TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19 GEÇİREN VE GEÇİRMEYENLERDE SOSYAL DAMGALANMANIN İNCELENMESİ

Dr. Baran DEGİRMENCİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üy. Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA
2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19 GEÇİREN VE GEÇİRMEYENLERDE SOSYAL DAMGALANMANIN İNCELENMESİ

Dr. Baran DEGİRMENCİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üy. Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA
2022

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Geçiren ve Geçirmeyenlerde Sosyal Damgalanmanın İncelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından tarafından, 08.03.2021 tarihinde, İ2-181-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Baran DEGİRMENCİ
Tarih:
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU



KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı: Baran Değirmenci	**Sınav tarihi:** 02/06/2022
Anabilim/Bilim Dalı: Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üy. Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER		
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Geçiren ve Geçirmeyenlerde Sosyal Damgalanmanın İncelenmesi		
Tezin Niteliği:	**X** Ana Dal Uzmanlık Tezi	☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	**X** 1	☐ 2 ☐ 3

III. KARAR
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak **X** Kabulüne ☐ Reddine ☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine **X** Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız.

Jüri Başkanı
Doç. Dr Ayşe Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren tecrübesini ve yardımını benden esirgemeyen, tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen Ceyhun Peker'e; asistanlığımın her aşamasında yol gösterici ve eğitici yaklaşımlarıyla gelişimime katkıda bulunan sayın hocalarım, Prof. Dr. Mehmet Ungan'a ve bölüm başkanımız Doç. Dr. A. Selda Tekiner'e;

İhtiyacım olduğunda değerli görüşlerini almaktan mutluluk duyduğum ve birikimlerinden faydalandığım Uzm. Dr. Filiz Ak'a ve Uzm. Dr. Zehra Dağlı'ya;

Birçok ortak mutlu anımız olan, beraber çalışmaktan keyif aldığım sevgili asistan arkadaşlarıma;

Hayatı paylaştığım ve onu mutlu edebildiğim ölçüde kendimle gurur duyduğum, sevgili eşim Ceren'e;

Doğuştan şansım ve daima idolüm olan anneme ve babama, biricik kardeşime;

Bu yazıyı çok fazla uzatmamak adına adını anamadığım, bana emeği geçen tüm sevdiklerime;

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Baran DEĞİRMENCİ

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan i
ÖZGÜNLÜK RAPORU ii
KABUL VE ONAY iii
ÖNSÖZ iv
İÇİNDEKİLER v
SİMGELER VE KISALTMALAR vii
ŞEKİLLER DİZİNİ viii
TABLOLAR DİZİNİ ix
1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 3
3. GİRİŞ 5
4. GENEL BİLGİLER 6
4.1. Depresyon 6
4.1.1. Depresyonun Etiyolojisi 6
4.1.2. Depresyonun Tanı Kriterleri 7
4.1.3. Depresyonun Tedavisi 8
4.2. Anksiyete 8
4.2.1. Anksiyete Belirtileri 9
4.2.2. Anksiyete Risk Faktörleri 9
4.2.3. Anksiyete Bozuklukları 9
4.2.4. Anksiyete Tedavisi 9
4.3. Stres 10
4.3.1. Stres Etiyolojisi 10
4.3.2. Stres Yönetimi 11
4.4. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği 11
4.5. Stigmatizasyon 12
4.5.1. Stigmatizasyonun Psikososyal Etkileri 12
4.5.2. COVID-19 ve Sağlık Çalışanlarında Stigmatizasyon 12
4.5.3. Stigmatizasyonun Sonuçları 14
4.6. Sağlık Çalışanları Coronavirüs Stigma Ölçeği 14
5. GEREÇ VE YÖNTEM 15
5.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 15
5.2. Araştırma Yöntemi ve Verilerin Toplanması 15

5.3. Demografik Bilgi Formu **16**
5.4. Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Kısa Form **16**
5.5. Sağlık Çalışanları Coronavirüs Stigma Ölçeği **16**
5.6. İstatistiksel Analiz **16**
6. BULGULAR **17**
6.1. Çalışma Populasyonunun Genel Özellikleri **17**
6.2. Çalışma Populasyonunun Özelliklerinin COVID-19 Geçirme Durumu ve DASS-21 Ölçeği ile İlişkisinin İncelenmesi **20**
6.3. Regresyon Analizleri **22**
7. TARTIŞMA **23**
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER **28**
9. KAYNAKLAR **29**
10. EKLER **35**
Ek-1: Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Başvurusu Onayı **35**
Ek-2: Bilgilendirilmiş Onam Formu **36**
Ek-3: Veri Toplama Formu **37**

SİMGELER VE KISALTMALAR

COVID-19 **:** Coronavirus Disease-19

DASS-21 **:** Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği-21

WHO **:** World Health Organization

TDK **:** Türk Dil Kurumu

APA **:** American Psychiatric Association

HT **:** Hipertansiyon

RA **:** Romatoid Artrit

DM **:** Diabetes Mellitus

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 6.1. Yaş Dağılımının Gösterilmesi 17
Şekil 6.2. DASS-21 ve Sağlık Çalışanı Stigmatizasyon Ölçeği Değerlendirmeleri (Sayısal olarak) 19

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. DASS 21 Ölçeğinin Puanlaması 12
Tablo 6.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı 18
Tablo 6.2. Kronik Hastalıkların Dağılımı 19

1. ÖZET

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgınının toplum üzerindeki psikolojik yönlerinin yanı sıra, sağlık çalışanlarının doğrudan COVID-19 ile enfekte hastalara tedavi uygulaması ve sağlık personelinin COVID-19 bulaş riskinin artması, ailelerine bulaştırma korkusu, kendilerinin ve sevdiklerinin sağlığı ile ilgili endişeler nedeniyle, personel ek bir strese maruz kalmaktadır. COVID-19 salgınının sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkilerini, ilgili risk ve koruyucu faktörleri anlamak için daha sistematik araştırmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamız, sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sırasında stigma ile ilişkili depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin bir arada incelendiği verileri ortaya koymak için yapılmıştır. Çalışmanın ikincil amacı, sağlık çalışanlarında COVID-19 ilişkili stigma ile depresyon, anksiyete, stres ve sosyodemografik faktörler arasındaki olası ilişkiyi incelemektir.

Çalışma prospektif, tek merkezli, kesitsel olarak yapılmıştır. Ankara Üniversitesi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarına anket çalışması yüz yüze uygulanmıştır. COVID-19 geçiren grup ve geçirmeyen grup olarak iki grup oluşturulmuştur. Geçirmeyen grup kontrol grubu olarak alınmıştır. Kişiler, COVID-19 geçirip geçirmediklerini beyan ettikten sonra ilgili gruba dahil edilerek aynı sorulardan oluşan anket uygulanmıştır. Ankette, Sağlık Çalışanları Coronavirüs Stigma Ölçeği (12 soru) ve Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Kısa Formu (21 soru) kullanılmıştır.

Çalışmaya toplam 107 tane COVID-19 geçirmiş sağlık çalışanı ve kontrol grubu olarak da 193 tane COVID-19 geçirmemiş sağlık çalışanı olmak üzere 300 kişi alınmıştır. Bunların 212'si kadın (%70,67), 88'i erkeklerden (%29,33) oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 35.9 ve 175'i (%59) 26-40 yaş aralığındadır. Meslek dağılımı açısından yarıya yakınını, 142 kişi (%47,16) doktorlar oluşturmaktadır. Katılımcıların 65'inin (%21,67) kronik hastalığı mevcuttur. En sık olan kronik hastalık %16,39 (n=13) ile hipertansiyondur. COVID-19 geçirme durumu ile kronik hastalığa sahip olmak arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,046). Kronik hastalığı olanlarda COVID-19 görülme oranı (%46,2), kronik hastalığı olmayanlara göre (%32,8) anlamlı derecede daha yüksektir. Kadınların anksiyete, stres ve depresyon puanı ortancası erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir. COVID-19 geçirenlerin anksiyete puanı ortancası geçirmeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir. Aylık gelir arttıkça sayısal olarak anksiyete, depresyon ve stres puan ortancası azalmaktadır, anksiyete ve stres için bu azalma anlamlı derecededir (sırasıyla p=0,022 ve p=0,021). Depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri yüksek olanlarda stigmatizasyon daha fazla olmuştur.

Sonuç olarak çalışmamız, COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerine ruhsal etkilerini göstermiştir. Kronik bir halk sağlığı problemi olmasından dolayı, pandeminin yarattığı stres ile başa çıkma yöntemleri konusunda hastalar ile yakın temasta olan sağlık personeline psikolojik destekler sağlanmasının önemi açıktır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, DASS-21, Stigmatizasyon, Damgalanma, Sağlık Personeli

2. ABSTRACT

Due to the psychological aspects of the COVID-19 outbreak that emerged in Wuhan, China in December 2019 and affected the whole world, as well as making treatment directly to COVID-19 patients and the increased risk of COVID-19 transmission of health personnel, fear of infecting their families, concerns about the health of themselves and their loved ones, staff are exposed to additional stress. More systematic research is needed to understand the psychological effects, the risk and protective factors of the COVID-19 pandemic on healthcare workers. Our study was conducted to reveal the data that examined the depression, anxiety and stress levels associated with stigma during the COVID-19 pandemic of health workers. The secondary objective of the study was to examine the possible relationship between COVID-19-related stigma and depression, anxiety, stress and sociodemographic factors in health workers.

The study was conducted prospectively, unicentered, cross-sectionally. The survey study was applied face-to-face to the health workers working at Ankara University. Two groups were formed as the group that had COVID-19 and the group that did not have it. The group that did not have COVID-19 was taken as a control group. After people declared whether they had COVID-19 or not, they were included in the relevant group and a questionnaire consisting of the same questions was applied. In the survey, Health Workers Coronavirus Stigma Scale (12 questions) and Depression, Anxiety and Stress Scale Short Form (21 questions) were used.

A total of 300 people were included in the study, including 107 health workers who had COVID-19 and 193 health workers who had not had COVID-19 as a control group. Of these, 212 were women (70,67%) and 88 were men (29,33%). The average age of the study participants was 35.9 and 175 (59%) were in the 26-40 age interval. Nearly half of them are doctors, 142 people (47,16%). 65 of the participants (21,67%) had a chronic disease. The most common chronic disease is hypertension with 16,39% (n=13). A significant relationship was found between COVID-19 and having chronic illness (p=0,046). The incidence of COVID-19 in those with chronic diseases (46,2%) is significantly higher than in those without chronic diseases (32,8%). The median score of anxiety, stress and depression of women is significantly higher than that of men. The median anxiety score of those who have had COVID-19 is significantly higher than those who have not. As monthly income increases, the median score for anxiety, depression and stress decreases numerically, and for anxiety and stress, this decrease is significant (p=0,022 and p=0,021, respectively). Those with high levels of depression, anxiety and stress had more stigmatization.

As a result, our study showed the mental effects of the COVID-19 pandemic on health workers. Since it is a chronic public health problem, the importance of providing psychological

support about methods of coping with the stress created by the pandemic to health personnel, who are in close contact with patients, is obvious.

Keywords: COVID-19, DASS-21, Stigmatization, Stigma, Medical Personnel

3. GİRİŞ

2019 yılının sonunda Çin'in Wuhan şehrinde patlak veren ve bütün dünyayı etkileyen COVID-19 salgını, ülkemizde de ilk vakanın 11 Mart 2020'de açıklanmasıyla beraber hızla yayılmıştır. Çin'deki genel nüfus arasında COVID-19 pandemisi sırasında acil psikolojik tepkiyi araştıran erken bir çalışma, katılanların %53,8'inin pandemiyi psikolojik açıdan orta veya şiddetli derecede etkili olarak değerlendirdiğini göstermiştir. [1].

