T.C.

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

COVİD-19 PANDEMİSİNİN PRİMER İMMÜN YETMEZLİKLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON, ANKSİYETE VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Dr. Anıl MUŞTUCU

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2022

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

COVİD-19 PANDEMİSİNİN PRİMER İMMÜN YETMEZLİKLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON, ANKSİYETE VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Dr. Anıl MUŞTUCU

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI

BURSA-2022

İÇİNDEKİLER

Özet……iii
İngilizce Özet……v
GİRİŞ 1
Primer İmmün Yetmezlikler 3
Tanım ve Tarihçe 3
Epidemiyoloji 3
Etiyoloji 4
Sınıflandırma 5
Klinik Belirtiler 5
Tanı 8
Tedavi 8
Primer İmmün Yetmezlikler ve Ruhsal Sorunlar 9
Primer İmmün Yetmezlikler ve Yaşam Kalitesi 11
COVID-19 Pandemisi 12
COVID-19 Pandemisi ve Ruhsal Sorunlar 13
COVID-19 Pandemisi ve Primer İmmün Yetmezlikler 15
Anksiyete 17
Depresyon 22
Psikolojik Dayanıklılık 26
COVID-19 Pandemisi ve Psikolojik Dayanıklılık 31
GEREÇ VE YÖNTEM 33
Örneklem Seçimi 33
Çalışmaya Alınma Ölçütleri 33
Çalışmadan Dışlama Ölçütleri 34
Uygulanan Form ve Ölçekler 34
Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1) 34
Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ, Ek-2) 35
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR, Ek-3) 35
Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D, Ek-4) 36
Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A, Ek-5) 36
COVID-19 Değerlendirme Formu (Ek-6) 37

İstatistiksel Yöntem 38
BULGULAR 39
TARTIŞMA VE SONUÇ 76
KAYNAKLAR 94
EKLER 111
TEŞEKKÜR 125
ÖZGEÇMİŞ 126

ÖZET

COVID-19 Pandemisinin Primer İmmün Yetmezlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete Ve Psikolojik Dayanıklılık Üzerindeki Etkisi

Primer immün yetmezlikler (PİY), primer ya da doğumsal immün yetmezlik bozuklukları sonucunda gelişen kronik ve/veya yineleyen bakteriyel, fungal, protozoal ve viral enfeksiyonlarla seyreden hastalıklar grubudur. Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinin primer immün yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete düzeyleri ve psikolojik dayanıklılık üzerine etkilerinin incelenmesi ve kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlandı.

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi İmmünoloji Polikliniği'nde PİY tanısıyla takip 70 hasta ve kontrol grubu olarak, hasta grubuna benzer sosyodemografik özellikler gösteren, PİY tanısı olmayan 69 kişi dahil edildi. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görüldü; Sosyodemografik Veri Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Formu (WHOQoL-BREF-TR), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve COVID-19 Değerlendirme Formu ile değerlendirildi.

PİY hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerinin, kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. Depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış kadın cinsiyet, evli olmak, yaş artışı, tanı alma yaşının geç olması, ek hastalık sayısı, geçmişte psikiyatrik başvuru, düşük psikolojik dayanıklılık ve düşük yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkiliydi. Pandemi süreciyle ilgili kaygı düzeyinin PİY hastalarında, kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğu; uyku, iştah ve dikkat ile ilgili bozuklukların hastalarda, kontrollere göre anlamlı olarak daha fazla görüldüğü tespit edildi. PİY tanısıyla takip edilen hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin, WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt ölçek değerlerinde, kontrollere göre anlamlı olarak düşük

olduğu görüldü. Düşük yaşam kalitesi düzeyleri kadın cinsiyet, evli olmak, yaş artışı, ek hastalık sayısı, tanı alma yaşı ile ilişkili bulundu. Hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, kontrollere göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Psikolojik dayanıklılığın düşük olması ile ek hastalık sayısının ilişkili olduğu görüldü.

COVID-19 pandemisinin, PİY hastalarının ruhsal durumları, yaşam kaliteleri ve psikolojik dayanıklılıkları üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alınarak, hastaların rutin takiplerinde psikiyatrik şikayetler açısından sorgulanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Primer İmmün Yetmezlik, COVID-19, Anksiyete, Depresyon, Yaşam kalitesi, Psikolojik Dayanıklılık.

SUMMARY

Evaluation Of The Effect Of The COVID-19 Pandemic On Quality Of Life, Depression, Anxiety And Psychological Resilience In Patients With Primary Immunodeficiency

Primary immunodeficiencies (PID) are a group of diseases that develop as a result of primary or congenital malfunction of the immune system and progress with chronic and/or recurrent bacterial, fungal, protozoal and viral infections. In this study, it was aimed to examine the effects of the COVID-19 pandemic on quality of life, depression, anxiety levels and psychological resilience in patients with PID and to compare them with the controls.

70 patients, aged between 18-65 years, who were being followed up with the diagnosis of PID in Bursa Uludağ University Immunology Outpatient Clinic, and 69 people who had sociodemographic characteristics similar to the patient group and were not diagnosed with PID as the control group, voluntarily participated in our study. Participants were evaluated cross-sectionally once; Sociodemographic Data Form, World Health Organization Quality of Life Scale – Short Form (WHOQoL-BREF-TR), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Resilience Scale For Adults (YPDÖ), and COVID-19 Evaluation form were administered to the participants.

Levels of anxiety and depression were found to be significantly higher in PID patients compared to controls. Increases in depression and anxiety scores were associated with female gender, being married, increasing age, diagnosis of PID at older age, number of comorbidities, personal psychiatric history, low psychological resilience and low quality of life. Anxiety level about the pandemic process was significantly higher in PID patients compared to controls. Sleep, appetite and attention related disorders were found to be significantly more common in PID patients than controls. It was observed that health related quality of life scores of the PID patients were significantly lower

than the controls in the physical health, psychological and social relations subscales of the WHOQoL-BREF-TR. Lower scores of WHOQoL-BREF-TR were found to be associated with female gender, being married, increasing age, number of comorbidities and diagnosis of PID at older age. It was observed that the psychological resilience levels of the patients were significantly lower than the controls. Number of comorbidites was found to be associated with lower psychological resilience.

Considering the negative effects of the COVID-19 pandemic on the mental status, quality of life and psychological resilience of PID patients, we recommend that patients should routinely be questioned in terms of psychiatric complaints in their follow-up.

Keywords: Primary Immunodeficiency, COVID-19, Anxiety, Depression, Quality of Life, Psychological Resilience.

GİRİŞ

Coronavirus hastalığı 2019 (COVID-19), 2019'un sonlarında Çin'in Wuhan kentinden ortaya çıkan koronavirüs 2'nin (SARS-Cov-2) neden olduğu şiddetli akut solunum sendromuna yol açabilen viral bir hastalıktır. Mevsimsel gripten anlamlı derecede daha bulaşıcı ve patojenik olup, tahmini vaka ölüm oranı %0,5-3 olarak görülmektedir ve yoğun bakım gerektirme oranı tanı alan hastaların yaklaşık %5'idir (1). Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 2020 yılının mart ayında pandemi olarak nitelendirilmiş olup, aynı ay içinde ülkemizde de COVID-19 pozitif vakalar tespit edilmeye başlanmıştır. İlerleyen süreçte artan hasta sayıları ve ölüm oranları nedeniyle ülkemizde karantina uygulamaları ve sosyal izolasyon uygulamaları başlamıştır. Bu uygulamalar sonrasında bireylerin sosyal yaşamlarında, alışkanlıklarında, yaşam biçimlerinde köklü değişiklikler görülmüştür. Karantina ve sosyal izolasyon uygulamasının ruhsal etkileriyle ilgili yapılan çalışmalar sonucunda; karantina altına alınan kişilerde korku, sinirlilik, üzüntü ve suçluluk hissinin bu süreç boyunca sık görülen olumsuz duygular olduğu bildirilmiştir. Karantina sırasında sık görülen ruhsal yakınmalar; kafa karışıklığı, konsantrasyon bozukluğu, korku, öfke, suçluluk hissi, matem hisleri, uyuşukluk, tükenmiş hissetme, kaygıya bağlı uykusuzluk olarak gözlenmiştir. Karantina sırasında sık görülen ruhsal bozuklukların akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu olduğu görülmüştür (2).

SARS-Cov-2 enfeksiyonunun şiddeti ve mortalite riski, ileri yaş, primer veya sekonder immün yetmezlik, önceden var olan akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus, hipertansiyon ve malignite gibi komorbiditeler ile ilişkilidir (3-5). SARS-Cov-2'nin doğal ve adaptif immün yanıtları aktive edebildiği, buna karşın özellikle yaşa paralel olarak artan kontrolsüz proinflamatuvar yanıtlar ile kusurlu adaptif immün yanıtların lokal ve sistemik düzeyde doku hasarına neden olabildiği, dolayısıyla hastalık şiddeti ve düzeyinin viral enfeksiyonun ve konağın immün yanıtları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (6,7).

Primer immün yetmezlikler (PİY), primer ya da doğumsal immün yetmezlik bozuklukları sonucunda gelişen kronik ve/veya yineleyen bakteriyel, fungal, protozoal ve viral enfeksiyonlarla seyreden hastalıklar grubudur (8). Gelişmiş ülkelerde, toplumda olası görülme oranı %00,1 ile %000,1 arasında değişmektedir (9). Primer immün yetmezliklerin %50-60'ını humoral immün sistem bozuklukları, %10-15'ini T hücre defektleri, %15-29'unu kombine immün yetmezlikler, %10-15'ini fagositer sistem defektleri ve %1-3'ünü kompleman sistem bozuklukları oluşturmaktadır (10,11). PİY olan hastalar düzensiz inflamatuar yanıt veya sitokin fırtınası riski nedeniyle ciddi enfeksiyonlara daha duyarlı hale gelerek COVID-19 için risk altındaki gruplardan birini temsil etmektedir (12). PİY hastalarının tedavisinde intravenöz immünoglobulin (IVIG) veya subkutan immünoglobulin (SCIG) uygulaması temel bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, immün yetmezliklerde eksik olan immunoglobulini yerine koyarak, inflamatuar ve otoimmün hastalıklarda ise seçilmiş sitokinlerin serum paternini değiştirerek etki etmektedir (13).

PİY olan çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, bu hastalarda şiddetli astım ve kronik böbrek hastalığı gibi kronik hastalıkları olan çocuklara göre daha yüksek bir psikiyatrik bozukluk oranı saptanmıştır (14). Bu bozukluklar arasında depresyon, anksiyete bozuklukları, somatizasyon, sosyal geri çekilme ve sosyal beceri eksikliği yer almıştır. Pulvirenti ve arkadaşlarının 2020 yılında primer immün yetmezlik tanısı ile takip edilen ve evde SCIG tedavisi alan 158 hasta ile yaptığı bir çalışmada, COVID-19 pandemisinin, bu hastalarda yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (15). Çölkesen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, PİY hastalarında pandemi sürecinde anksiyete ve depresyon oranı sağlıklı popülasyona göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (16). Ruhsal bozuklukların PİY hastalıklarında morbidite ve mortaliteyi artırdığı düşünülmektedir; dolayısıyla bu hastalarda yaşam kalitesini artırmak önemli bir tedavi basamağıdır (17,18).

COVID-19 pandemisinin PİY hastalarında yol açtığı ruhsal belirtileri tanımak, bununla mücadele etmek, yaşam kalitesini artırmak, daha iyi tedavi yanıtı almak ve gelecekte yaşanabilecek benzer süreçleri daha iyi yönetmek

açısından önemlidir. Alanyazın gözden geçirildiğinde COVID-19 pandemisinin PİY hastalarının ruh sağlığı üzerinde etkilerini araştıran kısıtlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, PİY hastalarında COVID-19 pandemisinin yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1. Primer İmmün Yetmezlikler

1.A. Tanım ve Tarihçe

Primer immün yetmezlikler (PİY), bağışıklık sisteminin bazı bileşenlerinin yokluğu, eksikliği ya da var olan bileşenlerin düzgün çalışmaması sonucu ortaya çıkan, çoğunluğu kalıtsal olan, 430'dan fazla bozukluğu barındıran geniş bir hastalık grubudur ve her geçen gün bu gruba eklenen yeni hastalıklar olmaktadır (19).

Sağlıklı bir insanın bağışıklık sistemi, bakteri, virüs, mantar ve protozoa gibi mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyonlarla savaşırken; PİY olan insanlar enfeksiyonlara normal popülasyondan daha yatkın olup, immün sistemleri enfeksiyonlara karşı yeterli yanıt oluşturamaz. PİY hastalıkları zamanında ve doğru teşhis edilemediğinde, bağışıklık sistemi kusurlu kalır ve genellikle hastalık, sakatlık, kalıcı organ hasarı ve hatta ölümle sonuçlanabilir.

Uygun antimikrobiyal tedaviye erişimin kolaylaşması, aşılama politikalarının ve malnutrisyonu önlemeye yönelik programların geliştirilmesi ile 19. yüzyıldan sonra enfeksiyon hastalıklarını kontrol altına alma konusunda önemli sonuçlar elde edilmiştir. Bütün bu gelişmelere rağmen, ağır ve tekrarlayan enfeksiyonların görülmeye devam etmesi ile PİY kavramı düşünülmeye başlanmıştır (20).

Tanımlanan ilk PİY olan X geçişli agamaglobulinemi (XGA) ve uygulanan immünoglobulin replasman tedavisinin (IGRT) 1952'de Dr. Bruton tarafından bildirilmesi ile birlikte, PİY hastalıkları ile ilgili bilgiler her geçen gün artış göstermiştir (20).

1.B. Epidemiyoloji

PİY hastalıklarının dünya genelinde insidansı 1/10.000 civarında olup, çoğunlukla erken çocuklukta ortaya çıkmaktadırlar (21).

İnsan genetiğinin heterojenitesi, çevresel faktörler ve sosyal alışkanlıklar dünyanın çeşitli bölgelerinde farklılıklar gösterir. PİY prevalans, dağılım ve klinik profilleri de tiplerine ve olguların yaşadıkları bölgeye göre farklılık göstermektedir (21).

Genel olarak en sık görülen PİY alp tipi, hastalıkların %65-70'ini oluşturan antikor eksiklikleridir ve selektif immünoglobulin A (IgA) eksikliği 1/300-500 oranıyla toplumda en sık rastlanan immün yetersizliktir. Akraba evliliklerindeki oranların yüksekliği (%20-50) nedeniyle, otozomal resesif kalıtımla geçen PİY sıklığı Türkiye, orta doğu ve kuzey Afrika ülkelerinde yüksektir. Orta doğu ülkelerinde görülme sıklığı 0,8-30,5/100.000 iken, Türkiye'deki görülme sıklığı da benzer şekilde 30,5/100.000 olarak bilinmektedir (22).

1.C. Etiyoloji

PİY, T hücreleri, kompleman sistemi bileşenleri ve fagositlerin dahil olduğu immün hücrelerdeki intrensek kusurlardan kaynaklanır. Tekrarlayan mantar enfeksiyonlarında, T lenfosit eksikliği; hücre dışı bakterilerin neden olduğu tekrarlayan pnömoni gibi durumlarda ise antikor eksikliği ön planda düşünülür (23).

Şiddetli kombine immün yetmezlik (SCID), erkeklerde daha sık görülür ve genellikle ilk 2 yıl içinde ölümle sonuçlanır. Vakaların yarısından fazlası X kromozomundaki bir gen kusurundan kaynaklanmaktadır. Kusurlu gen, interlökin (IL) 2 reseptörünün gama zincirini kodlar. Bu zincir, IL-2, IL-4, IL-7, IL-11, IL-15 ve IL-21 reseptörlerinin moleküler bir parçasını oluşturur. Öte yandan, birkaç SCID vakası, adenozin deaminaz veya nükleozid fosforilaz kodlayan kusurlu genlerden kaynaklanır. Bu enzimlerin eksikliği, DNA sentezinde ve hücre replikasyonunda kusura yol açan ribonükleotid redüktaz inhibisyonuna neden olur. RAG1 veya RAG2'yi kodlayan genlerdeki mutasyon, otozomal resesif bir SCID formuna neden olur (24).

DiGeorge Sendromu, timusta gelişimsel anormalliğe neden olan üçüncü ve dördüncü faringeal keselerdeki kusurdan kaynaklanmaktadır. T hücre defekti, timik lezyonun ciddiyetine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Bu bebeklerde 22q11-pter veya 10p kısmi monozomisi vardır (23).

Çıplak lenfosit sendromunda, MHC sınıf II trans aktivatörünü (CIITA) kodlayan gende, makrofajlar ve dendritik hücreler dahil, antijen sunan hücrelerde sınıf II MHC molekülünün yokluğuna neden olan bir mutasyon vardır. Taşıyıcı ilişkili protein (TAP) kodlayan gendeki bir mutasyon, CD8+ T lenfositlerin eksikliği ile kendini gösteren sınıf I MHC molekülü ekspresyonunun gerçekleşememesine neden olur (23).

1.D. Sınıflandırma

Uluslararası İmmünolojik Dernekler Birliği (IUIS) hastalıkları 10 ana grup ve alt gruba ayırır (19).

1. Hücresel ve humoral bağışıklığı etkileyen immün yetmezlikler
2. Sendromlar ile ilişkili kombine immün yetmezlik
3. Ağırlıklı antikor eksiklikleri
4. İmmün disregülasyon hastalıkları
5. Fagosit sayı ve/veya işlevinde konjenital defekt
6. Doğal ve intrensek bağışıklık defektleri
7. Otoinflamatuar hastalıklar
8. Kompleman defektleri
9. Kemik iliği yetmezlikleri
10. PİY fenokopileri

1.E. Klinik Belirtiler

PİY, çok sayıda olguda erken dönemde gelişme geriliği, şiddetli atopi, otoinflamatuar hastalık veya otoimmün hastalık ile ortaya çıkmaktadır (25).

PİY'nin şiddeti oldukça değişkendir; bazıları bebeklik döneminde ortaya çıkarak mortal seyrederken, bazıları daha hafif semptomlarla erişkin dönemde tanı almaktadır. PİY hastalarının çoğu tekrarlayan veya kronik enfeksiyonlarla başvurur. Bazı bozukluklar temel immünolojik yolları etkileyerek yaygın ve fırsatçı patojenlere duyarlılıkla sonuçlanırken, bazıları çok az sayıda patojen duyarlılığına neden olabilir (26,27).

PİYH Düşündürmesi Gereken Durumlar:

1. Tekrarlayan, olağandışı veya tedavisi zor enfeksiyonlar
2. Gelişme geriliği veya kilo kaybı
3. Tekrarlayan pnömoni, kulak enfeksiyonları veya sinüzit
4. Birden fazla ve intravenöz antibiyotik tedavisi gerektiren enfeksiyon geçirme öyküsü
5. Tekrarlayan derin organ veya cilt apseleri
6. PİY açısından aile öyküsünün olması
7. Lenfadenomegali veya splenomegali
8. Otoimmün hastalıklar (28).

Tablo 1: Primer İmmün Yetmezliklerin Klinik Özellikleri.

B hücre defektleri
S. pneumoniae, H. influenzae tip b ve grup A Streptococcus gibi hücre dışı kapsüllü bakterilerle tekrarlayan piyojenik enfeksiyonlar
Otit, sinüzit, tekrarlayan pnömoni, bronşiektazi ve konjonktivit
Fungal ve viral enfeksiyonlara yatkınlık ve normalden ağır seyreden durumlar
Yaygın diyare; özellikle Giardia lambliaya sekonder
Büyüme ve gelişme geriliği
Komplikasyon gelişmezse sağlıklı kalma yetişkin yaşa ulaşabilir.
Kompleman defektleri
S. pneumoniae, H. influenzae gibi hücre dışı kapsüllü bakterilerle tekrarlayan bakteriyel enfeksiyonlar
Neisseria meningitides ile tekrarlayan enfeksiyonlara yatkınlık
Otoimmün hastalık insidansında artış
Ağır veya tekrarlayan cilt ve solunum yolu enfeksiyonları

T hücre defektleri
Bakteriler kadar mantar, virüs ve protozoa gibi virulansı daha az olan ve fırsatçı organizmalarla tekrarlayan enfeksiyonlar
Gelişme geriliği, malabsorsiyon, diyare
Anerji
Işınlanmamış kan veya maternal engraftman sonrası graft versus host hastalığına yatkınlık
Canlı virüs veya BCG aşısı sonrası ölümcül reaksiyonlar
Malignite insidansında artış
Süt çocukluğu ve erken çocuklukta sağlıklı kalma ihtimalinin düşmesi
Nötrofil defektleri
Staphylococcus spp, Pseudomonas spp, and Escherichia coli ve Aspergillus gibi mantarların neden olduğu tekrarlayan cilt enfeksiyonları
Karaciğer, lenf nodu ve cilt altında abse, akciğerde abse ve pnömatoselle birlikte görülen enfeksiyonlar
Yaygın kemik ve eklem enfeksiyonu
Göbek kordonunun geç düşmesi
Enfeksiyon bölgesinde irin olmaması ve yara iyileşmesinde bozukluk
Doğuştan TLR[1] sinyal defektleri (Örn, MyD88[2] ve IRAK4[3] eksikliği)
Süt çocukluğu döneminde Staphylococcus spp, Streptococcus spp ve Pseudomonas aeruginosa ile enfeksiyon
Enfeksiyona karşı bozulmuş veya gecikmiş sistemik yanıt (ateş, akut faz yanıtı)
Yenidoğan, süt çocukluğu, küçük çocukları etkiler, ergenlik sonrası invazif enfeksiyon olmaz

[1]: Toll like reseptör; [2]: miyeloid diferensiasyon primer yanıt protein 88;
[3]: interlökin 1 reseptör ilişkili kinaz. (29).

1.F. Tanı

Tekrarlayan enfeksiyon öyküsü olan, PİY düşünülen olgularda enfeksiyon bölgesine göre yapılacak tanısal testler tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2: Primer immün yetmezlik düşünülen olgularda yapılması gereken tanısal testler

Enfeksiyon Bölgesi	Olası Neden	Tanısal Test
Üst Solunum Yolu	Antikor eksikliği	Serum immünoglobulin seviyeleri, protein ve polisakkarit aşılara karşı antikor titreleri, izohemaglütininler, CH50.
	Kompleman eksikliği	
Alt Solunum Yolu	Antikor eksikliği	Serum immünoglobulin seviyeleri, protein ve polisakkarit aşılarına karşı antikor titreleri, izohemaglütininler, CH50, tam kan sayımı, oksidatif patlama testi.
	Kompleman eksikliği	
	T Hücre Eksikliği	
	Fagositik Hücre Defekti	
Cilt, İç Organ	Fagositik Hücre Defekti	Tam kan sayımı, oksidatif patlama testi, CD11/CD18 testi.
Kan, Santral Sinir Sistemi	Antikor eksikliği	Serum immünoglobulin seviyeleri, protein ve polisakkarit aşılarına karşı antikor titreleri, izohemaglütininler, CH50.
	Kompleman eksikliği	

Referanslardan uyarlanmıştır. (30).

1.G. Tedavi

PİY'nin yönetimi, bağışıklık sisteminin hangi bileşeninin bozulduğuna ve işlevin eski haline getirilip getirilemeyeceğine bağlıdır. Hücresel bağışıklıkta ciddi kusurları olan olgularda tek tedavi seçeneği kemik iliği naklidir. İleri yaşlarda olan olgularda bu prosedür öncesinde genellikle kemoterapi ve immün baskılama gerektirir. Gen tedavisi, yakın gelecekte tek gen kusurlarının tedavisi için bir alternatif olabilir. Buna karşılık, IgG antikor eksikliği olan hastalar, aylık intravenöz immünoglobulin (IVIG) veya haftalık subkutan immünoglobulin (SCIG) infüzyonları ile takip edilmektedir. Bu tedavi sinopulmoner enfeksiyonların ve komplikasyonlarının kontrolünde etkilidir.

Hücresel immün yetmezlikli olgular, özellikle düşük CD4 T hücre sayısıyla ilişkili olan fırsatçı enfeksiyonlar için antibiyotik profilaksisi almalıdır.

Mevcut öneriler, CD4 T hücre sayısı 200 hücre/µl'den az olan hastaların Pneumocystis jiroveci pnömonisi için trimetoprim/sülfametoksazol ile profilaksi alması ve CD4 T hücre sayısı 50 hücre/µl'den az olanların atipik mikobakteri enfeksiyonları için profilaksi alması gerektiği yönündedir. Fagositik hücre fonksiyonu bozuk olan hastalar Aspergillus için profilaksi almalıdır. Kronik granülomatöz hastalığı olan hastalar gama interferon replasman tedavisinden fayda görür (26,31).

Tablo 3: Intra venöz - subkutan immünglobulin avantaj ve dezavantajları açısından karşılaştırılması

İNTRA VENÖZ İMMÜNGLOBULİN	SUBKUTAN İMMÜNGLOBULİN
Tedavi sağlık merkezi, hemşire ve damar yolu erişimi gerektirir.	Tedavi evde uygulanabilir, damar yolu gerektirmez.
Sistemik yan etki olasılığı daha yüksektir.	Yan etkiler: a. Sistemik yan etki olasılığı daha düşüktür. b. İnfüzyon nedenli lokal yakınmalar sık görülür ancak hafif şiddette olmakla birlikte tekrarlayan infüzyonlarda azaldığı bilinmektedir.
İnfüzyonlar arası serum IgG antikor düzeyi düşmesi: a. Bazı hastalarda enfeksiyon riskini artırır. b. Yorgunluk, halsizlik, üst solunum yolu enfeksiyonu bulgularına yol açar.	Serum IgG antikor düzeyleri daha stabil seyretmesi ile enfeksiyonlara karşı daha etkin korunma sağlanabilir.

Referanslardan uyarlanmıştır. (32).

1.H. Primer İmmün Yetmezlikler ve Ruhsal Sorunlar

Kronik bedensel hastalıklarla psikiyatrik bozuklukların, özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte görülmesi sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (33-35). Bu durum, hastalıkların mortalitesini ve morbiditesini

arttırmakta, aynı zamanda sağlık giderlerinin artmasına neden olmaktadır (36). Genel anlamda kronik rahatsızlıkların psikososyal yönleri ve bu yönlerin morbidite ile mortalite üzerindeki etkileri, hastaların genel bakımını geliştirmek ve sağlık düzeylerini iyileştirmek için her geçen gün daha fazla araştırılmakta ve tanınmaktadır (37). Kronik hastalıkların sonucunda ortaya çıkan ve depresyon ile anksiyete bozukluklarının gelişmesine katkıda bulunan birçok faktör vardır; benlik saygısında azalma, gelecekle ilgili kaygı ve belirsizlik, sosyal ilişkilerde azalma, sosyal izolasyon ve suçluluk duyguları bu faktörlerden bazılarıdır (38).

PİY kronik hastalıklar olmakla birlikte, bu hastalıkların ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ile ilgili yapılan çalışmalar, daha çok pediatrik yaş grubundaki hastaları incelemiştir. Pediatrik yaş grubunda, PİY olan çocuklarda anksiyete ve depresyon oranlarının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (39). Bunların yanında, PİY olan yetişkinlerde anksiyete, depresyon gibi ruhsal bozuklukların daha iyi anlaşılması için kısıtlı sayıda araştırma olduğu görülmektedir.

Heath ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılan, 24 yaygın değişken immün yetmezliği, 7 tanımlanmamış hipogamaglobulinemi, 2 tanımlanmamış immün yetmezliği olan, toplam 33 hastayı değerlendiren, kontrol grubu içermeyen çalışmada, hastaların depresyon ve anksiyete skorlarının genel popülasyondan farklı olmadığı görülmüştür. Hasta grubunun kendi arasında yapılan analizde ise; araba kullanamayan hastaların, araba kullanabilen hastalara göre; IVIG tedavisi alan hastaların SCIG tedavisi alanlara göre; tedavilerini yardımcı sağlık personeliyle yürüten hastaların, tedavilerini kendileri yürüten hastalara göre; tedaviyle ilgili yan etkiler tarif eden hastaların ise yan etki yaşamayan hastalara göre depresyon skorlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada, ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olan kişilerin depresyon skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlıksız beslenme, uyku kalitesinin düşük olması, hastanın öznel değerlendirmesine göre sağlık durumunun ‘iyi’ olmaması ve depresyon skorlarına benzer şekilde ailesinde depresyon veya anksiyete gibi ruhsal rahatsızlıklar olması da yüksek anksiyete düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Son bir yıl içindeki hastane yatışının

da hastaların depresyon ve anksiyete skorlarının yüksekliğiyle ilişkili olduğu görülmüştür; bu gruptaki hastaların ruhsal sorunlarının nedeni olarak PİY hastalıklarını görme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (18).

Isung ve arkadaşlarının yaptığı, 2020 yılında yayınlanan çalışmaya göre; PİY hastalarının, PİY olmayanlara göre psikiyatrik bozukluğa sahip olma olasılığının %91 oranında daha fazla olduğu görülmüştür. Şizofreni, psikotik bozukluklar, otizm spektrum bozuklukları gibi tanıların da hasta grubunda anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür. Özkıyım davranışı incelendiğinda PİY olan hastaların özkıyım girişimi ve özkıyım sonrası vefat oranlarının, normal popülasyona göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, PİY olan veya PİY'ye eşlik eden otoimmün hastalığı olan kadınlardaki psikiyatrik bozukluk tanılarının veya özkıyım davranışı oranlarının, erkeklere göre anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edilmiştir (40).

1.I. Primer İmmün Yetmezlikler ve Yaşam Kalitesi

PİY hastalarıyla ilgili çalışmalar hem yetişkin hem de pediatrik PİY hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin normal kontrollere göre azaldığını gözlemlemiştir (37,41,42). Her geçen gün artan sayıda hastaya erişkin dönemde başlayan primer immün yetmezlik tanısı koyulmasına rağmen, hastaların çoğunluğu hala çocukluk döneminde tanı almaktadır ve bu hastaların çoğunluğu antibiyotik, antifungal profilaksisi veya immünoglobulin replasman tedavisi gibi yaşam boyu sürebilecek tedaviler almaktadır. Komorbiditeler ve ek sağlık sorunlarının da PİY tanısı alan yetişkin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir (42). PİY hastalıklarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin mortalitenin güvenilir bir öngördürücüsü olduğuna ilişkin çalışmalar mevcuttur (43).

Lumry ve arkadaşlarının yaptığı, 2010 yılında yayınlanan, yaş ortalaması 41.4 olan 457 herediyer anjioödem hastasının değerlendirildiği çalışmada; herediter anjioödem hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin normal popülasyona göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak, hastaların %42,5'inde klinik olarak en az hafif depresyon semptomları olduğu görülmüştür. Hastalar kendi arasında karşılaştırıldığında, tedavide androjen kullanan hastaların, androjen kullanmayan hastalara göre sağlıkla ilişkili

yaşam kalitelerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlenmiştir. Androjen kullanan kişilerin depresyon düzeylerinin de androjen kullanmayan kişilere göre belirgin olarak yüksek olduğu gözlenmiştir (44).

Pulvirenti ve arkadaşlarının kronik granülomatöz hastalık tanısı olan 19 çocuk, 28 erişkin hasta ile yaptığı, 2020 yılında yayınlanan çalışmada, normal popülasyonla karşılaştırıldığında kronik granülomatöz hastalık tanısıyla takip edilen erişkinlerin psikolojik ve fiziksel olarak daha fazla zorluk yaşadıkları görülmüştür. Psikolojik olarak kronik granülomatöz hastalığı olan kişilerin, romatolojik hastalıkları olan kişilere göre daha kötü durumda olduğu, diyabetes mellitus ve kanser tanıları olan hastalarla yaklaşık olarak aynı düzeyde olduğu belirlenmiştir (45).

2. COVID-19 Pandemisi

2019 yılının aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde, yeni koronavirüsün (COVID-19, SARS-Cov-2) neden olduğu, olağanın dışında gelişen pnömoni vakaları bildirilmeye başlanmıştır ve virüsün tüm dünyaya hızlı yayılımı sonrasında bu durum, küresel bir sağlık tehdidi haline gelmiştir (46,47). Son 20 yılda; 2003 yılında Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS), 2009 yılında H1N1 alt tipi ile influenza virüsü, 2012 yılında Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve 2014 yılında Ebola virüsü olmak üzere birçok viral hastalık salgını olmuştur (48-50).

