

# Asistan hekimlerde korona virüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı düzeyi ve tükenmişlik sendromunun incelenmesi



Examination of challenges, anxiety and burnout among assistant physicians due to corona virus outbreak

## Öz

**Amaç:** Yeni tip koronavirüs (COVID-19) pandemisi dünya çapında sağlık çalışanlarını gerek fiziksel gerekse ruhsal açıdan etkileyecek birçok zorluğu beraberinde getirmiştir. Bu çalışmada amaç, COVID-19 pandemisi sürecinde görev alan asistan hekimlerin karşılaştıkları zorlukların, kaygı yaratan durumların belirlenmesi ve tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi ve risk faktörleri için bir çerçeve sunulmasıdır.

**Yöntemler:** Çalışmamız internet üzerinden uygulanan bir anket çalışması olup, hastanemizin asistan hekimlerine sosyal platformlar üzerinden uygulanmıştır. 82 kadın, 73 erkek toplam 155 katılımcı anketi tamamlamıştır. Ankette sosyodemografik veriler ve COVID-19 pandemisi deneyimleri soru formu, Hasta Sağlık Anketi-4 ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamızda katılımcıların % 61,3'ünün (n=95) anksiyete, % 58,1'inin (n=90) depresyon yaşadığı saptanmıştır. Tükenmişlik alt ölçeklerinde ortalama puanlar "duygusal tükenme" için 21,4 (±8,4), "duyarsızlaşma" için 8,65 (±5,10) ve "kişisel başarı" için 12,6 (±5,8) olarak bulunmuştur. COVID-19 hastaları ile artmış temas sıklığı, algılanan bulaş riski, idareciler tarafından algılanan destek eksikliği, sosyal destek eksikliği, damgalanma ve aşırı sosyal medya kullanımı ile depresyon artışı, anksiyete ve tükenmişlik seviyeleri arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli bir şekilde sürdürülmesi, bu süreçte kilit rol oynayan asistan hekimlerin gerek fiziksel gerekse ruhsal açıdan iyi oluş hali ile doğrudan ilişkilidir. Bu süreçte görev alan sağlık çalışanlarının pandemi hakkında doğru bilgiye zamanında erişimlerinin sağlanması, kişisel koruyucu ekipmanlara yeterli erişim, çalışılan kurum idarecilerinin yanı sıra aile ve sosyal çevrenin desteği ile dışlanma-damgalanma deneyimlerinin en aza indirgenmesi ve sosyal medya, TV gibi mecralar kanalıyla yoğun bir biçimde pandemi haberlerine ve yanlış bilgilere maruz kalmanın engellenmesi ruhsal açıdan koruyucu olacaktır. Yine mesai düzenlemelerinin enfekte hastalar ile temas sıklığını en alt düzeyde tutacak şekilde planlanması algılanan tehdit ve buna bağlı ruhsal etkilenmeleri azaltmada etkili olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** anksiyete; asistan hekim; depresyon; pandemi; tükenmişlik

## Abstract

**Aim:** The novel coronavirus (COVID-19) pandemic has brought many difficulties that could affect healthcare workers physically and mentally together. The aim of the present study is to determine the challenges, and conditions that lead to anxiety in residents who work during the COVID-19 pandemic, evaluate burnout syndrome along with the related factors to it, and frame the risk factors.

**Methods:** Our study is a questionnaire study applied through the internet and conducted on residents on social platforms. A total of 155 participants (82 females and 73 males) completed the questionnaire. Socio-demographic data form, COVID-19 pandemic experiences form, Patient Health Questionnaire-4, and Maslach Burnout Scale were used in the study.

**Results:** Of the participants, 61.3% (n=95) were detected to have anxiety and 58.1% (n=90) were detected to have depression. In burnout subscales, the mean score was found to be 21.4 (±8.4) for "emotional burnout", 8.65 (±5.10) for "desensitization" and 12.6 (±5.8) for "personal success". Increased frequency of contact with COVID-19 patients, perceived transmission risk, lack of support from the management, lack of social support, stigmatization, and excess social media use were detected to be related to increased depression, anxiety, and burnout levels.

**Conclusion:** Maintenance of health services effectively and qualified during the pandemic is suggested to be related to both the physical and mental well-being of residents who play a key role during this process. Ensuring timely access to accurate information about the pandemic of the healthcare professionals involved in this process, adequate access to personal protective equipment, minimizing the experience of exclusion and stigmatization with the support of the family and social environment as well as preventing exposure to news and false information through ways such as social media and TV will be psychologically protective. Again, planning the working arrangements in a way to keep the frequency of contact with infected patients at the lowest level will be effective in reducing the perceived threat and related psychological effects.

**Keywords:** anxiety; burnout; depression; pandemic, resident

Seda Türkili<sup>1</sup>, Eda Aslan<sup>1</sup>, Şenel Tot Acar<sup>1</sup>, Semra Erdoğan<sup>2</sup>, Gamze Gülerüz<sup>1</sup>, Beyza Erdoğan Aktürk<sup>1</sup>, Emre Özasan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup> Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

Geliş/Received : 06.10.2021

Kabul/Accepted: 05.12.2021

DOI: 10.21673/anadoluklin.1005533

Yazışma yazarı/Corresponding author

Seda Türkili

Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çiftlikköy, Yenisehir, Mersin, Türkiye  
E-posta: sedadeg@gmail.com

## ORCID

Seda Türkili: 0006-0002-0079-060X

Eda Aslan: 0000-0002-8795-2834

Şenel Tot Acar: 0000-0001-8586-3961

Semra Erdoğan: 0000-0003-2935-0760

Gamze Gülerüz: 0000-0001-5012-7163

Beyza E. Aktürk: 0000-0002-5072-9241

Emre Özasan: 0000-0003-4589-3095

## GİRİŞ

İlk defa 2019 yılı Aralık ayında hayatımıza giren COVID-19 pandemisi hızlı yayılımı ve yüksek mortalite oranları nedeniyle tüm dünyada toplum dengelerini önemli ölçüde etkilemiştir. Ülkemizde ilk vakanın görüldüğü 2020 yılı Mart ayında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hızla yayılan ve pek çok ülkeyi etkisi altına alan hastalığı “pandemi” olarak ilan etmiştir (1). Gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerde başta sağlık hizmetleri olmak üzere eğitim-öğretim, istihdam, sosyal etkinlikler gibi pek çok alan olumsuz etkilenmiştir. Böylesi büyük, yıkıcı etkileri olan bir sağlık krizinde devletin her birimine önemli görev ve sorumluluklar düşmekle birlikte en büyük sorumluluk sağlık sektörüne ve sağlık çalışanlarına düşmüştür. Bu süreçte dünyanın pek çok yerinde sağlık hizmeti sunumunda görev tanım ve dağılımları yeniden şekillenmiştir.

