

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

COVID-19 SALGINI ÖNCESİ VE SONRASINDA BİR
PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATIRILARAK TEDAVİ EDİLEN
HASTALARIN TANI VE TEDAVİ SÜREÇLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Furkan DEMİRCAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2024

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

COVID-19 SALGINI ÖNCESİ VE SONRASINDA BİR
PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATIRILARAK TEDAVİ EDİLEN
HASTALARIN TANI VE TEDAVİ SÜREÇLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Furkan DEMİRCAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ferdi KÖŞGER

ESKİŞEHİR
2024

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Covid-19 Salgını Öncesi ve Sonrasında Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatırırlarak Tedavi Edilen Hastaların Tanı Ve Tedavi Süreçlerinin Değerlendirilmesi” 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 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından, 20.12.2022 tarihinde, 38 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Furkan DEMİRCAN

Tarih:

İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Furkan DEMİRCAN'a ait “Covid-19 Salgını Öncesi ve Sonrasında Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatırırlarak Tedavi Edilen Hastaların Tanı Ve Tedavi Süreçlerinin Değerlendirilmesi” adlı çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:.....

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ferdi KÖŞGER

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun
...../...../..... Tarih ve/..... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübeleriyle bana yön veren başta tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ferdi KÖŞGER'e, tezimin istatistiklerinde yardımcı olan sayın Doç. Dr. İmran Gökçen Yılmaz KARAMAN'a, değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e, sayın Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, sayın Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ'e ve sayın Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ'e, asistanlık sürecimde olumlu katkıları olan ve arkadaşı olmanın değerli ve özel hissettirdiği Dr. Seyhan OKTAR'a, beraber çalışmaktan keyif aldığım ve çalışırken mesleği birlikte öğrendiğimiz Dr. Zeynep Betül ERZURUM'a, Dr. Leman Deniz TARLACIK'a, Dr. Esra GÖKÇEOĞLU'na ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Bu noktaya ulaşmamda emeği olan, bana her zaman güvenen ve desteklerini her zaman hissettiren biricik aileme teşekkür ederim. Asistanlık ve tez sürecimde desteklerini esirgemeyen, en büyük destekçim, en güzel duygularımı yaşarken her zaman yanımda olan, engeller ve zorluklarla karşılaştığımda varlığıyla zorlu anlarımı bertaraf ederek içimi ısıtan ve aydınlatan, hayallerimi paylaşan ve büyüten, hayatımıza dair anlamları özenle işleyen sevgili eşim Dr. Tuğçen DEMİRCAN'a teşekkür ederim.

ÖZET

Demircan, F. Covid-19 Salgını Öncesi Ve Sonrasında Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatırılarak Tedavi Edilen Hastaların Tanı Ve Tedavi Süreçlerinin Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2024. Covid-19 pandemisi her bireyi ruhsal yönden etkilemiştir ve pandeminin ruhsal etkilerine yönelik çalışmalar mevcuttur. Pandeminin özellikle psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören ağır ruhsal hastalığa sahip bireyler üzerindeki etkilerini araştırmak ilerde karşılaşılabilecek salgınlar için önemlidir. Bu çalışmanın amacı 11.03.2020 ile 02.03.2022 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastaların tanılarını ve sosyodemografik bilgilerini, pandemiden önceki 2 yıllık dönemde serviste yatarak tedavi gören hastalarla karşılaştırıp pandeminin psikiyatri kliniğine olan yatışlar üzerine olan etkilerini incelemektir. Bu amaçla 774 hastanın yatışlarının olduğu dönemdeki epikriz kayıtları retrospektif olarak incelenip geliştirilen veri formları doldurulmuştur. Çoklu yatışların her biri farklı bir veri olarak değerlendirilmiştir. Pandemi öncesi dönem için 547 yatış, pandemi dönemi için ise 344 yatış çalışmaya dahil edilmiştir. Pandemi döneminde depo antipsikotikler ve anksiyolitikler daha fazla tercih edilirken uygulanan EKT seans sayıları azalmıştır. Pandemi döneminde yatışların daha fazla acil servis üzerinden olduğu, yatışlar esnasında intihar düşüncesinin daha sık eşlik ettiği, yatış esnasında daha çok ek ilaç uygulandığı ve ek ilaç olarak intramusküler antipsikotiklerin daha çok tercih edildiği saptanmıştır. Pandemi döneminde COVID-19 hastalığına yakalanmış olanlarda daha yüksek oranda alkol kullanımının eşlik ettiği, intihar girişimi öykülerinin daha fazla olduğu, ruhsal hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu ve tedavilerinde depo antipsikotiklerin daha çok tercih edildiği saptanmıştır. Pandemi sürecinin, psikiyatri servisine yatışı olan hastaların tanılarının dağılımı, klinik özellikleri ve sosyodemografik verileri üzerine etkide bulunmadığı saptanırken yatış sürelerini kısalttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 pandemisi, ağır ruhsal hastalık, psikiyatri servisi.

ABSTRACT

Demircan, F. Evaluation of Diagnosis and Treatment Processes of Patients Hospitalized and Treated in a Psychiatric Clinic Before and After the Covid-19 Pandemic. Eskişehir Osmangazi University Medical School Psychiatry Department Residency Thesis, 2024. The Covid-19 pandemic has affected every individual psychologically, and there are studies on the psychological effects of the pandemic. Investigating the effects of the pandemic, especially on individuals with severe mental illness who are treated in psychiatric wards, is important for subsequent epidemics. The aim of this study is to compare the diagnoses and sociodemographic information of patients treated in Eskişehir Osmangazi University Psychiatry ward between 11.03.2020 and 02.03.2022 with the patients treated in the same ward in the 2-year period before the pandemic and to examine the effects of the pandemic on admissions to the psychiatric clinic. Therefore, the epicrisis records of the hospitalizations of 774 patients were retrospectively examined and the developed data forms were filled in. Each of the multiple hospitalizations was evaluated as different data. 547 hospitalizations for the pre-pandemic period and 344 hospitalizations for the pandemic period were included in the study. While depot antipsychotics and anxiolytics are more preferred during the pandemic, the number of ECT sessions applied has decreased. It has been determined that during the pandemic, hospitalizations are more often through the emergency department, suicidal thoughts are more frequently accompanied during hospitalizations, more additional medications are administered during hospitalization, and intramuscular antipsychotics are more preferred as additional medications. It has been determined that those who contracted COVID-19 during the pandemic were accompanied by higher alcohol use, had more suicide attempt stories, had an earlier age of onset of mental illness, and depot antipsychotics were more preferred in their treatment. While it was determined that the pandemic did not affect the distribution of diagnoses, clinical characteristics and sociodemographic data of patients admitted to the psychiatric ward, it was observed to shorten their length of stay.

Key Words: Covid-19 pandemic, severe mental illness, psychiatric ward.

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR	IX
TABLolar	X
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. COVID-19 Pandemisi	4
2.1.1 Pandemi Kavramının Tanımı	4
2.1.2 Koronavirüslerin Tarihçesi ve Özellikleri	5
2.1.3 Epidemiyoloji	6
2.1.4 Bulaşma Yolları	7
2.1.5 Klinik Görünüm ve Riskli Gruplar	8
2.1.6 Şiddetli Hastalık İçin Risk Faktörleri	9
2.1.7 Tanı ve Korunma Yöntemleri	10
2.1.8 Tedavi	12
2.1.9 COVID-19 Pandemisinin Genel Popülasyon Üzerindeki Ruhsal Etkileri	13
2.1.10 COVID-19'un Ruhsal Hastalıklara Olan Etkisi	15
2.1.11 COVID-19 Hastalarında Gelişen Psikiyatrik Bozukluklar	17
2.2 Yaygın Görülen Bazı Psikiyatrik Bozukluklar	19
2.2.1 Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	19
2.2.2 Şizoaffektif Bozukluk	22
2.2.3 Bipolar Affektif Bozukluk	23
2.2.4 Major Depresyon	26
2.2.5 Anksiyete Bozuklukları	27

2.2.6 Travma Sonrası Stres Bozukluğu	29
2.2.7 Obsesif Kompulsif Bozukluk	30
2.2.8 Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1 Araştırmanın Örneklemi	34
3.2 Çalışma Yöntemi ve Gereç	35
3.3 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	36
3.4 Çalışmanın Dışlama Kriterleri	36
3.5 İstatiksel Analiz	36
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	58
5.1 Kısıtlılıklar	82
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	84
KAYNAKLAR	87

SİMGELER VE KISALTMALAR

2019-NCov	Yeni Coronavirüs 2019
AIDS	Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKT	Elektrokonvulzif Tedavi
FDA	Food and Drug Administration
HES	Hayat Eve Sığar
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MDB	Major Depresif Bozukluk
MERS	Middle East Respiratory Syndrome
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SNRI	Serotonin Norepinefrin Gerilim İnhibitörleri
SSGİ	Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLOLAR

4.1. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
4.2. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
4.3. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Tanıların Dağılımının Karşılaştırılması	41
4.4. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Sanrı Varlığı ve İçeriğinin Karşılaştırılması	42
4.5. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Varsanı Varlığı ve İçeriğinin Karşılaştırılması	42
4.6. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Obsesyon Varlığı ve İçeriğinin Karşılaştırılması	43
4.7. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Kompülsiyon Varlığı ve İçeriğinin Karşılaştırılması	44
4.8. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Kişilik Bozukluğu Varlığı ve Tipinin Karşılaştırılması	46
4.9. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının İntihar Girişimi ve Sayısının Karşılaştırılması	45
4.10. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Ruhsal Hastalık Bilgilerinin Karşılaştırılması	46
4.11. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Tedavi Bilgilerinin Karşılaştırılması	47
4.12. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Fiziksel Hastalık Bilgilerinin Karşılaştırılması	48
4.13. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Yatış Bilgilerinin Karşılaştırılması	51
4.14. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	50
4.15. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Özelliklerinin Karşılaştırılması	51

4.16. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Göre Tanıların Dağılımının Karşılaştırılması	54
4.17. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sanrı, Varsanı, Obsesyon ve Kompülsiyon ile COVID-19 İlişkisinin Karşılaştırılması	55
4.18. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre İntihar Girişimi ve Sayısının Karşılaştırılması	54
4.19. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Ruhsal Hastalık Bilgilerinin Karşılaştırılması	54
4.20. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Tedavi Bilgilerinin Karşılaştırılması	55
4.21. Tanı Gruplarına Göre COVID-19 Enfeksiyonu Geçirme Risklerinin Karşılaştırılması	56

1.GİRİŞ

Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan kentinde 2019 yılının son ayında, deniz ürünleri satan bir pazarda her zamankinden farklı pnömoni vakaları tespit edilmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 7 Ocak 2020'de yapılan araştırmalar neticesinde pnömoni vakalarının etkeni olarak SARS (2002) ve MERS (2012) gibi Coronavirus ailesinden olan yeni tip bir koronavirüs olduğuna işaret etmiştir. İlk vakaların 2019 yılında görülmesinden kaynaklı hastalığın etkeni 2019-nCov (Yeni Coronavirüs 2019) olarak isimlendirilmiştir (2). Başlangıçta tespit edilen vakalarda yüksek oranda pazarla temas öyküsü olmasından kaynaklı bulaşın hayvan kaynaklı olduğu düşünülse de 21 Ocak'ta DSÖ tarafından bulaşın insandan insana olduğunu duyurulmuştur. 2019-nCov, kısa sürede Asya Kıtasından hızla diğer kıtalara da yayılmıştır. DSÖ 11 Mart 2020 tarihinde COVID-19 hastalığını "Pandemi" olarak ilan ettiğinde, Türkiye'de de ilk coronavirus vakasının saptandığı duyurulmuştur (1).

Son yirmi yıllık dönemde ortaya çıkan salgın hastalıklar sadece ekonomik ve fiziksel sorunlara yol açmakla kalmamıştır. Bunun yanında ruhsal sağlık üzerine de akut ve kronik dönemde stres faktörü olarak olumsuz etkileri olmuştur ve farklı psikiyatrik belirtilerle kendisini göstermiştir (3).

Bir küresel kriz olan COVID-19 pandemisi, özellikle tedavi şekli ve pandeminin ne zaman biteceği ile ilgili alanlarda yarattığı belirsizlikler ve sebep olduğu ölümler nedeniyle insanlar üzerinde ciddi bir stres faktörü olmuştur. Diğer felaketlerden farklı olan pandemilerde uygulanan izolasyon ve karantina yöntemleri de insanların sosyal destekten mahrum kalmalarına sebep olmuştur. Çin'de yapılan bir çalışmada, akut solunum yolu sendromunun (SARS) bir grup hastadaki psikolojik etkileri incelenmiştir. Travma sonrası stress bozukluğu, depresyon ve anksiyete ile ilgili belirtilerin şiddetinin, algılanan yaşam tehditinin artması ile beraber duygusal desteğin az olması gibi faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (4,5).

Ruhsal yönden sağlıklı olan bireylerde dahi salgının beraberinde getirdiği belirsizlik, karantina ve izolasyon yöntemleri ile azalan sosyallik, ekonomik sorunlar, korku ve kaygı atmosferi şeklindeki etkenler, intihar düşüncelerinde artış, anksiyete bozuklukları ve depresyonun görülmesiyle sonuçlanmıştır (6). Ruhsal hastalık tanısı olan grup için ise COVID-19 pandemisi, hastalıkların belirtilerinin artması ve şiddetlenmesi için önemli bir risk faktörü olmuştur (7).

Ağır ruhsal hastalıkların tanımlanmasında kişinin bilişsel, davranışsal ve duygusal alanlarda işlevsellik kaybının ciddi düzeyde ortaya çıkması ve buna bağlı gündelik aktivitelerinin olumsuz yönde etkilenmesi kriterleri önemlidir. Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar duygulanım bozukluğu, major depresyon gibi sıklıkla psikiyatri servisine yatış gerektiren hastalıklar ağır ruhsal hastalık tanımlamasına uyan hastalıklar arasında gösterilebilir (8).

Özellikle şizofreni, bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk, major depresyon ve anksiyete bozuklukları tanılarına sahip kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde toplumdaki diğer bireylere kıyasla diyabet, obezite, kardiyovasküler hastalık, pnömoni gibi fiziksel hastalıklara daha fazla yatkınlık söz konusudur. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde olabilen bilişsel işlevlerde yıkım, yetersiz sosyal destek, işsizlik, yoksulluk, hijyen kurallarına uymakta zorluk, topluma göre daha yüksek oranda sigara kullanımı, antipsikotik ilaçların yan etkilerine bağlı fiziksel komplikasyonlar ve sağlıksız beslenme şeklindeki etkenler beklenen yaşam sürelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (9,10). Ayrıca salgın bağlamı dışında, psikiyatri servisine yatırılarak tedavi edilen şizofreni, bipolar bozukluk, major depresyon ve anksiyete bozukluklarına sahip olan hastalar immünogenetik olarak da pnömoni açısından daha risklidir (11).

Kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireyler, genel popülasyona kıyasla COVID-19'un daha ciddi komplikasyonlarıyla karşı karşıya kalabilme noktasında daha savunmasızdır. COVID-19'un ek fiziksel hastalığı olan ve yaşı ileri olan hastalarda daha olumsuz sonuçlara sebep olduğu bilinmektedir. Bu nedenle ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerde yaş arttıkça ortaya çıkan belirtilerde kötüleşme, bilişsel fonksiyonlarda kayıp ve bunlara eşlik edebilen işlevsellik kaybı, bu hasta grubunun kendilerini pandemi döneminde daha az koruyabilmeleri ile sonuçlanabilir (12).

Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalık geçmişi olanların, pandemi sürecinde genel popülasyona göre ruhsal olarak daha olumsuz etkilendiği, özellikle ruhsal yönden ağır hastalığı olan bireylerde bu dönemde hastalığın belirtileri açısından alevlenmelerin arttığı görülmüştür. Buna rağmen COVID-19 pandemisinin önceden psikiyatrik bozuklukları var olan hastalar üzerindeki etkisi hakkında bilgi kısıtlı olup daha önceki pandemilerin bu grup üzerindeki etkisine ilişkin bilgi de sınırlıdır (13).

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de ilk pozitif Covid-19 vakasının açıklandığı 11.03.2020 ile açık havada maske kullanımı ve HES kodu takip uygulamasının kaldırıldığı 02.03.2022 tarihleri arasındaki yaklaşık 2 yıllık dönemde ESOGÜ Eğitim ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastaların tanıları ve sosyodemografik bilgilerini, pandemiden önceki 2 yıllık dönemde serviste yatarak tedavi gören hastalarla karşılaştırıp pandemi sürecinin psikiyatri kliniğine yatış süreci üzerine olan etkilerini incelemektir.

Çalışmamızın Hipotezleri:

1. COVID-19 pandemi sürecinde erişkin psikiyatri yataklı servisinde pandemiyle ilişkili olarak yatış süreleri azalmıştır.
2. Psikiyatri servisine yatışlar, pandemi sürecinde şizofreni, bipolar bozukluk, major depresif bozukluk gibi ağır ruhsal hastalık tanılı hastalardan oluşmuştur.
3. Pandemi sürecinin ruhsal hastalığı olan bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı hastaların yatışlarının yapıldığı esnada daha yüksek oranda intihar düşüncesi veya girişimi tespit edilmiştir.
4. Pandemi sürecinin ruhsal hastalığı olan bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı hastaların yatışlarının yapıldığı esnada daha yüksek oranda ek ilaca ihtiyaç olmuştur.
5. Pandemi sürecinde uzun etki süreli enjekte edilebilir antipsikotikler ve anksiyolitikler daha fazla tercih edilmiştir,
6. Pandemi sürecinde EKT ve izlem gerektiren klozapin tedavileri daha az tercih edilmiştir.
7. Ağır ruhsal hastalığı olanlarda, olmayanlara göre COVID-19 yaygınlığı daha yüksektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Pandemisi

2.1.1 Pandemi Kavramının Tanımı

İnsanlık tarihi kadar kadim olan salgın hastalıklar, özellikle tarım devrimiyle beraber yerleşik hayata geçişin ve bazı hayvan türleriyle insanların beraber yaşamaya başlamasının etkisi dolayısıyla insanların mikroorganizmalarla temasının artmasıyla yakından ilişkilidir (14). Pandemiler, sıklıkla hayvanlarla artan temas nedeniyle insanlara bulaşan zoonotik patojenlerden kaynaklanmaktadır (15). Özellikle insanlar arasında etkileşimin artmasıyla mikroorganizmaların yayılma hızı artmış ve bir bölgeden başka bir bölgeye ulaşım imkanlarının da katkısıyla bulaşıcı hastalıklar hızlı ve kolay bir şekilde yayılmıştır (14).

İnsanlık, geçmiş dönemlerde kolera, kara veba, İspanyol gribi, domuz gribi, Hong Kong gribi, tifo gibi pandemilerle karşı karşıya kalmıştır. Bu pandemilerin insanların hayatında birçok alanda yıkıcı etkileri olmakla beraber yaşama biçimlerini de değiştirmiştir. Bununla beraber salgın dönemlerinde elde edilen deneyimler sayesinde tedavi ve korunma süreçleriyle ilgili olumlu gelişmeler yaşandığı da olmuştur. Covid-19 pandemisinde uygulanan karantina uygulamasının insanlık tarihindeki ilk izleri Kara Veba salgını döneminde görülmüştür. Hijyen önlemlerinin kolera salgınında önem kazanması ve çiçek hastalığında da aşı uygulamasının etkili olması gibi salgın hastalıklarla mücadele konusunda farklı tecrübeler kazanılmıştır (16).

Pandemi kelimesinin kökeni Eski Yunanca'da pan ve demos kelimelerinden oluşmaktadır. Pan kelimesi, tüm anlamına gelmekteyken, demos kelimesinin anlamı insanlardır. Pandemi, tanımı itibariyle bir enfeksiyon etkeninin veya hastalığın dünya genelinde veya oldukça geniş bir bölgede yayılması ve yıkıcı etkilerini birçok alanda göstermesiyle sonuçlanan salgın hastalıktır. DSÖ'ne göre pandeminin başlamış olacağına dair koşullar; yeni ortaya çıkan hastalık etkeninin insandan insana kolay ve hızlı bir şekilde yayılıyor olmasını ve insan sağlığını tehdit eden tehlikeli sonuçlar ortaya çıkarmasını, hastalığa sebep olan etmenin insanlara bulaşıyor olmasını ve

toplumun daha önceden karşılaşmadığı bir hastalık olmasını içermektedir. Günümüzde Covid-19 ile beraber hala devam eden diğer pandemi AIDS/HIV pandemisidir (17).

2.1.2 Koronavirüslerin Tarihçesi ve Özellikleri

Koronavirüsün (CoV) mevcudiyetine dair işaretler değişkenlik göstermekle beraber 10.000 yıl öncesinden 300 milyon yıl öncesine kadar çok eski dönemlere dayanmaktadır. Koronavirüslerle ilişkili olduğu düşünülen ilk olgu, 1912’de Almanya’da karın şişliği ve ateş belirtileri olan bir kedide saptanmıştır (18). Enfeksiyöz Bronşit Virüsü, 1937 yılında solunum yolu hastalığı olan tavuklardan elde edilen ilk Koronavirüs olmuştur (19). Sonrasında ilk olarak 1960’lı yılların ortasında doku ve organ kültürlerinde üretilmeye başlanmıştır (20).

Koronavirüs türlerinin günümüze kadar çok çeşitli hayvan türlerini ve insanları enfekte ettiği saptanmıştır. Bunlar arasında son pandeminin etkeni olan SARS-CoV-2 ile beraber yedi coronavirus türünün insanlarda hastalığa sebep olduğu saptanmıştır (21). Zoonoz etken olarak karşımıza çıkan Koronavirüsler soğuk algınlığı gibi hafif solunum yolu hastalıklarına sebep olmakla birlikte sinir sistemi, karaciğer ve gastrointestinal sistem tutulumlarına bağlı farklı belirtiler de oluşturmaktadır (22). Son yirmi yıla kadar gündemde pek olmayan Koronavirüsler, insanda Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) ve Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) gibi ciddi solunum yolu enfeksiyonlarına ve ölümlere sebep olmasıyla dikkatleri üzerine çekmiştir. Koronavirüsler, 1968 yılında elektron mikroskobu altında incelendiğinde yüzeylerinde taç (corona) benzeri sivri çıkıntıları tespit edilmiştir. Bu keşiften sonra bu grup virüsleri tanımlamak için koronavirüs ismi kullanılmıştır (23).

Koronavirüsler, Nidovirales takımı Coronaviridae ailesi içerisinde yer alan, helikal simetrik, segmentsiz, pozitif polariteli, zarflı ve tek sarmallı RNA virüsleridir (24). Zarflı bir virüs olduklarından dolayı dezenfektanlar karşısında duyarlıdırlar (25). RNA virüslerinde, DNA virüslerine kıyasla genetik materyalin kopyalanması aşamasında daha fazla sayıda mutasyon oluşabilir. Bilinen en uzun RNA genomuna sahip olan Koronavirüs genomlarında replikasyon esnasında meydana gelen mutasyonlar neticesinde çeşitli virüs alt türleri ortaya çıkabilir ve mutasyon sonucu ortaya çıkan bu yeni virüs, önceki suşlara nazaran enfekte etme özellikleri açısından farklılıklar gösterebilir (24).

Orthocoronavirinae alt ailesine ait olan Coronavirüsler, genomik yapılarına göre dört cinse ayrılmaktadır. Gamakoronavirüsler ve deltakoronavirüsler insanlarda hastalığa sebep olmazken, diğer iki cins olan alfakoronavirüsler ve betakoronavirüsler ise insanları enfekte ederek hastalığa sebep olmaktadır (26).

İnsanlarda hastalığa sebep olduğu saptanan yedi Coronavirüs türünden SARS-CoV, MERS-CoV ve SARS-CoV-2 türleri salgına sebep olurken, diğer türler hafif solunum yolu enfeksiyonlarına yol açarak endemik olarak kalmıştır (27). Son salgında yapılan araştırmalar neticesinde hastalığın etkeni olan SARS-CoV-2'nin, Betacoronavirus 2b soyundan olup koronavirus ailesinin tipik özelliklerine sahip olduğu saptanmıştır (28).

2.1.3 Epidemiyoloji

2019 yılının aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde, 2003 yılındaki SARS salgınına hatırlatan şekilde, pnömoni benzeri semptomlara sahip bazı hastalar fark edildi. 7 Ocak 2020 tarihinde pnömoni vakalarından tespit edilen etkenin yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olduğu fark edildi ve saptanan bu yeni virüse SARS CoV'a benzer yönleri olmasından kaynaklı SARS-CoV-2 olarak isim verildi. Virüs hızlıca Wuhan'a, ardından da tüm Çin'e yayıldıktan sonra Çin dışında ilk olgu Tayland'da 2020 yılının ilk ayında görüldü.

Daha sonraki dönemde sırasıyla Japonya, Güney Kore ve Amerika kıtasında vakalar görülmeye başlamıştır. Bulaşıcılığı yüksek olan virüs, insandan insana yayılmaya devam ederek yeni yılın Ocak ayının sonlarına doğru Avrupa kıtasında da vakalar ortaya çıkarmaya başladı. Nitekim Ocak ayının son gününde SARS-CoV-2'nin 19 ülkeye kısa bir sürede yayılması sebebiyle DSÖ tarafından "Uluslararası Boyutta Halk Sağlığı Acil Durumu" ilan edilmiştir.

Virüsün hızla yayılmaya devam etmesi, konfirme edilen vaka sayılarının ve ölümlerin sayısının artmaya devam etmesi neticesinde 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından bu durumun küresel salgın (pandemi) olduğu ilan edilmiştir (29–31). 30 Ağustos 2023 tarihi itibarıyla DSÖ tarafından, 770.085.713 doğrulanmış vaka ve 6.956.173 doğrulanmış ölüm bildirilmiştir. Türkiye için 3 Ocak 2020 ve 30 Ağustos 2023 tarihleri arasında 17.004.677 doğrulanmış vaka ve 101.419 ölüm olduğu raporlanmıştır (32,33).

2.1.4 Bulaşma Yolları

Bulaşıcı hastalığın ortaya çıkabilmesi için enfeksiyon zincirini oluşturan enfeksiyon kaynağı, bulaş yolu ve konakçıya ihtiyaç vardır (34). SARS-CoV-2'nin mevcut verilere dayanarak zoonotik bir kaynağı olduğunu düşündürten durum ilk vakaların analizinde Çin'de deniz ürünleri ve vahşi hayvanlar satan pazarı işaret etmesidir. İlk vakalardan sonra yapılan ileri araştırmalar neticesinde bazı insanların bu pazara gitmediği halde enfeksiyon etkenine yakalandığını göstermiştir. Bundan sonraki aşamada insandan insana doğrudan temas yolu ile bulaş özelliği kazanan hastalığın kaynağı, etkenin pozitif saptandığı kişiler olmuştur (35).

SARS-CoV-2'nin bulaşma şekli ile İnfluenza virüsünün bulaşma şekli arasında benzerlikler vardır. Damlacık yoluyla etkenin pozitif saptandığı bireyin öksürmesi, hapşırması veya konuşması aracılığıyla, etkenin yakın temasta olan diğer bireyin mukozasıyla teması sonrasında bulaş gerçekleşmektedir (36). Virüsün bulaşma yolu ile ilgili başlangıçta 5 mikrondan büyük, yer çekiminin etkisiyle hızla yere düşen damlacıklar aracılığıyla bulaştığı düşünülse de sonrasında uzun süre havada asılı kalabilen ve 1-2 metre kadar uzağa gidebilen, boyut olarak 5 mikrondan küçük aerosoller aracılığıyla da olabileceği saptanmıştır.

Hasta bireylerin çeşitli yollarla solunum yollarından saçtıkları damlacıkların yapılan tetkikler sonrasında yüzeyden yüzeye süresi değişmekle beraber canlılığını koruyabildiği görülmüştür. Henüz enfekte olmamış bireyin etkenin kontamine ettiği yüzeylere dokunması ve bu etkenin mukozayla teması ile bulaş gerçekleşir (37,38). Koronavirüslerin yapısı itibarıyla dış ortama çok dayanıklı olmadığı bilinmektedir. Virüsün dış ortamda canlılığının korunuyor olması ile beraber maruz kalınan sürenin de bulaşta önemli bir etken olduğu söylenebilir (39). Ayrıca bulaşmanın etkilendiği diğer faktörler de vardır. Bunlar virüsün kuluçka süresi, taşıyıcının sahip olduğu viral yük, asemptomatik vakaların insidansı, temasın şekli ve koruyucu tedbirlerdir (40). Koronavirüsün farklı bulaş yollarına yönelik yapılan çalışmalarda, etken hastaların kan ve gaita örneklerinden izole edilmiş olmasına rağmen kan ve dışkı yoluyla bulaşın klinik olarak önemli bir rolünün olmayacağı düşünülmüştür (41).

2.1.5 Klinik Görünüm ve Riskli Gruplar

COVID-19'un yaklaşık olarak inkübasyon süresi 5-6 gündür. Etkenle temas sonrasında klinik belirtiler 2-14 gün içinde ortaya çıkabilir ve bulaştırmacılık belirtilerin ortaya çıkmasından birkaç gün önce başlayabilir (42). SARS-CoV-2 enfeksiyonuna yakalanan bireylerin bir kısmında semptomlar ortaya çıkarken, çalışmalar arasında farklılıklar olsa da olguların üçte birinde enfeksiyonun asemptomatik seyrettiği tahmin edilmektedir (43). Asemptomatik kişilerin prevalansı ile ilgili bir netlik olmasa da salgın döneminde bir yolcu gemisinde yapılan taramada test sonucu pozitif olarak doğrulanan vakaların yarısının asemptomatik olduğu belirlenmiştir (44). New York'ta bir doğum kliniğinde yapılan başka bir çalışmada, tarama esnasında pozitif saptanan vakaların önemli bir oranda asemptomatik olduğu bildirilmiştir (45). Bir çalışmada asemptomatik seyreden vakaların akciğer görüntülemelerinde ise hastalığın yarattığı tabloyla uyumlu tipik buzlu cam görünümü şeklinde klinik açıdan anlamlı bulgular elde edilmiştir (46).

Semptom gösteren COVID-19 hastalarında semptomun şiddeti hafif seyirli üst solunum yolu hastalığından ciddi pnömoniye bağlı solunum yetmezliğini ve ölümü de içerecek şekilde geniş bir aralığa sahip olduğu söylenebilir (30).

Ateş, öksürük ve halsizlik en sık bildirilen semptomlar arasındadır. Bu semptomlara nazaran daha az yaygınlıkta görülen diğer semptomlar; baş ağrısı, eklem ve kas ağrıları, boğaz ağrısı, gastrointestinal semptomlar olarak bulantı, kusma ve ishal, boğaz ağrısı, koku veya tat duyusundaki anormalliklerdir (47,48).

Semptomlar klinik olarak hafif, orta, şiddetli ve kritik olarak sınıflandırılır. Hafif olgular, semptomların öksürük, boğaz ağrısı ve kas ağrısı gibi ılımlı olması ve görüntülemelerde akciğer tutulumuna dair bulgu rastlanmaması ile karakterizedir. Orta derecedeki olgularda ateş, öksürük ve nefes darlığı gibi solunum yolu enfeksiyonu semptomları ile görüntülemelerde pnömoni bulgusuna rastlanılabilir. Şiddetli olgularda ise taşipneye (solunum sayısı $\geq 30/\text{dk}$) veya oksijen saturasyonunun $\leq 93\%$ olmasına rastlanmakla birlikte görüntülemelerde birkaç gün içerisinde akciğerdeki lezyonların yarısından fazla yayılması görülebilir. Organ yetmezlikleri, mekanik ventilasyon ihtiyacı, yoğun bakım takibi gerektiren diğer koşullar ve şok tablosu kritik olgularda görülmektedir (49).

Başlangıçta semptomları ciddi düzeyde olmayan bazı hastalarda, klinik görünüm 1 hafta içinde olumsuz bir yönde ilerleme gösterebilir (50). Bununla ilgili olarak Wuhan’da pnömonisi olan ve yatırılarak tedavi gören hastalarda semptomların başlamasından ortalama 5 gün sonra dispne meydana geldiği ve semptomların 7. gününde hastaneye yatışlarının olduğu bildirilmiştir. Devamında ciddi hastalığı olan hastaların bir kısmında semptomların 8. gününde major komplikasyon olan ARDS (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu) saptanmıştır (47).

SARS-CoV-2 enfeksiyonuna yakalanmış bireylerde çeşitli komplikasyonlar belirtilmiştir. Hastaneye başvurular arasında pnömoni ve ARDS en sık gözlemlenen komplikasyonlar arasındayken kardiyak, nörolojik, tromboembolik ve renal komplikasyonlar da önemlidir. Kardiyak enzimlerde belirgin yükselme ile karakterize akut kardiyak hasar, aritmi ve şok, kardiyak açıdan sık görülen komplikasyonlardır. Bir çalışmada kardiyak hasarın %7 oranında, aritmilerin de %17 oranında olduğu bildirilmiştir (48). Amerika’da yoğun bakım şartlarında takip edilen klinik durumu ciddi olan 21 hastanın üçte birinde kardiyomiyopatinin meydana geldiği bildirilmiştir (47). Kardiyak hasar belirtileri bulunan COVID-19 hastalarında yapılan araştırmalar kardiyak hasarla ilişkili belirtilerin gelişmesinin kötü seyir ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir (51).

Koagülopati ve trombositopeni COVID-19 enfeksiyonunun sık görülen komplikasyonlarından olup kanama ve tromboz riskini artırır. Özellikle ciddi hastalığı olanlarda pıhtılaşma fonksiyonu bozulabilir ve bununla ilişkili olarak yaygın intravasküler pıhtılaşmaya (DIC) gelişme eğilimi gözlemlenebilir (52). Hastalığa yakalanmış olan bireylerde respiratuar ve kardiyak komplikasyonlar sık görülmekle birlikte özellikle şiddetli olan vakalara eşlik eden bazı nörolojik komplikasyonlar da olmuştur. Bunlar arasında miyalji, ensefalit, baş dönmesi, baş ağrısı, nöbetler, koku ve tat bozuklukları, Guillain-Barre Sendromu gösterilebilir (53). SARS-CoV-2 ile enfekte olan yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada en sık görülen komplikasyon miyalji olurken, ensefalopati görülme oranı %31 olarak bildirilmiştir (54).

2.1.6 Şiddetli Hastalık İçin Risk Faktörleri

Her yaş grubundaki bireylerde hastalık görülebilir. Ancak ileri yaşlarda olan ve ek fiziksel hastalıklara sahip olan hastalarda hastalığa yakalanma sıklığı artmakla

birlikte hastalığı şiddetli geçirme olasılığı da daha yüksek olur (35). Pandemi sürecinde Washington'da bakımevlerinde yapılan araştırmada salgından etkilenenlerin ortalama yaşı 83 olarak tespit edilmiş ve etkilenen gruptaki hastaların neredeyse tamamına yakınına eşlik eden bir kronik hastalık olduğu görülmüştür. Etkilenen vakalarda hastaneye yatış oranı %55, mortalite oranı ise %34 olarak bildirilmiştir (55).

Amerika'da SARS-CoV-2 enfeksiyonuna yakalanmış olanlarda yapılan farklı bir çalışmada, eşlik eden ek fiziksel hastalığı olan bireylerin, olmayanlara kıyasla 12 kat daha yüksek ölüm oranlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (56). Yapılan çalışmalarda diyabet, obezite, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı, özellikle akciğer kanseri ve hematolojik kanserler başta olmak üzere maligniteler, bağışıklık sistemini etkileyen ilaç kullanımı veya hastalıklar, kronik böbrek hastalığı ve sigara şiddetli hastalık geçirme ve mortalite açısından risk faktörleri arasındadır (35,48).

Çin'de 6 çalışmayı ve 1558 hastayı içerecek şekilde yapılan bir metaanalizde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklarının COVID-19 hastaları için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Karaciğer hastalığı, kanser veya böbrek hastalıkları ile COVID-19 hastalığının artan riski arasında bir ilişki bulunmamıştır (57).

İtalya'da COVID-19 kaynaklı ölen 355 hastanın yapılan incelemesinde, 3 hastada daha önceden bir hastalık olmadığı saptanırken, hastaların yarısına yakınında üç veya daha fazla hastalık olduğu bulunmuştur. Eşlik eden fiziksel hastalıklar arasında sırasıyla diyabet ve iskemik kalp hastalığı geçmişinin daha yüksek olduğu ve bu komorbid durumların ölüm riskini enfeksiyondan bağımsız olarak arttırmış olabileceği bildirilmiştir (58). Bazı çalışmalarda da erkeklerde görülen mortalitenin kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (58,59).

2.1.7 Tanı ve Korunma Yöntemleri

SARS-CoV-2 enfeksiyonun tanısı konulurken hastanın alınan öyküsü, kan tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri tanı sürecinde yardımcı olsa da hastalığın belirtilerinin ve görüntüleme bulgularının spesifik olmaması nedeniyle kesin tanı moleküler mikrobiyolojik tanı yöntemi olan gerçek-zamanlı reverse transkripsiyon

polimeraz zincir reaksiyon (RT-PCR) yöntemiyle hastalığın erken döneminde viral yükün fazla olduğu orofaringeal ve nazofaringeal bölgeden alınan sürüntü örneğinde viral RNA'nın varlığınının gösterilmesi esasına dayanır (38,60).

Diğer salgın hastalıklarda olduğu gibi COVID-19 pandemisinde de enfeksiyon zincirini oluşturan enfeksiyon kaynağı, bulaş yolları ve konakçıya karşı alınacak önlemler hastalıktan korunmada etkili halk sağlığı yöntemleridir (61,62). Koronavirüsün bulaşma özelliğinin insandan insana olmasından kaynaklı etkenin pozitif saptandığı bireylerin enfeksiyon kaynağını oluşturduğu söylenebilir. Bundan dolayı enfeksiyon kaynağına yönelik alınacak birtakım önlemler vardır. Bunlar arasında, test sayısının artırılması, etkenin pozitif saptandığı kişilere temas öyküsü olanların takibi, sürveyans, filyasyon, test sonucu pozitif çıkan vakaların izolasyonu ve tedavilerinin yapılması ile bu konularda verilecek olan eğitimler alınacak önlemler arasında sıralanabilir. COVID-19 hastalığının insandan insana bulaşabilme özelliği ve bulaş yolu düşünüldüğünde maske kullanımı, sosyal mesafe kurallarına uyma, el hijyenine dikkat etme, çevrenin temiz tutulması ve bu konular hakkındaki eğitim, hastalığın başka insanlara bulaşmasına karşı alınabilecek önlemler arasında sıralanabilir. Enfeksiyon zincirinin son halkası olan konakçıya karşı alınacak önlemler arasında ise aşılama süreçlerinin düzgün bir şekilde ilerletilmesinin ve karantina uygulamalarının önemli bir yeri vardır. Enfeksiyon zincirinin tüm bileşenlerinde etkili olan sağlık eğitiminin özünde bireysel ve toplumsal davranış değişiklikleri yatmaktadır (62,63).

