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

BİR ÜNİVERSİTE TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN COVID-19 PANDEMİSİ ÖNCESİ VE PANDEMİ SÜRECİNDEKİ TANILARININ VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Sibel ALAN NİZAM

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Melike NEBİOĞLU YILDIZ

MERSİN-2023

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

BİR ÜNİVERSİTE TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN COVID-19 PANDEMİSİ ÖNCESİ VE PANDEMİ SÜRECİNDEKİ TANILARININ VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Sibel ALAN NİZAM

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Melike NEBİOĞLU YILDIZ

MERSİN-2023

TEŞEKKÜR

Tezimin oluşumunda bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Melike Nebioğlu Yıldız'a

Eğitimimiz için emek harcayan, engin bilgi ve mesleki deneyimlerini paylaşarak beni meslek hayatıma hazırlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Şenel Tot Acar, Prof. Dr. Mustafa Kemal Yazıcı, Prof. Dr. Aylin Ertekin Yazıcı, Doç. Dr. Şadiye Visal Buturak, Öğr. Üyesi Dr. Eda Aslan ve Öğr. Gör. Dr. Seda Türkili'ye,

Tezimin oluşumunda katkısı olan Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda görevli Ali Türker Çiftçi'ye, AMATEM rotasyonumda kısa süre de olsa birlikte çalışma fırsatı yakaladığım her zaman iyi niyetini ve anlayışını hissettiğim Dr. Esra Akay'a

Asistanlık sürecimde beraber çalışma fırsatı bulduğum ve her zaman yanımda olduklarını hissettiren iyi kalpli güzel dostlarım Beyza, Selma, Begüm ve Meltem İnsel'e

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum sekreterlere, klinik hemşirelerine ve personellerine,

Beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan her zaman sevgilerini ve her koşulda desteklerini sonsuz hissettiğim, bu hayattaki büyük şansım canım annem, babam ve kardeşime,

Hayatı büyük mutlulukla paylaştığım ve her anımı anlamlı ve eşsiz kılan değerli eşim Ali Erkan Nizam'a ve hayatımın anlamı, biriciğim, herşeyden çok sevdiğim ve hislerimi tek bir cümleye sığdıramayacağım canım kızım Arya Beren'ime sonsuz ve en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Sibel Alan Nizam

Mersin, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖZET **5**

ABSTRACT **7**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **9**

2. GENEL BİLGİLER **11**

2.1 COVID-19 Pandemisi 11

2.1.1 Pandeminin Tanımı ve Tarih Boyunca Görülen Diğer Pandemiler 11

2.1.2 Koronavirüsler'in Yapısı 12

2.1.3 İnsan Koronavirüsleri ve Kaynağı 12

2.1.4 COVID-19'un Bulaşma Yolları 13

2.1.5 COVID-19'un Belirtileri 14

2.1.6 Prognoz 14

2.1.7 COVID-19 Tanı, Tedavi ve Korunma 15

2.1.8 COVID-19'un Psikiyatrik Belirtileri 16

2.1.9 Epidemiyoloji 18

2.1.10 Türkiye'de Pandemi Süreci 18

2.1.11 COVID-19 Pandemisinin Genel Popülasyondaki Ruhsal Etkileri 20

2.1.12 COVID-19 Salgınının Cinsiyet Gruplarına ve Yaşa Göre Ruhsal Etkileri 21

2.1.13 COVID-19 Salgınının Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Ruhsal Etkileri 22

2.1.14 COVID-19 Salgınının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri 23

2.1.15 Pandemi Döneminde Psikiyatri Hastalarının Tedavi Zorlukları 23

2.1.16 COVID-19 ve Telepsikiyatri 24

2.2 Yaygın Görülen Bazı Psikiyatrik Bozukluklar ve Genel Özellikleri 25

2.2.1 Depresif Bozukluklar 25

2.2.2 Anksiyete Bozuklukları 26

2.2.3 Bipolar Duygulanım Bozukluğu 27

2.2.4 Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar 28

2.2.5 Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar 30

2.2.6 Travma ve Stresörlerle İlişkili Bozukluklar 31
2.2.7 Nörogelişimsel Bozukluklar 32
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 34
3.1 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 34
3.2 Çalışma Yöntemi 34
3.3 Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri 35
3.4 Çalışmanın Dışlama Kriterleri 35
3.5. İstatistiksel Analiz 35
4. BULGULAR 36
5.TARTIŞMA 59
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 71
7. KAYNAKÇA 75
8. SİMGELER VE KISALTMALAR 100
9.TABLOLAR DİZİNİ 102

ÖZET

Giriş ve amaç: Koronavirüs-19 hastalığı 2019 yılı aralık ayında Çin'de ortaya çıkmış ardından tüm dünyaya yayılmıştır. Ülkemizde de diğer ülkeler gibi bu küresel salgınla ilgili çeşitli kısıtlamalar ve tedbirler uygulanmıştır. COVID-19 salgınının insanların ruh sağlığına olan etkilerine dair yapılan çalışmalar bazı ruhsal hastalıkların pandemi nedeniyle arttığını ortaya koymuştur. Çalışmamızda COVID-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerine etkilerini incelemek için Mersin Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğimize pandemi öncesi dönemde başvuran hastaların demografik ve tanısal verileri ile pandemi ilanı sonrasındaki demografik ve tanısal verilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmamızda 1 Mart-1 Temmuz 2019 (pandemi öncesi), 1 Mart-1 Temmuz 2020 ve 1 Mart-1 Temmuz 2021 (pandemi süreci) tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların otomasyon kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiş olup otomosyon sisteminden ulaşılamayan verilere hastanemizin psikiyatri polikliniği arşivinden hastaların dosyaları taranarak ulaşılmıştır. İstatiksel analizler Statistica v.13.3.1 programı ile yapılmıştır. $P<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Pandemi öncesine kıyasla pandemi sürecinde hasta başvuru sayısı belirgin olarak azalmıştır. Pandeminin başladığı 2020 yılında 2021 yılına kıyasla başvuru sayısı daha azdır. Hasta sayısı da pandemi öncesi döneme kıyasla pandemi sürecinde azalmıştır. Tıbbi belge çıkarılması için yapılan başvurular pandemi öncesine göre 2020 yılında azalmıştır fakat 2021 yılında ise diğer iki yıla oranla artmıştır. Hem pandemi öncesinde hem de pandemi sürecinde erkek hastaların sayısı kadın hastalardan anlamlı olarak düşüktür. Yıllar ile hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir. Hastaların yaş ortalaması pandemi öncesi döneme göre pandemi sürecinde azalmıştır, pandemi öncesine göre 2021 yılındaki yaş ortalamasındaki azalma anlamlı bulunmuştur. Bipolar duygulanım bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar tanılarında anlamlı değişiklik izlenmemiştir. Pandemi sürecinde anksiyete bozuklukları tanısının oranı pandemi öncesine göre anlamlı olarak artmıştır. Anksiyete bozuklukları pandeminin ülkemizdeki

başlangıcı olan 2020 yılı mart-temmuz aylarına kıyasla 2021 yılının aynı aylarında daha da artış göstermiştir. Pandemi sürecinde depresif bozukluk tanısının oranı pandemi öncesine göre anlamlı olarak azalmıştır. Pandemi sürecinde pandemi öncesine kıyasla nörogelişimsel bozukluk tanısının oranında anlamlı bir artış gözlenmiştir. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozuklukların oranı 2021 yılında pandeminin ülkemizdeki ilk başlangıç dönemi olan 2020 yılına göre anlamlı olarak daha düşüktür. Travma ve stresörlerle ilişkili bozuklukların oranının pandemi öncesinde pandemi sürecine göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç ve öneri: COVID-19 pandemisi psikiyatri polikliniğine başvuru ve hasta sayısını azaltmıştır. Bu dönemde pandemi öncesine kıyasla depresif bozukluk, travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar azalmışken anksiyete bozuklukları ve nörogelişimsel bozukluklar artış göstermiştir. Bunun yanında başvuruları ve tanıları hastaların motivasyonları, pandeminin getirdiği hayat koşullarındaki değişiklikler, sokağa çıkma yasakları etkilemiştir. Salgınların insanların psikolojisi ve huzuru üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için yeterince kaynak sağlayıp gerekli tedbirleri almak kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, demografik veri, pandemi, psikolojik etki

ABSTRACT

Introduction and purpose: The coronavirus-19 disease emerged in China in December 2019 and then spread to the whole world. In our country, like other countries, various restrictions and measures have been implemented regarding this global epidemic. Studies on the effects of the COVID-19 epidemic on people's mental health have revealed that some mental illnesses have increased due to the pandemic. In our study, it was aimed to compare the demographic and diagnostic data of the patients who applied to our Mersin University Hospital Psychiatry polyclinic in the pre-pandemic period with the demographic and diagnostic data after the declaration of the pandemic in order to examine the effects of the COVID-19 pandemic on mental health.

Materials and methods: In our study, the automation records of patients who applied to the psychiatry outpatient clinic of Mersin University Medical Faculty Hospital between 1 March-1 July 2020 (pre-pandemic), and 1 March-1 July 2021 (pandemic period) were evaluated retrospectively. The data that could not be accessed from the automation system was obtained by scanning the files of the patients from the archive of the psychiatry outpatient clinic of our hospital. Statistical analyzes were made with Statistica v.13.3.1 program. $P<0,05$ was considered statistically significant.

Results: Compared to the pre-pandemic period, the number of patient admissions decreased significantly during the pandemic. In 2020, when the pandemic started, the number of applications was lower than in 2021. The number of patients has also decreased during the pandemic period compared to the pre-pandemic period. Applications for the issuance of medical documents decreased in 2020 compared to the pre-pandemic period but increased in 2021 compared to the other two years. The number of male patients is significantly lower than female patients both before and during the pandemic. There was no significant difference between the years and the gender of the patients. The mean age of the patients decreased during the pandemic period compared to the pre-pandemic period, and the decrease in the mean age in 2021 compared to the pre-pandemic period was significant. No significant change was observed in the diagnoses of bipolar affective disorder and obsessive-compulsive disorder and related disorders. The rate of diagnosis of anxiety disorders during the pandemic

period has increased significantly compared to the pre-pandemic period. Anxiety disorders have increased even more in the same months of 2021 compared to March-July 2020, the beginning of the pandemic in our country. During the pandemic period, the rate of diagnosis of depressive disorder decreased significantly compared to the pre-pandemic period. A significant increase was observed in the rate of diagnosis of neurodevelopmental disorders during the pandemic period compared to the pre-pandemic period. The rate of disorders within the scope of schizophrenia expansion and psychosis is significantly lower in 2021 than in 2020, which is the first onset of the pandemic in our country. It was observed that the rate of trauma and stressor-related disorders was higher before the pandemic than during the pandemic period.

Conclusion and recommendation: The COVID-19 pandemic has reduced the number of patients and admissions to the psychiatry polyclinic. In this period, compared to the pre-pandemic period, depressive disorders, trauma, and stressors-related disorders decreased, while anxiety disorders and neurodevelopmental disorders increased. In addition, their applications and diagnoses were affected by the motivations of the patients, the changes in the living conditions brought by the pandemic, and the curfews. It is critical to provide adequate resources and take the necessary measures to reduce the negative effects of epidemics on people's psychology and well-being.

Keywords: COVID-19, demographic data, pandemic, the psychological impact

1. GİRİŞ VE AMAÇ

2019 yılının aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde pnömoni vakaları tespit edilmiştir. Bu vakalardaki etken insanlarda daha önce saptanmamış yeni bir koronavirüs olarak tanımlanmış olup SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır[1]. Hastalık kısa sürede tüm dünyaya yayılmış, Şubat 2020'de Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) olarak adlandırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilmiştir[2].

Ülkemizdeki ilk vaka da pandeminin ilan edildiği 11 Mart tarihinde bildirilmiştir. Ülkemizde vaka sayılarının ve ölümlerin artması sonrası, hastalığın yayılımını engellemek için hükümet tarafından bazı önlemler alınmış ve çeşitli kısıtlamalar uygulanmıştır. Mart ayında 65 yaşını doldurmuş ve 2020 yılı Nisan ayında ise 20 yaş altı kişilere sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. Ayrıca yurt içi ve yurt dışı uçuşlarda kısıtlamalar uygulanmış; okullar, ibadethaneler, restoran ve kafeler, alışveriş merkezleri kapatılmış, sinema ve tiyatro gösterileri ve spor müsabakaları iptal edilmiştir. Uygulanan bu kısıtlamalar ve 'evde kal' politikası neticesinde, hastaneye başvuran kişi sayısında azalma meydana gelmiştir[3].

COVID-19 küresel salgını hükümet tarafından halk sağlığı için karantinaları, sosyal mesafeyi ve diğer önlemleri zorunlu kılmıştır. Zorunlu kapanmalar insanların günlük rutinlerini, iş yaşamını, seyahat planlarını aniden ve büyük ölçüde değiştirmiştir. Son derece bulaşıcı olan bu virüs birinin elini sıkmak, birine sarılmak, konsere, sinemaya gitmek gibi önceden sıradan olan durumları tehlikeli olarak algılanan durumlara dönüştürmüştür. Bu değişiklikler ve hastalığa yakalanma riski göz önüne alındığında anksiyete ve depresyonda artış öngörülmektedir[4].

COVID-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerindeki etkisine dair birçok çalışma yapılmıştır. Enfeksiyona yakalanma, sevdiklerini yitirme, ölüm korkusu, sosyal mesafe, gelir güvencesizliği ve günlük rutinlerdeki geniş kapsamlı değişiklikler sonucunda depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı artmaktadır[5].

Travmatik olaylar kişilerin kendilerini güvende hissetmelerini engelleyebilir, kişilere ölümü hatırlatabilir ve ruh sağlıklarına olumsuz etki edebilir. Pandemi ile ilgili, ne zaman sonlanacağı ve tedavi yöntemleri gibi cevabı kesin olmayan sorular; pandemi nedeniyle sosyal ilişkilerin azalması; pandemi ve

etkileri hakkında sürekli bilgi akışına maruz kalma ve mümkün olduğunca evde kalma gibi yasaklar bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. Anksiyete, depresyon, korku, stres ve uyku sorunları gibi belirtiler COVID-19 pandemisi sırasında da sıklıkla görülmektedir[6]. Bu duruma örnek verilecek olursa; Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) salgını sırasında ve sonrasında %10 ila %18 arasında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının görülme sıklığı rapor edilmiştir[7]. Çin'de COVID-19 pandemisinden en çok etkilenen bölgelerden birinde 285 kişi üzerinde gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda, pandeminin ortaya çıkmasından 1 ay sonra %7 oranında travma sonrası stres semptomları insidansı bildirilmiştir[8]. Kapsamlı bir çalışma, üniversite öğrencilerinin %0.9'unun şiddetli anksiyete belirtileri, %2.7'sinin orta düzeyde belirtiler ve %21.3'ünün hafif belirtiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Aile gelir düzeyinin yeterli miktarda ve sürekli olması, aile bireyleriyle yaşamanın anksiyete belirtilerine karşı koruyucu etki gösterdiği saptanmıştır[9]. Eğitim durumu, yaş ve cinsiyet gibi parametrelerin pandemi sırasında ortaya çıkan depresyon ve anksiyete belirtilerini etkilediği bulunmuştur[10].

COVID-19 salgınının fiziksel etkisinin yanı sıra ruh sağlığına olan etkilerini de tespit etmek önemlidir. Pandemi döneminde değişen koşulların, alınan tedbirler ve uygulanan kısıtlamaların ruh sağlığına ve psikiyatri pratiğine olan etkisini araştırmayı hedefledik. Bu amaçla, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine 1 Mart-1 Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran hastaların yaş ve cinsiyet özellikleri, psikiyatrik tanı bilgileri ile pandemi ilanı sonrasındaki 1 Mart-1 Temmuz 2020 ve 1 Mart-1 Temmuz 2021 tarihleri arasındaki aynı verileri karşılaştırmayı planladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 COVID-19 Pandemisi

2.1.1 Pandeminin Tanımı ve Tarih Boyunca Görülen Diğer Pandemiler

Pandemi, Yunancada hepsi anlamına gelen pan ve insanlar anlamına gelen demos kelimelerinden türetilmiş olup birden fazla ülkede veya kıtada etkili olan aynı anda birçok insanı etkileyen ve hızlıca yayılan büyük salgınlara verilen genel isimdir[11]. Pandemi tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Tarih boyunca farklı dönemlerde farklı salgınlar görülmüştür. Pandemiler, yıkım ve ölümle ilişkilidir. Tarihteki salgınlara baktığımızda MS 165 yılında Antoninus vebası görülmeye başlanmıştır. Bu vebanın etkeni Romalı askerler tarafından Uzak Doğu'dan Avrupa'ya taşınmıştır. Antoninus vebası salgını yaklaşık beş milyon insanın ölümüne yol açmıştır[12].

Justinianus vebası (541-542), Orta Afrika'da başlamış olup ardından Mısır ve Bizans İmparatorluğu'na yayılmıştır. Ayrıca Akdeniz çevresindeki şehirlere de yayılmıştır. Avrupa'daki insanların yaklaşık yarısının ölümüne yol açmıştır[12].

735 yılında başlayan Japon çiçek hastalığı salgını yaklaşık 1 milyon insanın ölümüne yol açmıştır[13].

Kara ölüm olarak da adlandırılan veba ise hakkında daha güvenilir kaynaklar bulunan ilk pandemidir. Bubonik veba salgını 1334 yılında Çin'de ortaya çıkmıştır. İpek yoluyla önce Orta Asya'ya ardından Hindistan'ın kuzey bölgesine yayılmıştır. 1347 yılında ise Sicilya'ya ulaşmıştır. Sonraki yıllarda Avrupa, Rusya ve Orta Doğu'da yayılmıştır[12]. Kara ölüm yalnızca Akdeniz'de ve Avrupa'da 50 milyon kadar insanın ölümüne neden olarak İspanyol gribinden sonra insanlık tarihinin en ölümcül salgı olarak bilinir. Bunun dışında, veba sonraki yüzyıllarda da Avrupa'da birkaç salgına yol açmıştır[14, 15].

Kolera salgınları yedi büyük pandemiye yol açmıştır. 1817 yılında Hindistan'da ilk kolera salgını başlamıştır. Sonrasında birçok ülkeye yayılmıştır. 1826 ile 1923 arasındaki dönemde meydana gelen ve Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'ni de içeren farklı kıtalarda etkisini gösteren çeşitli kolera pandemileri görülmüştür. Yedinci kolera pandemisi ise 1961 yılında Endonezya'da başlamıştır ve diğer altı pandemiden daha fazla kıtayı etkilemiştir[16-19].

İspanyol gribi, ölümcül bir grip salgını olarak Kansas'da 1918 yılında ortaya çıkmıştır. Kuş kökenli H1N1 influenza virüsü etkendir. Genç bireylerde ölüm oranı yüksektir[20, 21].

1957 yılında Asya Gribi ve 1968 yılında Hong Kong gribi salgınları görülmüştür[22, 23]. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ise dünya çapında 40 milyon insanın ölümüne neden olmuştur[24]. 2002 yılında başlayan ve 29 ülkeye yayılan ağır akut solunum sendromu etkeni bir koronavirüs cinsidir ve bu salgın 2003 yılının temmuz ayında sona ermiştir[12]. Domuz gribi 2009 yılında ortaya çıkmıştır, ergenleri ve genç erişkinleri daha fazla etkilemiştir. Hızlı bir şekilde yayılan virüs diğer pandemi etkenleri kadar öldürücü değildir[25]. 2013 yılında ise hipovolemi ve hemorajik şok nedeniyle ölüme götüren Ebola virüsü Gine'de ortaya çıkmış ve birçok insanı etkilemiştir[26]. 2012 yılında Arap Yarımadası'nda develerde endemik olan Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsü (MERS-CoV) tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) verilerine göre 2000'den fazla kişi bu virüsle enfekte olmuştur ve bu viral etken nedeniyle 700'den fazla kişi ölmüştür[27].

2.1.2 Koronavirüsler'in Yapısı

Koronavirüsler, pozitif sarmallı RNA'ya sahip zarflı virüslerdir. Bu virüsler, sivri uçlu glikoprotein yapısında ve elektron mikroskobu altında taç gibi görünen çıkıntılara sahiptirler. Bu nedenle Koronavirüs olarak adlandırılmışlardır[28].

2.1.3 İnsan Koronavirüsleri ve Kaynağı

Koronavirüsler alfa, beta, gama ve delta olmak üzere dört cinse ayrılır[29]. Alfa ve beta grubu memelileri enfekte edebilirken, diğer iki grup memelilerin yanı sıra kuşları da enfekte edebilir. Şimdiye kadar yedi türün insanları enfekte ettiği tespit edilmiştir. Bunlardan dördü, HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HCoV-HKU1 kendi kendini sınırlayan üst solunum yolu enfeksiyonuna yol açar[30]. Beta grubunda yer alan Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsü (MERS-CoV) ve şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü 1 (SARS-CoV-1) daha ciddi semptomlara neden olup ölümcül olabilir[31]. Yapılan bir çalışmada yarasaların tüm koronavirüs türleri için doğal konaklar olduğu ve diğer türlerde bulunan tüm koronavirüslerin yarasalarda yaşayan virüslerden türeyebildiği gösterilmiştir[32]. Bunun yanı sıra bu virüsler, çoğu zaman bir ara konakçı yoluyla insanlara bulaşmıştır[33]. SARS-CoV'un pazar misk kedilerine doğrudan temasla bulaştığı tespit edilmiştir[34]. Tek hörgüçlü develerinse benzer şekilde MERS-CoV

için doğal konakçı olması muhtemeldir ve bu virüsü develerin birbirine bulaştırdığı açıkça belgelenmiştir[35]. COVID-19'un ise Çin'in Wuhan kentinde bulunan deniz ürünleri pazarında ortaya çıktığından şüphelenilmektedir[36, 37]. COVID-19 üzerine yapılan analizler virüsün, en çok SARS benzeri koronavirüslere benzediğini ortaya koymuş ve bu nedenle SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır[33]. Özetleyecek olursak, bilimsel raporların çoğu, SARS-CoV-2'nin yarasalardan kaynaklandığına ve deniz ürünleri pazarındaki ara hayvan konakçıları aracılığıyla insanlara bulaştığına inanmaktadır[38]. Ancak araştırmacılar, hangi hayvanın ara konak olduğuna henüz kesin bir cevap bulamamıştır[33].

2.1.4 COVID-19'un Bulaşma Yolları

Virüs insana taşındıktan sonra insandan insana damlacık yoluyla bulaşmaya başlamıştır. Enfekte olan kişi konuştuğunda, öksürdüğünde ya da hapşırdığında solunum yolundaki salgılarda bulunan viral etken doğrudan başka bir kişinin mukozasına ulaşırsa bulaş gerçekleşir. Ayrıca öksürme ya da hapşırma nedeniyle damlacıklar çevreye yayılabilir. Bir kişi SARS-CoV-2 ile kontamine olmuş bir yüzeye dokunursa ve ardından elleriyle göz, burun veya ağız gibi mukoza zarlarıyla doğrudan temas ederse bulaş gerçekleşebilir. Damlacıkların yaklaşık iki metreye kadar yayılabildiği düşünülmektedir[39, 40]. Hastalığın belirtileri başlamadan 1-2 gün önce ve başladıktan 2 hafta sonraya kadar solunum yolu sekresyonlarında virüse rastlanabilir[41, 42]. Buna ek olarak kan,serum, idrar, gaita örneklerinde de virüs saptanmıştır[43].

Koronavirüsler genellikle dış ortamda uzun süre canlı kalamayan etkenlerdir. Canlı kalma süreleri, ortamın sıcaklığına, nem miktarına, kontamine ettiği yüzeyin özelliklerine bağlı olarak değişir[40]. Bir çalışmada cam, plastik gibi yüzeylerde dokuz güne kadar canlı kaldığı gösterilmiştir[44]. Başka bir çalışmada karton yüzeyde 24 saate varan aktivasyon, plastik ve paslanmaz çelik yüzeyinde ise 72 saat civarında virüsün aktive olduğu tespit edilmiştir[45]. Bununla birlikte genel kabul virüsün cansız yüzeylerde sadece birkaç saat aktivitesini sürdürdüğü yönündedir. Ayrıca bulaşta temas süresi de önemli bir etkendir[40]. Maske, sosyal mesafe gibi koruyucu faktörlere başvurma, maruziyetin süresi ve türü, enfekte bireyin solunum yolundaki virüs miktarı benzeri kişisel etkenler bulaşma riskinin belirleyicilerindendir[46].

2.1.5 COVID-19'un Belirtileri

COVID-19, bazı bireylerde asemptomatik gidiş gösterirken bazılarında solunum yetmezliğine kadar ilerleyebilir[47]. Ateş, öksürük, yorgunluk, boğaz ağrısı, baş ağrısı, hafif dispne ve konjonktivit sıklıkla görülen belirtiler arasında yer alır[42, 47, 48].

SARS-CoV-2 ilk olarak üst solunum yolu mukozalarına ulaşır, ardından nazal ve faringeal epiteli geçerek alt solunum yoluna doğru ilerler[49, 50]. Virüs anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 'nin (ACE-2) yer aldığı organlara etki edebilir. Bu nedenle kalp ve damarlar, gastrointestinal sistem ve böbrekler diğer tutulum alanlarıdır. Oral yoldan bulaş söz konusu olduğunda doğrudan gastrointestinal sistem tutulabilir[51].

Hastalığın ağır seyrettiği hastalarda ciddi pulmoner tutulum meydana gelebilir. Bu tutulum sistemik inflamasyona neden olabilir[49, 52]. Bunun sonucunda sitokin fırtınası meydana gelebilir ve vücuttaki farklı organlar etkilenir. Vücudun enfeksiyona karşı ilk savunması inflamasyondur ve bağışıklık sistemini aktifleştirerek çeşitli sitokinlerin salınmasında rol oynar[51]. Fakat bu sitokin üretimi aşırı indüklenir ve sitokin fırtınası meydana gelirse yüksek riskli etkiler gelişir[53]. Bu indüksiyon sonucunda damarlarda aşırı trombin üretimi ve fibrinolizin engellenmesi nedeniyle tromboz gelişmektedir[51, 54].

