

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KOVID-19 PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEM VE PANDEMİ
SÜRECİNDE BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ RUH
SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI'NA DİĞER
YATAKLI SERVİS BİRİMLERİNDEN GELEN
KONSÜLTASYONLARIN VE SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr.Mehmet Emin Yıldırım

TEZ DANIŞMANI

Prof Dr.Mustafa Güleç

İZMİR
AĞUSTOS - 2022

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

KOVID-19 PANDEMİ ÖNCESİ DÖNEM VE PANDEMİ
SÜRECİNDE BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ RUH
SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI'NA DİĞER
YATAKLI SERVİS BİRİMLERİNDEN GELEN
KONSÜLTASYONLARIN VE SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr.Mehmet Emin Yıldırım

TEZ DANIŞMANI

Prof Dr.Mustafa Güleç

İZMİR
AĞUSTOS - 2022

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Güleç'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca biz asistan doktorların daha donanımlı bir şekilde yetişmesi için yanımızda olan değerli klinik hocalarımız ve uzman doktorlarımıza;

Asistanlık eğitim süresini tamamlarken birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma;

Her zaman yanımda olan özellikle eğitimim boyunca karşılaştığım her türlü zorluklara benimle birlikte göğüs geren hayatımda sahip olduğum en değerli hazinem sevgili ailem ve eşime katkılarından dolayı sonsuz teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	iii
ŞEKİLLER	iv
TABLOLAR	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. KLP	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Tanım	6
2.1.3. KLP Çalışmaları	8
2.1.4. KLP'nin İşlevleri	10
2.2. Kovid-19 Pandemisi	13
2.2.1. Koronavirüsler	13
2.2.2. Kovid-19 Pandemi Süreci	14
2.2.3. Kovid-19 Pandemisi ve Ruhsal Hastalıklar.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Örneklem	30
3.2. Yöntem	31
3.3. Değerlendirme Sürecinde Verilerin Gruplandırılması	32
3.4. Veri Toplama Araçları	34
3.4.1. Veri Kayıt Formu	34
3.5. İstatistik.....	34
4. BULGULAR	35
4.1. Tüm Örneklem Sosyodemografik Klinik ve Tedavi Özellikleri	35
4.2. Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Verilerinin Karşılaştırılması.....	50
4.3. Kovid-19 Pandemisi 2 yıllık Süreç içinde Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Konsültasyon Verilerinin Karşılaştırılması	60
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇLAR	89

7. ÖZET	92
8. SUMMARY	93
9. KAYNAKLAR	94



SİMGELER VE KISALTMALAR

AD	Antidepresan
AP	Antipsikotik
BZD	Benzodiazepin
KOVID-19	Yeni Koronavirüs Hastalığı
DDD	Duygudurum Dengeleyici
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IFN	İnterferon
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
RNA	Ribonükleik asid
PCR	Polymerase Chain Reaction
SARS	Şiddetli Akut Solunum Sendromu
SARS-CoV-2	Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü 2
SS	Standart Sapma
TPD	Türkiye Psikiyatri Derneği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YY	Yüzyıl

ŞEKİLLER

Şekil 1: Örneklemin Meslek Özellikleri Dağılımı

Şekil 2: Örneklemin Medeni Hali Dağılımı

Şekil 3: Örneklemin Hane Halkı Durumu Dağılımı

Şekil 4: Konsültasyon İstenen Hastaların Sınıflandırılmış Primer Tanıları

Şekil 5: Konsültasyon istemi yapan birimlerin sınıflandırılması

Şekil 6: Konsültasyon İstem Nedenlerinin Sınıflandırılması

Şekil 7: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Konulmuş olan Psikiyatrik Ön Tanıların Sınıflandırılması

Şekil 8: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Önerilen Psikiyatrik Tedavilerin Sınıflandırılması

TABLolar

Tablo 1: Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2: Örneklemin Geçmiş Psikiyatrik İzlemi

Tablo 3: Tarafımıza Yapılan Konsültasyon Sayısı(Bir hasta için istenen konsültasyon ortalaması)

Tablo 4: Konsültasyon İstenen Hastaların Sınıflandırılmış Primer Tanıları

Tablo 4.1: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Konsültasyon İstenen Hastaların Sınıflandırılmış Primer Tanıları

Tablo 5: Konsültasyon İstemi Yapan Birimlerin Sınıflandırılması

Tablo 5.1: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Konsültasyon İstemi Yapan Birimlerin Sınıflandırılması

Tablo 6: Konsültasyon İstem Nedenlerinin Sınıflandırılması

Tablo 7: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Konulmuş olan Psikiyatrik Ön Tanıların Sınıflandırılması

Tablo 8: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Önerilen Psikiyatrik Tedavilerin Sınıflandırılması

Tablo 9: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Önerilen Yönlendirmelerin Sınıflandırılması

Tablo 10: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Yaş Ortalaması Karşılaştırılması

Tablo 11: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Cinsiyet Karşılaştırılması

Tablo 12: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Medeni Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 13 : Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Psikiyatrik Takip veya Tedavi Öyküsü Karşılaştırması

Tablo 14: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Bir Hasta İçin Konsültasyon Sayısı Ortalaması Karşılaştırılması

Tablo 15: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenlerinin Karşılaştırılması

Tablo 16: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönemde Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Ruhsal Durum Muayenelerinin Karşılaştırılması

Tablo 17: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Psikiyatrik Ön Tanılarının Karşılaştırılması

Tablo 18: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Önerilen Psikiyatrik Tedavilerinin Karşılaştırılması

Tablo 19: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarında Önerilen Psikiyatrik Yönergelerin Karşılaştırılması

Tablo 20: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Önerilen Psikiyatrik İlaç Tedavi Dozlarının Karşılaştırılması

Tablo 21: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Yaş Ortalaması Karşılaştırması

Tablo 22: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Cinsiyet Karşılaştırması

Tablo 23 : Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenlerinin Karşılaştırılması

Tablo 24 : Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Ruhsal Durum Muayenesi Karşılaştırması

Tablo 25: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Psikiyatrik Ön Tanıların Karşılaştırılması

Tablo 26: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarında Psikiyatrik Tedavilerin Karşılaştırılması

Tablo 27: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarında İlaç Kullanım Oranı ve Ortalama Doz Karşılaştırılması

1. GİRİŞ

Biyopsikososyal yaklaşım; bireyin, ailenin ve çevrenin, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle değerlendirildiği çok boyutlu bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, bireyin kaygılarını geniş bakış açısıyla değerlendirme, tanıya yaklaştıracak asıl problemi bulma, probleme yönelik tedavi planları geliştirebilme, bireyi eğitebilme ve motive edebilmeyi içerir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), hastaların biyopsikososyal bir bütünlük halinde değerlendirilmesini sağlar. Psikiyatrik bozuklukların; tıbbi rahatsızlığı olan hastalarda morbidite ve mortaliteyi arttırması, yineleyen hastane yatışlarında artışa yol açması, tıbbi rahatsızlıklarda kronikleşmeye sebep olması, komplikasyonlara yatkınlığı arttırması ve daha yüksek hastane giderlerine sebep olması KLP birimlerine olan ihtiyacın önemini göstermektedir (1-3). Daha önce yapılan standardize görüşme tekniklerinin kullanıldığı klinik çalışmalarda, dahili ya da cerrahi birimlere yatmış olan hastaların üçte birinde eşlik eden psikiyatrik bir rahatsızlık olduğu görülmüştür (4, 5).

Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaletindeki Wuhan kentinde ortaya çıkan Yeni Korona Virüs Hastalığı (KOVİD-19) hızla tüm dünyaya yayıldı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 30 Ocak 2020'de KOVİD-19'un uluslararası endişe yaratan bir halk sağlığı acil durumu olduğunu duyurdu. Ardından ülkemizde ilk Kovid vakasının da görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ, KOVİD-19'u pandemi olarak ilan etti.

Dünya çapında birçok alanda önemli düzeyde yeti yitimine neden olan KOVİD-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerine etkilerine ilişkin araştırmalar henüz kısıtlı sayıdadır. Yapılan çalışmalarda daha çok genel topluma ve risk altındaki sağlık çalışanlarına odaklanılmıştır (6-8). KOVİD-19 tanısı konulan veya olası KOVİD-19 tanısı nedeniyle değerlendirilen hastaların ölümcül sonuçları olabilecek bir virüs bulaşının sonuçlarıyla ilgili korku duyması, karantinada olanların yalnızlık, öfke ve sıkıntıdan yakınmaları beklenen durumlardandır. Dahası enfeksiyonun ateş, hipoksi, öksürük gibi belirtileri ve uygulanan tedavilerin yan etkileri de göz önünde bulundurulduğunda bütün bunlar kişilerin ruh sağlığının olumsuz düzeyde etkilenmesine neden olabilmektedir (9). Bu enfeksiyonunun oluşturduğu kaygı ve korku haline ek olarak bu hastalarda karantina altında olmanın ve yalnız kalmanın da ruhsal hastalıklar açısından bir risk faktörü olduğu öngörülmektedir. Enfekte sağlık çalışanları dahil KOVİD-19 enfeksiyonu nedeniyle hastane yatışı yapılan,

karantina altında kalan hastalarda damgalanma ve medya aracılığıyla oluşan bilgi kirlilikleri de ; kaygı, panik hali, uyku problemleri gibi çeşitli ruhsal rahatsızlık belirtilerine yol açabilmektedir. Hastalık tehdidi süresince yoğun korku ve endişenin merkezde olduğu akut stres belirtilerinin yanı sıra travma sonrası stres tepkileri, depresif belirtiler ve kaygı bozukluğu belirtileri gibi psikiyatrik tanı alacak boyuta gelmiş semptomlar da gözlenebilmektedir (10). Salgının ilk dönemlerinde hastanede yatan KOVİD-19 tanılı 144 hastada ruhsal etkileri inceleyen bir çalışmada hastaların %34,7'sinde anksiyete belirtileri, %28,4'ünde ise depresif belirtiler saptanmıştır. Ayrıca ileri yaş, hastalığın şiddeti, eğitim düzeyi düşüklüğü, ailede başka birinin daha hastalık tanısı alması, kadın cinsiyetinde olma, sosyal destek azlığı ile anksiyete ve depresyon gelişimi arasında ilişki bulunmuştur (11). Çin'de yapılan bu çalışmanın hastalığın seyriyle ilgili belirsizliğin ve endişelerin en yoğun dönemde olması ve kısıtlı bir zaman aralığını içermesi nedeniyle yüksek oranda anksiyete ve depresyon belirtilerinin gözlenmesi beklenebilir bir durumdur. Örneklemimizin salgın dönemi itibariyle daha geniş bir zaman aralığı içeriyor olması ve daha geniş bir örneklem içeriyor olmasının, salgın döneminde psikiyatri dışı tıbbi birimlerde yatan hastalar için daha geniş bir çerçeve içinde değerlendirme yapılmasına olanak sağlaması beklenmektedir.

Bu çalışmada KOVİD-19 salgın öncesi dönem ve salgın sürecindeki KLP'nin işleyişinin değerlendirilmesi, KOVİD-19 tanısı ile hastanemizde yatarak tedavi gören hastalardaki ruhsal bozuklukların çeşitliliğinin, sıklığının ve uygulanan tedavilerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Böylelikle pandemi sürecinde gerek Kovid nedeniyle gerekse diğer sebeplerle hastane yatışı olan bireylerdeki ruhsal muayene bulguları, psikiyatrik tanımlar ve tedavi önerileri belirlenmeye çalışılacak ve salgın öncesi dönem ile klp hizmetlerinin kıyaslanması yapılabilecektir. Ayrıca bu çalışma ile KOVİD-19 salgın süreci ile ruhsal bozuklukların ilişkisine dair henüz oldukça sınırlı olan literatür bilgisine katkı sağlanması ve gelecekte olası salgın süreçlerinde erken psikolojik müdahaleler için bir temel sağlanması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KLP

2.1.1 Tarihçe

İnsanların hasta kişilere ve hastalıklara bakışı tarih boyunca birçok dönüşüm geçirmiştir. İlkel çağlarda hastalıkların doğaüstü güçlerle (şeytanlar, cinler vs.) ilişkili olduğu düşünülmekteydi. Tedavi edicilerin çoğunlukla büyücüler, şamanlar veya din adamlarından oluştuğu büyüsel törenlerle, bu hastalıklar iyileştirilmeye çalışılırdı. Fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında ayrım yapılmaz, her ikisinin de tanrılar veya şeytani ruhlarla ilişkili olduğuna inanılırdı. Hastalıkların dışarıdan geldiği düşünülerek içeri giren kötünün atılması için trepanasyona (kafatası delgi ameliyatı) varan işlemler törenler eşliğinde uygulanmaktaydı. Modern tıbbın babası olarak anılan Hipokrat (M.Ö. 460-370) hastalıkların kan ve safra gibi vücut sıvıları arasındaki dengesizlikten kaynaklandığını ifade etmiştir. Hastalıkların doğaüstü güçlerle ilişkisi olmadığını, çevreden etkilenecek beden ve beyinde olduğunu belirtmiş ve hastalığın beden ve ruhtaki denge ve uyumda bozulma olduğuna işaret etmiştir. Korkunun, terleme, utanç duygusunun çarpıntı yaptığını belirterek bedenin ruhtan, ruhun da bedenden ayrı düşünülemeyeceğini ifade etmiş ve insan bedenini tedavi etmek için bütünü anlamak gerektiğini yani o bedeni etkileyen tüm ruhsal, zihinsel, sosyal faktörlerin anlaşılması gerektiğini vurgulamıştır. Orta çağlar boyunca ise tüm hastalıkların temelinde günahların bulunduğu ve akıl hastalıklarının doğaüstü güçlerle ilişkili olduğu düşüncesi egemen olmuş, hastalar günahlarından arınarak sağlıklarına kavuşmaları için din adamlarına götürülmüştür. Ruh beyinden bağımsız mistik bir olgu olarak düşünülmüştür. Rönesans ve aydınlanma çağı ise, insan düşüncesinde ve tıp dahil tüm bilim dallarında yeni ufuklar açmıştır. 19. yy. da tıpta, teknolojiye, cerrahi girişim çabalarında ve temel bilimlerde ileri araştırmalar dikkat çekmiştir. Hastalıkların çoğu hücre hastalığı olarak tanımlanmış ve yapısal hücre değişiklikleri ile açıklanmıştır. Bu dönemde hastadan ziyade hastalıklar tedavi edilmeye çalışılmıştır (12).

Psikosomatik hastalıklar tarih öncesinden bu yana bilinmesine rağmen ilk kez 1818’de Dr Heinroth tarafından “ Psikosomatik Tıp “ terimi kullanılarak tıp tarihine girmiştir. Freud, Dora vakası ile ruhsal çatışmanın nasıl bedensel işlev bozukluğuna

(konversiyon) neden olduğunu ortaya koyarak bastırılmış duyguların ruhsal ve bedensel hastalıklara yol açtığını açıklamıştır. Wolff, yaşamsal stres ve çatışmaların yarattığı fizyolojik sonuçları laboratuvar ortamında araştırmıştır. Uzayan ve tekrarlayan psikofizyolojik değişikliklerin yapısal değişimlere yol açabileceğini ortaya koymuştur. Bu çalışmalar daha sonraki onyıllarda psikokardiyoloji, psikoimmünoloji ve psikoendokrinolojide ileri düzey araştırmalara öncülük etmiştir. Mahal; bilinçli ya da bilinçaltı, içsel veya çevresel kökenli her türden kronik kaygının beden üzerine etkisini ortaya koymuştur. Selye; stres karşısında genel adaptasyon sendromu tanımlayarak hem tüm tıpta hem de psikiyatride yeni ufuklar açmıştır. Stres ve ruhsal çatışmanın, limbik hipotalamik hipofizer sistemi nasıl bozduğunu ortaya koymuştur.

Tıp alanındaki büyük ilerlemelerle beraber KLP'nin başlangıcı 1800'lerin sonlarında Amerika'da psikoloji biliminin kurucularından olarak bilinen Benjamin Rush ile olmuştur. Bu dönemde tıbbın entegrasyonuna (beden ve ruhun psikosomatik birliği) yönelik ilgi artmıştır. 1902'de New York Albany Hastanesi'nde ilk psikiyatri servisi düzenlenmiş ve "tıp psikiyatri birimi"nin habercisi olmuştur (12). 20. yy. psikosomatik tıp alanında yeni sentezler ve ufuklar açmıştır. Psikoanalitik bilimler, beden bilimleri, temel bilimler, nöron bilimler ve sosyokültürel bilimlerin birbiriyle etkileşimlerinin kavrandığı, heyecan verici bir dönem başlamıştır. Psikiyatrinin hastanelere yerleşmesi ve tıbbi hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına yönelik fikirler 20. yy başlarında, klinik anlamda gündeme gelmiştir. Psikobiyolojik kuramlar ve bu yaklaşımı benimseyen klinisyenler (Meyer, White, Henry, Dunbar, Biblings, Lipowski) bu alanda öncülük yapmışlardır. Tıpta biyo-psikososyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasına dönük sistematik klinik çalışmalar 1930'larda başlamıştır (13). Böylece 1920-1930'larda genel psikiyatri hastanelerinin ve psikosomatik tıp hareketinin gelişmesiyle birlikte KLP temel olarak başlamıştır (14). Robert Aden 1970'li yıllardan sonra psikonöroimmunoendokrinolojik bilimlerin kavramlarını ortaya koymuştur. Böylece bilimsel anlamıyla zihnin ve duyguların beyne ve bedene etkisi geniş ölçüde araştırılmaya başlanmıştır. Kültürün, toplumun kişi ve kişilik üzerindeki etkisi, çevrenin ruhu nasıl etkilediği, ruhun zihni ve bedeni nasıl etkilediği, hamilelikle başlayan tüm çevresel etkileşimlerin etkisi, bilinçaltının zihin ve bedene etkisinin araştırılması yepyeni ufuklar açarak

psikosomatik tıbbın zeminini oluşturmuştur. Engel ve Lipowski ise tüm bunları entegre ederek tüm tıba ve tıbbi hastalıklara psikosomatik bakış açısını getirmiştir. Araştırmalar, olumsuz çevre koşullarını değiştiremeyen insanların çaresizlik ve çözümsüzlük algısıyla immünolojik ve endokrin sistemlerinin nasıl bozulduğunu ve nasıl ruhsal ya da bedensel hastalıkları olduğunu ortaya koymuştur. Bibring kişilik tipleri ile hastalıklar arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Ayrıca psikoterapinin tıbbi hastalarda kullanımına dönük çalışmıştır.

John Schwab KLP'yi üç döneme ayırmıştır:

Başlangıç Dönemi: Bu dönemde A. Meyer'in, kuramsal yaklaşımları ile bu alanda öncü çalışmalar yapılmış ve klinik muayene, gözlem ve öykü alınmasında bütüncül yaklaşıma ilişkin kapsamlı ve sistematik öneriler getirilmiştir (12). Meyer'in öğrencileri olan G. W. Henry ve Helen F. Dunbar konsültan psikiyatri uzmanı olarak çalışmışlar ve hastalara ilişkin psikosomatik kapsamlı çalışmalar yapmışlardır (13). 1929'da G. W. Henry, devlet hastanelerinin, genel tıp ve psikiyatri birimlerinde psikiyatrist bulundurmalarını zorunlu tutmuştur. 1934 yılında ABD'de Colorado Hastanesi'nde "Liyezon Psikiyatrisi" adı altında ilk klinik kurulmuştur. Liyezon Psikiyatrisi deneyimini klinik uygulama anlamında ilk tanımlayan ve bu kliniği kuranın Edward G. Biblings olduğu kabul edilmiştir. Biblings, tıp ve psikiyatrinin hastanede bütünleşmesi ile tanı ve tedavi etkinliğinin ve kalitenin arttığını, hastanede yatış süresinin kısaldığını araştırmalarıyla ortaya koymuştur. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ise ABD'de başta üniversiteler olmak üzere, genel hastanelerde KLP servisleri hızla gelişmiş ve kurumsallaşmıştır. 1954'de Massachusetts Devlet Hastanesi'nde Avery Weisman tarafından ilk formal konsültasyon servisi kurulmuştur (12).

Gelişme Dönemi: 1970'lerde ABD' de Ruh Sağlığı Ulusal Enstitüsü, K-L programlarının genişlemesini, tıp öğrencileri için özel eğitim imkanlarını ve K-L dernek programlarının kurulmasını finanse etmiştir. 1977'de George Engel biyopsikososyal model adını verdiği tanımlı yapmıştır. Bu model sağlık ve hastalığı daha geniş biyolojik, psikolojik ve sosyal bağlamda ele almaktadır.

Güçlenme Dönemi: 1970'li yıllarla birlikte K-L psikiyatrisi geniş bilgi birikimi, klinik yapılanım, muayene ve tedavi yöntemleri, uygulama ilkeleri, klinik, eğitim ve araştırma alanları ile bir uzmanlık alanı olarak gelişmiştir (13). 1980'de, DSM'

den “psikofizyolojik” nozolojik terimi silinip yerine “fiziksel durumları etkileyen psikolojik faktörler” terimi getirilmiştir (15).

2.1.2 Tanım

Bilindiği üzere, birçok tıbbi hastalık psikiyatrik şikayetlerle beraberlik göstermektedir. Bu noktadan yola çıkarak; hastalara verilen tıbbi hizmetlerde psikiyatristler, diğer uzmanlarla birlikte hastanın tedavi ve bakımında işbirliği yapmak durumundadır. Bu işbirliği de KLP’yi ortaya çıkarmıştır (16). KLP; genel klinik tıp ve çeşitli uzmanlık alanları ile ruhsal ve psikososyal durumlar arası bağlantıları araştıran, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve psikososyal sorunların tanısı, tedavisi ve izlenmesi ile uğraşan psikiyatri disiplini. KLP organik hastalıklarda görülen psikiyatrik bozuklukların araştırılması ve tedavisi ile tıbbi bakımın psikososyal yönleri üzerine yapılan çalışmalardan oluşur (17). Tıbbi hastalardaki akut/kronik psikiyatrik hastalıkların, tanı, ayırıcı tanı ve tedavisi, izlenmesi, tıbbi-cerrahi hastalardaki davranış sorunları, tedaviye uyum güçlükleri ile uğraşır, yatarak tedavi gören veya ayaktan izlenen tıbbi hastalardaki bir dizi sorunların tedavi ve baş edilebilmesinde hastaya ve diğer birimlerdeki tedavi ekiplerine yardımcıdır (13).

KLP’de temel yaklaşım hastanın değerlendirilmesi, tanı, tedavi ve iletişimidir. Tanı iki aşamada değerlendirilebilir. Birincisi hasta, ailesi, yakınları, servis ekibi, tıbbi kayıtlar ve testlerden sağlanan bilgidir. İkincisi ise sağlanan bilgiye tanı kriterlerinin uyarlanmasıyla ortaya çıkan tanı formülasyondur. Yaklaşım; tanı ve tedavi alternatiflerinin hastanın tedaviyi kabul etme noktasına kadar tartışılması olarak tanımlanabilir. Tedavi hastanın ayaktan veya yatarak tedavisi veya hastanın tıbbi tedavi aldığı yerden farklı bir psikiyatrik bakım alabileceği merkeze refere edilmesi olarak tanımlanabilir (17). Fiziksel hastalığı olanlarda, ruhsal sorunlar için psikiyatri kliniğine başvuru oranı oldukça düşüktür ve genellikle ihmal edilmektedir. Dolayısı ile fiziksel hastalık sebebiyle yatan hastalarda konsültasyon hizmeti sayesinde psikiyatrik değerlendirme ve müdahale fırsatı sağlanmaktadır (18).

Konsültasyon terimi hekimlerin genellikle yazılı konsültasyon istemleri yoluyla; belirli hastalarla gösterdikleri klinik aktiviteler anlamında kullanılırken, liyezon terimi ise fiziksel hastalıklarla birlikte görülen psikiyatrik bozukluk ve psikososyal

problemlerin tanısı, tedavisi, izlenmesi, psikiyatristlerin dahili ve cerrahi servislerde düzenli olarak gösterdikleri multidisipliner hasta bakım konferansları, servis ekibi için destekleyici grup toplantıları gibi aktiviteleri içermektedir (17). Bu aktivitelerde, klinik tıbbi psikolog, liyezon psikiyatrisi hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve diğer elemanlar kendi uzmanlık alanları doğrultusunda katkı sağlar. Liyezon psikiyatrisi, uygulama ve ilişkide ruhsal ve bedensel ayırımı yapmadan bir bütün içinde ele alır. Hasta takibinde de hastanın tıbbi durumunu öncelikle dikkate alır, diğer kliniklerdeki tedavi ekibi ile yakın, karşılıklı bilgilendirme ve işbirliğini esas alır (13).

Psikiyatri konsültasyonuna başvurma pratikteki hasta popülasyonu, morbidite, bakım yaklaşımı, kültürel farklılıklar, sosyoekonomik faktörler ve ruh sağlığı çalışanlarının işbirliği, deneyimleri gibi durumlara göre değişmektedir (12). Psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar klinik uygulamalarda sıklıkla birlikte görülmektedir. Bu birliktelik, fiziksel hastalığın sebepleri olarak psikolojik faktörler, fiziksel belirtilerle giden psikiyatrik bozukluk, fiziksel hastalığın psikiyatrik sonuçları, psikiyatrik ve fiziksel bozukluğun tesadüfen bir arada olması şeklinde farklı gruplarla karşımıza çıkabilir (19).

KLP uygulamalarında sıklıkla dikkat çeken durumlardan birisi de bireylerin hastalık nedeniyle sosyal yaşamdaki konumunu kaybettiğini ve dışarı itildiğini hissetmeleriyle, kendilik ile toplumsal kimlikleri arasında gerginlik yaşayabilmeleridir. Gündelik aktiviteleri kısıtlanan bireyler kişilerarası ilişkiler, mesleki roller ve cinsel etkinlikleri ile özerkliklerini kaybettiklerini; yakınlarına yük olduklarını hissedebilir. Bunun sonucunda ortaya çıkan yalnızlık ve yetersizlik düşünceleriyle umutsuzluğa kapılabilir. Ayrıca hastalık veya tedaviler sonrası meydana gelen fiziksel değişiklikler de dışarıdan fark edilebilir olmasalar dahi, hastaların kendileriyle ve diğerlerinin bakışıyla ilgili olumsuz düşüncelerini pekiştirebilir (20). Ciddi fiziksel hastalıklar ile karşılaşıldığında dış dünya ile ilgili kurulan temel güven duygusu zedelenebilir. Bu nedenle yaşamın ilk yıllarında oluşan birincil bağlanma biçimleri de bireyin hastalığa vereceği tepkiler için önemli bir belirleyicidir (21). Bireyin hasta olduğu bilgisinin kişisel deneyimler, inanışlar ve ihtiyaçlar ışığında, bilinç ve bilinçdışı düzeylerdeki değerlendirmeleri hastalığın anlamını oluşturur. Örneğin bazı hastalar için hastalık, pazarlık yapılarak anlaşılması ve üstesinden gelinmesi gereken bir iddialaşma anlamına gelebilirken kimi hastalarda

öfke, korku veya kaygı duygularına yol açan bir tehdit olarak değerlendirilebilir. Gündelik yaşamda ve medyada oldukça yaygın olarak kullanılan “hastalıkla savaşmak”, “hastalığa yenik düşmek” vb. kalıplaşmış ifadeler de tehdit algısının dildeki ürünü olarak görülebilir (22).

Hastalık karşısında yaşanan tepkilerin meydana gelmesinde hastalıkla ilgili değişkenler, özgeçmiş ve bireysel özellikler, fiziksel ve sosyal çevre rol oynamaktadır. Klinik belirtilerinin ağırlığı ve günlük yaşama olan etkileri, yol açtığı fiziksel değişiklikler, etkilenen organ sistemi, uygulanan tedavi yöntemleri ve etkinliği hastalık ile ilgili değişkenlerden sayılabilir (23,24). Bir çalışmada, hastalığı bir yıldan uzun süredir devam edenlerde, daha kısa süredir hasta olanlara göre öfke düzeyinin yüksek olduğu, daha fazla psikolojik rahatsızlık bildirdiği, yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha kötü algılandığı saptanmıştır (25). Bireyin kişisel deneyimleri, başa çıkma biçimleri, erken dönem çatışmaları, savunma düzenekleri, hastalık öncesi benlik saygısı, işlevsellik düzeyi, tanı konulan yaş dönemi, içinde yer alınan sosyokültürel ortamın hastalığa yaptığı atıflar, dini inançları, ailenin geçmiş hastalık öyküsü, aile içi roller ve sosyal çevre desteği birey ile ilgili değişkenlerdir (22, 24).

Ailede ve kişinin özgeçmişinde psikiyatrik bozukluk öyküsü, hastalığın kötü prognozlu olması, anksiyete ve umutsuzluk varlığı gibi durumlar psikopatolojinin ciddiyeti açısından risk faktörleri olarak gösterilmektedir (26). Bu kişilerde psikiyatrik bozukluk varlığının hastalığın gidişini olumsuz etkilediği, hastanede kalış süresini anlamlı olarak artırdığı da belirtilmektedir (27). Tüm bu veriler normalden bozukluk düzeyine kadar fiziksel hastalığa verilen ruhsal tepkilerin anlaşılması, izlenmesi ve müdahale edilmesinin klinik önemini göstermektedir.

2.1.3 KLP Çalışmaları

Psikiyatri dışı çeşitli tıbbi birimlere başvuran hastaların %20-50'sinde fiziksel hastalık yanında tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik ve psikososyal rahatsızlık olduğu; tanı, ayırıcı tanı, tedavi, araştırma ve eğitim etkinliklerini yürüten liyezon psikiyatrisi ekip ve servislerinin olduğu genel hastanelerde, hasta bakım ve kalitesinin arttığı, mortalite, morbiditenin azaldığı, hastanede yatış süresi ve genel masrafların düştüğü, düzelme ve iyilik halinin daha çabuk sağlandığı bilinmektedir

(28). Bu kapsamda primer sağlık hizmetlerine başvuranların %15'inde esas sorunun mental ve emosyonel olduğu belirtilmektedir. Hastaneye müracaat eden tüm hastaların 1/3'ünde fiziksel hastalık yanında, psişik ve psikososyal rahatsızlık görölmektedir.

Fiziksel hastalık nedeniyle tedavi görmekte olan hastalarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı %20-40 arasında değişmekte olup; 65 yaş üstü bireylerde yapılan bazı çalışmalarda bu oranın %60'ların üzerine çıkabildiği belirtilmektedir. Fiziksel hastalıklar nedeniyle tedavi gören hastalarda yapılan çalışmada en sık görölen psikiyatrik bozukluğun duygudurum bozukluğu olduğu ve bunu anksiyete bozukluğunun izlediği saptanmıştır (27). Genel nüfusta ruhsal bozuklukların 1 aylık yaygınlığı %16 iken, fiziksel hastalığı olanlarda aynı oran %21-26 arasında bulunmuştur. Kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı ise %42 olarak bulunmuştur. Bunların çoğunluğunu madde kötüye kullanımı, duygudurum ve anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar ve psikolojik problemlerin fiziksel hastalığa eklenmesi sık olmasına karşın, büyük çoğunluğu tanınmamakta ve tedavi edilememektedir. Böylece hastane yatış süreleri uzamaktadır. Hastanede yatan hastalarda %30 ile %60 arasında psikiyatrik eştanı olduğu tahmin edilmektedir. Psikiyatrik eştanısı olan hastalara zamanında yapılan müdahalenin toplam hastane masraflarının azalmasına ve hastaların iyileşmesinin hızlanmasına yardımcı olacağı ileri sürölmektedir (19, 28) .

KLP uygulamaları üzerine yapılan çalışmalar sıklıkla konsöltasyon istenmesinin nedenleri, psikiyatrik tanıların dağılımı, konsöltasyon isteyen klinikler, konsöltasyon istenen tarih ile değerlendirilen tarih arasında gečen zaman gibi bazı klinik değerkenleri değerlendirmektedir (29). Beř yıllık bir izlem çalışmasında psikiyatri dışı hekimlerin ruhsal hastalıkları tanıma oranı %41,5 olarak bulunmuştur. En sık tanınan durumun madde kullanımı olduğu, sonra sırasıyla deliryum, depresyon, anksiyete ve psikotik bozukluklar olduğu bulunmuştur (30). Standardize edilmiş ölçek verilerine dayanarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda hastanede yatan hastalarda psikiyatrik komorbiditenin %41.3 ile %46.5 arasında değerittiği belirtilmiştir (31). Kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığı ise %42 olarak saptanmıştır (19). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yatan hasta popölyasyonunda en sık karşılaşılan psikiyatrik bozuklukların nörobilişsel

bozukluklar, depresif bozukluklar ve madde ile ilişkili bağımlılık sorunları olduğu görülmektedir (31). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada en sık psikiyatrik konsültasyon istenme nedenleri; ajitasyon (%24), depresif bulgu (%16.7), konversiyon (%16.7) olarak bulunmuştur (18). Su ve ark., 5 yıllık bir izlem çalışması sonucunda madde kullanımını en sık tanınan psikiyatrik hastalık olarak saptamıştır. Deliryum, depresyon, anksiyete ve psikoz bunu takip eden tanılar olarak belirlenmiştir (30). Yapılan araştırmalar, psikiyatrik bozuklukların fiziksel hastalıkların farklı tipleriyle de ilişkili olduğunu ve bazı kronik hastalıklarda daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur. Kanser, kronik arter hastalığı, hipertansiyon gibi genel kronik tıbbi problemi olan kişilerde psikiyatrik bozukluk sıklığı araştırılmış ve duygudurum ile anksiyete bozukluklarının bu kişilerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir (32).