Bulaşıcı hastalıklarla savaşmakta etkili yöntemlerden biri olan aşı uygulamaları enfeksiyona yakalanan kişi sayısını ve hastalıktan kaynaklı ölümlerini azaltır. Kişilerde enfeksiyon etkenine karşı bağışıklık hafızası oluşturarak vücudun mikroorganizmalara karşı savunma geliştirmesine yardımcı olur (64). Olağan koşullarda aşılarda geliştirilmesi ve üretim aşamalarının tamamlanması ile beraber kullanıma hazır hale gelmesi ortalama 15 yılı bulabilmektedir. COVID-19 salgınında ise bu süre pandeminin yarattığı zor ve yıkıcı koşullar nedeniyle kısalmıştır. Pandemide, üretilen aşılarından birkaçı için acil kullanım onayı çıkartılmıştır (65).

COVID-19 döneminde geliştirilen aşılarda canlı zayıflatılmış ve inaktif tüm virion aşılarda, nükleik asit bazlı DNA ve RNA aşılarda, vektör aşılarda ve rekombinant

protein aşılarıdır. Bu aşılarından mRNA temelli Pfizer/Biontech (BNT162b2) ve Moderna(mRNA-1273) aşıları, vektör aşısı olan Janssen/Johnson Johnson (Ad26.COV2.S) ve AstraZeneca/University of Oxford/ Serum Institute of India (ChAdOx1 Ncov-19/AZD1222), rekombinant protein aşısı olan Novavax (NVX-CoV2373) ve inaktif tam virüs aşıları olan Sinopharm (WIV04 ve HB02) ve Sinovac (CoronaVac) aşıları pandemi döneminde acil kullanım izni alan aşılarından bazılarıdır. Bu aşıların faz 3 çalışmalarından Türkiye’de ilk yayınlananı, inaktif aşı olan CoronaVac aşısının faz 3 çalışmalarıdır. Bu çalışmanın ara analizine göre, aşının semptomlara karşı %83,5 etkinliğinin olduğu ve %90 oranında antikor cevabı yarattığı bildirilmiştir (66).

Bununla beraber yapılan başka çalışmalarda ChAdOx1 nCoV-19 aşısının (AZD1222; Oxford-AstraZeneca) Faz 3 çalışmalarında %70,4 düzeyinde etkinliği olduğu belirlenmiştir. COVID-19’a karşı geliştirilen onaylanmış aşıların önemli oranda enfeksiyona karşı koruyucu oldukları araştırmalar neticesinde gösterilmiştir. İnaktif tam virüs aşısı olan CoronaVac’ın %50,7 düzeyinde etkinliği, mRNA temelli Moderna aşısının %94,1 düzeyinde etkinliği ve Pfizer-BioNTech aşısının da %95 düzeyinde etkinliği olduğu saptanmıştır (67–70).

2.1.8 Tedavi

Hastalığın ilk 5-6 gününde SARS-CoV-2 özellikle solunum sistemine yerleşerek burada çoğalır. İlk aşamada semptomlara yönelik tedavi önceliklidir. Eğer herhangi bir kontraendikasyon mevcut değilse bağışıklık sistemini baskılayan tedavilerin dozu azaltılmalı veya sonlandırılmalıdır. Hastalığın ilk fazında etkinliği kanıtlanmış antiviral ilaçlar hastalığın seyri açısından olumlu sonuçlar sağlayabilir (71).

COVID-19’ a yönelik tedavi amacıyla pratikte kullanılan farklı gruplarda ilaçlar olmuştur. Salgının ilk ortaya çıktığı günlerden itibaren hastalığa yakalanmış bireylerde ilk tercih, sıtma ve romatizmal hastalıkların tedavisinde de tercih edilen Klorokin ve Hidroksiklorokin olmuştur. Bu ilaçlarla ilgili ilk dönemde Çin’de yapılan çok merkezli çalışmalarda pnömoni tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir (72). Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 28 Mart 2020 tarihinde Fransa’da yapılan randomize olmayan çalışmayı kaynak göstererek Hidroksiklorokin ilacı için acil

kullanım onayı vermiştir (73,74). Bu onayın üzerinden çok zaman geçmeden yapılan diğer çalışmaların, hastanede ölüm oranlarını, entübasyon oranlarını ve yatış sürelerini tedavi alan ve almayan grup arasında benzer olduğunu ortaya çıkarması ve ilacın ortaya çıkardığı yan etkilerin de göz önünde bulundurulmasıyla 15 Haziran 2020 tarihinde hastanede yatarak tedavi gören COVID-19 hastalarında bu ilacın acil kullanım onayı kaldırmıştır (75–77).

İnfluenza tedavisi için onaylı olan Favipravir, Koronavirüs gibi RNA virüslerinde RNA polimeraz enzimini inhibe ederek replikasyonlarını önleyerek etkili olmaktadır. İn vitro bir çalışmada Favipiravir'in SARS-CoV-2'yi inhibe ettiği gösterilmekle birlikte, ilacın kullanımı esnasında sık ortaya çıkan yan etkiler karaciğer enzimlerinde yükselme, gastrointestinal sistem belirtileri, ürik asit düzeyinde artma, nötrofil sayısında azalma ve trigliserit değerlerinde yükselme olmuştur. Gebe ve emziren annelerde kullanımının kontrendike olduğu belirtilmiştir. Çalışmalarda ve metaanalizlerde favipiravirin etkinliği ile ilgili çelişkili sonuçlar elde edilmiş olsa da pandemi sürecinde tedavi kılavuzlarında yer almıştır. Lopinavir/ritonavir (Lpr/R) kombinasyonu, ribavirin, remdesivir gibi farklı etkinliği olan antivirallerle ilgili birçok çalışma yapılmış olsa da COVID-19 tedavisine yönelik etkinliği kanıtlanmış bir antiviral tedavi yoktur. Yine de hastanede takip edilme ihtiyacı olan hastalar söz konusu olduğunda bazı rehberler antiviral tedavi olarak favipiravir ve remdesivir gibi RNA polimeraz enzimini inhibe eden antivirallerin başlanmasını önermektedir. Antienflamatuvar tedavi ve destek tedavisi tedavinin esasını oluşturmaktadır ve deksametazonun özellikle oksijen desteğine ihtiyacı olan hastalarda ölüm oranını düşürdüğü gösterilmiştir (77,78).

2.1.9 COVID-19 Pandemisinin Genel Popülasyon Üzerindeki Ruhsal Etkileri

COVID-19 pandemisi, ortaya çıkardığı fiziksel etkilerinin yanı sıra bireylerin üzerinde farklı psikososyal etkiler de yaratmıştır. Hastalığa yakalanma ve ölüm kaygısı, sürecin nasıl seyredeceğine dair belirsizlikler, etkin tedavi yöntemiyle alakalı bilinmezlikler, sosyal etkileşimlerin sınırlanması ve insanların yaşamlarında ani ve hızlı değişime neden olması gibi faktörler, pandeminin bireyleri ruhsal yönden etkilemesine sebep olmuştur (79,80). Bunlarla beraber bireylerin gündelik rutinlerinin

değişmesine sebep olan sosyal mesafe, izolasyon, karantina ve seyahat yasakları gibi yeni kavramlar ortaya çıkmıştır. Bulaş riskinin azaltılması amacıyla bireylerin özgürlüğünün kısıtlanmasına neden olan karantina ve seyahat yasakları uygulamaları da ruh sağlığını olumsuz etkilemiştir (81).

Salgının ilk günlerinde sosyal medya üzerinden veya televizyonlardaki kanallardan uzun süreler salgının detaylarına tekrarlayıcı bir şekilde maruz kalmak da bireyler üzerindeki korku ve paniği arttırmıştır. Bulaşıcı hastalık salgınlarının genel popülasyon üzerindeki ruhsal etkilerini inceleyen COVID-19 pandemisi öncesi çalışmalarda, bireylerin çaresiz ve endişeli hissettikleri, bir kısmında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin görüldüğü, anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin arttığı, azımsanmayacak bir kısmında da salgın sonrasında dahi devam eden ruhsal şikayetlerin olduğuna dair sonuçlar bildirilmiştir (82). Başka bir çalışmada ise 2003 yılında Hong Kong'da yaşanan şiddetli akut solunum sendromu (SARS) salgını sırasında 65 yaş ve üzeri kişiler arasında intihara bağlı ölümlerde önemli bir artış görülmüştür. Bu çalışmada intiharlardaki artışın hastalığa yakalanma korkusu, aileye yük olma korkusu, yaygın anksiyete, sosyal izolasyon ve psikolojik stresten kaynaklanabileceği belirtilmiştir (83).

COVID-19 pandemisi döneminin genel popülasyon üzerindeki ruhsal etkilerini inceleyen çalışmalarda da benzer sonuçlar çıkmıştır. Çin'deki genel popülasyonda COVID-19 salgınının ilk zamanlarında yapılan bir çalışmada 1210 katılımcının %53,8'inin salgının psikolojik etkisini orta veya şiddetli olarak değerlendirdiği, %16,5'inin orta ila şiddetli depresif belirtiler ve %28,8'inin orta ila şiddetli anksiyete belirtileri yaşadığı saptanmıştır (84). Çin'de 52.730 kişinin katılımının olduğu başka bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık %35'inin psikolojik sıkıntı yaşadığı tespit edilmiştir (85).

Çin'de 1074 kişinin yaptığı çevrimiçi bir anket sonucunda anksiyete, depresyon ve zararlı alkol kullanımı oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur ve 21-40 yaş arası gençler arasında anksiyete ve depresyon oranları daha yüksek bildirilmiştir (86). Huang ve Zhao 7236 kişiyle gerçekleştirdiği web tabanlı bir anket sonucunda, yaygın anksiyete bozukluğu, depresif belirtiler ve uyku anormalliklerinin genel yaygınlığını sırasıyla %35,1, %20,1 ve %18,2 olarak saptamıştır (87). Xiao ve

arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada izole bireylerin kaygı ve stresinin yüksek düzeyde olduğunu, uyku kalitesinin ise düşük olduğu bildirilmiştir (88).

COVID-19'un yaratmış olduğu sosyal izolasyon, ekonomik problemler ve bilinmezlik özellikle psikolojik açıdan zayıf konumda olabilecek bir yakını kaybetmiş olan bireylerde, daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlığı olanlarda veya COVID-19'un yaygın olduğu bölgelerde yaşayan bireylerde; depresyona, anksiyete bozukluğuna, alkol ve madde kullanım bozukluğuna, daha önceden var olan psikiyatrik hastalığın alevlenmesine veya başka psikiyatrik tablolara sebep olarak intihar açısından risk oluşturabilir (89).

2.1.10 COVID-19'un Ruhsal Hastalıklara Olan Etkisi

COVID-19 pandemisinde ruhsal hastalığa sahip olan bireyler daha olumsuz etkilenmiştir. Sağlıksız beslenme, sigara kullanımı, eşlik eden fiziksel hastalıklar, damgalanma, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz hijyen, bilişsel işlevlerde kayıp, kullanılan psikiyatrik ilaçların yan etkileri, sosyal ve ekonomik yetersizlikler ve pandemi süreciyle ilgili bilgi eksikliği gibi birçok faktör kronik ruhsal hastalığı olan bireyleri COVID-19'a karşı daha kırılgan ve savunmasız hale getirmektedir (90,91).

Pandeminin ilk dönemlerinde yapılan bir çalışmada, kronik ruhsal hastalık nedeniyle Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerin'de takipli olan hastalar üzerindeki pandeminin etkisi retrospektif olarak incelenmiştir. Özellikle akut dönemde acil servis başvurularının ve psikiyatri servisine yatış sayılarının azaldığı saptanmıştır. Sonuç olarak pandemi döneminde ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin rahatsızlıklarının tedavisiyle ilgili de aksaklıklar yaşandığı belirtilmiştir (92).

Bir dizi çalışma, COVID-19 salgını sırasında kaygı, depresyon ve diğer psikopatolojilerde artış olduğunu göstermiştir (93–95). Bu durumların, özellikle önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve aynı zamanda COVID-19'a yakalanma riskinin de yüksek olduğu tespit edilen bireylerde ortaya çıktığı bildirilmiştir (96). Ayrıca psikiyatrik rahatsızlıklarının kötüleşmesi de daha yüksek intihar düşüncesi riskiyle ilişkili bulunmuştur (97,98).

Dünya çapında COVID-19 salgını sırasında 2734 psikiyatri hastasının incelendiği bir çalışma, değerlendirilen hastaların üçte ikisinin mevcut

rahatsızlıklarının kötüleştiğini göstermiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bağımsız bir klinik araştırma ise, hastaların yarısından fazlasında doz ayarlaması veya yeni ilaçlara başlanması gibi klinik müdahaleleri gerektiren yeni semptomların ortaya çıktığını ve COVID-19 salgını sırasında mevcut ruhsal hastalıklarının kötüleştiğini doğrulamıştır (99). Ayrıca, COVID-19 enfeksiyonunun kendisi, izolasyon, steroid ve diğer müdahale yöntemleri de şizofreni hastalarında semptomları şiddetlendirebilir. İzolasyon uygulaması; saldırgan davranışlar ve intihar riskinde artma ile ilişkilendirilmiştir (100).

Ağır ruhsal hastalık olarak tanımlanabilecek şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklarda, COVID-19 hastalığına yakalanma riski dışında, pandemi esnasında veya sonrasında pandemi ile ilişkili varsanılar ve sanrılar geliştirme açısından da risk mevcuttur (101,102). Bununla birlikte pandeminin ilk zamanlarında uygulanan bir anket çalışmasında randevuları iptal edilmiş olan 76 şizofreni hastasıyla yapılan telefon görüşmeleri neticesinde katılımcıların hiçbiri COVID-19'a ilişkin psikotik bir durum bildirmemiş ve hiçbir katılımcının COVID-19 enfeksiyonu veya psikotik atak nedeniyle hastaneye yatışının olmadığı öğrenilmiştir (103).

Pandemi sırasında bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarında intihar düşüncesinin, intihar planlarının ve intihar girişimlerinin bir yıllık yaygınlığının incelendiği çalışmada Bipolar Bozukluk tanısına sahip hastalarda 1 yıllık intihar düşüncesi, intihar planı ve intihar girişim prevalansı sırasıyla %58,3, %38,4 ve %38,6 bulunurken, şizofreni hastalarında bu oranlar sırasıyla %33,2, %16,8, SA: %19,4 olarak saptanmıştır. COVID-19 salgını özellikle Bipolar bozukluk tanılı hastalarda intihar riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (104).

Pandemiyle beraber hastalığın yayılmasını önlemeye yönelik uygulanan ve önerilen yöntemler, OKB hastalarında obsesyonlarının ve kompulsyonlarının şiddetinin artmasına da sebep olmuştur (105,106). Ayrıca pandeminin ilk dönemlerinde yapılan bir çalışmada OKB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere nazaran pandemiyle daha olumsuz başa çıkma stratejilerini kullandığı saptanmıştır (107).

2.1.11 COVID-19 Hastalarında Gelişen Psikiyatrik Bozukluklar

Pandeminin tüm toplumda ve her bireyde yarattığı çeşitli zorlukların yanında, ruhsal yönden yaşanan zorlanmalar özellikle hastalığa yakalanmış olan kişilerde daha belirgin olmuştur (108). Hastalığa yakalanmış olan bireylerin yaşadığı ruhsal zorluklar psikososyal yönlerden ve biyolojik açılardan ele alınabilmekle birlikte hastalık akut, subakut ve kronik dönemde farklı ruhsal bozukluklara sebep olmaktadır.

Biyolojik açıdan bakıldığında, SARS-CoV-2'nin nöroinvasiv olduğunu gösteren bazı araştırmaların ışığında COVID-19 hastalığında santral sinir sisteminin doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği söylenebilir. COVID-19 tanısı alan 40.469 hastanın %22,5'inde nöropsikiyatrik belirtiler ortaya çıktığı kaydedilmiştir. Bu çalışmada en sık görülen nörolojik belirtilerin baş ağrısı, uyku bozuklukları, ensefalopati, inme veya geçici iskemik atak ve nöbet olduğu bildirilirken sık görülen psikiyatrik tablolar anksiyete ve ilişkili bozukluklar ve duygudurum bozuklukları olmuştur. Aynı çalışmada hastaların %0,2'sinde intihar düşüncelerinin olduğu belirtilmiştir (109).

COVID-19'a bağlı sitokin fırtınasından kaynaklı şiddetli inflamasyon veya post-enfeksiyöz dönemde gelişen otoimmün tablolar, trombotik veya hemorajik serebrovasküler hadiseler hastalığın santral sinir sistemi üzerindeki dolaylı etkileri arasında gösterilebilir (110,111). Buna yönelik hastanedeki tedavilerinden sonraki bir aylık süreçte takibe alınan COVID-19'u atlatan 402 yetişkinin psikiyatrik semptomlarını tarayan bir çalışmada, hastaların ilk değerlendirilmeleri esnasında ölçülen, bağışıklığı ve sistemik inflamasyonu yansıtan sistemik immün inflamasyon indeksinin, takiplerde depresyon ve anksiyete bulguları ile pozitif bir ilişkisinin olduğu bildirilmiştir (112).

COVID-19 hastalığına yakalanan bireylerde akut dönemde deliryum ve akut stres bozukluğu gibi psikiyatrik tablolar ortaya çıkabilir. Latince'deki de-lira kelimesinden köken alan deliryum anlam itibariyle "çıldırma" anlamına denk düşer. Tıbbi durumlara ikincil olarak aniden ortaya çıkan deliryum tablosunda bilinç, dikkat, bellek, düşünce, algı alanlarında ve davranış ile uyku-uyanıklık döngüsündeki bozukluklar görülmekte olup bu durum gün içerisinde dalgalanmalarla seyreder (113). Algı alanında bozulma görüldüğü takdirde sanrılar ve halüsinasyonlar gibi psikotik

belirtiler de ortaya çıkabilir. Çoğu altta yatan neden beyin dışından kaynaklansa da inme gibi birincil nörolojik nedenlerle oluşan deliryum da bilinmektedir (114).

Deliryumun yaygınlık değerlerinin geniş aralığı, yaş ve kırılganlık açısından farklılık gösteren ilgili hastalık türleri ile başlatıcı faktörlerin sayısı ve şiddeti arasındaki etkileşimle ilgilidir. 2020'de yatan tıbbi hastalarla yapılan 33 çalışmanın meta-analizinde genel deliryum prevalansının %23 olduğu bildirilmiştir (114,115). Deliryumun görülme sıklığı özellikle hastanede yatan ileri yaşlı hastalarda daha sık olmakla birlikte yoğun bakım ünitelerinde yatan kritik hastalarda daha çok görülebilmektedir. İleri yaş, demans, görme ya da işitme bozukluğunun olması, inme öyküsü, mevcut hastalığının şiddeti, daha önceden geçirilmiş deliryum öyküsü, alkol kötüye kullanımının olması, kardiyovasküler ve renal hastalıklar gibi risk faktörlerin varlığında hareketsizlik, dehidratasyon, malnutrisyon veya alınan tek doz hipnotik ilaç deliryumun başlamasına sebep olabilir (114,116,117).

Tüm bunlar göz önüne alındığında, COVID-19 hastalığına yakalanma ve hastalığı şiddetli geçirme riski olan grupla deliryumun daha fazla ortaya çıkma riski bulunduğu grubun benzerlikler gösterdiği söylenebilir. COVID-19'un biyolojik etkilerinin de katkısıyla, COVID-19 hastalarında deliryum daha sık bir tablo olarak klinisyenlerin karşısına çıkabilir (118). 3868 hastanın dahil edildiği sistematik inceleme ve metaanaliz çalışmasında deliryum ölümle ilişkilendirilmiş olup hastaların CRP düzeyindeki her 1 mg/dl artışın deliryum gelişme riski açısından %1'lik artışla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (119).

Toplamda 13 ülkeden 11.553 COVID-19 hastasıyla ilgili 48 çalışmanın seçildiği sistematik inceleme çalışmasında COVID-19 hastalarında deliryumun havuzlanmış prevalansı, insidansı ve mortalite oranları sırasıyla %24,3, %32,4 ve %44,5 olduğu saptanmıştır ve genel olarak deliryumu olan COVID-19 hastaları, deliryumu olmayanlara kıyasla daha yüksek ölüm riskine maruz kalmıştır (120). İtalya'da bir hastanede pandeminin zirve yaptığı dönemde şüpheli COVID-19 pnömonisi nedeniyle hastaneye yatırılan 852 hastanın retrospektif olarak klinik kayıtlarının değerlendirildiği çalışmada 94 hastada (%11) yatış sırasında deliryum geliştiği bildirilmiştir. Deliryum gelişen vakaların daha yaşlı, daha fazla nöropsikiyatrik komorbiditeleri olduğu ve başlangıçta solunum parametrelerinin daha

kötü olduğu saptanmıştır. Deliryumun yaş ve antipsikotik ilaç kullanımı ile bağımsız ve pozitif ilişkili olduğu görülmüştür (121). Bu çalışmaların ışığında, COVID-19 hastalarında deliryumun erken teşhisi kritik öneme sahiptir çünkü deliryum oluşumu, solunum yetmezliğinin kötüleşmesinin veya koronavirüsün santral sinir sistemine ulaştığının erken bir göstergesi olabilir (122).

Akut dönemde görülebilen bir diğer psikiyatrik tablo olan akut stress bozukluğunda, bir kişinin travmatik bir olayla karşı karşıya kalmasından sonraki ilk bir ay içinde stres tepkileri, dissosiyasyon, yeniden yaşantılama, olumsuz duygudurum, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri görülebilmektedir (123). COVID-19'un yıkıcı etkileri ve ölümle sonuçlanma potansiyeli göz önüne alındığında, COVID-19'a yakalanan bireylerin deneyimleyeceği ruhsal travma akut stress bozukluğu ile sonuçlanabilir. COVID-19 hastalığından etkilenmiş bireylerde uzun dönemde uyum bozukluğu, travma sonrası stress bozukluğu, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi çok çeşitli psikiyatrik tablolar ortaya çıkmakla birlikte nörobilişsel bozukluklar da görülebilmektedir (124).

Epidemiyolojik çalışmalarda TSSB'nin yaşam boyu görülme yaygınlığı %1 ile %13 arasında değişmektedir (125). COVID hastalığına yakalandığı için hastaneye yatırılarak tedavi gören ve taburcu olduktan sonra değerlendirilen 64 hastada yapılan çalışmada TSSB prevalansı %20,3 olarak saptanmıştır (126). Başka bir çalışmada ise, hastaneye yatırıldıktan sonraki ilk haftada daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri olanlarda, sosyal olarak kopukluk hissi ve hastanede yatış süresi uzun olanlarda, taburculuk sonrasında TSSB gelişiminin daha sık ortaya çıktığı öngörülmüştür (127).

2.2 Yaygın Görülen Bazı Psikiyatrik Bozukluklar

2.2.1 Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Şizofreni, sıklıkla genç yaşta başlayan diğer birçok psikiyatrik veya nörolojik bozuklukta da ortaya çıkabilecek belirti ve bulgularla seyreden düşünce, algılama ve davranış alanlarında çeşitli bozuklukların görüldüğü bir sendromdur. Herhangi bir klinik bulgu hastalık için ayırt edici özellikte olmayıp tanı, günümüzde yaygın olarak

kullanılan sınıflandırma sistemlerine göre konulmaktadır. DSM-5'e göre şizofreni; sanrı, varsanı, dezorganize konuşma, dezorganize davranış veya katatoni ve negatif belirtilerden en az ikisinin (birinin ilk üç maddeki belirtilerden biri olması koşuluyla) bir ay boyunca bulunduğu (başarı ile tedavi edilmemiş ise), bu belirtilerin bulunmadığı zamanlarda da hastalığın süregiden belirtilerinin saptandığı en az altı aylık hastalık süresinin olduğu ve birden çok alanda bozukluğun başlangıcından itibaren işlevsellikte kaybın görüldüğü bir ruhsal hastalık olarak tanımlanır (128).

DSM-5'te psikozla giden diğer bozukluklar başlığında, kısa psikotik bozukluk tanımlanmıştır. Bu bozukluk, sıklıkla kişilerin hayatındaki ciddi bir psikososyal faktörün ardından belirtilerin aniden ortaya çıktığı, en az bir gün en fazla 1 ay süren, geçici bir tablodur. Şizofreni ve şizofreniform tanı kriterleri arasında yer alan negatif belirtiler kısa psikotik bozukluk tanı kriterleri arasında değildir ve bozukluk geçtikten sonra hastalar sıklıkla premorbid işlevselliğini tekrar kazanır. Şizofreniform bozukluk ise şizofreniye benzemekle birlikte belirtilerin en az bir ay, en fazla ise 6 ay sürmesi ve işlevsellik alanlarında şizofreni kadar ciddi bozulmalara sebep olmaması ile farklılıklar gösterir (129). Bazı çalışmalarda, bu bozukluğa sahip bireylerin akrabalarında duygudurum bozukluğu görülme oranlarının şizofreni hastalarınınkine oranla daha fazla olması, psikotik belirtilerin eşlik ettiği duygudurum bozukluğu görülme oranlarının bipolar bozukluk tanımlı hastaların akrabalarına kıyasla daha fazla olması, seyrinin ve sonlanımının duygudurum bozukluklarının ataklarla giden seyrine benzemesi ve şizofreni hastalarına nazaran hastalık esnasında daha fazla duygudurum belirtilerinin eşlik ediyor olması gibi saptanan faktörler, şizofreniform bozukluğunun duygudurum bozuklukları ile ilişkisi olduğunu desteklemektedir (130,131).

Şizofreni hemen her toplum ve kültürde görülen yaygın bir hastalık olup, daha önceleri hastalığın tüm toplumlarda yaşam boyu yaygınlığı ile ilgili %1 civarında görüldüğü öne sürülmüştür. Son yıllarda yapılan çalışmalar şizofreni yaygınlığının bölgeler arasında belirgin farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur (132). Şizofreni epidemiyolojisine yönelik ülkemizde yapılan çalışmaların kısıtlı yönleri olsa da 2011 yılında yapılan sistematik bir gözden geçirme çalışmasında ülkemizdeki yaşam boyu şizofreni yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak saptanmıştır (133,134). Şizofreni dışındaki diğer psikotik bozuklukların da yaşam boyu toplam yaygınlıkları 1000 kişide 9 civarındadır (135).

Cinsiyetin, hastalığın sıklığı ve yaygınlığı ile ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda hastalığın erkeklerde kadınlara nazaran daha fazla görüldüğü, erkek/kadın oranının ortalama 1.4 olduğu bildirilmiştir (136). Türkiye’de yapılan çalışmada da benzer bir şekilde erkeklerde hastalığın 1.5 kat daha sık görüldüğü saptanmıştır (137). Şizofreni için ortalama başlangıç yaşının yapılan çalışmalar neticesinde 15-25 yaş arasında olduğu kabul edilmekle birlikte erkeklerde hastalık daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte kadınlar kırk yaş civarlarında ilk psikotik atak da yaşayabilmektedir (135).

Şizofreni hastalığına yakalanmış bireylerde çeşitli faktörlerden dolayı mortalite riski daha yüksek olup genel topluma kıyasla beklenen yaşam süresinin %20 daha kısa olduğu düşünülmektedir (138). Kalp damar hastalıkları, obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet, %50-65 arasında eşlik eden nörolojik bulgular, metabolik sendrom ve bazı kanser türlerinin genel popülasyona kıyasla şizofreni hastalarında daha sık rastlanması ve hastaların tedaviye uyumsuzluğu, eşlik eden sigara, alkol ve madde kullanımı, kötü yaşam tarzları ve kullanılan antipsikotik ilaçların yan etkileri gibi etkenler ortalama yaşam süresini olumsuz olarak etkilemektedir (133,139).

Günümüze kadar şizofreninin oluşum şeklini anlamaya yönelik genetik, nörogörüntüleme ve nörokimyasal alanlarda yapılan birçok çalışma olmuştur. Bugün bu konudaki en geçerli kuram genetik ve çevresel faktörlerin bir araya gelerek hastalığı meydana getirebileceği görüşüdür. Bu anlamda şizofreni için bahsedilen yatkınlık genleri ile gebelik sürecinde annenin geçirdiği enfeksiyonlar, vitamin eksiklikleri, annenin sigara, alkol ve madde kullanımı, gebelik ve doğum komplikasyonları gibi fetal gelişimi etkileyebilecek çevresel risk faktörlerinin bir araya gelmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca şizofreniye yatkınlık oluşturan genler üzerinde değişiklikler yapabilen diğer risk faktörleri arasında esrar kullanımı, çocukluk çağı travması, göç, stres verici diğer yaşam olayları ve olumsuz sosyoekonomik koşullar yer alır (140,141).

Şizofreni ve ilişkili diğer psikotik bozuklukların tedavisinde ilk sıra seçenek antipsikotik ilaçlardır. Antipsikotik ilaçlar hastalığın pozitif belirtileri ve bunlarla ilişkili olan ajitasyon ve saldırganlık üzerine etkili olup, hastalığın tekrarlamamasına

yönelik de olumlu etkileri vardır. Negatif belirtiler üzerine etkinlikleri, pozitif belirtiler üzerine olan etkinliğine kıyasla daha az olmaktadır. İkinci kuşak antipsikotikler, birinci kuşak antipsikotiklere göre etkinlik gösterdiği resöptör farklılıkları nedeniyle negatif belirtiler ve bilişsel becerilerde kötüleşmeye daha az yol açmaktadır. İlaç tedavisi, uygulanan psikososyal müdahaleler ile daha iyi sonuçlar verebilir (142).

Aynı zamanda şizofreni hastalarında tedavi uyumunun artırılmasına yönelik uzun etkili depo antipsikotikler de tercih edilmektedir (143). Şizofrenide antipsikotik tedavilere rağmen hastaların bir kısmında semptomlarda istenilen düzeyde gerileme olmamaktadır (144). Tedaviye dirençli hastalarda veya istenilen düzeyde iyileşme sağlanamayan hastalarda, EKT günümüzde önerilen ve sık tercih edilebilen başka bir tedavi yöntemidir (145).

2.2.2 Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk, duygudurum bozukluklarına daha yakın olmakla birlikte şizofreni ve duygudurum özelliklerini aynı anda bulunduran bir rahatsızlıktır (146). Şizoaffektif bozukluğun seyri boyunca şizofreninin esas belirtileriyle birlikte duygudurum bozukluğu epizodlarının da iyileşme ve relapslarla mevcut olması, ayrıca bu epizodların hastalık dönemlerinin en az %30'unda var olmasının önemi vurgulanır. DSM 5'te ayrıca, duygudurum belirtilerinin olmadığı, en az 2 hafta boyunca sanrı veya varsanı gibi psikotik belirtilerin de olması gerektiğinden bahsedilmektedir (147).

Şizoaffektif bozukluğun yaygınlığına ve sıklığına yönelik yapılan çalışmalarda veriler kısıtlı olsa da tahmini yaygınlığının % 0,2 ile % 1,1 aralığında olduğu belirtilmektedir (148–150). Şizoaffektif bozukluğun en fazla şizofreni kadar sık görüldüğü, bipolar bozukluktan ise daha nadir görüldüğü bildirilmiştir. Başlangıç yaş aralığının, şizofreni ve bipolar bozukluğun başlangıç yaş aralığı ile benzer olduğu belirtilmektedir (151). Şizoaffektif bozukluğun cinsiyetler arasındaki dağılımına yönelik çalışmalarda farklılıklar olsa da hastaların %66 oranında kadın olduğu ve kadınlarda erkeklere nazaran hastalığın daha sık görüldüğü düşünülmektedir (152,153).

Şizoaffektif bozukluk ile bipolar bozukluk ve şizofreninin nörobiyolojik ve kalıtsal açıdan örtüşen noktaları olsa da klinik görünüşleri arasındaki net sınırların olmaması, şizoaffektif bozukluk tanısının güvenilirliğini ve geçerliğini olumsuz etkilemektedir (154). Kalıtsal açıdan incelenen çalışmalarda şizofrenisi ve bipolar bozukluğu olan bireylerin ailelerinde, şizoaffektif bozukluğa topluma nazaran daha yüksek oranda rastlandığı görülmüştür (155–157).

Yapılan çalışmalarda şizoaffektif bozukluğa sahip bireylerin bir kısmında kalıcı psikotik belirtilerle seyreden yıkıcı tablolar ortaya çıksa da şizoaffektif bozukluğun prognozuyla ilgili beklenen durum, şizofreniye göre daha iyi, duygudurum bozukluklarına göre daha kötü bir seyirde olacağıdır (158–160). Şizoaffektif bozukluk tanısı konulduktan sonra uygulanan tedavi seçenekleri üzerinde anlaşılmış bir tedavi planı olmasa da sıklıkla uygulanan tedavi, şizofreni ve duygudurum bozukluklarına yönelik uygulanan tedavi stratejilerinin bileşimi şeklinde olmaktadır. Psikotik belirtilere yönelik tercih edilen antipsikotik ilaçlara ek olarak duygudurum dönemine göre antidepresanlar veya duygudurum düzenleyici ilaçlar kullanılabilir (154). EKT, ilaç tedavilerinin başarısız olduğu olduğu durumlarda tercih edildiği takdirde faydalı olabilmektedir (159).

2.2.3 Bipolar Affektif Bozukluk

Bipolar affektif bozukluk, depresif, manik ya da hipomanik ve karma epizodlarla seyredebilen, epizodlar arasında tamamen normal olduğu ya da düşük düzeyde belirtilerle beraber olduğu düşünülen, mortalite ve morbidite üzerine olumsuz etkileri olabilen, sosyal, ailevi ve mesleki alanlarda işlev kaybına yol açtığı bilinen kronik ve ağır bir ruhsal hastalıktır. Daha önceleri yaşam boyu sıklığının daha düşük olduğu yönünde görüşler olsa da günümüzde her yüz bireyden yaklaşık beşini etkilediği düşünülmektedir (161). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar arasında farklılıklar olsa da bipolar bozukluk tip 1 için yaşam boyu yaygınlık oranının %0,8, bipolar bozukluk tip 2 için %1,1 olduğu, siklotimi için %0,8-1 arasında olduğu ve eşik altı belirti yaşayanların oranının ise %2,4 olduğu belirtilmiştir (162,163)

Bipolar bozukluk, cinsiyetler arası dağılımda oransal olarak anlamlı bir fark göstermese de hastalığın klinik özellikleri detaylandırıldığında cinsiyetler arasında farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bipolar tip 1 her iki cinsiyette eşit oranda görülürken, bipolar tip 2, karma dönemler, antidepresan ilaçlarla tetiklenen manik kayma ve hızlı döngülülük tablolarına, kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla rastlanmaktadır. Hastalığın seyrinde ise ek tıbbi problemler, madde kötüye kullanımı ve depresif dönemler kadınlarda daha sık görülebilmekteyken, manik ataklar erkeklerde hastalığın seyrinde daha belirgindir (164–166).

Amerika’da hastalığın ilk belirtilerinin başladığı yaş ile ilgili yapılan bir anket çalışmasında bipolar bozukluk olgularının %33’ünde 15 yaş altında, %27’sinde 15-19 yaşları arasında, %39’unda ise 20 yaşın üzerinde belirtilerin başladığı bildirilmiştir (167). Bipolar olguları ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yıl arasında değişmektedir (168).

Geç başlangıçlı bipolar bozukluğun başlangıç yaşı ile ilgili farklı fikirler söz konusu olsa da çalışmaların büyük kısmında 50 yaş ve üzerinde ilk atağını yaşayanlar, geç başlangıçlı olgular olarak kabul görmüştür (169). Bipolar olgular arasında 60 yaşını aşanların oranı ise farklı çalışmalarda %1 ile 11 arasında belirtilmektedir (170). Geç başlangıçlı olan bipolar olguların geç başlangıçlı olmayanlarla arasındaki farklılığın değerlendirildiği bir çalışmada geç başlangıçlı olguların oranı %13.4 olarak bulunmuş ve geç başlangıçlı grupta başta hipertansiyon, diyabet ve serebrovasküler hastalık eştanıları olmak üzere fiziksel hastalıkların daha sık görüldüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada, antidepresan tedaviye bağlı manik kaymanın, hipertimik mizaç özelliklerinin, psikotik bulguların, karma dönemlerin ve hızlı döngülülük tablosunun yine geç başlangıçlı bipolar bozukluğa sahip bireylerde daha fazla olduğu bildirilmiştir (171). Bipolar bozukluğun etyolojisinde hala belirsizlikler söz konusu olsa da hastalığın ortaya çıkması hususunda genetik ve çevresel faktörler, endokrin dizgedeki düzensizlikler, beyindeki yapısal ve fonksiyonel değişiklikler, hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi eksenindeki değişiklikler ve inflamatuvar süreçler gibi birçok durum üzerinde durulmaktadır (172,173).

Hastalığın manik döneminde en az bir hafta kadar süren taşkın duygudurum, özgüvende artış ve büyüklük düşünceleri, uyku miktarında azalma, konuşma

miktarında ve hızında artış, düşüncelerde hızlanma, dikkat sorunları, hareketlilikte artış gibi belirtiler ortaya çıkabilmekle beraber bu belirtilere zaman zaman eşlik eden psikotik belirtiler de olmaktadır. Hipomanik dönemler ise en az dört gün süren, hastaneye yatış gerektirmeyecek düzeyde, kişinin işlevselliğini ciddi şekilde bozmayan, psikotik belirtilerin bulunmadığı; ama duygudurum ve işlev düzeyindeki değişikliklerin dışarıdan fark edildiği, manik dönemlere nazaran daha az şiddette ve sürede belirtilerin olduğu durumu tanımlamak için kullanılır. DSM dizgesi bipolar bozukluğu tip 1 ve tip 2 olarak ayırmaktadır. Tip 1’de mani, hipomani ve depresyon dönemleri görülebilirken, tip 2’de depresif dönemler arasında kimi zaman hipomanik dönemler görülebilmektedir. Bipolar bozukluğun seyrinde, depresif ve manik belirtilerin aynı atak dönemi içerisinde görüldüğü durumlar olabilmektedir. Karma dönem olarak tarif edilen bu dönemler için DSM dizgesinde mani ve çökkünlük için ayrı ayrı karma özellik belirleyicisi konulmuştur. Bu durum için karşıt uçtaki dönemde gözlemlenen üç belirtinin olması yeterli olmaktadır (174). Karma atağın mevcudiyeti, hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (175). Ayrıca manik atağın karma özellikler gösteriyor olması özkıyım riskini de arttırmaktadır (176). Bipolar hastaların %40’ında en az bir karma atak yaşandığı bildirilmekle beraber tüm duygudurum atakları içindeki karma dönemleri oranının çok daha düşük olduğu bildirilmiştir (177,178). Bipolar bozuklukta, bir yıl içinde mani, hipomani veya depresyon dönemlerinin kriterlerini karşılayan en az dört duygudurum dönemi yaşanması ise hızlı döngülülük olarak tanımlanır. Yapılan çalışmalarda hızlı döngülülüğün bipolar bozukluk olgularındaki yaygınlığı % 16.3 (%12-24) olarak saptanmıştır ve bu grubun farmakoterapiye daha dirençli olduğu söylenmektedir (179,180).

