

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Tıp Farmakoloji Anabilim Dalı

**BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ KURUMLARINDA PSİKİYATRİK
TEDAVİ YAKLAŞIMLARI**

Hazırlayan
Muhammed Emin GÜL

Danışman
Prof. Dr. M.Betül AYCAN

Doktora Tezi

Haziran-2021
KAYSERİ

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ KURUMLARINDA PSİKİYATRİK
TEDAVİ YAKLAŞIMLARI
Doktora Tezi

Hazırlayan
Muhammed Emin GÜL

Danışman
Prof. Dr. M.Betül AYCAN

Haziran-2021
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Muhammed Emin GÜL

İmza :

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Birinci Basamak Tedavi Kurumlarında Psikiyatrik Tedavi Yaklaşımları” adlı **Doktora Tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan**Muhammed Emin GÜL****Danışman****Prof. Dr. M.Betül AYCAN****Anabilim Dalı Başkanı****Doç. Dr. Zafer SEZER**

Prof. Dr. M.Betül AYCAN danışmanlığında **Muhammed Emin GÜL** tarafından hazırlanan *“Birinci Basamak Tedavi Kurumlarında Psikiyatrik Tedavi Yaklaşımları”* adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Farmakoloji Anabilim Dalı’nda **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

30.06.2021

JÜRİ:

Danışman : Prof. Dr. M.Betül AYCAN

Üye :Prof. Dr. Günay YETİK ANACAK

Üye :Prof. Dr. Özgür Devrim CAN

Üye :Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Eren DEMİRPOLAT

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / /

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Eczacılık fakültesine adım attığım 2006 yılından bugüne desteklerini esigemeyen, bu araştırmanın geliştirilmesinde bilimsel yardım ve desteklerini esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı Prof. Dr. M.Betül AYCAN hocama teşekkürlerimi borç bilirim.

Tezde kullanmış olduğum verilere ulaşmamı sağlayan TİTCK Akılcı İlaç Kullanım Dairesi Başkanı Uzm. Ecz. Mesil AKSOY, birim çalışanları Uzm. Dr.Fatma İŞLİ ve Esmâ KADI'ya

Eğitim hayatım süresince birçok fedakârlıklar göstererek bugünlere gelmeme vesile olan, eğitim aşkını aşıl原因an ilk öğretmenlerim babam Mustafa GÜL ve annem İfakat GÜL'e,

Tez sürecinde yanımda olamasa da bu süreçte her zaman beni yüreklendiren, kardeşim Yunus Emre GÜL'e,

Her zaman yanımda hissettiğim kardeşlerim Ömer Furkan GÜL ve İbrahim Eren GÜL'e Doktora sürecinde göstermiş olduğu sabır ve destekleri için sevgili eşim Kibar GÜL ve çalışma odamızın iki küçük müdavimleri çocuklarım Mustafa Tuna ve Zeynep Nil'e teşekkürlerimle...

Muhammed Emin GÜL
Kayseri, Haziran, 2021

BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ KURUMLARINDA PSİKİYATRİK TEDAVİ YAKLAŞIMLARI VE UYGULAMALARI

Muhammed Emin GÜL

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tıp Farmakoloji Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Haziran, 2021

Danışman: Prof. Dr. M.Betül AYCAN

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2017 yılı tahminlerine göre, yeryüzünde 332 milyon kişi halen ruhsal veya nörolojik bir hastalıkla mücadele etmektedir. Bugün ise 500 milyondan fazla kişinin ruh sağlığı problemlerine sahip olduğu tahmin edilmektedir. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları, ruhsal hastalıkların çok yaygın olduğunu göstermektedir (Gaudiano, Weinstock and Miller, 2011: 19).