Salgın sürecinin toplumdaki psikolojik etkilerine ek olarak, sağlık personeli doğrudan COVID-19 ile enfekte olan hastaların tedavisini uygulamakta, bir yandan da artan bulaş riski ve sevdiklerine bulaştırma riski ile ilgili endişelerden dolayı daha fazla stres yaşamaktadır. Ayrıca, hem vaka sayısında ve salgınla ilişkili ölümlerde görülen artış, hem de ağır iş yükü, zamanla duygusal ve fiziksel tükenmeye neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının yaklaşık %10'unda, daha önceki salgınlar sırasında ve sonrasında anksiyete, depresyon, somatizasyon gibi stres reaksiyonu belirtileri bildirilmiştir [2]. COVID-19 pandemisi sırasındaki bir çalışmada, Çin'deki sağlık personeli arasında, anksiyete, depresyon ve stresle alakalı bulguların sıklığı, sırasıyla %44,7, %50,7 ve %73,4 olarak saptanmıştır [3]. Bununla birlikte, kanıtlar hala yetersizdir ve bu küresel felaketle karşı karşıya kalan sağlık çalışanlarının psikolojik durumları hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu nedenle, COVID-19 salgınının sağlık personelinin psikolojisi üzerindeki etkilerini, ilgili risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri anlamak için daha sistematik araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamız, sağlık çalışanlarının COVID-19 salgını esnasında stigma ile ilişkili anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin bir arada incelendiği verileri ortaya koymak için planlanmıştır.

Çalışmamızın amacı; COVID-19 geçirmiş olan sağlık çalışanları ile geçirmemiş olan sağlık personeli arasında; COVID-19 ilişkili stigmatizasyon, anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

Çalışmamızın ikincil amacı, sağlık çalışanlarında COVID-19 ilişkili stigma ile depresyon, anksiyete, stres ve sosyodemografik faktörler arasındaki olası ilişkiyi incelemektir.

Çalışmamızın hipotezleri;

- Depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarında damgalanma algısının düzeyi daha yüksektir.
- Eğitim seviyesi yüksek olan sağlık çalışanlarında damgalanma düzeyi daha düşüktür.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Depresyon

İlk defa Hipokrat tarafından tanımlanan depresyon; genetik, çevresel veya endokrinolojik bozukluklara bağlı olarak gelişen bir durumdur [4]. Bundan 2.000 yıl önce melankoli ile eş anlamlı görülen depresyonun klinik bir durum olduğu belirlenmiş ve melankolik bireyler genellikle üzgün, yorgun, ümitsiz hastalar şeklinde tanımlanmıştır [5]. Bugüne baktığımızda depresyon; olumlu hislerin kaybedilmesi (sıradan olaylara ve deneyimlere karşı ilgi ve zevk kaybı), bilişsel, duygusal ve fiziksel açıdan genel bir olumsuzluk durumu ile karakterize bir zihinsel sağlık sorunu olarak bilinmektedir [6]. Depresyon, erişkinler arasında en sık rastlanan ruhsal sağlık problemlerinden biridir [7]. Dünya Sağlık Örgütü verilerine bakacak olursak, 300 milyonun üzerinde depresyon hastası mevcuttur (WHO, 2018). Yapılan araştırmalara göre, kadınlarda depresyon erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir [8]. Kadınların depresyon konusunda daha hassas ve daha semptomatik patolojilerinin olduğu, erkeklerin ise depresyonda iken nisbeten daha az belirti veriği düşünülmektedir [9]. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017'deki Depresyon ve Diğer Yaygın Ruhsal Bozukluklar Raporu'na göre Türkiye'de depresyon yaygınlığı %4,4, anksiyete yaygınlığı ise %4'tür [10].

4.1.1. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon multifaktöriyel bir hastalık olup, etiyolojisini genetik, nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, endokrinolojik ve sosyal faktörler ve/veya süreçler belirlemektedir. Beyin görüntüleme konusundaki teknolojik gelişmeler, beynin yapısındaki ve fonksiyonlarındaki bazı aksaklıkların da çeşitli duygusal ve bilişsel süreçlere eklenerek, depresyona zemin hazırladığını işaret etmektedir [6]. Depresyonun biyolojik nedenleriyle ilgili ilk hipotez, 1950'li yıllarda tüberküloz tedavisi esnasında, merkezi sinir sistemindeki monoamin oksidaz enzim inhibisyonunun depresyon gelişiminde etkili olduğunun anlaşılması ile üretilebilmiştir. Artık depresyon etiyolojisinde monoamin oksidaz inhibisyonunun tek etken olmadığı anlaşılmıştır ve reseptörlerin, hatta gen ekspresyonunu düzenleyen moleküllerin dahi, hastalığın etiyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir[11]. Hipotalamo-hipofizer akstaki hormonların üretiminde rol alan ve duygu bozukluklarının oluşumunda önemli bir yeri olan dopamin, noradrenalin ve serotoninin de etiyolojide önemli hormonal etkenler arasında yer aldığı bilinmektedir. Araştırmalara göre dopamin ve serotonin eksikliği depresyona yatkınlığı artırmakta, intihara meyilli hastalarda beyin omurilik sıvısındaki serotonin düzeyinin ve trombositlerdeki serotonin geri alım reseptörlerinin sayısının sağlıklı kişilere göre daha düşük

olduğu belirtilmektedir [12]. Buna ek olarak, depresyon hastalarında serotonin emiliminin daha yavaş olduğu ve serotonin taşıyıcılarının miktarının da daha düşük olduğu görülmüştür [11]. Ayrıca duygu kontrolünde rol aldığı bilinen hipokampusun manyetik rezonans ile yapılan görüntülemelerinin temel alındığı morfometrik çalışmalarda, borderline kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve majör depresyonu olan hastalarda %8-19 arasında hipokampus atrofisi saptanmıştır. Bazı nöroendokrin ve nöropeptid sistemlerin de duygudurum bozuklukları üzerinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Örneğin, hipotalamik-pitüiter-adrenal eksenindeki aktivite artışı, kortikotropin salgılatıcı hormon salgısında artışa sebep olmakta, bu da majör depresyondaki en yaygın bulgulardan biri olan kortizol salınımı artışıyla sonuçlanmaktadır [12]. Hipotiroidizm, hipertiroidizm, kalp hastalıkları, diyabet, hiperprolaktinemik amenore, Addison hastalığı ve Cushing sendromu gibi rahatsızlıklar da depresyon riskini arttırmaktadır. İnsanların depresyona yatkınlığını artırması muhtemel değişkenler; sosyal koşullar, stresli hayat tarzı, ailesel ve kalıtsal faktörler, cinsiyet, çocukluk travmaları, işsizlik, düşük sosyoekonomik durum ve kişinin kendi karakteridir. Kronik fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar da depresyon riskini artıran sebepler arasındadır.

Londra'da yapılmış bir araştırma, kadınlarda depresyonun sosyal açıdan kırılganlık faktörlerini incelemiş, ev hanımı olmanın, yaşı 14'ten küçük üç veya daha fazla çocuğa sahip olmanın ve insanlarla güvenilir ilişkiler kurmakta zorlanmanın da önemli riskler arasında olduğunu göstermiştir [6]. Kadınlarda depresyon yüzdesini artıran önemli bir faktör de, kadının asli görevi olarak görülen anneliktir ve hamilelik döneminde kadınların %16,4'ünde, doğum sonrası dönemde ise %13,8'inde depresyon görüldüğü bilinmektedir [13]. Ayrıca obez insanlarda depresyon prevalansının genel popülasyona oranla 2 ila 3 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir [14]. Bununla bağlantılı olarak, yiyecek tüketiminin depresyon ile baş etmek adına uygulanan bir strateji olduğu düşünülmektedir.

4.1.2. Depresyonun Tanı Kriterleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde psikolojik rahatsızlıkların resmi tanı sistemi olarak kullanılan, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı "Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı (DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)" tanı kriterlerine göre, depresyondaki bir kişinin, 2 haftadan az olmamak kaydı ile aşağıdaki belirtilerden en az 5'ini, neredeyse tüm gün yaşaması gerektiği belirtilmiştir:

1. Kötümser ruh hali,
2. Birçok faaliyete karşı ilgi veya zevklerin azalması,
3. İstemsizce kilo kaybetme veya kilo alma,
4. Uyumakta zorluk veya çok fazla uyuma,

5. Yorgunluk veya enerji kaybı,
6. Başkaları tarafından fark edilen ajitasyon veya psikomotor gerilik,
7. Düşünme veya konsantre olma becerisinde azalma,
8. Değersizlik veya aşırı suçluluk hissi,
9. Tekrarlayan intihar düşünceleri

4.1.3. Depresyonun Tedavisi

Depresyon hastalarında tedavi amacı, akut dönemde iyilik halini sağlamak, uzun vadede iyilik halinin devamı ve tekrar depresyon görülmesinin önüne geçilmesidir. Tanıyı net olarak ortaya koyabilmek, hastayı bilgilendirmek, tedavi kararını beraber vermek, hamilelik ve laktasyon sürecinde hastayı uyarmak, ilaçların yan etkileri ve birbirleriyle etkileşimleri konusunda hastayı bilinçlendirmek önem arz eder. Depresyonda farmakolojik tedavi başta olmak üzere, psikoterapi, akupunktur, egzersiz terapisi gibi alternatif tedaviler de mevcuttur. Antidepresan ilaçlar, etkisini 3-4 hafta içerisinde göstermekte ve tedavinin ilk 7 ila 10 gününde bazı yan etkilere rastlanabilmektedir [15]. Depresyon tedavisinde en yaygın kullanılan ilaçlar şöyle sınıflandırılmaktadır:

Trisiklik Antidepresanlar: imipramine, desipramine, amitriptyline, nortriptyline, protriptyline, lofepramine, iprindole, dibenzepin.

Monoamin oksidaz inhibitörleri: toloxatone, moclobemide.

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri: sertraline, fluvoxamine, fluoxetine, escitalopram, citalopram, paroxetine, etoperidone, alaproclate.

Serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri: agomelatin, venlafaxin, bupropion, reboksetin, mirtazapin gibi yeni ajanların da içinde olduğu birçok ajan mevcuttur [16].

4.2. Anksiyete

Geçtiğimiz yüzyıla dek bir hastalık olarak kabul görmeyen ve psikiyatrik rahatsızlıkları sınıflarken bir bozukluk olarak yer verilen anksiyete, kelimesi anlamı olarak eski Yunanca'daki "anxsietas" kelimesinden köken almaktadır ve korku, endişe manasına gelir [17]. Anksiyete terimi, Türkçede kaygı anlamında da kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu'na göre kaygı; üzüntü, tasa, endişe duyulan düşüncedir. (TDK, 2018). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'ya göre anksiyete; "Kişilerin günlük yaşamlarını olumsuz etkileyebilen ve kontrol etmekte zorlanılan aşırı rahatsızlık hissi veya endişe" şeklinde tanımlanmalıdır. Anksiyete, normal sinirlilik hali gibi değildir ve aşırı endişe veya aşırı korku içerir., Zihinsel rahatsızlıkların en sık görülenleri anksiyete bozukluklarıdır ve erişkinlerin %30'u, çocuk ve ergenlerin ise %10-20'si hayatlarının bir noktasında anksiyete bozukluklarından etkilenmektedir [18].

4.2.1. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete; kişinin yaşadığı endişe, korku, heyecan, sıkıntı, bir anda çok kötü bir şey olacağı duygusu ve bunlara göğüste sıkışmanın, kalp ritminde artışın, terlemenin, baş ağrısının, mide rahatsızlığının ve sık tuvalete gitme ihtiyacı gibi başka birçok fizyolojik belirtinin de eşlik etmesidir [19, 20]. Bariz bir tehlike yokken yaşanan endişe hissi, endişenin sıklığı, şiddeti ve kişinin hayatını ne derece etkilediği göz önüne alınarak, anksiyetenin varlığı belirlenebilir [19].

4.2.2. Anksiyete Risk Faktörleri

Anksiyetenin sebepleri henüz tam olarak bilinemese de, psikolojik, kalıtsal, çevresel ve gelişimsel faktörlerin bir araya gelişiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Anksiyete rahatsızlığı olan kişilerin aile üyelerinde de, anksiyeteye çok daha sık rastlanmaktadır. Bu durum, hastalığın gelişiminde çevresel strese ek olarak, kalıtsal etmenlerin de bir hayli etkili olduğunu düşündürmektedir [21]. Anksiyete bozuklukları ile ilgili risk faktörleri arasında, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim düzeyi, kadın olmak, erken çocukluk evresinde fazla içe dönük olmak, çocukluk travmalarının varlığı, amigdalanın aşırı duyarlılığı, ruh sağlığı bozuk veya aşırı otoriter ebeveynlere sahip olmak ve davranışsal inhibisyon gibi çok çeşitli etmenler mevcuttur [18].