COVID-19 yeni bir koronavirüs türü olmakla birlikte, soğuk algınlığı tablosundan, SARS ve MERS'e benzer şekilde, daha ciddi klinik tablolara kadar neden olabildiği bilinmektedir (50). SARS-Cov-2 enfeksiyonunun belirtileri ateş, titreme, öksürük, boğaz ağrısı, kas ağrısı, mide bulantısı, kusma ve ishali içerir. Altta yatan hastalıkları olan erkeklerin enfekte olma oranları ve bu enfeksiyonun klinik sonuçları daha ciddi olmaktadır. Hastalığı ciddi seyreden hastalarda, COVID-19 enfeksiyonu kalp ve solunum yetmezliğine, akut solunum yolu sendromuna ve ölüme neden olabilmektedir (51). Fiziksel etkilerine ek olarak, COVID-19, kişilerin ruhsal sağlıklarında da olumsuz etkilere neden olmaktadır (52).

2.A. COVID-19 Pandemisi ve Ruhsal Sorunlar

Pandemi gibi önemli ve acil bir halk sağlığı sorununa ülkelerin ve bireylerin kendilerinin aldıkları önlemler, tüm dünyada insanların yaşamlarını etkilemiştir ve toplumların sosyalleşme, çalışma, yaşama alışkanlıklarını değiştirmiştir. Enfekte olma korkusu, iş baskısı, yaşam biçimi değişiklikleri ve kötüleşen yaşam koşulları gibi etkenler anksiyete, uyku bozuklukları, depresyon ve stresle ilişkili bozukluklar gibi psikiyatrik rahatsızlıkların gelişiminin nedeni olabilir (15,53).

Ruh sağlığı sorunlarının türleri ve ciddiyeti, farklı sağlık durumlarına ve sosyal rollere sahip kişiler arasında, enfeksiyon riskindeki farklılıklar ve yaşam tarzı üzerindeki etkiler nedeniyle farklılık gösterebilir (54).

Şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS) (55,56), H1N1 virüsü nedeniyle oluşan grip (57), orta doğu solunum sendromu (MERS) (58) ve Ebola virüs (59) gibi geçmişteki salgınların sağlık durumu üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar, bu gibi önemli halk sağlığı süreçlerinin, sağlık çalışanları ve toplumun diğer kesimlerinde psikolojik sorunlara ve psikiyatrik bozukluklara neden olabileceğini göstermektedir. Travma sonrası stres belirtilerinin ve travma sonrası stres bozukluğunun, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik tabloların, SARS ile enfekte olan hastalarda epidemi sırasında (60,61), 1 ay sonrasında (62), 1 yıl sonrasında (63) ve 30 ay sonrasında (64,65) hala görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur.

Virüsün patojenitesi, yayılma hızı, ortaya çıkan yüksek ölüm oranı nedeniyle COVID-19, enfekte hastalardan sağlık çalışanlarına, ailelere, çocuklara, öğrencilere, psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylere ve sağlık dışı alanlarda çalışan kişilere kadar toplumun çeşitli gruplarındaki bireylerin ruh sağlığını etkileyebilir (66-68). COVID-19 pandemisi gibi sağlıkla ilgili kriz dönemleri korkuyu, kaygıyı, depresyonu ve güvensizlik hissini artırarak, sadece sağlık çalışanlarında değil, normal popülasyonda da psikolojik olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (53). Belirsizlik ve bu nedenle yaşanan korku hem sağlıklı kişilerde hem de öncesinde psikiyatrik rahatsızlıkları olan kişilerde anksiyete düzeylerini artırmaktadır (69).

Geniş ölçekte bakıldığında, COVID-19 pandemisi sırasında görülen psikiyatrik bozuklukları inceleyen çalışmaların büyük çoğunluğu, bu süreçten etkilenen kişilerin stres, depresyon, duygusal sıkıntı, duygudurum dalgalanması, irritabilite, uykusuzluk, dikkat eksikliği, travma sonrası stres, sinirlilik gibi ruhsal travmalar yaşadıklarını göstermektedir (2,70,71). Çalışmalar ayrıca yüksek düzeyde medya maruziyeteinin de stres düzeyini artırabileceğini göstermektedir (72).

Mowbray ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, pandemi sırasında genel popülasyonda travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığının %4 ile %41, majör depresyon yaygınlığının %7 oranında olduğu görülmüştür. Bu psikiyatrik bozukluklara eğilimi artırabilecek faktörler olarak; kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, kişiler arası ilişkilerde sorunlar, düşük psikolojik dayanıklılık, sosyal medyanın yoğun kullanımı, sosyal desteğin yetersiz olması belirlenmiştir (69).

Wu ve arkadaşları tarafından yapılan, pandemi sürecinde psikiyatrik bozuklukların prevalansını araştıran, 66 çalışmadaki toplam 221970 kişiyi değerlendiren meta analiz çalışmasında; depresyon, anksiyete, ruhsal sıkıntı ve uykusuzluk gibi psikiyatrik tabloların yaygınlığının sırasıyla %31.4, %31.9, %41.1 ve %37.9 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, kronik hastalıkları olan bireyler, karantina altındaki kişiler ve COVID-19 tanısı alan hastaların, diğer gruplara göre depresyon, anksiyete ve uyku bozukluklarının oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (73).

Stanton ve arkadaşlarının yaptığı, COVID-19 pandemisi sürecinde İtalya'da yaşayan, ortalama yaşı 50.5 olan 1491 erişkin kişiyi değerlendiren çalışmada; fiziksel aktivite, uyku kalitesi, alkol ve sigara kullanımının pandemi döneminde olumsuz etkilendiği görülmüştür. Kadınlarda, ilişkisi olmayanlarda, gelir seviyesi en düşük olanlarda, 18-45 yaş arasındaki kişilerde ve kronik hastalıkları olan kişilerde ruhsal rahatsızlık riskinin anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir. Ek olarak; fiziksel aktivite, uyku, sigara ve alkol kullanımındaki olumsuz değişiklikler, daha yüksek depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkilendirilmiştir (74).

Anksiyete ve depresyonla ilgili risk faktörlerine bakıldığında; yalnız yaşamanın (75), düşük eğitim seviyesinin (76,77) veya yüksek eğitim seviyesinin (78), öğrenci olmanın (79), çocuk sahibi olmamanın (77) veya 2 ve üstünde çocuk sahibi olmanın (80), kentsel kesimde yaşamanın (76,81) veya kırsal kesimde yaşamanın (75,82), kadın cinsiyetin (82,83) riski artırdığı görülmüştür. Değerlendirilen kesitte bir hastalığı olan kişilerin (81,82) veya geçmişte hastalık öyküsü olan kişilerin (77, 79) anksiyete ve depresyon riskinin arttığı görülmüştür. COVID-19 enfeksiyonu şüphesi veya tanısıyla takip edilen aile bireyleri, akrabaları veya yakınları olan kişilerin (75,77,84), aile desteği düşük olan bireylerin (78), düşük gelir düzeyi olan kişilerin (85), düzenli geliri olmayanların (75) ve sosyal medya kullanımı daha fazla olan kişilerin (76) depresyon ve anksiyete açısından daha yüksek risk altında oldukları görülmüştür. Kadın cinsiyetin (80,86), eğitim düzeyinin düşük olmasının (80), uyku kalitesinin ve düzenin bozuk olmasının (80,86) travma sonrası stres bozukluğu açısından riski arttırdığı görülmüştür.

COVID-19 enfeksiyonunun toplumdaki kaygıyı, gerginliği ve psikososyal risk faktörlerini artırarak psikiyatrik bozukluklara yol açmasının yanında, virüsün direkt nöroinvazyonu sonucunda da nöropsikiyatrik semptomlar gelişebildiği düşülmektedir (87). Virüsün sinir sistemine geçişi kan yoluyla olabilse de en çok üstünde durulan yol, olfaktör sinir yolu olmuştur (88). COVID-19 enfeksiyonuna bağlı nöropsikiyatrik semptom ve tablolar; ensefalopati (89), deliryum (90,91), basit bilişsel bozukluk (92), duygudurum dalgalanmaları (93), insomnia (94), özkıyım (95) ve psikoz (96,97) şeklinde olabilmektedir.

COVID-19 pandemisi sırasında gelişen psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının ve pandeminin ruhsal etkilerinin bilinmesi, bu süreçlerin farklı hasta grupları üzerindeki yükünün anlaşılması, etkili önlemler alınabilmesi açısından kritik önem taşımaktadır.

2.B. COVID-19 Pandemisi ve Primer İmmün Yetmezlikler

Pandeminin etkisi ve doğası, virüsün yayılma hızı ve bulaşıcı gücü nedeniyle bu sürecin insanlarda kaygı, depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların artışına neden olması beklenen bir durumdur (98). İmmüniteyle

ilgili bir sağlık sorunu olmayan kişiler COVID-19 enfeksiyonu geçirseler de iyileşme olasılıkları yüksektir; fakat bu durum primer ve sekonder immün yetmezlikleri olan hastalarda geçerli olmayabilir. PİY hastaları, diğer enfeksiyöz ajanlara benzer şekilde SARS-CoV-2 virüsüne ve bu virüsün neden olduğu hastalığa karşı bağışıklığı sorunu olmayan bireylere kıyasla daha savunmasızdır (15). Dolayısıyla, COVID-19 pandemisinin primer immün yetmezliği olan hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ve anksiyete/depresyon riskini etkilemesi kaçınılmazdır (15). Ayrıca kronik hastalığı olan bireyler uzun zamandır bilindiği üzere, ruhsal sorunlar için risk altındaki gruplardan birini temsil etmekteyken, COVID-19 pandemisi neden olduğu sıkıntıyla bu sorunların gelişme olasılığını daha da artırabilir (99).

Çölkesen ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada, PİY hastaları, sağlık çalışanlar, ağır astım hastaları, hipertansiyon hastaları, diyabetes mellitus hastaları, malignite hastaları, kardiyovasküler sistem hastalıkları olan kişilerle pandemiden etkilenme düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Hastalıkla ilgili korku ölçeği değerlerinin en yüksek olduğu grup, sağlık çalışanlarından sonra PİY hastaları olmuştur. Benzer şekilde anksiyete açısından da en yüksek düzeyde olan grup, sağlık çalışanlarından sonra PİY hastaları olmuştur (16).

Pulvirenti ve arkadaşlarının İtalya'da yaptıkları çalışmada, COVID-19 enfeksiyonunun prevalansının yüksek olduğu bir bölgede yaşadan yaygın değişken immün yetmezlik hastlarında, pandemi sürecinde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde azalma olduğu görülmüştür. Ek olarak hastaların %42.3'ünün anksiyete veya depresyon açısından, ölçek sonuçlarına göre riskli grupta oldukları saptanmıştır (15).

Çekiç ve arkadaşlarının 2020 yılında, COVID-19 pandemisinin başlangıcından 6 ay sonra yaptığı, PİY hastaları üzerine pandeminin etkilerini araştıran çalışmada; hasta grubunda COVID-19 hastalığına yakalanmayla ilgili kaygının kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür. Hastalar ve sağlıklı kontroller arasında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi açısından anlamlı fark saptanmamakla birlikte; sağlıkla ilgili memnuniyet açısından

hastaların memnuniyeti, kontrol grubundan anlamlı olarak az görülmüştür (100).

Karabacak ve arkadaşlarının 2021 yılında, COVID-19 pandemisi sırasında, ortalama hastalık süresi 24 yıl olan 139 herediter anjioödem hastasıyle yaptığı çalışmada; hastaların %62.6'sının pandemi döneminde atak yaşamaktan çekindiği, %31.6'sının hastalıklarının COVID-19 enfeksiyonu açısından riskli olduğunu düşündüğü ve %75.5'inin atak tedavisi için hastaneye veya acil servise gitmekten çekindiği görülmüştür. Karantina döneminde herediter anjioödem atak sıklığının, normale dönme dönemi ve karantina öncesi döneme göre anlamlı olarak arttığı, atak ciddiyetinin ise dönemler arasında değişiklik göstermediği görülmüştür (101).

COVID-19 enfeksiyonunun ve pandeminin PİY tanısı olan hastaların yaşam kaliteleri ve ruhsal durumlarına olan etkisiyle ilgili kısıtlı sayıda çalışma ve araştırma olduğu görülmektedir.

3. Anksiyete

Anksiyete, insanın içinde gelen ve nedeni belli olmayan, korku, endişe, iç sıkıntısı, her an kötü bir şey olacağı korkusuyla karakterize olan bunaltı hissi olarak tanımlanmaktadır. İnsanın içinden veya dışarıdan gelebilecek gerçek bir tehlike veya tehlike beklentisine karşı yaşanan bir tepki olup, yaşamın tehdit altında olduğunu düşündüren bir alarm duygusudur (102).

Anksiyete sözcüğü, Almanca'daki "angst" kelimesinden türetilmiştir. "Angst" sözcüğü de kökenini Yunanca'da "angh", Latince'de "angustus" olan, gerginlik veya daralma anlamına gelen kelimelerden almıştır (103,104).

Anksiyete kavramının ilk çağlardan beri bilindiğiyle ilgili kanıtlar mevcut olmasına rağmen, psikiyatri alanında bozukluk olarak kabul edilmesi son yüzyıllarda gerçekleşmiştir. Yaklaşık 5000 yıl önce yazılan Gılgamış Destanı'nda, Gılgamış'ın kendi hayatı ve ölümsüzlüğüyle ilgili kaygılarını ifade ettiği kısımlar, anksiyete kavramının yazılı en eski kanıtı olarak kabul edilmektedir (104,105). Ruhsal rahatsızlıklardan bahsederken, Hipokrat da amacı olmayan anksiyete ve korku şeklinde isimlendirdiği kavramlara değinmiştir (106).

‘Anksiyete’, sözcük olarak tıbbi anlamını 1800’lü yılların sonlarında edinmiştir (104). Sigmund Freud 1895 yılında nevrasteniyle anksiyete nevrozunu ayırmış, panik atağı ve fobileri de anksiyete nevrozunun içine katarak iki grupta ele almıştır. Temel olarak anksiyetenin psişik belirtileri ile karakterize olan vakalar “anksiyete nevrozu” şeklinde gruplandırılmıştır (107). Fobinin ve anksiyetenin bedensel belirtilerinin ön planda olduğu vakalar ise “anksiyete histerisi” olarak isimlendirdiği grupta yer almıştır. Freud’a göre nevrotik anksiyetenin temelleri erişkin dönemde değil, yaşamın ilk yıllarında, çocukluk ve bebeklik çağlarında atılmaktadır ve Freud bu görüşüyle, çağdaşı olan birçok kuramcıdan ayrılmaktadır (107,108).

Korku ve anksiyete, anlamlarının birbirine benzer olması nedeniyle, anksiyetenin yeni tanımlandığı zamanlarda birbirinin yerine kullanılan terimler olup, sonrasında teorik olarak farklı kavramlar oldukları düşünülmüştür (109). Korku, nedeni bilinen ve dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı gelişen nesnel, açık ve tehlikenin şiddetiyle orantılı olan emosyonel ve fizyolojik cevapları tanımlamaktayken; anksiyete, dış tehdit olmadan veya bu tehdit ile orantısız olarak gelişen dehşet hissi, kaygı, sıkıntı, felaket beklentisi ile karakterize, nedeni bilinçdışı olan veya nedeni bilinmeyen belirtileri tanımlamak için kullanılmaktadır (110,111). Freud da bu görüşü destekleyecek şekilde korkuyu dışarıdan gelen gerçek bir tehlikeye, anksiyeteyi ise kişinin farkında olmadığı bir kayıp veya ruhsal bir çatışma sonucunda hissettiği içsel bir tehdide bağlayarak iki terimi birbirinden ayırmıştır (112).

Anksiyete, kişiye rahatsızlık vermesine ve hoşa gitmeyen bir durum olmasına rağmen, evrimsel açıdan olası tehlike ve tehditlerin tespit edilmesini kolaylaştırmaktadır. Fakat bazı insanlarda bu tespit süreci fazla hassas hale gelerek, dışarıdaki uyaranların olduklarından daha tehditkâr olarak yorumlanmalarına neden olabilir. Böyle durumlarda anksiyete, işlevini yitirmiş hale gelir ve patolojik anksiyete olarak tanımlanabilir (113). Anksiyete nedeniyle kişinin günlük yaşamı aksıyorsa, işlevselliği etkileniyorsa, zamanla anksiyetenin şiddeti azalmak yerine artıyor ya da uzun süre aynı seviyede kalıyorsa bu durum patolojik anksiyete olarak tanımlanabilir. Patolojik

anksiyete ise süresine ve şiddetine göre farklı klinik tablolara neden olmaktadır (108,109,111,114,115).

Otonom sinir sistemindeki değişiklikler sonucunda ağız kuruluğu, aşırı terleme, sık idrara çıkma, yutkunma güçlüğü, çarpıntı, solunum sayısında artma, nefes darlığı, ellerde ve ayaklarda titreme gibi fiziksel belirtilerin yanı sıra çaresizlik, gerginlik, heyecan, sinirlilik, sıkıntı, hatırlamada ve odaklanmada azalma, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi, ölüm korkusu, kontrolünü kaybetme düşüncesi gibi kognitif, emosyonel ve davranışsal bileşenlerle ilgili belirtileri de olan bir durumdur (116,117).

Psikiyatri alanında günümüzde kullanılan en önemli sınıflandırma sistemlerinden biri olan DSM'nin (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 2013 yılında yayınlanan son hali olan DSM-5'e göre anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, agorafobi, sosyal anksiyete bozukluğu, seçici konuşmazlık, spesifik fobi, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, maddenin/ilacın neden olduğu anksiyete bozukluğu, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (118).

Anksiyete bozuklukları, en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır ve hastaların işlevselliklerindeki bozulmalar nedeniyle önemli bir yeti yitimi nedenidir (119).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya genelinde 264 milyon kişi anksiyete bozukluğu tanısına sahiptir ve bu sayı, dünya nüfusunun %3,6'sına tekabül etmektedir. Engellilik nedeni olan tüm psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar arasında, anksiyete bozuklukları altıncı sırada bulunmaktadır ve hastaların hayatını önemli oranda etkileyen kronik rahatsızlıklar arasında yer almaktadır (120).

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6-%28.8 (121) arasında olmakla birlikte; Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde 12 aylık yaygınlığı %6.7 olarak tespit edilmiştir (122).

Anksiyete bozuklukları ergenlik döneminde veya erken erişkinlik döneminde başlama eğiliminde olup, sıklığı orta yaşta zirveye ulaşmaktadır. Yaş ilerledikçe sıklığı tekrar azalma eğilimindedir (123).

Anksiyete bozukluklarının yaygınlığının kadınlarda erkeklere göre 1.5-2 kat daha fazla olduğu, dünya genelinde farklı ülkelerde ve kültürlerde yapılan çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Cinsiyet açısından tespit edilen bu fark, bu bozukluğun etiyolojinde biyolojik faktörlerin de olabileceğini düşündürmektedir (124).

ABD'de yapılan geniş çaplı bir çalışma olan Ulusal Ektanı Araştırması'nın (NCS) sonuçlarına göre anksiyete bozukluğu tanısıyla takip edilen hastaların %68'inde komorbid olarak majör depresyonun da olduğu, benzer şekilde majör depresyon tanısıyla takip edilen hastaların %58'inde komorbid olarak anksiyete bozukluğu bulunduğu saptanmıştır (125).

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde genetik, çevresel ve biyolojik etkenlerin karmaşık bir etkileşiminin olduğu ve bu durumların anksiyete bozukluklarıyla ilgili riski artırdığı düşünülmektedir (126). Anksiyete bozukluklarının kalıtsallığı, %30-67 aralığındadır ve varyasyonun geri kalanı, yaşam olayları gibi bireysel olumsuz çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Anksiyete bozuklukları %30-67 oranında kalıtsallık göstermektedir ve bu oranın geri kalan kısmı, kişisel ve çevresel faktörlerden kaynaklanmakta gibi görünmektedir (127). Kalıtılabilirliği en yüksek olan anksiyete bozukluğu alt tipinin panik bozukluğu olduğu bilinmekle birlikte, diğer anksiyete bozukluğu alt tiplerinin de akrabalarda ve ailede görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir (114,128). Sosyal desteğin az olması, sosyoekonomik durumun ve eğitim seviyesinin düşük olması, yaşamı tehdit eden hastalığın bulunması, başa çıkma becerisinin düşük olması, sağlıksız yaşam tarzı, cinsel, fiziksel veya duygusal istismar öyküsünün olması gibi risk faktörlerinin varlığına anksiyete bozukluklarının gelişme olasılığı artabilmektedir (126).

Anksiyete bozukluklarının patogenezinde nörotransmitter düzeyinde noradrenalin başta olmak üzere serotonin, GABA, nöropeptid-y, galanin ve HPA aksının etkili olabileceği düşünülmektedir. Genel olarak noradrenerjik

sistemde aktivasyon artışı, serotonerjik sistemde ise aktivasyon azalması olduğu düşünülmektedir (129).

Çalışmalarının erken döneminde Freud anksiyetenin artmış libidodan köken aldığını düşünmekle birlikte, sonraki dönemde anksiyeteyi bilinçdışı bir tehlikenin sinyali olarak kabul etmiştir. Freud bilinçdışı saldırgan veya cinsel dürtüler ile ego veya süperego arasındaki çatışmaların ego tarafından çözümlenememesi halinde kişinin bu durumu tehlike olarak algıladığını ve anksiyetenin ortaya çıktığını söylemiştir. Otto Rank'a göre anksiyete kaynağını doğum travmasından almaktayken; Harry Stack Sullivan'a göre anksiyete yaşamın ilk dönemlerinde anne ile çocuk arasındaki ilişkilerden kaynaklanmaktadır (114).

Davranışçı teori, anksiyeteyi çevreden gelen özgül bir uyarana karşı gelişen koşullu bir yanıt olarak tanımlamıştır. Sosyal öğrenme teorisine göre de aileden öğrenilen davranış kalıpları, bazı durumlarda anksiyete gelişimi ile sonuçlanabilmektedir (114).

Anksiyetenin bilişsel teorisine göre bozulmuş ve hatalı düşünce süreçlerinin, anksiyete semptomlarının gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Anksiyete bozukluğuna sahip bireyler potansiyel tehlikenin büyüklüğünü ve sonucunda oluşabilecek zararın potansiyelini olduğundan fazla tahmin etmekte ve algılanan tehditlerde baş etme kapasitelerini küçümsemektedirler (130).

Varoluşçu yaklaşıma göre anksiyete kişinin ölüm karşısında yaşadığı çaresizlik duygusuna, ölümün kaçınılmazlığı düşüncesine ve varlığının anlamsızlığına verdiği cevap olarak tanımlanabilir (114).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikotrop ilaç tedavileri, bilişsel davranışçı terapi, dinamik yönelimli psikoerapi, destekleyici psikoterapi, rahatlama eğitimi gibi psikoterapi yöntemleri kullanılabilmektedir. Farmakolojik olarak ilk aşamada en sık tercih edilen ilaçlar depresyon tedavisine benzer şekilde seçici serotonin gerialım inhibitörleri ve serotonin-noradrenalin gerialım inhibitörleridir (131,132).

4. Depresyon

Kelime olarak depresyon, hüzün-keder gibi duyguları içeren, çökkünlük, yaşamsal ve işlevsel aktivitelerde azalma, kederli hissetme gibi anlamlarda da kullanılabilen duygusal bir içsel yaşantıdır. Her insanda, yaşamdaki duygusal olaylara bağlı olarak mutsuzluk, üzüntü, keder, hayal kırıklığı gibi duygular ortaya çıkabilmektedir; fakat klinik olarak depresyon tablosunun duygusal bir tepkiye göre şiddeti ve sürekliliği daha fazladır, ayrıca kişinin hayatının gerek mesleki gerek sosyal alanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olabilmektedir (133). Depresyon, insanın yaşamının önceki dönemlerinde keyif aldığı durumlardan ve aktivitelerden eskisi kadar keyif alamaması ve bunlara karşı gelişen ilgi kaybı ile birlikte yoğun mutsuzluk, suçluluk, umutsuzluk, karamsarlık gibi duygu ve düşüncelerle karakterize olan, konsantrasyonda ve enerjide azalma, uyku bozuklukları, devinimde, konuşmada, fizyolojik süreçlerde, düşüncede yavaşlama ve olası özkıyım düşüncelerinin eşlik edebildiği bir sendromdur. (134-137).

Depresyonu sınıflandırma ve tanımlamayla ilgili çabalar antik çağlara kadar uzanmakla birlikte, etiyolojiyle ilgili açıklama yapan ve bir sendrom olarak depresyonun belirti kümesini tanımlayan kişi ilk olarak Hipokrat olmuştur. Hipokrat'a göre, insan vücudunda bulunan sıvılar ile insanın duygudurumu arasında bir ilişki bulunmaktadır ve günümüzde depresyon olarak bilinen bozukluğun nedeninin "kara safra" olduğunu söyleyerek bu duruma "melankoli" adını vermiştir. Hipokrat ekolüne göre insan vücudunda lenf, kan, sarı safra ve kara safra olmak üzere 4 temel sıvı vardır ve melankoli, bu sıvılardan kara safranın fazla olmasıyla ilişkilidir (137-139).

Yazılı metinlerde 1600'lü yıllardan beri Latince'de 'bastırmak, alçakta olmak' anlamına gelen 'depressus' kelimesinden türeyen depresyon sözcüğünün kullanımına rastlansa da depresyon ilk kez Delasiave tarafından, sonrasında ise Kraepelin tarafından 19. yüzyıl sonlarında, 1896 yılında, psikiyatrik bir bozukluğu tanımlamak için kullanılmıştır (137,139,140). Kraepelin, günümüzde depresyon olarak tanımlanan kliniği 'manik depresif hastalık' ve 'involusyonel depresyon' isimleri ile ele almış, mani ve depresyon

belirtilerinin aynı bozukluğun farklı evreleri olduğunu belirtmiş, depresyonun biyolojik temelde gelişen bir bozukluk olduğunu kabul etmiştir (141).

DSM-5'e göre depresyon bozuklukları; majör depresif bozukluk, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), madde veya ilaç ile tetiklenen depresif bozukluk, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, premenstural disforik bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve başka türlü adlandırılamayan depresyon bozukluğu olarak duygudurum bozuklukları başlığı altında yer almıştır. Belirtilen tüm bu bozukluklarda bulunan ortak özellikler; bireyin işlevselliğini belirgin olarak etkileyen bedensel ve zihinsel değişikliklerin, irritabl ya da hüzünlü duygudurumun varlığıdır. Bu bozuklukları birbirlerinden farklı kılan özellikler ise süreleri ve etiyolojileridir (118).

Tüm psikiyatrik bozukluklar içinde en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahip olan bozukluk depresyondur. Majör depresif bozukluğun (MDB) yaşam boyu yaygınlık oranının %5 ile %17 arasında olduğu düşünülmektedir (142). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan, geniş katılımlı çalışmada major depresif bozuklukta (MDB) yaşam boyu hastalanma riski erkeklerde %8-12, kadınlarda %20-26 olarak görülmüştür. Aynı çalışmada bir yıllık prevalans %6.6, yaşam boyu prevalans %16.2 olarak bildirilmiştir (143). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda depresif bozukluğun Türkiye'de bir yıllık prevalansının tüm popülasyonda %4, erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.5 olduğu görülmüştür (122). Başka bir çalışmada en fazla yeti kaybına neden olan psikiyatrik bozukluğun ve 15-59 yaş arasındaki üretken popülasyonda en sık görülen hastalığın depresyon olduğu belirtilmiştir (144).

Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığının 25-44 yaşları olduğu bilinmekteyse de 20 yaş altında ve ileri yaşlarda da yaygınlığının giderek arttığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda depresyonun insidans ve prevalansının kadınlarda, erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir (145). Süreğenleşebilmesinin yanı sıra, iş ve sosyal hayatta neden olduğu kayıplar, güncel aktivitelerde meydana getirdiği olumsuzluklar nedeniyle depresyon, tüm hastalıklar arasında yeti yitimi açısından ön sıralarda yer almaktadır ve yaygınlığının ilerleyen dönemlerde artması beklenmektedir

(133). Önümüzdeki 10 yıllık süreçte, yüksek gelirli ülkelerde ve ABD'de yeti yitiminin ilk sıradaki nedeni olacağı düşünülmektedir (146).

Yapılan çalışmalar sonucunda kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, olumsuz ve stresli yaşam olayları, yetersiz sosyal destek, premorbid depresif kişilik, genetik yükün fazla olması, yeti kaybına neden olan fiziksel ve ruhsal ek hastalık varlığı, kişilik bozukluğu ek tanısının olmasının depresyon gelişimi için risk etkeni olduğu görülmektedir (147-149).

Depresyon etiyolojisinde tek bir etkenden ziyade psikodinamik, genetik, biyokimyasal ve sosyokültürel faktörlerin karmaşık bir etkileşimi olduğu düşünülmektedir.

Depresyonla ilgili klasik psikodinamik kuram, Sigmund Freud tarafından ortaya atılmış, sonraki süreçte onun ilk takipçilerinden olan Karl Abraham tarafından genişletilmiş ve ayrıntılandırılmıştır. Bu kurama göre; yaşamın ilk aylarında, oral dönemde bebek ile anne arasındaki ilişkide yaşanan bozukluklar, sevgi nesnesine karşı ambivalan duygular gelişmesine neden olarak hayatın ileri dönemlerinde depresyon gelişmesine zemin hazırlar (150). Sevgi nesnesiyle ilgili imgesel (reddedilme, hayal kırıklığı) veya gerçek bir kayıp sonrasında, bu kayıptan doğan gerginliği azaltmak için nesne savunma mekanizması olarak içe atılır. Süperego entegrasyonu katı olan bu kişilerde içe atılan nesneyle ilgili ambivalan duygular kişinin kendisine yönlendirilir, kişi kendini suçlu ve yetersiz, değersiz görmeye başlar, özsaygı azalır ve depresyon gelişir (151).

Aaron T. Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği bilişsel teoriye göre depresyondaki duygudurum bozukluğunun temelinde bilişsel bir bozukluk yatmaktadır ve duygudurum bozukluğu, bilişsel bozukluğa ikincil olarak gelişmektedir. Depresyona eğililmli insanlarda, hayatın erken dönemlerindeki yaşantılara bağlı olarak yerleşmiş olan, dış dünya, gelecek ve bireyin kendisiyle ilgili olumsuz kavramlar (şemalar) bulunmaktadır. Bu şemalar yaşam olaylarına bağlı olarak ilerleyen süreçte giderek olumsuz yargı, düşünce ve davranışlara dönüşür. Diğer bir deyişle bu kişiler yaşam olayları karşısında karamsar ve olumsuz bilişlere sahip olurlar. Duygudurum

bozukluğu da bu olumsuz düşünce ve kavramlara bağlı olarak ortaya çıkar (152).

Davranışçı teoriye göre depresyon semptomlarının gelişmesi ve sürmesi, tekrar tekrar yaşanan çaresizlik yaşantıları sonucunda, kişinin strateji olarak geliştirdiği uyumsuz davranışlarla açıklanmıştır ve ödüle ulaşabilmek için davranışların zorlanmasına bağlanmıştır (153,154). Kişinin, ödül duygusundan düzenli olarak yoksun kalmasına neden olan çevreler, kişide umutsuzluğa neden olmaktadır. Bunun sonucunda kişi, ödüllendirilme ihtimali olan durumlara uygun cevaplar verememekte ve sosyal becerilerindeki bu uyumsuzluk kişide depresyona eğilim oluşturmaktadır (155). Seligman'ın 'öğrenilmiş çaresizlik' modeline göre depresyon başa çıkılamayan yaşantılar sonucunda öğrenilen bir davranış kalıbıdır. Bu bağlamda depresyon, geçmişte gerçekleşen ve kişinin kontrolünde olmayan çaresizlik dönemleri sonucunda oluşan ve istenmeyen durumlardan kurtulabilmek amacıyla kişisel olarak harekete geçmenin faydasız olacağı inancı olarak tanımlanır (134,156,157).

Depresyonda biyokimyasal sistemlerde var olan bozulmanın neden mi yoksa organizmanın strese yanıtı mı olduğu tartışma konusu olagelmiştir (134). Çalışmalar serotonin, noradrenalin, dopamin gibi monoaminler; GABA, glutamat, substance-P, BDNF, TRH, CRF, somatostatin, leptin, asetilkolin gibi birçok nörotransmitterin ve hipotalamik-pituiter-adrenal eksen hormonlarının rolü olduğunu göstermektedir (134).

