



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ
POLİKLİNİĞİNDE TAKİPLİ ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA COVID-19
SALGINININ ETKİLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR.BURAK ERMAN MENKÜ**

ANKARA 2021



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ
POLİKLİNİĞİNDE TAKİPLİ ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA COVID-19
SALGINININ ETKİLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR.BURAK ERMAN MENKÜ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. R. FİLİZ KARADAĞ**

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ MELİKE KÜÇÜKKARAPINAR

ANKARA 2021

KABUL VE ONAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Burak Erman Menkü
Baba Adı	İsmail
Doğum Yeri/Tarihi	06.02.1992
Diploma Tarihi / Diploma No	12/07/2016 - 4541
Mezun Olduğu Fakülte	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 1
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI:

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE TAKİPLİ ŞİZOFRENİ VE
BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA COVID-19 SALGINININ ETKİLERİ

JÜRİ KARARI:

26.10.2021 tarihinde yapılan tez sınavını başarıyla tamamlamıştır

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Prof. Dr. Selçuk CANDANSAYAR

ÜYE

Prof. Dr. R. Filiz KARADAĞ

ÜYE

Prof. Dr. Selim TÜMKAYA

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin her aşamasında yardım, destek ve zamanını esirgemeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. R. Filiz Karadağ'a ve katkılarından dolayı Öğr. Gör. Dr. Melike Küçükkarapınar'a, mesleki bilgi ve tecrübesini her zaman örnek aldığım Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a; asistanlığımın ilk gününden itibaren samimi desteğini her zaman hissettiğim, üzerimde büyük emeği olan değerli hocam Prof. Dr. Behcet Coşar'a, kıymetli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki çok değerli hocalarıma, Nöroloji ile Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi bölümleri öğretim üyelerine, kendilerinden çok şey öğrendiğim ve birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, kliniğimiz hemşire, personel ve sekreterlerine, deneyimlerinden çok şey öğrendiğim psikoloğumuz Çisem Utku'ya, tez çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarımın teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde sonsuz pay sahibi olan canım annem, babam ve ablama; hayattaki en büyük şansım, desteği ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Nilay Kan Menkü'ye, hayatımın anlamı biricik kızım Işıl'a en içten dileklerle ayrıca teşekkür ederim.

Dr.Burak Erman Menkü

Ankara, Ekim 2021

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SARS CoV-2 (COVİD-19) Pandemisi	3
2.1.1. Covid-19 Tanımı Ve Küresel Salgın.....	3
2.1.2. Covid-19 Bulaş Yolu, Semptomlar Ve Klinik Seyir.....	3
2.1.3. Covid-19 Tanı, Tedavi Ve Korunma	4
2.2. Covid-19 Pandemisinin Ruhsal Etkileri.....	4
2.2.1. Covid-19 İlişkili Depresif Belirtiler	5
2.2.2. Covid-19 İlişkili Anksiyöz Belirtiler	5
2.2.3. Covid-19 İlişkili Sanrısız Belirtiler.....	6
2.2.4. Covid-19 İlişkili Obsesif-Kompulsif Belirtiler	7
2.3. Covid-19 Pandemisinin Getirdikleri	7
2.3.1. Covid-19 Salgını İle Ortaya Çıkan Sorunlar.....	7
2.3.2. Covid-19 Salgınının Olumlu Yönleri.....	12
2.3.3. Covid-19'a İlişkin Haber Kaynakları.....	12
2.4. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk.....	13
2.4.1. Şizofreni.....	13
2.4.2. Bipolar Bozukluk	16
2.4.3. Pandemide Kronik Ruhsal Hastalıklar Olarak Şizofreni ve Bipolar Bozukluk .	22
2.5. Telepsikiyatri Uygulamaları	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi.....	26
3.2. Araştırma Örnekleminin Seçimi	27
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	28
3.4. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	28

3.5.	Araştırmanın Tipi.....	28
3.6.	Etik Kurul Onayı.....	28
3.7.	Araştırmanın Bütçesi	28
3.8.	Veri Toplama Araçları	29
3.9.	İstatistiksel Analiz.....	30
4.	BULGULAR.....	32
4.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	32
4.2.	Pandemi Sürecinde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunları	35
4.3.	Pandemi Sürecinde Hastalık Seyrine İlişkin Bulgular	40
4.4.	Pandemi Sürecinde Ruhsal Ve Vejetatif Belirtiler.....	43
4.5.	Pandemi Sürecinde Covid-19'a Yönelik Endişe ve Tutumlar	53
4.5.1.	Covid-19'a Yönelik Endişeler	53
4.5.2.	Covid-19'a Yönelik Alınan Koruyucu Önlemler.....	57
4.5.3.	Covid-19'a Yönelik Haber Kaynakları	64
4.5.4.	Covid-19 Döneminde Hastaların Öznel Deneyimleri	67
4.6.	Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakış.....	69
5.	TARTIŞMA	74
5.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	74
5.2.	Pandemi Sürecinde Sağlık Hizmetlerine Erişimin Değerlendirilmesi	77
5.3.	Pandemi Sürecinde Hastalık Seyrinin Değerlendirilmesi	80
5.4.	Pandemi Sürecinde Ruhsal ve Vejetatif Belirtilerin Değerlendirilmesi.....	82
5.5.	Covid-19'a Yönelik Endişe ve Tutumların Değerlendirilmesi	88
5.5.1.	Covid-19'a Yönelik Endişelerin Değerlendirilmesi.....	88
5.5.2.	Covid-19'a Yönelik Alınan Koruyucu Önlemlerin Değerlendirilmesi	90
5.5.3.	Covid-19'a Yönelik Haber Kaynaklarının Değerlendirilmesi	96
5.5.4.	Covid-19 Döneminde Hastaların Öznel Deneyimleri	97
5.6.	Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışın Değerlendirilmesi.....	98
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	103
7.	ÖZET	105
8.	SUMMARY	107
9.	KAYNAKLAR	109
10.	EKLER.....	125
10.1.	Olgu Rapor Formu	125

10.2.	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	129
10.3.	Etik Kurul Formu	132
10.4.	T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu Onam Formu	135
11.	ÖZGEÇMİŞ	136



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Görüşme Yöntemine Göre Sosyodemografik Özellikleri	34
Tablo 2. Katılımcıların Tanı ve Görüşme Yöntemlerine Göre Sosyodemografik Özellikleri	35
Tablo 3. Pandemi Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu Ve Nedenleri.....	36
Tablo 4. Görüşme Yöntemine Göre Pandemi Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu	37
Tablo 5. Görüşme Yöntemine Göre Enfeksiyon Korkusu Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu.....	37
Tablo 6. Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumunun Psikiyatrik Tanı ve Görüşme Yöntemine Göre Dağılımı	38
Tablo 7. Hastalık Seyrinde Alevlenme Varlığına Göre Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu	39
Tablo 8. Hastalık Seyrindeki Alevlenmenin Türüne Göre Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu	39
Tablo 9. Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtilere Göre Pandemi Döneminde Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu.....	40
Tablo 10. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Hastalık Seyirleri	41
Tablo 11. Katılımcıların Sosyal Destek Düzeylerine Göre Hastalık Seyirlerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 12. Katılımcıların İlaç Tedavilerini Sürdürme ile İlgili Sorun Yaşama Oranları ve Nedenleri.....	42
Tablo 13. İlaç Kullanımındaki Aksamaya Göre Hastalık Seyirlerinin Karşılaştırılması	43
Tablo 14. Pandemi Döneminde Hastalarda İzlenen Ruhsal Belirtiler	45
Tablo 15. Görüşme Yöntemine Göre Katılımcıların Ruhsal Belirtileri	46
Tablo 16. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtileri	47
Tablo 17. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtileri	48
Tablo 18. Katılımcıların Ailelerinde Covid-19 Tanılı Birey Varlığına Göre Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtileri	49
Tablo 19. Katılımcıların Hastalık Seyirlerine Göre Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtileri	50
Tablo 20. Görüşme Yöntemine Göre Katılımcıların Uyku, İştah Ve Vücut Ağırlığı Değişiklikleri.....	51
Tablo 21. Katılımcıların Hastalık Seyirlerine Göre Uyku, İştah Ve Vücut Ağırlığı Değişiklikleri.....	52
Tablo 22. Katılımcıların Covid-19'a Yönelik Endişeleri (s=200).	53
Tablo 23. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Covid-19'a Yönelik Endişeleri	54
Tablo 24. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Covid-19'a Yönelik Endişeleri	55
Tablo 25. Katılımcıların Kronik Hastalığa Sahip Olma Oranları	55
Tablo 26. Kronik Fiziksel Hastalık Varlığına Göre Covid-19'a Yönelik Endişeler	56
Tablo 27. Yaş Gruplarına Göre Katılımcıların Kendilerine Covid-19 Bulaşma Endişeleri ...	56
Tablo 28. Katılımcıların Covid-19'a Yönelik Aldıkları Koruyucu Önlemler (s:200)	57
Tablo 29. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Covid-19'a Yönelik Aldıkları Koruyucu Önlemler	58
Tablo 30. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Covid-19'a Yönelik Aldıkları Koruyucu Önlemler	59
Tablo 31. Covid-19 Bulaşma Endişesi Taşıma Durumlarına Göre Katılımcıların Aldıkları Koruyucu Önlemler	60

Tablo 32. Katılımcıların Hastalık Seyirlerine Göre Covid-19’a Yönelik Aldıkları Koruyucu Önlemler	61
Tablo 33. Katılımcıların Covid-19 İle İlişkili Ruhsal Belirtilerine Göre Aldıkları Koruyucu Önlemler	63
Tablo 34. Katılımcıların Covid-19’a İlişkin Haber/Bilgi Kaynakları (s:200).....	64
Tablo 35. Katılımcıların Covid-19’a İlişkin Haber/Bilgi Kaynağı Olarak Sosyal Medya Kullanımlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	65
Tablo 36. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Covid-19’a İlişkin Haber/Bilgi Kaynakları.....	66
Tablo 37. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Covid-19’a Yönelik Haber/Bilgi Kaynakları.....	67
Tablo 38. Katılımcıların Telepsikiyatri Uygulamalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri	69
Tablo 39. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları	70
Tablo 40. Covid-19 Bulaşma Endişesi Taşıma Durumlarına Göre Katılımcıların Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları	71
Tablo 41. Katılımcıların Ruhsal Belirtilerine Göre Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları	72
Tablo 42. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları	73
Tablo 43. Katılımcıların Hastalık Seyirlerine Göre Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları	73

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
COVID-19	: Yeni Koronavirüs (SARS-CoV-2)
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
ICD-10	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PCR	: Polimeraz Zincir Reaksiyonu
SARS	: Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Wuhan şehrinde nedeni açıklanamayan solunum yolu enfeksiyonu vakaları tespit edilmiş ve vakalar, nedeni bilinmeyen pnömoni olarak tanımlanmıştır. Araştırmalar sonucunda etkenin koronavirüs ailesine bağlı bir virüs olduğu tespit edilmiştir. Salgın 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilmiş ve aynı gün Türkiye'de ilk Covid-19 vakası bildirilmiştir (1-3).

Ülkemizde pandeminin ilk 3 ayında sokağa çıkma yasağı ile birlikte sağlık sistemi içerisinde de çeşitli önlemler devreye alınmıştır (4). Randevusuz hastaların kabul edilmemesi ve randevu aralıklarının uzatılması gibi önlemler, ayaktan psikiyatri başvuruları üzerinde de sınırlayıcı bir etki oluşturmuştur (3).

Pandemi sürecinde ekonomik, sosyal ve etnik pek çok eşitsizlik, Covid-19'un ruhsal etkileri üzerinde önemli rol oynasa da ciddi bir ruhsal hastalığa sahip olmanın (şizofreni, bipolar bozukluk vb.) bireylerin Covid-19'dan orantısız şekilde kötü etkilenmelerine ve morbidite ve mortalite oranlarında artışa yol açabileceği bildirilmiştir (5-7). Düşük sosyoekonomik seviye ve sosyal desteğin, artan fiziksel hastalıkların ve tedaviye erişim zorluklarının da pandemi döneminde bu hastaların ruhsal durumları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu ve hastalık seyrinde relapslarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (3, 8, 9).

Her ne kadar ilk dönemlerinden itibaren Covid-19 pandemisinin şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların ruhsal belirtileri, hastalık seyirleri, yaşam rutinleri, başvuruları ve tedavi uyumları üzerindeki etkileri üzerine tahminler ve araştırmalar yapılsa da (8-10); bildiğimiz kadarı ile pandemi döneminde ayaktan başvuruda

bulunan ve bulunmayan takipli hastaların farklılıklarını değerlendirmek için yüz yüze ve uzaktan görüşmelerin yapıldığı bir çalışma bulamadık.

Çalışmamızda takipli şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların, Covid-19 pandemisi ile birlikte ayaktan başvuruda bulunup bulunmama durumlarına göre sosyodemografik özelliklerinin, ruhsal ve vejetatif belirtilerinin, Covid-19'a yönelik endişelerinin ve aldıkları koruyucu önlemlerin, sağlık kuruluşuna başvuru sorunu yaşayıp yaşamadıklarının, Covid-19'a yönelik haber ve bilgi kaynaklarının, sosyal desteklerinin ve telepsikiyatri uygulamaları hakkında bilgi düzeylerinin ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Hasta ve yakınlarından yüz yüze ve telefon aracılığı ile elde edilen bulgularımızın, pandemi ve diğer olağanşt durumlarda şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalara yönelik uygun takip ve tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde önemli bir rehber olacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SARS CoV-2 (COVID-19) Pandemisi

2.1.1. Covid-19 Tanımı Ve Küresel Salgın

31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde nedeni açıklanamayan solunum yolu enfeksiyonu vakaları tespit edilmiş ve vakalar, nedeni bilinmeyen pnömoni olarak tanımlanmıştır. Araştırmalar sonucunda etkenin koronavirüs ailesine bağlı bir virüs olduğu tespit edilmiştir. Salgın 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilmiş ve aynı gün Türkiye'de ilk Covid-19 vakası bildirilmiştir (1-3).

2.1.2. Covid-19 Bulaş Yolu, Semptomlar Ve Klinik Seyir

Covid-19 virüsü, öksürük ve hapsirık ile saçılan solunum damlacıkları yoluyla yayılmaktadır ve kapalı alanlarda uzun süre kalma ile virüsün bulaş riski artmaktadır. Bireyler arası 1,8 metreye kadar mesafede virüs yayılabilmektedir (2).

Hastalık ateş, öksürük, halsizlik, kas ağrısı gibi belirtiler ile başlayabilmekte ve daha nadiren balgam, baş ağrısı, hemoptizi ve ishal de gözlenebilmektedir (11).

Covid-19, asemptomatik seyredebileceği gibi, yoğun bakım ve mekanik ventilasyon ihtiyacı gerektiren ağır tablolar şeklinde de ilerleyebilir. Sepsis ve çoklu organ yetmezliklerine de yol açabilmektedir (2).

2.1.3. Covid-19 Tanı, Tedavi Ve Korunma

Belirtilerin varlığına ek olarak tanıda sıklıkla Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) kullanılmakta, çekilen BT'lerde (Bilgisayarlı Tomografi) sıklıkla akciğerin subplevral bölgelerinde buzlu cam opasiteleri gözlenmektedir (12, 13).

Covid-19 için spesifik antiviral ajanlar önerilmemektedir. Tedavi temelde semptomatik olarak uygulanmakta ve solunum yetmezliğinin önlenmesi adına oksijen tedavisi önerilmektedir. Daha ağır tablolarda non-invaziv ve invaziv mekanik ventilasyon uygulanabilmektedir. Ciddi tablolar ise genellikle yoğun bakım ünitelerinde yatış gerektirmektedir (2).

Korunma önlemleri açısından ilk basamak olarak enfekte bireylerin tespiti ve izolasyonu, sık el yıkamanın yanında dezenfektan kullanımı ve maske, siperlik, eldiven gibi kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı hedeflenmiş ve ilerleyen süreçte aşı uygulamaları pek çok ülkede devreye girmiştir (14).

2.2. Covid-19 Pandemisinin Ruhsal Etkileri

Pandemi sürecinde ekonomik, sosyal ve etnik pek çok eşitsizlik, Covid-19'un ruhsal etkileri üzerinde önemli rol oynasa da ciddi bir ruhsal hastalığa sahip olmak (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon gibi) bireylerin Covid-19'dan orantısız şekilde kötü etkilenmelerine ve morbidite ve mortalite oranlarında artışa yol açabilmektedir (5-7).

Covid-19 salgınının belirsizlik korkusu, iyilik halinde azalma; stres, depresyon, somatizasyon, anksiyete, uyku bozuklukları, enfekte olma korkusunda artış ile nikotin ve alkol alımında değişiklikler ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar bildirilmiştir (15, 16).

2.2.1. Covid-19 İlişkili Depresif Belirtiler

Çalışmalar, bireylerin Covid-19 pandemisi sürecinde depresif belirtilerde artış riski ile karşı karşıya olduklarını göstermiştir (17-19). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların ise depresif belirtilerin gelişimi açısından dah büyük risk altında oldukları bildirilmiştir (20).

Sosyal izolasyon, belirsizliğe tahammülsüzlük, maladaptif başa çıkma mekanizmalarına sahip olmanın Covid-19 ilişkili depresif belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (21). Salgının uzaması ile birlikte emosyonel distressin de arttığı gösterilmiştir (22).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin, yakınlarının Covid-19 ile enfekte olmaları durumunda daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete düzeyleri gösterdikleri bildirilmiştir (23, 24)

2.2.2. Covid-19 İlişkili Anksiyöz Belirtiler

Covid-19 pandemisinin genel popülasyonda %20, ruhsal hastalığı olan bireylerde ise %36'ya ulaşan oranlarda anksiyete belirtilerine yol açtığı bildirilmiştir (25, 26). Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalıklara sahip bireylerde ise pandemi sürecindeki sosyal izolasyonun da etkisi ile daha yüksek anksiyete düzeyleri bildirilmiştir (27). Anksiyete belirtilerinin; belirsizlik (28), enfeksiyon şüphesi ile izole edilme (29) ve Covid-19'a yönelik yoğun haber ve bilgiye maruz kalma (28, 30) ile artış gösterdiği bildirilmiştir.

Artan anksiyete düzeyleri ile birlikte şizofreni hastalarında relaps gelişiminin, pozitif belirtilerde artışın ve işlevsellikte düşüşün görülebileceği bildirilmiştir (31,

32). Bipolar bozukluk hastalarında artan anksiyete düzeylerinin, intihar girişimi ve travma sonrası stres bozukluğu gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (33, 34).

Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde Covid-19 ilişkili anksiyete belirtilerinin sıklıkla hastaların kendileri veya yakınlarının enfekte olmalarına (35, 36), hastalıklarının nüks etmesine (8) ve psikiyatrik tedaviye erişemeyeceklerine (37) yönelik olduğu gözlenmiştir.

2.2.3. Covid-19 İlişkili Sanrısız Belirtiler

Covid-19 ilişkili sanrısız belirtiler; enfeksiyonun kendisinin immün mekanizmalar yolu ile (38) ve tedavisinde kullanılan ilaçların (klorokin/hidroksiklorokin, steroid vb) yan etkileri ile gelişebilir (39-41). Bununla birlikte uzamış sosyal izolasyon ve Covid-19'a yönelik yoğun ve yanlış bilgilendirmelerin de normal popölasyonda dahi psikotik belirtilerin gelişiminde etkili olabileceği bildirilmiştir (39). Bu nedenle bazı yazarlar özellikle şizofreni gibi hassas gruplar için medya maruziyetinin azaltılması ile ilgili önerilerde bulunmuşlardır (42).

Hayvan alışmaları, sosyal olarak izole edilmenin farelerde negatif belirtiler de dahil şizofreni benzeri davranış paterni gelişim riskini artırdığını göstermiştir (43). İnsanlarda yapılan çalışmalarda da sosyal izolasyonun paranoid belirtilerin gelişiminde tetikleyici bir rolü olduğu gösterilmiştir (42). Sosyal izolasyon ayrıca şizofreni hastalarında madde kullanımında potansiyel bir artışa yol açarak hastaların psikotik belirtilerini kötüleştirebilir (42).

Bazı alışmalar pandemi sürecinde psikotik belirtilerinde alevlenme olmayan şizofreni hastaları için koruyucu olan faktörlerin, düşük farkındalık ve düşük endişe

seviyeleri olabileceğini bildirmiştir. Bu durum zihinsel meşguliyetin şizofreni hastaları üzerinde koruyucu bir etkisinin olabileceğine vurgu yapmaktadır (44, 45).

2.2.4. Covid-19 İlişkili Obsesif-Kompulsif Belirtiler

Covid-19 pandemisi ile birlikte genel popülasyonda özellikle temizlik/bulaş türünde obsesif-kompulsif belirtilerin artış gösterdiği bildirilmiştir (46). Bununla birlikte Covid-19'a yönelik endişelerin ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün de obsesif-kompulsif belirtilerin gelişimini tetikleyebileceği gösterilmiştir (46, 47). Genel popülasyona ek olarak şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalıklarda da Covid-19 ile enfekte olma korkusunun obsesif düşünceleri tetikleyebildiği gösterilmiştir (48).

Covid-19 salgınına yönelik alınan sosyal izolasyon, el yıkama ve maske kullanımı gibi koruyucu önlemler, obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması için birer risk faktörü olarak görünmektedir (49, 50). Bazı yazarlar ise Covid-19 ilişkili korkuların deneysel kaçınma davranışları ile birlikte obsesif-kompulsif belirtilere dönüşebildiğini bildirmişlerdir (51). Bununla birlikte obsesif-kompulsif belirtilerin virüsün yayılmasına yönelik koruyucu bir etkisinin olduğu da belirtilmiştir (46, 52).

2.3. Covid-19 Pandemisinin Getirdikleri

2.3.1. Covid-19 Salgını İle Ortaya Çıkan Sorunlar

2.3.1.1. Pandemi Döneminde Sağlık Hizmetlerine Erişim Ve Tedavi

Sorunları

Ülkemizde pandeminin ilk 3 ayında sokağa çıkma yasağı ile birlikte çeşitli önlemler devreye alınmıştır (4). Randevusuz hastaların kabul edilmemesi, randevu aralıklarının uzatılması, hastane başvurularında Covid-19'a yönelik semptom sorgulaması ve ateş kontrolü ve girişimsel işlemlerden önce Covid-19 testi zorunluğu bu önlemlerden bazılarını oluşturmuştur (3).

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda tedavi uyumsuzluğu %64-75'e varan oranlarda gözlenebilmektedir (53, 54). Pandemi sürecinde sağlık kuruluşlarına gidememe durumu halinde bu uyumsuzluğun artabileceği ve neticede hastane yatışları ile birlikte morbidite ve mortalitede artışların görülmesi mümkündür (52). Ek olarak pandemi sürecinde düşük ve orta gelirli ülkelerin finansal kaynaklarındaki sınırlılıklar, sağlık hizmetlerine erişim zorlukları, yetersiz tıbbi personel ve ilaç tedarikindeki aksaklıklar bu riski daha da artırabilmektedir (55, 56). Pandemi sürecinde hastanelerin yataklı servislerindeki yüksek doluluk oranları ruhsal hastalığa sahip bireylerde sağlık hizmetine erişimi kısıtlayabilmekte ve ertelenen tedavi arayışı ile birlikte tıbbi ve ruhsal müdahalelerde gecikmeler gözlenebilmektedir (57).

Pandemi döneminde oral ve depo antipsikotik tedavilerin etkilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, depo tedavi alan şizofreni hastalarının daha az ruhsal belirti yüküne, daha yüksek tedavi uyumuna, daha düşük relaps ve yatış oranlarına sahip oldukları gösterilmiştir (52). Bununla birlikte sağlık kuruluşlarına başvurmada yaşanan zorlukların depo antipsikotiklerin uygulanmasında aksaklıklara yol açabileceği bildirilmiştir (52). İfteni ve arkadaşları, Mart 2020 ve 3 ay öncesindeki

depo antipsikotik kullanımlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında Risperidon depo için %49; paliperidon, aripiprazol ve olanzapin depo tedavileri içinse %70-90 oranında düşüşler tespit etmişlerdir. Pittsburgh, ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise depo ilaçlarda benzer bir düşüşün gözlenmediğini bildirmiştir (39). Bu veriler ışığında depo tedaviden bir oral tedaviye geçmenin bazı hastalar için daha uygun bir seçenek olabileceği düşünülmüştür (10).

Pandemi sürecinde yaşanan takip ve tedavi zorluklarından birisi de klozapin kullanan şizofreni hastalarının düzenli kan tetkiki verememe ve bu nedenle ilaçlarını temin edememe endişesi olmuştur (58). Grover ve arkadaşları Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada telefon ile ulaştıkları klozapin kullanan hastaların dörtte birinin klozapine erişimde zorluk yaşadığını ve sadece %24.4'ünün bir önceki ay klozapin için kan tetkiki verebildiğini bildirmiştir (59). Klozapin kullanımı ile ilgili bu endişelere yönelik FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi), tedavinin ilk yılında olan hastalar için haftalık kan tetkiki verme zorunluluğunu 8 haftaya kadar uzatmayı önermiş ve bu konuda bazı yazarlar işbirlikçi bir yaklaşım içinde bulunmanın önemini vurgulamıştır (48).

Pandemi sürecinde sağlıklı bir takip ve tedavinin önündeki en büyük engellerden birisi hasta-hekim ilişkisindeki bozulmalardır (60). Covid-19'un en önemli bulaş kaynağının bireyler arası temas olduğu düşünüldüğünde bu bozulma kaçınılmazdır (60). Pandemi döneminde hastaların yalnızlık ve terk edilmişlik duygusuna kapılabilmeleri ve bunun sonucunda çaresizlik hissetmeleri olasıdır (61). Telepiskiyatri uygulamaları her ne kadar bu zorlukların aşılması için yardımcı olsa da bilişsel sorunlar yaşayan ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin teknolojiyi kullanma konusunda zorluk yaşamaları da mümkündür (62-64).

Pandemi sürecinde sağlık kuruluşuna gidemeyen hastalar, kendi kendilerini tedavi etme çabası içerisinde ilaç ve alkol kötüye kullanımında bulunabilirler. Bu durum bipolar bozukluk gibi madde bağımlılığı komorbiditesi yüksek olan hastalıklarda daha da önemli hale gelmektedir (65).

Sağlık profesyonelleri ve aileleri, pandemi döneminde başvuru sorunu yaşayan ciddi ruhsal sağlığı olan bireyler arasında Covid-19 enfeksiyonunu önlemek için daha fazla dikkat göstermeli, hem fiziksel hem de ruhsal belirtileri mümkün olduğunca erken tespit etmeye çalışmalıdır (8).

2.3.1.2. Pandemi Döneminde Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Pandemi, halihazırda negatif belirtileri ve düşük sosyal ağlara sahip şizofreni hastaları üzerinde genel popülasyona kıyasla daha olumsuz bir etkiye sahip olabilir (66). Sosyal izolasyon pek çok bireyin başa çıkma stratejilerini zorlamakta, öfke ve gerginlik duyguları ile birlikte aile içi şiddeti tetikleyebilmektedir (67).

Bununla birlikte şizofreni hastalarının genel popülasyona kıyasla nispeten daha küçük ve daha düşük nitelikli sosyal ağlara sahip olmaları, bu hastaların karantina kurallarına uymalarını da kolaylaştırabilir (66). House ve arkadaşlarının sosyal izolasyonun insan sağlığı üzerindeki etkilerini inceledikleri bir çalışma, sosyal izolasyonun bireyler üzerinde sigara içme, obezite, yüksek tansiyon ve sedanter yaşam tarzına benzer etkiler taşıdığı ve morbidite ve mortalite için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (68). Şizofreni hastaları için iyileşme ve topluma uyum sağlama ile ilişkilendirilen sosyal ve toplumsal temasların karantina nedeni ile azalması, bu bireyleri intihar girişimi de dahil pek çok ruhsal sorun açısından riskli bir konuma taşımaktadır (69, 70). Şizofreni hastalarının işlerini kaybetme açısından

daha savunmasız olmaları, pandemi ile birlikte ekonomik zorluklarla karşılaşma ihtimallerini artırmaktadır (71).

Bipolar bozukluk hastaları da benzer şekilde yaşam tarzlarındaki büyük değişikliklere karşı savunmasızdırlar (72). Salgın nedeni ile günlük ritimdeki ve alışkanlıklardaki değişiklikler, bipolar bozukluk hastalarını özellikle relaps gelişimi açısından riskli bir popülasyon haline getirir (73). Bipolar bozukluk hastaları karantina sürecinde ekran karşısında daha fazla zaman geçirme, sigara ve alkol tüketiminde artış ve sağlıksız beslenme şeklinde hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilecek maladaptif başetme süreçlerine başvurabilirler (74, 75). Bipolar bozukluk hastalarının sirkadiyen ritimlerini koruyabilmeleri için yardımcı faktörler olan okul veya iş ile ilgili yükümlülükler, pandemi nedeni ile aksayabilmekte ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilmektedir (76). Karantinanın ve azalmış sosyal çevrenin bipolar bozukluk hastaları üzerindeki etkisini değerlendiren uzunlamasına bir çalışma, karantina sonrası iyileşmenin bipolar bozukluk hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha yavaş olduğu ve daha uzun sürdüğünü göstermiştir (77, 78). Pandemi sürecinde yaşadığı güvensiz ortamdan ailesinin yanına taşınan bipolar bozukluk tanımlı bireylerde ise günlük aktivitelerinde daha fazla düzenlilik ve duygudurumda iyileşme hali tanımlanmıştır (79).

Sosyal destek, bireylerin çevrelerinden sevgi, saygı, ilgi, güven ve gerektiğinde maddi yardım gibi sosyal, ruhsal ve ekonomik alanlarda destek alma durumlarını tanımlayan; bireylerin başa çıkma stratejilerini destekleyici ve hastaları sosyal ve çevresel stresörlerin zararlı etkilerine karşı koruyucu bir kavramdır (80, 81).

Sosyal izolasyon, özellikle yalnız yaşayan yaşlı bireyleri, daha yüksek depresyon ve anksiyete riskine maruz bırakmaktadır. Aksi şekilde sosyal desteğin varlığının yaşlı bireylerde strese karşı koruyucu etkisinin olduğu ve bedensel ve ruhsal sağlığı olumlu etkilediğine yönelik kanıtlar mevcuttur (82).

2.3.2. Covid-19 Salgınının Olumlu Yönleri

Pandemi döneminde sağlıklı/dengeli beslenme, bir hobi ile ilgilenmeye başlama, dışarıda vakit geçirme gibi başa çıkma davranışlarının depresif ve anksiyöz belirtilerde azalmanın en iyi öngörücüleri olduğu bildirilmiştir (83)

İspanya’da 625 katılımcının katıldığı çevrimiçi bir anket çalışmasına göre ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireyler her ne kadar genel popülasyona oranla daha yüksek stres, kaygı ve depresif belirti tarifleseler de büyük çoğunluğu karantina sürecinde boş zamanlarının tadını çıkardıklarını ifade etmiştir (27).

