



Original Research / Orijinal Araştırma

Mental Health of Primary Care Workers During Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Dönemindeki Ruh Sağlığı: Kesitsel Bir Çalışma

Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE¹, Sercan BULUT ÇELİK², Fatima ÇELİK³, Vasfiye DEMİR PERVANE¹, Memduha AYDIN⁴, Kürşat ALTINBAŞ⁵

Abstract

Objective: Increased workload, fear of becoming infected and spreading the virus, and uncertainties about the disease have created a serious psychological burden on primary care workers who undertake important tasks in the COVID-19 pandemic. The aim of this study was to determine the stress, anxiety and depression levels, coping styles and related factors caused by the pandemic, which left deep traces in the society, in primary health care workers.

Method: Between July and September 2020, an online questionnaire consisting of questions about sociodemographic characteristics and problems that may be experienced during the pandemic period, and the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), Coping Styles Scale Brief Form (Brief-COPE) and Impact of Events Scale Revised Form (IES-R) were administered to 316 family physicians and family health workers (FHWs).

Results: Of the healthcare workers, 59.5% (n=188) were physicians, 49.7% (n=157) were women, and their professional experience were 11.6±7.5 years. The frequency of traumatic stress, anxiety and depressive symptoms were 55.7% (n=176), 40.8% (n=129) and 71.8% (n=227), respectively. Traumatic stress was found to be higher in women (p=0.001), in those who had chronic patients at home (p=0.011), in those who stated that they could not easily reach the personal protective equipment (PPE) (p<0.001), and in those who did not feel safe themselves in terms of COVID-19 while working (p=0.007). Anxiety levels of FHWs were found to be higher (p=0.001). Those with significantly higher levels of both anxiety and depression were women (p<0.001 and p=0.006, respectively), those with chronic patients at home (p=0.001 and p=0.004, respectively), those who stated that they could not easily access PPE (p<0.001 and p=0.002, respectively), and those who did not feel safe themselves in terms of COVID-19 while working (both p<0.001). It was found that both adaptive and maladaptive coping styles were used more by women (p<0.001 and p=0.042, respectively) and adaptive styles were used more by those who were married and by FHWs (p=0.030 and p=0.032, respectively). It was determined that traumatic stress was 68% less common in physicians compared to FHWs (OR: 0.32 [95% CI: 0.15-0.71], p=0.018). The presence of stress was found to be a risk factor for both anxiety (OR: 2.74 [95% CI: 1.38-5.45], p=0.004) and depression (OR: 2.11 [95% CI: 1.03-4.32], p=0.042).

Conclusion: Regular monitoring to assess the effects of the pandemic on primary care workers and implementing appropriate programmes to provide emotional, psychological and social support to healthcare workers should be a top priority during the pandemics.

Key words: COVID-19 pandemic, primary care workers, traumatic stress, anxiety, depression, coping styles

Özet

Amaç: COVID-19 pandemisinde önemli görevler üstlenen birinci basamak çalışanlarında artan iş yükü, enfekte olma ve hastalığı yayma korkusu, hastalık hakkındaki belirsizlikler gibi nedenler ciddi psikolojik yük oluşturmuştur. Bu çalışmadaki amaç; toplumda derin izler bırakan pandeminin birinci basamak sağlık çalışanlarında yarattığı stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini, baş etme stillerini belirleyip ilişkili faktörleri incelemektir.

Metot: Temmuz ve Eylül 2020 tarihleri arasında 316 aile hekimi ve aile sağlığı elemanına (ASE) sosyodemografik özellikler ve pandemi döneminde yaşanabilecek sorunlara dair sorular ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF) ve Olayların Etkisi Ölçeği Revize Formundan (OEÖ-R) oluşan bir online anket uygulanmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının %59,5'i (n=188) hekim, %49,7'si (n=157) kadın, meslekteki hizmet yılları 11,6±7,5 idi. Travmatik stres, anksiyete ve depresif belirti sıklığı sırasıyla %55,7 (n=176), %40,8 (n=129) ve %71,8 (n=227) idi. Travmatik stresin kadınlarda (p=0,001), evinde kronik hasta olanlarda (p=0,011), kişisel koruyucu ekipmana (KKE) kolay ulaşamadığını belirtenlerde (p<0,001), çalışırken kendini COVID-19 açısından güvende hissetmeyenlerde (p=0,007) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ASE'lerin anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (p=0,001). Hem anksiyete hem de depresyon seviyeleri anlamlı düzeyde yüksek bulunanlarda kadınlar (sırasıyla p<0,001 ve p=0,006), evinde kronik hasta olanlar (sırasıyla p=0,001 ve p=0,004), KKE'ye kolay ulaşamadığını belirtenler (sırasıyla p<0,001 ve p=0,002), çalışırken kendini COVID-19 açısından güvende hissetmeyenler (her iki p<0,001) idi. Hem adaptif hem de maladaptif başa çıkma stillerini kadınların (sırasıyla p<0,001 ve p=0,042); adaptif stilleri evlilerin ve ASE'lerin daha fazla kullandıkları saptanmıştır (sırasıyla p=0,030 ve p=0,032). Hekimlerde travmatik stresin ASE'lere oranla %68 daha az görüldüğü (OR: 0,32 [%95 GA: 0,15-0,71], p=0,018); belirlenmiştir. Stres varlığının hem anksiyete (OR: 2,74 [%95 GA: 1,38-5,45], p=0,004) hem de depresyon (OR: 2,11 [%95 GA: 1,03-4,32], p=0,042) için risk faktörü olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Birinci basamak çalışanlarının pandemi etkileri açısından düzenli izlenmesi ve sağlık çalışanlarına duygusal, ruhsal ve sosyal destek vermek için uygun programların hayata geçirilmesi pandemilerde birincil öncelik olmalıdır.

Anahtar kelimeler: COVID-19 pandemisi, birinci basamak çalışanları, travmatik stres, anksiyete, depresyon, başa çıkma stilleri

Geliş tarihi / Received: 09.04.2024 Kabul tarihi / Accepted: 05.10.2024

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Diyarbakır

²GAP Aile Sağlığı Merkezi, Batman

³İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Başkanlığı Hizmetleri Eğitim Birimi, Batman

⁴Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Konya

⁵Serbest Hekim, Konya

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Diyarbakır

E-posta: gamzebucaktepe@gmail.com Tel: +90 542 5521033

Erten Bucaktepe PG, Bulut Çelik S, Çelik F, Demir Pervane V, Aydın M, Altınbaş K. *Mental Health of Primary Care Workers During Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study*. TJFMPC, 2025; 19 (1):4-14

DOI: 10.21763/tjfmipc.1467060

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care © 2024 by Aile Hekimliği Akademisi Derneği is licensed under CC BY-NC-ND 4.0

Giriş

Koronavirus 2019 (COVID-19) pandemisi yirmi birinci yüzyılın en önemli sorunlarından biri olmuş, sosyal ve psikolojik yıkıcı etkileri dünya çapında hayatın her köşesinde hissedilmiştir.¹ Bu dönemde yaşanan hasta olma ve damgalanma korkusu, sosyal kısıtlama ve kapanmalar, ekonomik faaliyetlerde azalma ile oluşan gelir ve iş kayıpları gibi hayatı olumsuz etkileyen durumlar insanların ruh sağlığını da etkilemiş, mental hastalık yükünün çok ciddi boyutlara ulaşmasına neden olmuştur.²