Depresyon tedavisiyle ilgili yapılan çalışmalar farmakoterapi ve psikoterapinin birlikte uygulanmasının, yalnızca psikoterapi veya yalnızca farmakoterapi uygulanmasına göre daha etkili olduğunu göstermektedir (158,159). Antidepresan ilaçların (160,161) ve psikoterapinin (162) kendi başına uygulanmasının da etkili olduğu bilinmektedir. Farmakoterapide en sık kullanılan ilaçlar seçici serotonin gerialım önleyicileri (SSGÖ) ve serotonin-noradrenalin gerialım önleyicileridir (SNGÖ). Trisiklik antidepresan ilaçlar, monoamin enzim inhibitörleri, noradrenalin dopamin geri alım önleyicileri, alfa-2 reseptör antagonistleri, seçici noradrenalin gerialım önleyicileri, serotonin antagonist/gerialım önleyicileri, melatonin analogları gibi psikotrop tedaviler de sıklıkla kullanılmaktadır (134). Tedavide elektrokonvulsif terapi (163),

transkranial manyetik stimulasyon (164), vagal sinir stimulasyonu, derin beyin stimulasyonu, parlaş ışık tedavisi gibi tedaviler de uygulanabilmektedir (165-167). Bilişsel davranışçı terapi, kişiler arası ilişkiler psikoterapisi, dinamik yönelimli terapiler depresyon tedavisinde uygulanabilmektedir (134,168).

5. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık (PD) kavramının İngilizce'deki karşılığı olan 'resilience' kelimesi, kökenini 're' ve 'salire' sözcüklerinden oluşan ve 'tekrar sıçramak, geriye atlamak' anlamına gelen 'resiliere' kelimesinden almıştır. 'Resilience' bir maddenin önceki halinde kolay bir şekilde geri dönebilmesi, esneyebilmesi anlamına gelmektedir. Bu yönden bakılacak olursa PD, travma veya stres içeren yaşam olaylarının sonrasında, geçmişteki stabil ruhsal duruma geri dönebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir (169,170). 'Resilience' terimi günümüzdeki şekliyle ilk kez Rutter tarafından 1985 yılında kullanılmıştır (171). Ülkemizdeki çalışmalarda 'resilience' karşılığı olarak geçmiş dönemlerde yılmazlık, psikolojik sağlamlık, kendini toparlama gücü gibi kavramlar kullanıldıysa da son yıllarda 'psikolojik dayanıklılık' teriminin uygun olduğu konusunda uzlaşılmıştır (172).

PD kavramı ile ilgili ilk çalışan kişilerden biri Suzanne C. Kobasa olmuştur. Kobasa, travmatik deneyimler veya stresli süreçlerle karşılaşmalarına rağmen, önceki normal hayatlarına geri dönebilen ve uyum sağlayabilen kişilerin ortak özelliklerinin 'psikolojik dayanıklılık' olduğunu söylemiştir ve PD'yi kişinin kendisini yaptıklarına adaması, yeniliklere açık olabilmesi ve kişinin hayatında gerçekleşen olayların kontrolünü elinde tuttuğuna inanması olarak tanımlamıştır (173). Ancak Kobasa dayanıklılığı ifade ederken "psychological hardiness" terimini kullanmıştır. Fakat Kobasa bu açıklamayı 'psychological resilience' üzerinden değil, 'paychological hardiness' kavramı üzerinden yapmıştır. Temel olarak iki sözcük (resilience ve hardiness) birbirine benzer anlamlar ifade etmekle birlikte, 'hardiness' zorluklara katlanmayı ve az etkilenmeyi ifade ederken, bu zorluklar karşısında olumlu yönde bir değişim olmasını zorunlu kılmaz; 'resilience' kavramı ise

yaşanan zorluklardan sonra uyum becerisinde meydana gelen bir artışı ifade etmektedir (174). PD kavramı stresli ve travmatik hayat olayları gibi olumsuz durumları içeren ‘zorluk’ ve bu olumsuz durumlara karşı gelişen sosyal ve davranışsal uyum kapasitesini içeren ‘pozitif uyum’ şeklinde temel iki unsuru barındırmaktadır (175,176).

PD ile ilgili yapılan araştırmalarda, kavramın çeşitli çalışmalarda değişik biçimlerde tanımlandığı ve alanyazına bakıldığında PD’nin tanımıyla ilgili fikir birliği sağlanamadığı görülmektedir. Bu durum, PD’nin süreç içinde kazanılan bir özellik veya insanın kişiliğinin bir özelliği olarak değerlendirilmesi veya stresli süreçlerle başa çıkabilmek için insanlara yardımcı olan diğer etkenlerin rolünün değerlendirmeye alınıp alınmaması gibi değişkenlerden kaynaklanmaktadır (177).

PD, Kobasa’ya göre stresin insan ruh sağlığı üzerindeki negatif etkilerini azaltan ve ruhsal rahatsızlığa neden olan gerginliğin önüne geçen, kişilikle ilgili bir özelliktir (173). Masten ise PD’yi, yüzleşilen zorluklar ve stresli süreçler sonucunda öğrenilen, fark edilen ve idrak edilen bir süreç şeklinde tanımlamaktadır (178). 2006 yılındaki çalışmasında Rutter PD’yi “bazı kişilerin, ciddi ruhsal sonuçlara yol açması beklenen tecrübeler yaşamasına rağmen olumlu bir psikolojik sonuç göstermeleri” olarak ifade etmiştir (179). Felten’in tanımına bakılacak olursa PD, hastalık veya kayıp sonrasında bedensel veya ruhsal iyilik durumuna tekrar ulaşma, sonrasında da bu durumu koruma yeteneğidir (170). Garmezy’nin tanımına göre PD, kişinin hayatındaki problemlerle ve güçlüklerle başa çıkabilmek için güçlü kalabilme veya önceki güçlü haline dönebilme potansiyelini içermektedir (180). Luthans’a göre PD, insanın belirsizlik ve buna benzer olumsuz durumlarla karşılaştığı zaman gösterebildiği adaptasyon ve başarılı bir şekilde bu durumlarla baş edebilme yeteneğidir (181). Luthar da benzer şekilde güçlüklere rağmen bireyin uyum sağladığı ve dinamik olarak işleyen bir süreç olarak ifade etmektedir (182). Earvolino ve Ramirez de yaptıları çalışmada PD’yi, değişim dönemlerinden, hastalık durumlarından, depresyondan sonra önceki haline dönebilme ve esneklik kapasitesi; zorlu durumların ertesinde kendini hızla toparlayabilme olarak tanımlamışlardır (174).

Friborg ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada PD ‘sosyal kaynaklar’, ‘aile uyumu’, ‘kişisel güç’, ‘sosyal yeterlilik’ ve ‘yapısal stil’ şeklinde beş boyutta tanımlanmış olup (183); 2005 yılında yapılan yeni bir çalışmada ‘kişisel güç’ boyutu ‘gelecek algısı’ ve ‘kendilik algısı şeklinde ikiye ayrılmış ve toplamda altı boyutta kategorize edilmiştir (184). Bu boyutlardan aile uyumu; kişinin kendisinin ve ailesinin değer verdiği şeylerin örtüşmesini ve ailesiyle birlikteyken kendini mutlu hissedip hissetmediğini ve buna bağlı olarak ailesinden aldığını düşündüğü desteği, özetlemek gerekirse kişinin ailesiyle uyumunu ifade etmektedir (172). Yapısal stil, bireyin öz güveni, öz disiplini ve güçlü yanları gibi kişilik özelliklerini kapsamaktadır (172). Gelecek algısı, kişinin gelecekle ilgili olumlu görüşlerini ve bakış açısını ifade etmektedir (172). Kendilik algısı, bireyin kendiyle ilgili farkındalığının olmasını ve kim olduğuyla ilgili görüşlerini ve düşüncelerini tanımlamaktadır (185). Sosyal kaynaklar, kişinin sosyal sorumluluğunu, sosyal ilişkilerini ve bu alandaki yeterliliğini ifade etmektedir (186). Sosyal yeterlilik kavramı ise, kişinin sosyal açıdan destek görüp görmediği ve bununla ilişkili olarak olarak sosyal uyum düzeyini, çevre ile ilişkisini sosyalleşme eğilimini anlatmaktadır (183).

PD, zorlu durumlar ile karşı karşıya kalındığında, koruyucu etmenler ve risk etmenlerinin etkileşimi sonrasında gelişen süreçte, kişinin yaşamındaki değişikliğe uyum sürecini içermektedir (187). Yani PD, koruyucu etmenlerin ve risk etmenlerinin etkileşimi sonucunda ortaya çıkmakta olan bir özellik olarak değerlendirilmektedir. Kişilik özellikleri, yapısal özellikler, sosyal ve ailesel destek sistemleri, aile uyumu gibi etkenler, travmatik süreçlerde PD’nin yüksek olmasında ve işlemesinde önemli faktörlerdir (188). Bu nedenle PD kavramını anlamak için risk etmenlerinin ve koruyucu etmenlerin anlaşılması önem kazanmaktadır.

PD ile ilgili bireysel risk faktörleri; olumsuz yaşam olayları, düşük öz güven, etnik azınlık mensubu olma, engellenme toleransının düşük olması, uyumsuz ve kaygılı kişilik özellikleri, antisosyal kişilik ve davranış örüntüsü, zekâ düzeyinin düşük olması, annenin hamilelikte alkol veya ilaç kullanımı, erkek cinsiyet, doğum travması, kronik rahatsızlık öyküsü, erken doğum öyküsü, küçük yaş, utangaçlık, olumsuz bakış açısına sahip olma olarak

gösterilebilir. Ailevi risk faktörleri; anne-babanın kronik hastalıkları, psikopatolojileri, çatışmaları, suç işleme öykülerinin olması, katı veya birbiriyle tutarlı olmayan ebeveyn tutumları, kardeşler arasında anlaşmazlık ve çatışmanın yoğun olması, vefat veya ayrılık nedeniyle olan ebeveyn kayıpları şeklinde sıralanabilir. Sosyoekonomik ve kültürel düzeyin düşük olması, istismar ve ihmal öyküsü, evsiz olma, yoksulluk, göç, işsizlik, terör, toplumsal şiddet, yetersiz beslenme ve yetersiz akran desteği gibi faktörler ise çevresel risk faktörleri olarak gösterilebilir (179,187,189,190).

PD açısından koruyucu faktörler incelenecek olursa, bireysel koruyucu faktörler; öz güvenin yüksek oluşu, zekâ düzeyinin yüksek oluşu, öz saygının yüksekliği, engellenme kapasitesinin ve hazzı erteleyebilme yeteneğinin yüksek olması, yüksek sorun çözme becerisi, dışa dönük ve uyumlu kişilik özellikleri olarak sıralanabilir. Sosyal ve çevresel koruyucu faktörler olarak; eğitim düzeyinin iyi olması, sosyal çevrede kabul görme, akran ilişkilerinin ve okul tecrübelerinin olumlu olması, çevrede olumlu örnek alınabilecek kişilerin olması, toplumsal desteğin olumlu olması, aile haricinde sosyal destek sağlayabilecek kişilerin varlığı gösterilebilir (179,187,189,190). Anne ve babayla kurulan olumlu ve yapıcı ilişkiler, babanın ilgili olması, anne ve babanın eğitim düzeylerinin yüksek olması ve destekleyici olmaları, ailenin esnek bir yapısının olması ve ailede liderlik görevinin paylaşılması, ebeveynlerin birlikte olması ise ailesel koruyucu faktörlere örnek olarak gösterilebilir (191-193).

PD'nin nörolojik temelini gösterebilmek için yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmalarının sayıları son yıllarda giderek artmaktadır ve üzerinde en çok durulan beyin bölgelerinin prefrontal korteks, insula, amigdala, hipokampus ve anterior singulat korteks olduğu görülmektedir (194). Hipokampus hacmindeki azalmanın, strese karşı azalmış PD ve travma sonrası stres bozukluğu riskinde artış ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur; PD ile amigdala hacimleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar olduğu görülmekle birlikte, amigdaladaki aktivite artışının PD'de azalmayla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır

(194,195). Anterior singulat kortekstеki hacim azalmasının, PD'de azalmayla ilgili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu görülmektedir (196).

PD'nin yüksek olmasının, kişide psikiyatrik hastalık gelişme ihtimalini önemli oranda azalttığı gösterilmiştir (197). Bu azalmanın yanında, PD'nin yüksek olması, gelişebilecek psikiyatrik rahatsızlıklarda iyileşmenin daha hızlı olacağını ifade etmektedir (198).

Alanyazında özkıyım ile PD arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; depresyon veya anksiyete bozukluğu ile takip edilen kişilerde PD'nin yüksek olmasının özkıyım riskinde azalma ile ilişkili olduğu, geçmişlerinde özkıyım girişimi olan kişilerin PD düzeylerinin daha düşük olduğu; PD ve koruyucu faktörleri fazla olan kişilerde özkıyım girişimi veya özkıyım düşüncelerinin daha az olduğu görülmüştür (199-203).

Bipolar affektif bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmalarda PD'nin yüksek olması hastalardaki depresif atak sayısı ve sıklığının az olması, eşlik eden uyku problemleri ve anksiyete bozukluklarının daha az olmasıyla ilişkili bulunmuştur (204,205).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları ile PD ilişkisi üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Erişkin hayatta anksiyete bozukluklarının gelişme olasılığını arttıran travmatik ve olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin, yüksek PD'si olan kişilerde duygu düzenlemesi üzerindeki olumsuz etkilerinin, düşük PD'si olan kişilere göre daha az olduğu gösterilmiştir (206). Erişkin yaşamda deneyimlenen travmaların sonrasında depresyon gelişiminin, yüksek PD olan grupta belirgin olarak daha az olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (207). Majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk ile PD arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir çalışmada, psikiyatrik tanılardan depresyon ve anksiyete birlikteliğinde PD'nin en düşük düzeyde olduğu görülmüştür (208). Depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları olan hastaları değerlendiren başka bir çalışmada, yüksek psikolojik dayanıklılık ve düşük sürekli anksiyete skorlarına sahip olan hastaların tedaviye cevap verme oranı, düşük psikolojik dayanıklılık ve yüksek sürekli anksiyete skorlarına sahip olan hastalara göre 10 kat daha yüksek bulunmuştur (209).

PD hastalarla ilgili sabit bir değişken değildir ve göz önüne alınması gereken bir netice olarak, tedavi ile bu konuda iyileşme sağlanabilir. Çalışmalarda, yapılan klinik ve psikiyatrik müdahalelerin PD'de artışa katkı sağlayabileceği görülmektedir (210).

5.A. COVID-19 Pandemisi ve Psikolojik Dayanıklılık

COVID-19 pandemisi dünyanın her yerinde günlük yaşamı, sosyal ilişkileri ve alışkanlıkları derinden sarsmıştır. Bu süreç sonucunda gelişen sosyal izolasyon, ekonomik belirsizlikler ve benzeri stres faktörleri, yalnızlık ve umutsuzluğun artmasına ve bunların sonucunda depresyon, anksiyete, özkıyım düşüncelerinde artışa neden olabilmektedir (211). Bunların yanında insanların yaşamdaki zorluklara ve mücadelelere geniş bir yelpazede farklı cevaplar verdikleri bilinmektedir. Zorluklara katlanabilme, olumlu yönde uyum gösterebilme, olumsuzluklardan güçlenerek geri gelebilme gibi durumlar "psikolojik dayanıklılık" çerçevesinde değerlendirilmektedir (212)

Pandeminin erken döneminde, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan, 1004 kişiye gönderilen çevrimiçi anketlerin değerlendirildiği bir çalışmada; PD düzeyinin, pandeminin erken döneminde, normal şartlardaki toplum verilerine göre anlamlı olarak düşük olduğu gösterilmiştir. PD'nin düşük düzeyde olması ile daha ciddi depresyon düzeyi, daha yüksek düzeyde anksiyete ve özkıyım düşünceleri arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Ek olarak; düşük PD, COVID-19 pandemisi ile ilgili endişelerin daha yüksek olmasıyla da ilişkili bulunmuştur. PD'nin daha yüksek düzeyleri ile ilişkili bulunan faktörler ise; gündüz dışarıda en az 10 dakika vakit geçirme, günlük fiziksel aktivite, aile ve arkadaş desteğinin olumlu olması, uykusuzluk şikayetinin olmaması ve daha fazla ibadet etme şeklinde değerlendirilmiştir (213)

Pandemi döneminde ABD'de yapılan, çevrimiçi şekilde 6008 kişiyi değerlendiren çalışmada, çalışmaya katılanların %16.6'sının PD'lerinin düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Düşük ve normal PD düzeyinde olan kişilerin pandemi sürecinde hissettikleri ruhsal sıkıntı ile yüksek PD düzeyi olan kişilerin ruhsal sıkıntı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. İleri analizlerde ise, daha yüksek PD düzeyinin öngördürücüleri

olarak; erkek cinsiyet, ileri yaş, siyahi olma, lise ve daha altı eğitim seviyesine göre üniversite ve üstü eğitim düzeyi, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olma olarak değerlendirilmiştir (214).

COVID-19 pandemisinde travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilgili etkenleri incelemek amacıyla, çevrimiçi anketler yoluyla yapılan çalışmada; çalışmaya katılan 18-30 yaş arasındaki 898 yetişkin kişide, yüksek PD düzeyleri, düşük anksiyete ve kaygı ile; yalnızlık ve düşük sıkıntı tolerans düzeylerinin daha yüksek depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (215).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Örneklem Seçimi

Çalışmada hasta grubu, 01.09.2021 - 25.12.2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvurmuş ve/veya Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk İmmünoloji Bilim Dalı Polikliniği'ne başvurmuş, primer immün yetmezlik tanısıyla takip edilen 70 kişiden oluşturulmuştur. Kontrol grubu, hastaların yanında refakatçi olarak gelen, ciddi bir psikiyatrik yakınması olmayan, primer immün yetmezlik tanısı olmayan 69 kişiden oluşturulmuştur.

Çalışmaya katılmayı kabul eden her gönüllü katılımcı, çalışmanın amacı ile ilgil bilgilendirilmiş, çalışmanın amacı ve biçimi ile ilgili sözel olarak ve yazılı materyalle (Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Takültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu [Hasta Grubu İçin]" ve "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu [Sağlıklı Kontrol Grubu İçin]") bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 30.06.2021 tarihinde 2021-9/9 nolu karar numarası, revizyon ile ilgili etik kurul onayı 20.10.2021 tarihinde 2021-15/20 nolu karar numarası ile alınmıştır. Çalışmanın COVID-19 ile ilişkili olması nedeniyle T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'na başvuru yapılmış ve araştırma onayı alınmıştır (Ek-7).

2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

Çalışmaya alınma ölçütleri, hasta grubu için; 18-65 yaş arasında olmak, okur-yazar olmak, primer immün yetmezlik tanısı almış olmak olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme ölçütleri; 18-65 yaş arasında olmak ve okur-yazar olmak olarak belirlenmiştir.

3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Çalışmadan dışlama ölçütleri, hasta grubu için; 18-65 yaş aralığının dışında olmak, yargılama ve gerçeği değerlendirmeyi bozacak düzeyde ruhsal hastalık tanısı almış olmak, madde ve alkol kullanım bozukluğu veya bağımlılık öyküsü olması olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu için çalışmadan dışlama ölçütleri olarak; 18-65 yaş aralığının dışında olmak, yargılama ve gerçeği değerlendirmeyi bozacak düzeyde ruhsal hastalık tanısı almış olmak, madde ve alkol kullanım bozukluğu veya bağımlılık öyküsünün olması, primer immün yetmezlik tanısı almış olmak olarak belirlenmiştir.

4. Uygulanan Form ve Ölçekler

Çalışmaya katılan hastaların ve kontrol grubunun ruhsal durum muayeneleri sonrasında Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) (Ek-2), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) (Ek-3), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) (Ek-4), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) (Ek-5), COVID-19 Değerlendirme Formu (Ek-6) doldurulmuştur.

Sosyodemografik Veri Formu, HAM-D, HAM-A görüşmeci tarafından doldurulurken; WHOQOL-BREF TR, YPDÖ ve COVID-19 Değerlendirme Formu katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görülmüşlerdir.

4.A. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1)

Çalışmaya katılan bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı ve varsa çocuk sayısı, kimlerle birlikte yaşadığı, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, ekonomik gelir düzeyi, sigara kullanımı olup olmadığı, alkol kullanımı olup olmadığı, teşhis edilmiş tıbbi hastalığı olup olmadığı, geçmişte veya halen hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı ve psikotrop ilaç kullanımı olup olmadığı, ailesinde hekim tarafından tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık tanısı ve psikotrop ilaç kullanımı olup olmadığı,

SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirip geçirmediği ve geçirdiyse hangi tedavileri gördüğü, SARS-CoV-2 için geliştirilen aşıları yaptırıp yaptırmadığı ile ilgili bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen formdur.

4.B. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ, Ek-2)

Friborg ve ark. (184) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin tarafından 2011 yılında yapılmıştır (172). 5'li Likert tipinde 33 maddeyi içeren ölçekte gelecek algısı (4 madde), sosyal yeterlililk (6 madde), sosyal kaynaklar (7 madde), aile uyumu (6 madde), yapısal tarz (4 madde), kendilik algısı (6 madde) şeklinde alt boyutlar vardır. En fazla 165 puan alınabilecek olup, puan arttıkça ruhsal dayanıklılığın arttığı düşünülmektedir.

Ölçekteki alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının .66-.81 arasında ve test-tekrar test güvenirliklerinin ise .68 ile .81 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .86 olarak hesaplanmıştır.

4.C. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR, Ek-3)

Uluslararası güvenilir ve geçerli bir yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği geliştirmek, kültürler arasında karşılaştırma yapabilmek amacıyla 1993 yılında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) tarafından büyük boyutlu bir proje başlatılmıştır ve sonucunda birçok ölçme aracı oluşturulmuştur (örn. WHOQOL-100, WHOQOL-BREF, WHOQOLOLD) (216,217). Türkiye, halen 15 ülkede ve 12 dilde geçerli olan WHOQOL ölçeği geliştirme projesine 1995 yılında dahil olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre yaşam kalitesi "bireylerin yaşamlarındaki durumlarını, içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçlar, beklentiler, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları" olarak nitelendirilmiştir (217,218). Bu çalışmada kullanılan WHOQOL-BREF TR, 27 maddeden oluşmakta, çevresel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve bedensel sağlık olmak üzere dört boyutta yaşam kalitesini değerlendirmektedir (217,219).

WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, 6 alt boyuttan oluşan WHOQOL-100 ölçeğinin kısa formudur. WHOQOL-100'deki

24 bölümden, her bölüm için birer soru çıkartılarak ve yaşam kalitesi ve genel sağlık ile ilgili iki soru eklenerek oluşturulmuştur. 5'li derecelendirme tipinde 26 sorudan bu ölçek "1=Hiç memnun değilim, 5=Çok memnunum" şeklinde hazırlanmıştır. Özgüven, olumlu duygular, beden imgesi gibi psikolojik sağlık; uyku, enerji, ağrı hissetme gibi bedensel sağlık; kişisel ilişkiler, sosyal destek gibi sosyal ilişkiler; ekonomik durum, ulaşım sağlık koşulları, güvenli ortam gibi çevresel sağlık olmak üzere dört alt boyut içermektedir. Puanın yükselmesi, hayat kalitesinin artışına işaret etmektedir. Eser ve arkadaşları tarafından (219) 1999 yılında Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Formun Türkiye'de kullanılan formunda çevreyi içeren bir soru daha bulunmakta ve toplamda 27 soruyu içermektedir.

4.D. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D, Ek-4)

Hamilton tarafından geliştirilip, Williams (220) tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülen, tanı koydurucu olmayıp, hastalarda depresyonun düzey ve şiddetini ölçen bu ölçek; depresyonun derecesini ölçmek için en sık kullanılan yöntemlerden biridir ve tedavi sürecinde izlemi kolaylaştırmaktadır. Ölçeğin gece yarısı uyanma, somatik belirtiler, uykuya dalma güçlüğü, sabah erken uyanma, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2 puan ile derecelendirilirken, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmektedir. Görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçek olup, bu çalışmada 17 soruluk formu kullanılmıştır. Sorular yapılandırılmış olup, ek sorular sorulabilmektedir. En yüksek 53 puan alınabilmektedir. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996'da Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gerçekleştirilmiştir (221).

4.E. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A, Ek-5)

Bu ölçek, Hamilton tarafından geliştirilmiş olup hastalardaki anksiyetenin düzeyini ve belirti kümesini belirlemek ve şiddet değişimini değerlendirmek için kullanılır. Görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçek olup hem ruhsal hem fiziksel anksiyete belirtilerini sorgulamaktadır ve toplamda 13 madde içermektedir. Her madde 0 ile 4 puan arasında değerlendirilmekte, toplam puan 0 ile 56 arasında değişmektedir. 1, 2, 3, 5, 6. maddeler psişik, 4, 7, 8, 9,

10, 11, 12, 13. maddeler somatik anksiyeteyi değerlendirmektedir. Puan arttıkça, anksiyete düzeyinin arttığı düşünülmektedir. 5 puan ve altı değerlerin normal olduğu, 5-14 puan arası değerler hafif derece anksiyeteye işaret ettiği, 14 ve üzeri değerlerin ise belirgin anksiyeteyi gösterdiği düşünülmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1998 yılında, Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (222,223)

4.F. COVID-19 Değerlendirme Formu (Ek-6)

PİY hastalarında COVID-19 pandemisine verilen tepkilerin değerlendirilmesi ve pandemiden etkilenme düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilen formdur. İlk olarak Aşut'un yaptığı çalışmada, kanser hastaları üzerinde kullanıldığı görülmüştür (224).

Formda; katılımcıların kendilerinin veya yakınlarının COVID-19 enfeksiyonu şüphesiyle takip edilip edilmedikleri, COVID-19 enfeksiyonu geçirip geçirmedikleri, pandemi sonrasında dikkatlerini sürdürme becerileri, uyku kaliteleri ve uyku süreleri, iştahları, sosyal medyada harcadıkları süreyle ilgili değişikliklerle ilişkili sorular yer almaktadır. Bu sorular pandemi psikososyal etkilenme düzeyi (PPED) başlığı altında birleştirilmiş ve cevapları "1-Belirgin arttı, 2-Kısmen arttı, 3-Değişmedi, 4-Kısmen azaldı, 5-Belirgin azaldı" şeklinde değerlendirilmiştir.

Katılımcıların COVID-19 pandemisiyle ilgili yaşadıkları stres düzeylerini ve algıladıkları risk durumlarını, yaşadıkları kaygıları ve korkuları, kullanmakta oldukları tedavileri bırakmayı düşünüp düşünmediklerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmış olan "COVID-19 Pandemisine İlişkin Risk Ölçeği (PRAÖ)", 5'li Likert tipinde hazırlanmış, 10 sorudan oluşmaktadır. Pandemi sürecinde oluşan risk algılarını değerlendirmek amacıyla hazırlanan 10 soruya "kesinlikle katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum" şeklinde verilen cevaplar, "5,4,3,2,1" olarak puanlanmış ve yüksek puanlar COVID-19 pandemisiyle ilgili risk algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmıştır. İlk iki soru PİY hastaları için hastalıkları ve tedavi süreçlerine yönelik olarak; sağlıklı gönüllüler için ise gündelik hayatlarına yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu sorular SARS epidemisinin sağlık

çalışanlarında psikolojik etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmış olan çalışmalardaki sorular örnek alınarak hazırlanmıştır (225-226).

PRAÖ'nün güvenilirliği, iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach α güvenilirlik katsayısı ile incelenmiştir ve Cronbach α katsayısı 0.847 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin bu açıdan yüksek güvenilirlikte olduğu düşünülmüştür. Ölçeğin geçerliliği ise yapısal ve kriter geçerliliği olarak incelenmiştir. Benzer amaca hizmet eden HAM-A ölçeğini inceleyerek, PRAÖ ile HAM-A arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.639$, $p<0.001$). PRAÖ'nün bu açıdan kriter geçerliliğini sağladığı düşünülmüştür. Yapısal geçerlilik ise ek hastalık toplam sayısı ile değerlendirilmiştir. Beklenti, toplam ek hastalık sayısı ile PRAÖ'nün aynı yönde ilişkili olmasıdır. Yapılan incelemede, toplam ek hastalık sayısı ile PRAÖ arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($r=0.274$, $p=0.001$). PRAÖ'nün bu açıdan yapısal geçerliliği sağladığı düşünülmüştür.

5. İstatistiksel Yöntem

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk Testi ile incelenmiştir. Normal dağılım sağlandığı durumda iki grup arasında yapılan karşılaştırmalar t testi, normal dağılım sağlanamadığı durumda ise Mann Whitney U Testi yapılmıştır. İkiden fazla grup karşılaştırmalarında verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı Kruskal Wallis Testi ile yapılmış olup post-hoc karşılaştırmalarda Dunn-Bonferroni Testi uygulanmıştır. Normal dağılım sağlandığı durumda betimleyici istatistikler ortalama±standart sapma, normal dağılım sağlanamadığı durumda ise medyan (minimum:maksimum) değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında ise Pearson Chi Square Testi, Fisher's Exact Testi ve Fisher-Freeman-Halton Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ise n(%) ile ifade edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler ise Pearson korelasyon katsayısı ve Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. PRAÖ ölçeğinin güvenirlik analizleri Cronbach alfa (α) katsayısı ile incelenmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS v22.0 programı ile yapılmıştır. İstatistiksel

analizlerde anlamlılık düzeyi olarak p=0.05 alınmıştır. Veri sayısı 4'ten az olanlar istatistiksel karşılaştırmalara alınmamıştır.

BULGULAR

Çalışmaya primer immün yetmezlik tanısıyla takip edilen 70 hasta (39 kadın, 31 erkek) ve primer immün yetmezlik tanısı olmayan 69 gönüllü kontrol (39 kadın, 30 erkek) olmak üzere toplam 139 kişi katılmıştır. Hasta grubunun %55,7'si (n=39) kadın, %44,3'ü (n=31) erkek; kontrol grubunun %56,5'i (n=39) kadın, %43,5'i (n=30) erkektir. Hastaların yaşlarının ortanca değerinin 31 (18-64) olduğu, kontrol grubunun yaşlarının ortanca değerinin 31 (19-64) olduğu görüldü. Hasta ve kontrol grupları sosyodemografik özellikler bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Kontrol ve hasta gruplarının sosyodemografik özellikleri bakımından karşılaştırılması.

	Kontrol (n=69)	Hasta (n=70)	p
Yaş	31(19-64)	31(18-64)	0.654
Çocuk Sayısı	0(0-3)	0(0-4)	0.963
Cinsiyet (Kadın)	39(%56.5)	39(%55.7)	0.924
Kimlerle yaşadığı			
• Eşi ve çocukları ile	24(%34.8)	24(%34.3)	0.991
• Eşi ile	12(%17.4)	11(%15.7)	
• Anne ve/veya baba ile	28(%40.6)	30(%42.9)	
• Yalnız	5(%7.2)	5(%7.1)	
Çalışma Durumu			
• Çalışmıyor	40(%58)	43(%61.4)	0.678
• Çalışıyor	29(%42)	27(%38.6)	
Aylık Gelir			
• Kötü	4(%5.8)	6(%8.6)	0.112
• Orta	56(%81.2)	46(%65.7)	
• İyi	9(%13)	18(%25.7)	
Eğitim Düzeyi			
• İlkokul	8(%11.6)	9(%12.9)	0.999
• Ortaokul	7(%10.1)	7(%10)	
• Lise	27(%39.1)	27(%38.6)	
• Yüksekokul	4(%5.8)	4(%5.7)	
• Üniversite	16(%23.2)	17(%24.3)	
• Yüksek Lisans/Doktora	7(%10.1)	6(%8.6)	
Medeni Durum			
• Bekar	34(%49.3)	36(%51.4)	0.800
• Evli	35(%50.7)	34(%48.6)	
Sigara			
• Hiç kullanmadım	38(%55.1)	43(%61.4)	0.404
• Bir süre kullandım, bıraktım	15(%21.7)	17(%24.3)	
• Kullanıyorum	16(%23.2)	10(%14.3)	
Alkol			
• Hiç kullanmadım	40(%58)	44(%62.9)	0.822
• Bir süre kullandım, bıraktım	6(%8.7)	6(%8.6)	
• Kullanıyorum	23(%33.3)	20(%28.6)	

Değerlendirilen kesitte hasta grubunun %31,4'ünün (n=22), kontrol grubunun %23,2'sinin (n=16) psikotrop ilaç kullanımları olduğu görüldü. Ailede psikotrop ilaç kullanımının ise hasta grubunun %37,1'inde (n=26), kontrol grubunun %36,2'sinde (n=25) mevcut olduğu görüldü. Psikiyatrik başvuru, psikiyatrik tanı, psikotrop ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik başvuru, ailede psikiyatrik tanı ve ailede psikotrop ilaç kullanımı açısından hasta ve kontrol

grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup, ayrıntılı bilgiler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Kontrol ve hasta gruplarının psikiyatrik başvuru, psikiyatrik tanı, psikotrop ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik başvuru, ailede psikiyatrik tanı ve ailede psikotrop ilaç kullanımları açısından karşılaştırılması.