4.2.3. Anksiyete Bozuklukları

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin anksiyete bozuklukları olarak kabul ettiği bozukluklar şunlardır [22]:

Yaygın anksiyete bozukluğu,
Sosyal anksiyete bozukluğu,
Fobiler (Özgül fobi),
Panik bozukluğu,
Agorafobi,
Travma sonrası stres bozukluğu
Ayrılma anksiyete bozukluğu

4.2.4. Anksiyete Tedavisi

Anksiyete, kişinin günlük yaşantısını ve bilişsel fonksiyonlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Prevelansı minimum düzeye çekebilmek ve genel bir iyilik hali oluşturabilmek adına ilk etapta önleme programları uygulanmalıdır. Öncelikle risk faktörleri belirlenerek bunların çözümüne odaklanılmalı, sonrasında tedavi yöntemlerinin etkinliği ile ilgili araştırmalar yapılmalıdır [23]. Anksiyete hastalarının iyileştirilmesinde, davranış terapileri,

bilişsel psikoterapiler, relaksasyon eğitimleri ve ilaç tedavileri gibi yöntemlerin faydalı olduğu kabul edilmektedir. Psikoterapiler ile ilaç tedavisinin kombine edilerek uygulanması önerilmektedir. Tedavi sürecini hasta ile iş birliği içerisinde yönetmek, güven duygusunu sağlamak ve hastayı eğitmek, tedavi başarısını büyük ölçüde etkiler. Günlük yaşantısı anksiyete yüzünden çok etkilenmemiş olan hastalarda, destekleyici psikoterapi, dinamik psikoterapi ve bilişsel-davranışsal terapi yaklaşımları uygulanırken, günlük yaşantısını sürdürmekte zorluk çeken hastalarda ilaçlar tedaviye eklenmelidir. Antidepresanlar (paroksetin, imipramin, doksepin, venlafaksin ve nefazodon), buspiron ve benzodiazepinler, anksiyete tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır [24].

4.3. Stres

Stres kelimesi, Fransızcadan ve Latinceden köken alır ve isim olarak birinci anlamı, zorlanma, gerilme ve baskıdır [25]. Stresin etkileri olumlu ve olumsuz olmak üzere iki sınıfa ayrılabilir. Kişisel gelişim açısından ihtiyaç duyulan heyecanı sağlamaya yardımcı olması, stresin olumlu bir etkisi iken, fazla stres kişiyi iş yapamaz duruma getirebilir ve ciddi sağlık sorunları yaşamasına sebep olabilir. Varoluş için her insan belli bir miktarda strese ihtiyaç duyar [26]. Kişinin denge halini korumaya çalışmasına homeostatis adı verilir ve eğer denge halini sağlayamazsa, kişi tarafından bu durum stres varlığı olarak algılanır [27]. Stres varlığına maruz kalan birey, bununla başa çıkabilmek adına çeşitli bilişsel ve davranışsal yöntemlere başvurur [28].

Stres genelde, suçluluk duygusu, üzüntü, sinirlilik hali, günlük uyku ritminde değişiklikler, kilo kaybı veya artışı, konsantrasyon bozukluğu, karamsar düşünceler, dikkatsizlik, huzursuzluk, sosyal ilişkilerde zayıflama ve çatışma hali gibi çeşitli olumsuz durumları beraberinde getirir [21].

4.3.1. Stres Etiyolojisi

Strese sebep olan etmenler, fizyolojik (hastalık, gıda yoksunluğu vb.) ve duygusal (işsizlik, sosyal çatışmalar, kişinin sevdiklerini kaybetmesi vb.) sebepler şeklinde iki yönlü olarak değerlendirilmelidir [29]. Amerika Birleşik Devletleri vatandaşlarındaki stres etmenlerini araştıran Amerikan Stres Enstitüsü, iş hayatındaki zorluklar (iş arkadaşları arasındaki çekişmeler, patron baskısı ve aşırı iş yükü), ekonomi (emekliye ayrılma, işten çıkarılma, sağlık giderleri), hastalıklar, sosyal ilişkilerdeki sorunlar (yalnızlık, eşini kaybetmek, ayrılık yaşamak veya arkadaşlarla kavga etmek), yetersiz ve dengesiz beslenme, uyku düzeninin olmaması ve medya (e-posta, televizyon, sosyal ağ) gibi birçok faktörün başlıca stres sebepleri arasında olduğunu göstermektedir [30].

4.3.2. Stres Yönetimi

Yoğun stres maruziyeti, çeşitli sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir. Örneğin kişinin bağışıklığının zayıflaması, baş ağrısı, ülser, felç, migren, kanser, koroner kalp rahatsızlıkları, hipertansiyon, romotoid artrit ve sırt ağrıları bunlardan başlıcalarıdır. Stres kaynaklı ciddi hastalıklardan korunabilmek adına, stres yönetiminin iyi planlanması gerekir [31]. Altın kural, stresin ortaya çıkmasını engellemeye çalışmaktır. Uyku ve beslenme düzeninin sağlanması, kafein ve diğer uyarıcıların aşırı tüketiminden olabildiğince kaçınmak ve kişinin kendine zaman ayırması, stresin önüne geçmenin en önemli yollarıdır [30].

4.4. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği

Stresin, anksiyetenin ve depresyonun toplumdaki sıklığı gün geçtikçe daha da artmaktadır. COVID-19 pandemisi ile birlikte insanlar kalabalıktan uzak durmaya ve izolasyon önlemleri almaya mecbur kalmışlardır. Bu bozuklukların sıklığının giderek artması, genel sağlık giderlerini, toplum huzurunu, iş dünyasını ve kişisel mutluluk düzeyini son derece olumsuz etkilemektedir. Toplumu oluşturan bireylerin duygudurumu, sadece kendilerini değil bütün toplumu etkiler [32, 33]. Sosyal ilişkiler açısından, kişilerin duygudurumu çok kritik önem arz eder [33, 34]. Duygular olumlu ve olumsuz olmak üzere iki ana gruba ayrılabilir. Mutluluk, başarı, iyimser ruh hali gibi duygular olumlu olarak değerlendirilirken, bunların tersi yöndeki duygular ise olumsuz duygular şeklinde nitelendirilmektedir [35]. Ölçekte incelenen stres, anksiyete ve depresyon da olumsuz duygular olarak kategorize edilmekte ve toplumu bir bütün olarak etkilemektedir [36].

DASS-21 ölçeği, 4'lü Likert Tipi bir ölçektir ve stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin her birinin ölçümü amacıyla 7'şer soru içermektedir. Ölçekteki soruların sıralamasının bir önemi yoktur. Ancak depresyon, stres ve anksiyete sorularının karışık sorulması uygun olmaktadır. Orjinal ölçekte de ölçüm bu şekilde gerçekleştirilmiştir [37]. Ölçekte depresyon, stres ve anksiyete için toplam puanlara göre değerlendirme yapılmaktadır. Ölçekte sorulan her bir belirti, şiddetine göre 0, 1, 2 ya da 3 puana karşılık gelecek 4'lü sisteme göre puanlanır. Her boyutta en az 0 puan, en fazla 21 puan alınabilir. 42 maddeden oluşan (uzun form) DASS'ta puanlama aşağıda belirtilen şekildedir. 21 soruluk ölçekte ise bu puanlar yarıya düşürülür ya da sorulardan elde edilen puanlar 2 ile çarpılır (Bkz. Ek-5). Tablo 4.1'de DASS 21 Ölçeğinin puanlaması verilmektedir.

Tablo 4.1. DASS 21 Ölçeğinin Puanlaması

	Depresyon	Anksiyete	Stres
NORMAL	0-9	0-7	0-14
HAFİF	10-13	8-9	15-18
ORTA	14-20	10-14	19-25
İLERİ	21-27	15-19	26-33
ÇOK İLERİ	28+	20+	34+

4.5. Stigmatizasyon

Stigma (etiket, damga) terimi, kişinin veya bir topluluğun saygınlığını tehdit eden, başka insanlar tarafından çekinilmeye veya reddedilmeye sebebiyet veren, küçük düşürücü, değersizleştiren bir kusur, utanç verici bir durum, toplumun geri kalanı tarafından kabul görmemenin bir işareti olarak tanımlanmaktadır [38-42]. Stigmatizasyon (etiketleme, damgalama) ise, toplumun bazı hastalıklarla ilgili, bir kesime karşı sergilediği olumsuz tutuma ve hatta toplumdan dışlamaya varacak derecede olumsuz bir tavır takınmasına kadar giden davranışlara verilen addır.

4.5.1. Stigmatizasyonun Psikososyal Etkileri

Stigmatizasyona uğrayan kişiler giderek içine kapanmaya ve yalnız hissetmeye meyilli olurlar. Topluma ait olmadıkları hissiyle olumsuz düşüncelere kapılabilir, endişe, çaresizlik, ümitsizlik ve kötümserlik benzeri duygulara sürüklenebilirler. İçinde bulundukları hassas durum, psikiyatrik rahatsızlıklara da zemin hazırlar. Kendisinin iyi şeyleri hak etmediğini düşünüp öfkeye kapılabilir, kendine ve etrafına zarar verme eğilimi sergileyebilir [43]. Stigmatizasyon, hem kişisel hem de toplumsal açıdan çok zararlı ve tehlikeli sonuçlara gebe bir olgudur. Bu konuda daha bilinçli ve duyarlı olmak gerektiğine dair farkındalık yaratmak, kritik öneme sahiptir.

4.5.2. COVID-19 ve Sağlık Çalışanlarında Stigmatizasyon

COVID-19 hastalığına yakalanmadığı halde grip benzeri semptomlar gösteren veya herhangi bir solunum yolu enfeksiyonunda görülebilecek öksürük, hırıltılı nefes tarzında belirtiler gösteren kişiler, maske takmayı alışkanlık haline getirenler, tedavi veya tedbir amacıyla hastaneye yatmış veya karantinada kalmış olup iyileşmiş kişiler ve bu kişilerin aileleri, halen hastalık ve mikrop kaynağı şeklinde bir algıyla stigmatizasyona ve ayrımcılığa uğrayabilirler. Bir kez tanı almış kişilerin hastalığı geçirdikten sonra bile ‘vebalı’ muamelesine

maruz kalması çok yaygındır [44]. Bu durumdan yola çıkarsak, bu hastaları 7/24 tedavi eden sağlık çalışanlarının stigmatizasyona uğramasının beklenen bir durum olduğunu söylemek mümkündür.

Pandeminin başlamasıyla birlikte sağlık çalışanları, bu hasta grubunu tedavi etmeye çalışırken bir yandan da ailesine, anne-babasına, çocuklarına, sevdiklerine bu hastalığı bulaştırmamak için kendilerini herkesten izole etmişlerdir. Pandeminin başında birçok sağlık çalışanı, çocuklarını, anne-babasını, aile büyüklerini uzun bir süre görmeden çalışmaya devam etmiştir. Görüştüklerinde ise mesafeli olarak kısa bir süre görüşmüşlerdir. Diğer taraftan sağlık çalışanı oldukları için sosyal çevreleri tarafından, hatta apartman komşuları tarafından da dışlanmışlardır. Bu durum sağlık çalışanlarında stigma durumunu ortaya çıkarmıştır. Hatta sağlık çalışanları ile beraber onların aileleri ve yakın çevreleri de damgalanmaya uğramış olabilir. Başka bir tehlike de, stigmatizasyona maruz kalan gruba dahil olmayan kişilerin kendilerini risk altında görmemesinden dolayı, gerekli önlemleri almayarak salgının büyüme ihtimaline sebebiyet vermiş olmalarıdır [43].