Bu çalışmada, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan (TİTCK) Reçete Bilgi Sistemi'nden (RBS) temin edilen 2013-2017 yıllarına ait 81 ildeki 1. Basamak tedavi merkezlerinde düzenlenen depresyon, anksiyete ve bipolar bozukluk için tanımlanan ICD-10 tanı kodlarıyla yazılan belirli etken maddeleri içeren reçetelere ait veriler incelenmiştir. Bu veriler; reçete sayısı, kutu sayısı, reçete maliyeti, ve reçetede kalem sayısı parametrelerine göre gruplandırılmış ve nüfus başına düşen antipsikotik ilaç miktarı açısından çok yönlü olarak değerlendirilmiştir. 2013-2017 yıllarında 1. Basamak Sağlık Kuruluşları'nda yazılan reçetelere ait bu veriler il ve 12 sağlık bölgesi ölçeğinde analiz edilmiş, yıllara ve bölgelere göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. 2013 yılından 2017 yılına kadar Türkiye nüfusu %4.91 artarken, psikotik ilaçlara ait reçete sayısı %42.24 ve bu ilaçların toplam maliyeti ise %101.07 artış göstermiştir.

Bu çalışmada Türkiye'nin ruh sağlığı alanında bu tanılara ait ilaç kullanım çeşitliliği ve bunun toplam sağlık harcamalarındaki payının yıllara göre değişimi incelenerek ülkemiz güncel Ulusal Ruh Sağlığı Profili'ne ve antipsikotiklerin Ülkemizde akılcı kullanımını açısından güncel durum değerlendirmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Tedavi Kurumları; OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri; Psikiyatrik Tedavi Yaklaşımları; Psikofarmakoloji; Farmakoekonomi; Türkiye'de Sağlık Hizmetleri.

**PSYCHIATRIC TREATMENT APPROACHES AND APPLICATIONS IN
PRIMARY CARE INSTITUTIONS**

Muhammed Emin GÜL

Erciyes University, Graduate School of Healthy Sciences

Department of Medicinal Pharmacology

Ph. D Thesis, June, 2021

Supervisor: Prof. Dr. M.Betül AYCAN

ABSTRACT

According to the World Health Organization(WHO) 2017 estimates, 332 million people in the world are still struggling with mental or neurological disease. Today, it is estimated that more than 500 million people have mental health problems. Community surveys conducted in many countries show that mental illnesses are very common (Gaudiano, Weinstock and Miller, 2011: 19).

In this study, data belonging to prescriptions containing certain active ingredients used for depression, anxiety and bipolar disorder, prescribed in Primary Care Health Centers with appropriate ICD-10 diagnostic codes in the 81 provinces of Turkey from 2013 to 2017, were examined. These data were requested from the Turkish Medicines and Medical Devices Agency and obtained from the Prescription Information System. These data are; The number of prescriptions, the number of boxes, the cost of the prescription, and the number of items in the prescription were grouped according to the parameters and population based evaluations were performed. These data on the prescriptions written in the 1st Level Health Institutions in 2013-2017 were analyzed at the scale of the province and 12 health regions, and significant differences were found according to the years and regions. While the population of Turkey increased by 4.91% from 2013 to 2017, the number of prescriptions for psychotic drugs increased by 42.24% and the total cost of these drugs increased by 101.07%.

In this study, drug use diversity related to these diagnoses in Turkey in the field of mental health and the share of these drugs in the total healthcare expenditure by years were analysed. Therefore, it was aimed to contribute to the current National Mental Health Profile and to serve for the recent antipsychotic usage profile of our country.

Keywords: Primary Health Care Institutions; Health Systems in OECD Countries; Psychiatric Treatment Approaches; Psychopharmacology; Pharmacoeconomics; Health Services in Turkey.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	iii
ONAY	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI	3
2.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	5
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	6
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	7
2.2. TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK SİSTEMİ KARŞILAŞTIRMASI VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMALARI	7
2.2.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları.....	7
2.2.2. OECD Üyesi Ülkelerdeki Sağlık Sistemi	9
2.2.3. OECD Üye Ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları	10
2.3. RUH SAĞLIĞI	12
2.3.1. Ruh Sağlığı Kavramı	12
2.3.1.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Kavramı	13
2.3.1.2. Ruh Sağlığı Politikası Kavramı	13
2.3.2. Ruh Sağlığına Tarihsel Bakış	14
2.3.3. Dünyada Ruh Sağlığına İlişkin Genel Bakış	17
2.3.4. Ruh Sağlığı Sorunları ve Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler	18
2.3.5. Halk Sağlığı Çerçevesinde Ruh Hastalıklarının Önemi	18
2.3.6. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığını Korumaya Yönelik Çalışmalar.....	20