2.1.4. KLP’nin İşlevleri

KLP’nin işlevleri klinik hizmet, eğitim ve araştırma olarak üç alt grupta incelenebilir. Klinik hizmet alanı; konsültasyon, liyezon ve tedavi olarak gruplandırılabilir. Konsültasyon, psikiyatrik tıp hizmetlerinin ilk basamağıdır. Daha çok hasta merkezlidir ve psikiyatri dışı hekimin tanı ya da baş etme gücünü çektiği bir hasta ile ilgili görüş alma talebidir (13). Hastalığın tanısı, hastanın yakınmaları, davranış biçimi, ruhsal uyumu ve tedaviyle ilgili görüş ve yardım istenmektedir. Liyezon modeli ise bir klinik ile sürekli ve düzenli işbirliğini içerir. Tanı ve tedavi hizmetleriyle birlikte eğitim, kriz yönetimi ve koruyucu sağlık işlevi vardır. Bu hizmet alanında hasta bakımının psikososyal yönüne ilişkin eğitim değeri yüksektir. Koruyucu hekimlik alanında ileri bir adımdır. Bu uygulamada liyezon psikiyatrisi ekibi tıbbi ekibin bir üyesi gibidir ve herhangi bir destek isteği olmadan da hastaları değerlendirir ve psikososyal hizmet sunar. Tıbbi tedavi ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın birlikte sunulmasına yönelik ileri bir adımdır (13). Klinik hizmet alanı, öneri bildiriminin yanında planlanan tedavilerin yürütülmesini de içerir. Bu tedaviler; psikotrop ilaç uygulamaları, acil müdahaleler, kısa psikoterapiler, gevşeme egzersizleri, bilişsel, davranışsal veya destekleyici psikoterapi ya da aile tedavisi olabilir. Doğrudan hastaya dönük hizmetlerin yanında hasta bakımının ve hastaya uygun yaklaşımın sağlanması yönünde ilgili hekim ve/veya tedavi ekibine

yönelik psikolojik yardım gibi dolaylı da olabilir (13). KLP'nin eğitim hizmetleri; koruyucu sağlık, psikososyal tıp anlayışının yaygınlaştırılması ve tedavi-bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılmasında önemli değere sahiptir. Ruhsal bozukluğu olan insanların büyük çoğunluğunun psikiyatri dışı hekimlere başvurduğu düşünülürse bunun değeri daha iyi anlaşılacaktır. KLP'nin klinik ve kavramsal olarak belirgin yarar sağlayan önemli bir işlevi de araştırmadır. Böylece tıp ile psikiyatri kavramsal boyutta kaynaşmakta ve aynı zamanda klinik hizmet potansiyelinin artırılması ve ileri tedavi yöntemlerinin gelişmesi sağlanmaktadır. Özellikle 1970'li yıllardan sonra bu alandaki araştırmalarda olağanüstü gelişmeler sağlanmıştır. Bu araştırmalar psikopatolojiye ve nörobiyolojiye ilişkin çalışmaların birlikte sürdürülmesine olanak sağlamıştır. Hastalıkların ortaya çıkış ve seyrinde biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin birlikte ele alınması psikosomatik hekimlik anlayışının gelişmesine ve tedavi hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına öncülük etmiştir (13).

Lipowski, bir psikiyatri üst disiplin ve uzmanlık alanı olarak değerlendirdiği KLP'nin amaçlarını üç başıkta şöyle tanımlamaktadır;

- 1) Fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi, izlenmesi, engellenmesi ve klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması
- 2) Psikiyatri dışı klinik ortamlarda sağlık çalışanlarına, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, psikiyatri dışı klinik elemanlara, hekim ve hemşirelere psikososyal tıp eğitimi verilmesi
- 3) Tıp ile psikiyatrinin çakıştığı alanda, tıbbi hastalara ya da fiziksel yakınma ile dış kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılması

KLP'de başlangıçta; tıbbi hastalardaki ruhsal rahatsızlıkların tanımlanması, tanı konulması ve tartışılması amaçlanmaktadır. Bu yaklaşımlar nitelikli bir hasta hekim ilişkisinin ve tedavi hedefinin temelidir (17). Ancak KLP ile diğer tıp bilimleri arasındaki ilişki sadece majör psikiyatrik hastalıklardan ibaret değildir. Akut organik durumlar, emosyonel bozukluklar, uyum problemleri, mevcut fiziksel durumla açıklanamayan veya olağandan daha abartılı yakınmalar, hastanın uyum ve işbirliğini bozan durumlar da psikiyatrik yardım ve işbirliğini gerektirir (13). Ayrıca tedavi ekibinin hastalar, yakınları ve aile üyeleri ile iletişimi de KLP'nin yoğun ve karmaşık

uğraşlarından biridir. Hekimin etkin iletişimi hasta memnuniyeti, tedaviye daha iyi uyum, daha iyi prognoz ve daha az hekim hatası oranı sağlayacaktır (17).

KLP'nin işlevleri genel hatlarıyla şu şekilde alt başlıklara ayrılabilir:

- Fiziksel hastalıklar ile ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişki ve psikiyatrik tanıya yönelik değerlendirme
- Tıbbi hastalarda gelişen psikiyatrik morbiditenin önlenmesi, tedavisi ve bakımı
- Fiziksel hastalığı olanlarda, fiziksel hastalığın psişik boyutlarına ilişkin görüş bildirmek, bakıma katkı sağlamak
- Fiziksel hastalıklara karşı gelişen psikopatolojik reaksiyonların ve baş edebilme sorunlarının tanı ve tedavisi
- Hastalığa karşı geliştirilen savunma düzeneklerinin olumlu hale getirilmesi, tedavide ve seyrinde ortaya çıkan bağımlılık, inkar, tedaviyi reddetme gibi sorunlarla uğraşmak ve gereğinde çevre ilişkilerine yönelik düzenlemeler
- Hastane ortamının terapötik kılınmasına yönelik görüş bildirmek
- Hasta bakım ve tedavisinde hasta-aile-tedavi ekibi üçgeninde ortaya çıkan ilişki ve iletişim sorunlarını çözmek
- Tedavi ekibinin, hasta ve hastalığın psikolojik boyutunu anlamasına yardımcı olmak
- Gerekli durumlarda ortak hasta başı vizitine katılmak ve hastayı yatış süresince izlemek
- Gerekli durumlarda hastayı psikiyatri servisine nakletmek
- Hastadaki psikiyatrik morbidite ve tıbbi-psikiyatrik durumlar arasındaki etkileşime göre tıbbi duruma ve tedaviye ilişkin önerilerde bulunmak (13).

Temel işlevleri, psikiyatri dışı kliniklerdeki hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması, psikiyatrik-psikososyal tıp alanında eğitim, tıbbi hastalarda psikiyatrik-psikososyal araştırmalar olarak özetlenebilir. Tıbbi bölümlerde psikiyatrik morbiditeyi engellemek, tanımak, tedavi etmek, hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavi ve bakımında psikososyal etkenleri inceleyerek hizmetleri rasyonel ve bütüncül kılmak temel amacdır. Böylece tıp ile psikiyatri disiplinleri arasında kavramsal ve klinik köprü oluşumu hedeflenmiş olur.

2.2 KOVİD-19 Pandemisi

2.2.1 Koronavirüsler

Koronavirüsler (CoV) ilk olarak 1965 yılında tanımlanan pozitif polariteli, zarflı, tek zincirli genoma sahip RNA virüsleridir [33]. Zarf yüzeylerinde glikoproteinden oluşan çubuksu uzantıları vardır. Bu yüzey çıkıntılarının taç benzeri görünümünden dolayı Latince'deki "corona", yani "taç" anlamından yola çıkılarak bu virüslere Koronavirüs (taçlı virüs) ismi verilmiştir (34). İnsan ve hayvanların solunum, sindirim ve sinir sistemlerinde enfeksiyona neden olabilmektedirler. İnsanlarda bilinen yedi farklı CoV türünün enfeksiyona neden olduğu ve sağlıklı insanların %2'sinde taşıyıcı olarak bulundukları tahmin edilmektedir (46). İnsanlardaki akut solunum yolu enfeksiyonlarının %5-10'nun etkeni oldukları bilinmektedir (35).

KOVİD-19 hastalığına neden olan koronavirüs ilk olarak 2019 yılında ayrıştırılmasının ardından insanlarda daha önce saptanmamış yeni bir koronavirüs anlamında "novel coronavirus" (2019-nCoV) olarak adlandırıldı ve 11 Şubat 2020'de DSÖ, bu yeni koronavirüsün neden olduğu hastalığın "Koronavirüs hastalığı 2019'un kısaltması olan "KOVİD-19" olduğunu açıkladı (36). Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi tarafından değerlendirmeler sonrasında ise SARS salgınına neden olan virüse benzerliği nedeniyle SARS-CoV-2 olarak adlandırılmasına karar verilmiştir (36, 37). SARS-CoV-2 virüsünün yarasalarda bulunan bir suştan mutasyona uğrayarak insanlarda hastalık yapabildiği düşünülmektedir (35).

SARS-CoV-2 virüsünün hücre yüzeyine ACE-2 reseptörleri üzerinden tutunduğu belirlenmiştir. Bu bağlanma membranda bulunan S proteini ile konak hücrenin ACE-2 reseptörünün etkileşim haline geçmesi sonucu oluşmaktadır (38). Böylelikle membran füzyonu gelişmekte ve konak hücreye girebilmektedir (39). SARS-CoV-2'nin daha önceki koronavirüslerle karşılaştırıldığında S proteinlerinin bağlanma duyarlılıklarının yüksek olması, bulaşıcılığını artırmaktadır (40).

Virüsün en yaygın klinik bulguları olarak ateş, öksürük, nefes darlığı, kas ağrıları, ishal, koku veya tat bozuklukları olarak bildirilmiştir (41). Ayrıca SARS-CoV-2'nin öncelikle akciğerlerde hastalığa neden olduğu bilinmekle birlikte,

etkilerinin akciğerlerle sınırlı olmadığı ve beyin, kalp, böbrekler, deri ve gastrointestinal organlar gibi diğer organlara yayıldığı bildirilmektedir (42).

2.2.2 KOVİD-19 Pandemi Süreci

Pandemi, Eski Yunanca'da tüm anlamına gelen “pan” ile insan anlamına gelen “demos” kelimelerinin birleşmesi ile oluşmuş bir sözcüktür. İnsandan insana kolayca bulaşan enfeksiyon etkenlerinin, dünyada birden fazla ülkede, kıtada veya tüm dünyada geniş insan topluluklarını etkilemesi durumunda ortaya çıkan salgın hastalıklar için kullanılan bir terimdir (33). Bir hastalık etkeninin, pandemiye sebep olması için çok yaygın görülmesi ve çok sayıda ölüme neden olmasının yanında bulaşıcılık özelliğinin de olması gerekmektedir. Dünya nüfusunun üçte birinden fazlasını enfekte eden ve yaklaşık 50 milyon insanı öldüren 1918 İspanyol gribi pandeminin en ünlü örneğidir. 1957, 1968 ve 2009’ da H1N1 influenza pandemileri diğer pandemi örnekleridir (34).

Tarih boyunca insanlık kızamık, kolera, veba, tifo, sıtma, sarı humma gibi birçok salgın yaşamıştır. Şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS), pandemik influenza A, H1N1, ebola virüsü ve zika virüsünün salgınları uluslararası kaygılar yaratırken, influenza A H7N9 ve H5N1, lassa ateş virüsü, nipah virüsü ve orta doğu solunum sendromu koronavirüs (MERS-CoV) bölgesel kaygı kaynağı olmuştur (35). Günümüzde dünyanın herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan salgın; ülkeler arasındaki hızlı ve modern ulaşım olanakları ile çok hızlı bir şekilde yayılarak bütün ülkeler için ciddi bir halk sağlığı tehdidi oluşturabilmektedir.

Aralık 2019’da Çin’in Hubei eyaletindeki Wuhan şehrinde başlayan ve kısa sürede tüm dünyaya yayılarak yaşanan en büyük salgınlardan haline gelen KOVİD-19, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 30 Ocak 2020’de “Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durumu”, 11 Mart 2020’de ise pandemi olarak ilan edilmiştir (36).

DSÖ tarafından yayınlanan kılavuzlarda KOVİD-19 virüsünün öncelikle öksürme veya hapşırma yoluyla damlacıklara ve hastalar tarafından kontamine edilmiş yüzeylere doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalınmasıyla bulaştığı belirtilmiştir. Ana bulaşma yolunun kişiden kişiye damlacık yoluyla olduğu ve özellikle de virüse uzun süreli, korunmasız bir şekilde maruz kalmanın riski artırdığı

vurgunlanmıştır. Bu nedenle virüse maruziyet riskinin azaltılması için alınacak başlıca önlemlerin günde birkaç kez el yıkama ve en az 1 metre şeklinde sosyal mesafenin uygulanması önerilmiştir (37). Ek olarak maske kullanımı da KOVİD-19 bulaş riskine karşı önerilmektedir. Yapılan bir çalışmada yüz maskelerinin, semptomların ortaya çıkmasından önce tüm hane halkı üyeleri tarafından kullanılması durumunda, bulaşı önlemede %79 etkili olduğu bulunmuştur (38).

Virüs, başlangıcı sonrasında önce Çin'in diğer eyaletlerinde, sonrasında ilk olarak 13 Ocak'ta Tayland'da, ardından Japonya ve Güney Kore'de görülmüştür. Ardından Uzak Doğu'yu aşarak diğer ülkelere de yayılım göstermiştir (39). Virüsün insandan insana geçebildiğinin tespit edilmesi üzerine KOVİD-19 vakası çok olan ülkelere uçuşlar iptal edilmiş, bu ülkelerden gelen kişiler 14 gün karantinaya alınmış ve başta Çin olmak üzere pek çok ülkede sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir. Ancak önlemlere rağmen Asya kıtası dışında 21 Ocak'ta Amerika ve 24 Ocak'ta da Avrupa kıtasında ilk Kovid pozitif vakalar görülmüştür. Avrupada ilk vakanın görüldüğü yer Fransa'nın Bordeaux şehri olmuştur. Ülkemizde ise ilk vaka 11 Mart 2020'de bildirilmiştir (40).

Türkiye'de ilk KOVİD-19 vakasının görülmesi ile önlemler sıkılaştırılmıştır. Alınan önlemler kapsamında, Bilim Kurulu oluşturulmuş, önlemler, tedavi ve birçok konuda kararlar alınmış, halkı bilgilendirici kamu spotları yayınlanmış ve 16 Mart'ta eğitim ve öğretime ara verilmiştir. Uçuşlar durdurulmuş, ülkeye giriş çıkışlar kısıtlanmış, 20 - 22 Mart'ta birçok kamu ve özel hastanenin dahil edildiği pandemi hastaneleri kurulmuş, ilk önce 65 yaş üstü, daha sonra 20 yaş altı vatandaşlar için sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir. Seyahat kısıtlaması uygulaması yapılmış, yapılan test sayısı gün geçtikçe arttırılmış, maske takmak zorunlu hale getirilmiş ve 18 Nisan tarihinden itibaren her hafta sonu ve resmi tatil günlerinde sokağa çıkma yasağı uygulanmıştır.

KOVİD-19 salgını bütün dünyada olduğu gibi okul, iş yaşamı, arkadaş ve aile ilişkilerine kadar günlük yaşamın her alanında büyük aksamalara neden olmuştur. Virüsün yayılmasını sınırlamak için, çoğu ülke, uzun süreli sokağa çıkma yasaklarını da içeren çeşitli düzeylerde sosyal izolasyon önlemleri uygulamıştır. Salgının etkisini azaltmaya yönelik önlemler diğer yandan dünyada on milyonlarca insanın işlerini

kaybetmesi ve geleceği hakkında belirsizlikler yaşamasına yol açmıştır. Buna ek olarak sağlık hizmetlerinde yüz yüze tıbbi muayenelerin azaltılması da dahil olmak üzere büyük değişiklikler meydana gelmiştir (41). Eğitim faaliyetlerinin askıya alınması, spor müsabakalarının ertelenmesi veya iptal edilmesi, toplumsal iletişimin fiziki kısıtlılığa uğraması, ekonomik faaliyetlerin durdurulması veya yavaşlatılmak zorunda kalması, işsiz kalma veya izolasyon önlemlerine rağmen çalışmak zorunda olma, mahkemelerin ertelenmesi gibi hayatın pek çok alanı pandemiden etkilenmiştir (42). Ülkeler yurt dışından dönen insanlar için zorunlu karantina gibi halk sağlığı önlemleri almıştır. Hastalığın risklerini ve etkisini hafifletmek için okullarda eğitime ara verilmiş, temel olmayan hizmetler durdurulmuştur. İdari yetkililer virüsün yayılımını önlemek için tedbirler alırken dünyada mağaza sahipleri ve tedarikçi firmalar raflarındaki malları korumakta zaman zaman zorlanmışlardır (42). Bütün bunların sonucunda günlük yaşamdaki bu tür ani değişikliklerin, ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyebilecek risk faktörleri olduğu düşünülmektedir (43).

2.2.3 KOVİD-19 Pandemisi ve Ruhsal Hastalıklar

Bulaşıcı hastalıkların bir kısmı doğrudan biyolojik etkilerle depresif belirtiler, uyku bozukluğu, travma sonrası stres belirtileri, halüsinasyonlar ve saldırganlık gibi ciddi psikiyatrik belirtilere neden olabilmektedir. Birçok bulaşıcı hastalıkta ateş görülmekte ve ateşli hastalıkların başlangıç belirtisi olarak çeşitli psikiyatrik semptomlar görülebilmektedir. Bazı hastalarda kaygı, saldırgan davranışlar, uyku bozukluğu, görsel ve işitsel varsanılar, sanrılar, dezorganize düşünce ve oryantasyon bozukluğu, depresyon, mutizm ve katatoni gibi psikiyatrik bulgular olabileceği bildirilmektedir (44). Özellikle bruselloz, sifiliz, sıtma, lyme, HSV ve HIV'e bağlı enfeksiyon hastalıklarının psikiyatrik belirtilere neden olabildiği belirtilmektedir (45-49).

Enfeksiyon hastalıklarının kendisi gibi, tedavisinde kullanılan bazı ilaçların da psikiyatrik belirtilere sebep olabildiği bilinmektedir. Örneğin sıtma profilaksisi ve tedavisi için kullanılan ajanlar nöropsikiyatrik belirtilere neden olabilir. Antimalaryal ilaçların (klorokin, kinin, meflokin) hepsi, nöropsikiyatrik yan etkileri ile bilinirler. Bunlardan en sık olarak meflokinin nöropsikiyatrik yan etkileri arasında anksiyete, paranoya, depresyon, halüsinasyonlar, psikotik bulgular sayılabilir (50). Ayrıca bazı

viral hastalıkların ve kanserlerin tedavisinde kullanılan IFN-alfa tedavisi altında ve tedaviden sonra duygudurum bozuklukları gibi birçok psikiyatrik durum bildirilmiştir. IFN-alfa' nın yan etkileri arasında yorgunluk, kas ağrısı, artralji, ateş, kas-iskelet ağrısı, sinirlilik ve depresyon bulunur. Nöropsikiyatrik yan etkiler IFN ile tedavi edilen hastaların yaklaşık %50' sinde görülür ve özellikle depresyon çok siktir. Ayrıca anksiyete, bilişsel yavaşlama, konsantrasyon bozukluğu, uykusuzluk ve intihar düşünceleri gibi belirtiler görülebilmektedir (51).

Ayrıca bulaşıcı hastalıklarda enfeksiyonun doğrudan sinir sistemi tutulumu yapması dışında, sinir sistemi tutulumu olmadan dolaylı olarak da psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmektedir.

KOVID-19 salgını da, hızla yayılımı ve yüksek morbidite oranına sahip olması nedeniyle fiziksel hastalıkların yanı sıra toplumlar üzerinde önemli düzeyde psikolojik etkiler oluşturmıştır. Bu dönemde kişilerde hastalığın kendisine ve ailesine bulaşacağına dair korkular, belirsizlik, yaşadığı veya çalıştığı yerin güvensiz olduğuna yönelik düşünceler; yoğun kaygı kaynakları olmuştur. Diğer taraftan hastalığı geçirenlerde hastalığın seyri ve tedaviyle ilgili belirsizlikler ruhsal yapı üzerinde dramatik etkilere sebep olabilmektedir (52).

Pandemi süreciyle birlikte insanların günlük yaşamlarında, çalışma şartlarında ve sosyal hayatlarında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişiklikler sebebiyle bazı kişilerde değişik derecelerde kaygı ve korku durumlarının ortaya çıkması kaçınılmaz olmuştur. Korku ve kaygı fizyolojik açıdan, sempatik sinir sisteminin “savaş ya da kaç” yanıtını etkinleştirmeyi içeren temel duygulardır ve yakın bir tehditle karşı karşıya kaldığımızda hızlı tepki verebilmemizi sağlar. Pandeminin toplumda korku ya da kaygı oluşturmalarının en önemli nedeni; enfeksiyonun bulaşıcı olması, yakın tehdit oluşturmaları, gözle görülür olmaması ve etki alanını giderek artırmasıdır (53). Salgın hastalıklar sırasında ortaya çıkan psikolojik tepkiler aşırı korkudan kayıtsızlığa, kaderciliğe kadar giden bir çeşitlilik gösterebilmektedir. Bazı insanlar tehdide uyum sağlar ve daha az endişe yaşarken bazılarında ise psikolojik etkiler şiddetli ve uzun süreli olabilir. SARS salgını üzerine yapılan araştırmalar, psikolojik etkilerin her zaman kısa süreli olmadığını, şiddetli ve kalıcı ruhsal sorunlara yol açabildiğini göstermiştir (54).

Genel olarak salgın hastalık dönemlerde ortaya çıkan psikolojik tepkiler şu başlıklar altında toplanabilir: (55)

- Hastalanma ve ölüm korkusu
- Tedavi gereken durumlarda hastalığı kapma endişesiyle sağlık kurumlarına başvurmaktan çekinme
- Geçim kaynaklarını kaybetme, izolasyonda iken çalışamama, işten çıkarılma korkusu
- Hastalıkla ilişkilendirilip toplum tarafından dışlanma ya da temaslı olarak değerlendirilip karantina altına alınma korkusu ve kaçınma davranışları
- Sevdiklerini koruyamama, onlara virüs bulaştırma ve virüs yüzünden sevdiklerini kaybetme korkusu
- Karantina uygulaması nedeniyle sevdiklerinden ve bakım verenlerden ayrı tutulma korkusu
- İzolasyon koşullarından dolayı çaresizlik, hayal kırıklığı, can sıkıntısı, öfke, yalnızlık ve depresif hissetme

Pandemilerle ilişkili ortaya çıkan bu tepki ve davranışları anlamak ve yönetmek için psikolojik faktörleri ele almak önemlidir. Bu psikolojik faktörler; aşılama, hijyen programlarına uyum, insanların enfeksiyon tehdidini algılama ve buna bağlı kayıplarla başa çıkma şekli açısından da önemli rol oynamaktadır (63). Yapılan bir çalışmada salgın süreci ile ilgili belirsizlik nedeniyle sıkıntı ve korku ifade eden hasta sayısında artış olduğu; depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıkları olan hastaların korku ile birlikte panik ataklarının ve psikosomatik semptomlarının yeniden ortaya çıktığı belirtilmiştir (65).

Ayrıca pandemi döneminin en önemli sonuçlarından birisi de ve sosyal izolasyon ve karantinedir. Sosyal izolasyon için ilk adım sosyal mesafedir ve toplu aktivitelerin yasaklanması, okulların kapatılması, toplu taşıma araçlarının kısıtlanması ve diğer insanlar ile mesafeli durma gibi uygulamaları içerir. Temel ihtiyaçların karşılanması dışında tamamen iç mekanda kalma, bireyin kendini toplumdan fiziksel olarak uzaklaştırması ve sosyal ilişkilerin kısıtlanması anlamına gelmektedir. Sosyal ilişkiler, özellikle KOVİD-19 pandemisi sürecinde olduğu gibi yüksek belirsizlik ve sıkıntıların yaşandığı, sosyal temasın stresörlere karşı bir

tampon görevi görebildiği dönemlerde daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle sosyal ilişkilerin kısıtlanmasının, insanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarında önemli sonuçları olabilmektedir (56). Çalışmalar, sosyal izolasyonun artmış hareketsizlik, sigara, alkol kötüye kullanımı, sağlıksız beslenme, depresyon, içe dönüklük, zayıf sosyal beceriler ve TSSB ile ilişkili olduğunu ve bunun özellikle de yaşlı insanlarda daha fazla kardiyovasküler hastalık, demans ve erken ölüm riskine yol açtığını ortaya koymuştur (57, 58). Sosyal izolasyonun ve kronik sıkıntı-endişe duygularının bireylerde sürekli uyarılmaya yol açarak artan yorgunluk seviyelerine ve somatik şikayetlere yol açabileceği bildirilmiştir (59). Sıkıntı hali, belirsizliğe normal bir tepki olsa da, düzenlenmediğinde ve aşırı şiddetli veya uzun süreli olduğunda zihinsel ve fiziksel sağlığa zarar verebilmektedir (60, 61). Avusturya’da toplumu temsil eden bir örnekleme algılanan stres, yaygın endişe, KOVİD-19’a özgü endişeler ve yorgunluk düzeylerinin, sosyal iletişim düzeyleri ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada daha yüksek düzeylerde sosyal iletişim içinde olmanın daha düşük stres, yorgunluk ve yaygın anksiyete bozukluğu düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (62).

Karantina ise, bulaşıcı bir hastalığa maruz kalan şüpheli durumdaki kişilerin, hastalığın en uzun kuluçka devresine eşit bir süre kimse ile temas ettirilmemek suretiyle alınan tedbirsiz faaliyetlerin tümüdür. Karantinanın amacı, olasılıkla hasta olan bir kişinin temasını durdurarak hastalığın yayılmasını önlemektir (63). Bu tanım, bulaşıcı bir hastalık teşhisi konan kişilerin hasta olmayanlardan ayrılması olan izolasyondan farklıdır ancak iki terim, özellikle halkla iletişimde genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır (64). Zorunlu kitle karantinasının potansiyel faydaları tartışılmaz bir durumdur. Ancak psikolojik yükü de asla ihmal edilmemesi gereken bir konudur. Karantinanın bir halk sağlığı önlemi olarak başarılı bir şekilde kullanılması, bununla ilişkili olumsuz etkilerinin mümkün olduğunca azaltmasını gerektirir. Uygulanan karantina-izolasyon tedbirleri sonucunda özgürlüğü kaybetmek, sevilen kişilerden ayrı kalmak, kamu sağlığı için koyulan bazı kurallara uymak zorunda olmak ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Karantinaya alınanları araştıran çalışmaları inceleyen sistematik bir derleme, bu kişilerde psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik bozukluk belirtilerinin yüksek bir prevalansının olduğunu bildirmiştir. Genel psikolojik belirtiler duygusal rahatsızlık,

depresyon, stres, düşük duygulanım, sinirlilik, uykusuzluk, travma sonrası stres belirtileri, öfke ve duygusal tükenme olarak sıralanabilir (65). Bu gibi durumlarda, hastalar arasında ölüm korkusu gibi ciddi endişeler ortaya çıkabilmekte ve karantinaya alınan insanlar arasında yalnızlık ve öfke duyguları gelişebilmektedir. Ayrıca, karantinaya alınan insanlar yüz yüze bağlantılarını ve geleneksel sosyal etkinliklerini kaybedebilmekte ve bu nedenle kaygıları da, işlerini yürütememe veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ihtiyaçlarını karşılayamama durumundan dolayı daha da artabilmektedir (66). İlk günlerde daha çok akut stres tepkileri, uyum bozuklukları, davranış bozuklukları ortaya çıkarken karantina süreci uzadıkça depresyon, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk hatta psikotik bozukluk da görülebilmektedir (52, 65, 67). Karantina uygulanan sağlık çalışanlarında yıllar sonra bile hala depresyona yatkınlık tespit edilmiştir (65). Karantina döneminden sonra sürekli el yıkama ve kalabalıklardan kaçınma gibi uzun vadeli davranış değişiklikleri tanımlanmış ve normale dönmenin aylarca sürdüğü bildirilmiştir (68). Ek olarak karantinaya alınan bireylerin karantinaya alınmayanlara göre kendi sağlıkları için endişe duyma, başkalarına bulaştırma korkusu ve aile üyelerini enfekte etmekten korkma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (69). İzolasyon ve karantina durumlarında, kişilerde, hayatları üzerindeki kontrolü kaybetme ve buna eşlik edebilen bir çaresizlik duygusu görülebilmektedir. Bundan dolayı bu kişileri karar verme sürecine katarak karantina ya da izolasyon sırasında ruhsal olarak güçlendirmenin, herkes için zor olan bu tür durumlarda onların öz saygı duygusunu yeniden kazanmalarına yardımcı olacağı önemle vurgulanmaktadır (70). Karantina ya da izolasyon altında olabilecek kişiler için psikososyal desteğe yönelik etkinlikler arasında telefonlaşma, mesajlaşma yoluyla sosyal ilişkinin devam ettirilmesi, ailelerinden ve bakım verenlerden ayrı kalanlara gerekli bakım ve desteğin sunulması yer almaktadır.

Pandemi sürecinde ruhsal açıdan olumsuz etkileri olan bir diğer durum da damgalanmadır. Karantinaya alınanların, çevresindeki insanların damgalamalarına uğradıkları, insanların onlardan uzak durdukları ve onların sosyal davetlerini reddettikleri, onlara korku ve şüphe ile muamele ettikleri ile ilgili bilgiler vardır (68). KOVİD-19 hastaları için izole edilmiş ve “ötekileştirilmiş” hissetme duygusu, ruhsal

hastalık semptomlarına katkıda bulunabilmekte ve damgalanan kişilerde yalnızlık hissi, içe kapanma, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk düşünceleri sonucu ruhsal bozukluklar gelişebilmektedir. (71). Bu nedenle başlıca bulaşıcı salgınlarla başa çıkmak için gerekli ve etkili bir strateji olduğu bilinen karantinanın olumsuz psikiyatrik sonuçlarla ilişkili olduğu ve karantinanın psikolojik etkilerinin aylar veya yıllar sonra tespit edilebileceği belirtilerek psikolojik önlemlerin dikkate alınma gerekliliği önemle vurgulanmaktadır. (72). Ayrıca izolasyonun KOVİD-19 bulaşını azaltmak için karantina sürecinin merkezinde olduğu göz önüne alındığında, karantinaya alınan hastaların sevdikleriyle iletişim halinde kalmasına yardımcı olacak yöntemler bulmak, ruhsal sağlık sorunlarını önlemek için çok önemli olabilmektedir.

Daha önceki viral salgınların ruhsal etkilerini inceleyen bir derlemeye göre, yapılan çalışmalarda %0.7-47.2 arasında anksiyete semptomları %1.4-32.4 arasında depresyon semptomları, % 2.0-76.4 arasında stres semptomları bildirilmiştir (73). 21. yy. ın ilk salgını olan SARS sonrasında yapılan bir araştırmada bu hastalığı geçirip iyileşenlerin %32'sinde anksiyete belirtileri veya depresif yakınmalar tespit edilmiştir (74). Hong Kong'ta SARS geçiren 90 hastanın 30 ay süren psikiyatrik takipleri incelendiğinde başlangıçta hastaların %58.9'una psikiyatrik bir bozukluk tanısı konulduğu görülmüştür ve 30 ay sonunda halen hastaların %33.3'ünde psikiyatrik yakınmaların devam ettiği tespit edilmiştir (75).

Çin'de KOVİD-19 salgını sırasında normal popülasyonda yapılan bir araştırmaya göre, katılımcıların dörtte biri akut stres yaşadığını ve dörtte birinden fazlası da depresyon, anksiyete ve uykusuzluk yaşadığını bildirmiş, bu da KOVİD-19 salgınının zihinsel sağlık üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu düşündürmüştür (7). KOVİD-19 salgını sırasında yapılan bazı araştırma sonuçları kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda, gençlerde, sosyal medyaya aşırı maruz kalanlarda, doğru bilgilendirilmeyenlerde, uyku bozukluğu yaşayanlarda ve eğitim seviyesi yüksek olanlarda anksiyete ve depresyon riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir (76-79). Brezilya'da salgın döneminde genel popülasyonda zihinsel sağlık sorunlarının oluşumunu araştıran bir çalışmada katılımcıların dörtte üçünden fazlasında orta ila şiddetli anksiyete semptomları, yaklaşık üçte ikisinde orta ila şiddetli depresyon semptomları ve üçte birinde travma sonrası stres semptomları görülmüştür (80).