2.1.6 Prognoz

Hastanın yaşı, hastalığın ciddiyeti, tedavinin ne kadar hızlı uygulandığı ve hastanın tedaviye yanıtı COVID-19'un prognozunu belirleyen faktörlerdir. DSÖ'nün COVID-19 için küresel vaka ölüm oranına yönelik mevcut tahmini %2,2'dir. Bunların yanında ölüm oranında yaş, önceden var olan hastalıklar ve hastalığın şiddeti gibi faktörler de etkilidir[55]. Avrupa'da 4244 durumu kritik COVID-19 hastasının dahil edildiği çok merkezli bir çalışma yapılmıştır. Bu prospektif kohort çalışmasında yaşlılarda, obezlerde, diyabet hastalarında ve şiddetli ARDS hastalarında daha yüksek mortalite oranı saptanmıştır[56].

2.1.7 COVID-19 Tanı, Tedavi ve Korunma

COVID-19 tanısı konulmasının ilk aşaması semptomların değerlendirilmesidir[57]**.** Erken evrelerdeki hastalık, Revers Transkriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu (RT-PCR) ile saptanabilir. Hastalığın ilerlemiş evrelerinde akciğer bilgisayarlı tomografisi (BT) kullanılabilir[58]. COVID-19'un tespiti için serolojik test kullanılması henüz onaylanmış değildir. İmmünoglobulin M (IgM) ve immünoglobulin G (IgG) antikor testlerin duyarlılığı %77 ve %83, özgüllüğü %100 ve %95 olarak bulunmasına rağmen tüm olgularda aynı paternde immünoglobulin salgılanmamıştır[57].

COVID-19 tedavisi için eskiden ruhsatlandırılmış ilaçların bu alanda kullanılması geliştirilen bir stratejidir. Bilinen ilacın tekrar kullanılmasının faydası bu ilaçlar hakkında geniş bilgi birikiminin var olmasıdır[57]. COVID-19'a yönelik mücadelede, antiviraller, anti-inflamatuarlar, hücre tedavisi, plazma tedavisi, monoklonal antikorlar ve intravenöz immünoglobulin tedavileri üzerinde çalışmalar yürütülmüştür. Mevcut tedavi yöntemleri hakkında daha fazla güvenlik ve etkinlik çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Henüz, SARS-CoV-2 enfeksiyonunun tedavisinde kullanılacak spesifik ve onaylanmış bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır. Hastalığı tedavi etmek için kullanılan birincil tedaviler, antiviraller, anti-inflamatuarlar, invaziv ve noninvazif mekanik ventilasyon tedavisidir[59].

Sağlıklı beslenmenin COVID-19'a karşı koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir. D vitamini, bağışıklık sistemi için önemli bir immünomodülatör olarak görev yapar. Antiinflamatuar sitokin düzeylerini artırır[60]. En önemli işlevlerinden biri, interlökin (IL)-1, IL-6, IL-8, IL-12 ve tümör nekroz faktörü (TNF)-α gibi proinflamatuar sitokinlerin üretimini azaltmasıdır[61]. Yapılan bir çalışma, ciddi düzeyde semptomları olan COVID-19 hastalarında, hafif düzeyde semptom gösteren hastalara ve enfekte olmayanlara göre 25-OH-D vitamini düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaya dayanarak D vitamini eksikliğinin, enfeksiyonun ilerlemesini kolaylaştıracağı düşünülmüştür[62]. Yeterli D vitamini seviyesi, solunum epitelini enfeksiyöz etkenden korumayı sağlayarak enfekte olma riskini düşürebilir[63]. C vitamini de proinflamatuar sitokinlerin düzeylerini azaltmasının yanı sıra anti-inflamatuar sitokinlerin düzeylerini de arttırır. Sonuç olarak, yeterli ve sağlıklı beslenme COVID-19' a karşı direncin artmasına katkı sağlayabilir[64].

Enfekte olmuş kişi ve ölüm sayısını azaltan aşılar bulaşıcı hastalıklara karşı savaşmanın en iyi yöntemlerinden biridir[65]. COVID-19'un ortaya çıkışından bu yana, birkaç aşı test edilmiştir ve bu aşılar için acil kullanım izni çıkarılmıştır. Faz III çalışmaları, ChAdOx1 nCoV-19 aşısının (AZD1222; Oxford-AstraZeneca) %70,4 etkinliği olduğunu saptamıştır[66]. COVID-19'a karşı geliştirilen inaktif aşının (CoronaVac) %50,7 etkinliği, mRNA-1273 aşısının (Moderna) %94,1 etkinliği, BNT162b2 mRNA COVID-19 aşısının (Pfizer-BioNTech) %95 etkinliği olduğu tespit edilmiştir[67, 68, 69]. Onaylanmış aşıların SARS-CoV-2'ye karşı önemli ölçüde koruyucu olduğu dünya çapında yapılan araştırmalarla gösterilmiştir[70].

2.1.8 COVID-19'un Psikiyatrik Belirtileri

COVID-19 hastalığına yakalananlarda psikiyatrik bozuklukların prevelansı yüksektir. Bunun sebebinin hastalığın yansıması mı yoksa merkezi sinir sisteminin tutulumunun doğrudan bir sonucu mu olduğunu ayırt etmek zordur[71]. Enfeksiyon nedeniyle karantina altına alınmanın yanı sıra kişinin sağlığının ve sosyal yaşam tarzının bozulması psikolojik belirtilere neden olabilir[72]. Ayrıca viral etken olan SARS-COV-2 nörotropik etki gösterir. Bunun yanı sıra bu virüs inflamatuar yanıtı da güçlü bir şekilde uyarır[73].

Duygudurum bozuklukları ile tümör nekroz faktörü-alfa (TNF alfa), interlökinler (IL-1, IL-6) ve diğer inflamatuar sitokin seviyeleri arasında ilişki bulunur. Bu teori, akut faz yanıtından sorumlu olan proinflamatuar sitokinlerin depresyonu indüklediğini destekler. Beyindeki sitokinler indoleamin 2,3 dioksijenaz (IDO) enziminin aktivitesini indükler. Bu enzim serotonin sentezi için gerekli olan triptofanı parçalar. Böylece beyinde serotonin nörotransmisyonunda değişiklik meydana gelir ve depresif semptomlar gelişebilir. Ek olarak enfekte kişilere uygulanan antiviral tedavilerin de depresyon ve uykusuzluk gibi yan etkileri mevcuttur[71].

Yoğun sitokin fırtınaları, nöroinvazyon, şiddetli endotelyal bariyer disfonksiyonu, tromboz oluşumu, hipoksemi, PH ve elektrolit dengesinin bozulması ve kan bağırsak bariyerindeki etkilenme nöropsikiyatrik belirtilere neden olan biyolojik faktörlerdir[74].

Şiddetli COVID-19 hastalarının solunum semptomları sıklıkla solunum yetmezliğine ilerler[75]. Yaşamı tehdit eden bu hastalık nedeniyle kişilerde ölüm

korkusu olabilir. Endotrekeal entübasyon benzeri girişimler ağrıya ve kontrol kaybı hissine neden olabilir[76-78]. Tüm bunlar hasta için travmatik olarak tanımlanabilir[79]. Ayrıca yakın aile üyelerinde hastalığın çok ağır seyretmesi veya onların ölümlerine şahit olmak gibi travmatik olaylara maruz kalan kişiler de mevcuttur[79, 80]. Geçmişteki insan koronavirüs salgınlarından, özellikle SARS ve MERS gibi insan koronavirüs salgınlarında da yüksek travma sonrası stres bozukluğu insidansı saptanmıştır[81-85]. Tomasoni ve arkadaşlarının COVID-19'dan kurtulan 261 kişi üzerine yapmış olduğu bir çalışmada hastaneye yatıştan 3 ay sonra hastaların %30-35'inde klinik olarak anlamlı anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri saptanmıştır[86]. Son zamanlarda COVID-19 duygudurum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, psikoz ve intihar ile ilişkilendirilmiştir[87-89].

SARS-CoV-2 enfeksiyonlu 976 hastanın bulunduğu 12 çalışmanın meta analizi sonucunda hastaların %35'inde depresif semptomların ve %28'inde anksiyete belirtilerinin olduğu görülmüştür[90]. Bazı çalışmalar, COVID-19 hastalarında konfüzyon ve bilinç bozukluğu prevalansının yüksek olduğunu bulmuştur[48, 91-93]. Ayrıca SARS-CoV-2 ile enfekte kişilerde psikoz vakaları da mevcuttur[94, 95]. Yaşlı hastalarda deliryum vakalarına da rastlanmıştır[96].

Daha önce yaşanan salgınlarda intihar prevalansının artmış olduğu çalışmalarla desteklenmiştir[97]. 1918-1919 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri'nde İspanyol gribi sırasında intihar oranı artmıştır. SARS salgını sırasında Çin'de yaşlılar, kadınlar ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan sınıflarda intihar oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir[98-100]. Aynı şekilde COVID-19 pandemisi ile ortaya çıkan zihinsel, maddi ve psikososyal sorunlar da benzer şekilde intihar davranışının artmasına sebep olabilir[101, 102]. Beyindeki inflamatuar hasar da intihara eğilimle ilişkili olabilir[97]. Genç yaş, bekar ya da boşanmış olmak, yalnız yaşamak, finansal sıkıntılar, işsizlik, engelli olma ve COVID-19 pozitifliği intihar için risk faktörüdür[103-105]. Sosyal desteğin iyi olması, dayanıklı olma, yüce bir varlığa olan inanç ise intihara karşı koruyucu etkenlerdir[104, 106]. COVID-19 pandemisi sırasında intihar düşüncesini ve eylemini araştıran 54 çalışmanın meta analizinde, pandemi öncesine kıyasla pandemi sürecinde kendine zarar verme davranışının, intihar düşüncesi ve intihar girişimlerinin arttığı görülmüştür[101].

2.1.9 Epidemiyoloji

31 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei Eyaletine bağlı Wuhan kentinde nedeni bilinmeyen pnömoni vakaları tespit edilmiştir. 7 Ocak 2020 tarihinde ise bu pnömoni vakalarının etkeni olarak yeni bir koronavirüs türü tanımlanmıştır[107]. Çin'in dışındaki ilk vaka 13 Ocak 2020'de Tayland'da bildirilmiştir. Bu etkenin neden olduğu hastalık, 2020 yılı şubat ayında COVID-19 olarak adlandırılmıştır. Hastalık insandan insana bulaştığı için hızla yayılmıştır. İlerleyen günlerde vaka bildiren ülkelerin sayısı hızla artmıştır. Mart 2020 başı itibariyle Çin'de salgının hızı yavaşlarken, İran, Kore Cumhuriyeti ve İtalya'da COVID-19 vaka sayısında ve bu hastalığa bağlı ölümlerde artış görülmüştür. Devam eden süreçte ise Avrupa ve Kuzey Amerika'da ciddi vaka artışları görülmüştür. 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilmiştir[108].

2.1.10 Türkiye'de Pandemi Süreci

Ocak 2020'de yeni bir koronavirüs türünün tanımlanmasından sonra Türkiye'de 10 Ocak'ta; Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi kurulmuştur. 5 Şubat'ta; Çin-Türkiye arasındaki tüm uçuşlar durdurulmuştur. Ardından şubat ve mart aylarında vaka sayılarının arttığı birçok ülkeyle karşılıklı uçuşlar durdurulmuştur. 1 Mart'ta yurt dışından gelen kişilerin 14 gün boyunca mümkün olduğunca evden çıkmamaları, çıkmaları gerekirse maske takmaları, riskli grup olan 65 yaş üzeri ve kronik rahatsızlığı bulunan kişilerden uzak durmaları gerektiği ifade edilmiştir[109].

11 Mart'ta ise Türkiye'deki ilk COVID-19 vakası tespit edilmiştir[110]. 16 Mart'ta üniversiteler ile ilk ve orta dereceli okullarda eğitime ara verilmiş ve yine mart ayında tüm eğitim kurumlarında uzaktan eğitime geçilmiştir[111]. Ardından eğlence mekanlarının faaliyetleri ve spor müsabakalarına ara verilmiştir[109]. 18 Mart'ta Türkiye'de COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle ilk ölüm vakası yaşanmıştır[112]. 20 Mart'ta Cumhurbaşkanlığı genelgesi yayınlanarak her türlü kültürel, sanatsal ve benzeri faaliyetler durdurulmuştur. Aynı tarihte Sağlık Bakanlığı tarafından, bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları uzmanı hekimlerinden en az ikisinin bulunduğu üçüncü seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan tüm hastaneler pandemi hastaneleri olarak kabul edilmiştir[109]. 21 Mart'ta 65 yaş üstü ve kronik hastalığı

olan kişilere sokağa çıkma sınırı getirilmiştir[113]. Hayat Eve Sığar kampanyası düzenlenip evden çıkması zorunlu olmayan herkesin evde kalması, evden çalışabilenlerin evden çalışması teşvik edilmiştir. Berber, kuaför ve güzellik merkezleri gibi iş yerleri geçici süreliğine kapatılıp ve restoranların, yalnızca paket servis vermelerine izin verilmiştir. Ardından yine mart ayında kamu personellerinin mesai saatleri esnetilmiştir. 3 Nisan'da Türkiye'deki 31 şehirde, 15 gün boyunca şehre giriş çıkışlar yasaklanmıştır. 4 Nisan'da 20 yaş altındaki bireylere de sokağa çıkma sınırlandırması getirilmiştir. Yine 31 şehirde hafta sonu sokağa çıkma yasakları getirilmiştir. 15 Nisan'da pandemi nedeniyle, cezaevlerindeki doluluğu azaltmak amacıyla infaz düzenlemesi yapılmış ve yaklaşık 90 bin hükümlü ve tutuklu tahliye edilmeye başlanmıştır. 4 Mayıs'ta Cumhurbaşkanlığı normalleşme takvimini açıklamış ve bu takvime göre 7 ilde seyahat sınırlaması kaldırılmıştır; berber, kuaför ve alışveriş merkezlerinin 11 Mayıs'ta tekrar açılacağı duyurulmuştur.[109] Haziran ayında ise normalleşme süreci kapsamında kısıtlamaların bir kısmı kaldırılmış ve yeni düzenlemeler getirilmiştir. Kafe, restoran, kahvehane, spor salonu, yüzme havuzu, kaplıca ve park gibi mekanlar zaman sınırlaması getirerek bazı kurallar çerçevesinde açılmıştır. Şehirler arasındaki seyahat yasakları sonlandırılmıştır. Kreşler açılarak, kamuda esnek mesai uygulaması sonlandırılmıştır. Hava yolu şirketleri iç hat uçuşlarına tekrar başlamıştır. Sokağa çıkma yasağı getirilen 18 yaş altı ve 65 yaş üstü vatandaşlar için bu yasaklar esnetilmiştir[114].

Eylül ayında vaka sayılarının artması üzerine tekrar kısıtlamaların arttırılması gündeme getirilmiştir. Okullar açılmamış, uzaktan eğitime devam edilmiştir. Tekrar geniş katılımlı etkinliklerde kısıtlamaya gidilmiştir. 1 Aralıktan itibaren akşam saat 21.00'den sabah saat 05.00'e kadar ve hafta sonları tamamen sokağa çıkma yasağı tekrar uygulanmaya başlanmıştır. Kamuda çalışanların mesai saatleri güncellenmiştir. Restoranlara tekrar kısıtlama getirilmiş ve restoran ve kafeler paket servis uygulamasına geçmişlerdir. 2021 Mart ayına gelindiğinde tedbirler sayesinde vaka sayıları azalmış ve normalleşme adımlarının şehirlerdeki vaka sayılarına göre alınması kararlaştırılmıştır. Fakat 2021 Mart ayı sonlarına doğru vaka sayılarının çok artması ve ramazan ayının başlaması üzerine toplu sahur ve iftar etkinliklerinin olması göz önünde bulundurularak tekrardan kısıtlamalar uygulanmaya başlanmıştır[115]. Mayıs ayında iki haftalık tam kapanma uygulanmıştır. 31 Mayıs 2021 tarihi itibariyle

tekrar tedbirler esnetilmiş bazı kısıtlamalar kaldırılmıştır[116].

2.1.11 COVID-19 Pandemisinin Genel Popülasyondaki Ruhsal Etkileri

İnsanlık tarihi boyunca görülen pandemilere karşı insanlar kaygı, korku, hayal kırıklığı, öfke, yalnızlık, depresyon, stres ve kaçınma davranışları gibi psikolojik tepkiler ve davranışlar göstermişlerdir[117]. 2009 yılında görülmeye başlayan domuz gribi salgını nedeniyle genel popülasyonda yüksek düzeyde kaygı saptanmıştır[118]. Meksika'da yapılan bir çalışmada hastaların aile üyelerinde algılanan stres ve depresyon kontrol grubuna göre yüksek olarak saptanmıştır[119].

2012'den bu yana, Orta Doğu solunum sendromu (MERS) salgını, başta orta doğu olmak üzere birçok ülkeyi etkileyerek genel popülasyonda yüksek düzeyde kaygı, stres ve sosyal kaçınmalara neden olmuştur[120]. Hastalığı ağır olarak geçiren hastalar, hafif geçirenlere oranla daha fazla psikiyatrik tanı alıp ilaç tedavisine başlamıştır[121]. Ebola salgını sırasında karantinaya alınan insanlarda öfke, korku, kaygı ve uykusuzluk tespit edilmiştir[122]. Enfeksiyonu geçirerek kurtulanlarda depresyon, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu yaygın olarak görülmüştür[123].

Pandemi gibi acil halk sağlığı durumları bireylerde, kafa karışıklığı, duygusal izolasyon ve damgalanmaya neden olabilir. Ekonomik sıkıntılar, işyerlerinin ve okulların kapanması, yetersiz tıbbi kaynaklar insanların sağlığını ve refah seviyesini etkileyebilir. Bu gibi nedenlerle kişilerde bir takım psikiyatrik belirtiler görülebilir[124].

Afetlerden sonra insanların birçoğu dirençlidir ve birçoğunda psikopatoloji görülmez fakat bazı gruplar psikososyal etkilere karşı daha savunmasız olabilir. Pandemilerde, hastalıkla enfekte olan bireyler, bağışıklık sistemi zayıf olanlar, yaşlılar, madde kullanım bozukluğu olan kişiler ve önceden tıbbi ya da psikiyatrik hastalığı olanlar daha büyük risk altındadır[124].

Pandemide enfeksiyonun yayılmasını önlemek için uygulanan sosyal mesafe, izolasyon ve karantina önlemleri kişilerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Özellikle bu önlemler nedeniyle yalnızlığın artması ve sosyal etkileşimlerin azalması, majör depresif bozukluk ve şizofreni de dahil olmak üzere birçok psikiyatrik hastalık için risk faktörü olarak bilinir[125]. Son olarak COVID-19 pandemisi sırasında, madde kullanımının artması da mümkündür[72].

2.1.12 COVID-19 Salgınının Cinsiyet Gruplarına Göre Ruhsal Etkileri

Pandemi nedeniyle bakım ihtiyacı yüksek oranda artmıştır. Hem çalışan hem de evde bakmakla yükümlü olduğu aile üyeleri olan bireyler karantinadan fazlasıyla etkilenen grubu oluşturur. Ailelere bakıldığında ise bakım yükünün çoğunu kadınlar taşımaktadır[126]. Aile içinde yeterli desteğin olmaması kadınların ruh sağlığı açısından olumsuz sonuçlara yol açabilir. Ek olarak birçok ülke salgından sonra aile içinde kadına yönelik şiddet vakalarında artış olduğunu bildirmiştir[127]. Depresyon, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu riski de kadınlarda çok daha fazladır[128, 129].

Ayrıca gebe ve postnatal dönemdeki kadınlar ruhsal açıdan diğer bir riskli grubu oluşturur. Gebe ve postnatal dönemdeki kadınlar önemli psikososyal ve biyolojik değişiklilerin olduğu bu dönemde ayrıca sosyal izolasyon, fetüs veya yenidoğan için olası riskler, bulaşma korkusu gibi stresli faktörlere maruz kalmışlardır[130]. COVID-19 pandemisi sırasında bu grubun ruh sağlığını değerlendirmek için yapılan 81 çalışmanın sistematik bir incelemesi, pandemi sırasında perinatal kadınlarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin pandemi öncesi döneme kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur[131].

Ayrıca, pandeminin olumsuz etkilerinin lezbiyen, gey, biseksüel ve trans bireyler (LGBT) gibi popülasyonlarda daha belirgin olması beklenmektedir. Cinsel yönelimlerine ve/veya cinsiyet kimliklerine karşı yaygın damgalama söz konusu olduğundan, LGBT kişiler için dezavantaj ortaya çıkmaktadır[132]. Azınlık stresi teorisi, LGBT bireylere yönelik damgalama ve ayrımcılığın bu bireylerin sağlığını olumsuz etkileyen strese yol açtığını destekler[133, 134]. Yapılan çalışmalar LGBT bireylerde heteroseksüellere göre daha fazla psikiyatrik bozukluk gelişme riskinin olduğunu gösteriyor[135]. Pandemi sırasında da LGBT popülasyonunda sosyal izolasyon, aile içi şiddet ve artan kaygı riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, LGBT gençlerin aile ortamı destekleyici değilse pandemi döneminde izolasyon ve eve kapanmalar ruhsal durumlarını daha olumsuz etkileyebilir. Sonuç olarak bu grup; anksiyete bozukluğuna, depresyona, intihar davranışına, madde kötüye kullanımına karşı daha savunmasızdır[136].

2.1.13 COVID-19 Salgınının Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Ruhsal Etkileri

COVID-19 pandemisi, başladığından beri tüm dünyada milyonlarca can kaybına neden olmuştur[137]. Kronik hastalığı olanlar SARS-COV-2 enfeksiyonunu daha ağır geçirir ve daha yüksek ölüm oranlarına sahiptirler. COVID-19 kalp hastalığı, diyabet, obezite, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığına sahip olanlarda daha ciddi seyreder. Yüksek morbidite ve mortaliteye ek olarak, evde kalma önerileri gibi hastalığın yayılmasını azaltmaya yönelik önlemler sosyal ve ekonomik güçlüklere neden olmuştur[138]. Ayrıca bu kısıtlamalarla birlikte kronik hastalığı olanların sağlık hizmetlerine de erişimi zorlaşmıştır[139]. Bu nedenle bu grupta da etkilenimin daha fazla olduğunu söyleyebiliriz[140].

Pandemi sırasında sağlık hizmetleri birçok ülkede olumsuz etkilenmiştir[141]. Belçika'da yapılan bir çalışma, kronik hastalıklara yönelik bakım ve ayrıca konsültasyon hizmetlerinin azaldığını ortaya koymuştur. Bunun sebebi sağlık sistemi kapasitesinin COVID-19'u tedavi etmek yönünde kullanılmasıdır[142]. Pandemi döneminde sosyoekonomik sorunların artmasına bağlı olarak bazı hastalar sağlık sigortalarını kaybetmiştir ve bu yüzden bu hastaların hastaneye ve ilaca erişimleri zorlaşmıştır[141]. ABD'de kronik hastalara yapılan çevrimiçi veya yüz yüze ziyaretlerin yarı yarıya azaldığı görülmüştür[143]. Ayrıca İtalya ve Hindistan'da da kronik hastaların tıbbi hizmetlere erişiminin güçleştiği tespit edilmiştir[144, 145].

Ayrıca kanser hastalarının da hem primer olarak hastalıklarının etkisiyle hem de radyoterapi ve kemoterapi tedavileri nedeniyle bağışıklıkları baskılanmıştır. Bu nedenle COVID-19 hastalığına karşı bir diğer savunmasız grubu oluştururlar[146]. Altta yatan kardiyovasküler sorunları olan kişilerde enfeksiyona yakalandıklarında hastalığın oluşturduğu stres etkisiyle kalp kası olumsuz etkilenebilir ve mortalite artabilir[147]. Rutin tıbbi tedavilerdeki zorluklar, hastanelerde personel sıkıntısı, hastalıklarıyla ilgili belirsizlik ve yetersiz psikolojik hazırlık kronik hastalığı olan ve bağışıklığı baskılanmış hastalarda kaygı, korku, kafa karışıklığı ve depresyona yol açabilir[148, 149].

2.1.14 COVID-19 Salgınının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri

Pandemi diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de etkisini fazlasıyla göstermiştir**.** Hastane çalışanları, virüsle yüksek oranda enfekte olma riski taşır. Sağlık çalışanları aşırı iş yükü, tıbbi ve koruyucu malzeme sıkıntısı ve hastaların olumsuz durumlarına fazlasıyla şahit olmaları nedeniyle zorluklar yaşamaktadırlar. Ayrıca sağlık çalışanlarının yaşadıkları zorluklar bunlarla da sınırlı değildir. Kendilerinin yüksek enfekte olma risklerinin yanında ailelerine de enfeksiyon etkenini taşıma endişesini yaşamaktadırlar. Tüm bunların etkisiyle sağlık çalışanlarında yeni ruhsal sıkıntılar ortaya çıkabilir ya da daha önceden olan ruhsal belirtiler artış gösterebilir[150]. Yapılan 13 çalışmanın meta-analizinde, sağlık çalışanlarında uykusuzluk (%38,9), yüksek oranda anksiyete (%23,2), depresyon (%22,8) olduğu tespit edilmiş ve özellikle kadın çalışanlarda afektif belirtilerin daha fazla olduğu saptanmıştır[151].