2.3.7. Ruh Sağlığı Hizmetleri ve Ruhsal Sağlık Yönetimi.....	21
2.3.8. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı	22
2.3.9. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu	23
2.3.9.1. Dünyadan Ruh Sağlığı Sistemi modelleri.....	25
2.3.9.2. Türkiye’deki Durum ve Öneriler	26
2.4. Ruhsal Hastalıklar Hakkında Genel Bilgiler	30
2.4.1. Depresyon	30
2.4.2. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları	31
2.5. PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ	32
2.5.1. Psikofarmakolojik Tedavi	33
2.5.1.1. Anksiyolitik İlaçlar	33
2.5.1.2. Antipsikotik İlaçlar	35
2.5.1.3. Antidepresan İlaçlar	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Türü.....	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Veri Toplama Aracı.....	41
3.5. Verilerin Toplanması.....	41
3.6. Verilerin Analizi	42
4. BULGULAR	43
4.1. Toplam Reçete Sayıları.....	43
4.2. 81 İle Göre Hesaplanan Ortalama Veriler.....	45
4.3. Verilerin Bölgelere Göre Değerlendirilmesi	48
4.4. İllere Göre Farmakoekonomik Değişim Verileri	79
4.5. ATC Kodları ve Etken Maddelere Göre Elde Edilen Bulgular	83
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	86
6. KAYNAKLAR.....	98

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AH	Aile hekimliği
AHB	Aile Hekimliği Birimi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AHUD	Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
AR-GE	Araştırma Geliştirme
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BBSH	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
BSK	Birleşik Sağlık Kurumları
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü
EQuiP	European Working Party on Quality in General Practice
EUROPEP	Patients Evaluate General/Family Practice
GSS	Genel Sağlık Sigortası
JCI	Uluslararası Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu
MHRS	Merkezi Hasta Randevu Sistemi
NERA	National Economic Research Associates
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SM	Sağlık Müdürlüğü
SO/ASM	Sağlık Ocağı/Aile Sağlığı Merkezi
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TAHUD	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

TRSM Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TSH Temel Sağlık Hizmetleri



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. ICD10 Tanı kodu ve açıklaması.....	40
Tablo 2. İlgili tanıları içeren 1. Basamak sağlık kuruluşlarına ait toplam reçete sayıları.....	43
Tablo 3. Türkiye geneli 2013-2017 yıllarına ait kişi başına düşen veriler	46
Tablo 4. Türkiye geneli ortalama değerlerin 2013-2017 yıllarına göre değişimleri	47
Tablo 5. Akdeniz Bölgesi verileri.....	49
Tablo 6. Akdeniz Bölgesi ortalama verileri	51
Tablo 7. Batı Karadeniz Bölgesi verileri	52
Tablo 8. Batı Karadeniz Bölgesi ortalama verileri.....	54
Tablo 9. Batı Anadolu Bölgesi verileri.....	55
Tablo 10. Batı Anadolu Bölgesi ortalama verileri	55
Tablo 11. Batı Marmara Bölgesi verileri	57
Tablo 12. Batı Marmara Bölgesi ortalama verileri	58
Tablo 13. Doğu Karadeniz Bölgesi verileri	59
Tablo 14. Doğu Karadeniz Bölgesi ortalama verileri.....	60
Tablo 15. Doğu Marmara Bölgesi verileri	61
Tablo 16. Doğu Marmara Bölgesi ortalama verileri	63
Tablo 17. Ege Bölgesi verileri.....	64
Tablo 18. Ege Bölgesi Ortalama verileri	66
Tablo 19. Güneydoğu Anadolu Bölgesi verileri.....	67
Tablo 20. Güneydoğu Anadolu Bölgesi ortalama verileri	69
Tablo 21. İstanbul Bölgesi verileri.....	70
Tablo 22. İstanbul Bölgesi ortalama verileri	70
Tablo 23. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi verileri	71
Tablo 24. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi ortalama verileri	73
Tablo 25. Ortadoğu Anadolu Bölgesi verileri	74
Tablo 26. Ortadoğu Anadolu Bölgesi ortalama verileri	76
Tablo 27. Orta Anadolu Bölgesi verileri	77
Tablo 28. Orta Anadolu Bölgesi ortalama verileri.....	79
Tablo 29. İllerin Farmakoekonomik değişim verileri.....	80
Tablo 30. ATC Kodlarına göre antipsikotik etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımı.....	84