Bipolar bozuklukta intihar girişimleri sık görülebilmekte olup ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Ülkemizde bununla ilgili yapılmış çalışmalarda bipolar olgulardaki intihar girişim sıklığı örneklem grubunun büyüklüğüne göre %7.5 ile %70 arasında değişmekte olup eşlik eden psikotik bulguların varlığında risk artmaktadır (181–184). Psikotik bulgular, bipolar bozukluğa sahip olan olgular arasında sık görülmekte olup yapılan çalışmalarda özellikle manik dönemlerde en sık gözlemlendiği bildirilmiştir (168). Bipolar bozukluğa sahip hastaların %40’ında 10’dan fazla atak görülebilir ve ortalama atak sayısının 9 olduğu düşünülmektedir (185).

Bipolar bozukluğa sahip hastaların bir yıllık izlem çalışmasının sonunda hastaların %31.2'sinde hastalığın tekrarladığı saptanmıştır (186).

Bipolar bozukluğun farmakoterapisinde, duygudurumun niteliğine bağlı olarak farklı tedavi seçenekleri söz konusu olsa da tüm dönemlerde en sık kullanılan ilaçlar lityum, valproik asit ve ketiyapindir (168). Duygudurum düzenleyici ilaçlardan lityum ve valproik asit, antipsikotiklerden ise ketiyapin, aripiprazol, risperidon, paliperidon veya olanzapin hastalığın manik döneminde ilk sırada önerilen tedavi seçenekleri arasındadır. Bu ilaçlar tek başına veya ekleme sağaltımında kullanılabilir. Karma özellikler gösteren manide valproatın lityuma göre daha etkili olduğunu ve yanına eklenecek olan antipsikotik ilaçla beraber etkili bir tedavi seçeneği olduğunu gösteren veriler bulunmaktadır (187). Karbamazepin, ikinci sıra tedavi önerileri arasında yer alsa da özellikle karma özellikler gösteren manik atakların tedavisinde tercih edilen bir diğer ilaçtır (188).

Benzodiyazepinlerden olan klonazepam ve lorazepamın, özellikle manik atağın başlarındaki psikomotor ajitasyonun yatışmasında etkili olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (189). Sağaltıma dirençli olgularda, gebelikte veya ağır şiddetteki manilerde EKT diğer bir tedavi seçeneğidir. EKT ve ilaç kombinasyonunun, sadece ilaç tedavisine nazaran mani belirtilerinin gerilemesi noktasında daha etkili olduğu bildirilmiştir (190).

2.2.4 Major Depresyon

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yaptığı bir çalışmada major depresyonun dünya üzerinde yetiyitimine yol açan dördüncü önemli hastalık olduğu saptanırken, ölümcül olmayan yetiyitimi yapan hastalıklar arasında ise ilk sırada olduğu bildirilmiştir (191). Major depresyon, her yaştan bireylerde görülebilmekle beraber 25-44 yaş aralığındaki bireylerde daha sık gözlemlenmektedir (192). Bir yıllık prevalansı %6 civarlarında tespit edilen major depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı dünya genelinde %1,5-19 olarak saptanmıştır. Kültürel ve ülkeler arası farklılıkların hastalığın prevalansında anlamlı bir fark yaratmadığı gözlemlenmektedir (193,194). Cinsiyete göre ise major depresyona kadınlarda erkeklere nazaran 2 kat daha sık rastlanmakta; fakat bu fark orta yaşların sonuna doğru azalmaktadır (195).

MDB'nin oluş nedenleri biyolojik, genetik ve psikososyal olarak ayrı başlıklar altında tartışılrsa da tüm etkenler depresyonun ortaya çıkmasında birbirleriyle etkileşim halindedir (192,196). Depresyon, en az iki hafta boyunca süren çökkün duygudurum ya da ilgi ve istek kaybının yanısıra kendini değersiz, yetersiz veya suçlu hissetme; bilişsel yetiler olan konsantre olma veya karar verme yeteneğinde azalma ve unutkanlık gibi bellek sorunları; tükenmişlik, keyifsizlik, enerji azlığı, çabuk yorulma ; psikomotor yavaşlama veya ajitasyon; uykuda azalma veya artma; iştah ve kiloda değişiklikler; tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri şeklinde belirtilerle seyredebilen bir bozukluktur. Bu semptomlara sosyal, mesleki veya günlük diğer önemli işlevsellik alanlarının olumsuz etkilenmesi de eşlik eder (197).

Depresyon tedavisi, hastalığın şiddetine ve eşlik eden diğer belirtilere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Hafif şiddetli depresyon tedavisinde BDT temelli grup terapileri ve yapılandırılmış fiziksel aktivite programları gibi düşük yoğunluklu psikososyal müdahaleler, ilaç tedavilerine nazaran ön plana çıkmaktadır (198). Hastalığın şiddeti arttıkça ön planda olan belirtinin çeşitliliğine göre monoterapi şeklinde farklı ilaç tedavi seçenekleri olabilmektedir. Bununla beraber bu ilaçların kombinasyonları da tercih edilebilmektedir. Ayrıca çeşitli psikoterapi yöntemleri tercih edilse de BDT bu alanda öne çıkan terapi yöntemi olmaktadır. Sağaltıma dirençli olgularda bir somatik tedavi yöntemi olan EKT de tercih edilebilmektedir (199).

2.2.5 Anksiyete Bozuklukları

Kaygı (anksiyete), kronik ya da yaygın olarak ortaya çıkabilen, psikolojik ve fiziksel belirtiler ortaya çıkarabilen, gündelik hayattaki işlevselliği bozabilen, kişinin bazı olaylar veya nesneleri olduğundan daha fazla tehlikeli algılama durumu oluşturabilen, bazen bu durumlardan kaçınma davranışlarına veya bu durumlarda kendisini güvende hissetmesine yardımcı olabilecek davranışlara neden olabilen ya da bazen panik ataklar şeklinde kısa nöbetler halinde ortaya çıkabilen bir ruhsal durumdur (200).

Anksiyete bozukluklarının başlangıç yaş aralığı açısından en riskli olduğu grup 10-25 yaş aralığı olup olguların çoğunda belirtiler 35 yaşından önce başlamaktadır. Yakın zamanda yayınlanan bir çalışmada, küresel nüfusun tahminen %4'ünde anksiyete bozukluğu olduğu, bu bozukluğun son yıllar içerisinde arttığı ve kadınların

erkeklerle kıyasla daha fazla etkilenme olasılığının olduğu bildirilmiştir (201). Anksiyete bozukluklarına diğer ruhsal hastalıklar sıklıkla eşlik edebilmektedir. Majör depresyon, somatik bozukluklar, kişilik bozuklukları ve madde kötüye kullanım bozuklukları anksiyete bozukluklarına sık eşlik eden hastalıklardır (202). Özgül fobi, sosyal anksiyete, panik bozukluğu, agorafobi ve yaygın anksiyete bozukluğu DSM 5'te tanımlanan anksiyete bozuklukları başlığı altında yer almaktadır (203).

Yaygın anksiyete bozukluğunun 40-55 yaşlarına kadar yaşla birlikte görülme sıklığının arttığı ve sonrasında bu sıklığın azaldığı yönünde çalışmalar vardır (204–207). Yaygın anksiyete bozukluğu, polikliniğe başvuran hastalar arasında en sık görülen kaygı bozukluğu olmakla birlikte, yaşlılarda da özgül fobi ile beraber en sık görülen anksiyete bozuklukları arasındadır. Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun bir aylık yaygınlık oranları %0,8- 7,3 arasında değişmektedir (208–210).

Yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığına yönelik yapılan güncel bir çalışmada %3,7 oranında yaygınlığının olduğu, 12 aylık süre içerisinde ise %1,8 yaygınlık oranının olduğu bildirilmiştir (211). Eskişehir'de ülkemizdeki ruhsal bozuklukların yaygınlığına yönelik olarak yürütülen bir çalışmada anksiyete bozuklukları yaygınlığı %29 saptanırken yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı %6,8 olarak saptanmıştır (212).

Panik bozukluğu, sıklığı günde birkaç atak ile yılda yalnızca birkaç atak arasında değişebilen kendiliğinden ve beklenmedik anlarda panik nöbetleriyle seyreden bir bozuklukken panik nöbetleri başka ruhsal hastalıklarda da görülebilmektedir. Panik ataklar esnasında, göğüs ağrısı, kalp çarpıntısı, nefes darlığı, baş dönmesi veya karın ağrısı gibi fiziksel semptomlar ve yoğun kaygı yaşanabilmektedir (213,214). Panik bozukluğun genel nüfusta yaşam boyu yaygınlığı %1,5-3,8 arasında bildirilmiştir (215). ABD'li yetişkinlerde ise panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık tahminleri %2,0 ile %6,0 arasında değişmektedir (216). Panik bozukluğuna sıklıkla duygudurum bozuklukları eşlik edebilmektedir. Majör depresyonun panik bozukluğu hastalarında yaşam boyu yaygınlık oranları %50-60'a kadar çıkabilmektedir (217).

Sosyal anksiyete bozukluğu, bireyin utanç verici veya küçük düşürücü bir şekilde davranışta bulunacağı ile ilgili düşüncelerinin olması, insanlarla karşı karşıya

kaldığı veya başkaları tarafından olası bir incelemeye maruz kaldığı bir veya daha fazla sosyal durumdan veya performans durumundan sürekli korku veya anksiyete duyması ile zaman zaman bu ortamlardan kaçınması ve bu anlara eşlik edebilen fiziksel belirtiler ile karakterize edilir (218). Sosyal anksiyetenin toplumdaki yaygınlığı ile ilgili farklı oranlar söz konusu olsa da nüfusun %13'ünün hayatlarının bir döneminde sosyal anksiyete kriterlerini karşıladığı düşünülmektedir (219). Yapılan bir derleme çalışmasında, sosyal anksiyete bozukluğunun bir yıllık prevalansının %7.9 olduğu belirtilmiştir (220).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde, etkili olduğu kanıtlanmış bilişsel davranışçı terapi uygulamaları ile beraber ilaç tedavisi de önerilmektedir. İlaç tedavisinde ilk sırada SSGİ veya SNRİ tercih edilmektedir. Benzodiazepinler rutin tedavide önerilmeyen bir seçenektir (202).

2.2.6 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma kelimesinin kökeni eski Yunanca bir kelime olup yaralanma veya yara anlamına gelmektedir. Mecazi olarak psikolojik bir yaralanmayı, bir eksikliği veya patolojik bir durumu işaret eder (221). Geçmiş insan yaşantılarına bakıldığında savaşlar, doğal afetler; yangın, deprem, sel gibi büyük çaplı olaylar yaşanmasına rağmen travma sonrasında meydana gelen olumsuz belirtilerin anlaşılması 20. yüzyıla kadar gecikmiştir. 2.Dünya Savaşı sonrasında çalışmalar yoğunlaşmış ve savaşın sonlanmasıyla beraber DSM-1' de ilk kez “Büyük Stres Tepkisi” olarak tanımlanmıştır (222).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5), travmatik olayın tanımında gerçek bir şekilde ölümle veya ağır yaralanmayla karşı karşıya kalma veya cinsel saldırıya uğramış olmaktan bahsedilir. Bu olaylardan biri veya birkaçını doğrudan yaşama, başkalarının başına geldiği takdirde bunlara tanıklık etme, aile yakınının veya yakın bir arkadaşının başına bu olayın geldiğini öğrenme ve travmatik olayın hoş olmayan detaylarıyla tekrarlayıcı ve aşırı düzeyde karşı karşıya kalma durumları bahsi geçen travmatik olaylarla karşılaşma yolları olarak tanımlanır (125). Travma sonrası stres bozukluğunda, kişinin travmatik olayları çağrıştıran durumlardan kaçınma belirtileri ve travmatik olaylara ilişkin kişinin istemediği yaşadığı yeniden yaşantılama belirtileri görülebilmektedir. Ayrıca fizyolojik reaksiyonlar, yoğun ruhsal

sıkıntı yaşama hali, olumsuz duygular, düşünce içeriğinde olumsuz düşünceler, uyku bozuklukları ve aşırı uyarılma hali belirtileri de görülebilmekle beraber bu belirtilerin en az bir ay boyunca devam ettiği vurgulanır (125,223).

TSSB tedavisinde, hastalığın ortaya çıkmasında rolü olan serotonerjik ve noradrenerjik nörotransmitter sistemlere, hipotalamo-hipofizer-adrenal aksa ve opioderjik yollara etki eden ilaçlar tercih edilmektedir. Tedavide ilk sıra seçenek olarak SSGİ etkinlik açısından öne çıkmaktadır (224). SSGİ'ler arasında sertralin ve paroksetin TSSB tedavisinde FDA onayı olan ilaçlardır (225). Venlafaksin FDA tarafından onayı olmasa da yapılan çalışmalarda etkinliğinin olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur. Özellikle başlangıç döneminde dayanıklılık puanları yüksek olan grubun, venlafaksin tedavisi aldığı daha uzun süreli iyilik halinin ve tedaviye olumlu yanıtının olduğu görülmüştür (226–228).

Benzodiazepinlerin tedavide aşırı uyarılma belirtilerine yönelik endikasyon dışı kullanımı olmasına rağmen disosiyatif ve disinhibisyon etkilerinden kaynaklı semptomların kötüleşmesine yol açtığı bilinmektedir. Tedavide etkin olmamaları ve bağımlılık riski ile kötüye kullanım potansiyeli göz önüne alındığında TSSB tedavisinde kaçınılması gerektiği vurgulanılıp sıklıkla önerilmezler (229). Atipik Antipsikotikler, FDA tarafından onaylı olmasa da klinik uygulamada bazı durumlarda tercih edilebilmektedir. Antidepresanla uygulanan tedavi başarısız olduğunda, olanzapin veya risperidon ile güçlendirme şeklinde öneriler de vardır (230).

TSSB tedavisinde aynı zamanda psikoterapiler de etkilidir. Özellikle bilişsel davranışçı terapi bu alanda etkinlik ve uzun dönem sonuçları açısından ön plana çıkmıştır. Bilişsel davranışçı terapi, hastaların yaşadığı travmatik olayları anlamlandırmalarına, bu sürecin düşünceleri, duyguları ve davranışları üzerinde bıraktığı tesire odaklanmaya ve netice olarak da kişinin kendisine ve mevcut sorununa ilişkin inançlarını yeniden ele almasına yardımcı olur (231,232).

2.2.7 Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyon kavramı, bireyin bir düşünce, dürtü, zorlanma veya düşlem şeklinde zihinsel içerikten kendisini kurtaramaması ve bu zihinsel içeriğin tekrarlayıcı ve sürekli olması durumu ile beraber kişinin iradesi dışında zorla ve istenmeden yaşanma

deneyimi olmasından kaynaklı kişide belirgin derecede sıkıntı oluşturmaları ile açıklanabilir. Kişi rahatsızlık uyandıran bu durumdan kurtulmak veya bunun etkisini azaltmak için birtakım çabalar içerisinde olabilir. Bu amaçla tekrarlayıcı bir şekilde yapılan davranışsal ya da zihinsel eylemler kompülsiyon olarak tanımlanır. Obsesif kompulsif bozuklukta farklı belirti boyutları görülebilmektedir. Bunlar arasında; bulaşma obsesyonları ve temizlik kompülsiyonları, saldırganlık obsesyonları ve bununla ilişkili olabilecek kompulsiyonlar, dini- cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar, simetri, sıralama, sayma, düzenleme obsesyonları ve kompulsiyonları, bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar gösterilebilir (233).

OKB ile ilgili epidemiyolojik araştırmalarda farklı prevalans oranları belirtiliyor olsa da sıklıkla %1 ile %3 arasında yaygınlığının olduğu tahmin edilmektedir. Bir çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının yaklaşık olarak %2 bulunduğu ve toplumda depresyon, alkol-madde kullanım bozukluğu ve sosyal anksiyeteden sonra en sık görülen dördüncü ruhsal hastalık olduğu bildirilmiştir (234). OKB hastalarında sıklıkla aynı anda birden fazla belirti boyutu görülüyor olsa da en sık görüleni bulaş obsesyonudur (235).

OKB tedavisinde kullanılan ilk sıra ilaçlar, çeşitli çalışmalarda etkinliği gösterilmiş olan SSGİ'ler ve trisiklik antidepresan olan klomipramindir (236). SSGİ'ler OKB tedavisinde, depresyon ve anksiyete bozuklukları tedavisinde kullanılan dozdan daha yüksek dozda etkili olmaktadır. Çalışmalarda SSGİ'ler ile klomipraminin etkinlikleri açısından fark gösterilmemiştir (237). OKB tedavisinde ilk basamak tedavilerle iyileşmeyen hastalarda güçlendirme tedavileri tercih edilebilir. Etkinliği bazı çalışmalarca kanıtlanmış olan atipik antipsikotikler ve SSGİ tedavisiyle kombinlenen klomipramin, klonazepam, mirtazapin, memantin ve N-asetilsistein güçlendirme tedavisinde kullanılabilir (236). Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) Obsesif Kompulsif Bozukluğunun tedavisinde etkin bir psikoterapi yöntemi olduğu bilinmektedir. Beş çalışmadan yapılan bir derlemede BDT'nin OKB yaşayan bireylerin semptomları üzerinde azaltıcı veya ortadan kaldırıcı etkinliği olduğu sonucuna varılmıştır (238).

2.2.8 Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Alkol ve madde kullanım bozuklukları, zihinsel meşguliyetin alkol ve madde kullanımıyla ilişkili olması, maddeye erişme isteği veya maddeyi kullanma durumunun kompulsif şekilde olması, kullanımı sınırlandırmakta zorluk, alkol veya maddede erişimde yaşanan engeller karşısında sinirlilik, huzursuzluk, kaygı gibi olumsuz duyguların ortaya çıkması ile karakterize olan kronik ve tekrarlayıcı bir bozukluktur (239).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye'de alkol kullanımıyla ilgili yaptığı çalışmalarda 18 yaş üstü olan bireylerde yaşamboyu alkol kullanmama oranı %81,1 (erkeklerde %65,9 ve kadınlarda %92,4); ağır ve zararlı içme yaygınlığı %1,1 (erkeklerde %1,9 ve kadınlarda %0,5); dönemsel ağır içme davranışı ise %0,9 (erkeklerde %2,1 ve kadınlarda %0,1) olarak saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumunun 2010 verilerine göre ise alkol kullanma oranı erkeklerde %21,1, kadınlarda ise %4,4 olup genel toplumdaki yaygınlığı %12,6'dır (240). Alkole başlama yaşının 11 yaş öncesine indiğine dair veriler bazı çalışmalarda gösterilmiştir (241).

Türkiye'de 2002 yılında ülke genelinde madde kullanımına yönelik yapılan araştırmada alkol ve sigara dışında bağımlılık yapan madde kullanımının %0,3, yaşamboyu en az bir kez madde kullanımının ise %1,3 olduğu bildirilmiştir (240). Günümüzde hem kullanım sıklığı artan, hem de kullanıma başlangıç yaşının düştüğü madde kullanım bozuklukları ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılındaki verilerine göre, en az bir kez herhangi bir maddeyi denemiş olanların dünya nüfusunun %5'ine denk geldiği ve aynı zamanda dünya nüfusunun %0.6'sında da madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmiştir (242).

Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde hayatı tehdit edebilen akut zehirlenme, alkol kesilme sendromu, deliryum tremens, alkol halüsinozu, Korsakoff psikoza, diğer bilişsel ve nörolojik belirtilerle beraber fiziksel hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Alkol kullanım bozukluğunun oluş nedenleri ile ilgili genetik faktörler, alkolün olumsuz etkilerine düşük tepki verme özelliği gibi bireysel yatkınlık oluşturan faktörler ve psikososyal stresörler suçlanmaktadır (243).

Alkol kullanım bozukluğu olan bireylere başta depresyon olmak üzere diğer ruhsal bozukluklar da eşlik edebilmektedir. Özellikle aile öyküsü olan grupta alkole bağlı sorunlar daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Daha erken yaşta alkol tüketmeye başlama, antisosyal kişilik bozukluğunun varlığı, olumsuz aile ve iş koşullarının olması durumları alkol kullanım bozukluğunun gidişi ve sonlanması açısından olumsuz durum yaratmaktadır (244). Alkol kullanım bozukluğu ve buna eşlik edebilen major depresyon, anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu, bu bireylerde intihar riskini arttırmaktadır. Ayrıca bu grupta, genel popülasyona göre intihara bağlı ölümler de altı kat daha fazladır. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde ise intihar riski yine daha fazla olup intihar girişimlerinin büyük bir kısmını aşırı doz alımlar oluşturmaktadır (245).

Alkol kullanım bozukluğu sağaltımında bağımlılık hakkında psikoeğitim, ilaç tedavisi, aile üyelerini de içeren psikososyal müdahaleler ve hastalığın tekrarlamasına yönelik alınacak koruyucu önlemler önemli yer tutmaktadır. Bağımlılığa yönelik sıklıkla tercih edilen ilaçlar; disulfiram, naltrekson, nalmefen ve akamprosate olmaktadır (243). Madde bağımlılığının tedavisinde ise bireyin ve yakınlarının yaşadıkları çeşitli zorluklardan en sık görüleni madde kullanımının nüks etmesidir (246). Bağımlılığa yönelik tedavi uygulanırsa dahi madde kullanım bozukluğu olan bireylerin büyük bir kısmında 30-90 gün arasında madde kullanımı tekrarlamaktadır (247). Madde kullanım bozukluğunun nükslerle seyreden doğası nedeniyle birkaç kez tedavi uygulanma gereksinimi olabilmektedir (248). Tedavi; sırasıyla krize müdahale, arındırma, psikososyal müdahaleler ve toplumsal uyumda içeren rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır (247).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na 14.12.2022 tarihinde yapılan başvurusu sonucunda, “Covid-19 Salgını Öncesi ve Sonrasında Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatırılarak Tedavi Edilen Hastaların Tanı ve Tedavi Süreçlerinin Değerlendirilmesi” isimli tez çalışmasının 20.12.2022 tarih ve 38 numaralı karar sonrasında yapılmasının uygun bulunduğu oy birliği ile karar verilmiştir.

3.1 Araştırmanın Örneklemi

Çalışmamızın örneklemini, Türkiye’de ilk pozitif COVID-19 vakasının açıklandığı 11.03.2020 tarihi ile açık havada maske kullanımı ve HES kodu takip uygulamasının kaldırıldığı 02.03.2022 tarihi arasındaki dönemde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi gören ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 18 yaşından büyük hastalarla, pandemiden önceki 11.03.2018 ile 10.03.2020 tarihleri arasındaki dönemde aynı serviste yatarak tedavi gören ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 18 yaşından büyük hastalar oluşturmaktadır. Belirtilen tarih aralığındaki dahil edilme kriterlerini karşılayan hastaların verileri, retrospektif olarak psikiyatri servisi yatışlarının olduğu dönemdeki epikriz bilgilerinden elde edilmiştir.

Covid-19 pandemisinden önceki dönemde yukarıda belirtilen tarih aralığında psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalardan 470 hasta çalışmaya dahil edilirken, Covid-19 pandemisinin olduğu dönemde yukarıda belirtilen tarih aralığında psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalardan 304 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Pandemi döneminde bulaşı azaltmaya yönelik psikiyatri servisindeki yatak kapasitemiz azaltılmıştır.

Covid-19 pandemisinden önceki 11.03.2018 ile 10.03.2020 tarihleri arasında psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalardan 58’inin birden çok kez yatışı olmuştur. Çoklu yatışların her biri farklı bir yatış olarak değerlendirilmiş olup, pandemi öncesi dönem için çalışmaya 547 yatış dahil edilmiştir. Aynı dönemde yatan hastalardan 76 hasta ise dışlama kriterleri kapsamında olduğundan örneklem grubuna alınmamıştır.

Covid-19 pandemisinin olduğu 11.03.2020 ile 02.03.2022 tarihleri arasında psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastalardan 29'unun birden çok kez yatışı olmuştur. Çoklu yatışların her biri farklı bir yatış olarak değerlendirilmiş olup, pandemi dönemi için çalışmaya 344 yatış dahil edilmiştir. Aynı dönemde yatan hastalardan 27 hasta ise dışlama kriterleri kapsamında olduğundan örneklem grubuna alınmamıştır.

Çoklu yatışları olan hastaların yatışları ayrı ayrı incelendiğinde, aynı hastaların yatışlarda farklı klinik görünümlere sahip olduğu ve aynı hastalara farklı tedavilerin uygulandığı göz önünde bulundurularak çoklu yatışların her biri farklı veri olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2 Çalışma Yöntemi ve Gereç

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 11.03.2018 ile 02.03.2022 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş ve dâhil edilme ölçütlerini karşılayan hastalar araştırmaya alınmıştır.

Dahil edilme kriterlerine uyan hastaların hastane sistemindeki epikriz kayıtları incelenmiş ve bu kayıtlar üzerinden araştırmacılar tarafından geliştirilen COVID-19 öncesi ve COVID-19 sonrası için 2 ayrı veri formu doldurulmuştur. Geliştirilen bu iki formda her iki grup için katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, nerede yaşadığı, eğitim ve medeni durum), psikiyatri servisinde taburcu olurken konulan tanı, sanrı ve/veya varsanının olup olmadığı, sanrı ve/veya varsanı varsa bunların içeriği, obsesyon ve kompulsiyon olup olmadığı, obsesyon ve kompulsiyon varsa bunun içeriği, eşlik eden kişilik bozukluğu olup olmadığı, eşlik eden kişilik bozukluğu varsa bunun alt tipi, sigara, alkol ve madde kullanıp kullanmadığı, ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ve toplam süresi, ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı, intihar girişiminin olup olmadığı, intihar girişimi varsa bunun kaç kez olduğu, taburculukta düzenlenen tedavi, taburculuk tedavisinde klozapin ve depo antipsikotik tercih edilip edilmediği, yatışı esnasında EKT uygulanıp uygulanmadığı, EKT uygulandıysa kaç seans EKT gördüğü, tedavisinin tamamlanıp tamamlanmadığı, mevcut yatışının psikiyatri servisinde kaçınıcı yatışının olduğu ve son yatışının kaç gün olduğu, fiziksel hastalığının olup olmadığı, fiziksel hastalığı varsa bunun alt tipi, hastanın psikiyatri servisine yatış şekli (acil veya poliklinik), yatışı

esnasında intihar düşüncesinin olup olmadığı, yatışı esnasında intihar girişiminin olup olmadığı, yatışı esnasında ek ilaç tedavisinin gerekip gerekmediği, eğer yatışı esnasında ilaç tedavisi gerekiyorsa hangi grup ilaçların tercih edildiği ile ilgili sorular yer almaktadır. COVID-19 sonrası grup için geliştirilen formda ise ek olarak, hastanın sanrı ve/veya varsanıları varsa bunların COVID-19 ile ilişkili olup olmadığı, hastanın obsesyon ve kompulsiyonları varsa bunların COVID-19 ile ilişkili olup olmadığı ve hastanın COVID enfeksiyonu geçirip geçirmediği ile ilgili bilgiler de sorgulanmaktadır. Belirtilen tarih aralıklarında psikiyatri servisinde yatırılarak takip edilen hastaların epikriz kayıtları ve araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formları kullanılarak, COVID-19 pandemisinin psikiyatri servisinde yatışı olan hastalar ve tercih edilen tedavi stratejileri üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

3.3 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) 18 yaşından büyük olmak
- 2) Psikiyatri Servisinde 11.03.2018 ve 02.03.2022 tarihleri arasında yatan hastalar

3.4 Çalışmanın Dışlama Kriterleri

- 1) Santral Sinir Sistemini etkileyen organik bir hastalığa sahip olmak
- 2) 18 yaşından küçük olmak
- 3) Epikrizinde istatistiğe alınacak düzeyde yeterli bilginin olmaması
- 4) Sağlık Kurulu Başvurusu sebebiyle yatışının yapılmış olması
- 5) Adli sebeplerle yatışının yapılmış olması

3.5 İstatiksel Analiz

Araştırmada toplanan verilerin analiz edilebilmesi için, IBM SPSS 27 paket programı kullanıldı. Araştırmaya dâhil edilen hastaların demografik ve klinik özellikleri hakkında genel bilgileri öğrenebilmek amacıyla frekans analizi yapıldı. Kategorik parametreler sayı ve yüzde ile bildirildi. Sayısal parametrelerde ise, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri bildirildi. Sayısal

parametrelerin gruplararası karşılaştırılması için bağımsız örneklem T-testi kullanıldı. Kategorik parametrelerin gruplararası karşılaştırılması amacıyla Ki-Kare testi ve Fisher Exact testi kullanıldı. Tanı gruplarının COVID-19 geçirmiş olma riski üzerindeki etkisini incelemek amacıyla tanı grupları ikili değişken olarak kodlandı. Her bir tanı grubunun COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş olma riski üzerindeki etkisi Ki-Kare testi ile Odds oranı hesaplanarak değerlendirildi. Araştırma raporu oluşturulurken, anlamlılık düzeyi için %95 güven aralığı ($p < 0,05$) olarak rapor edildi.



4. BULGULAR

Retrospektif olarak planlanan çalışmaya, 891 psikiyatri servisi yatışı dâhil edilmiştir. 11.03.2018 ile 10.03.2020 tarihleri arasında 547 psikiyatri servisi yatışı olmuştur ve bu grup “COVID-19 öncesi” grubu olarak tanımlanmıştır. Türkiye’de ilk pozitif COVID-19 vakasının açıklandığı 11.03.2020 ile açık havada maske kullanımı ve HES kodu takip uygulamasının kaldırıldığı 02.03.2022 tarihleri arasında ESOGÜ Eğitim ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri servisinde toplam 344 yatış olmuştur ve bu grup “COVID-19 sonrası” grubu olarak tanımlanmıştır.

COVID-19 öncesi çalışmaya dahil edilen 547 psikiyatri servisi yatışı içerisinde 470 farklı hastanın yatışı olmuştur. Bu hastalardan 45’inin 2 kez yatışının, 9’unun 3 kez yatışının, 2’sinin 4 kez yatışının, 2’sinin de 5 kez yatışının olduğu saptanmıştır. COVID-19 öncesi dönemde psikiyatri servisine yatışı olan 76 hasta, dahil edilme kriterlerini karşılamadığından veya dışlama kriterleri içerisindeki maddelerden birine sahip olduğundan araştırmaya alınmamıştır. Araştırmaya dahil edilmeyen grup içerisinde 24 hastanın epikrizinde istatistiğe alınacak düzeyde yeterli bilginin olmadığı, 36 hastanın adli veya sağlık kurulu sebeplerinden dolayı yatışının yapıldığı, 4 hastanın yaşının 18’den küçük olduğu, 12 hastanın da yatışı esnasında nörolojik bir tanı aldığı saptanmıştır.

COVID-19 sonrası çalışmaya dahil edilen 344 psikiyatri servisi yatışı içerisinde 304 farklı hastanın yatışı olmuştur. Bu hastalardan 21’inin 2 kez yatışının, 5’inin 3 kez yatışının, 3’ünün de 4 kez yatışının olduğu saptanmıştır. COVID-19 sonrası dönemde psikiyatri servisine yatışı olan 27 hasta, dahil edilme kriterlerini karşılamadığından veya dışlama kriterleri içerisindeki maddelerden birine sahip olduğundan araştırmaya alınmamıştır. Araştırmaya dahil edilmeyen grup içerisinde 6 hastanın epikrizinde istatistiğe alınacak düzeyde yeterli bilginin olmadığı, 14 hastanın adli veya sağlık kurulu sebeplerinden dolayı yatışının yapıldığı, 1 hastanın yaşının 18’den küçük olduğu, 6 hastanın da yatışı esnasında nörolojik bir tanı aldığı saptanmıştır.

COVID-19 Grupları ile Araştırma Parametreleri Karşılaştırması

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 257'si (%47) erkek, 290'ı (%53) kadın, 272'si (%47) evli, 88'i (%16,1) yalnız yaşamakta, 526'sı (%96,2) şehirde yaşamakta, 316'sı (%96,2) çalışmıyor ve 305'i (%55,8) çocuk sahibidir. COVID-19 sonrası grubunda yatışların 165'i (%48) erkek, 179'u (%52) kadın, 152'si (%44,2) evli, 52'si (%15,1) yalnız yaşamakta, 328'i (%95,3) şehirde yaşamakta, 192'si (%55,8) çalışmıyor ve 183'ü (%53,2) çocuk sahibidir.

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların ortalama 2,06 ($\pm 0,98$) adet çocuk sahibi olduğu, yaş ortalamasının 40,75 ($\pm 13,96$) olduğu ve ortalama eğitim süresinin 10,24 ($\pm 4,05$) yıl olduğu saptanmıştır. COVID-19 sonrası grubundaki yatışların ortalama 1,99 ($\pm 1,08$) adet çocuk sahibi olduğu, yaş ortalamasının 39,86 ($\pm 14,01$) olduğu ve ortalama eğitim süresinin 10,54 ($\pm 4,10$) yıl olduğu saptanmıştır.