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastanelerinin büyük kısmı “pandemi hastanesi” ilan edilmiştir. Bir yandan uzmanlık eğitimi alırken diğer yandan sağlık hizmeti üreten ve ülkemizde sayıları 30.000’i bulan asistan hekimler pandemi ile mücadelenin baş aktörleri haline gelmişlerdir. Bu süreçte artan iş yükü, uzun mesailer sonucu yüksek viral maruziyet, plansız ve adil olmayan görev dağılımları, uzmanlık alanı dışında çalışma, aksayan eğitim süreci, hastalara yeterli olamamak ile ilgili endişeler asistan hekimlerin karşılaştığı başlıca zorluklar olmuştur. Ayrıca kişisel koruyucu ekipmanlara (KKE) erişim güçlükleri, hastalanma ve/veya hastalığı sevdiklerine bulaştırma endişesi ile bunun sonucunda evden ayrılmak, sosyal destekten mahrum kalmak, damgalanma, meslektaşlarının hastalanmasına tanık olmak, sağlık sisteminin kapasitesinin aşıldığı durumlarda yoğun bakım yatakları, ventilatörler gibi kısıtlı kaynakların adil dağılımında karar verici olmak ve bu süreçle ilgili ileride karşılaşılabilecekleri yasal süreçlerin endişesi gibi etkenler genç hekimlerin sadece bedensel değil ruhsal açıdan da son derece olumsuz deneyimler yaşamalarına neden olmuştur. Tüm bunların yanında yıllık izin ve istifaların iptali, ek ödemelerde adil olmayan dağılımlar ve hız kesmeden devam eden sağlıkta şiddet olayları, sürecin yönetimini daha da güç hale getirmiştir.

Gerek geçmiş pandemilerde, gerekse güncel COVID-19 pandemisinde yapılan araştırmalar, sağlık

çalışanlarının ruhsal belirti ve bozukluk geliştirme açısından büyük risk altında olduğunu; anksiyete, depresyon, duygusal stres, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), alkol/madde kullanım bozukluğu ve tükenmişlik sendromunun sağlık çalışanlarında genel popülasyona göre daha sık görüldüğünü göstermiştir (2-4). 2003 yılı SARS salgını sonrasında yapılan bir çalışmada, SARS’lı hastaları tedavi eden hastanelerde, etmeyenlere kıyasla ciddi derecede yüksek tükenmişlik, psikolojik stres ve post-travmatik stres tespit edilmiştir (2). Yine 2003 SARS salgını ile ilgili sağlık çalışanlarında yapılan bir diğer çalışmada da katılımcıların %29’unda olası duygusal stres ve tükenmişlik bulguları tespit edilmiştir (3). 2004 yılında Hong-Kong’da SARS salgını sırasında ön cephe sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada kontrollerine kıyasla yüksek derecede anksiyete ve tükenmişlik düzeylerinin saptandığı ve anksiyete skorları ile tükenmişlik seviyesinin ilişkili olduğu tespit edilmiştir (5). Halen devam etmekte olan COVID-19 salgını sırasında Çin’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %50,4’ünde depresyon, %44,6’sında anksiyete, %34’ünde insomni ve %71,5’inde duygusal stres semptomları bildirilmiştir (6). Yine bu süreçte Çin’de 958 sağlık çalışanının değerlendirildiği bir diğer çalışmada da katılımcıların %54,2’sinde anksiyete, %58’inde depresyon ve %55,1’inde duygusal stres tespit edilmiştir (7). İtalya’da, COVID-19 hastalarının bakımı ile doğrudan ilgilenen sağlık çalışanlarında işle ilgili yoğun psikolojik baskı ve somatik semptomların olduğu ve bu çalışanlarda gerek pandemi öncesi dönem İtalya örnekleme, gerekse SARS pandemisindeki bildirimlere göre anlamlı derecede yüksek duygusal tükenmişlik seviyeleri bildirilmiştir (8). COVID-19 pandemisinde 60 ülkeden 2707 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada, %51 oranında tükenmişlik bildirilmiştir (9).

Bir pandemi döneminde sağlık çalışanlarının ruhsal etkilenmeleri ile ilişkili faktörlere baktığımızda, birçok araştırma daha genç yaş ve meslekte geçirilen süre ve deneyimin daha az olması durumunda ruhsal belirtilerin daha sık yaşandığını göstermiştir (3, 10-13). Geçmiş SARS salgınında yapılan bir araştırma, genç doktorların, akut durumlarda birinci basamak bakımının genellikle kendilerine bırakıldığı konusunda baskı ve kırgınlık hissettiklerini bildirmektedir (14). Geçmiş SARS/MERS pandemileri ve güncel COVID-19

pandemi sürecinde yapılan araştırmalar, dışlanma ve algılanan damgalanmanın da sağlık çalışanlarının %20-50'sinde saptandığını ve duygusal stres, TSSB, tüklenmişlik başta olmak üzere olumsuz ruh sağlığı sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (2,6,15,16).

Güncel COVID-19 pandemisi sürecine baktığımızda sağlık çalışanlarının ruhsal durumu ile ilgili yapılan araştırmaların genel olarak tüm sağlık çalışanlarını kapsadığını, büyük çoğunluğu tıp mesleğinin başlarında olan asistan hekimler ile ilgili çalışmaların az sayıda olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızın amacı, genç yaşta ve farklı klinik branşlarda uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimlerin pandemi gibi büyük bir sağlık krizi sürecinde yaşadıkları zorlukların tespiti, bu zorlukların anksiyete, depresyon ve tüklenmişlik gelişimi ile ilişkileri ve olası ilişkili faktörlerin uygulanabilecek ruh sağlığı önlem ve müdahaleleri için fikir verici olmasıdır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özellikleri, COVID-19 ile ilgili bilgi, tutum ve deneyimlerini sorgulayan anket ile ruhsal durum değerlendirmesi için Hasta Sağlık Anketi-4 (HSA-4) ve tüklenmişlik düzeylerinin belirlenmesi için Maslach Tüklenmişlik Ölçeği (MTÖ)'nden oluşan 52 soruluk anket uygulanmıştır. Etik kurul onayı 10.06.2020 tarih ve 2020/433 karar sayısı ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce oluşturulan COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu Onay Belgesi ve üniversite dekanlığından çalışma izni de alınmıştır.

## Çalışma Grubu

Çalışmamıza Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde COVID-19 pandemisi sürecinde dâhili ve cerrahi branşlarda görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan asistan hekimler dâhil edilmiştir. Pandemi tedbirleri kapsamında çalışma online olarak gerçekleştirilmiştir. Anket 217 asistan hekime online olarak ulaştırılmış olup, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve anketi tamamlayan, yaş ortalamaları 28,4 (±2,6) olan 82'si kadın (%52,9), 73'ü erkek (%47,1) toplam 155 asistan hekimin verileri değerlendirmeye alınmıştır.