Hastanede yatarak tedavi gören 144 KOVİD-19 tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada ise, hastaların %34.72'sinde anksiyete ve %28.47'sinde depresyon belirtilerinin olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada KOVİD-19 tanısı ile yatarak tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin yüksek oranda olması ile daha az sosyal desteğe sahip olma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtilmiştir (81). KOVİD-19 ile ilişkili anksiyete çalışmalarını değerlendiren metaanaliz; anksiyete oranlarının %6.33 ila %50.9 arasında değiştiğini göstermektedir (82). Pandemi döneminde anksiyete oluşumuna çok sayıda şey neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar anksiyetenin yordayıcı faktörleri olarak, yaş, cinsiyet, medeni hal, düşük eğitim düzeyi, geçmiş ruhsal hastalık öyküsü, kronik hastalıklar, yalnızlık, karantina, kentsel ortamda yaşama gibi çok sayıda faktör olduğunu göstermiştir (82, 83). Diğer yandan internette fazla zaman geçirme, yoğun sosyal medya takibi, KOVİD-19 ilişkili haberleri takip etme gibi faktörlerin de bireylerde anksiyeteyi artırıcı rol oynadığı saptanmıştır (84). Pandemi döneminde Wuhan'daki 18 yaş üstü 4872 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, ruhsal hastalık prevalansı ve bunun sosyal medya maruziyeti ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada, 18 yaş üstü genel popülasyonda depresyon yaygınlığı %48.3, anksiyete yaygınlığı %22.6, depresyon ve anksiyete kombinasyonunun yaygınlığı %19.4 saptanmıştır. Katılımcıların %80'inden fazlası yüksek sıklıkla sosyal medyada KOVİD-19 ile ilgili haber ve bilgilere maruz kaldığını bildirmiştir. Aynı çalışmada son 1 haftada sosyal medya maruziyeti yüksek olanların anksiyete düzeyi bu durumla ilişkili olarak, sosyal medya maruziyeti daha düşük olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Sonuç olarak sosyal medya maruziyeti yüksek olanların daha yüksek ruhsal hastalık geliştirdiği bildirilmiştir (6). Kanada'da yapılan iki çalışmada KOVİD-19'un ruh sağlığına, sağlık kaygısı açısından etkisi araştırılmıştır. Çalışmalarda algılanan bedensel duyumların ve değişikliklerin yanlış yorumlanmasından kaynaklanan sağlık kaygısının, günlük yaşamda koruyucu olabileceği pandemi dönemleri gibi bulaşıcı bir hastalık salgını sırasında, özellikle medyadan edinilen yanlış veya abartılı bilgilerin varlığında, aşırı düzeylere ulaşabileceği ve bireylerde uyumsuz davranışlara (tekrarlayan hastane başvuruları, hasta olsa bile sağlık hizmetlerinden kaçınmak gibi), kamu ve sağlık otoritelerine olan güvenin azalmasına neden olabileceği bildirilmiştir (85, 86).

Ayrıca KOVİD-19 ilişkili travma sonrası stres bozukluğu bulgularının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu söyleyebilmek de mümkündür. Pandemi döneminde Çin’de yapılan bir çalışmada hastanede yatarak tedavi gören KOVİD-19 hastalarının çoğunun taburcu edilmeden önce hastalıkla ilişkili önemli travma sonrası stres bozukluğu semptomları yaşadığı ve bu semptomların daha düşük yaşam kalitesi ve düşük işlevsellik gibi olumsuz sonuçlara yol açtığı gözlenmiştir (87).

KOVİD-19 nedeniyle akut solunum sıkıntısı sendromu ile hastaneye yatırılan 58 hasta ile yapılan bir çalışmada, ajitasyon (%69), konfüzyon (%65), kortikospinal yol sorunları (%67) ve nöropsikolojik bozukluk (%33) görülmüş ve yedi hastada beyin omurilik sıvısının analizi virüs için negatif olarak bulunmuş. Bu durum nöropsikiyatrik sonuçların, viral enfeksiyonun doğrudan etkisi dışında, yoğun inflamatuvar yanıt veya ilaçların neden olduğu ensefalopatiden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir (88).

Ülkemizde yapılan KOVİD-19 tanısı ile hastaneye yatırılan ve psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların özelliklerini ve sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada hastalara en sık deliryum (%38.2), uyum bozukluğu (%27.0), depresif bozukluk (%19.1) ve anksiyete bozukluğu (%11.2) tanıları konduğu, deliryumlu hastaların hastanede kalış sürelerinin daha uzun, yoğun bakım ünitelerine transfer edilme oranlarının daha sık ve hastanede kaldıkları süre boyunca diğer tüm hastalara göre ölüm oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada özellikle KOVİD-19 tanısı ile yatan hastalarda nöropsikiyatrik bozuklukların varlığının hastalığın prognozunu olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (89). Ayrıca aynı araştırmada en sık psikiyatri konsültasyon istem nedeni olarak psikomotor ajitasyon/huzursuzluk (%25.8), uyku bozukluğu (%23.6) ve anksiyete (%14.6) yer almıştır. Yapılan başka bir çalışmada hastanede yatan KOVİD-19 hastaları depresyon, anksiyete ve deliryum için taranmış ve taburculuk sonrası ikinci haftada telefonla takip edilerek depresyon, anksiyete ve akut stres bozukluğu belirtileri açısından yeniden taranmış. Toplam 58 hastanın 44’ü çalışmayı tamamlamış. Başlangıçta hastaların %36’sında yüksek anksiyete semptomları ve %29’unda yüksek depresyon semptomları saptanmış olup, 2 haftalık takipte %9’unda yüksek anksiyete semptomları, %20’sinde yüksek depresyon semptomları ve %25’inde hafif-orta şiddette akut stres bozukluğu semptomları saptanmıştır (90).

KOVID-19'un sonuçları arasında depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları ön plana çıksa da aslında çok çeşitli psikiyatrik semptom ve hastalıklara yol açabildiği bilinmektedir. Özellikle Çin'de yapılan araştırmalara göre depresyon ve anksiyetenin yanı sıra, madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk da KOVID-19 salgınının başlangıcından sonra artış göstermiştir (91). İnsanlar enfeksiyon tehdidine yanıt olarak tekrarlayıcı kontrol etme ve güvence arama davranışı gösterebilmektedir. Aşırı ve tıbben gereksiz kontrol ve güvence arama, sağlıkları hakkında aşırı endişe duyan insanların temel bir özelliği olarak görülmektedir. Enfeksiyona yakalanma konusunda kaygısı fazla olan kişiler kendilerini korumak için uzun bir zaman harcayabilmekte ve kişiler, yerler ve hastalıkla ilişkilendirilen eşyalar dahil olmak üzere enfeksiyonla ilgili uyaranlardan kaçınma kimi durumlarda aşırı boyutlara ulaşabilmektedir. Benzer şekilde, insanlar algıladıkları enfeksiyon kaynaklarını bulaştan arındırmak veya bulaştırmacıları kendilerinden uzaklaştırmak için, hijyen kurallarını uygulamaktan, örneğin önerilen şekilde el yıkamaktan daha ağır davranışlar ya da aşırı korunma veya güvenlik davranışları gösterebilmektedir.

KOVID-19 enfeksiyonunda sık görülen ruhsal belirtilerden bir tanesi de uykusuzluktur. Uyku bozukluğunun azalmış enerji, konsantrasyon güçlükleri, sinirlilik, tolerans kaybı, yorgunluk, ruhsal ve bedensel çökkünlük, dikkat dağınıklığı, metabolizma değişiklikleri gibi birçok soruna neden olabileceği bilinmektedir. ABD'de yapılan KOVID-19'un ruhsal işlevler üzerine etkisini inceleyen anketlerde özellikle kişilerin daha fazla uyku sorunları yaşadıkları, daha fazla alkol, sigara veya diğer yasadışı maddeleri kullandıklarını, uyumsuz yeme davranışlarında artış olduğu, zihinsel olarak sürekli KOVID-19 ile meşgul oldukları için konsantre olmada ve yeni bilgi öğrenmede güçlük yaşadıkları ve aile içi sorunlarda artış saptanmıştır (92).

Ayrıca KOVID-19 hastalarının %25'inin kendine zarar vermeyi veya intihar etmeyi amaçladığı ve %28.3'ünün psikolojik danışmanlık istediği saptanmıştır (93). Bir literatür incelemesi, KOVID-19 enfeksiyonu kapmış bireylerin, özellikle ciddi bir hastalık seyri geçirenlerin, yüksek intihar riskine sahip olabileceğini varsaymıştır (94). Bu bulgular, KOVID-19 hastalarındaki fiziksel sorunları tedavi ederken bu psikiyatrik morbiditelere daha fazla dikkat edilmesinin önemine işaret etmektedir.

Pandeminin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisine rağmen, dünya genelinde yapılan çeşitli çalışmalar karantina sırasında hem toplam psikiyatrik acil konsültasyon sayısında hem de psikiyatrik başvuru ve yatış oranlarında önemli bir düşüş olduğunu göstermiştir (95, 96). Bu düşüşü açıklayabilecek bazı hipotezler önerilmiştir (95) . Bunlar:

- 1) Hastanelerdeki kontaminasyon ve kaçınma korkusu: Salgın nedeniyle hastane servislerinin ve sağlık personelinin büyük çoğunluğu Kovid+ hastaların bakımı için yönlendirilmiş ve birçok acil olmayan başvuru veya ameliyatlar salgın sonrasına ertelenmiştir. Kitle iletişim araçları hastanelerdeki yüksek kontaminasyon riskine büyük önem vermiştir. Bu korku, çoğu hasta ve yakınlarının, genellikle yatarak tedavi gerektirebilecek klinik durumlarda (psikotik bozukluklar gibi) bile hastaneye yatış talep etmelerini engellemiş olabilir.
- 2) Hastaneye yatış eşiklerinde değişiklik: Riskli yerler olarak grlen hastanelerden korkma ve kaçınma birleştiğinde, hastaneye yatış için tetikleyici olan klinik ve davranışsal eşiklerde bir değişiklik meydana gelmiş olabilir. Başka bir deyişle, hastalar ve aile yeleri salgın sırasında daha hoşgrl hale gelebilir ve kontaminasyon riskine maruz kalma korkusuyla hastane tesislerine sevk edilmekten kaçınabilir. Aynı zamanda, klinisyenler, psikiyatri servislerinin, diğer hastaların ve sağlık çalışanlarının tümünü olası bir bulaştan korumak için, enfeksiyon riski taşıyan veya yakın zamanda temasları belirsiz olan hastaları kabul etme konusunda daha temkinli olmuş olabilirler.
- 3) Telepsikoloji hizmetlerinde artış: Pandemi ve ilgili kısıtlamaların başlaması ve de enfeksiyon kapma endişeleri hastaların profesyonel bir ortamda ruhsal sağlık bakımı alamamasına neden olmuştur. Bu nedenle hem zamanında tedavi ihtiyaını karşılamak ve hem de bulaş riskini asgariye indirmek için teletıp ve tele-psikiyatri hizmetleri ile bu durum telafi edilmeye çalışılmış olabilir.

KOVID-19 nedeniyle tedavi gören ve ruhsal rahatsızlığı olan hastalar için KLP uzmanları tarafından çeşitli klinik kriterler göz önünde bulundurularak kişiselleştirilmiş bir ruhsal tedavi planı yapılması önerilmektedir. Farmakolojik etkileşim riskleri ve QTc değerleri göz önünde bulundurularak uygun psikofarmakolojik tedavilerin düzenlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (97).

Pandemi döneminde, KLP çalışanları tarafından ruhsal iyilik halinin sağlanabilmesi için önerilen tedaviler özetle şunlardır:

- Karantina koşullarında ortaya çıkabilecek ruhsal sorunların önlenmesi için belirsizliği en az düzeye indirmek amacıyla kişinin hastalığının olası seyri hakkında bilimsel veriler ışığında ve anlayabileceği şekilde bilgilendirilmesi
- Mevcut hastalık belirtilerine yönelik kaygının nedenleri ve ortaya çıkışı ile ilgili psikoeğitim verilmeli ve kaygıyı yatıştırmak için solunum alıştırmaları, gevşeme alıştırmaları gibi baş etme yöntemlerinin öğretilmesi
- Hastanın hangi durumlarla kendinin baş edebileceği, belirtilerinde nasıl bir değişiklik olursa ya da yeni bir durum geliştiğinde ne zaman ve ne şekilde psikiyatri başvurusu yapması gerektiği hususunda bilgilendirme yapılması ayrıca hastanın yakını ile temas kurulması olası kötüleşmede iletişim temasının sürdürülmesi
- Gerek görüldüğü durumlarda telepsikiyatri hizmetleri ile hastanın ruhsal yakınmalarının değerlendirilmesi
- Olabildiğince ilaçsız izleme ilkesine uyulmalı ancak ihtiyaç duyulduğunda ilaç etkileşimleri de göz önünde bulundurularak uygun farmakoterapi planı sağlanması
- Kişinin psikiyatrik durumu KOVİD-19 tedavisini engelleyecek bir düzeyde ise, ya da bulaştırma riskini artırıyorsa, bu durumda hem yasal, hem de tıbbi nedenlerle kişinin zorunlu yatışına karar verilebilmesi
- KOVİD-19 servislerinde yatan ve ruhsal belirtisi olmayanların ruhsal açıdan korunmaları ve desteklenmeleri amacıyla yakınlarıyla görüntülü veya sesli bağlantıların sağlanması ve hastane psikososyal destek birimlerince belli aralıklarla temas sağlanması
- KOVİD-19 servislerinde yatan ve ruhsal belirtisi olan hastalar için hastalık hakkında açık anlaşılır bilgiler verme, depresif bilişsel çarpıtmaları ve yanlış yorumlamaları düzelterek güçlüğün üstesinden gelmesine yönelik destekleyici yaklaşım ve ilaç etkileşimleri de göz önünde bulundurularak uygun psikotrop ilaç tedavisinin sağlanması önerilmektedir (98).

Daha önceki salgın dönemleri ve özellikle şu an içinde bulunduğumuz pandemi döneminde görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının iş yükü ve sorumluluğu çok fazla artmaktadır. Tıbbi çalışanlar, sadece salgın hastalıklarla, savaşlarla ve diğer halk sağlığı krizleriyle sınırlı kalmamakla birlikte, tıptaki yapısal değişikliklerin yol açtığı çeşitli stres kaynaklarıyla karşılaşmaktadır. Enfekte olmanın yanı sıra; fazla sayıda ölümlerle karşılaşmak, sağlık kurum ve kuruluşlarında uzun çalışma saatleri, aileden uzun süre uzak kalmak sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerini artırabilmektedir. Ayrıca, koruyucu ekipmanların neden olduğu fiziksel rahatsızlıklar, sürekli dikkatli ve tetikte olma durumu, kendiliğindenliği ve özerkliği önleyen katı prosedürler, virüsü arkadaşlarına ve aile bireylerine bulaştırma korkusu, çalışma koşulları nedeniyle özbakımda azalma, sosyal desteğin azalması ve damgalayıcı yaklaşımlar sağlık çalışanlarının yaşadığı diğer stres etkenleridir. Bu nedenle salgın ile mücadele esnasında enfeksiyonun kendisi kadar psikolojik etkileri de sağlık çalışanları için özellikle ihmal edilmemesi gereken bir konudur. 2003 yılındaki SARS salgını ile ilgili araştırma bulguları, sağlık çalışanlarının % 57'sinin salgın sırasında ve hemen sonrasında ciddi duygusal sıkıntı yaşadığını göstermektedir(99). Çin'de KOVİD-19 salgını sırasında 1563 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada, depresyon %50.7, anksiyete %44.7, uykusuzluk %36.1 ve stresle ilişkili semptomlar %73.4 oranında saptanmıştır (100). KOVİD-19 tanılı hastalarla çalışan sağlık çalışanlarının psikolojik sıkıntı, uykusuzluk, alkol ve ilaç kötüye kullanımı, TSSB belirtileri, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, öfke, yüksek stres algısı gibi ruhsal sorunlar açısından yüksek risk altında oldukları ve uyuma yönelik olmayan başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandıkları bildirilmiştir (101). Sağlık çalışanlarının salgın sırasında yaşadığı ciddi emosyonel stres dışında salgından sonra bile tükenmişlik, travmatik stres, kaygı ve depresif belirtiler yaşadıkları gösterilmiştir. Bulaşıcı hastalıklardan kurtulanlar arasında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaygınlığının da arttığı bildirilmiştir (102). Karantinaya alınan sağlık çalışanlarında, karantinaya alınan genel topluma oranla travma sonrası stres belirtileri daha şiddetli bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının ayrıca genel popülasyondan daha fazla oranda damgalanma hissettikleri ve karantinadan sonra daha fazla kaçınma davranışı sergiledikleri bildirilmiştir. Sağlık çalışanlarında SARS nedeni olan virüsü

taşıdıklarını düşünme ve başkalarına bulaştırma konusunda endişe duyma olasılıkları daha yüksek bildirilmiştir (103).

Sağlık çalışanlarının iş stresi, özellikle işini yapma yeteneğinin tehlikeye atıldığı, işini kontrol edemediği ve enfekte hastalarla çalışmak için isteği dışında görevlendirildiği durumlar ruh sağlığı sonuçlarını olumsuz etkilemektedir. Güvenlik tehdidi, ruh sağlığı için risk faktörüdür. Ekipman ve enfeksiyon kontrol prosedürlerine duyulan güven arttıkça, duygusal tükenme ve duruma yönelik öfke daha düşük düzeyde görülmektedir. Benzer şekilde, iş yerinde ihtiyati tedbirlere olan inancın artması endişeleri azaltmaktadır. Buna karşılık, kişisel risk algısının yüksek olması, TSSB belirtilerini yordayıcı bir özellik gösterir(101) Ayrıca ağır koruyucu giysiler ve N95 maskeleri kullanmak zorunda olan sağlık personelinde, iletişimin zorlaştığı ve bu durumun da psikolojik strese yol açtığı belirtilmiştir (104)

Sağlık çalışanlarına psikososyal bir örgütlenme üzerinden sağlanan destek, aile ve sosyal çevre desteği yeterli düzeylerde olduğunda koruyucu etmenler olarak işlev görebilmektedir. Buna karşılık, psikolojik desteği de içeren örgütlü desteğin yetersizliği ruh sağlığı için bir risk faktörüdür. Aynı şekilde, sosyal reddedilme veya izolasyonun, daha kötü ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (101). Psikolojik desteğe erişimi olan sağlık çalışanlarının bu hizmetleri psikolojik ve fiziksel sağlık sorunlarını iyileştirmek için önemli kaynaklar olarak gördüğü bilinmektedir. Bu nedenle, bir pandemi sırasında tıbbi personele psikolojik materyal ve kaynak sağlanması önem taşımaktadır. Bir araştırmada psikososyal destek açısından özellikle 3 klinik konunun önemi belirtilmiştir: İlk olarak, personel ve hastaların uyku yoksunluğunun sonuçları konusunda eğitilmesi ve uykusuzluğun tedavi edilmesi gerektiği, ikincisi, başa çıkma mekanizmalarının bireysel olduğu ve stratejileri paylaşmanın destekleyici ve yararlı olabildiği ve üçüncüsü, böyle bir krizle baş edebilmek için yalnız hissetmemenin çok önemli olduğu vurgulanmıştır (105).

Liyezon psikiyatrisi, bu alanda sağlık çalışanlarının psikolojik yükünün azaltılmasında büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda Wuhan'da KOVID-19'un psikolojik hasarlarını azaltmak için, psikolojik müdahale ekipleri kurulmuş ve telefon rehberliği ile sağlık çalışanları ve hastalara psikolojik müdahaleler sağlamıştır

(106). İtalya’da birçok hastane, özellikle KOVİD-19 birimlerinde çalışanlar için bireysel psikolojik destek sağlamıştır. İletişim, konuşma, deneyimlerin paylaşılması, korku ve umutların dile getirilmesi ile daha çok sayıda hastane çalışanına yardımcı olmaya adanmış grup programları sağlanmıştır (107). Ülkemizde de sağlık çalışanlarının kendi çalıştıkları tıbbi kurumlardaki ruh sağlığı uzmanlarından psikolojik destek alma imkanı sağlanmaya çalışılmış ancak bu kliniklerde salgın koşullarındaki işleyişlerle ilgili güçlükler olabileceği de göz önüne alınarak, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık personelinin kendisine ve çocuklarına psikolojik destek sunmak için Sağlık Personeli Ruhsal Destek Uygulaması (RUHSAD) geliştirilmiştir. Ayrıca TPD öncülüğünde de ruhsal destek hattı oluşturulmuştur. Böylece ülkenin her tarafında görev yapan tüm sağlık çalışanlarının 7/24 ruh sağlığı hizmetine ulaşabilmesi amaçlanmıştır.

Pandemi döneminde liyezon psikiyatrisinin hedefleri arasında;

- Şüpheli ve tanısı konmuş KOVİD-19 enfeksiyonu olan hastaların yanı sıra karantina merkezleri çalışanlarına ve enfekte hastalara bakım veren hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerine, ruh sağlığı çalışanları tarafından düzenli olarak depresyon, anksiyete ve intihar riskini değerlendirmeye yönelik klinik tarama yapılması,
- Sağlık çalışanlarının karşılaşılabileceği psikososyal risklerin belirlenmesi, bu konuda personelin bilgilendirilmesi,
- Toplu psikoeğitim, toplu gevşeme etkinlikleri, grup ruhsal sorun paylaşımı, bireysel sorun paylaşımı, psikiyatrik değerlendirme ve muayeneleri içeren sağlık çalışanlarına dönük ruhsal destek programı sağlanması
- KOVİD-19 servisi ya da yoğun bakımda izlenen hastalara dönük ruhsal destek programı sağlanması ve
- KOVİD-19 servislerinde ve yoğun bakım birimlerinde görevli çalışanların, hastaların ruh sağlığının korunması bakımından hastalarla nasıl ilişki kurulacağına ilişkin eğitim verilmesi yer almaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Ülkemizde ilk Kovid vakasının tanımlandığı 11 Mart 2020 tarihinden önceki 2 yıl ve bu tarih sonrasındaki 2 yıl içerisinde İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na diğer yataklı birimler tarafından danışılan bütün hastalar araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Dahil Edilme Kriterleri:

- 11 Mart 2020 tarihinden 2 (iki) yıl önce ve 2 (iki) yıl sonrasına kadar İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na diğer servislerden konsültasyon istenerek danışılmış olma
- Tamamlanmış konsültasyonlar
- 18-65 yaş aralığında olmak

Dışlanma Kriterleri:

- Konsültasyon istemi yapılan hastanın yerinde bulunamaması
- Eksik konsültasyon değerlendirmesi olan hastalar
- Aynı protokol numarası ile mükerrer konsültasyonlar
- Yalnızca e-reçete yazımı içeren konsültasyonlar
- Sağlık kurulu değerlendirilmesi amacıyla istenen konsültasyonlar
- 18 yaş altılar
- Yaşlılar (65 yaş üstüler)
- Engelliler
- Gebe kadınlar
- Emziren kadınlar
- Acil olgular
- Öğrenciler (Lise ve altı)

3.2. Yöntem

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte, tek merkezli, retrospektif bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırmadaki veriler hastanemizde kullanılmakta olan yazılım veri tabanı olan Probel kayıtlarının geriye doğru taranması ile elde edilmiştir.

Probel sisteminden elde edilmiş sosyodemografik özellikler, öykü, özgeçmiş ve soygeçmiş verileri, primer yatış nedeni, konsültasyon isteyen bölüm, psikiyatrik konsültasyon sayısı, konsültasyon istem nedeni, psikiyatrik öntanı ve konsültasyon sonuçlarına ait psikiyatrik muayene, önerilen tedavi ve ilaç dozu verileri çalışmanın amaçları doğrultusunda hazırlanmış veri kayıt formlarına işlendi.

Probel üzerinden yapılan taramada 11 Mart 2020 tarihinden önceki 2 yıl ve bu tarih sonrasındaki 2 yıl içerisinde hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na diğer yataklı birimlerden istenen bütün konsültasyonlar taranarak, dahil edilme kriterlerine uyan vakalar veri kayıt formuna işlenmiştir. Yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, meslek, medeni hali, hane halkı durumu ve eğitim durumu şeklinde sosyodemografik verilere ek olarak psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, primer yatış tanısı, konsültasyon isteyen bölüm, konsültasyon istem nedeni, konsültasyon sayısı, psikiyatrik değerlendirme sonucu ruhsal durum muayene bulguları (bilinç veya kooperasyon bozukluğu, kişi yönelim bozukluğu, yer yönelimi bozukluğu, zaman yönelimi bozukluğu, kısıtlı/künt afekt, apatik afekt, anksiyöz afekt, disforik afekt, depresif afekt, eleve afekt, çağrışımlarda bozukluk, varsanı, sanrı, uyku bozukluğu, iştah bozukluğu, anhedoni, anksiyete, ilgi/istek azalması, dezorganize davranış veya konuşmalar, dikkat bozukluğu, bellek bozukluğu, suicidal düşünce veya davranış, homisidal düşünce veya davranış, obsesyon/kompulsiyon, psikiyatrik ön tanı, önerilen tedavi, önerilen yönlendirme ve önerilen ilaç doz değerleri bu araştırmada incelenen kategoriler olarak belirlenmiştir.

Araştırmada tamamlanmış olan konsültasyonlar o günkü konsültan asistan hekim tarafından görülüp sorumlu uzman hekime tanı değerlendirilmesi ve tedavi formülasyonu açısından danışılmaktadır. Konsültasyon kayıtları içerisinde hastaların sosyodemografik verileri, klinik şikayet ve bulguları, tanı ve tedavi önerileri yer almaktadır. Konulmuş olan psikiyatrik tanımlar için DSM-5 tanı kriterleri kullanılmaktadır. Araştırmadaki veriler hastaların Probel hastane kayıt sistemindeki

verilerinin geriye doğru taranması, ölçüm ve değerlendirme araçlarından elde edilen sonuç kayıtları, başvuru sırasındaki rutin olarak kullanılan klinik değerlendirme sonuçları ve konsültasyon notlarının detaylı incelenmesi ile elde edilmiştir. Verilerin taranması, veri kayıt formuna kaydedilmesi ve istatistik programına eklenmesi iki çalışmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.3. Değerlendirme Sürecinde Verilerin Gruplandırılması

Primer yatış tanısı 25 alt başlıkta , konsültasyon isteyen bölüm 31 alt başlıkta, konsültasyon istem nedeni 22 alt başlıkta, ön tanımlar 17 alt başlıkta, önerilen tedavi 17 alt başlıkta ve önerilen yönlendirme 4 alt başlıkta sınıflandırıldı.

Primer Yatış Tanıları: Serebrovasküler Hastalıklar, Travma ve Cerrahi Hastalıklar, Nörodejeneratif Hastalıklar, Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları, Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Yolu Hastalıkları, Gastroenterolojik Hastalıklar, Nefrolojik Hastalıklar, Endokrinolojik Hastalıklar, Hematolojik Hastalıklar, Romatolojik Hastalıklar, Enfeksiyon Hastalıkları, Solunum Yolu Maligniteleri, Meme Kanseri, Gastrointestinal Sistem Maligniteleri, Genitoüriner Sistem Maligniteleri, Sinir Sistemi Maligniteleri, Kas İskelet Sistemi Maligniteleri, KOVİD-19 Hastalığı, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Endokrin Sistem Maligniteleri, Dermatolojik Hastalıkları, İntoksikasyon, Nöbet ve Diğer hastalıklar olarak gruplandırıldı.

Konsültasyon İsteyen Bölümler: Ortopedi, Üroloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Beyin Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahi, Genel Cerrahi, Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Dahiliye, Endokrinoloji, Gastroenteroloji, Nefroloji, Hematoloji, Onkoloji, Romatoloji, Dermatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, FTR, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Palyatif Servis, Kovid Servisi, Anestezi YB, Dahiliye YB, Kardiyak YB, Nöroloji YB, Cerrahi YB ve Kovid YB

Konsültasyon İstem Nedenleri: DD bozukluğu, Anksiyete, Ajitasyon, Psikotik semptomlar, Dissosiyatif semptomlar, Uyku bozukluğu bulguları, Somatik şikayetler, Kooperasyon bozukluğu, Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar, Alkol madde kullanımı, Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması istemi, Operasyon öncesi ve sonrası

danışılma, Tedavi isbirliği bozukluğu, İntihar girişimi veya düşüncesi, Kendine veya çevreye zarar verme düşüncesi/girişimi, Karar verme yeterlik değerlendirilmesi, Transplantasyon öncesi rutin değerlendirme, Amputasyon sonrası/Protez takılacak olması ve Neden belirtmeksizin psikiyatrik danışılma olarak gruplandırıldı.

Psikiyatrik ön tanımlar: Nörobilişsel bozukluklar, Depresif bozukluklar, Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, Şizofreni spektrumu ve psikoz ile ilişkili bozukluklar, Bipolar ve ilişkili bozukluklar, Anksiyete bozuklukları, Uyku-uyanıklık bozuklukları, Alkol - madde ile ilişkili bozukluklar, Dissosiyatif Bozukluklar, Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar, Kişilik bozuklukları, Obsesif Kompulsif ve ilişkili bozukluklar, Yıkıcı bozukluklar/dürtü denetim ve davranım bozuklukları, İlaçların yol açtığı hareket bozuklukları ve ilaçların diğer yan etkileri, Nörogelişimsel bozukluklar, Beslenme ve yeme bozuklukları ve Diğer Hastalıklar olarak gruplandırıldı.

Önerilen Tedaviler: Antidepresan tedavi(AD), Antipsikotik tedavi(AP), Sadece Psikoterapi, Benzodiazepin tedavi(BZD), Antidepresan ve Benzodiazepin tedavi (AD+BZD), Psikotrop ilaç kesilmesi, Antidepresan ve Antipsikotik tedavi (AD+AP), Antipsikotik ve Benzodiazepin tedavi (AP+BZD), Antipsikotik ve Duygudurum Dengeleyici Tedavi (AP+DDD), Antidepresan, Antipsikotik ve Benzodiazepin tedavi (AD+AP+BZD), Duygudurum Dengeleyici Tedavi (DDD), Yan etki giderilmesi amacıyla ilaç başlanması, Antidepresan, Antipsikotik ve Duygudurum Dengeleyici Tedavi (AD+AP+DDD), Antidepresan, Antipsikotik, Duygudurum Dengeleyici ve Benzodiazepin Tedavi (AD+AP+DDD+BZD) , Antipsikotik, Duygudurum Dengeleyici ve Benzodiazepin Tedavi (AP+DDD+BZD), Antidepresan ve Duygudurum Dengeleyici Tedavi (AD+DDD), Duygudurum Dengeleyici ve Benzodiazepin Tedavi (DDD+BZD) olarak gruplandırıldı.

Önerilen Yönlendirmeler: Psikiyatri poliklinik takibi, Psikiyatri servisine yatış, Ek tetkik veya başka bir bölümden konsültasyon istemi olarak gruplandırıldı.

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Veri Kayıt Formu

Hasta takip numarası, yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, medeni durum, hane halkı durumu, eğitim durumu, meslek, ruhsal hastalık öyküsü, hastanemiz psikiyatri birimine konsültasyon istenme sayısı, primer yatış tanısı, konsültasyon isteyen bölüm, psikiyatri bölümüne konsültasyon istenme nedeni, psikiyatrik değerlendirme sonucu ruhsal durum muayene bulguları, değerlendirme sonrasında konulmuş psikiyatrik öntanı-tanı, önerilen tedavi metodu, önerilmiş ise önerilen ilaç tedavileri, ilaç doz değerleri ve önerilen yönlendirme tipi verilerinin toplanması amacıyla hazırlanmış kayıt formudur.

3.5.İstatistik

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 26.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada toplanan veriler değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Analizlerde uygun testin seçilmesinde normallik analizi sonucuna göre karar verilmiştir. Normal dağılım olup olmadığını göstermek amacıyla Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan gruplarda nonparametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılan numerik gruplarda Bağımsız örneklem t-testi uygulanmış, normal dağılmayan numerik gruplarda Mann Whitney U testi ve kategorik veya nominal verilerin analizinde Ki-kare testi uygulanmıştır. Ki-kare testinde gözlenen değerler arasında 5 ten küçük değer olduğunda Fisher exact testi kullanılmıştır. Yapılan tüm analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tüm Örneklemen Sosyodemografik, Klinik ve Tedavi Özellikleri

Araştırmaya toplamda 2963 hasta dahil edildi. 1634 hasta Kovid öncesi dönemde danışılırken 1329 hasta Kovid sonrası danışılmıştır. Kovid sonrası dönemde konsülte edilen 1329 hastanın 191'i Kovid servislerinden danışılırken 1138 hasta Kovid dışı servislerden danışılmıştır.