Tablo 31. ATC Kodlarına göre anksiyolitik etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımı.....	84
Tablo 32. ATC Kodlarına göre antidepresan etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımı.....	85



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Aile hekimlerine ait toplam reçete sayıları dağılımı	45
Şekil 3. Türkiye geneli ortalama değerlere ait değişim grafiği	47
Şekil 4. Akdeniz Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait ortalama değerler değişim grafiği	51
Şekil 5. Batı Karadeniz Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	54
Şekil 6. Batı Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	56
Şekil 7. Batı Marmara Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	58
Şekil 8. Doğu Karadeniz Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	60
Şekil 9. Doğu Marmara Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	63
Şekil 10. Ege Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	66
Şekil 11. Güneydoğu Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	69
Şekil 12. İstanbul Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	70
Şekil 13. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	73
Şekil 14. Ortadoğu Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	76
Şekil 15. Orta Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği	79
Şekil 16. 2013-2017 yıllarına ait illerin toplam maliyet değişim haritası	83
Şekil 17. 2013-2017 yıllarına ait illerin toplam reçete sayılarının değişim haritası	83

1. GİRİŞ VE AMAÇ

20. yy'dan itibaren tıp biliminin bir dalı olarak kabul görmeye başlayan psikiyatri, o günden günümüze yeni ilaçların keşfiyle birlikte gelişerek gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılında yaklaşık 450 milyon insanın ruhsal bozukluk, nörolojik ve davranışsal problemlerle karşılaştığını vurgulamıştır. 2001 yılındaki bu sayının, günümüz dünyasında çok daha fazla olduğunu tahmin etmek hiç de zor olmayacaktır.

21. yy teknoloji çağının modern insana getirdiği en büyük dezavantaj ruhsal problemler olmuştur. Özellikle son bir yıldır tüm dünyada etkisini gösteren Covid-19 pandemisi süreciyle birlikte yaşanan ruhsal problemler bu dönemin en önemli sağlık sorunlarından birini teşkil etmektedir.

Ruh sağlığının öneminin ve insanların psikiyatrik tedavi ilaçlarına olan ilgisinin gün geçtikçe artması bu alandaki uygulanan politikaların da gözden geçirilmesini zaruri kılmaktadır. 20. yüzyıla kadar insanlık, hastalıklara karşı ilaç yokluğuyla mücadele ederken, 21. yüzyılda eldeki ilaçların ancak akılcı kullanılmasıyla doğru tedavinin mümkün olabileceği gerçeğiyle yüzleşmektedir.

Ruhsal hastalıkların tarif edilemez manevi yükünün yanında maddi yükü de tüm dünya ülkelerinde yıldan yıla büyümeye devam etmektedir. Bu yük ABD'de yılda ortalama yüz milyar dolara mal olmaktadır. Türkiye'de ise 2017 yılı Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) verilerine göre ruh sağlığı ilaçlarının satış maliyeti yaklaşık üç milyar TL'dir.

Ülkemizde vatandaşların diğer sağlık problemlerinde olduğu gibi ruhsal problemlerinde de ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık merkezleri olmaktadır. Dolayısıyla aile hekimlerinin psikiyatrik tedavi yaklaşımları, toplumun ruh sağlığı profiline doğrudan etki etmektedir.

Birinci basamakta çalışan hekimler hem yeni tanı koydukları hastaların tedavilerini hem de kronik hastalığı bulunanların tedavilerini düzenleyerek oldukça geniş hacimde ilaç reçeteleme işlemi gerçekleştirirler (Akıcı ve Uzuner, 2013). Bu merkezlerde yazılan reçeteler, toplumun çoğunluğunun ilaç kullanım paterni, hastaların klinik özellikleri ve bireysel tercihleri, hekimlerin reçeteleme davranışları gibi farmakoterapi odaklı konular hakkında önemli ipuçları sunmaktadır (Starfield ve ark. 2003)