## Veri Toplama Araçları

### Sosyodemografik veriler ve COVID-19 deneyimleri formu

Katılımcılara araştırma ekibi tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, medeni durum, ocuk sahibi olma, branş, çalışılan birim, meslekte geçen süre, geçmiş tıbbi veya psikiyatrik hastalık varlığı, aynı evde 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan bireylerin varlığı ile COVID-19 ilişkili bilgi düzeyi, enfekte hastalar ile temas sıklığı, algılanan bulaş riski, kişisel koruyucu ekipmanlara erişim, idareciler ve sosyal çevreden algılanan destek, dışlanma, damgalanma, sosyal medya kullanımı gibi deneyimleri belirlemeyi amaçlayan, toplam 26 sorudan oluşan sosyodemografik veriler ve COVID-19 bilgi ve deneyimleri veri formu uygulanmıştır.

### Hasta Sağlık Anketi-4 (HSA-4)

Kroenke ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması 2018 yılında Demirci ve Ekşi tarafından yapılmıştır (17,18). Dört sorudan oluşan anket anksiyete ve depresif belirtileri sorgulayan ve her bir soru için (0) Hiç, (1) Birkaç gün, (2) Günlerin yarısından fazla, (3) Hemen her gün şeklinde puanlanan 4'lü likert tipte bir ölçektir. İlk iki soru anksiyete alt ölçeğini oluşturur ve toplamı 3 ve üzerinde olması anksiyete yönünden pozitif kabul edilir. Son 2 soru ise depresif alt ölçektir ve toplam puanın 3 ve üzerinde olması depresyon yönünden pozitif kabul edilir.

### Maslach Tüklenmişlik Ölçeği (MTÖ)

1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tüklenmişlik Ölçeği'nin Türkçe uyarlama çalışması 1993 yılında Ergin tarafından yapılmıştır (19,20). Ölçek tüklenmişliği "Duygusal tüklenme" (DT), "Duyarsızlaşma" (D) ve "Kişisel Başarı Hissi" (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendiren 22 sorudan oluşmaktadır. Duygusal Tüklenme alt ölçeği 9 madde ile değerlendirilmektedir ve kişinin işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma durumunu tanımlar. Duyarsızlaşma alt ölçeği 5 madde ile değerlendirilir ve kişinin hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun bir şekilde davranmasını tanımlar. Kişisel Başarı alt ölçeği ise sekiz maddede değerlendirilir ve insanlarla çalışan kişilerde yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar. DT ve D alt ölçekleri için sıklığı arttıkça artan puanlama ile 0-4 arasında, KB alt ölçeği

Tablo 1. Sosyodemografik ve mesleki özellikler ile COVID-19 deneyimleri

DEĞİŞKEN	n (%)	DEĞİŞKEN	n (%)
<b>Medeni durum</b>		<b>COVID-19 test sonucu</b>	
Evli	57 (36,8)	Negatif	143 (92,3)
Bekâr	98 (63,2)	Pozitif	12 (7,7)
<b>Çocuk sahibi olma</b>		<b>COVID-19 nedeni hastane yatışı</b>	
Var	26 (16,8)	Var	4 (2,6)
Yok	129 (83,2)	Yok	151 (97,4)
<b>Sigara kullanımı</b>		<b>COVID-19 bilgilendirme düzeyi</b>	
Var	39 (25,2)	Yeterli	91 (58,7)
Yok	116 (74,8)	Yeterli değil	64 (41,3)
<b>Kronik hastalık</b>		<b>Branş</b>	
Var	9 (5,8)	Dâhili	119 (76,8)
Yok	146 (94,2)	Cerrahi	36 (23,2)
<b>Aynı evde 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan bireyle yaşamak</b>		<b>Kullanılan ekipmanın koruyuculuğu ile ilgili düşünce</b>	
Evet	41 (26,5)	Büyük oranda koruyor	64 (41,3)
Hayır	114 (73,5)	Kısmen koruyor	89 (57,4)
		Hiç korumuyor	2 (1,3)
<b>Psikiyatrik ilaç kullanımı</b>		<b>Kurumu tarafından yeterli KKE sağlanıyor mu?</b>	
Evet	10 (6,5)	Evet	126 (81,3)
Hayır	145 (93,5)	Hayır	29 (18,7)
<b>Meslekte geçen süre</b>		<b>Sosyal Destek</b>	
3 yıldan az	59 (38,1)	Evet	105 (67,7)
3 yıl ve üstü	96 (61,9)	Kısmen	25 (16,1)
		Hiç	25 (16,1)
<b>Çalışılan birim</b>		<b>Yaşadığı zorlukların idareciler tarafından anlaşıldığına inanıyor mu?</b>	
COVID-19 servisi	12 (7,7)	Evet	4 (2,6)
COVID-19 poliklinik	37 (23,9)	Kısmen	54 (34,8)
Yoğun bakım	17 (11,0)	Hayır	97 (62,6)
COVID-19 dışı birim	34 (21,9)		
COVID-19 ve diğer birimlerde dönüşümlü	55 (35,5)		
<b>COVID-19 şüpheli veya kesin tanımlı kişilerle temas sıklığı</b>		<b>Algılanan bulaş riski</b>	
<5/hafta	91 (58,7)	Düşük risk	14 (9,0)
5-25/hafta	42 (27,1)	Orta risk	61 (39,4)
25 ve üzeri/hafta	22 (14,2)	Yüksek risk	71 (45,8)
		<b>Şu anda bulaşmış olduğunu düşünme</b>	9 (5,8)

n=kişi sayısı, COVID-19: Yeni Koronavirüs Hastalığı.

için ise sıklığı arttıkça azalan puanlama (ters puanlama) ile değerlendirilir. DT ve D alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ile KB alt ölçeğinden alınan düşük puanlar, tükenmişlik lehine yorumlanır. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları DT için 0.83, KB için 0.72 ve D için 0.65 olarak verilmiştir (21). Bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayıları DT için 0.90, D için 0,84 ve KB için 0,78 bulunmuştur.