Sağlık çalışanlarında psikiyatrik belirtilerin görülmesiyle ilgili risk faktörleri birçok çalışmada incelenmiştir. Genç yaş, kadın cinsiyet, önceden ruhsal bir bozukluğa sahip olma, COVID-19 tedbirlerinin yetersiz olması, COVID-19 olan aile bireyinin olması, kronik fiziksel bir hastalığa sahip olma, COVID-19 maruziyetinin yoğun olduğu bölümlerde çalışma, işyerinde psikolojik desteğin olmaması, ödemeyen çalışma saatlerinin artması, ön saflarda çalışma nedeniyle damgalanma, görev değişiklikleri anksiyete bozukluğu, tükenmişlik ve depresif bozukluk için tespit edilen risk faktörleridir[152].

2.1.15 Pandemi Döneminde Psikiyatri Hastalarının Tedavi Zorlukları

Pandemi nedeniyle ülkemizde enfeksiyonun yayılımını engellemek için bir takım önlemler alınırken hastanelerde de önlemler alınmaya başlanmıştır. Randevusuz hasta almamak, COVID-19 belirtilerini sorgulamak, ateş kontrolü, ameliyat ve girişimsel diğer işlemlerden önce COVID-19 testi yaptırmak bu önlemlerdendir[153]. Ayrıca polikliniklerde randevu sayıları azaltılmıştır[154]. Kliniklerde yatarak tedavi gören hastalara ziyaretler sınırlandırılmış veya kaldırılmıştır. Servislerdeki yatak sayısı azaltılmıştır[155]**.**

Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda tedavi uyumsuzluğu yüksektir[156, 157]. Pandemi döneminde hastanelere başvuramayan hastalarda uyumsuzluk artabilir[158].

Pandemi döneminde oral ve depo antipsikotiklerin etkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada depo antipsikotik alan hastaların tedavi uyumunun daha yüksek olduğu, psikiyatrik belirtilerinin daha az olduğu, relaps riskinin daha az olduğu görülmüştür. Sağlık kuruluşlarına başvuruların zorlaşması ise depo antipsikotik uygulamasını sekteye uğratabilir[158]. Klozapin, dirençli şizofreni vakalarında kullanılan güçlü bir antipsikotiktir, ancak düzenli ve zorunlu kan tetkiki gerektirir. Bu nedenle sık sık sağlık kurumlarına gitmeyi gerektirmesi pandemi döneminde kullanılma zorluklarından biridir. Ayrıca klozapine bağlı miyokardit ve nötropeni COVID-19 belirtileriyle karışabilir[159].

2.1.16 COVID-19 ve Telepsikiyatri

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre teletıp, uzaklığın kritik bir faktör olduğu sağlık hizmetlerinin, tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sunulmasıdır. Bu yöntemler psikiyatri alanında kullanıldığı zaman telepsikiyatri adını alır[160]. Telepsikiyatri, pandemi sırasında hastanın doktora ve sağlık hizmetlerine erişimine olanak veren bir platform sağlamıştır. Bu platform, uzak mesafeler, ulaşım sıkıntıları hatta zaman problemlerinin üstesinden gelmeyi sağlamıştır. Özellikle yüz yüze sağlık hizmetlerine erişimin zor olduğu uzak bölgelerde psikiyatrik desteğe olanak sağlaması en belirgin faydalarındandır. Ayrıca pandemi döneminde potansiyel avantajlarından biri de hem doktorun hem de hastanın enfeksiyona maruz kalma riskini azaltmasıdır. Bağışıklığı baskılanmış hastaların da psikiyatrik destek almasına olanak sağlar[161]. Sistematik incelemeler, telepsikiyatrinin geleneksel yüz yüze müdahaleler kadar etkili olduğunu göstermiştir ve kullanıcıların yüksek memnuniyet bildirdiğini saptamıştır[162,163]. Bunların yanı sıra telepsikiyatri uygulamaları teknik bazı sorunları da beraberinde getirebilir. Doğrudan ekrana baktığımızda hastanın tam olarak gözünün içine bakmadığımız izlenimi oluşur ayrıca iki boyutlu görüntü derinlikten yoksundur. Duygular ifadelerle yakından bağlantılıdır ve bu bozulma ince duygusal ifadeleri yakalamayı engeller. Veri iletimindeki gecikmeler görüşmenin akışını bozabilir. Duyma kısıtlılığı veya nörobilişsel bozukluğu olan hastalarda teknik zorluklar iletişim kurmayı daha da güçleştirir[164].

2.2 Yaygın Görülen Bazı Psikiyatrik Bozukluklar ve Genel Özellikleri

2.2.1 Depresif Bozukluklar

Depresif bozukluklarda, çökkün bir duygudurum ve beraberinde konuşma, hareket, düşünce ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama söz konusudur. Bu belirtilere, değersizlik, isteksizlik, karamsarlık ayrıca şiddetli vakalarda intihar düşünceleri eşlik edebilir[165]. DSM-5 tanı ölçütleri depresif bozuklukları, yıkıcı duygudurum düzenleme bozukluğu, major depresif bozukluk, distimi, premenstrüel disfori bozukluğu, maddenin/ ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu tanı gruplarına ayırmıştır[166].

Majör depresif bozukluk etyolojisinde genetik, biyolojik, çevresel ve psikososyal birçok faktörün rol aldığı multifaktöriyel bir bozukluktur. Daha önceleri MDB'nin esas nedeninin serotonin, norepinefrin ve dopamin nörotransmitterlerindeki anormallikten kaynaklandığı düşünülüyordu. Depresyon tedavisinde seçici serotonin reseptör inhibitörleri, serotonin-norepinefrin reseptör inhibitörleri, dopamin-norepinefrin reseptör inhibitörleri gibi antidepresanların kullanımıyla bu nörotransmitterlerin depresyon etyolojisindeki yeri kanıtlanmıştır[167]. İntihar düşünceleri olan kişilerde serotonin metabolitlerinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir[168]. Ancak son teoriler, nörotransmitter etkinin öncelikle daha karmaşık sistemler ve sinir devreleri ile ilişkili olduğunu ve bunun sonucunda nörotransmitter sistemlerin etkilendiğini söylemektedir[167].

Uyarıcı nörotransmitter olan glutamat ve glisin ayrıca inhibitör nörotransmitter olan GABA da majör depresif bozukluk etyolojisinde rol oynamaktadır. Depresif hastaların plazma, BOS ve beyin GABA seviyeleri daha düşük bulunmuştur. GABA'nın monoamin yollarını inhibe ederek bu etkisini gösterdiği düşünülmektedir. Büyüme ve tiroid hormonlarındaki anormallikler de etyolojide faktörlerin arasında yer edinmiştir[167].

Birçok çalışma, MDB'de hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenin (HPA ekseni) disfonksiyonu olduğunu ortaya koymuştur. Bunun sonucu olarak strese karşı uyumsuz yanıt gelişir. MDB'de stres sonucu ortaya çıkan hormonal değişiklikler, deksametazon tarafından kortizol salınımının bozulmuş inhibisyonu, yüksek kortizol değerleri, artan kortizol atılımı ve psikolojik strese karşı aşırı aktif

tepkidir[169]. Kortikosteroid düzeyleri yüksek olan hastalarda yapısal beyin anormallikleri olduğu tespit edilmiştir. Hipokampus ve duygusal tepkiselliği ve bir dereceye kadar stres tepkisini düzenleyen beyin bölgesi olan amigdala etkilenen yapılardandır[170].

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları MDB gelişiminde genetik faktörlerin etkisinin önemli olduğunu göstermiştir. Bu bozukluğun gelişim riskini büyük ölçüde arttıran tek bir genetik Varyasyon tespit edilememiştir. Çoklu genetik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir[171]. Genetik faktörlerin yanı sıra çocukluk döneminde cinsel, fiziksel veya duygusal istismar gibi çevresel faktörler de MDB gelişme riskini arttırır[172]. Bilişsel teoriye göre ise olumsuz yaşam olaylarıyla ilgili bilişsel çarpıtmalar depresyona yatkınlık yaratır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5) 'e göre majör depresif bozukluk tanısı koyabilmek için en az iki haftalık süre boyunca beş belirtisinin olması ve bu beş belirtiden en az birinin çökkün duygudurum veya ilgi kaybı-zevk alamama (anhedoni) olması gerekir. Bu belirtilerin her gün ve günün büyük bölümünde olması gerekir. Depresif duygudurum ve ilgi kaybı-zevk alamama (anhedoni) dışındaki diğer belirtiler; çok kilo verme ya da alma (bir ay içinde kilosunun %5'inden fazla değişiklik olması), psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, uykuda azalma veya artma, enerjinin azalması, değersizlik-suçluluk düşünceleri, odaklanmada zorluk çekme, intihar düşünceleri, planlarıdır. İşlevsellikte azalma veya klinik olarak belirgin sıkıntının var olması diğer bir tanı kriteridir. Ayrıca başka bir sağlık durumunun fizyolojik sonuçları, madde etkisi ve diğer ruhsal bozukluklar dışlanmalıdır. Kişinin daha önce hipomani ya da mani atağı geçirmemesi şartı diğer bir tanı kriteridir[173]. Depresyon genellikle erken yetişkinlik döneminde ve ortalama 26 yaşında başlar[174].

2.2.2 Anksiyete Bozuklukları

Kaygı, insanların tehlike anında ya da kişiler kendilerini tehdit altında hissettiklerinde ortaya çıkar ve bireyi karşısındaki tehlikeye karşı hazırlar. Tehlike anında biyolojik bir uyarı görevi gören olması gereken doğal bir deneyimdir. Düşük düzeyde kaygının olması insanların zorluklarla başa çıkmasını sağlar fakat kaygının yüksek düzeye ulaşması için aynı şey söylenemez[175]. Eğer

anksiyete herhangi bir tehdit yokken veya var olan tehditle orantısız olarak bulunursa tedavi gerektiren bir bozukluk olarak kabul edilir ve bu durumdan muzdarip olan bireyin normal bir yaşantı sürmesine engel olur[176].

Anksiyete bozuklukları, Avrupa'da 14-65 yaşları arasındaki insanlarda en fazla görülen ruhsal bozukluktur. Kadınlarda, erkeklerden iki ile üç kat daha fazla görülür. Genellikle çocukluk ya da ergenlik döneminde ortaya çıkar. Seçici mutizm 3 yaşında ortaya çıkabilir. Çocukların %2-3'ünde okul öncesi veya okul çağına kadar devam eden belirgin ayrılık anksiyetesi görülür[176]. Sosyal anksiyete bozukluğunun ortalama görülme yaşı 13, agorafobinin ise 20'dir. Agorafobiyi 24 yaş ile panik bozukluk izler. Yaygın anksiyete bozukluğu ise 31 yaş ortalamasıyla en geç başlayan anksiyete bozukluğudur[177].

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde, genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve biyolojik etkenler rol oynar. Nörotransmitter hipotezi, nöroendokrin sistem, otonom sinir sisteminin aşırı uyarılması biyolojik faktörler arasında yer alır[177].

DSM-5, anksiyete bozukluklarını ayrılma kaygısı bozukluğu, özgül fobi, agorafobi, seçici konuşmazlık, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, madde ve ilacın neden olduğu kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumunun neden olduğu kaygı bozukluğu, tanımlanmış başka bir kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğu olarak sınıflandırmıştır[178].

Anksiyete bozuklukları kronik bir seyir izlemekle birlikte ileri yaşla yaygınlığı azalır. Diğer anksiyete bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek oranda komorbidite gösterir[179].

2.2.3 Bipolar Duygulanım Bozukluğu

Bipolar bozukluk , manik epizod ile tanımlanan bipolar I bozukluğu ve en az bir hipomanik epizod ve majör depresif epizodun varlığı ile tanımlanan bipolar II bozukluğu içeren kronik bir ruhsal bozukluktur[180]. Dünya nüfusunun %1'inden fazlasında görülür. Etkilenen bireylerde yüksek oranda psikiyatrik ve tıbbi komorbidite görülür[181]. Bipolar bozukluğun kadın ve erkek cinsiyette görülme oranı benzerdir. Ortalama başlangıç yaşı 20-30 yaş arasında değişse de genellikle 20'li yaşların başlarında ortaya çıkar[182]. Kalıtsal geçişi en fazla olan psikiyatrik bozukluklardan biridir[183].

Bipolar bozukluk, en yüksek intihar oranına sahip psikiyatrik bozukluktur ve bu oran normal popülasyonun 20-30 katıdır. Erkek cinsiyet, yalnız yaşama, işsizlik, genç yaş (<35 yaş), ileri yaş (>75 yaş), boşanmış olma, çocuksuz olma, daha önce intihar girişimi öyküsü ve aileden birinin intihar girişimi veya intiharı tamamlama öyküsü bipolar hastalar için intihar risk faktörleri arasında yer alır. İntihar, depresif veya karma epizodlarla ilişkilidir[184].

Tekrarlayan ataklar, işlevsellikte önemli derecede bozulmaya neden olabilir ve prognozu olumsuz etkileyebilir[185].

DSM-5 Bipolar ve ilişkili bozukluklar tanı grubunu, bipolar 1, bipolar 2 bozukluğu, siklotimi, maddenin/ilacın yol açtığı, başka bir sağlık durumuna bağlı, tanımlanmış bir diğer ve tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk olarak sınıflamıştır[186].

2.2.4 Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar

DSM-5, Şizofreni spektrumunda ve diğer psikotik bozukluklar kısmında şizotipal kişilik bozukluğu, sanrısal bozukluk, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, madde ve ilacın yol açtığı psikotik bozukluk ,başka sağlık durumuna bağlı psikotik bozukluk, katatoni, tanımlanmış diğer ve tanımlanmamış şizofreni spektrumunda ve diğer psikotik bozukluk tanı gruplarına yer vermiştir[187].

Şizofreni, pozitif belirtiler olarak adlandırılan halüsinasyonlar ve sanrılar, negatif belirtiler olarak adlandırılan ilgisizlik, motivasyonda azalma belirtileri ve ayrıca bilişte bozulma gibi çok çeşitli semptomların görüldüğü ciddi bir psikiyatrik bozukluktur[188]. Schizo Yunanca'da bölünmüş, phrene ise zihin anlamına gelmekte olup şizofreni kelimesi bu sözcüklerden türetilmiştir[189]. Şizofreni, tipik olarak geç ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlar[190]. Genç erkeklerde daha yaygın olarak görülür, aynı zamanda belirtiler de daha şiddetlidir. Görülme sıklığı coğrafi ve zamansal olarak değişmektedir. Ailede hastalık öyküsü, obstetrik komplikasyonlar, ileri baba yaşı, madde kötüye kullanımı şizofreninin biyolojik risk faktörleri arasında yer alır. Son araştırmalar çocukluk çağında fiziksel istismara ve zorbalığa maruz kalma, yetişkinlik döneminde olumsuz yaşam olaylarını, bunların yanı sıra sosyal izolasyon ve göç gibi olayları da risk faktörleri olarak tanımlamıştır[191].

Şizofrenide negatif belirtiler, motivasyon ve ilgi ve duygusal ve sözel ifade ile ilgili normal davranışların ve işlevlerin azalmasını veya yokluğunu tanımlar. Negatif belirtilerde beş ana gruptan söz edilebilir; künt duygulanım, aloji (konuşma miktarında azalma), asosyallik, anhedoni (haz alamama), isteksizlik (düşük motivasyon nedeniyle hedefe yönelik aktivitenin azalması). Negatif belirtiler şizofrenide yaygın olarak görülür. Hastaların %60'ında klinik olarak anlamlı derecede ve tedavi gerektirir düzeyde negatif belirtiler görülebilir[192].

Kısa psikotik bozuklukta ise şizofreniden farklı olarak belirtiler 1 ay sürer. Sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma ve dağınık veya katatonik davranış belirti kümesini oluşturur. 1 ay içinde tam remisyon sağlanır ve kişi hastalık öncesi işlevsellik düzeyine döner. Kısa psikotik bozukluk travma veya stresli bir olay sonrasında ortaya çıkmış olabilir[192].

Şizofreniform bozukluğun belirtileri, şizofreniden farklılık göstermez. Ancak Şizofreniform bozukluk semptomların süresi ve işlevsellikteki bozulmanın derecesi bakımından şizofreniden farklıdır. Şizofrenide belirtilerin en az 6 ay bulunması gerekirken şizofreniform bozuklukta belirtiler 6 aydan daha az süredir olmalıdır. Şizofreni tanısı konduğunda işlevsellikte bozulma söz konusudur fakat bu durum şizofreniform bozuklukta bulunmayabilir[193].

Şizoaffektif bozukluk, şizofrenin aynı zamanda duygudurum bozukluklarının özelliklerini taşır. Bu hastaların prognozu duygudurum bozukluklarından daha kötü olmakla birlikte şizofreniden daha iyidir. DSM sınıflamasına göre şizoaffektif bozukluk tanısı konulabilmesi için, şizofreni tanı ölçütünü karşılayan belirtilerle aynı zamanda ortaya çıkan bir mani dönemi ya da majör depresif bir epizodun olduğu kesintisiz bir hastalık süreci olması gerekir. Ayrıca hastalık süresince depresyon ya da mani döneminin olmadığı iki ya da daha fazla hafta boyunca varsanılar ya da sanrılar bulunmalıdır[194].

Sanrısal bozukluk, bir kişide bir ay veya daha uzun süre bir veya daha fazla sanrı varlığı olarak tanımlanır. Sanrı, aksini gösteren kanıtlara rağmen, dış gerçekliğin yanlış yorumlanmasına dayanan yanlış sabit bir inançtır. Sanrının etkileri ve sonuçları dışlanırsa işlevsellik belirgin olarak bozulmaz ve davranışlar yadırganacak kadar olağan dışı değildir. Sanrısal tema ile ilgili belirgin olmayan halüsinasyonlar olabilir. Hastanın sanrı ile ilişkisi olmayan davranışları normaldir. Hastalar, sanrısal düşünceye odaklanmadıklarında veya bu düşüncelerle meşgul olmadıklarında normal çalışıyor gibi görünebilirler. İnançlarını yanlış olarak

nitelendirmeyi ve karşıt görüşleri ciddi bir şekilde reddederler. Sanrılar, kişinin yaşadığı toplumun kültürü ile uyumlu değildir. Bu bozukluk, şizofreniye kıyasla daha geç yaşta başlar ve ortalama başlangıç yaşı 40'tır. Kötülük görme ve kıskançlık sanrıları erkeklerde daha sık görülürken, erotomanik tip kadınlarda daha sık görülür[195, 196]. Bazı sanrı türleri şunlardır;

1. Kötülük görme (perseküsyon) türü: kişi kendisine komplo kurulduğuna ve kendisinin aldatıldığına, izlendiğine, zulme uğradığına inanır.
2. Somatik tür: sanrının ana konusu bedensel işlevler ya da duyumlardır.
3. Kıskançlık türü: hasta partnerinin kendisini aldattığını düşünür.
4. Grandiyöz (büyüklük) türü: diğer insanlardan daha üstün olduğunu, büyük bir yeteneği olduğunu düşünür.
5. Erotomani türü: kişi önemli birinin kendisini aşırı sevdiğine inanır.
6. Karışık tip: tek bir sanrı tipi baskın değildir. Farklı sanrı türleri birlikte görülebilir.
7. Belirtilmemiş tip: baskın olan tür açıkça belirlenemiyor ya da sanrının içeriği özgül türlerden birini karşılamıyorsa kullanılır[197].

Şizotipal kişilik bozukluğu, kişilerarası ilişkilerde belirgin eksiklikler, algısal ve bilişsel çarpıtmalar, sıradışı ve eksantrik davranışlar ile kendini gösterir. Hem bir kişilik bozukluğu olarak hem de şizofreninin daha hafif bir tezahürü olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu kişilik bozukluğunun şizofreni ile etiyolojik ilişkisi kapsamlı genetik, nörobilişsel, psikososyal, nörobiyolojik ve klinik araştırmalar yapılarak desteklenmiştir. Araştırmalar ayrıca şizotipal kişilik bozukluğunu şizofreniden ayıran ve bu hastalarda ileri dönemde psikozun ortaya çıkmasını engelleyen biyopsikososyal faktörleri de tanımlamıştır[198].

2.2.5 Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kaygı veya sıkıntıya neden olan istenmeyen yineleyici ve sürekli düşünceler (obsesyonlar) ve kişinin bu düşüncelerine tepki olarak ortaya çıkan tekrarlayıcı davranışlar (kompulsiyonlar) ile karakterizedir. Hasta kaygı ve sıkıntısını azaltmak için aşırı kaçınma

davranışında bulunabilir. Kompulsiyonlar ve kaçınma davranışları, kısa vadede obsesyonun neden olduğu kaygıyı azaltsa da uzun vadede sorunun devam etmesine neden olur. Takıntılar ve kompulsiyonlar genellikle aynı temaya dayalı ve ilişkilidir[199]. Obsesif-kompulsif bozukluk, obsesyonların veya kompulsiyonların veya daha yaygın olarak her ikisinin birden varlığı ile kendini gösterir. Yapılan çalışmalarda, obsesif kompulsif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %1.6 olarak tespit edilmiştir[200].

Kompulsiyonların en yaygın olanları, kirlenme takıntısından kaynaklı tekrarlayan yıkama davranışı ve doğru yapılıp yapılmadığına dair obsesif şüpheden kaynaklı tekrarlayan kontrol etme davranışıdır. OKB'den muzdarip kişiler genellikle obsesyon ve kompulsiyonların anlamsız olduğunun farkındadır ancak yoğun çaba sarfetmelerine rağmen onları kontrol edemezler. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar hastaların saatlerce zamanını alır[201].

OKB genellikle çocuklukta veya ergenlikte başlar ve kişinin yaşamı boyunca devam eder. Hastalığın şiddetli seyretmesi ve kronikleşmesi nedeniyle işlevselliği önemli düzeyde bozar. Çalışmalar genetik, enfeksiyöz, hormonal ve nörobiyolojik birçok faktörün hastalığın patogenezinde rol oynadığını göstermektedir[202]. OKB, çocukluk döneminde erkeklerde daha sık görülürken ergenlik ve yetişkinlik döneminde kadınlarda daha fazla görülür. Erkeklerde, başlangıç yaşı daha gençtir. Kadınlarda genellikle ergenlik, hamilelik dönemi veya sonrasında ortaya çıkar[203].

DSM-5'te obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar kategorisinde vücut dismorfik bozukluğu, istifleme bozukluğu, deri yolma bozukluğu, trikotillomani (saç yolma bozukluğu) yer alır[204].

Vücut dismorfik bozukluğu, kişinin görünümünde "hayali" bir kusurla ya da hafif ve başkaları tarafından önemsenmeyecek bir kusurla sıklıkla meşgul olması olarak tanımlanır. Bu meşguliyet, dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma, aynaya bakıp durma gibi tekrarlayan ritüellerle ilişkilidir[205].

2.2.6 Travma ve Stresörlerle İlişkili Bozukluklar

Travma ve stresörlerle ile ilişkili bozukluklar, isminden de anlaşılacağı üzere travma veya stresörlere maruz kalma neticesinde ve bunun yanında sosyoekonomik, demografik, genetik ve çevresel risk faktörlerine bağlı olarak

gelişir[206]. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), travmatik bir durum sonrası, kaçınma, küntleşme, aşırı uyarılmışlık, travmatik olayı yeniden yaşantılama belirtileri ile ortaya çıkar. Travmatik olay olarak bahsedilen durumlar kişinin yaşam bütünlüğünü tehdit eder. Travmaya maruz kalan kişi korku, dehşet, çaresizlik duygularını yaşayabilir[207]. TSSB gelişiminde toplumlar arasında farklılık söz konusudur. Toplumların yaşadığı travma deneyimlerinin büyüklüğü, kültürel farklılıklar bu durumu etkiler. Ayrıca bireylerin duyarlılığı, sosyal destek TSSB gelişimini etkiler. İnsanların eliyle gerçekleşen travmatik olaylarda risk daha fazladır. Travma etkenine bakıldığında kadınlarda daha çok cinsel travma, erkeklerde ise kazalar önde gelen nedenler arasında yer alır[208]. TSSB, kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür[209].

TSSB' de belirtiler travmadan hemen sonra veya sonraki birkaç yıl içinde ortaya çıkabilir. Hastalığın şiddeti sonraki birkaç yılda artıp daha sonra plato çizer. Akut stres bozukluğunda semptomlar, en fazla bir ay kadar sürer. Uyum bozukluğunda TSSB'den farklı olarak stres etkeni olağan bir durumdur ve yeniden yaşantılama görülmez[210].

2.2.7 Nörogelişimsel Bozukluklar

Zekâ geriliği, zihinsel ve uyumsal işlevselliği bozan, birçok farklı etkenin etyolojisinde rol oynayabildiği bir spektrum olarak adlandırılabilir. Zekâ geriliği, zihinsel engellilik, anlıksal yetersizlik gibi farklı şekillerde adlandırılır[211]. Prevalansı %1 ile %3 arasında değişmektedir. Erkek çocuklarında kız çocuklarına oranla daha fazla görülmektedir[212].

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, dürtüsellik, aşırı hareketlilik bulgularıyla kendini gösteren bir bozukluktur. Bu bozukluğun belirtileri okul öncesi çocuklarda başlayıp erişkinlik döneminde de sürebilir. Vakaların bir kısmı genç erişkinlik döneminde iyileşme gösterirken, bir kısmı duygusal ve sosyal sıkıntılarla devam eder. Olguların bir kısmına da alkol, madde kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu gibi tablolar eklenebilir[213]. DEHB yaygınlığı yaklaşık olarak çocukluk döneminde %8, ergenlikte %6 ve erişkinlikte %4 olarak tespit edilmiştir. DEHB tanısına diğer psikiyatrik bozukluklar sıklıkla eşlik eder. DEHB tanısı alan çocukların %50'sinden fazlasına başka psikiyatrik tanılar da eşlik etmektedir. Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (%33-60),

depresyon (%30), anksiyete bozuklukları (%25-30), öğrenme bozuklukları (%20-30), davranım bozukluğu (%15-20), enürezis, bipolar bozukluk ve dil bozuklukları bu çocuklarda sıklıkla görülür. Sadece DEHB tanısı olan çocuk sayısı azdır. Erişkin hastaların %65-89'unda en az bir başka psikiyatrik komorbidite bulunur. Erişkin hastalarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları sıklıkla DEHB beraberinde bulunan tanılardır[214]. DEHB'nin erkek çocuklarında, kız çocuklarından daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir[215].