Bu çalışmada öncelikle ülkemizdeki ve OECD ülkelerindeki birinci basamak sağlık sistemleri ele alınmış ve bu ülkelerde uygulanmakta olan ruh sağlığı hastalıklarının tedavi modelleri incelenmiştir. Daha sonra ise 2013 yılından 2017 yılına kadar Türkiye'nin 81 iline ait 1. Basamak tedavi merkezlerinde aile hekimlerince düzenlenen depresyon, bipolar bozukluk ve anksiyete hastalıklarına ait ICD-10 tanı kodlarını içeren ve N harfi ile başlayan ATC kodlarına ait etken maddeleri kapsayan reçetelere ait kalem sayısı, kutu sayısı ve maliyet verileri incelenmiştir. Bu incelemede il bazlı, bölge bazlı ve etken madde bazlı olarak 5 yıllık değişimler analiz edilerek psikiyatrik tedaviye ait ilişkin hekimlerimizin tutumları, tedavi maliyetleri ve etken madde tercihleri irdelenerek ülkemizde birinci basamak tedavi merkezlerinde uygulanan psikiyatrik tedavi profilinin ortaya çıkarılması ve bu sonuçlara göre ülkemizde antipsikotik ilaçların akılcı kullanımı için bir farkındalık oluşturarak toplumsal ruh sağlığı politikalarımızın belirlenmesine destek olunması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI

Sağlık öncelikle en temel insan hakkıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık 1947 yılında; din, dil, ırk, ideloji, sosyal ve ekonomik statü fark etmeksizin doğuştan kazanılmış en temel haklardan biri olarak tanımlanmıştır 1948 yılında ise bu hak İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde tıbbi bakım alma hakkı şeklinde yer almıştır.

Buna göre Dünya Sağlık Örgütü'nün 1947'de resmen kabul ettiği tanımda sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır.

Bu tanım, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda yer almakta olup; Türkiye dahil tüm üye ülkeler de bu tanıma kabul etmiştir.

Ülkemizde ise bu tanım 1947'de 5062 sayılı yasa ile onaylamıştır. 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasada da aynı tanım yer almıştır. Bu sebepten ötürü bu tanım aynı zamanda ülkemizin de yasal sağlık tanımı olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımından 40 yıl sonra, 1986 yılında Ottawa'daki bir toplantıda bu tanıma sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesi yönünde bir ekleme yapılmıştır. 1986 Ottawa Şartı ile sağlığın geliştirilmesi görevinin yalnızca sağlık sektörüne ait olmadığı belirtilmiş ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla politik araçlar belirlenmiştir.

Sağlık kavramından sonra bir diğer husus, hastalık tanımıdır. Hastalık sözcüğünün karşılığı hekim ve hastalar için farklıdır (Scholz ve ark. 2002). Hekimler hastalığı; doku ve hücrelerde anormal yapısal ve işlevsel değişikliklerin sebep olduğu durumlar şeklinde tanımlarlar.

Scholz ve ark. (2002)'e göre; hekim olmayanlar için kelimenin anlamı ise kişilerin kültürüne ve algılamalarına bağlı olarak değişiklik arz eder. Kişinin, sağlıkla ilgili kültür düzeyi arttıkça hastalık tanımı hekimin tanımına yaklaşır. Çoğunlukla hastalık

belirtileri, kişinin çalışmasını engelleyecek seviyeye çıkarsa kişi kendini hasta sayar (Drapeau ve ark. 2007).

Sosyal bilimciler ise bu durumu kişinin kendisinden beklenen sosyal rolü yapamaması olarak ifade ederler. Örneğin; bir kişide kaşıntı hali varsa hekime göre o kişi hasta olabilir. Bu kaşınma hali kişiyi çalışmaktan alıkoymuyorsa, kişi kendisini hasta olarak kabul etmez. Boyun kısmında sert ve ağrısız bir beze olan kimse bir sağlık sorunu olduğunu düşünmeyebilir. Fakat bu birey akciğer kanserine yakalanmış ve 1-2 ay içerisinde ölecek bir hasta olabilir.