### İstatistiksel Analiz

Çalışmamızın istatistiksel analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Armonk, NY)'in 21.0 - demo sürümü kullanıldı. Sürekli ölçümlere ait normallik

kontrolleri Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir. Sürekli ölçümlere ait karşılaştırmalar için Student t testi ve Varyans analizi yöntemleri kullanılmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile test edilmiştir. Varyansların homojenliği sağlandığında gruplar arası farklılıklar One Way ANOVA testi ve ikili karşılaştırmalar ise Bonferoni testi ile test edilmiştir. Varyansların homojenliği sağlanmadığında gruplar arası farklılıklar Welch testi ile ikili karşılaştırmalar ise Games Howell testi ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar için Pearson ki-kare, Likelihood Ratio ki-kare ve Fisher Exact ki-kare testlerinden

Tablo 2. Anksiyete belirtileri ve ilişkili faktörler

		Anksiyete belirtileri olan (n=95)		Anksiyete belirtileri olmayan (n=60)		p
		Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	
Cinsiyet	Kadın	54	56,8	28	46,7	0,249
	Erkek	41	43,2	32	53,3	
Medeni durum	Bekâr	61	64,2	37	61,7	0,882
	Evli	34	35,8	23	38,3	
Çocuk durumu	Var	14	14,7	12	20,0	0,526
	Yok	81	85,3	48	80,0	
Çalıştığı birim	COVID-19- Servis	7	7,4	5	8,3	0,377
	COVID-19- Poliklinik	21	22,1	16	26,7	
	Yoğun Bakım	12	12,6	5	8,3	
	COVID-19 dışındaki servis ve poliklinikler	17	17,9	17	28,3	
	COVID-19 birimleri ve dışı birimlerde dönüşümlü	38	40,0	17	28,3	
Branş	Dâhili	73	76,8	46	76,7	1,000
	Cerrahi	22	23,2	14	23,3	
Meslek süre	3 yıldan az	35	36,8	24	40,0	0,693
	3 ve daha fazla	60	63,2	36	60,0	
COVID-19 tanısı almış veya şüphesi taşıyan hastalarla ne sıklıkla temasta bulunuyorsunuz?	5 ve daha az	45	47,4	46	76,7	0,001
	5-25 hasta/hafta	31	32,6	11	18,3	
	25 ve + hasta/hafta	19	20,0	3	5,0	
COVID-19 test sonucu	Negatif	86	90,5	57	95,0	0,371
	Pozitif	9	9,5	3	5,0	
COVID-19 nedeniyle hastaneye yatırıldınız mı?	Evet	4	4,2	0	0,0	0,159
	Hayır	91	95,8	60	100,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	17	17,9	22	36,7	0,015
	Hayır	78	82,1	38	63,3	
Kronik bir hastalığınız var mı?	Evet	6	6,3	3	5,0	1,000
	Hayır	89	93,7	57	95,0	
Evinizde birlikte yaşadığınız kişiler arasında 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan biri var mı?	Evet	26	27,4	15	25,0	0,890
	Hayır	69	72,6	45	75,0	
Düzenli kullandığınız bir psikiyatrik ilaç var mı?	Evet	5	5,3	5	8,3	0,511
	Hayır	90	94,7	55	91,7	
COVID-19 ile ilgili bilgilendirme düzeyiniz hakkında ne düşünüyorsunuz?	Yeterli	53	55,8	38	63,3	0,353
	Yeterli değil	42	44,2	22	36,7	
COVID-19'un ortaya çıkışı hakkında hangisi size daha yakın gelmektedir?	Yarasa, yılan veya farklı bir hayvandan insanlara geçtiğine inanıyorum	61	64,2	37	61,7	0,749
	Laboratuvar ortamında insan eliyle yapıldığını düşünüyorum	34	35,8	23	38,3	
Size çalıştığınız kurum tarafından yeterli kişisel koruyucu ekipman (Maske, önlük, gözlük vs.) Dezenfektan sağlanıyor mu?	Evet	76	80,0	50	83,3	0,872
	Hayır, kendi imkânımla alıyorum	17	17,9	9	15,0	
	Hayır, ekipman kullanmıyorum	2	2,1	1	1,7	
Kullandığınız mevcut ekipmanların sizi koruduğuna dair inancınız nedir?	Büyük oranda koruyor	37	38,9	27	45,0	0,304
	Kısmen koruyor	56	58,9	33	55,0	
	Hiç korumuyor	2	2,1	0	0,0	
Yaşadığınız zorlukların yöneticiler/ idareciler tarafından anlaşıldığına inanıyor musunuz?	Evet	1	1,1	3	5,0	0,090
	Kısmen	29	30,5	25	41,7	
	Hayır	65	68,4	32	53,3	
Bu salgın esnasında sosyal destek (aile, arkadaş) alabiliyor musunuz?	Evet	53	55,8	52	86,7	<0,001
	Kısmen	22	23,2	3	5,0	
	Hiç	20	21,1	5	8,3	
Size COVID-19 bulaşma riskini kendinizce nasıl tariflersiniz?	Düşük seviyede bulaş riski	5	5,3	9	15,0	0,105
	Orta seviyede bulaş riski	35	36,8	26	43,3	
	Yüksek seviyede bulaş riski	49	51,6	22	36,7	
	Şu anda bulaşmış olduğumu düşünüyorum	6	6,3	3	5,0	

n=kişi sayısı, COVID-19: Yeni Koronavirüs Hastalığı, p&lt;0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

**Tablo 3.** Dışlanma, damgalanma ve sosyal medya aşırı kullanımının anksiyete ve depresyon ile ilişkisi

Sıra ortalaması		Kendini, bağlı hissettiği toplum/ sosyal çevrenin bir üyesi değilmiş/ dışlanmış gibi hissetme			Sağlık çalışanı olmam nedeniyle ayrımcılığa maruz kaldığını hissetme (alışverişte, apartmanda, evde ayrımcı davranışa maruz kalmak gibi)			COVID-19 pandemisi ile ilgili bilgi edinmek amacıyla sosyal medya (Facebook, Twitter, Whatsapp grupları vb.) ve televizyon izlemeye ayırdığı zamanın aşırıya kaçması		
		Min-Maks	Ortanca [% 25-75]	Sıra ortalaması	Min-Maks	Ortanca [% 25-75]	Sıra ortalaması	Min-Maks	Ortanca [% 25-75]	Sıra ortalaması
Anksiyete	Var	91.57	0-5	3 [2-4]	91.49	0-5	3 [2-4]	89.83	0-5	3 [2-4]
	Yok	56.52	0-4	2 [1-3]	56.63	0-5	1 [1-2]	59.28	0-5	1 [1-2.75]
	P	<0,001			<0,001			<0,001		
Depresyon	Var	91.67	0-5	3 [2-4]	87,24	0-5	2 [1-4]	83,27	0-5	2,5 [1-4]
	Yok	59.08	0-4	2 [1-3]	65,20	0-5	2 [1-3]	70,71	0-5	2 [1-3]
	P	<0,001			0,002			0,079		

Min-Maks: Minimum-maksimum, p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

**Tablo 4.** Dışlanma, damgalanma ve sosyal medya aşırı kullanımının tükenmişlik alt ölçekleri ile ilişkisi

		Duygusal Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Kendini, bağlı hissettiği toplum/sosyal çevrenin bir üyesi değilmiş/dışlanmış gibi hissetme	r	0,419	0,215	0,050
	P	<0,001	0,007	0,533
Sağlık çalışanı olmam nedeniyle ayrımcılığa maruz kaldığını hissetme (alışverişte, apartmanda, evde ayrımcı davranışa maruz kalmak gibi)	r	0,391	0,249	-0,112
	P	<0,001	0,002	0,165
COVID-19 pandemisi ile ilgili bilgi edinmek amacıyla sosyal medya (Facebook, Twitter, Whatsapp grupları vb.) ve televizyon izlemeye ayırdığı zamanın aşırıya kaçması	r	0,261	0,245	0,018
	P	0,001	0,002	0,824

r: korelasyon katsayısı, p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

yararlanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. İstatistik anlamlılık olarak p<0,05 alınmıştır.

