.

Staj öncesi ve staj sonrası kaygı seviyeleri arasındaki potansiyel farklılıklar, öğrencilerin staj sürecine nasıl tepki verdiklerini, mevcut eğitim ortamının ve destek sistemlerinin yeterliliğini ve stajın öğrencilerin profesyonel gelişimi ve psikolojik iyilik hali üzerindeki etkisini anlamamıza yardımcı olacaktır.

Bu çalışma, toplamda 188 birey üzerinde gerçekleştirilmiştir ve sonuçlar, katılımcıların büyük bir kısmının orta düzeyde kaygı yaşadığını göstermektedir. Orta kaygı seviyesine sahip olanların sayısı oldukça yüksek (%68,1) olup, bu da bize bu grubun genelde orta seviyede bir kaygı durumuyla başa çıkmaya çalıştığını göstermektedir.

Bu oran, hafif kaygı seviyesine sahip olanların (%18,6) ve ağır kaygı seviyesine sahip olanların (%13,3) oranlarından çok daha yüksektir. Bu, genel popülasyonun çoğunun orta düzeyde kaygı yaşadığını, ancak bir kısmının daha düşük veya daha yüksek kaygı seviyeleriyle mücadele ettiğini gösteriyor.

Çalışmanın medyan değeri olan $40,55 \pm 10,15$, orta kaygı seviyesine denk gelmektedir ve bu, değerlendirilen bireylerin çoğunluğunun orta seviyede bir kaygı yaşadığını tekrar vurgulamaktadır. Ayrıca, bu çalışmada hafif ve ağır kaygı seviyelerinin daha düşük oranlarda olması, kaygının seyrinin bireyden bireye değişkenlik gösterdiğini ve bu değişkenliğin potansiyel olarak birçok farklı faktöre bağlı olabileceğini gösterir.

Bu çalışmada, toplam 188 katılımcının demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların cinsiyet dağılımı neredeyse eşit olarak belirlenmiştir: %51,6 kadın ve %48,4 erkek. STAI-1 (Durumluk Kaygı Envanteri) için, kadınların ve erkeklerin ortalama değerleri sırasıyla 2,0247 ve 2,0308 olarak belirlenmiştir. Buradaki standart sapma değerleri, ölçümlerin dağılımının her iki cinsiyet grubunda da benzer olduğunu göstermektedir. Ancak, t-testi sonucunda elde edilen t değeri 2,838 ve p değeri 0,005 olduğundan, bu küçük ortalama farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. STAI-2 (Sürekli Kaygı Envanteri) için ise, kadınların ortalama değeri 2,3345 iken, erkeklerin ortalama değeri 1,9884 olarak saptanmıştır. Standart sapmalar burada da benzerdir, fakat t-testi sonucunda elde edilen t değeri 5,033 ve $p < 0,001$ ($p < 0,05$) olduğundan, bu durum cinsiyetler arasında sürekli kaygı düzeyleri açısından anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre STAI-1 sonucunda çok anlamlı olmasa da, STAI-2 sonucunda kadınların kaygı ortalamasının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer çalışmalarda; Deveci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, üniversite öğrencileri arasında kaygı düzeylerinin sağlık, sosyal ve demografik faktörlerle ilişkisini incelemişlerdir. Bu çalışmanın bulguları, kadın öğrencilerin sürekli kaygı puan ortalamasının erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, durumluk kaygı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır(93). Mayer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmalarında, tıp öğrencileri arasında depresyon ve anksiyete ile ilişkili faktörleri incelemişlerdir. Araştırmaları, durumluk anksiyete belirtilerinin

kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğunu ortaya koymuştur ($p < 0.001$). Aynı şekilde, sürekli kaygı da kadınlarda ($p < 0.001$) daha yaygın bulunmuştur(94). Tektaş'ın yapmış olduğu araştırmasında, cinsiyete dayalı bir inceleme yapılmış ve sonuçlar kadın katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir(95).

Bu sonuçlar, cinsiyetin bireylerin kaygı düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu göstermektedir. Özellikle STAI-2 sonuçları, kadınların sürekli kaygı düzeylerinin erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu, kadınların stresle başa çıkma stratejilerinde veya kaygıya karşı duyarlılıklarında cinsiyet temelli farklılıklar olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, bu farklılıkların altında yatan kesin mekanizmaların ne olduğu daha fazla araştırma gerektirir. Bu bulgular, cinsiyetin psikolojik sağlık üzerinde önemli bir etkisi olduğuna dair mevcut literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