Pandemide artan iş yükü ve değişen iş düzeni nedeniyle sağlık çalışanlarının ruhsal açıdan salgından oldukça fazla etkilendiği görülmektedir.^{1,3} Salgının yükünü birçok açıdan omuzlarında taşıyan, bu dönemde rutin hizmetlerinin yanı sıra filyasyon ve COVID-19 aşılması gibi pandemiyle ilgili görevler de üstlenen birinci basamak çalışanları pandemiden etkilenen sağlık çalışanlarının başında gelmektedir.⁴ Yapılan çalışmalarda bu dönemde en sık tespit edilen psikolojik sorunların arasında stres, depresyon ve anksiyetenin önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmaktadır.⁵ Bu psikolojik sorunlar yaşam kalitesini azaltmakta, işlevsellikte azalmaya neden olabilmekte, intihar riskini arttırmaktadır.⁶ Üstelik pandemilerin oluşturduğu ruhsal etkiler salgından çok sonra bile devam edip kalıcı hale gelebilmekte, bu da sorunun tespiti ve gerekli önlemlerin erkenden alınmasının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.⁷ Ayrıca sağlık çalışanlarını etkileyen her türlü olumsuz durum aynı zamanda iş gücü ve performans kaybı sonucunda hizmet sunumunun, dolayısıyla da tüm toplumun etkilenmesi anlamına gelmektedir.⁴ Epidemiler ve afetler gibi acil ve yerinde müdahale gerektiren durumlarda etkin cevap verme ve optimum hasta bakımı sağlayabilme ancak yüksek kaliteli ve kusursuz işleyen bir birinci basamakla mümkün olabilmektedir.⁸

Bu bağlamda çalışmanın amacı; salgında ön safhada görevler üstlenerek aktif çalışan, birey ve toplum sağlığına önemli katkılarda bulunan birinci basamaktaki aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının (ASE) stres, anksiyete ve depresif belirti sıklıklarını saptayıp pandemi sürecinden nasıl etkilendiklerini, ilişkili faktörleri ortaya koymak ve bu durumla nasıl baş ettiklerini tespit etmektir.

Metot

Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Batman ve Diyarbakır'da 2020 yılında aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimleri ve ASE'ler oluşturmuştur. Batman'da 199 aile hekimi ve 199 ASE'den 194'ü (104 hekim ve 90 ASE), (%48 cevap oranı), Diyarbakır'da ise 496 aile hekimi ve 496 ASE'den 122'si (84 hekim ve 38 ASE), (%12 cevap oranı) olmak üzere toplam 188 aile hekimi ve 128 ASE çalışmaya katılmıştır. Her iki şehir için total cevap oranı %22'dir. Çalışmanın dahil edilme ve hariç bırakma kriteri bulunmayıp akıllı telefon aracılığıyla ulaşılan her sağlık çalışanından anketi gönüllülük esası ile doldurması istenmiştir. Çalışmada sağlık çalışanlarının hepsine online olarak ulaşılması hedeflenmiş olup herhangi bir örneklem hesaplaması yapılmamıştır. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmadığından örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek amacı ile G Power 3.1.9.7 programı ile yapılan post hoc güç analiziyle, güç %99 olarak hesaplanmış; bu çalışmada kullanılan örneklem büyüklüğünün analizler için yeterli güce sahip olduğunu göstermiştir.

Veri Toplama Araçları

Katılımcılara önce sosyodemografik özellikleri ve çalışırken kendilerini güvende hissedip hissetmedikleri, evlerinden ayrı kalıp kalmadıkları, psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları gibi pandemi döneminde yaşanabilecek sorunlara dair sorular sorulmuş; daha sonra duygu durumlarına yönelik Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), zor durumlarla nasıl baş ettiklerini öğrenebilmek için Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF) ve COVID-19 salgınından ne kadar etkilendiklerini tespit edebilmek için de Olayların Etkisi Ölçeği Revize Formunu (OEÖ-R) doldurmaları istenmiştir.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddetini ölçmek üzere Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, Aydemir ve ark. tarafından 1997'de Türkçeye uyarlanmıştır.^{9,10} Ölçek dördümlü likert tipinde hazırlanmış olup toplam 14 sorudan oluşmaktadır; bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Her bir ölçek maddesi 0 ile 3 arasında puanlanmakta ve her bir boyuttan minimum 0, maksimum 21 puan alınabilmektedir; yüksek puanlar artan riski göstermektedir. Türkiye'de yapılan çalışmada anksiyete alt ölçeği kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği kesme puanı ise 7/8 bulunmuştur; bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada kesme puanları anksiyete için 11 ve üstü, depresyon için 8 ve üstü alınmıştır. Bu örneklem için iç tutarlılık katsayısı (Cronbach α) anksiyete boyutu için 0,857, depresyon boyutu için 0,822 olarak hesaplanmıştır.

Baş Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF), Carver ve ark.'nın 1989'da geliştirdiği uzun formunun yine Carver tarafından 1997'de kısaltılmasıyla geliştirilmiştir.¹¹ İnsanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmak amacıyla kullanılmaktadır.

Bacanlı ve ark. tarafından 2013 yılında Türkçeye uyarlanmıştır.¹² Ölçek dörtlü likert tipinde (1. Asla böyle bir şey yapmam, 2. Çok az böyle yaparım, 3. Orta derecede böyle yaparım, 4. Çoğunlukla böyle yaparım) hazırlanmış olup toplam 14 boyut ve 28 maddeden oluşmaktadır. Her bir alt boyut ayrı değerlendirilmekte ve ayrı ayrı (minimum 2, maksimum 8) puanlanmaktadır. Puanların düşüklüğü o boyutun az kullanıldığına, puanların yüksekliği ise o boyutun daha fazla kullanıldığına işaret etmektedir. Ölçeğin planlama, araçsal sosyal destek kullanma, mizah, duygusal sosyal destek kullanma, olumlu yeniden yorumlama, dine yönelme, diğer etkinlikleri bırakma, kabullenme alt boyutları adaptif başa çıkma stillerinin kullanımını; yadsıma, kendini sınırlandırma, zihinsel olarak ilgiyi kesme, davranışsal olarak ilgiyi kesme, madde kullanımı, duygulara odaklanma ve ortaya koyma alt boyutları ise maladaptif başa çıkma stillerinin kullanımını göstermektedir. Ölçeğin bu örnekleme için tutarlılık katsayısı (Cronbach α) 0,803 olarak saptanmıştır.