## BULGULAR

Çalışmamıza 82'si kadın (%52,9), 73'ü erkek (%47,1) toplam 155 asistan hekim katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 28,4±2,6 idi. Katılımcıların diğer sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile COVID-19 pandemisinde yaşadıkları deneyimlere ait tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde) Tablo-1'de gösterilmiştir.

### Ruhsal durum, tükenmişlik ve ilişkili faktörler

Hasta Sağlık Anketi-4 değerlendirme sonuçlarına göre katılımcıların % 61,3'ünün (n=95) anksiyete, %58,1'inin (n=90) depresyon belirtilerine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Anksiyete bozukluğu olan ve olmayan asistanların sosyodemografik özellikler ve COVID-19 deneyimleri bakımından karşılaştırmalarına baktığımızda COVID-19 tanısı almış veya şüphesi taşıyan hastalarla temas sıklığı, sigara kullanma durumu ve sosyal destek varlığı bakımından farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla p değerleri: 0,001, 0,015 ve <0,001). Anksiyete bozukluğu ile ilgili tanımlayıcı istatistikler (sayı ve yüzde) ve p değerleri Tablo-2'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerde depresyon varlığı ile ilişkili faktörlere baktığımızda ise COVID-19 tanısı almış veya şüphesi taşıyan hastalarla temas sıklığının artması, sosyal destek eksikliği ve algılanan bulaş riskinin yüksek olması, artmış depresyon riski ile ilişkili bulunmuştur (sırasıyla p değerleri: 0,002, <0,001 ve 0,008).

Katılımcılara ayrıca salgın sürecinde kendilerini bağlı hissettikleri toplumun bir üyesi değilmiş gibi hissetmeleri, dışlanmışlık duygusu ve damgalanma ile ilgili sorular

Tablo 5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği-Alt Ölçek puanları ve ilişkili faktörler

Özellik		Duygusal Tükenmişlik		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarı	
		Ort ± SS	p	Ort ± SS	p	Ort ± SS	p
Cinsiyet	Kadın	21,7 (±8,3)	0,683	8,7 (±5,0)	0,886	12,6 (±5,0)	0,974
	Erkek	21,2 (±8,6)		8,6 (±5,2)		12,6 (±6,7)	
Medeni durum	Bekar	19,9 (±8,1)	0,003	8,0 (±4,6)	0,057	12,4 (±5,4)	0,559
	Evli	24,1 (±8,4)		9,7 (±5,7)		13,0 (±6,7)	
COVID-19 tanılı veya şüpheli hastalarla temas sıklığı	<5/hafta	19,5 (±7,8)	0,002	7,5 (±4,6)	0,002	12,4 (±5,9)	0,184
	5-25/hafta	24,1 (±8,8)		9,9 (±4,9)		13,9 (±5,1)	
	25ve üstü/hafta	24,7 (±8,0)		11,1 (±6,1)		11,1 (±6,9)	
Meslekte geçen süre	< 3 yıl	19,2 (±7,6)	0,008	7,8 (±4,5)	0,082	12,8 (±5,6)	0,727
	3 yıl ve üstü	22,8 (±8,6)		9,2 (±5,4)		12,5 (±6,1)	
COVID-19 ile ilgili bilgilenme düzeyi	Yeterli	19,9 (±8,0)	0,006	7,8 (±4,6)	0,015	12,4 (±5,5)	0,651
	Yeterli değil	23,6 (±8,6)		9,9 (±5,6)		12,9 (±6,4)	
Çalıştığınız birim	COVID-19 servisi	20,8 (±9,4)	0,167	8,3 (±6,4)	0,024	12,2 (±3,9)	0,017
	COVID-19 poliklinik	20,9 (±8,4)		8,8 (±4,5)		11,2 (±5,0)	
	Yoğun Bakım	25,0 (±9,1)		9,7 (±6,8)		9,4 (±5,8)	
	COVID-19 dışı	19,1 (±6,1)		6,4 (±4,1)		13,6 (±6,2)	
	COVID-19 ve diğer dönüşümlü	22,3 (±9,0)		9,7 (±4,9)		14,1 (±6,2)	
Yaşadığınız zorlukların yöneticiler tarafından anlaşılmasına inanıyor musunuz?	Evet	13,0 (±4,8)	< 0,001	9,3 (±4,9)	0,012	12,8 (±4,3)	0,579
	Kısmen	16,8 (±7,5)		7,0 (±4,2)		11,9 (±5,5)	
	Hayır	24,4 (±7,6)		9,5 (±5,4)		13,0 (±6,1)	
Size COVID-19 bulaşma riskini kendinizce nasıl tariflersiniz?	Düşük	16,4 (±9,4)	0,027	7,6 (±4,8)	0,499	10,7 (±7,9)	0,813
	Orta	20,1 (±8,8)		8,9 (±4,5)		12,9 (±4,8)	
	Yüksek	23,6 (±7,0)		8,9 (±5,4)		12,7 (±6,4)	
	Şu anda bulaşmış olduğunuzu düşünüyorum	21,8 (±10,7)		6,6 (±6,8)		13,0 (±4,8)	

Ort: ortalama, SS: standart sapma, p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 6. Ruhsal durum ve tükenmişlik ilişkisi

Ruhsal durum		Duygusal Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Anksiyete	Var (n=95)	24,6 ± 7,2	10,2 ± 5,1	13,4 ± 5,5
	Yok (n=60)	16,5 ± 7,8	6,2 ± 4,2	11,3 ± 6,2
	P	<0,001	<0,001	0,028
Depresyon	Var (n=90)	24,6 ± 7,5	10,1 ± 5,1	13,4 ± 5,7
	Yok (n=65)	17,1 ± 7,8	6,6 ± 4,4	11,5 ± 5,9
	P	<0,001	<0,001	0,042

Ort: ortalama, SS: standart sapma, p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

ve salgın ile ilgili bilgi edinmek maksatlı sosyal medya ve TV izlemeye ayırdıkları zamanın aşırıya kaçıp kaçmadığı ile ilgili sorular yöneltilmiş olup, bunların anksiyete ve depresyon gelişimi ile ilişkileri Tablo 3'te; tükenmişlik alt ölçekleri ile ilişkileri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Çalışmamızda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt ölçeklerinde ortalama puanlar "duygusal tükenme" için 21,4 (±8,4), "duyarsızlaşma" için 8,65 (±5,10) ve "kişisel başarı" için 12,6 (±5,8) idi. Maslach tükenmişlik ölçeğinin bazı parametreler bakımından farklılıkları Tablo 5'te özetlenmiştir.