Bu araştırma, tıp fakültesi öğrencileri arasında yaş gruplarına göre STAI-1 ve STAI-2 değerlerinde anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Yapılan ANOVA analizi sonuçlarına göre; STAI-1 için F değeri 0,356 ve p değeri 0,701; STAI-2 için ise F değeri 0,006 ve p değeri 0,994 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, incelenen yaş grupları içerisinde hem durumluk hem de sürekli anksiyete düzeylerinin benzer olduğunu belirtmektedir. Literatürde benzer bulgulara ulaşılmış çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, Karaoğlu ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada, yaş gruplarına göre STAI-1 ve STAI-2 değerlerinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir(96). Türkçapar'ın sporcular üzerinde yaptığı çalışmada da sürekli kaygı düzeylerinin yaş gruplarına göre anlamlı bir değişiklik göstermediği belirlenmiştir(97). Ayrıca, Çıtıl ve arkadaşlarının "Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Uzmanlık Tercihleri ve Mesleki Kaygı Düzeyleri" başlıklı çalışmasında da benzer bir sonuca ulaşılmış, yaş grupları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(98). Yılmaz ve ark. da aynı şekilde tıp fakültesi öğrencileri üzerinde bir çalışma yapmış ve çalışma sonunda öğrencilerin yaş dağılımlarının özellikle süreklilik kaygı durumları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığını saptamışlardır(99). Bu çalışmaların ışığında, yaşın kaygı düzeyleri üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığı söylenebilir.

Ergin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kronik herhangi bir kronik hastalığı olan ve olmayan tıp fakültesi dönem 5 ve dönem 6 öğrencilerinde sürekli kaygı düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.(100) Bizim yaptığımız çalışmada da aynı şekilde hem STAI-1 hem de STAI-2 değerleri açısından, herhangi bir sağlık sorunu olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Günay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ortaya konan bulgular, bireylerin kendi genel sağlık durumlarının algılarının, sürekli anksiyete düzeyleri üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu göstermektedir. Araştırma, kendi sağlık durumlarını orta ve kötü olarak değerlendiren bireylerin sürekli anksiyete puan ortalamalarının, kendilerini sağlıklı olarak görenlere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur(101). Günay ve arkadaşlarının bulguları ile kendi çalışmamız arasındaki bu farklılık, örneklem karakteristikleri, katılımcıların demografik çeşitliliği, katılımcıların sağlık durumlarına dair algılarının subjektif doğası gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle, anksiyete düzeyleri ile sağlık durumu algısı arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için daha geniş kapsamlı ve çeşitli örneklem gruplarıyla gerçekleştirilen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada, tıp fakültesi son sınıf öğrencileri arasında STAI-1 ölçeği ile katılımcıların annelerinin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ancak, STAI-2 ölçeği ve anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Babalarının eğitim düzeyi ile STAI-1 ve STAI-2 arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilen başka çalışmada, tıp fakültesi 4., 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin durumluk ve süreklilik kaygı düzeyleri ile ebeveynlerinin eğitim seviyeleri arasında benzer şekilde anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır(98). Ayrıca, Baştürk ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği başka bir araştırmada da, tıp fakültesi öğrencilerinin kaygı düzeyleri ile anne-baba eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(102).

Aile hekimliği stajı öncesinde uygulanan Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1) ile Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) arasındaki bu korelasyon, öğrencilerin o anki kaygı durumlarıyla sürekli kaygı halleri arasında orta derecede bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu, öğrencilerin genel kaygı hallerinin o anki duygusal durumlarını

da etkileyebileceği anlamına gelmektedir. $r=0,655$ değeri, bu iki ölçüm arasında pozitif bir ilişki olduğunu, birinin değerinin artmasıyla diğ erinin de arttığını gösterir. Ayrıca $p<0,05$ değeri, bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtir. Bu sonuçlar, tıp fakültesi öğrencilerinin sürekli ve o anki kaygı hallerinin birbirini etkileyebileceğini, bu nedenle bu öğrencilere yönelik psikolojik destek ve müdahalelerin her iki kaygı türüne de odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Aile hekimliği stajı öncesinde öğrencilere uygulanan Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) ile staj sonrası uygulanan Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1) arasındaki korelasyon, öğrencilerin sürekli kaygı halleri ile staj sonrası o anki kaygı durumları arasında çok zayıf bir korelasyon olduğunu göstermektedir. $r=0,018$ değeri ile bu iki ölçüm arasında neredeyse hiçbir ilişki olmadığı anlaşılmaktadır. Bu, öğrencilerin genel kaygı seviyelerinin, aile hekimliği stajının tamamlanmasından sonra o anki kaygı durumları üzerinde önemli bir etkisi olmadığı anlamına gelmektedir. $p>0,05$ anlamlılık değeri, bu zayıf korelasyonun istatistiksel olarak anlamsız olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, tıp fakültesi öğrencilerinin aile hekimliği stajı öncesindeki sürekli kaygı seviyelerinin, staj sonrası o anki kaygı durumları üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, aile hekimliği alan eğitiminin tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde devlet hizmet yükümlülüğü öncesi olan kaygı durumlarına etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar listelenmiştir.