Olayların Etkisi Ölçeği Revize Formu (OEÖ-R), travmatik olaylar karşısındaki psikolojik stres düzeyini ölçmede kullanılmaktadır. Weiss ve Marmar tarafından 1997'de geliştirilmiş olup Türkçeye Çorapçioğlu ve ark. tarafından 2006'da uyarlanmıştır.^{13,14} Ölçekte son 7 gündeki belirtilerin şiddetinin 0 (hiç)-4 (çok fazla) arasında likert tipinde puanlandığı 3 alt boyut (yeniden yaşama, kaçınma, aşırı uyarılma) ve 22 soru bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun kesme puanı 24-33 arasında alınmakta, yüksek puanlar yüksek strese işaret etmektedir. Bu çalışmada kesme puanı olarak 31 alınmış olup 31 ve üstünde alınan puanlar travmatik stres varlığı olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin bu örnekleme için tutarlılık katsayısı (Cronbach α) 0,951 olarak tespit edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Çalışma, 2020 yılı Temmuz-Eylül ayları arasında Diyarbakır ve Batman'daki Aile Sağlığı merkezlerinde çalışan 188 aile hekimi ve 128 ASE ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının yoğun çalıştıkları ve sosyal mesafenin korunması gerektiği göz önüne alınarak anket katılımcılara online olarak akıllı telefonları üzerinden gönderilmiş, bunun için Google Forms programı kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formu ve anketler Google Forms'a yüklenmiş, aile hekimi ve ASE'lere en çok kullanılan sosyal ağ uygulaması olan whatsapp aracılığı ile gönderilmiştir. Tamamlanan anketler Google Forms programından Microsoft excel programına aktarılmış, veriler kontrol edildikten sonra analiz için istatistik programına yüklenmiştir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 27.0 (IBM Corp., Armonk, USA) programı kullanılmıştır. Numerik değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve % (yüzde) ile gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Kolmogorov-Smirnov testi, histogram ve skewness-kurtosis ile bakılmış, normal dağılımdan önemli bir sapma olmadığı tespit edilmiştir. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Student t testi, sürekli veriler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Travmatik stres, anksiyete ve depresyonun yordayıcılarını belirlemek amacı ile tek değişkenli testlerde anlamlılık düzeyi $p<0,25$ saptanan değişkenler için çok değişkenli lojistik regresyon analizi (enter metodu ile) yapılmıştır. Ayrıca ölçeklerin bu örneklem için güvenilirlik (Cronbach α) katsayısı da hesaplanmıştır. Hipotezler çift yönlü olup %95 güven aralığında $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Etik İlkeler

Çalışma için etik kurul onayı Diyarbakır için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 04.06.2020, No: 200) Batman için Selçuk Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'ndan (Tarih: 03.06.2020 ve 2020/222 Karar No) alınmıştır. Çalışma COVID-19 ile ilgili olduğu için gerekli diğer izinler (Bakanlık izni gibi) de alınmıştır. Araştırma, "Aydınlatılmış Onam, Gizlilik ve Gizliliğin Korunması ve Özerklik Saygı" etik ilkelerine ve Helsinki Bildirgesine uygun yapılmıştır. Sosyodemografik veri formu ve anketler Google Forms'a yüklenirken bunun elektronik bir anket olduğu göz önüne alınarak bilgilendirilmiş gönüllü onam formu da Google Forms'da oluşturulup katılımcılardan çevrimiçi ankete başlamadan önce okunmak üzere çalışma hakkında bilgi içeren bir metin eklenmiş ve bir onay kutusu özelliği aracılığıyla bilgilendirilmiş onam vermeleri istenmiş, metin okunup onam verildikten sonra anket doldurulmaya başlanabilecek şekilde düzenlenmiştir.

Bulgular

Sağlık çalışanlarının %59,5'i (n=188) hekim, %49,7'si (n=157) kadındı. Yaş ortalamaları 36,0±7,9 (20-66), meslekteki hizmet yılları 11,6±7,5 (2 ay-38 yıl) idi. Yüz seksen altısı (%58,9) KKE'ye kolay ulaşıldığını, 119'u (%37,7) hastaların COVID-19 tedbirlerine uymadığını belirtmiş olup çalıştıkları ortamda kendilerini güvende hissedenlerin oranı %16,5 (n=52) idi. Bu süreçte %43,4'ü (n=137) psikolojik destek alma ihtiyacı duyduğunu belirtirken travmatik stres, anksiyete ve depresif belirti sıklığı oranları sırasıyla %55,7 (n=176), %40,8 (n=129) ve %71,8 (n=227) idi (Tablo 1).

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler*	n/Ortalama	%/SS (min-maks)
Meslek/Doktor	188	59,5
Cinsiyet/Kadın	157	49,7
Yaş	36,0	7,9 (20-66)
Meslekte hizmet yılı	11,6	7,5 (2 ay-38 yıl)
Çalışılan Şehir/Batman	194	61,4
Medeni durum/Evli	235	74,4
Sigara içme	106	33,5
Kronik hastalık varlığı	61	19,3
Evdeki kişi sayısı	3,8	1,5 (0-10)
Evde >65 yaş kişi varlığı	37	11,7
Evde kronik hasta varlığı	87	27,5
Bu süreçte evden ayrı kalma	104	32,9
Yakın çevrede COVID-19 geçiren kişi varlığı	216	68,4
Hastaların tedbirlere uymadığını düşünme	119	37,7
Kişisel koruyucu ekipmana kolay ulaşım	186	58,9
Çalışılan ortamda COVID-19 açısından güvende hissetme	52	16,5
Psikolojik destek alma ihtiyacı hissetme	137	43,4
Psikolojik destek alma	11	3,5
Travmatik stres varlığı (OEÖ-R)	176	55,7
Anksiyete riski varlığı (HADÖ)	129	40,8
Depresif belirti varlığı (HADÖ)	227	71,8

*Tanımlayıcı istatistikler, frekans tabloları kullanılmıştır. SS: Standart sapma, COVID-19: Koronavirüs hastalığı-2019, OEÖ-R: Olayların etkisi ölçeği-revize formu, HADÖ: Hastane anksiyete depresyon ölçeği.

Katılımcıların HADÖ depresyon boyutu puanı (9,7±4,5) ve OEÖ-R toplam puanı (34,7±18,6) ortalamalarının kesme puanlarının üstünde olduğu; adaptif başa çıkma stillerinden en çok kullanılanların dine yönelme (6,0±2,0) ile planlama (6,0±1,5), maladaptif stillerden de duygulara odaklanma ve ortaya koyma (5,1±1,6) ile kendini sınırlandırma (4,9±1,3) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Ölçek ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ortalama±SS* (minimum-maksimum)
Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	
Anksiyete	9,9±4,4 (0-21)
Depresyon	9,7±4,5 (0-21)
Olayların Etkisi Ölçeği-Revize Formu	
Yeniden Yaşama	13,3±7,9 (0-32)
Kaçınma	12,1±6,1 (0-30)
Aşırı Uyarılma	9,3±6,3 (0-24)
Toplam	34,7±18,6 (0-81)
Başa Çıkma Stilleri Ölçeği	
Adaptif Stiller	43,3±7,3 (16-60)
Planlama	6,0±1,5 (2-8)
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	5,9±1,5 (2-8)
Mizah	4,3±1,5 (2-8)
Duyusal Sosyal Destek Kullanma	4,9±1,3 (2-8)
Olumlu Yeniden Yorumlama	5,5±1,6 (2-8)
Dine Yönelme	6,0±2,0 (2-8)
Diğer Etkinlikleri Bırakma	5,2±1,3 (2-8)
Kabullenme	5,6±1,4 (2-8)
Maladaptif Stiller	24,4±4,5 (12-39)
Yadsıma	3,4±1,4 (2-8)
Kendini Sınırlandırma	4,9±1,3 (2-8)
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	4,6±1,4 (2-8)
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	3,8±1,5 (2-8)
Madde Kullanımı	2,6±1,3 (2-8)
Duyulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	5,1±1,6 (2-8)