### Ruhsal durum ve tükenmişlik ilişkisi

Anksiyete veya depresyon varlığı ile duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı arasındaki ilişki Tablo 6'da gösterilmiştir.

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamızın sonuçları, pandemi döneminde görev yapan asistan hekimlerde anksiyete, depresyon ve tükenmişliğin yüksek seviyelerde görüldüğünü ortaya koymuştur. Çalışmamızda asistan hekimlerin % 61,3'ünün (n=95) anksiyete, %58,1'inin (n=90) depresyon belirtilerine sahip oldukları; tükenmişlik alt ölçeklerinde ise "duygusal tükenme" için 21,4 ( $\pm 8,4$ ), "duyarsızlaşma" için 8,65 ( $\pm 5,10$ ) ve "kişisel başarı" için 12,6 ( $\pm 5,8$ ) puan aldıkları tespit edilmiştir.

Pakistan'da COVID-19 salgını sırasında yapılan bir araştırmada, asistan hekimlerde depresif belirtiler, yaygın anksiyete ve akut stres bozukluğunun yüksek olduğu, özellikle kadın hekimlerin ve ön saflarda çalışanların daha fazla anksiyete, depresyon ve akut stres semptomları yaşadıkları saptanmıştır (22). Yine güncel pandemi sürecinde yapılan bir diğer çalışmada anksiyetenin genç, dâhili bölümlerde çalışan, mesleki deneyimi az olan ve ailesi ile birlikte yaşayan hekimlerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (23). Bu süreçte ülkemizde yapılan ve toplam 212 intörn, asistan ve uzman hekimin katıldığı bir çalışmada da geleceğe dair umutsuzluk, yalnızlık ve süreçle ilgili kaygı düzeyinin yüksekliği dikkat çekmektedir (24). Son zamanlarda yapılan bir gözden geçirme, ön saflarda bulunmanın, daha genç ve daha kıdemsiz olmanın, viral salgınlar sırasında sağlık çalışanlarında psikolojik sıkıntı riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (25). Geçmiş pandemilerde yapılan çalışmalar, enfekte hastaları tedavi eden sağlık çalışanlarının kontrollerine kıyasla önemli derecede yüksek anksiyete, post travmatik stres ve tükenmişlik yaşadıklarını göstermiştir (2,5). Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarında görülen ruhsal sıkıntıların, tıbbi hatalar ve profesyonellikteki eksikliklerin yanı sıra intihar düşüncesi de dâhil olmak üzere ciddi psikiyatrik sonuçlar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (26,27). Bunun yanında, yaşanan tükenmişlik de bir yandan sağlık çalışanında motivasyon kaybı, iş devamsızlık ve moralsizlik gibi fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açarken, diğer yandan iş performansında

düşme, bakım kalitesinde bozulma, daha çok tıbbi hata ve hastaların sağlık ve güvenlik durumunda olumsuz etkilenmelere neden olmaktadır (2,28,29).

COVID-19 pandemisi sürecinde yapılan iki çalışmada, evli sağlık çalışanlarının evli olmayanlara göre daha az ruhsal semptom gösterdiği saptanmıştır (30, 31). Bizim çalışmamızda ise evli olan asistan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları, olmayanlara göre daha yüksekti. Bu durum, enfeksiyöz etkeni eşine, ailesine taşıma endişesi, evden uzak kalma gibi nedenlere bağlı olabilir.

Çalışmamızdaki önemli bulgulardan biri, kıdemli asistan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanlarının daha yüksek olmasıydı. COVID-19 pandemisinde Pakistan'da asistan hekimler ile yapılan bir çalışmada benzer şekilde kıdemli asistan hekimlerin, eğitimin ilk 2 yılında olanlara kıyasla daha fazla psikolojik komorbiditeye sahip olduğu saptanmıştır (22). Daha az klinik deneyimin daha fazla olumsuz ruhsal sonuçlara neden olduğunu gösteren çalışmalar (6,25) ile ters düşen bu sonuç, kıdemli asistan hekimlere yoğun bakım gibi daha yüksek risk ve sorumluluk gerektiren birimlerde daha fazla görev verilmesine veya zaten az kalan eğitim sürelerinin daha az verimli geçirilmesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda COVID-19 şüphesi olan veya tanı almış hastalarla temas sıklığı arttıkça, anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma sıklığının arttığı saptanmıştır. Yapılan çeşitli araştırmalar, COVID-19 tanısı alan hastalar ile artan temas sıklığının sağlık çalışanlarında ruhsal belirti ve tükenmişlik gelişimi ile ilişkili en tutarlı bulgu olduğunu göstermektedir (31-33).

Pandemi dönemlerinde yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının ruhsal iyiliği için en tutarlı koruyucu faktörün kişisel koruyucu ekipmanlara erişim olduğunu göstermektedir (9,25). Bizim çalışmamızda katılımcıların %81,3'ü çalıştığı kurum tarafından yeterli kişisel koruyucu ekipman sağlandığını, %98,7'si kullandıkları ekipmanların kendilerini kısmen veya büyük ölçüde koruduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki bir diğer önemli bulgu da katılımcıların algıladıkları bulaş riski arttıkça, depresyon ve duygusal tükenmişlik sıklığının da artış göstermesiydi.

Pandemi dönemlerinde yöneticiler tarafından sağlık çalışanlarına sağlanan desteğin de ruhsal açıdan



koruyucu olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir (34). Yapılan çalışmalarda gerekli hallerde sağlık çalışanlarına sağlanan bakım desteği, aileleri için destek, tıbbi kötüye kullanım durumlarında koruyuculuk gibi yaklaşımların, sağlık çalışanlarında çabalarının yetkililer tarafından kabul edildiği ve karşılık verildiği algısını oluşturduğu, bunun da moral ve motivasyonu arttırdığı saptanmıştır (34,35). Çalışmamızda da pandemi sürecinde yaşadığı zorlukların idareciler tarafından anlaşılmadığını düşünenlerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızın dikkat çeken bir diğer bulgusu, COVID-19 ile ilgili bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu düşünenlerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın daha fazla saptanmasıydı. Bu durum pandemi sürecine hazırlıksız yakalanmanın bir göstergesi olabilir. Beklenmedik bir şekilde patlak veren salgın hastalık, patojen mikroorganizmanın tam olarak bilinmeyen doğası ile branş dışı pek çok sağlık çalışanının pandemi birimlerinde görevlendirilmeleri, konu hakkında eğitim ve bilgi desteğinin sağlanmasını gerekli kılmıştır. Yapılan bir araştırmada, güncel pandemi esnasında sağlık çalışanlarını kaygılandıran etkenlerden birinin doğru ve güvenilir bilgiye erişim eksikliği olduğu gösterilmiştir (36). Ancak bu noktada karşımıza çıkan bir diğer problem, salgın esnasında bilgi edinme amaçlı TV, internet, sosyal medya kullanımının gereğinden fazla artması ve güvenilir bilgiye erişimin zorlaşmasıdır. DSÖ Genel Müdürü Dr. Tedros "Coronavirus hakkındaki en bulaşıcı şey yanlış bilgi olabilir" demiş ve salgına ilişkin kafa karıştırıcı verilerin korku ve anksiyeteyi yayacağına vurgu yapmıştır (37). 2015'te yaşanan MERS salgınına ilişkin bir araştırma sosyal medyada salgın hastalıklar sırasında korku, panik, telaş gibi olumsuz duygulara yol açan paylaşımların sakinleştirici, olumlu duygular uyandırıcı olanlardan daha fazla ilgi çektiğini, dolayısıyla bu olumsuz duyguların daha çok insana "bulaşmasına" yol açtığını göstermiştir (38). COVID-19 korkusu ile öz-şefkat ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, sağlık çalışanı olan bireylerin, diğer meslek gruplarında olan veya bu süreçte herhangi bir işte çalışmayan bireylere kıyasla algıladıkları COVID-19 tehdidinin daha düşük olduğu, bunun da sağlık çalışanlarının pandemi ile ilgili daha doğru bilgilere erişebildiği, bu süreçte daha çok evde kalan