	Kontrol (n=69)	**Hasta (n=70)**	**p**
Psikiyatrik başvuru varlığı	20(%29)	28(%40)	0.172
Psikiyatrik tanı			
• Yok	49(%71)	42(%61.4)	0.490
• Depresyon	14(%20.3)	19(%27.1)	
• Anksiyete bozuklukları	6(%8.7)	8(%11.4)	
Psikotrop ilaç kullanımı varlığı	16(%23.2)	22(%31.4)	0.276
Ailede psikiyatrik başvuru varlığı	24(%34.8)	26(%37.1)	0.772
Ailede psikiyatrik tanı			
• Yok	44(%63.8)	44(%62.9)	0.235
• Depresyon	20(%29)	16(%22.9)	
• Anksiyete bozuklukları	4(%5.8)	10(%14.3)	
• OKB	1(%1.4)	0(%0)	
Ailede psikotrop ilaç kullanımı	25(%36.2)	26(%37.1)	0.911

Hasta grubu incelendiğinde tanı alma yaşının ortanca değerinin 23 (4-64) olduğu, tedavi süresinin ortanca değerinin (ay) 93 (3-330) olduğu görülmüştür. Hasta grubunun %74.3'ünün (n=52) intravenöz immunoglobulin tedavisi aldığı, %25.7'sinin (n=18) subkutan immunoglobulin tedavisi aldığı saptanmıştır. Tanılar incelendiğinde hastaların %94'ünün (n=66) primer antikor eksikliği, %4'ünün (n=3) immün disregülasyon, %2'sinin (n=1) sendromik kombine immün yetmezlik tanısıyla takip edildikleri görülmüştür. Primer antikor eksikliklerine bakıldığında CVID (n=34), BLNK eksikliği (n=1), IgG subgrup eksikliği (n=7), IgG subgrup ve IgM eksikliği (n=2), spesifik antikor yapım defekti (n=1), PIK3CD eksikliği (n=1), hipogamaglobulinemi (n=9), agamaglobulinemi (n=4), hiper IgM sendromu (n=6), parsiyet IgA eksikliği (n=1) tanılarının mevcut olduğu; immün disregülasyonlara bakıldığında LRBA eksikliği (n=2), ADA II eksikliği (n=1) tanılarının olduğu; sendromik kombine immün yetmezliklerden Wiskott Aldrich sendromu tanısının (n=1) mevcut olduğu görülmüştür. Hasta grubunda tanı alma yaşı, tedavi süresi, tedavi şekli, hastalık grupları ve özgül hastalıkları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Hasta grubunda tanı alma yaşı, tedavi süresi, tedavi şekli, hastalık grupları ve özgül hastalıkların dağılımı.

	Hasta (n=70)
Tanı yaşı	23(4-64)
Tedavi süresi (Ay)	93(3-330)
Tedavi şekli	
IVIG	52(%74.3)
SCIG	18(%25.7)
Primer Antikor Eksiklikleri	66(%94)
CVID	34(%52)
BLNK eksikliği	1(%1.5)
IgG subgrup eksikliği	7(%10)
IgG subgrup ve IgM eksikliği	2(%3)
Hipogamaglobulinemi	9(%14)
Agamaglobulinemi	4(%6)
Spesifik antikor yapım defekti	1(%1.5)
PIK3CD eksikliği	1(%1.5)
Hiper IgM sendromu	6(%9)
Parsiyel IgA eksikliği	1(%1.5)
İmmün disregülasyon	3(%4.2)
LRBA eksikliği	2(%3)
ADA II eksikliği	1(%1.5)
Sendromik kombine immün yetmezlik	1(%1.5)
Wiskott Aldrich Sendromu	1(%1.5)

Hasta grubunda HAM-D, HAM-A psişik alt boyut, HAM-A somatik alt boyut ve HAM-A toplam puanlarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$; $p=0.007$; $p=0.009$; $p=0.008$). WHOQoL-BREF-TR alt ölçekleri incelendiğinde hasta grubunda WHOQoL-BREF-TR'nin 2. sorusunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). WHOQoL-BREF-TR alt ölçeklerine bakıldığında fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt ölçeklerinin puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$; $p=0.004$; $p=0.017$). HAM-D, HAM-A ve WHOQoL-BREF-TR ölçeklerinin değerleri açısından hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hasta ve kontrol gruplarına uygulanan HAM-D, HAM-A ve WHOQoL-BREF-TR puanlarının karşılaştırılması.

	Kontrol (n=69)	Hasta (n=70)	p
HAM-D	3(0-16)	5.5(0-21)	**<0.001**
HAM-A			
Psişik	2(0-10)	3(0-11)	**0.007**
Somatik	1(0-13)	3(0-11)	**0.009**
Toplam	4(0-20)	6(0-21)	**0.008**
WHOQoL-BREF-TR			
1. Soru	4(1-5)	3(1-5)	0.075
2. Soru	4(1-5)	3(1-5)	**<0.001**
Fiziksel sağlık	85.7(28.6-100)	64.3(17.9-100)	**<0.001**
Psikolojik	75(37.5-95.8)	66.7(16.7-100)	**0.004**
Sosyal ilişkiler	75(41.7-100)	66.7(33.3-100)	**0.017**
Çevre	74.2±13.7	72.6±12.6	0.494

Hasta grubunda YPDÖ sonuçları incelendiğinde yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının ve YPDÖ toplam puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla p=0.027; p=0.005; p=0.038; p<0.001; p=0.001; p<0.001; p<0.001). PRAÖ toplam puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (p<0.001). YPDÖ ve PRAÖ ölçeklerinin puanlarının hasta ve kontrol gruplarında karşılaştırılması Tablo 8'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 8. Kontrol ve hasta gruplarında YPDÖ ve PRAÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Kontrol (n=69)	Hasta (n=70)	p
YPDÖ			
Yapısal stil	16(8-20)	14(6-20)	**0.027**
Gelecek algısı	17(7-20)	15(5-20)	**0.005**
Aile uyumu	25(12-30)	23(14-30)	**0.038**
Kendilik algısı	26(12-30)	22(6-30)	**<0.001**
Sosyal yeterlilik	25(16-30)	22(11-30)	**0.001**
Sosyal kaynaklar	31(20-35)	27(17-35)	**<0.001**
Toplam	136±15.5	122.5±19.6	**<0.001**
PRAÖ			
Toplam	28.3±7.3	33.9±6.6	**<0.001**

Aşı durumuna göre karşılaştırma yapıldığında, kontrol grubunda inaktif ve mRNA aşısı (en az iki inaktif ve en az bir mRNA) olanların oranı %49.3 (n=34) bulunmuş olup, hasta grubunda inaktif ve mRNA (en az iki inaktif ve en az bir mRNA) olanların oranı %17.1 (n=12) olarak gözlenmiştir ve arada anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001). Hasta ve kontrol grubunun aşı bilgilerinin ayrıntıları ve karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Kontrol ve hasta gruplarının COVID-19 aşı durumlarının karşılaştırılması.

	Kontrol (n=69)	**Hasta (n=70)**	**p**
Hiç aşı olmamış	2(%2.9)	14(%20)	**<0.001**
Aşı takvimini tamamlamamış	0(%0)	3(%4.3)	
İnaktif aşı (en az iki doz)	3(%4.3)	24(%34.3)	
mRNA aşısı (en az iki doz)	30(%43.5)	17(%24.3)	
İnaktif aşı+mRNA aşısı (en az iki inaktif+bir mRNA)	34(%49.3)	12(%17.1)	

COVID-19 enfeksiyon durumu (PPED-1) açısından bakıldığında hastaların %77.1'inin (n=54) COVID-19 enfeksiyonunu geçirmediği, %12.9'unun (n=9) enfeksiyonu geçirdiği ve hastanede yatarak tedavi gördüğü, %10'unun (n=7) enfeksiyonunun geçirdiği ve hastaneye yatarak tedavi görmediği börülmüştür. Kontrol grubunda ise kişilerin %65.2'sinin (n=45) COVID-19 enfeksiyonu geçirmediği, %34.8'inin ise enfeksiyonu geçirdiği ve bu grupta kimsenin COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle yatarak tedavi görmediği görülmüştür. COVID-19 enfeksiyonu geçirme açısından iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.001). Yakınlarında COVID-19 enfeksiyon durumu (PPED-2) incelendiğinde, hasta grubunun %61.4'ünün (n=43) en az bir yakınının COVID-19 enfeksiyonu geçirdiği, kontrol grubunun %92.8'inin (n=64) en az bir yakınının COVID-19 enfeksiyonu geçirdiği görülmüş ve bu açıdan iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.001). Hasta grubunda pandemide uyku süresi (PPED-4), pandemide iştah düzeyi (PPED-6) ve pandemide dikkat düzeyinin (PPED-7) değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmekle birlikte (sırasıyla p=0.025; p=00.1; p=0.003); pandemide sosyal medya kullanımı

(PPED-3) ve pandemide uyku kalitesi (PPED-5) arasında her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grubunun PPED açısından karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Kontrol ve hasta gruplarının PPED açısından karşılaştırılması.

	Kontrol (n=69)	**Hasta (n=70)**	**p**		
COVID durumu (PPED-1)					
Geçirmemiş	45(%65.2)	54(%77.1)	**<0.001**		
Geçirmiş; hastane yatışı olmamış	24(%34.8)	9(%12.9)			
Geçirmiş; hastanede tedavi görmüş	0(%0)	7(%10)			
Yakınlarında COVID durumu (PPED-2)				**Kontrol (n=69)**	Hasta (n=70)
Hayır	5(%7.2)	27(%38.6)	**<0.001**	**Persentil**	
Evet	64(%92.8)	43(%61.4)		**10.-90.**	**10.-90.**
Sosyal medya kullanımı (PPED-3)	2(1-5)	2(1-5)	0.378	1-3	1-3
Pandemide uyku süresi (PPED-4)	3(1-5)	3(1-5)	**0.025**	2-4	1-5
Pandemide uyku kalitesi (PPED-5)	3(2-5)	4(1-5)	0.134	3-4	3-5
Pandemide iştah (PPED-6)	3(1-5)	3(1-5)	**0.001**	1-3	2-4
Pandemide dikkat düzeyi (PPED-7)	3(1-5)	3(3-5)	**0.003**	3-4	3-5

Ek tanılar açısından her iki grup karşılaştırıldığında solunum sistemi ile ilgili ek tanıların, hasta grubunun %50'sinde (n=35), kontrol grubunun ise %13'ünde (n=9) olduğu görülmüştür. Solunum sistemiyle ilgili ek tanılar açısından iki grup arasında anlamlı fark ortaya çıkmıştır (p<00.1). Diğer ek tanılar arasında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Ek tanıların her iki grup için ayrıntılı özellikleri Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Kontrol ve hasta gruplarına ilişkin ek tanılarla ilgili özellikler.

	Kontrol (n=69)	**Hasta (n=70)**	**p**
Ek tanılar			
Hematolojik	1(%1.4)	6(%8.6)	0.116
Endokrinolojik	11(%15.9)	17(%24.3)	0.220
Solunum sistemi	9(%13)	35(%50)	**<0.001**
Gastrointestinal	5(%7.2)	7(%10)	0.563
Dermatolojik	4(%5.8)	6(%8.6)	0.745
Kas-İskelet sistemi	1(%1.4)	1(%1.4)	1.000
Renal	0(%0)	2(%2.9)	0.496
Kardiyovasküler	13(%18.8)	8(%11.4)	0.222
Romatolojik	2(%2.9)	2(%2.9)	1.000
Nöroloijk	6(%8.7)	3(%4.3)	0.326
Malignite	1(%1.4)	3(%4.3)	0.620

Hasta grubunda cinsiyetlere göre ölçekler karşılaştırıldığında; HAM-D ve HAM-A toplam puanlarının, kadın hastalarda, erkek hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0.029; p=0.035). WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik alt ölçek puanlarının kadın hastalarda, erkek hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür (p=0.019).

Kontrol grubunda ölçeklerin cinsiyetlerle ilişkileri incelendiğinde HAM-A toplam ve PRAÖ puanlarının kadınlarda, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0.031; p<0.001). WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik ve sosyal ilişkiler alt ölçek puanlarının kadın kontrollerde, erkeklere göre anlamlı olarak düşük olduğu gözlenmiştir (sırasıyla p=0.043; p=0.042). Çalışmada uygulanan ölçeklerin puanlarının hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet açısından karşılaştırılması Tablo 12 ve Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 12. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.

	Kadın (n=39)	**Erkek (n=31)**	**p**
HAM-D	8(0-20)	4(0-21)	**0.029**
HAM-A	8(0-21)	5(0-16)	**0.035**
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	63.8±17.1	70.7±18.3	0.109
Psikolojik	62.1±15.7	71.1±15.4	**0.019**
Sosyal ilişkiler	66±16.3	71.7±16.7	0.159
Çevre	70.9±10.9	74.8±14.4	0.196
YPDÖ	120.9±19.6	124.4±19.8	0.466
PRAÖ	34.6±6.5	33.1±6.8	0.327

Tablo 13. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.

	Kadın (n=39)	**Erkek (n=30)**	**p**
HAM-D	4(0-16)	2(0-15)	0.157
HAM-A	5(0-20)	2(0-16)	**0.031**
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	82.1(28.6-100)	85.7(42.9-100)	0.917
Psikolojik	70.8 (37.5-95.8)	79.2 (41.7-92.9)	**0.043**
Sosyal ilişkiler	75(41.7-91.7)	75(41.7-100)	**0.042**
Çevre	68.8(43.8-100)	78.1(37.5-100)	0.276
YPDÖ	136±14.4	136±17.1	1.000
PRAÖ	31.1±6.4	24.6±6.9	**<0.001**

Hastaların medeni durumlarıyla ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, HAM-D, HAM-A ve PRAÖ puanlarının evli hastalarda, evli olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla p=00.7; p=0.016; p=0.041). Evli hastalarda WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçek puanlarının, evli olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001; p=0.033; p=0.010; p=0.001).

Kontrol grubundaki kişilerin medeni durumlarıyla ölçek sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde, WHOQoL-BREF-TR'nin sosyal ilişkiler alt ölçeğinin puanlarının evli olmayan kişilerde, evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (p=0.029). Ölçek ve alt

ölçek puanlarının medeni durumla ilişkisiyle ilgili karşılaştırmalar, hasta ve kontrol grupları için Tablo 14 ve Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması.

	Bekar (n=36)	**Evli (n=34)**	**p**
HAM-D	4(0-18)	8(0-21)	**0.007**
HAM-A	5(0-21)	9(0-18)	**0.016**
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	74±14.6	59.3±18.1	**<0.001**
Psikolojik	70±13.7	61.9±17.5	**0.033**
Sosyal ilişkiler	66.7(41.7-100)	62.5(33.3-100)	**0.010**
Çevre	77.5±11.9	67.5±11.4	**0.001**
YPDÖ	126.7±17.6	118±20.8	0.062
PRAÖ	33(20-42)	36(20-50)	**0.041**

Tablo 15. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması.

	Bekar (n=34)	**Evli (n=35)**	**p**
HAM-D	2(0-16)	3(0-16)	0.483
HAM-A	3(0-20)	5(0-20)	0.522
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	85.7(53.6-100)	78.6(28.6-100)	0.087
Psikolojik	79.2 (37.5-92.9)	70.8 (41.7-95.8)	0.079
Sosyal ilişkiler	79.2(41.7-100)	75(41.7-100)	**0.029**
Çevre	76±12.9	72.3±14.4	0.267
YPDÖ	138(87-160)	135(97-165)	0.723
PRAÖ	27.1±7.5	29.4±7.1	0.205

Hasta grubunun birlikte yaşadıkları kişiler ile ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde HAM-D, HAM-A ve WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçeklerinin puanları açısından anlamlı fark olduğu görülmekle birlikte; HAM-D, HAM-A ve WHOQoL-BREF-TR'nin sosyal ilişkiler alt ölçeklerinin değerleri bakımından birlikte yaşadıkları kişilerin ikili alt grup karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı bulunacak kadar farklılığın olmadığı görülmüştür. Bu grupta annesi ve/veya babası yaşayan kişilerin WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık ve çevre alt ölçek

puanlarının eşi ve çocuk/çocuklarıyla yaşayan kişilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0.002; p=0.003).

Kontrol grubundaki kişilerin birlikte yaşadıkları kişilerin ölçek ve alt ölçeklere etkisine bakıldığında, ölçek ve alt ölçeklere göre gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Hasta ve kontrol gruplarındaki kişilerin kimlerle yaşadıklarının ölçekler ve alt ölçeklerin puanları ile karşılaştırılması Tablo 16 ve Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 16. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının kimlerle yaşadığına göre karşılaştırılması.

	Eş ve çocuk (I) (n=24)	**Eş (II) (n=11)**	**Anne/ Baba (III) (n=30)**	**Yalnız (IV) (n=5)**	**p**	**İkili Karşılaştır-malar**
HAM-D	8(1-21)	10(0-17)	4(0-18)	4(2-8)	**0.039**	**I-II:** 1.000 **I-III:** 0.057 **I-IV:** 0.521 **II-III:** 0.674 **II-IV:** 1.000 **III-IV:** 1.000
HAM-A	9(2-18)	6(0-15)	4.5(0-21)	5(0-8)	**0.050**	**I-II:** 1.000 **I-III:** 0.051 **I-IV:** 0.580 **II-III:** 1.000 **II-IV:** 1.000 **III-IV:** 1.000
WHOQoL-BREF-TR						
Fiziksel sağlık	60.7(17.9-82.1)	50(32.1-100)	73.2(50-100)	75(64.3-89.3)	**0.001**	**I-II:** 1.000 **I-III: 0.002** **I-IV:** 0.143 **II-III:** 0.138 **II-IV:** 0.540 **III-IV:** 1.000
Psikolojik	66.7(29.2-87.5)	54.2(16.7-95.8)	70.8(45.8-100)	62.5(58.3-79.2)	0.172	-
Sosyal ilişkiler	66.7(41.7-100)	50(33.3-100)	75(41.7-100)	66.7(66.7-66.7)	**0.042**	**I-II:** 1.000 **I-III:** 0.111 **I-IV:** 1.000 **II-III:** 0.124 **II-IV:** 1.000 **III-IV:** 1.000
Çevre	71.9(46.9-84.4)	65.6(50-93.8)	79.7(62.5-100)	62.5(59.4-78.1)	**0.003**	**I-II:** 1.000 **I-III: 0.003** **I-IV:** 1.000 **II-III:** 0.156 **II-IV:** 1.000 **III-IV:** 0.260
YPDÖ	119(76-146)	121(85-148)	123(88-163)	118(111-129)	0.330	-
PRAÖ	36(21-50)	39(20-48)	33(20-42)	34(26-37)	0.180	-

Tablo 17. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının kimlerle yaşadığına göre karşılaştırılması.

	Eş ve çocuk (n=24)	**Eş (n=12)**	**Anne/Baba (n=28)**	**Yalnız (n=5)**	**p**
HAM-D	3(0-16)	3.5(0-15)	2(0-16)	3(0-10)	0.550
HAM-A	2(0-20)	5(1-11)	2.5(0-20)	4(0-13)	0.394
WHOQoL-BREF-TR					
Fiziksel sağlık	78.6(42.9-100)	82.1(28.6-89.3)	85.7(53.6-100)	78.6(67.9-89.3)	0.176
Psikolojik	75(41.7-95.8)	66.7(45.8-87.5)	79.2(37.5-92.9)	66.7(58.3-83.3)	0.089
Sosyal ilişkiler	75(41.7-91.7)	70.8(50-100)	83.3(41.7-100)	75(66.7-100)	0.101
Çevre	67.7(37.5-100)	74.9(59.4-90.6)	84.4(43.8-100)	78.1(62.5-84.4)	0.376
YPDÖ	134(97-165)	136.5(113-165)	138(87-160)	140(121-145)	0.934
PRAÖ	30.5(13-41)	29(26-44)	24(13-45)	34(13-36)	0.260

Hasta ve kontrol gruplarının çalışma durumlarıyla ölçek ve alt ölçek değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışma durumları ile ölçekler ve alt ölçeklerin ilişkileri Tablo 18 ve Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 18. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması.

	Çalışmıyor (n=43)	**Çalışıyor (n=27)**	**p**
HAM-D	6(0-21)	4(0-20)	0.513
HAM-A	6(0-21)	5(0-18)	0.414
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	65.5±18.3	69±17.2	0.427
Psikolojik	65.6±15.9	66.8±16.7	0.760
Sosyal ilişkiler	66.7(33.3-100)	66.7(41.7-100)	0.966
Çevre	72.2±13.2	73.4±11.9	0.699
YPDÖ	121.9±19.7	123.5±19.9	0.739
PRAÖ	34.3±6.6	33.3±6.8	0.547

Tablo 19. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması.

	Çalışmıyor (n=40)	**Çalışıyor (n=29)**	**p**
HAM-D	3(0-16)	2(0-13)	0.352
HAM-A	4.5(0-20)	2(0-16)	0.080
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	85.7(28.6-100)	82.1(42.9-100)	0.849
Psikolojik	75(37.5-95.8)	75(41.7-92.9)	0.489
Sosyal ilişkiler	75(41.7-100)	75(41.7-100)	0.965
Çevre	75.5±12.6	72.3±15.1	0.341
YPDÖ	140(87-165)	133(97-165)	0.559
PRAÖ	28(13-45)	28(13-37)	0.265

Hasta grubunda gelir durumu ile ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında WHOQoL-BREF-TR'nin çevre alt ölçeğinin puanlarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p=0.015). Sonrasında yapılan ikili karşılaştırmada gelir durumu kötü olan grubun, gelir durumu orta ve iyi olan gruba göre WHOQoL-BREF-TR'nin çevre alt ölçeğinde daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir (sırasıyla p=0.027; p=0.013).

Kontrol grubunda gelir durumu ile ölçek ve alt ölçek puanları arasında ilişki incelendiğinde HAM-A, YPDÖ toplam puanı ve WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alt ölçek puanlarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Sonrasında yapılan ikili karşılaştırmalarda gelir durumu kötü olan grubun HAM-A puanlarının gelir durumu orta olan gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0.041). Kötü gelir düzeyi olan kişilerin WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik ve çevre alt ölçeklerinin puanlarının iyi gelir düzeyi olan gruba göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0.014; p=0.050; p=0.033). WHOQoL-BREF-TR'nin sosyal ilişkiler alt ölçeğinin puanlarının gelir durumuna göre ikili karşılaştırılmalarında ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edilebilecek bir farklılığın olmadığı görülmüştür. İyi gelir düzeyi olan grupta YPDÖ'nün toplam puanlarının, kötü ve orta gelir düzeyi olan gruplara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0.007; p=0.033). Hasta ve kontrol gruplarında gelir durumları ile ölçek ve alt ölçeklerin puanları arasındaki ilişki ayrıntılı olarak Tablo 20 ve Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.

	Gelir Durumu				
	Kötü (I) (n=6)	**Orta (II) (n=46)**	**İyi (III) (n=18)**	**p**	**İkili Karşılaştırmalar**
HAM-D	7(2-14)	6(0-21)	4(0-20)	0.506	-
HAM-A	8.5(2-11)	6(0-21)	4(0-16)	0.312	-
WHOQoL-BREF-TR					
Fiziksel sağlık	64.3(50-78.6)	64.3(17.9-100)	71.4(39.3-100)	0.334	-
Psikolojik	64.6(58.3-70.8)	66.7(16.7-100)	72.9(37.5-95.8)	0.280	-
Sosyal ilişkiler	62.5(50-75)	66.7(33.3-100)	66.7(41.7-100)	0.543	-
Çevre	62.5(46.9-65.6)	71.9(46.9-100)	75(56.3-100)	**0.015**	**I-II: 0.027** **I-III: 0.013** **II-III:** 1.000
YPDÖ	113.5(103-127)	121(76-157)	132.5(92-163)	0.086	**-**
PRAÖ	35(27-43)	34(20-48)	33.5(20-50)	0.622	-

Tablo 21. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.

	Gelir Durumu				
	Kötü (I) (n=4)	**Orta (II) (n=56)**	**İyi (III) (n=9)**	**p**	**İkili Karşılaştır-malar**
HAM-D	6(4-9)	2(0-16)	3(0-8)	0.190	-
HAM-A	8.5(8-20)	3(0-20)	2(0-8)	**0.044**	**I-II: 0.041** **I-III:** 0.080 **II-III:** 1.000
WHOQoL-BREF-TR					
Fiziksel sağlık	66.1(53.6-82.1)	82.1(28.6-100)	89.3(78.6-100)	**0.010**	**I-II:** 0.296 **I-III: 0.014** **II-III:**0.054
Psikolojik	62.5(41.7-75)	72.9(37.5-92.9)	83.3(70.8-95.8)	**0.037**	**I-II:** 0.508 **I-III: 0.050** **II-III:** 0.128
Sosyal ilişkiler	58.3(41.7-83.3)	75(41.7-100)	83.3(66.7-100)	**0.043**	**I-II:** 0.782 **I-III:** 0.076 **II-III:** 0.101
Çevre	62.5(37.5-84.4)	70.3(43.8-100)	84.4(65.6-100)	**0.020**	**I-II:** 0.536 **I-III: 0.033** **II-III:** 0.062
YPDÖ	122(97-136)	137(87-165)	145(132-165)	**0.005**	**I-II:** 0.234 **I-III: 0.007** **II-III: 0.033**
PRAÖ	38(29-41)	28(13-45)	30(13-36)	0.058	-

Geçmişte yapılmış psikiyatrik başvuru ile ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ilişkileri hastalar arasında incelendiğinde HAM-D, HAM-A ve PRAÖ puanlarının, geçmişte psikiyatrik başvurusu olan hastalarda, psikiyatrik başvurusu olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ve anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla p=0.024; p=0.025; p<0.001).

Kontrol grubu incelendiğinde geçmişte psikiyatrik başvurusu olan kişilerin HAM-D ve HAM-A değerlerinin, psikiyatrik başvurusu olmayanlara göre daha yüksek (sırasıyla p=0.001; p=0.050); WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik alt ölçeği puanları ve YPDÖ puanlarının psikiyatrik başvurusu olmayanlara göre düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0.045; p=0.033). Psikiyatrik başvuru ile ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının, hasta ve kontrol gruplarında karşılaştırılması Tablo 22 ve Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 22. Hasta grubunda geçmişte psikiyatrik başvuru ile ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının karşılaştırılması.

	Psikiyatrik Başvuru		
	Yok (n=42)	**Var (n=28)**	**p**
HAM-D	4(0-20)	8.5(0-21)	**0.024**
HAM-A	4.5(0-21)	9(0-15)	**0.025**
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	70.1±16.4	61.9±19.1	0.060
Psikolojik	68.3±14.3	62.6±18.2	0.147
Sosyal ilişkiler	66.7(41.7-100)	66.7(33.3-100)	0.423
Çevre	73.9±11.9	70.7±13.6	0.294
YPDÖ	122.6±18.9	122.3±20.9	0.955
PRAÖ	33(20-50)	38(21-44)	**<0.001**

Tablo 23. Kontrol grubunda geçmişte psikiyatrik başvuru ile ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının karşılaştırılması.

	Psikiyatrik Başvuru		
	Yok (n=49)	**Var (n=20)**	**p**
HAM-D	2(0-16)	6(0-15)	**0.001**
HAM-A	2(0-20)	6(0-19)	**0.050**
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	85.7(28.6-100)	82.1(42.9-100)	0.719
Psikolojik	79.2(37.5-92.9)	68.7(41.7-95.8)	**0.045**
Sosyal ililşkiler	75(41.7-100)	75(41.7-91.7)	0.661
Çevre	74.6±12.9	73.2±15.8	0.704
YPDÖ	138.5±14.9	129.8±15.4	**0.033**
PRAÖ	27.7±7.2	29.8±7.7	0.285

Hastalar arasında psikiyatrik tanıya göre ölçekler değerlendirildiğinde, depresyon tanısı alan hastalarda HAM-D, HAM-A, PRAÖ değerlerinin psikiyatrik tanısı olmayan hastalara göre anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0.007; p=0.020; p=0.001). Psikiyatrik tanısı olmayan kişilerin WHOQoL-BREF-TR fiziksel sağlık alt ölçek puanlarının, depresyon tanısı olan hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğu değerlendirilmiştir (p=0.032). WHOQoL-BREF-TR psikolojik alt ölçek puanları bakımından geniş analizde istatistiksel fark var gibi görünmekle birlikte, yapılan ikili karşılaştırmalarda anlam teşkil edecek bir farklılık görülmemiştir.

Kontrol grubunda psikiyatrik tanılar ile ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında, depresyon tanısı almış olan kişilerde HAM-D değerlerinin, psikiyatrik tanısı olmayan kişilere göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.003). Hasta ve kontrol gruplarında psikiyatrik tanılar ile ölçek ve alt ölçeklerin puanları arasındaki ilişkiler Tablo 24 ve Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının psikiyatrik tanıya göre karşılaştırılması.

	Psikiyatrik Tanı				
	Yok (I) (n=43)	**Depresyon (II) (n=19)**	**Anksiyete boz. (III) (n=8)**	**p**	**İkili Karşılaş-tırmalar**
HAM-D	4(0-20)	10(0-21)	5(0-17)	**0.009**	**I-II: 0.007** **I-III:** 1.000 **II-III:** 0.252
HAM-A	4(0-21)	11(1-15)	5.5(0-15)	**0.025**	**I-II: 0.020** **I-III:** 1.000 **II-III:** 0.584
WHOQoL-BREF-TR					
Fiziksel sağlık	64.3(32.1-100)	53.6(17.9-96.4)	69.6(53.6-96.4)	**0.025**	**I-II: 0.032** **I-III:** 1.000 **II-III:** 0.141
Psikolojik	66.7(41.7-100)	62.5(16.7-83.3)	70.8(62.5-95.8)	**0.043**	**I-II:** 0.161 **I-III:** 0.769 **II-III:** 0.065
Sosyal ilişkiler	66.7(41.7-100)	66.7(33.3-91.7)	70.8(58.3-100)	0.098	-
Çevre	71.9(46.9-100)	72.9(50-90.6)	65.6(53.1-100)	0.685	-
YPDÖ	119(83-163)	122(76-157)	131(77-156)	0.358	-
PRAÖ	33(20-50)	39(21-44)	33.5(30-41)	**0.002**	**I-II: 0.001** **I-III:** 1.000 **II-III:** 0.351

Tablo 25. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının psikiyatrik tanıya göre karşılaştırılması.

	Psikiyatrik Tanı				
	Yok (I) (n=49)	**Depresyon (II) (n=14)**	**Anksiyete boz. (III) (n=6)**	**p**	**İkili Karşılaştırmalar**
HAM-D	2(0-16)	6(1-15)	5(0-10)	**0.002**	**I-II: 0.003** **I-III:** 0.281 **II-III:** 1.000
HAM-A	2(0-20)	6(1-16)	6(0-19)	0.146	-
WHOQoL-BREF-TR					
Fiziksel sağlık	85.7(28.6-100)	83.9(42.9-100)	73.2(53.6-96.4)	0.484	-
Psikolojik	79.2(37.5-92.9)	70.8(45.8-91.7)	64.6(41.7-95.8)	0.119	-
Sosyal ilişkiler	75(41.7-100)	75(58.3-91.7)	62.5(41.7-83.3)	0.145	-
Çevre	75(43.8-100)	75(53.1-100)	62.5(37.5-100)	0.150	-
YPDÖ	140(87-165)	134(103-156)	130(97-144)	0.111	-
PRAÖ	28(13-45)	29(13-39)	36.5(13-39)	0.148	-

Psikotrop ilaç kullanımının ölçek sonuçlarına olan etkisi hasta grubunda incelendiğinde, psikotrop ilaç kullanan kişilerin HAM-D, HAM-A ve PRAÖ puanlarının psikotrop ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0.009; p=0.017; p<0.001). Psikotrop ilaç kullanan hastalarda WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik alt ölçeğinin puanlarının ise anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (p=0.022).

Kontrol grubunda psikotrop ilaç kullanımının ölçeklerle ve alt ölçeklerle ilişkisi incelendiğinde; HAM-D değerlerinin, psikotop ilaç kullanan kişilerde anlamlı oranda yükseldiği görülmüştür (p=0.001). Hasta ve kontrol gruplarında psikotrop ilaç kullanımı ile ölçekler ve alt ölçeklerin puanları arasındaki ilişki Tablo 26 ve Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 26. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının psikotrop ilaç kullanım durumuna göre karşılaştırılması.

	Psikotrop İlaç Kullanımı		
	Yok (n=48)	**Var (n=22)**	**p**
HAM-D	4(0-20)	9.5(0-21)	**0.009**
HAM-A	5(0-21)	10.5(0-15)	**0.017**
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	70.2±16.2	59.7±19.5	**0.022**
Psikolojik	67.6±14.6	62.7±18.9	0.236
Sosyal ilişkiler	69.8±17.2	65.8±15.1	0.350
Çevre	71.9(46.9-100)	72.4(53.1-100)	0.564
YPDÖ	122.4±19.2	122.6±20.9	0.976
PRAÖ	32.3±6.9	37.5±3.9	**<0.001**

Tablo 27. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının psikotrop ilaç kullanım durumuna göre karşılaştırılması.