*Tanımlayıcı istatistikler SS: Standart sapma

Başa çıkma stillerinden hem adaptif hem de maladaptif stilleri kadınların erkeklerden anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,042$); evlilerin evli olmayanlara ve ASE'lerin de hekimlere göre adaptif stilleri anlamlı düzeyde daha çok kullandıkları saptanmıştır (sırasıyla $p=0,030$ ve $p=0,032$). Travmatik stres düzeylerinin kadınlarda erkeklerden ($p=0,001$), evinde kronik hasta olanların olmayanlardan ($p=0,011$), KKE'ye kolay ulaşamadığını belirtenlerin kolay ulaştığını belirtenlerden ($p<0,001$), çalışırken kendini COVID-19 açısından güvende hissetmeyenlerin güvende hissedenlerden ($p=0,007$), yakın çevresinde COVID-19 geçiren kişi olanların olmayanlardan ($p=0,001$), psikolojik destek alma ihtiyacı duyanların duymayanlardan ($p<0,001$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ASE'lerin ($p=0,001$) ve evinden ayrı kaldığını belirtenlerin ($p=0,014$) anksiyete düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti. Hem anksiyete hem de depresyon seviyeleri anlamlı düzeyde yüksek bulunurlarsa kadınlar (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,006$), evinde kronik hasta olanlar (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,004$), KKE'ye kolay ulaşamadığını belirtenler (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,002$), çalışırken kendini COVID-19 açısından güvende hissetmeyenler (her iki $p<0,001$), yakın çevresinde COVID-19 geçiren kişi olanlar (her iki $p<0,001$) ve psikolojik destek alma ihtiyacı hissettiğini (her iki $p<0,001$) belirtenlerdi (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Anksiyete	Depresyon	Travmatik Stres	Adaptif Stiller	Maladaptif Stiller
Meslek	Hekim	9,2±4,3	9,4±4,6	33,8±17,8	42,5±7,1	24,0±4,1
	ASE	10,9±4,3	10,2±4,4	36,1±19,7	44,3±7,6	25,0±5,0
	<i>t</i>	-3,433	-1,538	-1,053	-2,160	-1,898
	<i>p</i> *	0,001	0,125	0,293	0,032	0,059
Cinsiyet	Erkek	8,7±4,3	9,0±4,5	31,2±17,2	41,7±7,2	23,9±4,0
	Kadın	11,0±4,1	10,4±4,4	38,2±19,2	44,8±7,1	24,9±4,9
	<i>t</i>	-4,877	-2,763	-3,452	-3,774	-2,038
	<i>p</i> *	<0,001	0,006	0,001	<0,001	0,042
Medeni durum	Evli değil	10,0±4,4	9,8±4,5	34,2±20,1	41,7±7,9	24,2±4,9
	Evli	9,8±4,4	9,7±4,5	34,9±18,0	43,9±7,1	24,5±4,4
	<i>t</i>	0,236	0,144	-0,298	-2,180	-0,507
	<i>p</i> *	0,813	0,885	0,766	0,030	0,613
Kronik hastalık	Yok	9,7±4,3	9,6±4,5	34,3±18,6	43,4±7,5	24,2±4,6
	Var	10,4±4,8	10,1±4,5	36,5±18,2	42,4±6,8	25,0±4,0
	<i>t</i>	-1,109	-0,706	-0,824	0,999	-1,197
	<i>p</i> *	0,268	0,481	0,410	0,319	0,232
Evde >65 yaş kişi	Yok	9,7±4,4	9,6±4,5	34,2±18,6	43,3±7,4	24,4±4,5
	Var	11,1±4,2	10,9±4,5	39,0±18,2	43,1±7,0	24,3±4,7
	<i>t</i>	-1,865	-1,731	-1,488	0,128	0,118
	<i>p</i> *	0,063	0,084	0,138	0,898	0,906
Evde kronik hasta	Yok	9,4±4,3	9,3±4,5	33,1±18,2	43,5±7,5	24,4±4,5
	Var	11,2±4,3	10,9±4,4	39,0±19,0	42,6±7,0	24,4±4,7
	<i>t</i>	-3,298	-2,930	-2,573	1,030	-0,138
	<i>p</i> *	0,001	0,004	0,011	0,304	0,890
Bu süreçte evden ayrı kalma	Hayır	9,4±4,2	9,4±4,4	33,8±17,8	43,9±6,6	24,4±4,1
	Evet	10,7±4,7	10,3±4,7	36,7±20,0	42,0±8,5	24,3±5,3
	<i>t</i>	-2,465	-1,638	-1,263	1,937	0,252
	<i>p</i> *	0,014	0,102	0,208	0,054	0,801
Kişisel koruyucu ekipmana kolay ulaşım	Hayır	11,0±4,2	10,7±4,1	39,6±17,9	43,2±6,9	24,6±4,5
	Evet	9,1±4,4	9,1±4,7	31,3±18,3	43,3±7,7	24,2±4,5
	<i>t</i>	3,960	3,133	4,005	-0,045	0,827
	<i>p</i> *	<0,001	0,002	<0,001	0,964	0,409
Çalışılan ortamda COVID-19 açısından güvende hissetme	Hayır	10,4±4,1	10,2±4,0	36,0±18,3	43,2±7,0	24,5±4,5
	Evet	7,0±4,8	7,3±6,0	28,4±18,8	43,5±9,0	23,6±4,6
	<i>t</i>	5,317	4,360	2,719	-0,306	1,407
	<i>p</i> *	<0,001	<0,001	0,007	0,760	0,161
Yakın çevrede COVID-19 geçiren kişi varlığı	Hayır	8,3±3,6	8,1±4,1	29,7±16,3	44,4±7,0	24,0±3,8
	Evet	10,6±4,6	10,5±4,5	37,0±19,1	42,7±7,4	24,5±4,8
	<i>t</i>	-4,682	-4,543	-3,300	1,830	-0,938
	<i>p</i> *	<0,001	<0,001	0,001	0,068	0,349
Psikolojik destek alma ihtiyacı hissetme	Hayır	7,7±3,6	8,0±4,4	27,4±16,5	43,5±7,4	23,7±4,2
	Evet	12,7±3,6	12,0±3,5	44,3±16,7	42,9±7,3	25,3±4,7
	<i>t</i>	-12,293	-9,125	-8,968	0,737	-3,350
	<i>p</i> *	<0,001	<0,001	<0,001	0,462	0,001

*Bağımsız Gruplarda t Testi yapılmıştır. COVID-19: Koronavirüs hastalığı-2019

Ölçek puanlarının birbirleriyle ve yaş ve meslekte hizmet yılı ile ilişkisi Tablo 4'te gösterilmiştir. Yaşla travmatik stres ($r=-0,126$, $p=0,025$), anksiyete ($r=-0,215$, $p<0,01$) ve depresif belirti sıklığı ($r=-0,140$, $p=0,013$); meslekteki hizmet yılı ile anksiyete ($r=-0,170$, $p=0,002$) ve depresif belirti sıklığı ($r=-0,124$, $p=0,027$) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Maladaptif başa çıkma stillerinin kullanımının artmasıyla travmatik stres ($r=0,466$, $p<0,01$), anksiyete ($r=0,258$, $p<0,01$) ve depresif belirti sıklığının ($r=0,146$, $p=0,009$) arttığı tespit edilmiştir. Travmatik stresin de hem anksiyete ($r=0,621$, $p<0,01$) hem de depresif belirti ile ($r=0,522$, $p<0,01$) pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür.