kişilerin yanlış sosyal medya ve TV haberlerine maruz kalması ile açıklanabileceği düşünülmüştür (39). Bu bulgulara paralel olarak çalışmamızda da sosyal medya aşırı kullanımı olan ve COVID-19 bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu düşünenlerde ruhsal etkilenmenin daha fazla olduğunu görmekteyiz. Yine çalışmamızda katılımcıların COVID-19 pandemisi ile ilgili bilgi edinmek amacıyla sosyal medya (Facebook, Twitter, WhatsApp grupları vb.) ve TV izlemeye ayırdıkları zaman arttıkça, anksiyete, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Bu noktada, sosyal medyada pandemi süresince yapılan paylaşımların denetlenmesi, hatalı bilginin yayılımına yol açacak yayınlara erişimi engellemek ve doğru bilginin profesyoneller tarafından olabildiğince fazla kişiye ulaşımını sağlamak uygun olacaktır.

Biyopsikososyal bir bütün olan insan için zorlu yaşam dönemlerinde ruhsal iyilik haline olumlu katkıları olan sosyal destek, salgın hastalık dönemlerinde işlevini yapamaz. Sağlık çalışanlarının çevrelerine enfeksiyöz etkeni taşıma korkusu, izolasyon, evden ayrılma gibi önlemleri beraberinde getirirken, onları sosyal destekten mahrum bırakır. Geçmiş salgın dönemlerinde yapılan çalışmalar, aileden izolasyon ve sosyal destek azlığının, sağlık çalışanlarında ruhsal belirti gelişimi açısından risk faktörü olduğunu saptamıştır (40, 41). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak sosyal desteği yeterli olan sağlık çalışanlarında anksiyete ve depresyonun daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bu süreçte bir yandan sosyal desteği azalan sağlık çalışanlarının yaşadığı bir diğer olumsuz deneyim ise bağlı buldukları toplumdan dışlanma hissi ve damgalanmadır (42). Toplumda hızla yayılan salgın hastalık zamanlarında sağlık çalışanları birer enfeksiyon kaynağı olarak algılanır ve bu durum diğer kişilerin uzak durması, kaçması, dışlaması ile sonuçlanır (43, 44). 2003 yılı SARS salgını sırasında, Tayvan ve Hong Kong'da yapılan çalışmalarda, SARS hastalarının bakımında yer alan sağlık çalışanlarının %20-49'u, SARS koronavirüsü ile enfekte oldukları korkusuyla toplumlarındaki insanların kendilerinden uzak durduklarını, kaçındıklarını veya başka şekilde damgalandıklarını bildirmişlerdir (16, 45). Sağlık çalışanlarının aileleri bile bu tür ayrımcılığa maruz kalmıştır (45). Güncel COVID-19 pandemisinde yapılan bir araştırmada, katılan sağlık çalışanlarının %51,2 oranında sosyal

damgalanma yaşadığı tespit edilmiştir (46). Yine bu süreçte, sağlık çalışanı olmayan 3551 katılımcı ile yapılan bir araştırma, katılımcıların önemli bir kısmının (%32) sağlık çalışanlarının COVID-19'a yakalanma olasılığının yüksek olduğuna inandığını göstermiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarını damgalama eğiliminin "COVID Stres Sendromu" ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Önceki araştırmalar, bu sendromun ciddiye-tinin, genel olarak sağlık risklerini abartma eğilimi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (47,48). Bu nedenle, sağlık çalışanlarına yönelik korku ve kaçınma, sağlık tehditlerini abartma eğiliminin bir parçası kabul edilebilir. Damgalama, sağlık çalışanlarının yaşamlarına gereksiz bir yük getirir ve çalışanların tükenmesine katkıda bulunabilir (6,49). Çalışmamızda da bağlı bulunduğu toplum tarafından dışlanma, damgalanma algısı arttıkça anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin arttığını görmekteyiz. Sağlık çalışanlarının damgalanmasının COVID Stres Sendromu ile bağlantılı olduğu göz önüne alındığında, bu sendromun tedavi edilmesinin sağlık çalışanlarına duyulan aşırı korkuda azalmaya yol açması ve böylece damgalanmayı azaltması mümkündür. Bu, bilişsel-davranışçı müdahaleler veya eğitim programları aracılığıyla yapılabilir (44,50).

Çalışmamız, pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin merkezinde rol alan asistan hekimlerin yoğun çalışma düzeni ve artmış hasta teması, idareciler tarafından ihtiyaç duydukları desteğin sağlanmadığı algısı, sosyal destek kısıtlılıkları ile dışlanma ve damgalanma gibi etmenler neticesinde yüksek düzeyde anksiyete, depresyon ve tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir.

Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli bir şekilde sürdürülmesi, bu süreçte rol alan sağlık çalışanlarının gerek fiziksel gerekse ruhsal açıdan iyi oluş hali ile doğrudan ilişkilidir. Bu süreçte büyük özveri ile yüksek risk altında çalışan asistan hekimlerde, sürecin zorluklarına bağlı ortaya çıkması olası ruhsal bozuklukların erken dönemde tespiti ve ilerlemesinin önlenmesi; önlenemez durumlar ile risk faktörlerinin tespit edilip gerekli müdahalelerin erken dönemde hayata geçirilebilmesi, pandemi ile mücadelenin etkin bir şekilde sürdürülmesi için son derece önemlidir. Bu bağlamda görev dağılımlarının adil ve şeffaf bir şekilde düzenlenmesi, kurum yöne-

ticilerinden gelecek destekleyici tutum ve iletişimin arttırılması, kişisel koruyucu ekipmanlara ve sıkça değişen klinik prosedürlere ait bilgilere erişimin sağlanması, maruz kalınan viral yükü mümkün olan en alt seviyede tutacak çalışma saatlerinin uygulanması, eğitim faaliyetlerinin sürdürülmesi, sosyal desteğin sağlanması, damgalanma ile mücadele ve çalışanların düzenli olarak hem COVID-19 hem de olası ruhsal etkilenmeler açısından değerlendirilmelerinin son derece önemli olacağı kanaatindeyiz.