Tablo:1 Örneklemen Sosyodemografik Özellikleri

Yaş ortalaması±SS :	48.85±13.475	
Cinsiyet	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kadın	1253	42.3
Erkek	1710	57.7
Yaşadığı Yer	Sayı(n)	Yüzde(%)
İzmir	2606	89.5
İzmir Dışı Ege Bölgesi	216	7.4
İç Anadolu Bölgesi	29	1.0
Marmara Bölgesi	22	.8
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	12	.4
Akdeniz Bölgesi	10	.3
Yurtdışı	8	.3
Doğu anadolu Bölgesi	5	.2
Karadeniz Bölgesi	4	.1
Toplam	2912	100
Meslek	Sayı(n)	Yüzde(%)
Evhanımı	563	23.9
Emekli	529	22.4
Çalışmıyor	518	22,0
İşçi	293	12.4
Serbest meslek	288	12.2
Memur	125	5.3
Öğrenci	43	1.8
Toplam	2359	100,
Medeni Hali	Sayı(n)	Yüzde(%)
Evli	1503	60.7
Bekar	530	21.4
Boşanmış	304	12.3
Dul	138	5.6
Toplam	2475	100

Eğitim Durumu	Sayı(n)	Yüzde(%)
Okuryazar değil	149	6.4
Okuryazar ve/veya İlköğrenim	1475	63.0
Lise	460	19.6
Üniversite	257	11.0
Toplam	2342	100.0
Hane Halkı Durumu	Sayı(n)	Yüzde(%)
Eş-çocuklar	1628	65.7
Ebeveyn-kardeş	364	14.7
Yalnız	328	13.2
Arkadaşlar	20	.8
Bakımevi-huzurevi	23	.9
Mahkum	109	4.4
Asker	7	.3
Toplam	2479	100.0

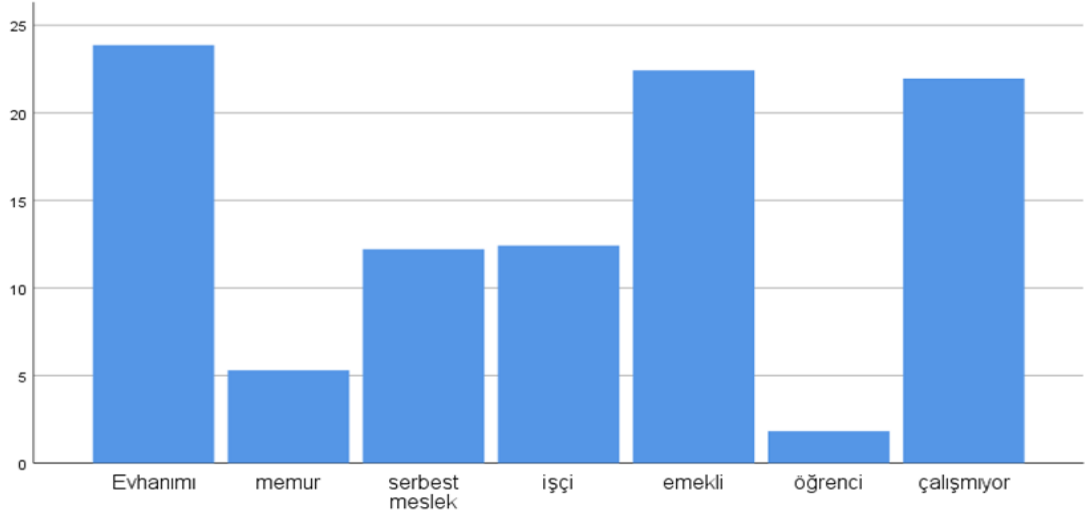
- *51 hastada yaşadığı yer verisine ulaşamadığı için dahil edilmedi
- *604 hastanın meslek veri kaydı olmadığı için dahi edilmedi
- *488 hastanın medeni hali verisine ulaşamadığı için dahil edilmedi
- *621 hastada eğitim durumu verisine ulaşamadığı için dahil edilmedi
- *484 hastada hane halkı verisine ulaşamadığı için dahil edilmedi

Örneklemin yaş ortalaması ve standart sapması 48.85 ± 13.47 olarak bulunmuştur.

Tüm örneklemin %42.3'ünü kadınlar ve %57.7 sini erkekler oluşturmaktaydı.

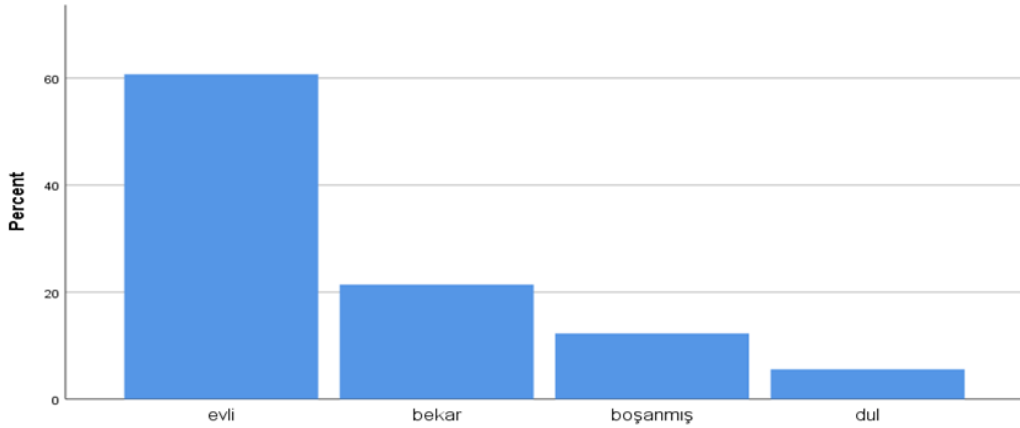
Olguların %89.5 İzmir'de, %7.4 İzmir Dışı Ege Bölgesi'nde, %1 İç Anadolu Bölgesi'nde, %0.8 Marmara Bölgesi'nde, %0.4 Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, %0.3 Akdeniz Bölgesi'nde, %0.3 Yurtdışı'nda, % 2 Doğu Anadolu Bölgesi'nde ve %1'i Karadeniz Bölgesi'nde ikamet etmekteydi. Eğitim durumuna göre yapılan incelemede %63 okuryazar veya ilköğrenim mezunu, %19.6 lise mezunu, %11 üniversite mezunu olduğu ve % 6.4 okuma yazma bilmediği saptanmıştır. 621 olgunun eğitim durumu veri kaydı olmadığı için örnekleme dahil edilmedi.

Olguların meslek özelliklerine göre yapılan incelemede %23.9 ev hanımı, %22.4 emekli, %22 işsiz, %12.4 işçi, %12.2 serbest meslek, %5.3 memur ve %1.8 öğrenci olarak saptanmıştır. 604 olgunun meslek veri kaydı olmadığı için örnekleme dahil edilmedi. Şekil 1'de tüm örneklemin meslek özellikleri dağılımı gösterilmiştir.



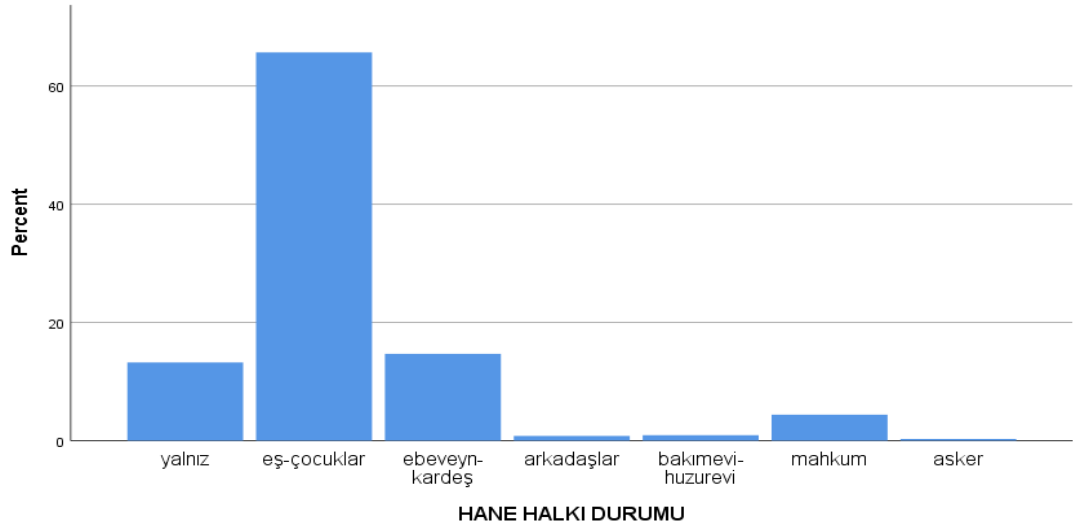
Şekil 1: Örneklemin Meslek Özellikleri Dağılımı

Medeni durumlarına göre yapılan incelemede %60.7 evli, %21.4 bekar, %12.3 boşanmış ve %5.6 dul olarak saptanmıştır. 488 olgunun medeni hali veri kaydı olmadığı için örnekleme dahil edilmedi. Şekil 2’de tüm örneklemin medeni hali dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 2: Örneklemin Medeni Hali Dağılımı

Hane halkı durumuna göre yapılan incelemede olguların % 65.7’sinin eş ve/veya çocukları ile birlikte, %14.7 sinin evebeyn ve/veya kardeşleriyle birlikte,%13.2 sinin yalnız, %4.4 ünün cezaevinde, %0.9 unun bakımevi ve/veya huzurevinde, %0.8 inin arkadaşlarıyla birlikte yaşadıkları saptanmıştır. 484 olgunun hane halkı durumu veri kaydı olmadığı için dahil edilmemiştir. Şekil 3’te tüm örneklemin hane halkı durumu dağılımı gösterilmiştir



Şekil 3: Örneklemin Hane Halkı Durumu Dağılımı

Tablo 2: Örneklemin Geçmiş Psikiyatrik İzlemi

Psikiyatrik Takip/Tedavi	Sayı(n)	Yüzde(%)
Daha öncesinde psikiyatrik takip veya tedavi öyküsü yok	1579	53.3
Daha öncesinde psikiyatrik takip veya tedavi öyküsü var	1384	46.7
Toplam	2963	100.0

Tüm örneklemin geçmiş psikiyatrik izlemi açısından yapılan incelemede olguların %53.3'ünün daha öncesinde psikiyatrik takip veya tedavi öyküsünün olmadığı ve %46.7'sinin daha öncesinde psikiyatrik takip veya tedavi öyküsünün olduğu saptanmıştır.

Tablo 3: Tarafımıza Yapılan Konsültasyon Sayısı(Bir hasta için istenen konsültasyon ortalaması)

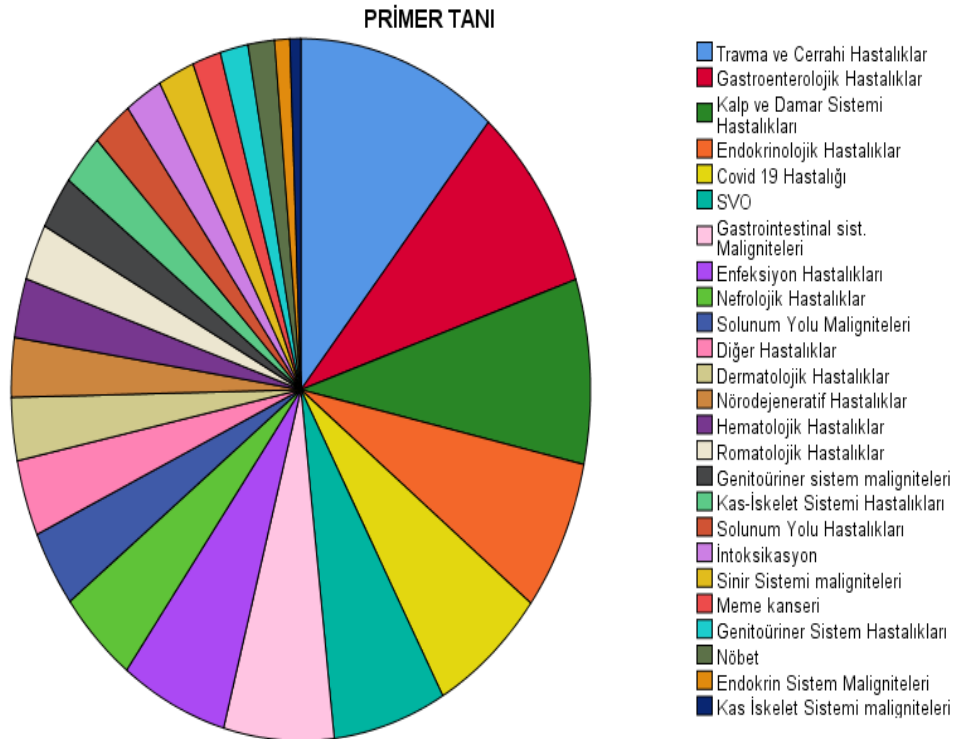
Sayı(n)	2963
Ortalama konsültasyon sayısı	1.43
Standart Sapma	0.876
En düşük Değer	1
En yüksek değer	11

Tüm örneklem içinde bir hasta için istenen ortalama konsültasyon sayısı 1.43 olarak saptanmıştır. Bir hasta için en düşük 1 konsültasyon istemi en fazla 11 konsültasyon istemi yapıldığı gözlenmiştir.

Tablo 4: Konsültasyon İstenen Hastaların Sınıflandırılmış Primer Tanıları

Primer Tanı	Sayı(n)	Yüzde(%)
Travma ve Cerrahi Hastalıklar	332	11.2
Gastroenterolojik Hastalıklar	258	8.7
Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları	252	8.5
Endokrinolojik Hastalıklar	207	7.0
KOVID-19 Hastalığı	191	6.4
Serebrovasküler Hastalıklar	187	6.3
Gastrointestinal Sist. Maligniteleri	182	6.1
Enfeksiyon Hastalıkları	177	6.0
Nefrolojik Hastalıklar	131	4.4
Solunum Yolu Maligniteleri	105	3.5
Dermatolojik Hastalıklar	86	2.9
Nörodejeneratif Hastalıklar	81	2.7
Hematolojik Hastalıklar	81	2.7
Romatolojik Hastalıklar	77	2.6
Genitoüriner Sistem Maligniteleri	73	2.5
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	71	2.4
Solunum Yolu Hastalıkları	66	2.2
İntoksikasyon	62	2.1
Sinir Sistemi Maligniteleri	60	2.0
Meme Kanseri	47	1.6
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	46	1.6
Nöbet	44	1.5
Endokrin Sistem Maligniteleri	25	.8
Kas İskelet Sistemi Maligniteleri	18	.6
Diğer Hastalıklar	104	3.5
Toplam	2963	100.0

Tüm örneklem içinde konsültasyon istenen olguların primer tanıları açısından yapılan sınıflandırmada en fazla onkolojik hastalıklar saptanmıştır. Onkolojik hastalıklar arasında en fazla GİS maligniteleri gözlenmiştir. Yüzdesel dağılımda sırasıyla %11.2 Travma ve Cerrahi Hastalıklar, %8.7 Gastroenterolojik Hastalıklar, %8.5 Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları, %7.0 Endokrinolojik Hastalıklar, %6.4 KOVİD-19 Hastalığı, %6.3 Serebrovasküler Hastalıklar, %6,1 Gastrointestinal Sist. Maligniteleri, %6 Enfeksiyon Hastalıkları, %4.4 Nefrolojik Hastalıklar, %3.5 Solunum Yolu Maligniteleri, %2.9 Dermatolojik Hastalıklar, %2.7 Nörodejeneratif Hastalıklar, %2.7 Hematolojik Hastalıklar, %2.6 Romatolojik Hastalıklar, %2.5 Genitoüriner Sistem Maligniteleri, %2.4 Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları, %2.2 Solunum Yolu Hastalıkları, %2.1 İntoksikasyon, %2 Sinir Sistemi Maligniteleri, %1.6 Meme Kanseri, %1.6 Genitoüriner Sistem Hastalıkları, %1.5 Nöbet, %0.8 Endokrin Sistem Maligniteleri, %0.6 Kas İskelet Sistemi Maligniteleri ve %3.5 Diğer Hastalıklar olarak gözlenmiştir. Primer tanı sınıflandırma dağılımı Şekil 4’te gösterilmiştir.



Şekil 4: Konsültasyon İstene Hastaların Sınıflandırılmış Primer Tanıları

Tablo 4.1: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Konsültasyon İstenen Hastaların Sınıflandırılmış Primer Tanıları

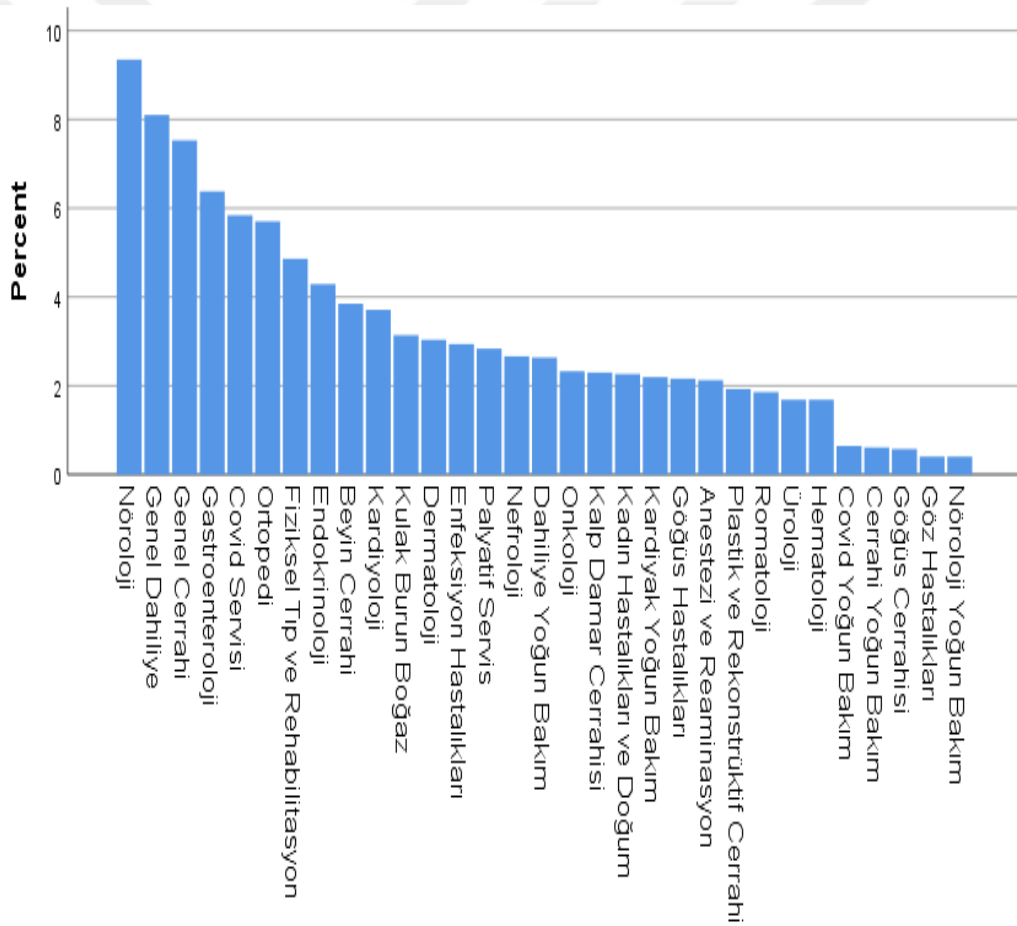
KOVID ÖNCESİ DÖNEM			KOVID SONRASI DÖNEM		
Primer Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)	Primer Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Travma ve Cerrahi Hastalıklar	178	10.9	KOVID-19 Hastalığı	191	14.4
Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları	164	10.0	Travma ve Cerrahi Hastalıklar	154	11.6
Gastroenterolojik Hastalıklar	153	9.4	Gastroenterolojik Hastalıklar	105	7.9
Enfeksiyon Hastalıkları	129	7.9	Endokrinolojik Hastalıklar	93	7.0
Endokrinolojik Hastalıklar	114	7.0	Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları	88	6.6
SVO	113	6.9	Gastrointestinal Sist. Maligniteleri	75	5.6
Gastrointestinal Sist. Maligniteleri	107	6.5	SVO	74	5.6
Nefrolojik Hastalıklar	85	5.2	Solunum Yolu Maligniteleri	55	4.1
Dermatolojik Hastalıklar	59	3.6	Diğer Hastalıklar	53	4.0
Solunum Yolu Hastalıkları	52	3.2	Enfeksiyon Hastalıkları	48	3.6
Diğer Hastalıklar	51	3.1	Nefrolojik Hastalıklar	46	3.5
Romatolojik Hastalıklar	50	3.1	İntoksikasyon	41	3.1
Solunum Yolu Maligniteleri	50	3.1	Hematolojik Hastalıklar	39	2.9
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	46	2.8	Nörodejeneratif Hastalıklar	36	2.7
Nörodejeneratif Hastalıklar	45	2.8	Genitoüriner sistem Maligniteleri	35	2.6
Hematolojik Hastalıklar	42	2.6	Genitoüriner Sistem Hastalıkları	29	2.2
Sinir Sistemi Maligniteleri	40	2.4	Romatolojik Hastalıklar	27	2.0
Genitoüriner Sistem Maligniteleri	38	2.3	Dermatolojik Hastalıklar	27	2.0
Nöbet	29	1.8	Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	25	1.9
Meme Kanseri	26	1.6	Meme Kanseri	21	1.6
İntoksikasyon	21	1.3	Sinir Sistemi Maligniteleri	20	1.5
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	17	1.0	Nöbet	15	1.1
Endokrin Sistem Maligniteleri	16	1.0	Solunum Yolu Hastalıkları	14	1.1
Kas İskelet Sistemi Maligniteleri	9	0.6	Kas İskelet Sistemi Maligniteleri	9	0.7
			Endokrin Sistem Maligniteleri	9	0.7
Toplam	1634	100.0	Toplam	1329	100.0

Kovid öncesi dönemde en sık sırayla onkolojik hastalıklar (%20.1), travma ve cerrahi hastalıklar (%10.9), kalp-damar sistemi hastalıkları (%10), gastroenterolojik hastalıklar (%9.4) ve enfeksiyon hastalıkları (%7.9) gözlenirken; Kovid sonrası dönemde en sık sırayla onkolojik hastalıklar (%19.7), Kovid hastalığı (%14.4), travma ve cerrahi hastalıklar (%11.6), gastroenterolojik hastalıklar (%7.9) ve endokrinolojik hastalıklar (%7) saptanmıştır.

Tablo 5: Konsültasyon İstemi Yapan Birimlerin Sınıflandırılması

Bölüm	Sayı (n)	Yüzde (%)
Nöroloji	277	9.3
Genel Dahiliye	240	8.1
Genel Cerrahi	223	7.5
Gastroenteroloji	189	6.4
Kovid Servisi	173	5.8
Ortopedi	169	5.7
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	144	4.9
Endokrinoloji	127	4.3
Beyin Cerrahi	114	3.8
Kardiyoloji	110	3.7
Kulak Burun Boğaz	93	3.1
Dermatoloji	90	3.0
Enfeksiyon Hastalıkları	87	2.9
Palyatif Servis	84	2.8
Nefroloji	79	2.7
Onkoloji	69	2.3
Kalp Damar Cerrahisi	68	2.3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	67	2.3
Göğüs Hastalıkları	64	2.2
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	57	1.9
Romatoloji	55	1.9
Üroloji	50	1.7
Hematoloji	50	1.7
Göğüs Cerrahisi	17	.6
Göz Hastalıkları	12	.4
Yoğun Bakım	255	8.5
Dahiliye Yoğun Bakım (YB)	78	2.6
Kardiyak Yoğun Bakım (YB)	65	2.2
Anestezi Yoğun Bakım (YB)	63	2.1
Kovid Yoğun Bakım (YB)	19	.6
Cerrahi Yoğun Bakım (YB)	18	.6
Nöroloji Yoğun Bakım (YB)	12	.4
Toplam	2963	100.0

Tüm örneklem içinde konsültasyon istemi yapan birimler açısından yapılan incelemede, tüm servisler arasında en fazla konsültasyon isteminin yapıldığı birimlerin sırasıyla nöroloji (%9.3), genel dahiliye (%8.1) ve genel cerrahi (%7.5) olduğu; dahili birimler arasında sırasıyla nöroloji, genel dahiliye ve gastroenteroloji olduğu; cerrahi birimler arasında genel cerrahi, ortopedi ve beyin cerrahisi olduğu; yoğun bakım birimleri arasında da dahiliye YB (%2.6), kardiyak YB (%2.2) ve anestezi YB (%2.1) olduğu saptanmıştır. En az konsültasyon isteminin yapıldığı birimler ise göz hastalıkları (%0.4) ve göğüs cerrahisi (%0.6) olarak saptanmıştır. Konsültasyon isteyen bölümlerin dağılımı Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5: Konsültasyon İstemi Yapan Birimlerin Sınıflandırılması

Tablo 5.1: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Konsültasyon İstemi Yapan Birimlerin Sınıflandırılması

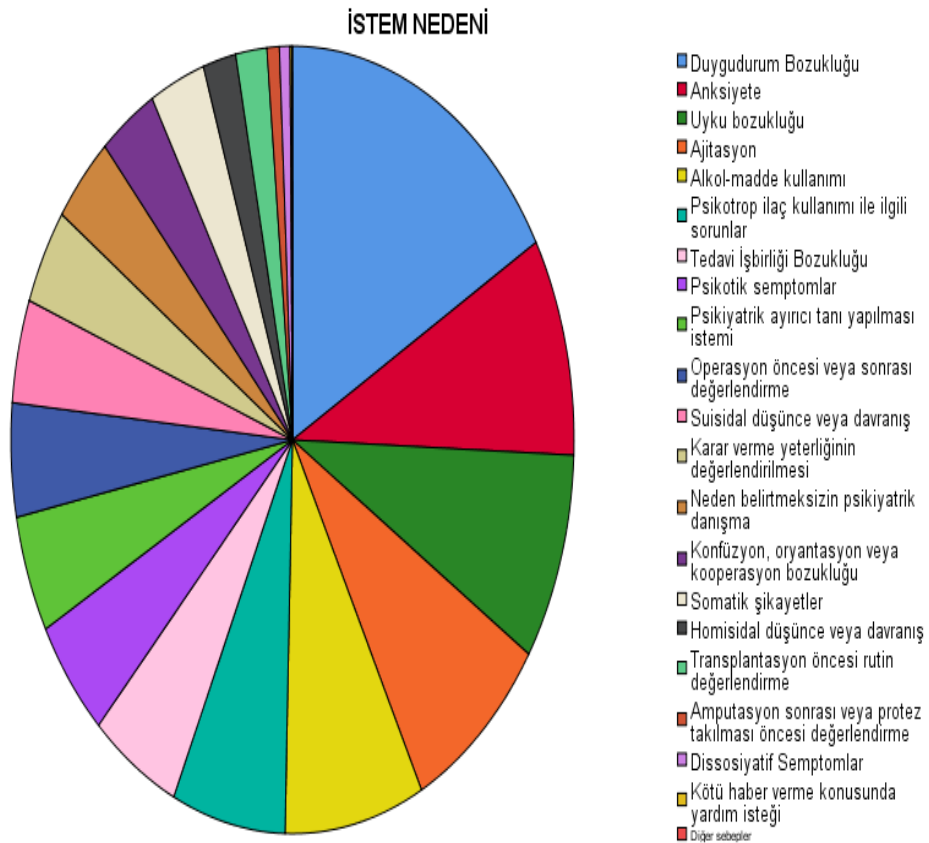
KOVID ÖNCESİ DÖNEM			KOVID SONRASI DÖNEM		
Bölüm	Sayı(n)	Yüzde(%)	Bölüm	Sayı(n)	Yüzde(%)
Nöroloji	166	10.2	Kovid Servisi	173	13.0
Genel Cerrahi	153	9.4	Nöroloji	111	8.4
Genel Dahiliye	144	8.8	Genel Dahiliye	96	7.2
Gastroenteroloji	107	6.5	Ortopedi	90	6.8
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	91	5.6	Gastroenteroloji	82	6.2
Ortopedi	79	4.8	Genel Cerrahi	70	5.3
Beyin Cerrahi	73	4.5	Endokrinoloji	63	4.7
Kardiyoloji	73	4.5	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	53	4.0
Enfeksiyon Hastalıkları	68	4.2	Onkoloji	48	3.6
Endokrinoloji	64	3.9	Beyin Cerrahi	41	3.1
Dermatoloji	64	3.9	Kulak Burun Boğaz	40	3.0
Kulak Burun Boğaz	53	3.2	Kadın Hastalıkları ve Doğum	37	2.8
Palyatif Servis	53	3.2	Kardiyoloji	37	2.8
Nefroloji	52	3.2	Dahiliye Yoğun Bakım	35	2.6
Göğüs Hastalıkları	50	3.1	Palyatif Servis	31	2.3
Kalp Damar Cerrahisi	47	2.9	Kardiyak Yoğun Bakım	28	2.1
Dahiliye Yoğun Bakım	43	2.6	Üroloji	27	2.0
Kardiyak Yoğun Bakım	37	2.3	Nefroloji	27	2.0
Anestezi ve Reanimasyon	36	2.2	Anestezi ve Reanimasyon	27	2.0
Romatoloji	34	2.1	Hematoloji	26	2.0
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	32	2.0	Dermatoloji	26	2.0
Kadın Hastalıkları ve Doğum	30	1.8	Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	25	1.9
Hematoloji	24	1.5	Kalp Damar Cerrahisi	21	1.6
Üroloji	23	1.4	Romatoloji	21	1.6
Onkoloji	21	1.3	Enfeksiyon Hastalıkları	19	1.4
Göğüs Cerrahisi	11	0.7	Cerrahi Yoğun Bakım	18	1.4
Nöroloji Yoğun Bakım	3	0.2	Kovid Yoğun Bakım	18	1.4
Göz Hastalıkları	2	0.1	Göğüs Hastalıkları	14	1.1
Kovid Yoğun Bakım	1	0.1	Göz Hastalıkları	10	0.8
			Nöroloji Yoğun Bakım	9	0.7
			Göğüs Cerrahisi	6	0.5
Toplam	1634	100.0	Toplam	1329	100.0

Kovid öncesi dönemde en fazla konsültasyon isteyen birimler nöroloji (%10.2), genel cerrahi (%9.4), genel dahiliye (%8.8), gastroenteroloji (%6.5) ve ftr (%5.6) iken; Kovid sonrası dönemde en sık Kovid servisi (%13), nöroloji (%8.4), genel dahiliye (%7.2), ortopedi (%6.8) ve gastroenteroloji (%6.2) idi. Kovid öncesi dönemde konsültasyonların %62'sinin dahili birimlerden, %30.8'inin cerrahi birimlerden ve %7.2'sinin yoğun bakım birimlerden danışılmış olduğu; Kovid sonrası dönemde ise %49.3'ünün dahili birimlerden %27.8'inin cerrahi birimlerden, %8.8'inin yoğun bakım birimlerden ve %14.4'ünün Kovid servislerden danışılmış olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Konsültasyon İstem Nedenlerinin Sınıflandırılması

Konsültasyon Nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Duygudurum Bozukluğu	493	16.6
Anksiyete	266	9.0
Uyku bozukluğu	253	8.5
Ajitasyon	245	8.3
Alkol-madde kullanımı	237	8.0
Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar	193	6.5
Tedavi işbirliği bozukluğu	153	5.2
Psikotik semptomlar	146	4.9
Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması istemi	143	4.8
Operasyon öncesi veya sonrası değerlendirme	138	4.7
Suicidal düşünce veya davranış	126	4.3
Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi	117	3.9
Neden belirtmeksizin psikiyatrik danışma	110	3.7
Konfüzyon, oryantasyon veya kooperasyon bozukluğu	98	3.3
Somatik şikayetler	94	3.2
Homisidal düşünce veya davranış	56	1.9
Transplantasyon öncesi rutin değerlendirme	53	1.8
Amputasyon sonrası veya protez takılması öncesi değerlendirme	21	.7
Dissosiyatif Semptomlar	18	.6
Kötü haber verme konusunda yardım isteği	3	.1
Toplam	2963	100.0

Tüm örneklem içinde konsültasyon istem nedenleri açısından yapılan incelemede %16.6 Duygudurum Bozukluğu semptomları, %9 Anksiyete semptomları, %8.5 Uyku bozukluğu semptomları, %8.3 Ajitasyon, %8 Alkol-madde kullanımı, %6.5 Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar, %5.2 Tedavi işbirliği bozukluğu, %4.9 Psikotik semptomlar, %4.8 Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması istemi, %4.7 Operasyon öncesi veya sonrası değerlendirme istemi, %4.3 Suisidal düşünce veya davranış, %3.9 Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi istemi, %3.3 Konfüzyon, oryantasyon veya kooperasyon bozukluğu, %3.2 Somatik şikayetler, %1.9 Homisidal düşünce veya davranış, %1.8 Transplantasyon öncesi rutin değerlendirme, %0.7 Amputasyon sonrası veya protez takılması öncesi değerlendirme, %0.6 Dissosiyatif Semptomlar nedeniyle ve %3.7 de Neden belirtmeksizin psikiyatrik danışma saptanmıştır. Konsültasyon istem nedenleri dağılımı Şekil 6’da gösterilmiştir.