	Psikotrop İlaç Kullanımı		
	Yok (n=53)	**Var (n=16)**	**p**
HAM-D	2(0-16)	6(0-15)	**0.001**
HAM-A	2(0-20)	6(0-19)	0.062
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	85.7(28.6-100)	82.1(42.9-100)	0.797
Psikolojik	75(37.5-92.9)	68.7(45.8-95.8)	0.227
Sosyal ilişkiler	75(41.7-100)	75(58.3-91.7)	0.500
Çevre	73.3±13.6	76.9±14.2	0.357
YPDÖ	136.6±16.2	134.1±13.1	0.572
PRAÖ	27.8±7.1	29.8±8.2	0.358

Ailede psikiyatrik başvuru varlığıyla ölçek ve alt ölçeklerin puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, hasta grubunda anlamlı bir ilişki gözlenmemişken; kontrol grubuna bakıldığında ailesinde psikiyatrik başvuru olan kişilerde HAM-D değerleri anlamlı oranda yüksek ($p<0.027$), YPDÖ değerleri ise anlamlı oranda düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Hasta ve kontrol gruplarında ailede psikiyatrik başvuru varlığı ile ölçekler ve alt ölçeklerin puanları arasındaki kariılaştırma Tablo 28 ve Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 28. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ailede psikiyatrik başvuru durumuna göre karşılaştırılması.

	Ailede Psikiyatrik Başvuru		
	Yok (n=44)	**Var (n=26)**	**p**
HAM-D	5(0-21)	7(0-18)	0.922
HAM-A	5(0-18)	6(0-21)	0.995
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	66.1(17.9-100)	64.3(42.9-100)	0.760
Psikolojik	64.8±17.6	68.3±13.2	0.384
Sosyal ilişkiler	66.7(33.3-100)	66.7(41.7-100)	0.907
Çevre	72.6±13.1	72.8±12.1	0.952
YPDÖ	123.7±19.1	120.4±20.6	0.503
PRAÖ	34.2±7.1	33.5±5.9	0.698

Tablo 29. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ailede psikiyatrik başvuru durumuna göre karşılaştırılması.

	Ailede Psikiyatrik Başvuru		
	Yok (n=45)	**Var (n=24)**	**p**
HAM-D	2(0-16)	4(0-16)	**0.027**
HAM-A	3(0-20)	6(0-20)	0.111
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	82.1(28.6-98.9)	85.7(42.9-100)	0.741
Psikolojik	79.2(45.8-92.9)	70.8(37.5-95.8)	0.075
Sosyal ilişkiler	75(41.7-100)	75(41.7-91.7)	0.630
Çevre	73.7±12.2	75±16.4	0.703
YPDÖ	140.7±12.3	127.2±17.2	**<0.001**
PRAÖ	27.9±6.9	28.8±8.1	0.640

Aile bireylerindeki psikiyatrik tanılarla ölçekler ve alt ölçeklerin puanları arasında, hasta grubunda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise depresyon tanısıyla takip edilen yakınları olan kişilerin YPDÖ değerlerinin, ailesinde psikiyatrik tanı olmayan kişilere göre anlamlı oranda düşük olduğu görülmüştür (p=0.029). Hasta ve kontrol gruplarında, ailede psikiyatrik tanı varlığı ile ölçek ve alt ölçeklerin puanları arasındaki ilişki durumu Tablo 30 ve Tablo 31'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 30. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ailedeki psikiyatrik tanıya göre karşılaştırılması.

	Ailede Psikiyatrik Tanı			
	Yok (n=44)	**Depresyon (n=16)**	**Anksiyete boz. (n=10)**	**p**
HAM-D	5(0-21)	7(0-17)	6.5(1-18)	0.993
HAM-A	5(0-18)	7(0-15)	5(0-21)	0.960
WHOQoL-BREF-TR				
Fiziksel sağlık	66.1(17.9-100)	60.7(42.9-100)	64.3(50-100)	0.632
Psikolojik	66.7(16.7-100)	66.7(45.8-95.8)	66.7(37.5-87.5)	0.678
Sosyal ilişkiler	66.7(33.3-100)	66.7(50-100)	66.7(41.7-100)	0.629
Çevre	71.9(46.9-100)	69.2(53.1-100)	73.4(62.5-90.6)	0.796
YPDÖ	122(76-157)	123(77-163)	115(88-146)	0.460
PRAÖ	34(20-50)	34(20-42)	34.5(24-39)	0.815

Tablo 31. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ailedeki psikiyatrik tanıya göre karşılaştırılması.

	Ailede Psikiyatrik Tanı				
	Yok (I) (n=44)	**Depresyon (II) (n=20)**	**Anksiyete boz. (III) (n=4)**	**p**	**İkili Karşılaş-tırmalar**
HAM-D	2(0-16)	4(0-16)	4(0-9)	0.065	-
HAM-A	3(0-20)	5(0-20)	8(0-10)	0.213	-
WHOQoL-BREF-TR					
Fiziksel sağlık	82.1(28.6-98.9)	85.7(42.9-100)	82.1(53.6-100)	0.781	-
Psikolojik	77.1(45.8-92.9)	70.8(37.5-95.8)	66.7(41.7-91.7)	0.375	-
Sosyal ilişkiler	75(41.7-100)	75(41.7-91.7)	75(41.7-83.3)	0.856	-
Çevre	71.9(43.8-100)	75(62.5-100)	84.4(37.5-96.9)	0.524	-
YPDÖ	140(112-165)	128(87-156)	134.5(97-140)	**0.020**	**I-II: 0.029** **I-III:** 0.422 **II-III:** 1.000
PRAÖ	28(13-44)	30(13-45)	29.5(13-37)	0.875	-

Ailede psikotrop ilaç kullanımı ile ölçek ve alt ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında, hasta grubunda bu açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Kontrol grubunda ise HAM-D değerleri, ailesinde psikotrop ilaç kullanımı olan kişilerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.046). Aynı kişilerde YPDÖ toplam değerlerinin de, ailesinde psikotrop kullanımı olmayan kişilere göre anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür (p=0.001). Hasta ve kontrol gruplarında, ailede psikotrop kullanımı ile ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ayrıntılar Tablo 32 ve Tablo 33'te belirtilmiştir.

Tablo 32. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ailede psikotrop ilaç kullanımına göre karşılaştırılması.

	Ailede Psikotrop İlaç Kullanımı		
	Yok (n=44)	**Var (n=26)**	**p**
HAM-D	5(0-21)	7(0-18)	0.922
HAM-A	5(0-18)	6(0-21)	0.995
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	66.1(17.9-100)	64.3(42.9-100)	0.760
Psikolojik	64.8±17.6	68.3±13.2	0.384
Sosyal ilişkiler	66.7(33.3-100)	66.7(41.7-100)	0.907
Çevre	72.6±13.1	72.8±12.1	0.952
YPDÖ	123.7±19.1	120.4±20.6	0.503
PRAÖ	34.2±7.1	33.5±5.9	0.698

Tablo 33. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ailede psikotrop ilaç kullanımına göre karşılaştırılması.

	Ailede Psikotrop İlaç Kullanımı		
	Yok (n=44)	**Var (n=25)**	**p**
HAM-D	2(0-16)	4(0-16)	**0.046**
HAM-A	3(0-20)	6(0-20)	0.147
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	82.1(28.6-98.9)	85.7(42.9-100)	0.678
Psikolojik	77.1(45.8-92.9)	70.8(37.5-95.8)	0.154
Sosyal ilişkiler	75(41.7-100)	75(41.7-91.7)	0.784
Çevre	73.3±12.1	75.7±16.3	0.499
YPDÖ	140.7±12.4	127.8±17.1	**0.001**
PRAÖ	28.1±7	28.6±8	0.749

Hasta grubunda aşı durumu ile COVID-19 enfeksiyon durumu (PPED-1), ölçekler ve alt ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında, gruplar ve değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunda aynı ilişki incelendiğinde ise inaktif aşı ile kombine olarak mRNA aşısı olan kişilerde, en az iki doz mRNA aşısı olan kişilere göre HAM-D, PRAÖ değerleri istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek, WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik alt ölçek puanları ise anlamlı olarak düşük bulunmuştur (sırasıyla p=0.017; p=0.004; p=0.038). Hasta ve kontrol gruplarında aşı durumları ile ölçek ve alt ölçeklerin puanları arasındaki ayrıntılı karşılaştırmalar Tablo 34 ve Tablo 35'te gösterilmiştir.

Tablo 34. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının aşı durumuna göre karşılaştırılması.

	COVID-19 Aşı Durumu				
	En az iki doz aşı olmamış (n=17)	**En az iki doz inaktif aşı (n=24)**	**En az iki doz mRNA aşısı (n=17)**	**En az iki inaktif aşı ve bir mRNA aşısı (n=12)**	**p**
COVID-19 enfeksiyon durumu (PPED-1)					
Geçirmemiş	12(70.6)	18(75)	13(76.5)	11(91.7)	0.853
Geçirmiş; hastanede yatmamış	2(11.8)	4(16.7)	2(11.8)	1(8.3)	
Geçirmiş; hastanede yatmış	3(17.6)	2(8.3)	2(11.8)	0(0)	
HAM-D	6(2-20)	8.5(0-21)	4(1-17)	5(0-17)	0.213
HAM-A	7(2-18)	8.5(0-21)	4(0-15)	4.5(0-13)	0.210
WHOQoL-BREF-TR					
Fiziksel sağlık	64.3(39.3-96.4)	58.9(17.9-100)	75(42.9-100)	66.1(32.1-96.4)	0.089
Psikolojik	66.7(37.5-87.5)	66.7(29.2-95.8)	66.7(45.8-100)	66.7(16.7-91.7)	0.883
Sosyal ilişkiler	66.7(50-91.7)	66.7(33.3-100)	66.7(50-100)	70.8(41.7-100)	0.629
Çevre	75(46.9-90.6)	72.4(50-100)	66.7(46.9-93.8)	75(59.4-100)	0.929
YPDÖ	119(77-157)	120(76-163)	119(104-157)	129.5(115-148)	0.255
PRAÖ	34(20-43)	36(20-50)	33(24-40)	34(21-44)	0.327

Tablo 35. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının aşı durumuna göre karşılaştırılması.

	COVID-19 Aşı Durumu		
	En az iki doz mRNA aşısı (n=30)	**En az iki inaktif aşı ve bir mRNA aşısı (n=34)**	**p**
COVID-19 enfeksiyon durumu (PPED-1)			
Geçirmemiş	18(60)	22(64.7)	
Geçirmiş; hastanede yatmamış	12(40)	12(35.3)	0.698
Geçirmiş; hastanede yatmış	0(0)	0(0)	
HAM-D	2(0-16)	4(0-16)	**0.017**
HAM-A	2(0-20)	4.5(0-20)	0.054
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	85.7(28.6-98.9)	78.6(42.9-100)	0.107
Psikolojik	79.2(58.3-92.9)	70.8(41.7-95.8)	**0.038**
Sosyal ilişkiler	75(41.7-100)	75(41.7-100)	0.134
Çevre	78.1(43.8-100)	68.8(37.5-100)	0.106
YPDÖ	138.3±16.8	133.7±14.1	0.236
PRAÖ	24(13-44)	32(13-41)	**0.004**

Hasta grubunda COVID-19 enfeksiyon durumu (PPED-1) ile ilgili inceleme yapıldığında, COVID-19 enfeksiyonu geçirip hastanede yatarak tedavi gören hastaların, COVID-19 enfeksiyonu geçirip hastane yatışı olmayan kişilere göre HAM-A değerlerinin anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.023). Kontrol grubunda COVID-19 enfeksiyon durumu (PPED-1) ile ölçek sonuçları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Hasta ve kontrol gruplarında COVID-19 enfeksiyon durumları ile ölçek ve alt ölçeklerin puanları arasındaki ilişkiler Tablo 36 ve Tablo 37'de gösterilmiştir.

Tablo 36. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının COVID-19 enfeksiyon durumuna (PPED-1) göre karşılaştırılması.

	COVID-19 Enfeksiyon Durumu				
	Geçirmemiş (I) (n=54)	**Geçirmiş; hastanede yatmamış (II) (n=9)**	**Geçirmiş; hastanede yatmış(III) (n=7)**	**p**	**İkili Karşılaştırmalar**
HAM-D	6(0-21)	4(0-14)	11(3-20)	0.071	**-**
HAM-A	6(0-21)	3(0-14)	13(4-15)	**0.029**	**I-II:** 0.323 **I-III:** 0.173 **II-III: 0.023**
WHOQoL-BREF-TR					
Fiziksel sağlık	64.3(17.9-100)	78.6(60.7-96.4)	64.3(39.3-78.6)	0.107	-
Psikolojik	66.7(16.7-100)	70.8(45.8-95.8)	62.5(33.3-75)	0.337	-
Sosyal ilişkiler	66.7(41.7-100)	83.3(50-100)	66.7(33.3-83.3)	0.136	-
Çevre	71.9(46.9-100)	78.1(71.9-100)	65.6(46.9-90.6)	0.101	-
YPDÖ	120(76-163)	137(100-156)	123(85-128)	0.182	-
PRAÖ	34(20-50)	29(21-41)	38(31-43)	0.053	-

Tablo 37. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının COVID-19 enfeksiyon durumuna (PPED-1) göre karşılaştırılması.

	COVID-19 Enfeksiyon Durumu		
	Geçirmemiş (n=45)	**Geçirmiş; hastanede yatmamış (n=24)**	**p**
HAM-D	2(0-15)	3.5(0-16)	0.099
HAM-A	4(0-19)	4(0-20)	0.594
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	85.7(42.9-100)	78.6(28.6-100)	0.191
Psikolojik	75(37.5-95.8)	68.7(41.7-92.9)	0.281
Sosyal ilişkiler	75(50-100)	66.7(41.7-100)	0.089
Çevre	75.4±11.7	71.9±16.9	0.369
YPDÖ	137.3±13.4	133.6±18.9	0.357
PRAÖ	27.9±6.8	28.9±8.4	0.568

Ailesinde ve akrabalarında COVID-19 enfeksiyonunu geçirme durumu (PPED-2) ile ölçekler ve alt ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında, hasta ve

kontrol gruplarının kendi içlerinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hasta ve kontrol gruplarının yakınlarında COVID-19 geçirme durumu (PPED-2) ile ölçekler ve alt ölçeklerin puanları arasındaki karşılaştırmalar Tablo 38 ve Tablo 39'da gösterilmiştir.

Tablo 38. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının, yakınlarında COVID-19 enfeksiyon durumuna göre (PPED-2) karşılaştırılması.

	Yakınlarında COVID-19 Enfeksiyon Durumu		
	Hayır (n=27)	**Evet (n=43)**	**p**
HAM-D	4(1-21)	8(0-20)	0.066
HAM-A	5(0-15)	6(0-21)	0.201
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	66.7±20.6	67±16.2	0.935
Psikolojik	66.2±15.9	65.9±16.4	0.957
Sosyal ilişkiler	69.7±15.9	67.8±17.2	0.628
Çevre	71.6±12.8	73.3±12.6	0.579
YPDÖ	123.7±16.2	121.7±21.6	0.693
PRAÖ	34±6.6	33.9±6.8	0.926

Tablo 39. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının, yakınlarında COVID-19 enfeksiyon durumuna göre (PPED-2) karşılaştırılması.

	Yakınlarında COVID-19 Enfeksiyon Durumu		
	Hayır (n=5)	**Evet (n=64)**	**p**
HAM-D	3(0-15)	3(0-16)	0.779
HAM-A	2(1-6)	4(0-20)	0.613
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	85.7(67.9-96.4)	83.9(28.6-100)	0.506
Psikolojik	79.2(75-83.3)	75(37.5-95.8)	0.397
Sosyal ilişkiler	75(66.7-91.7)	75(41.7-100)	0.566
Çevre	84.4(62.5-84.4)	71.9(37.5-100)	0.581
YPDÖ	137(113-146)	138(87-165)	0.597
PRAÖ	23(19-31)	28.5(13-45)	0.139

Hasta grubunda yaş ve eğitim düzeyi ile ölçek değerleri arasındaki ilişki gözden geçirildiğinde, bu grupta yaş ile HAM-D, HAM-A ve PRAÖ puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir

(sırasıyla r=0.314, p=0.008; r=0.369, p=0.002; r=0.294, p=0.014). Yaş ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçeklerinin puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=-0.434, p<0.001; r=-0.263, p=0.028; r=-0.399, p=0.001; r=-0.410, p<0.001). Hasta grubunda eğitim düzeyi ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık alt ölçeğinin puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür (r=0.266, p=0.026).

Kontrol grubuna bakıldığında incelendiğinde, eğitim düzeyi ile HAM-A puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0.249, p=0.039). Hasta ve kontrol gruplarında yaş ve eğitim düzeyi ile ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ilişkileri ayrıntılı olarak Tablo 40 ve Tablo 41'de gösterilmiştir.

Tablo 40. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının yaş ve eğitim düzeyi ile ilişkisi (n=70).

		Yaş	**Eğitim Düzeyi**
HAM-D	**r**	0.314	-0.175
	p	**0.008**	0.147
HAM-A	**r**	0.369	-0.168
	p	**0.002**	0.165
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	**r**	-0.434	0.266
	p	**<0.001**	**0.026**
Psikolojik	**r**	-0.263	0.164
	p	**0.028**	0.174
Sosyal ilişkiler	**r**	-0.399	0.190
	p	**0.001**	0.116
Çevre	**r**	-0.410	0.131
	p	**<0.001**	0.281
YPDÖ	**r**	-0.164	0.157
	p	0.176	0.195
PRAÖ	**r**	0.294	-0.153
	p	**0.014**	0.207

Tablo 41. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının yaş ve eğitim düzeyi ile ilişkisi (n=69).

		Yaş	Eğitim Düzeyi
HAM-D	**r**	0,119	-0,166
	p	0,328	0,173
HAM-A	**r**	0,103	-0,249
	p	0,398	**0,039**
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	**r**	-0,148	0,128
	p	0,224	0,296
Psikolojik	**r**	-0,071	-0,023
	p	0,562	0,850
Sosyal ilişkiler	**r**	-0,233	0,125
	p	0,054	0,307
Çevre	**r**	-0,051	0,161
	p	0,675	0,186
YPDÖ	**r**	-0,045	0,053
	p	0,715	0,663
PRAÖ	**r**	0,080	-0,127
	p	0,516	0,298

Hasta grubunda ölçekler ve alt ölçekler kendi aralarında karşılaştırıldığında; pandemide sosyal medya kullanımı (PPED-3) ile YPDÖ'nün kendilik algısı alt boyutunun puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (r=0.239, p=0.047). Pandemide uyku süresi (PPED-4) ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin puanlarında ve YPDÖ'nün aile uyumu, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ile YPDÖ toplam puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=-0.438, p<0.001; r=-0.362, p=0.002; r=-0.480, p<0.001; r=-0.416, p<0.001; r=-0.319, p=0.007; r=-0.342, p=0.004; r=-0.282, p=0.018; r=-0.332, p=0.005). Pandemide uyku süresi (PPED-4) ile PRAÖ toplam puanı arasında ise aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0.365, p=0.002). Pandemide uyku kalitesi (PPED-5) ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin

puanlarıyla, YPDÖ'nün aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=-0.460, p<0.001; r=-0.492, p<0.001; r=-0.591, p<0.001; r=-0.525, p<0.001; r=-0.377, p=0.001; r=-0.370, p=0.002; r=-0.437, p<0.001; r=-0.460, p<0.001; r=-0.504, p<0.001). Pandemide uyku kalitesi (PPED-5) ile PRAÖ toplam puanları arasında ise aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0.517, p<0.001). Pandemide iştah düzeyi (PPED-6) ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler alt ölçeklerinin puanlarıyla, YPDÖ'nün gelecek algısı alt boyutunun puanları arasında anlamlı olarak ters yönde ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=-0.254, p=0.034, r=-0.240, p=0.045; r=-0.275, p=0.021). Pandemide dikkat düzeyi (PPED-7) ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin puanları ve YPDÖ'nün aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak ters yönde ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla r=-0.283, p=0.018; r=-0.385, p=0.001; r=-0.324, p=0.006; r=-0.305, p=0.010; r=-0.286, p=0.017; r=-0.416, p<0.001; r=-0.429, p<0.001; r=-0.397, p=0.001; r=-0.472, p<0.001). Pandemide dikkat düzeyi (PPED-7) ile PRAÖ toplam puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (r=0.341, p=0.004). HAM-D toplam puanları ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin puanları ve YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında anlamlı olarak ters yönde ilişki olduğu değerlendirilmiştir (sırasıyla r=-0.826, p<0.001; r=-0.789, p<0.001; r=-0.731, p<0.001; r=-0.587, p<0.001; r=-0.260, p=0.030; r=-0.589, p<0.001; r=-0.361, p=0.002; r=-0.554, p<0.001; r=-0.572, p<0.001; r=-0.459, p<0.001; r=-0.656, p<0.001). HAM-D toplam puanları ile PRAÖ toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı olarak aynı yönde ilişki olduğu görülmüştür (r=0.609, p<0.001). HAM-A toplam değerleri ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin puanları ve YPDÖ'nün gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik,

sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında anlamlı ter yönde ilişki olduğu sonucuna varışmıştır (sırasıyla r=-0.756, p<0.001; r=-0.744, p<0.001; r=-0.724, p<0.001; r=-0.595, p<0.001; r=-0.595, p<0.001; r=-0.392, p=0.001; r=-0.616, p<0.001; r=-0.545, p<0.001; r=-0.467, p<0.001; r=-0.662, p<0.001). HAM-A toplam değerleri ile PRAÖ toplam değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede aynı yönde ilişki olduğu saptanmıştır (r=0.616, p<0.001). PRAÖ toplam puanları ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçekleri, YPDÖ'nün gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=-0.587, p<0.001; r=-0.503, p<0.001; r=-0.512, p<0.001; r=-0.511, p<0.001; r=-0.351, p=0.003; r=-0.547, p<0.001; r=-0.409, p<0.001; r=-0.301, p=0.011; r=-0.299, p=0.012; r=-0.468, p<0.001).

Kontrol grubunda ölçekler kendi aralarında karşılaştırıldıklarında; pandemide sosyal medya kullanımı (PPED-3) ile YPDÖ'nün aile uyumu, kendilik algısı alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, aynı yönde ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla r=0.357, p=0.003; r=0.303, p=0.012; r=0.248, p=0.040). Pandemide uyku süresi (PPED-4) ile PRAÖ toplam puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (r=-0.282, p=0.019). Pandemide uyku kalitesi (PPED-5) ile YPDÖ'nün kendilik algısı alt boyutunun puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0.290, p=0.016). Pandemide dikkat düzeyi (PPED-7) ile YPDÖ'nün kendilik algısı alt boyutunun puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=-0.274, p=0.023). HAM-D toplam puanları ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin puanları ve YPDÖ'nün gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla r=-0.390, p=0.001; r=-0.400, p=0.001; r=-0.335, p=0.005; r=-0.259, p=0.031; r=-0.365, p=0.002; r=-0.319, p=0.008; r=-0.335, p=0.005; r=-0.330, p=0.006; r=-0.381,

p=0.001; r=-0.404, p=0.001). HAM-D toplam puanları ile PRAÖ toplam puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir (r=0.593, p<0.001). HAM-A toplam puanları ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin puanları ve YPDÖ'nün gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=-0.424, p<0.001; r=-0.434, p<0.001; r=-0.262, p=0.030; r=-0.262, p=0.029; r=-0.289, p=0.016; r=-0.282, p=0.019; r=-0.251, p=0.037; r=-0.301, p=0.012; r=-0.322, p=0.007). HAM-A toplam puanları ile PRAÖ toplam puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir (r=0.626, p<0.001). PRAÖ toplam puanları ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin puanları ve YPDÖ'nün gelecek algısı, sosyal yeterlilik alt boyutlarının puanları arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla r=-0.362, p=0.002; r=-0.438, p<0.001; r=-0.334, p=0.005; r=-0.390, p=0.001; r=-0.289, p=0.016; r=-0.266, p=0.027). HAM-D toplam puanları ile pandemide uyku süresi (PPED-4), pandemide uyku kalitesi (PPED-5), pandemide iştah (PPED-6) ve pandemide konsantrasyon düzeyi (PPED-7) puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=0.401, p=0.001; r=0.509, p<0.001; r=0.272, p=0.023; r=0.457, p<0.001). HAM-A toplam puanları ile pandemide uyku süresi (PPED-4), pandemide uyku kalitesi (PPED-5) ve pandemide konsantrasyon düzeyi (PPED-7) puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=0.340, p=0.004; r=0.531, p<0.001; r=0.443, p<0.001). Hasta ve kontrol gruplarında ölçekler ve alt ölçeklerin puanlarının ilişkileri ayrıntılı olarak Tablo 42 ve Tablo 43'te gösterilmiştir.

Tablo 42. Hasta grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının ilişkileri (n=70).

		PPED-3	PPED-4	PPED-5	PPED-6	PPED-7	HAM-D	HAM-A	PRAÖ
WHOQoL-BREF-TR									
Fiziksel sağlık	**r**	0.007	-0.438	-0.460	-0.254	-0.283	-0.826	-0.756	-0.587
	p	0.957	**<0.001**	**<0.001**	**0.034**	**0.018**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Psikolojik	**r**	0.052	-0.362	-0.492	-0.168	-0.385	-0.789	-0.744	-0.503
	p	0.672	**0.002**	**<0.001**	0.166	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Sosyal ilişkiler	**r**	0.094	-0.480	-0.591	-0.240	-0.324	-0.731	-0.724	-0.512
	p	0.440	**<0.001**	**<0.001**	**0.045**	**0.006**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Çevre	**r**	0.047	-0.416	-0.525	-0.184	-0.305	-0.587	-0.595	-0.511
	p	0.700	**<0.001**	**<0.001**	0.128	**0.010**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
YPDÖ									
Yapısal Stil	**r**	0.073	-0.106	-0.142	-0.063	-0.114	-0.260	-0.208	-0.023
	p	0.546	0.383	0.241	0.607	0.349	**0.030**	0.085	0.848
Gelecek Algısı	**r**	-0.003	-0.172	-0.223	-0.275	-0.232	-0.589	-0.595	-0.351
	p	0.982	0.154	0.063	**0.021**	0.054	**<0.001**	**<0.001**	**0.003**
Aile Uyumu	**r**	0.050	-0.319	-0.377	-0.021	-0.286	-0.361	-0.392	-0.547
	p	0.683	**0.007**	**0.001**	0.862	**0.017**	**0.002**	**0.001**	**<0.001**
Kendilik Algısı	**r**	0.239	-0.197	-0.370	-0.079	-0.416	-0.554	-0.616	-0.409
	p	**0.047**	0.102	**0.002**	0.517	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Sosyal Yeterlilik	**r**	0.060	-0.342	-0.437	-0.194	-0.429	-0.572	-0.545	-0.301
	p	0.624	**0.004**	**<0.001**	0.107	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.011**
Sosyal Kaynaklar	**r**	0.045	-0.282	-0.460	-0.151	-0.397	-0.459	-0.467	-0.299
	p	0.714	**0.018**	**<0.001**	0.212	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.012**
YPDÖ-Toplam	**r**	0.131	-0.332	-0.504	-0.156	-0.472	-0.656	-0.662	-0.468
	p	0.278	**0.005**	**<0.001**	0.198	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
PRAÖ	**r**	-0.098	0.365	0.517	0.224	0.341	0.609	0.616	
	p	0.421	**0.002**	**<0.001**	0.063	**0.004**	**<0.001**	**<0.001**	
HAM-D	**r**	-0.054	0.401	0.509	0.272	0.457			
	P	0.658	**0.001**	**<0.001**	**0.023**	**<0.001**			
HAM-A TOPLAM	**r**	-0.122	0.340	0.531	0.208	0.443			
	p	0.315	**0.004**	**<0.001**	0.084	**<0.001**			

Tablo 43. Kontrol grubunda ölçek ve alt ölçeklerin puanların ilişkileri (n=69).

		PPED-3	PPED-4	PPED-5	PPED-6	PPED-7	HAM-D	HAM-A	PRAÖ
WHOQoL-BREF-TR									
Fiziksel sağlık	**r**	0.017	0.050	-0.166	0.139	-0.141	-0.390	-0.424	-0.362
	p	0.891	0.682	0.173	0.254	0.249	**0.001**	**<0.001**	**0.002**
Psikolojik	**r**	0.046	0.013	-0.117	0.233	-0.079	-0.400	-0.434	-0.438
	p	0.709	0.915	0.339	0.054	0.516	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Sosyal ilişkiler	**r**	0.007	-0.007	0.033	0.052	0.114	-0.335	-0.262	-0.334
	p	0.952	0.954	0.785	0.671	0.350	**0.005**	**0.030**	**0.005**
Çevre	**r**	-0.027	0.124	-0.024	0.087	0.089	-0.259	-0.262	-0.390
	p	0.828	0.309	0.845	0.477	0.467	**0.031**	**0.029**	**0.001**
YPDÖ									
Yapısal Stil	**r**	0.178	0.000	-0.092	0.118	-0.024	-0.183	-0.147	-0.112
	p	0.143	0.999	0.452	0.333	0.844	0.132	0.228	0.359
Gelecek Algısı	**r**	0.187	0.029	-0.153	0.014	-0.211	-0.365	-0.289	-0.289
	p	0.125	0.816	0.211	0.908	0.082	**0.002**	**0.016**	**0.016**
Aile Uyumu	**r**	0.357	-0.155	-0.095	0.002	0.060	-0.319	-0.282	-0.122
	p	**0.003**	0.204	0.436	0.990	0.622	**0.008**	**0.019**	0.317
Kendilik Algısı	**r**	0.303	-0.062	-0.290	0.110	-0.274	-0.335	-0.251	-0.176
	p	**0.012**	0.611	**0.016**	0.366	**0.023**	**0.005**	**0.037**	0.149
Sosyal Yeterlilik	**r**	0.022	-0.177	-0.058	-0.148	-0.048	-0.330	-0.201	-0.266
	p	0.858	0.146	0.636	0.226	0.693	**0.006**	0.098	**0.027**
Sosyal Kaynaklar	**r**	0.162	-0.132	-0.145	-0.105	0.066	-0.381	-0.301	-0.136
	p	0.182	0.281	0.234	0.392	0.592	**0.001**	**0.012**	0.265
YPDÖ-Toplam	**r**	0.248	-0.110	-0.119	0.013	-0.038	-0.404	-0.322	-0.233
	p	**0.040**	0.370	0.330	0.916	0.759	**0.001**	**0.007**	0.054
PRAÖ	**r**	0.137	-0.282	0.058	0.121	-0.001	0.593	0.626	
	p	0.262	**0.019**	0.637	0.323	0.993	**<0.001**	**<0.001**	
HAM-D	**r**	-0.024	-0.008	0.138	0.032	0.072			
	p	0.844	0.945	0.257	0.796	0.559			
HAM-A	**r**	-0.053	-0.054	0.186	-0.117	0.042			
	p	0.665	0.660	0.127	0.338	0.731			

Hasta grubunda WHOQoL-BREF-TR alt ölçekleri ve YPDÖ alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmalarda, WHOQoL-BREF-TR fiziksel sağlık alt ölçeğinin puanları ile YPDÖ'nün gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam

puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=0.482, p<0.001; r=0.432, p<0.001; r=0.512, p<0.001; r=0.513, p<0.001; r=0.447, p<0.001; r=0.640, p<0.001). WHOQoL-BREF-TR psikolojik alt ölçeğinin puanları ile YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında aynı yönde anlamlı istatistiksel ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla r=0.273, p=0.022; r=0.479, p<0.001; r=0.412, p<0.001; r=0.644, p<0.001; r=0.522, p<0.001; r=0.409, p<0.001; r=0.641, p<0.001). WHOQoL-BREF-TR sosyal ilişkiler alt ölçeğinin puanları ile YPDÖ'nün gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla r=0.554, p<0.001; r=0.332, p=0.005; r=0.493, p<0.001; r=0.633, p<0.001; r=0.464, p<0.001; r=0.636, p<0.001). WHOQoL-BREF-TR çevre alt ölçeğinin puanlarıyla YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla r=0.243, p=0.043; r=0.552, p<0.001; r=0.374, p=0.001; r=0.464, p<0.001; r=0.460, p<0.001; r=0.391, p=0.001; r=0.592, p<0.001).