Sosyodemografik özelliklerde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Yatışların sosyodemografik özelliklerine yönelik analizler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		COVID-19 Öncesi n (%)	COVID-19 Sonrası n (%)	p
Cinsiyet	Erkek (n=422)	257 (47,0)	165 (48,0)	0,775 ^a
	Kadın (n=469)	290 (53,0)	179 (52,0)	
Medeni Durum	Evli (n=424)	272 (49,7)	152 (44,2)	0,185 ^a
	Bekâr (n=317)	191 (34,8)	126 (36,6)	
	Boşanmış (n=150)	84 (15,4)	66 (19,2)	
Kiminle Yaşadığı	Yalnız (n=140)	88 (16,1)	52 (15,1)	0,276 ^a
	Çekirdek Aile (n=456)	289 (52,8)	167 (48,5)	
	Ebeveynleriyle (n=295)	170 (31,3)	125 (36,3)	
Yaşadığı Yer	Şehir (n=854)	526 (96,2)	328 (95,3)	0,686 ^b
	Kırsal (n=36)	20 (3,8)	16 (4,7)	
İş Durumu	Emekli (n=136)	80 (14,6)	56 (16,3)	0,768 ^a
	Çalışıyor (n=247)	151 (27,6)	96 (27,9)	
	Çalışmıyor (n=508)	316 (57,8)	192 (55,8)	

Tablo 4.1. "Devam" COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Çocuk Varlığı	Var (n=488) Yok (n=403)	305 (55,8) 242 (44,2)	183 (53,2) 161 (46,8)	0,455 ^a
		Ort. ± S.s.	Alt - Üst	
Çocuk Sayısı (1-10 Adet)		2,06 ± 0,98	1,99 ± 1,08	0,486 ^c
Yaş (18-82 Yıl)		40,75 ± 13,96	39,86 ± 14,01	0,356 ^c
Eğitim Süresi (0-18 Yıl)		10,24 ± 4,05	10,54 ± 4,10	0,278 ^c

p<0,05; a:Ki-Kare Testi; b: Fisher Exact Testi; c:Bağımsız Örneklem T-Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 334'ünde (%61,1) sigara, 144'ünde (%26,3) alkol ve 30'unda (%5,5) madde kullanımı vardır. COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 208'inde (%60,5) sigara, 95'inde (%27,6) alkol ve 19'unda (%5,5) madde kullanımı vardır. Sigara, alkol ve madde kullanımında COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). Sigara, alkol ve madde kullanımına yönelik analizler, Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı		COVID-19 Öncesi n (%)	COVID-19 Sonrası n (%)	p
Sigara Kullanımı	Var (n=542) Yok (n=349)	334 (61,1) 213 (38,9)	208 (60,5) 136 (39,5)	0,859 ^a
Alkol Kullanımı	Var (n=239) Yok (n=652)	144 (26,3) 403 (73,7)	95 (27,6) 249 (72,4)	0,672 ^a
Madde Kullanımı	Var (n=49) Yok (n=842)	30 (5,5) 517 (94,5)	19 (5,5) 325 (94,5)	0,980 ^a

p<0,05; a:Ki-Kare Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 168'inde (%30,7) major depresyon tanısı, 86'sında (%15,7) şizofreni tanısı saptanmıştır. COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 89'unda (%25,9) majör depresyon tanısı, 57'sinde (%16,6) şizofreni tanısı saptanmıştır. Tanıların dağılımında, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar

arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Tanıya yönelik analizler, Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Tanıların Dağılımının Karşılaştırılması

Tanı	COVID-19 Öncesi n (%)	COVID-19 Sonrası n (%)	p
Şizofreni (n=143)	86 (15,7)	57 (16,6)	
Sanrısız Bozukluk (n=12)	8 (1,5)	4 (1,2)	
Şizoaffektif Bozukluk (n=51)	31 (5,7)	20 (5,8)	
Kısa Psikotik Bozukluk (n=7)	4 (0,7)	3 (0,9)	
Maddenin veya İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk (n=8)	5 (0,9)	3 (0,9)	
BAB Manik Dönem Psikotik Bulgu Var (n=99)	56 (10,2)	43 (12,5)	
BAB Manik Dönem Psikotik Bulgu Yok (n=38)	24 (4,4)	14 (4,1)	
BAB Depresyon Psikotik Bulgu Var (n=12)	5 (0,9)	7 (2,0)	
BAB Depresyon Psikotik Bulgu Yok (n=52)	38 (6,9)	14 (4,1)	0,492 ^a
BAB Karma Dönem Psikotik Bulgu Var (n=8)	5 (0,9)	3 (0,9)	
BAB Karma Dönem Psikotik Bulgu Yok (n=4)	2 (0,4)	2 (0,6)	
Major Depresyon (n=257)	168 (30,7)	89 (25,9)	
Obsesif Kompulsif Bozukluk (n=38)	21 (3,8)	17 (4,9)	
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (n=2)	2 (0,4)	0 (0,0)	
Anksiyete Bozuklukları (n=50)	25 (4,6)	25 (7,3)	
Dissosiyatif Bozukluklar (n=27)	20 (3,7)	7 (2,0)	
Bağımlılıklar (AMKB, KOB) (n=83)	47 (8,6)	36 (10,5)	

p<0,05; a:Fisher Exact Testi, AMKB: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu,

KOB:Kumar Oynama Bozukluğu BAB: Bipolar Affektif Bozukluk

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 192'sinde (%35,1), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 139'unda (%40,4) sanrı saptanmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 134'ünde (%39,7), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 101'inde (%40,7) referans sanrı içeriği vardır. Sanrı varlığı ve içeriğinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). Sanrı varlığı ve içeriğine yönelik analizler, Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Sanrı Varlığı ve İçeriğinin Karşılaştırılması

Sanrı		COVID-19 Öncesi	COVID-19 Sonrası	p
		n (%)	n (%)	
Sanrı	Var (n=331)	192 (35,1)	139 (40,4)	0,112 ^a
	Yok (n=560)	355 (64,9)	205 (59,6)	
İçeriği	Referans (n=235)	134 (39,7)	101 (40,7)	0,563 ^a
	Perseküsyon (n=194)	112 (33,2)	82 (33,1)	
	Grandiyöz (n=107)	63 (18,7)	44 (17,7)	
	Somatik (n=20)	12 (3,6)	8 (3,2)	
	Jaluzik (n=15)	11 (3,3)	4 (1,6)	
	Erotomanik (n=7)	2 (0,6)	5 (2,1)	
	Diğer (n=7)	3 (0,9)	4 (1,6)	

p<0,05; a:Ki-Kare Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 55'inde (%10,1), COVID-19 sonrası grubundaki hastaların 37'sinde (%10,8) varsanı saptanmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 51'inde (%92,7), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 31'inde (%83,8) yalnızca işitsel varsanı olduğu saptanmıştır. Varsanı varlığı ve içeriğinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). Varsanı varlığı ve içeriğine yönelik analizler, Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Varsanı Varlığı ve İçeriğinin Karşılaştırılması

Varsanı		COVID-19 Öncesi	COVID-19 Sonrası	p
		n (%)	n (%)	
Varsanı	Var (n=92)	55 (10,1)	37 (10,8)	0,112 ^a
	Yok (n=799)	492 (89,9)	307 (89,2)	
İçeriği	İşitsel (n=82)	51 (92,7)	31 (83,8)	0,369 ^b
	Görsel (n=3)	1 (1,8)	2 (5,4)	
	İşitsel+Görsel (n=6)	3 (5,5)	3 (8,1)	
	İşitsel+Taktıl (n=1)	0 (0,0)	1 (2,7)	

p<0,05; a:Ki-Kare Testi; b: Fisher Exact Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 27'sinde (%4,9), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 17'sinde (%4,9) obsesyon saptanmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 18'inde (%38,3), COVID-19 sonrası grubundaki hastaların 6'sında (%25) bulaş obsesyon içeriği olduğu saptanmıştır. Obsesyon varlığı ve içeriğinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). Obsesyon varlığı ve içeriğine yönelik analizler, Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Obsesyon Varlığı ve İçeriğinin Karşılaştırılması

Obsesyon		COVID-19 Öncesi	COVID-19 Sonrası	p
		n (%)	n (%)	
Obsesyon	Var (n=44)	27 (4,9)	17 (4,9)	0,997 ^a
	Yok (n=847)	520 (95,1)	327 (95,1)	
Obsesyon İçeriği	Bulaş (n=24)	18 (38,3)	6 (25,0)	0,301 ^a
	Cinsel (n=5)	2 (4,2)	3 (12,5)	
	Dini (n=11)	7 (14,9)	4 (16,7)	
	Simetri (n=2)	2 (4,3)	0 (0,0)	
	Şüphe (n=19)	13 (27,7)	6 (25,0)	
	Zarar Verme-Saldırganlık (n=5)	3 (6,4)	2 (8,3)	
	Diğer (n=5)	2 (4,2)	3 (12,5)	

p<0,05; a:Ki-Kare Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 27'sinde (%4,9), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 17'sinde (%4,9) kompülsiyon saptanmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 18'inde (%42,9), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 6'sında (%26,1) temizlik kompülsiyonu saptanmıştır. Kompülsiyon varlığı ve içeriğinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). Kompülsiyon varlığı ve içeriğine yönelik analizler, Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Kompülsiyon Varlığı ve İçeriğinin Karşılaştırılması

Kompülsiyon		COVID-19 Öncesi	COVID-19 Sonrası	p
		n (%)	n (%)	
Kompülsiyon	Var (n=43)	27 (4,9)	16 (4,7)	0,847 ^a
	Yok (n=848)	520 (95,1)	328 (95,3)	
Kompülsiyon İçeriği	Temizlik (n=24)	18 (42,9)	6 (26,1)	0,161 ^a
	Düzen (n=3)	3 (7,1)	0 (0,0)	
	Kontrol Etme (n=7)	4 (9,5)	3 (13,0)	
	Dinsel Sözcükler (n=18)	12 (28,6)	6 (26,1)	
	Ritüelistik Davranışlar (n=2)	0 (0,0)	2 (8,8)	
	Diğer (n=8)	5 (11,9)	3 (13,0)	

p<0,05; a:Ki-Kare Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 45'sinde (%8,2), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 36'sında (%10,5) kişilik bozukluğu saptanmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 45'inde (%100), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 36'sında (%97,2) B küme kişilik bozukluğu tanısı saptanmıştır. Kişilik bozukluğu ve tipinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur (p>0,05). Kişilik bozukluğu varlığı ve tipine yönelik analizler, Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Kişilik Bozukluğu Varlığı ve Tipinin Karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu		COVID-19 Öncesi	COVID-19 Sonrası	p
		n (%)	n (%)	
Kişilik Bozukluğu	Var (n=81)	45(8,2)	36 (10,5)	0,258 ^a
	Yok (n=810)	502(91,8)	308(89,5)	
Kişilik Bozukluğu Tipi	B Küme (n=80)	45 (100)	35(97,2)	0,444 ^b
	C Küme (n=1)	0 (0,0)	1(2,8)	

p<0,05; a:Ki-Kare Testi; b: Fisher Exact Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 173'ünde (%31,6), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 114'ünde (%33,1) intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. COVID-

19 öncesi grubundaki yatışların intihar girişimlerinin ortalaması 1,96 ($\pm 1,36$) iken, COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 1,92 ($\pm 1,23$)'dir. İntihar girişimi varlığı ve intihar sayısında, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). İntihar girişimi varlığı ve intihar sayısına yönelik analizler, Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının İntihar Girişimi ve Sayısının Karşılaştırılması

İntihar Girişimi	COVID-19 Öncesi	COVID-19 Sonrası	p
	n (%)	n (%)	
Var (n=287)	173 (31,6)	114 (33,1)	0,638 ^a
Yok (n=604)	374 (68,4)	230 (66,9)	
	Ort. $\pm$ S.s.	Ort. $\pm$ S.s.	
İntihar Sayısı	1,96 $\pm$ 1,36	1,92 $\pm$ 1,23	0,806 ^b

p<0,05; a:Ki-Kare Testi; b: Bağımsız Örneklem T-Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 145'inde (%26,5), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 98'inde (%28,5) ailede ruhsal hastalık öyküsü vardır. COVID-19 öncesi yatışların ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 28,68 ($\pm 12,59$) ve ruhsal hastalığının toplam süresi 12,06 ($\pm 10,22$) iken, COVID-19 sonrası yatışların ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 28,56 ($\pm 12,55$) ve ruhsal hastalığın toplam süresi 11,29 ($\pm 10,20$)'dur. Ailede ruhsal hastalık varlığı, ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ve toplam süresinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p > 0,05$). Ailede ruhsal hastalık varlığı, ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ve toplam süresine yönelik analizler, Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Ruhsal Hastalık Bilgilerinin Karşılaştırılması

Ruhsal Hastalık		COVID-19 Öncesi	COVID-19 Sonrası	p
		n (%)	n (%)	
Ailede	Var (n=243)	145 (26,5)	98 (28,5)	0,537 ^a
Ruhsal Hastalık	Yok (n=648)	402 (73,5)	246 (71,5)	
		Ort. ± S.s.	Ort. ± S.s.	
Ruhsal Hastalığın Başlangıç Yaşı		28,68 ± 12,59	28,56 ± 12,55	0,888 ^b
Ruhsal Hastalığın Toplam Süresi		12,06 ± 10,22	11,29 ± 10,20	0,272 ^b

p<0,05; a:Ki-Kare Testi; b: Bağımsız Örneklem T-Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 48'inde anksiyolitik ilaçlar, 11'inde bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçlar verilirken, COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 76'sında anksiyolitik ilaçlar, 16'sında bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçlar verilmiştir. Uygulanan tedavide bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçların ve anksiyolitik ilaçların tercih edilmesinde COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 54'ünde (%9,9), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 70'inde (%20,3) depo antipsikotik tedavisi verilmiştir. COVID-19 öncesi grubundaki yatışı olan hastalara uygulanan EKT seans sayısı ortalaması 11,18 ($\pm 4,38$) iken, COVID-19 sonrası grubundaki yatışı olan hastalara uygulanan EKT seans sayısı ortalaması 7,13 ($\pm 2,69$)'tür. Depo antipsikotik tercihi ve EKT seans sayısında, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 28'inde (%5,1), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 15'inde (%4,4) klozapin tedavisi verilmiştir. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 445'inde (%81,4), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 269'unda (%78,2) uygulanan tedavi tamamlanmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 12'sinde (%2,2), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 8'inde (%2,3) EKT uygulanmıştır. Klozapin tedavisi, tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığı ve EKT uygulamasında, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Klozapin tedavisi, depo antipsikotik tedavisi, tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığı, EKT uygulanması, EKT seans sayısı ve diğer tedavi bilgilerine yönelik analizler, Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Tedavi Bilgilerinin Karşılaştırılması

Tedavi Bilgileri		COVID-19 Öncesi n (%)	COVID-19 Sonrası n (%)	p
Tedavi	Antidepresan (n=470)	289 (61,1)	181 (38,9)	0,849 ^a
	Antipsikotik (n=719)	437 (60,8)	282 (39,2)	0,509 ^a
	Duygudurum Düzenleyici (n=315)	200 (63,5)	115 (36,5)	0,341 ^a
	Anksiyolitik (n=124)	48 (38,7)	76 (61,3)	0,001^a
	Bağımlılık Tedavisi İlaçları (n=27)	11 (40,7)	16 (59,3)	0,025^a
	(Naltrekson, Disülfiram, Akamprosot)			
	Tedavi Red (n=13)	9 (69,2)	4 (30,8)	0,559 ^a
Klozapin	Evet (n=43)	28 (5,1)	15 (4,4)	0,635 ^a
	Hayır (n=848)	519 (94,9)	329 (95,6)	
DepoAP	Evet (n=124)	54 (9,9)	70 (20,3)	0,001^a
	Hayır (n=767)	493 (90,1)	274 (79,7)	
Tedavinin Tamamlanması	Evet (n=714)	445 (81,4)	269 (78,2)	0,250 ^a
	Hayır (n=177)	102 (18,6)	75 (21,8)	
EKT	Evet (n=20)	12 (2,2)	8 (2,3)	0,897 ^a
	Hayır (n=871)	535 (97,8)	336 (97,7)	
		Ort. ± S.s.	Ort. ± S.s.	
EKT Seans Sayısı		11,18 ± 4,38	7,13 ± 2,69	0,034^b

p<0,05; a: Ki-Kare Testi; b: Bağımsız Örneklem T-Testi

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 237'sinde (%43,4), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 169'unda (%49,1) eşlik eden fiziksel hastalık olduğu saptanmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 68'inde (%19,5), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 44'ünde (%18,5) hipertansiyon hastalığı saptanmıştır. Fiziksel hastalık varlığı ve hastalık tipinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p>0,05$). Fiziksel hastalık varlığı ve hastalık tipine yönelik analizler, Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Fiziksel Hastalık Bilgilerinin Karşılaştırılması

Fiziksel Hastalık		COVID-19 Öncesi n (%)	COVID-19 Sonrası n (%)	p
Fiziksel Hastalık	Var (n=406)	237 (43,3)	169 (49,1)	0,091 ^a
	Yok (n=485)	310 (56,7)	175 (50,9)	
Hastalık Tipi	Hipertansiyon (n=112)	68 (19,5)	44 (18,5)	0,196 ^a
	Kardiyovasküler (n=31)	16 (4,6)	15 (6,3)	
	Nörolojik Hastalıklar (n=31)	15 (4,3)	16 (6,7)	
	Astım-KOAH (n=49)	32 (9,2)	17 (7,1)	
	Diyabet (n=123)	66 (18,9)	57 (23,9)	
	Hipotiroidi (n=106)	68 (19,5)	38 (15,9)	
	Dermatolojik Hastalıklar (n=22)	13 (3,7)	9 (3,8)	
	Onkolojik Hastalıklar (n=16)	14 (4,0)	2 (0,8)	
	GİS-Karaciğer Hastalıkları (n=46)	25 (7,2)	21 (8,8)	
	Diğer (n=50)	31 (8,9)	19 (7,9)	

p<0,05; a:Ki-Kare Testi. KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, GİS: Gastrointestinal Sistem

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 189'u (%34,6), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 145'i (%42,2) acil servis üzerinden yapılmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 121'inde (%22,1), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 101'inde (%29,4) yatış esnasında intihar düşüncesi vardır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 110'unda (%20,1), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 115'inde (%33,4) yatış sürecinde ek ilaç tedavisi uygulanmıştır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 50'sinde (%45,5), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 34'ünde (%29,5) ek ilaç olarak sadece benzodiazepin tercih edilmiştir. COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 37'sinde (%33,6), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 67'sinde (%58,3) ek ilaç olarak sadece intramusküler antipsikotik tercih edilmiştir. Yatış sürecinde ek ilaç tedavisi gereksinimi ve verilen ek ilaç seçeneğinde COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). COVID-19 öncesi grubundaki psikiyatri servisine olan yatışların son yatış süresinin ortalaması 27,42 ($\pm 20,82$) iken, COVID-19 sonrası grubundaki psikiyatri servisine olan yatışların son yatış süresinin ortalaması 21,90 ($\pm 16,63$)'dır. Yatış şekli, yatış esnasında intihar düşüncesi, yatış sürecinde ilaç tedavisi verilip verilmediği, ilaç tedavisi verildiyse tercih edilen ilaç tedavisi ve

psikiyatri servisine son yatış süresinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

COVID-19 öncesi grubundaki yatışların 32'sinde (%5,9), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 23'ünde (%6,7) yatış sürecinde intihar girişimi vardır. COVID-19 öncesi grubundaki yatışı yapılan hastaların psikiyatri servisine yatış sayısı ortalaması $3,54 (\pm 3,42)$ iken, COVID-19 sonrası grubundaki yatışı yapılan hastaların psikiyatri servisine yatış sayısı ortalaması $3,59 (\pm 3,21)$ 'dur. Yatış esnasında intihar girişimi ve psikiyatri servisine yatış sayısında, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Yatış bilgilerine yönelik analizler, Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. COVID-19 Öncesi ve Sonrası Gruplarının Yatış Bilgilerinin Karşılaştırılması

Yatış Bilgileri		COVID-19 Öncesi n (%)	COVID-19 Sonrası n (%)	p
Yatış Şekli	Acil (n=334)	189 (34,6)	145 (42,2)	0,023^a
	Poliklinik (n=557)	358 (65,4)	199 (57,8)	
Yatış Esnasında İntihar Düşüncesi	Var (n=222)	121 (22,1)	101 (29,4)	0,015^a
	Yok (n=669)	426 (77,9)	243 (70,6)	
Yatış Esnasında İntihar Girişimi	Var (n=55)	32 (5,9)	23 (6,7)	0,617 ^a
	Yok (n=836)	515 (94,1)	321 (93,3)	
Yatış Sürecinde İlaç Tedavisi	Evet (n=225)	110 (20,1)	115 (33,4)	
	Hayır (n=666)	437 (79,9)	229 (66,6)	
İlaç Tedavisi Seçeneği	Benzodiazepin (n=84)	50 (45,5)	34 (29,5)	0,001^a
	İM Antipsikotik (n=104)	37 (33,6)	67 (58,3)	
	BDZ+İM	23 (20,9)	14 (12,2)	
	Antipsikotik (n=37)			
		Ort. $\pm$ S.s.	Ort. $\pm$ S.s.	
Psikiyatri Servisine Yatış Sayısı		3,54 $\pm$ 3,42	3,59 $\pm$ 3,21	0,799 ^b
Psikiyatri Servisine Son Yatış Süresi		27,42 $\pm$ 20,82	21,90 $\pm$ 16,63	0,001^b

p<0,05; a: Ki-Kare Testi; b: Bağımsız Örneklem T-Testi BDZ: Benzodiazepin

İM: İntramusküler

COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sonuçların Karşılaştırılması

COVID-19 döneminde gerçekleşen 344 yatışın 81'inde (%23,5) yatışın öncesinde veya yatışın olduğu esnada COVID-19 teşhisinin konulduğu saptanmıştır. COVID-19 teşhisi konulmuş olanların sadece 2'sine (%2,5) yatış sürecinde COVID-19 teşhisi konulmuştur. COVID-19 sonrası grubunda yer alan 344 yatış, COVID-19 pozitif olan yatışlar ve COVID-19 negatif olan yatışlar olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır.

COVID-19 pozitif yatışların 39'u (%48,1) erkek ve 42'si (%51,9) kadın, 30'u (%37) evli, 10'u (%12,4) yalnız yaşamakta, 78'i (%96,3) şehirde yaşamakta, 48'i (%59,3) çalışmıyor ve 36'sı (%44,4) çocuk sahibidir. COVID-19 negatif yatışların 126'sı (%46,4) erkek ve 137'si (%52,1) kadın, 122'si (%46,2) evli, 42'si (%16) yalnız yaşamakta, 250'si (%95,1) şehirde yaşamakta, 144'ü (%54,8) çalışmıyor ve 147'si (%55,9) çocuk sahibidir.

COVID-19 pozitif yatışların yaş ortalamasının 36,03 ($\pm 13,58$) olduğu, COVID-19 negatif yatışların yaş ortalamasının 41,05 ($\pm 13,95$) olduğu saptanmıştır. COVID-19 pozitif yatışların diğer gruba kıyasla yaş ortalamasının istatistiksel olarak daha az olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

COVID-19 pozitif yatışların ortalama 2,06 ($\pm 1,16$) adet çocuk sahibi olduğu ve ortalama eğitim süresinin 11,05 ($\pm 3,50$) yıl olduğu saptanmıştır. COVID-19 negatif yatışların ise ortalama 1,97 ($\pm 1,06$) adet çocuk sahibi olduğu ve ortalama eğitim süresinin 10,39 ($\pm 4,26$) yıl olduğu saptanmıştır.

Yaş haricindeki sosyodemografik özelliklerde, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur ($p > 0,05$). Hastaların sosyodemografik özelliklerine yönelik analizler Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		COVID-19 Pozitif n (%)	COVID-19 Negatif n (%)	p
Cinsiyet	Erkek (n=165)	39 (48,1)	126 (47,9)	0,970 ^a
	Kadın (n=179)	42 (51,9)	137 (52,1)	
Medeni Durum	Evli (n=152)	30 (37,0)	122 (46,4)	0,328 ^a
	Bekâr (n=126)	34 (42,0)	92 (35,0)	
	Boşanmış (n=66)	17 (21,0)	49 (18,6)	

Tablo 4.14. "Devam" COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Kiminle Yaşadığı	Yalnız (n=52)	10 (12,4)	42 (16,0)	0,077 ^a
	Çekirdek Aile (n=167)	33 (40,7)	134 (51,0)	
	Ebeveynleriyle (n=125)	38 (46,9)	87 (33,0)	
Yaşadığı Yer	Şehir (n=78)	78 (96,3)	250 (95,1)	0,771 ^b
	Kırsal (n=16)	3 (3,7)	13 (4,9)	
İş Durumu	Emekli (n=56)	8 (14,3)	48 (18,2)	0,199 ^a
	Çalışıyor(n=96)	25 (26,0)	71 (27,0)	
	Çalışmıyor (n=192)	48 (59,3)	144 (54,8)	
Çocuk Varlığı	Var (n=183)	36 (44,4)	147 (55,9)	0,071 ^a
	Yok (n=161)	45 (55,6)	116 (44,1)	
		Ort. ± S.s.	Alt - Üst	
Çocuk Sayısı (1-10 Adet)		2,06 ± 1,16	1,97 ± 1,06	0,683 ^c
Yaş (18-82 Yıl)		36,03 ± 13,58	41,05 ± 13,95	0,005^c
Eğitim Süresi (0-18 Yıl)		11,05 ± 3,50	10,39 ± 4,26	0,205 ^c

p<0,05; a:Ki-Kare Testi; b: Fisher Exact Testi; c:Bağımsız Örneklem T-Testi

COVID-19 pozitif yatışların 32'sinde (%39,5) alkol kullanımı var iken, COVID-19 negatif yatışların 63'ünde (%24) alkol kullanımı vardır. Alkol kullanımının, COVID-19 pozitif yatışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

COVID-19 pozitif yatışların 53'ünde (%65,4) sigara kullanımı ve 8'inde (%9,9) madde kullanımı vardır. COVID-19 negatif yatışların 155'inde (%58,9) sigara kullanımı ve 11'inde (%4,2) madde kullanımı vardır. Sigara ve madde kullanımında, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur (p>0,05). Sigara, alkol ve madde kullanımına yönelik analizler, Tablo 4.15'de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı		COVID-19 Pozitif n (%)	COVID-19 Negatif n (%)	P
Sigara Kullanımı	Var (n=208)	53 (65,4)	155 (58,9)	0,296 ^a
	Yok (n=136)	28 (34,6)	108 (41,1)	
Alkol Kullanımı	Var (n=95)	32 (39,5)	63 (24,0)	0,006^a
	Yok (n=249)	49 (60,5)	200 (76,0)	

Tablo 4.15. "Devam" COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Madde	Var (n=19)	8 (9,9)	11 (4,2)	0,090 ^a
Kullanımı	Yok (n=325)	73 (90,1)	252 (95,8)	

p<0,05; a:Ki-Kare Testi

COVID-19 pozitif yatışların 17'sinde (%21,1), COVID-19 sonrası grubundaki yatışların 72'sinde (%25,9) majör depresyon tanısı vardır. Tanıların dağılımında, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Tanıya yönelik analizler, Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Tanıların Dağılımının Karşılaştırılması

Tanı	COVID-19 Pozitif	COVID-19 Negatif	p
	n (%)	n (%)	
Şizofreni (n=57)	15 (18,5)	42 (16,0)	0,294 ^a
Sanrısız Bozukluk (n=4)	1 (1,2)	3 (1,1)	
Şizoaftif Bozukluk (n=20)	6 (7,4)	14 (5,3)	
Kısa Psikotik Bozukluk (n=3)	1 (1,2)	2 (0,8)	
Maddenin veya İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk (n=3)	2 (2,5)	1 (0,4)	
BAB Manik Dönem Psikotik Bulgu Var (n=43)	8 (9,9)	35 (13,3)	
BAB Manik Dönem Psikotik Bulgu Yok (n=14)	3 (3,7)	11 (4,2)	
BAB Depresyon Psikotik Bulgu Var (n=7)	1 (1,2)	6 (2,3)	
BAB Depresyon Psikotik Bulgu Yok (n=14)	4 (4,9)	10 (3,8)	
BAB Karma Dönem Psikotik Bulgu Var (n=3)	1 (1,2)	2 (0,8)	
BAB Karma Dönem Psikotik Bulgu Yok (n=2)	2 (2,5)	0 (0,0)	
Major Depresyon (n=89)	17 (21,1)	72 (25,9)	
Obsesif Kompulsif Bozukluk (n=17)	3 (3,7)	14 (5,3)	
Anksiyete Bozuklukları (n=25)	9 (11,1)	16 (6,1)	
Dissosiyatif Bozukluklar (n=7)	0 (0,0)	7 (2,7)	
Bağımlılıklar (AMKB, KOB) (n=36)	8 (9,9)	28 (10,6)	

p<0,05; a: Fisher Exact Testi. AMKB: Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu, KOB:Kumar Oynama Bozukluğu, BAB: Bipolar Affektif Bozukluk

COVID-19 pozitif yatışların 6'sında (%17,1), COVID-19 negatif yatışların 16'sında (%14,5) sanrı ve varsanı, COVID-19 ile ilişkili saptanmıştır. Sanrı ve varsanların COVID-19 ile ilişkisinde, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

COVID-19 pozitif yatışların 1'inde (%33,3), COVID-19 negatif yatışların 5'inde (%35,75) obsesyon ve kompülsiyon, COVID-19 ile ilişkili saptanmıştır. Obsesyon ve kompülsiyonların COVID-19 ile ilişkisinde, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sanrı, varsanı, obsesyon ve kompülsiyon ile COVID-19 ilişkisine yönelik analizler, Tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4.17. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Sanrı, Varsanı, Obsesyon ve Kompülsiyon ile COVID-19 İlişkisinin Karşılaştırılması

		COVID-19 Pozitif n (%)	COVID-19 Negatif n (%)	p
Sanrı ve Varsanı COVID-19 ile ilişkisi	Var (n=22)	6 (17,1)	16 (14,5)	0,709 ^a
	Yok (n=123)	29 (82,9)	94 (85,5)	
Obsesyon ve Kompülsiyon COVID-19 ile ilişkisi	Var (n=6)	1 (33,3)	5 (35,7)	0,728 ^b
	Yok (n=11)	2 (66,7)	9 (64,3)	

p<0,05; a: Ki-Kare Testi; b:Fisher Exact Testi

COVID-19 pozitif yatışların 37'sinde (%45,7) intihar girişimi öyküsü var iken, COVID-19 negatif yatışların 77'sinde (%29,3) intihar girişimi öyküsü vardır. COVID-19 pozitif yatışlardaki intihar girişimi öyküsünün, COVID-19 negatif yatışlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

COVID-19 pozitif yatışlardaki intihar girişimi ortalaması 2,11 ($\pm 1,34$) iken, COVID-19 negatif yatışlardaki intihar girişimi ortalaması 1,82 ($\pm 1,15$)'dir. İntihar girişimi sayısında, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İntihar girişimi varlığı ve intihar sayısına yönelik analizler, Tablo 4.18'de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre İntihar Girişimi ve Sayısının Karşılaştırılması

İntihar Girişimi	COVID-19 Pozitif	COVID-19 Negatif	p
	n (%)	n (%)	
Var (n=114)	37 (45,7)	77 (29,3)	0,006^a
Yok (n=230)	44 (54,3)	186 (70,7)	
	Ort. ± S.s.	Ort. ± S.s.	
İntihar Sayısı	2,11 ± 1,34	1,82 ± 1,15	0,258 ^b

p<0,05; a:Ki-Kare Testi; b: Bağımsız Örneklem T-Testi

COVID-19 pozitif yatışlarda ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 25,83 ($\pm 11,82$) iken, COVID-19 negatif yatışlarda ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 29,39 ($\pm 12,67$)’dur. COVID-19 pozitif yatışlarda ruhsal hastalığın başlangıç yaşının, COVID-19 negatif yatışlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha erken olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

COVID-19 pozitif yatışların 20’sinde (%24,7), COVID-19 negatif yatışların 78’inde (%29,7) ailede ruhsal hastalık öyküsü vardır. COVID-19 pozitif yatışlardaki ruhsal hastalığın toplam süresi 10,20 ($\pm 8,93$) iken, COVID-19 negatif yatışlarda ruhsal hastalığın toplam süresi 11,62 ($\pm 10,55$)’dir. Ailede ruhsal hastalık varlığı ve ruhsal hastalığın toplam süresinde, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ailede ruhsal hastalık varlığı, ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ve toplam süresine yönelik analizler, Tablo 4.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Ruhsal Hastalık Bilgilerinin Karşılaştırılması

Ruhsal Hastalık		COVID-19 Pozitif	COVID-19 Negatif	p
		n (%)	n (%)	
Ailede	Var (n=98)	20 (24,7)	78 (29,7)	0,387 ^a
Ruhsal Hastalık	Yok (n=246)	61 (73,3)	185 (70,3)	
		Ort. ± S.s.	Ort. ± S.s.	
Ruhsal Hastalığın Başlangıç Yaşı		25,83 ± 11,82	29,39 ± 12,67	0,025^b
Ruhsal Hastalığın Toplam Süresi		10,20 ± 8,93	11,62 ± 10,55	0,273 ^b

p<0,05; a:Ki-Kare Testi; b: Bağımsız Örneklem T-Testi

COVID-19 pozitif yatışların 25'inde (%30,9), COVID-19 negatif yatışların 45'inde (%17,1) depo antipsikotik tedavisi verilmiştir. COVID-19 pozitif yatışlarda depo antipsikotik tedavisinin, COVID-19 negatif yatışlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla tercih edildiği saptanmıştır ($p<0,05$).

COVID-19 pozitif yatışların 43'üne (%25,6) antidepresan, 6'sına (%7,4) klozapin tedavisi verilirken, 65'inin (%80,2) tedavisi tamamlanmıştır. COVID-19 pozitif yatışlarda 3 (%3,7) yatışta EKT uygulanmış olup uygulanan ortalama EKT seans sayısı 6 ($\pm 2,64$)'dır. COVID-19 negatif yatışların 141'ine (%27,7) antidepresan, 9'una (%3,4) klozapin tedavisi verilirken 204'ünün (%77,6) tedavisi tamamlanmıştır. COVID-19 negatif yatışlarda 5 (%1,9) yatışta EKT uygulanırken uygulanan ortalama EKT seans sayısı 7,8 ($\pm 2,77$)'dir. Tedavi seçenekleri, klozapin tedavisi, tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığı, EKT uygulaması ve EKT seans sayısında, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Klozapin tedavisi, depo antipsikotik tedavisi, tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığı, EKT uygulanması ve EKT seans sayısına yönelik analizler, Tablo 4.20'de gösterilmiştir.

Tablo 4.20. COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Tedavi Bilgilerinin Karşılaştırılması

Tedavi Bilgileri		COVID-19 Pozitif n (%)	COVID-19 Negatif n (%)	p
Tedavi	Antidepresan (n=184)	43 (25,6)	141 (27,7)	0,604 ^a
	Antipsikotik (n=282)	70 (41,7)	212 (41,7)	
	Duygudurum Düzenleyici (n=115)	29 (17,3)	86 (16,9)	
	Anksiyolitik (n=76)	22 (13,0)	54 (10,5)	
	Bağımlılık Tedavisi İlaçları (n=16)	4 (2,4)	12 (2,4)	
	(Naltrekson, Disülfiram, Akamprosot)			
	Tedavi Red (n=4)	0 (0,0)	4 (0,8)	
Klozapin	Evet (n=15)	6 (7,4)	9 (3,4)	0,130 ^a
	Hayır (n=329)	75 (92,6)	254 (96,6)	

Tablo 4.20. "Devam" COVID-19 Geçirme Durumuna Göre Tedavi Bilgilerinin Karşılaştırılması

Depo Antipsikotik	Evet (n=70)	25 (30,9)	45 (17,1)	0,007^a
	Hayır (n=274)	56 (69,1)	218 (82,9)	
Tedavinin Tamamlanması	Evet (n=269)	65 (80,2)	204 (77,6)	0,609 ^a
	Hayır (n=75)	16 (19,8)	59 (22,4)	
EKT	Evet (n=8)	3 (3,7)	5 (1,9)	0,398 ^a
	Hayır (n=336)	78 (96,3)	258 (98,1)	
		Ort. ± S.s.	Ort. ± S.s.	
EKT Sayısı		6,00 ± 2,64	7,80 ± 2,77	0,402 ^b

p<0,05; a: Ki-Kare Testi; b: Bağımsız Örneklem T-Testi

Tanımlayıcı istatistiklerde sunulmuş olan 18 tanı grubunun COVID-19 enfeksiyonunu geçirmiş olmayı yordayıcı özellikleri değerlendirildi. Öncelikle 18 tanı grubu, ortak özelliklerine ve tanı sistemlerindeki ilişkilerine göre 6 grupta toplandı. Bu gruplar şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (n=87), bipolar duygulanım bozukluğu (n=83), depresyon (n=89), obsesif kompulsif bozukluk (n=17), anksiyete spektrum bozuklukları (n=32) ve bağımlılıklar (n=36) olacak şekilde düzenlendi. Analiz sonuçlarına göre çalışmaya dahil edilen yatışlar esnasında konulan tanı grupları COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş olma durumunu yordamamaktadır. Her bir grup için hesaplanan Odds oranı tablo 4.21’de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Tanı Gruplarına Göre COVID-19 Enfeksiyonu Geçirme Risklerinin Karşılaştırılması

Tanı Grubu	COVID-19 Geçirmiş Olma Oranı (%)	Odds oranı	%95 Güven Aralığı		p
			Alt Sınır	Üst Sınır	
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	28,7	0,691	0,398	1,198	0,187
Bipolar Duygulanım Bozukluğu	22,9	1,049	0,584	1,886	0,872
Depresyon	19,1	1,419	0,779	2,585	0,251
Obsesif Kompulsif Bozukluk	17,6	1,462	0,409	5,219	0,557

Tablo 4.21. "Devam" Tanı Gruplarına Göre COVID-19 Enfeksiyonu Geçirme Risklerinin Karşılaştırılması

Anksiyete Spektrum Bozuklukları	28,1	0,767	0,340	1,731	0,522
Bağımlılıklar (AMKB, KOB)	22,2	1,087	0,475	2,49	0,843

KOB: Kumar Oynama Bozukluğu. AMKB: Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza, 11.03.2018 ile 02.03.2022 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri servisine yatışı olan 774 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların bir kısmının belirtilen tarih aralığında çoklu yatışları mevcut olduğundan toplamda 891 yatış çalışmaya dahil edilmiştir. Tekrarlayan hastane yatışları, hastanın taburculuğundan sonra belli bir zaman içerisinde tekrardan aynı ya da farklı bir hastaneye benzer veya farklı gerekçelerle yatışının olması olarak tanımlanmaktadır (249,250). Tekrarlayan yatışlar özellikle bipolar bozukluk, depresyon ve şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıkların alevlenmesi durumlarında, kişinin kendi gündelik yaşamını sürdüremeyeceği durumlarda, krize müdahale kapsamında, işlevselliğin bozulduğu durumlarda, tedavi uyumsuzluğunun yarattığı olumsuz durumlarda, intihar veya başkalarına zarar verme düşüncelerinin olması durumunda veya çeşitli sebeplerden dolayı hastanın tedavisinin ayaktan yapılamayacağı durumlarda karşımıza çıkmaktadır (251).

11.03.2018 ile 10.03.2020 tarihleri arasında COVID-19 öncesi dönemde psikiyatri servisimize 547 yatış olmuştur ve bu grup “COVID-19 öncesi” grubu olarak tanımlanmıştır. 11.03.2020 ile 02.03.2022 tarihleri arasında ise psikiyatri servisimize toplamda 344 yatış olmuştur ve bu grup “COVID-19 sonrası” grubu olarak tanımlanmıştır. COVID-19 pandemisinde psikiyatri servisine yapılan yatışların daha az olması, özellikle pandeminin ilk dönemlerinde psikiyatri servislerindeki işleyişlerde değişiklikler olması ve izolasyon yöntemleri veya temasın azaltılmasına yönelik alınan önlemler neticesinde psikiyatri servisi yatak kapasitelerinde azalma gibi faktörlerle açıklanabilir (252–254). Ayrıca pandemi döneminde psikiyatri servisine yapılan yatış endikasyonlarının sınırlandırılması da bu durumda etkili olmuştur (255,256). Bu bilgilerle uyumlu olacak şekilde pandemi döneminde psikiyatri servisimizde yatak kapasitesi azaltılmıştır ve bu sebepten dolayı pandemi döneminde daha az yatış olmuştur.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, çocuk sayısı, iş durumu ve eğitim süresini içeren sosyodemografik özellikler ve hastaların tanılarının dağılımıyla ilgili COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Literatürde çalışmamızdaki verilerle örtüşen araştırmalar bulunmaktadır. Pandemi döneminde psikiyatri servisine yapılan

yatışların sayısı azalmış olsa da psikiyatri servisine yatışı belirleyen hostilite, intihar riski, psikotik alevlenme, manik atak, ciddi işlevsellik kaybı ve tedavi reddi gibi kriterlerin değişmemiş olmasından kaynaklı bu belirtilere sebep olabilecek ruhsal hastalıkların tanınal dağılımının pandemi öncesi dönemle benzer olduğu düşünülmüştür (92). Ayrıca pandeminin kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireyler üzerindeki hastalığın şiddetlenmesi ve tekrarlaması gibi ortak olumsuz etkileri ve çalışmanın üçüncü basamak bir hastanenin psikiyatri servisinde yatan hastaları içermesi de göz önünde bulundurulduğunda bu durum ortaya çıkmış olabilir. COVID-19 salgını, bazı grupları daha fazla etkilemiş olmasına rağmen genel popülasyonda sosyodemografik verilerde ayrım gözetmeksizin her bireyi ruhsal yönden farklı şekillerde etkilemiştir (257).

Çalışmamızda sigara, alkol ve madde kullanımında, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Pandemi dönemi, özellikle bazı açılardan savunmasız ve riskli olan gruplar üzerinde olumsuz etkiler doğurmuştur. Bunlardan biri de ruhsal hastalıklar arasında yer alan alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarıdır (258). Bu bireylerin karşılaştıkları zorluklarla baş etmeyle ilgili mekanizmalarının zayıf olmasından kaynaklı yeni bağımlılıklar, mevcut kullanımın artması, nüksetme veya kayma gibi çeşitli risklerle karşılaşma durumları olmuştur (259). Literatürde pandemi sürecinde yaşanan sosyal izolasyonun madde veya alkol kullanımı bozukluğu olan bireylerde oluşturduğu stress ve kaygı, alkol ve maddeye erişimde zorluklar ve yoksunluk belirtileri gibi olumsuz durumların hastalığın seyrini etkilediği bildirilmiştir (260).

Literatürde pandemi döneminde alkol ve sigara kullanımındaki değişikliklerle ilgili yapılan bir çalışmada Türkiye'deki bazı alkol ve sigara kullanıcılarının tüketim miktarları artarken, daha büyük orandaki bir popülasyonda ise bu maddelerin kullanımının azaldığı veya değişmediği belirtilmiştir (261). Literatür incelendiğinde kanıtlar, pandemi döneminde alkol kullanımı konusunda karışık bir tablo sunsa da, genel eğilim alkol tüketiminin arttığına yönelik olmuştur (262). Önceki araştırmalar, psikolojik sıkıntı ve sorunlu alkol tüketiminin sıklıkla birlikte ortaya çıktığını ve problemli alkol kullanımındaki ana faktörlerin sosyal izolasyon ve stres olduğunu ortaya koymuştur (263,264). Önceki halk sağlığı krizleri veya ekonomik krizler ile alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, pandemi sırasında

bazı popülasyonlarda yaşanan psikolojik sıkıntı nedeniyle alkol kullanımında artış olması veya sınırlı erişim ve finansal kısıtlamalar nedeniyle alkol kullanımının azalması şeklinde iki zıt sonucun mümkün olduğu öne sürülmüştür (265).