- Bu araştırma, 188 katılımcı üzerinde yürütülmüş ve bulgular, katılımcıların çoğunluğunun (yüzde 68.1) orta düzeyde kaygı yaşadığını ortaya koymuştur. Bu oran, hafif kaygı seviyesine sahip olanlarda %18,6 ve ağır kaygı seviyesine sahip olanlarda %13,3 olarak sonuçlanmıştır.
- Aile hekimliği stajı öncesi yapılan STAI-1 sonucunda çok anlamlı olmasa da, STAI-2 sonucunda kadınların kaygı ortalamasının erkeklerle oranla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,005$).
- Tıp Fakültesi öğrencileri arasında yaş grupları bazında STAI-1 ve STAI-2 değerlerinde istatistiksel olarak belirgin bir fark bulunmamıştır.
- Sağlık durumu değişkeni açısından, hem STAI-1 hem de STAI-2 puanları arasında sağlık sorunu olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.
- Öğrencilerin anne-baba eğitim düzeyi ile STAI-1 ve STAI-2 ölçekleri puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.
- Aile hekimliği stajından önce uygulanan Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1) ile Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) arasındaki korelasyon ($r=0,655$), öğrencilerin genel kaygı durumlarının, o anki duygusal durumları üzerinde etkili olabileceğini göstermiştir.
- Aile hekimliği stajından önce uygulanan Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) ile staj sonrasında uygulanan Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1) arasında çok zayıf bir korelasyon ($r=0,0018$) saptanmıştır.

Bu çalışmada, aile hekimliği stajının öğrencilerin kaygı seviyeleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırma, staj öncesi ve sonrası kaygı seviyelerinde önemli bir değişiklik olmadığını ortaya koymuştur. İki ölçüm (staj öncesi ve sonrası STAI-1 sonucu) arasındaki ortalama fark istatistiksel olarak önemsizdir ($p=0.946$). Ayrıca, ölçümler arasındaki korelasyon düşük ($r=0.077$) ve

anlamsızdır ($p = 0.292$) ve staj sürecinin öğrencilerin kaygı seviyeleri üzerinde beklenen olumlu etkiyi yaratmadığını göstermektedir. Araştırmanın sonuçları, staj programının yapısını ve içeriğini gözden geçirmek için önemli ipuçları sunmaktadır.

Öncelikle, stajın sonunda gerçekleştirilen sunumların öğrenciler üzerinde yarattığı stres, beklenenin aksine kaygı seviyelerinin düşmemesinde önemli bir etken olarak değerlendirilmelidir. Sunum hazırlama ve sunma süreçlerinin daha iyi yönetilmesi, öğrencilere gerekli destek ve eğitimin sağlanması bu sorunu hafifletebilir. Ayrıca, iki haftalık staj süresinin öğrencilerin yeni ortama uyum sağlamaları ve rahatlamaları için yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Staj süresinin uzatılması ve daha etkili bir yapılandırmaya gidilmesi, öğrencilerin deneyimlerini derinleştirmelerine ve kaygı seviyelerini daha iyi yönetmelerine olanak tanıyabilir. Pratik uygulama ve deneyim fırsatlarının artırılması da kaygı seviyelerinin azaltılmasına yardımcı olabilir. Öğrencilerin aktif katılımının teşvik edilmesi ve uygulamalı öğrenme deneyimlerinin çoğaltılması, onların kendilerini daha hazırlıklı ve rahat hissetmelerini sağlayacaktır.

Son olarak aile hekimliği stajı sırasında öğrencilerin kaygı deneyimlerinin derinlemesine anlaşılabilmesi için kapsamlı ve çok boyutlu yaklaşımlara ihtiyaç vardır.

7.ÖZET

Aile Hekimliği Alan Eğitimi'nin Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Devlet Hizmet Yükümlülüğü (Dhy) Öncesi Olan Kaygı Durumları Üzerindeki Etkisi

Amaç: Günümüzde tıp eğitimi, öğrencilerin sadece akademik bilgi birikimi ile değil, aynı zamanda mesleki pratik ve gerçek yaşam deneyimleri ile de donatılmasını gerektiren kapsamlı bir süreçtir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dönem VI öğrencileri arasında gerçekleştirilen bu çalışma, öğrencilerin klinik stajlar öncesinde ve sonrasında yaşadıkları kaygı seviyelerindeki değişimi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Özellikle, mecburi hizmet öncesindeki kaygı durumlarını ve aile hekimliği stajının bu kaygıları üzerindeki potansiyel etkisini incelemekteyiz.