Tablo 4: Yaş, Hizmet Yılı ve Ölçek Puanlarının Birbirleriyle Korelasyonları

	(1)†	(2)†	(3)†	(4)†	(5)†	(6)†
Yaş (1)						
Meslekte hizmet yılı (2)	0,920**					
Adaptif başa çıkma stilleri (3)	0,008	0,016				
Maladaptif başa çıkma stilleri (4)	-0,077	-0,067	0,275**			
Travmatik stres (5)	-0,126*	-0,110	0,142*	0,466**		
Anksiyete (6)	-0,215**	-0,170**	-0,070	0,258**	0,621**	
Depresyon (7)	-0,140*	-0,124*	-0,025	0,146**	0,522**	0,785**

* $p<0,05$; ** $p<0,001$ düzeyinde anlamlı. †Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları travmatik stresin risk faktörlerinin kadın cinsiyet (OR: 2,11 [%95 GA: 1,01-4,44], $p=0,048$), psikolojik destek alma ihtiyacı hissetme (OR: 2,16 [%95 GA: 1,13-4,13], $p=0,019$), adaptif ve maladaptif stillerin kullanımı (sırasıyla OR: 1,05 [%95 GA: 1,00-1,10], $p=0,035$ ve OR: 1,26 [%95 GA: 1,16-1,36], $p<0,001$) ile anksiyete varlığı (OR: 2,76 [%95 GA: 1,39-5,46], $p=0,004$) olduğunu göstermiştir. Hekimlerde travmatik stresin ASE'lere oranla %68 daha az görüldüğü (OR: 0,32 [%95 GA: 0,15-0,71], $p=0,018$) saptanmıştır. Psikolojik destek alma ihtiyacı duyanlarda anksiyetenin yaklaşık 3 kat (OR: 2,95 [%95 GA: 1,58-5,48], $p<0,001$), depresyonun yaklaşık 4 kat (OR: 3,87 [%95 GA: 1,71-8,76], $p=0,001$) fazla görüldüğü; adaptif başa çıkma stili puanındaki her bir birimlik artışın anksiyete düzeyinde %7 azalmayla ilişkili olduğu (OR: 0,93 [%95 GA: 0,89-0,98], $p=0,002$) belirlenmiştir. Travmatik stres varlığının hem anksiyete (OR: 2,74 [%95 GA: 1,38-5,45], $p=0,004$) hem de depresyon (OR: 2,11 [%95 GA: 1,03-4,32], $p=0,042$) için risk faktörü olduğu, anksiyete varlığının depresyonu 19 kat (OR: 19,21 [%95 GA: 5,56-66,38], $p<0,001$), depresyon varlığının da anksiyeteyi 20 kat (OR: 20,41 [%95 GA: 5,79-72,00], $p<0,001$) arttırdığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Travmatik Stres, Anksiyete ve Depresyonun Prediktif Faktörlerinin Multivaryant Lojistik Regresyon ile Analizi

	Travmatik Stres varlığı (≥31)		Anksiyete varlığı (≥11)		Depresyon varlığı (≥8)	
	OR (%95 GA)	p*	OR (%95 GA)	p*	OR (%95 GA)	p*
Meslek (Hekim)	0,32 (0,15-0,71)	0,005	1,37 (0,62-3,01)	0,441	1,63 (0,71-3,78)	0,253
Cinsiyet (Kadın)	2,11 (1,01-4,44)	0,048	1,70 (0,79-3,68)	0,178	0,90 (0,41-2,00)	0,797
Yaş	0,97 (0,93-1,01)	0,133	0,98 (0,93-1,02)	0,249	1,01 (0,97-1,05)	0,657
Evde >65 yaş kişi varlığı	0,64 (0,23-1,77)	0,389	0,79 (0,29-2,17)	0,650	1,37 (0,41-4,61)	0,614
Evde kronik hasta varlığı	2,62 (1,19-5,78)	0,017	1,14 (0,53-2,44)	0,736	0,71 (0,29-1,72)	0,451
Bu süreçte evden ayrı kalma	1,16 (0,61-2,19)	0,652	0,89 (0,46-1,69)	0,714	1,29 (0,63-2,66)	0,490
Yakın çevrede COVID-19 geçiren kişi varlığı	1,18 (0,63-2,24)	0,607	1,70 (0,85-3,40)	0,135	1,66 (0,85-3,24)	0,140
Kişisel koruyucu ekipmana kolay ulaşım	0,73 (0,40-1,32)	0,302	1,17 (0,63-2,16)	0,627	0,62 (0,32-1,22)	0,168
Çalışırken COVID-19 açısından güvende hissetme	0,81 (0,36-1,81)	0,609	0,48 (0,19-1,23)	0,125	0,58 (0,27-1,26)	0,168
Psikolojik destek alma ihtiyacı	2,16 (1,13-4,13)	0,019	2,95 (1,58-5,48)	<0,001	3,87 (1,71-8,76)	0,001
Adaptif başa çıkma stilleri kullanımı	1,05 (1,00-1,10)	0,035	0,93 (0,89-0,98)	0,002	1,04 (0,99-1,09)	0,104
Maldaptif başa çıkma stilleri kullanımı	1,26 (1,16-1,36)	<0,001	1,00 (0,94-1,08)	0,912	0,99 (0,91-1,08)	0,811
Travmatik stres varlığı	-	-	2,74 (1,38-5,45)	0,004	2,11 (1,03-4,32)	0,042
Anksiyete varlığı	2,76 (1,39-5,46)	0,004	-	-	19,21 (5,56-66,38)	<0,001
Depresif belirti varlığı	1,96 (0,97-3,96)	0,062	20,41 (5,79-72,00)	<0,001	-	-
Model ($\chi^2(14); p$)	131,691; p<0,001		146,588; p<0,001		127,271; p<0,001	
Hosmer-Lemeshow testi, p	0,547		0,245		0,544	
Nagelkerke R ² (%)	45,6		50,1		47,7	
Sınıflandırılmış vakalar (%)	76,6		79,4		79,4	

*Multivaryant Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır. COVID-19: Koronavirüs hastalığı-2019, GA: Güven Aralığı, OR: Odds oranı-Odds Ratio