Çalışmamızda her iki grup arasındaki sigara, alkol ve madde kullanımları arasında istatistiksel olarak farkın çıkmaması durumu, pandemi döneminin psikiyatri servisine yatışlarla ilgili yarattığı kısıtlayıcı koşullar ve bununla ilişkili olarak bu bağımlılıklara sahip bireylerin AMATEM polikliniğimizde sık aralıklarla takip edilmesinin tercih edilmesi ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızın örneklemine sadece ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylerden oluşması ve kullanılan sigara, alkol ve maddenin tüketim miktarı ve sıklığının artmış olsa bile sorgulanmamış olması da istatistiksel açıdan bir farklılık olmamasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda COVID-19 öncesi ve sonrası gruplarındaki yatışların arasında konulan tanıların dağılımında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Pandemi döneminde psikiyatri servisine yapılan yatışların ve psikiyatrik şikayetlerle acil servis başvurularının azaldığına dair birçok çalışma vardır (266–269). Literatürde, pandeminin kronik ruhsal hastalığa sahip bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinden bahseden birçok çalışma bulunmaktadır. Sağlıksız beslenme, sigara kullanımı, eşlik eden fiziksel hastalıklar, damgalanma, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz hijyen, bilişsel işlevlerde kayıp, kullanılan psikiyatrik ilaçların yan etkileri, sosyal ve ekonomik yetersizlikler ve pandemi süreciyle ilgili bilgi eksikliği gibi birçok faktör kronik ruhsal hastalığı olan bireyleri COVID-19'a karşı daha kırılgan ve savunmasız hale getirmektedir (90,91). Dünya çapında COVID-19 salgını sırasında 2734 psikiyatri hastasının incelendiği bir çalışma, değerlendirilen hastaların üçte ikisinin mevcut rahatsızlıklarının kötüleştiğini göstermiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bağımsız bir klinik araştırma ise, hastaların yarısından fazlasında doz ayarlaması veya yeni ilaçlara başlanması gibi klinik müdahaleleri gerektiren yeni semptomların ortaya çıktığını ve COVID-19 salgını sırasında mevcut ruhsal hastalıklarının kötüleştiğini doğrulamıştır (99). Ayrıca, COVID-19 enfeksiyonunun kendisi, izolasyon, steroid tedavisi ve diğer müdahale yöntemleri de şizofreni hastalarında semptomları şiddetlendirebilir. İzolasyon uygulaması, saldırgan davranışlar ve intihar riskinde artma ile ilişkilendirilmiştir (100). Literatürde bildiğimiz kadarıyla pandemi öncesi ve pandemi sonrasında psikiyatri servisindeki yatışların tanısal dağılımının

kıyaslanmasını içeren çalışma bulunmamaktadır. Buna rağmen toplam 25612 yatan psikiyatri hastasının değerlendirildiği bir çalışmada sık görülen tanı gruplarının çoğunun sayısının azaldığı gösterilirken bazı tanılarının sayılarının pandemi öncesine göre arttığı, özellikle de şizofreni semptomlarının eşlik ettiği akut polimorfik psikotik bozukluk tanısının psikiyatri servisine yatışının arttığı bildirilmiştir (270). Çalışmamızda her iki grup arasında tanılarının dağılımı açısından fark olmama durumu, kronik ve ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin pandemi öncesinde de psikiyatri servisine yatışların büyük kısmını oluşturması ve pandemi döneminde de bu gruptaki bireylerin mevcut rahatsızlıklarının kötüleşmesiyle beraber yatak kapasitesinin azalması gibi etkenlerin benzer rahatsızlıklara sahip bireylerin psikiyatri servisi yatışına sebep olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda sanrı ile varsanı varlığı ve içeriğinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Her iki dönem açısından da en sık görülen sanrı alt tipleri sırasıyla referans ve perseküsyon sanrıları, en sık görülen varsanı alt tipi de işitsel varsanılar olmuştur. Literatürde pandemi sürecinin bireylerde ve toplumda yarattığı psikososyal stresörlerin ve koronavirüslerin nörotrofik potansiyeli ve yarattıkları enflamatuvar süreçlerin, bireyler üzerinde yeni psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına veya var olan psikotik belirtilerin alevlenmesine katkıda bulunabileceği yönünde görüşler mevcuttur (271). Hem genel popülasyonda hem de önceden ruhsal hastalığı olan bireylerde psikotik belirtilerin oluşumunda COVID-19 pandemisinin rolüne ilişkin literatürde araştırmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda COVID-19 salgını ile yeni ortaya çıkan psikotik bozukluklar arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmektedir (272,273).

Pandeminin ilk aylarında, koronavirüse yanıt olarak psikoz yaşayan bireylere ilişkin birçok rapor yayınlanmıştır (274–276). Yapılan başka bir çalışmada da pandemi sürecinin yarattığı psikososyal sıkıntıların önemli oranda kısa psikotik bozukluğu tetiklediği ve etkilenen bireylerde enfeksiyon etkenine yakalanmasa da psikotik içeriklerinin konusunun COVID-19 ile ilgili olduğu da bildirilmiştir (277). Başka bir retrospektif bir çalışmada ise daha önceden psikoz öyküsü olmayan ve yeni gelişen psikotik semptomları olan COVID-19’a yakalanmış hastaların hepsinde sanrıların ortaya çıktığı, sanrıların içeriğinde de referans ve perseküsyon sanrılarının çoğunlukta olduğu, işitsel ve görsel varsanıların da sık eşlik ettiği bildirilmiştir(278). Pandemi

döneminde özellikle psikotik bozukluğu olan bireylerde koruyucu önlemlere adapte olmanın daha kötü olduğu, pandemi sonrası psikotik vaka sayılarında artış olduğu ile ilgili çalışmalar mevcuttur (279). Ayrıca COVID-19 pandemisinin uzun dönem etkileri arasında şizofreni hastalığının oranlarında artışa sebep olabileceği şeklinde görüşler de mevcuttur (280).

Bildiğimiz kadarıyla literatürde pandemi öncesi ve pandemi sürecinde psikiyatri servisinde yatan hastalar üzerinden sanrı ve varsanılarının karşılaştırıldığı bir çalışma mevcut değildir. Literatürdeki araştırmalar, pandemi sürecinin yarattığı psikososyal stress faktörlerine ve koronavirus kaynaklı yeni psikotik belirtilerin oluşumu ile psikotik belirtilerle seyredebilen kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin rahatsızlığının alevlenmesi üzerine odaklanmıştır. Çalışmamızda sanrı ve varsanıların varlığı ile bunların içerikleri arasında anlamlı bir fark çıkmamasını, sanrı ve varsanı gibi psikotik belirtilerin her iki dönem açısından da psikiyatri servisine yatış endikasyonlarından biri olması ile açıklayabiliriz.

Obsesyonların ve kompulsiyonların varlığı ve içeriğinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. OKB'nin dünya genelinde tahmini yaşam boyu yaygınlığı %2-3 civarındadır (281). 2003 yılında yapılan bir araştırmaya göre, yetişkin ABD nüfusu arasında OKB'nin tahmini yaygınlığının %1,2 olduğu bildirilmiştir. Pandemi başladığından bu yana dünya çapında ve ülke çapında OKB yaygınlığına ilişkin kapsamlı çalışmalara rastlanmasa da, yapılan araştırmalarda OKB semptomlarının arttığına yönelik bir eğilim gözükmemektedir (282).

COVID-19 sırasında OKB'nin etiyolojisi ile ilgili olarak, OKB belirtilerini tetikleyen çeşitli risk faktörlerini tanımlayan çalışmalar bulunmaktadır (283–286). Bir çalışmada OKB belirtilerinin şiddetlenmesinde rol alabilecek yedi etken tanımlanmıştır. Bunlar arasında, el yıkama davranışıyla ilgili artan uyarılar, hastaların ritüel kalıplarının artmasına sebep olabilecek önerilen el yıkama adımları, şüpheli temaslardan veya maruziyetlerden sonra el yıkama davranışlarının tavsiye edilmesi, medyanın olası bulaş kaynaklarıyla ilgili raporları, etrafındakileri sıkı hijyen önlemleri almaya teşvik etmek, pandemi sürecinde bulaşla ilgili olağan karşılanabilecek ruminasyonların ve el yıkama davranışlarının artması ve biriktirme davranışlarının

artmasına sebep olabilecek maske eldiven gibi koruyucu ekipman ve dezenfektanlarının stoklanması vardır (286).

COVID-19 salgınında ortaya çıkan sağlık kaygısı, OKB hastalarında hem mevcut semptomları kötüleştirme hem de duyarlı bireylerde yeni semptomların ortaya çıkışını hızlandırma şeklinde etkilere sahip olabilir (287). Literatür incelendiğinde, pandeminin erken evrelerinde obsesif kompulsif semptomların hem OKB hastalarında hem de genel popülasyonda arttığı bildirilmiştir (281,288–290). Ayrıca pek çok çalışmada, özellikle bulaş obsesyonları olan hastaların semptomlarında kötüleşme olduğu bulunmuştur (281,291–293). Bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları sergileyen OKB tanılı hastaların davranışlarıyla, salgın sürecinde COVID-19'un yayılmasını engellemeye yönelik önerilen el yıkama, yüz maskesi kullanma ve etrafi dezenfekte etme davranışları arasında ortak noktalar vardır (294). Nitekim yapılan araştırmalarda OKB'li bireylerden oluşan önceden tanımlanmış alt gruplar arasında, temizleme ve yıkama kompulsiyonları olanlar pandemi esnasında en ciddi düzeyde etkilenenler olmuştur (289,295–298). COVID-19'un bir yıllık takip sürecindeki OKB hastaları üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada ise COVID-19'un OKB hastaları üzerinde uzun dönemde de olumsuz etkilerinin devam ettiği bildirilmiştir (299).

OKB hastalarının pandemi döneminde semptomlarının şiddetinin arttığına ve yatkın bireylerde obsesif kompulsif belirtilerin gelişebildiğine dair literatürde çalışmalar mevcut olsa da literatürde bildiğimiz kadarıyla pandemi öncesi ve pandemi döneminde psikiyatri servisinde yatan hastalar üzerinden obsesyonların ve kompulsiyonların içeriğinin karşılaştırdığı bir çalışma mevcut değildir. Çalışmamızda her iki grup arasında istatistiksel açıdan fark çıkmamasının birkaç sebebi olabilir. Hastanelerin bulaş açısından riskli yer olmalarından ötürü bu hastaların bulaştan korunmaya yönelik hastaneye daha az başvurmaları olası bir durumdur. Ek olarak pandemi sürecinde özellikle hastalığın yayılımını önlemeye yönelik alınan söylenen tedbirler, özellikle bulaş obsesyonları olan hastaların sergiledikleri davranışların hastalar ve yakınları için daha az rahatsız edici algılanmasına veya sürecin gereklilikleri içerisinde daha olağan görülmesine de sebep olmuş olabilir. Bir çalışmada daha önceden bulaş obsesyonları ve el yıkama kompulsiyonları olan 84 hasta pandemi döneminde tekrardan değerlendirilmiş ve uygulanan ölçek neticesinde

sadece 5 hastada pandemiden sonra semptomlarında artış olduğu, çoğunun semptomlarında bir kötüleşme olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada bulaş obsesyonlarının genelleştirilemeyeceği, kir veya AIDS enfeksiyonu bulaşma korkuları olan hastaların COVID enfeksiyonu ile ilgili bulaş obsesyonu geliştirmeyebileceği üzerinde durulmuştur (300). Çalışmamıza OKB tanısına sahip tüm hastaların alınmasının ve yukarıdaki durumların her birinin her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmaması noktasında etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Kişilik bozukluğu ve alt tipinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. COVID-19 öncesi grubundaki hastaların 45'inde (%100), COVID-19 sonrası grubundaki hastaların 36'sında (%97,2) B küme kişilik bozukluğu saptanmıştır. Kişilik, her birey için farklı nitelikler taşımakla beraber düşünceler, duygular, olayları veya nesneleri algılama ve başkalarıyla olan ilişkinin özellikleri gibi bileşenleri barındırır. Bunların bazı durumlarda veya kişinin hayatının büyük kısmında sorunlu, işlevsiz, yıkıcı bir hal alması ve başkalarıyla ilişkilerin bozulması kişilik bozukluğu olarak tarif edilmektedir (301). Genel popülasyonda tahmini olarak %6-10 arasında kişilik bozukluğu olduğu düşünülmektedir (302). Aynı zamanda psikiyatri servislerinde ya da psikiyatri polikliniklerinde tedavi gören hastaların mevcut ruhsal rahatsızlıklarının seyrini ve tedavi sürecini olumsuz etkileyen birincil ruhsal hastalığına eşlik eden kişilik bozuklukları da az rastlanır durum değildir (303). Klinik pratikte, psikiyatristler için özellikle sınıflandırma ve tanı yöntemlerindeki belirsizlikler sebebiyle kişilik bozukluğu tanısının konulması kolay olmayan bir süreçtir (304). DSM-5'te kişilik bozuklukları, A kümesi, B kümesi ve C kümesi olmak üzere üç küme olarak tarif edilmiştir. Çalışmamızda her iki dönemde toplam 81 hastanın birincil ruhsal tanılarına eşlik eden kişilik bozukluğu tanısının olduğu, bunlardan da 80'inin B kümesi kişilik bozukluğuna sahip olduğu saptanmıştır. B kümesi kişilik bozuklukları içinde; antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğu yer almaktadır (305). Pandemi sürecinin genel popülasyon üzerinde kaygı, depresyon ve yalnızlık hislerini arttırdığı bilinmekle beraber özellikle ruhsal hastalığı olan bireyler bu açıdan daha savunmasız olan grubu oluşturmuştur (254,306). Pandemi ile mücadeleye yönelik alınan tedbirlerin, ruh sağlığı hizmetlerinin işleyişini azaltmasıyla beraber kişilik bozukluğu yaşayan

bireylerin de tedavi ve takip süreçleri zorlaşmış ve psikiyatri servislerine yatışlarında da kısıtlamaya gidilmek zorunda kalınmıştır (307).

Pandemilerde kişilik bozukluğuna sahip hastalar ana tanılarına göre farklı şekillerde etkilenebilir. Pandeminin ilk dalgasında ayaktan tedavi gören kişilik bozukluğu tanısına sahip 1120 hasta ile yapılan bir çalışmada; madde kullanımında, saldırganlıkta, kaygıda, depresyonda, sosyal izolasyonda ve yalnızlıkta artış olduğu, mesleki aktivitelerde ise azalma olduğu bildirilirken kişinin kendisine karşı zarar verici davranışlarının ise artmadığı saptanmıştır (308). Çalışmamızda her iki dönemde de yatışlarının çoğunu oluşturan B küme kişilik özellikleri arasında; istikrarsız kişilerarası ilişkilere sahip olmak, aşırı duygusallık, dürtüsellik ve riskli davranışlar, strese karşı aşırı duyarlılık gibi özellikler gösterilebilir. Bu durum pandeminin bu kişilik özelliklerine sahip olan bireyler üzerindeki olumsuz etkisini arttırabilmektedir. Ayrıca, pandemi döneminde korunma tedbirlerine uyumla ilgili B küme kişilik özelliklerinin daha çok zorlandığı söylenebilir. B küme kişilik bozuklukları arasında yer alan borderline kişilik bozukluğu, pandemi döneminde yapılan çalışmalarda en çok odaklanılan kişilik bozukluğu tipi olmuştur (307). Duygu düzenlemedeki zorlukların ve terk edilme veya reddedilme korkularının, sosyal mesafeyi bu hastalar için acı verici deneyim haline dönüştürebileceği ifade edilmektedir. Bu durumun, hastaların riskli davranışlara veya madde kullanımına yatkınlığının artmasıyla sonuçlanabileceği ifade edilmiştir (309). Pandemi döneminde psikiyatri servisindeki yatak kapasitesinin azalması, B küme kişilik özelliklerine sahip bireylerin pandemi döneminde uyum ve korunma ile ilgili daha çok zorluk yaşamaları, pandemi döneminin bu kişilik özelliklerine sahip bireyler üzerinde psikiyatri servisine yatış için endikasyonlar oluşturması, pandemi öncesinde de B küme kişilik bozukluğuna sahip bireylerin diğer kişilik bozukluklarına nazaran daha gürültülü tablolarla ve kriz durumlarıyla ruh sağlığı hizmetlerine başvurmaları ve bu sebeplerin psikiyatri servisine yatış için endikasyonlar oluşturması gibi faktörlerin her iki dönem arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmaması üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz. Literatür incelendiğinde kişilik bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğunu borderline kişilik bozukluğuna sahip hastaların oluşturması ve klinisyenlerin bu kişilik bozukluğu hakkında daha fazla klinik tecrübesinin olması, B küme kişilik bozukluğu tanısının daha sık koyulması ile ilgili bir eğilim yaratabilir. Ayrıca borderline kişilik

bozukluğuna sahip bireyler diğer kişilik bozukluklarına kıyasla ruh sağlığı hizmetlerinin daha yoğun kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca daha az ciddi olan kişilik bozukluklarının tedavi planlamalarının yeterince ele alınmama durumu da tanı konulan kişilik bozuklukluğu alt tiplerinde en çok B küme kişilik bozuklukları ile karşılaşmamıza sebep olmuş olabilir. (310).

İntihar girişimi varlığı ve intihar sayısında, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Önceki salgınlar esnasında intihar oranlarının arttığını öne süren bir çalışma vardır (311); ancak COVID-19 salgını sürecinde uzun dönemli intihar davranışlarını araştıran çalışmalar literatürde kısıtlıdır (312,313). Literatürde, pandeminin intihar davranışları üzerindeki etkisiyle ilgili farklı sonuçlar olduğu görülmüştür. Avustralya’da, Massachusetts’da ve Norveç’te pandeminin ilk zamanlarında yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlarda pandemi sırasında intihar oranlarında herhangi bir değişiklik olmadığı öne sürülmüştür (314–316). Bu çalışmalardan farklı olarak Birleşik Krallık, Fransa ve Peru’da yapılan araştırmalar ise kendine zarar verme davranışlarında ve intihar girişimlerinde bir azalma olduğunu ortaya koymuştur (314,315,317). Japonya’da yapılan bir çalışma ise, önceki çalışmalardan farklı olarak pandeminin başlangıcında intihar davranışlarındaki düşüşün ardından pandeminin ikinci dalgası olan Temmuz 2020 ve Ekim 2020 tarihleri arasında intiharlarda bir artış olduğunu göstermiştir (318). Pandemi öncesinde yatan psikiyatri hastalarının sayısını, ruh sağlığı hizmetlerine yapılan yönlendirmeleri ve intihar davranışlarını, pandemideki karantina dönemleriyle ve karantinalar arasındaki dönemle karşılaştıran başka bir çalışma ise COVID-19 salgını sırasında psikiyatri kliniklerinde yatan hasta başvurularının sayısının azaldığını ancak intihar davranışının değişmediğini saptamıştır (319).

Çalışmamızın örneklemini, psikiyatri servisine çeşitli sebeplerle yatarak tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Bir hastanın intihar düşüncesinin veya girişiminin olması psikiyatri servisine yatarak tedavi görmesini gerektirebilecek koşullardan biridir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin önemli bir kısmı, hayatı boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta olup bir kısmı da intihar sonucunda yaşamını kaybetmektedir (320). İntihar riski, sıklıkla ruhsal hastalıklarla ilişkilendirilmiştir ve tamamlanmış intiharlarda ruhsal hastalığın rolü toplumdan topluma değişmekle

birlikte intihar nedeniyle ölenlerin %90'ına yakınında ruhsal hastalık olduğu bildirilmiştir (321,322). Bir ruhsal hastalığa sahip olmak, genel popülasyonla karşılaştırıldığında intihar riskini arttıran bir durum olup ruhsal hastalıklar arasında da özellikle duygudurum bozuklukları, travma sonrası stress bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozuklukları, şizofreni ve kişilik bozuklukları intihar riskinin artmasıyla en çok ilişkilendirilen rahatsızlıklardır (323). Ancak intihar davranışlarını sadece psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkilendirmek uygun değildir. İşsizlik, ekonomik sorunlar, aile içi çatışmalar, kayıplar, toplumsal dayanışma azlığı, göç ve fiziksel rahatsızlıklar gibi başka etkenler de ruhsal hastalığa sahip olmayan bireylerde intihar davranışına sebep olabilir (324).

Çalışmamızdaki bu verinin, özellikle pandemi döneminde yatan hastaların intihar girişimlerinin zamanını sorgulamamış olmasından kaynaklı pandeminin intihar davranışları üzerindeki etkisi hakkında bize ışık tutmadığını söyleyebiliriz. Literatürdeki intihar girişimlerinin çoğunlukla ruhsal hastalığa sahip olmakla veya psikososyal stresörlerle ilişkilendirilmesi göz önüne alındığında, örneklemimizin büyük kısmının kronik veya ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerden oluşması, COVID-19 sürecinden önce de bu hastaların zorlu yaşam olaylarıyla ilgili baş etme becerilerinin ve sosyal desteklerinin genel popülasyona nazaran az olması gibi etkenlerin her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmaması üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca pandemi döneminde psikiyatri servisindeki yatak kapasitesinin azalmış olmasının etkisiyle, yeterli sosyal desteği olduğu ve intihar girişiminin ciddiyetinin düşük olduğu düşünülen vakalarda ayaktan yakın takiplerin tercih edilmiş olabileceği ile beraber hastanın veya yakınlarının hastanelerin bulaş açısından riskli olması ile bağlantılı olarak yatışı kabul etmeme durumlarının da etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızdaki bu verinin değerlendirilmesi esnasında bu faktörler ele alınmadığından, pandeminin psikiyatri servisine yatan hastaların intihar davranışları üzerine nasıl etki ettiği ile ilgili kısıtlılıklarımız söz konusudur.

Ailede ruhsal hastalık varlığı, ruhsal hastalığın başlangıç yaşı ve toplam süresinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızın üçüncü basamak bir hastanenin psikiyatri servisinde yatan hastaları içermesi, tek merkezden yürütülen bir çalışma

olması, bununla ilişkili her iki dönem için de bazı hastaların tekrarlayan yatışlarının olması durumlarının bu durum üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz. Psikiyatrik hastalıklarda aile öyküsünün varlığı, hastalığın ortaya çıkması ve seyri açısından önemli bir risk faktörü olmakla birlikte şizofreni hastalarında tekrarlayan yatış sıklığının öngörücüleri ile ilgili yapılan bir çalışmada ailede psikoz hastalığı öyküsünün bulunması tekrarlayan yatışlarla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada tekrarlayan yatışı olan hastalarda ruhsal hastalığın başlangıç yaşının daha erken başlangıçlı olduğu saptanmıştır ve bu durum daha kötü seyir ile ilişkilendirilmiştir (325).

Çalışmamızda uygulanan tedavi seçenekleri, depo antipsikotik uygulaması ve EKT seans sayısında, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılıklar saptanmıştır. Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotikler, 2 hafta ile 3 ay arasında değişen düzenli aralıklarla uygulanabilen ve oral ilaç tedavisine uyumla ilgili sorunlar yaşandığı durumlarda tercih edilebilen ilaçlardır. Özellikle çeşitli sebeplerden dolayı ilaç uyumunun az olduğu şizofreni ve şizoaffektif bozukluk için ideal bir tedavi seçeneğidir (143). Zuklopentiksol, flupentiksol, aripiprazol, risperidon ve paliperidon da dahil olmak üzere farklı formülasyonları mevcuttur. Bu grup ilaçların nüksleri, hastaneye yatışları ve ölümleri azalttığına dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (326–328).

COVID-19 süreci, başta hastaların tedavi süreçlerinin takibi olmak üzere ruh sağlığı hizmetlerinde çeşitli zorluklar ortaya çıkarmıştır. Özellikle şizofreni veya bipolar bozukluğu olan bireylerde tedaviye uyumsuzluk nüksetme açısından riskli bir durum olduğundan depo antipsikotiklerin pandemi sürecinde bu soruna çözüm olabileceği düşünülse de yapılan bazı çalışmalarda depo antipsikotik tercihlerinin hastaneye tekrar yatışlar üzerinde oral antipsikotiklere bir üstünlüğü olmadığını göstermiştir (329,330). Yapılan başka bir çalışmada ise pandemi döneminde uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik kullanan şizofreni hastalarının oral antipsikotik kullananlara göre daha iyi işlevsellik ve daha az semptom gösterdiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada depo antipsikotiklerin pandemi sürecinde hastalar üzerinde daha koruyucu olduğu belirtilmiştir (331).

Pandemi döneminde hastaların sağlık hizmetlerine erişiminin kısıtlı olması, özellikle psikiyatri hastalarında görülebilen tedavi uyumsuzlukları, literatürde ve

klirik deneyimlerimizde uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin tedavi uyumu ve nüksler üzerindeki olumlu etkilerinin olması gibi faktörlerin pandemi döneminde daha fazla depo antipsikotikleri tercih etmemizde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, COVID-19 sürecinde psikiyatri servisinde yatan hastaların taburculuğunda COVID-19 öncesinde psikiyatri servisine yatanların taburculuğuna kıyasla daha fazla anksiyolitik ilaç tercih edildiği saptanmıştır. Anksiyolitik tedavi olarak hastalara verilen benzodiazepinler, bu grubu oluşturmaktadır. Benzodiazepinlerin psikiyatri pratiğinde kullanım endikasyonlarının alkol ve madde yoksunlukları, katatoni, psikotik ve bipolar hastalarda görülebilen ajitasyon ve anksiyete tabloları olduğunu ve tercih edildikleri takdirde de benzodiazepinlerin sıklıkla kısa süreli kullanımlarının olduğunu söyleyebiliriz (332). Literatürdeki çalışmalarda daha önceden ruhsal hastalığı olan bireylerin pandemi döneminde genel topluma kıyasla daha yüksek oranda stres, kaygı, depresyon, öfke sorunları yaşadığı ve anksiyolitik tedavilerin daha fazla tercih edilmesinin de semptomların kötüleşmesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (333–335). Depresyon veya anksiyete nedeniyle aktif olarak tedavi gören hastaların değerlendirildiği başka bir çalışmada ise anksiyolitik ilaçların kullanımının karantina döneminde, karantina öncesi döneme göre arttığı bildirilmiştir (336). Başka bir çalışmada ise 2019 ve 2020 (pandemi yılı) olmak üzere iki yıllık dönemde iki psikiyatri servisindeki benzodiazepin kullanım oranları karşılaştırılmış ve benzodiazepin kullanımının pandemi döneminde anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir (337).

Çalışmamızda pandemi döneminde benzodiazepin kullanımının artması, literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Pandemi sırasında ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin genel popülasyona kıyasla daha ciddi düzeyde kaygı yaşadıklarını ifade eden çalışmalar, çalışmamızın bu sonucunu desteklemektedir (338–340). Ayrıca COVID-19 döneminde ruhsal hastalıkların şiddetinin artmasının ve bulaşın yayılmasını önlemeye yönelik psikiyatri servisinde hastaların sigara odasını pandemi döneminde tek kişi olarak kullanmaları gibi alınan kısıtlayıcı önlemlerin hastalardaki anksiyeteyi arttırmasıyla daha fazla benzodiazepin tercih edilmesi üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, pandemi döneminde pandemi öncesi dönemine kıyasla anlamlı olacak şekilde daha fazla bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçların tercih edildiği

saptanmıştır. Pandemi döneminde bağımlılığı olan bireylerde mevcut kullanım miktarının ve sıklığının artması, bağımlılığın nüksetmesi veya kayma gibi farklı riskler ortaya çıkarken daha önceden bağımlılığı olmayan bireylerde de yeni bir bağımlılığın ortaya çıkma riski söz konusu olmuştur (341). Pandemi döneminin beraberinde getirdiği kısıtlayıcı faktörlerin sonucu olarak ortaya çıkan sosyal izolasyon, bağımlılığı olan bireyler üzerinde alkol ve maddeye erişimde zorluklar, kaygı ve yoksunluk belirtileri gibi farklı sonuçlara sebep olmuştur (260). Pandemi döneminde yayınlanan bir sistematik incelemede alkol kullanım miktarıyla ilgili karışık sonuçlar olsa da alkol kullanım miktarının arttığı yönünde genel bir eğilim olduğu ve birçok çalışmada da madde kullanım miktarın arttığına yönelik sonuçlar bildirilmiştir (342). Çalışmamızda bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında olan naltrekson hem alkol kullanım bozukluğu hem de madde kullanım bozukluklarında tercih edilebilen bir ilaç olup disülfiram ve akamprosate ise alkol kullanım bozukluğunda tercih edilmektedir (343). Çalışmamızda pandemi öncesi ve pandemi dönemi yatışları arasında tanıların dağılımı açısından fark olmasa da pandemi döneminin bağımlılığı olan hastalar üzerinde yarattığı olumsuz etkenler ve pandemi döneminde bağımlılığı olan hastaların daha şiddetli tablolarla yatışının olması bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçların daha çok tercih edilmesine sebep olmuş olabilir. Pandemi döneminde yatak kapasitesinin azalması ile beraber alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında tedavi alma ve sürdürme motivasyonu daha yüksek olan hastaların yatışının yapılması da bu durum üzerinde etkili olmuş olabilir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde antipsikotikler ve duygudurum düzenleyiciler gibi diğer tedavi seçeneklerinin tercihi, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaları tek bir tanı grubu altında toplamamız ile alkol ve madde kullanım miktarının ve sıklığının sorgulanmamış olması çalışmamızda kısıtlayıcı bir faktör olmuştur.

Çalışmamızda pandemi sürecinde hastalara uygulanan elektrokonvulsif tedavi (EKT) seanslarının sayısının, diğer döneme kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. EKT, özellikle intihar düşüncesi, katatoni ve farmakolojik tedavilere direnç gösteren hastalarda tercih edilebilen etkili bir tedavi yöntemidir (344). COVID-19 salgını sürecinde, EKT'nin elektif bir prosedür olarak kabul edilmesi, enfeksiyon bulaşma riski ve işlem esnasında bulunması gereken anestezi uzmanlarının COVID-19 hastalarını yönetmek için yoğun bakım ünitelerinde görevlendirilmesi gibi faktörler, dünya

çapında EKT hizmetlerinin azalmasıyla sonuçlanmıştır (345,346). Çalışmamızdaki sonuç literatürle uyumlu olmakla beraber, hastaların EKT alırken COVID-19 şüphesi uyandıracak belirtiler göstermesi, pandemi sürecinden dolayı bazı zamanlar planlanan seansların yapılamaması ve bulaş endişesi gibi faktörlerin pandemi döneminde uygulanan EKT seans sayısının diğer döneme kıyasla daha az olması üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz. EKT uygulanan hasta sayılarının oransal olarak karşılaştırmasında iki grup arasında anlamlı fark olmaması üzerinde ise çalışmamızın üçüncü basamak bir hastanede gerçekleşmesi ve pandemi döneminin ruhsal hastalığı olan bireylerin psikopatolojilerinin şiddetini arttırması etkili olabilir.

Çalışmamızdaki klorzapin kullanım tercihlerimizle ilgili her iki grup arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Klorzapin, tedaviye dirençli psikoz durumlarında kuvvetli bir etkinliğe sahip olan, aynı zamanda şizofreni hastalarının hastaneye yatışlarının azalmasında etkili olan, genel mortalite ve intihar davranışı üzerinde de azaltıcı yönde etkinliği olan antipsikotik bir ilaçtır (347,348). Pandemi döneminde yapılan bazı çalışmalarda klorzapin kullanımı, COVID-19 enfeksiyonu geçirme riski ile ilişkili bulunmuştur (349,350). Ayrıca literatürdeki verilerin bir kısmı, COVID-19 enfeksiyonunun ve ilişkili pnömoni durumunun klorzapin toksisitesine yol açacağını öne sürmektedir (351). Her ne kadar literatürde pandemi döneminde klorzapin kullanımı ile ilgili endişeler söz konusu olsa da çalışmamızın üçüncü basamak bir hastanede yapılmasından kaynaklı her iki dönemde de dirençli vakaların takip edilmesi, pandemi döneminde ayaktan takibi zor olan tedaviye dirençli vakaları bazen psikiyatri servisine yatırarak klorzapin başlanması tercih edilmesi ve polikliniğimizde taburculuktan sonra da klorzapin kullanan hastaların düzenli aralıklarla takiplerinin devam etmesi gibi faktörlerin her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmaması üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığı ile ilgili, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki hastalar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızın bu verisi, bazı zamanlar hastalara bazı zamanlar da hastaların yakınlarına psikiyatri servisinde takip edilen hekimleri tarafından tedavilerinin henüz tamamlanmadığı veya yatış gerekliliğinin devam ettiği bilgisi verilmesine rağmen hastaların veya yakınlarının tedaviye devam etmek istememeleri ve tedavileri

sonlanmadan taburculuklarının yapılması ile ilgilidir. Pandemi sürecinin bu husus üzerinde etkili olmadığını görmekteyiz.

Fiziksel hastalık varlığı ve fiziksel hastalık alt tipinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Ruhsal hastalığa sahip olan bireyler arasında fiziksel hastalıklar sık görülüyor olmasına rağmen çeşitli sebeplerden ötürü yaşanan ihmaller nedeniyle öngörülemeyen komplikasyonlar ve mevcut ruhsal rahatsızlığın şiddetinin artması şeklinde olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (352). Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin genel popülasyona kıyasla daha erken yaşta hayatlarını kaybettikleri bilinmektedir. Bunun sebepleri arasında tamamlanmış intiharların yanı sıra ruhsal hastalığın kendisi, damgalanma ve hastaların komorbid fiziksel hastalıklarına yönelik yeterli tedavi alamama durumu da gösterilebilir (353). Ruhsal hastalığı olan kişilere eşlik eden fiziksel hastalıkların yaygınlığıyla ilgili yapılan araştırmalarda % 4 ile % 58 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (354,355). Diyabet, obezite, serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklar psikiyatri hastalarının yaşam sürelerini kısaltan fiziksel hastalıkların önde gelenleridir (356–358). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık yaygınlığının %51 olduğu ve daha sık endokrinolojik ve nörolojik sistemlerle ilişkili rahatsızlıkların eşlik ettiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel hastalıklar ve psikiyatrik tanılar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (352). Bizim çalışmamızda ise pandemi öncesinde psikiyatri servisinde yatan hastaların %43'üne fiziksel hastalığın eşlik ettiği, pandemi döneminde ise hastaların %49'una fiziksel hastalık eşlik ettiği, en sık eşlik eden rahatsızlıkların hipertansiyon, diyabet ve hipotiroidi olduğu ve her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Pandemi döneminde özellikle hipertansiyon, diyabet, kanser hastalıkları ve akciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklara sahip olan bireyler, COVID-19'dan etkilenim açısından riskli gruplar olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bu gruptaki bireyler pandemi sürecinde çeşitli psikososyal zorluklar da yaşamışlardır (359). Bu duruma benzer şekilde kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin de pandemi sürecinde COVID-19'a karşı daha kırılgan ve savunmasız olabileceği ifade edilmiştir (90,91). Literatürde pandemi öncesi ve pandemi sonrası psikiyatri servisinde yatan hastaların fiziksel hastalıklarının karşılaştırıldığı bir çalışma bildiğimiz kadarıyla

yoktur. Tüm bu bilgiler ışığında pandemi sürecinin hem fiziksel hem de ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde olumsuz etkisi olduğu görülmektedir. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylere sık eşlik eden fiziksel hastalıkların mevcut olmasının ve her iki durumun birbirini olumsuz etkilemesinin, pandemi öncesinde olduğu gibi pandemi döneminde de bu hastalıkların takip ve tedavi süreçlerini zorlaştırdığını söyleyebiliriz. Bununla birlikte üçüncü basamak bir hastane olmamızdan kaynaklı daha komplike ve dirençli vakaların takip edilmesinin her iki dönem arasında anlamlı fark yaratmamış olabileceğini düşünmekteyiz.

Yatış şeklinin nasıl olduğu, yatış esnasında intihar düşüncesi olup olmadığı, yatış sürecinde ek ilaç verilip verilmediği, ek ilaç verildiyse neyin tercih edildiği ve psikiyatri servisine son yatış süresinde, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır. COVID-19 öncesinde 189 hastanın, COVID-19 sonrasında ise 145 hastanın acil servis üzerinden psikiyatri servisine yatışı yapılmıştır. Buna rağmen COVID-19 döneminde psikiyatri servisine yapılan yatışların COVID-19 öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek oranda acil servis üzerinden yapıldığı görüldü. Literatürde pandemi döneminde acil psikiyatri başvurularının azaldığına yönelik bazı çalışmalar mevcuttur (360–362). Pandemi sırasında acil servis üzerinden psikiyatri servisine olan yatışlarda gözlenen bu düşüşlerin, insanlara pandemi döneminde evde kalmalarına dair uyarılardan, daha yüksek enfeksiyon riski nedeniyle hastanelerin (özellikle acil servis) daha az ziyaret edilmesine yönelik ifadelerden veya bunlarla ilişkili olarak hastanelerin bulaş açısından tehlikeli bir yer olarak görülmesinden kaynaklandığı söylenebilir (363). Tüm bunlarla birlikte pandemi döneminin beraberinde getirdiği kısıtlayıcı koşullar, toplumda oluşan tehlike algısı ve hastaların kullandığı ilaçların raporlarının uzatılması veya çok acil olmadığı müddetçe hastanelere başvurulmaması yönündeki mesajlarlar gibi bulaşı önlemeye yönelik atılan adımlar, ayaktan poliklinik başvurularının ve hastaların düzenli takiplerinin azalmasına sebep olmuştur (364). Bu durumun planlanan yatışları azaltıp acil yatışlarının oranını arttırmış olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca pandemi sürecinde diğer hastanelerde olduğu gibi psikiyatri servisimizdeki yatak kapasitesinin azaltılması ve yatış için gerekli endikasyonların sınırlandırılmasıyla beraber ruhsal yönden daha ciddi psikopatolojilerin yatışının yapılması ve ayaktan takip edilebilecek hastaların polikliniğimizde sık aralıklarla takip

edilmesi şeklindeki tutumumuz da pandemi döneminde acilden yapılan yatışların oranının pandemi öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmasına sebep olmuş olabilir.

COVID-19 döneminde psikiyatri servisine yapılan yatışlar esnasında, intihar düşüncelerinin oransal olarak COVID-19 öncesine göre daha fazla görülmesiyle ilgili literatürde pandemi döneminde intihar düşüncelerinin özellikle psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmak gibi dayanıklılık açısından zayıf olan gruplarda arttığına dair çalışmalar mevcuttur (365–367). COVID-19 salgını sırasında kaygı, depresyon ve diğer psikopatolojilerde artış olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte bu durumların özellikle önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerde ortaya çıktığını, ayrıca mevcut psikiyatrik rahatsızlıklarının kötüleşmesinin de daha yüksek intihar düşüncesi riskiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (93–95,97,340,368).

COVID-19 döneminde, psikiyatri servisine yatışı yapılan hastaların yatış öncesindeki ilaç tedavisi gerekliliğinin COVID-19 öncesine göre daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Pandemi sürecinde uygulanan karantina ve tecrit uygulamaları ile beraber pandemi ile ilgili belirsizlikler; anksiyete, öfke, sinirlilik, intihar düşünceleri, stres ve uyku bozuklukları gibi farklı psikolojik sorunlara sebep olmakla birlikte var olan psikiyatrik rahatsızlıkların da alevlenmesi ile ilişkilendirilmiştir (369–371). Sosyal izolasyonun ve stresin, şizofreni hastalarında ve diğer kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerde intihar riskini ve saldırgan davranışları arttırabileceği yönünde çalışmalar vardır (372,373). COVID-19 döneminin bireyler üzerinde yarattığı olumsuz faktörlerin hastalarda daha şiddetli belirtilere yol açtığını ve bu durumun da psikiyatri servisine yatış öncesinde daha yüksek oranda ek ilaç ihtiyacını doğurduğunu düşünmekteyiz. Nitekim, insanların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sebep olabilecek doğal afetler gibi COVID-19 salgını da ajitasyona veya diğer psikiyatrik belirtilerin şiddetine katkıda bulunabilecek stres etkenleri yaratmıştır (374,375).