İlginç bir şekilde bir psikiyatrik rehabilitasyon merkezindeki hastalar da pandemi sürecinde merkezdeki personel ile daha iyi ilişkiler kurduklarını ve topluluk duygularının arttığını bildirmiştir. Buna ek olarak problemlili ilişkilerinin olduğunu ifade ettikleri aile bireyleri ile daha az görüşmenin de kendileri için daha yararlı olduğunu ifade etmişlerdir (84).

2.3.3. Covid-19’a İlişkin Haber Kaynakları

Covid-19’un küresel çapta hızla yayılması ile birlikte kitle iletişim araçları da virüs ve salgın hakkında halka yoğun şekilde haber ve bilgi akışı sağlamıştır (85). Etkili sağlık önlemlerinin alınması ve virüsün yayılımı ile mücadelenin güçlendirilmesi için medya, otoritelerin politikalarını topluma iletebilmesini sağlamıştır (85).

Bununla birlikte doğrulanmamış veya yanıltıcı bilgilerin yayılımının, toplumda yoğun bir endişeye yol açarak uygunsuz ve zarar verici davranışsal yanıtların oluşmasına yol açabildiği gözlenmiştir (85) Bu yoğun akış içerisinde doğru ve güvenilir bilgiyi yanıltıcıdan ayırt edebilme becerisindeki zorluklar, bazı bireyleri daha savunmasız bir konuma getirmiştir (85).

Bilişsel yıkımın eşlik edebildiği ciddi ruhsal hastalıklara sahip bireylerde maruz kalınan haberlerin doğruluğunu ayırt etme yeteneği azalabilir (86). Bununla birlikte sosyal medya ve internet üzerinden kolayca ve hızla yayılabilen ve doğruluğundan emin olunamayan bilgilere yoğun maruziyet, hastalarda paranoid belirti riskini ve relaps oranlarını artırabildiği gibi umutsuzluğa ve kaygıya da yol açabilir (64, 87).

2.4. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk

2.4.1. Şizofreni

2.4.1.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni sıklıkla adolesan ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkan, genellikle yaşam boyu süren, yüksek morbidite ve mortalite riski taşıyan, heterojen bir etiyolojiye sahip, klinik belirtileri ve prognozu bireysel farklılıklar gösterebilen; halüsinasyonlar, sanrılar, dezorganize konuşma ve davranış, uygunsuz duygulanım ve bilişsel bozulmanın görülebildiği kronik bir ruhsal hastalıktır (88).

2.4.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreninin yaşam boyu prevalansı %0.5-1 arasında değişmekte, farklı toplumlarda ve coğrafyalarda yaklaşık olarak eşit oranlarda görülmektedir (89). Prevalans oranları kadın-erkek cinsiyetleri arasında değişmemekle birlikte hastalık başlangıç yaşı ağırlıkla kadınlarda 25-35 iken erkeklerde ise 15-25 aralığındadır (90). Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu bildirilen prevalansın evlilerde, bekar ve dullardan daha düşük olduğu ileri sürülmektedir (90).

2.4.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Düşük sosyoekonomik düzey, bekar veya dul olmak, göç, viral enfeksiyonlar, stres verici yaşam olayları etiyolojide rol alabilmektedir (88). Şizofreni etiyojisiini açıklamada öne çıkan temel kavramlar; stres-yatkınlık modeli, nörobiyolojik, nörogelişimsel, nörodejeneratif, nörotransmitterlerle ilgili teoriler ve genetik etkenler olarak sıralanabilir.

Stres-yatkınlık modeli; biyolojik, psikososyal ve çevresel etmenlerin, yatkın bireylerde şizofreni gelişimini tetikleyebileceğini ifade eder (91). Nörobiyolojik teoriler ise beyin görüntüleme teknikleri ile tespit edilen; lateral ventrikül, limbik sistem, frontal korteks, serebellum, bazal ganglion, singulat korteks, talamus, medial temporal lob gibi çok farklı beyin bölgelerindeki çeşitli değişikliklerin hastalığın çeşitli klinik özellikleri ile ilişkilendirilmesi temeline dayanmaktadır (92). Nörogelişimsel teoriler, prenatal ve erken çocukluk döneminde beyin gelişimi ve sinaps oluşum aşamalarındaki anormalliklere odaklanır (93). Nörodejeneratif teoriler ise şizofreni hastalarının beyninde fonksiyonel ve yapısal bozuklukların beyin görüntüleme çalışmaları ile saptanması temeline dayanır (94). Nörotransmitterlerle

ilişkili teorilerin odağında temel olarak dopamin, serotonin, noradrenalin, GABA, glutamat gibi moleküllerin beynin farklı alan ve yollarındaki anormalliklere odaklanır (95). Genetik teoriler ise şizofreniyi sıklıkla ikiz çalışmaları ile açıklamaya çalışmış ve bu alandaki bulgular ağırlıkla poligenik yatkınlık temeline dayandırılmıştır (96).

2.4.1.4. Şizofrenide Görülen Belirti Ve Bulgular

Şizofrenide temel olarak üç belirti kümesi görülür. Bunlar halüsinasyonlar, sanrılar, dezorganize davranış ve çağrışımlar gibi pozitif belirtiler; duygulanımda küntlük, apati, sosyal içe çekilme, anhedoni gibi negatif belirtiler ve dikkat, bellek ve yürütücü işlev bozuklukları gibi bilişsel belirtilerdir (97, 98). Bununla birlikte şizofrenide gözlenen her bir belirti başka psikiyatrik veya nörolojik hastalıklarda da gözlenebilir, zamanla değişebilir ve hastaların sosyokültürel durumlarına göre değerlendirmeyi gerektirir (99).

2.4.1.5. Şizofreni tedavisi

Şizofreni tedavisinde temel hedefler; belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak, yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliği artırmak ve hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğinde en aza indirmektir. Şizofreni tedavisinde antipsikoptik ilaçlar tedavinin temelini oluşturmaktadır. Şizofrenide kullanılan antipsikotikler genel olarak ikiye ayrılırlar. Tipik antipsikotikler arasında klorpromazin, tiyridazin, trifluoperazin, flufenazin, perfenazin, ziklopentiksöl, flupentiksöl, haloperidol ve pimozid yer alırken atipik antipsikotikler arasında klozapin, amisülpirid, risperidon, ketiyapin, olanzapin, ziprasidon, sertindolaripirazol ve paliperidon yer almaktadır.

Ek olarak bireysel psikoterapiler, grup terapileri ve süreç odaklı girişimlerin de dahil olduğu psikososyal girişimler de klinik iyileşmeye katkı sağlamaktadır (100).

2.4.2. Bipolar Bozukluk

2.4.2.1. Bipolar bozukluğun tanımı

Bipolar bozukluk manik, hipomanik ya da depresif dönemlerin görülebildiği, alevlenme ve iyileşme dönemleri ile giden, ara dönemlerde rezidü belirtilerin görülebildiği, işlevsellikte bozulmaya yol açabilen kronik seyirli bir ruhsal bozukluktur (101).

2.4.2.2. Bipolar bozukluğun epidemiyolojisi ve prognozu

Avrupa, Asya ve Amerika kıtalarından 11 ülkenin dahil edildiği bir epidemiyolojik çalışmada Bipolar Bozukluğun yaşam boyu prevalansı 2,4% olarak saptanmıştır (102).

Bipolar bozukluk ortalama 20'li yaşlarda başlamakla birlikte ilk duygudurum atağı 70 yaşına kadar hayatın her döneminde gözlenebilmektedir (103, 104). Hastalık erkeklerde 67%, kadınlarda ise 75% oranında depresif dönem ile başlar (101). Mani dönemi genellikle erken erişkinlikte başlar ve erkeklerde daha erken başlangıçlı olma eğilimindedir (105). Mani dönemleri en sık başvuru alan dönemdir ve ortalama 4-6 hafta sürer (106).

Bipolar bozukluk tanılı hastaların 37%'sinde tedaviye rağmen ilk yıl içerisinde yinelenme görülmektedir. İlk iki yıl içerisinde bu oran 60%'a kadar çıkabilmektedir (107). Ara dönemlerde gözlenen rezidü belirtiler ve eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar, yinelenmeler için birer yordayıcı kabul edilmektedir (108). İzlem

alışmaları bipolar bozukluk hastalarının 15%'inde tamamen iyileşme, 30%'unda kısmen iyileşme, 10%'unda kronikleşme ve geri kalan 45% hastada ise iyileşmeye rağmen sık tekrarlamaların görüldüğünü göstermiştir (101).

2.4.2.3. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi

Bipolar bozukluğun etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte; genetik, biyokimyasal ve çeşitli psikososyal etkenlerin üzerinde durulmaktadır (109). Genetik etkenlerin araştırıldığı çalışmaların bulguları; genel olarak bipolar bozukluğun kalıtsal geçiş şeklinin mendeliyen özellik göstermediğini, birden fazla geni ilgilendiren ve multifaktöriyel bir geçiş şekli gösterdiğini destekler niteliktedir (110).

Psikososyal faktörlerin bipolar bozuklukta rolü üzerine yapılan çalışmalarda çevresel etmenlerin hastalığın başlangıcı ve seyri üzerinde etkili olduğuna dair güçlü kanıtlar mevcuttur. Literatürde bipolar bozukluğu olan hastaların özellikle hastalığın başlangıcından önceki dönemlerde stresli yaşam olaylarına maruz kaldıkları pek çok kez gösterilmiştir (111).

2.4.2.4. Bipolar Bozuklukta Görülen Belirti Ve Bulgular

Bipolar bozukluk tanısını koyabilmek ve alt tipini belirleyebilmek için mani, hipomani, major depresyon dönemlerinin tanı ölçütlerini karşılayan epizod dönemlerinin tanımlanması gerekir.

Mani Dönemi

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en

az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse

her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağandışı davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

- Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
- Uyku gereksiniminde azalma.
- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikodevinimsel kışkırtma (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
- Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Hipomani Dönemi

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun

ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması .

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağandışı davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

- Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
- Uyku gereksiniminde azalma.
- Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
- Dikkat dağınıklığı olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikodevinsel kışkırtma (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
- Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Major Depresyon Dönemi

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha çoğu) bulunması ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

- Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da bu durum başkalarınca gözlenir (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.).
- Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur.
- Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
- Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkıрма (ajitasyon) ya da yavaşlama.
- Neredeyse her gün, enerjide düşüklük.
- Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.
- Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
- Yineleyici ölüm düşünceleri, yineleyici özkıyım düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da planı.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda yada önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

DSM-V tanı ölçütlerine göre bipolar I bozukluğu tanısı koyabilmek için yukarıdaki tanı ölçütlerini karşılayan bir mani döneminin geçirilmiş olması gerekir.

Mani döneminin dışında geçirilmiş hipomani veya major depresyon dönemleri olabilir. Bipolar II bozukluğu tanısı koyabilmek için yukarıdaki tanı ölçütlerini karşılayan en az bir major depresyon dönemi ve hipomani dönemi geçirmiş olması gerekir (112).

2.4.2.5. Bipolar Bozukluğun Tedavisi

Bipolar bozukluk, ataklarla seyreden ve ataklar arasında genellikle hastaların işlevselliğinin iyi olduğu dönemlerle seyreden kronik bir hastalık olduğundan; tedavisi mani/hipomani ve depresif atakların akut dönem tedavisi ve koruyucu tedavi olarak ikiye ayrılmaktadır (113).

Mani/Hipomani ataklarının değerlendirilmesinde hastanın kendisine ve çevresine zarar verme riski, riskli davranışların olup olmaması, psikotik bulguların eşlik etmesi, geçmiş atakların öyküsü göz önüne alınarak hastanın ayaktan veya yatarak tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir (114).

Akut mani/hipomani varlığında öncelikle duygudurum dengeleyiciler (lityum ve valproat) ve ikinci kuşak antipsikotikler tek başlarına veya kombine olarak kullanılmaktadır. Bipolar bozukluk tedavisi temel olarak duygudurum düzenleyici ilaçlara dayansa da kılavuzlar atipik antipsikotikler, antidepresanlar ve diğer psikotrop ilaçların da kullanılabileceğini belirtmektedir. Hastalık dönemlerine göre daha etkili ve uygun ilaçların seçilmemesi halinde klinik tabloda kötüleşme gözlemlenebilir (114).

2.4.3. Pandemide Kronik Ruhsal Hastalıklar Olarak Şizofreni ve Bipolar Bozukluk

Ruhsal hastalığı olan bireyler için, stresli yaşam olayları ruhsal belirtileri ağırlaştıran önemli faktörlerdir (115). Merkezi sinir sistemi enfeksiyonunun hastalık üzerindeki etkisi bir kenara bırakıldığında stresli yaşam olayları psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkışı ve kötüye gidişinde önemli faktörler olarak kabul edilmektedir (115, 116). Covid-19 pandemisi ile birlikte ortaya çıkan ruhsal hastalıklar ve belirtiler ile birlikte, dışsal stresörlerin içsel incinebilirlik ile biraraya gelmesi halinde “Stres-Diyatez Modeli” (117) olarak adlandırılan ve şizofreni ve bipolar bozukluk için de geçerli olan etyopatogenetik açıklama gündeme gelmektedir.

Yaş ve ek hastalıkların varlığının, Covid-19 hastalarında mortalite oranlarını artırdığı bilinmektedir (118). Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının büyük çoğunluğunun Tip II diyabet, kronik pulmoner hastalıklar, hipertansiyon ve koroner arter hastalıkları gibi bir veya daha fazla ek hastalığa sahip oldukları düşünüldüğünde bu durum şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarını daha riskli bir popülasyon haline getirmektedir (119-122). Buna hastaların genel popülasyona kıyasla daha yüksek sigara içme oranlarına sahip olmaları da eklendiğinde Covid-19’a bağlı daha yüksek solunumsal komplikasyon gelişme riski taşımaları mümkün görünmektedir (119, 123, 124). Ciddi bir ruhsal hastalığa sahip olmak bir stigmatizasyon nedenidir ve Covid-19 enfeksiyonu gibi üzerine eklenen bir fiziksel hastalıkla birlikte bu stigmatizasyon daha da artabilmektedir. Buna ek olarak bir ruhsal hastalığa sahip olmak, bir fiziksel hastalığın varlığını daha kolay atlayabilme ve tedavi kararında değişiklikliklerin ortaya çıkması riskini taşır (125, 126). Ek olarak ciddi ruhsal

hastalığı olan bireylerin, genel popülasyona kıyasla Covid-19'a karşı aşılama tutumu açısından daha düşük oranlar göstereceğine yönelik endişelerin mevcut olması da bu hastalardaki tıbbi riskleri artırmaktadır (127, 128).

Şizofreni hastalarının genel popülasyona göre hijyen önerilerine uymakta daha fazla zorlandıkları görülmektedir ve bu durumun solunum yolu hastalıkları için bir risk oluşturduğu söylenebilir (129, 130). Yargılamada bozulma, bilişsel yıkım ve zayıf öz bakım gibi şizofrenide yaygın olarak gözlenen bazı belirtilerin hastaların risk algılarında düşüklüğe ve karar verme yetilerinde bozulmaya yol açarak önlem davranışlarını olumsuz etkileyebileceği ve gerek kendilerini ve ailelerini gerekse sağlık çalışanlarını risk altına sokabileceği unutulmamalıdır (8, 131, 132). Bipolar bozukluk hastaları da manik dönemlerinde, tehlikeli sonuçlara yol açabilecek riskli davranışlarda bulunabilirler. Buna ek olarak büyüklük düşüncelerinin varlığı da kurallara uymakta zorlanma ya da hastalıkla ilgili yanlış düşüncelere kapılma ile birlikte davranış değişikliklerine yol açabilir (119).

İtalya'da yapılan bir çalışmada, Covid-19 pandemisinin bipolar bozukluğu olan hastalarda olumsuz duygulara neden olduğu bildirilmiştir (34). Bipolar bozukluk hastaları depresyon dönemlerinde Covid-19 ile enfekte oldukları taktirde umutsuzluk, karamsarlık ve iyileşemeyeceklerine dair düşünceler ve hatta intihar düşünceleri ile başbaşa kalabilirler ve tıbbi arayışta bulunmayabilirler. Sosyal izolasyon ise bu durumu daha da kötüleştirebilir (119). Bipolar bozukluk hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla, pandemi sürecinde duygudurumları üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek kaçınma, bastırma ve ruminasyon gibi maladaptif stratejileri daha fazla kullandıkları gösterilmiştir (133).

2.5. Telepsikiyatri Uygulamaları

Telepsikiyatri, virüsün yayılma riskini artırmadan ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler ile takip ve tedaviyi sürdürme açısından önemli bir rol oynamaktadır (134, 135). Çevrimiçi destek gruplarının kullanımı ise hastaların başa çıkma stratejilerini paylaşımlarına imkan verirken, Covid-19 salgınının etkilerine yönelik destekleyici bir ortam yaratır (65).

Telepsikiyatri uygulamalarında klinisyenler hastaların ruh halleri, uyku düzenleri ve günlük aktiviteleri ile ilgili bilgi alabilirler ve müdahale gerektirebilecek klinik değişiklikleri erken farkedebilirler. Hastalar ise yaşam tarzlarına yönelik seçimlerinin bedensel ve ruhsal sağlıklarını ne şekilde etkilediğine yönelik farkındalık kazanabilirler (76).

Telepsikiyatri uygulamalarının etkinliği her hasta için benzer olmayabilir. Bazı yazarlar özellikle teknolojiye yönelik sanrıları olan psikoz vakaları veya fobisi olan bireyler için yüzyüze görüşmelerin daha uygun olduğuna vurgu yapmaktadır (136). Paranoid ve dezorganize hastaları ile telepsikiyatri uygulamaları üzerinden iletişim kurmak zorlayıcı olabilir. Bunun önüne geçmek adına bu hastalar ile öncelikle yüzyüze görüşmek ve sağlıklı bir hasta-hekim ilişkisini kurduktan sonra telepsikiyatriyi kullanmak daha sağlıklı olacaktır. Psikoz hastalarının uzun görüşmeleri tolere edememe durumlarında ise daha kısa ve sık görüşmeler yapmak uyumu artırabilir (48).

Telepsikiyatri uygulamaları sırasında karşılaşılabilecek zorluklar arasında hastanın konuşma hızı ve tonu, psikomotor ajitasyonu veya paranoid sanrılar ya da halüsinasyonlar gibi psikotik belirtileri doğru şekilde değerlendirebilmenin güçlüğü sayılabilir (137).

Telepsikiyatri uygulamalarının pandemi sürecindeki etkinliğine rağmen intihar düşüncesi veya girişimi olduğunu ifade eden hastalar ile yüzyüze görüşme yapmak her zaman için önceliklidir (65).

Hastalar arasında en savunmasız olanlar telefon ya da internet bağlantısına sahip olmayanlar olabilir. Özellikle 65 yaşın üzerindeki erişkinler arasında bu durum daha da yaygın olabilir. Bu durum takip ve tedaviye erişimde zorluklara neden olarak belirtilerde daha fazla alevlenme, daha fazla nüks ve daha fazla intihar riskine neden olabilmektedir (138, 139).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Araştırmaya 07.07.2020 – 07.11.2020 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve geçmişte (ilk başvurusu 01.01.2019'dan sonra olmayan) tarafımızca düzenli takipleri ve poliklinik kayıtları bulunan fakat çalışmanın yapıldığı tarihler arasında başvurusunun bulunmadığı gözlenen toplam 200 hasta çalışmaya alınmıştır.

Bu hastaların tespiti için 01.01.2019 tarihinden, pandeminin ilan edildiği tarih olan 11.03.2021 tarihine kadarki poliklinik kayıtları elektronik ortamda incelenmiştir. Toplamda 672 farklı hasta tarafından belirtilen tarihler arasında ICD-10'a göre F20 tanısı (şizofreni) ile 1468 poliklinik başvurusunun olduğu ve 460 farklı hasta tarafından F31 tanısı (bipolar bozukluk) ile 939 poliklinik başvurusunun olduğu görülmüştür. Bu hastalardan pandemi döneminde polikliniğe başvuranlar içerisinde geçmişte en az 3 başvurusunun olduğu görülenler çalışmaya davet edilmiş, yine en az 3 başvurusu olduğu halde başvuruda bulunmayan hastalara ise telefon ile ulaşılmaya çalışılmıştır.

Poliklinik görüşmeleri sırasında 100 hastaya ulaşabilmek için belirtilen tarihler arasında başvuran hastalar çalışmaya davet edilmiş, 19 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Telefon ile ulaşılması planlanan 100 hasta için, başvurmadığı görülen hastalar aranmaya başlanmıştır; 22 hastanın HBYS üzerinde geçerli telefon numarasının olmadığı görülmüş, 5 hasta telefona yanıt vermemiş, 7 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, 2 hasta ise dezorganize konuşmaları nedeni ile görüşmeyi sürdürememiş ve çalışmaya dahil edilememiştir.

3.2. Araştırma rneklemine Seçimi

Araştırmaya 07.07.2020 – 07.11.2020 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, geçmişte düzenli olarak tarafımızca takip edilmiş, 50 şizofreni ve 50 bipolar bozukluk tanılı hasta ile yine geçmişte tarafımıza düzenli takipleri ve poliklinik kayıtları bulunan fakat çalışmanın yapıldığı tarihler arasında başvurusunun bulunmadığı gözlenen, bu nedenle HBYS (hastane bilgi yönetim sistemi) zerinden elde edilen telefon numaraları ile ulaşılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 50 şizofreni ve 50 bipolar bozukluk tanılı hasta olmak üzere toplam 200 hasta dahil edilmiştir. Dahil edilecek hastaların ilk başvurularının 01.01.2019 tarihinden sonra olmamasına dikkat edilmiştir. Tanılar için DSM-V Tanı ltleri (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan hastalara, yakınlarına ve varsa vasilerine, araştırmanın amacı anlatılmıştır. Poliklinikte görüşülen hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır. Telefon ile görüşülen hastalara öncelikle araştırmacının adı ve kurum bilgisi verilmiş, çalışmaya davet edilmeleri için arandıkları ifade edilmiş ve çalışmanın olası tüm fayda ve riskleri anlatılmıştır. Katılmayı kabul eden hastalardan telefon ile yazılı onam alınamadığı için sözel onam vermeleri halinde görüşmeye devam edilmiştir. Hasta ve yakınlarına kayıtların gizli tutulacağı güvencesi verilmiş ve araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılabilirler anlatılmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul eden, en az 18 yaşında ve DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni ve bipolar bozukluk I tanılarına sahip hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Demans ya da mental retardasyon gibi bilinen bilişsel bozukluğu olan hastalar ile şizoafektif bozukluk, bipolar II, madde kullanımına bağlı gelişen psikotik ve afektif bozukluklar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma poliklinik ve telefon üzerinden görüşülen şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların bulunduğu dört farklı grubun karşılaştırıldığı, kesitsel ve gözlemsel bir çalışmadır.

3.6. Etik Kurul Onayı

Bu araştırma Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 06.07.2020 tarih ve 406 rapor numarası ile onaylanmış ve T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu tarafından 01.06.2020 tarih ve T14-37-57 form numarası ile yapılması uygun görülmüştür. Çalışma Helsinki Bildirgesi tarafından belirlenen kriterlere göre yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmaya ait form ve ölçeklerin fotokopi ve telekomünikasyon masrafları araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, çalışmanın amacına dönük olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan hasta değerlendirme formu (Ek 1) hem poliklinik hem de telefon üzerinden görüşülen hastalar için birebir aynı olup görüşmeci tarafından hasta ve yakınlarının beyanı ile ve görüşmecinin gözlemlerine (örn. alevlenme belirtileri) göre doldurulmuştur. Hasta değerlendirme formu hastaların yaş, eğitim, medeni hal vb. sosyodemografik özellikleri, tanı ve pandemi döneminde alevlenme durumları, depresif-anksiyöz-sanrısız-obsesif/kompulsif belirtileri ve bu belirtilerin Covid-19 ile ilişkili olup olmadıkları, vejetatif belirtiler, ailede Covid-19 tanılı birey varlığı ve virüse yönelik alınan önlemler, karantina döneminde sağlık kuruluşuna gidememe durumu ve varsa nedenleri, pandemi döneminde ilaç kullanımında aksama olup olmadığı ve varsa nedeni, Covid-19'a yönelik endişeler, Covid-19'a yönelik haber/bilgi kaynakları, kronik fiziksel hastalık durumu ve varsa kronik hastalıkların türleri, telepsikiyatri uygulamalarına yönelik bilgi düzeyi ve telepsikiyatri uygulamalarına bakışı değerlendiren sorular içermektedir. Telefon ile görüşülen hastalar için belirti şiddetini ölçen likert tip ölçekleri uygulamanın uzun ve zor olması nedeni ile çalışmada DSM-V tanı kriterleri ve Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği baz alınarak var/yok şeklinde semptom sorgulamaları yapılmıştır. Tüm veriler yüzyüze ya da telefon ile görüşme neticesinde elde edilmiştir. Onay veren hastaların yakınları ile de gerek poliklinik gerek telefon üzerinden görüşmeler sağlanmıştır.

Katılımcıların hastalık seyirlerindeki kötüleşmeler psikotik, manik ve depresif olarak tanımlanmıştır. Alevlenme durumu araştırmacılar tarafından klinik tabloya göre belirlenmiştir.

Sorgulanan sosyal destek düzeyi; “yeterli”, “bazı alanlarda yetersiz” ve “hemen tüm alanlarda yetersiz” şeklinde kategorize edilmiştir. Bu ayrım yapılırken hastaların birlikte yaşadığı kişiler ve yakınlık dereceleri ile psikiyatrik ve tıbbi takip/tedavileri konusunda yakınlarından aldıkları destekler gözönünde bulundurulmuştur.

Katılımcılara görüşmenin sonunda açık uçlu bir soru olarak “Covid-19 pandemisi sürecinde sizi en çok zorlayan durum ne oldu?” şeklinde bir soru soruldu. Bu niteliksel özellik taşıyan sorunun sorulmasındaki temel amaç pandemi sürecinde hastaların öznel deneyimlerine yönelik olabildiğince fazla bilgi almaya çalışmaktır.

Katılımcılara ailelerinde Covid-19 tanılı birey varlığı sorulmuştur. Covid-19 tanılı bireyler; PCR test sonuç pozitifliği ya da BT’de Covid-19 ile uyumlu görünüm izlenmesi olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların pandemi döneminde sağlık kuruluşuna gidememe durumları; muayene olma, reçete yazdırma, kan tetkiki vermeye gidememe durumlarını kapsayacak şekilde sorgulanmıştır. Telespikiyatri uygulamalarına yönelik bakış açısı sorgulanmadan önce hastaların telespikiyatri uygulamaları konusundaki bilgi düzeyleri sorgulanmıştır. Buna yönelik “telespikiyatri” kavramı ile benzer olarak kullanılabilen “online terapi”, “çevrimiçi terapi” gibi kavramlar da hastaya sorulmuştur.

3.9. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 22.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklemi oluşturan gruplara ait sosyodemografik özellikler için betimleyici istatistikler sayı ve yüzdeler verilerek sunulmuştur. Gruplar arasında kategorik değişkenler açısından fark olup olmadığı Ki-Kare analizi kullanılarak incelenmiştir. Parametrik veriler için varyansların eşit dağılıp dağılmadığı Leven t

testi ile kontrol edilmiştir. Parametrik veriler açısından ikili grup karşılaştırmalarında verilerin dağılımı normal dağılıma uymadığı için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Dörtlü gruplarda non-parametrik veriler Kruskal Wallis varyans analizi kullanılarak karşılaştırılmış, post-hoc analizler Mann-Whitney U testi uygulanarak gerçekleştirilmiştir. P değerinin $<0,05$ olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmamıza 7 Temmuz– 7 Kasım 2020 tarihleri arasında, Gazi Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'nde düzenli takipleri olan hastalar içerisinde polikliniğe başvuran 50 şizofreni ve 50 bipolar bozukluğu olan hasta yüz yüze görüşülerek; pandemi döneminde başvuruda bulunmadığı belirlenen 50 şizofreni ve 50 bipolar bozukluk tanılı hasta ise telefonla görüşülerek çalışmaya dahil edildi. Hasta grupları sosyodemografik özellikler, ruhsal belirtiler, hastalık seyri, sağlık hizmetlerine ulaşabilme, Covid-19'a yönelik endişeler, koruyucu önlemler, sosyal destek düzeyi ve telepsikiyatri uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumlar açısından karşılaştırıldı.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcılar görüşme yöntemlerine göre gruplandırılığında telefon ve poliklinik grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve meslek gibi sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi (Tablo 1). Psikiyatrik tanılar ve görüşme yöntemleri birlikte incelendiğinde ise polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında daha yüksek bekar olma oranları haricinde gruplar arasında farklılık gözlenmedi (tablo 2).

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması $44,72 \pm 12,455$ (yaş aralığı 19-79) idi. Psikiyatrik tanılara göre incelendiğine şizofreni hastalarının yaş ortalaması $44,47 \pm 12,157$ (yaş aralığı 19-75) iken bipolar bozukluk hastalarının yaş ortalaması ise $44,97 \pm 12,802$ (yaş aralığı 20-79) idi. Görüşme yöntemlerine göre incelendiğinde telefon ile görüşülen hastaların yaş ortalaması $46,03 \pm 12,521$ (yaş aralığı 20-79) iken polikliniğe başvuran hastaların yaş ortalaması ise $43,41 \pm 12,311$

(19-70) şeklinde idi. Telefon veya poliklinik üzerinden görüşülen hastaların yaş ortalamaları arasında farklılık saptanmadı ($p=0.137$).

Şizofreni hastalarının 41.4%'ü ($s=41$) kadın, 58.4%'ü ($s=59$) ise erkek idi. Bipolar bozukluk hastalarının 58.6%'sı ($s=58$) kadın ve 41.6%'sı ($s=42$) ise erkek idi. Tanı grupları arasında bipolar bozukluk hastalarında kadın cinsiyetin, şizofreni hastalarında ise erkek cinsiyetin daha fazla olduğu gözlemlendi ($p=0.016$).

Katılımcıların 3,5%'inin ($s=7$) öğrenci olduğu, 18,5%'inin ($s=37$) ev hanımı olduğu, 23%'ünün ($s=46$) memur/işçi olduğu (memur:38 ve işçi:8), 9%'unun ($s=18$) serbest meslek sahibi olduğu, 27%'sinin ($s=54$) emekli olduğu ve 19%'unun ($s=38$) çalışmadığı öğrenildi. Çalışan hastaların %10'unun pandemi döneminde uzaktan çalıştıkları, memur olarak çalışanların % 23.6'sının idari izinli oldukları öğrenildi.