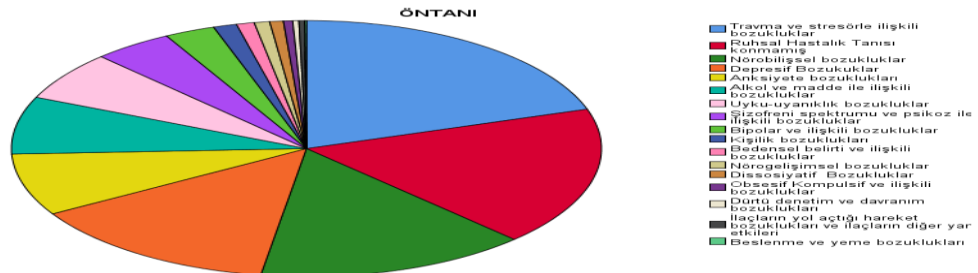


Şekil 6: Konsültasyon İstem Nedenlerinin Sınıflandırılması

Tablo 7: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Konulmuş olan Psikiyatrik Ön Tanıların Sınıflandırılması

Psikiyatrik Ön Tanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar	593	20.0
Ruhsal hastalık tanısı konmamış	520	17.5
Nörobilişsel bozukluklar	442	14.9
Depresif bozukluklar	415	14.0
Anksiyete bozuklukları	232	7.8
Alkol ve madde ile ilişkili bozukluklar	215	7.3
Uyku-uyanıklık bozukluklar	183	6.2
Şizofreni spektrumu ve psikoz ile ilişkili bozukluklar	130	4.4
Bipolar ve ilişkili bozukluklar	82	2.8
Kişilik bozuklukları	38	1.3
Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar	29	1.0
Nörogelişimsel bozukluklar	25	.8
Dissosiyatif bozukluklar	22	.7
Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar	15	.5
Dürtü denetim ve davranım bozuklukları	10	.3
İlaçların yol açtığı hareket bozuklukları ve ilaçların diğer yan etkileri	9	.3
Beslenme ve yeme bozuklukları	3	.1
Toplam	2963	100.0

Tüm örneklem içinde konsültasyon değerlendirme sonrasında konulmuş olan psikiyatrik ön tanıları açısından yapılan incelemede en fazla sırasıyla Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, Ruhsal hastalık tanısı konmamış, Nörobilişsel bozukluklar ve Depresif bozukluklar tanıları saptanmıştır. Psikiyatrik ön tanıların dağılımı Şekil 7’de gösterilmiştir

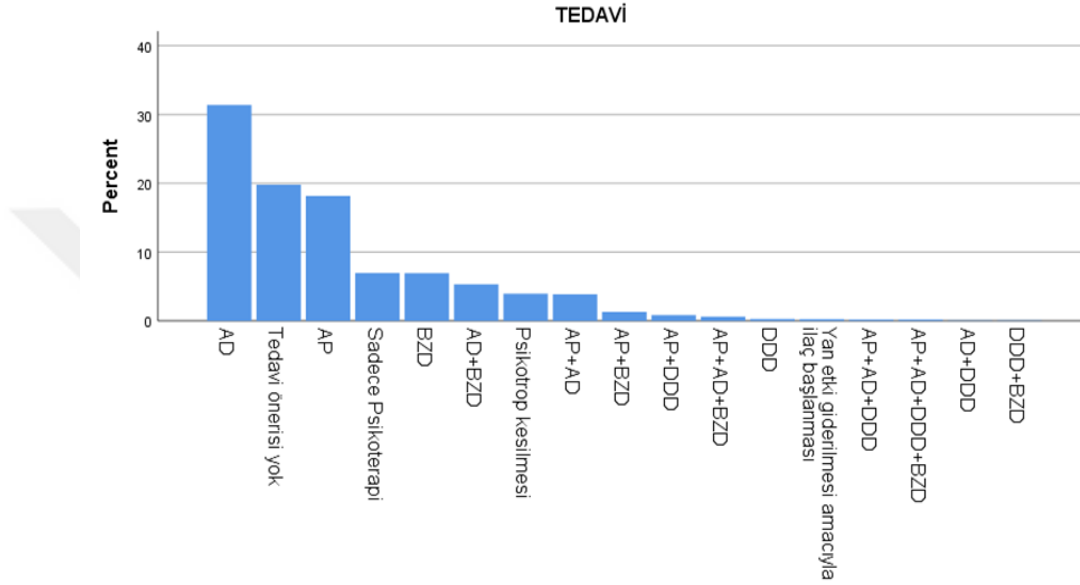


Şekil 7: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Konulmuş olan Psikiyatrik Ön Tanıların Sınıflandırılması

Tablo 8: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Önerilen Psikiyatrik Tedavilerin Sınıflandırılması

Psikiyatrik Tedavi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Antidepresan tedavi (AD)	930	31.4
Tedavi önerisi yok	586	19.8
Antipsikotik tedavi (AP)	538	18.2
Sadece psikoterapi	206	7.0
Benzodiazepin tedavi (BZD)	205	6.9
Antidepresan ve Benzodiazepin tedavi (AD+BZD)	157	5.3
Psikotrop ilaç kesilmesi	117	3.9
Antidepresan ve Antipsikotik tedavi (AD+AP)	114	3.8
Antipsikotik ve Benzodiazepin tedavi (AP+BZD)	38	1.3
Antipsikotik ve Duygudurum Dengeleyici Tedavi (AP+DDD)	25	.8
Antidepresan, Antipsikotik ve Benzodiazepin tedavi (AD+AP+BZD)	16	.5
Duygudurum Dengeleyici Tedavi (DDD)	8	.3
Yan etki giderilmesi amacıyla ilaç başlanması	7	.2
Antidepresan, Antipsikotik ve Duygudurum Dengeleyici Tedavi (AD+AP+DDD)	5	.2
Antidepresan, Antipsikotik, Duygudurum Dengeleyici ve Benzodiazepin Tedavi (AD+AP+DDD+BZD)	5	.2
Antipsikotik, Duygudurum Dengeleyici ve Benzodiazepin Tedavi (AP+DDD+BZD)	2	.1
Antidepresan ve Duygudurum Dengeleyici Tedavi (AD+DDD)	2	.1
Duygudurum Dengeleyici ve Benzodiazepin Tedavi (DDD+BZD)	2	.1
Toplam	2963	100.0

Tüm örneklem içinde konsültasyon değerlendirmesi sonrasında önerilen psikiyatrik tedaviler açısından yapılan incelemede en fazla %31.4 oranla yalnızca antidepresan tedavi önerildiği, daha sonra %19.8 oranla herhangi bir tedavi önerisinde bulunulmadığı ve sonrasında %18.2 oranla yalnızca antipsikotik tedavi önerisinde bulunulduğu saptanmıştır. Tedavi önerilerinin dağılımı Şekil 8’de gösterilmiştir.



Şekil 8: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Önerilen Psikiyatrik Tedavilerin Sınıflandırılması

Tablo 9: Konsültasyon Değerlendirmesi Sonrasında Önerilen Yönlendirmelerin Sınıflandırılması

Önerilen Yönlendirme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Poliklinik takibi	2167	73.1
Yönlendirme önerisi yok	567	19.1
Ek tetkik veya konsültasyon istemi	171	5.8
Yatış veya sevk	58	2.0
Toplam	2963	100.0

Tüm örneklem içinde konsültasyon değerlendirmesi sonrasında önerilen yönlendirmelerin incelenmesinde %73,1 poliklinik takibi önerildiği, %19,1 herhangi bir yönlendirme önerisi olmadığı, %5,8 ek tetkik veya konsültasyon istemi önerisi yapıldığı ve %2 yatış veya sevk planlandığı saptanmıştır.

4.2 Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Verilerinin Karşılaştırılması

Kovid öncesi 2 yıllık dönem içinde araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplamda 1634 hasta diğer bölümlerden psikiyatri birimine danışılırken; %19 azalma ile Kovid sonrası dönemde 1329 hasta danışılmıştır.

Tablo 10: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Yaş Ortalaması Karşılaştırılması

	Kovid Öncesi Dönem	Kovid Sonrası Dönem	*İstatistik	p değeri
Yaş yıl ortalaması ±SS	49.60 ± 13.26	48.91 ± 12.62	t = 1.442	0.149

*Bağımsız Örneklem t Testi

Kovid öncesi ve Kovid Sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının yaş ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır.

Tablo 11: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Cinsiyet Karşılaştırılması

Cinsiyet	Kovid Öncesi Dönem	Kovid Sonrası Dönem	*İstatistik	p değeri
Kadın n (%)	715 (43.8)	538 (40.5)	$\chi^2 = 3.223$	0.073
Erkek n(%)	919 (56.2)	791 (59.5)	$\chi^2 = 3.223$	0.073

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının cinsiyet karşılaştırılması yapıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 12: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Medeni Durumlarının Karşılaştırılması

Medeni Durum	Kovid Öncesi Dönem	Kovid Sonrası Dönem	*İstatistik	p değeri
Evli n (%)	875 (62,9)	628 (58)	$\chi^2 = 6.063$	0.014
Bekar n (%)	264 (19)	266 (24,6)	$\chi^2 = 11.334$	0.001
Boşanmış n (%)	169 (12,1)	135 (12,5)	$\chi^2 = 0.060$	0.807
Dul n(%)	84 (6)	54 (5)	$\chi^2 = 1.271$	0.25

*Kikare testi

**488 hastanın medeni hali verisine ulaşamadığı için dahil edilmemiştir.

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının medeni durumlarının karşılaştırılması yapıldığında evli ve bekar olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiş olup, boşanmış ve dul hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 13 : Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Psikiyatrik Takip veya Tedavi Öyküsü Karşılaştırması

	Kovid Öncesi Dönem	Kovid Sonrası Dönem	İstatistik	p değeri
Psikiyatrik Takip/Tedavi Öyküsü Var n (%)	793 (48,5)	591 (44,5)	$\chi^2 = 4.857$	0.028

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının psikiyatrik takip veya tedavi öyküsü karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kovid öncesi danışılan hastaların %48.5'inin geçmişte psikiyatrik takip veya tedavi öyküsünün olduğu, Kovid sonrası dönemde danışılan hastaların ise %44.5'inin geçmişte psikiyatrik takip veya tedavi öyküsü olduğu saptanmıştır.

Tablo 14: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Bir Hasta İçin Konsültasyon Sayısı Ortalaması Karşılaştırılması

	Kovid Öncesi Dönem	Kovid Sonrası Dönem	İstatistik*	p değeri
Konsültasyon Sayısı Ortalaması +- SS	1,39 +- 0,8	1,48 +- 0,95	$t = -2,616$	0.009

*Bağımsız örneklem t testi

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının bir hasta için konsültasyon sayısı ortalaması karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 15: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenlerinin Karşılaştırılması

Konsültasyon İstem Nedeni n (%)	Kovid Öncesi Dönem	Kovid Sonrası Dönem	İstatistik	p değeri
Duygudurum bozukluğu	317 (19,4)	176 (13,2)	$\chi^2 = 20,032$	0.000
Anksiyete	131 (8)	135 (10,2)	$\chi^2 = 4,111$	0.043
Ajitasyon	149 (9,1)	96 (7,2)	$\chi^2 = 3,471$	0.062
Psikotik semptomlar	82 (5)	64 (4,8)	$\chi^2 = 0,64$	0.8
Dissosiyatif Semptomlar	12 (0,7)	6 (0,5)	$\chi^2 = 0,972$	0.324
Uyku bozukluğu	136 (8,3)	117 (8,8)	$\chi^2 = 0,217$	0.642
Somatik şikayetler	51 (3,1)	43 (3,2)	$\chi^2 = 0,31$	0.86
Oryantasyon veya kooperasyon bozukluğu	46 (2,8)	52 (3,9)	$\chi^2 = 2,761$	0.097
Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar	113(6,9)	80 (6)	$\chi^2 = 0,966$	0.326
Alkol-madde kullanımı	113 (6,9)	124 (9,3)	$\chi^2 = 5,808$	0.016
Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması istemi	81 (5)	62 (4,7)	$\chi^2 = 0,136$	0.712
Operasyon veya tx öncesi / sonrası değerlendirme	115 (7,1)	76 (5,5)	$\chi^2 = 4,271$	0.049
Tedavi işbirliği bozukluğu	61 (3,7)	92(6,9)	$\chi^2 = 15,223$	0.000
Suicidal düşünce veya davranış	54 (3,3)	72 (5,4)	$\chi^2 = 8,035$	0.005
Homisidal düşünce veya davranış	34 (2,1)	22 (1,7)	$\chi^2 = 0,715$	0.398
Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi	71 (4,3)	46 (3,5)	$\chi^2 = 1,510$	0.219
Amputasyon sonrası veya protez öncesi değerlendirme	9 (0,6)	12 (0,9)	*FET	0.27
Neden belirtmeksizin psikiyatrik danışma	62 (3,8)	48 (3,6)	$\chi^2 = 0,068$	0.79

*Fischer's exact test

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının konsültasyon istem nedenlerinin karşılaştırılması yapıldığında Duygudurum bozukluğu semptomları, Anksiyete semptomları, Alkol-madde kullanımı, Tedavi işbirliği bozukluğu, Suisidal düşünce veya davranış, Operasyon ya da tx öncesi veya sonrası değerlendirme gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 16: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönemde Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Ruhsal Durum Muayenelerinin Karşılaştırılması

Ruhsal Durum Muayenesi n(%)	Kovid Öncesi Dönem	Kovid Sonrası Dönem	İstatistik	p değeri
Bilinç Kooperasyon Bozukluğu	156 (%9.5)	116 (%8.7)	$\chi^2 = 0.589$	0.443
Kişİ Yönelim Bozukluğu	59 (%3.6)	83 (%6.2)	$\chi^2 = 11.149$	0.001
Yer Yönelim Bozukluğu	102 (%6.2)	120 (%9)	$\chi^2 = 8.213$	0.014
Zaman Yönelim Bozukluğu	143 (%8.8)	144 (%10.8)	$\chi^2 = 3.638$	0.056
Kısıtlı veya Künt Duygulanım	80 (%4.9)	58 (%4.4)	$\chi^2 = 0.467$	0.49
Apatik Duygulanım	63 (%3.9)	24 (%1.8)	$\chi^2 = 10.804$	0.001
Anksiyöz Duygulanım	275 (%16.8)	247 (%18.6)	$\chi^2 = 1.556$	0.21
Disforik Duygudurum	75 (%4.6)	43 (%3.2)	$\chi^2 = 3.516$	0.061
Depresif Duygudurum	642 (%39.3)	441 (%33.2)	$\chi^2 = 11.787$	0.001
Eleve Duygulanım	8 (0.5)	18 (1.4)	$\chi^2 = 6.302$	0.012
Çağrışım Bozukluğu	103 (6.3)	83 (6.2)	$\chi^2 = 0.004$	0.948
Varsanı	156 (9.5)	132,8 (10.5)	$\chi^2 = 0.794$	0.373
Sanrı	53 (3.2)	57 (4.3)	$\chi^2 = 2.241$	0.134
Uyku Bozukluğu	652 (39.9)	524 (39.4)	$\chi^2 = 0.069$	0.79
İştah Bozukluğu	213 (13)	112 (8.4)	$\chi^2 = 15.937$	0.00
Anhedoni	164 (10)	75 (5.6)	$\chi^2 = 19.077$	0.000

Tablo 16 Devamı				
Anksiyete Bulguları (Psikomotor Huzursuzluk vs)	112 (6.9)	120 (9.0)	$\chi^2 = 10.034$	0.03
İlgi/İstek Azalması	129 (7.9)	65 (4.9)	$\chi^2 = 10.808$	0.001
İrritabilite	197 (12.1)	168 (12.6)	$\chi^2 = 0.232$	0.63
Dezorganize Davranış	130 (8.0)	99 (7.4)	$\chi^2 = 0.264$	0.607
Dikkat bozukluğu	102 (6.2)	67 (5.0)	$\chi^2 = 1.965$	0.16
Bellek bozukluğu	46 (2.8)	27 (2.0)	$\chi^2 = 1.873$	0.171
Suisidal Düşünce	37 (2.3)	21 (1.6)	$\chi^2 = 1.788$	0.181
Homisidal Düşünce	3 (0.2)	4 (0.3)	*FET	0.708
Obsesyon/Kompulsiyon	6 (0.4)	10 (0.8)	$\chi^2 = 2.025$	0.155

*FET: Fisher's Exact Test

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının ruhsal durum muayenelerinin karşılaştırılması yapıldığında Kişi Yönelim Bozukluğu, Yer Yönelim Bozukluğu, Apatik Duygulanım, Depresif Duygudurum, Eleve Duygulanım, İştah bozukluğu, Anhedoni, Anksiyete bulguları (Psikomotor Huzursuzluk vs), İlgi/İstek Azalması gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kovid sonrası dönem ruhsal durum muayene bulgularından en fazla sırasıyla uyku bozukluğu (%39.4), depresif duygudurum (%33.2) ve iritabilite (%12.6) gözlenmiştir.

Tablo 17: Kovid Öncesi/ Sonrası Dönem Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Psikiyatrik Ön Tanılarının Karşılaştırılması

Ön Tanı	Kovid Öncesi Dönem (n)	Kovid Öncesi Dönem (%)	Kovid Sonrası Dönem (n)	Kovid Sonrası Dönem (%)	İstatistik	p değeri
Ruhsal hastalık tanısı konmamış	319	19,5	201	15,1	$\chi^2 = 9,799$	0.002
Nörobilişsel bozukluklar	223	13,6	219	16,5	$\chi^2 = 4,628$	0.031
Depresif bozukluklar	248	15,2	167	12,6	$\chi^2 = 4,150$	0.042
Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar	340	20,8	253	19,0	$\chi^2 = 1,436$	0.231
Şizofreni spektrumu ve psikoz ile ilişkili bozukluklar	61	3,7	69	5,2	$\chi^2 = 3,718$	0.054
Bipolar ve ilişkili bozukluklar	45	2,8	37	2,8	$\chi^2 = 0,002$	0.96
Anksiyete bozuklukları	111	6,8	121	9,1	$\chi^2 = 5,426$	0.02
Uyku-uyanıklık bozukluklar	98	6,0	85	6,4	$\chi^2 = 0,201$	0.654
Alkol ve madde ile ilişkili bozukluklar	105	6,4	110	8,3	$\chi^2 = 3,731$	0.053
Dissosiyatif bozukluklar	18	1,1	4	,3	$\chi^2 = 6,374$	0.012
Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar	15	,9	14	1,1	$\chi^2 = 0,139$	0.71
Kişilik bozuklukları	22	1,3	16	1,2	$\chi^2 = 0,118$	0.732
Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar	6	,4	9	,7	*FET	0.3
Dürtü denetim ve davranım bozuklukları	6	,4	4	,3	*FET	1
İlaçların yol açtığı yan etki	6	,4	3	,2	*FET	0.74
Nörogelişimsel bozukluklar	10	,6	15	1,1	$\chi^2 = 2,339$	0.157
Beslenme ve yeme bozuklukları	1	,1	2	,2	*FET	0.59

*FET: Fisher's Exact Test

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının psikiyatrik ön tanılarının karşılaştırılması yapıldığında Ruhsal hastalık tanısı konmamış, Nörobilişsel bozukluklar, Depresif bozukluklar, Anksiyete bozuklukları ve Dissosiyatif bozukluklar gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 18: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Önerilen Psikiyatrik Tedavilerinin Karşılaştırılması

Tedavi	Kovid Öncesi Dönem (n)	Kovid Öncesi Dönem (%)	Kovid Sonrası Dönem (n)	Kovid Sonrası Dönem (%)	İstatistik	p değeri
Tedavi önerisi yok	334	20.4	252	19.0	$\chi^2 = 1.01$	0.315
AP	273	16.7	265	19.9	$\chi^2 = 5.15$	0.023
AD	575	35.2	355	26.7	$\chi^2 = 24.4$	0.000
DDD	5	.3	3	.2	*FET	0.738
BZD	77	4.7	128	9.6	$\chi^2 = 27.5$	0.000
AP+AD	73	4.5	41	3.1	$\chi^2 = 3.78$	0.052
AP+DDD	14	.9	11	.8	$\chi^2 = 0.00$	0.931
AP+BZD	17	1.0	21	1.6	$\chi^2 = 1.68$	0.19
AD+DDD	2	.1	0	0	*FET	0.505
AD+BZD	83	5.1	74	5.5	$\chi^2 = 0.34$	0.555
AP+AD+DDD	2	.1	3	.2	*FET	0.662
AP+AD+BZD	7	.4	11	.8	$\chi^2 = 1.93$	0.164
AP+AD+DDD+BZD	3	.2	2	.2	*FET	1
Sadece psikoterapi	108	6.6	98	7.4	$\chi^2 = 0.66$	0.416
Psikotrop kesilmesi	55	3.4	62	4.7	$\chi^2 = 3.26$	0.071
Yan etki giderilmesi amacıyla ilaç başlanması	6	.4	1	.1	*FET	0.138

*FET: Fisher's Exact Test

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının önerilen psikiyatrik tedavilerinin karşılaştırılması yapıldığında Antipsikotik tedavi (AP), Antidepresan tedavi (AD), Benzodiazepin tedavi (BZD) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 19: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarında Önerilen Psikiyatrik Yönelendirmelerin Karşılaştırılması

Yönelendirme	Kovid Öncesi Dönem (n)	Kovid Öncesi Dönem (%)	Kovid Sonrası Dönem (n)	Kovid Sonrası Dönem (%)	İstatistik	p değeri
Yönelendirme önerisi yok	322	19.7	245	18.4	$\chi^2 = 0.766$	0.382
Poliklinik takibi	1186	72.6	981	73.8	$\chi^2 = 0.566$	0.452
Yatış veya sevk	26	1.6	32	2.4	$\chi^2 = 2.547$	0.111
Ek tetkik veya konsültasyon istemi	100	6.1	71	5.3	$\chi^2 = 0.815$	0.367

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının önerilen psikiyatrik yönelendirmelerin karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 20: Kovid Öncesi ve Kovid Sonrası Dönem Psikiyatri Birimine Diğer Yataklı Birimlerden Danışılan Hasta Gruplarının Önerilen Psikiyatrik İlaç Tedavi Dozlarının Karşılaştırılması

	Kovid Öncesi Dönem			Kovid Sonrası Dönem			İstatistik	
İlaçlar	Kullan an Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Ort. Doz (mg)	Kullan an Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Ort. Doz (mg)	*İstatis tik (z)	P değeri
Haloperidol	211	12.9	2.39	209	15.7	2.04	-4.09	0.00
Ketiapin	130	8	163.5	75	5.6	131.3	-1.92	0.055
Essitalopram	180	11	11.22	86	6.5	12.09	-1.56	0.118
Lorazepam	101	6.2	2.78	183	13.8	1.81	-5.33	0.00
Mirtazapin	238	14.6	12.76	182	13.7	13.27	-1.25	0.20
Sertralin	284	17.4	52.2	203	15.3	55.60	-0.98	0.32
Diazepam	40	2.4	16.75	46	3.5	16.35	-0.098	0.92
Olanzapin	41	2.5	7.68	45	3.4	10.16	-1.35	0.17
Alprazolam	49	3	0.8	8	0.6	0.53	-1.8	0.072
Zuklopentiksol	5	0.3	6.2	2	0.2	10	-1.28	0.2
Trazodon	61	3.7	61.07	30	2.3	57.5	-0.79	0.43
Risperidon	25	1.5	2.76	27	2	2.42	-0.61	0.54
Venlafaksin	43	2.6	120.35	11	0.8	109.09	-0.90	0.36
Paroksetin	24	1.5	23.75	12	0.9	25	-0.09	0.92
Fluoksetin	28	1.7	28.57	14	1.1	22.86	-1.11	0.26
Duloksetin	34	2.1	52.06	22	1.7	61.36	-2.13	0.03
Valproik Asit	16	1	881.25	12	0.9	1125	-2.18	0.08

Tablo 20 Devamı								
Lityum	9	0.6	666.67	4	0.3	712.50	-0.37	0.70
Hidroksizin	19	1.2	23.68	2	0.2	25	-0.47	0.63
Biperiden	2	0.1	1.50	4	0.3	3		
Aripiprazol	14	0,9	6,25	21	1,6	11,07	-2,45	0,026
Paliperidon	7	0,4	9,43	3	0,2	11	-0,65	0,667
Klozapin	3	0,2	133,33	5	0,4	180		
Amisülpirid	6	0,4	356,67	5	0,4	370		
Sitalopram	12	0.7	25.83	6	0.5	23.33	-0.39	0.75
Klonazepam	3	0.2	0.83	3	0.2	1.66		
Zopiklon	0			1	0.1	7.5		
Lamotrijin	5	0.3	140	2	0.2	150		
Amitriptilin	4	0.2	52.5	1	0.1	25		
Klomipramin	3	0.2	100	1	0.1	75		
Vortiksetin	3	0.2	13.33	6	0.5	15		
Karbamazepin	3	0.2	466.67	1	0.1	400		
Bupropion	2	0.1	225	1	0.1	150		
Modafinil	2	0.1	150	0				
Klorpromazin	3	0.2	100	1	0.1	100		
Medezepam	0			5	0.4	20		
Buspiron	1	0.1	30	2	0.2	15		
İlaç tedavisi almayan	497	30.4		412	31			

*Mann Whitney U testi

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatri birimine diğer yataklı birimlerden danışılan hasta gruplarının önerilen psikiyatrik ilaç tedavi özelliklerinin karşılaştırılması yapıldığında, Kovid öncesi dönemde en sık tercih edilen ilaç tedavilerinin sırasıyla sertralin, mirtazapin ve haloperidol; Kovid sonrası dönemde en sık tercih edilen ilaç tedavilerinin sırasıyla haloperidol, sertralin ve lorazepam olduğu saptanmıştır. Ayrıca iki grup arasında ilaç dozları açısından yapılan karşılaştırmada haloperidol, lorazepam ve duloksetin dozlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.

4.3 KOVİD-19 Pandemisi 2 yıllık Süreç içinde Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Konsültasyon Verilerinin Karşılaştırılması

191 olgunun Kovid servislerinden, 1138 olgunun Kovid dışı servislerden psikiyatri birimine danışıldığı saptandı.

Tablo 21: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Yaş Ortalaması Karşılaştırması

	Kovid Servisleri	Kovid Dışı Servisler	*İstatistik	p değeri
Yaş yıl ortalaması $\pm$ SS	52,58 $\pm$ 10.99	48.30 $\pm$ 12.77	t = -859	0.000

*Bağımsız örneklem t testi

KOVİD-19 Pandemisi 2 yıllık süreç içinde Kovid servislerinden ve Kovid dışı servislerden psikiyatri birimine danışılan hasta gruplarının yaş ortalaması karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 22: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Cinsiyet Karşılaştırması

Cinsiyet	Kovid Servisleri (n)	Kovid Servisleri (%)	Kovid Dışı Servisler (n)	Kovid Dışı Servisler (%)	İstatistik	p değeri
Kadın n (%)	62	32.5	476	41.8	$\chi^2 = 5.95$	0.015
Erkek n (%)	129	67.5	662	58.2	$\chi^2 = 5.95$	0.015

KOVİD-19 Pandemisi 2 yıllık süreç içinde Kovid servislerinden ve Kovid dışı servislerden psikiyatri birimine danışılan hasta gruplarının cinsiyet karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 23 : Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Konsültasyon İstem Nedenlerinin Karşılaştırılması

Konsültasyon İstem Nedeni	Kovid Servisler (n)	Kovid servisler (%)	Kovid Dışı Servisler (n)	Kovid Dışı Servisler (%)	İstatistik	p değeri
Duygudurum bozukluğu	12	6.3	167	14.7	$\chi^2 = 14.129$	0.000
Anksiyete	32	16.8	97	8.5	$\chi^2 = 23.17$	0.000
Ajitasyon	24	12.6	72	6.3	$\chi^2 = 9.498$	0.002
Psikotik semptomlar	11	5.8	53	4.7	$\chi^2 = 0.433$	0.51
Dissosiyatif semptomlar	0	0	6	.5	*FET	0.6
Uyku bozukluğu	15	7.9	102	9.0	$\chi^2 = 0.251$	0.616
Somatik şikayetler	3	1.6	40	3.5	$\chi^2 = 1.975$	0.16
Konfüzyon oryantasyon/kooperasyon bozukluğu	10	5.2	43	3.8	$\chi^2 = 0.379$	0.538
Psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar	18	9.4	63	5.5	$\chi^2 = 3.273$	0.07
Alkol-madde kullanımı	16	8.4	108	9.5	$\chi^2 = 0.24$	0.624
Psikiyatrik ayırıcı tanı yapılması istemi	7	3.7	55	4.8	$\chi^2 = 0.502$	0.479
Operasyon öncesi veya sonrası değerlendirme	0	0	70	6.2		
Tedavi işbirliği bozukluğu	28	14.7	64	5.6	$\chi^2 = 20.72$	0.000
Suicidal düşünce veya davranış	8	4.2	64	5.6	$\chi^2 = 0.658$	0.417
Homisidal düşünce veya davranış	4	2.1	18	1.6	*FET	0.544
Karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi	0	0	46	4.0		
Amputasyon sonrası veya protez takılması öncesi değerlendirme	0	0	12	1.1		
Neden belirtmeksizin psikiyatrik danışma	3	1.6	48	4.2		

*FET:Fisher's Exact Test

Duygudurum bozukluğu semptomları, Anksiyete semptomları, Ajitasyon, Tedavi işbirliği bozukluğu gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 24 : Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Ruhsal Durum Muayenesi Karşılaştırması

Ruhsal Durum Muayenesi n (%)	Kovid Servisleri	Kovid Dışı Servisler	İstatistik	p değeri
Bilinç Kooperasyon Bozukluğu	20 (%10.5)	96 (%8.4)	$\chi^2 = 0.850$	0.356
Kişi Yönelim Bozukluğu	19 (%9.6)	64 (%5.6)	$\chi^2 = 5.222$	0.022
Yer Yönelim Bozukluğu	23 (%12)	97 (%8.5)	$\chi^2 = 2.464$	0.116
Zaman Yönelim Bozukluğu	32 (%16.8)	112 (%9.8)	$\chi^2 = 8.088$	0.004
Kısıtlı veya Künt Duygulanım	6 (%3.1)	52 (%4.6)	$\chi^2 = 0.799$	0.371
Apatik Duygulanım	0 (%0)	24 (%2.1)	*FET	0.043
Anksiyöz Duygulanım	41 (%21.5)	206 (%18.1)	$\chi^2 = 1.223$	0.269
Disforik Duygudurum	7 (%3.7)	36 (%3.2)	$\chi^2 = 0.131$	0.717
Depresif Duygudurum	30 (%15.7)	411 (36.1)	$\chi^2 = 30.72$	0.000
Eleve Duygulanım	2 (1)	16 (1.4)	*FET	1
Çağrışım Bozukluğu	11 (5.8)	72 (6.3)	$\chi^2 = 0.90$	0.76
Varsanı	25 (13.1)	115 (10.1)	$\chi^2 = 1.545$	0.214
Sanrı	9 (4.7)	48 (4.2)	$\chi^2 = 0.097$	0.755
Uyku Bozukluğu	55 (28.8)	469 (41.2)	$\chi^2 = 10.55$	0.001
İştah Bozukluğu	6 (3.1)	106 (9.3)	$\chi^2 = 8.076$	0.004
Anhedoni	5 (2.6)	70 (6.2)	$\chi^2 = 3.835$	0.050
Anksiyete Bulguları(Psikomotor Huzursuzluk vs)	46 (24.0)	47 (6.5)	$\chi^2 = 111.96$	0.000
İlgi/İstek Azalması	3 (1.6)	62 (5.4)	$\chi^2 = 5.286$	0.021
İrritabilite	32 (16.8)	136 (12)	$\chi^2 = 3.417$	0.065
Dezorganize Davranış	24 (12.6)	75 (6.6)	$\chi^2 = 8.469$	0.004
Dikkat Bozukluğu	8 (4.2)	59 (5.2)	$\chi^2 = 0.339$	0.56
Bellek Bozukluğu	2 (1)	25 (2.2)	*FET	0.411
Suicidal Düşünce	4 (2.1)	17 (1.5)	*FET	0.528
Homisidal Düşünce	1 (0.5)	3 (0.3)	*FET	0.46
Obsesyon/Kompulsiyon	1 (0.5)	9 (0.8)	*FET	1

*FET:Fisher's Exact Test

Kişi Yönelim Bozukluğu, Zaman Yönelim Bozukluğu, Apatik Duygulanım, Depresif Duygudurum, Depresif Duygudurum, İştah Bozukluğu, Anhedoni, Anksiyete Bulguları (Psikomotor Huzursuzluk vs), İlgi/İstek Azalması, Dezorganize Davranış gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 25: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarının Psikiyatrik Ön Tanıların Karşılaştırılması

Ön Tanı	Kovid Servis (n)	Kovid Servis (%)	Kovid dışı Servis (n)	Kovid dışı Servis (%)	İstatistik	p değeri
Ruhsal hastalık tanısı konmamış	26	13.6	178	15.6	$\chi^2 = 1.651$	0.199
Nörobilişsel bozukluklar	40	20.9	180	15.8	$\chi^2 = 2.516$	0.113
Depresif bozukluklar	13	6.8	154	13.5	$\chi^2 = 6.735$	0.009
Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar	38	19.9	215	18.9	$\chi^2 = 0.107$	0.744
Şizofreni spektrumu ve psikoz ile ilişkili bozukluklar	12	6.3	57	5.0	$\chi^2 = 0.539$	0.463
Bipolar ve ilişkili bozukluklar	3	1.6	34	3.0	FET	0.347
Anksiyete bozuklukları	24	12.6	93	8.2	$\chi^2 = 8.318$	0.008
Uyku-uyanıklık bozukluklar	15	7.9	70	6.2	$\chi^2 = 0.792$	0.374
Alkol ve madde ile ilişkili bozukluklar	16	8.4	94	8.3	$\chi^2 = 0.003$	0.957
Dissosiyatif bozukluklar	0	0	4	.4		
Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar	0	0	14	1.2		
Kişilik bozuklukları	0	0	16	1.4		
Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar	0	0	9	.8		
Dürtü denetim ve davranım bozuklukları	1	.5	3	.3	FET	0.46
İlaçların yol açtığı hareket bozuklukları ve ilaçların diğer y.e.	0	0	3	.3		
Nörogelişimsel bozukluklar	2	1	13	1.1	FET	1

KOVID-19 pandemisi 2 yıllık süreç içinde Kovid servislerinden ve Kovid dışı servislerden psikiyatri birimine danışılan hasta gruplarının psikiyatrik ön tanı karşılaştırması yapıldığında Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları gruplarında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmıştır.