COVID-19 döneminde yatışı olan hastalarda ek ilaç gerekliliği söz konusu olduğunda özellikle intramuskuler antipsikotik ilaçların COVID-19 öncesine göre daha fazla sayıda tercih edildiği saptanmıştır. Psikiyatri acilleri arasında önemli bir yeri olan ajitasyon neredeyse tüm psikiyatri hastalarında zaman zaman görülebilen, kişinin topluma uyumunu bozan, bedensel veya zihinsel süreçlerin hızının ve

yoğunluğunun arttığı, içsel gerginliğin de eşlik ettiği bir durumdur (376). Ajitasyona veya bununla ilişkili olabilecek saldırganlığa müdahale söz konusu olduğunda farmakolojik tedaviler de seçenekler arasındadır. Psikiyatrik acil başvurularında ek ilaç gerekliliği söz konusu olduğunda veya sözlü yatıştırma yöntemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda benzodiazepinler ve antipsikotik ilaçlar sıklıkla başvuru alan ilaç gruplarıdır (377,378). Hastanın saldırgan ve yıkıcı davranışlarını hızlı bir şekilde kontrol altına almaya ve kendisine veya çevresine zarar vermesini önlemeye yönelik etkisi hızlı başlayan ilaçlar verilmektedir. Özellikle hastayla iş birliği sağlanamayan, tedaviye uyum göstermeyen veya ağızdan ilaç almayı reddeden hastalarda intramusküler antipsikotik ilaçlar tercih edilmektedir (379). Literatürdeki pandemi sürecinin ruhsal hastalığı olan bireylerdeki semptomların şiddetini ve yoğunluğunu arttırmış olabileceği ile ilgili verilerle beraber bununla ilişkili olarak oral tedaviyi reddetme durumlarının, pandemi dönemindeki psikiyatri servisine yatışlar öncesinde, intramusküler antipsikotik ilaçların daha çok tercih edilmesi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmüştür (380).

Çalışmamızda, COVID-19 dönemindeki psikiyatri servisindeki yatış sürelerinin COVID-19 öncesine göre daha kısa olduğu saptanmıştır ve bu durum literatürdeki bazı çalışmalarla uyumludur (256,381). Azalan yatak kapasitesinin, bulaş riskine yönelik alınan önlemlerin, psikiyatri servisine yatan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere dair bazı faktörlerle ilişkili olarak bulaşın yayılmasını önlemeye yönelik alınan korunma yöntemlerinin uygulanmasındaki zorlukların ve kimi zaman serviste yatan hastalarda COVID-19 enfeksiyon etkeninin saptanması gibi durumların, pandemi döneminde yatış sürelerinin daha kısa olması üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Yatış esnasında intihar girişiminin mevcut olup olmadığı ile ilgili, COVID-19 öncesi ve sonrası grubundaki yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, intihar davranışını ölümle sonuçlanmayan, başkaları tarafından engellenemeyen, bireyin kendisinin başlattığı kendine zarar verme davranışı veya tedavi dozundan daha fazla ilaç alma durumu olarak tanımlamaktadır. İntihar davranışında bulunan kişi bilerek ve isteyerek kendini öldürme niyetiyle bunu yapabileceği gibi bazen de yaşadığı ruhsal acıyı, içinde bulunduğu çaresizliği ve umutsuzluğu ifade etme amacıyla da bu davranışı sergileyebilir (324). DSÖ, 800.000'e

yakın insanın her yıl intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir (382). İntiharların sıklıkla birçok nedeni olmakla birlikte yapılan çalışmalarda, intihar riskinin özellikle ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca daha önceden olan intihar girişimi öyküsü, kayıplar, psikosyal stres faktörleri, salgınlar ve afetler de intiharla ilişkili diğer durumlardır (382,383).

Literatürde COVID-19 salgınına intihar davranışıyla ilişkilendiren çalışmalar olmakla birlikte daha önceki salgınlarda yapılan çalışmalarda intihar davranışlarının ve intihara bağlı ölümlerin arttığına dair bulgular da mevcuttur (83,384). Sosyal izolasyon, kaygı, hastalığın bulaşma korkusu, belirsizlik, kronik stres ve ekonomik zorluklar, önceden psikiyatrik bozuklukları olan bireylerde, düşük dirençli kişilerde ve COVID-19'lu bireyler de dahil olmak üzere savunmasız popülasyonlarda strese bağlı bozuklukların ve intihar eğiliminin gelişmesine yol açabilir. Literatür incelendiğinde pandemi döneminde intihar düşüncelerinin ve intihar girişimlerinin arttığına dair çalışmalar olsa da (385) pandemi dönemindeki intihar davranışlarının pandemi öncesi dönemdeki intihar davranışlarıyla kıyaslandığında arasında anlamlı bir fark olmadığını destekleyen çalışmalar da mevcuttur (386–388). Bununla birlikte COVID-19 krizinin intihar davranışları da dahil olmak üzere ruh sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçlarının muhtemelen uzun bir süre boyunca mevcut olacağına ve pandemiden sonra zirveye ulaşacağına dair görüşler de mevcuttur (389). Pandeminin çalışmamızın belirtilen tarih aralığında henüz ortaya çıkmayan etkileri söz konusu olabilir ve bu durum iki dönemdeki intihar davranışları arasında anlamlı bir fark ortaya çıkarmamış olabilir.

Çalışmamızda, COVID-19 döneminde psikiyatri servisinde gerçekleşen 344 yatışın 81'ine (%23,5) COVID-19 teşhisi konulmuştur. Bunlardan ikisinin yatış dönemindeyken COVID-19 tanısını aldığı, 79'unun da psikiyatri servisine yatmadan önceki dönemde COVID-19 tanısı aldığı saptanmıştır. Hastaların psikiyatri servisinden taburcu olduktan sonra, pandemi devam ederken COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmadıkları hakkında verimiz yoktur.

Çalışmamızda yaş haricindeki sosyodemografik özelliklerde, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. COVID-19 pozitif hastaların yaş ortalamasının, COVID-19 negatif hastaların yaş ortalamasından istatistiksel olarak daha az olduğu tespit edilmiştir. Pandeminin erken döneminde COVID-19 etkeni için test yapılan kişilerde COVID-19 pozitifliği ile

bağımsız olarak ilişkili bulunan faktörler ileri yaş ve erkek cinsiyet olmuştur (390). Toplum genelinde yapılan çalışmalarda, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin COVID-19 enfeksiyonu için yüksek riskli olduğu doğrulanmıştır (391,392). Ayrıca yataklı psikiyatri servislerindeki kapalı ortam, ortak yemek alanları ve ortak tuvaletler, sosyal mesafe için sınırlı alana sahip ortak alanların olması ve psikiyatri hastalarının maske takma, sosyal mesafe ve hijyenle ilgili kurallarda yaşadığı uyum sorunları gibi faktörler bulaş riskini arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, psikiyatri servisine yatış için başvuran hastalara yatış öncesinde COVID-19 testi yapılmış olup yaş ve cinsiyet açısından COVID-19 pozitif ve COVID-19 negatif hastalar arasında anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmiştir (393). Çalışmamızda COVID-19 pozitif vakaların yaş ortalamasının daha küçük saptanmasıyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda COVID-19 pozitif yatışlarındaki alkol kullanımının COVID-19 negatif yatışlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu saptanırken sigara ve madde kullanımında, COVID-19 pozitif ve negatif hastalar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Ruhsal hastalığı olan bireylerde alkol ve madde kullanımı son yıllarda giderek artmakta olup psikiyatri servisinde yatan hastalarla ilgili yapılan çalışmalarda alkol ve madde kullanım sıklığının %25 ile %75 arasında değiştiği bildirilmiştir (394–396). Pandemi döneminde yapılan çalışmaların çoğunda alkol kullanım sıklığının ve miktarının arttığına dair sonuçlar bildirilmiştir (397). İngiltere’de yapılan bir çalışmada COVID-19 nedeniyle hastaneye kaldırılan bireylerin %28,6’sında orta düzeyde alkol alımı saptanmıştır (398). Literatürde madde kullanım bozukluğu veya alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin, belirli davranışları nedeniyle bulaşıcı hastalıklara ve COVID-19 enfeksiyonuna karşı genel nüfusa göre daha savunmasız olmalarının muhtemel olduğuyla ilgili yayınlar vardır (399). Alkol kullanımı, bireylerin bağışıklık sistemini etkileyerek bazı hastalıklara yatkınlık oluşturma riskini arttırmasından kaynaklı COVID-19 hastalığına yakalanma ve bu enfeksiyona karşı daha duyarlı hale gelme açısından zemin oluşturmaktadır (400). Yüksek riskli alkol tüketimi ile SARS-CoV-2 serokonversiyonu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada yüksek riskli alkol tüketiminin, SARS-CoV-2 serokonversiyonu için daha yüksek riskle ilişkili olduğu saptanmıştır (401).

Çalışmamızın örneklemini oluşturan psikiyatri servisinde yatan hastaların ruhsal rahatsızlıkları nedeniyle pandemi döneminde COVID-19 enfeksiyonu için riskli gruplar arasında olduğu belirtilmiştir (391,392). Bu durum ile alkol kullanımının pandemi sürecinde risk faktörü olduğunu belirten literatür birlikte değerlendirildiğinde, psikiyatri servisinde yatan hastalar arasında alkol kullanımı olanlarda COVID-19 pozitifliğinin alkol kullanımı olmayanlara kıyasla daha yüksek oranda saptanması açıklanabilir. Bunlara rağmen, çalışmamızda örneklem grubunun kısıtlı olması, hastaların taburcu olduktan sonraki dönemde COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmadıkları konusunda bilginin olmaması, hastaların alkol kullanım sıklığı ve miktarındaki değişimler hakkında objektif verilerimizin olmaması gibi kısıtlayıcı faktörler de söz konusudur.

Çalışmamızda tanıların dağılımı açısından, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. COVID-19 tanısı almış 81 hastanın 25'inde şizofreni ve ilişkili bozukluklar olduğu, 19'unda bipolar duygulanım bozukluğu tanısının olduğu, 17'sinde de depresyon tanısının olduğu saptanmıştır. Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalık olarak değerlendirilen durumlarda; etkilenen bireylerde bilişsel, yönetsel, davranışsal ve duygusal alanlarda ortaya çıkan yıkıcı bir etkiyle mesleki alanda, kişiler arası ilişkiler ve kendine bakım gibi alanlarda ciddi işlevsellik kaybı durumu söz konusudur (402,403). Bu tarz ağır ruhsal hastalığa sahip bireyler psikiyatri servisine yatırılarak tedavi edilen hastaların çoğunluğunu oluşturmaktadırlar. Ağır ruhsal hastalığının kendisi çeşitli sebeplerden ötürü pnömoni gibi çeşitli enfeksiyonlara yatkınlık için risk faktörü oluşturmaktadır (404). Benzer şekilde, ağır ruhsal hastalıklar ve bununla ilişkili olabilecek diğer faktörler COVID-19 hastalığına yakalanma ve ağır seyirli bir COVID-19 enfeksiyonu geçirme açısından da risk oluşturmaktadır (92). Son araştırmalar, şizofreni hastalarında COVID-19'a bağlı morbidite ve mortalitenin de fazla olduğunu göstermektedir (405,406). Çalışmamızın tek merkezden yürütülmesi, örneklem grubunun üçüncü basamak bir hastanenin psikiyatri servisinde yatan hastalarla kısıtlı olması, bunlarla ilişkili olarak COVID-19 hastalığı geçirme açısından karşılaştırılan her iki grupta da benzer dağılımda tanıların olması ile ilişkili olarak çalışmamızda her iki grup arasında anlamlı bir fark çıkmamış olabilir.

Sanrı ve varsanı ile COVID-19 ilişkisinde COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Literatürde bildiğimiz kadarıyla bu karşılaştırılmanın yapıldığı bir çalışma mevcut değildir. Yukarıda tartışıldığı gibi, COVID-19 süreci, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin mevcut ruhsal belirtilerin şiddetinin artmasında veya hastalıklarının alevlenmesinde önemli bir rol oynamıştır (99). Ağır ruhsal hastalık olarak tanımlanabilecek şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklarda COVID-19 hastalığına yakalanma riski dışında, pandemi esnasında veya sonrasında pandemi ile ilişkili varsanılar ve sanrılar geliştirme açısından da risk olabileceği bildirilmiştir (101,102). Bununla birlikte pandeminin ilk zamanlarında uygulanan bir anket çalışmasında, randevuları iptal edilmiş olan 76 şizofreni hastasıyla yapılan telefon görüşmeleri neticesinde katılımcıların hiçbiri COVID-19'a ilişkin psikotik bir durum bildirmemiştir (103). Çalışmamızda COVID-19 hastalığına yakalanmış olmaktan bağımsız bir şekilde psikotik belirtiler gösteren hastaların düşünce içeriklerinde de pandemiyle ilişkili psikotik belirtiler görülmüştür. Bunlara rağmen her iki grupta da hastaların düşünce içeriklerinde pandemiyle ilişkili psikotik düşüncelerin daha az oranda olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda obsesyonların ve kompulsiyonların COVID-19 ile ilişkisinde, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde bildiğimiz kadarıyla COVID-19 hastalığını geçirmiş olmakla mevcut OKB belirtileri arasında ilişki olup olmadığının hastalığa yakalanmayanlarla kıyaslandığı bir çalışma mevcut değildir. Çalışmamızda sadece 17 OKB hastasının pandemi döneminde psikiyatri servisine yatışı olurken 3 OKB hastasının COVID-19 hastalığını geçirdiği, 1 OKB hastasının da belirtilerinin COVID-19 ile ilişkili olduğu görülmüştür. COVID-19 hastalığını geçirmeyen 14 OKB hastasından 5'inin belirtilerinin COVID-19 ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda her iki grup arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamasının birkaç sebebi olabilir. Hastanelerin bulaş açısından riskli yer olmalarından ötürü OKB hastalarının bulaştan korunmaya yönelik hastaneye daha az başvurmaları, hastaların ciddi işlevsellik kaybı yaşanmadığı sürece psikiyatri servisi gibi bulaş açısından daha riskli olan bir yerde takip edilmek istemeyip ayaktan takipleri tercih etmeleri, pandemi sürecinde özellikle hastalığın yayılımını önlemeye yönelik alınması söylenen tedbirlerin etkisiyle özellikle bulaş obsesyonları olan hastaların sergiledikleri

davranışların hastalar ve yakınları için daha az rahatsız edici algılanması veya sürecin gereklilikleri içerisinde daha olağan görülmesi gibi faktörlerin bu durum üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

COVID-19 pozitif yatışların psikiyatrik özgeçmişinde intihar girişimi mevcudiyetinin, COVID-19 negatif yatışlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu; fakat her iki grup arasında intihar girişimi olanların ortalama intihar sayılarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. İntihar davranışı, ruhsal bir hastalık ve başkalarından kopukluk hissiyle yakından ilişkilidir (407,408). Bu faktörler, COVID-19 salgını sırasında intihar düşüncesi ve intihar riski açısından daha yüksek risk oluşturmaktadır. Çalışmamızın örneklemini, COVID-19 salgını sırasında hastalığa yakalanma açısından riskli grup içerisindeyiz. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada COVID-19 pozitif hastalarının intihar düşüncesine ve intihar girişimine sahip olma olasılığının, COVID-19 negatif hastalarına kıyasla önemli ölçüde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (409). Literatürdeki bu çalışma araştırmamızın sonucuyla uyumlu görünse de COVID-19 pozitif hastaların mevcut intihar girişimlerinin zamanının bilinmemesi ve hastaların psikiyatri servisinden taburcu olduktan sonra pandemi devam ederken COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmadıkları hakkında verimizin olmaması şeklinde çalışmamızın kısıtlı yönleri mevcuttur.

Çalışmamızda COVID-19 pozitif yatışların ruhsal hastalığının başlangıç yaşının, COVID-19 negatif yatışlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha erken olduğu saptanırken ailede ruhsal hastalık varlığı ve ruhsal hastalığın toplam süresinde, COVID-19 pozitif ve negatif yatışlar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada tekrarlayan yatışı olan hastaların ruhsal hastalığın başlangıç yaşının daha erken yaşlarda olduğu saptanmıştır ve bu durum daha kötü seyir ile ilişkilendirilmiştir (325). Ayrıca COVID-19 hastalığına yakalanma açısından ağır ruhsal hastalığı olanların daha savunmasız olması ve bu grubun hastalıklarının ortaya çıkma yaşının sıklıkla erken yaşlarda olması gibi faktörlerin COVID-19'a yakalanan grubun ruhsal hastalığının başlangıç yaşının diğer gruba kıyasla daha erken olması üzerinde etkili olabileceği düşünmekteyiz. Bunlarla birlikte, COVID-19 hastalığına yakalanan ve yakalanmayan gruptaki hastaların tanılarının dağılımında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmasa da mevcut rahatsızlıklarının

her birinin ayrı ayrı şiddetini ölçen objektif bir aracımız olmamasından kaynaklı kısıtlılık da mevcuttur.

Çalışmamızda depo antipsikotik uygulanan COVID-19 pozitif yatışların, COVID-19 negatif yatışlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yukarıda uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin nöksleri, tedaviye uyumsuzluğu ve hastaneye yatışları azaltma noktasında etkili bir tedavi seçeneği olduğu, ayrıca depo antipsikotiklerin pandemi sürecinde hastalar üzerinde daha koruyucu etkisinin olduğu tartışılmıştı (326–328,331). Pandemi döneminde yapılan bir çalışmada psikiyatrik tanının mevcut olması, daha yüksek oranda COVID-19 hastalığına yakalanma ile ilişkili bulunmuştur ve bu durumun fiziksel sağlıkla ilgili risk faktörlerinden bağımsız olduğu vurgulanmıştır (392).

Ruhsal belirti şiddetinin daha yüksek olması, düşük tedavi uyumu, hastalıkla ilgili içgörü azlığı, yetersiz sosyal destek ve mevcut rahatsızlıkların hasta üzerinde yarattığı yıkımın daha fazla olması gibi faktörlerin COVID-19 hastalığına yakalanma açısından daha fazla risk oluşturduğunu ve bununla ilişkili olarak da COVID-19 hastalığına yakalanmış olan hastalarda, diğer gruba nazaran daha yüksek oranda depo antipsikotik seçilmesi üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Her bir tanının diğer tanılara kıyasla COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş olma üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde yatışlar esnasında konulan tanı gruplarından hiçbirinin diğer tanılara kıyasla COVID-19 enfeksiyonunu geçirmiş olma durumunu yordamadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığı olan bireylerin COVID-19'a karşı daha savunmasız olduğu, hastalığa yakalanma ve hastalığın olumsuz sonuçları açısından da riskli grup içerisinde olduğu ifade edilmiştir. Amerika'da ulusal çapta yapılan bir çalışmada ruhsal hastalığı olan grubun ruhsal hastalığa olmayanlara kıyasla COVID-19 enfeksiyonu için riskli olduğu saptanırken bu riskin özellikle yakın zamanda depresyon ve şizofreni tanısı alan grupta daha belirgin olduğu ifade edilmiştir (410). Literatürde hangi ruhsal hastalığın COVID-19 hastalığını daha çok öngördüğü ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamızın örnekleminin üçüncü basamak hastanenin psikiyatri servisinde yatan hastalarla sınırlı olması dolayısıyla bu grup içerisindeki yatışların karşılaştırılmasının çıkan bu sonuç üzerinde etkili olduğunu düşünmekteyiz. Pandemi dönemindeki kısıtlılıklara rağmen

psikiyatri servisine yatışı olan hastaların COVID-19 geçirme durumuna göre tanıların dağılımında farklılıklar olmamasının da etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda COVID-19 pozitif ve negatif yatışların yaş haricindeki sosyodemografik verileri, sigara ve madde kullanımı, tanıların dağılımı, sanrı ve varsanıların COVID-19 ile ilişkisi, obsesyon ve kompulsiyonların COVID-19 ile ilişkisi, ailelerinde ruhsal hastalık varlığı ve ruhsal hastalıklarının toplam süresi, depo antipsikotik tercihi dışındaki diğer tedavi seçenekleri, tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığı ile ilgili verilerin karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark çıkmamasının birkaç sebebi olabilir. Çalışmamızın üçüncü basamak bir hastanenin psikiyatri servisinde yatan hastalarla kısıtlı olması, bununla ilişkili olarak sadece ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerden oluşan örnekleme içermesi, tek merkezden yürütülen bir çalışma olması ve tekrarlayan yatışların her birinin farklı bir veri olarak çalışmaya dahil edilmesi bu durum üzerinde etkili olabilir. Ayrıca hastaların psikiyatri servisinden taburcu olduktan sonra pandemi devam ederken COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmadıkları hakkında verimizin olmamasının da bu durum üzerinde etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

5.1 Kısıtlılıklar

Çalışmamızda psikiyatri servisinde yatan hastaların epikrizleri üzerinden toplamda 4 yıllık dönemi kapsayacak şekilde pandemi öncesi ve sonrasındaki tanı ve tedavi süreçlerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Literatürde bununla ilgili kapsamlı bir çalışma olmamasıyla birlikte, çalışmamızın retrospektif bir çalışma olması, tek bir merkezden yürütülmesi ve verilerin epikriz kayıtlarından yola çıkılarak elde edilmesi kısıtlılıklarımız arasındadır. Çalışmamızın tek bir merkezde yürütülmesinden kaynaklı elde edilen sonuçları genelleştirilmek zordur. Ayrıca pratikte hastalıkların şiddetiyle ilgili daha objektif veriler sağlayabilecek ölçeklerin çoğu zaman uygulanmasına rağmen sisteme kayıtlara geçişlerinde eksikler olmasından kaynaklı ölçekler çalışmaya dahil edilememiştir. Bu durum pandemi sürecinin ruhsal hastalığa sahip bireyler üzerindeki etkilerinin derinlikli değerlendirilmesi konusunda kısıtlılık yaratmıştır. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin ruhsal hastalıkları dışında COVID-19 döneminde daha olumsuz etkilenmelerine sebep olabilecek sosyoekonomik faktörler hakkında da bilgimiz kısıtlı kalmıştır. Ek olarak çalışmamızda çoklu yatışların her birini yatışlarındaki farklı klinik özellikleri ve farklı

tedavi seçenekleri olması dolayısıyla ayrı bir veri olarak ele almamız çalışmamızın bir diğer kısıtlayıcı yönünü oluşturmuş olabilir.

Çalışmamızda hastalarda saptanan COVID-19 pozitifliği ile ilgili verilerimizin, sadece hastaların psikiyatri servisine yattığı ve yatmadan önceki dönemi kapsamından dolayı, COVID-19 etkenine yakalanmış olmakla psikiyatri servisinde yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri arasında bir ilişki kurulmasında kısıtlılıklarımız olmuştur. Ayrıca çalışmamızın üçüncü basamak bir hastanenin sadece psikiyatri servisinde yatan hastaları içermesinden kaynaklı COVID-19 hastalığına yakalanmayı yordayacak ruhsal hastalıkların tanılarının karşılaştırılmasında kısıtlılığımız mevcuttur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız, pandemi öncesi ve sonrasında psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastaların tarafımızca oluşturulan veri formu çerçevesinde tanı ve tedavi süreçlerinin değerlendirilip karşılaştırılmasını amaçlamıştır. Bu bağlamda ilk dikkat çeken nokta, pandemi döneminin beraberinde getirdiği kısıtlılıklar sebebiyle pandemi döneminde psikiyatri servisine olan yatış sayılarındaki düşüş olmuştur. Çalışmamıza dahil edilen 891 psikiyatri servisine yatışın 547'si COVID-19 öncesi dönemde, 344'ü COVID-19 sonrası dönemde gerçekleşmiştir.

Çalışmamızda pandemi döneminde depo antipsikotiklerin pandemi öncesi döneme göre anlamlı olarak daha fazla tercih edildiği saptanmıştır. Bu durum üzerinde özellikle ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedavi uyumsuzluklarının, uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotiklerin tedavi uyumu ve nöksler üzerindeki olumlu etkilerinin olmasının ve pandemi döneminde ruhsal hastalığa sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili yaşadığı zorlukların etkili olduğu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, pandemi dönemindeki hastaların tedavisinde benzodiazepinlerin pandemi öncesi döneme göre anlamlı olarak daha fazla tercih edildiği saptanmıştır. Bu durum pandemi sırasında ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin genel popülasyona kıyasla daha ciddi düzeyde kaygı yaşadıklarını ve COVID-19 döneminde ruhsal hastalıkların şiddetinin arttığını belirten çalışmaları desteklemekle birlikte bulaşın yayılmasını önlemeye yönelik psikiyatri servisinde alınan kısıtlayıcı önlemlerin hastalardaki ajitasyonu ve kaygıyı arttırmasıyla da ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, pandemi döneminde anlamlı olarak daha fazla bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçların tercih edildiğini görmekteyiz. Pandeminin bağımlılığı olan bireyler üzerinde yarattığı olumsuz faktörler ve bununla ilişkili olarak hastaların daha ağır ve ek ruhsal belirtilerle yatışının olması bu durum üzerinde etkili olabilir.

Çalışmamızda, pandemi döneminde uygulanan EKT seans sayısının, pandemi öncesi döneme kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. EKT'nin elektif bir prosedür olarak kabul edilmesi ve enfeksiyon bulaşma riski bu durum üzerinde etkili olabilir. Bu durum dünya çapında pandemi döneminde EKT hizmetlerinin azaldığını belirten literatürdeki çalışmaları desteklemektedir. EKT uygulanan hasta sayıları arasında anlamlı fark olmaması noktasında, çalışmamızın üçüncü basamak bir hastanede olması

ve pandemi döneminde ruhsal hastalığı olan bireylerin patolojilerinin şiddetinin artması etkili olabilir.

Çalışmamızda, pandemi döneminde psikiyatri servisine yapılan yatışların şeklinde acil üzerinden yapılan yatışların pandemi öncesi döneme kıyasla anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Pandemi döneminin beraberinde getirdiği kısıtlayıcı koşullar, toplumda oluşan tehlike algısı ve hastaların kullandığı ilaçların raporlarının uzatılması veya çok acil olmadığı müddetçe hastanelere başvurulmaması yönündeki mesajlar gibi bulaşı önlemeye yönelik atılan adımlarla birlikte ayaktan poliklinik başvurularının ve hastaların düzenli takiplerinin azalması poliklinik üzerinden yapılan yatışların azalmasına ve acil üzerinden yapılan yatışlarının oranının artmasına sebep olmuş olabilir. Pandemi sürecinde psikiyatri servisimizdeki yatak kapasitesinin azaltılması ve yatış için gerekli endikasyonların sınırlandırılmasıyla beraber ruhsal yönden daha ciddi psikopatolojilerin yatışının yapılması ve ayaktan takip edilebilecek hastaların polikliniğimizde sık aralıklarla takip edilmesi şeklindeki tutumumuz da pandemi döneminde acilden yapılan yatışların oranının anlamlı olarak daha yüksek bulunmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda COVID-19 döneminde psikiyatri servisine yapılan yatışlar esnasında, intihar düşüncelerinin oransal olarak COVID-19 öncesine göre anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum, pandemi döneminde intihar düşüncelerinin özellikle psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmak gibi dayanıklılık açısından zayıf olan gruplarda arttığını ve COVID-19 salgını sırasında mevcut psikiyatrik rahatsızlıkların kötüleşmesinin de daha yüksek intihar düşüncesi riskiyle ilişkili olduğunu belirten literatürdeki çalışmaları desteklemektedir.

COVID-19 döneminde, psikiyatri servisine yatışı yapılan hastaların yatış öncesindeki ek ilaç gerekliliğinin COVID-19 öncesine göre daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. COVID-19 salgını sürecinde uygulanan karantina ve tecrit uygulamaları, pandemi ile ilgili belirsizlikler anksiyete, öfke, sinirlilik, intihar düşünceleri, stres ve uyku bozuklukları, saldırganlık gibi farklı psikolojik sorunlara sebep olmakla birlikte var olan psikiyatrik rahatsızlıkların alevlenmesi ile ilişkilendirilmiştir. COVID-19 döneminin özellikle ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde yarattığı olumsuz faktörler hastalarda daha şiddetli belirtilere yol açmış

olabilir. Bu durum da psikiyatri servisine yatış öncesinde daha yüksek oranda ek ilaç ihtiyacını doğurmuş olabilir.

COVID-19 döneminde yatışı olan hastalarda ek ilaç gerekliliği söz konusu olduğunda intramusküler antipsikotik ilaçların daha yüksek oranda tercih edildiği saptanmıştır. Literatürdeki pandemi sürecinin ruhsal hastalığı olan bireylerdeki semptomların şiddetini ve yoğunluğunu arttırmış olabileceği ile ilgili veriler ve oral tedaviyi reddetme durumları beraber düşünüldüğünde pandemi dönemindeki psikiyatri servisine yapılan yatışların öncesinde, intramusküler antipsikotik ilaçlar daha çok tercih edilmiş olabilir.

Çalışmamızda, COVID-19 dönemindeki psikiyatri servisindeki yatış sürelerinin COVID-19 öncesine göre daha kısa olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Azalan yatak kapasitesi, bulaş riskine yönelik alınan önlemler, psikiyatri servisine yatan ağır ruhsal hastalığa sahip olan bireylere dair bazı faktörlerle ilişkili olarak bulaşın yayılmasını önlemeye yönelik alınan korunma yöntemlerinin uygulanmasındaki zorluklar ve kimi zaman serviste yatan hastalarda COVID-19 enfeksiyon etkeninin saptanması gibi durumlar, pandemi döneminde yatış sürelerinin daha kısa olmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmamız pandemi öncesi ve sonrasında psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören hastaların tarafımızca oluşturulan veri formu çerçevesinde tanı ve tedavi süreçlerinin değerlendirilmesini ve karşılaştırılmasını incelemiş olması dolayısıyla pandeminin özellikle ağır ruhsal hastalığa sahip bireyler ve tedavi tercihleri üzerindeki etkileri hususunda literatüre katkı sağlamaktadır. Çalışmanın sonuçlarının genelleştirilebilmesi için çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca pandemi döneminin ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikopatoloji düzeyleri üzerindeki etkilerini değerlendirebilmek adına objektif veriler sağlayabilecek ölçeklerin sonraki çalışmalarda kullanılmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, pandemi döneminde psikiyatri servisine yatışı yapılan hastaların yatışlarının öncesinde veya yatışlarının olduğu dönemde COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmadıkları hakkındaki bilgilerimiz doğrultusunda her iki grup arasında yapılan karşılaştırmada bazı anlamlı farklılıklar tespit edilse de hastaların taburculuklarının yapıldıktan sonraki süreçte COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmadıkları hakkında bilginin olmaması çalışmamızın kısıtlayıcı

yönünü oluşturmuştur. Bu durum, ağır ruhsal hastalığa sahip bireyler özelinde COVID-19 hastalığına yakalanmış olmakla ilişkili risk faktörlerini ortaya çıkarmakta eksik kalmıştır. İleriki çalışmalarda bu durumun araştırılmasının literatür açısından önemli bir katkı sağlayacağı görüşündeyiz.



KAYNAKLAR

1. Köse E. Halk Sağlığı ve COVID-19. İçinde: Temelden Kliniğe COVID-19. Sakarya University Press; 2023. s. 1059-96.
2. Varol G, Tokuç B. Halk Sağlığı Boyutuyla Türkiye’de Covid-19 Pandemisinin Değerlendirmesi. Namık Kemal Tıp Dergisi. 06 Kasım 2020;
3. Aksu MH, Geniş B, Geniş Ç, Coşar B. The Effect of the New Type Coronavirus Outbreak on Quality of Life and Suicidal Thoughts in Psychiatric Patients. Turk Psikiyatri Dergisi. 01 Mart 2022;33(3):149-57.
4. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). J Trauma Stress. Şubat 2005;18(1):39-42.
5. Torales J, O’Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. C. 66, International Journal of Social Psychiatry. SAGE Publications Ltd; 2020. s. 317-20.
6. Lau JTF, Yang X, Tsui H, Kim JH. Monitoring community responses to the SARS epidemic in Hong Kong: From day 10 to day 62. C. 57, Journal of Epidemiology and Community Health. 2003. s. 864-70.
7. Holmes EA, O’Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, vd. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. C. 7, The Lancet Psychiatry. Elsevier Ltd; 2020. s. 547-60.
8. NIMH» Mental Illness [Internet]. [a.yer 02 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
9. İnce SÇ, Partlak Günüşen N. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Diyabet Yönetimi ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü [Internet]. C. 13. Erişim adresi: <http://www.deuhyoedergi.org>

10. Kavoor AR. COVID-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities. C. 51, Asian Journal of Psychiatry. Elsevier B.V.; 2020.
11. Oliveira J, Oliveira-Maia AJ, Tamouza R, Brown AS, Leboyer M. Infectious and immunogenetic factors in bipolar disorder. C. 136, Acta Psychiatrica Scandinavica. Blackwell Publishing Ltd; 2017. s. 409-23.
12. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca PM, Thomas P, Bocher R, vd. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. C. 46, L'Encephale. NLM (Medline); 2020. s. 193-201.
13. Sánchez-Guarnido AJ, Huertas P, Garcia-Solier R, Solano M, Díez B, León M, vd. Risk Factors for Relapse in People with Severe Mental Disorders during the COVID-19 Pandemic: A Multicenter Retrospective Study. Healthcare (Basel) [Internet]. 01 Ocak 2021 [a.yer 02 Eylül 2023];10(1). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35052228/>
14. Bell Jim. The Earth book from the beginning to the end of our planet, 250 milestones in the history of Earth science. Union Square & Co; 2019. 543 s.
15. Piret J, Boivin G. Pandemics Throughout History. C. 11, Frontiers in Microbiology. Frontiers Media S.A.; 2021.
16. Parıldar H. Infectious Disease Outbreaks in History. The journal of Tepecik Education and Research Hospital. 2020;
17. Tekin A. Sayı: 40, s. 330-355 Journal of Süleyman Demirel University Institute of Social Sciences Year: 2021/2. 2021.
18. Graham RL, Donaldson EF, Baric RS. A decade after SARS: Strategies for controlling emerging coronaviruses. C. 11, Nature Reviews Microbiology. 2013. s. 836-48.
19. Hasöksüz M, Kiliç S, Saraç F. Coronaviruses and sars-cov-2. C. 50, Turkish Journal of Medical Sciences. Türkiye Klinikleri; 2020. s. 549-56.
20. Berry M, Gamiieldien J, Fielding BC. Identification of new respiratory viruses in the new millennium. C. 7, Viruses. MDPI AG; 2015. s. 996-1019.

21. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, vd. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. C. 5, Nature Microbiology. Nature Research; 2020. s. 536-44.
22. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, vd. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of covid-19. C. 12, Viruses. MDPI AG; 2020.
23. Seza İnal A, Gül Duman Z, Kurtaran B. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi Archives Medical Review Journal SARS-CoV-2 Mikrobiyoloji ve Patogenez SARS-CoV-2 Microbiology and Pathogenesis. Archives Medical Review Journal. 2020;29:11-23.
24. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, vd. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. The Lancet. 22 Şubat 2020;395(10224):565-74.
25. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. C. 104, Journal of Hospital Infection. W.B. Saunders Ltd; 2020. s. 246-51.
26. Tatar B, Adar P. SARS-CoV-2: Mikrobiyoloji and Epidemiology. The journal of Tepecik Education and Research Hospital. 2020;
27. Park SE. Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2 (SARS-COV-2; Coronavirus Disease-19). C. 63, Clinical and Experimental Pediatrics. 2020. s. 119-24.
28. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. C. 55, International Journal of Antimicrobial Agents. Elsevier B.V.; 2020.
29. İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Y, İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Y, Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı E, Park Ankara Hastanesi M. COVID-19 Enfeksiyonunda Epidemiyoloji ve Korunma Epidemiology of COVID-19 and Protection Nurhayat SAYDAM. 2020;

30. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, vd. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 28 Mart 2020;395(10229):1054-62.
31. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, vd. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: A scoping review. *C. 9, Infectious Diseases of Poverty*. BioMed Central Ltd.; 2020.
32. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [a.yer 02 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://covid19.who.int/>
33. WHO. <https://covid19.who.int/region/euro/country/tr>. 2023 [a.yer 02 Eylül 2023]. Türkiye: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. Erişim adresi: <https://covid19.who.int/region/euro/country/tr>
34. Şirin H, Özkan S. COVID-19 Epidemiology: In the World and Turkey. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*. 2020;28(2):6-13.
35. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, vd. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 15 Şubat 2020;395(10223):497-506.
36. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions [Internet]. [a.yer 29 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>
37. Liu Y, Ning Z, Chen Y, Guo M, Liu Y, Gali NK, vd. Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. *Nature*. 25 Haziran 2020;582(7813):557-60.
38. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, vd. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 19 Mart 2020 [a.yer 02 Eylül

2023];382(12):1177-9.

Erişim

adresi:

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2001737>

39. Türken M, Köse Ş. COVID-19 Transmission and Prevention. The journal of Tepecik Education and Research Hospital. 2020;
40. Cevik M, Marcus JL, Buckee C, Smith TC. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (sarscov- 2) transmission dynamics should inform policy. Clinical Infectious Diseases. 01 Ağustos 2021;73:S170-6.
41. Yu P, Zhu J, Zhang Z, Han Y. A familial cluster of infection associated with the 2019 novel coronavirus indicating possible person-to-person transmission during the incubation period. Journal of Infectious Diseases. 11 Mayıs 2020;221(11):1757-61.
42. Çelik D, Köse Ş. COVID-19 in Adults: Clinical Findings. The journal of Tepecik Education and Research Hospital. 2020;
43. Oran DP, Topol EJ. The proportion of sars-cov-2 infections that are asymptomatic: A systematic review. C. 174, Annals of Internal Medicine. American College of Physicians; 2021. s. 655-62.
44. Sakurai A, Sasaki T, Kato S, Hayashi M, Tsuzuki S ichiro, Ishihara T, vd. Natural History of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. New England Journal of Medicine. 27 Ağustos 2020;383(9):885-6.
45. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. New England Journal of Medicine. 28 Mayıs 2020;382(22):2163-4.
46. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, vd. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. Sci China Life Sci. 01 Mayıs 2020;63(5):706-11.
47. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, vd. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA - Journal of the American Medical Association. 17 Mart 2020;323(11):1061-9.