Otizm spektrum bozuklukları (OSB), tekrarlayıcı davranışlar, toplumsal iletişimde yetersizlik ve ilgiler ya da etkinliklerde kısıtlılıkla kendini gösteren nörogelişimsel bozukluklardandır. Tanı kriterleri değişmemesine rağmen otizm prevelansında son en az on yıllık dönemde ciddi artışlar tespit edilmiştir. Bu artışın sebebi olarak, risk faktörlerinin etkisi dışlanmasa da sağlık hizmetlerine kolay ulaşım, coğrafi farklılıklar, daha erken yaşta tanı konulması,otizm farkındalığındaki artış, zekâ geriliğinin eşlik etmediği hafif düzeyde vakaların tanıya dâhil edilmesi gösterilebilir. Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda, otizm sıklığı %1-2 arasında tespit edilmiştir[216].

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne 1 Mart-1 Temmuz 2019, 1 Mart-1 Temmuz 2020, 1 Mart-1 Temmuz 2021 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmaktadır. Otomasyon sistemi kayıtları incelendiğinde 1 mart- 1 Temmuz 2019 tarihleri arasında 4117 başvurunun (2417 kişi) , 1 Mart-1 Temmuz 2020 tarihleri arasında 2182 başvurunun (1527 kişi) , 1 Mart- 1 Temmuz 2021 tarihleri arasında 3360 başvurunun (1883 kişi) kabul edildiği görülmüştür. 9659 başvurunun tamamı incelenmiştir. (Sağlık kurulu başvuruları ve 18 yaş altındaki başvurular çıkarılmıştır.) Tıbbi belgenin çıkarılması için olan muayeneler hastaların klinik tanı ve tedavi arayışı için olan başvurular kategorisinde değerlendirilmeyip yıllara göre karşılaştırılması diğer 9 tanı grubundan bağımsız olarak yapılmıştır. Sürücü ehliyet alımı veya yenilenmesine yönelik uygunluk muayenesi ve yapılacak çeşitli hukuki işlemlere dair fiili ehliyet varlığının ya da yeterliliğinin değerlendirilmesi amacıyla başvuran şahıslara tıbbi belgenin çıkarılması için muayene tanısı konulmuştur.

3.2 Çalışma Yöntemi

Çalışmamızda 1 Mart-1 Temmuz 2019, 1 Mart-1 Temmuz 2020 ve 1 Mart-1 Temmuz 2021 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların otomasyon kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Otomasyon sisteminden ulaşılamayan verilere hastanemizin psikiyatri polikliniği arşivinden hastaların dosyaları taranarak ulaşılmıştır. 1 Mart-1 Temmuz 2019 COVID-19 pandemisi öncesi, 1 Mart-1 Temmuz 2020 ve 1 Mart-1 Temmuz 2021 tarihleri ise pandemi süreci olarak değerlendirilmiş olup bu tarihlerde polikliniğimize yapılan başvuru sayıları, başvuran hastaların yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikleri ayrıca tanıları karşılaştırılmış ve güncel literatür ışığında tartışılmıştır. Belirtilen tarih aralıklarında psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların, tüm psikiyatrik tanıları bu çalışmada incelenmiş olup pandemi öncesi dönemle, pandemi sürecinde yapılan başvurularda tanıların oranında değişim olup olmadığı, değişim mevcutsa hangi psikiyatrik bozuklukların oranlarında değişim olduğu araştırılmıştır. Otomasyon

sisteminde ICD sınıflaması temel alınarak hastalara tanı konulmuştur. Aynı tanı grubu için birden fazla tanı kodunun olması nedeniyle tanılar DSM-5 baz alınarak belli ana başlıklar altında gruplandırılmıştır.

Çalışmamız retrospektif ve tanımlayıcı özellikte olan klinik bir araştırmadır. Bu çalışma için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 03/11/2021 tarihli ve 2021/686 sayılı karar ile onay alınmıştır.

3.3 Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. 1 Mart-1 Temmuz 2019, 1 Mart-1 Temmuz 2020 ve 1 Mart-1 Temmuz 2021 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olmak

2. 18 yaş ve üstü olmak

3.4 Çalışmanın Dışlama Kriterleri

1. 1 Mart-1 Temmuz 2019, 1 Mart-1 Temmuz 2020 ve 1 Mart-1 Temmuz 2021 tarihleri dışında psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar

2. Belirtilen tarihlerde psikiyatri polikliniğine başvuran sağlık kurulu hastaları

3. 18 yaş altı hastalar

3.5. İstatistiksel Analiz

Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığını Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Sayısal değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerini Ortalama ± S.Sapma ve Min-Maks ile Medyan [Q1-Q3] şeklinde özetlenirken kategorik yapıda olan değişkenler ise sayı ve yüzde olarak tabloda verilmiştir. İki grup karşılaştırılmasında Independent Sample t testi uygulanmıştır. Kategorik yapıda olan değişkenlerin ilişki olup olmadığına Ki-kare testinden yararlanılırken, ilişki çıkan sonuçlarda iki oran testi yapılmıştır. Analizler Statistica v.13.3.1 programı ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızda 1 Mart-1 Temmuz 2019, 1 Mart-1 Temmuz 2020 ve 1 Mart-1 Temmuz 2021 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar değerlendirilmiştir.

2019 yılı mart-temmuz döneminde yapılan 4117 başvuru (2417 kişi) incelenmiştir. Tıbbi belgenin çıkarılması için yapılan başvurular hasta grubunda değerlendirilmemiştir ve toplam kişi sayısından tıbbi belge çıkarmak için gelen kişi sayısı çıkarılarak hasta sayısı hesaplanmıştır. Bu dönemde polikliniğimize başvuran hasta sayısı 2330'dur. Hastaların % 43,3'ü erkek (n:986), % 57,7'si (n:1344) ise kadındır. 19-40 arası yaş grubunda olan hastaların oranı %43,6 (n:1015), 41-64 arası yaş grubunda olan hastaların oranı %43,1 (n:1005), 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların oranı %13,3'dür **(Tablo 1)**.

Tablo 1. 2019 yılı mart-temmuz aylarında başvuran hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	**Erkek**	986	43,3
	Kadın	1344	57,7
Yaş Grupları	**19-40 arası**	1015	43,6
	41-64 arası	1005	43,1
	65 ve üzeri	310	13,3
Total		2330	100,0

Hastaların yaş ortalaması 44,2±16,9'dur. Erkek hastaların yaş ortalaması 42,5±16,4, kadın hastaların yaş ortalaması 45,8±17,0'dır. Cinsiyetler arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). 2019 yılı mart-temmuz döneminde başvuran hastaların yaş ortalaması Tablo 2 ve 3'te gösterilmiştir.

Tablo 2. 2019 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması

	N	Ort±S.Sapma	Min-Maks	Medyan[Q1-Q3]
Yaş	2330	44,2±16,9	18,00-89,00	44,00[30,00-56,00]

Tablo 3. 2019 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran erkek ve kadın hastaların yaş ortalaması

		N	Ort±S.Sapma	Min-Maks	Medyan[Q1-Q3]	p
Erkek	**Yaş**	986	42,5±16,4	18,00-92,00	42,00[28,00-54,00]	**<0,001**
Kadın		1344	45,8±17,0	18,00-88,00	45,00[31,00-58,00]	

2019 yılını değerlendirdiğimizde 87 kişinin tıbbi belge çıkarmak için başvurduğu tespit edilmiştir **(Tablo 4)**.

Tablo 4. Tıbbi belge çıkarmak için başvuran kişilerin yıllara göre dağılımı

Yıl		Sayı (n)	Yüzde (%)
2019	**Tıbbi belgenin çıkarılması için muayene**	87	3,6
2020	**Tıbbi belgenin çıkarılması için muayene**	34	2,2
2021	**Tıbbi belgenin çıkarılması için muayene**	151	8,0

Tıbbi belge çıkarmak için başvuran şahısların yaş ortalaması tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Tıbbi belge çıkarmak için başvuran kişilerin yaş ortalaması

	N	Minimum-Maksimum	Ort±S.Sapma
Yaş	272	18,00-93,00	48,4±20,0

Ayrıca Polikliniğimize 2019 yılının belirtilen tarih aralıklarında başvuran hastaların tekrarlayan başvuruları incelenmiştir. Hastaların %57,9'u sadece bir kez polikliniğimize başvurmuşken %25,4 'ü iki kez, %10'u 3 kez, %3,1'i 4 kez başvurmuştur **(Tablo 6).**

Tablo 6. 2019 yılı mart-temmuz aylarında hastaların polikliniğimize başvuru sıklığı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliş Sayıları	1,00	1348	57,9
	2,00	594	25,4
	3,00	233	10,0
	4,00	73	3,1
	5,00	39	1,7
	6,00	25	1,1
	7,00	6	0,3
	8,00	4	0,2
	9,00	1	0,0
	10,00	3	0,1
	11,00	3	0,1
	12,00	1	0,1

Cinsiyet ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0,001). Bu ilişkinin sebebi;

- Tüm yaş gruplarındaki başvurularda kadın cinsiyet daha fazla gözlenmiştir. Ancak 65 yaş ve üzeri başvurularda kadın cinsiyette olma sıklığı diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05).
- 19-40 yaş aralığındaki başvurularda erkek cinsiyette olma sıklığı diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05) **(Tablo 7).**

Tablo 7. 2019 yılı mart-temmuz döneminde cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımı

			Yaş Grupları			Total	p
			19-40 arası	41-64 arası	65 ve üzeri		
Cinsiyet	**Erkek**	**Sayı (%)**	464 (45,7)	413 (41,1)	109 (35,2)	986 (42,3)	**0,002**
	Kadın	**Sayı (%)**	551 (54,3)	592 (58,9)	201 (64,8)	1344 (57,7)	

2330 hastanın aldıkları tanılar değerlendirilmiştir ve komorbid tanılar dâhil edilerek karşılaştırma yapılmıştır. Komorbidite basitçe bir kişide belirli bir zaman diliminde birden fazla bozukluğun bulunması olarak tanımlanabilir[217]. Hastaların komorbid tüm psikiyatrik tanıları dahil edildiğinde toplam 2454 adet tanı tespit

edilmiştir. Depresif bozukluklar en fazla görülen tanı grubunu oluştururken onu sırasıyla şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluklar, anksiyete bozuklukları, bipolar duygulanım bozukluğu, travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar, diğer tanı grubu, nörogelişimsel bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozuklukların izlediği saptanmıştır. Psikiyatri polikliniklerinde tanı koyma süreci her zaman ilk başvuru sırasında mümkün olmayabilir. Hatta bazen başka polikliniklerden konsültasyon amacıyla danışılan hastalarda psikiyatrik tanı düşünülmeyebilir. Bu hastalara otomasyon sisteminde genel psikiyatrik muayene tanısı düşülmüştür ve tanı gruplandırması yapılırken tanı almamış grup olarak belirtilmişlerdir. Uyku bozuklukları, dissosiyasyon bozuklukları, somatizasyon bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, nörobilişsel bozukluklar ve yeme bozuklukları tanıları gibi az sayıda bulunan tanı grupları ise diğer tanı kategorisi içinde değerlendirilmiştir. 2019 yılı mart-temmuz döneminde tanıların dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. 2019 yılı mart-temmuz döneminde tanıların dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Tanı Grupları (Tüm Tanılar)	**Depresif Bozukluk**	1216	49,6
	Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	246	10,0
	Anksiyete Bozukluğu	235	9,6
	Bipolar Duygulanım Bozukluğu	216	8,8
	Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	149	6,0
	Diğer	125	5,1
	Nörogelişimsel Bozukluklar	103	4,2
	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	96	3,9
	Tanı Almamış	68	2,8
	Total	**2454**	**100,0**

2020 yılının mart-temmuz ayları arasında polikliniğimize yapılan 2182 başvuru (1527 kişi) değerlendirilmiştir.Bu dönemde tıbbi belge çıkarılması için başvuran kişiler çıkarıldığında polikliniğimize başvuran hasta sayısı ise 1493'tür. Hastaların % 44,6'sı erkek (n:666), % 55'4'ü (n:827) ise kadındır. 19-40 arası yaş grubunda olan hastaların oranı %47,2 (n:705), 41-64 arası yaş grubunda olan hastaların oranı %39,8 (n:594), 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların oranı %13 (n:194) 'dür **(Tablo 9).**

2020 yılının mart-temmuz aylarında 34 kişinin tıbbi belge çıkarmak için başvurduğu tespit edilmiştir **(Tablo 4).**

Tablo 9. 2020 yılı mart-temmuz aylarında hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	**Erkek**	666	44,6
	Kadın	827	55,4
Yaş Grupları	**19-40 arası**	705	47,2
	41-64 arası	594	39,8
	65 ve üzeri	194	13,0
Total		1493	100,0

Hastaların yaş ortalaması 43,5 ±16,9'dur. Erkek hastaların yaş ortalaması 40,6±16,1 kadın hastaların yaş ortalaması 45,8±17,0'dır. 2020 yılının mart-temmuz aylarında başvuran hastaların yaş ortalaması Tablo 10 ve 11'de gösterilmiştir.

Tablo 10. 2020 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması

	N	Ort±S.Sapma	Min-Maks	Medyan[Q1-Q3]
Yaş	1493	43,5±16,9	18,00-88,00	42,00[29,00-56,00]

2020 yılında da cinsiyetler arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,001) **(Tablo 11).**

Tablo 11: 2020 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran erkek ve kadın hastaların yaş ortalaması

		N	Ort±S.Sapma	Min-Maks	Medyan[Q1-Q3]	p
Yaş	**Erkek**	666	40,6±16,1	18,00-88,00	39,00[26,00-51,00]	**<0,001**
	Kadın	827	45,8±17,0	18,00-88,00	45,00[32,00-58,00]	

Polikliniğimize 2020 yılının belirtilen tarih aralıklarında başvuran hastaların tekrarlı gelişleri incelendiğinde hastaların 72,7'si polikliniğimize bir kez, 17,7'si iki kez, %5,8'i 3 kez ve %2,2'si 4 kez başvurmuştur. Tablo 12'de 2020 yılı mart-temmuz aylarında hastaların başvuru sayısı verilmiştir.

Tablo 12. 2020 yılı mart-temmuz aylarında hastaların polikliniğimize başvuru sıklığı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliş Sayıları	1,00	1085	72,7
	2,00	264	17,7
	3,00	86	5,8
	4,00	33	2,2
	5,00	13	0,9
	6,00	6	0,4
	7,00	4	0,3
	8,00	2	0,1

Cinsiyet ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0,001). Bu ilişkinin nedeni;

- 65 yaş ve üzeri başvurularda kadın cinsiyette olma sıklığı diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05).
- 19-40 yaş aralığındaki başvurularda erkek cinsiyette olma sıklığı diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05) **(Tablo 13).**

Tablo 13. 2020 yılı mart-temmuz döneminde cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımı

			Yaş Grupları			Total	p
			19-40 arası	41-64 arası	65 ve üzeri		
Cinsiyet	Erkek	Sayı (%)	361 (51,2)	243 (40,9)	62 (32,0)	666 (44,6)	<0,001
	Kadın	Sayı (%)	344 (48,8)	351 (59,1)	132 (68,0)	827 (55,4)	

2020 yılı mart-temmuz ayları arasında 1493 hastanın komorbid tanılarla birlikte toplam 1601 tanı aldığı görülmektedir. 2020 yılının aynı döneminde de en sık görülen tanı grubu depresif bozukluklardır. Depresif bozuklukları sırasıyla anksiyete bozuklukları, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluklar, bipolar duygulanım bozukluğu, nörogelişimsel bozukluklar, diğer tanı grubu, travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar izler. 2020 yılı mart -temmuz döneminde tanıların dağılımı tablo 14'te gösterilmiştir **(Tablo 14).**

Tablo 14. 2020 yılı mart-temmuz döneminde tanıların dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde (%)
Tanı Grupları (Tüm Tanılar)	Depresif Bozukluklar	726	45,3
	Anksiyete Bozuklukları	216	13,5
	Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	171	10,7
	Bipolar Duygulanım Bozukluğu	143	8,9
	Nörogelişimsel Bozukluklar	90	5,7
	Diğer	84	5,2
	Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	63	4,0
	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	57	3,6

	Tanı Almamış	51	3,2
	Total	**1601**	**100,0**

2021 yılı mart-temmuz ayları arasında yapılan 3360 başvuru (1883 kişi) incelenmiştir. 960 tanesi kadın (%55,4), 772'si erkek (%44,6) olmak üzere toplam 1732 hasta başvurmuştur. 19-40 arası yaş grubunda olan hastaların oranı %46,7 (n:808), 41-64 arası yaş grubunda olan hastaların oranı % 43 (n:744), 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların oranı %10,3 (n:180) 'dür **(Tablo 15).**

2021 yılını incelediğimizde 151 kişinin tıbbi belge çıkarmak için başvurduğu tespit edilmiştir. **(Tablo 4)**

Tablo 15. 2021 yılı mart-temmuz aylarında hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	**Erkek**	772	44,6
	Kadın	960	55,4
Yaş Grupları	**19-40 arası**	808	46,7
	41-64 arası	744	43,0
	65 ve üzeri	180	10,3
Total		**1732**	**100,0**

Hastaların yaş ortalaması 42,6±16,4 olarak bulunmuştur. Erkek hastaların yaş ortalaması 41,0±16,2, kadın hastaların yaş ortalaması 43,9±16,4'tür. 2021 yılı mart-temmuz döneminde başvuran hastaların yaş ortalaması Tablo 16 ve 17'de gösterilmiştir.

Tablo 16. 2021 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması

	N	Ort±S.Sapma	Min-Maks	Medyan[Q1-Q3]
Yaş	1732	42,6±16,4	18,00-93,00	42,00[28,00-55,00]

2021 yılında da diğer iki yıl gibi cinsiyetler arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,001) **(Tablo 17).**

Tablo 17. 2021 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran erkek ve kadın hastaların yaş ortalaması

		N	Ort±S.Sapma	Min-Maks	Medyan[Q1-Q3]	p
Yaş	**Erkek**	772	41,0±16,2	18,00-87,00	40,00[26,00-53,00]	**<0,001**
	Kadın	960	43,9±16,4	18,00-93,00	43,00[30,00-56,00]	

Polikliniğimize 2021 yılının belirtilen tarih aralıklarında başvuran hastaların tekrarlı gelişleri incelendiğinde hastaların %54,1'i polikliniğimize bir kez, %24,9'u iki kez, %11,5'i 3 kez ve %5'i 4 kez başvurmuştur. 2021 yılı mart-temmuz aylarında hastaların polikliniğimize başvuru sıklığı Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. 2021 yılı mart-temmuz aylarında hastaların polikliniğimize başvuru sıklığı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliş Sayıları	1,00	937	54,1
	2,00	431	24,9
	3,00	200	11,5
	4,00	86	5,0
	5,00	43	2,5
	6,00	12	0,7
	7,00	10	0,6
	8,00	9	0,5
	9,00	3	0,2
	10,00	1	0,1

2021 yılında da diğer yıllar gibi cinsiyet ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0,011). Bu ilişkinin sebebi;

- 19-40 yaş grubunda kadın cinsiyette olma sıklığı diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha düşüktür (p<0,05).
- 19-40 yaş aralığındaki başvurularda erkek cinsiyette olma sıklığı diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha fazladır (p<0,05) **(Tablo 19).**

Tablo 19. 2021 yılı mart-temmuz döneminde cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımı

			Yaş Grupları			Total	p
			19-40 arası	41-64 arası	65 ve üzeri		
Cinsiyet	Erkek	Sayı (%)	391 (48,4)	309 (41,5)	72 (40,0)	772 (44,6)	0,011
	Kadın	Sayı (%)	417 (51,6)	435 (58,5)	108 (60,0)	960 (55,4)	

2021 yılının mart-temmuz döneminde 1732 hasta 1849 adet tanı almıştır. Diğer yıllarda olduğu gibi ilk sırayı depresif bozukluklar oluşturmaktadır ve ardından sırayla anksiyete bozuklukları, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluklar, bipolar duygulanım bozukluğu, diğer tanı grubu, nörogelişimsel bozukluklar, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar gelmektedir. 2021 yılı mart-temmuz döneminde tanıların dağılımı Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. 2021 yılı mart-temmuz döneminde tanıların dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı Grupları (Tüm Tanılar)	Depresif Bozukluk	790	42,7
	Anksiyete Bozukluğu	328	17,8
	Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	158	8,6
	Bipolar Duygulanım Bozukluğu	140	7,6
	Diğer	109	5,9
	Nörogelişimsel Bozukluklar	97	5,2
	Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	96	5,2
	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	70	3,8

	Tanı Almamış	61	3,3
	Total	1849	100,0

Yıllar ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Yıllara göre cinsiyet oranlarının karşılaştırılması Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Cinsiyet gruplarının yıllara göre değişimi

			Cinsiyet			
			Erkek	**Kadın**	**Total**	**p**
Yıl	**2019**	**Sayı**	1039	1378	2417	0,242
		Oran	40,4%	42,3%	41,5%	
	2020	**Sayı**	685	842	1527	
		Oran	26,6%	25,9%	26,2%	
	2021	**Sayı**	848	1035	1883	
		Oran	33,0%	31,8%	32,3%	

Yıllar arasında yaş ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,008). Bu farklılık 2019 yılı ile 2021 yılından kaynaklanmaktadır (p<0,05) **(Tablo 22).**

Tablo 22. Yaş ortalamasının yıllara göre değişimi

Yıl		**N**	**Minimum-Maksimum**	**Ort±S.Sapma**	**p**
2019	**Yaş**	2330	18,00-96,00	44,2±16,9	**0,008**
2020	**Yaş**	1493	18,00-88,00	43,5±16,9	
2021	**Yaş**	1732	18,00-93,00	42,6±16,4	

Erkeklerde; yıllara göre yaş ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,037). Bu farklılık 2019 yılı ile 2020 yılından kaynaklanmaktadır (p<0,05). Erkeklerin 2019 yılına kıyasla 2020 yılında yaş ortalaması azalmıştır. Kadınlarda; yıllara göre yaş ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,029). Bu farklılık 2019 yılı ile 2021 yılından kaynaklanmaktadır. (p<0,05). Kadınlarda da 2019 yılına kıyasla 2021 yılında yaş ortalaması azalmıştır **(Tablo 23).**

Tablo 23. Kadın ve erkek hastaların yaş ortalamasının yıllara göre değişimi

Cinsiyet	Yıl		N	Minimum-Maksimum	Ort±S.Sapma	p
Erkek	**2019**	**Yaş**	986	18,00-92,00	42,5±16,4	
	2020	**Yaş**	666	18,00-88,00	40,6±16,1	**0,037**
	2021	**Yaş**	772	18,00-87,00	41,0±16,2	
Kadın	**2019**	**Yaş**	1344	18,00-96,00	45,8±17,0	
	2020	**Yaş**	827	18,00-88,00	45,8±17,0	**0,029**
	2021	**Yaş**	960	18,00-93,00	43,9±16,4	

2019 yılında;

- Bipolar bozukluk oranı kadınlarda (%10,5) erkeklere göre (%7,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- Depresif bozuklukların oranı kadınlarda (%56,0) erkeklere göre (%47,0) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- Nörogelişimsel bozuklukların oranı erkeklerde (%6,9) kadınlara göre (%2,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozuklukların oranı erkeklerde (%15,2) kadınlara göre (%7) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- Travma ve stresörle ilişkili bozukluk oranı erkeklerde (%7,6) kadınlara göre (%5,4) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- Diğer tanı grubunda olanların oranı erkeklerde (%7,0) kadınlara göre (%4,2) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

2020 yılında;

- Depresif bozuklukların oranı kadınlarda (%49,6) erkeklere göre (38,3) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,001).
- Nörogelişimsel bozuklukların oranı erkeklerde (%8,9) kadınlara göre (%3,5) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,001).
- Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozuklukların oranı erkeklerde (%15,5) kadınlara göre (%8) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,001).