İnsanlar kendilerini endişelendiren, korkutan bir kişiyle ya da durumla karşılaştığında, genelde onu kendilerinden uzaklaştırıp dışlama yoluna gider [45]. COVID-19 pandemisi de stigmatizasyon, ırkçılık ve ayrımcılık gibi, sosyal açıdan büyük tehlike arz eden bazı problemleri tekrar su yüzüne çıkarmış veya alevlendirmiştir. Pakistan'da eşinin test sonucu pozitif çıkan 55 yaşında bir hekim, kendisinin test sonucunun negatif çıkmasına ve işyerinde aldığı koruyucu önlemlere rağmen hastalık kaynağı gibi muamele görmekten kurtulamadığını anlatmıştır [46]. Kanada'da COVID-19 salgını sırasında yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanı olmayan 3551 kişiye, sağlık çalışanlarıyla ilgili bakış açıları konusunda anket uygulanmıştır. Katılımcıların çeyreğinden fazlası, sağlık çalışanlarının toplumdan ayrı tutulması gerektiği yönünde görüş belirtmiştir. Ankete katılanların yaklaşık üçte biri, bulaş korkusu nedeniyle sağlık çalışanlarından kaçınmaya çalıştığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarını alkışlamak ya da onlara tezahürat etmek gibi destek şekillerinin, damgalayıcı tutum sergilemeye engel teşkil etmediği ve bu iki durum arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir [47]. Mısır'da yapılan, 138'i COVID-19 ile ilgili bölümlerde görevli olmak üzere 509 doktorun katıldığı bir çalışmada, ciddi düzeyde stigmatizasyona uğradığını belirtenlerin sayısı 159 (%31,2) çıkmıştır. Karantina hastanesinde çalışanların, stigmatizasyona daha fazla maruz kaldığı saptanmıştır. Doktorların önemli bir bölümü pandemi sürecinde damgalanma yaşamıştır [48].

Semptom göstermeksizin virüsü taşıyan insanların varlığı literatürde bildirilmektedir. Stigmatizasyon için önemli bir risk faktörü de, semptom göstermeyen sağlık çalışanlarının da hastalık kaynağı olarak görülmesidir. İnsanlar birbirlerini potansiyel tehlike olarak algılamakta ve dışlayabilmektedirler [49]. Salgın sürecinde hayatını kaybeden sağlık çalışanları ile ilgili

haber görüntüleri de bu duruma katkı sağlamış, halkın endişesinin artmasına ve sağlık personelinin bir risk faktörü olarak etiketlenmesine sebebiyet vermiştir [50].

4.5.3. Stigmatizasyonun Sonuçları

Stigmatizasyona maruz kalan bireyin endişe düzeyi artabilir. Kişinin kötümser bir bakış açısına kapılması, doğru bilgiyi edinmesini ve algılamasını engelleyebilir. Umutsuzluk, güçsüzlük, çaresizlik gibi hislere ek olarak, başına gelenleri hak ettiğini düşünüp utanma, suçluluk, gelece kaygısı, kendine ya da etrafındakilere karşı şiddetli öfke, hatta zarar verme arzusu duyabilir. Maruz kaldığı dışlayıcı tutum devam ettiği sürece giderek daha yalnız hissedip içine kapanır. İçinde bulunduğu ruh hali ve olumsuz düşünceleri, bazı ruhsal hastalıklara yakalanmasına zemin hazırlayabilir. Sağlık çalışanları ayrımcılığa maruz kalmaktan sakınmak için, sağlık çalışanı olduğunu gizleyebilir, COVID-19 hastalarına baktığını söylemek istemeyebilir.

İnsanlar da sağlık hizmetlerine ulaşmaktan imtina edebilir, sağlık kuruluşlarına başvurmakta geç kalabilir. Stigmatizasyon uygulayan kişiler ise bütün toplum için risk teşkil eden bir durumla ilgili, kendilerinin risk altında olmadıkları yanılgısıyla, gereken önlemleri almak konusunda ihmalkar davranabilir. Toplumsal tedbirlere ve kurallara özen göstermeyebilir. Bu durum tehlikenin daha uzun sürmesine yol açar [44].

4.6. Sağlık Çalışanları Coronavirüs Stigma Ölçeği

Anket skoru maksimum 60 puandır. 25 ve üzeri puan alanlar stigma pozitif olarak yorumlanır (Bkz. Ek-5).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 01.04.2021 - 01.06.2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışmanın onayı İ2-181-21 karar numarası ile Ankara Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Bkz. Ek-1 Etik Kurul Onayı).

5.2. Araştırma Yöntemi ve Verilerin Toplanması

Ankara Üniversitesi'nde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarına anket çalışması yüz yüze uygulanmıştır. COVID-19 geçiren grup ve geçirmeyen grup olarak iki grup oluşturulmuştur. Geçirmeyen grup kontrol grubu olarak alınmıştır. Kişiler, COVID-19 geçirip geçirmediklerini beyan ettikten sonra ilgili gruba dahil edilerek aynı sorulardan oluşan anket uygulanmıştır. Ankette kullanılan ölçekler şunlardır; Sağlık Çalışanları Coronavirüs Stigma Ölçeği (12 soru) ve Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Kısa Formu (21 soru).

Anket formları toplandıktan sonra bilgiler, bilgisayar ortamında SPSS sistemine tez sahibi Dr. Baran Degirmenci tarafından girilmiştir. Veriler analiz edilip yorumlanarak tez çalışması oluşturulmuştur.

Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri:

Çalışma Grubu:

- 18-65 yaş aralığında olmak
- COVID-19 geçirmiş olmak
- Ankara Üniversitesi'nde aktif olarak çalışan sağlık personeli olmak (doktor, hemşire, sağlık teknisyeni, temizlik görevlisi, sekreter)
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Kontrol Grubu:

- 18-65 yaş aralığında olmak
- COVID-19 geçirmemiş olmak
- Ankara Üniversitesi'nde aktif olarak çalışan sağlık personeli olmak (doktor, hemşire, sağlık teknisyeni, temizlik görevlisi, sekreter)
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Formu eksik veya yanlış doldurmak

5.3. Demografik Bilgi Formu

Araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların kişisel bilgilerinin değişkenliği ile stigmatizasyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla katılımcılara demografik bilgi formu verilmiştir. COVID-19 geçirip geçirmeme durumlarına göre kontrol ya da hasta formu uygulanmıştır. Bu formda katılımcıların yaş ve cinsiyetleri, sağlık alanındaki görev tanımları (doktor, hemşire, sekreter, tıbbi teknisyen, temizlik personeli), aylık gelirleri, medeni durumları, evde kiminle yaşadıkları, çocuklarının olup olmadığı, ek hastalık durumları yer almaktadır. Demografik Bilgi Formu'nun bir örneği Ek-3'te sunulmuştur (Bkz. Ek-3).

5.4. Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Kısa Form

Ölçekte depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını ölçmek için 7'şer soru yer almaktadır. Çalışma ve kontrol gruplarına aynı sorulardan oluşan anket uygulanmıştır.

5.5. Sağlık Çalışanları Coronavirüs Stigma Ölçeği

Sağlık çalışanlarına COVID-19 döneminde kendilerini ne kadar dışlanmış hissettiklerini değerlendiren bir anket uygulanmıştır.

5.6. İstatistiksel Analiz

Sağlık çalışanlarında sosyal damgalanmanın incelenmesi üzerine COVID-19 geçirenler ile geçirmeyenler arasındaki 0,4 (Cohend-d) büyüklüğündeki etkiyi 0,05 anlamlılık düzeyinde, 0,80 güç ile saptamak için çalışmaya dahil edilmesi gereken kişi sayısı COVID-19 geçiren 104, geçirmeyen 104 olmak üzere toplam 208 kişidir. Örneklem büyüklüğü hesabı G*Power (versiyon 3.1.9.2) hesabı ile gerçekleştirilmiştir.

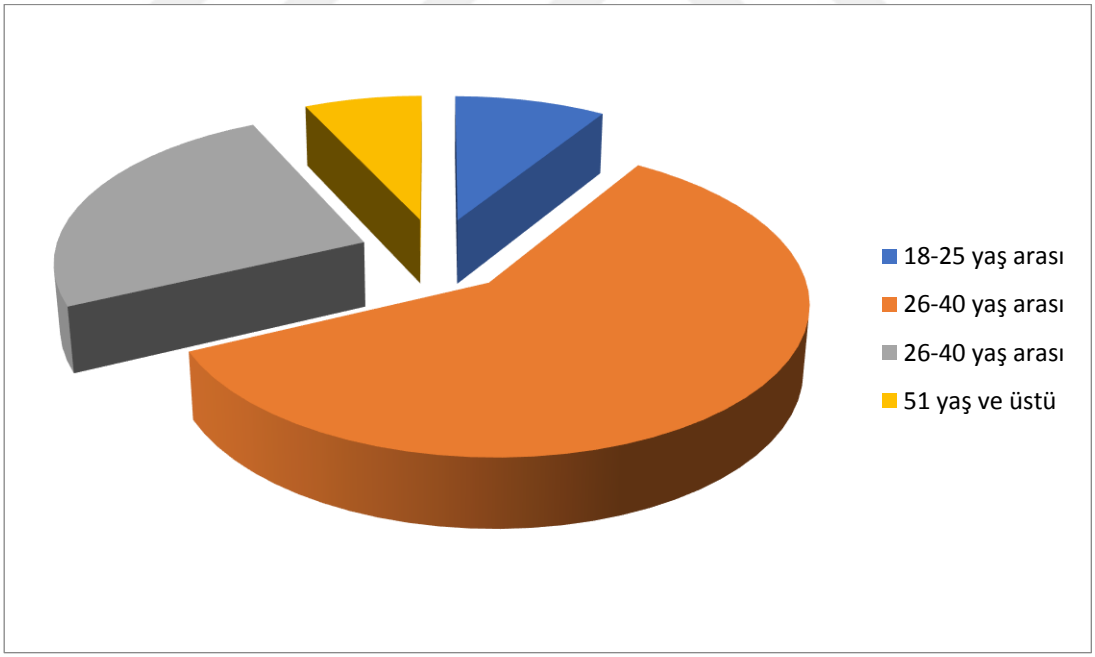
Tanımlayıcı istatistikler; nicel değişkenler için, normal dağılıma uygunluk durumuna göre ortalama ± standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise frekans (yüzde) olarak sunulmuştur. COVID-19 geçiren sağlık çalışanları ve geçirmeyen sağlık çalışanlarının klinik ve demografik verileri; nicel değişkenler için Studen T testi veya Mann Whitney U testi, Tek Yönlü ANOVA testi veya Kruskal Wallis testi, nitel değişkenler için ise Ki-kare veya Fisher'ın Kesin Testi yardımıyla karşılaştırılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiler ise Pearson Korelasyon ve Regresyon Analizi ile belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilip analizlerin gerçekleştirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Versiyon 15.0, Chicago,IL) kullanılmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Çalışma Populasyonunun Genel Özellikleri

Çalışmaya 107 tane COVID-19 geçirmiş sağlık çalışanı ve kontrol grubu olarak da 193 tane COVID-19 geçirmemiş sağlık çalışanı olmak üzere toplam 300 kişi alınmıştır. Bunların 212'si kadın (%70,67), 88'i erkeklerden (%29,33) oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 35.9 saptanmıştır. Yaş dağılımı ise şöyledir; 27 kişi (%9) 18-25 yaş arası, 175 kişi (%59) 26-40 yaş arası, 75 kişi (%25) 41-50 yaş arası, 21 kişi (%7) 51 yaş ve üstü (Şekil 6.1). Meslek dağılımı olarak yarıya yakınını, %47,16'sını (n=142) doktorlar oluşturmak üzere diğer meslek gruplarının dağılımı Tablo 6.1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılanların %63,7'si (n=191) evli, %36,3'si (n=109) bekar idi; %63.33'ü (n=190) eşi ile, % 20.67 (n=62) yalnız, % 13'ü (n=39) ebeveynleri ile, % 3'ü (n=9) ev arkadaşı ile yaşıyordu. Çocuğu olanların oranı %51 (n=153) idi; bunların %70,8'inin (n=97) 10 yaşından küçük çocuğu mevcuttu. Gelir düzeyi olarak %75'i (n=225) 5.000 TL üstü gelire sahip, %0,67'si (n=2) 2500 TL altı gelire sahip idi (Tablo 6.1).