48. Guan W jie, Ni Z yi, Hu Y, Liang W hua, Ou C quan, He J xing, vd. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*. 30 Nisan 2020;382(18):1708-20.
49. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment Compiled According to Clinical Experience.
50. Cohen PA, Hall LE, John JN, Rapoport AB. The Early Natural History of SARS-CoV-2 Infection: Clinical Observations From an Urban, Ambulatory COVID-19 Clinic. *C. 95, Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier Ltd; 2020. s. 1124-6.
51. Kochi AN, Tagliari AP, Forleo GB, Fassini GM, Tondo C. Cardiac and arrhythmic complications in patients with COVID-19. *C. 31, Journal of Cardiovascular Electrophysiology*. Blackwell Publishing Inc.; 2020. s. 1003-8.
52. Zhou M, Zhang X, Qu J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. *C. 14, Frontiers of Medicine*. Higher Education Press; 2020. s. 126-35.
53. Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. *Rev Neurol*. 01 Mayıs 2020;70(9):311-22.
54. Liotta EM, Batra A, Clark JR, Shlobin NA, Hoffman SC, Orban ZS, vd. Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients. *Ann Clin Transl Neurol*. 01 Kasım 2020;7(11):2221-30.
55. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, vd. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*. 21 Mayıs 2020;382(21):2005-11.
56. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, El S, vd. MMWR - Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance — United States, January 22–May 30, 2020 [Internet]. 2020. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/reporting-pui.html>.
57. Wang Bolin, Li Ruobao, Lu Zhong, Huang Yan. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19. *Aging* [Internet]. 2020 [a.yer 02 Eylül

- 2023];12(7):6049-57. Erişim adresi: [https://doi: 10.18632/aging.103000](https://doi.org/10.18632/aging.103000). Epub 2020 Apr 8.
58. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. C. 323, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2020. s. 1775-6.
 59. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, vd. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: Retrospective study. The BMJ. 26 Mart 2020;368.
 60. Tang YW, Schmitz JE, Persing DH, Stratton CW. Laboratory Diagnosis of COVID-19: Current Issues and Challenges [Internet]. 2020. Erişim adresi: www.chinamerlin.com/en/index.php?pproducts_show&id166&s_id&c_id68&
 61. Cetron M, Landwirth J. Public Health and Ethical Considerations in. YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE. 2005;78(5):329-34.
 62. Erkal E, Ses A, Aydın S, Çalışkan D. COVID-19'un Toplumda Yayılımını Önlemeye Yönelik İlaç Dışı Halk Sağlığı Önlemleri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 28 Eylül 2020;5:79-95.
 63. Yelda Özer Z, Özcan S. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi Archives Medical Review Journal Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde COVID-19 Enfeksiyonu: Korunma ve Kontrol Önerileri. Archives Medical Review Journal. 2020;29:67-72.
 64. Akarsu B, Canbay Özdemir D, Ayhan Baser D, Aksoy H, Fidancı İ, Cankurtaran M. While studies on COVID-19 vaccine is ongoing, the public's thoughts and attitudes to the future COVID-19 vaccine. Int J Clin Pract. 01 Nisan 2021;75(4).
 65. Krammer F. SARS-CoV-2 vaccines in development. C. 586, Nature. Nature Research; 2020. s. 516-27.
 66. Dayan S. COVID-19 ve Aşı. Dicle Tıp Dergisi. 01 Eylül 2021;48:98-113.

67. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, Weckx LY, Folegatti PM, Aley PK, vd. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *The Lancet*. 09 Ocak 2021;397(10269):99-111.
68. Palacios R, Patiño EG, de Oliveira Piorelli R, Conde MTRP, Batista AP, Zeng G, vd. Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Phase III Clinical Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of treating Healthcare Professionals with the Adsorbed COVID-19 (Inactivated) Vaccine Manufactured by Sinovac – PROFISCOV: A structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *C. 21, Trials*. BioMed Central Ltd; 2020.
69. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, vd. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *New England Journal of Medicine*. 04 Şubat 2021;384(5):403-16.
70. Wang TW, Gentzke AS, Neff LJ, Glidden E V., Jamal A, Park-Lee E, vd. Disposable E-Cigarette Use among U.S. Youth — An Emerging Public Health Challenge. *New England Journal of Medicine*. 22 Nisan 2021;384(16):1573-6.
71. Cron RQ, Chatham WW. The Rheumatologist's Role in COVID-19. *C. 47, Journal of Rheumatology*. *Journal of Rheumatology*; 2020. s. 639-42.
72. Gao J, Tian Z, Yang X. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *C. 14, BioScience Trends*. International Advancement Center for Medicine and Health Research Co., Ltd.; 2020.
73. Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, vd. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *Int J Antimicrob Agents*. 01 Temmuz 2020;56(1).
74. Lenzer J, York N. Covid-19: US gives emergency approval to hydroxychloroquine despite lack of evidence. *BMJ [Internet]*. 01 Nisan 2020 [a.yer 02 Eylül 2023];369:m1335. Erişim adresi: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1335>

75. Rosenberg ES, Dufort EM, Udo T, Wilberschied LA, Kumar J, Tesoriero J, vd. Association of Treatment With Hydroxychloroquine or Azithromycin With In-Hospital Mortality in Patients With COVID-19 in New York State. JAMA [Internet]. 23 Haziran 2020 [a.yer 02 Eylül 2023];323(24):2493-502. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32392282/>
76. Geleris J, Sun Y, Platt J, Zucker J, Baldwin M, Hripcsak G, vd. Observational Study of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with Covid-19. New England Journal of Medicine. 18 Haziran 2020;382(25):2411-8.
77. Güçlü E. COVID-19 Tedavi Stratejileri. İçinde: Temelden Kliniğe COVID-19. Sakarya University Press; 2023. s. 839-74.
78. Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, vd. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. C. 30, Cell Research. Springer Nature; 2020. s. 269-71.
79. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. The Lancet [Internet]. 22 Şubat 2020 [a.yer 04 Eylül 2023];395(10224):e37-8. Erişim adresi: <http://www.thelancet.com/article/S0140673620303093/fulltext>
80. Kwok KO, Li KK, Chan HHH, Yi YY, Tang A, Wei WI, vd. Community Responses during Early Phase of COVID-19 Epidemic, Hong Kong. Emerg Infect Dis [Internet]. 01 Temmuz 2020 [a.yer 04 Eylül 2023];26(7):1575-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32298227/>
81. Öcalan S, Üzar Özçetin YS. Rumination and Its Impact on Mental Health during the COVID-19 Pandemic. Journal of Education and Research in Nursing. 2020;
82. Lau JTF, Yang X, Pang E, Tsui HY, Wong E, Yun KW. SARS-related perceptions in Hong Kong. Emerg Infect Dis [Internet]. Mart 2005 [a.yer 04 Eylül 2023];11(3):417-24. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15757557/>
83. Yip PSF, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older

- adults in Hong Kong. Crisis [Internet]. 2010 [a.yer 04 Eylül 2023];31(2):86-92. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20418214/>
84. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, vd. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 01 Mart 2020 [a.yer 04 Eylül 2023];17(5). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/>
 85. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. Gen Psychiatr [Internet]. 06 Mart 2020 [a.yer 04 Eylül 2023];33(2). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32215365/>
 86. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. Asian J Psychiatr [Internet]. 01 Haziran 2020 [a.yer 04 Eylül 2023];51. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32315963/>
 87. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res [Internet]. 01 Haziran 2020 [a.yer 04 Eylül 2023];288. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32325383/>
 88. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. C. 26, Medical Science Monitor. International Scientific Information, Inc.; 2020.
 89. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. QJM [Internet]. 2020 [a.yer 04 Eylül 2023];113(10):707-12. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539153/>
 90. Çelik İnce S. Covid-19 Pandemisi ve Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yansımaları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020;235-44.

91. Köşger F. COVID-19'un Ruhsal Bozukluklara Etkisi. İçinde: Arslantaş A, Acar N, editörler. Tüm Yönleriyle COVID-19. Eskişehir: ESOGÜ Basımevi; 2021. s. 451-60.
92. Sağlam NGU, Beştepe EE, İzci F, Sarıkaya I, Usta H, Baz F. COVID-19 pandemic and individuals with severe mental illness: A comparative study of Community Mental Health Centers early experiences in COVID-19 pandemic. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2022;25(1):49-56.
93. Correa H, Malloy-Diniz LF, da Silva AG. Why psychiatric treatment must not be neglected during the COVID-19 pandemic. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. Ekim 2020;42(4):449. Erişim adresi: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/R3x6b97ptHDcM6ZcBwFFRpD/?lang=en>
94. Ćosić K, Popović S, Šarlija M, Kesedžić I. Impact of human disasters and Covid-19 pandemic on mental health: Potential of digital psychiatry. C. 32, *Psychiatria Danubina*. Medicinska Naklada Zagreb; 2020. s. 25-31.
95. Thome J, Coogan AN, Fischer M, Tucha O, Faltraco F. Challenges for mental health services during the 2020 COVID-19 outbreak in Germany. C. 74, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Blackwell Publishing; 2020. s. 407.
96. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 01 Nisan 2020 [a.yer 06 Eylül 2023];7(4):e21. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199510/>
97. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, vd. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 01 Haziran 2020 [a.yer 06 Eylül 2023];7(6):468. Erişim adresi: <https://pmc/articles/PMC7173821/>
98. Płomecka MB, Gobbi S, Neckels R, Radziński P, Skórko B, Lazzeri S, vd. Mental Health Impact of COVID-19: A global study of risk and resilience factors. *medRxiv* [Internet]. 09 Mayıs 2020 [a.yer 06 Eylül 2023];2020.05.05.20092023. Erişim adresi: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.05.20092023v1>

99. Gobbi S, Płomecka MB, Ashraf Z, Radziński P, Neckels R, Lazzeri S, vd. Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 16 Aralık 2020 [a.yer 06 Eylül 2023];11:581426. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7772353/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389615/)
100. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 global pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull*. 01 Temmuz 2020;46(4):752-7.
101. Brown E, Gray R, Lo Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, vd. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Ağustos 2020 [a.yer 06 Eylül 2023];222:79-87. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389615/>
102. Cowan HR. Is schizophrenia research relevant during the COVID-19 pandemic? *Schizophr Res* [Internet]. 01 Haziran 2020 [a.yer 06 Eylül 2023];220:271. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7129813/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389615/)
103. Hoşgelen EI, Alptekin K. COVID-19 Salgınının Şizofreni Hastalarındaki Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2021;32(3):219-21.
104. Li YC, Bai W, Cai H, Wu Y, Zhang L, Ding YH, vd. Suicidality in clinically stable bipolar disorder and schizophrenia patients during the COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry* [Internet]. 01 Aralık 2022 [a.yer 06 Eylül 2023];12(1). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35906234/>
105. Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, Hollander E, Stein DJ, Geller D, vd. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Compr Psychiatry*. 01 Temmuz 2020;100:152174.
106. Rivera RM, Carballea D. Coronavirus: A trigger for OCD and illness anxiety disorder? *Psychol Trauma* [Internet]. 2020 [a.yer 01 Kasım 2023];12(S1):S66. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32496094/>

107. Rosa-Alcázar Á, García-Hernández MD, Parada-Navas JL, Olivares-Olivares PJ, Martínez-Murillo S, Rosa-Alcázar AI. Coping strategies in obsessive-compulsive patients during Covid-19 lockdown. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 01 Mayıs 2021 [a.yer 01 Kasım 2023];21(2). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33519939/>
108. Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 01 Kasım 2020;293.
109. Nalleballe K, Reddy Onteddu S, Sharma R, Dandu V, Brown A, Jasti M, vd. Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19. *Brain Behav Immun*. 01 Ağustos 2020;88:71-4.
110. Zhou Z, Kang H, Li S, Zhao X. Understanding the neurotropic characteristics of SARS-CoV-2: from neurological manifestations of COVID-19 to potential neurotropic mechanisms. C. 267, *Journal of Neurology*. Springer; 2020. s. 2179-84.
111. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. C. 87, *Brain, Behavior, and Immunity*. Academic Press Inc.; 2020. s. 34-9.
112. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, vd. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 01 Ekim 2020;89:594-600.
113. Özel-Kızıl ET, Turan E. DELİRYUM ve DEMANS [Internet]. C. 1.Baskı. Ankara; 2017 [a.yer 03 Eylül 2023]. Erişim adresi: <https://teav.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/66746/Deliryum%20ve%20demans.pdf?sequence=1>
114. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLulich AMJ, vd. Delirium. C. 6, *Nature Reviews Disease Primers*. Nature Research; 2020.

115. Gibb K, Seeley A, Quinn T, Siddiqi N, Shenkin S, Rockwood K, vd. The consistent burden in published estimates of delirium occurrence in medical inpatients over four decades: A systematic review and meta-analysis study. C. 49, Age and Ageing. Oxford University Press; 2020. s. 352-60.
116. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. The Lancet [Internet]. 08 Mart 2014 [a.yer 03 Eylül 2023];383(9920):911-22. Erişim adresi: <http://www.thelancet.com/article/S0140673613606881/fulltext>
117. Van Munster BC, De Rooij SE. Delirium: a synthesis of current knowledge. Clinical Medicine [Internet]. 01 Mart 2014 [a.yer 03 Eylül 2023];14(2):192. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC4953293/](http://pmc/articles/PMC4953293/)
118. Yılmaz Karaman İG. COVID-19 Hastalarında Gelişen Psikiyatrik Bozukluklar. İçinde: Arslantaş A, Acar N, editörler. Tüm Yönleriyle COVID-19. 1. bs Eskişehir: ESOGÜ Basımevi; 2021. s. 461-7.
119. Pranata R, Huang I, Lim MA, Yonas E, Vania R, Kuswardhani RAT. Delirium and Mortality in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - A Systematic Review and Meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 01 Temmuz 2021 [a.yer 03 Eylül 2023];95. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33713880/>
120. Shao SC, Lai CC, Chen YH, Chen YC, Hung MJ, Liao SC. Prevalence, incidence and mortality of delirium in patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. C. 50, Age and Ageing. Oxford University Press; 2021. s. 1445-53.
121. Ticinesi A, Cerundolo N, Parise A, Nouvenne A, Prati B, Guerra A, vd. Delirium in COVID-19: epidemiology and clinical correlations in a large group of patients admitted to an academic hospital. Aging Clin Exp Res. 01 Ekim 2020;32(10):2159-66.
122. Çuvadar Y, Çuvadar A. COVID-19 ile ilişkili yoğun bakım deliryumu: Risk faktörleri, önleme ve tedavi politikaları Intensive care delirium related to COVID-19: Risk factors, prevention and treatment policies [Internet]. C. 8, Health Care Acad J • Year. 2021. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/sagakaderg>

123. Bryant RA. Acute stress disorder. Curr Opin Psychol [Internet]. 01 Nisan 2017 [a.yer 03 Eylül 2023];14:127-31. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28813311/>
124. Yılmaz Karaman İG. COVID-19 Hastalarında Gelişen Psikiyatrik Bozukluklar. İçinde: Arslantaş A, Acar N, editörler. Tüm Yönleriyle COVID-19. 1. bs ESOGÜ Basımevi; 2021. s. 461-7.
125. Taycan O. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Fenomenolojisi. İçinde: Aker AT, Taycan O, Çelik F, editörler. Travma ve Stresörlerle İlişkili Bozukluklar. 1. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. s. 1-35.
126. Chang MC, Park D. Incidence of Post-Traumatic Stress Disorder After Coronavirus Disease. Healthcare (Basel) [Internet]. 2020 [a.yer 04 Eylül 2023];8(4). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33008081/>
127. Matalon N, Dorman-İlan S, Hasson-Ohayon I, Hertz-Palmor N, Shani S, Basel D, vd. Trajectories of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression in hospitalized COVID-19 patients: A one-month follow-up. J Psychosom Res [Internet]. 01 Nisan 2021 [a.yer 04 Eylül 2023];143:110399. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7885629/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33008081/)
128. Erol A, Kılıçaslan EE. Şizofrenide Belirti Örüntüsü, Klinik ve Seyir. İçinde: Esen Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S, editörler. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. s. 13-28.
129. Çam Çelikel F. Kısa Psikotik ve Şizofreniform Bozukluk . İçinde: Esen Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S, editörler. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. s. 208-19.
130. Goldstein JM, Buka SL, Seidman LJ, Tsuang MT. Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design. Arch Gen Psychiatry [Internet]. Mayıs 2010 [a.yer 13 Eylül 2023];67(5):458-67. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439827/>

131. Castagnini A, Foldager L. Variations in incidence and age of onset of acute and transient psychotic disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. Aralık 2013 [a.yer 13 Eylül 2023];48(12):1917-22. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23783414/>
132. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiol Rev [Internet]. Kasım 2008 [a.yer 10 Eylül 2023];30(1):67-76. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18480098/>
133. Taşkin Uyan T, Köroğlu A, Hocaoglu Ç. Şizofreni: Etiyoloji, Tanı ve Tedavi Yaklaşımlarında Güncel Durum Şizofreni: Güncel Durum. C. 10, ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023.
134. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2011 [a.yer 12 Eylül 2023];22(1):40-52. Erişim adresi: <https://psycnet.apa.org/record/2011-05628-006>
135. Kırılı U, Binbay T. Psikoz ve Şizofreni Epidemiyolojisi. İçinde: Esen Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S, editörler. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. s. 29-50.
136. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 01 Haziran 2003 [a.yer 12 Eylül 2023];60(6):565-71. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12796219/>
137. Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Aksu Tanık F, vd. Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia and Disorders with Psychotic Symptoms in the General Population of Izmir, Turkey 2. Turkish Journal of Psychiatry. 2012;
138. Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. Can J Psychiatry [Internet]. 1991 [a.yer 12 Eylül 2023];36(4):239-45. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1868416/>

139. Bombin I, Arango C, Buchanan RW. Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia: two decades later. *Schizophr Bull* [Internet]. Ekim 2005 [a.yer 12 Eylül 2023];31(4):962-77. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15958818/>
140. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 4. bs. Cambridge University Press; 2013. 79-128 s.
141. Crawford P, Go K V. Schizophrenia. *Am Fam Physician* [Internet]. Ekim 2022 [a.yer 12 Eylül 2023];106(4):388-96. Erişim adresi: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/1000/schizophrenia.html>
142. Saka MC. Şizofrenide İlaç Tedavileri. İçinde: Esen Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S, editörler. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. 2. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. s. 389-410.
143. Correll CU, Citrome L, Haddad PM, Lauriello J, Olfson M, Calloway SM, vd. The Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Schizophrenia: Evaluating the Evidence. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2016 [a.yer 13 Eylül 2023];77(suppl 3):3-24. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27732772/>
144. Dold M, Leucht S. Pharmacotherapy of treatment-resistant schizophrenia: a clinical perspective. *Evid Based Ment Health* [Internet]. 2014 [a.yer 12 Eylül 2023];17(2):33-7. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24713315/>
145. Miyamoto S, Fredrik Jarskog L, Wolfgang Fleischhacker W. New therapeutic approaches for treatment-resistant schizophrenia: a look to the future. *J Psychiatr Res* [Internet]. 01 Kasım 2014 [a.yer 12 Eylül 2023];58:1-6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25070124/>
146. Karadağ F, Oral ET. Genel Klinik Bilgi – Duygudurum Bozuklukları – Şizoaffektif Bozukluk | FARMAKOPSİKİYATRİ – Prof. Dr. M. Emin Ceylan [Internet]. [a.yer 14 Eylül 2023]. Erişim adresi: <http://farmakopsikiyatri.com/genel-klinik-bilgi/genel-klinik-bilgi->

duygudurum-bozukluklari/genel-klinik-bilgi-duygudurum-bozukluklari-sizoaftif-bozukluk/

147. Esen-Danacı A, Balıkçı K, Aydın O. Şizoaftif Bozukluk. İçinde: Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S, editörler. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 2. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. s. 220-39.
148. Erlenmeyer-Kimling L, Adamo UH, Rock D, Roberts SA, Bassett AS, Squires-Wheeler E, vd. The New York High-Risk Project. Prevalence and comorbidity of axis I disorders in offspring of schizophrenic parents at 25-year follow-up. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1997 [a.yer 26 Ekim 2023];54(12):1096-102. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9400345/>
149. Marneros A. The schizoaffective phenomenon: the state of the art. Acta Psychiatr Scand Suppl [Internet]. 2003 [a.yer 26 Ekim 2023];108(418):29-33. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12956811/>
150. Scully PJ, Owens JM, Kinsella A, Waddington JL. Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: Small area variation in rate. Schizophr Res [Internet]. 01 Nisan 2004 [a.yer 26 Ekim 2023];67(2-3):143-55. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14984873/>
151. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2008 [a.yer 26 Ekim 2023];4(6):1089-109. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19337453/>
152. Marneros A, Deister A, Rohde A. Psychopathological and social status of patients with affective, schizophrenic and schizoaffective disorders after long-term course. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1990 [a.yer 26 Ekim 2023];82(5):352-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2281805/>
153. Lenz G, Simhandl C, Thau K, Berner P, Gabriel E. Temporal stability of diagnostic criteria for functional psychoses. Results from the Vienna follow-up

- study. Psychopathology [Internet]. 1991 [a.yer 26 Ekim 2023];24(5):328-35. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1784709/>
154. Padhy S, Hedge A. Şizoafektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durumu. Türk Psikiyatri Dergisi. 2015;26(2):131-7.
 155. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, Leckman JF, Sceery W, vd. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1982 [a.yer 27 Ekim 2023];39(10):1157-67. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7125846/>
 156. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, O'Hare A, Spellman M, Walsh D. The Roscommon Family Study. I. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1993 [a.yer 27 Ekim 2023];50(7):527-40. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8317947/>
 157. Bertelsen A, Gottesman II. Schizoaffective psychoses: genetical clues to classification. Am J Med Genet [Internet]. 1995 [a.yer 27 Ekim 2023];60(1):7-11. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7485238/>
 158. Jäger M, Haack S, Becker T, Frasch K. Schizoaffective disorder--an ongoing challenge for psychiatric nosology. Eur Psychiatry [Internet]. Nisan 2011 [a.yer 27 Ekim 2023];26(3):159-65. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20646917/>
 159. Malhi GS, Green M, Fagiolini A, Peselow ED, Kumari V. Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. Bipolar Disord [Internet]. Şubat 2008 [a.yer 27 Ekim 2023];10(1 Pt 2):215-30. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18199238/>
 160. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]. 2008;4(6):1089-109. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19337453/>

161. Yeloğlu ÇH. ÖNEMLİ BİR RUH SAĞLIĞI SORUNU: BİPOLAR BOZUKLUK. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 01 Haziran 2017;41-41.
162. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, vd. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry [Internet]. Mayıs 2007 [a.yer 20 Ekim 2023];64(5):543-52. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17485606/>
163. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. J Affect Disord [Internet]. Ocak 2003 [a.yer 20 Ekim 2023];73(1-2):123-31. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12507745/>
164. Begley CE, Annegers JF, Swann AC, Lewis C, Coan S, Schnapp WB, vd. The lifetime cost of bipolar disorder in the US: an estimate for new cases in 1998. Pharmacoeconomics [Internet]. 2001 [a.yer 20 Ekim 2023];19(5 Pt 1):483-95. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11465308/>
165. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, vd. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry [Internet]. Mart 2011 [a.yer 20 Ekim 2023];68(3):241-51. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21383262/>
166. Diflorio A, Jones I. Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. Int Rev Psychiatry [Internet]. Ekim 2010 [a.yer 20 Ekim 2023];22(5):437-52. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21047158/>
167. Hirschfeld RMA, Vornik LA. Perceptions and Impact of Bipolar Disorder: How Far Have We Really Come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 Survey of Individuals With Bipolar Disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 15 Şubat 2003 [a.yer 20 Ekim 2023];64(2):14089.

Erişim adresi: <https://www.psychiatrist.com/jcp/perceptions-impact-bipolar-disorder-far-really-results>

168. Gultekin B, Kesebir S, Tamam L. Bipolar disorder in Turkey: A review. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2014;6(3):1.
169. Subramaniam H, Dennis MS, Byrne EJ. The role of vascular risk factors in late onset bipolar disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. Ağustos 2007 [a.yer 21 Ekim 2023];22(8):733-7. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17146839/>
170. Almeida OP, Fenner S. Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. *Int Psychogeriatr* [Internet]. Eylül 2002 [a.yer 21 Ekim 2023];14(3):311-22. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12475092/>
171. Kesebir S, Şayakçi S, Süner Ö. Comparison of bipolar patients with and without late onset. *Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2012;25(3):244-51.
172. Sigitova E, Fišar Z, Hroudová J, Cikánková T, Raboch J. Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 01 Şubat 2017 [a.yer 21 Ekim 2023];71(2):77-103. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27800654/>
173. Uher R. Gene-environment interactions in severe mental illness. *Front Psychiatry* [Internet]. 2014 [a.yer 21 Ekim 2023];5(MAY). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24860514/>
174. Öztürk MO, Uluşahin NA. Duygudurum Bozuklukları. İçinde: Öztürk MO, Uluşahin NA, editörler. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 15. bs Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 2018. s. 261-333.
175. Krüger S, Young LT, Bräunig P. Pharmacotherapy of bipolar mixed states. *Bipolar Disord* [Internet]. Haziran 2005 [a.yer 22 Ekim 2023];7(3):205-15. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15898959/>

176. Reinares M, Del Mar Bonnín C, Hidalgo-Mazzei D, Undurraga J, Mur M, Nieto E, vd. Making sense of DSM-5 mania with depressive features. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 04 Haziran 2015 [a.yer 23 Ekim 2023];49(6):540-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25943979/>
177. Hantouche EG, Akiskal HS, Azorin JM, Châtenet-Duchêne L, Lancrénon S. Clinical and psychometric characterization of depression in mixed mania: a report from the French National Cohort of 1090 manic patients. *J Affect Disord* [Internet]. Aralık 2006 [a.yer 22 Ekim 2023];96(3):225-32. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16427703/>
178. Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J Affect Disord* [Internet]. Aralık 2006 [a.yer 22 Ekim 2023];96(3):215-23. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16427134/>
179. Dailey MW, Saadabadi A. Mania. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition* [Internet]. 17 Temmuz 2023 [a.yer 21 Ekim 2023];484-9. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493168/>
180. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, Leverich GS, Nolen WA. Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2003 [a.yer 21 Ekim 2023];64(12):1483-94. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14728111/>
181. Kesebir S, İnanç L, Yıldırım G. Bipolar Bozukluk Tip I ile Tip II'nin Depresyon Atakları Arasındaki Farklılıklar. *Current Approaches in Psychiatry* [Internet]. 01 Eylül 2013 [a.yer 21 Ekim 2023];5(3):290-8. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/pgy/issue/11149/133335>
182. Gültekin BK, Kökcü F, Günderci A, Özcan ME, Balcı MV, Gedikbaş C. Duygudurum bozukluğu tanısı ile yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri: Bir ön bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* [Internet]. 2008

- [a.yer 21 Ekim 2023];18(3):183-8. Erişim adresi: <http://search/yayin/detay/85533>
183. Akkaya C, Altin M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, vd. Sociodemographic and clinical features of patients with bipolar I disorder in Turkey-HOME study. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni [Internet]. 2012 [a.yer 21 Ekim 2023];22(1):31-42. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/278871543_Sociodemographic_and_Clinical_Features_of_Patients_with_Bipolar_I_Disorder_in_Turkey-HOME_Study
 184. Rothschild AJ. Challenges in the treatment of depression with psychotic features. Biol Psychiatry [Internet]. 15 Nisan 2003 [a.yer 21 Ekim 2023];53(8):680-90. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12706954/>
 185. Tütüncü R, Örsel S, Özbay MH. Bipolar Bozukluk Başlangıç Yaşının Klinik ve Gidiş Özellikleri ile İlişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2007;10:63-8.
 186. Özer S, Ulusahin A, Saka MC. Bipolar bozukluk bir yıllık izlem çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2001 [a.yer 21 Ekim 2023];12(4):283-92. Erişim adresi: <http://search/yayin/detay/16000>
 187. Arat Çelik HE, Özerdem A. Hipomanik/Manik Dönemin Sağaltımı. İçinde: Kora K, Şentürk Cankorur V, Yumru M, Ceylan D, editörler. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. 3. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2022. s. 19-32.
 188. Fountoulakis KN, Kontis D, Gonda X, Siamouli M, Yatham LN. Treatment of mixed bipolar states. Int J Neuropsychopharmacol [Internet]. Ağustos 2012 [a.yer 23 Ekim 2023];15(7):1015-26. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22217434/>
 189. Curtin F, Schulz P. Clonazepam and lorazepam in acute mania: A Bayesian meta-analysis. J Affect Disord [Internet]. 2004 [a.yer 22 Ekim 2023];78(3):201-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15013244/>

190. Zhang J, Wang G, Yang X, Gao K. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy plus medication versus medication alone in acute mania: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Ağustos 2021 [a.yer 22 Ekim 2023];302. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34058715/>
191. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* [Internet]. Mayıs 2004 [a.yer 05 Eylül 2023];184(MAY):386-92. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15123501/>
192. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016;6(1).
193. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, vd. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* [Internet]. 26 Temmuz 2011 [a.yer 06 Eylül 2023];9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21791035/>
194. Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, vd. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clin Ther* [Internet]. Nisan 2013 [a.yer 06 Eylül 2023];35(4):512-22. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23490291/>
195. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, vd. The prevalence of depressive symptoms, anxiety symptoms and sleep disturbance in higher education students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Temmuz 2021 [a.yer 06 Eylül 2023];301. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33984824/>
196. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, vd. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 15 Eylül 2016 [a.yer 05 Eylül 2023];2. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27629598/>

197. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]. 01 Mart 2003 [a.yer 05 Eylül 2023];58(3):249-65. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12634292/>
198. Memiş ÇÖ. Hafif Şiddette Depresyon Sağaltımı . İçinde: Altınbaş K, Akdeniz F, Bozkurt A, editörler. Depresyon Sağaltım Kitabı . 1. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021. s. 15-31.
199. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. bs. Öztürk MO, Uluşahin NA, editörler. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 2018.
200. Rynn MA, Brawman-Mintzer O. Generalized anxiety disorder: Acute and chronic treatment. CNS Spectr [Internet]. 2004 [a.yer 23 Ekim 2023];9(10):716-23. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/8265887_Generalized_Anxiety_Disorder_Acute_and_Chronic_Treatment
201. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, Stip E, Samad MA, Ahbabi A Al. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. Middle East Current Psychiatry [Internet]. 01 Aralık 2023 [a.yer 23 Ekim 2023];30(1):1-11. Erişim adresi: <https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-023-00315-3>
202. Çıtak S. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Yaklaşımları: Psikoterapi ve Farmakoterapi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular [Internet]. 2018 [a.yer 24 Ekim 2023];9(3):141-9. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-anksiyete-bozukluklarinda-tedavi-yaklasimlari-psikoterapi-ve-farmakoterapi-82166.html>
203. Mehmet Berk Y. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ VE YENİ KUŞAK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ. [İstanbul]: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü ; 2022.
204. Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Sareen J. Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: findings from a nationally representative survey. World Psychiatry [Internet]. 01 Şubat 2015 [a.yer 23

- Ekim 2023];14(1):74-81. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25655161/>
205. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry [Internet]. Mayıs 2010 [a.yer 23 Ekim 2023];67(5):489-96. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20439830/>
206. Wittchen H, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. Journal of Clinical Psychiatry. 2001;
207. Krasucki C, Howard R, Mann A. The relationship between anxiety disorders and age. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 01 Şubat 1998 [a.yer 23 Ekim 2023];13(2):79-99. Erişim adresi: <https://europepmc.org/article/med/9526178>
208. Trollor JN, Anderson TM, Sachdev PS, Brodaty H, Andrews G. Prevalence of mental disorders in the elderly: the Australian National Mental Health and Well-Being Survey. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2007 [a.yer 23 Ekim 2023];15(6):455-66. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17545446/>
209. Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJH, Van Balkom AJLM, Smit JH, De Beurs E, vd. Anxiety disorders in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 01 Ekim 1998 [a.yer 23 Ekim 2023];13(10):717-26. Erişim adresi:
<https://researchinformation.amsterdamumc.org/en/publications/anxiety-disorders-in-later-life-a-report-from-the-longitudinal-ag>
210. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. J Clin Psychiatry [Internet]. 01 Ocak 2002 [a.yer 23 Ekim 2023];63 Suppl 8(SUPPL. 8):24-34. Erişim adresi:
<https://europepmc.org/article/med/12044105>
211. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, vd. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized

- Anxiety Disorder Across the Globe. JAMA Psychiatry [Internet]. 01 Mayıs 2017 [a.yer 23 Ekim 2023];74(5):465-75. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28297020/>
212. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç, Aile Ç, Merkezi S, vd. The Prevalence of Psychiatric Disorders Distribution of Subjects Gender and its Relationship with Psychiatric Help-Seeking.
213. Panic Disorder [Internet]. [a.yer 23 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/panic-disorder>
214. Medscape Registration [Internet]. [a.yer 23 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://emedicine.medscape.com/article/287913-overview?form=fpf>
215. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, vd. The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1997 [a.yer 23 Ekim 2023];54(4):305-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9107146/>
216. Medscape Registration [Internet]. [a.yer 23 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://emedicine.medscape.com/article/287913-overview?form=fpf>
217. Crowe RR, Noyes R. Panic disorder and agoraphobia. Dis Mon [Internet]. 1986 [a.yer 23 Ekim 2023];32(7):389-444. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3638206/>
218. Social Anxiety Disorder [Internet]. [a.yer 23 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/social-anxiety-disorder>
219. Creswell C, Sasagawa S. Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, Manifestation and Intervention Strategies [Internet]. 01 Ocak 2015 [a.yer 24 Ekim 2023];39-70. Erişim adresi: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-16703-9_3
220. Karamustafalıoğlu O, Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ş, Kliniği Şefi P, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital. 2011;2(2):45.

221. Papadopoulos RK. Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. Eur J Psychother Couns. Eylül 2007;9(3):301-12.
222. Uslu B. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisinde Bütüncül Bir Yaklaşım: Sirkadiyen Ritimler, Uyku ve Yeme Bozuklukları. Turkey Journal of Integrative Psychotherapy [Internet]. 01 Temmuz 2021 [a.yer 04 Eylül 2023];4(8):1-13. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/bpd/issue/63116/958635>
223. Lotfi S, Başcılar M, Lotfi S, Başcılar M. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Sosyal Hizmet. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [Internet]. 30 Aralık 2017 [a.yer 04 Eylül 2023];3(3):275-86. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/igusabder/issue/32050/343152>
224. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, vd. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry [Internet]. 01 Şubat 2015 [a.yer 04 Eylül 2023];206(2):93-100. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25644881/>
225. Warner CH, Warner CM, Appenzeller GN, Hoge CW. Identifying and Managing Posttraumatic Stress Disorder [Internet]. C. 88. 2013. Erişim adresi: www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician827
226. Davidson J, Stein DJ, Rothbaum BO, Pedersen R, Szumski A, Baldwin DS. Resilience as a predictor of treatment response in patients with posttraumatic stress disorder treated with venlafaxine extended release or placebo. J Psychopharmacol [Internet]. Haziran 2012 [a.yer 04 Eylül 2023];26(6):778-83. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21926426/>
227. Bernardy NC, Friedman MJ. Psychopharmacological strategies in the management of posttraumatic stress disorder (PTSD): what have we learned? Curr Psychiatry Rep [Internet]. 01 Nisan 2015 [a.yer 04 Eylül 2023];17(4):564-564. Erişim adresi: <https://europepmc.org/article/med/25749751>
228. Friedman MJ, Bernardy NC. Considering future pharmacotherapy for PTSD. Neurosci Lett [Internet]. 10 Mayıs 2017 [a.yer 04 Eylül 2023];649:181-5. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27890743/>

229. Kirkpatrick H, Heller G. Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 01 Ocak 2014 [a.yer 04 Eylül 2023];47(4):337-46. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25084856/>
230. Weber SR, Wehr AM, Duchemin AM. Prevalence of antipsychotic prescriptions among patients with anxiety disorders treated in inpatient and outpatient psychiatric settings. *J Affect Disord* [Internet]. 01 Şubat 2016 [a.yer 04 Eylül 2023];191:292-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26688499/>
231. Shubina I. Cognitive-behavioral Therapy of Patients with Ptsd: Literature Review. *Procedia Soc Behav Sci*. 06 Ocak 2015;165:208-16.
232. Kar N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2011 [a.yer 04 Eylül 2023];7(1):167. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC3083990/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26688499/)
233. Beşiroğlu L. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. İçinde: Tükel R, Demet MM, editörler. *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. 2. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021. s. 1-19.
234. Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*. 01 Haziran 2007;6(6):225-8.
235. Yılmaz B. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences* Temmuz. 2018 Tem.
236. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Farmakoterapisi. İçinde: Tükel R, Demet MM, editörler. *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. 2. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021. s. 63-85.
237. Fineberg NA, Brown A, Reghunandanan S, Pampaloni I. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. Eylül 2012 [a.yer 05 Eylül 2023];15(8):1173-91. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22226028/>

238. Oralkan FZ, Karaaziz M. Obsesif Kompulsif Bozukluğu ve Bdt Terapisi Üzerine Sistemik Bir Derleme. SOCIAL SCIENCES STUDIES JOURNAL (SSSJJournal) [Internet]. 16 Temmuz 2023 [a.yer 05 Eylül 2023];9(112):7223-9. Erişim adresi: https://sssjournal.com/?mod=makale_tr_ozet&makale_id=70401
239. Aldemir E, Gönül AS. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunun Nörobiyolojisi. İçinde: Evren C, editör. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. 1. bs Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. s. 1-12.
240. Ulaş H, Alptekin K, Gültekin Kadri B, Sar V, Akvardar Y, Binbay T, vd. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2014 [a.yer 25 Ekim 2023];25(4):264-81. Erişim adresi: <http://search/yayin/detay/165986>
241. Koç A, Ensari H, İzzet B, Ruh B, Ve S, Hastanesi H. Alkol Bağımlılığı olan Hastalarda Komorbid Psikiyatrik Tanı ve Klinik Parametreler ile İlişkisi Comorbid Psychiatric Diagnosis and its Relationship with Clinical Parameters in Patients with Alcohol Addiction.
242. Demir B, Özsoy F. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastalarda laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi [Internet]. 15 Aralık 2021 [a.yer 25 Ekim 2023];31(4):360-4. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/geneltip/issue/66219/1036575>
243. Uluğ B, Öztürk MO. Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. İçinde: Öztürk MO, Uluşahin NA, editörler. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. bs Ankara; 2018. s. 511-54.
244. Babor TF. The Classification of Alcoholics: Typology Theories From the 19th Century to the Present. Alcohol Health Res World [Internet]. 1996 [a.yer 27 Ekim 2023];20(1):6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6876530/>
245. Güleç G. Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. 2016 [a.yer 27 Ekim 2023]; Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/310614034>

246. Chughtai K, Javed S, Kiani S. Substance Abuse: From Abstinence to Relapse. Life and Science [Internet]. 14 Nisan 2020 [a.yer 27 Ekim 2023];1(2):4. Erişim adresi: <http://lifescience.org/2020/04/14/substance-abuse-from-abstinence-to-relapse/>
247. Gündüz Türkeş S, Buz S. A Research on the Treatment Processes and Post-discharge Requirements of Individuals with Alcohol/Substance Use Disorder: Ankara AMATEM Case. Journal of Society & Social Work. 2022;33(2):437-62.
248. Tripathi R, Singh S, Bhad R. The need, scope, challenges, and potential solutions for enhancing addiction psychiatry training in India. Indian J Psychiatry [Internet]. 01 Kasım 2020 [a.yer 27 Ekim 2023];62(6):728. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33052883/>
249. Stone J, Hoffman GJ. Medicare Hospital Readmissions: Issues, Policy Options and PPACA. CRS Report for Congress [Internet]. 2010 [a.yer 01 Kasım 2023]; Erişim adresi: www.crs.gov
250. Kaya S, Güven GS, Aydan S. Hastanelere Yeniden Yatış Hızlarının Değerlendirilmesi: İç Hastalıkları Servislerinde Yapılan Bir Prospektif Kohort Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi [Internet]. 30 Mart 2018 [a.yer 01 Kasım 2023];21(1):127-50. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/39659/469570>
251. Alptekin K, Ucok A, Ayer A, Unal A, Erol A, Ensari H, vd. Treatment Guidelines for Patients with Schizophrenia or Psychotic Disorder who are Hospitalized in a Psychiatry Clinic. Bulletin of Clinical Psychopharmacology [Internet]. 2014 [a.yer 01 Kasım 2023];24(3):24. Erişim adresi: www.psikofarmakoloji.org
252. Arango C. Lessons Learned From the Coronavirus Health Crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 Has Changed Our Lives in the Last 2 Weeks. Biol Psychiatry [Internet]. 10 Ekim 2020 [a.yer 01 Kasım 2023];88(7):e33. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33052883/>
253. Percudani M, Corradin M, Moreno M, Indelicato A, Vita A. Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak. Psychiatry Res [Internet].