2021 yılında;

- Anksiyete bozukluğu oranı kadınlarda (%21,3) erkeklere göre (%14,1) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

- Depresif bozukluk oranı kadınlarda (%47,2) erkeklere göre (%34,8) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- Nörogelişimsel bozukluklar oranı erkeklerde (%7,9) kadınlara göre (%3,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluk oranı erkeklerde (%13,0) kadınlara göre (%5,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- Diğer tanı grubu oranı erkeklerde (%7,6) kadınlara göre (%3,4) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05) **(Tablo 24).**

Tablo 24. Cinsiyete göre tanıların dağılımı

Yıl				Cinsiyet		Total	p
				Erkek	Kadın		
Anksiyete Bozukluğu	2019	Yok	Sayı	898	1197	2095	0,111
			Oran	91,1%	89,1%	89,9%	
		Var	Sayı	88	147	235	
			Oran	8,9%	10,9%	10,1%	
	2020	Yok	Sayı	583	712	1295	0,428
			Oran	87,5%	86,1%	86,7%	
		Var	Sayı	83	115	198	
			Oran	12,5%	13,9%	13,3%	
	2021	Yok	Sayı	663	756	1419	**<0,001**
			Oran	85,9%	78,8%	81,9%	
		Var	Sayı	109	204	313	
			Oran	14,1%	21,3%	18,1%	
Bipolar Duygulanım Bozukluğu	2019	Yok	Sayı	911	1203	2114	**0,018**
			Oran	92,4%	89,5%	90,7%	
		Var	Sayı	75	141	216	
			Oran	7,6%	10,5%	9,3%	
	2020	Yok	Sayı	606	744	1350	0,503
			Oran	91,0%	90,0%	90,4%	
		Var	Sayı	60	83	143	
			Oran	9,0%	10,0%	9,6%	
	2021	Yok	Sayı	707	885	1592	0,645
			Oran	91,6%	92,2%	91,9%	
		Var	Sayı	65	75	140	
			Oran	8,4%	7,8%	8,1%	
		Yok	Sayı	523	591	1114	
			Oran	53,0%	44,0%	47,8%	

Depresif Bozukluklar	**2019**	**Var**	**Sayı**	463	753	1216	**<0,001**
			Oran	47,0%	56,0%	52,2%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	411	417	828	**<0,001**
			Oran	61,7%	50,4%	55,5%	
		Var	**Sayı**	255	410	665	
			Oran	38,3%	49,6%	44,5%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	503	507	1010	**<0,001**
			Oran	65,2%	52,8%	58,3%	
		Var	**Sayı**	269	453	722	
			Oran	34,8%	47,2%	41,7%	
Diğer	**2019**	**Yok**	**Sayı**	917	1288	2205	**0,003**
			Oran	93,0%	95,8%	94,6%	
		Var	**Sayı**	69	56	125	
			Oran	7,0%	4,2%	5,4%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	630	792	1422	0,172
			Oran	94,6%	95,8%	95,2%	
		Var	**Sayı**	36	35	71	
			Oran	5,4%	4,2%	4,8%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	713	927	1640	**<0,001**
			Oran	92,4%	96,6%	94,7%	
		Var	**Sayı**	59	33	92	
			Oran	7,6%	3,4%	5,3%	
Nörogelişimsel Bozukluklar	**2019**	**Yok**	**Sayı**	918	1309	2227	**<0,001**
			Oran	93,1%	97,4%	95,6%	
		Var	**Sayı**	68	35	103	
			Oran	6,9%	2,6%	4,4%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	607	798	1405	**<0,001**
			Oran	91,1%	96,5%	94,1%	
		Var	**Sayı**	59	29	88	
			Oran	8,9%	3,5%	5,9%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	711	925	1636	**<0,001**
			Oran	92,1%	96,4%	94,5%	
		Var	**Sayı**	61	35	96	
			Oran	7,9%	3,6%	5,5%	
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	**2019**	**Yok**	**Sayı**	941	1293	2234	0,356
			Oran	95,4%	96,2%	95,9%	
		Var	**Sayı**	45	51	96	
			Oran	4,6%	3,8%	4,1%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	646	801	1447	0,214
			Oran	97,0%	96,9%	96,9%	
		Var	**Sayı**	20	26	46	
			Oran	3,0%	3,1%	3,1%	

	2021	**Yok**	**Sayı**	738	936	1674	0,059
			Oran	95,6%	97,5%	96,7%	
		Var	**Sayı**	34	24	58	
			Oran	4,4%	2,5%	3,3%	
Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	**2019**	**Yok**	**Sayı**	836	1248	2084	**<0,001**
			Oran	84,8%	92,9%	89,4%	
		Var	**Sayı**	150	96	246	
			Oran	15,2%	7,1%	10,6%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	563	761	1324	**<0,001**
			Oran	84,5%	92,0%	88,7%	
		Var	**Sayı**	103	66	169	
			Oran	15,5%	8,0%	11,3%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	672	906	1578	**<0,001**
			Oran	87,0%	94,4%	91,1%	
		Var	**Sayı**	100	54	154	
			Oran	13,0%	5,6%	8,9%	
Tanı Almamış	**2019**	**Yok**	**Sayı**	967	1294	2261	0,057
			Oran	98,1%	96,3%	97,0%	
		Var	**Sayı**	19	50	69	
			Oran	1,9%	3,7%	3,0%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	646	796	1442	0,431
			Oran	97,0%	96,3%	96,6%	
		Var	**Sayı**	20	31	51	
			Oran	3,0%	3,7%	3,4%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	748	923	1671	0,403
			Oran	96,9%	96,1%	96,5%	
		Var	**Sayı**	24	37	61	
			Oran	3,1%	3,9%	3,5%	
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	**2019**	**Yok**	**Sayı**	911	1271	2182	**0,033**
			Oran	92,4%	94,6%	93,6%	
		Var	**Sayı**	75	73	148	
			Oran	7,6%	5,4%	6,4%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	636	795	1431	0,623
			Oran	95,5%	96,1%	95,8%	
		Var	**Sayı**	30	32	62	
			Oran	4,5%	3,9%	4,2%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	721	915	1636	0,083
			Oran	93,4%	95,3%	94,5%	
		Var	**Sayı**	51	45	96	
			Oran	6,6%	4,7%	5,5%	

2019 yılında;

- 19-40 yaş grubunda depresif bozukluk oranı (%44,1) diğer iki yaş grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktür (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda nörogelişimsel bozukluk oranı (%9,5) diğer iki yaş grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar oranı (%5,7), 41-64 yaş grubuna göre (%3,4) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluklar oranı (%13,3) diğer iki yaş grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda tanı almamış olanların oranı (%4,4) 65 yaş ve üzerine göre (%1,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

2020 yılında;

- 65 yaş ve üzerinde depresif bozukluk oranı (%58,8), 41-64 yaş grubuna göre (%47,1) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda nörogelişimsel bozuklukların oranı (%11,6), 41-64 yaş grubuna göre (%1,0) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozuklukların oranı (%13,0), 65 yaş üzeri olanlardan (%4,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda tanı almamış olanların oranı (%4,8) 41-64 yaş grubunda olanlardan (%1,9) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

2021 yılında;

- 19-40 yaş grubunda anksiyete bozukluğu olanların oranı (%14,7) 65 yaş ve üzerine göre (%23,9) anlamlı derecede daha düşüktür (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda depresif bozukluğu olanların oranı (%36,3) 41-64 yaş grubuna göre (%45,3) anlamlı derecede daha düşüktür (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda nörogelişimsel bozukluğu olanların oranı (%11,4) diğer iki yaş grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar oranı (%4,6) 41-64 yaş grubuna göre (%2,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

- 41-64 yaş grubunda şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluklar oranı (%8,6) 65 yaş ve üzerine göre (%2,2) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 19-40 yaş grubunda tanı almamış olanların oranı (%5,0) 41-64 yaş grubuna göre (%1,9) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05) **(Tablo 25).**

Tablo 25. Yaş gruplarına göre tanıların oranı

Yıl				Yaş Grupları			Total	p
				19-40 arası	41-64 arası	65 ve üzeri		
Anksiyete Bozuklukları	2019	Yok	Sayı	920	902	273	2095	0,409
			Oran	90,6%	89,8%	88,1%	89,9%	
		Var	Sayı	95	103	37	235	
			Oran	9,4%	10,2%	11,9%	10,1%	
	2020	Yok	Sayı	622	506	167	1295	0,578
			Oran	88,2%	85,2%	86,1%	86,7%	
		Var	Sayı	83	88	27	198	
			Oran	11,8%	14,8%	13,9%	13,3%	
	2021	Yok	Sayı	689	593	137	1419	**0,002**
			Oran	85,3%	79,7%	76,1%	81,9%	
		Var	Sayı	119	151	43	313	
			Oran	14,7%	20,3%	23,9%	18,1%	
Bipolar Bozukluklar	2019	Yok	Sayı	932	897	285	2114	0,101
			Oran	91,8%	89,3%	91,9%	90,7%	
		Var	Sayı	83	108	25	216	
			Oran	8,2%	10,7%	8,1%	9,3%	
	2020	Yok	Sayı	644	526	180	1350	0,114
			Oran	91,3%	88,6%	92,8%	90,4%	
		Var	Sayı	61	68	14	143	
			Oran	8,7%	11,4%	7,2%	9,6%	
	2021	Yok	Sayı	749	671	172	1592	0,063
			Oran	92,7%	90,2%	95,6%	91,9%	
		Var	Sayı	59	73	8	140	
			Oran	7,3%	9,8%	4,4%	8,1%	
Depresif Bozukluklar	2019	Yok	Sayı	567	447	100	1114	**<0,001**
			Oran	55,9%	44,5%	32,3%	47,8%	
		Var	Sayı	448	558	210	1216	
			Oran	44,1%	55,5%	67,7%	52,2%	
		Yok	Sayı	434	314	80	828	

	2020		**Oran**	61,6%	52,9%	41,2%	55,5%	
		Var	**Sayı**	271	280	114	665	**<0,001**
			Oran	38,4%	47,1%	58,8%	44,5%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	515	407	88	1010	
			Oran	63,7%	54,7%	48,9%	58,3%	**<0,001**
		Var	**Sayı**	293	337	92	722	
			Oran	36,3%	45,3%	51,1%	41,7%	
Diğer	**2019**	**Yok**	**Sayı**	958	958	289	2205	
			Oran	94,4%	95,3%	93,2%	94,6%	0,320
		Var	**Sayı**	57	47	21	125	
			Oran	5,6%	4,7%	6,8%	5,4%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	677	567	178	1422	
			Oran	96,0%	95,5%	91,8%	95,2%	0,141
		Var	**Sayı**	28	27	16	71	
			Oran	4,0%	4,5%	8,2%	4,8%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	768	710	162	1640	
			Oran	95,0%	95,4%	90,0%	94,7%	0,066
		Var	**Sayı**	40	34	18	92	
			Oran	5,0%	4,6%	10,0%	5,3%	
Nörogelişimsel Bozukluklar	**2019**	**Yok**	**Sayı**	919	998	310	2227	
			Oran	90,5%	99,3%	100,0%	95,6%	**<0,001**
		Var	**Sayı**	96	7	0	103	
			Oran	9,5%	0,7%	0,0%	4,4%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	623	588	194	1405	
			Oran	88,4%	99,0%	100,0%	94,1%	**<0,001**
		Var	**Sayı**	82	6	0	88	
			Oran	11,6%	1,0%	0,0%	5,9%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	716	740	180	1636	
			Oran	88,6%	99,5%	100,0%	94,5%	**<0,001**
		Var	**Sayı**	92	4	0	96	
			Oran	11,4%	0,5%	0,0%	5,5%	
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	**2019**	**Yok**	**Sayı**	957	971	306	2234	
			Oran	94,3%	96,6%	98,7%	95,9%	**<0,001**
		Var	**Sayı**	58	34	4	96	
			Oran	5,7%	3,4%	1,3%	4,1%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	676	579	192	1447	
			Oran	95,9%	97,5%	99,0%	96,9%	0,061
		Var	**Sayı**	29	15	2	46	
			Oran	4,1%	2,5%	1,0%	3,1%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	771	725	178	1674	
			Oran	95,4%	97,4%	98,9%	96,7%	**0,018**
		Var	**Sayı**	37	19	2	58	

			Oran	4,6%	2,6%	1,1%	3,3%	
Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluklar	**2019**	**Yok**	**Sayı**	880	902	302	2084	**<0,001**
			Oran	86,7%	89,8%	97,4%	89,4%	
		Var	**Sayı**	135	103	8	246	
			Oran	13,3%	10,2%	2,6%	10,6%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	614	525	185	1324	**0,003**
			Oran	87,1%	88,4%	95,4%	88,7%	
		Var	**Sayı**	91	69	9	169	
			Oran	12,9%	11,6%	4,6%	11,3%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	722	680	176	1578	**<0,001**
			Oran	89,4%	91,4%	97,8%	91,1%	
		Var	**Sayı**	86	64	4	154	
			Oran	10,6%	8,6%	2,2%	8,9%	
Tanı Almamış	**2019**	**Yok**	**Sayı**	970	986	305	2261	**0,001**
			Oran	95,6%	98,1%	98,4%	97,0%	
		Var	**Sayı**	45	19	5	69	
			Oran	4,4%	1,9%	1,6%	3,0%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	671	583	188	1442	**0,013**
			Oran	95,2%	98,1%	96,9%	96,6%	
		Var	**Sayı**	34	11	6	51	
			Oran	4,8%	1,9%	3,1%	3,4%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	768	730	173	1671	**0,004**
			Oran	95,0%	98,1%	96,1%	96,5%	
		Var	**Sayı**	40	14	7	61	
			Oran	5,0%	1,9%	3,9%	3,5%	
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	**2019**	**Yok**	**Sayı**	943	942	297	2182	0,185
			Oran	92,9%	93,7%	95,8%	93,6%	
		Var	**Sayı**	72	63	13	148	
			Oran	7,1%	6,3%	4,2%	6,4%	
	2020	**Yok**	**Sayı**	679	564	188	1431	0,344
			Oran	96,3%	94,9%	96,9%	95,8%	
		Var	**Sayı**	26	30	6	62	
			Oran	3,7%	5,1%	3,1%	4,2%	
	2021	**Yok**	**Sayı**	766	696	174	1636	0,219
			Oran	94,8%	93,5%	96,7%	94,5%	
		Var	**Sayı**	42	48	6	96	
			Oran	5,2%	6,5%	3,3%	5,5%	

Hastaların tanıları ile yıllar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Bu ilişkinin sebebi;

- 2021 yılında anksiyete bozukluklarının oranı (%17,8), 2020 yılında (%13,5) ve 2019 yılına göre (%9,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 2019 yılında depresif bozuklukların olanların oranı (%49,6), 2020 yılında (%45,3) ve 2021 yılına göre (%42,7) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 2019 yılında nörogelişimsel bozuklukların oranı (%4,2), 2020 yılında (%5,7) ve 2021 yıllarına göre (%5,2) anlamlı derecede daha düşüktür (p<0,05).
- 2020 yılında şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluk oranı (%10,7) 2021 yılına göre (%8,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 2019 yılında travma ve stresörle ilişkili bozukluk oranı (%6,0) 2020 yılına göre (%4,0) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05) **(Tablo 26).**

Tablo 26. Yıllara göre tanıların oranı

			Yıl			Total	p
			2019	2020	2021		
Tanı Grupları (Tüm Tanılar)	Anksiyete bozukluğu	Sayı	235	216	328	779	<0,001
		Oran	9,6%	13,5%	17,8%	13,1%	
	Bipolar duygulanım bozukluğu	Sayı	216	143	140	499	
		Oran	8,8%	8,9%	7,6%	8,5%	
	Depresif bozukluklar	Sayı	1216	726	790	2732	
		Oran	49,6%	45,3%	42,7%	46,2%	
	Diğer	Sayı	125	84	109	318	
		Oran	5,1%	5,2%	5,9%	5,3%	
	Nörogelişimsel Bozukluklar	Sayı	103	90	97	290	
		Oran	4,2%	5,7%	5,2%	4,9%	
	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	Sayı	96	57	70	223	
		Oran	3,9%	3,6%	3,8%	3,7%	
		Sayı	246	171	158	575	

	Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	Oran	10,0%	10,7%	8,6%	9,7%	
	Tanı Almamış	Sayı	68	51	61	180	
		Oran	2,8%	3,2%	3,3%	3,0%	
	Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	Sayı	149	63	96	308	
		Oran	6,0%	4,0%	5,2%	5,2%	

Tekrarlı başvuruların yıllar arasında cinsiyet bakımından kıyaslanmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (p=0,224). İki ve daha fazla başvuru sayısı tekrarlı başvuru olarak kabul edilmiştir **(Tablo 27).**

Tablo 27. Tekrarlı başvuruların cinsiyete göre karşılaştırılması

			Yıl				
			2019	**2020**	**2021**	**Total**	**p**
Cinsiyet	**Erkek**	**Sayı**	439	203	364	1006	0,224
		Oran	44,7%	49,8%	45,8%	46,0%	
	Kadın	**Sayı**	543	205	431	1179	
		Oran	55,3%	50,2%	54,2%	54,0%	

Tekrarlı başvuruların yıllar arasında yaş grupları için kıyaslanmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (p=0,211) **(Tablo 28).**

Tablo 28. Tekrarlı başvuruların yaş gruplarına göre kıyaslanması

			Yıl				
			2019	**2020**	**2021**	**Total**	**p**
Yaş Grupları	**19-40 arası**	**Sayı**	485	221	376	1082	0,211
		Oran	49,4%	54,2%	47,3%	49,5%	
	41-64 arası	**Sayı**	418	153	355	926	
		Oran	42,6%	37,5%	44,7%	42,4%	
	65 ve üzeri	**Sayı**	79	34	64	177	
		Oran	8,0%	8,3%	8,1%	8,1%	

Tekrarlı başvurularda hastaların tanıları ile yıllar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,001). Bu ilişkinin sebebi;

- 2021 yılında anksiyete bozukluğu hastalarının tekrarlayan başvuru oranı (%17,4), 2020 yılında (%10,8) ve 2019 yıllarındaki oranından (%7,8) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 2020 yılında bipolar duygulanım bozukluğu olan hastaların tekrarlayan başvuru oranı (%16,9), 2021 yılındaki oranından (%11,7) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 2019 yılında depresif bozukluğu olan hastaların tekrarlayan başvuru oranı (%42,5), 2020 yılında (%36,3) ve 2021 yılına göre (%37,6) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).
- 2020 yılında şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluğu olan hastaların tekrarlayan başvuru oranı (%18,4), 2021 yılında olanların oranından (%12,3) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05) (**Tablo 29).**

Tablo 29. Tekrarlı başvuruların tanı gruplarına göre karşılaştırılması

			Yıl			Total	p
			2019	2020	2021		
Hastaların Tanıları (Tekrarlayan Başvurular İçin)	Anksiyete Bozuklukları	Sayı	77	44	138	259	<0,001
		Oran	7,8%	10,8%	17,4%	11,9%	
	Bipolar Duygulanım Bozukluğu	Sayı	138	69	93	300	
		Oran	14,1%	16,9%	11,7%	13,7%	
	Depresif Bozukluk	Sayı	417	148	299	864	
		Oran	42,5%	36,3%	37,6%	39,5%	
	Diğer	Sayı	38	15	26	79	
		Oran	3,9%	3,7%	3,3%	3,6%	
	Nörogelişimsel Bozukluklar	Sayı	55	26	61	142	
		Oran	5,6%	6,4%	7,7%	6,5%	
	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar	Sayı	42	14	29	85	
		Oran	4,3%	3,4%	3,6%	3,9%	
		Sayı	157	75	98	330	

	Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar	**Oran**	16,0%	18,4%	12,3%	15,1%	
	Tanı Almamış	Sayı	7	3	11	21	
		Oran	0,7%	0,7%	1,4%	1,0%	
	Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	Sayı	51	14	40	105	
		Oran	5,2%	3,4%	5,0%	4,8%	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Mersin Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğimize yapılan başvurulardan 2019, 2020 ve 2021 yıllarından dört aylık periyotlar alınarak pandemi öncesinin ve pandemi döneminin tanısal ve demografik yönden karşılaştırılması amaçlanmıştır. Polikliniğimize 2019 yılı mart-temmuz ayları arasında 4030 başvuru, 2020 yılı mart-temmuz ayları arasında 2148 başvuru, 2021 yılı mart-temmuz ayları arasında ise 3209 hasta başvurusu olmuştur. Hasta sayısı ise 2019 yılı mart-temmuz aylarında 2330, 2020 yılının aynı döneminde 1493, 2021 yılında ise 1732 hastadır. Psikiyatrik bozukluklar tek doz ilaç tedavisi verilerek iyileşmesi sağlanan hastalıklar değildir. Hastaların ilaçları uygun dozda ve uygun sürede kullanmaları gerekir. Tedavinin etkilerini görmek için tedavi başlandıktan sonra belirli aralıklarla kontroller gerekir. Bu nedenle başvuru sayısı hasta sayısından fazladır. 2019 yılında henüz pandemi yokken başvuru ve hasta sayısı diğer iki yıla göre fazladır. 2020 yılı mart ayında pandemi başladığında ülkemizde evde kal çağrıları yapılmış, yaş gruplarına göre sokağa çıkma yasakları uygulanmaya başlanmıştır. Daha sonrasında da birçok kısıtlama söz konusu olmuştur[109]. Diğer yandan viral etken ve yaptığı hastalığın seyri ile ilgili belirsizlik, etkin tedavi ajanları ya da koruyucu ajanların olmaması, hastanelerin ana bulaş kaynağı olarak algılanması da hastaların başvurularını azaltmıştır. Tüm bu nedenlerden ötürü bu dönemde hasta sayısının ve bununla birlikte başvuru sayısının da azalması kaçınılmazdır. Ayrıca hastanelerde poliklinik sayıları azaltılmış, birçok hastane pandemi hastanesine dönüştürülmüştür. Hastanelerde doktor ve diğer sağlık personellerinin iş gücü COVID-19 ile mücadeleye yöneltilmiştir[218]. Bizim hastanemizde de psikiyatri bölümü doktorları da dahil olmak üzere doktorlar pandemi poliklinikleri ve servislerinde aktif rol oynamıştır. Bu nedenle ve ayrıca da bulaşı azaltmak amacıyla poliklinik sayısı 2020 yılı mart-haziran arasında azaltılmıştır. Hastanemizde 2020 mart-haziran aylarında poliklinik sayısı tek polikliniğe düşürülmüştür. Temmuz ayında ise tekrar 2 poliklinik psikiyatri hastası görürken adli ve sağlık kurulu hastaları gören poliklinik ayrılmıştır. 2021 yılının aynı döneminde ise 2 psikiyatri hastası gören, 2 tane de adli ve sağlık kurulu hastası gören polikliniklerimiz mevcuttur. Tüm bu etkenlerden ötürü hasta ve hastaların tekrarlayan başvuru sayıları düşmüştür. Bu da hasta ve başvuru sayısının

azalmasında bir diğer etkendir. 2021 yılında ise hastanemizde psikiyatri poliklinik sayısı pandemi öncesi dönem gibi olmasına rağmen 2021 yılında da bazı kısıtlamalar devam etmiştir. Mayıs ayında 2 hafta boyunca tam kapanma uygulanmıştır[116]. Bu nedenle 2019 yılına göre başvuru ve hasta sayısının az olması beklenen bir durumdur. 2020 yılı ile 2021 yılını hasta başvurusu ve hasta sayısı bakımından kıyaslayacak olursak 2020 yılında baz aldığımız aylar pandeminin ilk olarak ortaya çıktığı dönem olması nedeniyle bilinmezlik ve insanların tedirginliği daha fazladır. Ayrıca evden çıkmak, hastaneye başvurmak daha zor olabilir ve hastanenin kısıtlayıcı önlemleri daha fazladır bu nedenle 2020 yılında hasta sayısının 2021'e kıyasla daha az olması şaşırtıcı değildir.

Tıbbi belgenin çıkarılması için 2019 yılında 87 kişi başvurmuşken, 2020 yılında 34 kişi başvurmuş, oran olarak da azalmıştır. Tıbbi belge çıkarılması için başvuran hastaların büyük kısmı vekâletname, gayrimenkul satışı, vasiyetname işlemlerini gerçekleştirmek için noter tarafından yönlendirilen kişilerden oluşur. Yasal düzenlemelerde 65 yaş ve üzeri kişilere yönelik hukuki işlem gerçekleştirmede zorunlu bir sağlık raporu düzenlemesi bulunmamakla birlikte bu raporun fiil ehliyetinde şüpheye düşülen kişilerden istenmesi gerektiği belirtilmiştir. Fakat yine de bu raporlar 65 yaş üzeri bireylerin hepsinden istenmektedir[219]. 2020 yılı Mart ayında 65 yaş üstüne sokağa çıkma yasağı getirilmiştir[109]. Bu yasaklar tıbbi belge için başvuran kişi sayının azalmasını açıklar. Tıbbi belge çıkarmak için başvuran diğer bir grup ise ehliyet için sağlık raporu almak için aile hekimlerine başvuran fakat daha önce psikiyatrik tanı almış olduğu için aile hekimlerince psikiyatri polikliniğimize sevk edilen şahıslardır. Bu süreçte mart ayında milli eğitime bağlı sürücü kursları da kapatılmıştır. Haziran ayında belli kısıtlamalarla tekrar açılmıştır[220]. Bu kısıtlamalar sürücü belgesi için rapor almak isteyen kişi sayısını da azaltmıştır. 2021 yılı aynı döneminde ise 2020 ve hatta 2019 yılına kıyasla tıbbi belge için yapılan başvuruların arttığını görmekteyiz (151 kişi). 2021 yılı Mart ayında ise düşük ve orta riskli illerde 65 yaş üstü ve yasağı kalktı. Yüksek riskli illerde ise dışarı çıkma saatleri arttırılmış fakat yasaklar devam etmiştir[24]. Mersin 2021 Mart ayında hala yüksek riskli olarak görülmektedir[221]. COVID-19 pandemisi nedeniyle ölen kişilerin %81'den fazlasını 65 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır[24]. Tıbbi belge çıkarmak için başvuran şahısların yaş ortalamasını tüm yıllardaki hasta yaş ortalamasından fazla olarak

48,4±20,0 olarak saptadık. COVID-19 nedeniyle gerek medyadan yaşlı ölüm oranı ile ilgili haberler nedeniyle ve çevresinde akranlarının ölümünü deneyimlemiş bu yaş grubunda ölüm kaygısından ötürü vasiyet bildirme, vekâlet verme gibi işlemlerin 2021 yılında artması muhtemeldir. Bunlarla birlikte tıbbi belgenin çıkarılması için alınan başvuruların içerisinde ehliyet için başvuran kesimde bulunmaktadır. Sürücü kurslarının tekrar açılması ehliyet başvurularını da arttırmış olması muhtemeldir. Daha sağlıklı ve kesin bilgiler elde etmek için bu grubu ehliyet ve noter başvuruları ve yaş durumlarına göre sınıflandırmak gereklidir.

Çalışmamıza baktığımızda her üç yılda da erkeklerin kadınlara göre daha az psikiyatrik destek arayışında olduğunu görmekteyiz. Erkeklerin daha çok fiziksel sağlık problemleri için destek araması, streslerini ve psikososyal sorunlarını daha az dışa vurmaları bu durumun nedenleri arasında gösterilmektedir. Erkeklerin yaşam tarzları, davranışları, kadınlara kıyasla daha iyimser olmaları psikiyatrik destek arayışında etkili olan faktörler olarak bildirilmektedir[222-224]. Ayrıca kadınların, aile planlaması, gebelik ve doğum sonrası dönem, çocuk sağlığı ile ilgili problemler nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmaya daha yatkın olmaları da destek aramada etkili olabilmektedir[223]. Çalışmamız mevcut literatürü desteklemektedir.