Yöntem: Çalışmada başlangıç analizi olarak sosyodemografik değişkenler ve kaygı ölçümleri için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımları) hesaplanmıştır. Staj öncesi STAI 1-2 uygulanmış, staj sonrası STAI-1 tekrarlanmıştır. Ölçeklerin güvenilirliği, Cronbach Alfa katsayısı ile ölçülmüştür. Skewness ve kurtosis değerleri, verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için kullanılmıştır. Ayrıca, Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile ölçek skorlarının normal dağılımı takip edip etmediği kontrol edilmiştir. Normal dağılımın teyit edilmesi sonrasında, öğrencilerin kaygı durumları arasındaki potansiyel farklılıkları değerlendirmek için bağımlı ve bağımsız örneklem t-testleri uygulanmıştır. Korelasyon analizi, değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için 0,05 p değeri eşiği kabul edilmiştir. Tüm analizler IBM SPSS Statistics version 23 programı ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Bu çalışma, 188 bireyden oluşan bir katılımcı grubunu incelemiştir. Araştırmada cinsiyet dağılımı dikkate alındığında, %51,6'sı (97 kişi) kadın ve %48,4'ü (91 kişi) erkek olarak belirlenmiştir. Yaş dağılımı incelendiğinde,

katılımcıların büyük bir kısmı 23 ve 24 yaş aralığında (%73,4) yer almakta, diğer yaş gruplarına ait katılımcı sayıları ise görece düşük kalmaktadır. Medeni durum açısından, katılımcıların %97,3'ü (183 kişi) bekar iken, sadece %2,7'si (5 kişi) evli olarak kaydedilmiştir. Sağlık durumlarına yönelik veriler incelendiğinde, katılımcıların %83,5'i (157 kişi) herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadıklarını belirtirken, %16,5'lik bir kesim (31 kişi) kronik hastalık sahibi olduğunu ifade etmiştir. Araştırma sonuçları, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%68.1) orta düzeyde kaygı yaşadığını göstermiştir. Hafif kaygı seviyesine sahip olan katılımcıların oranı %18.6 iken, ağır kaygı seviyesinde olanların oranı %13.3 olarak belirlenmiştir. Araştırmada, staj sürecinin başlangıcı ve sonu arasında yapılan (STAI-1) ölçümlerine dayanarak, stajın öğrencilerin kaygı seviyeleri üzerinde anlamlı bir etki yaratmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen istatistiksel bulgular, staj öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri arasındaki ortalama farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğunu göstermektedir ($p=0.946$)

Sonuç: Staj programlarının süresi ve içeriği ile öğrencilerin kişisel deneyimlerinin, onların kaygı seviyeleri üzerinde etkili olabileceği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, bu faktörlerin ileride daha detaylı bir şekilde incelenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Staj süresinin uzatılması, daha etkili bir yapılandırma ve öğrencilere daha fazla pratik uygulama fırsatı sunulması önerilir. Ayrıca, öğrencilerin kaygı deneyimlerini daha iyi anlamak için kapsamlı ve çok boyutlu yaklaşımların benimsenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimliği Stajı, Mecburi Hizmet, Kaygı Seviyeleri, Durumluk ve süreklilik kaygı envanteri (STAI 1-2)

8.ABSTRACT

The Effect of Family Medicine Field Education on Anxiety Status of Final Year Medical School Students Before compulsory public service

Aim: Today, medical education is a comprehensive process that requires students to be equipped not only with academic knowledge but also with professional practice and real life experiences. This study, which was conducted among Term VI students at Akdeniz University Faculty of Medicine, aims to evaluate the changes in students' anxiety levels before and after clinical internships. In particular, we examine their anxiety before compulsory service and the potential impact of the family medicine internship on their anxiety.

Method: Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency and percentage distributions) were calculated for sociodemographic variables and anxiety measures as baseline analysis. The reliability of the scales was measured by Cronbach's alpha coefficient. Skewness and kurtosis values were used to test the conformity of the data to normal distribution. In addition, Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov tests were used to check whether the scale scores followed a normal distribution. After confirming the normal distribution, dependent and independent sample t-tests were applied to assess potential differences between students' anxiety states. Correlation analysis was used to examine the relationships between variables. A p-value threshold of 0.05 was accepted for statistical significance. All analyses were performed with IBM SPSS Statistics version 23 software.