- 01 Haziran 2020 [a.yer 01 Kasım 2023];288. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32315881/>
254. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, vd. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 01 Eylül 2020 [a.yer 01 Kasım 2023];7(9):813. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7365642/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32315881/)
255. Goldman ML, Druss BG, Horvitz-Lennon M, Norquist GS, Ptakowski KK, Brinkley A, vd. Mental Health Policy in the Era of COVID-19. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2020 [a.yer 01 Kasım 2023];71(11):1158-62. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32517639/>
256. Pinals DA, Hepburn B, Parks J, Stephenson AH. The Behavioral Health System and Its Response to COVID-19: A Snapshot Perspective. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2020 [a.yer 01 Kasım 2023];71(10):1070-4. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32781926/>
257. Aksu MH, Geniş B, Geniş Ç, Coşar B. Yeni Tıp Koronavirüs Salgınının Psikiyatrik Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İntihar Düşüncelerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* [Internet]. 2022 [a.yer 06 Kasım 2023];33(3). Erişim adresi: <https://doi.org/10.5080/u26525MHA>:<https://orcid.org/0000-0003-2930-5337>,BG:<https://orcid.org/0000-0001-8541-7670>,ÇG:<https://orcid.org/0000-0003-2244-1547>,BC:<https://orcid.org/0000-0002-6422-499X>
258. Arya S, Gupta R. COVID-19 outbreak: Challenges for Addiction services in India. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 01 Haziran 2020 [a.yer 13 Kasım 2023];51. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32315968/>
259. Kazan Kızılkurt Ö, Dilbaz N. COVID-19 Pandemisinde Bağımlılık. *Türkiye Klinikleri COVID - 19* [Internet]. 2020 [a.yer 13 Kasım 2023];1(13):59-65. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-covid-19-pandemisinde-bagimlilik-88827.html>
260. Ornell F, Moura HF, Scherer JN, Pechansky F, Kessler FHP, von Diemen L. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for

- prevention and treatment. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Temmuz 2020 [a.yer 13 Kasım 2023];289. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32405115/>
261. Arpacıoğlu S, Ünübol B. Investigation of Changes in Alcohol-Smoking Usage and Related Situations in the Coronavirus Outbreak. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*. 2020;2(3):128-66.
 262. Roberts A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, vd. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 01 Aralık 2021;229:109150.
 263. Fairbairn CE, Sayette MA. A social-attributional analysis of alcohol response. *Psychol Bull*. 2014;140(5):1361-82.
 264. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*. 01 Mayıs 2020;5(5):e259.
 265. Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CDH, vd. Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 01 Mayıs 2020 [a.yer 13 Kasım 2023];39(4):301-4. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dar.13074>
 266. Hoyer C, Ebert A, Szabo K, Platten M, Meyer-Lindenberg A, Kranaster L. Decreased utilization of mental health emergency service during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 01 Mart 2021 [a.yer 15 Kasım 2023];271(2):377. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7282463/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33076794/)
 267. Abbas MJ, Kronenberg G, McBride M, Chari D, Alam F, Mukaetova-Ladinska E, vd. The Early Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care Mental Health Services. *Psychiatr Serv* [Internet]. 01 Mart 2021 [a.yer 15 Kasım 2023];72(3):242-6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33076794/>
 268. Chen S, Jones PB, Underwood BR, Moore A, Bullmore ET, Banerjee S, vd. The early impact of COVID-19 on mental health and community physical health services and their patients' mortality in Cambridgeshire and Peterborough, UK. *J Psychiatr Res* [Internet]. 01 Aralık 2020 [a.yer 15 Kasım 2023];131:244-54. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035957/>

269. Tromans S, Chester V, Harrison H, Pankhania P, Booth H, Chakraborty N. Patterns of use of secondary mental health services before and during COVID-19 lockdown: observational study. *BJPsych Open* [Internet]. Kasım 2020 [a.yer 14 Kasım 2023];6(6). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33040771/>
270. Zielasek J, Vrinssen J, Gouzoulis-Mayfrank E. Utilization of Inpatient Mental Health Care in the Rhineland During the COVID-19 Pandemic. *Front Public Health*. 30 Nisan 2021;9:593307.
271. Kırılı U, Binbay T, Elbi H, Alptekin K. COVID-19 pandemisi ve psikotik belirtiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* [Internet]. 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];23(1):81-5. Erişim adresi: <http://search.yayin/detay/425436>
272. Fierini F, Moretti D, Ballerini A. Psychosis spectrum disorders during and after the COVID-19 pandemic: Warning signs of “stress incubation”. *Psychiatry Res* [Internet]. 11 Temmuz 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];291:113291-113291. Erişim adresi: <https://europepmc.org/articles/PMC7352105>
273. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, vd. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 01 Temmuz 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];7(7):611-27. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437679/>
274. Valdés-Florido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-Facorro B, vd. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 01 Nisan 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];13(2):90-4. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389516/>
275. Ovejero S, Baca-García E, Barrigón ML. Coronavirus infection as a novel delusional topic. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Ağustos 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];222:541-2. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404258/>

276. Bernard-Valnet R, Pizzarotti B, Anichini A, Demars Y, Russo E, Schmidhauser M, vd. Two patients with acute meningoencephalitis concomitant with SARS-CoV-2 infection. *Eur J Neurol* [Internet]. 01 Eylül 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];27(9):e43-4. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32383343/>
277. Valdés-Florido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Garrido-Torres N, Álvarez-Gil P, Martínez-Molina I, vd. Clinical characterization of brief psychotic disorders triggered by the COVID-19 pandemic: a multicenter observational study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 01 Şubat 2022 [a.yer 16 Kasım 2023];272(1):5-15. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-021-01256-w>
278. Parra A, Juanes A, Losada CP, Álvarez-Sesmero S, Santana VD, Martí I, vd. Psychotic symptoms in COVID-19 patients. A retrospective descriptive study. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Eylül 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];291. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32603930/>
279. Brown E, Gray R, Monaco S Lo, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, vd. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res* [Internet]. Ekim 2020;222:79-87. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389615/>
280. Zandifar A, Badrfam R. COVID-19: Considering the prevalence of schizophrenia in the coming decades. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Haziran 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];288:112982. Erişim adresi: </pmc/articles/PMC7130907/>
281. Zheng Y, Xiao L, Xie Y, Wang H, Wang G. Prevalence and Characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder Among Urban Residents in Wuhan During the Stage of Regular Control of Coronavirus Disease-19 Epidemic. *Front Psychiatry*. 16 Aralık 2020;11:594167.
282. Linde ES, Varga T V., Clotworthy A. Obsessive-Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic—A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 25 Mart 2022;13:806872.

283. Bahçecioğlu Turan G, Köse S, Aksoy M. Analysis of nursing students' obsessive and coping behaviors during the COVID-19 pandemic. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 01 Ekim 2021 [a.yer 17 Kasım 2023];57(4):1628-36. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ppc.12728>
284. Darvishi E, Golestan S, Demehri F, Jamalnia S. A Cross-Sectional Study on Cognitive Errors and Obsessive-Compulsive Disorders among Young People During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019. *Act Nerv Super* (2007) [Internet]. 01 Aralık 2020 [a.yer 17 Kasım 2023];62(4):137. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7602764/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32980595/)
285. Juan Y, Yuanyuan C, Qiuxiang Y, Cong L, Xiaofeng L, Yundong Z, vd. Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Compr Psychiatry* [Internet]. 01 Kasım 2020 [a.yer 17 Kasım 2023];103. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32980595/>
286. Banerjee DD. The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Haziran 2020 [a.yer 17 Kasım 2023];288:112966. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7151248/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32980595/)
287. Shafran R, Coughtrey A, Whittal M. Recognising and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 01 Temmuz 2020 [a.yer 16 Kasım 2023];7(7):570-2. Erişim adresi: <http://www.thelancet.com/article/S2215036620302224/fulltext>
288. Kuckertz JM, Van Kirk N, Alperovitz D, Nota JA, Falkenstein MJ, Schreck M, vd. Ahead of the Curve: Responses From Patients in Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder to Coronavirus Disease 2019. *Front Psychol*. 27 Ekim 2020;11:572153.
289. Jelinek L, Moritz S, Miegel F, Voderholzer U. Obsessive-compulsive disorder during COVID-19: Turning a problem into an opportunity? *J Anxiety Disord*. 01 Ocak 2021;77:102329.
290. Samuels J, Holingue C, Nestadt PS, Bienvenu OJ, Phan P, Nestadt G. Contamination-related behaviors, obsessions, and compulsions during the

- COVID-19 pandemic in a United States population sample. *J Psychiatr Res.* 01 Haziran 2021;138:155-62.
291. Davide P, Andrea P, Martina O, Escelsior A, Davide D, Mario A. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Res.* 01 Eylül 2020;291:113213.
 292. Samuels J, Holingue C, Nestadt PS, Bienvenu OJ, Phan P, Nestadt G. Contamination-related behaviors, obsessions, and compulsions during the COVID-19 pandemic in a United States population sample. *J Psychiatr Res.* 01 Haziran 2021;138:155-62.
 293. Wheaton MG, Ward HE, Silber A, McIngvale E, Björgvinsson T. How is the COVID-19 pandemic affecting individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms? *J Anxiety Disord.* 01 Haziran 2021;81:102410.
 294. Okutucu FT, Ceyhun HA. Obsessive-Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic Process: A Narrative Review. *Eurasian J Med* [Internet]. 01 Aralık 2022 [a.yer 16 Kasım 2023];54(Suppl1):S77-90. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36655450/>
 295. Knowles KA, Olatunji BO. Anxiety and safety behavior usage during the COVID-19 pandemic: The prospective role of contamination fear. *J Anxiety Disord.* 01 Ocak 2021;77:102323.
 296. Jiang R. Knowledge, attitudes and mental health of university students during the COVID-19 pandemic in China. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 01 Aralık 2020 [a.yer 17 Kasım 2023];119. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518860/>
 297. Abba-Aji A, Li D, Hrabok M, Shalaby R, Gusnowski A, Vuong W, vd. COVID-19 Pandemic and Mental Health: Prevalence and Correlates of New-Onset Obsessive-Compulsive Symptoms in a Canadian Province. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 01 Ekim 2020 [a.yer 17 Kasım 2023];17(19):1-11. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32987764/>

298. Benatti B, Albert U, Maina G, Fiorillo A, Celebre L, Girone N, vd. What Happened to Patients With Obsessive Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic? A Multicentre Report From Tertiary Clinics in Northern Italy. *Front Psychiatry* [Internet]. 21 Temmuz 2020 [a.yer 17 Kasım 2023];11. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32793008/>
299. Liao J, Liu L, Fu X, Feng Y, Liu W, Yue W, vd. The immediate and long-term impacts of the COVID-19 pandemic on patients with obsessive-compulsive disorder: A one-year follow-up study. *Psychiatry Res.* 01 Aralık 2021;306:114268.
300. Chakraborty A, Karmakar S. Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *Iran J Psychiatry* [Internet]. 2020 [a.yer 17 Kasım 2023];15(3):256. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7603587/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32793008/)
301. Çaresiz D, Faraji H. COVID-19 Pandemi Döneminin Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerdeki Olası Etkilerine Dair Bir Değerlendirme. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi* [Internet]. 28 Şubat 2022 [a.yer 20 Kasım 2023];6(1):264-84. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ulasbid/issue/67968/1053922>
302. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. Haziran 2011 [a.yer 20 Kasım 2023];23(3):223-33. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21923224/>
303. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* [Internet]. Ekim 2005 [a.yer 20 Kasım 2023];162(10):1911-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16199838/>
304. Ertan EA, Şentürk Cankorur V. Kişilik bozukluklarının tanısı: yeni bulgular ile tanıda kullanılan anket ve ölçekler. *Kriz Dergisi* [Internet]. 01 Haziran 2017 [a.yer 22 Kasım 2023];25(1):1-17. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kriz/issue/41029/495923>

305. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 22 Mayıs 2013;
306. Penninx BWJH, Benros ME, Klein RS, Vinkers CH. How COVID-19 shaped mental health: from infection to pandemic effects. *Nat Med* [Internet]. 01 Ekim 2022 [a.yer 21 Kasım 2023];28(10):2027-37. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36192553/>
307. Preti E, Di Pierro R, Fanti E, Madeddu F, Calati R. Personality Disorders in Time of Pandemic. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 01 Aralık 2020 [a.yer 21 Kasım 2023];22(12). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33170391/>
308. Hartveit Kvarstein E, Zahl KE, Stänicke LI, Pettersen MS, Baltzersen ÅL, Johansen MS, vd. Vulnerability of personality disorder during COVID-19 crises: a multicenter survey of mental and social distress among patients referred to treatment. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2021 [a.yer 21 Kasım 2023];76(2):138-49. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34369842/>
309. Ventura Wurman T, Lee T, Bateman A, Fonagy P, Nolte T. Clinical management of common presentations of patients diagnosed with BPD during the COVID-19 pandemic: the contribution of the MBT framework. *Couns Psychol Q*. 2021;34(3-4):744-70.
310. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, vd. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 [a.yer 22 Kasım 2023];158(2):295-302. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11156814/>
311. Zortea TC, Brenna CTA, Joyce M, McClelland H, Tippet M, Tran MM, vd. The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts. <https://doi.org/101027/0227-5910/a000753> [Internet]. 16 Ekim 2020 [a.yer 17

- Kasım 2023];42(6):474-87. Erişim adresi: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000753>
312. John A, Pirkis J, Gunnell D, Appleby L, Morrissey J. Trends in suicide during the covid-19 pandemic. *BMJ* [Internet]. 12 Kasım 2020 [a.yer 17 Kasım 2023];371. Erişim adresi: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4352>
 313. Kahil K, Cheaito MA, El Hayek R, Nofal M, El Halabi S, Kudva KG, vd. Suicide during COVID-19 and other major international respiratory outbreaks: A systematic review. *Asian J Psychiatr*. 01 Şubat 2021;56:102509.
 314. Qin P, Mehlum L. National observation of death by suicide in the first 3 months under COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Ocak 2021 [a.yer 19 Kasım 2023];143(1):92-3. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13246>
 315. Faust JS, Shah SB, Du C, Li SX, Lin Z, Krumholz HM. Suicide Deaths During the COVID-19 Stay-at-Home Advisory in Massachusetts, March to May 2020. *JAMA Netw Open* [Internet]. 04 Ocak 2021 [a.yer 19 Kasım 2023];4(1):e2034273-e2034273. Erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2775359>
 316. Leske S, Kølves K, Crompton D, Arensman E, de Leo D. Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 01 Ocak 2021 [a.yer 19 Kasım 2023];8(1):58-63. Erişim adresi: <http://www.thelancet.com/article/S2215036620304351/fulltext>
 317. Carr MJ, Steeg S, Webb RT, Kapur N, Chew-Graham CA, Abel KM, vd. Effects of the COVID-19 pandemic on primary care-recorded mental illness and self-harm episodes in the UK: a population-based cohort study. *Lancet Public Health* [Internet]. 01 Şubat 2021 [a.yer 19 Kasım 2023];6(2):e124-35. Erişim adresi: <http://www.thelancet.com/article/S2468266720302887/fulltext>
 318. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nature Human Behaviour* 2021 5:2 [Internet].

- 15 Ocak 2021 [a.yer 19 Kasım 2023];5(2):229-38. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-01042-z>
319. Rømer TB, Christensen RHB, Blomberg SN, Folke F, Christensen HC, Benros ME. Psychiatric Admissions, Referrals, and Suicidal Behavior Before and During the COVID-19 Pandemic in Denmark: A Time-Trend Study. *Acta Psychiatr Scand*. 01 Aralık 2021;144(6):553-62.
320. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. SUICIDE IN BIPOLAR DISORDER: A REVIEW. *Review © Medicinska naklada*. 2014;26(2):108-14.
321. Phillips MR. Rethinking the role of mental illness in suicide. *Am J Psychiatry* [Internet]. Temmuz 2010 [a.yer 19 Kasım 2023];167(7):731-3. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20595422/>
322. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* [Internet]. 2003 [a.yer 19 Kasım 2023];33(3):395-405. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12701661/>
323. Demircan T, Karbeyaz K. Tamamlanmış İntihar Olgularında Psikolojik Otopsi. *Osmangazi Tıp Dergisi* [Internet]. 19 Temmuz 2022 [a.yer 19 Kasım 2023];44(4):593-600. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/otd/issue/70294/1022534>
324. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2012;15(4):218-25.
325. Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Gülücü A, Ergelen M. Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri*. 2013;16:225-31.
326. Gannon JM, Conlogue J, Sherwood R, Nichols J, Ballough JR, Fredrick NM, vd. Long acting injectable antipsychotic medications: Ensuring care continuity during the COVID-19 pandemic restrictions. *Schizophr Res* [Internet]. 01 Ağustos 2020 [a.yer 23 Kasım 2023];222:532-3. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389613/>

327. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, Jedenius E, vd. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. JAMA Psychiatry [Internet]. 01 Temmuz 2017 [a.yer 23 Kasım 2023];74(7):686-93. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28593216/>
328. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, vd. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Am J Psychiatry [Internet]. 01 Eylül 2020 [a.yer 23 Kasım 2023];177(9):868-72. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32867516/>
329. Mastelić T, Marasović TB, Rakušić M, Martinović D, Lasić D, Uglešić B, vd. Rehospitalization Rates Among Patients with Psychotic Disorders During Covid-19 Pandemic: Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics. Clin Neuropsychiatry [Internet]. 01 Aralık 2022 [a.yer 23 Kasım 2023];19(6):365. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC9807113/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36807113/)
330. Mutlu E, Elif · A, Yağcıoğlu A. Relapse in patients with serious mental disorders during the COVID-19 outbreak: a retrospective chart review from a community mental health center. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2021 [a.yer 23 Kasım 2023];271:381-3. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01203-1>
331. Kılıçaslan AK, Kurt O, Sevda K, Kazgan A, Yıldız S, Korkmaz S. Medication and symptom severity in schizophrenia patients in COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Article in Medicine Science | International Medical Journal [Internet]. 2021 [a.yer 23 Kasım 2023]; Erişim adresi: www.medicinescience.org
332. Trajkovski T, Marić NP. Use of anxiolytics and hypnotic drugs during COVID-19 pandemic - the literature review. Medicinski podmladak [Internet]. 11 Temmuz 2022 [a.yer 23 Kasım 2023];73(3):12-7. Erişim adresi: <https://www.aseestant.ceon.rs/index.php/medpod/article/view/35916>

333. Martinelli N, Gil S, Chevalère J, Belletier C, Dezecache G, Huguet P, vd. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Vulnerable People Suffering from Depression: Two Studies on Adults in France. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 02 Mart 2021 [a.yer 23 Kasım 2023];18(6):1-12. Erişim adresi: </pmc/articles/PMC8004181/>
334. Liu CH, Stevens C, Conrad RC, Hahm HC. Evidence for elevated psychiatric distress, poor sleep, and quality of life concerns during the COVID-19 pandemic among U.S. young adults with suspected and reported psychiatric diagnoses. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Ekim 2020 [a.yer 23 Kasım 2023];292. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32745794/>
335. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, vd. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun* [Internet]. 01 Temmuz 2020 [a.yer 23 Kasım 2023];87:100. Erişim adresi: </pmc/articles/PMC7184991/>
336. Lear-Claveras A, Clavería A, Couso-Viana S, Nabbe P, Oliván-Blázquez B. Analysis of Drug and Health Resource Use Before and After COVID-19 Lockdown in a Population Undergoing Treatment for Depression or Anxiety. *Front Psychol* [Internet]. 05 Nisan 2022 [a.yer 23 Kasım 2023];13. Erişim adresi: </pmc/articles/PMC9037328/>
337. Zaki N, Brakoulis V. The impact of COVID-19 on benzodiazepine usage in psychiatric inpatient units. *Australasian Psychiatry* [Internet]. 01 Haziran 2022 [a.yer 23 Kasım 2023];30(3):334-7. Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10398562211059090>
338. Dickerson F, Katsafanas E, Newman T, Origoni A, Rowe K, Squire A, vd. Experiences of Persons With Serious Mental Illness During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Serv* [Internet]. 01 Şubat 2022 [a.yer 23 Kasım 2023];73(2):133-40. Erişim adresi: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.202100130>

339. Newby JM, O'Moore K, Tang S, Christensen H, Faasse K. Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. PLoS One [Internet]. 01 Temmuz 2020 [a.yer 23 Kasım 2023];15(7):e0236562. Erişim adresi: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0236562>
340. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry [Internet]. Ekim 2020;7(4):e21. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199510/>
341. Kazan Kızılkurt Ö, Dilbaz N. COVID-19 Pandemisinde Bağımlılık. Türkiye Klinikleri COVID - 19 [Internet]. 2020 [a.yer 09 Ocak 2024];1(13):59-65. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-covid-19-pandemisinde-bagimlilik-88827.html>
342. Roberts A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, vd. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. Drug Alcohol Depend. 01 Aralık 2021;229:109150.
343. Bozkurt M. Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavinin Nörobilimsel Temelleri. Nöropsikiyatri Arşivi [Internet]. 2022 [a.yer 09 Ocak 2024];59(1):75-80. Erişim adresi: <https://doi.org/10.29399/npa.28172>
344. Weiner RD, Reti IM. Key updates in the clinical application of electroconvulsive therapy. International Review of Psychiatry [Internet]. 04 Mart 2017 [a.yer 24 Kasım 2023];29(2):54-62. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540261.2017.1309362>
345. Surve RM, Sinha P, Baliga SP, M R, Karan N, JL A, vd. Electroconvulsive therapy services during COVID-19 pandemic. Asian J Psychiatr. 01 Mayıs 2021;59:102653.
346. Martinez-Roig M, Arilla-Aguilella JA, Bono-Ariño MC, Rolando-Urbizu R, Arriola-Segura A. ECT: A decision to decrease risks during COVID-19 pandemic. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. Nisan 2022 [a.yer 24 Kasım 2023];15(2):137. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35274212/>

347. Cho J, Hayes RD, Jewell A, Kadra G, Shetty H, MacCabe JH, vd. Clozapine and all-cause mortality in treatment-resistant schizophrenia: a historical cohort study. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Mart 2019 [a.yer 24 Kasım 2023];139(3):237-47. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30478891/>
348. Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kisely S. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. Kasım 2016 [a.yer 24 Kasım 2023];209(5):385-92. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27388573/>
349. Özdemir M, Yildirim YE, Kart A. The Impacts of Clozapine Use on the Risk and Outcomes of COVID-19 Disease in Patients with Schizophrenia. *Arch Neuropsychiatry* [Internet]. 2023 [a.yer 24 Kasım 2023];60:99-103. Erişim adresi: <https://doi.org/10.29399/npa.28317>
350. Govind R, Fonseca De Freitas D, Pritchard M, Hayes RD, Maccabe JH. Clozapine treatment and risk of COVID-19 infection: retrospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 01 Temmuz 2021 [a.yer 24 Kasım 2023];219(1):368-74. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/clozapine-treatment-and-risk-of-covid19-infection-retrospective-cohort-study/2C5CCC8CE96854A56E2E4C8A2C0805C7>
351. Hata M, Fujimoto M, Kanai K, Yoshiyama K, Nakatani Y, Nakabayashi D, vd. No adverse events were observed in clozapine-treated patients on extended hematologic monitoring intervals during the coronavirus pandemic in four psychiatric centers in Japan. *Neuropsychopharmacol Rep* [Internet]. 01 Haziran 2021 [a.yer 24 Kasım 2023];41(2):179-84. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/npr2.12166>
352. Demir S, Bulut M, Okan İbiloğlu A, Güneş M, Şimşek Ş, Sır A. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Komorbid Somatik Hastalıkları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* [Internet]. 30 Haziran 2016 [a.yer 22 Kasım 2023];47(1):1-6.

- 2023];7(26):1-9. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/mkutfd/issue/24547/260008>
353. Yılmaz Karaman İG, Ağrıdağ E, Demircan F. Medical consultations for the patients with severe mental illness: An evaluation in psychiatry inpatient service. *European Psychiatry* [Internet]. Nisan 2021 [a.yer 22 Kasım 2023];64(Suppl 1):S652. Erişim adresi: </pmc/articles/PMC9479930/?report=abstract>
354. Knutsen E, DuRand C. Previously unrecognized physical illnesses in psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* [Internet]. 1991 [a.yer 22 Kasım 2023];42(2):182-6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1997369/>
355. Sox HC, Koran LM, Sox CH, Marton KI, Dugger F, Smith T. A medical algorithm for detecting physical disease in psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* [Internet]. 1989 [a.yer 22 Kasım 2023];40(12):1270-6. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2512242/>
356. Kayar Erginer D, Partlak Günüşen N. Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* [Internet]. 01 Ağustos 2013 [a.yer 22 Kasım 2023];6(3):159-64. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46813/587049>
357. Ohlsen RI, Peacock G, Smith S. Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. Ekim 2005 [a.yer 22 Kasım 2023];12(5):614-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16164514/>
358. Hardy S, Gray R. Adapting the severe mental illness physical Health Improvement Profile for use in primary care. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. Ekim 2010 [a.yer 22 Kasım 2023];19(5):350-5. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20887609/>

359. Çetin E, Ziyaei S. Düzenli Egzersiz Yapan Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Covid-19'a Yakalanma Kaygılarının İncelenmesi. *Journal of Health and Sport Sciences*. 2021;4(2):50-7.
360. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Dauriac-Le Masson V, vd. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 01 Ekim 2020 [a.yer 06 Kasım 2023];74(10):557-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609417/>
361. Montalbani B, Bargagna P, Mastrangelo M, Sarubbi S, Imbastaro B, De Luca GP, vd. The COVID-19 Outbreak and Subjects With Mental Disorders Who Presented to an Italian Psychiatric Emergency Department. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 01 Nisan 2021 [a.yer 06 Kasım 2023];209(4):246-50. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33214387/>
362. Capuzzi E, Di Brita C, Caldiroli A, Colmegna F, Nava R, Buoli M, vd. Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Kasım 2020 [a.yer 06 Kasım 2023];293. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32977050/>
363. Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, Wullschleger A, Amerio A, Aguglia A, vd. Impact of the COVID-19 Pandemic on Psychiatric Admissions to a Large Swiss Emergency Department: An Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol 18, Page 1174 [Internet]. 28 Ocak 2021 [a.yer 06 Kasım 2023];18(3):1174. Erişim adresi: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/3/1174/htm>
364. Çelikbaş Z, Batmaz S, Aslan EA, Eser B, Güneysu İ, Savaş AE, vd. COVID-19 pandemisi Türkiye'deki bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğine olan ayaktan başvuruları ve konsültasyon istemlerini nasıl etkiledi? *J Psychiatr Nurs*. 2021;12(4):324-32.
365. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, Wiley JF, Christensen A, Njai R, vd. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic

- United States, June 24–30, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report [Internet]. 08 Ağustos 2020 [a.yer 06 Kasım 2023];69(32):1049. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7440121/](https://pmc/articles/PMC7440121/)
366. Iob E, Steptoe A, Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. The British Journal of Psychiatry [Internet]. 01 Ekim 2020 [a.yer 06 Kasım 2023];217(4):543-6. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abuse-selfharm-and-suicidal-ideation-in-the-uk-during-the-covid19-pandemic/692FD08F3AEFF45036535F5E9CEBAA00>
 367. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Fernandez F, Grandner MA, Dailey NS. Suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: The role of insomnia. Psychiatry Res. 01 Ağustos 2020;290:113134.
 368. Plomecka MB, Gobbi S, Neckels R, Radziński P, Skórko B, Lazzeri S, vd. Mental Health Impact of COVID-19: A global study of risk and resilience factors. medRxiv [Internet]. Ekim 2020;2020.05.05.20092023. Erişim adresi: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.05.20092023v1>
 369. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, vd. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet [Internet]. 14 Mart 2020 [a.yer 08 Kasım 2023];395(10227):912-20. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112714/>
 370. Courtet P, Olie E, Debien C, Vaiva G. Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. J Clin Psychiatry [Internet]. 01 Haziran 2020 [a.yer 08 Kasım 2023];81(3). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32297718/>
 371. Kelly BD. Coronavirus disease: challenges for psychiatry. Br J Psychiatry [Internet]. 01 Temmuz 2020 [a.yer 08 Kasım 2023];217(1):352-3. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293555/>
 372. Montross LP, Zisook S, Kasek J. Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors. Ann Clin Psychiatry [Internet].

- Temmuz 2005 [a.yer 08 Kasım 2023];17(3):173-82. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16433060/>
373. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull* [Internet]. Eylül 2011 [a.yer 08 Kasım 2023];37(5):921-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21562140/>
374. Yun K, Lurie N, Hyde PS. Moving mental health into the disaster-preparedness spotlight. *N Engl J Med* [Internet]. 23 Eylül 2010 [a.yer 08 Kasım 2023];363(13):1193-5. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20860498/>
375. Wong AH, Roppolo LP, Chang BP, Yonkers KA, Wilson MP, Powsner S, vd. Management of Agitation During the COVID-19 Pandemic. *Western Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2020 [a.yer 08 Kasım 2023];21(4):795. Erişim adresi: </pmc/articles/PMC7390577/>
376. Lindenmayer J. The pathophysiology of agitation. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;
377. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Feifel D. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine* [Internet]. Şubat 2012 [a.yer 08 Kasım 2023];13(1):26. Erişim adresi: </pmc/articles/PMC3298219/>
378. Pacciardi B, Mauri M, Cargioli C, Belli S, Cotugno B, Di Paolo L, vd. Issues in the Management of Acute Agitation: How Much Current Guidelines Consider Safety? *Front Psychiatry* [Internet]. 2013 [a.yer 08 Kasım 2023];4(MAY). Erişim adresi: </pmc/articles/PMC3646256/>
379. Gault TI, Gray SM, Vilke GM, Wilson MP. Are oral medications effective in the management of acute agitation? *J Emerg Med* [Internet]. Kasım 2012 [a.yer 08 Kasım 2023];43(5):854-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22541877/>

380. Gómez-Ramiro M, Fico G, Anmella G, Vázquez M, Sagué-Vilavella M, Hidalgo-Mazzei D, vd. Changing trends in psychiatric emergency service admissions during the COVID-19 outbreak: Report from a worldwide epicentre. *J Affect Disord*. 01 Mart 2021;282:26-32.
381. Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzón-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, vd. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 01 Mayıs 2020 [a.yer 06 Kasım 2023];141(5):479-80. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32279309/>
382. Emine Ata E, Gülsüm Bayrak N, Bahadır Yılmaz E. İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: bir yıllık retrospektif bir çalışma. *Cukurova Medical Journal* [Internet]. 30 Aralık 2021 [a.yer 08 Kasım 2023];46(4):1675-86. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/62103/993832>
383. Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. *Br Med Bull* [Internet]. Aralık 2011 [a.yer 08 Kasım 2023];100(1):101-21. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21948337/>
384. Wasserman IM. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 01 Ocak 1992 [a.yer 08 Kasım 2023];22(2):240-54. Erişim adresi: <https://europepmc.org/article/med/1626335>
385. Yan Y, Hou J, Li Q, Yu NX. Suicide before and during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 01 Şubat 2023 [a.yer 08 Kasım 2023];20(4):3346. Erişim adresi: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/3346/htm>
386. Bersia M, Koumantakis E, Berchialla P, Charrier L, Ricotti A, Grimaldi P, vd. Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* [Internet]. 01 Aralık 2022 [a.yer 08 Kasım 2023];54. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC9621691/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3621691/)

387. Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychol Med* [Internet]. 01 Ocak 2021 [a.yer 08 Kasım 2023];51(2):201-11. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33436130/>
388. Pirkis J, Gunnell D, Shin S, Del Pozo-Banos M, Arya V, Aguilar PA, vd. Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EClinicalMedicine*. 01 Eylül 2022;51:101573.
389. Sher L, Peters JJ, Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine* [Internet]. 01 Ekim 2020 [a.yer 08 Kasım 2023];113(10):707-12. Erişim adresi: <https://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
390. Elimian KO, Ochu CL, Ebhodaghe B, Myles P, Crawford EE, Igumbor E, vd. Patient characteristics associated with COVID-19 positivity and fatality in Nigeria: retrospective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 01 Aralık 2020 [a.yer 26 Kasım 2023];10(12):e044079. Erişim adresi: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/12/e044079>
391. Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Mol Psychiatry* [Internet]. 01 Ocak 2021 [a.yer 26 Kasım 2023];26(1):30-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32929211/>
392. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 01 Şubat 2021 [a.yer 25 Kasım 2023];8(2):130-40. Erişim adresi: <http://www.thelancet.com/article/S2215036620304624/fulltext>
393. Brody BD, Shi Z, Shaffer C, Eden D, Wyka K, Alexopoulos GS, vd. COVID-19 infection rates in patients referred for psychiatric admission during a regional

- surge: The case for universal testing. *Psychiatry Res* [Internet]. 01 Nisan 2021 [a.yer 26 Kasım 2023];298:113833. Erişim adresi: /pmc/articles/PMC7901369/
394. Ananth J, Vandewater S, Kamal M, Brodsky A, Gamal R, Miller M. Missed diagnosis of substance abuse in psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* [Internet]. 1989 [a.yer 30 Kasım 2023];40(3):297-9. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2917741/>
 395. Lehman AF, Myers CP, Corty E, Thompson JW. Prevalence and patterns of “dual diagnosis” among psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* [Internet]. 1994 [a.yer 30 Kasım 2023];35(2):106-12. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8187473/>
 396. Abou-Saleh MT, Janca A. The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatr* [Internet]. 2004 [a.yer 30 Kasım 2023];16(1):3-8. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26983871/>
 397. Gonçalves PD, Moura HF, do Amaral RA, Castaldelli-Maia JM, Malbergier A. Alcohol Use and COVID-19: Can we Predict the Impact of the Pandemic on Alcohol Use Based on the Previous Crises in the 21st Century? A Brief Review. *Front Psychiatry*. 18 Aralık 2020;11:581113.
 398. Hamer M, Kivimäki M, Gale CR, Batty GD. Lifestyle Risk Factors for Cardiovascular Disease in Relation to COVID-19 Hospitalization: A Community-Based Cohort Study of 387,109 Adults in UK. *medRxiv* [Internet]. 13 Mayıs 2020 [a.yer 30 Kasım 2023];2020.05.09.20096438. Erişim adresi: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.09.20096438v1>
 399. Pavarin RM, Fabbri C, De Ronchi D. COVID-19 hospitalization rates in individuals with substance or alcohol use disorders. *Psychiatry Res*. 01 Mayıs 2022;311:114521.
 400. Calina D, Hartung T, Mardare I, Mitroi M, Poulas K, Tsatsakis A, vd. COVID-19 pandemic and alcohol consumption: Impacts and interconnections. *Toxicol Rep* [Internet]. 01 Ocak 2021 [a.yer 30 Kasım 2023];8:529. Erişim adresi: /pmc/articles/PMC7944101/

401. Kianersi S, Ludema C, Macy JT, Chen C, Rosenberg M. Relationship between high-risk alcohol consumption and severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) seroconversion: a prospective sero-epidemiological cohort study among American college students. *Addiction* (Abingdon, England) [Internet]. 01 Temmuz 2022 [a.yer 30 Kasım 2023];117(7):1908. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC9111375/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35111375/)
402. Bekiroğlu S, Demiröz F. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* [Internet]. 24 Temmuz 2020 [a.yer 27 Kasım 2023];31(3):1053-79. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/tsh/issue/56176/723023>
403. Bekiroğlu S, Attepe Özden S. Türkiye’de Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere ve Ailelerine Yönelik Psikososyal Müdahaleler: Sistemik Bir İnceleme. *Current Approaches in Psychiatry* [Internet]. 31 Mart 2021 [a.yer 27 Kasım 2023];13(1):52-76. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/pgy/issue/58188/721987>
404. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børglum AD, Christensen MK, vd. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med* [Internet]. 30 Nisan 2020 [a.yer 27 Kasım 2023];382(18):1721-31. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32348643/>
405. Tzur Bitan D, Krieger I, Kridin K, Komantscher D, Scheinman Y, Weinstein O, vd. COVID-19 Prevalence and Mortality Among Schizophrenia Patients: A Large-Scale Retrospective Cohort Study. *Schizophr Bull* [Internet]. 01 Eylül 2021 [a.yer 27 Kasım 2023];47(5):1211. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7928567/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3428567/)
406. Nemani K, Li C, Olfson M, Blessing EM, Razavian N, Chen J, vd. Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 01 Nisan 2021 [a.yer 27 Kasım 2023];78(4):1. Erişim adresi: [/pmc/articles/PMC7841576/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/341576/)

407. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018, Vol 15, Page 1425 [Internet]. 06 Temmuz 2018 [a.yer 25 Kasım 2023];15(7):1425. Erişim adresi: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/7/1425/htm>
408. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev.* Nisan 2010;117(2):575-600.
409. Reinke M, Falke C, Cohen K, Anderson D, Cullen KR, Nielson JL. Increased suicidal ideation and suicide attempts in COVID-19 patients in the United States: Statistics from a large national insurance billing database. *Psychiatry Res.* 01 Mayıs 2023;323:115164.
410. Wang QQ, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* [Internet]. 01 Şubat 2021 [a.yer 16 Aralık 2023];20(1):124-30. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20806>