Tablo 26: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarında Psikiyatrik Tedavilerin Karşılaştırılması

Tedavi	Kovid Servis (n)	Kovid Servis (%)	Kovid Dışı Servis (n)	Kovid dışı Servis (%)	İstatistik	p değeri
Tedavi önerisi yok	28	14,7	224	19,7	2,686	0,101
AP	50	26.2	215	18.9	5.437	0.02
AD	32	16.8	323	28.4	11.298	0.001
DDD	0	0	3	.3	FKT	1
BZD	33	17.3	95	8.3	14.983	0.000
AP+AD	6	3.1	35	3.1	0.002	0.961
AP+DDD	4	2.1	7	.6	FET	0.06
AP+BZD	6	3.1	15	1.3	FET	0.106
AD+BZD	12	6.3	62	5.4	0.217	0.642
AP+AD+DDD	1	.5	2	.2	FET	0.372
AP+AD+BZD	3	1.6	8	.7	FET	0.202
AP+AD+DDD+BZD	0	0	2	.2	FET	1
Sadece psikoterapi	10	5.2	88	7.7	1.493	0.222
Psikotrop kesilmesi	6	3.1	56	4.9	1.165	0.281
Yan etki giderilmesi amacıyla ilaç başlanması	0	0	1	.1		

KOVID-19 pandemisi 2 yıllık süreç içinde Kovid servislerinden ve Kovid dışı servislerden psikiyatri birimine danışılan hasta gruplarının psikiyatrik tedavi karşılaştırması yapıldığında Antipsikotik tedavi (AP), Antidepresan tedavi (AD), Benzodiazepin tedavi (BZD) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 27: Kovid Servislerinden ve Kovid Dışı Servislerden Psikiyatri Birimine Danışılan Hasta Gruplarında İlaç Kullanım Oranı ve Ortalama Doz Karşılaştırılması

	Kovid Servis			Kovid Dışı Servis			*İstatistik	
İlaçlar	Kullanan Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Ort. Doz (mg)	Kullanan Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Ort. Doz (mg)	İstatistik (z)	P değeri
Haloperidol	41	21.5	1.805	168	14.8	2.098	-4.31	0.00
Ketiapin	8	4.2	92.188	67	5.9	136.007	-0.76	0.44
Essitalopram	6	3.1	15.00	80	7	11.88	-1.64	0.1
Lorazepam	48	25.1	1.5260	134	11.8	1.9795	-1.74	0.048
Mirtazapin	25	13.1	13.800	158	13.9	13.196	-0.37	0.70
Sertralin	15	7.9	63.333	188	16.5	54.987	-1.62	0.1
Diazepam	5	2.6	10.40	41	3.6	17.07	-1.71	0.08
Olanzapin	17	8.9	10.735	28	2.5	9.821	-0.6	0.95
Alprazolam	1	0.5	0.25000	7	0.6	0.57143		
Zuklopentiksol	0			2	0.2	10.00		
Trazodon	3	1.6	50.00	27	2.4	58.33		
Risperidon	3	1.6	3.000	24	2.1	2.354		
Venlafaksin	0			11	1	109.09		
Paroksetin	2	1	20.00	10	0.9	26.00		
Fluoksetin	1	0.5	20.00	13	1.1	23.08		
Duloksetin	3	1.6	60.00	19	1.7	61.58		
Valproik Asit	5	2.6	1200.00	7	0.6	1071.43		
Lityum	0			4	0.4	712.50		
Hidroksizin	0			2	0.2	25.000		
Biperiden	0			4	0.4	3.00		

Tablo 27 Devamı								
Aripiprazol	2	1	10.000	19	1.7	11.184		
Paliperidon	0			3	0.3	11.00		
Klozapin	2	1	350.00	3	0.3	66.67		
Amisülpirid	1	0.5	1200.00	4	0.4	162.50		
Sitalopram	1	0.5	40.00	5	0.4	20.00		
Klonazepam	1	0.5	2.000	2	0.2	1.500		
Zopiklon	0			1	0.1	7.500		
Lamotrijin	0			2	0.2	150.00		
Amitriptilin	0			1	0.1	25.00		
Kloimipramin	0			1	0.1	75.00		
Vortiksetin	1	0.5	10.00	5	0.4	16.00		
Karbamazepin	0			1	0.1	400.00		
Bupropion	0			1	0.1	150.00		
Modafinil	0			0				
Klorpromazin	0			1	0.1	100.00		
Medezepam	1	0.5	20.00	4	0.4	20.00		
Buspiron	1	0.5	15.00	1	0.1	15.00		
İlaç tedavisi almayan	44	23		368	32			

*Mann Whitney U

Kovid servislerde yatan hastalarda en sık tercih edilen ilaçlar lorazepam (%25,1), haloperidol (%21,5) ve mirtazapin (%13,1) idi. Bu ilaçların ortalama dozları da sırasıyla 1,52-1,80-13,80 mg/g olarak saptanmıştır. Kovid servisinde yatan hastaların %23'ünde ilaç tedavisi başlanmadığı, Kovid dışı servislerde ise %32 oranında ilaç tedavisi başlanmadığı saptanmıştır. Kovid servisi ve Kovid dışı servisler arasında ilaç dozları arasında yapılan karşılaştırmada haloperidol ve lorazepam ilaç gruplarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda ülkemizde KOVİD-19 virüsün ilk görüldüğü tarih olan 11 Mart 2020 tarihinden önceki 2 yıl ve sonraki 2 yıl içinde yataklı servis birimlerinden psikiyatri bölümüne danışılan konsültasyon verilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ek olarak Kovid sonrası 2 yıllık dönem içinde de Kovid servislerinde yatan hastalar ile Kovid dışı servislerde yatan hastalar için istenen psikiyatrik konsültasyon verilerinin karşılaştırılması planlanmıştır.

Kovid sonrası dönemde diğer yataklı birimlerden psikiyatri bölümüne danışılma oranlarında %19'luk bir azalma olduğu saptanmış olup bu durum KLP hizmetlerinin KOVİD-19 pandemisinden önemli ölçüde etkilendiğini göstermektedir. Bilindiği kadarıyla Kovid öncesi ve sonrası dönemlerde KLP işleyişlerini karşılaştıran geniş çaplı bir araştırma olmadığı için mevcut literatürle karşılaştırmak zordur ancak Grover ve ark. tarafından yapılan KOVİD-19 pandemisinin KLP hizmetleri üzerine etkisini araştıran bir çalışmada pandemi sonrası 2020 yılının 6 aylık bir döneminde, bir önceki yılın aynı dönemine göre KLP birimlerine danışılma oranında %44'lük bir azalma olduğu bulunmuştur (108). Araştırmamızda da Kovid öncesi döneme göre yatan hastalardan danışılma oranlarında %19 azalma olduğu saptanmış olup bu durum Kovid sürecinde hastanelerdeki kontaminasyon korkusu, hastaneye yatış eşiklerinde değişiklik, izolasyon nedeniyle hastane odalarında çoklu hasta yatışlarının kısıtlanması gibi nedenlerle toplam hasta yatış oranlarında azalma ve temas riskinin azaltılması nedeniyle istenen konsültasyon oranlarında azalma, bunun yerine telepsikoloji hizmetlerinde artış gibi faktörler ile açıklanabilir. Ayrıca Grover ve ark. tarafından yapılan çalışmadaki %44'lük azalma oranına kıyasla araştırmamızda saptanan %19'luk daha düşük azalma oranı, pandemi sürecinde hastanemizde yatış yapılan hasta sayısı ve Kovid dışı tıbbi, cerrahi hizmetlerde daha az etkilenme olması nedeniyle olabilir.

Yaş

Araştırmamızda Kovid öncesi 2 yıllık dönem olgularını içeren grupta yaş ortalaması **49.60 ±13.26**; Kovid sonrası 2 yıllık dönem olgularını içeren grupta ise **48.91 ±12.62** olarak saptanmıştır. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca Kovid sonrası 2 yıllık dönem olguları içinde Kovid

servislerinden konsültasyon istenen olguları içeren grupta yaş ortalaması **52.58 ± 10.99**; Kovid dışı servislerden konsültasyon istenen olguları içeren grupta ise **48.30 ± 12.77** saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p: 0,00). KOVID-19 enfeksiyonunun daha çok yaşlı hastalarda yatış ihtiyacı doğurduğu bilinmekle beraber (109, 110) araştırmamızın bulguları da literatürle uyumlu gözükmektedir. Arbelo ve ark. tarafından KOVID-19 tanısıyla yatan hastalarda yapılan bir çalışmada ortalama yaş 64 (111), Prajapati ve ark. tarafından üçüncü basamak bir hastanede KLP'ye yönlendirilen KOVID-19 tanısıyla yatan hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise ortalama yaş 55 olarak bulunmuştur (112). Araştırmamızda Kovid servislerinde yatan hastalarda bu çalışmalara kıyasla daha düşük yaş ortalaması saptanması çalışmamızdaki 65 yaş kriteri olabilir.

Medeni Durum

Araştırmamızda Kovid sonrası dönem olgularını içeren grupta Kovid öncesi döneme göre evli olguların yüzdelik oranının daha düşük, bekar olguların yüzdelik diliminin daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan zayıf olsa da anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Ayrıca boşanmış olgularının yüzdelik diliminde çok az artış olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. KOVID-19 salgın dönemiyle birlikte aile ilişki sorunlarında artış olduğu bilinmektedir. Çin'de KOVID-19 karantina sürecine maruz kalan çiftlerde yapılan bir çalışmada boşanma başvurularında ve aile içi şiddet oranlarında artış gözlemlendi (79). Dünya genelinde birçok istatistik verisi ve TÜİK verilerine göre pandemi döneminde özellikle kapanma ve karantina süreci nedeniyle evlenme ve boşanma verilerinde azalma olduğu gösterilmiştir.

Psikiyatri Takip

Araştırmamızca Kovid öncesi dönemde psikiyatri birimine danışılan konsültasyonlarda olguların **% 48.5**'inin, Kovid sonrası dönem olgularının ise **%44.5**'inin geçmişte psikiyatrik takip veya tedavi öyküsü olduğu saptandı. Köroğlu ve ark. yapmış oldukları çalışmada geçmişte en az bir kez psikiyatriye başvurusu olanların oranını **%23.4** olarak bulmuşlardır (117). Canan ve ark. yapmış oldukları çalışmada geçmişte en az bir kez psikiyatriye başvurusu olanların oranını **%34.8** olarak bulmuşlardır (18). Kılıç ve ark.'nın çalışmasında en az bir psikiyatri tanısı

olan %34.7 olarak bulunmuştur (114). Uyar ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada en az bir psikiyatri başvurusu olanların oranı %39.9 olarak bulunmuştur (135). Literatürdeki diğer çalışmalar ile kıyaslandığında hastanemizde Kovid öncesi ve sonrası dönemde konsültasyon istemi yapılmış olan hastalardaki geçmiş psikiyatri izleminin daha çok olduğu görülmüştür. Bunun nedenleri arasında çalışmalar arasındaki yöntem farklılıkları, günümüzde psikiyatrik başvuru oranlarında artış olması gibi nedenler gösterilebilir.

Pandemi öncesi dönemde diğer servis birimlerinde yatan psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların tedavi düzenlenmesi amacıyla psikiyatri birimlerine daha sık danışılması, pandemi döneminde temas riskinin azaltılması amacıyla mümkün olduğunca gereksiz konsültasyon isteminden kaçınılma çabası ve Kovid sonrası dönemde başta Kovid servisleri olmak üzere, hastanemize çevre ilçe ve şehirlerden daha öncesinde hastanemizde takibi olmayan hastaların hastanemize kabul oranının daha yüksek olması gibi nedenlerle açıklanabilir

Konsültasyon Sayısı

Kovid öncesi dönemde bir hasta için konsültasyon sayısı ortalaması **1.39** olarak saptanmışken Kovid sonrası dönemde bu oran **1.48** olarak saptanmış olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir. Pandemi döneminde bulaş riskinin ve temasın azaltılması amacıyla, hasta görüşmeleri daha mesafeli ve kısa süreli olmuş hatta bazı hasta ve yakınları ile yüzyüze görüşmeler yerini telefonla uzaktan görüşmelere bırakmıştır. Bu durum tanı ve tedavi süreci açısından yetersizliklere ve aynı hasta için mükerrer konsültasyon istemlerine yol açmış olabilir.

Primer Tanı

Kovid öncesi dönemde primer yatış tanıları olarak en sık sırayla onkolojik hastalıklar (%20.1), travma ve cerrahi hastalıklar (%10.9), kalp-damar sistemi hastalıkları (%10), gastroenterolojik hastalıklar (%9.4) ve enfeksiyon hastalıkları (%7.9) gözlenirken; Kovid sonrası dönemde en sık sırayla onkolojik hastalıklar (%19.7), Kovid hastalığı (%14.4), travma ve cerrahi hastalıklar (%11.6), gastroenterolojik hastalıklar (%7.9) ve endokrinolojik hastalıklar (%7) saptanmıştır. Literatür verilerine bakıldığında Canan ve ark. tarafından en sık ana tanı travma olarak (18),

Kılıç ve ark. tarafından kanser (114) olarak bulunmuş olup araştırmamız da literatür verileriyle uyumludur. Ana tanılar arasında olabilecek farklılıkların çalışmanın yapıldığı hastanenin branş çeşitliliği, konumu, bölge nüfusu, bölgenin gelişmişlik düzeyi, araştırmanın türü gibi faktörlerden etkilendiği düşünülebilir.

Araştırmamızda psikiyatri birimine danışılan hastalar arasında en sık gözlenen tanı onkolojik hastalıklar olarak saptanmış olup yapılan çeşitli çalışmalarda onkoloji hastalarının yaklaşık yarısında psikiyatrik bir tanı olduğu bildirilmektedir. Kanser birçok kişinin zihninde şiddetli ağrı, şekil bozukluğu, yaşam kalitesinin bozulması ve yaşam beklentisinde azalmayı çağırır. Bu durum da hastalarda çeşitli ruhsal semptomlara yol açabilir.

İsteyen Birim

Kovid öncesi dönemde en fazla konsültasyon isteyen birimler nöroloji (%10.2), genel cerrahi (%9.4), genel dahiliye (%8.8), gastroenteroloji (%6.5) ve FTR (%5.6) iken; Kovid sonrası dönemde en sık Kovid servisi (%13), nöroloji (%8.4), genel dahiliye (%7.2), ortopedi (%6.8) ve gastroenteroloji (%6.2) idi. Kovid öncesi dönemde konsültasyonların %62'si dahili birimlerden %30.8 i cerrahi birimlerden ve %7.2 si yoğun bakım birimlerden danışılmış ; Kovid sonrası dönemde ise %49.3 ü dahili birimlerden %27.8'i cerrahi birimlerden, %8.8'i yoğun bakım birimlerden ve %14.4'ü Kovid servislerden danışılmış. Böylece Kovid sonrası dönemde dahili birimlerden danışılan hastaların oranının %21 azaldığı, cerrahi birimlerden danışılan hastaların %9 azaldığı, yoğun bakım birimlerinden danışılan hasta oranlarında %20 artış olduğu gözlenmiştir. Canan ve ark yapmış oldukları çalışmada en sık konsültasyon istenen bölümler sırasıyla dahiliye %24.2, göğüs hastalıkları %15.2, beyin cerrahisi %7.9, ortopedi %8, FTR %7.1 olarak saptanmıştır (18). Köroğlu ve ark. çalışmasında en sık konsültasyon isteyen kliniklerinin dermatoloji (%25.8), dahiliye (%13) ve nöroloji (%9.6) olduğu (117), Eser ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada dahili branşlar %42.9, cerrahi branşlar %31.7 ve acil servisten %25.4 oranlarında istendiği (113), Kılıç ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada acil servisin bulunmadığı dağılımda dahili bölümler %70.1, cerrahi bölümler %29.9 oranlarında olduğu; en sık konsültasyon isteyen ilk üç bölüm dahiliye %35.2, FTR %15.2, genel cerrahi %9.7, en az konsültasyon üç bölümün ise sırasıyla kulak burun boğaz %0.3,

plastik cerrahi %1.5, kalp ve damar cerrahisi %1.5 oranlarında dağıldığı (114) görülmüştür. Kurt ve ark.'nın yapmış oldukları acil servisin değerlendirme içinde olmadığı çalışmada dahili bölümlerden %71.4, cerrahi bölümlerden ise %28.6 oranlarında olduğu; en sık konsültasyon isteyen bölümler göğüs hastalıkları %9.4, endokrinoloji %8.2, hematoloji %7.2, en az konsültasyon isteyen üç bölümün ise sırasıyla göğüs cerrahi %0.4, plastik cerrahi %0.5, periferik damar cerrahisi %1.1 oranlarında dağıldığı görülmüştür (115). Grover ve ark. tarafından yapılan KOVİD-19 pandemisinin KLP hizmetleri üzerine etkisini araştıran bir çalışmada pandemi sonrası 2020 yılının 6 aylık bir döneminde, bir önceki yılın aynı dönemine göre cerrahi birimlerden danışılan hasta oranında artış olduğu, dahili birimlerden danışılan hasta oranında azalma olduğu saptanmıştır (108). Literatürde farklı çalışmalarda çok farklı oranların olduğu görülmektedir. Bunun en öncelikli nedeninin hastanelerin çalışma düzeni, ağırlık verdiği alanlar, uzmanlaştığı bölümlerin farklılık göstermesi ve çalışılan popülasyonlar, veri toplama ve raporlamadaki farklılıklardan olduğu düşünülmüştür. Buna ek olarak çoğu çalışmada araştırmamızda olduğu gibi dahili bölümlerden gelen konsültasyonların cerrahi bölümlerden gelenlere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum dahili hastalıkların çoğunlukla kronik seyirli olmaları ve daha uzun süre hastane yatışı gerektirmeleri ile açıklanabilir. Uzun yatış süresi hem çeşitli ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkmasına hem de hastaların psikiyatrik belirtilerinin daha iyi gözlenip fark edilmesine yol açabilir. Ayrıca, bu hastalıkların kendisi veya tedavileri sırasında uygulanan yöntemler de psikiyatrik belirti ve bozukluklarının oluşmasına neden olabilirler. Ayrıca araştırmamızda Kovid sonrası dönemde dahili birimlerden danışılan hasta oranında belirgin azalma olmasına karşın, cerrahi birimlerden danışılan hasta oranında daha düşük oranda azalma olduğu ve yoğun bakım birimlerinden danışılan hasta oranlarında artış olduğu dikkat çekmektedir. Bunun nedenleri olarak pandemiye tüm hastane servislerinin Kovid servisine dönüşümü sürecinde öncelikle dahili birimler sonra cerrahi birimler ve en son yoğun bakım birimlerinin sıralanması, dahili hastalıklara oranlara acil cerrahi girişim gerektiren veya yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların servis yatışlarına daha öncelik verilmesi düşünülebilir.

İstem Nedeni

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem konsültasyon istem nedeni karşılaştırılması yapıldığında Kovid öncesi dönemde en fazla istem nedenlerinin duygudurum bozukluğu (%19.4), ajitasyon (%9.1), uyku bozukluğu (%8.3), anksiyete (%8), psikotrop ilaç kullanımı ile ilgili sorunlar (%6.9); Kovid sonrası dönemde ise sırasıyla duygudurum bozukluğu (%13.2), anksiyete (%10.2), alkol ve madde kullanımı (%9.3), uyku bozukluğu (%8.8), ajitasyon(%7.2) olduğu saptanmıştır. Ek olarak Kovid sonrası dönemde, Kovid öncesi döneme göre duygudurum bozukluğu semptomları ve operasyon öncesi/sonrası rutin değerlendirme yüzdesinde azalma olduğu, anksiyete semptomları, alkol-madde kullanımı, tedavi işbirliği bozukluğu, suicidal düşünce veya davranış yüzdelerinde artış olduğu ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlılığını koruduğu saptanmıştır.

Literatür incelemesi yapıldığında konsültasyon istem nedenlerinin birçok çalışmada farklı açıdan ele alındığı gözlenmiştir. Pakistan merkezli 2015-2016 yılları arasında diğer servislerden psikiyatri birimine danışılan 1166 vakanın incelendiği Saeed ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada en sık istem nedenlerinin agresif ve yıkıcı davranım sorunları (%32.3), depresif semptom ayırıcı tanısı (%19.2), önceden var olan psikiyatrik bozukluğun değerlendirilmesi (%18.7), intihar girişimi ya da düşüncesi (%9.5), somatik nedenlerin ayırıcı tanısı (%8.1), anksiyete ayırıcı tanısı (%8), madde kullanımı ile ilgili sorunlar (%6.9) ve psikotik semptomlar (%4.9) olduğu bulunmuştur (116). Ülkemizde Köroğlu ve ark. tarafından 2010 yılında yatarak tedavi almakta olup psikiyatri konsültasyonu istenen 405 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada konsültasyon istem nedenleri sırasıyla ajitasyon (%27.3), depresif bulgular (%16.7), neden belirtmeksizin (%16.7), intihar girişimi (%14), uykusuzluk (%11.35) ve önceden psikiyatrik hastalık öyküsü (%5.8) şeklinde saptanmıştır (117). Diefenbacher ve ark. tarafından 2002’de yatan hastalarda yapılan bir çalışmada en sık istem nedenleri sırasıyla depresif bulgular, davranış problemleri/ajitasyon, karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi, intihar girişimi ya da düşüncesi olarak bulunmuştur (118). Eser ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada yatarak tedavi alan hastalardaki konsültasyon istem nedenlerine bakıldığında ajitasyon %15.4, depresif belirti ve bulgular %14.7, intihar girişimi %12.2, anksiyete belirti ve bulguları %10.6, deliryum %9.8, uyku bozukluğu %9.8, madde kullanımı

ve kesimi ile ilgili %2.0 oranlarında olduğu saptanmıştır (113). Kılıç ve ark. tarafından 2011 yılında yatarak tedavi alıp psikiyatri konsültasyonu istenen 775 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada konsültasyon isteme nedenleri depresif belirtiler %24.5, neden belirtmeksizin %24.3, ajitasyon %13.4, önceden psikiyatri tanısı olan hastanın yeniden değerlendirilmesi %10.1 ve uykusuzluk %9.2 oranlarında bulunmuştur (114). Kurt ve ark.'nın hastanede yatarak tedavi alıp psikiyatri konsültasyon istemi yapılmış olgularda yapmış oldukları çalışmada konsültasyon istem nedenleri depresif duygudurum %23.5, anksiyete %8.4, uyku sorunları %7.8 ve ajitasyon %5.4 oranlarında bulunmuştur (115). Ferrari ve ark. tarafından hastanede yatarak tedavi alıp psikiyatri konsültasyonu istenmiş olgularda yapmış oldukları çalışmada istem nedenleri depresif belirtiler %23.81, psikomotor ajitasyon %8.02, anksiyete belirtileri %7.33, somatik nedenlerin ayırıcı tanısı %6.46, operasyon öncesi %6.02, psikotrop tedavinin yeniden değerlendirilmesi %4.31, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunlar %3.45 oranlarında olduğu bulunmuştur (119). Son olarak Grover ve ark tarafından yapılan KOVİD-19 pandemisinin KLP hizmetleri üzerine etkisini araştıran bir çalışmada yatan hastalarda konsültasyon istem nedenleri karşılaştırmasında pandemi sonrası 2020 yılının 6 aylık bir döneminde, bir önceki yılın aynı dönemine göre kendine zarar verme girişimleri (%2,6-%5,2), davranış bozukluğu/tedavi işbirliği bozukluğu (%29,2-%40,4) ve diğer nedenler (organ nakli öncesi, uyku bozukluğu) (%1,8-%3,6) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu saptanmıştır (108). Bu çalışmada madde bağımlılığı nedeniyle istem grubunda da (%8.9-%11,2) yüzdesel artış olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Konsültasyon istem nedenleri arasındaki bu farklılıklar yapılan çalışmalarda farklı sınıflamalar kullanılmasından kaynaklı olabilir. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok çalışmada en sık konsültasyon istem nedenlerinin ajitasyon veya davranım sorunları, depresif belirtiler, anksiyete belirtileri, uyku bozukluğu belirtileri, geçmiş psikiyatrik öykü, intihar düşüncesi veya girişimi olduğu gözlenmiştir. Araştırmamızın sonuçlarının da çoğunlukla literatür bulgularıyla uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Kovid sonrası dönemde operasyon öncesi/sonrası rutin değerlendirme grubunda azalma olduğu saptanmış olup bu durum, pandemi sürecinde birçok kliniğin Kovid

servisi olarak işlev görmesi ve acil operasyonlar haricinde birçok elektif ameliyatın belirli bir süre boyunca ertelenmesi nedeniyle açıklanabilir.

İlaveten duygudurum bozukluğu semptomları nedeniyle istem yapılmasında azalma olurken anksiyete bulguları nedeniyle istem yapılmasında artış olduğu gözlenmiş olup bu durum pandemi dönemiyle birlikte enfeksiyon riskinin yüksek olarak bilindiği hastane servislerine gerek Kovid gerekse Kovid dışı nedenlerle yatışı yapılan bireylerde kaygı durumlarında artış olması ve primer sağlık ekibi tarafından salgın sürecinde birçok ruhsal belirtinin kaygı semptomu olarak algılanması nedeniyle olabilir.

Tedavi işbirliği bozukluğu nedeniyle istem yapılmasında artış olmasına; pandemi sürecinde sağlık bakanlığı kararnamesiyle hastanelere salgın sebebiyle refakatçi kabul edilmemesi sonucunda yakın aile bireylerinin hastanede olamaması, ortama uyum sağlamakta güçlük, sosyal mesafe uygulamaları gibi çeşitli stresör faktörler yol açmış olabilir. Benzer şekilde bireylerin salgın sürecinin doğurduğu yoğun stresör faktörler sebebiyle kendine zarar verme isteği şeklinde söylemlerde bulunmaları da suicidal düşünce veya davranış nedeniyle istem yüzdelerinde artış olmasına yol açmış olabilir. Pandemi sürecinde başta Kovid servisleri olmak üzere yatan hastalar kliniklerde hastane personelinin dahi sınırlı sayıda olan ziyaretiyle izlenmektedir. Sevdiklerinden uzak olma, tedavisi net olmayan ve ölümcül olabildiği bilinen bir hastalığa yakalanma fikri, tedavi belirsizliği, süreç ile ilgili şeffaf ve tatmin edici bilgi alamama, yalnızlık, umutsuzluk, stres, anksiyete gibi semptomlara neden olmakta ve bu durumlar hastalarda intihar düşüncelerine yol açabilmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bilgilendirmede de coronavirüs salgınının intiharları tetiklediği vurgulanmıştır. Pandemi sonrası intihar oranlarındaki değişiklikleri inceleyen çok sayıda çalışmada farklı bulgular elde edilmiştir. 21 farklı orta ve yüksek gelirli ülkeden edinilen verilerin derlendiği KOVİD-19 pandemisinin erken etkilerini değerlendiren bir çalışmada, pandeminin ilk aylarında intihar oranlarının pandemi öncesi döneme kıyasla büyük ölçüde değişmediği saptandı (120). Bangladeş'te KOVİD-19 ile ilişkili intihar eğilimlerini inceleyen sistematik bir inceleme, intihar düşüncelerinin yaygınlığının %5-19 arasında değiştiğini ve pandemi ilerledikçe arttığını bulmuştur (121). Başka bir çalışma, KOVİD-19 ile ilişkili intihar riskinin, tanının ilk haftasında, özellikle

hastanede tedavi görürken akut fazda arttığını bulmuştur (122). Araştırmamızda da Kovid sonrası dönemde Kovid öncesine göre konsültasyon istem nedenlerinde suicidal düşünce veya davranış yüzdelerinde anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır. KOVİD-19 tanısı alan bireylerde psikiyatrik, nörolojik ve fiziksel hastalık semptomlarının yanı sıra beyindeki inflamatuvar hasarın da, bu popülasyondaki intihar düşüncelerini ve davranışlarını sinerjistik olarak artırabileceği bildirilmektedir (123) Bu farklı faktörlerin rolünü anlamak uygun şekilde düzenlenmiş müdahalelerin gelişmesine yardımcı olabilir.

Alkol-madde kullanımı nedeniyle konsültasyon istemi yapılan gruplarda da Kovid sonrası dönemde istatistiksel açıdan anlamlı artış olduğu gözlenmiştir. Pandeminin bağımlılık davranışı üzerine olan etkisi hakkında henüz bilimsel bir kanıt olmamakla birlikte, insanların yaşadığı eski salgın dönemlerinin, güçlü ekonomik veya halk sağlığı krizlerinin etkilerine göre bazı çıkarımlar yapmak mümkün olabilir. Pandemi dönemi özellikle dünya çapındaki savunmasız nüfusa karşı büyük zorluklar getirmektedir. Yoksulluk ve ruhsal sıkıntıların, KOVİD-19 pandemisi ve beraberinde getirdiği sosyal izolasyon gibi korunma önlemleri ile büyük ölçüde artacağı ve bu durumun özellikle bağımlılığı olan bireyleri etkileyeceği düşünülmektedir. Pandeminin, yeni bağımlılık davranışlarının başlaması; mevcut olanların sürdürülmesi, kötüleşmesi ve nüksetmesi için birçok risk faktörünü şiddetlendireceği beklenmektedir. Günlük yaşamdaki aksaklıklar nedeniyle duyulan endişe, geleceğe dair belirsizlik, yalnızlık duygusu, kayıplar nedeniyle yaşanan keder bu dönemde beklenir duygulardır. Bu duyguların kişiyi bir dizi sağlıksız davranış ve başa çıkma stratejisine yönlendirmesi muhtemeldir. Nitekim stresli yaşam olayları ve beyin-stres sistemleri arasındaki ilişkinin bağımlılık hastalığında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (124). Ek olarak, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişiler stres ve krize karşı çok daha savunmasız kabul edilen, kayma ve nüksetme için risk altında olan bireylerdir. Bunun yanında stresli yaşam olayları ve felaketler bağımlılık öyküsü olmayan kişilerin de alkol, madde ve davranışsal bağımlılıklar geliştirmesi için riskli dönemler olarak belirlenmiştir (125). Pandemi ve bağımlılık ilişkisine bir diğer bakış, alkol kontrol ve kısıtlama politikalarının, hem alkol ve madde kullanımı hem de neden olduğu problemlerde azalmaya neden olabileceği görüşüdür. Tüm alkol satış noktalarının kapalı olduğu yerlerde içmenin

önemli ölçüde azalmasının beklenebileceği düşünülebilir. Pandemideki bulunabilirlik kısıtlamaları, alkol tüketimin olduğu tesislerinin kapatılması gibi önlemlerle bağlantılı olarak alkol kullanımında azalma izlenebilir. Ancak kısıtlamaların uygulanmasından hemen önce stoklama davranışı meydana gelirse bu beklenen etki tersine de dönebilir. Bunun yanında bir taraftan da KOVİD-19 salgını gibi krizler, genellikle işsizlik ve gelir azalması ile sonuçlanan azaltılmış çalışma saatleri ile ilişkili olduğundan, insanların daha sıkı bireysel bütçe önlemleri almalarına ve alkol kullanımında azalmaya yol açabileceği düşünülebilir. Pandemi döneminin bağımlılık üzerine olan etkisinin zamanlaması da önem taşımaktadır. Etkilerin bazıları erken dönemde, yani kriz sırasında (örneğin mali problemler, bulunabilirlik kısıtlamaları) ortaya çıkabilir ve bazıları daha uzun vadede, yani krizden sonraki aylar veya yıllar sonra ortaya çıkan sonuçlar olarak değerlendirilebilir. Daha önceki salgın dönemlerinin uzun vadeli etkilerine baktığımız zaman Hong Kong’da mevcut erkek alkol içicilerin %4.7’si ve kadın içicilerin %14.8’i SARS pandemisinden 1 yıl sonra içme miktarlarında artış olduğunu bildirmiştir (126). Benzer şekilde, SARS salgını sırasında Pekin’de karantinaya alınan veya yüksek riskli hastane servislerinde çalışan sağlıkçıların salgından 3 yıl sonra alkol kullanım bozuklukları semptomlarını bildirme oranının riske maruz kalmamış çalışanlara göre 1,5 kat arttığı bildirilmiştir (127). ABD’li yetişkinler arasında KOVİD-19 pandemisi sırasında alkol tüketimini inceleyen kesitsel bir araştırma KOVİD-19 salgını sırasında alkol tüketiminin arttığını göstermektedir (128). KOVİD-19 pandemisi sırasında alkol ve diğer madde kullanımını inceleyen sistematik bir derlemede genel olarak artan düzeyde alkol ve madde kullanım eğilimi olduğu, alkol tüketenlerin oranı genel nüfus örneklemelerinde %21.7 ile %72.9 arasında ve madde kullanımı olan kişilerin oranı genel popülasyonda %3.6 ile %17.5 arasında olduğu saptandı (129). Pratima ve ark tarafından KOVİD-19 pandemisinin ve sokağa çıkma yasağının alkol kullanım bozuklukları ve komplikasyonları üzerindeki etkilerini inceleyen farklı ülkelerden 95 makalenin tarandığı bir çalışmada kullanım oranındaki değişikliğe yönelik farklı sonuçlar bulunmuş olmakla birlikte genel kanı alkole bağlı yoksunluk gibi alkol ilişkili acil durumlarda pandemi sürecinde artış olduğu yönündedir (130).