Findings: This study examined a participant group of 188 individuals. Considering the gender distribution, 51.6% (97 individuals) were female and 48.4% (91 individuals) were male. In terms of age distribution, most of the participants were between the ages of 23 and 24 (73.4%), while the number of participants belonging to other age groups was relatively low. In terms of marital status, 97.3% (183 people) of the participants were single, while only 2.7% (5 people) were married. In terms of health status, 83.5% of the participants (157 people) stated that they did not have any chronic diseases, while 16.5% (31 people) stated that they

had chronic diseases. The results of the study showed that the majority of the participants (68.1%) experienced moderate anxiety. The rate of participants with mild anxiety was 18.6%, while the rate of those with severe anxiety was 13.3%. Based on the (STAI-1) measurements made between the beginning and the end of the internship process, it was determined that the internship did not have a significant effect on students' anxiety levels. The statistical findings show that the mean difference between the anxiety levels before and after the internship is statistically insignificant ($p=0.946$).

Conclusion: It is emphasized that the duration and content of internship programs and students' personal experiences may have an impact on their anxiety levels. In this context, these factors should be examined in more detail in the future. It is recommended that the duration of the internship should be extended, structured more effectively and students should be offered more opportunities for practical application. It is also emphasized that comprehensive and multidimensional approaches should be adopted to better understand students' anxiety experiences.

Keywords: Family Medicine Internship, Compulsory Service, Anxiety Levels, State Trait and Trait Anxiety Inventory (STAI 1-2)

9. KAYNAKLAR

1. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical Student Mental Health 3.0. Acad Med. 2014 Apr;89(4):573–7.
2. Fisher CD. Organizational socialization: an integrative review. Res Pers Hum Resour Manag [Internet]. 1986 [cited 2022 Dec 13];4:101–45. Available from: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1572261550424555648.bib?lang=en>
3. Sitobata M, Mohammadnezhad M. Transitional challenges faced by medical intern doctors (IDs) in Vanuatu: a qualitative study. Med Educ Online. 2022 Dec 31;27(1).
4. Çıtlı R, Ketten M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Uzmanlık Tercihleri ve Mesleki Kaygı Düzeyleri. J Gaziosmanpaşa Univ Fac Med. 2021 Dec 26;13(3):171–92.
5. Gökteş Dörtöl B. Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası ile ilgili düşünceleri, kariyer seçimleri ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2017 Dec;16(50):12–21.
6. Yeniçeri N. , Mevsim V. , Özçakar N. , Özkan S. , Güldal D. BO. Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması,. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2007;21(1):19–24.
7. Köksal S. , Vehid S. , Tunçkale A. , Çerçel A. , Erginöz E. , Kaypmaz A. , Sipahioğlu F. ÖA. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası ile ilgili tutumları. Cerrahpaşa Tıp Derg. 2014;30(4).
8. Cihan FG, Kutlu R, Karademirci MM. İntörn Doktorların Stresle Başa Çıkma Durumları ile Gelecek Kaygı Düzeyleri. J Acad Res Med. 2017;7(3):122–7.
9. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. Am Fam Physician. 2015 May 1;91(9):617–24.
10. Balcı Yapalak A, Uçar A, Yüce S, Ataç Ö. Tıpta Uzmanlık Seçimini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İstanbul Tıp Fakültesi Derg. 2021

Jan 20;84(1):12–21.

11. Köksal Yasin Y, Öztürk S, Dereboy Ç, Okyay P. A Qualitative Research on the Occupational Anxieties Final Year Medical Students in Medical Faculty, Aydın. Tıp Eğitimi Dünyası. 2018 Jul 23;17(52):35–49.
12. Nesanır N, Yashı G, Gökel G, Çakmak H, Demirtaş H, Dizen E, et al. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Çalışma Koşulları Hakkındaki Bilgi ve Düşünceleri. STED. 2007;16(6):79–85.
13. Keleş Ş. Türkiye’de Hekimlik Mesleğinde Mecburi Hizmet Yükümlülüğünün Tıp Tarihi, Tıp Hukuku ve Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folk Tıp Derg. 2021 Jan 26;11(1):131–50.
14. Resmi Gazete , Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Ankara. 1987;
15. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013, Madde 3, a. In.
16. Rakel RE. Essentials of Family Medicine.e. Textbook of Family Practice. 4th Editio. Philedelphia: WB Saunders Company; 1993. 1–8 p.
17. Rakel RE, Rakel DE. Textbook of Family Practice. 9th ed. 2019. 4–5 p.
18. Leeuwenhorst P. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. 1974.
19. Bentzen BG, Bridges C, Carmichael L, Ceitlin J, Feinbloom R, Metcalf D, et al. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a Statement From Wonca , 1991. Wonca. 1991.
20. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. 3rd ed. 2009. 3–18 p.
21. Özcan S, Ünlüoğlu İ, Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği. Aile Doktorları için Kurs Notları (1. Aşama) TC Sağlık Bakanlığı Revize edilmiş Materyal Ankara, 2008:27-29.
22. Ak M. Derleme / Rewiew Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği [Internet]. Vol. 17. 2010 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/Definition GP-FM.htm>.
23. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu. Resmi Gazete. 2004;