Tablo 1. Katılımcıların Görüşme Yöntemine Göre Sosyodemografik Özellikleri

	Telefon*	Poliklinik*	Toplam		χ^2	df	p
	s	s	s	%			
Yaş grupları							
18-24	6	7	13	6.5	1,97	5	0,85
25-34	13	19	32	16			
35-44	26	26	52	26			
45-54	29	26	55	27.5			
55-64	21	19	40	20			
≥65	5	3	8	4			
Cinsiyet							
Kadın	50	49	99	49.5	0,02	1	0,89
Erkek	50	51	101	50.5			
Medeni Durum							
Evli	52	43	95	47.5	6,13	3	0,11
Bekar	35	44	79	39.5			
Dul	7	2	9	4.5			
Boşanmış	6	11	17	8.5			
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	1	0	1	0.5	2,42	5	0,79
Okur-yazar	2	1	3	1.5			
İlkokul	32	29	61	30.5			
Ortaokul	7	8	15	7.5			
Lise	32	39	71	35.5			
Üniversite	26	23	49	24.5			
Meslek							
Öğrenci	1	6	7	3.5	10,65	7	0,15
Ev hanımı	24	13	37	18.5			
Memur/İşçi	24	22	46	23			
Serbest Meslek	7	11	18	9			
Emekli	27	27	54	27			
Çalışmıyor	17	21	38	19			

*Her iki popülasyonda s:100 olması nedeni ile %'lik değer verilmemiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Tanı ve Görüşme Yöntemlerine Göre Sosyodemografik Özellikleri

	BİPOLAR BOZUKLUK				ŞİZOFRENİ				χ^2	df	p
	Poliklinik		Telefon		Poliklinik		Telefon				
	s	%	s	%	s	%	s	%			
Yaş grupları											
18-24	3	6	2	4	4	8	4	8	9,81	15	0,83
25-34	9	18	8	16	10	20	5	10			
35-44	13	26	15	30	13	26	11	22			
45-54	10	20	13	26	16	32	16	32			
55-64	12	24	9	18	7	14	12	24			
≥65	3	6	3	6	0	0	2	4			
Cinsiyet											
Kadın	30	60	28	56	19	38	22	44	6,30	3	0,10
Erkek	20	40	22	44	31	62	28	56			
Medeni Durum											
Evli	26	52	29	58	17	34	23	46	23,06	9	0,01
Bekar	14	28	13	26	30	60	22	44			
Dul	2	4	3	6	0	0	4	8			
Boşanmış	8	16	5	10	3	6	1	2			
Eğitim Durumu											
Okur-yazar değil	0	0	1	2	0	0	0	0	8,6	9	0,48
İlköğretim	14	28	16	32	16	32	18	36			
Ortaöğretim	23	46	16	32	24	48	23	46			
Üniversite	13	26	17	34	10	20	9	18			
Meslek											
Öğrenci	4	8	0	0	2	4	1	2	22,68	15	0,09
Ev hanımı	5	10	14	28	8	16	10	20			
Memur/İşçi	12	24	13	26	10	20	11	22			
Serbest Meslek	9	18	4	8	2	4	3	6			
Emekli	12	24	7	14	9	18	10	20			
Çalışmıyor	8	16	12	24	19	38	15	30			

4.2. Pandemi Sürecinde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunları

Pandemi sürecinde hastaların %63.5'i (s=127) bir veya daha fazla nedenle sağlık kuruluşuna gidemediklerini bildirmiştir. Gidememe sebepleri sorgulandığında ise 127 hasta içerisinde 72% (s=92) hastanın enfekte olmaktan korktuğu için, 3,9% (s=5) hastanın başvurularında geri çevrildikleri için, 25% (s=32) hastanın doktoruna/hastanesine ulaşamadığı için veya nereye gitmesi gerektiğini bilmediği için başvuruda bulunamadığı öğrenildi. 9,4% (s=12) hastanın ise doktoru uygun görmesine rağmen yataklı servislerin kapalı olması nedeni ile hastane yatışlarının

gerçekleştirilemediği öğrenildi. Katılımcıların sağlık kuruluşuna gidememe durumları ve nedenleri Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Pandemi Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu Ve Nedenleri (S=200).

		s	%
Pandemi nedeni ile sağlık kuruluşuna gidememe durumu	Evet	127	63,5
	Hayır	73	36,5
	Total	200	100
Neden 1 : Hastane ortamında enfekte olma korkusu	Evet	92	72
	Hayır	35	28
Neden 2 : Başvurunun geri çevrilmesi	Evet	5	3,9
	Hayır	122	96,1
Neden 3 : Doktora/hastaneye ulaşamama, nereye gideceğini bilememe	Evet	32	25
	Hayır	95	75
Neden 4 : Uygun görülmesine rağmen yataklı servise yatış yapılamaması	Evet	12	9,4
	Hayır	115	90,6
	Total	127	100

Görüşme yöntemi açısından değerlendirildiğinde telefon ile görüşülen katılımcıların pandemi döneminde sağlık kuruluşuna gidememe oranları polikliniğe başvuran katılımcılara oranla anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 4). Benzer şekilde telefon ile görüşülen katılımcıların “enfeksiyon korkusu nedeni ile” sağlık kuruluşuna gidememe durumları da poliklinikte görüşülen hastalara oranla anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 5). Psikiyatrik tanılar da göz önünde bulundurulduğunda pandemi nedeni ile sağlık kuruluşuna gidememe durumunun en yüksek oranda telefon ile görüşülen bipolar bozukluk tanılı hastalarda olduğu gözlemlendi (%82) ($p<0,001$) (Tablo 6).

Tablo 4.Görüşme Yöntemine Göre Pandemi Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu

		Pandemi nedeni ile sağlık kuruluşuna gidememe durumunuz oldu mu?		Total	χ^2	df	p
		Hayır (s)	Evet (s)				
Görüşme Yöntemi*	Telefon	22	78	100	18,143	1	,000
	Poliklinik	51	49	100			
Total		73 (36,5%)	127 (63,5%)	200			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Tablo 5. Görüşme Yöntemine Göre Enfeksiyon Korkusu Nedeni İle Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu

		Sağlık kuruluşuna gidememe nedeni : Hastane ortamında enfekte olmaktan korktuğum için.		Total	χ^2	df	p
		Yok (s)	Var (s)				
Görüşme Yöntemi	Telefon	39	61	100	18,116	1	,000
	Poliklinik	69	31	100			
Total		108 (54,0%)	92 (46,0%)	200			

S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Tablo 6.Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumunun Psikiyatrik Tanı ve Görüşme Yöntemine Göre Dağılımı

		Pandemi nedeni ile sağlık kuruluşuna gidememe durumunuz oldu mu? (s, %)		Total s (%)	χ^2	df	p
		Hayır s (%)	Evet s (%)				
Hasta Grubu	Pol-B	31 (62,0)	19 (38,0)	50 (100,0)	24,054	3	0,000
	Pol-Ş	20 (40,0)	30 (60,0)	50 (100,0)			
	Tel-B	9 (18,0)	41 (82,0)	50 (100,0)			
	Tel-Ş	13 (26,0)	37 (74,0)	50 (100,0)			
Total		73 (36,5)	127 (63,5)	200 (100,0)			

Not: Pol-B: Poliklinikte görüşülen bipolar bozukluk tanılı hastalar; Pol-Ş:Poliklinikte görüşülen şizofreni tanılı hastalar; Tel-B: Telefonda görüşülen bipolar bozukluk tanılı hastalar; Tel-Ş:Telefonda görüşülen şizofreni tanılı hastalar.

Katılımcıların 25%'i (s:50) pandemi döneminde hastalık seyirlerinde alevlenme olduğunu bildirirken, 75% (s:150) hasta ise belirtilerinin stabil seyrettiğini bildirdi. Türlerine göre incelendiğine 10% (s:20) hastada psikotik alevlenme, 6% (s:12) hastada manik epizod, 9% (s:18) hastada ise depresif nöbet geliştiği öğrenildi. Hastaların pandemi döneminde herhangi bir alevlenme (psikotik, manik ya da depresif) yaşamalarının sağlık kuruluşuna gidememe durumları açısından anlamlı bir farklılık oluşturmadığı gözlemlendi ($p=0,67$) (Tablo 7). Alevlenmelerin türlerine göre bakıldığında da sağlık kuruluşuna gidememe açısından gruplar arasında farklılık olmadığı gözlemlendi ($p=0,85$) (Tablo 8).

Tablo 7. Hastalık Seyrinde Alevlenme Varlığına Göre Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu

		Pandemi nedeni ile sağlık kuruluşuna gidememe durumunuz oldu mu?		Total s (%)	χ^2 df p
		Hayır s (%)	Evet s (%)		
Alevlenme (Psikotik, manik ya da depresif)	Var	17 (34,0)	33 (66,0)	50 (100,0)	0,18 1 0,67
	Yok	56 (37,3)	94 (62,7)	150 (100,0)	
Total		73 (71,3)	127 (128,7)	200 (100,0)	

Tablo 8. Hastalık Seyrindeki Alevlenmenin Türüne Göre Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu

		Pandemi nedeni ile sağlık kuruluşuna gidememe durumunuz oldu mu?		Total s (%)	χ^2 df p
		Hayır s (%)	Evet s (%)		
Pandemi Sürecinde Hastalık Belirtilerinde Alevlenme	Yok	56 (37,3)	94 (62,7)	150 (100,0)	0,79 3 0,85
	Psikotik	7 (35,0)	13 (65,0)	20 (100,0)	
	Manik	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100,0)	
	Depresif	5 (27,8)	13 (72,2)	18 (100,0)	
Total		73 (36,5)	127 (63,5)	200 (100,0)	

Covid-19 ilişkili belirtiler arasında yalnızca anksiyöz özellikte olanların pandemi döneminde sağlık kuruluşuna gidememe durumu yaşayan hastalarda daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p=0,005$) (Tablo 9).

Tablo 9. Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtilere Göre Pandemi Döneminde Sağlık Kuruluşuna Gidememe Durumu

	Pandemi nedeni ile sağlık kuruluşuna gidememe durumunuz oldu mu?	s	Mean	SD	Mean Rank	U	p
Covid-19 İlişkili Depresif Belirti Sayısı	Evet	127	,29	,927	103,82	4214,000	0,09
	Hayır	73			94,73		
Covid-19 İlişkili Anksiyöz Belirti Sayısı	Evet	127	,31	,864	106,04	3932,500	0,005
	Hayır	73			90,87		
Covid-19 İlişkili Sanrısız Belirti Sayısı	Evet	127	,05	,231	101,23	4542,500	0,49
	Hayır	73			99,23		
Covid-19 İlişkili Obsesif-kompulsif Belirti Sayısı	Evet	127	,02	,140	100,86	4589,500	0,63
	Hayır	73			99,87		

4.3. Pandemi Sürecinde Hastalık Seyrine İlişkin Bulgular

Katılımcıların 25%'i (s:50) pandemi döneminde hastalık seyirlerinde alevlenme olduğunu bildirirken, 75% (s:150) hasta ise belirtilerinin stabil seyrettiğini bildirdi. Bipolar bozukluk hastalarının 28%'i, şizofreni hastalarının ise 22%'si hastalık belirtilerinde alevlenme tarifledi. Türlerine göre incelendiğine 10% (s:20) hastada psikotik alevlenme, 6% (s:12) hastada manik epizod, 9% (s:18) hastada ise depresif nöbet geliştiği öğrenildi. Tanıdan ve geçirilen atağın türünden bağımsız olarak telefon ile ulaşılan hastaların atak geçirme oranı 19% (s=19) iken bu oran polikliniğe başvuran hastalarda 31% (s=31) ile daha yüksek bir oran gösterdi ve iki grup arasında sınırda bir anlamlı farklılık gözlemlendi ($p=0,050$).

Tablo 10. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Hastalık Seyirleri

	Alevlenme		Total (s)	χ^2	df	p
	Yok (s)	Var (s)				
Görüşme Yöntemi*	Telefon	81	19	100	3,840	1
	Poliklinik	69	31	100		
Total	150 (75%)	50 (25%)	200 (100%)			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Hastaların sosyal destek düzeyleri ile pandemi dönemindeki hastalık seyirleri arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal desteği yeterli olanların, bazı alanlarda veya hemen tüm alanlarda yetersiz olan hastalara göre daha az alevlenme yaşadıkları gözlemlendi ($p=0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Sosyal Destek Düzeylerine Göre Hastalık Seyirlerinin Karşılaştırılması

		Alevlenme		Total	χ^2 df p		
		Yok	Var				
Sosyal destek düzeyi	Yeterli	97	18	115	13,782	2	0,001
		84,3%	15,7%	100%			
	Bazı alanlarda yetersiz	42	28	70			
		60,0%	40,0%	100%			
	Hemen tüm alanlarda yetersiz	11	4	15			
		73,3%	26,7%	100%			
Total		150	50	200			
		75,0%	25,0%	100,0%			

Pandemi döneminde katılımcıların ilaç kullanımlarında aksama olup olmadığı ve olduysa nedenleri Tablo 12’de özetlenmiştir. 51 hasta (25,5%) pandemi döneminde ilaç kullanımında aksama yaşadığını bildirdi. Bu hastaların 38’inin

(19,0%) tedavi uyumsuzluğu nedeni ile ilaçlarını kendilerinin bıraktıkları öğrenildi. Diğer 13 hasta ise (6,5%) pandemi nedeni ile ilaçlarını reçete ettirememesi/ilâç raporunun yenilenememesi/eczaneye gidememe durumu yaşadığını bildirdi. 149 hasta ise ilaçlarına pandemi öncesinde doktoru tarafından önerildiği şekilde devam ettiğini bildirdi.

Tablo 12. Katılımcıların İlaç Tedavilerini Sürdürme ile İlgili Sorun Yaşama Oranları ve Nedenleri

		s	%
İlaç kullanımında aksama	Var	Tedavi uyumsuzluğu nedeni ile ilacı bırakma	38 19,0
		Pandemi nedeni ile ilacını temin edememe	13 6,5
	Yok		149 74,5
Total		200	100,0

Katılımcıların ilaç kullanımlarındaki aksamaların hastalık seyirlerindeki alevlenme ile ilişkisi Tablo 13’de özetlenmiştir. Pandemi döneminde alevlenme yaşayan 50 hastanın 23’ü (46%) ilaç kullanımında aksama bildirirken, alevlenme yaşamayan 150 hastanın sadece 28’i (18,7%) ilaç kullanımında aksama bildirdi ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi ($p<0,001$).

İlaç kullanımlarındaki aksamalar psikiyatrik tanılara göre karşılaştırıldığında pandemi döneminde şizofreni tanılı hastaların 21%’i ilaç kullanımında aksama yaşadığını bildirirken, bipolar bozukluk tanılı hastalarda bu oran 30% olarak daha yüksek bulunmuş fakat gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,144$).

İlaç kullanımlarındaki aksamalar görüşme yöntemine göre karşılaştırıldığında ise poliklinikte görüşülen hastaların 23%’ü ilaç kullanımında aksama yaşadığını bildirirken, telefonda görüşülen hastalarda bu oran 28% olarak bulunmuş ve gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,417$).

Tablo 13. İlaç Kullanımındaki Aksamaya Göre Hastalık Seyirlerinin Karşılaştırılması

		Alevlenme (s, %)		Total			
		Yok	Var		χ^2	df	p
İlaç kullanımında aksama	Yok	122	27	149	14,748	1	0,000
		81,3%	54,0%	74,5%			
	Var	28	23	51			
		18,7%	46,0%	25,5%			
Total		150	50	200			
		100%	100%	100%			

4.4. Pandemi Sürecinde Ruhsal Ve Vejetatif Belirtiler

Çalışmamızda katılımcıların çeşitli depresif, anksiyöz, sanrısız ve obsesif-kompulsif belirtileri ve bu belirtilerin Covid-19 ile ilişkili olup olmadıkları sorgulandı. Tablo 14’de ruhsal belirtilere sahip hastaların tanımlayıcı verileri sunulmuştur.

Covid-19 ile ilişkili olup olmadıklarına bakılmaksızın katılımcılar tarafından en çok tariflenen ruhsal belirtiler 31,5% (s=63) hastada anksiyöz ve 31% (s=62) hastada depresif belirtiler idi. Aktif sanrısız belirti tarifleyen hastaların oranı 23% (s=46) iken obsesif-kompulsif belirti tarifleyen hastalarınki ise 6% (s=12) idi (Tablo 14).

Covid-19 ile ilişkili belirti tarifleyen hastalar içerisinde ise en yüksek oran 16% (s=32) hastada anksiyöz belirtiler ve ardından 15,5% (s=31) hastada depresif belirtiler idi. Covid-19 ile ilişkili sanrısız belirti tarifleyen hastaların oranı 4% (s=8) iken, Covid-19 ilişkili obsesif-kompulsif belirti tarifleyen hastaların oranı ise yalnızca 2% (s=4) idi (Tablo 14).

Covid-19 ilişkili anksiyöz belirtilerin ağırlıkla; enfekte olma (s:121, 60,5%), yakınlarının enfekte olmalarına yönelik endişeler (s:80, 40%), psikiyatri takiplerine devam edememek ve sağlığı için endişelenmek (s:22, 11%), Covid-19 nedeni ile çalışma ve maddi sorunlar yaşama endişesi (s:9, 4,5%), ölüm korkusu (s:7, 3,5%), toplum ve sağlık çalışanları için endişelenmek (s:6, 3%) ve belirsizlik (s:4, 2%) temaları üzerine şekillendiği görüldü.

Covid-19 ilişkili depresif belirtilerin ise ağırlıkla; dışarı çıkamamak/evde kalmak (s:55, 27,5%), aktivite ve sosyal yaşamın kısıtlanması (s:13, 6,5%), yakınlarının Covid-19 ile enfekte olmaları ya da vefat etmeleri (s:9, 4,5%), iş kaybı ve maddi sorunlar (s:8, 4%), ev içerisinde artan tartışma ve sorunlar (s:6, 3%) üzerine şekillendiği görüldü.

Katılımcılar toplamda Covid-19 ilişkili 2 paranoid, 2 persekütif, 1 somatik, 1 dini ve 2 adet de diğer türlerde sanrı tariflemiştir. Covid-19 ile ilişkili 8 sanrı, aktif sanrıları olan 46 hastanın 8'i tarafından bildirilmiştir. Bu sanrıların içerikleri; “evin içerisinde Covid-19 virüslerinin uçarak dolaştıkları”, “babasının kasıtlı olarak Covid-19 ile enfekte edilerek öldürüldüğü”, “insanların kendisine kasıtlı olarak Covid-19 virüsü bulaştıracakları” (2 hastada), “Covid-19 virüsünün etrafa koku yaydığı”, “tanrıların kendisini Covid-19 virüsünden koruyacağı”, “siyah maske kullanan ve siyah giyinen insanların daha fazla virüs yaydıkları”, “Covid-19 virüsünü öldürebilmek için sıcak duş alınması gerektiği” şeklinde idi.

Toplamda 4 hastada gelişen Covid-19 ilişkili tüm obsesif-kompulsif belirtiler bulaşma/temizlik teması üzerinde gelişmiş ve tüm hastalar sık el yıkama davranışı tanımlamıştır.

Tablo 14.Pandemi Döneminde Hastalarda İzlenen Ruhsal Belirtiler

	s	%
Depresif belirti tarifleyen hastalar	62	31,0
Covid-19 ile ilişkili depresif belirti tarifleyen hastalar	31	15,5
Anksiyöz belirti tarifleyen hastalar	63	31,5
Covid-19 ile ilişkili anksiyöz belirti tarifleyen hastalar	32	16,0
Sanrısız belirti tarifleyen hastalar	46	23,0
Covid-19 ile ilişkili sanrısız belirti tarifleyen hastalar	8	4,0
Obsesif-Kompulsif belirti tarifleyen hastalar	12	6,0
Covid-19 ile ilişkili obsesif-kompulsif belirti tarifleyen hastalar	4	2,0
Total	200	100

Tablo 15’de görüşme yöntemine göre katılımcıların ruhsal belirtileri özetlenmiştir. Her iki grup karşılaştırıldığında poliklinik grubu tarafından tariflenen anksiyöz belirti sayısı telefon grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p=0,023$). Depresif, sanrısız ve obsesif-kompulsif belirti sayıları ise görüşme yöntemine göre farklılık göstermedi. Covid-19 ilişkili depresif, anksiyöz, sanrısız ve obsesif-kompulsif belirti sayıları açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Tablo 15. Görüşme Yöntemine Göre Katılımcıların Ruhsal Belirtileri

		s	Mean	SD	Mean Rank	U	p
Depresif Belirti Sayısı	Telefon	100	,82	1,671	94,96	4445,500	0,098
	Poliklinik	100			106,05		
Covid-19 İle İlişkili Depresif Belirti Sayısı	Telefon	100	,29	,927	96,98	4648,000	0,172
	Poliklinik	100			104,02		
Anksiyöz Belirti Sayısı	Telefon	100	,77	1,547	92,88	4238,000	0,023
	Poliklinik	100			108,12		
Covid-19 İle İlişkili Anksiyöz Belirti Sayısı	Telefon	100	,30	,864	96,65	4614,500	0,140
	Poliklinik	100			104,36		
Sanrısals Belirti Sayısı	Telefon	100	,49	1,002	96,40	4590,000	0,174
	Poliklinik	100			104,60		
Covid-19 İle İlişkili Sanrısals Belirti Sayısı	Telefon	100	,05	,231	101,48	4902,500	0,483
	Poliklinik	100			99,53		
Obsesif-Kompulsif Belirti Sayısı	Telefon	100	,08	,316	99,49	4898,500	0,547
	Poliklinik	100			101,52		
Covid-19 İle İlişkili Obsesif-Kompulsif Belirti Sayısı	Telefon	100	,02	,140	101,50	4900,000	0,314
	Poliklinik	100			99,50		

Katılımcılar tanılarına göre karşılaştırıldığında, şizofreni grubunun bipolar bozukluk grubuna göre daha fazla sayıda Covid-19 ilişkili sanrısals belirtiye (paranoid, dini, somatik gibi) sahip olduğu gözlemlendi. ($p=0,004$).

Covid-19 ilişkili depresif (üzüntü, umutsuzluk gibi), anksiyöz (gerginlik, ölüm korkusu gibi) ya da obsesif-kompulsif (bulaşma, kontrol gibi) belirti sayıları ise iki tanı grubu arasında anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtileri

		s	Mean	SD	Mean Rank	U	p
Covid-19 İle İlişkili Depresif Belirti Sayısı	Şizofreni	100	0,29	,927	97,96	4746,000	0,324
	Bipolar Bozukluk	100			103,04		
Covid-19 İle İlişkili Anksiyöz Belirti Sayısı	Şizofreni	100	0,31	,864	100,78	4972,500	0,916
	Bipolar Bozukluk	100			100,23		
Covid-19 İle İlişkili Sanrısız Belirti Sayısı	Şizofreni	100	0,05	,231	104,50	4600,000	0,004
	Bipolar Bozukluk	100			96,50		
Covid-19 İle İlişkili Obsesif-Kompulsif Belirti Sayısı	Şizofreni	100	0,02	,140	101,50	4900,000	0,314
	Bipolar Bozukluk	100			99,50		

Katılımcılar cinsiyetlerine göre Covid-19 ilişkili ruhsal belirti sayıları açısından karşılaştırıldıklarında Covid-19 ilişkili anksiyöz belirti sayılarının kadınlarda erkeklere göre zayıf bir anlamlılık düzeyinde daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p=.046$). Covid-19 ilişkili depresif, sanrısız ya da obsesif-kompulsif belirti sayıları açısından ise cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtileri

		s	Mean	SD	Mean Rank	U	p
Covid-19 İle İlişkili Depresif Belirti Sayısı	Kadın	99	,29	,927	105,24	4530,500	.069
	Erkek	101			95,86		
Covid-19 İle İlişkili Anksiyöz Belirti Sayısı	Kadın	99	,31	,864	105,76	4478,500	.046
	Erkek	101			95,34		
Covid-19 İle İlişkili Sanrısız Belirti Sayısı	Kadın	99	,05	,231	98,51	4802,500	.156
	Erkek	101			102,45		
Covid-19 İle İlişkili Obsesif-Kompulsif Belirti Sayısı	Kadın	99	,02	,140	101,53	4897,500	.304
	Erkek	101			99,49		

Katılımcıların Covid-19 ilişkili ruhsal belirti sayılarının, ailelerinde Covid-19 tanılı bireylerin varlığı ile ilişkisi Tablo 18’de özetlenmiştir. Bulgularımıza göre ailesinde Covid-19 tanılı birey olan hastaların anlamlı düzeyde daha fazla Covid-19 ilişkili depresif ve anksiyöz belirti sayısına sahip olduğu gözlemlendi (sırası ile $p<0,005$ ve $p<0,005$). Covid-19 ilişkili sanrısız ve obsesif belirti sayılarının ise ailede Covid-19 tanılı birey varlığı ile ilişkili olmadığı gözlemlendi.

Tablo 18. Katılımcıların Ailelerinde Covid-19 Tanılı Birey Varlığına Göre Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtileri

	Ailede Covid-19 tanılı birey	s	Mean	SD	Mean Rank	U	p
Covid-19 İle İlişkili Depresif Belirti Sayısı	Yok	174	0,29	,927	95,02	1309,000	0,000
	Var	26			137,15		
Covid-19 İle İlişkili Anksiyöz Belirti Sayısı	Yok	174	0,31	,864	95,17	1334,500	0,000
	Var	26			136,17		
Covid-19 İle İlişkili Sanrısız Belirti Sayısı	Yok	174	0,05	,231	99,95	2167,000	0,309
	Var	26			104,15		
Covid-19 İle İlişkili Obsesif-Kompulsif Belirti Sayısı	Yok	174	0,02	,140	100,22	2214,000	0,472
	Var	26			102,35		

Pandemi döneminde hastalık seyri ile Covid-19 ilişkili belirtilerin ilişkisi incelendiğinde, Covid-19 ilişkili sanrısız belirtilerin psikotik alevlenme ve depresif epizod yaşayan hastalarda daha fazla gözlemlendiği bulundu (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Hastalık Seyirlerine Göre Covid-19 İlişkili Ruhsal Belirtileri

	Alevlenme yok s=150		Psikotik alevlenme s=20		Manik epizod s=12		Depresif epizod s=18		Ki kare	p	Post-hoc karşılaştırm a
	Mea n	SD	Mea n	SD	Mea n	SD	Mea n	SD			
Covid-19 ilişkili depresif belirti sayısı	,17	,455	,15	,366	,25	,622	1,50	2,479	7.242	0,065	-
Covid-19 ilişkili anksiyöz belirti sayısı	,22	,694	,55	1,191	,17	,389	,83	1,543	5.773	0,123	-
Covid-19 ilişkili sanrısız belirti sayısı	,00	,000	,40	,598	,00	,000	,06	,236	56.697	0,000	Psikotik atak> atak yok ^a , Depresif atak> atak yok ^b
Covid-19 ilişkili obsesif belirti sayısı	,01	,082	,05	,224	,00	,000	,11	,323	10.097	0,018	

*Kruskal Wallis varyans analizi, df (3), gruplar arası post hoc karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi kullanılarak yapılmıştır (6 adet çoklu grup karşılaştırması yapıldığı için $0.05/6 = .008$, p değeri bu değerin altında olanlar anlamlı kabul edildi. ^ap=.000 ^bp=.004

Tablo 20’de hastaların pandemi sürecinde uyku, iştah ve vücut ağırlıkları ile ilgili değişiklikleri sunulmuştur. Katılımcıların 61%’i (s:122) pandemi sürecinde uyku süresi ile ilgili bir değişiklik olmadığını, 32,5%’i (s:65) uyku süresinde azalma olduğunu, 6,5%’i (s:13) ise uyku süresinde artış olduğunu ifade etti. Telefon ve poliklinik grupları arasında uyku değişiklikleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,069).

Katılımcıların 71,5%’i (s:143) pandemi sürecinde iştahları ile ilgili bir değişiklik olmadığını, 16,5%’i (s:33) iştahlarında azalma olduğunu, 12%’si (s:24) ise iştahlarında artış olduğunu ifade etti. Poliklinik hastalarında telefon ile görüşülen hastalara oranla daha yüksek oranda iştahta artma (15%’e oranla 9%) ve azalma

(20%'ye oranla 13%) bildirilse de gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,125).

Vücut ağırlıklarındaki değişiklikler sorgulandığında katılımcıların 68%'i (s:136) pandemi sürecinde bir değişiklik olmadığını, 24%'ü (s:48) artma olduğunu, 8%'i (s:16) ise azalma olduğunu ifade etti. Görüşme yöntemlerine göre karşılaştırıldığında telefon grubunda daha yüksek oranda vücut ağırlığında artış bildirildiği, poliklinik grubunda ise daha yüksek oranda vücut ağırlığında azalma bildirildiği ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi (p=0,028).

Tablo 20. Görüşme Yöntemine Göre Katılımcıların Uyku, İştah Ve Vücut Ağırlığı Değişiklikleri

		Görüşme Yöntemi*		Total s (%)	χ^2	df	p
		Telefon (s)	Poliklinik (s)				
Uyku	Değişiklik yok	67	55	122 (61%)	5,334	2	0,069
	Artma	8	5	13 (6,5%)			
	Azalma	25	40	65 (32,5%)			
İştah	Değişiklik yok	78	65	143 (71,5%)	4,167	2	0,125
	Artma	9	15	24 (12%)			
	Azalma	13	20	33 (16,5%)			
Vücut ağırlığı	Değişiklik yok	66	70	136 (68,0%)	7,118	2	0,028
	Artma	30	18	48 (24%)			
	Azalma	4	12	16 (8,0%)			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Pandemi döneminde hastalık seyrinde kötüleşmenin uyku süresi, iştah ve vücut ağırlığı ile ilişkisi Tablo 21'de özetlenmiştir. Uyku süresinde azalmanın alevlenme ile ilişkili olduğu gözlemlendi (psikotik, manik ya da depresif ayrımına

bakılmaksızın) ($p<0,001$). Alevlenme yaşayan 50 hastadan 38'i (76%) uyku süresinde azalma bildirirken 5'i (10%) ise artış bildirdi. Bu 5 hastanın tamamının depresif nöbet tanısı alan, 4 bipolar bozukluk ve 1 şizofreni hastası olduğu görüldü.

Alevlenme yaşayan hastaların 50%'si iştahta azalma tarifledi ve bu oran alevlenme yaşamayan hastalara oranla daha yüksek idi ($p<0,001$).

Vücut ağırlığının alevlenme ile ilişkisi incelendiğinde alevlenme yaşayan hastalar anlamlı düzeyde azalma bildirirken alevlenme yaşamayan hastalar ise değişiklik olmadığı ya da artış olduğu yönünde bildirimde bulundular ($p=0,001$).