Kontrol grubunda WHOQoL-BREF-TR alt ölçekleri ve YDPÖ alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmalarda, WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık alt ölçeğinin puanlarıyla YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında aynı yönde anlamlı istatistiksel ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=0.368, p=0.002; r=0.581, p<0.001; r=0.392, p=0.001; r=0.284, p=0.018; r=0.290, p=0.016; r=0.335, p=0.005; r=0.511, p<0.001). WHOQoL-BREF-TR psikolojik alt ölçeğinin puanlarıyla YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=0.379, p=0.001; r=0.503, p<0.001; r=0.537, p<0.001; r=0.543, p<0.001; r=0.384, p=0.001; r=0.365, p=0.002; r=0.628, p<0.001). WHOQoL-BREF-TR sosyal

ilişkiler alt ölçeğinin puanlarıyla YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında aynı yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla r=0.327, p=0.006; r=0.473, p<0.001; r=0.477, p<0.001; r=0.326, p=0.006; r=0.410, p<0.001; r=0.463, p<0.001; r=0.545, p<0.001). WHOQoL-BREF-TR'nin çevre alt ölçeğinin puanlarıyla YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu alt boyutlarının puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla r=0.314, p=0.009; r=0.442, p<0.001; r=0.363, p=0.002; r=0.408, p=0.001). Hasta ve kontrol gruplarında WHOQoL-BREF-TR alt ölçeklerinin ve YPDÖ alt boyutlarının puanlarının karşılaştırılması Tablo 44 ve Tablo 45'te gösterilmiştir.

Tablo 44. Hasta grubunda WHOQoL-BREF-TR alt ölçek ve YPDÖ alt boyutlarının puanlarının ilişkileri (n=70).

		WHOQoL-BREF-TR			
		Fiziksel sağlık	**Psikolojik**	**Sosyal ilişkiler**	**Çevre**
YPDÖ - Yapısal Stil	**r**	0.221	0.273	0.221	0.243
	p	0.065	**0.022**	0.065	**0.043**
YPDÖ - Gelecek Algısı	**r**	0.482	0.479	0.554	0.552
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
YPDÖ – Aile Uyumu	**r**	0.432	0.412	0.332	0.374
	p	**<0.001**	**<0.001**	**0.005**	**0.001**
YPDÖ – Kendilik Algısı	**r**	0.512	0.644	0.493	0.464
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
YPDÖ – Sosyal Yeterlilik	**r**	0.513	0.522	0.633	0.460
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
YPDÖ – Sosyal Kaynaklar	**r**	0.447	0.409	0.464	0.391
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.001**
YPDÖ-Toplam	**r**	0.640	0.641	0.636	0.592
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**

Tablo 45. Kontrol grubunda WHOQoL-BREF-TR alt ölçek ve YDPÖ alt boyutlarının puanlarının ilişkileri (n=69).

		WHOQoL-BREF-TR			
		Fiziksel sağlık	**Psikolojik**	**Sosyal ilişkiler**	**Çevre**
YPDÖ - Yapısal Stil	**r**	0.368	0.379	0.327	0.314
	p	**0.002**	**0.001**	**0.006**	**0.009**
YPDÖ - Gelecek Algısı	**r**	0.581	0.503	0.473	0.442
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
YPDÖ – Aile Uyumu	**r**	0.392	0.537	0.477	0.363
	p	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.002**
YPDÖ – Kendilik Algısı	**r**	0.284	0.543	0.326	0.207
	p	**0.018**	**<0.001**	**0.006**	0.088
YPDÖ – Sosyal Yeterlilik	**r**	0.290	0.384	0.410	0.190
	p	**0.016**	**0.001**	**<0.001**	0.117
YPDÖ – Sosyal Kaynaklar	**r**	0.335	0.365	0.463	0.231
	p	**0.005**	**0.002**	**<0.001**	0.056
YPDÖ-Toplam	**r**	0.511	0.628	0.545	0.408
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**0.001**

Hasta grubunda yapılan incelemelerde; tedavi süresi ile WHOQoL-BREF-TR'nin 2. sorusunun puanı ve sosyal ilişkiler alt ölçeğinin puanları arasında aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=0.241, p=0.044; r=0.269, p=0.025).

Hasta grubunda, hastalık tanısı alınan yaş ile HAM-D, HAM-A psişik, HAM-A somatik, HAM-A toplam ve PRAÖ toplam puanları arasında aynı yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmiştir (sırasıyla r=0.350, p=0.003; r=0.333, p=0.005; r=0.394, p=0.001; r=0.392, p=0.001; r=0.275, p=0.021). Tanı alınan yaş ile WHOQoL-BREF-TR'nin 1. Ve 2. sorularının puanları, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçeklerinin puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla r=-0.261, p=0.029; r=-0.347, p=0.003; r=-0.449, p<0.001; r=-0.291, p=0.015; r=-0.465, p<0.001; r=-0.393, p=0.001).

Toplam ek hastalık sayısı ile HAM-D, HAM-A psişik, HAM-A somatik, HAM-A toplam, PRAÖ toplam puanları arasında aynı yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=0.323, p=0.006; r=0.387, p=0.001; r=0.446, p<0.001; r=0.444, p<0.001; r=0.284, p=0.017). Ek hastalık sayısı ile

WHOQoL-BREF-TR'nin 1. ve 2. sorularının puanları, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre alt ölçeklerinin puanları ve YPDÖ toplam puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (sırasıyla r=-0.264, p=0.027; r=-0.428, p<0.001; r=-0.282, p=0.018; r=-0.273, p=0.022; r=-0.303, p=0.011; r=-0.383, p=0.001; r=-0.315, p=0.008). Hasta grubunda tedavi süresi, tanı alma yaşı ve toplam ek hastalık sayısı ile ölçekler ve alt ölçeklerin puanlarının karşılaştırılması Tablo 46'da gösterilmiştir.

Tablo 46. Hasta grubunda tedavi süresi, tanı alma yaşı, toplam ek hastalık sayısının ölçek ve alt ölçeklerin puanları ile ilişkileri (n=70).

		Tedavi Süresi (Ay)	Tanı Alma Yaşı	Ek Hastarlık Toplam Sayısı
HAM-D	**r**	-0.159	0.350	0.323
	p	0.190	**0.003**	**0.006**
HAM-A				
Psişik	**r**	-0.141	0.333	0.387
	p	0.245	**0.005**	**0.001**
Somatik	**r**	-0.157	0.394	0.446
	p	0.196	**0.001**	**<0.001**
Toplam	**r**	-0.163	0.392	0.444
	p	0.178	**0.001**	**<0.001**
WHOQoL-BREF-TR				
Soru 1	**r**	0.004	-0.261	-0.264
	p	0.971	**0.029**	**0.027**
Soru 2	**r**	0.241	-0.347	-0.428
	p	**0.044**	**0.003**	**<0.001**
Fiziksel sağlık	**r**	0.175	-0.449	-0.282
	p	0.146	**<0.001**	**0.018**
Psikolojik	**r**	0.105	-0.291	-0.273
	p	0.385	**0.015**	**0.022**
Sosyal ilişkiler	**r**	0.269	-0.465	-0.303
	p	**0.025**	**<0.001**	**0.011**
Çevre	**r**	0.124	-0.393	-0.383
	p	0.307	**0.001**	**0.001**
YPDÖ	**r**	-0.061	-0.175	-0.315
	p	0.615	0.147	**0.008**
PRAÖ	**r**	-0.062	0.275	0.284
	p	0.609	**0.021**	**0.017**

Hasta grubunda tedavi biçimi ile ölçek sonuçlar karşılaştırıldığında; intravenöz immunoglobulin veya subkutan immunoglobulin tedavileri arasında

ölçek ve alt ölçek puanları açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Tedavi biçimi ile ölçek ve alt ölçeklerin karşılaştırılması Tablo 47'te gösterilmiştir.

Tablo 47. Ölçek ve alt ölçeklerin puanlarının tedavi şekline göre karşılaştırılması.

	Tedavi Şekli		
	IVIG (n=52)	**SCIG (n=18)**	**p**
HAM-D	5(0-21)	8(0-20)	0.212
HAM-A			
Psişik	3(0-11)	3(0-7)	0.771
Somatik	3(0-10)	3(0-11)	0.765
Toplam	6(0-21)	5.5(0-18)	0.731
WHOQoL-BREF-TR			
Fiziksel sağlık	68.4±18.8	62.5±14.2	0.229
Psikolojik	66.4±17.3	65±12.5	0.756
Sosyal ilişkiler	69.1±17.1	66.9±15.4	0.644
Çevre	72.1±13.1	74.1±11.3	0.579
YPDÖ	122.9±18.9	121.2±21.9	0.743
PRAÖ	33.2±5.8	36.1±8.4	0.118

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma toplumun birçok kesimi üzerinde, gerek sonucunda gelişebilecek sağlık sorunları gerekse süreç içinde gelişen karantina ve sosyal izolasyon uygulamaları nedeniyle, fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkileri olan COVID-19 pandemisinin, toplumun hassas bir kesimini oluşturan PİY hastaları üzerindeki etkilerini görmeyi amaçlamaktadır. PİY ile takip edilen, subkutan veya intravenöz immunoglobulin tedavisi alan hastaların COVID-19 pandemisi sürecinde depresyon, anksiyete düzeyleri, psikolojik dayanıklılıkları ve yaşam kaliteleri, pandemi sürecinde sosyal medya kullanımları, uyku kaliteleri ve süreleri, iştahları, dikkatlerini sürdürme becerileri, pandemi süreciyle ilgili özgül korkuları ve tedirginlikleri araştırılmıştır.

Çalışmamıza PİY tanısı ile takip edilen ve tedavi alan 70 hasta (39 kadın, 31 erkek) ile kontrol grubu olarak 69 kişi (39 kadın, 30 erkek) alınmıştır. Kontrol grubu, PİY hastalarıyla sosyodemografik ve tanımlayıcı olarak benzer özellikler göstermektedir. Hasta grubunda HAM-D, HAM-A (psişik, somatik alt ölçekler ve toplam puan) ve pandemiyle ilgili korku ve endişeleri değerlendiren PRAÖ ölçeğinin puanlarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. WHOQoL-BREF-TR'nin genel sağlık durumu ile ilgili memnuniyeti değerlendiren 2. sorusunun puanının, fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler alt ölçeklerinin puanlarının; YPDÖ'nün yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyutlarının puanlarının ve YPDÖ toplam puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu gözlenmiştir. Pandemi döneminde uyku süresi, iştah düzeyi ve dikkat düzeyindeki olumsuz değişikliklerin de hasta grubunda, kontrol grubuna göre belirgin olarak yüksek olduğu değerlendirilmiştir.

PİY hastalıkları, fırsatçı enfeksiyonlara yatkınlık ve tekrarlayan ya da kronik enfeksiyonların sık görüldüğü, eşlik eden inflamatuar, otoimmün hastalıkların veya malignitelerin görülebildiği, genelde erken yaşta başlayan ve düzenli tedavi gerektiren kronik seyirli hastalıklardır. Bu yönleriyle hastaların yaşam kaliteleri ve ruhsal durumları üzerinde olumsuz etkileri

bulunmaktadır. COVID-19 pandemisinin bağışıklık sistemiyle ilgili bir sorunları olmayan veya sağlıklı olan kişilere göre PİY hastalarını daha fazla etkilemesi, bu hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etkilerinin olması, depresyon veya anksiyete bozuklukları açısından riski arttırması kaçınılmaz bir durum gibi görünmektedir. Psikiyatrik bozuklukların PİY hastalarında mortalite ve morbidite üzerine olumsuz etkilerinin bulunması (17), pandemide bu hastaların ruhsal ve fiziksel durumlarını iyileştirmek için yapılacak araştırma ve girişimleri zorunlu kılmaktadır.

Alanyazına bakıldığında, COVID-19 pandemisinin PİY hastalarının ruhsal durumları, yaşam kaliteleri ve psikolojik dayanıklılıkları üzerine olan etkisini inceleyen az sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Yaptığımız çalışma, bu açıdan en kapsamlı çalışma konumundadır. Kısıtlı çalışma sayısı nedeniyle sadece pandemi döneminde yapılan çalışmalara değil, alanyazında görülen, geçmişten beri bu alanda yapılan çalışmalara değinilecektir.

Çekiç ve arkadaşları tarafından pandemi döneminde yapılan çalışmada; PİY hastalarında anksiyete düzeylerinin, kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür (100). Pulvirenti ve arkadaşlarının erken pandemi döneminde İtalya'da yaptıkları ve 158 hastayı değerlendiren çalışmada, hastaların %42.3'ünün depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından yüksek risk grubunda yer aldığı görülmüştür (45). Çölkesen ve arkadaşları tarafından, pandemi döneminde yapılan ve PİY hastalarındaki depresyon ve anksiyete düzeylerini, diğer kronik hastalık gruplarıyla karşılaştıran çalışmada; PİY hastalarının anksiyete açısından sağlık çalışanlarından sonra, depresyon açısından da kanser hastalarından sonra en yüksek ikinci grubu temsil ettikleri görülmüştür (16). Isung ve arkadaşlarının IgA eksikliği tanısıyla takip edilen hastalar üzerinde yaptıkları geniş ölçekli çalışmada; herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısının, depresyon tanısı, anksiyete bozuklukları tanısı, otizm spektrum bozukluğu tanısı, özkıyım girişimi veya kendine zarar verici davranışların; PİY hastalarında, immün yetmezliği olmayan kişilere göre anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür (40).

Çalışmamızda, görüşmeci tarafından uygulanan HAM-A'nın psişik ve somatik alt boyutlarının puanlarının ve HAM-A toplam puanlarının hasta

grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. HAM-D ile değerlendirilen depresyon düzeylerinin de hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Pandeminin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, sağlık durumu daha kötü olan, kronik hastalıkları olan kişiler için daha belirgin hale gelmektedir. Sağlık durumuyla ilgili belirsizlik, klinik takiplerinin düzensizleşmesi, tedavi sürecinin aksaması gibi nedenler toplumun daha hassas kesimini oluşturan bu gruplarda COVID-19 pandemisinin psikolojik etkilerini arttırabilmektedir (227). Dolayısıyla hasta grubunun depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olması, beklenebilir bir durumdur.

Çekiç ve arkadaşlarının çalışmasında kadın hastaların anksiyete düzeylerinin, erkek hastalara göre birçok alanda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadın hastaların SARS-CoV-2 enfeksiyonu yaşama veya enfeksiyonu yakınlarına bulaştırmayla ilgili endişelerinin ve dışarı çıktıklarında viral maruziyet ile ilgili çekincelerinin erkek hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür (100). Isung ve arkadaşlarının çalışmasında da PİY ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin, kadınlarda erkeklere göre daha güçlü olduğu görülmüştür (40). Mowbray ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadın cinsiyet, pandemi döneminde psikiyatrik bozukluklara yatkınlık açısından daha yüksek riskli görünmektedir (69).

Çalışmamızda depresyon ve anksiyete düzeyleri cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında, hasta grubunda HAM-D ve HAM-A puanlarının kadınlarda, erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda da benzer şekilde HAM-A puanları kadınlarda, erkeklere göre belirgin yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni pandeminin ve birlikte gelen kısıtlamaların psikiyatrik etkisinin kadınları erkeklere göre daha fazla etkilemesi olabilir. Yapılan bazı çalışmalar, genel toplumda da COVID-19 pandemisinin travma sonrası stres bozukluğu açısından kadınları daha fazla etkilediğini ve anksiyete bozuklukları ve depresyonun kadınlarda daha fazla görüldüğünü göstermektedir (80).

Çölkesen ve arkadaşlarının çalışmasında virüsle ilgili maruziyet ve hastalanma durumu ile ilgili endişeleri değerlendiren bir ölçek olan Fear of

Illness and Virus Evaluation (FIVE) ile yapılan değerlendirmelerde sağlık çalışanlarından sonra en yüksek puanları PİY hastalarının aldıkları görülmüştür (16). Sowers ve arkadaşlarının pandemi döneminde 511 PİY hastasıyla yaptıkları çalışmada hastalara yakınlarının veya kendilerinin COVID-19 enfeksiyonu yaşama olasılıkları ile ilgili ne kadar endişeli oldukları sorulmuş ve hastaların %30.9'u son derece endişeli, %33.3'ü çok endişeli olduklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada pandemi nedeniyle hissedilen kaygının, hastaların günlük hayatlarını ve işlevselliklerini etkileyip etkilemedikleri sorulduğunda; %16.8'i sürekli, %22.3'ü çok sık yanıtını vermişlerdir. Ayrıca hastaların %57.3'ünün pandeminin devam etmesine neden olabilecek yeni dalgalarla ilgili son derece endişeli hissettikleri görülmüştür (228).

Çalışmamızda da HAM-A puanlarının hasta grubunda yüksek olmasının yanında; viral enfeksiyon ile bulaş açısından kendini riskli hissetme, gündelik hayatta fazladan stres hissetme, hastalanma korkusu, enfekte olma halinde hayatta kalamama düşünceleri, enfeksiyonu başkalarına bulaştırma ile ilgili endişeler, gelecekte gelişebilecek benzer salgın süreçleriyle ilgili yaşanan gerginlik gibi maddeleri barındıran ve temel olarak FIVE ölçeğine benzer bir işlev taşıyan PRAÖ'nün toplam puanlarının hasta grubunda, kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. PRAÖ toplam puanlarının HAM-D ve HAM-A toplam puanlarıyla aynı yönde, orantılı ve anlamlı değişiklik gösterdiği düşünüldüğünde; pandeminin bu ruhsal durumlardaki etkisini düşünmek olasıdır. Pandemi döneminden önce, aynı hasta grubuyla yapılan benzer bir çalışma olmadığı için bu durumun neden sonuç açısından tam olarak ayrımı yapılamamaktadır. COVID-19 ile ilgili kaygıları değerlendiren PRAÖ değerlerinin yüksek olması, pandemi sürecinin depresyon ve anksiyete ile ilgili şikâyetlerde artışa neden olduğunu gösterebileceği gibi; alanyazında görüldüğü şekilde PİY'de ruhsal bozuklukların sağlıklı topluma göre daha sık görülüyor olması da, bu grubu COVID-19 döneminde daha kolay incinebilir duruma getiriyor olabilir. Bitan ve arkadaşlarının 2020 yılında 639 katılımcı ile yürüttükleri çalışmada da COVID-19 ile ilgili korkunun anksiyete, depresyon ve stres ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (229).

Piazza-Waggoner ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada, ciddi astım veya böbrek hastalıkları gibi kronik sağlık sorunları olan çocuklarla karşılaştırıldığında, PİY olan çocuklarda daha yüksek oranda psikiyatrik bozukluk görüldüğü belirtilmiştir. Bunlar depresyon, anksiyete bozuklukları, somatizasyon, sosyal çekilme ve sosyal ilişkilerde azalma gibi durumları içermektedir (14). Baloh ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada, PİY hastalarında depresyon oranı topluma göre yüksek bulunmuştur (pediatrik grupta %18, erişkin grupta %26). Yüksek görülme oranının yanında, depresyon ile mortalite arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada depresyon gelişiminin PİY'deki ek tanılarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (17).

Yaptığımız çalışmada da depresyon değerleri, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek gelmekle birlikte; ek tanı sayısındaki artışla HAM-D değeri arasında aynı yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ek tanı sayısındaki artış sadece depresyonla değil, aynı zamanda yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinde düşüşle de ilişkili bulunmuştur. İlave edilecek olursa, Baloh ve arkadaşlarının çalışmasının pandemiden önce yapıldığı da akılda bulundurulmalıdır. Viral enfeksiyonla ilgili tüm dünyayı etkileyen bir salgının, bağışıklık sistemiyle ilgili sorunları olan ve enfeksiyonlara yatkınlıkları sağlıklı insanlara göre daha fazla olan; bağışıklıkla ilgili hastalıklarına ek olarak birçok ek tanısı bulunan PİY hastalarının ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini, normal topluma göre çok daha olumsuz etkileyebileceği aşikârdır. Değerlendirilen kesitte, Baloh ve arkaaşlarının yaptığı çalışmada göre daha yüksek psikiyatrik bozukluk oranlarıyla karşılaşabileceğimizi düşünmekteyiz.

Her ne kadar pandemi döneminde olmasa da, yapılan bazı çalışmalar kronik hastalıkları olan kişilerde ek hastalıklar bulunmasının, anksiyete düzeyleri üzerinde olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir (230).

Çalışmamızda ek tanı sayısındaki artışla HAM-A psişik, HAM-A somatik, HAM-A toplam puanları ve PRAÖ değerleri arasında da aynı yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Kronik bir hastalık olan PİY'de ek tanılar bu stresli dönemde hastaların kaygılarını arttırıyor ve yaşam kalitelerini azaltıyor gibi görünmektedir.

Mowbray ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, pandemi sırasında genel popülasyonda travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığının %4 ile %41 arasında değiştiği, majör depresyon yaygınlığının %7 oranında olduğu görülmüştür. Psikiyatrik bozukluklara eğilimi artırabilecek faktörler olarak; kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, kişiler arası ilişkilerde sorunlar, düşük psikolojik dayanıklılık, sosyal medyanın yoğun kullanımı, sosyal desteğin yetersiz olması belirlenmiştir (69).

Çalışmamıza bakıldığında, hasta grubunda HAM-D puanlarının kadın hastalarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ve bahsedilen çalışmada da belirtildiği üzere, psikolojik dayanıklılık ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında ters yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Psikolojik dayanıklılığın yüksek olmasının psikiyatrik bozuklukların gelişimini önleyebileceği, kriz durumlarında, olağan dışı dönemlerde kişiyi koruyucu bir faktör olarak öne çıktığı bilinmektedir. Psikolojik dayanıklılık ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında saptanan bu ilişki şaşırtıcı değildir.

Vindegaard ve Benros tarafından 2020 yılında yapılan, pandeminin yol açtığı ruhsal sorunları inceleyen ve 43 çalışmayı sistematik bir şekilde derleyen araştırmanın sonucunda; COVID-19 enfeksiyonu geçiren kişilerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon görüldüğünü, önceden psikiyatrik bir bozukluğu olan kişilerin pandemi döneminde mevcut şikayetlerinin arttığını, genel topluma bakıldığında öznel iyi oluş hallerinde azalma, anksiyete düzeylerinde artma gibi ruhsal sorunların arttığını belirtmişlerdir (231).

Yaptığımız çalışmada, hasta grubunda geçmişte psikiyatrik başvurusu olan hastalarda, HAM-D, HAM-A ve PRAÖ puanlarının, geçmişte psikiyatrik başvurusu olmayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Benzer bir durum kontrol grubu için de geçerli görünmektedir. Geçmişte psikiyatrik başvurusu olan kişilerde HAM-D ve HAM-A değerleri, psikiyatrik başvurusu olmayan kişilere göre anlamlı olarak yüksek, WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik alt ölçeğinin puanları ve YPDÖ puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Hasta grubundan farklı olarak kontrol grubunda PRAÖ puanlarının geçmişte psikiyatrik başvuru olmayan ve olan kişiler arasında

anlamlı farklılık göstermemesinin nedeninin, COVID-19 enfeksiyonu açısından PİY hastaları kadar yüksek bir risk grubunda olmamalarının olabileceği düşünülmüştür.

Hasta grubunda HAM-D, HAM-A ve PRAÖ puanlarının, geçmişte veya halen depresyon tanısıyla takip edilmiş veya edilmekte olan hastalarda, psikiyatrik tanısı olmayanlara göre daha yüksek oldukları görülmüştür. Kontrol grubunda da depresyon tanısı olan kişilerin HAM-D değerlerinin, psikiyatrik tanısı olmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca psikotrop ilaç kullanımı olan hastalarda HAM-D, HAM-A ve PRAÖ değerlerinin, psikotrop ilaç kullanmayanlara göre belirgin olarak yüksek oldukları; kontrol grubunda da psikotrop ilaç kullanımı olan kişilerin HAM-D değerlerinin, psikotrop ilaç kullanmayan kişilere göre yüksek olduğu gözlenmiştir.

Geniş ölçekte bakıldığında birçok çalışma, COVID-19 pandemisi sırasında uykuyla ilgili sorunların ve uyku bozukluklarının sıklıkla görülebildiğini bildirmektedir (2,71). Wu ve arkadaşlarının yaptığı meta analizde, kronik hastalıkları olan kişilerde ve diğer bazı risk gruplarında uyku bozukluklarının yaygınlığının yüksek olduğu görülmüştür (88). Stanton ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları çalışmada da pandemi döneminde uykuyla ilgili olumsuz değişikliklerin depresyon ile yakından illişkili olduğu belirtilmiştir (74). Ayrıca SARS-CoV-2 enfeksiyonunun nöropsikiyatrik etkileri nedeniyle insomniaya neden olabileceği bilinmektedir (232).

Yukarıda ifade edilen çalışmaları destekler şekilde, pandemide uyku süresini (PPED-4) değerlendiren soruya verilen yanıtlar incelendiğinde, uyku süresinin hasta grubunda kontrol grubuna göre daha fazla azalmış olduğu görünmektedir. Uykuyla ilgili değişiklikler anksiyete bozuklukları ve depresif durumlarla yakından ilişkili olduklarından, bu durum şaşırtıcı görünmemektedir ve bu durumların hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır. Çalışmamızda istatistiksel olarak incelendiğinde, uyku süresi (PPED-4) ve uyku kalitesindeki (PPED-5) azalma ile HAM-A ve HAM-D puanlarındaki artışın birbirleriyle anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmüştür. Uyku kalitesinin korunması bağışıklığın güçlendirilmesinde önemlidir; bu nedenle COVID-19 pandemisinin neden olduğu stresin ardından gelişen

herhangi bir uyku bozukluğu, enfeksiyona duyarlılığı artırabilir veya enfeksiyon durumunda iyileşmeyi tehlikeye atabilir (233). Bahsedilen bu durum, hasta grubumuzu oluşturan PİY hastalarında oldukça önemli olabilir.

Alanyazına bakıldığında, COVID-19 pandemisi sırasında görülen psikiyatrik bozuklukları inceleyen çalışmalar, bu süreçten etkilenen kişilerin stres, irritabilite, uykusuzluk, dikkat eksikliği, sinirlilik gibi ruhsal yakınmalar tarif ettiklerini göstermektedir (2, 70, 71). Çalışmalar ayrıca yüksek düzeyde medya maruziyeteinin de stres düzeyini artırabileceğini göstermektedir (72). Direkt olarak enfeksiyonun merkezi sinir sistemi tutulumuna bağlı olarak basit bilişsel bozukluk gibi tablolar da oluşabilmektedir (92).

Çalışmamızda pandemi döneminde dikkati toplayabilme becerisini değerlendiren PPED-7. sorusuna bakıldığında, hasta grubunda pandemi döneminde dikkat azalmasının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Bunda depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olmasının da payı olduğu düşünülmüştür. HAM-A ve HAM-D puanları ile ilişki incelendiğinde, bu ölçeklerdeki artışla dikkatle ilgili şikâyetler arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Pandemi döneminde sosyal medyanın fazla kullanımı ile psikiyatrik bozukluk gelişimi arasında bağlantı kuran çalışmalar olduğu görülmektedir (69, 76). Pandemide sosyal medya kullanımına (PPED-3) bakıldığında iki grup arasında anlamlı fark görülmemiştir. Benzer şekilde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile sosyal medya kullanımı arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda böyle bir farklılık görülmemesinin nedeni, katılımcı grubunun sosyoekonomik düzeyleri veya günlük alışkanlıklarıyla ilgili olabilir. Pandemi döneminde sosyal medya ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi daha iyi değerlendirebilmek için geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Wang ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan, SARS-CoV-2 enfeksiyonu nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören 215 hastayı taburculuk sonrasında psikiyatrik bozukluklarla ilgili değerlendirilen çalışmada, taburculuk sonrasında hastaların %57'sinde psikiyatrik bozukluk belirtileri olduğu görülmüş. Psikiyatrik belirti gösteren hastalar alt gruplar açısından

incelendiğinde, travma sonrası stres bozukluğu oranının %34, anksiyete bozuklukları oranının %24, depresyon oranının %42 olduğu görülmüştür. Geçmişte yapılan psikiyatrik başvurular açısından değerlendirildiğinde; psikiyatrik bozukluk oranının, geçmişte psikiyatrik başvurusu olan hastalarda %78, geçmişte psikiyatrik başvurusu olmayan hastalarda %42 olduğu saptanmıştır ve geçmişte psikiyatrik başvuru mevcudiyetinin, taburculuk sonrasında psikiyatrik belirti gelişimi açısından güçlü bir yordayıcı olduğu düşünülmüştür (234). Lorenzo ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptıkları çalışmada da SARS-CoV-2 enfeksiyonu nedeniyle hastanede yattıktan sonra taburcu olan hastaların %25'inde anksiyete belirtileri ve uykusuzluk, %22'sinde travma sonrası stres bozukluğu olduğu görülmüştür (235).

Çalışmamızda da daha önce belirtildiği gibi, geçmişte psikiyatrik başvurusu, psikiyatrik tanısı veya psikotrop ilaç kullanımı olan hastaların HAM-D, HAM-A ve PRAÖ puanlarının, geçmişte psikiyatrik başvuru olmayan kişilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Yine wang ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde, hasta grubunda SARS-CoV-2 enfeksiyonu geçirip hastanede yatarak tedavi gören hastalarda (n=7), enfeksiyon geçirip hastanede yatışı olmayan kişilere göre (n=9) HAM-A ile değerlendirilen anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir. Örneklem boyutları çok küçük olarak görülse de, bu bulgunun önemli olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda depresyon ve anksiyete düzeylerinin hasta grubunda daha yüksek, yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ise daha düşük olduğunun görülmesi nedeniyle; yatarak tedavi görmenin hasta grubunda, özellikle COVID-19 ilişkili hastane yatışlarında izolasyon, refakatçi kısıtlılığı gibi stres düzeyini arttıran faktörlerin daha belirgin olması sonucunda, daha travmatik olabileceğini düşünmekteyiz.

Heath ve arkadaşlarının 2017 yılında, 33 primer immün yetmezlik hastasıyla yaptığı, kontrol grubu içermeyen çalışmada; ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olan kişilerin depresyon skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlıksız beslenme, uyku kalitesinin düşük olması, hastanın öznel değerlendirmesine göre sağlık durumunun 'iyi' olmaması ve ailede depresyon

veya anksiyete gibi ruhsal rahatsızlıklar olması yüksek anksiyete düzeyiyle ilişkili bulunmuştur (18).

Heath ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, bizim çalışmamıza göre daha küçük örneklemli olmasına ve kontrol grubu içermemesine rağmen, dikkate değer bazı noktalar olabileceği düşünülmüştür. Yaptığımız çalışmada da hastaların iştah ve uyku sürelerinin, her ne kadar uyku kalitesi arasında anlamlı fark olmasa da, kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaldığı görülmüştür. Yine bahsedilen çalışmaya benzer şekilde, WHOQoL-BREF-TR'nin sağlık durumuyla ilgili öznel memnuniyeti değerlendiren ikinci sorusunun puanlarının hasta grubunda düşük olduğu, ek olarak WHOQoL-BREF-TR'nin tüm alt ölçeklerinin puanlarıyla HAM-A ve HAM-D puanları arasında ters orantılı anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda kontrol grubunda, ailesinde psikiyatrik başvuru veya psikotrop ilaç kullanımı olan kişilerin HAM-D değerlerinin, ailesinde psikiyatrik başvuru veya psikotrop ilaç kullanımı olmayan kişilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu, YPDÖ değerlerinin ise anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Ek olarak kontrol grubunda, YPDÖ değerlerinin, ailesinde psikiyatrik başvuru olan kişilerde, ailesinde psikiyatrik başvuru olmayan kişilere göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Hasta grubunda benzer bir ilişki öznel psikiyatrik geçmiş, psikiyatrik tanı ve psikotrop ilaç kullanımı ile bağlantılı olarak görülmekte olup, ailedeki psikiyarik öykü ile anksiyete ve depresyon açısından bu grupta anlamlı fark oluşturmamıştır. Bu durumu açıklayacak kesin bir neden bulunmamakla birlikte, pandemi sürecinde hassas bir grupta olan PİY grubunda ruhsal şikâyetlerin kontrol grubuna göre daha fazla artmış olduğu görüldüğü için; bu artışın, ailede psikiyatrik öykü gibi değişkenlerin etkisinin üstünü örtmüş, küçük anlamlı değişkenlerin etkisini azaltmış olabileceği düşünülmüştür.

Alanyazında pandemi döneminde yapılan çalışmalar incelendiğinde, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların genç yaştaki kişilerde, ileri yaşlara göre daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar olduğu görülmüştür (52,84). Bu durumun nedeni, genç

yaşta çalışma yükünün daha fazla olması, üretken grubun yaşlarının daha genç olması, iş hayatında viral maruziyetin daha fazla olması olabilir.