Çalışmamızda her 3 yılda da kadın hastalar erkek hastalara göre daha fazla depresif bozukluk tanısı almıştır. Erkek hastalar ise kadınlara kıyasla nörogelişimsel bozukluklar ve şizofreni spektrumunda ve ilişkili psikotik bozukluklar tanısını daha fazla almıştır. Epidemiyolojik çalışmalar depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğünü desteklemektedir[225, 226]. Zekâ geriliği, otizm spektrum bozukluğu ve DEHB gibi nörogelişimsel bozukluklar da erkek çocuklarında daha sık görülür[212, 215, 227].

Literatür, erkeklerin kadınlara göre COVID-19'u daha şiddetli geçirdiğini ve erkeklerin ölüm oranının kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir[228, 229]. Buna rağmen yapılan çalışmalar kadınların erkeklerden ruhsal bakımdan daha kötü etkilendiğini ortaya koymuştur[10, 230, 231]. Fakat çalışmamızda yıllar ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kadınların iş yükünün fazla olması ve evde bakmakla yükümlü olduğu birinin olması pandemi sürecinde hastaneye başvurmasını engellemiş olabilir.

Bazı çalışmalar pandeminin ortaya çıkmasından sonra yaşlı bireylerde depresyon, kaygı ve uykusuzluğun ciddi anlamda arttığını göstermiştir. Farklı yaş grupları karşılaştırıldığında yaşlıların, ruhsal etkileniminin daha fazla olduğu görülmüştür[232-234]. Psikolojik dayanıklılık, hayatımızdaki değişiklikler, zorluklar, bunun gibi olumsuz durumlardan sonra bu duruma uyum sağlayabilmek olarak tanımlamaktadır[235]. Geleneksel olarak pek çok batı kültüründe yaşlılık işlevselliğin azalması, engellilik, pek çok fiziksel ve zihinsel sınırlılık ile özdeşleştirilmiştir[236]. Bazı araştırmalarda, yaşlı bireylerin, daha genç olanlarla aynı veya daha fazla dayanıklılık kapasitesine sahip olduğu görülmüştür[237-240]. Psikolojik dayanıklılığın fiziksel sağlık ve psikolojik olarak iyi olma durumuna önemli ölçüde aracılık ettiğini ortaya çıkmıştır[241]. Çalışmamızda hastaların yaş ortalamaları yıllar arasında değişkenlik göstermiş ve pandemi öncesine göre pandemi sürecinde yaş ortalaması azalmıştır. Erkeklerin 2019 yılına kıyasla 2020 yılında, kadınlarda da 2019 yılına kıyasla 2021 yılında yaş ortalaması azalmıştır. Yaşlı hastalar kronik hastalıklardan daha fazla muzdariptir. COVID-19 da bu grupta daha riskli ve ölümcül olabilmektedir. Bu nedenle yaşlı popülasyonun enfekte olma korkusu nedeniyle hastaneye başvurmak istememesi yaş ortalamasının düşmesine neden olabilir. Yaşlı hastalara ayrıca kısıtlamaların uygulandığını ve bu yüzden psikiyatrik şikayetleri olsa bile hastanelere pandemi sürecinde ulaşmalarının daha güç olduğunu unutmamak gerekir.

Her ne kadar polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması giderek düşmüşse de kısıtlamalara rağmen pandemi sürecinde pandemi öncesine kıyasla 65 yaş ve üzerinde anksiyete bozukluklarının arttığını saptadık. Bunun yanında 2021 yılında anksiyete bozuklukları diğer iki yaş grubuna göre 65 yaş ve üzerinde daha fazla görülmüştür. 2020 yılında da depresif bozukluklar 65 yaş üzerinde 41-65 yaş grubuna göre halen anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. COVID-19'un yaşlı yetişkinlerde daha ağır seyrettiği ve mortalite oranının yüksek olduğu medyada sıklıkla gündeme getirilmiştir. Yaş vurgusunun sıklıkla yapılması yaşlıların ayrımcılığa maruz kalmasına sebep olmuş ve yaşlıların tehlikeli olduğu algısını yaratmıştır[242]. Bunların yanında izolasyon, hastalığın daha ağır ve mortal seyretmesi yaşlılarda anksiyete bozukluğunu arttıran diğer faktörler arasında gösterilebilir.

Her 3 yıla baktığımızda kadın hastaların yaş ortalamasının erkek hastalardan daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızda depresif bozuklukları daha çok kadınlarda, şizofreni spektrumunda ve ilişkili psikotik bozukluklar ve nörogelişimsel bozuklukları ise erkeklerde daha fazla tespit etmemiz yaş ortalamasını etkilemiştir.

İnsanlar, genellikle yoğun baskı dönemlerinde alkol ve madde kullanımı gibi sağlıksız ya da kumar oynama gibi kısa süreli rahatlama sağlayan uygulamalarla yaşadıkları acıyı hafifletmeye çalışırlar. Yaşanan süreç uzadığı ve tekrarlı uygulamalar arttığı taktirde bağımlılık gelişebilir. Birçok araştırma durgunlukların bağımlılıklar da artışa neden olduğunu göstermiştir[243]. Örneğin ekonomik bunalımlar sırasında esrar kullanımı hipnotik ve yatıştırıcı maddelerin kullanımı artar[244]. Ayrıca, aşırı alkol kullanımı da işsizlik düzeyiyle ilişkili bulunmuştur[245]. Benzer şekilde birçok araştırmacı, bağımlılıklar üzerinde COVID-19'un etkisi üzerine çalışmalar yapmıştır. COVID-19 pandemisi sırasında, madde bağımlılığında artış eğilimi olduğu gösterilmiştir[246]. Çin'de yapılan bir çalışma COVID-19 pandemisi sırasında internet bağımlılığının arttığını ve aynı zamanda düzenli alkol ve sigara kullananların da kullanım miktarlarını arttırdığını göstermiştir[247]. Kumar oynama ile ilgili bir gözden geçirme incelemesinde pandemi sürecinde bazı kısıtlamalar dâhilinde kumarhanelerin kapatılması nedeniyle kumar oynamada azalmanın olduğu görülmüştür. Bu çalışmada veriler genel kumar oynamada azalma olduğu fakat hassas bazı gruplarda ise artış olduğu şeklinde yorumlanmıştır[248]. İngiltere'de yapılan bir çalışmada karantina sırasında daha önceden düzenli olarak kumar oynayan kişilerde online kumar oynamanın arttığı görülmüştür[249]. Ayrıca karantina ve kısıtlamalar alkole ulaşımı zorlaştırabilir ve alkol tüketimini azaltabilir. Bu da bağımlı kişilerde yoksunluk belirtilerine sebep olabilir. Bizim çalışmamızda herhangi bir bağımlılık nedeniyle polikliniğimize başvuran hastaların sayısı çok az olduğu için tüm bağımlılıklar diğer katagorisinde değerlendirilmiştir. Hastanemize alkol ve madde kullanım bozukluğu ya da herhangi başka bir bağımlılık nedeniyle başvuran hasta sayısının az olmasının nedeni ilimizde Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi'nin (AMATEM) bulunması ve bu hastaların başvurularını AMATEM'e yapmalarıdır.

Her 3 yılda da başvuran hastaların en fazla aldığı tanı depresif bozukluklardır.

Kişinin kendisinin ve sevdiklerinin sağlığı ile ilgili endişeler duyması, geleceğe yönelik belirsizlik ve korku bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerine yol açabilir. Bu endişeler devam ederse panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, stres ve travmayla ilişkili bozukluklar gibi birçok psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkma riski artar[125]. Ayrıca pandemiyle ilgili medyada yer alan haberler de halkın ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. Sürekli haber kanallarında COVID-19 ile ilgili haberlerin yer alması, sosyal medya ve internette yanlış bilgilerin yayılması da halk için endişe ve korku uyandırmıştır[250]. Aileden bir yakınını salgın nedeniyle kaybedenlerin de ruhsal sıkıntı yaşaması muhtemeldir[251].

Stresli ve zorlu olaylar karşısında psikiyatrik bozukluk gelişme riski kişiden kişiye değişir[252]. Yapılan çalışmalar bu olayların geçmişte ya da halihazırda ruhsal bozukluğu olan bireylerde, semptomların tekrar ortaya çıkması veya artışı için en önemli risk faktörleri arasında olduğunu göstermiştir[253, 254]. COVID-19 pandemisi sırasında önceden psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yalnızca daha yüksek düzeyde psikopatolojik belirtiler yaşamakla kalmadığı, aynı zamanda daha olumsuz semptom değişiklikleri yaşadıklarını varsaymak mantıklıdır[255].

COVID-19 pandemisinin hastalık kaygısı bozukluğu için yeni tanı almış vakaları arttırması ve daha önce tespit edilen vakaları kötüleştirmesi muhtemeldir. Aynı durum anksiyete bozuklukları için de geçerlidir[256]. Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da COVID-19'un etkileriyle ilgili ortak olarak gerçekleştirilen bir çalışmada anksiyete bozukluklarına sahip bireyler, duygudurum bozuklukları olan veya raporlanmış herhangi bir zihinsel sağlık sorunu olmayanlarla kıyaslanmıştır. Anksiyete bozukluğuna sahip grupta diğer gruplara göre daha yüksek tehlike ve bulaşma korkuları bulunmuş ve anksiyete bozukluğu tanısı olan grubun COVID Stres Ölçekleri ve Travmatik Stres Belirtileri ölçekleri'nde daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır[257].

2019 yılı mart-temmuz ayları 2020 ve 2021 yıllarının aynı dönemleriyle kıyaslandığında polikliniğimize başvuran hastalar arasında 2019 yılında diğer yıllara göre daha az anksiyete bozukluklarının görüldüğü ve anksiyete bozukluklarının 2020 yılında arttığı görülmüştür. 2021 yılında ise diğer iki yıla göre daha fazla arttığı tespit edilmiştir. COVID-19 salgını sırasında Çin'de pandeminin ruh sağlığına etkilerini incelemek için 7236 katılımcıdan veri

toplanarak yürütülen bir çalışmada anksiyete bozukluklarının genel yaygınlığı %35,1, depresif belirtiler %20.1 olarak bulunmuştur ve daha genç insanlar, yaşlılara göre daha yüksek anksiyete bozuklukları ve depresif belirtiler bildirmiştir. Ayrıca bu çalışmada anksiyete bozuklukları gösterenler arasında cinsiyet bakımından fark bulunmamıştır. Bu çalışma Çin'de pandemi sırasında anksiyete bozuklukları prevelansının yüksek olduğunu göstermiştir[258]. 2020 yılında 204 ülke ve bölgede COVID-19 pandemisinin majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı ve yükü üzerindeki etkisini tespit etmek amacıyla 1 Ocak 2020 ile 29 Ocak 2021 arasında yayınlanan verilerin sistematik bir incelemesini yapılmıştır. 2020 yılında depresif ve anksiyete bozukluklarının arttığını tespit edilmiştir[259]. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak pandemi öncesine göre pandemi sürecinde anksiyete bozukluklarının oranı anlamlı derecede artmış bulunmakta ve çalışmamız bu açıdan literatürü desteklemektedir. Ayrıca 2019 yılına göre diğer 2 yılda bu hastaların tekrarlayan başvuruları da artmıştır. Tüm bunların yanında diğer tüm bozukluklarda ve toplam hasta düşüş olmasına rağmen anksiyete bozukluklarında tam tersi olarak pandemi öncesine göre 2021 yılında hasta sayısı da artış göstermiştir.

Fakat çalışmamızda bu çalışmalardan farklı olarak pandemi öncesi dönemde depresif bozukluklar daha fazla görürken pandemi sürecinde depresif bozuklukların azaldığını gördük. Ayrıca 2019 yılında diğer iki yıla kıyasla depresif bozukluğu olan hastaların tekrarlı başvuruları da azalmıştır. Depresif bozukluklardan muzdarip hastaların enerjisinde ve motivasyonunda düşme olduğu zaten bilinen bir durumdur. Pandemi nedeniyle getirilen kısıtlamalar ve evde kal çağrıları nedeniyle bu hastalarda destek arama ve hastaneye başvuru yapmak için gereken enerji ve motivasyonun daha da düşmesinin bu hasta grubunun başvurularını azalttığını düşünmekteyiz.

Birleşik Krallık'ta pandeminin erken dönemlerinde gerçekleştirilen bir çalışmada nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların COVID-19 pandemisi öncesi gruplara göre daha kötü duygusal semptomlara sahip olduğu gözlenmiş ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olanlar belirgin davranış sorunları gösterirken, otizm spektrum bozukluğu olanlar azalmış prososyal davranışlar sergilemiştir[260]. Houghton ve arkadaşlarının nörogelişimsel bozukluğu olan ve olmayan ergenleri COVID-19 nedeniyle okulların kapanmasının nasıl etkilediğine dair yaptıkları çalışmada nörogelişimsel bozukluğu olmayan ergenler, okullar

kapandığında depresif semptomlarında ve soyutlanma duygularında önemli artışlar bildirirken nörogelişimsel bozukluğu olan ergenlerde artış bildirilmemiştir. Nörogelişimsel bozukluğu olanların günlük olarak karşılaştıkları zor, stresli ve genellikle tehdit edici yüz yüze akran etkileşimlerinden karantina nedeniyle uzak kalmaları bunda etkili bir faktör olarak görülmüştür[261]. DEHB'li yetişkinler ve çocuklar üzerinde yapılan kalitatif çalışmalar, karantina dönemlerinde olumsuz geri bildirimlere daha az kalma ve programlarını yönetme esnekliği dahil olmak üzere bazı olumlu etkiler bildirmiştir[262] [263]. Shakeshaft ve arkadaşları nörogelişimsel bozukluğu olan erişkinlerde pandeminin ruh sağlığına olan etkilerini incelemişlerdir. Salgın öncesine göre DEHB ve OSB olan hastalarda kaygı düzeyinin arttığını görürken depresif belirtilerin azaldığını tespit etmişlerdir[264]. Çalışmamızda nörogelişimsel bozukluklar tanısı pandemi sürecinde pandemi öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Pandemi nedeniyle günlük rutinler değişmiş, bu değişiklikler insanların alışkanlıklarını da değiştirmiştir. Özellikle nörogelişimsel bozukluğu olan bireyler rutinin dışında ve beklenmedik olaylara karşı daha savunmasızdır[265]. COVID-19'un otizm tanılı yetişkinler üzerindeki psikolojik etkisini araştıran bir çalışmada otizmli bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinde artış saptanmıştır[266]. Ayıca izolasyon, karantina ve diğer alınan önlemlere DEHB tanısı olan kişilerin uyum sağlaması daha zor olabilir.

Pandemi nedeniyle alınan önlemler ve kısıtlamalar nedeniyle şizofreni hastalarının da sağlık kuruluşlarına erişim olanağı azalmıştır. Tedavi uyumu bozulan hastalarda psikotik semptomlarda artış ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, pandemi gibi stresli bir yaşam olayına maruz kalma, uzun süreli karantina ve pandeminin yol açtığı rutin değişiklikler nedeniyle ortaya çıkan kaygı ve hastalığa yakalanma korkusu da semptomları tetikleyebilir[267]. Bilinen bir psikotik bozukluk tanısı olan durumu stabil hastaların belirtileri üzerinde stresin tetikleyici etkisi vardır ve psikotik belirtiler stresle tekrar alevlenebilir[268]. Psikotik hastaların bilişsel süreçleri taraflıdır. Bu hastaların tehdit beklentisi ve başkalarını tehdit olarak algılama eğilimleri yüksektir. Önyargılı bilişsel süreçler ve stres arasında iki yönlü etkileşim olduğu varsayılır. Bu nedenle psikotik bozukluk hastalarının, algıladıkları tehdit streslerini arttırır ve aynı zamanda stresin artması da tehdit algılama eğilimlerinin artmasına neden olur[269]. Bu yönlerden pandemide hastalık

tehdidi ve stresin artması bu hastalar için tetikleyici olabilir[270]. Türkiye'de COVID-19 nedeniyle şizofreni hastalarının nasıl etkilendiğini araştıran nitel bir araştırma tasarımında şizofreni hastalarında pandemi nedeniyle bir takım olumsuz etkiler görüldüğünü fakat buna karşın bazı katılımcılarda ise bu dönemde etkilenme olmadığı hatta bazı hastalarda olumlu etkiler olduğunu belirtmişlerdir[271]. Pinkham ve arkadaşları pandemiden önce şizofreni spektrum bozukluğu, psikotik özellik gösteren majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk tanısı alan 232 kişiye anket uygulamışlardır. Nisan- Haziran 2020 tarihlerinde anket yanıtlarını toplamışlar ve katılımcıların zaman içinde psikotik belirtilerinde ve duygudurum deneyimlerinde önemli bir değişiklik olmadığını uykularının etkilenmediğini tespit etmişlerdir. Hatta katılımcılar pandemi sonrası refahlarında artma bildirmiştir[272]. Her ne kadar bu hasta grubunda kötüleşme olabileceği öngörülse de çalışmamızda pandeminin başlangıç döneminde şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluklar tanı grubunda anlamlı bir değişiklik olmamıştır. 2021 yılında ise bu tanı grubunda azalma söz konusudur. Hastalara raporlu ilaçlarını hastaneye başvurmadan ulaşma olanağı tanınmış ve rapor süreleri uzatılmıştır[273]. Bu tanı grubundaki ve bipolar bozukluk tanı grubundaki hastaların birçoğunun ilaçlarına böylelikle ulaştığını ve öngörülen kadar kötüleşme olmadığını düşünmekteyiz.

Psikososyal faktörlerin, afektif semptomların seyrinde önemli bir etki gösterdiği iyi bilinmektedir. Olumsuz yaşam olayları, hastalığın gelişimini hızlandırabilir. COVID-19 pandemisi ile ilişkili karantinanın, depresif veya manik atakların nüksetme riskini arttırması olasılığı yüksektir[274]. Bipolar bozukluğun seyri biyolojik ve sosyal ritimleri bozabilecek etkenlere duyarlıdır, bu etkiyi sirkadiyen ritmin düzenlemesi ile ilgili mekanizmalar sağlar[275]. Ev hapsi, sosyal mesafe, karantina gibi COVID-19'un yayılmasını azaltmak için alınan önlemler sosyal hizmetlerin kalitesini bozup sayısını azaltmakla birlikte alışılmış uyku ve uyanıklık düzenini bozabilir. Bu da hem manik hem de depresif epizodu tetikleyici olabilir. Bunların yanında bipolar bozukluğu olan hastalarda madde ve alkol kullanımı sıklıkla görülebilir. Salgın sırasında, savunmasız bireylerde alkol ve madde kullanımında potansiyel bir artış meydana gelmiştir. Bazı ülkelerin ise alkol satışına kısıtlama getirmesi bazı hastalarda alkol yoksunluğunu tetiklemiştir. Bu durum da bipolar bozukluğu olan hastalarda semptom şiddetinin artmasına ve intihar gibi sonuçlara yol açabilir[276]. Ayrıca koronavirüsler ile enfekte olma ile duygudurum bozuklukları ve intihar riski arasında bir ilişki olduğuna dair bazı

kanıtlar bulunmaktadır. Bu ilişkinin önemi tam olarak bilinmese de virüsün nörotrofik potansiyelinin olması veya duygudurum düzensizliğine neden olan sistemik bir inflamatuar yanıtı tetiklemesiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir[89]. Manik ya da hipomanik atak sırasında hastanın sosyal mesafeye ve hijyen önlemlerine uymaması bu hastalarda daha yüksek enfeksiyon riskini de beraberinde getirmektedir[276]. Bipolar bozuklukta da kötüleşme olacağı öngörülmüştür fakat çalışmamızda bu tanı grubunda anlamlı bir değişiklik söz konusu değildir. Bu dönemde bu hastalarla beraber yakınlarının da karantina ve izolasyon nedeniyle evde bulunması bu hastaların sosyal desteğini arttırmış aynı zamanda ilaçların düzenli kullanımına fayda sağlamış olabilir. Daha önce de belirtmiş olduğumuz gibi ilaç rapor sürelerinin uzatılıp reçetesiz ilaç alımının sağlanması bu hastaların tedavisini sürdürmesinde böylelikle tedavisinin aksamaması bir diğer etkendir.

Zhang ve arkadaşlarının COVID-19 pandemisi sırasında genel nüfusta travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı tespit etmek için yaptıkları sistematik incelemede koronavirüsün kısa sürede genel popülasyonda TSSB insidansını arttırdığını tespit edilmiştir[277]. Bir meta-analiz çalışmasında COVID-19 salgınından kaynaklanan travmaya maruz kalan kişiler arasında travma sonrası stres belirtilerinin prevalansı, genel popülasyondan çok daha yüksek bulunmuştur[278]. Pandemi döneminde travma yükünü araştırmak amacıyla ve 57 çalışma analiz edilmiştir ve pandemi sürecindeki travma etiyolojileri göz önüne alındığında, yüksekten düşme ve saldırıya bağlı travmaların oranında ve iç mekanlarda meydana gelen travmalarda artış olduğu görülürken, trafik kazaları ve spor yaralanmaları dahil olmak üzere diğer tüm kazalarda azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca travma hastası mutlak sayısında azalma olduğu bildirilmiştir[279]. Büyük kazalar sonrası da insanlarda travma sonrası stres belirtileri görülebilir. Her ne kadar COVID-19 pandemisinin travmatik etkileri olsa da bu kazaların azalması da travmatik veya stresör sayılan bir unsurun azalmasını sağlamıştır.

Diğer bir travma etkeni şiddet olaylarıdır. Pandemi döneminde ev içi şiddet olayları artmıştır. Karantina, izolasyon ve sosyal mesafe ev içinde şiddete uğrayan mağdurların failden uzaklaşmasına engel olmaktadır. Mağdur işe gittiğinde veya ev dışına çıktığında başka kişilerin desteğine erişebilir. Pandemi dönemiyle bulaşı azaltmak amacıyla alınan önlemler desteğe erişimi

azaltmaktadır. Ayrıca şiddeti uygulayan kişi bulaş riskini öne sürerek mağdurun desteğe erişimini azaltmaya yönelik bahaneler üretebilir[280]. Çalışmamızda travma ve stresörlerle ilişkili bozukluklar 2020 yılında 2019 yılına kıyasla anlamlı olarak azalmıştır. Mağdurların desteğe olan erişimindeki güçlükler bu azalmanın nedenlerinden biridir.

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarına baktığımızda en sık görülen obsesyon kirlenme, kompulsiyon ise yıkama davranışıdır[281]. Stres varlığında, bu semptomlar ağırlaşabilir[282]. COVID-19 pandemisinde, halihazırda OKB'den etkilenmiş hastalarda semptomları kötüleştirebilecek çeşitli faktörler vardır. Bunlar kontaminasyon yoluyla enfeksiyonun bulaşma olasılığı, el yıkamanın öneminin ve dışardan gelirken düzenli aralıklarla el yıkamanın öneminin sıklıkla vurgulanmasıdır[283]. Ayrıca OKB tedavisinde maruz bırakma yöntemi sıklıkla kullanılıyor ve hastalara da bu yönde önerilerde bulunuluyor[284]. Bu gibi OKB için kullanılan tedavi yöntemleri, her yerde sağlık kurumlarınca önerilip reklamı yapılan tavsiyelerle çatışmaktadır. Sağlık kurumlarının, sık dokunulan yüzeyleri günlük olarak temizlemeyi ve dezenfekte etmeyi, sabun ve su hazır değilse, en az %60 alkol içeren bir el dezenfektanı kullanmayı ve elleri dezenfekte ederken kuru hissedene kadar ovalamayı önermesi bu tavsiyelere örnek verilebilir[285]. Çalışmamızda OKB hastalarında yıllar arasında anlamlı bir artış ya da azalma söz konusu değildir. Bu hastaların belirtilerinde şiddet artmış olsa bile hastanelerin bulaş açısından en riskli olduğu yer olması bakımından başvurmaktan kaçınmaları olasıdır.

Ayrıca diğer aile üyeleri de bulaş riskinden ötürü sık sık ellerini yıkadığı için, bazı hastalar el yıkama davranışının diğer aile üyeleri için eskisi kadar rahatsız edici olmadığını düşünür ve bu hastaların suçluluk duygularını azaltabilir. Yapılan bir çalışmada önceden tanı almış 84 hastayla görüşülmüş ve pandemi öncesinde kontaminasyon ve kompulsif yıkama obsesyonu olan hastalarda obsesif ve kompulsif semptomlarda artış saptanmamıştır. Semptomlarında artış görülen sadece %6'yı oluşturan çok küçük bir gruptur. Bulaşma takıntısı genellemez. Kir bulaşma takıntısı olan ya da AIDS bulaşma korkusu yaşayan bir hasta koronavirüs bulaşması ile ilgili obsesyon geliştirmeyebilir[283]. Bu da bizim polikliniğimize başvuran OKB hastalarında artma olmamasını açıklayan faktörlerden biridir. Ayrıca OKB hastaları içerisinde sadece kirlenme obsesyonu

ve yıkama kompulsiyonu olanlar yer almaz. Çalışmamızda da polikliniğimize başvuran tüm OKB ve ilişkili bozuklukları ele alınmıştır. Bu sadece bulaş obsesyonuna da genellemez.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda 2019, 2020 ve 2021 yıllarından dört aylık süreçleri baz alarak pandeminin psikiyatri pratiğine etkilerini değerlendirdik. 2019'daki dört aylık dönem henüz pandeminin olmadığı psikiyatri polikliniğinin rutin dönemidir. 2020 yılının mart-temmuz ayları pandeminin henüz yeni başladığı, ülkemiz için haziran ayına kadar kısıtlamaların daha yoğun olduğu, insanların büyük şaşkınlık yaşadığı ve pandeminin akut etkilerinin görüldüğü dönemdir. 2021 yılı aynı dönem ise insanların pandeminin etkilerine yabancı olmadığı, pandeminin ruhsal etkilerinin daha kronik olarak izlenebileceği bir dönemdir.