Tablo 21. Katılımcıların Hastalık Seyirlerine Göre Uyku, İştah Ve Vücut Ağırlığı Değişiklikleri

		Alevlenme		Total s (%)	χ^2	df	p
		Yok s (%)	Var s (%)				
Uyku	Değişiklik yok	115 (76,7)	7 (14,0)	122 (61)	64,214	2	0,000
	Artma	8 (5,3)	5 (10,0)	13 (6,5)			
	Azalma	27 (18,0)	38 (76,0)	65 (32,5)			
İştah	Değişiklik yok	124 (82,7)	19 (38,0)	143 (71,5)	55,807	2	0,000
	Artma	18 (12,0)	6 (12,0)	24 (12)			
	Azalma	8 (5,3)	25 (50,0)	33 (16,5)			
Vücut ağırlığı	Değişiklik yok	105 (70,0)	31 (62,0)	136 (68,0)	13,353	2	0,001
	Artma	39 (26,0)	9 (18,0)	48 (24)			
	Azalma	6 (4,0)	10 (20,0)	16 (8,0)			

4.5. Pandemi Sürecinde Covid-19'a Yönelik Endişe ve Tutumlar

4.5.1. Covid-19'a Yönelik Endişeler

Covid-19'a yönelik endişeler sorgulandığında hastaların 59%'unun (s:118) kendilerine virüs bulaşmasından endişelendiği, 39%'unun (s:78) virüsün yakınlarına bulaşmasından endişelendiği, 8%'inin (s:16) virüsün ruh sağlıklarını etkilemesinden endişelendiği ve 9%'unun (s:18) ise virüsün bedensel sağlıklarını etkilemesinden endişelendiği öğrenildi (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Covid-19'a Yönelik Endişeleri (s=200).

Değişkenler		s	%
Virüs bana bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Evet	118	59
	Hayır	82	41
Virüs yakınlarıma bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Evet	78	39
	Hayır	122	61
Virüs ruh sağlığımı etkileyecek endişesi yaşadınız mı?	Evet	16	8
	Hayır	184	92
Virüs beden sağlığımı etkileyecek endişesi yaşadınız mı?	Evet	18	9
	Hayır	182	91
Total		200	100

Tablo 23'de katılımcıların psikiyatrik tanılarına göre Covid-19'a yönelik endişeleri özetlenmiştir. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk hastaları arasında virüsün kendilerine ve yakınlarına bulaşma endişesi ile ruhsal ve bedensel sağlığı etkileyeceğine yönelik endişeler açısından farklılık gözlenmedi. Her iki tanı grubunda en sık bildirilen endişe Covid-19 ile enfekte olma endişesi idi (60,5%).

Tablo 23. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Covid-19'a Yönelik Endişeleri

		Psikiyatrik Tanı*			χ^2	df	p
		Şizofreni (s)	Bipolar Bozukluk (s)	Total s (%)			
Virüs bana bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Evet	63	58	121 (60,5)	0,523	1	0,470
	Hayır	37	42	79 (39,5)			
Virüs yakınlarıma bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Evet	36	44	80 (40)	1,333	1	0,25
	Hayır	64	56	120 (60)			
Virüs ruh sağlığımı etkileyecek endişesi yaşadınız mı?	Evet	9	8	17 (8,5)	0,064	1	0,80
	Hayır	91	92	183(91,5)			
Virüs beden sağlığımı etkileyecek endişesi yaşadınız mı?	Evet	11	11	22 (11)	0,000	1	1,00
	Hayır	89	89	178 (89)			
Total		100	100	200 (100)			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Tablo 24'de katılımcıların görüşme yöntemlerine göre Covid-19'a yönelik endişeleri özetlenmiştir. Telefon ve poliklinik grupları arasında virüsün kendilerine ve yakınlarına bulaşma endişesi ile ruhsal ve bedensel sağlığı etkileyeceğine yönelik endişeler açısından farklılık gözlenmedi. Her iki görüşme yönteminde en sık bildirilen endişe Covid-19 ile enfekte olma endişesi idi (60,5%).

Tablo 24. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Covid-19'a Yönelik Endişeleri

		Görüşme Yöntemi		Total s (%)	χ^2	df	p
		Telefon (s)	Poliklinik (s)				
Virüs bana bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Evet	60	61	121 (60,5)	0,021	1	0,89
	Hayır	40	39	79 (39,5)			
Virüs yakınlarıma bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Evet	37	43	80 (40)	0,750	1	0,39
	Hayır	63	57	120 (60)			
Virüs ruh sağlığımı etkileyecek endişesi yaşadınız mı?	Evet	7	10	17 (8,5)	0,579	1	0,45
	Hayır	93	90	183(91,5)			
Virüs beden sağlığımı etkileyecek endişesi yaşadınız mı?	Evet	11	11	22 (11)	0,000	1	1,000
	Hayır	89	89	178 (89)			
Total		100	100	200 (100)			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Katılımcıların 42%'sinde (s:84) en az bir kronik hastalık mevcut idi (Tablo 25). Kronik hastalıklar içerisinde en sık Hipertansiyon (s:26), Diyabet (s:22), Hipotiroidi (s:20), Hiperlipidemi (s:16), Koroner Arter Hastalığı (s:5) ve Astımın (s:4) yer aldığı görüldü.

Kronik bedensel bir hastalığa sahip olmanın Covid-19 bulaşma endişesi açısından gruplar arasında anlamlı fark oluşturmadığı ($p=0,35$), bununla birlikte bedensel sağlığın etkileneceğine yönelik endişe ile ilişkili olduğu gözlemlendi ($p<0,001$) (Tablo 26).

Tablo 25. Katılımcıların Kronik Hastalığa Sahip Olma Oranları

		s	%
<i>Kronik hastalığınız var mı?</i>	Yok	116	58,0
	Var	84	42,0
	Total	200	100,0

Tablo 26. Kronik Fiziksel Hastalık Varlığına Göre Covid-19'a Yönelik Endişeler

		Kronik fiziksel hastalığınız var mı?		Total	χ^2	df	p
		Yoks (%)	Vars (%)				
Virüs bana bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Evet	67 (57,8)	54 (64,3)	121(60,5)	0,869	1	0,35
	Hayır	49 (42,2)	30 (35,7)	79 (39,5)			
Virüs beden sağlığımı etkileyecek endişesi yaşadınız mı?	Evet	5 (4,3)	17 (20,2)	22 (11)	12,625	1	0,00
	Hayır	111 (95,7)	67 (79,8)	178 (89)			
Total		116 (100)	84 (100)	200 (100)			

Virüs bulaşma endişesinin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemekle birlikte ($p=0,586$), 65 yaş ve üstündeki hastalarda virüs bulaşmasına yönelik endişenin oransal yüksekliği (87,5%) dikkat çekicidir (Tablo 27).

Tablo 27. Yaş Gruplarına Göre Katılımcıların Kendilerine Covid-19 Bulaşma Endişeleri

		Yaş aralığı (s, %)						Total	χ^2	df	p
		18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	≥ 65				
Virüs bana bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Hayır	6 (46,2%)	11 (34,4%)	22 (42,3%)	21 (38,2%)	18 (45,0%)	1 (12,5%)	79 (39,5%)	3,751	5	0,59
	Evet	7 (53,8%)	21 (65,6%)	30 (57,7%)	34 (61,8%)	22 (55,0%)	7 (87,5%)	121 (60,5%)			
Total		13	32	52	55	40	8	200			

4.5.2. Covid-19'a Yönelik Alınan Koruyucu Önlemler

Covid-19'a yönelik alınan önlemler incelendiğinde katılımcıların 86,5%'i (s:173) diğer insanlarla temas etmemeye ve evde kalmaya uyum gösterdiklerini; 73,5%'i (s:147) market, pazar ve otobüs gibi ortamlardan kaçındıklarını; 64,5%'i (s:129) yakınları ve arkadaşlarından uzak kaldıklarını; 83%'ü (s:166), el dezenfektanı kullandıklarını ve ellerini sık sık yıkadıklarını; 95%'i (s:190) maske kullandıklarını; 15,5%'i (s:31) eldiven kullandıklarını ve 29%'u (s:58) çevrelerindeki eşya ve yüzeyleri dezenfekte ettiklerini bildirdi (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların Covid-19'a Yönelik Aldıkları Koruyucu Önlemler (s:200)

		s	%
Diğer insanlarla temas etmemeye, evde kalmaya uyum gösterebildiniz mi?	Hayır	27	13,5
	Evet	173	86,5
Market, Pazar, otobüs gibi toplu/kalabalık ortamlardan kaçındığınız oldu mu?	Hayır	53	26,5
	Evet	147	73,5
Yakınlarınız ya da arkadaşlarınızdan uzak kalmanız gerekti mi?	Hayır	71	35,5
	Evet	129	64,5
El dezenfektanı kullandınız mı ya da sık sık ellerinizi yıkadınız mı?	Hayır	34	17,0
	Evet	166	83,0
Maske kullandınız mı?	Hayır	10	5,0
	Evet	190	95,0
Eldiven kullandınız mı?	Hayır	169	84,5
	Evet	31	15,5
Çevrenizdeki eşya veya yüzeyleri dezenfekte etme gereği duydunuz mu?	Hayır	142	71,0
	Evet	58	29,0
Total		200	100

Katılımcıların Covid-19'a yönelik aldıkları önlemler görüşme yöntemlerine göre incelendiğinde telefon ve poliklinik grupları arasında “diğer insanlarla temas etmemeye ve evde kalmaya uyum gösterme”, “market, pazar, otobüs gibi

toplu/kalabalık ortamlardan kaçınma”, “dezenfektan kullanımı ve sık el yıkama” ile “eldiven kullanma” durumu açısından gruplar arasında farklılık olmadığı gözlemlendi (Tablo 29). Bir önlem olarak “Yakınlarından ya da arkadaş çevresinden uzak kalma” durumu telefon ile görüşülen grupta anlamlı olarak daha yüksek idi ($p=0,012$). “Maske kullanımı” ve “çevredeki eşya ve yüzeyleri dezenfekte etme” davranışları ise poliklinikte görüşülen hastalarda daha fazla idi ($p=0,002$).

Tablo 29. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Covid-19’a Yönelik Aldıkları Koruyucu Önlemler

		Telefon*	Poliklinik*	Toplam		χ^2	df	p
		s	s	s	%			
Diğer insanlarla temas etmemeye, evde kalmaya uyum gösterebildiniz mi?	Hayır	15	12	27	13,5	0,385	1	0,535
	Evet	85	88	173	86,5			
Market, Pazar, otobüs gibi toplu/kalabalık ortamlardan kaçındığınız oldu mu?	Hayır	21	32	53	26,5	3,106	1	0,078
	Evet	79	68	147	73,5			
Yakınlarınız ya da arkadaşlarınızdan uzak kalmanız gerekti mi?	Hayır	27	44	71	35,5	6,311	1	0,012
	Evet	73	56	129	64,5			
El dezenfektanı kullandınız mı ya da sık sık ellerinizi yıkadınız mı?	Hayır	19	15	34	17,0	0,567	1	0,451
	Evet	81	85	166	83,0			
Maske kullandınız mı?	Hayır	10	0	10	5,0	10,526	1	0,001
	Evet	90	100	190	95,0			
Eldiven kullandınız mı?	Hayır	83	86	169	84,5	0,344	1	0,558
	Evet	17	14	31	15,5			
Çevrenizdeki eşya veya yüzeyleri dezenfekte etme gereği duydunuz mu?	Hayır	81	61	142	71,0	9,713	1	0,002
	Evet	19	39	58	29,0			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Katılımcıların Covid-19'a yönelik aldıkları önlemler psikiyatrik tanılarına göre incelendiğinde şizofreni ve bipolar bozukluk hasta grupları arasında “diğer insanlarla temas etmemeye ve evde kalmaya uyum gösterme”, “market, pazar, otobüs gibi toplu/kalabalık ortamlardan kaçınma”, “yakınlarından ya da arkadaş çevresinden uzak kalma”, “dezenfektan kullanımı ve sık el yıkama”, “maske kullanımı” ve “çevredeki eşya ve yüzeyleri dezenfekte etme” davranışları açısından gruplar arasında farklılık olmadığı gözlemlendi (Tablo 30). Bir önlem olarak “eldiven kullanma” durumu şizofreni tanılı hastalarda anlamlı olarak daha yüksek idi ($p=0,032$).

Tablo 30. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Covid-19'a Yönelik Aldıkları Koruyucu Önlemler

		Şizofreni*	Bipolar Bozukluk*	Toplam		χ^2	df	p
		s	s	s	%			
Diğer insanlarla temas etmemeye, evde kalmaya uyum gösterebildiniz mi?	Hayır	12	15	27	13,5	0,385	1	0,535
	Evet	88	85	173	86,5			
Market, Pazar, otobüs gibi toplu/kalabalık ortamlardan kaçındığınız oldu mu?	Hayır	25	28	53	26,5	0,231	1	0,631
	Evet	75	72	147	73,5			
Yakınlarınız ya da arkadaşlarınızdan uzak kalmanız gerekti mi?	Hayır	40	31	71	35,5	1,769	1	0,184
	Evet	60	69	129	64,5			
El dezenfektanı kullandınız mı ya da sık sık ellerinizi yıkadınız mı?	Hayır	18	16	34	17,0	0,142	1	0,707
	Evet	82	84	166	83,0			
Maske kullandınız mı?	Hayır	8	2	10	5,0	3,789	1	0,052
	Evet	92	98	190	95,0			
Eldiven kullandınız mı?	Hayır	79	90	169	84,5	4,619	1	0,032
	Evet	21	10	31	15,5			
Çevrenizdeki eşya veya yüzeyleri dezenfekte etme gereği duydunuz mu?	Hayır	74	68	142	71,0	0,874	1	0,350
	Evet	26	32	58	29,0			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Tablo 31’de görüldüğü gibi kendisine virüs bulaşacağına dair endişe taşıyan hastaların alınan önlemler açısından daha fazla oranda “diğer insanlarla temas etmemeye ve evde kalmaya uyum gösterdikleri” ($p=0,000$); daha fazla oranda “market, pazar, otobüs gibi toplu/kalabalık ortamlardan kaçındıkları” ($p=0,047$); daha fazla oranda “el dezenfektanı kullandıkları ve ellerini daha sık yıkadıkları” ($p=0,001$) ve daha fazla oranda “çevrelerindeki eşyaları veya yüzeyleri dezenfekte ettikleri” gözlemlendi ($p<0,001$).

Covid-19’a yönelik bulaşma endişesi taşıyan ve taşımayan hastalar arasında “yakınlarından ya da arkadaşlardan uzak kalma” ($p=0,372$); “maske kullanımı” ($p=0,052$) ve “eldiven kullanımı” ($p=0,370$) açısından anlamlı farklılık bulunmadığı gözlemlendi ($p=0,370$).

Tablo 31. Covid-19 Bulaşma Endişesi Taşıma Durumlarına Göre Katılımcıların Aldıkları Koruyucu Önlemler

		Virüs bana bulaşacak endişesi yaşadınız mı?		Total s (%)	χ^2	df	p
		Hayır s (%)	Evet s (%)				
Diğer insanlarla temas etmemeye, evde kalmaya uyum gösterebildiniz mi?	Evet	60 (75,9)	113 (93,4)	173 (86,5)	12,447	1	0,00
	Hayır	19 (24,1)	8 (6,6)	27 (13,5)			
Market, pazar, otobüs vb gibi toplu/kalabalık ortamlardan kaçındığınız oldu mu?	Evet	52 (65,8)	95 (78,5)	147 (73,5)	3,951	1	0,047
	Hayır	27 (34,2)	26 (21,5)	53 (26,5)			
Yakınlarınızdan ya da arkadaşlarınızdan uzak kalmanız gerekti mi?	Evet	48 (60,8)	81 (66,9)	129 (64,5)	0,80	1	0,37
	Hayır	31 (39,2)	40 (33,1)	71 (35,5)			
El dezenfektanı kullandınız mı ya da sık sık ellerinizi yıkadınız mı?	Evet	57 (72,2)	109 (90,1)	166 (83,0)	10,891	1	0,001
	Hayır	22 (27,8)	12 (9,9)	34 (17,0)			
Maske kullandınız mı?	Evet	72 (91,1)	118 (97,5)	190 (95,0)	4,098	1	0,052
	Hayır	7 (8,9)	3 (2,5)	10 (5,0)			
Eldiven kullandınız mı?	Evet	10 (12,7)	21 (17,4)	31 (15,5)	0,805	1	0,37
	Hayır	69 (87,3)	100 (82,6)	169 (84,5)			
Çevrenizdeki eşyaları dezenfekte etme gereği duydunuz mu?	Evet	9 (11,4)	49 (40,5)	58 (29,0)	19,661	1	0,00
	Hayır	70 (88,6)	72 (59,5)	142 (71,0)			
	Total	79 (100)	121 (100)	200 (100)			

Pandemi döneminde atak geçiren hastaların Covid-19'a yönelik alınan önlemler açısından daha az maske ve dezenfektan kullanımlarının olduğu ($p=0,017$ ve $p=0,001$), bununla birlikte evde kalmaya uyum gösterme, kalabalık ortamlardan kaçınma, yakınlarından ve arkadaşlardan uzak kalma, eldiven kullanma ve çevredeki eşyaları dezenfekte etme eğilimleri açısından anlamlı farklılık göstermedikleri gözlemlendi (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların Hastalık Seyirlerine Göre Covid-19'a Yönelik Aldıkları Koruyucu Önlemler

		Alevlenme		Total	χ^2	df	p
		Yoks (%)	Vars (%)	s (%)			
Diğer insanlarla temas etmemeye, evde kalmaya uyum gösterebildiniz mi?	Hayır	17 (11,3)	10 (20,0)	27 (13,5)	2,412	1	0,12
	Evet	133 (88,7)	40 (80,0)	173 (86,5)			
Market, pazar, otobüs vb gibi toplu/kalabalık ortamlardan kaçındığınız oldu mu?	Hayır	38 (25,3)	15 (30,0)	53 (26,5)	0,419	1	0,52
	Evet	112 (74,7)	35 (70,0)	147 (73,5)			
Yakınlarınızdan ya da arkadaşlarınızdan uzak kalmanız gerekti mi?	Hayır	52 (34,7)	19 (38,0)	71 (35,5)	0,182	1	0,67
	Evet	98 (65,3)	31 (62,0)	129 (64,5)			
El dezenfektanı kullandınız mı ya da sık sık ellerinizi yıkadınız mı?	Hayır	18 (12,0)	16 (32,0)	34 (17,0)	10,631	1	0,001
	Evet	132 (88,0)	34 (68,0)	166 (83,0)			
Maske kullandınız mı?	Hayır	4 (2,7)	6 (12,0)	10 (5,0)	6,877	1	0,017
	Evet	146 (97,3)	144 (88,0)	190 (95,0)			
Eldiven kullandınız mı?	Hayır	127 (84,7)	42 (84,0)	169 (84,5)	0,013	1	0,91
	Evet	23 (15,3)	8 (16,0)	31 (15,5)			
Çevrenizdeki eşyaları dezenfekte etme gereği duyduunuz mu?	Hayır	107 (71,3)	35 (70,0)	142 (71,0)	0,032	1	0,86
	Evet	43 (28,7)	15 (30,0)	58 (29,0)			
Total		150 (100)	50 (100)	200 (100)			

Katılımcıların Covid-19 ilişkili belirtileri ile Covid-19'a yönelik aldıkları koruyucu önlemlerin ilişkisi Tablo 33'de sunulmuştur. Katılımcıların Covid-19 ilişkili belirtilerinin “diğer insanlarla temas etmemeye ve evde kalmaya uyum gösterme” davranışı açısından gruplar arasında farklılık göstermediği gözlemlendi. Kalabalık ortamlardan kaçınan hastalarda Covid-19 ilişkili anksiyöz belirtilerin daha fazla olduğu ($p=0,018$), bir önlem olarak yakınlarından ve arkadaşlarından uzak kalan hastalarda ise Covid-19 ilişkili depresif ve anksiyöz belirtilerin daha fazla olduğu gözlemlendi ($p=0,014$ ve $p=0,027$). Covid-19 ilişkili depresif ve anksiyöz belirtilerin “dezenfektan kullanımı/sık el yıkama davranışı” sergileyen bireylerde daha fazla olduğu gözlemlendi ($p=0,006$ ve $p=0,006$). Covid-19 ilişkili sanrısız belirtileri olan hastaların daha az oranda maske kullandıkları gözlemlenirken ($p=0,009$), Covid-19 ilişkili anksiyöz, sanrısız ve obsesif-kompulsif belirtileri olan hastaların ise daha fazla eldiven kullanımlarının olduğu gözlemlendi ($p<0,001$, $p=0,006$, $p<0,001$). Covid-19 ilişkili belirtiler açısından eşya ve yüzeyleri dezenfekte etmenin ise gruplar arasında farklılık oluşturmadığı gözlemlendi.

Tablo 33. Katılımcıların Covid-19 İle İlişkili Ruhsal Belirtilerine Göre Aldıkları Koruyucu Önlemler

		N	Mean±SD	Mean Rank	U	Z	p
Diğer insanlarla temas etmemeye, evde kalmaya uyum gösterebildiniz mi?	CD	Hayır	0,29±0,927	92,44	2118,000	-1,236	,216
		Evet		101,76			
	CA	Hayır	0,31±0,864	91,39	2089,500	-1,379	,168
		Evet		101,92			
	CS	Hayır	0,05±0,231	103,87	2244,500	-,958	,338
		Evet		99,97			
	CO	Hayır	0,02±0,140	102,20	2289,500	-,678	,498
		Evet		100,23			
Kalabalıktan kaçınma	CD	Hayır	0,29±0,927	92,34	3463,000	-1,903	,057
		Evet		103,44			
	CA	Hayır	0,31±0,864	90,22	3350,500	-2,366	,018
		Evet		104,21			
	CS	Hayır	0,05±0,231	100,25	3882,500	-,106	,916
		Evet		100,59			
	CO	Hayır	0,02±0,140	100,39	3889,500	-,068	,945
		Evet		100,54			
Aile ve arkadaşlardan uzak kalma	CD	Hayır	0,29±0,927	91,99	3975,000	-2,453	,014
		Evet		105,19			
	CA	Hayır	0,31±0,864	92,70	4025,500	-2,218	,027
		Evet		104,79			
	CS	Hayır	0,05±0,231	99,30	4494,500	-,639	,523
		Evet		101,16			
	CO	Hayır	0,02±0,140	99,91	4537,500	-,442	,658
		Evet		100,83			
Dezenfektan kullanımı/sık el yıkama	CD	Hayır	0,29±0,927	85,00	2295,000	-2,725	,006
		Evet		103,67			
	CA	Hayır	0,31±0,864	84,50	2278,000	-2,775	,006
		Evet		103,78			
	CS	Hayır	0,05±0,231	102,35	2759,000	-,604	,546
		Evet		100,12			
	CO	Hayır	0,02±0,140	101,44	2790,000	-,429	,668
		Evet		100,31			
Maske kullanımı	CD	Hayır	0,29±0,927	94,40	889,000	-,544	,587
		Evet		100,82			
	CA	Hayır	0,31±0,864	93,80	883,000	-,589	,556
		Evet		100,85			
	CS	Hayır	0,05±0,231	116,40	791,000	-2,626	,009
		Evet		99,66			
	CO	Hayır	0,02±0,140	98,50	930,000	-,462	,644
		Evet		100,61			
Eldiven kullanımı	CD	Hayır	0,29±0,927	98,71	2317,500	-1,621	,105
		Evet		110,24			
	CA	Hayır	0,31±0,864	96,13	1881,500	-3,907	,000
		Evet		124,31			
	CS	Hayır	0,05±0,231	98,88	2345,500	-2,725	,006
		Evet		109,34			
	CO	Hayır	0,02±0,140	98,50	2281,500	-4,705	,000
		Evet		111,40			
Eşya ve yüzeyleri dezenfekte etme	CD	Hayır	0,29±0,927	98,95	3897,500	-,944	,345
		Evet		104,30			
	CA	Hayır	0,31±0,864	98,22	3794,500	-1,366	,172
		Evet		106,08			
	CS	Hayır	0,05±0,231	100,73	4085,000	-,262	,794
		Evet		99,93			
	CO	Hayır	0,02±0,140	99,91	4034,000	-,933	,351
		Evet		101,95			

Not: CD: Covid-19 ilişkili depresif belirtiler, CD: Covid-19 ilişkili anksiyöz belirtiler, CD: Covid-19 ilişkili sanrısız belirtiler, CD: Covid-19 ilişkili obsesif belirtiler.

4.5.3. Covid-19'a Yönelik Haber Kaynakları

Çalışmamızda katılımcıların Covid-19 ile ilgili haber ve bilgilere erişim kaynakları Tablo 34'te özetlenmiştir. Covid-19 ile ilgili en yaygın haber/bilgi kaynağı olarak katılımcıların 94%'ünün (s:188) Televizyonu tanımladıkları, bunu 20% (s:40) ile sosyal medyanın takip ettiği görüldü. 12% (s:24) hasta internet sitelerini, 6,5% (s:13) hasta aile/arkadaş çevresini, 6% (s:12) hasta Whatsapp uygulamasını ve yalnızca 1% (s:2) hasta gazeteleri kendisi için Covid-19'a yönelik haber/bilgi kaynağı olarak tanımladı. Diğer kategorisinde 3% (s:6) hastadan üç kişi doktorunu, bir kişi hastane toplantılarını, iki kişi ise yakınının Covid-19 tanısı alması üzerine kendilerini arayan Sağlık Bakanlığı'nı haber/bilgi kaynağı olarak tanımlamıştır.

Tablo 34. Katılımcıların Covid-19'a İlişkin Haber/Bilgi Kaynakları (s:200).

		s	%
Televizyon	Evet	188	94
	Hayır	12	6
Gazete	Evet	2	1
	Hayır	198	99
İnternet Siteleri	Evet	24	12
	Hayır	176	88
Sosyal Medya	Evet	40	20
	Hayır	160	80
Whatsapp	Evet	12	6
	Hayır	188	94
Aile/arkadaş çevresi	Evet	13	6,5
	Hayır	187	93,5
Diğer	Evet	6	3
	Hayır	194	97
Total		200	100

Katılımcıların yaş gruplarına göre sosyal medyayı Covid-19'a yönelik haber/bilgi kaynağı olarak kullanma oranları incelendi ve artan yaş ile birlikte bu oranın anlamlı düzeyde azaldığı gözlemlendi ($p<0,001$) (Tablo 35).

Tablo 35. Katılımcıların Covid-19'a İlişkin Haber/Bilgi Kaynağı Olarak Sosyal Medya Kullanımlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

		Covid-19'a ilişkin haber kaynağı olarak sosyal medya kullanımı		Total	χ^2	df	p
		Hayır s (%)	Evet s (%)				
Yaş aralığı	18-24	7 (53,8)	6 (46,2)	13 (100,0)	22,383	5	0,000
	25-34	19 (59,4)	13 (40,6)	32 (100,0)			
	35-44	44 (84,6)	8 (15,4)	52 (100,0)			
	45-54	44 (80,0)	11 (20,0)	55 (100,0)			
	55-64	38 (95,0)	2 (5,0)	40 (100,0)			
	≥65	8 (100,0)	0 (0,0)	8 (100,0)			
	Total	160 (80,0)	40 (20,0)	200 (100,0)			

Katılımcıların görüşme yöntemlerine göre sosyal medyayı Covid-19'a yönelik haber/bilgi kaynağı olarak kullanma oranları incelendi ve telefon ile poliklinik grupları arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlemlendi (Tablo 36).

Tablo 36. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Covid-19’a İlişkin Haber/Bilgi Kaynakları

		Görüşme Yöntemi*		Total	χ^2	df	p
		Telefon	Poliklinik				
Televizyon	Hayır	6	6	12	0,000	1	1,00
	Evet	94	94	188			
Gazete	Hayır	98	100	198	2,020	1	0,15
	Evet	2	0	2			
İnternet Siteleri	Hayır	89	87	176	0,189	1	0,66
	Evet	11	13	24			
Sosyal Medya	Hayır	84	76	160	2,000	1	0,16
	Evet	16	24	40			
Whatsapp	Hayır	95	93	188	0,355	1	0,55
	Evet	5	7	12			
Aile/arkadaş çevresi	Hayır	92	95	187	0,740	1	0,39
	Evet	8	5	13			
Total		100	100	200			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Katılımcıların psikiyatrik tanılarına göre sosyal medyayı Covid-19’a yönelik haber/bilgi kaynağı olarak kullanma oranları incelendi ve şizofreni ile bipolar bozukluk grupları arasında anlamlı farklılık olamadığı gözlemlendi (Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Covid-19’a Yönelik Haber/Bilgi Kaynakları

		Psikiyatrik Tanı*		Total	χ^2	df	p
		Şizofreni (s)	Bipolar Bozukluk (s)				
Televizyon	Hayır	8	4	12	1,418	1	0,23
	Evet	92	96	188			
Gazete	Hayır	99	99	198	,000	1	1,00
	Evet	1	1	2			
İnternet Siteleri	Hayır	88	88	176	,000	1	1,00
	Evet	12	12	24			
Sosyal Medya	Hayır	82	78	160	,500	1	0,48
	Evet	18	22	40			
Whatsapp	Hayır	96	92	188	1,418	1	0,23
	Evet	4	8	12			
Aile/arkadaş çevresi	Hayır	95	92	187	,740	1	0,39
	Evet	5	8	13			
Total		100	100	200			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

4.5.4. Covid-19 Döneminde Hastaların Öznel Deneyimleri

Katılımcılara “pandemi döneminde kendilerini en çok zorlayan durumlar”, açık uçlu bir soru olarak sorulmuş ve benzer yakınmalar temel kategoriler altında gruplandırılmıştır. Evde kalmak ve dışarı çıkamamak, pandeminin olumsuz etkileri içerisinde en çok tanımlanan (s:76) yakınmalar olmuştur. Evde kalmanın etkileri hastalar tarafından; aile, akraba ve arkadaşlar ile görüşmemek (s:24), kahvehane gibi sosyal ortamlardan uzak kalmak (s:2), bunalmak (s:14), hareketsiz kalmak (s:18), bankadan para çekememek (s:1), alışveriş yapamamak (s:4) gibi çeşitli sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir.

Aile içerisinde artan tartışmalar (s:6), uzaktan eğitim nedeni ile evde kalan çocuklar ile daha fazla ilgilenmek zorunda kalmak (s:4), dışarı çıkamayan yaşlı yakınlarının ihtiyaçlarını gidermek (s:4), yaşadığı evi ve ortamı değiştirmek ve buna adapte olmakta zorlanmak (s:3), evde yalnız kalmak (s:10) veya eve daha az misafir gelmesi (s:4) gibi aile ve sosyal yaşamla ilgili yakınmalar da hastalar tarafından pandeminin olumsuz etkileri olarak tanımlanmıştır. Ayrıca 65 yaş ve üzerindeki bazı hastalar, sokağa çıkma yasağını kendileri için en zorlayıcı durum olarak belirtmiştir.

Üç hasta, Covid-19 nedeni ile yakınlarının vefat etmesini kendileri için pandeminin en zorlayıcı etkisi olarak belirtmiştir. Üç hasta, yakınlarının Covid-19 ile enfekte olmalarının üzüntüsünü; beş hasta ise yakınlarının Covid-19 ile enfekte olmalarından endişelenmelerini kendileri için en zorlayıcı durum olarak tanımlamıştır. Yine üç hasta, Covid-19'un sağlık çalışanları, toplum ve Dünya üzerindeki genel etkisini kendilerini en çok üzen durum olarak tanımlamış, böyle bir pandeminin hiç olmamış olmasını dilediklerini ifade etmiştir.