Tartışma

Bu çalışma pandemilerin birinci basamakta oluşturduğu psikolojik yükü gözler önüne sermekte, pandeminin ilk döneminde birinci basamak sağlık çalışanlarının çok ciddi oranlarda travmatik stres (%55,7), anksiyete (%40,8) ve depresif semptom (%71,8) yaşadığını göstermektedir. Çalışmayla aynı dönemde Mersin’de yapılan bir çalışmada aile hekimlerinde depresif belirti sıklığı benzer şekilde %71 bulunmuş olmakla beraber, %78 anksiyete sıklığı bu çalışmada tespit edilenin neredeyse iki katıdır.¹⁵ Hırvatistan’da pandeminin ikinci dalgasında bu çalışmadakiyle aynı ölçekler kullanılmış, HADÖ ile anksiyete düzeyi %60, depresyon %52; OEÖ-R ile de travmatik stres %45 oranında tespit edilmiştir.¹⁶ Fransa’da pandeminin ilk kapanma dönemine denk gelen Nisan 2020’de yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %42’sinin psikolojik zorluk tariflediği ancak travmatik stres oranlarının %11 olduğu saptanmıştır.¹⁷ Aynı dönemde Kolombiya’da her 10 aile hekiminden 4’ünün anksiyete semptomları sergilediği, yaklaşık %65’inin iş kaynaklı stres yaşadıkları bildirilmiştir. Anksiyete belirtisi gösterenlerin daha çok sosyal ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmiş olmaları ve daha fazla psikosomatik yakınmalarının olduğunun tespit edilmesi dikkat çekicidir.¹⁸ Salgının etkilerini derinden hissetmiş olan İtalya’dan bir çalışmada aile hekimlerinin %30’unun orta-ciddi düzeyde depresif belirti gösterdiği, depresif belirti gösterenlerin anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁹ Yine İtalya’dan bir çalışmada 2020 ve 2021 yıllarında 6 ay arayla yapılan, pandeminin ilk ve ikinci dalgalarını kapsayan iki ayrı değerlendirmede ilk dalgada kadınların daha fazla psikolojik belirti gösterdiği ve genel olarak ikinci dalgada aile hekimlerinin psikolojik sıkıntılarının arttığı çünkü iş yüklerinin fazlaştığı bildirilmiştir.²⁰ Amerika’nın Kansas eyaletinden bir çalışmada aile hekimlerinin öncesine göre stres düzeylerinin pandemide çalıştıkları yere bağlı olarak iki katına kadar çıktığı tespit edilmiştir.²¹ Endonezya’daysa

aile hekimlerinde hem kendi ülkelerindeki hem de dünyadaki en düşük düzeyler arasında olan depresyon (%13), anksiyete (%20) ve stres oranları (%11) tespit edilmiş, sonuçlar verilerin pandeminin toplanma zamanına ve ülkenin coğrafyasına bağlanmıştır.²² Bu da ülkeler arası oran farklılıklarının sosyal, kültürel, çevresel farklılıklarla; çalışma koşullarıyla, o ülkedeki COVID-19 şiddet ve yayılımıyla, yönetsel yaklaşım farklılıklarıyla açıklanabileceğini göstermektedir.

Sadece katılımcıların %16,5'i çalıştığı ortamda kendini güvende hissettiğini belirtmiş, yaklaşık %33'ü evinden ayrı kaldığını, %41'i KKE'ye kolay ulaşamadığını bildirmiştir. Katılımcıların %43,4 gibi önemli bir oranı psikolojik destek alma ihtiyacı hissettiğini belirtirken %3,5'i destek aldığını ifade etmiştir. Pandeminin başında Çin'de birinci basamak hekimlerinin psikolojik belirtilerinin incelendiği bir çalışmada hekimlerin yaklaşık %30'unun psikolojik sıkıntılarının olduğu tespit edilmiştir.²³ Aynı çalışmada katılımcıların daha yüksek oranda (%74,3) KKE'lerinin yeterli olduğunu düşündüğü saptanmıştır.

Başta çıkma stillerinden adaptif özellikte olanlarının puanlarının maladaptif özellikte olanlarından daha yüksek olması, katılımcıların daha çok adaptif stilleri kullandığını göstermektedir. Bunlar arasında planlama, dine yönelme, araçsal sosyal destek kullanma ve kabullenmenin daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Maladaptif stillerden en çok kullanılanlar duygulara odaklanma ve ortaya koyma ile kendini sınırlandırma olsa da yine de adaptif stillerden duygusal sosyal destek kullanma ve mizah hariç olmak üzere daha az kullanıldıkları dikkat çekmektedir. Her iki tip başta çıkma stilini de kadınların daha fazla kullandığı; ASE ve evli olanlarınsa adaptif stilleri daha çok kullandığı tespit edilmiştir. Ülkemizde pandemi döneminde sağlık çalışanlarında yapılmış bir çalışmada en çok adaptif stillerin ve bunlar arasında da kabullenme, planlama ve dine yönelmenin kullanıldığı; adaptif stillerden daha az oranda olsa da maladaptif stillerden duygulara odaklanma ve ortaya koyma ile zihinsel olarak ilgiyi kesmenin kullanıldığı belirtilmiştir.²⁴ Aynı çalışmada hemşire ve diğer sağlık personelinin bu çalışmadakiyle benzer şekilde adaptif stilleri daha fazla kullandığı görülmüştür.

Bu çalışmada kadınların, evinde kronik hastalığı bulunan kişi olanların, KKE'ye kolay ulaşamadığını belirtenlerin, çalışma ortamında kendini güvende hissetmeyenlerin, yakın çevresinde COVID-19 geçiren kişi olanların ve psikolojik destek alma ihtiyacı duyanların travmatik stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak ASE ile evinden ayrı kalanların da anksiyete düzeyleri daha yüksektir. Benzer şekilde Fransa'da kadın aile hekimlerinin stres düzeyleri daha yüksek bulunmuş, daha fazla tükenmişlik semptomu sergiledikleri belirtilmiştir.¹⁷ Kolombiya'da da anksiyete semptomlarının daha çok kadınlarda görüldüğü bildirilmiştir.¹⁸ Aynı çalışmada iş ortamında devlet ve iş veren tarafından korunduğunu düşünenlerin anksiyete oranları daha düşük bulunmuş, pandemi ve afet dönemlerinde yönetsel uygulama ve desteğin çalışanların psikolojik durum ve dolayısıyla iş verimleri için önemine dikkat çekilmiştir. İspanya'da ülke çapında birinci basamak çalışanlarının neredeyse yarısının belirgin psikolojik sıkıntı yaşadığı, çalışmamızla benzer olarak kadınların, evde yaşlı veya bağımlı hastası olanların, hekim dışı personelin daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir.²⁵ Hırvatistan'daki çalışmada da kadınların stres, anksiyete ve depresif belirti düzeyleri belirgin olarak yüksek saptanmıştır.¹⁶

Pandemide birinci basamak hekimlerinin nasıl etkilendiğini inceleyen 31 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede aile hekimlerinin dünya çapında stres, depresyon, anksiyete, korku, tükenmişlik gibi belirtiler gösterdikleri belirtilmiş ve en belirgin ortak nokta olarak kadın hekimlerin bu belirtileri daha fazla yaşadıkları vurgulanmıştır.⁵ Ayrıca pandemi öncesi yapılmış çalışmalarda birinci basamak çalışanlarında başta stres ve tükenmişlik olmak üzere psikolojik sıkıntılarının zaten var olduğunun gösterildiği, pandeminin bu durumu daha da kötüleştirdiği vurgulanmaktadır.¹⁶ Benzer bir yorum kadınların erkeklerden daha çok etkilenmesi için de yapılmakta, var olan farkın belirginleşerek ortaya çıktığı belirtilmektedir.¹⁶

Bu dönemde sadece işte değil evde de orantısız olarak bakım ve sorumluluk üstlenen kadınların daha fazla psikolojik baskı hissetmesi kaçınılmazdır. Böyle özel ve acil durumlarda kadınları özellikle destekleyecek politikalar geliştirip girişimlerde bulunmak gerekmektedir. Benzer bir durum ASE'ler için de geçerlidir çünkü genelde iş tecrübeleri daha az ve yaşları daha küçük olabilmekte, dolayısıyla iş koşullarının acil durumlarda kontrol ve yönetim zorlukları üzerlerinde daha fazla baskı ve psikolojik yük oluşturabilmektedir. Ancak yaşanan her zorluk, deneyim ve dayanıklılık kazandıracaktır.