Covid-19 pandemisi, insanların hem fiziksel hem de zihinsel sağlığını tehdit eden bir salgındır. Gerek COVID-19'un direkt etkileri gerekse bu süreçte uygulanan kısıtlamalar ve alınan önlemler nedeniyle polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalamasında ve tanı dağılımında değişiklik olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda 2019 yılının mart-temmuz aylarında polikliniğimize 4030 başvuru yapılmışken, 2020 yılının aynı döneminde başvuru sayısı belirgin olarak düşmüş ve sadece 2148 başvuru alınmıştır. 2021 yılında (3209 başvuru) ise 2019'a kıyasla başvuru sayısı yine düşük fakat 2020'ye kıyasla da artmıştır.

2019 yılı mart- temmuz ayları arasında hasta sayısı 2330, 2020 yılı aynı döneminde 1493 ve 2021 yılında ise 1732'dir. Pandemi sürecinde ülkemizde alınan önlemler ve kısıtlamalar, hastalardaki bulaş korkusu, poliklinik sayılarının azaltılması, hastanelerdeki iş gücünün COVID-19'la mücadeleye yönlendirilmesi hasta ve başvuru sayısının azalmasında etkili olmuştur. Bu süreçte psikiyatri hastalarının kontrolleri aksamıştır, tedaviye uyumları, ilaca erişimleri azalmıştır. Tüm bunlar psikiyatri hastalarının belirtilerini arttırıp yeni sorunlara yol açabilir. Bu nedenle pandemi gibi kriz dönemleri için önceden önlemler alıp hastaların tedaviye ve doktora ulaşımını kolaylaştırmak önemlidir. Bu aşamada telepsikiyatri devreye girebilir. Telepsikiyatri konusunda gerekli düzenlemeler yapılıp rutin psikiyatri sisteminde yer alması bu tarz problemleri azaltacaktır.

Çalışmamızda tıbbi belge çıkarılması için yapılan başvurular 2019'a nazaran 2020 yılında azalmış. 2021 yılında ise iki yıla göre artış göstermiştir.

Her üç yılda da erkek hastaların oranının kadın hastalardan az olduğunu gördük. Bu da erkeklerin destek arayışının az olduğunu gösteren mevcut literatürü desteklemektedir.

Yapılan çalışmalar pandemi döneminde kadınların ruh sağlığının daha fazla etkilendiğini ortaya koyarken çalışmamızda yıllar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir değişiklik bulunmamıştır.

Çalışmamızda her 3 yılda da kadın hastalarda depresif bozukluğun erkeklerden daha fazla görülmesi, erkeklerde ise nörogelişimsel bozukluklar ve şizofreni spektrumunda ve ilişkili psikotik bozuklukların daha fazla görülmesi epidemiyolojik çalışmaları desteklemektedir.

Çalışmamızda COVID-19 pandemisi öncesine göre pandemi sürecinde yaş ortalaması azalmıştır. Bunun yanı sıra pandemi sürecinde diğer yaş gruplarına göre 65 yaş ve üzerinde anksiyete bozukluklarının fazla olduğunu saptadık. Pandemi öncesine göre pandemi sürecinde anksiyete bozuklukları yaşlı bireylerde de artış göstermişti. Yaşlı hastalarda enfeksiyon daha ağır ve daha mortal olmaktadır. Ayrıca bu dönemde yaşlılara özel kısıtlamalar getirilmiştir. Bu nedenle hastaneye başvurmaktan kaçınmış olabilirler.

Yaşlı bireyler için pandemi gibi kriz dönemlerinde bu bireylerin sağlıklarını korumak adına izolasyon uygulanıyorken temel ihtiyaçlarını göz ardı etmemek gerekir. Yakınlarıyla telefon veya internet aracılığıyla da olsa iletişimi sürdürmeleri önemlidir. Bunun yanında sağlık durumlarının izin verdiği ölçüde fiziksel egzersizler, evde yapılan resim, müzik, el işi gibi aktiviteler hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkları için önemlidir[286]. Ruh sağlığı için destek hatları oluşturmak ve bu bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerini bu yolla taramak COVID-19'un bu popülasyondaki ruh sağlığına olan olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olabilir[287]. Ayrıca TV'de ve sosyal medyada damgalayıcı ve ötekileştirici söylemlere yer vermemek önemlidir.

Çalışmamızda polikliniğimize yapılan başvurulardan pandemi öncesine kıyasla pandemi döneminde anksiyete bozuklukları tanısının anlamlı bir artış gösterdiğini saptadık. Pandeminin yol açtığı karantina, izolasyon, yakınlarını kaybetme korkusu, hastalığa yakalanma ve hastalığı sevdiklerine bulaştırma kaygısı, ekonomik kaygılar gibi birçok etken buna neden olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda polikliniğimize yapılan başvurularda pandemi öncesine kıyasla pandemi döneminde depresif bozukluk tanısının anlamlı düzeyde

azaldığını tespit ettik. Bunu depresyona bağlı olarak enerji düzeyi ve psikomotor aktivitesi azalan hastaların yasaklar ve önlemler nedeniyle iyice azalan destek arayışı motivasyonuna bağlamaktayız.

Travma ve stresörlerle ilişkili bozukluk tanısının ise pandemi öncesine göre pandemide azaldığını tespit ettik. Fakat pandemide önemli travma ve stresör etkeni olan kazalarda azalma meydana gelmiş. Eve kapanmalar ev içi şiddeti arttırmış ve mağdurun desteğe ulaşılabilirliğini azaltmıştır. Pandemi döneminde savunmasızlığı daha da artan bu şiddet mağdurlarını korumak için pandemi gibi kriz dönemlerinde gerekli önlemler alınmalı ve desteğe ulaşılabilirliği arttırılmalıdır.

Çalışmamızda nörogelişimsel bozukluklar da pandemi öncesine göre pandemi döneminde artmıştır.

Çalışmamızda şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden bozukluk tanısı 2020 yılında 2021 yılına göre daha yüksektir.

Çalışmamızda pandeminin ilk 4 aylık sürecinin ve bununla birlikte 1 yıl sonraki aynı dönemini COVID-19 pandemisi öncesi süreçle kıyaslayarak incelemiş olmamız pandeminin hem erken hem de geç dönem psikiyatri pratiğine ve ruhsal bozukluklara etkileri hakkında literatüre katkı sağlamaktadır.

Salgınlar sırasında insanların psikolojik tepkileri hem hastalığın yayılmasında önemli rol oynar hem de salgın sırasında ve sonrasında toplumda düzensizlik ve duygusal sıkıntılara yol açar. Bu kritik role rağmen pandemilerin insanların psikolojisi ve huzuru üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için yeterince kaynak sağlanmamaktadır[288].

Kısıtlılık

Çalışmamızda 2019, 2020, ve 2021 yıllarından 4 aylık kesitler alınarak bu dönemlerdeki hasta profili değerlendirilmiştir. Tüm yıl boyunca başvuran hastaların incelenmemesi kısıtlılık olarak kabul edilebilir. Ayrıca COVID-19 pandemisi süresince ülkemizde alınan önlemler, sokağa çıkma yasakları, evde kal çağrıları farklı tanılara ve yaşlara sahip hastaların polikliniğimize başvurusunu etkilemiş ve engellemiştir. Bu da hasta profilinde değişikliğe yol açmıştır. Retrospektif bir çalışma olması bakımından tanılar farklı klinisyenlerce koyulmuştur. Her ne kadar tanı koyulurken DSM-5 tanı kriterleri göz önünde

bulunsa da farklı klinisyenlerce tanı koyma konusunda değişkenlikler olabilir. Tüm bu kısıtlılıklara rağmen çalışmamız pandeminin psikiyatri pratiğine ve ruhsal etkilerine dair karşılaştırmalı olarak güçlü veriler sağlamaktadır.

7. KAYNAKÇA

1. https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html. Erişim tarihi: 05.07.2022
2. https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline. Erişim tarihi: 05.07.2022
3. Türkoğlu MC, Yılmaz FK. Sağlık Politikası Analizi: Türkiye'de Covid-19 Pandemi Döneminde Uygulanan Sağlık Politikaları. Toplumsal Politika Dergisi 2021; 2:11-29.
4. Presti G, McHugh L, Gloster A, Karekla M, Hayes S. The dynamics of fear at the time of COVID-19: A contextual behavioral science perspective 2020; 17:65.
5. Tükel R. COVID-19 Pandemi Sürecinde Ruh Sağliği. TTB COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu 2020; 617-28.
6. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International Journal of Social Psychiatry 2020; 66:317-20.
7. Wu KK, Chan SK, Ma T. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). Journal of Traumatic Stress 2005; 18:39-42.
8. Liu N, Zhang F, Wei C, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. Psychiatry Research 2020; 287:112921.
9. Cao W, Fang Z, Hou G, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Research 2020; 287:112934.
10. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. Psychology, Health & Medicine 2021; 26:13-22.
11. Honigsbaum M. Pandemic. Lancet 2009; 373:1939.

12. Srivastava K, Chaudhry S, Sowmya A, Prakash J. Mental health aspects of pandemics with special reference to COVID-19. Industrial Pschiatry Journal 2020; 29:1.
13. Suzuki A. Smallpox and the Epidemiological Heritage of Modern Japan: Towards a Total History. Medical History 2011; 55:313-8.
14. Alfani G, Murphy T. Plague and lethal epidemics in the pre-industrial world. The Journal of Economic History 2017; 77:314-43.
15. Johnson NP, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920" Spanish" influenza pandemic. Bulletin of the History of Medicine 2002; 105-15.
16. Chan CH, Tuite AR, Fisman D. Historical epidemiology of the second cholera pandemic: relevance to present day disease dynamics. PloS one 2013; 8:e72498.
17. Hu D, Liu B, Feng L, et al. Origins of the current seventh cholera pandemic. PNAS 2016; 113:E7730-E9.
18. Lippi D, Gotuzzo E, Caini S. Cholera: a history of pandemics. Microbiol Spetr 2016; 14.
19. Faruque SM, Albert MJ, Mekalanos J. Epidemiology, genetics, and ecology of toxigenic Vibrio cholerae. Microbiology and Molecular Biology Reviews 1998; 62:1301-14.
20. Huremović D. Brief history of pandemics (pandemics throughout history). Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to İnfection Outbreak 2019; 7-35.
21. Flecknoe D, Charles Wakefield B, Simmons A. Plagues & wars: the ‘Spanish Flu’pandemic as a lesson from history. Medicine, Conflict and Survival 2018; 34:61-8.
22. Ahmadi AA, Şirin H, Ergüder T. Dünyada salgın tarihçesi. Turkey Health Literacy Journal 2020; 1:87-97.
23. Tekin A. Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler Ve Ekonomik Sonuçlari. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2021; 330-55.
24. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids. Erişim tarihi: 10.08.2022

25. Garske T, Legrand J, Donnelly CA, et al. Assessing the severity of the novel influenza A/H1N1 pandemic. Bmj 2009; 339.
26. Sampath S, Khedr A, Qamar S, et al. Pandemics throughout the history. Cureus 2021; 13.
27. Dudas G, Carvalho LM, Rambaut A, Bedford TJe. MERS-CoV spillover at the camel-human interface. Elife 2018; 7:e31257.
28. Li F. Structure, function, and evolution of coronavirus spike proteins. Annual Review of Virology 2016; 3:237.
29. Yin Y, Wunderink R. MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. Respirology 2018; 23:130-7.
30. Chang L, Yan Y, Wang L. Coronavirus disease 2019: coronaviruses and blood safety. Transfusion Medicine Reviews 2020; 34:75-80.
31. Ding Y, Wang H, Shen H, et al. The clinical pathology of severe acute respiratory syndrome (SARS): a report from China. The Journal of Pathology: A Journal of the Pathological Society of Great Britain and Ireland 2003; 200:282-9.
32. Vijaykrishna D, Smith GJ, Zhang JX, et al. Evolutionary insights into the ecology of coronaviruses. Journal of Virology 2007; 81:4012-20.
33. Alanagreh La, Alzoughool F, Atoum M. The human coronavirus disease COVID-19: its origin, characteristics, and insights into potential drugs and its mechanisms. Pathogens 2020; 9:331.
34. Guan Y, Zheng B, He Y, et al. Isolation and characterization of viruses related to the SARS coronavirus from animals in southern China. Science 2003; 302:276-8.
35. Hemida MG, Elmoslemany A, Al-Hizab F, et al. Dromedary camels and the transmission of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Transboundary and Emerging Diseases 2017; 64:344-53.
36. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet 2020; 395:497-506.
37. Cui J, Li F, Shi Z-LJ. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nature Reviews Microbiology 2019; 17:181-92.

38. Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. The Lancet 2020; 395:565-74.
39. McIntosh K, Hirsch M, Bloom A. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention. Lancet. Infect. Dis 2020; 1:2019-20.
40. https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf. Erişim tarihi: 15.07.2022
41. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. New England Journal of Medicine 2020; 382:1708-20.
42. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. The Lancet Respiratory Medicine 2020; 8:475-81.
43. Memikoğlu O, Genç V, Ankara Üniversitesi Basımevi: Ankara. COVİD-19 2020; 13.
44. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. Journal of Hospital Infection 2020; 104:246-51.
45. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. New England Journal of Medicine 2020; 382:1564-7.
46. Cevik M, Marcus JL, Buckee C, Smith T. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) transmission dynamics should inform policy. Clinical Infectious Diseases 2021; 73:S170-S6.
47. Pascarella G, Strumia A, Piliego C, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. J Intern Med 2020; 288:192-206.
48. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet 2020; 395:507-13.
49. Bourgonje AR, Abdulle AE, Timens W, et al. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19). The Journal of Pathology 2020; 251:228-48.

50. Sungnak W, Huang N, Bécavin C, et al. SARS-CoV-2 entry factors are highly expressed in nasal epithelial cells together with innate immune genes. Nature Medicine 2020; 26:681-7.
51. Polat T, Dağlıoğlu G, Görür O, İnal T. COVID-19 Hastalarının Tanı, Tedavi ve Takibinde Klinik Biyokimya Laboratuvarlarının Rolü. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2022; 31:1-9.
52. Zhou F, Yu T, Du R, 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; 395:1054-62.
53. O'Shea PM, Lee GR, Griffin TP, et al. COVID-19 in adults: test menu for hospital blood science laboratories. Irish Journal of Medical Science 2020; 189:1147-52.
54. Levi M, van der Poll T. Coagulation and sepsis. Thrombosis Research 2017; 149:38-44.
55. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). Statpearls [internet] 2022.
56. COVID-ICU Group on behalf of the REVA Network and the COVID-ICU Investigators. Clinical characteristics and day-90 outcomes of 4244 critically ill adults with COVID-19: a prospective cohort study. Intensive Care Medicine 2021; 47:60-73.
57. Aghamirza Moghim Aliabadi H, Eivazzadeh Keihan R, Beig Parikhani A, et al. COVID-19: A systematic review and update on prevention, diagnosis, and treatment. MedComm (2020) 2022; 3:e115.
58. Abd El Aziz TM, Stockand JD. Recent progress and challenges in drug development against COVID-19 coronavirus (SARS-CoV-2) - an update on the status. Infection, Genetics and Evolution 2020; 83:104327.
59. Niknam Z, Jafari A, Golchin A, et al. Potential therapeutic options for COVID-19: an update on current evidence. European Journal of Medical Research 2022; 27:1-15.
60. Nilüfer A, KOÇAK T. Koronavirüsle (COVİD-19) mücadelede 2020; beslenmenin bağışıklık sisteminin desteklenmesinde rolü. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 18-45.

61. Bouillon R, Marcocci C, Carmeliet G, et al. Skeletal and extraskeletal actions of vitamin D: current evidence and outstanding questions. Endocrine Reviews 2019; 40:1109-51.
62. Campi I, Gennari L, Merlotti D, et al. Vitamin D and COVID-19 severity and related mortality: a prospective study in Italy. BMC Infectious Diseases 2021; 21:1-13.
63. Shakoor H, Feehan J, Al Dhaheri AS, et al. Immune-boosting role of vitamins D, C, E, zinc, selenium and omega-3 fatty acids: Could they help against COVID-19? Maturitas 2021; 143:1-9.
64. Zhang JJ, Dong X, Liu GH, Gao Y, Immunology. Risk and protective factors for COVID-19 morbidity, severity, and mortality. Clinical Reviews in Allergy & Immunology 2022:1-18.
65. Coccia M. Optimal levels of vaccination to reduce COVID-19 infected individuals and deaths: A global analysis. Environmental research 2022; 204:112314.
66. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. The Lancet 2021; 397:99-111.
67. Palacios R, Patiño EG, de Oliveira Piorelli R, et al. Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Phase III Clinical Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of treating Healthcare Professionals with the Adsorbed COVID-19 (Inactivated) Vaccine Manufactured by Sinovac–PROFISCOV: A structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2020; 21:1-3.
68. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. New England Journal of Medicine 2021; 384(5):403-416.
69. Skowronski DM, De Serres G. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. N Engl J Med 2021; 384:1576-7.
70. Zheng C, Shao W, Chen X, et al. Real-world effectiveness of COVID-19 vaccines: a literature review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases 2022; 114:252-60.

71. Orsini A, Corsi M, Santangelo A, et al. Challenges and management of neurological and psychiatric manifestations in SARS-CoV-2 (COVID-19) patients. Neurological Sciences 2020; 41:2353-66.
72. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. JAMA Internal Medicine 2020; 180:817-8.
73. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. The Lancet Psychiatry 2020; 7:547-60.
74. Postolache TT, Benros ME, Brenner L. Targetable biological mechanisms implicated in emergent psychiatric conditions associated with SARS-CoV-2 infection. JAMA psychiatry 2021; 78:353-4.
75. Xie J, Tong Z, Guan X, et al. Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. Intensive Care Medicine 2020; 46:837-40.
76. Asimakopoulou E, Madianos M. The Prevalence of Major Depression–PTSD Comorbidity among ICU Survivors in Five General Hospitals of Athens: A Cross-sectional Study. Issues in Mental Health Nursing 2014; 35:954-63.
77. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu O. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. General Hospital Psychiatry 2008; 30:421-34.
78. Gosselin É, Gélinas C, Bourgault P, Lavoie S. Intervention for patients intubated and conscious to decrease peritraumatic distress (IPIC-PTD)–acceptability and feasibility. Science of Nursing and Health Practices 2018; 1:1-15.
79. Kaseda ET, Levine A. Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors. The Clinical Neuropsychologist 2020; 34:1498-514.
80. Qian G, Yang N, Ma AHY, et al. COVID-19 transmission within a family cluster by presymptomatic carriers in China. Clinical Infectious Diseases 2020; 71:861-2.
81. Jeong H, Yim HW, Song YJ, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. Epidemiol Health 2016; 38.

82. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. The Canadian Journal of Psychiatry 2007; 52:233-40.
83. Lee SH, Shin HS, Park HY, et al. Depression as a mediator of chronic fatigue and post-traumatic stress symptoms in Middle East respiratory syndrome survivors. Psychiatry Investigation 2019; 16:59.
84. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan V. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. General Hospital Psychiatry 2009; 31:318-26.
85. Wu KK, Chan SK, Ma T. Posttraumatic stress after SARS. J Trauma Stress 2005; 11:1297.
86. Tomasoni D, Bai F, Castoldi R, et al. Anxiety and depression symptoms after virological clearance of COVID-19: a cross-sectional study in Milan, Italy. Journal of Medical Virology 2021; 93:1175-9.
87. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry 2020; 7:468-71.
88. Severance EG, Dickerson FB, Viscidi RP, et al. Coronavirus immunoreactivity in individuals with a recent onset of psychotic symptoms. Schizophrenia Bulletin 2011; 37:101-7.
89. Okusaga O, Yolken RH, Langenberg P, et al. Association of seropositivity for influenza and coronaviruses with history of mood disorders and suicide attempts. Journal of Affective Disorders 2011; 130:220-5.
90. Kong X, Zheng K, Tang M, et al. Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. MedRxiv 2020; 2020-03.
91. Huang Y, Yang R, Xu Y, Gong P. Clinical characteristics of 36 non-survivors with COVID-19 in Wuhan, China. MedRxiv 2020; 2020.02.
92. Qi D, Yan X, Tang X, et al. Epidemiological and clinical features of 2019-nCoV acute respiratory disease cases in Chongqing municipality, China: a retrospective, descriptive, multiple-center study. MedRxiv 2020.
93. Leung K, Ng T, Wu A, et al. A territory-wide study of early COVID-19 outbreak in Hong Kong community: a clinical, epidemiological and phylogenomic investigation. medRxiv 2020.

94. Correa Palacio AF, Hernandez Huerta D, Gómez Arnau J, Loeck C, Caballero IJPr. Affective psychosis after COVID-19 infection in a previously healthy patient: a case report. Psychiatry Research 2020; 290:113115.
95. Chandra PS, Shiva L, Nagendrappa S, Ganjekar S, Thippeswamy H. COVID 19 related Psychosis as an interface of fears, socio-cultural issues and vulnerability-case report of two women from India. Psychiatry Research 2020; 290:113136.
96. Beach SR, Praschan NC, Hogan C, et al. Delirium in COVID-19: a case series and exploration of potential mechanisms for central nervous system involvement. General Hospital Psychiatry 2020; 65:47-53.
97. Efstathiou V, Stefanou MI, Siafakas N, et al. Suicidality and COVID-19: Suicidal ideation, suicidal behaviors and completed suicides amidst the COVID-19 pandemic. Experimental and Therapeutic Medicine 2022; 23:1-8.
98. Wasserman IM. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. Suicide & Life-Threatening Behavior 1992; 22:240-54.
99. Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyanarayana Rao TS. 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. Psychiatry Research 2021; 295:113577.
100. Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences 2008; 23:1231-8.
101. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. Psychiatry Research 2021; 301:113998.
102. Moutier C. Suicide Prevention in the COVID-19 Era: Transforming Threat Into Opportunity. JAMA Psychiatry 2021; 78:433-8.
103. Elbogen EB, Lanier M, Blakey SM, Wagner HR, Tsai J. Suicidal ideation and thoughts of self-harm during the COVID-19 pandemic: The role of COVID-19-related stress, social isolation, and financial strain. Depression and Anxiety 2021; 38:739-48.

104. Papadopoulou A, Efstathiou V, Yotsidi V, et al. Suicidal ideation during COVID-19 lockdown in Greece: Prevalence in the community, risk and protective factors. Psychiatry Research 2021; 297:113713.
105. Efstathiou V, Michopoulos I, Yotsidi V, et al. Does suicidal ideation increase during the second COVID-19 lockdown? Psychiatry Research 2021; 301:113990.
106. Ayuso-Mateos JL, Morillo D, Haro JM, et al. Changes in depression and suicidal ideation under severe lockdown restrictions during the first wave of the COVID-19 pandemic in Spain: a longitudinal study in the general population. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2021; 30:e49.
107. Keni R, Alexander A, Nayak PG, Mudgal J, Nandakumar K. COVID-19: emergence, spread, possible treatments, and global burden. Frontiers in Public Health 2020:216.
108. https://diskapieah.saglik.gov.tr/TR-439066/covid-19-sars-cov2-enfeksiyonu--rehberi.html. Erişim Tarihi: 15.08.2022
109. Budak F, Korkmaz Ş. COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi 2020; 62-79.
110. Balci Y, Çetin G. Covid-19 Pandemi Sürecinin Türkiye'de İstihdama Etkileri Ve Kamu Açisindan Alinmasi Gereken Tedbirler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2020; 19:40-58.
111. Ahmet T, Atıcı F. Dünyada ve Türkiye'de pandemilerle mücadele: Risk ve kriz yönetimi bağlamında bir değerlendirme. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi 2020; 5:329-62.
112. Güreşçi M. COVID-19 Salgınında Türkiye'de kriz yönetimi iletişimi; Sağlık bakanlığı. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 2020; 7:53-65.
113. Gencer N. Kovid-19 sürecinde yaşli olmak: 65 yaş ve üstü vatandaşlar için uygulanan sokağa çikma yasağı üzerine değerlendirmeler ve manevi sosyal hizmet. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi 2020; 4:35-42.
114. Güngör B. Türkiye'de Covid-19 pandemisi süresince alinan önlemlerin kriz yönetimi perspektifinden değerlendirilmesi. Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi 2020:818-51.

115. Altıntaş M, Özata M. Toplumun COVID-19 Pandemisi Sürecinde Uygulamaya Konulan Tedbirlere Yönelik Düşüncelerinin ve Tedbirlere Uyma Durumlarının İncelenmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2021; 1:172-85.
116. Yolvermez B. Türkiye'de Pandemi Döneminde Çalışma Hayatına Yönelik Alınan Tedbirler. Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2022; 11:75-110.
117. Talevi D, Socci V, Carai M, et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. Rivista Di Psichiatria 2020; 55:137-44.
118. Jones JH, Salathé M. Early assessment of anxiety and behavioral response to novel swine-origin influenza A (H1N1). PLoS One 2009; 4:e8032.
119. Elizarrarás Rivas J, Vargas Mendoza JE, Mayoral García M, et al. Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. BMC Psychiatry 2010; 10:1-9.
120. Ro JS, Lee JS, Kang SC, Jung HM. Worry experienced during the 2015 Middle East respiratory syndrome (MERS) pandemic in Korea. PloS One 2017; 12:e0173234.
121. Kim HC, Yoo SY, Lee BH, Lee SH, Shin HS. Psychiatric findings in suspected and confirmed middle east respiratory syndrome patients quarantined in hospital: a retrospective chart analysis. Psychiatry Investigation 2018; 15:355.
122. Pellecchia U, Crestani R, Decroo T, Van den Bergh R, Al-Kourdi Y. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. PloS One 2015; 10:e0143036.
123. Lötsch F, Schnyder J, Goorhuis A, Grobusch M. Neuropsychological long-term sequelae of Ebola virus disease survivors–A systematic review. Travel Medicine and Infectious Disease 2017; 18:18-23.
124. Pfefferbaum B, North C. Mental health and the Covid-19 pandemic. New England Journal of Medicine 2020; 383:510-2.
125. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. European Psychiatry 2020; 63.