Chew ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, pandemi döneminde yaş artışı ile anksiyete, depresyon, uykusuzluk gibi psikiyatrik bozukluk ve semptomlarda artış olduğu belirtilmiştir (236). Yaptığımız çalışmada yaş ile HAM-D, HAM-A ve PRAÖ puanları arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ek olarak yaş artışı ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçeklerinin puanlarında da düşme olduğu görülmektedir. Ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde de WHOQoL-BREF-TR'nin tüm alt ölçeklerinin puanlarıyla HAM-A ve HAM-D puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. İleri yaştaki kişilerde SARS-CoV-2 enfeksiyonunun daha ciddi seyredebilmesi, yaş arttıkça ek tanıların sayısının artması gibi etkenlerin çalışmamızda ortaya çıkan bu durumda etkili olabileceği düşünülmüştür.

Yaptığımız çalışmada, evli hastaların evli olmayan hastalara göre depresyon ve anksiyete puanları yüksek, yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Evli olmanın yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildiren çalışmalar olmakla birlikte (237); çalışmamızda evli olan ve olmayan hastalar arasında böyle bir farklılığın bulunmuş olması şaşırtıcıdır. Pandemi süreci nedeniyle uzun süreli karantina uygulamaları ve sosyal yaşam tarzı değişiklikleri, evli bireylerin aileleriyle daha çok vakit geçirmesine neden olmuştur. Sağlıklı ve istikrarlı aile içi ilişkileri olan kişiler, aile bireyleri ile iletişimlerinin geliştiğini bildirmiştir (238). İlişkilerinde sorunlar yaşayan, sağlıksız evlilikleri olan kişiler için bu durumun tersi de geçerli olabilir. Çalışmamızda ortaya çıkan bu veri, evlilik uyumu ve memnuniyeti değerlendirilerek tekrar gözden geçirilmeli ve aralarındaki ilişki incelenmelidir.

Çalışmamızda görülen bulgulardan birisi de COVID-19 enfeksiyonu yaşama (PPED-1) ve yakınlarında COVID-19 enfeksiyonu yaşayan kişilerin olması (PPED-2) açısından, kontrol grubunun hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğunun görülmesidir. Bu bulgu, enfeksiyon açısından hassas bir konumda olan hastaların ve yakınlarının, farkındalıklarının yüksek olmasına ve izolasyon, temizlik gibi önlemleri daha ciddi uygulamalarına bağlı olarak

gelişmiş olabilir. Çalışmamızda enfeksiyondan korunma amacıyla alınan önlemleri değerlendiren bir araç olmadığı için bu konuda daha fazla kanıta ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda ortaya çıkan ilginç bir bulgu; kontrol grubunda 2 doz inaktif aşı ve bir doz mRNA aşısı olan kişilerin HAM-D ve PRAÖ puanlarının, en az iki doz mRNA aşısı olan kişilere göre anlamlı olarak yüksek olmasıdır. Çalışmamızın yapıldığı kesitte, SARS-CoV-2 varyantlarına bağlı olarak ortaya çıkan vaka sayısı artışının ve bu varyantlar üzerinde mRNA aşılarının inaktif aşılara göre daha etkili olmasının, bu bulguda etkisi olabileceği düşünülmüştür. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, hasta grubunda da benzer bir durum olduğu görülmektedir. Aşısı olmayan ve yalnızca inaktif aşı olan kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin, en az bir doz mRNA aşısı olanlara göre yükselme eğiliminde olduğu görülmüştür.

Çekiç ve arkadaşlarının pandemi döneminde yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puanlarında iki grup arasında anlamlı fark olmamakla birlikte, genel sağlıkla ilgili memnuniyeti değerlendiren, yaşam kalitesi ölçeğinin 2. sorusunun değerinin hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu ifade edilmiştir (100). Pulvirenti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, PİY ile takip edilen hastalarda, pandemi sürecinde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin topluma göre daha düşük olduğu görülmüştür (15). Barlogis ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada, fiziksel ve ruhsal alanlar da dâhil olmak üzere, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinde ve toplam skorunda PİY hastalarının, topluma göre daha düşük olduğu görülmüştür (42). Quinti ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada, yaygın değişken immün yetmezlik tanısıyla takip edilen 96 hastanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeylerinin, topluma göre anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür (239).

Yaptığımız çalışmada ortanca yaşı 31 (18-64) olan, tanı alma yaşının ortanca değeri 23 (4-64) olan ve tedavi süresinin ortanca değeri 93 ay (3-330) olan 70 hasta değerlendirilmiştir. Hasta grubunun WHOQoL-BREF-TR'nin genel sağlıkla ilgili memnuniyeti değerlendiren 2. Sorusunun puanlarının, fiziksel sağlık, psikolojik ve sosyal ilişkiler alt ölçeklerinin puanlarının kontrol

grubuna göre düşük olması yukarıda belirtilen çalışmalarla uyumlu görünmektedir.

Quinti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadın cinsiyet ve ileri yaşın, erkek cinsiyet ve genç yaşa göre yaşam kalitesinde azalmanın öngördürücüsü olduğu belirtilmiştir (239). Tcheurekdjian ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ileri yaş ve kadın cinsiyetin, yaygın değişken immün yetmezlik hastalarında, özellikle fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alt ölçeklerinde azalmayla anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır (240).

Bahsedilen çalışmalara benzer şekilde, çalışmamızda da yaş artışı ile WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçeklerinin puanları arasında ters orantılı bir ilişki saptanmıştır ve yaş arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür. Yine yukarıdaki çalışmalara benzer şekilde, tüm ölçeklerde olmasa da, WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik alt ölçek puanının kadın hastalarda, erkek hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Ek olarak kontrol grubunda da WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik ve sosyal ilişkiler alt ölçeklerinin puanlarının kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak düşük olduğu değerlendirilmiştir.

Pulvirenti ve arkadaşlarının çalışmasında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin, özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından yüksek riskli olarak görülen grupta, daha düşük olduğu saptanmıştır (15). Quinti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada genel sağlık anketine göre anksiyete veya depresyon açısından risk altında olan veya aleksitimik olan hastaların, yaşam kalitesi en düşük grupları oluşturdukları görülmüştür (239).

Çalışmamızda HAM-D ve HAM-A puanları arttıkça WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçeklerinin puanlarının azaldığı ve genel olarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir ve bu durum da bildirilen çalışmalarla uyumlu görünmektedir. Geçmişte veya halen depresyon tanısı olan hastalarda WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık alt ölçek değerlerinin psikiyatrik tanısı olmayan kişilere göre daha düşük olması; psikotrop ilaç kullanımı olan hastaların WHOQoL-BREF-TR'nin psikolojik alt ölçek değerlerinin, psikotrop ilaç kullanımı olmayan hastalara göre daha düşük olmasının da, psikiyatrik yakınmaların ve

bozuklukların yaşam kalitesini birçok anlamda olumsuz etkilediği görüşünü desteklediği düşünülmüştür.

Barlogis ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesinin ek hastalık yükü ve sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (42). Sigstad ve arkadaşlarının yaptıkları, primer antikor eksikliği tanısıyla takip edilen 55 hastayı değerlendiren çalışmada düşük yaşam kalitesi; işsizlik, dörtten fazla organda enfeksiyon olması, eşlik eden iki veya daha fazla hastalık olması ve son üç ayda ikiden fazla stresli yaşam olayı yaşama ile ilişkili bulunmuştur (241). Quinti ve arkadaşlarının çalışmasında, yaygın değişken immün yetmezliğe eşlik eden kronik akciğer hastalığı veya kronik diyaresi olan hastaların yaşam kalitesi düzeyleri, kronik ek tanısı olmayan hastalara göre düşük bulunmuştur (239).

Çalışmamızda, bildirilen çalışmalara benzer şekilde toplam ek hastalık sayısı ile WHOQoL-BREF-TR'nin tüm alt ölçeklerinin değerleri arasında ters orantılı anlamlı bir ilişkili görülmüştür ve ek hastalık sayısı arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin tüm boyutlarda azaldığı saptanmıştır. Ek olarak, bizim çalışmamızda, hasta grubunun yarısında (n=35) solunum sistemiyle ilgili ek tanılar bulunmaktadır ve bu açıdan diğer ek tanıların aksine, kontrol grubundan anlamlı olarak farklı görünmektedir. Quinti ve arkadaşlarının çalışması göz önünde bulundurulursa bu durumun, hasta grubunda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki düşmeye katkı sağladığı düşünülebilir.

Her ne kadar çalışmamızda, değerlendirilen kesitte çalışan ve çalışmayan hastalar arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark görülmemiş olsa da; gelir durumu kötü olan hastaların WHOQoL-BREF-TR'nin çevre alt ölçeğinin puanlarında, gelir durumu orta ve iyi olan hastalara göre anlamlı olarak daha düşük değerler almasının, Sigstad ve arkadaşlarının öne sürdüğü verileri desteklediği düşünülmüştür. Benzer şekilde, kontrol grubunda da bu açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür; WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik ve çevre alt ölçeklerinin puanlarının, gelir düzeyi kötü olan kişilerde, gelir düzeyi iyi olan kişilere göre düşük olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda, WHOQoL-BREF-TR 2. sorusu ve sosyal alt ölçeğinin puanları ile tedavi süresi arasında doğru orantılı anlamlı bir ilişki olduğu

görülmüştür. Bu durum hastalığa uyum sağlamak için geçen sürenin olumlu bir etkisi veya hastalığa bağlı yaşam tarzı değişikliklerinin uzun dönemli bir etkisi olarak düşünülebilir. Ateinia ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada da benzer bir ilişki olduğu görülmüş ve hem çocuk, hem erişkin yaş grubunda daha uzun süredir takip edilen hastaların psikolojik ve psikososyal açıdan daha yüksek yaşam kalitesi düzeyleri bildirdikleri saptanmıştır (242). Takip ve tedavi süresiyle yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için, daha büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada görülen bir başka bulgu da PİY tanısı alma yaşı ile WHOQoL-BREF-TR'nin tüm alt ölçeklerinin puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olmasıdır. Çalışmamızda daha önce de açıklandığı gibi, yaş ile WHOQoL-BREF-TR puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olmasının da bu bulguya katkı sağlıyor olabileceği düşünülse de; tanı alma yaşının gecikmesi, hastalık belirtileriyle geçen sürenin uzamasına, fiziksel ve ruhsal olarak hastanın yaşam kalitesinin azalmasına da neden olabilir. Ateinia B ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, tanıda geç kalınmasıyla yaşam kalitesinin fiziksel alt ölçeklerinde düşme arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir (242). Aghamohammadi ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada da tanıda geç kalınması ile yaşam kalitesinde düşme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve bu durum tanı almaya kadar geçen süredeki sağlık sorunları ve gelişebilecek organ hasarlarına bağlanmıştır (243). Yaşam kalitesine olan etkisine benzer şekilde, HAM-A, HAM-D ve PRAÖ ölçeklerinin puanlarının da tanı yaşındaki artışla birlikte, anlamlı şekilde arttığı görülmüştür.

Yaptığımız çalışmada IVIG veya SCIG tedavileri alan hastalar arasında depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alanyazında tedavi şeklinin yaşam kalitesi üzerindeki etkileriyle ilgili çeşitli görüşler mevcut olmakla birlikte; ağırlıklı olan görüş, hastaneye gelme ihtiyacını azaltan, daha esnek bir tedavi yaklaşımını mümkün kılan SCIG tedavisinin IVIG'e göre yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğidir (244). Pandemi sürecinin başından itibaren enfeksiyon riskini ve teması azaltmak amacıyla hasta grubunda SCIG'e geçen hastalar olduğu görülmüştür. Çalışmamızda tedavi şekli ile yaşam kalitesi, anksiyete,

depresyon ve psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki saptanmamasının nedeninin, anksiyete eşiği daha düşük olan hastaların pandemi sürecinde SCIG tedavisine geçmesi olabileceği düşünülmüştür. Bu konuda daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Alanyazın incelendiğinde pandemi döneminde veya öncesinde, PİY hastalarında psikolojik dayanıklılığı (PD) inceleyen çalışma, görülememiştir. Bu nedenle pandemi döneminde PD ile ilgili yapılan çalışmalar ve kronik hastalıklarda PD ile ilgili çalışmalardan yararlanılmıştır.

PD, yaşamda travmatik olan veya stres içeren olaylardan sonra geçmişteki kararlı ruhsal duruma geri dönebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir (169). Earvolino ve Ramirez de çalışmalarında PD'yi değişim dönemlerinden, depresyondan, hastalıklardan sonra eski haline dönebilme; zorlu durumlardan sonra kendini hızla toplayabilme ve esneklik kapasitesi olarak belirtmişlerdir (174).

COVID-19 pandemisi sonucunda tüm dünyada hakim olan sosyal izolasyon ve ekonomik belirsizlikler depresyon, anksiyete bozuklukları, travmayla ilişkili bozukluklar gibi psikiyatrik bozuklukların gelişimiyle ilgili endişeyi arttırmıştır; fakat insanlar zorluklarla ve travmalarla farklı düzeyde baş etme yeteneklerine sahiptir ve burada PD devreye girmektedir.

Killgore ve arkadaşlarının pandeminin erken döneminde ABD'de 1004 kişiyle yürüttükleri çalışmada, PD düzeylerinin, pandemi öncesi dönemde göre, toplum ortalamasının altında olduğu görülmüştür ve bu düşüklük ani başlayan pandemi süreci, izolasyona bağlı sosyal destekte azalma gibi durumlarla açıklanmıştır. Daha düşük PD düzeylerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinde artma ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ek olarak COVID-19 ile ilgili endişelerin de PD ile ters olarak anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır (213). Riehm ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, düşük PD ile pandemi döneminde stres artışının ilişkili olduğunu belirtilmiştir (214).

Yaptığımız çalışmada YPDÖ'nün tüm alt boyutlarının puanlarının ve toplam puanlarının hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Ek olarak; hasta grubunda YPDÖ'nün tüm alt boyutlarının puanları ve toplam puanları ile HAM-D puanları arasında ters yönde anlamlı

bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Yine hasta grubunda YPDÖ'nün yapısal stil hariç tüm alt boyutlarının puanları ve toplam puanları, HAM-A puanları ile ters yönde ilişkili olarak saptanmıştır. Pandemi dönemiyle ilgili endişe ve tutumları ölçmeyi amaçlayan PRAÖ ölçeğinin puanlarıyla YPDÖ'nün yapısal stil hariç diğer alt boyutlarının puanları ve toplam puanları arasında da ters ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Riehm ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, ekonomik durumu kötü olan, açlık sınırında yaşayan kişilerin bu süreçte PD düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (214). Sehgal ve arkadaşları, inflamatuar bağırsak hastalığı ile takip edilen hastalarla yaptıkları çalışmada, yüksek psikolojik dayanıklılığın, yüksek yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (245).

Çalışmamızda da hastalar arasında YPDÖ toplam değerlerinin, iyi gelir düzeyi olan hastalarda, orta ve kötü gelir düzeyi olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine hasta grubunda YPDÖ toplam puanlarının yüksek olması, WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçeklerinin puanlarında artış ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda görülen bu durum, Cal ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik derlemede belirtildiği üzere (246), kronik hastalıklarda yüksek PD düzeyleri ile yüksek yaşam kalitesi arasındaki anlamlı ilişkiyle uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında; kesitsel bir çalışma olması ve COVID-19 pandemisinin başlangıcından 1 sene sonra yapılması nedeniyle pandeminin nispeten uzun dönem etkilerinin değerlendirilmesi, örneklem sayısının küçük olması, tek merkezli olması gösterilebilir.

Kronik tıbbi rahatsızlıklar, özellikle kriz ve belirsizlik zamanlarında artacak şekilde, ömür boyu süren zorluklar yaratmaktadır. Hastalar bedensel sorunlarla, duygusal dalgalanmalarla, yaşam tarzı değişiklikleriyle ve olumsuz sonuçlarla başa çıkmayı öğrenmelidir. PİY hastalıkları da hastaların, hastalıklarıyla ve uzun süren tedavileriyle başa çıkmayı öğrenmelirini gerektiren kronik hastalıklardır. Bunların üzerine, COVID-19 nedeniyle oluşan küresel pandeminin getirdiği zorluklar da eklenince, bu hastaların üzerindeki yük daha da artmaktadır. Bu nedenle, PİY hastalarında pandemi döneminde

gelişen zorlukları daha iyi anlamak, gelecekte gelişebilecek benzer süreçlere hazırlık açısından önemlidir ve bu açıdan geniş örneklemli, kohort çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for critically ill patients with COVID-19. JAMA. 2020;323(15):1499-500.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912-20.
3. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. Covid-19 - Navigating the uncharted. N Engl J Med. 2020;382(13):1268-9.
4. Dai M, Liu D, Liu M, et al. Patients with cancer appear more vulnerable to SARS-COV-2: A multicenter study during the COVID-19 outbreak. Cancer Discov. 2020;10(6):783-91.
5. CDC COVID-19 Response Team. Preliminary estimates of the prevalence of selected underlying health conditions among patients with coronavirus disease 2019 - United States, February 12-March 28, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(13):382-6.
6. Cao X. COVID-19: immunopathology and its implications for therapy. Nat Rev Immunol. 2020;20(5):269-70.
7. Tay MZ, Poy CM, Rénia L, MacAry PA, Ng LFP. The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention. Nature Rew İmmuno. 2020;20(6):363-74.
8. Primary immunodeficiency diseases. Report of an IUIS Scientific Committee. International Union of Immunological Societies. Clin Exp Immunol. 1999;118 Suppl 1(Suppl 1):1-28.
9. Shyur SD, Hill HR. Recent advances in the genetics of primary immunodeficiency syndromes. J Pediatr. 1996;129:8-24.
10. Stray-Pedersen A, Abrahamsen TG, Frøland SS. Primary immunodeficiency diseases in Norway. J Clin Immunol. 2000;20(6):477-85.
11. Javier FC 3rd, Moore CM, Sorensen RU. Distributiom of primary immunodeficiency diseases diagnosed in a pediatric tertiary hospital. Ann Allergy Asthma Immunol. 2000;84(1):25-30.
12. Delavari S, Abolhassani H, Abolnezhadian F, et al. Impact of SARS-CoV-2 pandemic on patients with primary immunodeficiency. J Clin Immunol. 2021;41(2):345-55.
13. Camcıoglu Y. İmmunoglobulin tedavisi. Çocuk Enf Derg. 2009;3: 69-74.
14. Piazza-Waggoner C, Adams CD, Cottrell L, et al. Child and caregiver psychosocial functioning in pediatric immunodeficiency disorders. Ann Allergy Asthma Immunol. 2006;96(2):298-303.
15. Pulvirenti F, Cinetto F, Milito C, et al. Health-related quality of life in common variable immunodeficiency Italian patients switched to remote assistance during the COVID-19 pandemic. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8(6):1894-9.

16. Çölkesen F, Kılınçel O, Sözen M, et al. The impact of SARS-CoV-2 transmission fear and COVID-19 pandemic on the mental health of patients with primary immunodeficiency disorders, severe asthma, and other high-risk groups. MedRxiv. 2020.
17. Baloh C, Reddy A, Henson M, et al. 30 year review of pediatric and adult onset CVID: Clinical correlates and prognostic indicators. Journal of clinical immunology. 2019;39(7):678-87.
18. Heath J, Lehman E, Saunders EF, Craig T. Anxiety and depression in adults with primary immunodeficiency: How much do these patients experience and how much do they attribute to their primary immunodeficiency? Allergy Asthma Proc. 2016;37(5):409-15.
19. Tangye SG, Al-Herz W, Bousfiha A, et al. Human Inborn Errors of Immunity: 2019 Update on the Classification from the International Union of Immunological Societies Expert Committee. J Clin Immunol. 2020;40(1):24-64.
20. Ochs HD, Hitzig WH. History of Primary Immunodeficiency Diseases. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2012;12(6):577-87.
21. van Zelm MC, Condino-Neto A, Barbouche MR. Editorial: Primary Immunodeficiencies Worldwide. Front Immunol. 2020;10:3148.
22. http://turkimmunoloji.org/?p=575&lang=tr_TR, Erişim tarihi: 27.11.21.
23. Justiz Vaillant AA, Qurie A. Immunodeficiency. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021.
24. Chinn IK, Shearer WT. Severe Combined Immunodeficiency Disorders. Immunol Allergy Clin North Am. 2015;35(4):671-94.
25. Notarangelo LD, Gambineri E, Badolato R. Immunodeficiencies with autoimmune consequences. Adv Immunol. 2006;89:321-70.
26. Bonilla FA, Khan DA, Ballas ZK, et al. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. J Allergy Clin Immunol. 2015;136(5):1186-205.e2078.
27. Milner JD, Holland SM. The cup runneth over: lessons from the ever-expanding pool of primary immunodeficiency diseases. Nat Rev Immunol. 2013;13(9):635-48.
28. https://www.aaaai.org/Conditions-Treatments/Primary-Immunodeficiency-Disease/Primary-Immunodeficiency-Disease-Overview, Erişim tarihi: 27.11.2021.
29. TePas EC, Umetsu DT. Immunology and Allergy. In: Behrman RE, Kliegman RM (eds). Nelson Essentials of Pediatrics. 4th edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 2002.
30. Immune Deficiency Foundation Diagnostic & Clinical Care Guidelines for Primary Immunodeficiency Diseases. 3rd edition. Washington; 2008.
31. Orange JS, Hossny EM, Weiler CR, et al. Use of intravenous immunoglobulin in human disease: a review of evidence by members of the Primary Immunodeficiency Committee of the

American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. J Allergy Clin Immunol. 2006;117(4 Suppl):525-53.
32. Karakoç Aydıner E, Kıykım A, Barış S, Özen A, Barlan I. Use of subcutaneous immunoglobulin in primary immune deficiencies. Turk Pediatri Ars. 2016;51(1):8-14.
33. Ahlström G. Experiences of loss and chronic sorrow in persons with severe chronic illness. J Clin Nurs. 2007;16:76-83.
34. Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, Moser DK. Living with depressive symptoms: patients with heart failure. Am J Crit Care. 2009;18:310-8.
35. Cabassa LJ, Hansen MC, Palinkas LA, Ell K. Azucar y Nervios: Explanatory models and treatment experiences of Hispanics with depression and diabetes. Soc Sci Med. 2009;66:2413-24.
36. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. J Psychosom Res. 2002;53(4):859-63.
37. Similuk MN, Wang A, Lenardo MJ, Erby LH. Life with a primary immune deficiency: a systematic synthesis of the literature and proposed research agenda. J Clin Immunol. 2016;36:123–33.
38. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Ont Health Technol Assess Ser. 2013;13(16):1-33.
39. Kuburovic NB, Pasic S, Susic G, et al. Health-related quality of life, anxiety, and depressive symptoms in children with primary immunodeficiencies. Patient Prefer Adherence 2014;8:323–30.
40. Isung J, Williams K, Isomura K, et al. Association of primary humoral immunodeficiencies with psychiatric disorders and suicidal behavior and the role of autoimmune diseases. JAMA Psychiatry. 2020;77(11):1147-54.
41. Peshko D, Kulbachinskaya E, Korsunskiy I, et al. Health-related quality of life in children and adults with primary immunodeficiencies: a systematic review and meta-analysis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019;7:1929–57.
42. Barlogis V, Mahlaoui N, Auquier P, et al. Physical health conditions and quality of life in adults with primary immunodeficiency diagnosed during childhood: A French Reference Center for PIDs (CEREDIH) study. J Allergy Clin Immunol. 2017;139(4):1275-81.
43. Tabolli S, Giannantoni P, Pulvirenti F, et al. Longitudinal study on health-related quality of life in a cohort of 96 patients with common variable immune deficiencies. Front Immunol. 2014;26(5):605.
44. Lumry WR, Castaldo AJ, Vernon MK, et al. The humanistic burden of hereditary angioedema: Impact on health-related quality of life, productivity, and depression. Allergy Asthma Proc. 2010;31(5):407-14.
45. Pulvirenti F, Sangerardi M, Plebani A, et al. Health-related quality of life and emotional difficulties in chronic granulomatous

disease: Data on adult and pediatric patients from Italian network for primary immunodeficiency (IPINet). J Clin Immunol. 2020;40(2):289-98.
46. Bai Y, Yao L, Wei T, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. JAMA. 2020;323(14):1406–7.
47. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet. 2020;395(10223):470–3.
48. Feldmann H, Jones S, Klenk HD, Schnittler HJ. Ebola virus: from discovery to vaccine. Nat Rev Immunol. 2003;3(8):677–85.
49. Team NO, Dawood F, Jain S, et al. Emergence of a novel swine-origin influenza a (H1N1) virus in humans. N Engl J Med. 2009;360(25):2605–15.
50. Ashour HM, Elkhatib WF, Rahman M, Elshabrawy HA. Insights into the recent 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) in light of past human coronavirus outbreaks. Pathogens. 2020;9(3):186.
51. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. N Engl J Med. 2020;382:929–36.
52. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Res. 2020;288:112954.
53. Zhang J, Lu H, Zeng H, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. Brain, behavior, and immunity 2020;87:49–50.
54. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. Ann Intern Med. 2020;173(4):317-20.
55. Lu YC, Shu BC, Chang YY, Lung FW. 2006. The mental health of hospital workers dealing with severe acute respiratory syndrome. Psychotherapy and psychosomatics. 2006;75:370-5.
56. Wing YK, Leung CM. Mental health impact of severe acute respiratory syndrome: a prospective study. Hong Kong Med J. 2012;18 Suppl 3:24-7.
57. Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. Psychiatry Clin Neurosci. 2012;66(4):353-60.
58. Jeong H, Yim HW, Song YJ, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. Epidemiol Health. 2016;38:e2016048.
59. Kisely S, Warren N, McMahon L, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. BMJ 2020;369:m1642.
60. Cheng SK, Tsang JS, Ku KH, Wong CW, Ng YK. Psychiatric complications in patients with severe acute respiratory syndrome

(SARS) during the acute treatment phase: a series of 10 cases. Br J Psychiatry. 2004;184:359-60.
61. Chua SE, Cheung V, McAlonan GM, et al. Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak. Can J Psychiatry. 2004;49(6):385-90.
62. Cheng SK, Wong CW, Tsang J, Wong KC. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). Psychol Med. 2004;34(7):1187-95.
63. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. Can J Psychiatry. 2007;52(4):233-40.
64. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. Gen Hosp Psychiatry. 2009;31(4):318-26.
65. Lam MH, Wing YK, Yu MW, et al. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. Arch Intern Med. 2009;169(22):2142-7.
66. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. Lancet 2020;395(10224):e37–e38.
67. Ryu S, Chun BC, Epidemiology of KS. An interim review of the epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus. Epidemiol Health. 2020;42:e2020006.
68. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020;7(4):e15–e6.
69. Mowbray, H. In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. British Medical Journal. 2020;368:m516.
70. Wang Y, Xu B, Zhao G, et al. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? Gen Hosp Psychiatry. 2011;33(1):75–7.
71. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. BMJ. 2020;368:m313.
72. Neria Y, Sullivan GM. Understanding the mental health effects of indirect exposure to mass trauma through the media. JAMA. 2011;306(12):1374–5.
73. Wu T, Jia X, Shi H, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2021;281:91-8.
74. Stanton R, To QG, Khalesi S, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):4065.
75. Cao W, Fang Z, Hou G, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res. 2020;287:112934.

76. Gao J, Zheng P, Jia Y, et al. (2020) Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoS ONE 2020;15(4): e0231924.
77. Mazza C, Ricci E, Biondi S, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(9):3165.
78. Du J, Dong L, Wang T, et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. General Hospital Psychiatry. 2020;67:144-5.
79. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5):1729.
80. 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 Res. 2020;287:112921.
81. Ozdin S, Bayrak Ozdin. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. Int. J. Soc. Psychiatry. 2020;66(5):504-11.
82. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in liaoning province, China: A cross-sectional study. International journal of environmental research and public health. 2020;17(7):2381.
83. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976.
84. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. Brain. Behav. Immun. 2020;87:11-7.
85. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. Med Sci Monit. 2020;26:e923921.
86. Sun L, Sun Z, Wu L, et al. Prevalence and risk factors for acute posttraumatic stress disorder during the COVID-19 outbreak. J Affect Disord. 2021;283:123-9.
87. Natoli S, Oliveira V, Calabresi P, Maia LF, Pisani A. Does SARS-Cov-2 invade the brain? Translational lessons from animal models. Eur J Neurol. 2020;27(9):1764-73.
88. Wu Y, Xu X, Chen Z, et al. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. Brain Behav. Immun. 2020;87:18-22.

89. Ye M, Ren Y, Lv T. Encephalitis as a clinical manifestation of COVID-19. Brain Behav. Immun. 2020;88:945-6.
90. Moriguchi T, Harii N, Goto J, et al. A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2. Int J Infect Dis. 2020;94:55-8.
91. Alkeridy WA, Almaghlouth I, Alrashed R, et al. A unique presentation of delirium in a patient with otherwise asymptomatic COVID-19. J Am Geriatr Soc. 2020;68(7):1382-4.
92. Helms J, Kremer S, Merdji H, et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. N. Engl. J. Med. 2020;382(23):2268-70.
93. Yin R, Feng W, Wang T, et al. Concomitant neurological symptoms observed in a patient diagnosed with coronavirus disease 2019. J. Med. Virol. 2020;92(10):1782-4.
94. Hao F, Tan W, Jiang L, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. Brain Behav. Immun. 2020;87:100-6.
95. Valdes-Florido MJ, Lopez-Diaz A, Palermo-Zeballos, et al. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: clinical perspectives from a case series. Rev. Psiquiatr. Salud Ment (Engl Ed). 2020;13(2):90-4.
96. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. Brain Behav. Immun. 2020;87:34-9.
97. Huarcaya-Victoria J, Herrera D, Castillo C. Psychosis in a patient with anxiety related to COVID-19: A case report. Psychiatry Res. 2020;289:113052.
98. 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. Psychol Health Med. 2020:1-10.
99. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Glob Health. 2020;16(1):57.
100. Cekic S, Cicek F, Kilic SS. The Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic in PID Patients Receiving Ig Replacement Therapy. J Clin Immunol. 2021;41(4):733-7.
101. Eyice Karabacak D, Demir S, Yeğit OO, et al. Impact of anxiety, stress and depression related to COVID-19 pandemic on the course of hereditary angioedema with C1-inhibitor deficiency. Allergy. 2021;76(8):2535-43.
102. Mete L, Aydın PÇ, Akyalçın S. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde antiepileptik ilaçların kullanımı. Current Approaches In Psychiatry 2009;1:80-94.

103. Berrios G. Anxiety disorders: A conceptual history. Journal of Affective Disorders 1999;56(2-3):83–94.
104. Özer Ş. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. In: Tükel R, Alkın T (eds). Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006. 3-4.
105. Noyes R, Saric RH. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Csa Med Yayıncılık; 1998. 1–46.
106. Berksun O (eds). Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2003.
107. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M (eds). Shorter oxford textbook of psychiatry. 7th edition. Oxford: Oxford University Press; 2018.
108. Geçtan E (ed). Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar. 23. Basım. İstanbul: Metis Yayınları; 2018.
109. Öztürk UC. Bağlantıda kalmak ya da kalmamak ışte tüm korku bu: İnternetsiz kalma korkusu ve örgütsel yansımaları. Journal of International Social Research 2015;8(37):629-38.
110. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2. Baskı. Ankara: Çizgi Yayınevi; 2001.
111. Özyurt G. Triple p olumlu anne babalik eğitimi'nin anksiyete bozukluğu olan 8-12 yaş arasi çocuklarda ve ebeveynlerinde anksiyete düzeyi ve ruh sağliği üzerine etkilerinin araştirildiği randomize kontrollü bir çalişma (Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tip Fakültesi; 2013.
112. Sadock B, Sadock V (eds). Aydın H, Bozkurt A (çev. eds). Türkçe: Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sekizinci Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevleri; 2007. 1559-800.
113. Eysenck MW (ed). Anxiety: The cognitive perspective. London: Psychology Press; 2013.
114. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Anksiyete Bozuklukları. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Publishing; 2016.387– 413.
115. Yılmaz SŞ. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda yetişkin ayrılma anksiyetesi komorbiditesi ve klinik özellikllerinin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi; 2019.
116. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. Arch Med Rev J. 2013;22(4):441–59.
117. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2002;5(1):5-13.
118. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
119. Antony MM, Federici A, Stein MB. Overview and introduction to anxiety disorders. In Antony MM, Stein MB (eds). Oxford

handbook of anxiety related disorders. Oxford University Press; 2008. 3-15.
120. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
121. Horwath E, Gould F, Weissman M. Epidemiology of Anxiety Disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Jones PB (eds). Textbook in psychiatric epidemiology. 3rd edition. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2011. 311-28.
122. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, et al. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, 1. Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 1998.
123. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):327–35.
124. Christiansen DM. Examining sex and gender differences in anxiety disorders. In: Durbano F (eds). A Fresh Look at Anxiety Disorders. London: IntechOpen; 2015.
125. Kessler RC. Comorbidity of DSM–III–R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. The British journal of psychiatry 1996;168(30):17-30.
126. Culpepper L. Generalized anxiety disorder in primary care: Emerging issues in management and treatment. 2002;63:35–42.
127. Gottschalk MG, Domschke K. Novel developments in genetic and epigenetic mechanisms of anxiety. Curr Opin Psychiatry 2016;29:32–8.
128. American Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı. Köroğlu E (çev ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
129. Stahl SM. Temel psikofarmakoloji nörobilimsel temeli ve pratik uygulamalar, 2. baskı. Taneli B, Taneli Y (çev eds). İstanbul: Yelkovan Yayıncılık; 2003. 346-58.
130. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994. 574.
131. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generaİized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1994;151(9):1272-80.
132. Stahl SM. Anksiyete ve Psikofarmakoloji. 3. Baskı. Cambridge University Press. Karamustafalıoğlu O (çev ed). Sigma Publishing; 2011. 97-9.
133. Işık E, Işık U. Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. Ankara: Rotatıp Kitapevi; 2013.
134. Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. 261-326.
135. Hunziker ME, Suehs BT, Bettinger TL, Crismon ML. Duloxetine hydrochloride: a new dual-acting medication for the treatment of major depressive disorder. Clin Ther. 2005;27:1126-41.