İngiltere'de birinci basamakta yapılan bir çalışmada da aile hekimlerinin endişelerinin önemli bir kaynağı olarak KKE kısıtlılığı gösterilmiştir.²⁶ Özellikle İtalya'da pandeminin ilk dalgasında hızla artan vaka sayıları ve yoğun bakım talebinin KKE temini sorunu yaratması da endişeye neden olmuş, KKE'nin yeterli olmadığını düşünenlerin daha fazla depresif belirti gösterdiği saptanmıştır.^{19,20} Hırvatistan'daki çalışmada ise KKE'nin yeterli olmadığını düşünenlerin oranı %70'lerdeydi ve bu durum iyi korunamayan çalışanların ailelerine hastalık bulaştırma endişesi yaşamalarına neden olmuştur.¹⁶ COVID-19'un çok değişik belirtilerle kendini gösterebildiği ve birinci basamağın ayrışmamış hasta bakımı verdiği göz önüne alındığında aile hekimi ve ASE'lerin virüsle karşılaşma ve bulaştırma ihtimallerinin yüksek olduğu görülmekte, bunu önlemek için yeteri kadar ve uygun KKE temini ve kullanımı hem toplum hem de sağlık çalışanları için hayati önem taşımaktadır. Dolayısıyla KKE temininde yaşanacak aksaklıklar

çalışanlarda ciddi sıkıntı yaratabilmektedir. Bu çalışmayla aynı şekilde Çin'deki birinci basamak çalışanlarında yapılmış bir çalışmada enfeksiyon bakımından kendilerini riskli algılayan, güvende hissetmeyenlerin strese girdiği ve bunun da bir dizi psikolojik sorun oluşturduğu gösterilmiştir.²³

Daha yaşlı ve hizmet yılı daha fazla olan sağlık çalışanlarının daha düşük düzeyde anksiyete ve depresif belirti seviyelerine sahip olduğu görülmüş olup bu durum salgınlarda hem hayat deneyimlerinin hem de mesleki tecrübenin önemini gözler önüne sermektedir. Üstelik yaşla stres düzeylerinin azaldığı da saptanmış; stres, anksiyete ve depresyonun da birbirleriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde Kolombiya'da anksiyetesi olan aile hekimlerinin stres oranları da yüksek bulunmuştur.¹⁸ Yaşla stres düzeyinin arttığını bildiren çalışmalar da mevcuttur; örneğin Hırvatistan'da yaşla ve mesleki tecrübeyle hem stres hem de anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı gösterilmiştir.^{5,16,23} Çalışanların psikolojik sıkıntılarının yaşla ilişkisinin saptanmadığını bildiren çalışmalar da vardır.²⁰ Yaşla elde edilen farklı sonuçların nedeni kültürel algılar olabileceği gibi çalışma koşulları ve ülkelerin uyguladıkları politikaların farklılıklarından ve verilerin pandeminin değişik zamanlarında toplanmasından da kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda stres, anksiyete ve depresif belirti sıklığı fazla olanların maladaptif stil kullanımının da fazla olduğu tespit edilmiştir. Amerika Texas'tan bir çalışmada da sağlık çalışanlarında psikolojik dayanıklılıkla maladaptif stil kullanımının azaldığı bildirilmiştir.²⁷

Çok değişkenli analiz sonuçları travmatik stres açısından kadınların ve ASE'lerin daha fazla risk altında olduklarını göstermektedir. Genel olarak aile sağlığı merkezlerinde ASE olarak çalışanların daha genç ve mesleki tecrübelerinin az olması, COVID-19 ve salgın yönetimi konusunda hekimler kadar bilgi sahibi olmama ihtimali nedeniyle daha fazla strese girmeleri gayet doğaldır. Ayrıca kendini destek alma ihtiyacı duyacak kadar psikolojik açıdan sıkıntıda hissedenlerin hem stres hem de anksiyete ve depresif belirti gösterme olasılıklarının yüksek bulunması; sağlık çalışanlarının kendi ruhsal durumlarının ve ihtiyaçlarının farkında olduklarını, yönetimlerin pandemilerde strateji oluştururken ön safhada çalışan sağlıkçılara yönelik psikolojik taramalar yapması ve sonucunda riskli bulunanlar için destek hizmet birimleri oluşturması gerektiğini göstermektedir. Aynı zamanda başa çıkma stillerinin kullanımının travmatik stres varlığında arttığı, adaptif stil kullanımının anksiyete varlığında daha az olduğu belirlenmiştir. Kılıç ve ark.'nın sağlık çalışanlarında anksiyete ve başa çıkma stillerinin ilişkisini incelediği çalışmalarında maladaptif stil kullanımının anksiyete için risk faktörü, adaptif stil kullanımının azaltıcı faktör olduğu gösterilmiştir.²⁴ Cansız ve ark.'nın benzer bir çalışmada da aynı sonuçlar durumluk kaygı indeksi için bildirilmiştir.²⁸

Teorik ve pratik olumlu katkılarına rağmen çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmada başka meslek grupları veya genel popülasyondan oluşan bir kontrol grubu olmaması nedeniyle birinci basamak çalışanlarının bulguları direkt karşılaştırılamamış ancak aynı dönemde yapılmış benzer çalışmalardan yararlanılmıştır. Katılımcıların pandemi öncesi ruhsal durum ölçüm verileri olmaması sebebiyle elde edilen bulguların ne kadarının pandemiye atfedileceği tartışmalı olmakla beraber; psikolojik belirtilerin oldukça yüksek oranda tespit edilmiş olması ve birçok çalışmada da benzer durumun saptanması, mevcut bulguların pandemiden kaynaklandığını düşündürmektedir. Sonuçlar katılımcıların kendi beyanlarına dayandığından hatırlama sorunları olabileceği gibi çalışmanın online olması itibarıyla özellikle anksiyete ve depresif semptomlar için klinik görüşme yapıp tanının netleştirilmesi de mümkün olmamıştır. Pandemi koşullarında sosyal kısıtlamalardan ötürü tabakalı rastgele örneklem kullanılamaması nedeni ile katılımcıların yaş, cinsiyet, şehir, tecrübe bakımından evreni temsil etme oranı düşebilmektedir. Pandemi gibi tüm toplumu derinden etkileyen olaylarla ilgili çalışmalar planlanırken kesitsel yerine boylamsal bir dizayn kullanılması, neden-sonuç ilişkisinin ve zamansal değişimlerin daha net ortaya koyulmasını sağlayacaktır. Katılımcılara bu dönemdeki korkuları, uyku ve yeme düzenleri, tükenmişlik durumları, damgalanma gibi sosyal endişeleri, ağrı gibi psikosomatik belirtileri içeren sorular sorulmamış, çalışma nitel şekilde dizayn edilmemiştir. Çalışmanın sadece iki şehirde yapılmış olması ve düşük cevap oranları nedeni ile sonuçlar sadece katılanları kapsamakta ve bu durum hem bölge hem de ülkeye genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır.