24. Aktaş ÖE, Çakır G. Family physicians' views about family practice application: A questionnaire. *Ege J Med.* 2012;51(1):22–9.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, Aile Hekimliği Rotasyon ve Süreleri, 2019.
26. Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları 1. Aşama. 2004. 17–30 p.
27. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barselona, Spain; 2002.
28. Kessler RC, Wai TC, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun;62(6):617–27.
29. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* 2013 May;43(5):897–910.
30. Dağ İ. Psikoloji ıışığında Kaygı. *Doğu Batı Derg.* 1999;(6):167–74.
31. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı. *Remzi Kitabevi*; 1990. 274–276 p.
32. Craske MG, Rauch SL, Ursano R, Prenoveau J, Pine DS, Zinbarg RE. What is an anxiety disorder? Vol. 26, *Depression and Anxiety.* 2009. p. 1067–8.
33. Damsa C, Kosel M, Moussally J. Current status of brain imaging in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2009 Jan;22(1):96–110.
34. Martin EI, Ressler KJ, Binder E, Nemeroff CB. The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. *Psychiatr Clin North Am.* 2009 Sep;32(3):549–75.
35. Torgersen S. Genetic Factors in Anxiety Disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1983 Oct 1;40(10):1085.
36. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun 1;62(6):593.

37. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
38. Roy-Byrne PP. Panic disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. 2021.
39. American Psychiatric Association D and APA and others. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American psychiatric association Washington, DC; 2013. 5 p.
40. Craske MG, Kircanski K, Epstein A, et al.; DSM V Anxiety; OC Spectrum; Posttraumatic and Dissociative Disorder Work Group. Panic disorder: a review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(2).
41. Goodwin RD, Gotlib IH. Panic attacks and psychopathology among youth. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Mar 30;109(3):216–21.
42. Jack MS, Heimberg RG, Mennin DS. Situational Panic Attacks: Impact On Distress And Impairment Among Patients With Social Phobia. *Depress Anxiety*. 1999;10:112–8.
43. Tükel Raşit. Panik Bozukluğu. *Klin Psikiyatr*. 2002;(3):5–13.
44. Taylor CB. Panic disorder. *BMJ*. 2006 Apr 22;332(7547):951–5.
45. Díez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez Planell L. Agorafobia. *Med Clin (Barc)*. 2002 Jan 1;119(2):60–5.
46. NAMLI Z, ÖZBAY A, TAMAM L. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2022 Mar 31;14(1):46–56.
47. Tearnan BH, Telch MJ, Keefe P. Etiology and onset of agoraphobia: A critical review. *Compr Psychiatry*. 1984 Jan 1;25(1):51–62.
48. Davidson J. Agoraphobia. In: *International Encyclopedia of Human Geography*. Elsevier; 2009. p. 54–7.
49. Asher M, Asnaani A, Aderka IM. Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clin Psychol Rev*. 2017 Aug 1;56:1–12.
50. Cremers HR, Roelofs K. Social anxiety disorder: a critical overview of

- neurocognitive research. *WIREs Cogn Sci*. 2016 Jul 30;7(4):218–32.
51. Pelissolo A, Abou Kassm S, Delhay L. Therapeutic strategies for social anxiety disorder: where are we now? *Expert Rev Neurother*. 2019 Dec 2;19(12):1179–89.
 52. Çoban A. Ülkemizde Eğitim Yönetiminin Gelişim Süreci ve Öğretmenlik Mesleğinin Karakteristiklerinin İncelenmesi. *J Soc Res Behav Sci*. 2023;9(18):494–504.
 53. Nebel-Schwalm M, Spano PS, Davis TE. Specific Phobias. In: *Comprehensive Clinical Psychology*. Elsevier; 2022. p. 356–72.
 54. Oar EL, Farrell LJ, Ollendick TH. Specific Phobia. *Pediatr Anxiety Disord*. 2019 Jan 1;127–50.
 55. Bokor G, Anderson PD. Obsessive-compulsive disorder. *J Pharm Pract*. 2014 Feb 27;27(2):116–30.
 56. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Jan 26;15(1):53–63.
 57. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive–compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014 Jun 20;15(6):410–24.
 58. Brock H, Hany M. Obsessive-Compulsive Disorder. *StatPearls*. 2023 May 29;
 59. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2015 Nov 15;92(10):896–903.
 60. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Roberts NP. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2015 Nov 26;351:h6161.
 61. Thakur A, Choudhary D, Kumar B, Chaudhary A. A Review on Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Symptoms, Therapies and Recent Case Studies. *Curr Mol Pharmacol*. 2022 Jun 26;15(3):502–16.
 62. Yetter T, Masten E. Post-traumatic stress disorder. *JAAPA*. 2022 May 1;35(5):62–3.
 63. Auxéméry Y. Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis. *Presse Med*. 2018 May 1;47(5):423–30.