### Çıkar çatışması ve finansman bildirimi

Yazarlar bildirecek bir çıkar çatışmaları olmadığını beyan eder. Yazarlar bu çalışma için hiçbir finansal destek almadıklarını da beyan eder.

### KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html>. Erişim Tarihi: 14.04.2021
2. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(12):1924-32.
3. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, Al-Enazy H, Bolaji Y, Hanjrah S, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ.* 2004;170(5):793-8.
4. Jalili M, Niroomand M, Hadavand F. et al. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health* 94, 1345–1352 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>
5. Poon E, Liu KS, Cheong DL, Lee CK, Yam LY, Tang WN. Impact of severe respiratory syndrome on anxiety levels of front-line health care workers. *Hong Kong Med J.* 2004;10(5):325-30.
6. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976;1-12.
7. Xiao X, Zhu X, Fu S, Hu Y, Li X, Xiao J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *J Affect Disord.* 2020;274:405-10.
8. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and so-

- matic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020;290:113129.
9. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During the COVID-19 Pandemic: A Rapid Turnaround Global Survey. *PLoS One.* 2020;15(9):e0238217.
  10. Austria-Corrales F, Cruz-Valdés B, Herrera-Kiengelher L, Vázquez-García JC, Salas-Hernández J. Burnout syndrome among medical residents during the influenza A H1N1 sanitary contingency in Mexico. *Gac Med Mex.* 2011;147:97-103.
  11. Tam CWC, Pang EPF, Lam LCW, Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med.* 2004;34:1197-204.
  12. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry.* 2009;54:302-11.
  13. Rambaldini G, Wilson K, Rath D, Lin Y, Gold WL, Kapral MK, et al. The impact of severe acute respiratory syndrome on medical house staff: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2005;20:381-5.
  14. Sim K, Chong PN, Chan YH, Soon WS. Severe acute respiratory syndrome-related psychiatric and posttraumatic morbidities and coping responses in medical staff within a primary health care setting in Singapore. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(8):1120-7.
  15. Khee KS, Lee LB, Chai OT, et al. The psychological impact of SARS on health care providers. *Crit Care & Shock.* 2004;7:99-106.
  16. Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng, V, et al. Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: What can we learn? *Med Care.* 2005;43(7):676-82.
  17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams, JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics.* 2009;50(6):613-21.
  18. Demirci İ, Ekşi H. ERPA 2018 International Congresses on Education, Book of Proceedings. Don't bother your pretty little head otherwise you can't enjoy life. 28 June-1 July 2018; Turkey. Istanbul: Edugarden; 2018. p.282-92.
  19. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı. 1992, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları;1992: p.143-54.
  20. Sever A. Hemşirelerin İş Stresi İle Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması (Doktora Tezi), İstanbul, ÇÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
  21. Çapri B. Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006;12:62-77.
  22. Imran N, Masood HMU, Ayub M, Gondal KM. Psychological impact of COVID-19 pandemic on postgraduate trainees: a cross-sectional survey. *Postgrad Med J.* 2020; 2021;97(1152):632-7
  23. Elhadi M, Msherghi A, Elgzairi M, Alhashimi A, Bohuwaish A, Biala M, et al. Psychological status of healthcare workers during the civil war and COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *J Psychosom Res.* 2020;137:110221.
  24. Karaoğlu N, Demirbaş N. COVID-19 Pandemisinin İntörn Hekim ve Hekimlerin Yalnızlık, Umutsuzluk ve Anksiyete Belirti Düzeylerine Etkisi. *TJFMPC,* 2021;15(2): 251-60.
  25. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;369:m1642.
  26. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.* 2009;302:1294-300.
  27. Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res.* 2008;12:344-6.
  28. Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, Diericx S, Euwema M, Sermeus W et al. Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. *Med Care.* 2016;54(10):937-43.
  29. Garcia CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JA et al. Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina.* 2019; 55(9):553.
  30. Arpacioğlu MS, Baltacı Z, Ünübol B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Med J.* 2021;46(1):88-100.
  31. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research.* 2020;290:113130.
  32. Tang L, Pan L, Yuan L, Zha L. Prevalence and related factors of posttraumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. *Int J Nurs Sci.*

- 2016;4:63-7.
33. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID- 19) outbreak on healthcare workers in China. medRxiv. 2020.03.03.20030874.
  34. Damery S, Draper H, Wilson S, Greenfield S, Ives J, Parry J, et al. Healthcare workers' perceptions of the duty to work during an influenza pandemic. *J Med Ethics*. 2010;36:12-8.
  35. Imai H, Matsuishi K, Ito A, Mouri K, Kitamura N, Akimoto K, et al. Factors associated with motivation and hesitation to work among health professionals during a public crisis: a cross sectional study of hospital workers in Japan during the pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health*. 2010;10:672.
  36. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133-4.
  37. Depoux A, Martin S, Karafillakis E, Preet R, Wilder-Smith A, Larson H. The Pandemic of Social Media Panic Travels Faster Than the COVID-19 Outbreak. *J Travel Med*. 2020;27(3):taaa031.
  38. Song J, Song TM, Seo DC, Jin DL, Kim JS. Social big data analysis of information spread and perceived infection risk during the 2015 Middle East Respiratory Syndrome outbreak in South Korea. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2017;20(1):22-9.
  39. Kavaklı M, Ak M, Uğuz F, Türkmen OO. The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *J Clin Psy*. 2020;23(1):15-23.
  40. Huremović D. Social distancing, quarantine, and isolation. In *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak* (ed D Huremović): Springer, 2019, p.85-94.
  41. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*. 2020;38(3):192-5.
  42. Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord*. 2020;75:102289.
  43. Bagcchi S. Stigma during the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2020;20:782
  44. Taylor S. *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing 2019.
  45. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen J.Y, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55(9):1055-7.
  46. Eren-Bana P. Evaluation of the social implication perception of healthcare employees In the COVID-19 outbreak process. *PressAcademia Procedia (PAP)*. 2020;11:115-9
  47. Taylor S, Landry C, Paluszek M, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. Development and initial validation of the COVID stress scales. *J Anxiety Disord*. 2020;72:102232.
  48. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depress Anxiety* 2020;37(8):706-14.
  49. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability*. 2020;12:3834.
  50. Taylor S, Asmundson GJG. *Treating health anxiety*. New York: Guilford 2020.