Şekil 6.1. Yaş Dağılımının Gösterilmesi

Tablo 6.1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

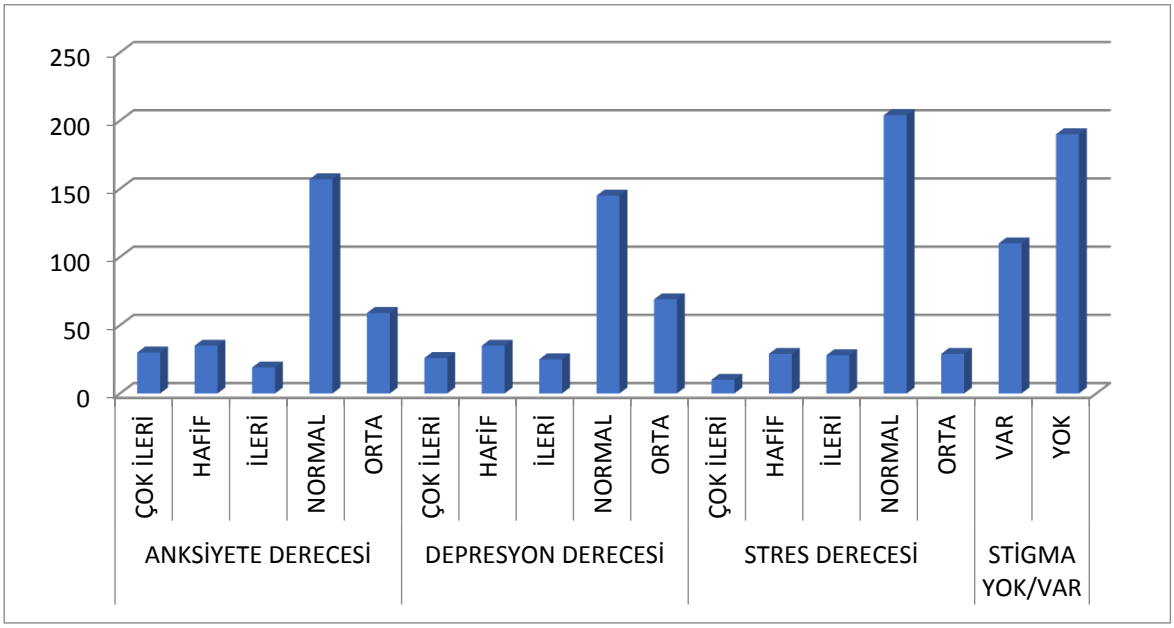
Özellik	Parametre	n	%
Yaş	**18-25**	27	9
	41-50	75	25
	51 ve üstü	21	7
Aylık Geliriniz	**<2500**	2	0,67
	2500-5000 arası	73	24,33
	>5000	225	75,00
Medeni Durumunuz	**Bekar**	109	36,33
	Evli	191	63,67
Evde kiminle yaşıyorsunuz	**Ebeveyn**	39	13,00
	Eş	190	63,33
	Yalnız	62	20,67
	Ev arkadaşı	9	3,00
Çocuğunuz var mı	**Evet**	153	51,00
	Hayır	147	49,00
Çocuğunuz varsa yaşını/yaşlarını belirtiniz	**<10**	97	70,80
	>18	22	16,06
	11-17	18	13,14
Meslek	**Doktor**	142	47,16
	Hemşire	83	27,76
	Hasta bakıcı	13	4,35
	Eczacı	2	0,67
	Sekreter	29	9,70
	Tıbbi Teknisyen	17	5,69
	Temizlik Personeli	7	2,34
	Memur	7	2,34

Çalışmaya katılan gönüllülerden COVID-19 geçirenlerin oranı %35,67 (n=107), geçirmeyenlerin oranı %64,33 (n=193) olarak saptandı. Katılımcıların %21,67'sinin (n=65) kronik hastalığı mevcuttu. En sık olan kronik hastalık %16,39 (n=13) ile hipertansiyon idi. Ek hastalık dağılımları tablo 6.2'de verilmiştir.

Tablo 6.2. Kronik Hastalıkların Dağılımı

Kronik hastalık	n	%
HT	13	16,39
RA	5	8,20
Hipotiroidi	14	21,31
DM	8	11,48
Astım	5	6,56
Diğer	18	29,51
Total	63	100,00

Çalışmaya katılanlara COVID-19 dönemi için uygulanan DASS-21 ölçeği değerlendirmesine göre %10'unun (n=30) anksiyete düzeyi; %8,67'sinin (n=26) depresyon düzeyi; %3,33'ünün (n=10) stres düzeyi çok ileri seviyede olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanı stigmatizasyon anketine göre COVID-19 döneminde %36,67'sinde (n=110) stigmatizasyon maruziyeti saptanmıştır (Şekil 6.2).



Şekil 6.2. DASS-21 ve Sağlık Çalışanı Stigmatizasyon Ölçeği Değerlendirmeleri (Sayısal olarak)

6.2. Çalışma Populasyonunun Özelliklerinin COVID-19 Geçirme Durumu ve DASS-21 Ölçeği ile İlişkisinin İncelenmesi

COVID-19 geçiren hastaların %38,2'si (n=81) kadın, %29,5'i (n=26) erkektir. COVID-19 geçirme durumu ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir ilişki yoktur (sırasıyla p=0,154 ve p=0,728).

İstatistiksel analizlere bakıldığında aylık gelir, meslek, medeni durum, evde beraber yaşanılan kişiler ve çocuk sahibi olma durumu kriterlerinin hiçbiri ile COVID-19 geçirme arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sadece kronik hastalıktan muzdarip olmakla COVID-19'a yakalanmak arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,046). Buna göre, kronik hastalığı olanların COVID-19'a yakalanma sıklığı %46,2 iken, herhangi bir kronik hastalığı olmayanların COVID-19'a yakalanma sıklığı ise %32,8'dir, bu farkın büyüklüğü anlamlı bulunmuştur.

Depresyon, anksiyete ve stres ölçeği üzerinden yapılan değerlendirmelerde COVID-19 geçirme durumu ile anksiyete derecesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,032). Buna göre COVID-19 geçirenlerde anksiyete derecesi çok ileri olanların oranı (%56,7), normal olanlara göre (%29,3) anlamlı olarak daha yüksektir. Cramer's V katsayısına göre bu iki değişken arasında yüksek düzeyde bir ilişki görülmektedir. Cramer's V katsayısı kullanılarak bu analize ilişkin post-hoc güç değeri hesaplanmış ve 0.739 olarak bulunmuştur. Fakat aynı karşılaştırma depresyon ve stress düzeyleri için yapıldığında COVID-19 geçirme durumu ile depresyon ya da stres derecesi arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır (sırasıyla p=0,911 ve p=0,355). Ayrıca COVID-19 geçirme durumu ile stigmatizasyon arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,758). Cramer's V katsayısına göre bu iki değişken arasında çok zayıf düzeyde bir ilişki görülmektedir. Phi katsayısı kullanılarak bu analize ilişkin post-hoc güç değeri hesaplanmış ve 0,05 olarak bulunmuştur. Bunun sebebi olarak COVID-19 geçirilen dönemde zaten karantina kuralları uygulandığı için ekstra bir stigmatizasyona uğranmamış olabileceği düşünülmektedir.

Kadınlarda stres ve anksiyete derecesi, erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,026 ve 0,001). Ayrıca çok ileri düzeyde anksiyetesi olanların hepsi kadındır (n=30).

Stigmatizasyona uğrayanların analizi yapıldığında stigmatize olanlarda anksiyete düzeyi çok ileri olanların oranı normal olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,005). Depresyon derecesi arttıkça stigmatize olanların oranı anlamlı olarak artmıştır (p<0,005). Stigmatize olanlarda stres derecesi normal olanların oranı hafif, ileri ve orta düzeyde stresi olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür (p<0,005).

DASS-21 ölçeğine puanlar üzerinden analiz yapıldığında çalışmanın gücü kategorik gruplandırmaya göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Sayısal değerler ile analizdeki anlamlılık

%94 güç ile belirlenmiştir. Kadınların anksiyete, stres ve depresyon puanı ortancası erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 6.3). COVID-19 geçirenlerin anksiyete puanı ortancası geçirmeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir (p=0,001).

DASS-21 ölçeği ile demografik veriler incelendiğinde aylık gelir arttıkça anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin hepsinin anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Ayrıca aylık gelir arttıkça sayısal olarak anksiyete, depresyon ve stres puan ortancası azalmaktadır, anksiyete ve stres için bu azalma anlamlı derecededir (sırasıyla p=0,022 ve p=0,021) (Tablo 6.3). Depresyon varlığı ile çocuk sahibi olunması arasında da anlamlı ilişkiler bulunmştur. İleri derecede depresyonu olanların %68'inin çocuğu vardır (p=0,011) ancak çocuğu olanlarda depresyon puan ortancası olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür (p=0,022). Diğer demografik veriler ile ölçek parametreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 6.3. Demografik Veriler ile DASS-21 Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Demografik Veriler	n	Anksiyete			Stres			Depresyon		
		Median	Min	Max	Median	Min	Max	Median	Min	Max
Cinsiyet										
Kadın	212	**4**	0	19	**6.5**	0	21	**6**	0	21
Erkek	88	**2**	0	9	**4**	0	17	**2**	0	16
p		**0.001**			**0.001**			**0.001**		
Aylık Gelir										
<5000	75	**4**	0	19	**7**	0	21	6	0	21
>5000	225	**3**	0	17	**5**	0	20	4	0	18
p		**0.022**			**0.021**			0.122		
Çocuk										
Var	153	3	0	17	6	0	21	**4**	0	16
Yok	147	3	0	19	6	0	21	**6**	0	16
p		0.888			0.444			**0.022**		
Ek hastalık										
Var	65	4	0	17	4	0	17	3	0	16
Yok	235	3	0	19	6	0	21	5	0	21
p		0.675			0.878			0.117		
Medeni Durum										
Evli	191	4	0	17	6	0	21	4	0	17
Bekar	109	3	0	19	6	0	21	6	0	21
p		0.555			0.756			0.169		
COVID-19 geçirme durumu										
Evet	107	**4**	0	17	6	0	21	5	0	21
Hayır	193	**3**	0	19	6	0	21	5	0	20
p		**0.001**			0.100			0.108		

6.3. Regresyon Analizleri

COVID-19 geçirip geçirmeme durumunun anksiyete üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (p=0,001). Anksiyetenin cinsiyet ve aylık gelir durumundan da etkilendiği görülmüştür. Anksiyete puanı bağımlı değişken olarak alınıp doğrusal regresyon modeli elde edildiğinde aşağıdaki sonuçlar anlamlı bulunmuştur.

Cinsiyet, aylık gelir ve stigma puanının etkisi sabit tutulduğunda, COVID-19 geçirme durumunun anksiyete puanı üzerinde etkili olduğu görülmektedir (p<0,001). COVID-19 geçirenlerin anksiyete puanı, geçirmeyenlere göre ortalama 1.461 puan daha fazladır.

Cinsiyet ve COVID-19 geçirme durumunun etkisi sabit tutulduğunda, aylık gelirin anksiyete puanı üzerinde etkili olduğu görülmektedir (p=0,002). Aylık geliri 5000'in altında olanların anksiyete puanı, 5000'in üzerinde olanlara göre ortalama 1.462 puan daha fazladır.

COVID-19, stigma puanı ve aylık gelirin etkisi sabit tutulduğunda, cinsiyetin anksiyete puanı üzerinde etkili olduğu görülmektedir (p=0,001). Kadınların anksiyete puanı, erkeklere göre ortalama 1.409 puan daha fazladır.

Cinsiyet; COVID-19 geçirme durumu ve aylık gelir birlikte anksiyete puanındaki değişimin %11,6'sını açıklamaktadır.

Stigma ile depresyon puanı arasında anlamlı (p<0,001), pozitif yönlü ve orta düzeyde (%44,6'lık) bir ilişki bulunmaktadır. Stigma ile stres puanı arasında anlamlı (p<0,001), pozitif yönlü ve orta düzeyde (%44,7'lik) bir ilişki bulunmaktadır. Stigma ile anksiyete puanı arasında anlamlı (p<0,001), pozitif yönlü ve düşük düzeyde (%33,5'lik) bir ilişki bulunmaktadır. Bu yüzden cinsiyet, stigma puanı ve COVID-19 geçirme durumunun etkisi sabit tutulduğunda, aylık gelirin anksiyete puanı üzerinde etkili olduğu görülmektedir (p=0,005). Aylık geliri 5000'in altında olanların anksiyete puanı, 5.000'in üzerinde olanlara göre ortalama 1.250 puan daha fazladır.