64. Diagnostik og behandling af posttraumatisk stress-syndrom | Ugeskriftet.dk [Internet]. [cited 2023 Aug 7]. Available from: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/diagnostik-og-behandling-af-posttraumatisk-stress-syndrom>
65. Roque AP. Pharmacotherapy as Prophylactic Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2015 Sep 2;36(9):740–51.
66. Plag J, Schumacher S, Ströhle A. Generalized anxiety disorder. *Nervenarzt*. 2014 Sep 1;85(9):1185–94.
67. Ünsalver BÖ, Balcıoğlu İ. Yaygın anksiyete bozukluğu: Epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Derg*. 2006;37(3):115–20.
68. Eroğlu MZ, Annagür BB, İçbay E. Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi. *Gaziantep Med J*. 2012 Apr 1;18(3):143–7.
69. Erdem M, Çelik C, Yetkin S, Özgen F. Erdem ve ark. 203 Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı Anger level and anger expression in generalized anxiety disorder. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2008;9:203–7.
70. Hershenberg R, Gros DF, Brawman-Mintzer O. Role of Atypical Antipsychotics in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *CNS Drugs*. 2014 Jun 5;28(6):519–33.
71. Schiele MA, Domschke K. Separation anxiety disorder. *Nervenarzt*. 2021 May 1;92(5):426–32.
72. Silove D, Rees S. Separation anxiety disorder across the lifespan: DSM-5 lifts age restriction on diagnosis. *Asian J Psychiatry*. 2014 Oct 1;11:98–101.
73. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(6):1074–83.
74. Patel AK, Bryant B. Separation Anxiety Disorder. *JAMA*. 2021 Nov 9;326(18):1880.

75. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 10;10(1):21.
76. Mohatt J, Bennett SM, Walkup JT. Treatment of Separation, Generalized, and Social Anxiety Disorders in Youths. *Am J Psychiatry*. 2014 Jul 1;171(7):741–8.
77. Hua A, Major N. Selective mutism. *Curr Opin Pediatr*. 2016 Feb 1;28(1):114–20.
78. Kristensen H, Ørbeck B. Selektiv mutisme hos barn og unge. *Tidsskr Den Nor legeforening*. 2021 Nov 22;141(17).
79. Rogoll J, Petzold M, Ströhle A. Selektiver Mutismus. *Nervenarzt*. 2018 May 29;89(5):591–602.
80. Driessen J, Blom JD, Muris P, Blashfield RK, Molendijk ML. Anxiety in Children with Selective Mutism: A Meta-analysis. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2020 Apr 24;51(2):330–41.
81. Muris P, Ollendick TH. Current Challenges in the Diagnosis and Management of Selective Mutism in Children. *Psychol Res Behav Manag*. 2021 Feb;Volume 14:159–67.
82. Sakurai H, Inada K, Aoki Y, Takeshima M, Ie K, Kise M, et al. Management of unspecified anxiety disorder: Expert consensus. *Neuropsychopharmacol Reports*. 2023 Jun 21;43(2):188–94.
83. Aslan S, Bideci A, Özkan S, Türkçüoğlu S, Çakır N, Dursun A, et al. Bir Tıp Fakültesindeki İntern Doktorların Dönem 6 Eğitimleri Süresince Aldıkları Stajlar Hakkındaki Geribildirimlerinin Değerlendirilmesi.
84. Tanıtım - Tıp Fakültesi [Internet]. [cited 2023 Aug 9]. Available from: <https://tip.akdeniz.edu.tr/tr/tanitim-4430>
85. Dönem 6 Koordinatörlüğü. Akdeniz Üniveristesi Tıp Fakültesi Dönem 6 Eğitim Kılavuzu. p. 2022–3.
86. Mecburi Hizmet | TTB [Internet]. [cited 2022 Dec 14]. Available from: https://www.ttb.org.tr/menu_goster.php?Guid=df1bc302-769e-11e7-9986-54b29146220c
87. View of The State-Trait Anxiety Inventory | Revista Interamericana de

Psicología/Interamerican Journal of Psychology.

88. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [Internet]. [cited 2023 Aug 21]. Available from:
<https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>
89. Wenzel A. State-Trait Anxiety Inventory. In: The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology. 2455 Teller Road, Thousand Oaks, California 91320: SAGE Publications, Inc.; 2017. p. 3–4.
90. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayını, İstanbul, 1983.
91. Braend AM, Gran SF, Frich JC, Lindbaek M. Medical students' clinical performance in general practice – Triangulating assessments from patients, teachers and students. Med Teach. 2010 Jan 30;32(4):333–9.
92. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005 Sep;83(3):457–502.
93. Deveci S. The relationship between anxiety level and health, social and demographical factors in the students of a newly established university in Eastern Anatolia. Dicle Med J / Dicle Tip Derg. 2012 Jun 10;39(2):189–96.
94. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PSP, Itaquí Lopes MH, De Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. BMC Med Educ. 2016 Oct 26;16(1):1–9.
95. Tektaş N. Üniversite Mezunlarının Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Selcuk Univ J Inst Soc Sci Dr Mehmet YILDIZ Spec Ed. 2014;243–53.
96. Karaoglu N, Coskun O, Budakoglu II. Meram Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Özanlayışlarına Karşın Yalnızlık, Umutsuzluk Ve Anksiyete Düzeyleri. Tıp Eğitimi Dünyası. 2017;48:49–54.
97. Türkçapar Ü. Güreşçilerin Farklı Değişkenler Açısından Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. GEFAD / GUJGEF. 2012;32(1):129–40.
98. Çıtıl R, Ketten M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Uzmanlık Tercihleri ve Mesleki Kaygı Düzeyleri Specialization Preferences and Professional Anxiety Levels of Medical Faculty Students. Gaziosmanpaşa Üniversitesi

- Tıp Fakültesi Derg. 2021;13(3):171–92.
99. Yılmaz M, Tellioglu M, Arıkan İ. Sağlıkta Şiddet: Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mesleğe Bakışına Etkisi. Online Türk Sağlık Bilim Derg. 2021 Sep 5;6(3):404–12.
100. Ergin A, Uzun SU, Topaloğlu S. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Sürekli Kaygı ve Mesleki Kaygı Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Etkenler. Med J Mugla Sitki Kocman Univ. 2016 Dec;3(3):16–21.
101. Günay O, Sevinç N, Ergun Aslantaş E. Hastanede yatan çocukların annelerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler. Turkish J Public Heal. 2017;3(15):176–87.
102. Baştürk M, Koç EM, Sözman MK, Arslan M, Albaş S. Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Durumları, Anksiyete Düzeyleri ve 4207 Sayılı Kanun Hakkındaki Tutumları. Konuralp Tıp Derg. 2018;10(3):282–8.

10.EKLER

Ek 1: Etik kurul onayı

Kişisel verileri koruma konunu gereği Etik Kurul kararı paylaşılamamıştır.



Ek 2: Anket formu

AİLE HEKİMLİĞİ ALAN EĞİTİMİ’NİN TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE DEVLET HİZMET YÜKÜMLÜLÜĞÜ (DHY) ÖNCESİ OLAN KAYGI DURUMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Değerli katılımcı;

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Aile Hekimliği Alan Eğitimi’nin Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinde Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) öncesi olan kaygı durumları üzerindeki etkisi” için planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Birinci bölümdeki sorular sizin sosyodemografik özelliklerinizle ilgilidir ve siz izin vermediğiniz sürece kesinlikle gizli tutulacaktır. İkinci bölümde Durumluk Kaygı Ölçeği vardır. Üçüncü bölümde ise Süreklilik Kaygı Ölçeği vardır. Yanıtladığınız anket verileri araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1) Adınız Soyadınız:

2)Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3)Yaşınız:

4)Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekar

5)Annenizin eğitim durumu nedir?

1)Okur-yazar değil 2) Okuryazar 3) İlköğretim 4) Lise 5) Üniversite

6)Babanızın eğitim durumu nedir?

1)Okur-yazar değil 2) Okuryazar 3) İlköğretim 4) Lise 5) Üniversite

7) Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız var mı?

1)Evet (Lütfen belirtiniz.....) 2)Hayır

8) Dönem VI Aile Hekimliği Stajı’nı yaptınız mı?

1) Evet 2) Hayır

STAI FORM TX – I

İsim: Cinsiyet: Yaş:
Meslek:Tarih:/...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin Sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

STAI FORM TX – 2

İsim: Cinsiyet:

Yaş: Meslek: Tarih:/...../.....

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz Şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)

39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