Sonuç

Bu çalışma pandemi gibi olağanüstü dönemlerde sağlık çalışanlarının psikolojik açıdan oldukça fazla etkilendiklerini göstermektedir. Stresin kadınlarda, evinde kronik hasta olanlarda, KKE'ye kolay ulaşamadığını belirtenlerde, çalışırken kendini COVID-19 açısından güvende hissetmeyenlerde; anksiyetenin ASE'lerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların, evinde kronik hasta olanların, KKE'ye kolay ulaşamadığını belirtenlerin, çalışırken kendini COVID-19 açısından güvende hissetmeyenlerin anksiyete ve depresif belirti sıklığı açısından da risk altında oldukları görülmüştür. Hem adaptif hem de maladaptif başa çıkma stillerini kadınların; adaptif stilleri ASE'lerin fazla kullandıkları, hekimlerde travmatik stresin ASE'lere oranla daha az görüldüğü, stres varlığının hem anksiyete hem de depresyon için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Salgınların psikolojik dayanıklılığı azaltacak etkilerinden uzak durulabilmesi için stratejiler geliştirilmesi ve acil eylem planlarına dahil edilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının pandemi etkileri açısından

değerlendirilmek üzere düzenli izlenmesi ve sağlık çalışanlarına duygusal, ruhsal iyi oluş sağlamak ve sosyal destek vermek için uygun programların hayata geçirilmesi bir dahaki pandemilerde birincil öncelik olmalıdır.

Teşekkür

Bütün birinci basamak sağlık çalışanlarının pandemideki özverili çalışmalarını takdirle karşılıyor, araştırmamıza katılanlara teşekkür ediyoruz.

Finansman

Bu çalışma herhangi bir kurum veya kuruluşun finansman almamıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanmasıyla ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması beyan etmemektedir.

Kaynaklar

1. Busch IM, Moretti F, Mazzi M, Wu AW, Rimondini M. What we have learned from two decades of epidemics and pandemics: a systematic review and meta-analysis of the psychological burden of frontline healthcare workers. *Psychother Psychosom*. 2021;90(3):178-190.
2. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021;398(10312):1700-1712.
3. Chigwedere OC, Sadath A, Kabir Z, Arensman E. The impact of epidemics and pandemics on the mental health of healthcare workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6695. doi: 10.3390/ijerph18136695.
4. Li DKT. Challenges and responsibilities of family doctors in the new global coronavirus outbreak. *Fam Med Com Health* 2020;8:e000333. doi:10.1136/fmch-2020-000333.
5. Jefferson L, Golder S, Heathcote C, Avila AC, Dale V, Essex H, et al. GP wellbeing during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2022;72(718):e325-e333. doi: 10.3399/BJGP.2021.0680.
6. Carmassi C, Dell'Oste V, Barberi FM, Bertelloni CA, Pedrinelli V, Dell'Osso L. Mental health symptoms among general practitioners facing the acute phase of the COVID-19 pandemic: detecting different reaction groups. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7):4007. doi: 10.3390/ijerph19074007.
7. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*. 2012;53(1):15-23.
8. Desborough J, Dykgraaf SH, Phillips C, Wright M, Maddox R, Davis S, Kidd M. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. *Fam Pract*. 2021 Nov 24;38(6):811-825. doi: 10.1093/fampra/cmaa142.
9. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
10. Aydemir Ö. Reliability and validity of the Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Türk Psikiyatri Derg*. 1997;8(4):280-287.
11. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100.
12. Bacanlı H, Sürücü M, İlhan T. Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2013;13(1):81-96.
13. Weiss D, Marmar C. The impact of Event Scale – Revised. In: Wilson P, Keane T, editors. *Assessing psychological trauma and post-traumatic stress disorder: a handbook for practitioners*. New York: Guilford Press; 1997. p.399-411.
14. Çorapçıoğlu A, Yargıç İ, Geyran P, Kocabaşoğlu N. "Olayların Etkisi Ölçeği" (IES-R) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. *New/Yeni Symposium Journal*. 2006;44(1):14-22.
15. Türkili S, Uysal Y, Tot Ş, Mert E. Aile hekimlerinde korona virüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *TJFPMC*. 2021;15(2): 348-356. doi: 10.21763/tjfmpe.853344.
16. Vilovic T, Bozic J, Vilovic M, Rusic D, Zuzic Furlan S, Rada M, et al. Family physicians' standpoint and mental health assessment in the light of COVID-19 pandemic-a nationwide survey study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 21;18(4):2093. doi: 10.3390/ijerph18042093.
17. Lange M, Joo S, Couette PA, Le Bas F, Humbert X. Impact on mental health of the COVID-19 outbreak among general practitioners during the sanitary lockdown period. *Ir J Med Sci*. 2022;191(1):93-96.
18. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J Investig Med*. 2020;68(7):1228-1234.
19. Amerio A, Bianchi D, Santi F, Costantini L, Odone A, Signorelli C et al. Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. *Acta Biomed*. 2020 May 11;91(2):83-88.

20. Mahlkecht A, Barbieri V, Engl A, Piccoliori G, Wiedermann CJ. Challenges and experiences of general practitioners during the course of the Covid-19 pandemic: a northern Italian observational study-cross-sectional analysis and comparison of a two-time survey in primary care. *Fam Pract*. 2022;39(6):1009-1016.
21. Ofei-Dodoo S, Loo-Gross C, Kellerman R. Burnout, depression, anxiety, and stress among family physicians in Kansas responding to the COVID-19 pandemic. *J Am Board Fam Med*. 2021;34(3):522-530.
22. Sitanggang FP, Wirawan GBS, Wirawan IMA, Lesmana CBJ, Januraga PP. determinants of mental health and practice behaviors of general practitioners during COVID-19 pandemic in Bali, Indonesia: a cross-sectional study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021 May 19;14:2055-2064. doi: 10.2147/RMHP.S305373.
23. Zeng X, Peng T, Hao X, Zou C, Lin K, Liao X, et al. Psychological distress reported by primary care physicians in China during the COVID-19 pandemic. *Psychosom Med*. 2021;83(4):380-386.
24. Kılıç A, Gürcan MB, Aktura B, Şahin AR, Kökrek Z. Prevalence of anxiety and relationship of anxiety with coping styles and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Psychiatr Danub*. 2021;33(Suppl 10):161-171.
25. Aragonès E, Cura-González ID, Hernández-Rivas L, Polentinos-Castro E, Fernández-San-Martín MI, López-Rodríguez JA, et al; MINDCOVID-19 research group. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on primary care workers: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2022;72(720):e501-e510. doi: 10.3399/BJGP.2021.0691.
26. Pilbeam C, Edwards G, Tonkin-Crine S, Raymond M, Van Hecke O, Gobat N. Primary care preparedness for the SARS-CoV-2 pandemic: a survey of NHS GPs. *Fam Pract*. 2022;39(3):332-339.
27. Elliott TR, Perrin PB, Bell AS, Powers MB, Warren AM. Resilience, coping, and distress among healthcare service personnel during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021 Oct 6;21(1):489. doi: 10.1186/s12888-021-03506-6.
28. Cansız A, Aydın M, Kandeğer A, Tan Ö, Altınbaş K. Evaluation of the relationships between state-trait anxiety, coping strategies and perceived social support among frontline and non-frontline health workers during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Isr J Psychiatry*. 2021;58(2):10-18.