Ayrıca araştırmamızda Kovid servislerinden en sık konsültasyon istem nedenleri anksiyete (%16.8), tedavi işbirliği bozukluğu (%14.7) ve ajitasyon (12.6) olarak

saptandı. Kovid sonrası 2 yıllık dönem olguları içinde anksiyete, ajitasyon, tedavi işbirliği bozukluğu sebepleriyle Kovid servislerinden danışılan hastaların oranının Kovid dışı servislerden danışılan hastalara göre daha fazla olduğu, duygudurum bozukluğu bulguları nedeniyle konsültasyon istemi yapılan olguların yüzdelik oranının daha düşük olduğu saptanmıştır.

2021’de Prajapati ve ark. tarafından üçüncü basamak bir hastanede KLP’ye yönlendirilen KOVİD-19 tanısıyla yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada en sık psikiyatrik sevk nedenleri davranışsal sorunlar (%27.6) , duygudurum bozukluğu semptomları (%27) ve anksiyete (%16) olarak saptanmıştır (112). Diğer konsültasyon nedenleri ise bilinen bir psikiyatrik hastalık öyküsü (%13.6), oryantasyon dalgalanması (%8) uykusuzluk (%6) ve madde kullanımı (%1.6) idi. Cansel ve ark. tarafından yatarak tedavi gören hastalarda KOVİD-19’un akut psikiyatrik etkilerini incelen bir çalışmada en sık konsültasyon istem nedenleri uykusuzluk, anksiyete, ajitasyon olarak saptanmıştır (131). Iqbal ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada en sık istem nedenleri uykusuzluk, anksiyete ve ajitasyon olarak saptanmıştır (132). El Hayek ve ark. tarafından Kovid servislerinde yatan 52 hastayla yapılan bir çalışmada en sık konsültasyon istem nedenleri ajitasyon (%36.5), anksiyete/panik atak (%30.8), depresif ruh hali (%25) ve intihar eğilimi (%7.7) olarak bulunmuştur (133). Ayrıca ülkemizde yapılan KOVİD-19 tanısı ile hastaneye yatırılan ve psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların özelliklerini ve sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada en sık psikiyatri konsültasyon istem nedeni olarak psikomotor ajitasyon/huzursuzluk (%25.8), uyku bozukluğu (%23.6) ve anksiyete (%14.6) yer almıştır (89).

Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu olmakla birlikte Kovid servislerde yatışı yapılan bireylerde Kovid dışı servislere göre anksiyete nedeniyle istemlerde yükseklik olması Kovid servis yatışı olan hastaların daha yüksek kaygı düzeyi yaşaması ve primer sağlık ekibi tarafından salgın sürecinde birçok ruhsal belirtinin kaygı semptomu olarak algılanması nedeniyle olabilir. Ayrıca Kovid servislerde uygulanan izolasyon tedbirleri sonucunda özgürlüğü kaybetmek, sevilen kişilerden ayrı kalmak, kamu sağlığı için koyulan bazı kurallara uymak zorunda olmak, ortama uyum sağlayamama ve tedavi süreci ile ilgili belirsizlikler bu servislerde yatan hastalarda sinirlilik, ajitasyon ve tedavi işbirliği bozukluğu nedeniyle istem

yapılmasının yüksek olmasına yol açmış olabilir. Bazı durumlarda bireyler hastalıkları bir tür cezalandırma olarak değerlendirebilir ve bu doğrultuda tepki verebilir. Klinik değerlendirmede buradaki kilit nokta kişinin yaşadığı suçluluk duygusunun derecesidir. Kimi zamansa hastalar durumlarını dışarıdan kendilerine yöneltiren bir tür saldırı olarak algılayıp, sağlık çalışanları dahil diğer kişilere karşı şüpheli, öfkeli ve düşmanca tavırlar sergileyebilir (22). Bu şekilde suçluluk, alınganlık gibi fikirlerin anlaşılabilir olarak gerek nedenlerinin fark edilmesinin sağlanması, hastalığı kabul etme ve tedaviye katılım açısından yönlendirici olabilmektedir.

Ruhsal Durum Muayeneleri

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem hasta gruplarında ruhsal durum muayenesi karşılaştırması yapıldığında Kovid sonrası dönemde yer ve kişi yönelim bozukluğu grubunda istatistiksel olarak anlamlı artış olduğu gözlenmiştir. Ayrıca depresif duygudurum, anhedoni, ilgi istek azalması, iştah bozukluğu gibi depresif bulgular istatistiksel olarak anlamlı azalma gözlenirken anksiyete bulgularında anlamlı artış saptanmıştır. Daha önceki viral salgıların ruhsal etkilerini inceleyen bir derlemeye göre, yapılan çalışmalarda %0.7-47.2 arasında anksiyete semptomları saptanmıştır (73). Brezilya’da salgın döneminde genel popülasyonda zihinsel sağlık sorunlarının oluşumunu araştıran bir çalışmada katılımcıların dörtte üçünden fazlasında orta ila şiddetli anksiyete semptomları, yaklaşık üçte ikisinde orta ila şiddetli depresyon semptomları ve üçte birinde travma sonrası stres semptomları görülmüştür (80).

Araştırmamızda hem Kovid öncesi dönemde hem de Kovid sonrası dönemde en sık gözlenen ruhsal durum muayene bulgusu uyku bozukluğu (%39.9-39.4) olarak saptanmıştır. Uyku bozuklukları, doğrudan uyku bozukluğu ve diğer psikiyatrik hastalıkların bir bulgusu olduğu gibi solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar, romatolojik hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları vb. birçok tıbbi hastalık veya çeşitli ilaç tedavileri sonrası ortaya çıkan bir semptom olarak görülebilir. Bu nedenle yatarak tedavi gören hastalarda uyku bozukluğu belirtileri sıkça görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda pandemi dönemiyle birlikte genel toplumda uyku bozukluğu oranlarında artış olduğu bildirilmekle beraber araştırmamızda Kovid öncesi dönem ve Kovid sonrası dönem arasında uyku bozukluğu belirtileri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı dikkat

çekmektedir. Bu durum araştırmamızın uyku bozukluğu değerlendirmesinin objektif ölçümlerle yapılmamış olması veya örneklemimizin ek hastalık öyküsü olmayan genel toplum popülasyonu yerine çeşitli hastalıklar nedeniyle halihazırda hastane yatışı olan bireyleri içeriyor olması nedeniyle açıklanabilir.

Kovid sonrası 2 yıllık dönem olguları içinde ruhsal durum muayenesi karşılaştırmasında Kovid servislerinden konsültasyon istenen olguları içeren grupta Kovid dışı servis grubuna göre kişi ve zaman yönelim bozukluk oranının daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık taşıdığı, yer yönelim bozukluğu oranının yüksek olmasına karşın anlamlı farklılık taşımadığı saptanmıştır. Ek olarak bilinç ve koopereasyon bozukluğu ile dezorganize davranış grubunda da Kovid servislerinden istenen gruptan daha yüksek bir oran saptanmış olup dezorganize davranış grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık taşıdığı gözlenmiştir. Bu bulgular Kovid servislerinde yatan hastalarda daha fazla nörokognitif etkilenme olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca depresif duygudurum, anhedoni ve ilgi/istek azalması bulgularında Kovid servislerinde Kovid dışı servislere göre daha düşük bir oran görülürken, anksiyete bulgularında Kovid servislerinde daha yüksek bir oran saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir.

Salgının ilk dönemlerinde Çin’de hastanede yatan KOVİD-19 tanılı 144 hastada ruhsal etkileri inceleyen bir çalışmada hastaların %34.7’sinde anksiyete belirtileri, %28,4’ünde ise depresif belirtiler saptanmıştır (11). El Hayek ve ark. tarafından Kovid servislerinde yatan 52 hastayla yapılan bir KLP çalışmasında saptanan en sık psikiyatrik belirtiler anksiyete belirtileri (%67.3), depresif belirtiler (%50), intihar eğilimi (%38.5) ve deliryumla ilgili semptomlar (%30.8) şeklinde bulunmuştur (133). Prajapati ve ark. tarafından üçüncü basamak bir hastanede KLP’ye yönlendirilen KOVİD-19 tanısıyla yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada en sık anksiyete bulguları (%23.3) daha sonra sırayla depresif duygudurum (%19), uykusuzluk (%12) ve yönelim bozukluğu (%8) gözlenmiştir (112). Yapılan başka bir çalışmada hastanede yatan KOVİD-19 hastaları depresyon, anksiyete ve deliryum için taranmış ve taburculuk sonrası ikinci haftada telefonla takip edilerek depresyon, anksiyete ve akut stres bozukluğu belirtileri açısından yeniden taranmış. Toplam 58 hastanın 44’ü çalışmayı tamamlamış. Başlangıçta hastaların %36’sında yüksek

anksiyete semptomları ve %29’unda yüksek depresyon semptomları saptanmış olup, 2 haftalık takipte %9’unda yüksek anksiyete semptomları, %20’sinde yüksek depresyon semptomları ve %25’inde hafif-orta şiddette akut stres bozukluğu semptomları saptanmıştır (90). Wuhan’daki iki Kovid servisinde yatan KOVİD-19 hastalarına yönelik en erken kesitsel araştırmalardan birinde, 85 hastanın %38.8’inde kaygı semptomları, %45.9 unda depresyon ve %54.1 inde uykusuzluk olduğu bulunmuştur (134). Çinde hastanede yatan KOVİD-19 hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada da hastaların %34’ü anksiyete semptomu göstermiştir ve bu çalışmanın sonuçlarına göre ağır hastalığı olan hastaların anksiyete semptomu geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (81). KOVİD-19 ile ilişkili anksiyete çalışmalarını değerlendiren metaanaliz; anksiyete oranlarının %6.33 ila %50.9 arasında değiştiğini göstermektedir (82). Araştırmamızda Kovid servislerinde yatan hastalarda %31.4 oranında anksiyete bulguları olduğu gözlenmiş olup literatür verileriyle uyumludur.

KOVİD-19 pozitifliği saptanmış olan bireylerde, hastalığa maruz kalmanın getirdiği ek stres faktörleri oluşmuştur. Bu kişilerde, karantina sürecine girme gerekliliği, bir kısım hastada hastalık sürecinde refakatçi olmadan, bazen aylar sürecek şekilde hastanede kalma zorunluluğu, yoğun bakımda kalış, uzun süre hareketsiz kalmış olmaya bağlı gelişen kas atrofileri ve rehabilitasyon gereklilikleri, uzun süre bilinci kapalı olarak kalmış olmak, yoğun bakımdaki diğer hastaların vefatına şahitlik etmiş olmak da bu grup hastalarda yoğun kaygı belirtilerinin oluşumuna yol açabilir. Enfeksiyonun oluşturduğu ruhsal sorunlara ek olarak Kovid nedeniyle karantina altında kalan hastalarda damgalanma ve medya aracılığıyla oluşan bilgi kirlilikleri de mevcut anksiyeteyi artırıcı rol oynamaktadır. Ayrıca KOVİD-19 nedeniyle karantinaya alınan insanlar yüz yüze bağlantılarını ve geleneksel sosyal etkinliklerini kaybedebilmekte ve bu nedenle kaygıları da, işlerini yürütememe veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ihtiyaçlarını karşılayamama durumundan dolayı daha da artabilmektedir (65). Araştırmamızda da literatür bulgularıyla uyumlu olarak Kovid servislerinde yatan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek anksiyete bulguları saptanmıştır.

Psikiyatrik Ön Tanı

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatrik ön tanı karşılaştırması yapıldığında Kovid öncesi dönemde en sık sırayla Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar (%20.8), Ruhsal hastalık tanısı konmamış grup (%19.5), Depresif bozukluklar (%15.2) ve Nörobilişsel bozukluklar (%13.6) saptanırken, Kovid sonrası dönemde en sık Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar (%19), Nörobilişsel bozukluklar (%16.5), Ruhsal hastalık tanısı konmamış grup (%15.1) ve Depresif bozukluklar (%12.6) saptanmıştır. Nörobilişsel bozukluklar ve Anksiyete bozuklukları tanılarında Kovid sonrası dönemde, Kovid öncesi döneme göre artış saptanırken Depresif Bozukluklar, Dissosiyatif Bozukluklar ve Ruhsal Hastalık Tanısı konmayan grupta azalma gözlenmiştir.

Literatür incelendiğinde Köroğlu ve ark. yapmış oldukları çalışmada yatan hastalarda en fazla konan tanılar sırasıyla depresif bozukluklar, organik mental bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve uyum bozuklukları olarak saptanmış (117), ülkemizde yapılan başka bir çalışmada anksiyete bozuklukları (%29.5), depresif bozukluklar (%18) ve uyum bozuklukları (%14) şeklinde saptanmıştır (115). Canan ve ark. yapmış oldukları çalışmada depresyon %19.7, yaygın anksiyete bozukluğu %16.6, deliryum %10.6 olarak saptanmıştır (18). Kılıç ve ark. serviste yatan hastalarda yapmış oldukları çalışmada psikiyatrik bozukluğu olmayan %23.7, uyum bozukluğu %19.0, deliryum %18.1, depresyon %17.4, anksiyete bozuklukları %7.0 olarak saptanmıştır (114). Ülkemizde yapılan yatan hastalarda psikiyatri konsültasyonu isteyen birincil hekim ile psikiyatri uzmanının tanı uyumunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, hastaların yaklaşık üçte birine psikiyatrist tarafından depresyon tanısı konduğu, ancak birincil hekim ile psikiyatristin tanı konusunda en fazla uyuştukları alanın alkol-madde kullanım bozukluğu olduğu bulunmuştur (31). Uyar ve ark.'nın yapmış oldukları servis hastalarını kapsayan çalışmada depresyon %28.7, anksiyete bozuklukları %26.6, uyum bozukluğu %19.3, bipolar bozukluk %4.9, organik mental bozukluk %4.9, psikotik bozukluk %2.5, tanı konulmayan %9.8, diğer %3.2 oranında bulunmuştur. (135) Avusturya'da yapılan bir çalışmada ise, en sık konulan tanılar uyum bozukluğu (%21.4), deliryum (%18.1) ve depresif bozukluklar (%14.3) olarak bulunmuştur (136). Grover ve ark. tarafından yapılan KOVİD-19 pandemisinin KLP hizmetleri üzerine etkisini araştıran bir çalışmada

pandemi sonrası 2020 yılının 6 aylık bir döneminde, bir önceki yılın aynı dönemine göre daha yüksek bir hasta yüzdesinin deliryum ve depresif bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır (108). Ülkemizde konsültasyon alanında yapılan çalışmalarda depresif bozukluk %9.6-44.6, anksiyete bozuklukları %2.8-24.4, somatoform bozukluklar %1.2-30.7 ve organik mental bozukluklar %4.8-27.6 arasında bulunmuştur (137). Tanı dağılımlarındaki bu geniş aralıkları popülasyonların farklılığı kadar tanı koyma sistemlerindeki değişiklikler de etkilemiş olabilir. Araştırmamızda saptanan tanı oranları da literatür bulgularıyla uyumlu gözükmektedir.

Ayrıca Kovid sonrası dönemde depresif bozukluk oranlarında azalma gözlenirken nörobilişsel bozukluklar ve anksiyete bozukluk grubunda artış olduğunun gözlenmesi Kovid enfeksiyonunun nörokognitif etkilenmeye yol açması ve Kovid sürecinde hastane yatışı olan hastalarda depresif semtömlardan ziyade anksiyete semptomlarının daha ön planda olduğunu düşündürebilir. Kovid pandemisi ile beraber ortaya çıkan belirsizlik ortamı, bilgi eksikliği, sürecin dinamikliği, gündelik yaşam düzeninin belirgin olarak etkilenmesi, fiziksel izolasyon ile gelen aile ve yakınlardan uzak kalma zorunluluğu, pandemi sürecinin getirdiği ekonomik zorluklarla ilişkili işsizlik, ücret kaybı, çocukların okullarının kapanması, bakımlarının zorlaşması ve sosyal rollerde gereken değişimler yanısıra virüsün beyni etkileme potansiyeli ve yarattığı inflamasyon çeşitli psikiyatrik sorunlara yol açabilmektedir. Bedenin ve zihnin dengede olduğu durumları değiştiren bu tür stresör uyaranlar, hipotalamus- hipofiz- adrenal bez aksının çalışmasını tetikler. Stres algısı ile birlikte hipotalamustan kortikotropin salıverici hormon salınır, bu hormon hipofizden adrenokortikotropik hormon salınmasını uyarır ve adrenokortikotropik hormon da adrenal bezden kortizol salınımını sağlar. Adrenal medulladan da adrenalin salınarak sempatik sistemi tetikler. Artan kortizol ve adrenalin seviyeleri, bedenin bu yeni adaptasyon gereken duruma hazırlığını sağlamak üzere hem beyin hücreleri hem de diğer somatik hücreleri etkiler. Akut dönemde, bu değişiklikler korku ve endişe duyma başta olmak üzere, uyku düzeni değişiklikleri, iştah değişiklikleri gibi vejetatif belirtiler, çaresizlik, karamsarlık, umutsuzluk gibi bilişsel belirtiler ile kendini gösterebilir. Çoğunlukla bu belirtiler, kendi kendini sınırlayan bir etki gösterir ve zaman içerisinde kişi bu duruma adapte olur, biyolojik yanıtlar dengelenir ve kişi yeni denge noktasında gevşek ve huzurlu bir şekilde hayatını

devam ettirebilir. Ancak bu stres yanıtlarının belirli bir seviyede tutulamaması, fazla yüksek konsantrasyonlara ulaşması, fazla uzun bir süre devam etmesi ya da bu yanıtların yetersiz konsantrasyon ve sürede salınması, adaptasyonu bozan mekanizmalar olabilir. Avusturya’da toplumu temsil eden bir örnekleme algılanan stres, yaygın endişe, KOVİD-19’a özgü endişeler ve yorgunluk düzeylerinin, sosyal iletişim düzeyleri ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada daha yüksek düzeylerde sosyal iletişim içinde olmanın daha düşük stres, yorgunluk ve yaygın anksiyete bozukluğu düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (62).

Araştırmamızda dikkat çeken diğer bir bulgu da Kovid öncesi dönemde psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların % 19.5’ine, Kovid sonrası dönemde psikiyatri konsültasyonu istenen hastaların ise %15.1’ine herhangi bir psikiyatrik tanı konmadığıdır. Herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almayan hastalar için istenen konsültasyon sıklıkları da daha önceden bildirilmiş olan %14.0-46.2 sıklık aralıklarıyla uyumlu (31) olmakla birlikte Kovid sonrası dönemde Kovid öncesi döneme göre bu oranın istatistiksel olarak anlamlı bir oranda azalması; salgın sürecinde temasın ve bulaş riskinin en aza indirilmesi adına daha az sayıda gereksiz konsültasyon isteminde bulunulduğunu ve rutin psikiyatrik değerlendirme isteyen acil olmayan vakaların danışılmasında azalma olduğunu düşündürebilir.

Kovid sonrası 2 yıllık dönem içinde Kovid servislerinden ve Kovid dışı servislerden konsülte edilen hastaların karşılaştırmasında Kovid serviste yatan hastalarda en sık tanıları sırasıyla nörobilişsel bozukluklar (%20.9), travma ve stresörle ilişkili bozukluklar (%19.9) ve anksiyete bozuklukları (%12.6) şeklinde saptanmıştır. Ayrıca Kovid serviste yatan hastalarda Kovid dışı servis hastalarına göre anksiyete bozukluğu ve nörobilişsel bozukluk grubunda istatistiksel açıdan anlamlı fazlalık görülmüştür. Bu konuda literatür incelemesi yapıldığında Turan ve ark. tarafından yatarak psikiyatri konsültasyonu yapılan KOVİD-19 hastalarının özellikleri ve sonuçlarını inceleyen bir çalışmada en sık tanı konan psikiyatrik hastalıklar sırasıyla deliryum (%38,2), uyum bozukluğu (%27), depresif bozukluk (%19,1), anksiyete bozukluğu (%11,2) olarak saptanmıştır (89). Bu çalışmada yaş ortalaması 55.6 olarak saptanmış olup araştırmamızda nörobilişsel bozukluk oranının %20.9 şeklinde daha az çıkması Kovid servisten danışılan hastaların 52.58 gibi daha düşük yaş ortalaması olmasıyla açıklanabilir. Cansel ve ark. tarafından yatarak tedavi

gören 138 hastada KOVİD-19 un akut dönem psikiyatrik etkilerini inceleyen çalışmada %22.5 deliryum, %22.5 uyku bozukluğu, %11.6 uyum bozukluğu, %10.9 anksiyete ve %3.6 depresyon saptanmıştır (131). Prajapati ve ark. tarafından KOVİD-19 pozitif yatan hastalarda psikiyatrik morbiditenin değerlendirildiği bir çalışmada en sık görülen psikiyatrik tanı uyum bozukluğu (%43), daha sonra deliryum (%10) olduğu saptandı. %26.6'sında herhangi bir ruhsal hastalık tanısı saptanmadı (112). El Hayek ve ark. tarafından Kovid servislerinde yatan 52 hastayla yapılan bir çalışmada en yaygın tanılar deliryum (%30.8), anksiyete bozukluğu (%23.1) ve depresif bozukluk (%15.4) olarak saptandı (133). Iqbal ve ark tarafından KOVİD-19 tanısı alan 50 ardışık hastanın klp tarafından değerlendirilmesinde konulan tanılar deliryum (%26), psikoz (%18), akut stres reaksiyonu (%16), anksiyete bozukluğu (%16) olarak saptandı (132). Castro ve ark. KOVİD-19 nedeniyle hospitalize edilen 2907 hastanın 488'inde (%16.8) deliryum geliştiğini bildirmişlerdir (138). KOVİD-19 nedeniyle akut solunum sıkıntısı sendromu ile hastaneye yatırılan 58 hasta ile yapılan bir çalışmada ajitasyon (%69), konfüzyon (%65) ve nöropsikolojik bozukluk (%33) görülmüş ve yedi hastada beyin omurilik sıvısının analizi virüs için negatif olarak bulunmuş. Bu durum nöropsikiyatrik sonuçların, viral enfeksiyonun doğrudan etkisi dışında, yoğun inflamatuvar yanıt veya ilaçların neden olduğu ensefalopatiden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir (88). Araştırmamızda da KOVİD-19 hastaları üzerinde yapılan birçok çalışmayla benzer şekilde en fazla deliryum başta olmak üzere nörobilişsel bozukluklar (%20.9) tanısı konulduğu saptanmıştır. KOVİD-19 enfeksiyonu ile gelişen nörobilişsel bozuklukların kesin mekanizması bilinmemekle birlikte, doğrudan nörolojik invazyon, serebrovasküler tutulum ve dolaylı olarak hipoksi, yüksek ateş, dehidratasyon, inflamasyon (sitokin fırtınası), ilaçlar veya metabolik bozukluklar dahil olmak üzere pek çok faktörle ilişkilendirilmiştir (139). Ancak araştırmamızın dizaynı, biyofiziksel belirteçleri kapsamadığından, kesin bir yargı geliştirmek mümkün olamamışsa da, özellikle akut dönemde görülen deliryum, altta yatan hastalığa bakılmaksızın, artan tıbbi komorbidite oranları, daha uzun hastanede kalış süreleri, daha yüksek sağlık bakım maliyetleri ve daha yüksek mortalite riski dahil olmak üzere çok sayıda ciddi ve olumsuz sonuç ile ilişkilendirildiği düşünüldüğünde, dikkat edilmesi gereken bir tablodur. Diğer yandan, deliryumun potansiyel

önlenebilirliği göz önüne alındığında, doktorların hastalarını takip ederken, hasta sayısında ani artışların gözleendiği bu dönemde, özellikle yaşlı hastalarının bilişsel fonksiyonlarını da titizlikle kontrol etmeleri, deliryum tedavisinde erken ve etkin davranmaları, hem hastanın sağlığının korunmasında hem de sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli faydalar sağlayacaktır. Bu nedenle klinikler arası işbirliğine dayalı tedavi protokolünün erken dönemde ve agresif şekilde deliryum tedavisini hedef alması, sorunu tamamen çözme dahi kısaltmayı amaçlaması önem taşır.

Araştırmamızda nörobilişsel bozukluklar sonrasında Kovid servisteki hastalarda en sık gözlenen hastalıklar travma ve stresör ilişkili bozukluklar ile anksiyete bozukluğu şeklinde saptanmıştır. KOVİD-19 enfeksiyonu, kişilerin sağlık durumuyla ilgili bir dizi stres etkenini tetikleyebilir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bu karmaşık stres faktörleri, uyum bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik sorunlara yol açabilir (140). Nitekim araştırmamızda Kovid servislerde yatan hastalarda Kovid dışı servis hastalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde anksiyete bozukluğu tanısı için yüksek oran saptanmıştır. Potansiyel olarak ölümcül bir hastalık olan KOVİD-19 nedeniyle hastane yatışı olması, hastalığın fiziksel etkileri, izolasyon, aile bireylerinden ayrılma, yalnızlık, yakınları için endişe etme ve ölüm korkusu gibi faktörlerin kaygı yüksekliğinde bu farkı oluşturduğu düşünülebilir.

Tedavi

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem psikiyatrik tedavi karşılaştırılması yapıldığında Kovid öncesi dönemde yatan hastalarda AD tercih edilme oranı %45.6, AP tercih oranı %23.6, BZD tercih oranı %11.4, DDD tercih oranı %1.6 olarak saptanmıştır. Sadece psikoterapi yapılan hasta oranı %6.6 iken, %20.4 oranında hastaya herhangi bir tedavi önerisi yapılmadığı saptanmıştır. Kovid sonrası dönemde ise AD tercih edilme oranı %36.5, AP tercih oranı %26.8, BZD tercih oranı %17.7, DDD tercih oranı %1.4 olarak saptanmıştır. %7.4 oranında hastaya sadece psikoterapi önerilirken, %19 oranında hastaya herhangi bir tedavi önerisinde bulunulmadığı saptanmıştır. Kovid sonrası dönemde Kovid öncesi döneme göre AP ve BZD tercih oranında artış gözlenirken, AD tercih oranında azalma olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Ayrıca Kovid sonrası dönemde, sadece psikoterapi uygulanan ve mevcut psikotrop ilaç önerisinin kesildiği

gruplarda Kovid öncesi döneme göre artış gözlenirken istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Literatür incelemesi yapıldığında Koroğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastaların %65.4'ü AD'lerle, %10.8'i AP'lerle, %6.7'si BZD'lerle tedavi edilmiş ve %17.1'ine herhangi bir ilaç önerilmediği bulunmuştur (117). Göktaş ve ark. çalışmasında, konsülte edilen hastaların %65.4'üne AD, %9.8'ine AP, %3.7'sine BZD reçete edilmiş; %19.4'üne ilaçsız takip önerilmişlerdir (19). Kılıç ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hastaların %35.2'si AD'lerle, %22.6'sı AP'lerle, %9'u BZD'lerle tedavi edilmiş ve %32'sine ilaçsız takip önerilmiştir (123). Kurt ve ark.'nın serviste yatmakta olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada olguların %26.1'ine psikotrop önerisi olmadığı, %38'ine AD, %16'sına AP önerildiği bulunmuştur (114). Uyar ve ark. serviste yatmakta olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada olguların %77.5'ine AD, %12.3'üne diğer grup psikotropolar, %10.2'sine ise tedavisiz takip önerildiği bulunmuştur (135).

Araştırmamızda Kovid sonrası dönemde, hem Kovid öncesi döneme göre hem de literatürdeki diğer araştırmalara göre antipsikotik ve benzodiazepin gruplarının tercih oranının daha yüksek, antidepresan tercih oranının daha düşük olması, Kovid sonrası dönemde nörobilişsel bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının daha sık görülmesi ve bu dönemde depresif veya travma stres ilişkili bozukluk gruplarında ilaçsız psikoterapi seçeneklerinin daha çok uygulanması ile açıklanabilir.

Ayrıca Kovid serviste yatan hastalarda AD tercih edilme oranı %28.3, AP tercih oranı %36.6, BZD tercih oranı % 28.4, DDD tercih oranı %0,5 olarak saptanmıştır. Sadece psikoterapi yapılan hasta oranı %5.2 iken %14.7 oranında hastaya herhangi bir tedavi önerisi yapılmadığı gözlenmiştir. Kovid servislerinde Kovid dışı servislere göre AP ve BZD tercih oranında artış gözlenirken, AD tercih oranında azalma olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Prajapati ve ark. tarafından KOVİD-19 pozitif yatan hastalarda psikiyatrik morbiditenin değerlendirildiği çalışmada hastaların %63.4'üne farmakolojik müdahale önerildiği, en sık ilaç önerilerinin de sırasıyla BZD (%65.8), AD (%36.7), AP (%17) ve DDD (%0.5) şeklinde olduğu saptanmıştır (112). Arbelo ve ark tarafından KOVİD-19 tanısıyla yatan hastalarda yapılan çalışmada en sık ilaç önerileri sırasıyla

AD (%42.3), BZD (%35.2) ve AP (% 23.9) şeklinde saptanmıştır (111). El Hayek ve ark. tarafından Kovid servislerinde yatan 52 hastayla yapılan bir çalışmada 1. kuşak AP (%9.6), 2. kuşak AP (%36.5), AD (%26.9), BZD (%7.7) ve DDD (%3,8) olarak saptanmış (133). Araştırmamızda Kovid servislerinde Kovid dışı servislere göre daha yüksek oranda antipsikotik ve benzodiazepin tercih edilmesine karşın daha düşük doz antidepresan tercih edilmesi bu grup hastalarda daha yüksek düzeyde nörobilişsel bozukluklar ve anksiyete bozuklukları görülmesiyle açıklanabilir.

İlaç Etken Maddeleri ve Dozlar

Kovid öncesi ve Kovid sonrası dönem önerilen farmakolojik tedaviler açısından karşılaştırıldığında Kovid öncesi dönemde en sık tercih edilen ilaçlar; sertralin (%17.4) mirtazapin (%14.6), haloperidol (%12.9), essitalopram (%11), ketiapin (%8) ve lorazepamdı (%6.2). Kovid sonrası dönem en sık tercih edilen ilaçlar haloperidol (%15.7), sertralin (%15.3), lorazepam (%13.8), mirtazapin (%13.7), essitalopram (%6.5) ve ketiapindi (%5.6). Kurt ve ark.'nın serviste yatmakta olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada en sık %13.7 ile essitalopram önerildiği, onu %13.3 ile sertralinin, %8.6 ile haloperidolün, %4.9 ile lorazepamın, %4.2 ile ketiapinin ve %2.5 ile trazodonun takip ettiği, %26.7'sinin ise diğer medikasyonlar olduğu bulunmuştur (115).

Araştırmamızda iki grup arasında yapılan karşılaştırmada haloperidol (ort.doz 2.39 mg/g - 2.04 mg/g) ve lorazepam (ort.doz 2.78 mg/g - 1.81 mg/g) ilaç gruplarında Kovid sonrası dönemde Kovid öncesi döneme göre ilaç tercih edilme oranında artma olmasına karşın ortalama ilaç dozlarında azalma olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir.