Çalışma koşulları ve maddi sorunlar ise bazı hastalar için (s:26) pandeminin en büyük olumsuz etkileri olarak tanımlanmıştır. Hastaların ifade ettikleri öznel deneyimler içerisinde kendilerinin ve yakınlarının iş yerlerinin ekonomik olarak olumsuz etkilenmesi veya kapanması (s:10), uzaktan çalışma (s:2), iş bulamama (s:4), kısıtlamalar nedeni ile eğlence sektörü gibi bazı alanlarda mesleğin icra edilememesi (s:1), doktor olarak pandemi ile mücadelenin verdiği zorluklar (s:1), işyerinde bazı müşterilerin koruyucu önlemlere yönelik umursamaz tutumları (s:1), bir öğretmen olarak çevrimiçi ders işlemenin zorlukları (s:2) ve daha fazla sayıda hasta için geçim sorunları (s:13); pandeminin çalışma hayatı ve ekonomik etkilerine dikkat çekmiştir.

Pandeminin sağlık sistemi üzerindeki olumsuz etkileri ise bazı hastalar için en zorlayıcı etkiler olarak ifade edilmiştir. Dokuz hasta muayene olamamanın, üç hasta psikiyatri yataklı servisine yatışlarının yapılamamasının, iki hasta ilaçlarının serum düzeylerine bakılamamasının ve yine yedi hasta ise ilaçlarını reçete ettirememenin kendileri için pandeminin en olumsuz sonuçları olduğunu ifade etmiştir. İki hasta, enfekte olmaktan korktukları için takiplerine özel muayenehane koşullarında devam etme kararı aldıklarını belirtmiştir.

Yedi hasta kilo almanın kendileri için çok büyük bir üzüntü kaynağı olduğunu ifade etmiştir. Bazı hastalar (s:29), hareketsizlik ve ilaçların yan etkilerinin birlikte kilo alımlarını daha da tetiklediğini belirtmiştir.

82 hasta, pandeminin kendileri için belirgin zorlayıcı bir etkisinin olmadığını veya pandemiden etkilenmediklerini belirtirken, alınan yanıtlar içerisinde pandeminin olumlu etkilerinin daha belirgin olduğunu ifade eden hastalar da olmuştur. İki hasta daha fazla kitap okuduklarını ve bunun kendilerini iyi hissettirdiğini, bir hasta hobileri ile daha fazla ilgilenebildiğini ve çevrimiçi kurslara katıldığını, bir hasta evine aldığı spor aleti sayesinde kilo verdiğini, bir hasta ise akademik verimliliğinde ve üretkenliğinde artış olduğunu bildirmiştir.

4.6.Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakış

Tablo 38. Katılımcıların Telepsikiyatri Uygulamalarına Yönelik Bilgi Düzeyleri

		s	%
Valid	Ne olduğu hakkında hiçbir fikrim yok	185	92,5
	Daha önce duydum fakat bilgim yok/kısıtlı	13	6,5
	Daha önce duydum ve ne olduğunu biliyorum	2	1,0
	Total	200	100,0

Katılımcılara “telepsikiyatri, çevrimiçi terapi, uzaktan terapi hizmeti” kavramlarını daha önce duyup duymadıkları sorulduğunda katılımcıların %92,5’i (s:185), daha önce böyle bir kavram duymadıklarını ve ne olduğunu bilmediklerini ifade etti. Hastaların 6.5’i (s:13), daha önce duyduklarını fakat yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etti. Yalnızca 1% (s:2) hasta telepsikiyatri kavramının ne olduğu hakkında yeterli bilgiye sahipti ve bu hastalardan birisi doktor diğeri ise emekli bir hemşire idi (Tablo 38).

Katılımcılara telepsikiyatriye dair bilgi düzeyleri sorulduktan sonra telepsikiyatrinin kullanımı, avantaj ve dezavantajları hakkında genel bir açıklama yapıldı ve böyle bir uygulamayı kullanma/tercih etme konusunda ne düşündükleri soruldu. Katılımcıların 71%’i (s:142) olumlu/isterim şeklinde yanıt verirken, 29% (s:58) hasta olumsuz/istemem şeklinde yanıt verdi.

Görüşme yöntemi ile telepsikiyatriye bakış arasındaki ilişki incelendiğinde telefon ile görüşülen hastaların 82%’sinin, poliklinikte görüşülen hastaların ise 60%’ının telepsikiyatri uygulamalarına olumlu baktıkları ve gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu gözlemlendi ($p=0,001$) (Tablo 39).

Tablo 39. Katılımcıların Görüşme Yöntemlerine Göre Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları

		Telepsikiyatri uygulamasına nasıl bakıyorsunuz?		Total	χ^2	df	p
		Olumlu, isterims (%)	Olumsuz, istemems (%)				
Görüşme Yöntemi	Telefon	82 (82,0)	18 (18,0)	100 (100,0)	11,753	1	.001
	Poliklinik	60 (60,0)	40 (40,0)	100 (100,0)			
Total		142 (71,0)	58 (29,0)	200 (100,0)			

Katılımcıların kendilerine Covid-19 bulaşacağına yönelik endişelerinin telepsikiyatri uygulamalarına bakışları ile ilişkisi incelendiğinde, bulaşma endişesi olan hastaların telepsikiyatri uygulamalarına karşı daha olumlu bir bakışa sahip oldukları gözlemlendi ($p=0,001$) (Tablo 40).

Tablo 40. Covid-19 Bulaşma Endişesi Taşıma Durumlarına Göre Katılımcıların Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları

		Telepsikiyatri uygulamasına nasıl bakıyorsunuz?		Total s (%)	χ^2	df	p
		Olumlu, isterims (%)	Olumsuz , istemems (%)				
Virüs bana bulaşacak endişesi yaşadınız mı?	Hayır	46 (58,2)	33 (41,8)	79 (100,0)	10,345	1	0,001
	Evet	96 (79,3)	25 (20,7)	121 (100,0)			
Total		142 (71)	58 (29)	200 (100,0)			

Katılımcıların ruhsal belirtileri ile telepsikiyatri uygulamalarına yönelik bakışları incelendiğinde telepsikiyatriye olumsuz bakan hastaların daha fazla sanrısız belirti sayısına sahip oldukları görüldü ($p=0,01$) Diğer ruhsal belirtiler açısından ise gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 41).

Tablo 41. Katılımcıların Ruhsal Belirtilerine Göre Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları

	Telepsikiyatri uygulamalarına bakışınız?	n	Mean	SD	Mean Rank	U	p
Depresif Belirti Sayısı	Olumlu, isterim	142	0,82	1,671	103,96	3626,500	0,11
	Olumsuz , istemem	58			92,03		
Covid-19 İle İlişkili Depresif Belirti Sayısı	Olumlu, isterim	142	0,29	,927	103,52	3689,000	0,07
	Olumsuz , istemem	58			93,10		
Anksiyöz Belirti Sayısı	Olumlu, isterim	142	0,77	1,547	101,11	4031,000	0,78
	Olumsuz , istemem	58			99,00		
Covid-19 İle İlişkili Anksiyöz Belirti Sayısı	Olumlu, isterim	142	0,30	,864	102,25	3869,500	0,29
	Olumsuz , istemem	58			96,22		
Sanrısız Belirti Sayısı	Olumlu, isterim	142	0,49	1,002	95,57	3417,500	0,01
	Olumsuz , istemem	58			112,58		
Covid-19 İle İlişkili Sanrısız Belirti Sayısı	Olumlu, isterim	142	0,05	,231	100,00	4047,500	0,58
	Olumsuz , istemem	58			101,72		
Obsesif-Kompulsif Belirti Sayısı	Olumlu, isterim	142	0,08	,316	100,13	4066,000	,734
	Olumsuz , istemem	58			101,40		
Covid-19 İle İlişkili Obsesif-Kompulsif Belirti Sayısı	Olumlu, isterim	142	0,02	,140	101,32	4002,000	0,20
	Olumsuz , istemem	58			98,50		

Hastaların psikiyatrik tanılarına göre telepsikiyatri uygulamalarına yönelik bakışları sorgulandığında şizofreni hastalarının 62%'sinin, bipolar bozukluk hastalarının ise 80%'inin telepsikiyatri uygulamalarına olumlu baktığı ve iki tanı grubu arasında anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi ($p=0,005$) (Tablo 42).

Tablo 42. Katılımcıların Psikiyatrik Tanılarına Göre Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları

		Telepsikiyatri uygulamasına nasıl bakıyorsunuz?		Total	χ^2 df p		
		Olumlu, isterim(s)	Olumsuz, istemem(s)				
Psikiyatrik Tanı*	Şizofreni	62	38	100	7,868	1	0,005
	Bipolar Bozukluk	80	20	100			
Total		142	58	200			
		71,0%	29,0%	100,0%			

*S:100 olması ve her iki grupta s ve % değerlerinin eşit olması nedeni ile % değeri verilmemiştir.

Pandemi sürecinde hastalık belirtilerinde alevlenme yaşayan 50 hastadan 32'si (64%) ve alevlenme yaşamayan 150 hastadan 110'u (73,3%), telepsikiyatri uygulamalarına olumlu baktıklarını ifade etti. Hastalık seyrinde alevlenme yaşayan ya da yaşamayan hastaların telepsikiyatri uygulamalarına bakışları arasında farklılık gözlenmedi ($p=0,21$) (Tablo 43).

Tablo 43. Katılımcıların Hastalık Seyirlerine Göre Telepsikiyatri Uygulamalarına Bakışları

		Telepsikiyatri uygulamasına nasıl bakıyorsunuz?		Total s (%)			
		Olumlu, isterim s (%)	Olumsuz, istemem s (%)		χ^2	df	p
Hastalık belirtilerinde alevlenme (Psikotik, manik ya da depresif)	Yok	110 (73,3)	40 (26,7)	150(100,0)	1,587	1	0,21
	Var	32 (64,0)	18 (36,0)	50 (100,0)			
Total		142 (71,0)	58 (29,0)	200(100,0)			

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, takipli şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların Covid-19 pandemisi dönemindeki ayaktan psikiyatri başvurularının önündeki engelleri, bununla ilişkili olabilecek sosyodemografik ve klinik özellikler ile hastaların başvuru sorunlarına yönelik bir çözüm olabilecek telepsikiyatri uygulamalarına dair tutumları değerlendirdik. Çalışmamız, bildiğimiz kadarı ile Covid-19 pandemisinin şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalar üzerindeki etkilerini, özellikle başvuru sorunu yaşayabilecek hastaların da dahil edilebilmesi için yöntemsel olarak hem poliklinik ortamında yüz yüze hem de telefon ile uzaktan değerlendiren ilk çalışmadır.

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan hastaların ortalama yaşı $44,72 \pm 12,455$ olup, çoğunluğunu (%45) orta yaş olarak kabul edebileceğimiz (140) 45-64 yaş aralığındaki hastalar oluşturmuştur. Polikliniğe gelen ve telefonla görüşülen hastalar ortalama yaş açısından farklılık göstermemiş, tanı grupları arasında da fark bulunmamıştır. Pandemi döneminde Ankara, Türkiye’de şizofreni hastalarına telefon ile ulaşılan benzer bir çalışmanın örnekleme de ortalama yaş açısından bizim grubumuza oldukça yakın bulunmuştur. Bu açıdan örneklem grubumuzun yaş ortalaması yaş açısından Ankara da yaşayan hastaları yansıttığı düşünülebilir. Çalışmamızda, yüzyüze veya telefonla görüşülen hastalar yaş gruplarına göre incelendiğinde, sayıca sınırlı olmakla birlikte ($s:8$) ≥ 65 yaş hastaların büyük bir kısmının (%62,5) telefon ile görüşülen grupta oldukları izlenmiştir. İtalya ve Kore’de pandemi döneminde psikiyatri başvurularının incelendiği iki araştırmada 65

yaş üstü hasta grubunun pandemi öncesi döneme göre başvuru oranı en çok düşen yaş grubu olduğu bildirilmiştir (141, 142). Ülkemizde de pandemi döneminde 65 yaş ve üstü bireyler için getirilen sokağa çıkma yasağı (143) ve bu yaş grubunun Covid-19 için riskli yaş grubu olarak tanımlanması, (144) bu gruptaki hastaların sağlık hizmetine ulaşmalarını zorlaştırabilir. Bu açıdan Covid-19 pandemisi gibi kriz dönemlerinde yaşlı hastaların takiplerine yönelik planlamaların yapılması uygun olacaktır.

Çalışmamızda polikliniğe gelen ve telefonla görüşülen hastalar arasında cinsiyet açısından fark bulunmamış ancak şizofreni tanılı hastalarda erkek, bipolar bozukluk tanılı hastalarda ise kadın cinsiyetin ağırlıklı olduğu görülmüştür. Tanı grupları arasındaki bu cinsiyet farklılığını büyük çaplı epidemiyolojik veriler de desteklemektedir (3, 145). Benzer biçimde yine epidemiyolojik çalışma verileri ile uyumlu olarak katılımcıların medeni durumları psikiyatrik tanılarına göre karşılaştırıldığında bipolar bozukluk tanılı hastaların evlilik oranları şizofreni tanılı hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (146).

Çalışmamızda eğitim düzeyi açısından polikliniğe gelen ve telefonla görüşülen hastalar arasında anlamlı fark bulunmamış, fakat aralarında anlamlı fark olmamakla birlikte üniversite mezunu olanların oranı bipolar bozukluk grubunda (%30) şizofreni hastalarına (%19) göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak örneklem grubumuzun yaş, cinsiyet, eğitim açısından epidemiyolojik veriler ile uyumlu bir örneklem grubu olduğu düşünülebilir (146).

Katılımcıların medeni durumları psikiyatrik tanılarına göre karşılaştırıldığında bipolar bozukluk tanılı hastaların evlilik oranlarının şizofreni

tanılı hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiş ve bu anlamlı fark literatürdeki epidemiyolojik çalışma verileri ile uyumluluk göstermiştir (146).

Geniş çaplı literatür verileri eğitim düzeylerinin bipolar bozukluk hastalarında şizofreni hastalarına göre daha yüksek olduğunu bildirirse de çalışmamızda muhtemelen kısıtlı örneklem nedeni anlamlı farklılık gözlenmemiştir (146).

Meslek durumu açısından gruplar karşılaştırıldığında şizofreni hastalarında çalışma oranının memur, işçi ya da serbest meslek olarak toplamda %28 olduğu ve gerek tanı gerek görüşme yöntemi olarak toplam dört grup arasında anlamlı farklılıkların olmadığı gözlemlendi. Bulgularımız, şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının genel popülasyona göre düşük çalışma oranları (3, 27) ile uyumlu görünmektedir.

Bulgularımız çalışan hastaların %10'unun pandemi döneminde uzaktan çalıştıklarını, memur olarak çalışanların % 23.6'sının idari izinli olduklarını göstermiştir. Eurofound'un 2020 yılı raporuna göre Covid-19 pandemisi ile birlikte Avrupa'da uzaktan çalışma oranı 40% olarak bildirilmiştir (147) Ülkemizde pandemi öncesi dönemde de genel olarak uzaktan çalışma oranlarının Avrupa ülkelerine oranla düşük olması, hastaların çalıştıkları iş kollarının uzaktan çalışmaya elverişli olmaması gibi nedenler çalışmamızdaki düşük uzaktan çalışma oranlarının olası nedenleri olabilir (147-149).

Pandemi döneminde şizofreni, sanrılı bozukluklar ve zeka geriliği gibi kronik ruhsal hastalıklar idari izin kapsamında olmasına rağmen, bulgularımız aynı zamanda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin pandemi döneminde uzaktan çalışma veya idari izin gibi sosyal destek olanaklarına ulaşma oranının düşük olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Pandemi Sürecinde Sağlık Hizmetlerine Erişimin Değerlendirilmesi

Covid-19 pandemisinin hızla yayılması ile birlikte toplumda sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili endişeler ortaya çıkmıştır. Sokağa çıkma yasağı ile birlikte sağlık kuruluşlarında randevusuz hastaların kabul edilmemesi, randevu aralıklarının uzatılması gibi önlemler (3), genel popülasyonla birlikte kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin de sağlık hizmetlerine erişimlerini etkilemiştir. Bununla birlikte Covid-19'a yönelik endişelerin de hastaların sağlık hizmeti arayışlarını etkilediği gösterilmiştir (3) Tüm bu nedenlerle hastaların takip ve tedavilerindeki aksamaların; hasta-hekim ilişkisinde bozulmalara, hastaların yalnızlık ve çaresizlik duygularına kapılmalarına, tedavi etkinliği ve yan etkilere yönelik gerekli müdahalelerin yapılmasında zorluklara neden olabileceği bildirilmiştir (60-62).

Çalışmamıza katılan hastaların büyük bir çoğunluğu pandemi döneminde sağlık kuruluşuna gidemediklerini ifade etmiş (63,5%) ve bunun en önemli nedeni (72%) olarak enfekte olma korkusunu tanımlamışlardır. Ankara'da şizofreni hastalarına Haziran - Eylül 2020 tarihleri arasında telefon ile ulaşılan bir çalışmada da 73% hastanın sağlık kuruluşuna gidemediği, 74,5% hastada da bu durumun nedeninin Covid-19 ile enfekte olma korkusu olduğu şeklinde benzer bulgular bildirilmiştir (3)

Çalışmamızda, hastaların enfekte olma korkusu nedeniyle pandemi döneminde sağlık kuruluşuna gidememe durumları sorgulanmış ve telefon ile ulaşılan hastalarda (61%), poliklinikte görüşülen hastalara göre (31%) daha fazla bildirildiği gözlenmiştir. Hastanelerin Covid-19 enfeksiyonu açısından daha yüksek riskli bir ortam olarak değerlendirilmesi bu hastaların hastaneye başvurmadan

kaçınmalarında rol oynamış olabilir. Bununla birlikte hastaların büyük çoğunluğu Covid-19 ile enfekte olma endişesi taşıdıklarını dile getirmiş (%60,5); telefon (60%) ve poliklinik (61%) grupları, bu açıdan farklılık göstermemiştir. Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, Covid-19 bulaşma endişesinin tüm katılımcılarda yaygın olduğu, fakat bazı hastalarda kaçınma davranışına yol açtığı düşünülebilir.

Katılımcıların pandemi döneminde Covid-19 ile ilişkilendirdikleri ruhsal (depresif, anksiyöz, sanrısız, obsesif-kompulsif) belirtilerinin sağlık kuruluşuna gidememe durumları üzerindeki etkileri incelendiğinde yalnızca Covid-19 ile ilişkilendirilen anksiyete belirtilerinin (Endişeye kapılma, ölüm korkusu, kontrolü kaybetme gibi) sağlık kuruluşuna gidemediğini bildiren hastalarda daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular enfekte olma endişesinin yanında Covid-19 ilişkili diğer anksiyete belirtilerinin varlığının da hastaların sağlık kuruluşuna başvurularını azaltabileceğini düşündürmektedir.

Görüşme yöntemi ve psikiyatrik tanımlar birlikte değerlendirildiğinde, pandemi döneminde sağlık kuruluşuna gidemediğini ifade eden hastaların en fazla telefonla görüşülen bipolar bozukluk tanılı hastalar (82%), en az ise poliklinikte görüşülen bipolar bozukluk tanılı hastalar (38%) olduğu gözlenmiştir. Şizofreni tanılı hastalar ise sağlık kuruluşuna gidememe açısından daha yakın oranlar bildirmişlerdir (Telefon ile görüşülenler 74%, poliklinikte görüşülenler 60%). Bulgularımız pandemi döneminde şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının herhangi bir alevlenme yaşasalar da yaşamasalar da, sağlık kuruluşuna gidememe sorunu yaşadıklarını göstermiş, gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatürde; pandemi döneminde, pandemi öncesi döneme göre göre akut/şiddetli psikiyatrik tabloların başvuru oranlarının arttığını, remisyonda olan hastaların

başvurularının ise azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (142, 150) Başta bipolar bozukluk hastaları olmak üzere çalışmamızda telefon ile görüşülen hastaların daha fazla başvuru sorunu yaşadıklarını ifade ettikleri de göz önünde bulundurulduğunda bu durum, akut/şiddetli ruhsal belirtilerin varlığında hastaların polikliniğe başvurma eğiliminde olduklarını fakat pandemi döneminde çeşitli nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvuru sorunları da yaşayabildiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda doktorları tarafından gerekli görülse de yatışlarının yapılamadığını ifade eden hastaların oranı (9,4%, s:12) olarak bulunmuştur. Pandemi döneminde psikiyatri yataklı servislerinin kapanması veya Covid-19 servislerine dönüştürülmesi nedeniyle yataklı psikiyatri hizmetlerinde aksama, literatürde de bildirilmektedir (142) Almanya’da yapılan bir çalışmada pandemi sürecinde zorunlu/acil psikiyatri yataklı servis yatışlarının önceki yıllara göre sayıca düşük olsa da oransal olarak arttığı gösterilmiştir (151) Bu noktada kriz dönemlerinde ve öncesinde, yatışların sayı ve niteliklerine yönelik planlamaların yapılması, yatış ihtiyacı olan hastaların takip ve tedavilerinde olası aksamaların önüne geçebilir.

Bulgularımız sağlık kuruluşuna gidememenin diğer nedenleri olarak 5 hastanın (3,9%), başvuruları geri çevrildiği için, 32 hastanın ise (25%) doktoruna/hastanesine ulaşamadığı ve nereye gitmesi gerektiğini bilemediği için sağlık kuruluşuna gidemediğini göstermiştir.

Sonuç olarak, bulgularımız şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların pandemi döneminde, enfekte olma endişeleri, yataklı hizmetlerin sınırlı olması, hastaların bu gibi bir durumda nasıl davranacakları hakkında bilgilerinin sınırlı olması nedeniyle takip ve tedavilerinde aksamalar yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Bu aksamaların önlenmesi için hastaların ruh sağlığı

hizmetlerine etkin ve yeterli biçimde ulaşabilecekleri seçeneklerin oluşturulması önem kazanmaktadır. Nitekim takipli hastalarımızın pandemi sürecinde soru, görüşme ve reçete talebi gibi konularda destek alabilmesi için kliniğimizde bir telefon hattı tahsis edilmiş, hastaların sağlık hizmetine ulaşmaları kolaylaştırılmaya çalışılmıştır.

5.3. Pandemi Sürecinde Hastalık Seyrinin Değerlendirilmesi

Bulgularımız katılımcıların dörtte birinde (Bipolar bozukluk hastalarında 28%, şizofreni hastalarında 22%) pandemi döneminde hastalık seyrinde alevlenme olduğunu göstermiş, tanı grupları arasında ise farklılık gözlenmemiştir. Bulgularımızla benzer olarak, ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerde pandemi döneminde 15-30% aralığında alevlenme oranları bildirilmiştir (3, 152). Alevlenme yaşayan hastaların sınırda bir anlamlılık düzeyinde de olsa poliklinik grubunda (31%), telefon grubuna oranla (19%) daha fazla oldukları gözlenmiştir. Alevlenmenin çalışmamızda poliklinik grubunda daha yüksek oranda gözlenmesi, alevlenme yaşayan hastaların kendileri veya yakınları tarafından bir tedavi arayışı içerisinde başvuruda bulunduklarını gösterebilir.

Bulgularımız, çalışmaya katılan hastaların yaklaşık dörtte birinin (25,5%, s:51) pandemi döneminde ilaç kullanımlarında aksama olduğunu göstermiştir. İlaç kullanımındaki aksamaların en önemli nedeninin (19%, s:38) hastaların tedavi uyumsuzlukları olduğu, daha az sayıda hastada (%6,5, s:13) ise pandemi nedeni ile ilaçların temin edilemeyişi olduğu gözlenmiştir. Benzer bulgular şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar bozukluk ve major depresyon gibi ciddi ruhsal hastalığı

olan 132 bireyin incelendiği bir çalışmada gözlenmiş ve hastaların 20%'sinin pandemi döneminde çeşitli nedenlerle ilaçlarını bıraktıkları bildirilmiştir (152).

Çalışmamızda; ilaç kullanımında aksama olan hastalarda, ilaçlarını düzenli kullanan hastalara göre daha fazla alevlenme yaşandığı gözlenmiştir (sırası ile 45,1% ve 18,1%). Nitekim tedavi uyumsuzluğunun ciddi ruhsal hastalıklarda relaps gelişimi ile ilişkisi dikkate alındığında bu beklenenebilecek bir sonuçtur (3, 152).

Pandemi döneminde ilaç kullanımında aksama oranları, gerek psikiyatrik tanı gerekse görüşme yöntemine göre farklılık göstermemiştir. Çalışmamızda, pandemi döneminde “tedavi uyumsuzluğu” nedeni ile ilaçlarını bırakan hastaların oranı (19%), pandemi öncesinde yapılan çalışmaların bulguları ile büyük oranda benzerlik göstermektedir (153, 154). Bu benzerlik, hasta kaynaklı faktörlerin pandemi döneminde de benzer şekilde devam edebileceğini düşündürse de, çalışmamızda “pandemi dönemi ile birlikte kilo alımındaki artışı, kilo aldırıldığını düşündüğü ilaçlarını bırakarak durdurmaya çalışan” hastaların olduğunun görülmesi, pandeminin hastalar üzerinde çok farklı etkilerinin olabileceğini düşündürmektedir. Tüm katılımcılar dikkate alındığında toplamda hastaların 6,5%'inin (s:13) pandemi nedeni ile ilaçlarına erişemediğini bildirmesi, pandemi dönemindeki alevlenmelerin bir başka potansiyel nedeni olarak görülebilir. Bu erişim güçlüğü'nün, tedavi uyumsuzluğuna oranla çok daha az gözlenmesi, ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın pandemi döneminde ilaçların raporları ve eczanelerden temini açısından kolaylık sağlamış olması ile açıklanabilir (155).

Sonuç olarak Covid-19 pandemisi gibi kriz dönemlerinde tedavi uyumsuzluğunun belirgin olduğu hastaların takiplerinin çok daha zor olabilmesi ve bu hastaların belirtilerinde kötüleşme riskinin yüksek olması nedeni ile telepsikiyatri

uygulamalarının kullanımı, alevlenmelerin önüne geçebilir. İlaçlara erişimin aksamaması adına Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlemeler getirilmiş olsa da (155), pandemi nedeni ile ilaçlarını alamadığını ifade eden hastalar için ilaç erişimine yönelik olası bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve ilaçların hastalara ulaşma sürecindeki potansiyel engellerin tespit edilmesi gerekli görünmektedir.

Pandemi döneminde alevlenme riskinin önüne geçilebilmesi, hastaların hastalık belirtilerinde kötüleşme olduğunu farkedebilecek ve gerektiğinde başvuru ve zorunlu yatış için hastayı yönlendirebilecek bireylerin varlığı, yani sosyal destekleri ile sağlanabilir (156, 157). Çalışmalar şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında sosyal desteğin yetersiz olması halinde relaps oranlarının arttığını göstermiştir (156, 157). Literatürle paralel olarak, bulgularımız pandemi döneminde alevlenme yaşama oranlarının sosyal destek düzeyi kısmen (40%) veya hemen tüm alanlarda yetersiz olan hastalarda (26,7%), sosyal desteği yeterli olanlara göre (15,7%) daha fazla olduğunu göstermiştir. Sosyal destekteki yetersizliklerin relaps gelişimini tetikleyebilmesinin altında; hastaların hastane başvuruları, ilaçlara erişimleri, temel ihtiyaçlarının sağlanmasında ve stresle başetmelerinde güçlüklerle karşılaşmalarının yatabileceği bildirilmiştir (158-160).

5.4. Pandemi Sürecinde Ruhsal ve Vejetatif Belirtilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların depresif, anksiyöz, sanrısız ve obsesif-kompulsif belirtileri sorgulanmış ve en sık tanımlanan belirtilerin anksiyöz ve depresif belirtiler olduğu gözlenmiştir. Covid-19 ile ilişkili

belirtiler sorgulandığında en sık tariflenen belirtiler yine anksiyöz ve depresif belirtiler olarak gözlenmiş ve Covid-19 pandemisinin ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler üzerindeki ruhsal etkilerini araştıran çalışmaların verileri ile uyumlu bulunmuştur (131, 161)

Çalışmamızda poliklinikte görüşülen hastaların telefonda görüşülen hastalara oranla daha fazla anksiyöz belirti tarifledikleri, buna karşılık Covid-19 ile ilişkili anksiyöz belirtilerin ise telefon ve poliklinik grupları arasında farklılık göstermediği gözlenmiştir. Bu bulgular, katılımcıların anksiyete belirtilerinin Covid-19 ile ilişkili olup olmamalarının psikiyatri polikliniğine başvuruları üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim çalışmamızda telefon ile görüşülen hastalar daha fazla oranda “Covid-19 ile enfekte olma korkusu nedeni ile sağlık kuruluşuna gidemediklerini” belirtmiştir.

Bulgularımız şizofreni ve bipolar bozukluk hastaların 59%’unun kendilerinin, 39%’unun ise yakınlarının enfekte olmalarından endişelendiklerini göstermiş ve tanı grupları arasında farklılık gözlenmemiştir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin dahil edildiği çalışmalarda, katılımcıların kendileri veya yakınlarının Covid-19 ile enfekte olmalarına yönelik endişeleri için genel olarak 46-74% aralığında benzer oranlar bildirilmiştir (37, 162)

Çalışmamızda Covid-19 ilişkili anksiyöz belirtiler kadın hastalar tarafından erkeklere kıyasla zayıf bir anlamlılık düzeyinde daha fazla bildirilmiştir. Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında eşlik eden anksiyete belirtilerinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu bilinmektedir (163, 164) Covid-19 pandemisi ile birlikte gelişen anksiyete belirtilerinin de genel popülasyonda kadınlarda daha fazla gözlemlendiği bildirilmiştir (165, 166)

Çalışmamızda, ailesinde Covid-19 tanılı birey olan hastalar daha fazla Covid-19 ilişkili anksiyöz ve depresif belirti tariflemişlerdir. Literatürde evli (veya birlikte yaşayan) ve çocuk sahibi hastaların Covid-19 pandemisi döneminde daha fazla anksiyete belirtisi gösterdikleri (166); ayrıca aile veya arkadaşları Covid-19 tanısı alan bireylerin de daha yüksek anksiyete düzeyleri gösterdiği bildirilmiştir (27) Bu ilişkiyi açıklayacak muhtemel faktörler olarak; Covid-19 tanılı aile bireyleri için karantina/izolasyon önlemlerinin alınması ile iletişim ve ziyaretlerin kısıtlanması, maddi kayıplar ve hastalar için çeşitli kaynaklara erişimin zorlaşması sayılabilir. Covid-19 tanılı aile bireylerinin hastaneye yatmaları durumunda hastane yatış süreleri, tedavileri ve hastalık seyirlerine yönelik belirsizlik hissi ve tekrar görüşememe endişesi de hastaların anksiyöz ve depresif belirtiler geliştirmesine katkıda bulunmuş olabilir (167).