Cinsiyet, aylık gelir ve COVID-19 geçirme durumunun etkisi sabit tutulduğunda, stigma puanının anksiyete puanı üzerinde etkili olduğu görülmektedir (p<0,001). Stigma puanının 1 puan artması, anksiyete puanının 0.140 puan artmasına neden olmaktadır.Stigmatizasyon da modele dahil edildiğinde ise cinsiyet; COVID-19 geçirme durumu, aylık gelir ve stigma puanı birlikte anksiyete puanındaki değişimin %21,9'unu açıklamaktadır.

7. TARTIŞMA

COVID-19, yüksek bulaşıcılık ve ölüm oranlarının yanı sıra kitlesel histeriye, ekonomik yüke ve finansal kayıplara neden olarak evrensel psikososyal etkiler oluşturmuştur. "Koronafobi" olarak adlandırılan COVID-19'un kitlesel korkusu, toplumun farklı katmanlarında çok sayıda psikiyatrik bozukluklara sebebiyet vermiştir [51]. Çalışmamızda kesitsel olarak COVID-19 pandemisinin, sağlık çalışanlarının ruh sağlığını nasıl etkilediğini göstermiş olduk. Pandemi sürecinde stigmatizasyona uğrayan sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptadık. Aylık gelir düzeyinin düşüklüğü ile ilintili olarak pandemi döneminde depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde artış olduğunu gösterdik. COVID-19 geçirenlerde anksiyete düzeyinin geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğunu saptadık. Bulduğumuz veriler literatür ile uyumlu şekilde sonuçlanmıştır.

Duygudurum bozuklukları yakından incelendiğinde, depresyonun kadınlarda daha sık görülmesinin evrensel bir durum olduğu ileri sürülmektedir [52]. Ayrıca bu bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı, kadınlarda daha yüksek bulunmuştur [53]. Pandemi sürecinde kadınların, ruhsal sıkıntıları erkeklerden daha yoğun yaşadığı, yapılan birçok çalışma ile gösterilmiştir [54-56].

COVID-19 pandemisinin Asyalıların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, ruh sağlığını olumsuz etkileyen faktörler arasında 30'dan küçük yaş, yüksek eğitim geçmişi, bekar veya ayrı olma durumu, diğer ülkeler tarafından uygulanan ayrımcılık ve COVID-19'lu kişilerle temas yer almaktadır. Ruh sağlığını koruyucu faktörler arasında ise erkek cinsiyet, doktorlara duyulan güvenin yüksek olması ve sağlık bilgilerini incelemeye daha az zaman ayırma yer almaktadır [57]. Brezilya'da tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise kadın olmanın depresyon, anksiyete ve stres düzeyini arttırdığı saptanmıştır [58]. Konuyla ilgili çalışmaların geneline bakıldığında, bizim çalışmamızda da saptandığı üzere, kadınlarda depresyon, anksiyete ve stres düzeyi erkeklere göre daha yüksektir.

Medeni durumun depresyona etkisi ile ilgili bizim çalışmamızda ilişki saptanamamıştır. Fakat literatür incelendiğinde İran'da yapılan bir çalışmada bekarların, evli olanlardan daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu görülmüştür [59]. Wang Cuiyan ve ark. çalışmasında da bekar ya da eşinden ayrı yaşayanlarda pandeminin ruh sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir [59]. Başka çalışmalarda ise eşinden ayrılan bireylerin daha çok depresyon yaşadığı gösterilmiş ve aile varlığının; stres, kaygı ve depresyon seviyelerinin daha düşük

olmasını sağladığı tespit edilmiştir [56, 60]. Yine de COVID-19 salgını sırasında aile etkisine ilişkin literatür azdır.

Sosyal izolasyonun ruhsal problemler üzerinde önemli bir etkisi vardır ve ayrıca yaşlıların sosyal izolasyonda depresyona ve birçok ruh sağlığı sorununa oldukça duyarlı oldukları da bilinmektedir [60, 61]. Sonuç olarak, aile ve arkadaşlarla aralıklı toplantılara izin verilmesinin, uygun güvenlik önlemlerini alarak dengeli bir sosyal mesafe oluşturulması yoluyla pandeminin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini hafifletmenin ciddi bir ihtiyaç olduğu anlaşılmıştır [56].

Almanya'da pandeminin başlagıç döneminde, karantina kurallarının yoğun uygulandığı sırada yapılan bir çalışmada, katılımcılar, aile ve arkadaşlarla iletişimde olmanın, egzersiz ve aktivite yapmanın psikososyal streslerini azalttığını ve mental olarak daha rahat hissetmelerini sağladığını bildirmişlerdir. Bulgular, kadınların pandemi ve karantina önlemleriyle baş etmede daha fazla sorun yaşadığını gösteren araştırmalarla uyumlu bulunmuştur. Çalışma, COVID-19 pandemisinin ve ilgili önlemlerin son derece gelişmiş bir batı ülkesinde bile ruh sağlığıyla ilgili bir problem yüküne yol açtığını ve durumun ciddiyetini göstermektedir [62].

Çalışmamızda çocuk sahibi olanlar ve olmayanlar karşılaştırıldığında, ruhsal açıdan her iki yönden de anlamlı kabul edilebilecek sonuçlar bulunmuştur. Çocuk sahibi olanların depresyon puan ortancası anlamlı olarak daha düşük görülmüştür. Diğer taraftan, ileri derecede depresyonu olanlarda çocuk sahibi olanların oranının, diğer depresyon derecelerindekilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (%68). Bu çelişkili sonuç, ebeveyn olmanın getirdiği sorumluluk hissi ve güçlü olma gayreti sebebiyle, depresyon iyice ilerleyinceye kadar bastırmakla açıklanabilir ancak bu konuya odaklanmış geniş çalışmalarla daha doğru veriler elde edilecektir. Literatür verilerine bakıldığında Filipinler'de yapılan bir çalışmada 16 yaşından büyük çocuğu/çocukları olan katılımcıların DASS-21 stres, kaygı ve depresyon alt ölçek puanları ve IES-R (Olay etkisi ölçeği) puanları anlamlı olarak daha düşüktür (p <0,05). Bu çalışmada, yeterli sağlık bilgisi, yetişkin çocuklara sahip olmak, sağlık durumunun iyi olduğu algısı ve doktorlara duyulan güven; pandeminin psikolojik etkilerini daha az yaşamakla ve daha düşük stres, kaygı ve depresyon seviyeleri ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (p <0,05) [63].

Aylık gelir düzeyleri açısından bakıldığında, çalışmamıza göre aylık geliri düşük olanlarda daha çok depresyon, anksiyete ve stres yaşandığı görülmüştür. Çalışmamız sağlık personeli üzerine yapıldığı için aylık geliri daha yüksek olan grubu doktorlar oluşturmaktadır. Dolayısı ile çalışmamızda aylık gelir ile eğitim düzeyi arasında da bir ilişki mevcuttur ve eğitim düzeyi arttıkça pandemi ile ilişkili ruh sağlığı sorunları daha az görülmüştür diyebiliriz. Filipinli ve Çinli katılımcılarla yapılan bir çalışmada da, Filipinliler düşük gelirli, Çinliler yüksek gelirli

olarak kategorize edilmiş ve Filipinlilerde önemli ölçüde daha yüksek depresyon, anksiyete ve stres seviyeleri bildirilmiştir [64].

Damgalama, yalnızca aile ve arkadaşlar arasında ayrımcı davranış ve yabancılaşma üretmekle kalmaz [65], aynı zamanda olumsuz bir benlik algısı gibi bireysel sorunları da yayar [66]. Bulgular, damgalanmanın geniş popülasyonları etkilediğini ve çeşitli biçimler aldığını göstermektedir. Damgalanmış insanlar iş, sosyalleşme, hizmet alımı ve eğitim alanlarında dışlanmakta, aşağılanmakta, marjinalleştirilmekte ve reddedilmektedir [67, 68].

Stigmaya ilişkin yapılan araştırmalar, geçmişte neyin işe yaradığını değerlendirmeli ve insanları ihtiyaç duydukları bakımı almaktan alıkoyan ayrımcılığı azaltmak için pandemi durumunda nelerin işe yarayabileceği konusunda bize bazı ipuçları sağlamalıdır. Tıpkı HIV, HCV ve tüberkülozda olduğu gibi, damgalama ve ayrımcılık sosyal dokuyu baltalamaktadır. Stigmatizasyon ile ilgili yapılan bir derlemede, pandemi şartlarında ve daha özel olarak günümüzde COVID-19 bağlamında, damgalanmanın ve sosyal ayrımcılığın psikolojik yönlerinin önemi vurgulanmıştır [69].

Bulaşıcı olmayan ancak bulaşıcı görünen tıbbi durumlar bile, toplum tarafından acı çekenden kaçınma girişimiyle sonuçlanıyor gibi görünmektedir. Bu nedenle, insanların, özellikle yüzlerinde hastalık belirtileri olan bireylerden kaçınmaya yönelik genel bir eğilime doğru evrimleştiği gösterilmiştir. Bunun bir sonucu, iyi huylu olduğu bilinse bile, yüzde görülen bir hastalık belirtisinin devam etmesi durumunda, taşıyıcısının kronik kaçınma yaşamasıdır [70].

Jain ve ark. yaptığı bir çalışma, toplumdaki sağlıklı bireylerde HIV/AIDS enfeksiyonuna yönelik damgalamayı değerlendirmeyi amaçlamıştır [71]. Çalışma, eğitim düzeylerine göre (<12 yıllık örgün eğitim ve >12 yıllık örgün eğitim) iki gruba ayrılan 100 sağlıklı katılımcı üzerinde yürütülmüştür. HIV/AIDS ile ilgili damgalama, bu iki grup arasında karşılaştırılmış ve belirgin şekilde farklı olan bu eğitim gruplarında, damgalama düzeyi bakımından anlamlı bir fark çıkmamıştır [71].

Ege Üniversitesi'nden Özbaran ve arkadaşları, Mart-Nisan 2020'de yaptıkları çalışmada, popülasyonu 3 ana gruba bölerek, hem sağlık çalışanları, hem COVID-19 ile enfekte hastalar, hem de bir kontrol grubu kurmuş ve bütün bu insanların hem kendilerine, hem de çocuklarına ve torunlarına anketler uygulamışlardır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlardan biri de, damgalanma riski ile ilgili bakış açılarındaki farklılıklardır. Kontrol grubundaki sağlık çalışanlarının %66,7'si, COVID-19 hastalarının %29,2'si, hasta veya sağlık çalışanı olmayanların ise %10'u, COVID-19 ile enfekte olan insanların değersizlik hissine kapılma riskinin arttığı fikrine katılmışlardır. Bu farklılık, sağlık çalışanlarının iyi niyetli bir yaklaşımla, COVID-19 ile enfekte olmuş hastalar adına endişelenme eğilimi ile açıklanabilir [55].

Çalışmamızın sonucunda stigmatizasyon ile anksiyete, stres ve depresyon arasında ilişki saptanmıştır. Stigmatizasyona uğrayanlarda psikososyal etkiler daha fazla görülmüştür. Fakat eğitim düzeyi ve aylık gelir açısından damgalama konusunda farklılık bulunmamıştır. Bunun sebebi, çalışmamızın genel olarak damgalama konusunda bilinç ve bilgi düzeyi yüksek bir popülasyon (doktor, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter) ile yapılmış olması olabilir. COVID-19 pandemisiyle ilgili damgalanma ve ayrımcılıkla yüzleşmek için en uygun yaklaşımın, sağlık politikalarının optimize edilmesi ve tıbbi, psikolojik ve sosyal iş birliği ile kurulan çok yönlü yönetim olduğu aşikardır.

COVID-19 hastalığı için en önemli risk faktörlerinden birisinin komorbiditeler olduğu, pandeminin başından itibaren vurgulanmıştır. Diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kardiyovasküler hastalıklar (KVH), hipertansiyon, maligniteler, HIV veya başka bir önemli komorbidite sahibi olan COVID-19 hastaları, yaşamsal tehdit açısından daha büyük risk altındadır.