126. Ausín B, González Sanguino C, Castellanos MÁ, Muñoz M. Gender-related differences in the psychological impact of confinement as a consequence of COVID-19 in Spain. Journal of Gender Studies 2021; 30:29-38.
127. Thibaut F, van Wijngaarden Cremers P. Women's mental health in the time of Covid-19 pandemic. Frontiers in Global Women's Health 2020; 1:588372.
128. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. Translational Psychiatry 2018; 8:1-10.
129. Jalnapurkar I, Allen M, Pigott T. Sex differences in anxiety disorders: A review. J Psychiatr Depress Anxiety 2018; 4:3-16.
130. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller L. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. Archives of Women's Mental Health 2020; 23:741-8.
131. Iyengar U, Jaiprakash B, Haitsuka H, Kim S. One year into the pandemic: a systematic review of perinatal mental health outcomes during COVID-19. Frontiers in Psychiatry 2021:845.
132. Barrientos J, Guzmán González M, Urzúa A, Ulloa F. Psychosocial impact of COVID-19 pandemic on LGBT people in Chile. Sexologies 2021; 30:e35-e41.
133. Meyer I. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin 2003; 129:674.
134. Meyer I, Diversity G. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity 2015; 2:209.
135. Cochran SD, Mays V. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. American Journal of Public Health 2000; 90:573.
136. Fish JN, McInroy LB, Paceley MS, et al. "I'm kinda stuck at home with unsupportive parents right now": LGBTQ youths' experiences with COVID-19 and the importance of online support. Journal of Adolescent Health 2020; 67:450-2.

137. Taylor L. Covid-19: True global death toll from pandemic is almost 15 million, says WHO. British Medical Journal Publishing Group: BMJ: British Medical Journal (Online) 2022; 377: o1144.
138. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. International Journal of Surgery 2020; 78:185-93.
139. Czeisler MÉ, Marynak K, Clarke KE, et al. Delay or avoidance of medical care because of COVID-19–related concerns—United States, June 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report 2020; 69:1250.
140. Hacker KA, Briss PA, Richardson L, Wright J, Petersen R. Peer Reviewed: COVID-19 and Chronic Disease: The Impact Now and in the Future. Preventing Chronic Disease 2021; 18.
141. Tengilimoğlu D, Gönüllü U, Işık O, et al. The Problems Experienced by Employees with Chronic Disease during the COVID-19 Pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19:578.
142. Danhieux K, Buffel V, Pairon A, et al. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. BMC Family Practice 2020; 21:1-6.
143. Hartmann Boyce J, Morris E, Goyder C, et al. Diabetes and COVID-19: risks, management, and learnings from other national disasters. Diabetes Care 2020; 43:1695-703.
144. Consonni M, Telesca A, Grazzi L, Cazzato D, Lauria G. Life with chronic pain during COVID-19 lockdown: the case of patients with small fibre neuropathy and chronic migraine. Neurological Sciences 2021; 42:389-97.
145. Pal R, Bhadada S. COVID-19 and diabetes mellitus: An unholy interaction of two pandemics. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews 2020; 14:513-7.
146. Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. The Lancet Oncology 2020; 21:335-7.

147. Guo T, Fan Y, Chen M, et al. Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA Cardiology 2020; 5:811-8.
148. Chudasama YV, Gillies CL, Zaccardi F, et al. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews 2020; 14:965-7.
149. Pellino G, Spinelli A. How Coronavirus Disease 2019 Outbreak Is Impacting Colorectal Cancer Patients in Italy: A Long Shadow Beyond Infection 2020; 63:720-2.
150. Yıldırım M, Özaslan A. Worry, severity, controllability, and preventive behaviours of COVID-19 and their associations with mental health of Turkish healthcare workers working at a pandemic hospital. International Journal of Mental Health and Addiction 2022; 20:2306-20.
151. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, Behavior, and Immunity 2020; 88:901-7.
152. Smallwood N, Harrex W, Rees M, Willis K, Bennett CM. COVID-19 infection and the broader impacts of the pandemic on healthcare workers. Respirology 2022; 27:411-26.
153. 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; 57(4):1991-1998
154. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. The Lancet Psychiatry 2020; 7:813-24.
155. Li L. Challenges and priorities in responding to COVID-19 in inpatient psychiatry. Psychiatric Services 2020; 71:624-6.
156. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. New England Journal of Medicine 2005; 353:1209-23.

157. Jamison KR, Akiskal HS. Medication compliance in patients with bipolar disorder. Psychiatr Clin North Am. 1983;6(1):175-192.
158. Kazgan A, Yildiz S, Kurt O, Korkmaz S. Medication and symptom severity in schizophrenia patients in COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. International Medical Journal 2021; 10:860-7.
159. Gee S, Gaughran F, MacCabe J, et al. Management of clozapine treatment during the COVID-19 pandemic. Therapeutic Advances in Psychopharmacology 2020; 10:2045125320928167.
160. Di Carlo F, Sociali A, Picutti E, et al. Telepsychiatry and other cutting-edge technologies in COVID-19 pandemic: Bridging the distance in mental health assistance. International Journal of Clinical Practice 2021; 75.
161. Gude J, Subhedar RV, Zhang MH, et al. Emerging needs and viability of telepsychiatry during and post COVID-19 era: a literature review. Cureus 2021; 13.
162. Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. World Journal of Psychiatry 2015; 5:286-304.
163. Hubley S, Lynch SB, Schneck C, Thomas M, Shore J. Review of key telepsychiatry outcomes. World Journal of Psychiatry 2016; 6:269-82.
164. Scott J. I'm virtually a psychiatrist: problems with telepsychiatry in training. Academic Psychiatry 2021; 45:774-5.
165. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2016.
166. Birliği AP. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Hekimler Yayın Birliği Ankara, 2014.
167. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 1, 2022.
168. Saveanu RV, Nemeroff C. Etiology of depression: genetic and environmental factors. Psychiatric Clinics 2012; 35:51-71.
169. Villanueva R. Neurobiology of major depressive disorder. Neural Plasticity 2013; 2013:873278.

170. Fekadu N, Shibeshi W, Engidawork E. Major depressive disorder: pathophysiology and clinical management. Journal of Depression and Anxiety 2016; 6: 255.
171. Lohoff F. Overview of the genetics of major depressive disorder. Current Psychiatry Reports 2010; 12:539-46.
172. Otte C, Gold SM, Penninx BW, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers 2016; 2:1-20.
173. Birliği AP. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı DSM-5. 2014.
174. Hirschfeld RM. The epidemiology of depression and the evolution of treatment. The Journal of Clinical Psychiatry 2012; 73 Suppl 1:5-9.
175. Noyes Jr R, Hoehn-Saric R. The anxiety disorders. Cambridge University Press: 1998.
176. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. Dtsch Arztebl Int 2018; 115:611.
177. Sadock B. Psikiyatri davranış bilimleri/klinik psikiyatri. 2016.
178. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013; 21:591-643.
179. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in Clinical Neuroscience 2022.
180. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, et al. Bipolar disorders. Lancet 2020; 396:1841-56.
181. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. Lancet 2016; 387:1561-72.
182. Rowland TA, Marwaha SJ. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Ther Adv Psychopharmacol 2018; 8:251-69.
183. Gordovez FJA, McMahon FJ. The genetics of bipolar disorder. Mol Psychiatry 2020; 25:544-59.
184. Miller JN, Black D. Bipolar disorder and suicide: a review. Current Psychiatry Reports 2020; 22:1-10.
185. Keck PE, McElroy SL, Arnold LM. Bipolar disorder. Medical Clinics of North America 2001; 85:645-61.
186. Severus E, Bauer M. Diagnosing bipolar disorders in DSM-5. International Journal of Bipolar Disorders 2013; 1:14.

187. Association AP. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders: DSM-5® selections. American Psychiatric Pub 2015.
188. MacKenzie NE, Kowalchuk C, Agarwal SM, et al. Antipsychotics, metabolic adverse effects, and cognitive function in schizophrenia. Frontiers in Psychiatry 2018; 9:622.
189. Karagülleoğlu ZY, Çarhan A. Tarihteki İlk İzleri ile Şizofreni. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2021; 11:400-10.
190. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. Schizophrenia Bulletin 2018; 44:1195-203.
191. Stilo SA, Murray RM. The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. Dialogues Clin Neurosci 2010; 12(3):305-315
192. Stephen A, Lui F. Brief Psychotic Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; December 22, 2022.
193. Drake JR, Miles E. Schizophreniform Disorder DSM-5 295.40 (F20. 81).
194. http://farmakopsikiyatri.com/genel-klinik-bilgi/genel-klinik-bilgi-duygudurum-bozukluklari/genel-klinik-bilgi-duygudurum-bozukluklari-sizoaffektif-bozukluk. Erişim tarihi: 01.09.2022
195. Manschreck T, Cambridge. Delusional disorder. Cambridge University Press, Cambridge, 2007; 116-136
196. Joseph SM, Siddiqui W. Delusional Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 20, 2022.
197. González-Rodríguez A, Seeman M. Differences between delusional disorder and schizophrenia: A mini narrative review. World J Psychiatry 2022; 12:683.
198. Kwapil TR, Barrantes Vidal N. Schizotypal personality disorder. An integrative review. The Oxford handbook of personality disorders Oxford University Press 2012 (pp. 437–477).
199. Abramowitz JS, Reuman L, differences i. Obsessive compulsive disorder. Encyclopedia of Personality and Individual Differences 2020; 3304-6.
200. Veale D, Roberts A. Obsessive-compulsive disorder. BMJ 2014; 348:g2183.

201. Graybiel AM, Rauch S. Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. Neuron 2000; 28:343-7.
202. Simpson HB, Stein M. Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis https://www. uptodate. com/contents/obsessive-compulsive-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis 2018.
203. Mathes BM, Morabito DM, Schmidt N. Epidemiological and clinical gender differences in OCD. Current Psychiatry Reports 2019; 21:1-7.
204. LeBeau RT, Mischel ER, Simpson HB, et al. Preliminary assessment of obsessive–compulsive spectrum disorder scales for DSM-5. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders 2013; 2:114-8.
205. Veale D. Body dysmorphic disorder. Postgrad Med J. 2004; 80:67-71.
206. Benedek DM. Epidemiology of trauma-and stressor-related disorders. Oxford University Press 2018.
207. Bilgiç S. Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi 2011.
208. Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma sonrası stres bozukluğu. Anatolian Journal of Clinical Investigation 2014; 8.2.
209. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, et al. Post-traumatic stress disorder. Nat Rev Dis Primers 2015; 1:1-22.
210. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri 1999; 1.34-41.
211. Görmez A, Kirpinar İ. Zeka geriliği olan yetişkinlerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2017; 18:338-43.
212. Shea SE. Intellectual disability (mental retardation). Pediatrics in Review 2012; 33:110-21; quiz 20-1.
213. Doğangün B, Yavuz M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Türk Pediatri Arşivi 2011; 46:25-8.
214. Tuğlu C, Şahin Ö. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2:75-116.

215. Ottosen C, Larsen JT, Faraone SV, et al. Sex differences in comorbidity patterns of attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2019; 58:412-22. e3.
216. Kadak M. Otizm Spektrum Bozuklukları-Güncel Bilgilerimiz Neler? OSB 2019; 12:15.
217. Wittchen HU. What is Comorbidity – Fact or Artefact? The British Journal of Psychiatry 1996; 168:7-8.
218. Öztürk O, Karcıoğlu Ö. Covid-19 pandemisi sürecinde kamu hastaneleri. Türk Tabipler Birliği Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu 2020; 10:2020.
219. Keten H, Care P. Geriatrik Yaş Grubunda Hukuki İşlemlerde Sağlık Raporu Alınması Zorunlu mu? Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2020; 14:312-5.
220. Sarıoğlu K. COVID-19 Salgınının Türkiye'deki girişimciler ve faaliyetleri üzerinde etkileri: Nitel bir araştırma. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi 2020; 15:55-77.
221. http://www.mersin.gov.tr/kurumlar/mersin.gov.tr/Genelgeler%20Yonergeler/Koronavirus_Genelgeleri/web2021/4606_Risk_Gruplarina_Gore_Alinacak_Tedbirler. Erişim tarihi: 01.09.2022
222. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. The British Journal of Psychiatry 2005; 186:297-301.
223. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. Journal of Advanced Nursing 2005; 49:616-23.
224. Biddle L, Gunnell D, Sharp D, Donovan J. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. British Journal of General Practice 2004; 54:248.
225. Ustün TB. Cross-national epidemiology of depression and gender. J Gend Specif Med 2000; 3:54-8.
226. Grigoriadis S, Erlick Robinson G. Gender Issues in Depression. Annals of Clinical Psychiatry 2007; 19:247-55.

227. Evans SC, Boan AD, Bradley C, Carpenter LA. Sex/Gender Differences in Screening for Autism Spectrum Disorder: Implications for Evidence-Based Assessment. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2019; 48:840-54.
228. Galbadage T, Peterson BM, Awada J, et al. Systematic review and meta-analysis of sex-specific COVID-19 clinical outcomes. Frontiers in Medicine 2020; 7:348.
229. Nasiri MJ, Haddadi S, Tahvildari A, et al. COVID-19 clinical characteristics, and sex-specific risk of mortality: systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine 2020; 7:459.
230. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. J Affect Disord 2020; 277:55-64.
231. Nienhuis CP, Lesser I. The impact of COVID-19 on women's physical activity behavior and mental well-being. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020; 17:9036.
232. Krendl AC, Perry B. The impact of sheltering in place during the COVID-19 pandemic on older adults' social and mental well-being. The Journals of Gerontology: Series B 2021; 76:e53-e8.
233. Wong SYS, Zhang D, Sit RWS, et al. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. British Journal of General Practice 2020; 70:e817-e24.
234. Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. General Psychiatry 2020; 33.
235. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, et al. Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. Medicina 2019; 55:745.
236. Bowling A, Iliffe S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. Health and Quality of Life Outcomes 2011; 9:1-10.
237. Hamarat E, Thompson D, Aysan F, Steele D, Matheny K, Simons C. Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-

aged, young-old, and oldest-old adults. The Journal of Genetic Psychology 2002; 163:360-7.

238. Nygren B, Aléx L, Jonsén E, et al. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. Aging & Mental Health 2005; 9:354-62.
239. Gooding P, Hurst A, Johnson J, Tarrier N. Psychological resilience in young and older adults. International Journal of Geriatric Psychiatry 2012; 27:262-70.
240. Netuveli G, Wiggins RD, Montgomery SM, et al. Mental health and resilience at older ages: Bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. Journal of Epidemiology & Community Health 2008; 62:987-91.
241. Nath P, Pradhan R. Influence of positive affect on physical health and psychological well-being: Examining the mediating role of psychological resilience. Journal of Health Management 2012; 14:161-74.
242. Altın Z. Covid-19 pandemisinde yaşlılar. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2020; 30:49-57.
243. Daglis T. The Increase in Addiction during COVID-19. Encyclopedia 2021; 1:1257-66.
244. Colell E, Sánchez Niubò A, Delclos GL, Benavides FG, Domingo Salvany A. Economic crisis and changes in drug use in the Spanish economically active population. Addiction 2015; 110:1129-37.
245. Dávalos ME, Fang H, French M. Easing the pain of an economic downturn: macroeconomic conditions and excessive alcohol consumption. Health Economics 2012; 21:1318-35.
246. Mallet J, Dubertret C, Le Strat Y. Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. Progress in Neuro- Psycopharmacology and Biological Psychiatry 2021; 106:110070.
247. Sun Y, Li Y, Bao Y, et al. Brief report: increased addictive internet and substance use behavior during the COVID-19 pandemic in China. The American Journal on Addictions 2020; 29:268-70.

248. Hodgins DC, Stevens R. The impact of COVID-19 on gambling and gambling disorder: emerging data. Current Opinion in Psychiatry 2021; 34:332.
249. Emond A, Nairn A, Collard S, Hollén L. Gambling by young adults in the UK during COVID-19 lockdown. Journal of Gambling Studies 2022; 38:1-13.
250. Ho CS, Chee CY, Ho R. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. Ann Acad Med Singapore 2020; 49:1-3.
251. Khan KS, Mamun MA, Griffiths MD, Ullah I. The mental health impact of the COVID-19 pandemic across different cohorts. International Journal of Mental Health and Addiction 2020; 1-7.
252. Bonanno GA, Brewin CR, Kaniasty K, Greca AM. Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. Psychological Science in the Public Interest 2010; 11:1-49.
253. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, et al. Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. Archives of General Psychiatry 2007; 64:903-12.
254. Asselmann E, Hertel J, Schmidt CO, et al. Interplay between RGS2 and childhood adversities in predicting anxiety and depressive disorders: Findings from a general population sample. Depression and Anxiety 2018; 35:1104-13.
255. Bendau A, Kunas SL, Wyka S, et al. Longitudinal changes of anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Germany: The role of pre-existing anxiety, depressive, and other mental disorders. Journal of Anxiety Disorders 2021; 79:102377.
256. Chatterjee SS, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. Asian Journal of Psychiatry 2020; 51:102071.
257. Asmundson GJG, Paluszek MM, Landry CA, Rachor GS, McKay D, Taylor S. Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? Journal of Anxiety Disorders 2020; 74:102271.

258. Huang Y, Zhao N. Chinese mental health burden during the COVID-19 pandemic. Asian Journal of Psychiatry 2020; 51:102052.
259. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet 2021; 398:1700-12.
260. Nonweiler J, Rattray F, Baulcomb J, Happé F, Absoud M. Prevalence and Associated Factors of Emotional and Behavioural Difficulties during COVID-19 Pandemic in Children with Neurodevelopmental Disorders. Children 2020; 7:128.
261. Houghton S, Kyron M, Lawrence D, et al. Longitudinal trajectories of mental health and loneliness for Australian adolescents with-or-without neurodevelopmental disorders: the impact of COVID-19 school lockdowns. The Journal of Child Psychology and Psychiatry 2022; 63(11):1332-1343
262. Ando M, Takeda T, Kumagai K, Health P. A qualitative study of impacts of the COVID-19 pandemic on lives in adults with attention deficit hyperactive disorder in Japan. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18:2090.
263. Bobo E, Lin L, Acquaviva E, et al. How do children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) experience lockdown during the COVID-19 outbreak? Encephale 2020; S85-S92.
264. Shakeshaft A, Blakey R, Kwong ASF, et al. Mental-health before and during the COVID-19 pandemic in adults with neurodevelopmental disorders. Journal of Psychiatric Research 2023; 159:230-239.
265. De Giacomo A, Pedaci C, Palmieri R, et al. Psychological impact of the SARS-CoV-2 pandemic in children with neurodevelopmental disorders and their families: Evaluation before and during COVID-19 outbreak among an Italian sample. Riv Psichiatr. 2021; 56:205-10.
266. Oomen D, Nijhof AD, Wiersema J. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on adults with autism: a survey study across three countries. Molecular Autism 2021; 12:1-21.

267. Fonseca L, Diniz E, Mendonca G, et al. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. Brazilian Journal of Psychiatry 2020; 42:236-8.
268. Dean K, Murray R. Environmental risk factors for psychosis. Dialogues Clin Neurosci 2022.
269. Prochwicz K, Kłosowska J, Dembińska A. The mediating role of stress in the relationship between attention to threat bias and psychotic-like experiences depends on coping strategies. Frontiers in Psychiatry 2020; 11:307.
270. Esterwood E, Saeed S. Past epidemics, natural disasters, COVID 19, and mental health: learning from history as we deal with the present and prepare for the future. Psychiatric Quarterly 2020; 91:1121-33.
271. Karanci AN, Ikizer G, Aldemir İD, Bilgehan A, Karagöz C. How did the Covid-19 pandemic affect individuals with schizophrenia from Turkey? International Journal of Social Psychiatry 2023; 69(2):277-285
272. 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.
273. https://www.titck.gov.tr/duyuru/eczacilara-ve-tum-ilgililere-duyurulur-16032020090441. Erişim tarihi: 05.09.2022
274. Mazza M, Marano G, Janiri L, Sani G. Managing Bipolar Disorder patients during COVID-19 outbreak. Bipolar Disorders 2020; 22:870-1.
275. Crowe M, Inder M, Swartz HA, Murray G, Porter R. Social rhythm therapy—a potentially translatable psychosocial intervention for bipolar disorder. Bipolar Disorders 2020; 22:121-7.
276. Rajkumar R. Bipolar disorder, COVID-19, and the risk of relapse. Bipolar Disorders 2020; 22:640.
277. Zhang L, Pan R, Cai Y, Pan J. The prevalence of post-traumatic stress disorder in the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and single-arm meta-analysis. Psychiatry Investig 2021; 18:426.

278. Qiu D, Li Y, Li L, et al. Prevalence of post-traumatic stress symptoms among people influenced by coronavirus disease 2019 outbreak: A meta-analysis. European Psychiatry 2021; 64.
279. Waseem S, Nayar S, Hull P, et al. The global burden of trauma during the COVID-19 pandemic: a scoping review. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma 2021; 12:200-7.
280. Moreira DN, da Costa M, psychiatry. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. International Journal of Law and Psychiatry 2020; 71:101606.
281. Rasmussen SA, Eisen J. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America 1992.
282. Cordeiro T, Sharma MP, Thennarasu K, Reddy Y. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder and obsessive beliefs. Indian Journal of Psychological Medicine 2015; 37:403-8.
283. Chakraborty A, Karmakar S. Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Iranian Journal of Psychiatry 2020; 15:256-9.
284. Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, et al. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. Compr Psychiatry 2020; 100:152174.
285. Fontenelle LF, Miguel EC, anxiety. The impact of coronavirus (COVID-19) in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. Depression and Anxiety 2020; 37:510.
286. Grolli RE, Mingoti MED, Bertollo AG, et al. Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. Molecular Neurobiology 2021; 58:1905-16.
287. Jawaid A. Protecting older adults during social distancing. Science 2020; 368:145-.
288. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. QJM: An International Journal of Medicine 2020; 113:311-2.

8. SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACE-2: Angiotensin Converting Enzyme **(**Anjiotensin Dönüştürücü Enzim-2)

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

ARDS: Akut Respiratuar Distres Sendromu

BOS: Beyin Omirilik Sıvısı

BT: Bilgisayarlı Tomografi

COVID-19: Coronavirüs Disease 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019)

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)

HPA: Hipotalamus Hipofiz Adrenal

IDO: İndoleamin 2,3 Dioksijenaz

IGM: İmmünglobulin M

IGG: İmmünglobulin G

IL:İnterlökin

LGBT: Lezbiyen, Gey, Biseksüel ve Trans

MDB: Major Depresif Bozukluk

MERS-CoV: Middle East Respiratory Syndrome **(**Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü)

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

p: İstatistiksel Anlamlılık İçin Kabul Edilen Değer

RNA: Ribonükleik Asit

RT-PCR: Revers Transkriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Sendromu)

SARS-CoV: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü

TNF: Tümör Nekroz Faktör

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

9. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. 2019 yılı mart-temmuz aylarında başvuran hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı 36
Tablo 2. 2019 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması 37
Tablo 3. 2019 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran erkek ve kadın hastaların yaş ortalaması 37
Tablo 4. Tıbbi belge çıkarmak için başvuran kişilerin yıllara göre dağılımı 37
Tablo 5. Tıbbi belge çıkarmak için başvuran kişilerin yaş ortalaması 37
Tablo 6. 2019 yılı mart-temmuz aylarında hastaların polikliniğimize başvuru sıklığı 38
Tablo 7. 2019 yılı mart-temmuz döneminde cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımı 38
Tablo 8. 2019 yılı mart-temmuz döneminde tanıların dağılımı 39
Tablo 9. 2020 yılı mart-temmuz aylarında hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı 40
Tablo 10. 2020 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması 41
Tablo 11. 2020 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran erkek ve kadın hastaların yaş ortalaması 41
Tablo 12. 2020 yılı mart-temmuz aylarında hastaların polikliniğimize başvuru sıklığı 41
Tablo 13. 2019 yılı mart-temmuz döneminde cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımı 42
Tablo 14. 2020 yılı mart-temmuz döneminde tanıların dağılımı 42
Tablo 15. 2021 yılı mart-temmuz aylarında hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı 43
Tablo 16. 2021 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran hastaların yaş ortalaması 44
Tablo 17. 2021 yılı mart-temmuz döneminde psikiyatri polikliniğimize başvuran erkek ve kadın hastaların yaş ortalaması 44

Tablo 18. 2021 yılı mart-temmuz aylarında hastaların polikliniğimize başvuru sıklığı 44
Tablo 19. 2021 yılı mart-temmuz döneminde cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımı 45
Tablo 20. 2021 yılı mart-temmuz döneminde tanıların dağılımı 45
Tablo 21. Cinsiyet gruplarının yıllara göre değişimi 46
Tablo 22. Yaş ortalamasının yıllara göre değişimi 46
Tablo 23. Kadın ve erkek hastaların yaş ortalamasının yıllara göre değişimi 47
Tablo 24. Cinsiyete göre tanıların dağılımı 48
Tablo 25. Yaş gruplarına göre tanıların oranı 52
Tablo 26. Yıllara göre tanıların oranı 55
Tablo 27. Tekrarlı başvuruların cinsiyete göre karşılaştırılması 56
Tablo 28. Tekrarlı başvuruların yaş gruplarına göre kıyaslanması 56
Tablo 29. Tekrarlı başvuruların tanı gruplarına göre karşılaştırılması 57