Çalışmamızda Covid-19 ilişkili depresif belirtiler, anksiyöz belirtilerin aksine cinsiyet açısından farklılık göstermemiştir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada da benzer şekilde Covid-19 ilişkili depresif belirtiler için cinsiyet farkı saptanmamıştır (168). Çalışmamızda katılımcıların pandemi dönemindeki öznel deneyimleri sorgulandığında, Covid-19 ilişkili depresif belirtilerin ağırlıkla evde kalma, dışarı çıkamama ve sosyal yaşamın kısıtlanması üzerine şekillendiği görülmüştür. Çalışmalar şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda zorunlu sosyal izolasyon ve yalnızlığın depresif belirtilerin gelişiminde rol oynayabildiğini göstermiştir (169, 170).

Bulgularımız, Covid-19 pandemisi döneminde Covid-19 ile ilişkili sanrıların gelişebildiğini göstermiştir. Çalışmalar Covid-19 virüsünün kendisinden veya tedavisinde kullanılan ilaçların nöropsikiyatrik yan etkilerinden hariç olarak, genel popülasyonda dahi psikotik belirtilerin gelişebileceğini ve gelişimin altında pandemi

sürecinin uzamasının ve yanlış bilgilendirmenin yatabileceğini göstermiştir (39). Bu bilgiler ışığında çalışmamızda Covid-19 ile ilişkilendirilen sanrıların şizofreni hastaları tarafından bildirilmiş olması, hastalığın doğası gereği şaşırtıcı olmamıştır.

Covid-19 ile ilişkilendirilen 8 farklı sanrı, aktif sanrısı olan 46 şizofreni hastasından 8'i tarafından bildirilmiştir. Covid-19 ile ilişkili sanrılar; 2 paranoid, 2 persekütif, 1 somatik, 1 dini ve 2 adet de diğer türlerde tariflenmiştir. Sanrılar; “evin içerisinde Covid-19 virüslerinin uçarak dolaştıkları”, “babasının kasıtlı olarak Covid-19 ile enfekte edilerek öldürüldüğü”, “insanların kendisine kasıtlı olarak Covid-19 virüsü bulaştıracakları” (2 hastada), “Covid-19 virüsünün etrafa koku yaydığı”, “tanrıların kendisini Covid-19 virüsünden koruyacağı”, “siyah maske kullanan ve siyah giyinen insanların daha fazla virüs yaydıkları”, “Covid-19 virüsünü öldürebilmek için sıcak duş alınması gerektiği” şeklinde ifade edilmiştir.

Post-hoc analizler ile elde edilen bulgularımız, Covid-19 ilişkili sanrısız belirtilerin psikotik ve depresif alevlenmeler ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda toplam 8 şizofreni hastası tarafından tariflenen 8 sanrısız belirtinin 7'si psikotik alevlenme, 1'i ise kısmi remisyon halindeki bir şizofreni hastasının major depresyon döneminde ortaya çıkmıştır. Her ne kadar Covid-19 ilişkili sanrısız belirtilerin, psikotik alevlenme tarifleyen şizofreni hastalarında daha fazla gözlenmesi şaşırtıcı olmasa da; örneklemin küçüklüğünün, anlamlılığın gücünü kısıtladığı söylenebilir.

Covid-19 pandemisi ile birlikte genel popülasyonda 3,5% oranında obsesif-kompulsif belirtilerin gelişebildiği ve bu belirtilerin anksiyete, depresyon, uykusuzluk gibi komorbid psikiyatrik tablolarda daha fazla gözlendiği bildirilmiştir (171, 172). Literatür ile benzer oranda çalışmamızda da bulaş/temizlik türünde, sık el yıkama davranışı tarifleyen 4 hasta (2%) olmuştur.

Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%32,5) pandemi döneminde uyku süresinde azalma, %6,5 oranında hasta ise artış bildirmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %61'i pandemi döneminde uyku süreleri ile ilgili herhangi bir değişiklik tarilememiş, poliklinik ve telefon grupları arasında da uyku değişiklikleri açısından farklılık saptanmamıştır. Amerika ve Taiwan'da ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin dahil edildiği çalışmalarda pandemi döneminde uyku sürelerinde anlamlı değişiklikler gözlenmediği bildirilmiştir (45, 173).

Uyku süresinde azalma, pandemi döneminde alevlenme yaşayan hastalarda (%76) belirtileri stabil olan hastalara göre (%18) daha fazla gözlenmiştir. Bu bulgu gerek psikotik alevlenme gerekse manik ve depresif epizodlarda gözlenebilen insomnia ile ilişkilendirilebilir (174-176) Daha az oranda tariflenen uyku süresindeki artış ise belirtileri stabil olan 8 hasta ve alevlenme tarifleyen 4 bipolar bozukluk (depresif epizod) ve 1 şizofreni hastası (depresif nöbet) tarafından tariflenmiştir. Bipolar depresyonda hipersomninin sıklıkla gözlenebildiği (177) düşünüldüğünde uyku sürelerindeki artışın bir alevlenme bulgusu olarak gözlenmesi de şaşırtıcı olmayacaktır. Bulgularımız şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin pandemi döneminde uyku ile ilgili belirgin değişiklikler yaşamamasalar da, hastalık seyirlerinde alevlenme olması halinde uyku süresinde artma ya da azalma şeklinde sorunlar yaşayabileceklerini düşündürmüştür.

Çalışmamızda şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların toplamda 12%'si (s:24) iştah artışı, 24%'ü (s:48) ise vücut ağırlığında artış tariflemiştir. Vücut ağırlığında artışın, iştah artışına göre daha fazla tariflenmesi, vücut ağırlığını artırabilecek diğer faktörlerin varlığını düşündürmektedir. Çalışmalar, Covid-19 pandemisi ile birlikte yaşam tarzı, fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarının değiştiğini ve bunun iştah ve vücut ağırlığında artışlarla sonuçlanabildiğini

göstermiştir (178, 179) Ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin egzersiz ve diyet uyumlarının daha düşük olduğu (20, 180) ve psikotrop ilaçların iştah ve kilo artışı yapma potansiyelleri de (181) göz önünde bulundurulduğunda, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalık tanılarına sahip bireylerin pandemi döneminde iştah ve vücut ağırlığı değişiklikleri açısından daha büyük risk altında oldukları söylenebilir.

Görüşme yöntemine göre telefon ve poliklinik grupları arasında iştah açısından farklılık saptanmamış, vücut ağırlığı açısından ise telefon ile görüşülen hastalar daha fazla artma, poliklinikteki hastalar ise daha fazla azalma tariflemiştir. Telefon ile görüşülen hastaların sosyal hayatlarındaki muhtemel kısıtlanma ile birlikte sedanter yaşamlarının, bu farklılığa neden olabileceği düşünülebilir. Bulgularımız alevlenme yaşayan hastaların iştah ve vücut ağırlıklarında daha fazla azalma tariflediklerini göstermiştir. Bu noktada poliklinikte görüşülen hastaların daha fazla alevlenme yaşamış olmaları, vücut ağırlıklarında daha fazla azalma tariflemelerini açıklayabilir. Nitekim iştah azalması, psikotik alevlenme (182) ile manik ve depresif epizodlarda gözlenebilmektedir (183, 184).

Çalışmamızda alevlenme yaşamayan hastalar, uyku, iştah ve vücut ağırlığı açısından daha az değişim tariflemişlerdir. Daha az değişim, alevlenme yaşamayan bu hastaların belirtilerinin kısmen stabil seyretmesi ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte bulgularımız alevlenme yaşamayan hastaların tedavi uyumlarının daha iyi olduğunu göstermiştir. Tedavi uyumu ile birlikte psikotrop ilaçların düzenli kullanımı hastalık belirtilerini kontrol altına alabilse de; ilaçların kendilerinin uyku, iştah ve vücut ağırlığı üzerinde karıştırıcı birer faktör olabilecekleri unutulmamalıdır.

Sonuç olarak pandemi döneminde ruhsal belirtilerin yanında uyku, iştah ve vücut ağırlıklarının telepsikiyatri uygulamaları ile uzaktan/çevrimiçi sorgulanması;

alevlenme, tedavi uyumu, etkinlik ve yan etkiler gibi pek çok noktada müdahale ihtiyacını gösterebilir ve olası sorunların önüne geçebilir.

5.5. Covid-19'a Yönelik Endişe ve Tutumların Değerlendirilmesi

5.5.1. Covid-19'a Yönelik Endişelerin Değerlendirilmesi

Bulgularımız katılımcıların Covid-19 ilişkili en yaygın endişelerinin başta kendileri (%59), sonrasında yakınları için (%39) enfekte olma korkusu olduğunu göstermiştir. Çalışmalar gerek normal popülasyon gerekse ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde Covid-19 ilişkili en yaygın endişelerin bulgularımızla uyumlu olarak hastaların kendileri ve yakınlarına yönelik enfekte olma korkuları olduğunu göstermektedir (35, 36) Çalışmamızda bu endişeleri hastaların ruhsal (%8) ve bedensel (%9) sağlıklarının kötü etkileneceğine yönelik endişeleri takip etmiştir. Nitekim stresli yaşam olayları ve artan anksiyete düzeylerinin ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalık seyirlerini olumsuz etkileyebileceği ve relapsları tetikleyebileceği bilinmektedir (185) Ayrıca enfekte olma endişesinin hastaneye başvuru oranlarını düşürmesi ile birlikte ruhsal ve bedensel sağlık sorunlarının ortaya çıkma ihtimali, hastalar için bir diğer endişe kaynağı olarak değerlendirilebilir. Pandeminin ruhsal hastalığı olan bireyler üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışma, hastaların %43'ünün psikiyatrik tedaviye erişimlerinin azalması nedeni ile endişe duyduklarını bildirmiştir (37).

Covid-19 ilişkili endişelerin görüşme yöntemi ve psikiyatrik tanı açısından gruplar arasında farklılık göstermemesi, pandeminin çalışmamızdaki hastaların pek

çoğunda endişeleri tetikleyebilecek genel bir stresör faktör olduğunu düşündürmektedir.

Bulgularımız kronik fiziksel hastalığa sahip olmanın Covid-19 ile enfekte olma endişesi açısından farklılık göstermese de, bedensel hastalığın kötü etkileneceğine yönelik endişelerde anlamlı bir yüksekliğe sahip olduğuna dikkat çekmektedir. Polonya’da Covid-19 pandemisinin erken döneminde genel popülasyonu temsil eden 1069 hasta ile yapılan bir çalışma, kronik fiziksel hastalığa sahip %24,8 hastanın daha yüksek anksiyete düzeyleri gösterdiğini bildirmiştir (166) Çalışmamızda gözlenen yüksek kronik fiziksel hastalık birliğe (%42), çalışma popülasyonunun şizofreni ve bipolar bozukluk gibi komorbid fiziksel hastalıkların yaygın görüldüğü katılımcılardan oluşmasından kaynaklanıyor olabilir (186) Kronik fiziksel hastalığa sahip olmanın beden sağlığı ile ilgili endişeyi artırmasında başta hipertansiyon ve diyabet gibi ek hastalıkların kötü prognostik faktörler olarak bildirilmiş olması (187) ve bu bilginin medya tarafından da sıkça vurgulanması etkili olmuş olabilir. Çalışmamızda %13 hastada hipertansiyon ve %11 hastada diyabet ek tanısı olduğu düşünüldüğünde, kronik fiziksel hastalığa sahip hastaların endişelerinin haklı gerekçeleri olduğu söylenebilir.

Bulgularımız, Covid-19 ile enfekte olma endişesinin ≥ 65 yaş hastalarda oldukça fazla olduğunu (%87,5, s:7) gösterse de yaş grupları ile enfekte olma endişesi arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Çalışmalar artan yaşla birlikte Covid-19 ile enfekte olma endişesinin arttığını göstermiştir (166). Yaşlı hastaların enfekte olmaları halinde prognozlarının kötü olabileceğinin farkında olmaları, bu endişeyi açıklayabilir (144, 188). Çalışmamızda yaş grupları arasında enfekte olma

endişesi açısından anlamlı farklılık gözlenmemesi sınırlı örneklemimizin bir sonucu olabilir.

Her ne kadar Covid-19 ilişkili endişeler, çalışmaya katılan hastalar arasında benzer özellikler gösterse de; bu endişelere bağlı olarak alınan koruyucu önlemler; çalışmamızda sorgulanan pek çok değişkenden etkileniyor gibi görünmektedir.

5.5.2. Covid-19’a Yönelik Alınan Koruyucu Önlemlerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların Covid-19’a yönelik en sık uyguladıkları koruyucu önlemlerin - Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün “maske-mesafe-hijyen” kuralları ile uyumlu olarak - maske kullanımı (%95), evde kalma/diğer insanlarla temas etmeme (%86,5) ve el dezenfektanı kullanımı/sık el yıkama davranışı (%83) olduğu gözlenmiştir. Koruyucu önlemlerle ilgili kural ve önerilerin; hastaların davranışları ile olan paralelliği, medya ve iletişim araçlarının hastaların tutum ve davranışları üzerindeki etkisi ile açıklanabilir (189).

Çalışmamıza katılan hastaların uyguladıkları koruyucu önlemlerden “kalabalık ortamlardan kaçınma” ve “dezenfektan kullanımı/sık el yıkama” gibi mesafe ve hijyen kuralları; Polonya’da genel popülasyonda yapılan bir çalışmanın bulguları ile oransal olarak benzerlik göstermektedir (166). Bir farklılık olarak bahsi geçen çalışmada maske kullanım oranı 68% bulunurken çalışmamızda ise 95% olarak daha yüksek saptanmıştır. İki çalışma arasında maske kullanım oranları arasındaki farklılık araştırıldığında, söz konusu çalışmanın başladığı tarihte Polonya’da maske kullanımının zorunlu olmadığı, 3 hafta süren çalışmanın ancak son haftasında ülke çapında maske kullanımının zorunlu hale getirildiği öğrenilmiştir (190). Çalışmamızın yapıldığı sürecin tamamında ülkemizde maske kullanımının

zorunlu olması, çalışmamızdaki yüksek makse kullanım oranını açıklayabilir (4). Bu bulgular, ülke çapında alınan yasak/zorunluluk kararlarının ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Market, pazar, otobüs gibi kalabalık ortamlardan kaçınma oranının (%73,5) nispeten daha düşük olması, hastaların temel ihtiyaçlarını giderebilmek adına zaman zaman kalabalık ortamlara girmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Katılımcıların eşya ve yüzey dezenfeksiyonu (%29) ile eldiven kullanım (%15,5) oranlarının çok daha düşük olması ise virüsün temel olarak damlacık/solunum yolu ile bulaşına ve yüzeylerden bulaşının ise düşük ihtimaline yönelik medya bilgilendirmelerinin bir sonucu olabilir (191).

Katılımcıların Covid-19'a yönelik aldıkları önlemler görüşme yöntemlerine göre karşılaştırıldığında, telefon ve poliklinik grupları arasında yalnızca üç koruyucu önlemin farklılık gösterdiği gözlemlendi. “Yakınlarından ve arkadaşlarından uzak kalma” durumu telefon ile görüşülen hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (Telefon grubu %73, poliklinik grubu: %56). Bu bulgu, sağlık kuruluşuna gelememe durumunu daha fazla yaşadığını ifade eden telefon grubu hastalarının aynı zamanda sosyal çevrelerinden de uzak kalmış olabileceklerini düşündürmektedir. “Maske kullanımı” ve “çevredeki eşya ve yüzeyleri dezenfekte etme” eğilimi ise poliklinikte görüşülen hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (maske için telefon %90, poliklinik %100; dezenfeksiyon için telefon %19, poliklinik %39). Bu durum ev dışına çıkmanın maske kullanımını bir zorunluluk haline getirmesi ve dış ortam ile temasın artmasına bağlı eşya dezenfeksiyonunda artışı beraberinde getirmiş olabilir.

Psikiyatrik tanıya göre alınan koruyucu önlemler incelendiğinde, eldiven kullanımının şizofreni hastalarında (%21) bipolar bozukluk hastalarına (%10) kıyasla

daha yüksek olması dışında gruplar arasında farklılık gözlenmemiştir. Gerek Sağlık Bakanlığı gerekse DSÖ tarafından önerilen rutin bir önlem olmamasına rağmen eldiven kullanımının şizofreni hastalarındaki anlamlı yüksekliği, bu hastaların Covid-19'a yönelik bulaş yolu ve korunma önlemleri hakkında daha az bilgi sahibi olabileceklerini akla getirmektedir. Koruyucu diğer önlemler açısından şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalar arasında farklılık gözlenmemiştir.

Bulgularımız Covid-19 bulaş endişesi taşıyan hastaların, “diğer insanlarla temas etmeme/evde kalma”, “kalabalık ortamlardan uzak durma”, “dezenfektan kullanımı/sık el yıkama” ve “eşyaları/yüzeyleri dezenfekte etme” gibi koruyucu önlemlere uyma oranlarının anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu göstermiştir. Çalışmalar; Covid-19'a yönelik enfekte olma korkusunun, ruhsal hastalığı olan bireyler de dahil olmak üzere toplum genelinde koruyucu önlemleri artırdığını göstermektedir (192-194).

Bununla birlikte katılımcıların kendilerine Covid-19 bulaşması açısından endişeli olup olmamalarının “maske” ve “eldiven” kullanımları ile “yakınlarından ve arkadaşlarından uzak kalma” açısından farklılık oluşturmadığı gözlenmiştir. Ülkemizde maske kullanımının pandemi sürecinde toplu ortamlarda bir zorunluluk olması, virüs bulaşma endişesi taşımayan hastaların da maske kullanmak zorunda kalmalarını sağlamış olabilir. Çalışmamızda katılımcıların 95%'i maske kullanımına uyum gösterirken, maske kullanma zorunluluğunun olmadığı ülkelerde daha düşük maske kullanım oranlarının gözlenmesi de bunu doğrular niteliktedir (190). Eldiven kullanım oranlarının, hastaların virüs bulaşmasına yönelik endişe taşıyıp taşıyamamalarına göre farklılık göstermemesi, eldiven kullanımının toplum için genel koruyucu önlemler arasında yer almaması ile açıklanabilir. Covid-19 ile enfekte olma

endişesinin, hastaların yakınlarından ve arkadaşlarından uzak kalmaları üzerinde farklılık oluşturmadığı gözlenmiştir. Sosyal desteği hemen tüm alanlarda yetersiz olan 15 hasta (7,5%) dışındaki diğer hastaların aile veya yakınları ile birlikte yaşadıkları düşünüldüğünde bir önlem olarak yakınlarından ayrı kalmamış olmaları bu bulguyu açıklayabilir.

Covid-19 ile enfekte olma endişesi ve koruyucu önlemler birlikte değerlendirildiğinde, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalıklara sahip bireylerin de enfekte olma endişesi taşıdıkları ve toplum ile benzer önlemler alma ve kurallara uyma eğiliminde oldukları söylenebilir (192-195).

Çalışmamızda, pandemi döneminde hastalık belirtilerinde alevlenme (psikotik, manik ya da depresif) yaşayan hastaların Covid-19'a yönelik önlemler açısından daha az maske ve dezenfektan kullandıkları gözlemlendi. Tüm hastalar dahil edildiğinde %95 ve %83 oranında uyum gösterilen bu iki önleme alevlenme yaşayan hastalarca uyum gösterilmemesi; psikotik, manik ya da depresif alevlenmelerin, hastaların düşünce süreçleri, yargılamaları, olayları kavrayış biçimleri ve davranışları üzerindeki bozucu etkilerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmalar öz yeterlik inancının bireylerin Covid-19'a yönelik önleme ve başa çıkma davranışları üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermiştir (195). Bu bağlamda depresif bir alevlenmenin, bireylerin karamsarlık ve umutsuzluk duyguları içerisinde koruyucu önlemlere karşı ilgisiz ve isteksiz olmalarına yol açabileceği söylenebilir (196).

Psikotik alevlenme ve manik epizodların ise bireylerin dürtüsellik ve yargılamaları üzerindeki olası bozucu etkileri, çalışmamızdaki maske ve dezenfektan kullanımındaki azalmaların bir açıklayıcısı olabilir. Çalışma sürecinde telefon ile

ulaşılan bipolar bozukluk tanılı bir hastanın yakını, hastanın manik epizod döneminde toplu alanlarda maske kullanma zorunluluğuna ve sokağa çıkma yasaklarına uymadığını ve bu nedenle polisler ile sıkça sorunlar yaşadıklarını bildirmiştir

Bulgularımız; Covid-19'a yönelik koruyucu önlemlerin, Covid-19 ilişkili belirtiler (depresif, anksiyöz, sanrısız ve obsesif-kompulsif) içerisinde en fazla anksiyöz belirti tarifleyen hastalar tarafından uygulandığını göstermiştir. Çalışmamızda Covid-19 ile ilişkili anksiyöz belirti tarifleyen hastalarda kalabalıktan kaçınma, aile ve arkadaşlardan uzak kalma, sık el yıkama ve dezenfektan kullanımı gibi önlemlerin daha fazla uygulandığı görölmüş; bahsi geçen koruyucu önlemler ile anksiyöz belirtiler arasındaki ilişkinin, Japonya'da Covid-19 (197) ve Hong Kong'da SARS salgını döneminde (198) yapılan çalışmaların bulguları ile de uyumlu olduğu görölmüşür (197). Covid-19'a karşı koruyucu önlemlere uymanın yüksek risk algısını hafifletmesi ve bireylerin ruhsal iyilik halini artırması, anksiyöz belirtilerin koruyucu önlemler üzerindeki etkisini açıklayabilir (196).

Çalışmamızda eldiven kullandığını bildiren hastaların daha fazla Covid-19 ilişkili anksiyöz belirti tarifledikleri gözlenmiştir. Eldiven kullanımı; uygunsuz kullanıldığı takdirde el yıkamanın önüne geçebilmesi, sahte bir güvenlik hissiyatı vermesi, bulaş kaynağı olarak görev yapması ve etkinliğinin kanıtlanmamış olması nedeni ile pandemide ön sırada mücadele eden sağlık çalışanları dışında rutin olarak önerilmemektedir (199, 200). Bununla birlikte çaresizlik duygusu ve anksiyete; bireyleri, zararlı olabilecek kanıtlanmamış yöntem ve çözümleri kullanmaya motive edebilir (201).

Bulgularımız Covid-19 ile ilişkili anksiyete belirtilerinin maske kullanımı açısından farklılık oluşturmadığını göstermiştir. Literatürde maske kullanımı ile anksiyete belirtileri arasında zayıf bir ilişki olduğu bildirilse de (197), çalışmamızda katılımcıların %95'i maske kullandıklarını bildirmiş, bu yüksek oranın ise ülke çapında alınan maske kullanma zorunluluğu (4) ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Bulgularımız, koruyucu önlemler olarak aile ve yakınlarından uzak kalma ve sık el yıkama/dezenfektan kullanımı tarifleyen hastaların daha fazla Covid-19 ilişkili depresif belirti tariflediklerini göstermiştir. Çalışmalar, Covid-19 döneminde kalabalıktan kaçınma, aile ve arkadaş çevresinden uzaklaşma yönünde alınan önlemlerin, ilerleyen süreçte depresif belirtileri öngörebileceğini göstermiştir (202, 203). Pandemi döneminde alınan koruyucu önlemlerin sosyal izolasyon ve yalnızlığa yol açarak depresif belirtilerin gelişiminde etkili olması (204), mevcut bulgularımızı açıklayabilir. Çin'de Covid-19 pandemisi döneminde yapılan bir çalışmada ise evde kalma, diğer bireylerle temastan kaçınma ve sık el yıkama ile anksiyöz belirtiler arasında ilişki saptanmazken, bulgularımız ile uyumlu olarak depresif belirtiler ile zayıf bir ilişki bulunmuştur (202).

Çalışmamızda Covid-19 ile ilişkili sanrıları olan hastaların (s:8) daha az maske kullandıkları görülmüştür. Maske kullanım oranları açısından şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastalar arasında farklılık gözlenmese de ($p=0,052$), Covid-19 ilişkili sanrı tarifleyen bu 8 hastanın 7'sinin psikotik alevlenme döneminde olması, hastaların koruyucu önlemlere yönelik yönergeleri anlama ve uygulama güçlüklerinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmalar koruyucu önlemlere uyumun, ruhsal hastalığı olan bireylerde daha düşük olduğunu göstermiştir (205, 206). Her ne kadar örneklemimiz küçük olsa da, sanrı içeriğinde Covid-19 temasının olmasının,

hastaların koruyucu önlemlere yönelik yaklaşımlarını etkileyebileceği düşünülmüştür.

Bulgularımız Covid-19 ilişkili obsesif-kompulsif belirtilerin, koruyucu önlemler içerisinde yalnızca eldiven kullanımı olan hastalarda daha fazla olduğunu göstermiştir. Eldiven kullanımının Covid-19 için rutin olarak önerilen bir koruyucu önlem olmadığı da (200) göz önünde bulundurulduğunda bulgumuz, obsesif-kompulsif belirtilerin adaptif olduğu kadar maladaptif koruyucu önlemler için de bir öngörücü olması (207) ile açıklanabilir.

5.5.3. Covid-19’a Yönelik Haber Kaynaklarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hastaların, Covid-19’a yönelik haber/bilgi kaynağı olarak 94% oranında televizyonu tanımladıkları, görüşme yöntemi ve psikiyatrik tanılarının ise bilgi kaynaklarının kullanımı açısından farklılık oluşturmadığı gözlenmiştir. Pandemi döneminde genel popülasyonda yapılan bir çalışmada bilgi kaynağı olarak televizyon kullanım oranı 80% bulunmuş ve internet kullanımı da %70 olarak çalışmamızdan (sosyal medya: 20% ve internet siteleri: 12%) daha yüksek bulunmuştur (166). 2009 domuz gribi salgınında şizofreni hastalarının bilgi kaynağı olarak genel popülasyona kıyasla daha fazla televizyon ve daha az internet kullanımı tarifledikleri bildirilmiştir (208). Üzerinden 10 yıl geçmesine ve günümüzde internet - sosyal medya kullanımının ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde de artmasına rağmen (209, 210) bu hastalarda Covid-19 pandemisinde en yaygın bilgi kaynağının halen televizyon olması dikkat çekicidir (211).

Katılımcıların yaş gruplarına göre sosyal medyayı Covid-19’a yönelik haber/bilgi kaynağı olarak kullanma oranları incelendiğinde, artan yaş ile birlikte bu

oranın anlamlı düzeyde azaldığı gözlemlendi. Çalışmalar şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında internet ve sosyal medya kullanımının yaş ile birlikte azalma eğiliminde olduğunu göstermiştir (212, 213). Bu bulgular ışığında pandemi döneminde ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin gerek Covid-19’a yönelik bilgilendirilmeleri gerekse telepsikiyatri uygulamalarına katılımları konusunda, hastaların yaşlarının ve teknoloji kullanımlarının dikkate alınmasının önemli olduğu söylenebilir. Bu bulgular ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin internet erişimlerinin ve sosyal medya kullanımlarının sınırlı olabileceğini ve kullanım oranlarının yaşla birlikte azalabileceğini, bu bağlamda gerek bilgilendirme gerekse telepsikiyatri uygulamalarının planlanmasında hastalara ulaşmanın en uygun yollarının değerlendirilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

5.5.4. Covid-19 Döneminde Hastaların Öznel Deneyimleri

Çalışmamıza katılan hastalara açık uçlu birer soru olarak pandemi sürecinde kendilerini en çok zorlayan durumun ne olduğu ve pandemi sürecinde yaşadıkları olumlu gelişmeler sorulmuştur.

Hastalar tarafından pandeminin en zorlayıcı etkilerinin evde kalma, dışarı çıkamaman, sosyal hayat ve aktivitelerden uzak kalma olarak tanımlandığı dikkat çekmiştir. Zorunlu bir sosyal izolasyon olarak tanımlanabilecek bu sorunların literatürde sıklıkla depresif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir(128, 204).

Enfekte olma endişesi hastalar tarafından çalışmamızda yüksek oranlarda tariflense de hastaların düşük olmayan oranlarda (s:11), enfekte olan veya bu nedenle ölen yakınları için yoğun üzüntü duydukları öğrenilmiştir. Bunlara ek olarak “maske kullanma”, “belirsizlik hissi”, “işle ilgili ve maddi sorunlar yaşamak”, “yaşam

ortamının değişmesi ve aile içi tartişmaların artması”, “hastalıkları ile ilgili takip ve tedaviye erişimde zorluklar yaşama” gibi ifadeler de zorlayıcı faktörler olarak yer aldı.

Olumlu gelişmeler açısından bakıldığında ise hastalardan “akademik verimde artış”, “daha fazla kitap okuma ve buna bağlı iyi hissetme hali”, “hobileri ile ilgilenme ve çevrimiçi kurslara katılma” ve “spor aletleri alarak evde daha fazla spor yapmak ve kilo vermek” cevaplarının alındığı görüldü. Literatürde pandeminin ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler üzerinde olumlu etkilerinin olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (45). Danimarka’da ruhsal hastalığa sahip 992 katılımcı ile yapılan bir çalışmada bireylerin 16%’sı pandemi döneminde ruhsal olarak daha iyi hissettiklerini bildirmiştir (37). Ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendilerine zaman ayırmaları, hobileri ile ilgilenmeleri gibi olumlu davranış değişikliklerinin etkileri bildirilmiş olsa da pandemi döneminde daha az oranda tariflenen bu iyilik halinin muhtemel nedenleri olarak pandemi ile birlikte ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin alışkanlıklarının ve yaşam tarzlarının toplum ile senkronize olması, hastalar için sabit bir günlük rutinin oluşması ve evde kalma ile birlikte güvenli bir yaşam ortamına geçiş hissinin etkili olabileceği bildirilmiştir (214).

5.6. Telesikiyatri Uygulamalarına Bakışın Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun (92.5%) daha önce telesikiyatri kavramını duymadıkları, yalnızca bir doktor ve bir emekli hemşirenin (s:2, 1%), telesikiyatri kavramının ne olduğu konusunda yeterli bilgiye sahip oldukları öğrenilmiştir. Yeterince bilgisi olmadığını söyleyen tüm hastalara

bilgilendirmenin yapılmasının ardından hastaların büyük çoğunluğunun (71%) telepsikiyatri uygulamalarını kullanma konusunda istekli olduklarını ifade etmeleri, uygun altyapının planlanması ve bilgilendirmelerin ardından uygun hastaların telepsikiyatri uygulamalarına dahil edilebileceğini düşündürmektedir.

Amerika’da yapılan bir çalışmada ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin Covid-19 pandemisi ile birlikte yüz yüze görüşmeden telepsikiyatri uygulamalarına geçiş ve adapte olma oranlarının, ciddi ruhsal hastalığı olmayan bireyler ile farklılık göstermediği bildirilmiştir (215). Bu veriler, çalışmamızdaki telepsikiyatri uygulamalarına olumlu yaklaşıma sahip şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının erişebildikleri takdirde telepsikiyatri uygulamalarını kullanabileceklerine yönelik inancı desteklese de ülkemizde pandemi döneminde telefon ile ulaşılan 396 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada önerilere rağmen hastaların ancak %7,1’inin telepsikiyatri uygulamalarını kullanmaya başladığı bildirilmiştir (3).