136. Pereira P, Gianesini J, da Silva Barbosa C, et al. Neurobehavioral and genotoxic parameters of duloxetine in mice using the inhibitory avoidance task and cometassay as experimental models. Pharmacol Res. 2009;59:57-61.
137. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. 5-11.
138. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: dark and sunny expressions of soft bipolarity. J Affect Disord. 2003;73:49-57.
139. Georgotas A. Evolution of the concepts of depression and mania. In: Georgotas A, Cancro R, editors. Depression and mania. New York: Elsevier Science Publishing Co, Inc; 1988. 3-12.
140. Cuellar AK, Johnson SL, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. Clinical psychology review. 2005;25(3):307-39.
141. Dewhurst W. Melancholia and depression: from hippocratic times to modern times. Journal of Psychiatry and Neuroscience. 1992;17(2):81.
142. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Publishing; 2014. 37-55.
143. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (ncs-r). JAMA. 2003;289:3095-105.
144. Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi: Maliyet Etkilik Final Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2004. 129.
145. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. J Contemp Med. 2016;6(1):51–66.
146. Haddad M, Gunn J, Baldwin DS. Fast Facts: Depression. 3rd edition. Oxford: Abington Health Press Limited; 2011.
147. Swindle RW Jr, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. The Journal of Nervous and Mental Disease. 1998;186(8): 462-9.
148. Oltmans FT, Neale JM, Davison GC. Anormal davranışlar psikolojisinde vak'a çalışmaları. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2003. 107-28.
149. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M. Depresif bozukluklarda risk etmenleri. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2002;8:5-15.
150. Bleichmar HB. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. The International journal of psycho-analysis. 1996;77(5):935-61.
151. Geçtan E. Affektif Bozukluklar: Mani ve Depresyonun Psikodinamiği. İstanbul: Metis Yayınları; 2006. 149-53.

152. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Pres; 1979.
153. Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1978.
154. Beck, AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row; 1967.
155. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psyhiatry. 11th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Publishing; 2015. 347-86.
156. Akıskal HS. Mood disorders: clinical features. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Publishing; 2005. 1611-52.
157. Özmen M. Depresyonda Dinamik Nedenler. Duygudurum Dizisi. 2001;6:283-7.
158. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2009;70(9):1219.
159. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. Depress Anxiety. 2009;26(3):279-88.
160. Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. J Clin Psychiatry. 2011;72(4):509.
161. Cipriani A, Barbui C, Butler R, et al. Depression in adults: drug and physical treatments. BMJ Clin Evid. 2011;2011:1003.
162. Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, et al. The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. J Affect Disord. 2014;159:118.
163. Prudic J. Electroconvulsive Therapy. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan and Sadock's Compr Textb Psychiatry. Philadephia: Lippincott Williams and Wilkins Publishing; 2005.
164. Stewart JW, Quitkin FM, Davies C. Atypical Depression, Dysthymia and Cyclothymia. In Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF (eds). The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006. 547-59.
165. Giacobbe P, Kennedy SH. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: A psychiatric perspective. Current Psychiatry Reports. 2006;8(6):437-44.

166. Mashour GA, Walker EE, Martuza RL. Psychosurgery: Past, present, and future. Brain Research Reviews. 2005;48(3):409–19.
167. Pail G, Huf W, Pjrek E, et al. Bright-light therapy in the treatment of mood disorders. Neuropsychobiology. 2011;64(3):152–62.
168. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 2th edition. Washington: Am Psychiatr Publ; 2000. 62.
169. Edward KL, Welch A, Chater K. The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. J Adv Nurs. 2009;65(3):587–95.
170. Felten BS. Conceptualizing resilience in women older than 85: overcoming adversity from illness or loss. J Gerontol Nurs. 2001; 27(11):46–50.
171. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. The British journal of psychiatry. 1985;147(6): 598-611.
172. Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 2011;22(2):104-14.
173. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. Journal of personality and social psychology. 1979;37(1):1-11.
174. Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. Nurs Forum. 2007;42(2):73-82.
175. Luthar SS. Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. Child Dev 1991;62(3):600-16.
176. Maddi SR. On hardiness and other pathways to resilience. American Psychologist. 2005;60(3):261–2.
177. Herman H, Stewart D. What is resilience? Canadian Journal of Psychiatry 2011;56(5):258–65.
178. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and psychopathology 1990;2(4):425-44.
179. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006;1094(1):1-12.
180. Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry 1993;56(1):127-36.
181. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Norman SM, Combs GM. Psychological capital development: toward a micro-intervention. Journal of organizational behavior. 2006;27(3):387-93.
182. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev 2000;71(3):543-62.
183. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective

resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(2):65-76.
184. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. Int J Methods Psychiatr Res. 2005;14(1):29-42.
185. Çetin F, Yeloğlu HO, Basım HN. Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. Türk Psikoloji Dergisi 2015;30(75):81-92.
186. Bitmiş M, Sökmen A, Turgut H. Psikolojik dayanıklılığın tükenmişlik üzerine etkisi: örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolü. Gazi Universitesi Iktisadi ve Idari Bilimler Fakultesi Dergisi. 2013;15(2):27.
187. Karaırmak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006;3(26):129-42.
188. Haase JE. The adolescent resilience model as a guide to interventions. J Pediatr Oncol Nurs 2004;21(5):289-99.
189. Walsh F. Strengthening family resilience. 3rd edition. New York: Guilford publications; 2015.
190. Coleman J, Hagell A. Nature of risk and resilience in adolescence. In Coleman J, Hagell A (eds). Adolescence, risk and resilience: against the odds, 1st edition. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd; 2007.1–17.
191. Allen JP, Hauser ST, Bell KL, O'Connor TG. Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and self - esteem. Child development. 1994;65(1):179-94.
192. Ong AD, Phinney JS, Dennis J. Competence under challenge: Exploring the protective influence of parental support and ethnic identity in Latino college students. Journal of adolescence. 2006;29(6):961-79.
193. Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD et al. Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. Development and psychopathology. 1999;11(1):143-69.
194. Bolsinger J, Seifritz E, Kleim B, Manoliu A. Neuroimaging correlates of resilience to traumatic events–a comprehensive review. Front Psychiatry 2018;9:693.
195. Peres JF, Foerster B, Santana LG, et al. Police officers under attack: Resilience implications of an fMRI study. J Psychiatr Res. 2011;45(6):727-34.
196. Eckart C, Stoppel C, Kaufmann J, et al. Structural alterations in lateral prefrontal, parietal and posterior midline regions of men with chronic posttraumatic stress disorder. J Psychiatry Neurosci. 2011;36(3):176-86.
197. Crowley B. The relationships between hardiness and responses to life events in adulthood (Unpublished Masters Thesis). Texas: University of North Denton; 1997.

198. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. Development and psychopathology 2012;24(2):335-44.
199. Johnson J, Gooding PA, Wood AM, Tarrier N. Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). Behav Res Ther 2010;48(3):179-86.
200. Heisel MJ, Flett GL. Meaning in life and resilience to suicidal thoughts among older adults. In Wong PTP, Wong LCJ, McDonald MJ, Klaassen DW (eds). The positive psychology of meaning and spirituality. Abbotsford: INPM Press; 2007.183–96.
201. Heisel MJ, Flett GL. Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26:127-35.
202. Heisel MJ, Flett GL. Psychological resilience to suicide ideation among older adults. Clin Gerontol. 2008;31:51-70.
203. Uygun E, Köseoğlu A, Küçükgöncü S, Erkoç G. Ötimik dönemdeki bipolar I bozukluk hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2018;7(3):120-6.
204. Echezarraga A, Las Hayas C, González-Pinto AM, Lobban F, Jones S. Resilience in bipolar disorder: A qualitative study of the viewpoints of patients and health professionals. Manuscript submitted for publication. 2016.
205. Kempton MJ, Haldane M, Jogia J, at al. Dissociable brain structural changes associated with predisposition, resilience, and disease expression in bipolar disorder. J Neurosci 2009;29(35):10863-8.
206. Poole CJ, Dobson SK, Pusch D. Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. Journal of Affective Disorders 2017;217:144-52.
207. Humphreys J. Resilience in sheltered battered women. Issues in mental health nursing. 2003;24(2):137-52.
208. Açıkgöz SC. Depresyon, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunun psikolojik sağlamlık/dayanıklılık ile ilişkisi (Master Tezi). İstanbul: İstanbul Okan University; 2019.
209. Min JA, Lee NB, Lee CU, Lee C, Chae JH. Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. J Affect Disord. 2012;137(1-3):61-9.
210. Edward KL. Resilience: A protector from depression. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2005;11(4):241-3.
211. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Dailey NS. Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. Psychiatry Res. 2020;290:113117.
212. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. Dev Psychopathol. 2000;12(4):857-85.

213. Killgore WDS, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. Psychiatry Res. 2020;291:113216.
214. Riehm KE, Brenneke SG, Adams LB, et al. Association between psychological resilience and changes in mental distress during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord. 2021;282:381-5.
215. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S, Hahm HC. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. Psychiatry Res. 2020;290:113172.
216. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orleyi J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): the importance of its items for cross-cultural research. Quality of Life Research. 2001;10:711-21.
217. Skevington SM, Lofty M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial a report from WHOQOL-Group. Quality of Life Research. 2004;13(2):299-310.
218. World Health Organization. WHOQOL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9). 1993.
219. Eser E, Fidaner H, Fidaner C et al. WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref'in Psikometrik Özellikleri. 3P Dergisi. 1999;7:23-40.
220. Williamss BW: A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry. 1978;45:742-7.
221. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, et al. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996; 4:251-9.
222. Hamilton M. The assement of anxiety states by rating. Br J Med Pyschol. 1959;32:50-5.
223. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri dergisi. 1998;9:114-7.
224. Aşut G. Covid-19 pandemisi sırasında tedavi almakta olan kanser hastalarında psikolojik dayanıklılık ve ilişkili faktörler (Uzmanlık Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi; 2020.
225. Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009;54(5):302-11.
226. Chong MY Wang WC, Hsieh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. The British Journal of Psychiatry. 2004;185: 127-33.
227. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. Asian J Psychiatr. 2020;51:102076.

228. Sowers KL, Galantino ML. Living with primary immunodeficiency disease during the Covid-19 pandemic. Z Gesundh Wiss. 2021;1-8.
229. Bitan DT, Grossman-Giron A, Bloch, Y, et al. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. Psychiatry Research. 2020;289:113100.
230. Yan R, Xia J, Yang R, et al. Association between anxiety, depression, and comorbid chronic diseases among cancer survivors. Psychooncology. 2019;28(6):1269-77.
231. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity. 2020;89:531-42.
232. Hao F, Tam W, Hu X, et al. A quantitative and qualitative study on the neuropsychiatric sequelae of acutely ill COVID-19 inpatients in isolation facilities. Transl Psychiatry. 2020;10(1):355.
233. Gulia KK, Kumar VM. Importance of sleep for health and wellbeing amidst covid-19 pandemic. Sleep Vigil. 2020;1–2.
234. Wang PR, Oyem PC, Viguera AC. Prevalence of psychiatric morbidity following discharge after COVID-19 hospitalization. Gen Hosp Psychiatry. 2021;69:131-2.
235. DE Lorenzo R, Cinel E, Cilla M, et al. Physical and psychological sequelae at three months after acute illness in COVID-19 survivors. Panminerva Med. 2021.
236. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain Behav Immun. 2020;88:559-65.
237. Fu R, Noguchi H. Does Marriage Make Us Healthier? Inter-Country Comparative Evidence from China, Japan, and Korea. PLoS One. 2016;11(2):e0148990.
238. Zhang WR, Wang K, Yin L, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. Psychother Psychosom. 2020;89:242-50.
239. Quinti I, Di Pietro C, Martini H, et al. Health related quality of life in common variable immunodeficiency. Yonsei Med J. 2012;53(3):603-10.
240. Tcheurekdjian H, Palermo T, Hostoffer R. Quality of life in common variable immunodeficiency requiring intravenous immunoglobulin therapy. Ann Allergy Asthma Immunol. 2004;93(2):160-5.
241. Sigstad HM, Stray-Pedersen A, Frøland SS. Coping, quality of life, and hope in adults with primary antibody deficiencies. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:31.
242. Ataeinia B, Montazeri A, Tavakol M, et al. Measurement of health-related quality of life in primary antibody-deficient patients. Immunological Investigations. 2017;46(4):329-40.

243. Aghamohammadi A, Montazeri A, Abolhassani H, et al. Health-related quality of life in primary antibody deficiency. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2011;10(1):47-51.
244. Abolhassani H, Sadaghiani MS, Aghamohammadi A, Ochs HD, Rezaei N. Home-based subcutaneous immunoglobulin versus hospital-based intravenous immunoglobulin in treatment of primary antibody deficiencies: systematic review and meta analysis. J Clin Immunol. 2012;32(6):1180-92.
245. Sehgal P, Ungaro RC, Foltz C, et al. High levels of psychological resilience associated with less disease activity, better quality of life, and fewer surgeries in inflammatory bowel disease, Inflammatory Bowel Diseases. 2021;27(6):791–6.
246. Cal SF, Sá LR, Glustak ME, Santiago MB. Resilience in chronic diseases: A systematic review. Cogent Psychology. 2015;2:1.

EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyeti:
1.Erkek ( ) 2. Kadın ( )
Medeni durum:
1. Bekar ( ) 2. Evli ( ) 3. Boşanmış/Ayrılmış ( ) 4. Dul ( )
Çocuk sayısı: ..... (rakamla belirtiniz)

Aile şekli – kimlerle yaşadığı:
1. Eşi ve çocukları ile ( ) 2. Eşi ile ( ) 3. Anne ve/veya baba ile ( ) 4. Yakınları ile ( ) 5. Yalnız ( )
6. Arkadaş ile ( )

Eğitim durumu:
1. Eğitimsiz ( ) 2. Okur-yazar ( ) 3. İlkokul ( ) 4. Ortaokul ( ) 5. Lise ( ) 6. Yüksekokul ( )
7. Üniversite ( ) 8. Yüksek lisans/doktora ( )

Mesleği:
1. Silahlı kuvvetlerle ilgili meslekler ( ) 2. Yöneticiler ( ) 3. Profesyonel meslek grupları ( ) 4. Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları ( ) 5. Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar ( ) 6. Hizmet ve satış elemanları ( ) 7. Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları ( ) 8. Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar ( ) 9. Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar ( ) 10. Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar ( )

İş Durumu:
1. Çalışıyor ( ) 2. Çalışmıyor ( )

Bulunduğunuz çevre ile kıyasladığınızda ekonomik düzeyinizi nasıl tarif edersiniz?
1. İyi ( ) 2. Orta ( ) 3. Kötü( )

Sigara kullanıyor musunuz?
1. Kullanıyorum ( )..... (miktar ve yıl belirtiniz)
2. Bir süre kullandım bıraktım ( )..... (miktar ve yıl belirtiniz)
3. Hiç kullanmadım ( )

Alkol kullanıyor musunuz?
1. Kullanıyorum ( )..... (tür, miktar ve yıl belirtiniz)
2. Bir süre kullandım, bıraktım ( )..... (tür, miktar ve yıl belirtiniz)
3. Hiç kullanmadım ( )

Teşhis edilmiş tıbbi ek hastalık:
1. Hipertansiyon ( ) 2. Diyabet ( ) 3. Kalp Hastalığı ( )
4. Akciğer Hastalığı ( ) 5. Diğer.....

Geçmişte veya halen hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı:
1. Depresyon ( ) 2. Kaygı bozukluğu ( ) 3. OKB ( ) 4. Diğer..... 5. Yok ( )

Psikiyatrik ilaç kullanımı:
1. Var ( ) .....(belirtiniz) 2. Yok ( )

Ailenizde geçmişte veya halen hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı:
1. Depresyon ( ) 2. Kaygı bozukluğu ( ) 3. OKB ( ) 4. Diğer..... 5. Yok ( )

Ailenizde psikiyatrik tanı varlığı:
1. Var ( ) .....(belirtiniz) 2. Yok ( )

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-3/9

Ek-2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Aşağıda Psikolojik Dayanıklılığınıza ilişkin sorular yer almaktadır. Aşağıdaki soruların yanında yer alan kutucuklardan size en yakın olan kutucuğu 1,2,3,4,5 sayılarından biri ile işaretleyiniz.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...						
Her zaman bir çözüm bulurum	☐	☐	☐	☐	☐	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...						
Başarılması zordur	☐	☐	☐	☐	☐	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...						
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	☐	☐	☐	☐	☐	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum						
Diğer kişilerle birlikte	☐	☐	☐	☐	☐	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...						
Benimkinden farklıdır	☐	☐	☐	☐	☐	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...						
Hiç kimseyle tartışmam	☐	☐	☐	☐	☐	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim.
7. Kişisel problemlerimi...						
Çözemem	☐	☐	☐	☐	☐	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...						
Nasıl başaracağımı bilirim	☐	☐	☐	☐	☐	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...						
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	☐	☐	☐	☐	☐	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir	☐	☐	☐	☐	☐	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim						
Çok mutlu	☐	☐	☐	☐	☐	Çok mutsuz
12. Beni ...						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir.	☐	☐	☐	☐	☐	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...						
Olduğuna çok inanırım	☐	☐	☐	☐	☐	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum						
Ümit verici	☐	☐	☐	☐	☐	Belirsiz

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-3/9

15. Şu konuda iyiyimdir...						
Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir						
Kolayca yapabildiğim						Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...						
Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş.
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...						
Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...						
Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...						
Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...						
Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...						
Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur.
23. Zor zamanlarda, ailem ...						
Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...						
Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır.
25. Diğerleriyle beraberken						
Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:						
Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım						
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır						
Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...						
Zordur						Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...						
Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...						
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...						
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...						
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-9/9

Ek-3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: ..... Tarih: ../../....

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? ☐ Erkek ☐ Kadın Doğum tarihiniz nedir?

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

☐ Hiç Eğitim Almadım ☐ İlkokul-Ortaokul ☐ Lise Veya Eşdeğeri ☐ Üniversite

Medeni durumunuz nedir?

☐ Hiç Evlenmemiş ☐ Evli Gibi Yaşıyor ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrılmış ☐ Eşi Yaşamıyor

Şu anda bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;

Sizce bu nedir? ..... (hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐1	Biraz kötü ☐2	Ne iyi, ne kötü ☐3	Oldukça iyi ☐4	Çok iyi ☐5
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐1	Çok az hoşnut ☐2	Ne hoşnut, ne de değil ☐3	Epeyce hoşnut ☐4	Çok hoşnut ☐5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐5	Çok az ☐4	Orta derecede ☐3	Çokça ☐2	Aşırı derecede ☐1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐5	☐4	☐3	☐2	☐1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐1	Çok az ☐2	Orta derecede ☐3	Çokça ☐4	Son derecede ☐5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐1	Çok az ☐2	Orta derecede ☐3	Çokça ☐4	Tamamen ☐5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

www.ftronline.com

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-9/8

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ☐1	Biraz kötü ☐2	Ne iyi, ne kötü ☐3	Oldukça iyi ☐4	Çok iyi ☐5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ☐5	Nadiren ☐4	Ara sıra ☐3	Çoğunlukla ☐2	Her zaman ☐1
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ☐1	Çok az ☐2	Orta derecede ☐3	Çokça ☐4	Aşırı derecede ☐5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? _____

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi

Alt Parametre	Oluşturan sorular	
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı	Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı	
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı	
Sosyal ilişkiler	20,21,22. Soruların toplamı	
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı	

$$\frac{(Hastanın\ ham\ skoru) - (o\ alt\ parametreye\ ait\ olabilecek\ en\ düşük\ skor)}{o\ alt\ parametrenin\ skor\ aralığı} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun
[(30-7) / (35-7)] x 100 = (23/28) x 100 = %82,14

ftronline
www.ftronline.com

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-9/9

Ek-4. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

	UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKALRI ANABİLİM DALI HAMİLTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
	Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	

Hasta Adı/Soyadı: .....
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....
Protokol No: .....

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
   0. Yok
   1. Yalnızca sorulan cevaplarken anlaşılıyor.
   2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
   3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
   4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları
   0. Yok
   1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
   2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
   3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
   4. Kendisini itham ya da iftiram eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar
   0. Yok.
   1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
   2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
   3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
   4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
4. Uykuya dalamamak
   0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
   1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
   2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
5. Gece yarısı uyanmak
   0. Herhangi bir sorunu yok.
   1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
   2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
6. Sabah erken uyanmak
   0. Herhangi bir sorunu yok.
   1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
   2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler
   0. Herhangi bir sorunu yok.
   1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
   2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredditolduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
   3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.

Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-3/9

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
4. Tam stuporda.

9. Ajitasyon
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10. Psişik anksiyete
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11. Somatik anksiyete
0. Yok.
1. Hafif
2. Ilımlı
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme
sık idrara çıkma
Terleme

12. Somatik semptomlar Gastrointestinal
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. Somatik semptomlar Genel
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.

15. Hipokondriyaklık
0. Yok.
1. Kuruntulu.
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.

16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)
A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17. Durumu hakkında görüşü
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-9/9

Ek-5. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

		Birini İşaretleyin				
1.	ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endiseler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2.	GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3.	KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4.	UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5.	ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6.	DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7.	BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıcramalar, dis gıcırdatma, titrek konusma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8.	SOMATİK: (Duyusal): Kulak cınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soguk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
9.	KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titresmesi, bayginlik duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-9/9

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, frijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM: PSİŞİK: (1,2,3,5,6) SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13)

Değerlendiren Dr:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 30.06.2021
Karar No : 2021-3/3

Ek-6. COVID-19 Değerlendirme Formu

COVID – 19 pandemisi sürecinde COVID tanısı aldınız mı veya COVID şüphesiyle takip edildiniz mi?
1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

COVID – 19 pandemisi sürecinde yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan COVID tanısı alan oldu mu?
1. Evet ( )..... (yakınlık derecesini belirtiniz)
2. Hayır ( )

COVID – 19 pandemisi sürecinde yakınlarınızdan veya tanıdıklarınızdan COVID şüphesi ile takip edilen oldu mu?
1. Evet ( )..... (yakınlık derecesini belirtiniz)
2. Hayır ( )

COVID – 19 Pandemisi başladıktan sonra sosyal medyada harcadığınız süre
1. Belirgin olarak arttı ( ) 2. Kısmen arttı ( ) 3. Değişmedi ( )
4. Kısmen azaldı ( ) 5. Belirgin olarak azaldı ( ) 6. Kullanmıyorum ( )

Sosyal medyada COVID Pandemisi ile ilgili günlük olarak harcadığınız tahmini süre (saat olarak).....
COVID – 19 Pandemisi başladıktan sonra
Uyku sürem
1. Belirgin olarak arttı ( ) 2. Kısmen arttı ( ) 3. Değişmedi ( )
4. Kısmen azaldı ( ) 5. Belirgin olarak azaldı ( )
Uyku kalitem
1. Belirgin olarak arttı ( ) 2. Kısmen arttı ( ) 3. Değişmedi ( )
4. Kısmen azaldı ( ) 5. Belirgin olarak azaldı ( )
İştahım
1. Belirgin olarak arttı ( ) 2. Kısmen arttı ( ) 3. Değişmedi ( )
4. Kısmen azaldı ( ) 5. Belirgin olarak azaldı ( )
Dikkatimi Sürdürme Becerim
1. Belirgin olarak arttı ( ) 2. Kısmen arttı ( ) 3. Değişmedi ( )
4. Kısmen azaldı ( ) 5. Belirgin olarak azaldı ( )

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 20.10.2021
Karar No : 2021-17/20

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Ciddi ölçüde risk altında olduğuma inanıyorum					
Gündelik hayatımda fazladan stres hissediyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanmaktan korkuyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanıp yakalanmayacağım konusunda çok az kontrole sahip olduğumu hissediyorum					
COVID-19 hastalığına yakalanırsam hayatta kalamayacağımı düşünüyorum					
Kullanmakta olduğum ilaçları/ tedavileri bu süreçte bırakmayı düşündüm					
COVID-19 hastalığını başkalarına taşımaktan korkuyorum					
COVID-19 hastalığı hakkında düşünmek beni endişelendiriyor					
COVID-19 hastalığına yakalanma riskimi düşündüğümde gergin hissediyorum					
Başka bir COVID-19 salgını olma olasılığı konusunda oldukça endişeli hissediyorum					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 20.12.2024
Karar No : 2024-15/12-1

COVID-19 salgını sürecinde olumsuz duygularla baş etmek için hangi yollara başvurdunuz?
( ) Kullanmakta olduğum sigara miktarını arttırdım

( ) İçtiğim alkol miktarını ve sıklığını arttırdım

( ) Reçetesiz satılan ve/veya bitkisel bir ilaç kullandım

( ) Salgın hakkında yeterli ve doğru bilgi sahibi olmaya gayret ettim

( ) Salgınla ilgili koruyucu önlemleri öğrendim ve onları uyguladım

( ) Sosyal medya kullanımımı sınırlandırdım

( ) Ailemle, arkadaşlarımla düzenli olarak görüştüm

( ) Evde düzenli olarak egzersiz/spor yaptım

( ) İşle ilgili konulara dikkatimi vermeye çalıştım

( ) Kitap okudum, dizi/film izledim, oyun oynadım

( ) Olumsuz duygularla baş etmek için hiçbir şey yapmadım

( ) Diğer .....

COVID-19 salgını nedeniyle Psikiyatrik / Psikolojik destek almak için başvurdunuz mu?
1. Başvurdum ( ) 2. Başvurmadım ( )

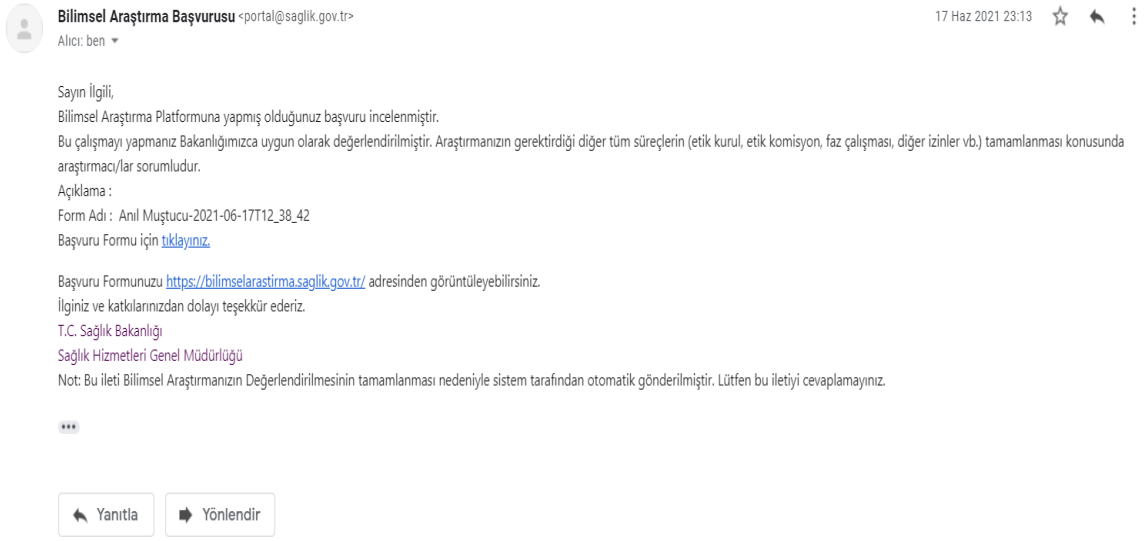
Başvurduysanız destek alma biçiminizi belirtiniz.
1. Bir psikiyatrist ya da psikologla yüz yüze görüşme ( )
2. Bir psikiyatrist ya da psikologla online (internet üzerinden) görüşme ( )
3. Bir psikiyatrist ya da psikologla telefonla görüşme ( )

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 20.10.2021
Karar No : 2021-15/201

	Çok Olumlu Etkiledi	Olumlu etkiledi	Ne olumlu ne de olumsuz etkiledi	Olumsuz etkiledi	Çok olumsuz etkiledi
COVID – 19 pandemisi ile ilgili toplumsal tepkiler sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisi ile ilgili olarak basına yansıyan haberler sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisinden sonra arkadaşlarınızın sizinle olan ilişkilerindeki tutumları sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisinden sonra birlikte yaşadığınız kişilerin tutumları sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisine sivil toplum kuruluşlarının yaklaşımı sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisine devlet kurumlarının yaklaşımı sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5
COVID – 19 pandemisinden sonra sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, diğer sağlık personeli) size karşı tutumları sizi nasıl etkiledi?	1	2	3	4	5

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 20-10-2021
Karar No : 2021-15/12

Ek-7. T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu Araştırma Başvurusu Onayı



Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr> 17 Haz 2021 23:13

Alıcı: ben

Sayın İlgili,
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.
Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.
Açıklama :
Form Adı : Anıl Muştucu-2021-06-17T12_38_42
Başvuru Formu için tıklayınız.

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

Yanıtla Yönlendir

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince emeğini, desteğini ve bilgisini benden esirgemeyen, değerli tez danışmanım Prof. Dr. Selçuk Kırlı'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince deneyim ve bilgilerini benimle paylaşan, desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Prof. Dr. Saygın Eker, Prof. Dr. Cengiz Akkaya, Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu'na,

Tezimle ilgili her konuda yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Sara Şebnem Kılıç Gültekin ve Doç. Dr. Şükrü Çekiç'e,

Rotasyonlarım süresince eğitimime ve bilgilerime katkısı olan değerli öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma,

Her zaman birlikte keyifle çalıştığım, parçası olmaktan gurur ve mutluluk duyduğum, başta Dr. Ayşe Güllülü olmak üzere tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, klinik ve poliklinikteki hemşire, sekreter, personel olmak üzere tüm Uludağ Psikiyatri Ailesi'ne,

Zorlandığım zamanlarda varlığıyla bana güç veren, en büyük destekçim, eşim Zeynep'e ve tatlı oğlumuz Deniz'e,

İyi bir insan ve ebeveyn olmanın ne demek olduğunu en güzel şekilde gösteren ve öğreten, çocukları olmaktan gurur duyduğum duyduğum, üzerimdeki emekleri çok büyük olan anneme ve babama, yanımda olduğunu her zaman hissettiren abime çok teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

tarihinde'da doğdum. 1. ve 2. sınıfları Sapanca'da Alaçam İlkokulu'nda, 3. sınıfı Bursa'da Hürriyet İlköğretim Okulu'nda, 4. ve 5. sınıfları Bursa'da Canaydın İlköğretim Okulu'nda, ortaokulu Bursa'da Karamehmet İlköğretim Okulu'nda okudum. Lise eğitimimi 2003-2007 yılları arasında Bursa Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 2008-2015 yılları arasında Edirne'de Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde üniversite eğitimimi tamamlayarak 14.07.2015 yılında mezun oldum. Mezuniyet sonrasında 5 ay süreyle Edirne'de Lalapaşa Toplum Sağlığı Merkezi'nde mecburi hizmet görevimi yaptım. 17.07.2017 tarihinden beri Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği tarafından verilen Kognitif ve Davranış Terapileri (KDT) eğitimine ve Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu tarafından verilen Destekleyici Psikoterapi eğitimine, her ikisinde de süpervizyon sürecinde olmak üzere, devam etmekteyim. Evliyim ve bir çocuğum var.