SARS-CoV-2, hücrenin içine girmek için konakçı hücrelerin yüzeyinde bulunan ACE-2 reseptörlerini kullanır. Belirli komorbiditeler, güçlü bir ACE-2 reseptörü ekspresyonu ve konakçı hücrelere viral girişi artıran daha yüksek proprotein konvertaz salınımı ile ilişkilidir. Bu komorbiditeler, COVID-19 hastasını bir kısır döngüye götürür ve önemli ölçüde morbidite ve mortalite riski ile yüzleşmesine neden olur [72]. Yapılan bir meta-analizde otuz üç sistematik derleme ve yirmi iki çalışma incelenmiştir [73]. Toplam vakaların %40,80'i komorbiditeye sahipken, mortal seyreden vakalarda komorbidite oranının %74,37 olduğu belirtilmiştir. Mortalite açısından en yüksek prevelansa sahip komorbiditelerin hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kronik akciğer hastalıkları olduğu gösterilmiştir. Geniş vaka sayısı içeren başka bir çalışmada komorbiditeler açısından genel vaka-ölüm oranı, kardiyovasküler hastalığı olanlar için %10,5, diyabet için %7,3, kronik akciğer hastalığı için %6,3, hipertansiyon için %6,0 ve kanser için %5,6 olarak saptanmıştır [74]. Bizim çalışmamızda morbidite ve mortalite riski değerlendirilmemiş olmakla beraber, COVID-19 geçirme ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,046). Buna göre kronik hastalığı olanlarda COVID-19 görülme oranı (%46,2), kronik hastalığı olmayanlara göre (%32,8) anlamlı derecede daha yüksektir. Bunun sebebi, ek hastalık sebebiyle bağışıklık sisteminin zayıflaması olabileceği gibi, ek hastalığı olanların daha tedbirli olmak adına sık test vererek tanı alma ihtimalini arttırması da olabilir.

Psikiyatristler, karantinadaki hastaların kişiselleştirilmiş ihtiyaçları ile ilgili duyarlı olunmasını ve hem fiziksel, hem de psikolojik ihtiyaçlarının gözetilmesini önermişlerdir [75]. Bu kişilerin sevdikleriyle dijital iletişimlerinin sürdürülmesi, sosyal bağlılık açısından önemlidir. Çin'de salgının ilk aşamasında bu tarz protokoller uygulandığında, izole edilenlerin

yaşam kalitesinin iyileştiği gözlemlenmiştir [76]. Yapılan çalışmalar, haftalık telefon görüşmelerinin pandemi sırasında kaygıyı azaltmaya yardımcı olabileceğini göstermiştir. Evdeki yardımcılar, satıcılar, güvenlik personeli vb. ile ilgilenmek, hatta komşularla veya yabancılarla basit bir selam alışverişi bile 'hepimiz beraberiz' hissi verebilir. Tüm dünyanın aynı kaygıyı paylaştığı böyle zamanlarda, insanlığın bağları daha da önemli hale gelmiştir.

Santamaría ve arkadaşlarının, COVID-19 pandemisinin İspanyol sağlık çalışanları üzerine etkisini araştırdığı bir çalışmada, pandeminin sağlık çalışanlarında stres, kaygı, depresyon ve uykusuzluk semptomları oluşturduğu, özellikle kadınların ve yaşlıların daha yüksek düzeylerde semptom gösterdiği bulunmuştur. Virüsle temas halinde olmak veya işyerinde korku gibi bazı faktörler, daha fazla semptoma sebep olmuştur [16].

Yapılan çok merkezli bir çalışma, COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanları arasında fiziksel semptomların yaygınlığı ile psikolojik sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir [77].

Çalışmamızın başlıca kısıtlılığı olarak, katılımcı sayısının azlığından söz edilebilir. Katılımcı sayısının sınırlı olması sebebiyle anlamlı sonuçlar kısıtlı olmuştur. Daha çok katılımcı ile daha geniş çalışmalar yapılabilir.

Çalışmamızın güçlü yön olarak adlandırılabilecek önemli bir özelliği, literatürle uyumlu bulunan veriler ile ilgili, Türkiye'deki sağlık personelini kesitsel olarak ele almış olmasıdır. Kadınların ruh sağlığının erkeklere göre daha çok etkilendiği konusunun meslekten bağımsız olarak geçerli olduğu, çalışmamızda da gösterilmiştir. COVID-19 enfeksiyonunun genel olarak anksiyete düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

Sonuç olarak çalışmamız, COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerine ruhsal etkilerini göstermiştir. Kronik bir halk sağlığı problemi olmasından dolayı, pandeminin yarattığı stres ile başa çıkma yöntemleri konusunda hastalar ile yakın temasta olan sağlık personeline psikolojik destekler sağlanmasının önemi ortaya konulmuştur.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde COVID-19 geçiren ve geçirmeyen sağlık personelinde sosyal damgalanmayı incelemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.Bu çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

✓ Çalışmaya dahil edilen hastaların %70,67'si (n=212) kadın, %29,33'ü (n=88) erkekti. Yaş ortalamaları 35.9 idi ve hastaların %59'u (n= 175) 26-40 yaş aralığındaydı.

✓ Meslek dağılımı açısından yarıya yakınını, %47,16'sını (n=142) doktorlar oluşturmaktaydı.

✓ Katılımcıların %21,67'sinin (n=65) ek hastalığı mevcuttu. En sık olan ek hastalık %16,39 (n=13) ile hipertansiyon idi. COVID-19 geçirme durumu ile ek hastalık arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,046). Ek hastalığı olanlarda COVID-19 görülme oranı (%46,2), ek hastalığı olmayanlara göre (%32,8) anlamlı derecede daha yüksektir.

✓ Çalışmaya katılanların % 63.7'si (n=191) evli, %36.3'ü (n=109) bekar idi; %63.33'ü (n=190) eşi ile, % 20.67 (n=62) yalnız, % 13'ü (n=39) ebeveynleri ile, % 3'ü (n=9) ev arkadaşı ile yaşıyordu. Çocuğu olanların oranı %51 (n=153) idi, bunların %70,8'inin (n=97) 10 yaşından küçük çocuğu mevcuttu. Gelir düzeyi olarak %75'i (n=225) 5000 TL üstü gelire sahip, %0,67'si (n=2) 2500 TL altı gelire sahip idi.

✓ Kadınların anksiyete, stres ve depresyon puanı ortancası erkeklere göre anlamlı derecede yüksektir.

✓ COVID-19 geçirenlerin anksiyete puanı ortancası geçirmeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir.

✓ Aylık gelir arttıkça anksiyete, depresyon ve stres puan ortancası azalmaktadır, anksiyete ve stres için bu azalma anlamlı derecededir (sırasıyla p=0,022 ve p=0,021).

✓ Depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri yüksek olanlarda stigmatizasyon daha fazla olmuştur.

9. KAYNAKLAR

1. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International journal of environmental research and public health. 2020; 17(5): 1729.
2. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. General hospital psychiatry. 2009; 31(4): 318-326.
3. 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 network open. 2020; 3(3): e203976-e203976.
4. Çiftçi H, Yıldız E, Mercanlıgil S. Depresyon ve beslenme tedavisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2008; 28(3): 369-377.
5. Beck AT, Alford BA. Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009. ISBN: 978-0-81-22-1964-7.
6. Pilling S, Anderson I, Goldberg D, Meader N, Taylor C. Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. The BMJ. 2009; 339: b4108.
7. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Depression and anxiety. 2010; 27(4): 351-364.
8. Aydemir Ç, Temiz VH, Göka E. Majör depresyon ve özkıyımda kognitif ve emosyonel faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002; 13(1): 33-39.
9. Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L, Schmied V. 'Big build': hidden depression in men. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2005; 39(10): 921-931.
10. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 20. Erişim tarihi: 20.05.2022
11. Albayrak EÖ, & Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam. 2004; 17(1), 27-33.

12. Davidson RJ, Lewis DA., Alloy LB, Amaral DG, Bush G, Cohen JD, et al. Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation. Biological psychiatry. 2002; 52(6), 478-502.
13. Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, Oguntunde PE, Opanuga AA, Akhmetshin EM. Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy. Macedonian journal of medical sciences. 2019; 7(9), 1555-1560.
14. Volker, Dianne, and Jade Ng. "Depression: Does nutrition have an adjunctive treatment role?." Nutrition & Dietetics. 2006; 63(4), 213-226.
15. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008; 11(3), 3-18.
16. Santamaría MD, Ozamiz-Etxebarria N, Rodríguez IR, Albondiga-Mayor JJ, Gorrochategi MP. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition). 2021; 14(2), 106-112.
17. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. Dialogues in clinical neuroscience. 2022; 17(3), 319-325.
18. Zarafshan H, Mohammadi MR, Salmanian M. Prevalence of anxiety disorders among children and adolescents in Iran: a systematic review. Iranian journal of psychiatry. 2015; 10(1), 1-7.
19. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. Klinik Psikiyatri. 2004; 4, 12-16.
20. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depression and anxiety disorders. The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital. 2011; 45(2), 65-74.
21. Roberts LW. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2019. ISBN: 9781615371501
22. Muskin PR. What are Anxiety Disorders?.American Psychiatric Association (APA). https://psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders Erişim tarihi: 20.05.2022.
23. Garcia-Campayo J, del Hoyo YL, Valero MS, Yus MCP, Esteban EA, Guedea MP, et al. Primary prevention of anxiety disorders in primary care: A systematic review. Preventive medicine. 2015; 76, 12-15.
24. Saatçioğlu Ö. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001; 11(1), 60-77.
25. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1993. ISBN: 978-975-14-0178-6.
26. Eryılmaz A. Ergenlik Döneminde Stres ve Başa Çıkma. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009; 6(2), 20-37.

27. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği; üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995; 10(34), 56-73.
28. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of personality and social psychology. 1986; 50(5), 992.
29. Yau YH, Potenza MN. Stress and eating behaviors. Minerva endocrinologica. 2013; 38(3), 255.
30. The American Institute of Stress. Stress Effects. https://www.stress.org/stress-effects Erişim Tarihi: 17.05.2022.
31. Greenberg J. Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge: Harvard University Press, 1983. ISBN: 0-674-62975-2.
32. Thoits PA. The sociology of emotions. Annual review of sociology. 1989; 15(1), 317-342.
33. Koc E, Boz H. Psychoneurobiochemistry of tourism marketing. Tourism Management. 2014; 44, 140-148.
34. Campos JJ, Barrett KC. Emotions, cognition, and behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. ISBN: 0-521-25601-1
35. Fredrickson BL. The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. American scientist. 2003; 91(4), 330-335.
36. Kılıç R, Boz H, Koç E. Depression and Turnover Intention among Hotel Employees. Journal of Management and Economic Research. 2016; 14(1), 318-331.
37. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy.1995; 33(3), 335-343.
38. Mak WW, Mo PK, Cheung RY, Woo J, Cheung FM, Lee D. Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong. Social science & medicine. 2006; 63(7), 1912-1922.
39. Schulze B, MC Angermeyer. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Social science & medicine. 2003; 56(2), 299-312.
40. Porter R. Can the stigma of mental illness be changed?. The Lancet. 1998; 352(9133), 1049-1050.
41. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. Advances in Psychiatric treatment. 2000; 6(1), 65-72.