Çalışmamızda telefon ile görüşülen hastaların poliklinikte görüşülen hastalara oranla telepsikiyatri uygulamalarına daha olumlu yaklaşımları gözlenmiştir (sırası ile %82 ve %60). Telefon ile görüşülen hastaların daha fazla sağlık kuruluşuna başvuru sorunu yaşadıkları da göz önünde bulundurulduğunda uzaktan görüşme seçeneklerine karşı daha istekli olmaları şaşırtıcı olmayacaktır. Bununla birlikte bulgularımız, Covid-19 ile enfekte olma endişesi taşıyan hastaların da endişe taşımayanlara göre telepsikiyatri uygulamalarına daha istekli olduğunu göstermiştir. Enfekte olma endişesinin, bulgularımıza göre sağlık kuruluşuna gidememenin en önemli nedeni olduğu da düşünüldüğünde hastaların Covid-19 nedeni ile takip ve tedavilerindeki olası aksamalar konusunda endişelenebilecekleri ve bir çözüm arayışı olarak farklı görüşme yöntemlerine de olumlu bakabildiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının ve tüm hastalar içerisinde sanrısız belirtileri daha fazla olan hastaların telepsikiyatri uygulamalarına karşı daha az istekli oldukları gözlemlendi. Literatürde şizofreni spektrum bozukluklarının bazı çekirdek belirtilerinin (paranoid ve referansiyel sanrılar gibi), hastaların telepsikiyatri uygulamalarını kabullenmelerinin önüne geçebileceği bildirilmiştir (216). Öte yandan şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalar video tabanlı görüşmelerde öznel bir güvenlik algısı ile daha az şüpheli olabilirler ve yüz yüze iletişimi, video tabanlı görüşmelere göre daha tehdit edici bulabilirler (217, 218).

Çalışmamızda pandemi sürecinde hastalık belirtilerinde alevlenme (psikotik, manik ya da depresif) yaşayan ve yaşamayan hastaların telepsikiyatri uygulamalarına bakışları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte afektif bozuklukların kriz dönemlerinde daha fazla yardım arayışı içerisinde oldukları, psikotik bozuklukların ise yoğun içsel uğraşlar nedeni ile dış dünyanın sorunlarına karşı daha duyarsız olabildikleri, bununla birlikte antipsikotik tedavilerin de psikotik hastalarda sahte bir dayanıklılığa katkı sağlayabileceği bildirilmiştir (44). Tüm bu faktörler, şizofreni hastalarının telepsikiyatri uygulamalarına kayıtsız kalmalarına neden olabilir. Bulgularımız bunu destekler nitelikte bipolar bozukluk tanılı hastaların (%80), şizofreni tanılı hastalara (%62) göre telepsikiyatri uygulamalarına daha istekli olduklarını göstermiştir. Bununla birlikte şizofreni hastalarının da büyük bir çoğunluğunun (%62) telepsikiyatri uygulamalarına olumlu yaklaşımı, hastaların kurumumuzca takipli hastalar olmaları ile açıklanabilir. Bu bakımdan yüz yüze kurulan terapötik bir ilişkinin, çevrimiçi görüşmeye geçiş aşamasında avantaj sağlayabileceği düşünülebilir (3). Araştırma sürecinde telefon ile ulaştığımız hastaların arandıkları ve merak edildiklerini

düşündükleri için memnun olduklarını söylemeleri de bu düşüncemizi desteklemektedir.

Covid-19 pandemisinde olduğu gibi; gelecek pandemiler, doğal afetler veya benzeri bölgesel ve küresel kriz durumlarında ruh sağlığı hekimleri, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler için uygun takip ve tedavi seçeneklerinin potansiyel risk ve faydalarını öncelikle hasta özelinde değerlendirmeli ve buna uygun görüşme ve takip seçeneklerini belirlemeye çalışmalıdır. Buna ek olarak ülkemizde mevcut ruh sağlığı hizmetleri ile telepsikiyatri uygulamalarının koordine şekilde uygulanabilmesine imkan veren bir sağlık politikası olmaması nedeni ile bu alanda altyapı çalışmalarının yapılması gerekli görünmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Örneklemin nispeten küçük olması, bu kısıtlılıkların başında gelmektedir. Ayrıca çalışmanın tek merkezli olması, bulguların coğrafi ve sosyokültürel açıdan sınırlı bir popülasyonu kapsamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızın tasarımı gereği acil servise yapılan başvuruların değerlendirilmemiş olması, daha şiddetli belirtilere sahip hastaların varlığının gözden kaçmasına neden olmuş olabilir. Tedaviyi ya da başvurmayı reddeden ve düzenli takipleri olmayan şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında Covid-19 pandemisinin etkileri, örneklemimizin geçmişte kliniğimizce düzenli takipleri olan hastalardan oluşması nedeniyle değerlendirilememiştir. Düzenli takipleri olsa da, telefon ile ulaşılmak istenen fakat sistemde telefon kaydı olmayan, telefon numarası

aktif/geçerli olmayan ya da çağrımıza cevap vermeyen hastalar, ulaşım güçlüğüne daha fazla olduğu ya da aranmaktan rahatsız olabilecek hastaların çalışma dışında kalmasına neden olmuş olabilir.

Covid-19 pandemisinin uzaması ile birlikte hastaların belirti, tutum ve davranışlarındaki olası değişimleri görmek, çalışmamızın kesitsel olması nedeni ile mümkün olmamıştır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı süreç içerisinde zaman faktörünün değişimi nedeni ile, çalışmaya farklı zamanlarda dahil edilen hastaların verileri farklılık göstermiş olabilir. Nitekim 2009 influenza A pandemisinin erken ve ilerleyen dönemlerinde bireylerin aldıkları koruyucu önlemlerin değişebildiği bildirilmiştir (219).

Hastaların depresif, anksiyöz, sanrısız ve obsesif-kompulsif belirtilerinin yalnızca çeşitliliğinin ve sayısının ölçülmesi, belirti şiddetlerinin sorgulanmaması çalışmamızın kısıtlılıklarından bir diğeridir. Çalışmaya katılan hastalardan alınan verilerin bir kısmının öz bildirim şeklinde olması nedeni ile, belirtilerini küçük gösterme eğiliminde olan hastalar çalışma sonuçlarını olumsuz etkilemiş olabilir. Telefon ile görüşülen hastalarda jest ve mimiklerinin gözlenememesi ise görüşmecinin değerlendirmesinde kısıtlılığa neden olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kısıtlılıklarına rağmen çalışmamız, Covid-19 pandemisi döneminde şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların, takip ve tedavileri konusunda yaşadıkları sorunlara, ruhsal belirtilerine ve pandemi koşullarına uyum gösterebilme becerilerine yönelik önemli bulgular sunmaktadır.

Bulgularımız, pandemi döneminde takipli şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların sosyodemografik özellikler, ayaktan başvuru sorunu yaşama oranları ve nedenleri, Covid-19'a yönelik endişeler, ilaç kullanımında aksama ve hastalık belirtilerinde alevlenme oranları, kullandıkları haber kaynakları gibi çeşitli alanlarda genel olarak benzer özellikler gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca bulgularımız; literatürle birlikte değerlendirildiğinde, Covid-19 pandemisi gibi ağır ve büyük toplumsal olayların; sanılanın aksine ciddi ruhsal hastalığa sahip bireyler üzerinde şiddetli ve yıkıcı etkilerinin olmayabileceğini göstermiştir.

Covid-19 pandemisinin hastalar üzerindeki en büyük etkilerinin sağlık hizmetlerine erişim ve buna ikincil gelişen olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu söylenebilir. Nitekim çalışmamızda hastalar arasında bir farklılık olarak telefon ile görüşülen hastaların enfekte olma endişesi nedeni ile daha fazla oranda sağlık kuruluşuna başvuru sorunu yaşadıkları ve muhtemelen buna bağlı olarak telepsikiyatri uygulamalarına karşı daha istekli oldukları gözlenmiştir.

Hastalar arasında gözlenen bir diğer farklılık olarak; koruyucu önlemler ve telepsikiyatri uygulamaları gibi pandeminin getirdiği zorluklar ile mücadele araçlarına yönelik tutumlar noktasında şizofreni tanısına sahip olmanın, psikotik alevlenme yaşamanın ya da sanırsal belirtilere sahip olmanın daha olumsuz ve maladaptif sonuçlarla ilişkili olabileceği gözlenmiş; anksiyöz belirtilerin ve enfekte

olma endişesinin ise daha olumlu tutum ve yaklaşımlar ile ilişkili olabileceği gözlenmiştir.

Covid-19 pandemisinin şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hastalar üzerindeki uzun dönem etkilerine yönelik izlem çalışmaları mevcut olsa da, pandeminin küresel çapta etkilerinin halen hissedilmesi nedeni ile gelecekte de bu tür uzunlamasına çalışmalara olan ihtiyaç devam edecektir. Bilimsel araştırmalar neticesinde, ruh sağlığı alanında çalışan hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hastaların ihtiyaçlarını belirlemeleri ve hükümetlerin bu doğrultuda geliştirilecekleri ruh sağlığı politikaları ile birlikte gelecekte karşılaşılabilecek benzer sağlık hizmeti sorunlarına daha hazırlıklı olunması mümkün olacaktır. Çalışmamızda gözlediğimiz, hastaların telepsikiyatri uygulamalarına yönelik olumlu yaklaşımları, gelecekte bu alanda daha etkin ve geniş çaplı hizmetlerin verilebilmesi için uygun altyapı planlanmasının ve klinik pratiğin gerekli olduğunu göstermektedir.

7. ÖZET

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE TAKİPLİ ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA COVID-19 SALGINININ ETKİLERİ

Bu çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının Covid-19 pandemisi döneminde karşılaştıkları zorlukların araştırılması amaçlanmıştır.

Temmuz–Kasım 2020 tarihleri arasında, Gazi Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'nde düzenli takipleri olan hastalar içerisinde polikliniğe başvuran 50 şizofreni ve 50 bipolar bozukluğu olan hasta yüz yüze görüşülerek; pandemi döneminde başvuruda bulunmadığı belirlenen 50 şizofreni ve 50 bipolar bozukluk tanılı hasta telefonla görüşülerek çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta grupları sosyodemografik özellikler, ruhsal belirtiler, hastalık seyri, sağlık hizmetlerine ulaşabilme, Covid-19'a yönelik endişeler, koruyucu önlemler, sosyal destek düzeyi ve telepsikiyatri uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumlar açısından karşılaştırılmıştır.

Covid-19 ile enfekte olma endişesinin sağlık kuruluşuna gidememenin en önemli nedeni olduğu ve telefon ile görüşülen hastalarda anlamlı düzeyde daha fazla olduğu gözlemlendi. Hastaların Covid-19'la ilişkilendirdikleri belirtilerinin çoğunlukla anksiyöz ve depresif belirtiler olduğu, en yaygın olarak kendilerinin ve yakınlarının enfekte olmalarıyla ilgili endişeler ifade ettikleri gözlemlendi. Sosyal desteği zayıf olan ve ilaç kullanımında aksama bildiren hastaların daha fazla alevlenme yaşadıkları ve alevlenme yaşayan hastaların da çoğunlukla poliklinik grubunda oldukları gözlemlendi. Covid-19'a yönelik en yaygın bilgi kaynağının televizyon olduğu gözlemlendi. Alınan koruyucu önlemler açısından hastaların maske-mesafe-hijyen kurallarına büyük oranda uyum gösterdikleri gözlemlendi. Telepsikiyatri uygulamalarına yönelik istegin,

telefon ile görüşülen hastalarda daha fazla olduğu, sanrısıal belirtileri ya da şizofreni tanısı olan hastaların ise bu uygulamalar konusunda daha az istekli oldukları gözlemlendi.

Pandemi döneminde şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında takip ve tedavi sorunları önemli bir ruhsal sağlık hizmeti sorunudur. Bulgularımız kriz dönemlerinde olası ruhsal sorunların önlenmesi ve erken müdahalesi açısından farklı hasta gruplarının özgül gereksinim ve sorunlarına yönelik takip ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinin gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, şizofreni, bipolar bozukluk

8. SUMMARY

THE EFFECTS OF COVID-19 PANDEMIC IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND BIPOLAR DISORDER FOLLOWED UP AT PSYCHIATRY OUTPATIENT CLINIC OF A UNIVERSITY HOSPITAL

This study aims to investigate the challenges of patients with schizophrenia and bipolar disorder during the Covid-19 pandemic.

Between July-November 2020, 50 patients with schizophrenia and 50 patients with bipolar disorder who were admitted to psychiatry outpatient clinic during the pandemic were held face-to-face interview. Fifty schizophrenia and 50 bipolar disorder patients who have not come to a healthcare facility during the pandemic were interviewed by phone. All patients had been followed-up regularly before the pandemic. The patient groups were compared in terms of sociodemographic characteristics, psychiatric symptoms, disease course, access to health services, concerns about Covid-19, protective measures, level of social support and knowledge and attitudes about telepsychiatry.

The concern of being infected with Covid-19 was the most important reason for not applying to a health institution and was significantly higher in patients interviewed by phone. The symptoms associated with the Covid-19 were mostly anxiety and depression symptoms. The most common concerns were fear of themselves and their family members getting infected. Patients with low social support and stopped taking their medications had more exacerbations. Also, patients who experienced exacerbations were mostly outpatients. The most common source of information about Covid-19 was television. Patients were observed to be largely adapted to the protective measures. Phone-interviewed patients were more motivated

to use tele-psychiatry whereas patients with schizophrenia or delusional symptoms were less willing.

Disruption in the treatment and follow-up of psychiatric patients during the pandemic is an important mental health care problem. Our findings suggest that specific treatment and follow-up methods should be developed for different patient groups for prevention and early intervention of possible mental health problems in future crisis periods.

Key Words: Covid-19, schizophrenia, bipolar disorder

9. KAYNAKLAR

1. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet infectious diseases*. 2020;20(5):533-4.
2. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn S, Di Napoli R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). *StatPearls*. 2021.
3. Kahve AC, Kaya H, Darben Y, Cakil AG, Goka E. From predictions to evidence: Treatment compliance, disease progression and social compliance of patients with schizophrenia in the COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021.
4. Sertdemir A. TÜRKİYE’NİN KORONAVİRÜSLE MÜCADELE PERFORMANSI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME. *Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2020;1(1):15-26.
5. Khunti K, Singh AK, Pareek M, Hanif W. Is ethnicity linked to incidence or outcomes of covid-19? : British Medical Journal Publishing Group; 2020.
6. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020.
7. Smith K, Bhui K, Cipriani A. COVID-19, mental health and ethnic minorities. *Royal College of Psychiatrists*; 2020.
8. Fonseca L, Diniz E, Mendonca G, Malinowski F, Mari J, Gadelha A. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;42:236-8.
9. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 global pandemic: implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2020;46(4):752-7.
10. Ifteni P, Dima L, Teodorescu A. Long-acting injectable antipsychotics treatment during COVID-19 pandemic—a new challenge. *Schizophrenia research*. 2020;220:265.
11. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*. 2020;395(10223):497-506.
12. Lei J, Li J, Li X, Qi X. CT imaging of the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) pneumonia. *Radiology*. 2020;295(1):18-.
13. Waller JV, Kaur P, Tucker A, Lin KK, Diaz MJ, Henry TS, et al. Diagnostic tools for coronavirus disease (COVID-19): comparing CT and RT-PCR viral nucleic acid testing. *American Journal of Roentgenology*. 2020;215(4):834-8.
14. Sharma O, Sultan AA, Ding H, Trigg CR. A Review of the Progress and Challenges of Developing a Vaccine for COVID-19. *Frontiers in immunology*. 2020;11:2413.
15. Pérez-Fuentes MdC, Molero Jurado MdM, Martos Martínez Á, Gázquez Linares JJ. Threat of COVID-19 and emotional state during quarantine: Positive and negative

affect as mediators in a cross-sectional study of the Spanish population. *PloS one*. 2020;15(6):e0235305.

16. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(11):4065.
17. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta neuropsychiatrica*. 2020;32(4):226-8.
18. Iob E, Frank P, Steptoe A, Fancourt D. Levels of severity of depressive symptoms among at-risk groups in the UK during the COVID-19 pandemic. *JAMA network open*. 2020;3(10):e2026064-e.
19. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*. 2020;288:112954.
20. Van Rheenen TE, Meyer D, Neill E, Phillipou A, Tan EJ, Toh WL, et al. Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: initial results from the COLLATE project. *Journal of affective disorders*. 2020;275:69-77.
21. Ma J, Hua T, Zeng K, Zhong B, Wang G, Liu X. Influence of social isolation caused by coronavirus disease 2019 (COVID-19) on the psychological characteristics of hospitalized schizophrenia patients: a case-control study. *Translational psychiatry*. 2020;10(1):1-5.
22. Rosa-Alcázar Á, Parada-Navas JL, García-Hernández MD, Martínez-Murillo S, Olivares-Olivares PJ, Rosa-Alcázar AI. Coping Strategies, Anxiety and Depression in OCD and Schizophrenia: Changes during COVID-19. *Brain Sciences*. 2021;11(7):926.
23. Rosa-Alcázar Á, García-Hernández MD, Parada-Navas JL, Olivares-Olivares PJ, Martínez-Murillo S, Rosa-Alcázar AI. Coping strategies in obsessive-compulsive patients during Covid-19 lockdown. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2021;21(2):100223.
24. Rettie H, Daniels J. Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*. 2021;76(3):427.
25. Xie Q, Fan F, Fan X-P, Wang X-J, Chen M-J, Zhong B-L, et al. COVID-19 patients managed in psychiatric inpatient settings due to first-episode mental disorders in Wuhan, China: clinical characteristics, treatments, outcomes, and our experiences. *Translational Psychiatry*. 2020;10(1):1-11.
26. Li J, Yang Z, Qiu H, Wang Y, Jian L, Ji J, et al. Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. *World Psychiatry*. 2020;19(2):249.

27. González-Blanco L, Dal Santo F, García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, Lacasa CM, Paniagua G, et al. COVID-19 lockdown in people with severe mental disorders in Spain: Do they have a specific psychological reaction compared with other mental disorders and healthy controls? *Schizophrenia research*. 2020;223:192-8.
28. Li D-J, Kao W-T, Shieh V, Chou FH-C, Lo H-WA. Development and implementation of societal influences survey questionnaire (SISQ) for peoples during COVID-19 Pandemic: a validity and reliability analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(17):6246.
29. Liu X, Lin H, Jiang H, Li R, Zhong N, Su H, et al. Clinical characteristics of hospitalised patients with schizophrenia who were suspected to have coronavirus disease (COVID-19) in Hubei Province, China. *General Psychiatry*. 2020;33(2).
30. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health psychology*. 2020;39(5):355.
31. Lynch A, Bastiampillai T, Dhillon R. Can COVID-19-related anxiety trigger a relapse of schizophrenia? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020:0004867420954564.
32. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(4):290-8.
33. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2018;20(2):97–170. .
34. Carmassi C, Bertelloni CA, Dell'Oste V, Barberi FM, Maglio A, Buccianelli B, et al. Tele-psychiatry assessment of post-traumatic stress symptoms in 100 patients with bipolar disorder during the COVID-19 pandemic social-distancing measures in Italy. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11.
35. Schimmenti A, Billieux J, Starcevic V. The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*. 2020;17(2):41-5.
36. Akbari M, Spada MM, Nikčević AV, Zamani E. The relationship between fear of COVID-19 and health anxiety among families with COVID-19 infected: The mediating role of metacognitions, intolerance of uncertainty, and emotion regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021.
37. Kølbaek P, Jepsen OH, Speed M, Østergaard SD. Mental health of patients with mental illness during the COVID-19 pandemic lockdown: A questionnaire-based survey weighted for attrition. *medRxiv*. 2021.
38. Severance EG, Dickerson FB, Viscidi RP, Bossis I, Stallings CR, Origoni AE, et al. Coronavirus immunoreactivity in individuals with a recent onset of psychotic symptoms. *Schizophrenia bulletin*. 2011;37(1):101-7.

39. Barlati S, Nibbio G, Vita A. Schizophrenia during the COVID-19 pandemic. *Current opinion in psychiatry*. 2021;34(3):203-10.
40. Cheng SK-W, Tsang JS-K, Ku K-H, Wong C-W, Ng Y-K. Psychiatric complications in patients with severe acute respiratory syndrome (SARS) during the acute treatment phase: a series of 10 cases. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(4):359-60.
41. Nevin RL, Croft AM. Psychiatric effects of malaria and anti-malarial drugs: historical and modern perspectives. *Malaria Journal*. 2016;15(1):1-13.
42. Hamada K, Fan X. The impact of COVID-19 on individuals living with serious mental illness. *Schizophrenia research*. 2020;222:3.
43. Li B-J, Liu P, Chu Z, Shang Y, Huan M-X, Dang Y-H, et al. Social isolation induces schizophrenia-like behavior potentially associated with HINT1, NMDA receptor 1, and dopamine receptor 2. *Neuroreport*. 2017;28(8):462.
44. Hölzle P, Aly L, Frank W, Förstl H, Frank A. COVID-19 distresses the depressed while schizophrenic patients are unimpressed: a study on psychiatric inpatients. *Psychiatry research*. 2020;291:113175.
45. Pinkham AE, Ackerman RA, Depp CA, Harvey PD, Moore RC. A longitudinal investigation of the effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of individuals with pre-existing severe mental illnesses. *Psychiatry research*. 2020;294:113493.
46. Abba-Aji A, Li D, Hrabok M, Shalaby R, Gusnowski A, Vuong W, et al. COVID-19 pandemic and mental health: prevalence and correlates of new-onset obsessive-compulsive symptoms in a Canadian province. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(19):6986.
47. Wheaton MG, Messner GR, Marks JB. Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2021;28:100605.
48. Zhand N, Joober R. Implications of the COVID-19 pandemic for patients with schizophrenia spectrum disorders: Narrative review. *BJPsych Open*. 2021;7(1).
49. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*. 2020;63(1).
50. Pozza A, Mucci F, Marazziti D. Risk for pathological contamination fears at coronavirus time: Proposal of early intervention and prevention strategies. *Clin Neuropsychiatry*. 2020:100-2.
51. Seğer İ, Ulaş S. An investigation of the effect of COVID-19 on OCD in youth in the context of emotional reactivity, experiential avoidance, depression and anxiety. *International journal of mental health and addiction*. 2020:1-14.

52. Kazgan A, Yildiz S, Kurt O, Korkmaz S. Medication and symptom severity in schizophrenia patients in COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Medicine*. 2021;10(3):860-7.
53. Dobber J, Latour C, de Haan L, op Reimer WS, Peters R, Barkhof E, et al. Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):1-10.
54. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;61(8):549-55.
55. Pharmacists are on the front line of COVID-19, but they need help too. *Pharmaceut J*. 2020;7935:304.
56. Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2015;386(9990):274-80.
57. Tendilla-Beltrán H, Flores G. Due to their anti-inflammatory, antioxidant and neurotrophic properties, second-generation antipsychotics are suitable in patients with schizophrenia and COVID-19. *General Hospital Psychiatry*. 2021.
58. Siskind D, Honer WG, Clark S, Correll CU, Hasan A, Howes O, et al. Consensus statement on the use of clozapine during the COVID-19 pandemic. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*. 2020;45(3):222.
59. Grover S, Mishra E, Chakrabarti S, Mehra A, Sahoo S. Telephonic monitoring of patients on clozapine in the resource-poor setting during the COVID-19 pandemic. *Schizophrenia research*. 2020;222:489.
60. Zu Z, Jiang M, Xu P, Chen W. Ni, Q. Q., Lu, GM, and Zhang, LJ (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a perspective from China. *Radiology*.200490.
61. Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*. 2008;20(6):521-6.
62. Athanasopoulou C, Välimäki M, Koutra K, Löttyniemi E, Bertias A, Basta M, et al. Internet use, eHealth literacy and attitudes toward computer/internet among people with schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study in two distant European regions. *BMC medical informatics and decision making*. 2017;17(1):1-14.
63. Gay K, Torous J, Joseph A, Pandya A, Duckworth K. Digital technology use among individuals with schizophrenia: results of an online survey. *JMIR mental health*. 2016;3(2):e5379.
64. Maguire PA, Reay RE, Looi JC, Cubis J, Byrne GJ, Raphael B. Neither the internist nor the Internet: use of and trust in health information sources by people with schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011;45(6):489-97.

65. de Siqueira Rotenberg L, Nascimento C, Khafif TC, Dias RS, Lafer B. Psychological Therapies and Psychoeducational Recommendations for Bipolar Disorder Treatment During COVID-19 Pandemic.”. *Bipolar Disord*. 2020;55.
66. Degnan A, Berry K, Sweet D, Abel K, Crossley N, Edge D. Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53(9):873-88.
67. Xiang Y-T, 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. *The lancet psychiatry*. 2020;7(3):228-9.
68. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988;241(4865):540-5.
69. Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community mental health journal*. 2004;40(6):513-23.
70. Townley G, Miller H, Kloos B. A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American journal of community psychology*. 2013;52(1-2):84-96.
71. Shinn AK, Viron M. Perspectives on the COVID-19 pandemic and individuals with serious mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*. 2020;81(3):0-.
72. Koenders M, Giltay E, Spijker A, Hoencamp E, Spinhoven P, Elzinga B. Stressful life events in bipolar I and II disorder: cause or consequence of mood symptoms? *Journal of affective disorders*. 2014;161:55-64.
73. Hernández-Gómez A, Andrade-González N, Lahera G, Vieta E. Recommendations for the care of patients with bipolar disorder during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 2021;279:117-21.
74. Zajacova A, Jehn A, Stackhouse M, Denice P, Ramos H. Changes in health behaviours during early COVID-19 and socio-demographic disparities: a cross-sectional analysis. *Canadian Journal of Public Health*. 2020;111(6):953-62.
75. Reynolds CM, Purdy J, Rodriguez L, McAvoy H. Factors associated with changes in consumption among smokers and alcohol drinkers during the COVID-19 ‘lockdown’ period. *The European Journal of Public Health*. 2021.
76. Youngstrom EA, Hinshaw SP, Stefana A, Chen J, Michael K, Van Meter A, et al. Working with bipolar disorder during the COVID-19 pandemic: both crisis and opportunity. *WikiJournal of Medicine*. 2020;7(1):1-9.
77. Yocum AK, Zhai Y, McInnis MG, Han P. Covid-19 pandemic and lockdown impacts: A description in a longitudinal study of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2021;282:1226-33.
78. Koenders M, Giltay E, Hoencamp E, Elzinga B, Spinhoven P, Spijker A. The bidirectional impact of perceived and enacted support on mood in bipolar

- outpatients: a two-year prospective study. *Comprehensive psychiatry*. 2015;60:59-67.
79. Stefana A, Youngstrom EA, Jun C, Hinshaw S, Maxwell V, Michalak E, et al. The COVID-19 pandemic is a crisis and opportunity for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2020;22(6):641-3.
 80. Beels CC. Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1981;7(1):58-72.
 81. ARICIOĞLU AY. Hacettepe üniversitesi eğitim fakültesi öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal ...; 2008.
 82. Orhan M, Korten N, Paans N, de Walle B, Kupka R, van Oppen P, et al. Psychiatric symptoms during the COVID-19 outbreak in older adults with bipolar disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021;36(6):892-900.
 83. Fullana MA, Hidalgo-Mazzei D, Vieta E, Radua J. Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*. 2020;275:80-1.
 84. Glancy D, Reilly L, Cobbe C, Glynn M, Punchoo S, Foy K. Lockdown in a specialised rehabilitation unit: the best of times. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2020;37(3):169-71.
 85. Liu Q, Zheng Z, Zheng J, Chen Q, Liu G, Chen S, et al. Health communication through news media during the early stage of the COVID-19 outbreak in China: digital topic modeling approach. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(4):e19118.
 86. Lesh TA, Niendam TA, Minzenberg MJ, Carter CS. Cognitive control deficits in schizophrenia: mechanisms and meaning. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36(1):316-38.
 87. Schrank B, Sibitz I, Unger A, Amering M. How patients with schizophrenia use the internet: qualitative study. *Journal of medical Internet research*. 2010;12(5):e70.
 88. Kaplan & Sadock (1998) Kaplan & Sadock's. *Synopsis of Psychiatry*. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Eighth edition. USA, 375-456.
 89. Collaborators G. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. 2018.
 90. Hinterhuber H, Liensberger D. Epidemiology of schizophrenic disorders. *Wiener medizinische Wochenschrift* (1946). 1998;148(11-12):253-8.
 91. Jones SR, Fernyhough C. A new look at the neural diathesis–stress model of schizophrenia: the primacy of social-evaluative and uncontrollable situations. *Schizophrenia Bulletin*. 2007;33(5):1171-7.
 92. Ross CA, Margolis RL, Reading SA, Pletnikov M, Coyle JT. Neurobiology of schizophrenia. *Neuron*. 2006;52(1):139-53.

93. Pilowsky LS, Kerwin RW, Murray RM. Schizophrenia: a neurodevelopmental perspective. *Neuropsychopharmacology*. 1993;9(1):83-91.
94. Kochunov P, Hong LE. Neurodevelopmental and neurodegenerative models of schizophrenia: white matter at the center stage. *Schizophrenia bulletin*. 2014;40(4):721-8.
95. Rogers DP, Goldsmith C-AW. Treatment of schizophrenia in the 21st Century: beyond the neurotransmitter hypothesis. *Expert review of neurotherapeutics*. 2009;9(1):47-54.
96. Gejman PV, Sanders AR, Duan J. The role of genetics in the etiology of schizophrenia. *Psychiatric Clinics*. 2010;33(1):35-66.
97. Tandon R, Jibson M, Taylor S, DeQuardo J. The pathophysiology of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia*. 1995:109-24.
98. Harvey PD, Keefe RS. Cognitive impairment in schizophrenia and implications of atypical neuroleptic treatment. *CNS spectrums*. 1997;2(8):41-55.
99. Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophrenia bulletin*. 1991;17(1):27-49.
100. Lewis DA, Gonzalez-Burgos G. Pathophysiologically based treatment interventions in schizophrenia. *Nature medicine*. 2006;12(9):1016-22.
101. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 2007.
102. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(3):241-51.
103. Reiser R, Thompson L. *Advances in Psychotherapy, Evidence-based Practice: Bipolar Disorder*. 2005.
104. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
105. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, van Os J, et al. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):257-62.
106. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri*; 2014.
107. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*. 2007;64(5):543-52.

108. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(2):217-24.
109. Orhan PDÖ, Aylin PDU. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevşeri Ltd Şti; 2015.
110. Souery D, Massat I, Mendlewicz J. Genetics of bipolar disorders. *Acta neuropsychiatrica*. 2000;12(3):65-8.
111. Ceylan M, Oral T. Duygu durum bozuklukları. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 2001;4:1-10.
112. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-5). Hekimler Yayın Birliği. 2013.
113. Ömer A, Aylin U, Fisun A, eds. İKİ UCLU BOZUKLUK SAGALTIM KILAVUZU. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2010.
114. Goodwin G, Haddad P, Ferrier I, Aronson J, Barnes T, Cipriani A, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2016;30(6):495-553.
115. Nuechterlein K, Dawson M, Gitlin M, Ventura J, Goldstein M, Snyder K, et al. Developmental processes in schizophrenic disorders: The UCLA longitudinal studies of recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1992;18:387-425.
116. Nuechterlein K, Dawson M. Vulnerability/Stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull*. 1984;10(2):300-12.
117. Howes O, McCutcheon R. Inflammation and the neural diathesis-stress hypothesis of schizophrenia: a reconceptualization. *Translational psychiatry*. 2017;7(2):e1024-e.
118. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*. 2020;395(10229):1054-62.
119. Karrouri R, Hammani Z, Otheman Y. Managing bipolar disorder in time of COVID-19 pandemic. *J Med Clin Res*. 2020;1:20-3.
120. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(11):1133-7.
121. Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA psychiatry*. 2015;72(12):1172-81.

122. Sugai T, Suzuki Y, Yamazaki M, Shimoda K, Mori T, Ozeki Y, et al. High prevalence of obesity, hypertension, hyperlipidemia, and diabetes mellitus in Japanese outpatients with schizophrenia: a nationwide survey. *PLoS one*. 2016;11(11):e0166429.
123. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA psychiatry*. 2014;71(3):248-54.
124. Haga T, Ito K, Sakashita K, Iguchi M, Ono M, Tatsumi K. Risk factors for pneumonia in patients with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology reports*. 2018;38(4):204-9.
125. Corrigan PW, Bink AB, Fokuo JK, Schmidt A. The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Research*. 2015;226(1):186-91.
126. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry research*. 2014;218(1-2):35-8.
127. Mazereel V, Van Assche K, Detraux J, De Hert M. COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: why, what, and how? *The Lancet Psychiatry*. 2021.
128. Smith BJ, Lim MH. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract*. 2020;30(2):3022008.
129. Van Haaster I, Lesage A, Cyr M, Toupin J. Problems and needs for care of patients suffering from severe mental illness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1994;29(3):141-8.
130. Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *Journal of periodontology*. 2006;77(9):1465-82.
131. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. 2020.
132. Larkin A, Hutton P. Systematic review and meta-analysis of factors that help or hinder treatment decision-making capacity in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017;211(4):205-15.
133. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010;30(2):217-37.
134. Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Buck BE, Brenner C, Moser L, Jarskog LF, et al. Community mental health care delivery during the COVID-19 pandemic: practical strategies for improving care for people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*. 2021;57(3):405-15.
135. Kahl KG, Correll CU. Management of patients with severe mental illness during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA psychiatry*. 2020;77(9):977-8.
136. Maguire PA, Looi JC. COVID-19 telehealth challenges for patients with schizophrenia and other psychoses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020:0004867420968887.

137. Burgess C, Miller C, Franz A, Abel EA, Gyulai L, Osser D, et al. Practical lessons learned for assessing and treating bipolar disorder via telehealth modalities during the COVID-19 pandemic. *Bipolar disorders*. 2020.
138. Tondo L, Isacsson G, Baldessarini RJ. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS drugs*. 2003.
139. Mazza M, Marano G, Janiri L, Sani G. Managing Bipolar Disorder patients during COVID-19 outbreak. *Bipolar Disorders*. 2020.
140. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 2020;396(10248):413-46.
141. Seo JH, Kim SJ, Lee M, Kang JI. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health service use among psychiatric outpatients in a tertiary hospital. *Journal of Affective Disorders*. 2021;290:279-83.
142. Boldrini T, Girardi P, Clerici M, Conca A, Creati C, Di Cicilia G, et al. Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: Reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2021;110:110304.
143. GENCER N. Kovid-19 Sürecinde Yaşlı Olmak: 65 Yaş ve Üstü Vatandaşlar İçin Uygulanan Sokağa Çıkma Yasağı Üzerine Değerlendirmeler ve Manevi Sosyal Hizmet. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*. 2020;4(1):35-42.
144. Udawadia ZF, Tripathi AR, Nanda VJ, Joshi SR. Prognostic factors for adverse outcomes in COVID-19 infection. *J Assoc Physicians India*. 2020;68(7):56-60.
145. Orrico-Sánchez A, López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Sanfélix-Gimeno G, Díez-Domingo J. Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):1-9.
146. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar disorders*. 2005;7(4):326-37.
147. Eurofound I. Working anytime, anywhere: The effects on the world of work. Luxembourg, Geneva. 2017.
148. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004;39(9):686-94.
149. ARSLAN A, BEKTAŞ Ç. ORGANIZATIONAL AGILITY IN TURKEY: THE REMOTE WORK DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC.
150. Yalçın M, Baş A, Bilici R, Özdemir YÖ, Beştepe EE, Kurnaz S, et al. Psychiatric emergency visit trends and characteristics in a mental health epicenter in Istanbul during COVID-19 lockdown. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2021:1-12.

151. Fasshauer JM, Bollmann A, Hohenstein S, Mouratis K, Hindricks G, Meier-Hellmann A, et al. Impact of COVID-19 pandemic on involuntary and urgent inpatient admissions for psychiatric disorders in a German-wide hospital network. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;142:140-3.
152. Muruganandam P, Neelamegam S, Menon V, Alexander J, Chaturvedi SK. COVID-19 and severe mental illness: impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. *Psychiatry research*. 2020;291:113265.
153. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2000;51(2):216-22.
154. Taj R, Khan S. A study of reasons of non-compliance to psychiatric treatment. *Dementia*. 2005;2(5).
155. GÜLER S, TOPUZ İb, ULUSOY F. Covid-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Deneyimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2(3):143-51.
156. Johnson L, Lundström O, Åberg-Wistedt A, Mathé AA. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders*. 2003;5(2):129-37.
157. Hultman CM, Wieselgren IM, Öhman A. Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. *Scandinavian Journal of Psychology*. 1997;38(1):3-13.
158. Cassel J. Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*. 1974;4(3):471-82.
159. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*. 1976.
160. Robertson SE. Social support: Implications for counselling. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 1988;11(4):313-21.
161. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:100-6.
162. Costa M, Pavlo A, Reis G, Ponte K, Davidson L. COVID-19 concerns among persons with mental illness. *Psychiatric Services*. 2020;71(11):1188-90.
163. Hambrecht M, Maurer K, Häfner H, Sartorius N. Transnational stability of gender differences in schizophrenia? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1992;242(1):6-12.
164. Arnold LM. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics*. 2003;26(3):595-620.
165. Fu W, Wang C, Zou L, Guo Y, Lu Z, Yan S, et al. Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational psychiatry*. 2020;10(1):1-9.

166. Malesza M, Kaczmarek MC. Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. *Personality and individual differences*. 2021;170:110419.
167. Ones L. The COVID-19 pandemic: A family affair. *Journal of family nursing*. 2020;26(2):87-9.
168. Shevlin M, McBride O, Murphy J, Miller JG, Hartman TK, Levita L, et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 2020;6(6).
169. Solé B, Verdolini N, Amoretti S, Montejo L, Rosa AR, Hogg B, et al. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. *Journal of affective disorders*. 2021;281:13-23.
170. Dalkner N, Wagner-Skacel J, Ratzenhofer M, Fellendorf F, Lenger M, Maget A, et al. Psychological symptoms during and after Austrian first lockdown in individuals with bipolar disorder? A follow-up control-group investigation. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2021;9(1):1-15.
171. Zhang W-r, Wang K, Yin L, Zhao W-f, Xue Q, Peng M, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2020;89(4):242-50.
172. Jelinek L, Göritz AS, Miegel F, Moritz S, Kriston L. Predictors of trajectories of obsessive-compulsive symptoms during the COVID-19 pandemic in the general population in Germany. *Translational psychiatry*. 2021;11(1):1-11.
173. Li D-J, Chou L-S, Chou FH-C, Hsu S-T, Hsieh K-Y, Wu H-C, et al. COVID-related psychological distress fully mediates the association from social impact to sleep disturbance among patients with chronic schizophrenia. *Scientific reports*. 2021;11(1):1-11.
174. Stummer L, Markovic M, Maroney ME. Pharmacologic treatment options for insomnia in patients with schizophrenia. *Medicines*. 2018;5(3):88.
175. Kaplan KA, Harvey AG. Behavioral treatment of insomnia in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(7):716-20.
176. Benca RM, Peterson MJ. Insomnia and depression. *Sleep medicine*. 2008;9:S3-S9.
177. Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds 3rd C, Himmelhoch J, Mallinger A, Houck P, et al. Hypersomnia in bipolar depression: a comparison with narcolepsy using the multiple sleep latency test. *The American journal of psychiatry*. 1991;148(9):1177-81.
178. Sánchez E, Lecube A, Bellido D, Monereo S, Malagón MM, Tinahones FJ. Leading factors for weight gain during COVID-19 lockdown in a Spanish population: a cross-sectional study. *Nutrients*. 2021;13(3):894.
179. Zeigler Z. COVID-19 Self-quarantine and weight gain risk factors in adults. *Current obesity reports*. 2021:1-11.

180. Stubbs B, Vancampfort D, Smith L, Rosenbaum S, Schuch F, Firth J. Physical activity and mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(11):873.
181. Ruetsch O, Viala A, Bardou H, Martin P, Vacheron M. Psychotropic drugs induced weight gain: a review of the literature concerning epidemiological data, mechanisms and management. *L'encephale*. 2005;31(4 Pt 1):507-16.
182. Herz MI, Melville C. Relapse in schizophrenia. *The American journal of psychiatry*. 1980.
183. Goossens P, Kupka R, Beentjes T, van Achterberg T. Recognising prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(10):1201-7.
184. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Elisabeth Wells J, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar disorders*. 2005;7(2):119-25.
185. Mayo D, Corey S, Kelly LH, Yohannes S, Youngquist AL, Stuart BK, et al. The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: A review. *Frontiers in psychiatry*. 2017;8:55.
186. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70(suppl 3):22-9.
187. Fathi M, Vakili K, Sayehmiri F, Mohamadkhani A, Hajiesmaeili M, Rezaei-Tavirani M, et al. The prognostic value of comorbidity for the severity of COVID-19: A systematic review and meta-analysis study. *PloS one*. 2021;16(2):e0246190.
188. Sisó-Almirall A, Kostov B, Mas-Heredia M, Vilanova-Rotllan S, Sequeira-Aymar E, Sans-Corrales M, et al. Prognostic factors in Spanish COVID-19 patients: A case series from Barcelona. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237960.
189. Asuman K, YILMAZ A. SAĞLIK İLETİŞİMİNDE İNFOGRAFIKLER: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ VE SAĞLIK BAKANLIĞI COVID-19 İNFOGRAFIKLERİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ. *Turkish Online Journal of Design Art and Communication*. 11(3):769-85.
190. Ganczak M, Pasek O, Duda-Duma Ł, Świstara D, Korzeń M. Use of masks in public places in Poland during SARS-Cov-2 epidemic: a covert observational study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-10.
191. Türken M, Köse Ş. Covid-19 bulaş yolları ve önleme. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2020;30:36-42.
192. Pakpour AH, Griffiths MD. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*. 2020;2(1):58-63.
193. Yıldırım M, Geçer E, Akgül Ö. The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, health & medicine*. 2021;26(1):35-43.

194. Chang K-C, Strong C, Pakpour AH, Griffiths MD, Lin C-Y. Factors related to preventive COVID-19 infection behaviors among people with mental illness. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2020;119(12):1772-80.
195. Yıldırım M, Güler A. COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *Death studies*. 2020:1-8.
196. Aydın F, Kaya F. Does compliance with the preventive health behaviours against COVID-19 mitigate the effects of depression, anxiety and stress?(¿ Cumplir con los comportamientos preventivos de salud contra el COVID-19 reduce los efectos de la depresión, la ansiedad y el estrés?). *Studies in Psychology*. 2021:1-25.
197. Stickley A, Matsubayashi T, Sueki H, Ueda M. COVID-19 preventive behaviors among people with anxiety and depression: Findings from Japan. *medRxiv*. 2020.
198. Leung GM, Lam TH, Ho LM, Ho S, Chan B, Wong I, et al. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003;57(11):857-63.
199. Ragusa R, Marranzano M, Lombardo A, Quattrocchi R, Bellia MA, Lupo L. Has the COVID 19 Virus Changed Adherence to Hand Washing among Healthcare Workers? *Behavioral Sciences*. 2021;11(4):53.
200. Ortiz-Muñoz LE, Ferrer BM, Anselmi GD, Rada G. Protocol of a Living systematic review: Gloves for the prevention of COVID-19 in healthy population. 2020.
201. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*. 2020;49(1):1-3.
202. Liu X, Luo W-T, Li Y, Li C-N, Hong Z-S, Chen H-L, et al. Psychological status and behavior changes of the public during the COVID-19 epidemic in China. *Infectious diseases of poverty*. 2020;9:1-11.
203. Wright L, Steptoe A, Fancourt D. Predictors of self-reported adherence to COVID-19 guidelines. A longitudinal observational study of 51,600 UK adults. *The Lancet Regional Health-Europe*. 2021;4:100061.
204. Pietrabissa G, Simpson SG. Psychological consequences of social isolation during COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:2201.
205. Jung H-R, Park C, Kim M, Jhon M, Kim J-W, Ryu S, et al. Factors associated with mask wearing among psychiatric inpatients during the COVID-19 pandemic. *Schizophrenia research*. 2021;228:235-6.
206. Kim S-W, Su K-P. Using psychoneuroimmunity against COVID-19. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:4-5.
207. Meşterelu I, Rîmbu R, Blaga P, Stefan S. Obsessive-compulsive symptoms and reactions to the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*. 2021;302:114021.
208. Maguire PA. Pandemic influenza: risk perception and protective behaviours in people with schizophrenia. 2014.

209. Naslund JA, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels S. The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2016;25(2):113-22.
210. Naslund JA, Aschbrenner KA. Risks to privacy with use of social media: understanding the views of social media users with serious mental illness. *Psychiatric services*. 2019;70(7):561-8.
211. Chang K-C, Hou W-L, Pakpour AH, Lin C-Y, Griffiths MD. Psychometric testing of three COVID-19-related scales among people with mental illness. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020:1-13.
212. Torous J, Keshavan M. The role of social media in schizophrenia: evaluating risks, benefits, and potential. *Current opinion in psychiatry*. 2016;29(3):190-5.
213. Thomas N, Foley F, Lindblom K, Lee S. Are people with severe mental illness ready for online interventions? Access and use of the Internet in Australian mental health service users. *Australasian Psychiatry*. 2017;25(3):257-61.
214. Pan K-Y, Kok AA, Eikelenboom M, Horsfall M, Jörg F, Luteijn RA, et al. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):121-9.
215. Miu AS, Vo HT, Palka JM, Glowacki CR, Robinson RJ. Teletherapy with serious mental illness populations during COVID-19: telehealth conversion and engagement. *Counselling Psychology Quarterly*. 2020:1-18.
216. Santesteban-Echarri O, Piskulic D, Nyman RK, Addington J. Telehealth interventions for schizophrenia-spectrum disorders and clinical high-risk for psychosis individuals: A scoping review. *Journal of telemedicine and telecare*. 2020;26(1-2):14-20.
217. McLaren P, Ball CJ, Summerfield M A, Watson J, Lipsedge M. An evaluation of the use of interactive television in an acute psychiatric service. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 1995;1(2):79-85.
218. Kavanagh S, Yellowlees PM. Telemedicine--clinical applications in mental health. *Australian Family Physician*. 1995;24(7):1242-7.
219. Agüero F, Adell MN, Giménez AP, Medina MJL, Continente XG. Adoption of preventive measures during and after the 2009 influenza A (H1N1) virus pandemic peak in Spain. *Preventive medicine*. 2011;53(3):203-6.

10. EKLER

10.1. Olgu Rapor Formu

Form No:

Hasta grubu :

1. Telefon ile ulaşılan, pandemi sürecinde poliklinik başvurusu olmayan hasta
2. Pandemi sürecinde/sonrasında polikliniğe başvuruda bulunan hasta

Yaş:	Cinsiyet: 3. Kadın 4. Erkek	Uzaktan Çalışma: 1. Yok 2. Var	İdari İzin: 1. Yok 2. Var
Meslek: 1. Öğrenci 2. Ev hanımı 3. Memur 4. İşçi 5. Serbest Meslek 6. Çalışmıyor 7. Emekli 8. Diğer(.....)	Eğitim: 1. Okur – yazar değil 2. Okur – yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite	Medeni Durum: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı yaşıyor	

Psikiyatrik Tanı (ICD-10): 1 - F20 - Şizofreni 2 - F31 - Bipolar Bozukluk	Pandemi Sürecinde Hastalık Belirtilerinde Alevlenme: ☐ Yok ☐ Psikotik ☐ Manik ☐ Depresif
--	--

Depresif Belirtiler:	Covid-19 ile ilişki:	Anksiyöz Belirtiler:	Covid-19 ile ilişkisi:
☐ 1 – Çökkünlük, hayattan keyif alamama	var ☐ yok ☐	☐ 1 - Gerginlik/sıkıntı/bunaltı hissi	var ☐ yok ☐
☐ 2 – Umutsuzluk	var ☐ yok ☐	☐ 2 - Pek çok şey hakkında endişelenme	var ☐ yok ☐
☐ 3 – Değersizlik duygusu	var ☐ yok ☐	☐ 3 - Ölüm korkusu	var ☐ yok ☐
☐ 4 – Suçlulukla ilgili alınma düşünceleri	var ☐ yok ☐	☐ 4 - Kontrolü kaybetme korkusu	var ☐ yok ☐
☐ 5 – Patolojik suçluluk	var ☐ yok ☐	☐ 5 - Kalp çarpıntısı	var ☐ yok ☐

☐ 6 – Sabah depresyonu (gün içi değişkenlik) ☐ 7 – Sabahları normalden erken uyanma ☐ 8 – İntihar düşünceleri ☐ 9 – Gözlenen depres. (ses tonu, ağlama vb.)	var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐	☐ 6 – Terleme ☐ 7 – Titreme ☐ 8 - Göğüs ağrısı / nefes darlığı ☐ 9 - Sersemlik / bayılma hissi ☐ 10 – Uyuşukluk / karıncalanma	var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐
Sanrısıl İçerik: Covid-19 ile ilişkisi:		Obs.-Komp. Belirtiler: Covid-19 ile ilişkisi:	
☐ 1 – Paranoid ☐ 2 – Referansiyel ☐ 3 – Perseküsyon ☐ 4 – Grandiyöz ☐ 5 – Dinsel ☐ 6 – Nihilistik ☐ 7 – Somatik ☐ 8 – Etkilenme/Kontrol edilme ☐ 9 – Karma ☐ 10 – Diğer	var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐	☐ 1 - Bulaşma/Temizlik ☐ 2 - Kuşku/Kontrol ☐ 3 - Cinsel ☐ 4 - Dini ☐ 5 - Simetri/Düzen ☐ 6 - Dokunma ☐ 7 - Sayma ☐ 8 - Biriktirme ☐ 9 - Batıl/Uğurlu eşyalar ☐ 10 - Diğer	var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐ var ☐ yok ☐
İlaç Kullanımında Aksama:		Vejetatif Belirtiler:	
☐ 1 – Yok ☐ 2 – Var İlaç Kullanımında Aksama Varsa nedeni : ☐ 1 – Tedavi uyumsuzluğu/hastanın kendisi ☐ 2 – Covid-19 pandemisi nedeni ile ilaca ulaşamama		1 – Uyku değişiklik yok ☐ artma ☐ azalma ☐ 2 – İştah değişiklik yok ☐ artma ☐ azalma ☐	

Covid-19'a Yönelik Alınan Koruyucu Önlemler:

- Ailenizde Covid-19 tanısı almış kimse var mı?
 - Yok
 - Var

- Son 1 ay içerisinde korunma/kaçınma açısından;

Diğer insanlarla temas etmemeye, evde kalmaya uyum gösterebildiniz mi?	1. Hayır	2. Evet
Market, pazar, otobüs vb gibi toplu/kalabalık ortamlardan kaçındığınız oldu mu?	1. Hayır	2. Evet
Aile bireyleri ya da arkadaşlarınızdan uzak kalmanız gerekti mi?	1. Hayır	2. Evet
El dezenfektanı kullandınız mı ya da sık sık ellerinizi yıkadınız mı?	1. Hayır	2. Evet
Maske taktınız mı?	1. Hayır	2. Evet
Eldiven kullandınız mı?	1. Hayır	2. Evet
Çevrenizdeki eşyaları dezenfekte etme gereği duydunuz mu?	1. Hayır	2. Evet

- Pandemi nedeni ile sağlık kuruluşuna muayeneye/reçeteye/kan tetkiki vermeye gidememe durumunuz oldu mu?
 - Hayır
 - Evet

- Oldu ise neden?

- ☐ Hastane ortamında enfekte olmaktan korktuğum için
- ☐ Hasteneye başvurdum fakat geri çevrildim
- ☐ Doktoruma/hastaneme ulaşamadım ve nereye gitmem gerektiğini bilmiyordum
- ☐ Diğer

Covid-19'a Yönelik Endişeler :

- ☐ Virüs bana bulaşacak
- ☐ Virüs yakınlarıma bulaşacak
- ☐ Ruh sağlığım etkilenecek
- ☐ Beden sağlığım etkilenecek
- ☐ Diğer

Covid-19 Pandemi Sürecinde Sizi En Çok Zorlayan Durum Ne Oldu?

.....

.....

.....

.....

Covid-19'a İlişkin Haber Kaynakları :

- ☐ TV
- ☐ Gazete
- ☐ Gazetelerin internet siteleri
- ☐ Sosyal Medya
- ☐ Whatapp
- ☐ Aile/arkadaş çevresi
- ☐ Diğer.....

Telepsikiyatri Uygulamaları: ☐ Ne olduğu hakkında hiçbir fikrim yok ☐ Daha önce duydum fakat bilgim yok ☐ Daha önce duydum ve ne olduğunu biliyorum	Telepsikiyatri Uygulamasına Bakış: ☐ Olumlu, isterim ☐ Olumsuz, istemem
Kronik Hastalık: 1. Yok 2. Var (.....)	Hastanın Sosyal Destek Durumu: 1. Yeterli 2. Bazı alanlarda yetersiz 3. Hemen tüm alanlarda yetersiz

Telefon ile Görüşme Sonucu: 1. Tamamlandı 2. Tamamlanamadı

Ek Notlar:

10.2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”

İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE TAKİPLİ ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA COVID-19 SALGINININ ETKİLERİ**

Sorumlu Araştırmacının Adı: Rukiye Filiz Karadağ

Diğer Araştırmacıların Adı: Burak Erman Menkü, Melike Küçükkarapınar

“BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE TAKİPLİ ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA COVID-19 SALGINININ ETKİLERİ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde Şizofreni hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Prof. Dr. Rukiye Filiz Karadağ’ın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Gazi üniversitesi hastanesi psikiyatri polikliniğinde takipli şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların Covid-19 salgını sürecinde psikiyatrik belirtiler açısından etkilenme düzeylerinin ve bunun hastaneye başvuru durumları ile olan ilişkisini incelemek bu çalışmasının amacıdır. Çalışmaya 200 (iki yüz) kişinin alınması planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde; araştırmacılar sizinle bir görüşme yapacak, hastalığınızın ne durumda olduğunu ve belirtilerinizin şiddetini değerlendirebilmek adına size bir takım sorular soracaktır. Bu süreçte sizden herhangi bir form doldurmanız beklenmemektedir. Araştırmanın 01.07.2020 ile 01.10.2020 tarihleri arasında yapılması planlanmıştır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Bu çalışma vücudunuz üzerinde ruhsal veya bedensel sağlığınızı kötü etkileyebilecek herhangi bir risk taşımamaktadır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Bu çalışma ile salgın döneminde şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının ruhsal durumlarının ne şekilde etkilendikleri incelenecek ve bu neticede gelecekte uzaktan psikiyatri uygulamalarının daha etkin biçimde kullanılabilmeleri adına katkı sağlanacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Burak Erman Menkü

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi

TELEFON : 0312 202 54 50 – 0543 950 91 34

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında, Prof. Dr. Rukiye Filiz Karadağ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Arş. Gör. Dr. Burak Erman Menkü'yü 03122025450 ve 05439509134 numaralı telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER ALMAYACAKTIR.

10.3. Etik Kurul Formu


**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı**

u hat
P=ikuyt


13.07.2020

Sayı : 25901600-604.01.01- 17
Konu : Toplantı Kararları

Sayın *Prof. Dr. Rukiye Filiz Karaböş*
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **06 Temmuz 2020** tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Dudu Berrin GÜNAYDIN
Kurul Başkanı


Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Birimi 06500
Beşevler/ANKARA
Tel: 0 312 202 69 58 Faks: 0 312 202 46 73
e-Posta : tip@gazi.edu.tr İnternet Adresi : www.med.gazi.edu.tr

Bilgi için : Şerife Çiçek
Bilgisayar İşletmeni

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU**

ETİK KURUL İLETİŞİM BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi (GÜ) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık (GÜTF) Binası 06500 Beşevler/Ankara
	TELEFON	0312 202 69 58
	FAKS	0312 202 46 73
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde Takipli Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Covid-19 Salgınının Etkileri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Rukiye Filiz KARADAĞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Psikiyatri Anabilim Dalı / GÜTF			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Diğer - Uzmanlık tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	01.06.2020	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	01.06.2020	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		☒	
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU		☐	
	DİĞER		☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 406	Toplantı tarihi: 06.07.2020
	Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde Takipli Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Covid-19 Salgınının Etkileri başlıklı başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemlerinin incelenerek uygun bulunduğuna GÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI					İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI					Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırmayla ilişkisi		Katılım		İmza
Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN BAŞKAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Farmakoloji Bilim Dr.	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Gülsen TAÇOY BAŞKAN YARD.	Kardiyoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Murat UÇAR BİLDİRİMDEN SORUMLU ÜYE	Radyoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Gökçe S. ÖZTÜRK FİNCAN	Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

BİLDİRİMDEN SORUMLU ÜYE								
Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL ÜYE	Psikiyatri Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN ÜYE	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof.Dr.Ö.Sezai LEVENTOĞLU ÜYE	Genel Cerrahi Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Nuriye ÖZDEMİR ÜYE	İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Aylin SEPİCİ DİNÇEL ÜYE	Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Prof. Dr. Ebru ARHAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Elçin Özgür BÜYÜKATALAY ÜYE	Biyofizik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Uzm. Dr. Emine AVCI ÜYE	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı Genel Müd.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Araş. Gör. Dr. Fahri Erdem KAŞAK ÜYE	Hukukçu	Hacı Bayram Veli Üniv.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
İ. Nüket EKŞİ ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐

**10.4. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma
Değerlendirme Komisyonu Onam Formu**

05.06.2020

Gmail - Fwd: Bilimsel Araştırma Başvurusu



Burak Erman Menkü <dr.burakmenku@gmail.com>

Fwd: Bilimsel Araştırma Başvurusu

1 mesaj

Filiz KARADAĞ <filizkaradag@gazi.edu.tr>
Alıcı: dr.burakmenku@gmail.com, mdmelikek@gmail.com

4 Haziran 2020 23:58

Kimden: "Bilimsel Araştırma Başvurusu" <portal@saglik.gov.tr>
Kime: "filizkaradag" <filizkaradag@gazi.edu.tr>
Gönderilenler: 4 Haziran Perşembe 2020 23:34:28
Konu: Bilimsel Araştırma Başvurusu

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru değerlendirilmiştir.
Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.
Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun görülmüştür.
Araştırmamızın gerektirdiği diğer tüm süreçleri (etik kurul, faz çalışması ,diğer izinler vb.) tamamlamanız gerekmektedir.
Açıklama :
Form Adı : Rukiye Filiz Karadağ-2020-06-01T14_37_57
Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmamızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı: Burak Erman

Soyadı: Menkü

Doğum Yeri ve Tarihi:

Eğitimi:

- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Tıpta Uzmanlık) – Halen devam ediyor
- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi – Lisans 2016

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

- Türkiye Psikiyatri Derneği

Bilimsel Yayınlar:

Makaleler

- Menku, B. E., Altıparmak, T., Genis, B., & Cosar, B. (2021). Adverse Neuropsychiatric Events Associated with Varenicline: A Case Series. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(1), 80-83.
- Şentürk, E., Geniş, B., Menkü, B. E., & Cosar, B. (2021). The effects of social media news that users trusted and verified on anxiety level and disease control perception in COVID-19 pandemic. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 24, 23-32.

Kitap Bölümleri

- Menkü BE, Coşar B. Psikosomatik bozukluklar. Coşar B, editör. Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.32-6.

Bildiriler

- Üniversite Öğrencilerinde Erteleme Davranışı İle Kişilik Özellikleri ve Dikkat Eksikliği İlişkisinin Değerlendirilmesi, MENKÜ B. E. , DUMAN Y., COŞAR B., 4. Psikiyatri Zirvesi ve 11. Anksiyete Kongresi, 14 - 17 Mart 2019

Posterler

- Anabolik Androjenik Steroid Kullanımı ile Gelişen Psikoz Olgusu, MENKÜ B.E., Şahin M., COŞAR B. , ARIKAN Z., 4. Psikiyatri Zirvesi ve 11. Anksiyete Kongresi, 14 - 17 Mart 2019
- Dissosiyatif Belirtilerin Eşlik Ettiği Nöbet-Psödonöbet Birlikteliği Olan Bir Olgu Sunumu, MENKÜ B. E. , DUMAN Y., COŞAR B., 4. Psikiyatri Zirvesi ve 11. Anksiyete Kongresi, 14-17 Mart 2019

- Paliperidona Yanıt Veren Delüzyonel Parazitoz Olgusu, Menkü B.E., DUMAN Y., ŞENTÜRK E., GENİŞ B., AKSU M.H., ERTEK İ.E., COŞAR B., 3. Psikiyatri Zirvesi ve 10. Anksiyete Kongresi
- Uyku İlişkili Yeme Bozukluğu ve Huzursuz Bacak Sendromu Birlikteliği Olan Bir Olgu, Geniş B., Menkü B.E., 56. ULUSAL PSİKIYATRİ KONGRESİ
- Bir Olgu Nedeni ile Alice Harikalar Diyarında (Todd Sendromu), DUMAN Y., MENKÜ B.E., ŞENTÜRK E., ERTEK İ.E., GENİŞ B., AKSU M.H., COŞAR B., 3. Psikiyatri Zirvesi ve 10. Anksiyete Kongresi
- Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Yaşlı Olguda Frontotemporal Demansın Önemi, DUMAN Y., MENKÜ B.E., ŞENTÜRK E., GENİŞ B., AKSU M.H., COŞAR B., 3. Psikiyatri Zirvesi ve 10. Anksiyete Kongresi
- Othello ve Capgras Sendromu Birlikteliği Olan Bir Olgu, MENKÜ B.E., DUMAN Y., ŞENTÜRK E., ERTEK İ.E., GENİŞ B., AKSU M.H., COŞAR B., 3. Psikiyatri Zirvesi ve 10. Anksiyete Kongresi