Ayrıca araştırmamızda Kovid servislerde yatan hastalarda en sık tercih edilen ilaçlar lorazepam (%25.1), haloperidol (%21.5) ve mirtazapin (%13.1) olarak bulunmuş olup bu ilaçların ortalama önerilen dozları da sırasıyla 1.52 - 1.80 - 13.80 mg/g olarak saptanmıştır. Kovid servisi ve Kovid dışı servisler arasında ilaç dozları arasında yapılan karşılaştırmada haloperidol ve lorazepam ilaç dozlarının Kovid servislerde yatan hastalarda daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı gözlenmiştir. Kovid servislerinde yatan hastalarda nörobilişsel bozukluk ve anksiyete bozuklukları nedeniyle haloperidol ve lorazepam gibi

antipsikotik veya benzodiazepin grubu ilaç tedavilerinin daha sık tercih edilmesine rağmen daha düşük dozda kullanılması araştırmamızda dikkat çeken bulgudur. Bu durum Kovid hastalarında mevcut akciğer hastalığı nedeniyle solunum depresyonu riski, kullanılan Kovid ilaçları ile etkileşim riski ve bu hastalarda hekimlerce daha defansif bir tedavi yaklaşımı olması ile açıklanabilir.



6. SONUÇLAR

1. Bu araştırmada Kovid sonrası dönemde diğer yataklı birimlerden psikiyatri bölümüne danışılma oranlarında azalma olduğu saptanmıştır.
2. Kovid servislerinden danışılan hastaların yaş ortalaması Kovid dışı servislerden danışılan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
3. Psikiyatri birimine konsülte edilen hastalarda en sık gözlenen primer hastalık tanısı onkolojik hastalıklar olarak saptanmıştır.
4. Kovid sonrası dönemde dahili ve cerrahi birimlerden danışılan hasta oranlarında azalma olduğu gözlemlenirken, yoğun bakım birimlerinden danışılan hasta oranlarında artış olduğu saptanmıştır.
5. Kovid sonrası dönemde konsültasyon istem nedenleri arasında duygudurum bozukluğu semptomları ve operasyon veya tranplantasyon öncesi rutin değerlendirme yüzdesinde azalma olduğu; anksiyete semptomları, alkol-madde kullanımı, tedavi işbirliği bozukluğu, suicidal düşünce veya davranış yüzdesinde artış olduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmamızda Kovid servislerinden en sık konsültasyon istem nedenleri anksiyete, tedavi işbirliği bozukluğu ve ajitasyon olarak saptanmış olup bu istem nedenlerinin Kovid dışı servislere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir.
6. Her iki dönemde de en sık saptanan ruhsal durum muayene bulgusu uyku bozukluğudur. Ayrıca depresif duygudurum, anhedoni ve ilgi/istek azalması bulgularında Kovid servislerinde Kovid dışı servislere göre daha düşük bir oran görülürken, anksiyete bulgularında Kovid servislerinde daha yüksek bir oran saptanmıştır.
7. Nörobilişsel bozukluklar ve Anksiyete bozuklukları tanılarında Kovid sonrası dönemde, Kovid öncesi döneme göre artış saptanırken Depresif Bozukluklar ve Ruhsal Hastalık Tanısı konmayan grupta azalma gözlenmiştir.
8. Kovid serviste yatan hastalarda en sık gözlenen psikiyatrik tanılar sırasıyla Nörobilişsel bozukluklar , Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar ve Anksiyete bozuklukları olarak saptanmış olup Anksiyete bozukluğu ve Nörobilişsel bozukluk tanılarının Kovid dışı servislere göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır.

9. Kovid sonrası dönemde Kovid öncesi döneme göre AP ve BZD ilaç tercih oranında artış gözlenirken, AD ilaç tercih oranında azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca Kovid servislerinde Kovid dışı servislere göre daha yüksek oranda AP ve BZD tercih edilmesine karşın daha düşük oranda AD tercih edildiği görülmüştür.
10. Kovid servislerinde yatan hastalarda en sık tercih edilen ilaçlar lorazepam, haloperidol ve mirtazapin olarak saptanmış olup, haloperidol ve lorazepam ilaçlarının Kovid servislerde yatan hastalarda Kovid dışı servislerde yatan hastalara göre daha düşük dozda kullanıldığı saptanmıştır.

Araştırmamızın retrospektif olması, standardize görüşme tekniklerinin uygulanmaması ve bir kliniğe ait verileri içeriyor olması kısıtlılıklardır.

KOVID-19 pandemisi; online sağlık hizmetlerinin arttırılması ve yaygınlaştırılması, tedavi ekibi ile düzenli görüşmeler, dayanıklılık arttırıcı ve tükenmeyi önleyici girişimler, psikoeğitim, bilgilendirme ve danışmanlık, sağlık çalışanlarının gereksinimlerinin belirlenerek yönetim bölümlerine aktarılması açılarından KLP'nin tedavi planlamasındaki önemli yerini bir kez daha göstermiştir.

Pandemi sürecinde genel toplumda olduğu gibi yatarak tedavi gören hastalarda da anksiyete bozukluğu oranlarında artış gözlenmiş olup, erken dönemde müdahaleler ve etkili teropatik süreç oluşması amacıyla halihazırda yatarak tedavi gören hastaların anksiyete açısından değerlendirilmeleri için kısa ve uygun ölçek olarak Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği önerilebilir. Karantina koşullarında ortaya çıkabilecek kaygıların önlenmesi için belirsizliği en az düzeye indirmek amacıyla kişinin hastalığın olası seyri hakkında bilimsel veriler ışığında ve anlayabileceği şekilde bilgilendirilmesi, mevcut hastalık belirtilerine yönelik kaygının nedenleri ve ortaya çıkışı ile ilgili psikoeğitim verilmesi ve kaygıyı yatıştırmak için solunum, gevşeme alıştırmaları gibi baş etme yöntemlerinin öğretilmesi faydalı olabilir. Bunun dışında anksiyete bozukluğu ve yönetimi hakkında belli aralıklarla hem hasta hem de servis ekibine eğitimler verilmesi bu konudaki farkındalığın artmasına katkıda bulunabilir.

Kovid sonrası dönem ve kovid servislerinde nörobilişsel bozukluklar daha yüksek oranda saptanmış olup özellikle deliryumun potansiyel önlenebilirliği göz önüne alındığında, hasta sayısında ani artışların gözleendiği bu dönemde yaşlı

hastaların bilişsel fonksiyonlarının titizlikle kontrolü, deliryum tedavisinde erken ve etkin davranımlar hem hastanın sağlığının korunmasında hem de sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli faydalar sağlayacaktır. Bu nedenle klinikler arası işbirliğine dayalı tedavi protokolünün erken dönemde ve agresif şekilde deliryum tedavisini hedef alması, sorunu tamamen çözme dahi kısaltmayı amaçlaması önem taşır.

Hem kovid öncesi hem kovid sonrası dönemde en sık saptanan RDM bulgusu uyku bozukluğu olarak saptanmış olup yatan hastalar için erken dönemde uyku hijyeni eğitimi verilmesi, gereğinde psikoterapi veya ilaç etkileşimleri de göz önünde bulundurularak farmakoterapi yöntemlerinin kullanılması yarar sağlayabilir. Kovid servislerinde yatan ve ruhsal belirtisi olmayanların ruhsal açıdan korunmaları ve desteklenmeleri amacıyla yakınlarıyla görüntülü veya sesli bağlantıların sağlanması ve hastane psikososyal destek birimlerince belli aralıklarla temas sağlanması ruhsal hastalık gelişimine engel olabilir.

Nitekim günümüzde psikiyatrik hastalıkların tedavi maliyetlerine ve hastanede kalış sürelerine etkileri giderek önem kazanmaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerde görevli hekimlerin, daha tutarlı, geçerli ve sistematik değerlendirme ölçütleri kullanmaları, psikiyatrik rahatsızlıkları tanıyabilmelerini kolaylaştıracaktır. Bu amaçla, belirli aralıklarla eğitim toplantıları, düzenli görsel yayınlar, KLP rotasyonları yapılabilir. Bu şekilde etkili bir psikiyatrik destek sağlanabilmesi amacıyla hastanemiz bünyesinde KLP birimi oluşturulması yarar sağlayabilir.

7. ÖZET

Kovid 19 pandemi öncesi dönem ve pandemi sürecinde bir eğitim ve araştırma hastanesi ruh sağlığı ve hastalıkları anabilim dalına diğer yataklı servis birimlerinden gelen konsültasyonların ve sonuçlarının değerlendirilmesi

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP); diğer klinik tıp alanlarıyla iş birliği içerisinde fiziksel rahatsızlıklarla ruhsal ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran psikiyatri alt disiplindir. KOVİD-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerine etkilerine ilişkin henüz kısıtlı sayıda araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda daha çok genel topluma ve risk altındaki sağlık çalışanlarına odaklanılmıştır.

Çalışmamızın amacı KOVİD-19 salgın öncesi dönem ve salgın sürecindeki konsültasyon liyezon psikiyatrisinin işleyişinin değerlendirilmesi, Kovid 19 tanısı ile hastanemizde yatarak tedavi gören hastalardaki ruhsal bozuklukların çeşitliliğinin, sıklığının ve uygulanan tedavilerin belirlenmesidir. Retrospektif ve kesitsel olarak planlanan çalışmamızda Türkiye’de ilk resmi Kovid vakasının görüldüğü tarih olan 11 Mart 2020’den önceki 2 yıl ve bu tarih sonrasındaki 2 yıl içerisinde Psikiyatri birimine, diğer yataklı servis birimlerinden konsültasyon istenerek danışılan tüm hastalar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Probel sisteminden elde edilen sosyodemografik özellikler, öykü, özgeçmiş ve soygeçmiş verileri, primer yatış nedeni, konsültasyon isteyen bölüm, psikiyatrik konsültasyon sayısı, konsültasyon istem nedeni, psikiyatrik öntanı ve konsültasyon sonuçlarına ait psikiyatrik muayene ve önerilen tedavi verileri çalışmanın amaçları doğrultusunda hazırlanmış veri kayıt formlarına işaretlenmiştir.

Çalışmamızın sonucunda Kovid sonrası dönemde Kovid öncesi döneme göre diğer yataklı birimlerden psikiyatri bölümüne danışılma oranlarında azalma olduğu, konsültasyon istem nedenleri arasında anksiyete semptomları, alkol-madde kullanımı, tedavi işbirliği bozukluğu, suicidal düşünce veya davranış yüzdelerinde artış olduğu, nörobilişsel bozukluklar ve anksiyete bozuklukları tanılarında artış olduğu ve AP ve BZD ilaç tercih oranında artış gözlenirken, AD ilaç tercih oranında azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca Kovid serviste yatan hastalarda en sık gözlenen psikiyatrik tanımlar sırasıyla nörobilişsel bozukluklar , travma ve stresörle ilişkili bozukluklar ve anksiyete bozuklukları olarak saptanmış olup anksiyete bozukluğu ve nörobilişsel bozukluk tanımlarının Kovid dışı servislere göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır.

Anahtar kelimeler : KOVİD-19, Konsültasyon, Psikiyatri, Koronavirüs

8. SUMMARY

Evaluation of consultations and results from other inpatient service units to the mental health and diseases department of a training and research hospital during the pre-Kovid 19 pandemic period and pandemic period.

Consultation liaison psychiatry (CLP); It is a sub-discipline of psychiatry that studies the connection and interaction between physical disorders and mental and psychosocial states in collaboration with other clinical medicine fields. There has been limited research on the effects of the COVID-19 pandemic on mental health. Studies have focused more on the general population and health workers at risk.

The aim of our study is to evaluate the functioning of consultation-liaison psychiatry in the pre-COVID-19 epidemic period and during the epidemic process, and to determine the variety, frequency and treatments of mental disorders in patients hospitalized in our hospital with the diagnosis of COVID-19. In our study, which was planned as a retrospective and cross-sectional study, all patients who were consulted to the Psychiatry unit by seeking consultation from other inpatient units in the 2 years before and 2 years after March 11, 2020, the date of the first official Kovid case in Turkey, constituted the sample of the study. Sociodemographic characteristics, history, background and family history data obtained from the Probel system, the primary reason for hospitalization, the department requesting consultation, the number of psychiatric consultations, the reason for the consultation request, the psychiatric examination and recommended treatment data of the consultation results were marked on the data record forms prepared in line with the purposes of the study.

As a result of our study, there was a decrease in the rate of consulting the psychiatry department from other inpatient units in the post-COVID period compared to the pre-COVID period, anxiety symptoms, alcohol-substance use, treatment cooperation disorder, suicidal thoughts or behaviors increased among the reasons for consultation, an increase in the diagnosis of neurocognitive disorders and anxiety disorders. and an increase was observed in the rate of AP and BZD drug preference, while there was a decrease in the rate of AD drug preference. In addition, the most frequently observed psychiatric diagnoses in patients hospitalized in the Kovid service were found to be Neurocognitive disorders, Trauma and stress-related disorders, and Anxiety disorders, respectively.

Keywords: Covid-19, Consultation, Psychiatry, Coronavirus

9. KAYNAKLAR

1. Bourgeois JA, Kremen WS, Servis ME, Wegelin JA, Hales RE. The impact of psychiatric diagnosis on length of stay in a university medical center in the managed care era. *Psychosomatics*. 2005;46(5):431-9.
2. Jeeva F, Dickens C, Coventry P, Bundy C, Davies L. Is treatment of depression cost-effective in people with diabetes? A systematic review of the economic evidence. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013;29(4):384-91.
3. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med*. 2007;22 Suppl 3:391-5.
4. Arolt V, Driessen M, Dilling H. The Lubeck General Hospital Study. I: Prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 1997;1(3):207-16.
5. Wancata J, Benda N, Hajji M, Lesch OM, Muller C. Psychiatric disorders in gynaecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and a rural area of Austria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31(3-4):220-6.
6. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during KOVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231924.
7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (KOVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5).
8. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14.
9. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9.
10. Shultz JM, Forbes D, Wald D, Kelly F, Solo-Gabriele HM, Rosen A, et al. Trauma signature analysis of the great East Japan disaster: guidance for psychological consequences. *Disaster Med Public Health Prep*. 2013;7(2):201-14.
11. Liu C, Wang M. Prevalence and factors associated with depression in patients with KOVID-19. *J Affect Disord Rep*. 2020;2:100042.
12. Kaplan H, Sadock B. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 ed: Günes Kitabevi; 2007. p. 2225-40.
13. Ozkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roche Yayınları. 1993.
14. Wise M, Rundell J. A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry. Clinical Manual Of Psychosomatic Medicine. Washington2005. p. 1-10.

15. Yılmaz A, Kumbasar H. psychosomatic disorders in general medicine practise. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2008;1(2):17-28.
16. Ozkan S, Yucel B, Turgay M, Gurel Y. The development of psychiatric medicine at Istanbul Faculty of Medicine and evaluation of 889 psychiatric referrals. Gen Hosp Psychiatry. 1995;17(3):216-23.
17. Ebert M, Loosen P. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003.
18. Canan F, Koçer E, İçmeli C. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatrik konsültasyonlarının değerlendirilmesi, . Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;1:22-7.
19. Göktaş K, Yılmaz E. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi Anatolian Journal of Psychiatry. 2006;7:27-32.
20. Kelly M. Self, identity and radical surgery sociology of health and illness. Sociology of Health & Illness. 1992;14:390-415.
21. Meredith PJ, Strong J. Attachment and chronic illness. Curr Opin Psychol. 2019;25:132-8.
22. Lipowski ZJ. Psychosocial reactions to physical illness. Can Med Assoc J. 1983;128(9):1069-72.
23. Palabıyıkoglu R. Sağlığın bozulmasına bağlı kriz durumu: başa çıkma. Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. 2000:137-64. .
24. Mete H. Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik psikiyatri Dergisi. 2008;1(1):3-18.
25. Hyphantis T, Almyroudi A, Paika V, Goulia P, Arvanitakis K. Narcissistic rage: The Achilles' heel of the patient with chronic physical illness. Patient Preference Adherence. 2009;3:239-50.
26. Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KA. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. J Nerv Ment Dis. 2005;193(8):508-14.
27. Hussain M, Seitz D. Integrated models of care for medical inpatients with psychiatric disorders: a systematic review. Psychosomatics. 2014;55(4):315-25.
28. Rundell J. Textbook of Consultation-Liaison-Psychiatry. Washington DC: American Psychiatry Press.
29. Onur E, Yemez B, Polat S, Gürz N, Cimilli C. KLP uygulamaları ve farmakoterapi tercihlerindeki değişim. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2007;17(4).
30. Su JA, Chou SY, Chang CJ, Weng HH. Changes in consultation-liaison psychiatry in the first five years of operation of a newly-opened hospital. Chang Gung Med J. 2010;33(3):292-300.
31. Sertöz Ö, Doğanavşargil G, Noyan M. . Bir Üniversite Hastanesi Konsültasyon Liyezon Servisinde Psikiyatrik Hastalıkların Psikiyatri Dışı Hekimlerce Doğru Tanınma Oranları. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2008(18):288-95.

32. Ateşçi F, Karadağ F, Oğuzhanoglu N. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1(3):148-56.
33. Aslan R. Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve KOVİD-19. *Ayrıntı Dergisi*. 2020(8):85.
34. Grennan D. What Is a Pandemic?.; 321:910-910. *JAMA* 2019.
35. Lewnard JA, Reingold AL. Emerging Challenges and Opportunities in Infectious Disease Epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2019;188(5):873-82.
36. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on KOVİD19. 11-march-2020 [
37. Noorimotlagh Z, Jaafarzadeh N, Martinez SS, Mirzaee SA. A systematic review of possible airborne transmission of the KOVİD-19 virus (SARS-CoV-2) in the indoor air environment. *Environ Res*. 2021;193:110612.
38. Howard J, Huang A, Li Z, Tufekci Z, Zdimal V, van der Westhuizen HM, et al. An evidence review of face masks against KOVİD-19. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2021;118(4).
39. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579(7798):270-3.
40. TC Sağlık Bakanlığı. KOVİD-19 bilgilendirme sayfası. <https://Kovid-19.saglik.gov.tr> 2021 [
41. Ongur D, Perlis R, Goff D. Psychiatry and KOVİD-19. *JAMA*. 2020;324(12):1149-50.
42. Malay DS. KOVİD-19, Pandemic, and Social Distancing. *J Foot Ankle Surg*. 2020;59(3):447-8.
43. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and Anxiety in Hong Kong during KOVİD-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10).
44. Munjal S, Ferrando SJ, Freyberg Z. Neuropsychiatric Aspects of Infectious Diseases: An Update. *Crit Care Clin*. 2017;33(3):681-712.
45. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721-8.
46. Hurley RA, Taber KH. Acute and chronic Lyme disease: controversies for neuropsychiatry. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20(1):iv-6.
47. Dondorp A, Nosten F, Stepniewska K, Day N, White N, South East Asian Quinine Artesunate Malaria Trial g. Artesunate versus quinine for treatment of severe falciparum malaria: a randomised trial. *Lancet*. 2005;366(9487):717-25.
48. Teixeira AL, Malheiros JA, Lambertucci JR. Rapid progressive dementia associated with neurosyphilis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006;39(4):390-1.
49. Tuncel D UH, Gokce M, Utku U. Neurobrucellosis.

. European Journal of General Medicine 2008;5: 245-8.

50. Wooltorton E. Mefloquine: contraindicated in patients with mood, psychotic or seizure disorders. CMAJ. 2002;167(10):1147.

51. Vignau J, Karila L, Costisella O, Canva V. [Hepatitis C, interferon a and depression: main physiopathologic hypothesis]. Encephale. 2005;31(3):349-57.

52. Kaya B. . Pandeminin ruh sağığına etkileri.

. Klinik Psikiyatri 2020(23):123-4.

53. Pappas G, Kiriaze IJ, Giannakis P, Falagas ME. Psychosocial consequences of infectious diseases. Clin Microbiol Infect. 2009;15(8):743-7.

54. Taylor S. The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of

Infectious Disease. . Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing. 2019.

55. (IASC) KDK. Acil Durumlarda Ruh Sağığı ve Psikososyal Destek

Referans Grubu (2020) KOVID-19 Salgınının Ruh Sağığı ve Psikososyal Etkenler Açısından

Ele Alınması, Versiyon 1.5, 17 Mart.

56. Holt-Lunstad J. Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection. Annu Rev Psychol. 2018;69:437-58.

57. Razai MS, Oakeshott P, Kankam H, Galea S, Stokes-Lampard H. Mitigating the psychological effects of social isolation during the Kovid-19 pandemic. BMJ. 2020;369:m1904.

58. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of Kovid-19 pandemic response. BMJ. 2020;369:m1557.

59. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. Soc Personal Psychol Compass. 2014;8(2):58-72.

60. Juster RP, McEwen BS, Lupien SJ. Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. Neurosci Biobehav Rev. 2010;35(1):2-16.

61. Dickerson SS, Kemeny ME. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. Psychol Bull. 2004;130(3):355-91.

62. Nitschke JP, Forbes PAG, Ali N, Cutler J, Apps MAJ, Lockwood PL, et al. Resilience during uncertainty? Greater social connectedness during KOVID-19 lockdown is associated with reduced distress and fatigue. Br J Health Psychol. 2021;26(2):553-69.

63. Ludecke D, von dem Knesebeck O. Decline in Mental Health in the Beginning of the KOVID-19 Outbreak Among European Older Adults-Associations With Social Factors, Infection Rates, and Government Response. Front Public Health. 2022;10:844560.

64. Centers for Disease Control and Prevention. Quarantine

and isolation. 2017. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> Jan 30, 2020 [

65. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-20.

66. Zhang J, Zhang R. KOVID-19 in China: Power, Transparency and Governance in Public Health Crisis. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(3).

67. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma

Birimi. Karantinanın ruhsal etkileri ve koruyucu önlemler.

<https://www.psikiyatri.org.tr/TPDDData/Uploads/files> [

68. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*. 2005;22(5):398-406.

69. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55(9):1055-7.

70. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *J Hosp Infect*. 2010;76(2):97-102.

71. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi. KOVID-19 ve Damgalama. <https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/243202019327-> 19 Nisan 2020. [

72. Yıldız İÇ, U Yüksel, Ş. Karantinanın ruhsal etkileri ve koruyucu önlemler. . Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği. 2020.

73. Zurcher SJ, Kerkiseck P, Adamus C, Burr CM, Lehmann AI, Huber FK, et al. Prevalence of Mental Health Problems During Virus Epidemics in the General Public, Health Care Workers and Survivors: A Rapid Review of the Evidence. *Front Public Health*. 2020;8:560389.

74. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress*. 2005;18(1):39-42.

75. Mak IWC CC, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Longterm psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009(31):318-26.

76. Ozdin S, Bayrak Ozdin S. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during KOVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(5):504-11.

77. Gonzalez-Sanguino C, Ausin B, Castellanos MA, Saiz J, Lopez-Gomez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (KOVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. 2020;87:172-6.

78. Wang Y, Zhu LY, Ma YF, Bo HX, Deng HB, Cao J, et al. Association of insomnia disorder with sociodemographic factors and poor mental health in KOVID-19 inpatients in China. *Sleep Med*. 2020;75:282-6.

79. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (KOVİD-19) in some regions of China. *Psychol Health Med.* 2021;26(1):13-22.
80. Goularte JF, Serafim SD, Colombo R, Hogg B, Caldieraro MA, Rosa AR. KOVİD-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J Psychiatr Res.* 2021;132:32-7.
81. Kong X ZK, Tang M, Kong F, Zhou J, Diao L, Shouxin , W PJ, Tong S, Yuchao D. Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with KOVİD-19. *medRxiv* . doi:<https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>. . 2020.
82. Vindegaard N, Benros ME. KOVİD-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun.* 2020;89:531-42.
83. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of KOVİD-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102092.
84. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during KOVİD-19 outbreak. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102076.
85. Hays J. Epidemics and pandemics: their impacts on human history. *Abc-clio.* 2005.
86. Kilbourne E. Influenza pandemics of the 20th century. *Emerging infectious diseases.* 2006;1(12):9.
87. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with KOVİD-19 in China. *Psychol Med.* 2021;51(6):1052-3.
88. Helms J, Kremer S, Merdji H, Schenck M, Severac F, Clere-Jehl R, et al. Delirium and encephalopathy in severe KOVİD-19: a cohort analysis of ICU patients. *Crit Care.* 2020;24(1):491.
89. Turan S, Poyraz BC, Aksoy Poyraz C, Demirel OF, Tanriover Aydin E, Ucar Bostan B, et al. Characteristics and outcomes of KOVİD-19 inpatients who underwent psychiatric consultations. *Asian J Psychiatr.* 2021;57:102563.
90. Parker C SD, Hsu I,. Depression, Anxiety, and Acute Stress Disorder Among Patients Hospitalized With Coronavirus Disease 2019: A Prospective Chort Study. *Psychosomatics.* Published online Ekim 2020.
91. Jelinek L, Moritz S, Miegel F, Voderholzer U. Obsessive-compulsive disorder during KOVİD-19: Turning a problem into an opportunity? *J Anxiety Disord.* 2021;77:102329.
92. APA. New Poll: KOVİD-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious, Especially for Loved Ones; Older Adults are Less Anxious. <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-Kovid-19-impacting->

mental well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-onesolder-adults-are-less-anxious 2020 [

93. Wang M, Hu C, Zhao Q, Feng R, Wang Q, Cai H, et al. Acute psychological impact on KOVID-19 patients in Hubei: a multicenter observational study. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):133.
94. Sher L. The impact of the KOVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. 2020;113(10):707-12.
95. Clerici M, Durbano F, Spinogatti F, Vita A, de Girolamo G, Micciolo R. Psychiatric hospitalization rates in Italy before and during KOVID-19: did they change? An analysis of register data. *Ir J Psychol Med*. 2020;37(4):283-90.
96. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Dauriac-Le Masson V, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to KOVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(10):557-9.
97. Anmella G, Arbelo N, Fico G, Murru A, Llach CD, Madero S, et al. KOVID-19 inpatients with psychiatric disorders: Real-world clinical recommendations from an expert team in consultation-liaison psychiatry. *J Affect Disord*. 2020;274:1062-7.
98. Yıldırım E. KOVID-19 TEDAVİSİNDE ÖNLEYİCİ, KORUYUCU VE TEDAVİ EDİCİ PSİKIYATRİK HİZMETLER. *Türkiye Psikiyatri Derneği*
99. Tam CW, Pang EP, Lam LC, Chiu HF. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med*. 2004;34(7):1197-204.
100. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the KOVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-e8.
101. Stuijzand S, Deforges C, Sandoz V, Sajin CT, Jaques C, Elmers J, et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1230.
102. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS, Coauthors for the Impact of SS. Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2008;59(1):91-5.
103. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*. 2008;136(7):997-1007.
104. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018;87:123-7.
105. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168(10):1245-51.

106. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;87:11-7.
107. Fagiolini A, Cuomo A, Frank E. KOVID-19 Diary From a Psychiatry Department in Italy. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3).
108. Grover S, Sahoo S, Chakrabarti S. Impact of the KOVID-19 Pandemic on Consultation-Liaison Psychiatry Services: An Exploratory Study From a Tertiary Care Center in North India. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2021;23(5).
109. Yanez ND, Weiss NS, Romand JA, Treggiari MM. KOVID-19 mortality risk for older men and women. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1742.
110. Applegate WB, Ouslander JG. KOVID-19 Presents High Risk to Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(4):681.
111. Arbelo N, Lopez-Pelayo H, Sague M, Madero S, Pinzon-Espinosa J, Gomes-da-Costa S, et al. Psychiatric Clinical Profiles and Pharmacological Interactions in KOVID-19 Inpatients Referred to a Consultation Liaison Psychiatry Unit: a Cross-Sectional Study. *Psychiatr Q*. 2021;92(3):1021-33.
112. Prajapati NK, Parikh NC, Shah ND, Darji VM, Jariwala HB, Mirolia MT. Evaluation of Psychiatric Morbidity in KOVID-19-Positive Inpatients Referred to Consultation Liaison Psychiatry in a Tertiary Care Hospital. *Indian J Psychol Med*. 2021;43(4):330-5.
113. Eser BB, S., Songur, E., Yildiz, M. Aslan, E. A. Analysis of the psychiatric consultations for inpatients and from the emergency room in a university hospital: A comparison with studies from Turkey. . *Klin Psikiyatr Derg*. 2018.
114. Kılıç EK, Çınar, R. K., Sönmez, M. B. Görgülü, Y. . Bir üniversite hastanesinde yatan hastalardan İstenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi = Psychiatric disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. . *Klin Psikiyatr Derg*. 2016.
115. Kurt İ. Bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi alan hastalardan istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. *Kriz Derg* 2018.
116. Saeed H, Siddiqui SA, Mansoor M, Khan MM. Liaison psychiatry in low & middle income countries: Experiences at the Aga Khan University Hospital (AKUH), Karachi, Pakistan. *Asian J Psychiatr*. 2020;48:101889.
117. Köroğlu AÇ, F Aslan, M Hocaoglu, Ç. Bir eğitim hastanesinde psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Klin Psikiyatr Derg*. 2011.
118. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24(4):249-56.
119. Ferrari S, Mattei, G., Marchi, M., Galeazzi, G. M. & Pingani, L. Is consultation-liaison psychiatry ‘getting old’? How psychiatry referrals in the general hospital have changed over 20 years. *Int J Environ Res Public Health*. 2020.

120. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the KOVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):579-88.
121. Mamun MA. Suicide and Suicidal Behaviors in the Context of KOVID-19 Pandemic in Bangladesh: A Systematic Review. *Psychol Res Behav Manag*. 2021;14:695-704.
122. Sripad MN, Pantoji M, Gowda GS, Ganjekar S, Reddi VSK, Math SB. Suicide in the context of KOVID-19 diagnosis in India: Insights and implications from online print media reports. *Psychiatry Res*. 2021;298:113799.
123. Sher L. Post-KOVID syndrome and suicide risk. *QJM*. 2021;114(2):95-8.
124. Koob G. Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder. *Front Psychiatry*. 2013;4(72).
125. Somaini L, Manfredini M, Amore M, Zaimovic A, Raggi MA, Leonardi C, et al. Psychobiological responses to unpleasant emotions in cannabis users. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(1):47-57.
126. Lau JT, Yang X, Pang E, Tsui HY, Wong E, Wing YK. SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerg Infect Dis*. 2005;11(3):417-24.
127. Wu P LX, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan, Z. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. 706-12. . *Alcohol Alcohol*. 2008;12(43):706.
128. Grossman ER, Benjamin-Neelon SE, Sonnenschein S. Alcohol consumption and alcohol home delivery laws during the KOVID-19 pandemic. *Subst Abus*. 2022;43(1):1139-44.
129. Roberts AR, J. Alcohol and other substance use during the KOVID-19 pandemic: A systematic review.
130. Pratima MN, VL. Effects of the KOVID-19 pandemic and lockdown on alcohol use disorders and complications. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;4(34).
131. Cansel N. Yatarak tedavi gören hastalarda Kovid-19'un akut psikiyatrik etkileri; geriye dönük bir inceleme nönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2022;10(1):372-83.
132. Iqbal Y, Al Abdulla MA, Albrahim S, Latoo J, Kumar R, Haddad PM. Psychiatric presentation of patients with acute SARS-CoV-2 infection: a retrospective review of 50 consecutive patients seen by a consultation-liaison psychiatry team. *BJPsych Open*. 2020;6(5):e109.
133. El Hayek S, Kassir G, Zalzale H, Gonzalez-Diaz JM, Bizri M. Emerging Psychiatric Themes in Post-KOVID-19 Patients on a Psychiatry Consultation-liaison Service. *Psychiatr Q*. 2021;92(4):1785-96.
134. Hu Y, Chen Y, Zheng Y, You C, Tan J, Hu L, et al. Factors related to mental health of inpatients with KOVID-19 in Wuhan, China. *Brain Behav Immun*. 2020;89:587-93.

135. Uyar B. The Assesment of Psychiatric Consultations in a University Hospital. 18, 24–28 (2015). J Clin Psychiatr Danub.
136. Rothenhausler HB. [Mental disorders in general hospital patients]. Psychiatr Danub. 2006;18(3-4):183-92.
137. Özmen E. Ülkemizde psikiyatri konsültasyonu: İlgili çalışmaların gözden geçirilmesi. Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı, İstanbul, Matsan, s.159-162. 1999.
138. Castro VM, Sacks CA, Perlis RH, McCoy TH. Development and External Validation of a Delirium Prediction Model for Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019. J Acad Consult Liaison Psychiatry. 2021;62(3):298-308.
139. O’Hanlon S, Inouye SK. Delirium: a missing piece in the KOVİD-19 pandemic puzzle. Age Ageing. 2020;49(4):497-8.
140. Lotzin A, Acquarini E, Ajdukovic D, Ardino V, Bottche M, Bondjers K, et al. Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the KOVİD-19 pandemic - study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. Eur J Psychotraumatol. 2020;11(1):1780832.