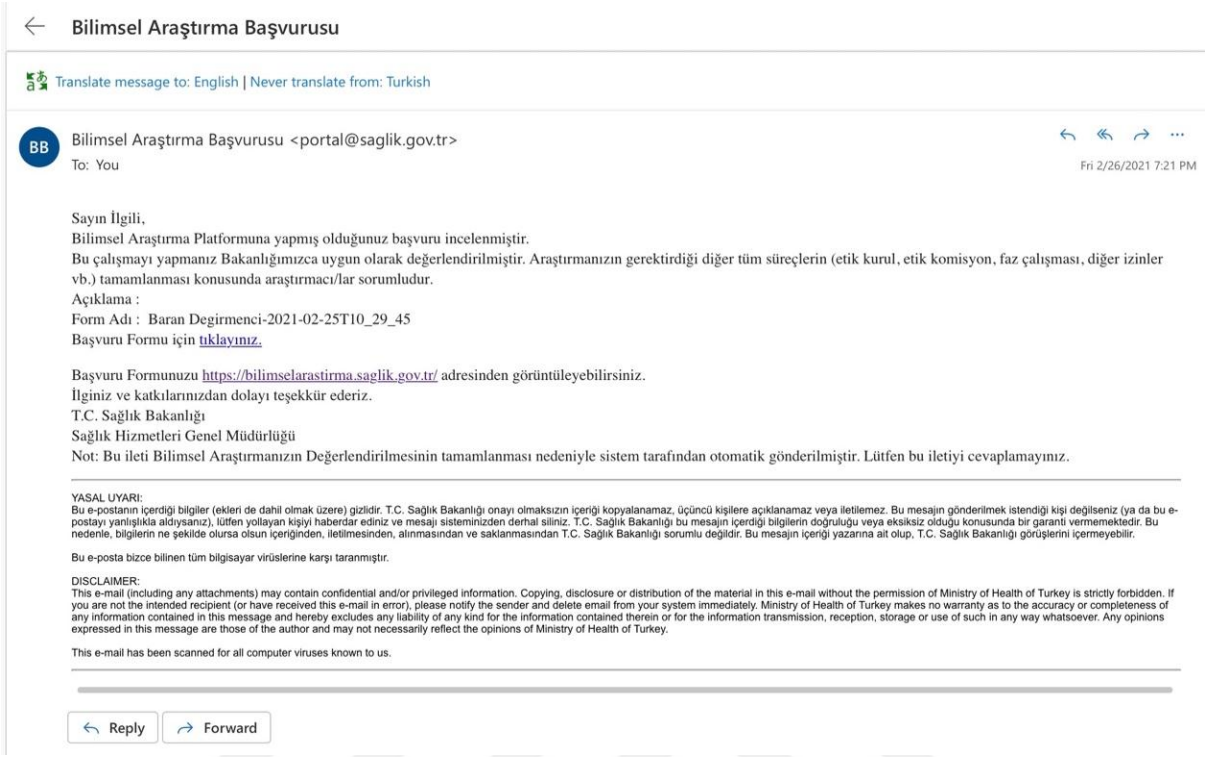
42. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon and Schuster Inc, 2009. ISBN: 0-671-62244-7
43. Covid ve Damgalanma. Türk Psikiyatri Derneği. 2020; https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-DamgalanmaCOVID.pdf Erişim tarihi: 19.05.2022.
44. Türk Tabipler Birliği Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu. 2020; https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6.pdf Erişim tarihi:20.05.2022.
45. Oran NT, Şenuzun F. A loop to be broken in a society: HIV/AIDS stigma and coping strategies. Human Sciences [Internet]. 2008; 5(1). https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/340 Erişim tarihi:20.05.2022
46. Rizvi Jafree S, Naqi SA. Significant other family members and their experiences of COVID-19 in Pakistan: A qualitative study with implications for social policy. Stigma and Health. 2020; 5(4), 380.
47. Taylor S, Landry CA, Rachor G, Paluszek MM, Asmundson GJ. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. Journal of anxiety disorders. 2020; 75, 102289.
48. Mostafa A, Sabry W, Mostafa NS. COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. PloS one. 2020; 15(12), e0244172.
49. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin DY, Chen L, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. Jama. 2020; 323(14), 1406-1407.
50. Taylor S. The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. 2019. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing. ISBN: 978-1-5275-3959-4
51. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2020; 14(5), 779-88.
52. Parker G, Brotchie H. Gender Differences İn Depression. International Review Of Psychiatry. 2010; 22(5), 429-436.
53. Faravelli C, Alessandra Scarpato M, Castellini G, Lo Sauro C. Gender differences in depression and anxiety:the role of age. Psychiatry Research. 2013; 210(3), 1301-1303.
54. Del Río-Casanova L, Sánchez-Martín M, García-Dantas A, González-Vázquez A, Justo A. Psychological responses according to gender during the early stage of COVID-19 in Spain. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(7), 3731.

55. Ozbaran B, Turer F, Yilancioglu HY, Kose S, Senturk Pilan B, Guzel O, et al. COVID-19–Related Stigma and Mental Health of Children and Adolescents During Pandemic. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2021; 27(1), 185-200.
56. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, psychological responses and associated correlates of depression, anxiety and stress in a global population, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Community mental health journal. 2021; 57(1), 101-110.
57. Wang C, Tee M, Roy AE, Fardin MA, Srichokchatchawan W, Habib HA, et al. The impact of COVID-19 pandemic on physical and mental health of Asians: A study of seven middle-income countries in Asia. PloS one. 2021; 16(2), e0246824.
58. Moutinho ILD, Maddalena NdCP, Roland RK, Lucchetti ALG, Tibiriçá SHC, Ezequiel OdS, et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. Revista da Associação Médica Brasileira. 2017; 63, 21-28.
59. Vahedian-Azimi A, Moayed MS, Rahimibashar F, Shojaei S, Ashtari S, Pourhoseingholi MA. Comparison of the severity of psychological distress among four groups of an Iranian population regarding COVID-19 pandemic. BMC psychiatry. 2020; 20(1), 1-7.
60. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public health. 2017; 152, 157-171.
61. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. The Lancet Public Health 2020; 5(5), 256.
62. Jung S, Kneer J, Krüger TH. Mental health, sense of coherence, and interpersonal violence during the COVID-19 pandemic lockdown in Germany. Journal of clinical medicine. 2020; 9(11), 3708.
63. Tee ML, Tee CA, Anlacan JP, Aligam KJG, Reyes PWC, Kuruchittham V, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. Journal of affective disorders. 2020; 277, 379-391.
64. Tee M, Wang C, Tee C, Pan R, Reyes PW, Wan X, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on physical and mental health in lower and upper middle-income Asian countries: a comparison between the Philippines and China. Frontiers in Psychiatry. 2021; https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.568929 Erişim tarihi:20.05.2022
65. Lattanner MR, Richman LS. Effect of stigma and concealment on avoidant-oriented friendship goals. Journal of Social Issues. 2017; 73(2), 379-396.

66. Wright K, Naar-King S, Lam P, Templin T, Frey M. Stigma scale revised: reliability and validity of a brief measure of stigma for HIV+ youth. Journal of adolescent health. 2007; 40(1), 96-98.
67. Dovidio JF, Hewstone M, Glick P, Esses VM. Prejudice, stereotyping and discrimination: Theoretical and empirical overview. 2010; http://digital.casalini.it/9781446248386 Erişim tarihi:19.05.2022
68. Lee S, Chan LY, Chau AM, Kwok KP, Kleinman A. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. Social science & medicine. 2005; 61(9), 2038-2046.
69. Baldassarre A, Giorgi G, Alessio F, Lulli LG, Arcangeli G, Mucci N. Stigma and discrimination (SAD) at the time of the SARS-CoV-2 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(17), 6341.
70. Kouznetsova D, Stevenson RJ, Oaten MJ, Case TI. Disease-avoidant behaviour and its consequences. Psychology & Health. 2012; 27(4), 491-506.
71. Jain M, Sinha R, Kar SK, Yadav M. A questionnaire survey of stigma related to human immunodeficiency virus infection/acquired immunodeficiency syndrome among healthy population. Community Acquired Infection. 2017; 4(1), 6.
72. Ejaz H, Alsrhani A, Zafar A, Javed H, Junaid K, Abdalla AE, et al. COVID-19 and comorbidities: Deleterious impact on infected patients. Journal of infection and public health. 2020; 13(12), 1833-1839.
73. Gold MS, Sehayek D, Gabrielli S, Zhang X, McCusker C, Ben-Shoshan M. COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. Postgraduate medicine. 2020; 132(8), 749-755.
74. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama. 2020; 323(13), 1239-1242.
75. Banerjee D, Rai M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2020; 66(6), 525-527.
76. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. The lancet psychiatry. 2020; 7(4), 300-302.
77. Chew NW, Lee GK, Tan BY, Jing M, Goh Y, Ngiam NJ, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain, behavior, and immunity. 2020; 88, 559-565.

10. EKLER

Ek-1: Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Başvurusu Onayı



Bilimsel Araştırma Başvurusu

Translate message to: English | Never translate from: Turkish

BB Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>

To: You

Fri 2/26/2021 7:21 PM

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.
Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.
Açıklama :
Form Adı : Baran Degirmenci-2021-02-25T10_29_45
Başvuru Formu için tıklayınız.

Başvuru Formunuzu https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/ adresinden görüntüleyebilirsiniz.
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:
Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:
This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

Reply Forward

Ek-2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı;

‘Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Geçiren ve Geçirmeyenlerde Sosyal Damgalanmanın İncelenmesi’ konulu bu çalışma; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık tezi araştırmasıdır. Araştırma; gönüllülere verilen anket formu kullanılarak yürütülecektir.

Anketimiz 2 sayfadan oluşmaktadır; sosyodemografik özellikler, sağlık çalışanları koronavirüs stigma ölçeği (12 soru), depresyon, anksiyete ve stres ölçeği kısa formu (21 soru), olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

Verdiğiniz bilgiler bilimsel kaynaklı çalışmalar için kullanılacaktır. Tüm soruları cevaplamak yaklaşık 5-10 dakikanızı alacaktır. Anketimizde kimlik bilgileri istenmeyecektir. Katılıp katılmama durumunuz herhangi risk taşımamaktadır.

Bu çalışmada COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkisinin araştırılması planlanmıştır.

Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Siz de bu çalışma için gönüllü olarak aile hekimliği uygulamalarının geliştirilmesine yardımcı olabilirsiniz. Tüm soruları eksiksiz bir şekilde yanıtlamanız çalışmamız için oldukça önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Baran DEGİRMENCİ

Araştırma Danışmanı: Dr.Öğr. Üy. Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER

Ek-3: Veri Toplama Formu

Demografik Bilgiler

Cinsiyet: Kadın / Erkek
Yaş:
Meslek: Doktor / Hemşire / Sekreter / Sağlık Teknisyeni / Temizlik Personeli
Aylık gelir: a) 2500 TL altı b) 2500-5000 TL c) 5000 TL üstü
Medeni Durum: a) Evli b) Bekar c)Diğer (boşanmış, eşi vefat etmiş)
Evde kiminle yaşıyorsunuz? Tek / Ebeveynler ile / Eş – Çocuk ile
COVID-19 Geçirdiniz mi? Evet / Hayır
Ek Hastalığınız var mı? Hayır / Evet, Belirtiniz:

Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği Kısa Form

Son bir hafta boyunca, aşağıdaki durumları ne sıklıkla hissettiğinizi 0 ile 3 arasında değişen puanları kullanarak değerlendiriniz.

	Hiçbir zaman= 0	Bazen ve ara sıra =1	Oldukça sık =2	Her zaman =3
1. Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim				
2. Soluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)				
3. Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim				
4. Panik haline yakın olduğumu hissettim				
5. Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim				
6. Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.				
7. Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)				
8. Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim				
9. Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım				
10. Birey olarak değersiz olduğumu hissettim				
11. Hayatın değersiz olduğunu hissettim				
12. Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim				
13. Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu				
14. Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım				
15. Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim				
16. Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi				
17. Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim				
18. Alıngan olduğumu hissettim				
19. Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim				
20. Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum				
21. Kışkırtılmakta olduğumu hissettim				

Sağlık Çalışanları Coronavirüs Stigma Ölçeği

	1-Asla	2-Nadiren	3-Ara sıra	4-Çoğunlukla	5- Tamamen
1.Görüştüğüm insanlar sağlıkçı olduğumu öğrenince benden uzaklaştılar.					
2.Arkadaşlarıma COVID-19 tanısı alan hastalarım olduğunu söylediğim için onları kaybettim.					
3.COVID-19 hastalarının olduğu bir hastanede çalıştığımı öğrenince bazı arkadaşlarım bana dokunmaktan kaçındı.					
4.COVID-19 hastalarım olduğunu gizlemeye çalıştım.					
5.Birinin COVID-19 hastalığım olabileceğini düşünmesi risklidir.					
6.Birine COVID-19 hastaları ile çalışıp çalışmadığımı söylemeye çok dikkat ederim.					
7.Birçok insan COVID-19 tanısı almış kişilerin pis ve kirli olduğuna inanıyor.					
8. COVID-19 tanısı almış hastalar toplumdan dışlanıyor.					
9.Birçok insan COVID-19 hastaları ile					

çalışanlardan uzak durmaya çalışıyor.					
10.Bende COVID-19 hastalık riskinin olması kendimi suçlu hissetmeme neden oluyor					
11.İnsanların COVID-19 hastalarına olan davranış ve tutumları kendimi daha da kötü hissetmeme neden olmaktadır.					
12.Sürekli COVID-19 hastalığına yakalanma riskimin olması diğer insanlar kadar iyi olmadığımı hissetmeme neden olmaktadır.					