Hastalık kavramı da duruma göre farklı anlamlara taşıyabilen tartışmalı bir kavramdır. Modern Batı tıbbının ideolojisini irdeleyen yazarların bazılarına göre; sağlık kavramının hastalık kavramı ile ilişkili olarak tanımlanması doğru değildir. Hastalık ve sağlık birbirinin karşılığı olamaz, zira pek çok hastalık varken sağlık tektir. Dolayısıyla sağlıklı olmanın temellerini tanımlamak ve geliştirmek de en az hastalıkların nedenlerini bulmak ve hastalıkları tedavi etmek kadar önemlidir. Hastalık da sağlık gibi çok boyutlu bir kavramdır. İnsanın tüm yaşam dengelerini değiştirebilir (Dona Sud and Schwarzer, 2002).

Türkçe’de hastalık olarak tercüme ettiğimiz disease, illness ve sickness kavramlarındaki nüansı Marinker şöyle ifade etmiştir: Disease, patolojik bir süreçtir; boğaz enfeksiyonu, kanser, bazen tanımlanamayan hastalıklar şizofreni gibi. Tanımlanan hastalık kalitesi biyolojik formdan uzaklaşmadan dolayı meydana gelen sapmalar sonucu ortaya çıkmaktadır. Illness bir histir, tamamen kişiseldir ve kişinin kendini sağlıklı hissetmemesidir. Hastanın içsel durumuyla ilgilidir. Bazen illness durumlarında hiçbir disease durumuna rastlanmayabilir. Sickness ise sağlıklı olmanın dışsal ve halk dilindeki ifadesidir. Sickness pazarlığı yapılan bir pozisyon, bir statü ve sosyal bir rol olarak tanımlanmaktadır.

Cassell ise medikal açıdan hastalık anlayışıyla, hastanın gözüyle bakılan hastalık arasındaki farkı şöyle ifade eder. Doktora gidene kadar bireyin hissettiği rahatsızlık hali illness, doktorun bireyde saptadığı durum ise disease. Buna göre medikal manada hastalık kavramı vücuttaki herhangi bir bozukluğu ya da uyumsuzluk iken, subjektif manada ise bireyin sahip olduğu rahatsızlık hali ve bu duruma kendisinin ve çevresindekilerin verdiği tepki olarak belirtilmiştir.

Hastalığı sadece biyolojik bir rahatsızlık olarak tanımlamak da doğru değildir. Hastalık aynı zamanda sağlıkla beraber psikoloji, sosyal, ekonomik ve kültürel boyutları da içeren bir kavramdır. Biyolojik rahatsızlıklar dışındakilerin yok sayılması ancak ilkel toplumlarda yaşayan bireyler açısından düşünülebilir.

Günümüzde sağlık ve hastalık tüm unsurları ile birlikte ele alınmaktadır. Her birey kendisini algılama şekline ve buna göre de sağlık ve hastalık anlayışına sahiptir.

İnsanların bedenleri ya da ruhsal durumlarındaki anormal belirtiler veya yaşadığı duygulara gösterdikleri tepkiler, kişinin yaşadığı kültürdeki sağlık ve hastalık anlayışı ile kişinin sağlık hakkındaki bilgisine göre farklılık gösterebilmektedir. Özellikle, birey tarafından algılanan hastalık, daha doğru bir deyişle hasta olma durumu, ait olduğu toplumun sosyo-demografik özelliklerinden, topluma ait değerlerden, sağlık hizmet sistemlerinden etkilenmekte, bu nedenle de toplumlara ve zamana göre değişebilmektedir.

2.1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hizmetleri; belli başlı sağlık kuruluşlarında sağlık personelleri tarafından uygulanan ve topluma sağlık bakımını her türlü tedavi edici ve koruyucu eylemlerle sağlık bakım hizmeti sunan ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir.

Ülkemizde ise 12.01.1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki yasanın 2. maddesinde sağlık hizmetleri kavramı tanımlanmıştır. Bu tanıma göre sağlık hizmeti “İnsan sağlığına zararlı çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılması ve insanların bu faktörlerin etkisinden kurtulması, hastaların gerekli tedaviyi alması, bedeni ve ruhi kabiliyet ve yetileri azalanların işe uyumu için uygulanan tıbbi faaliyetler şeklinde ifade edilmiştir. (Saatçi ve ark. 2006).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını koruyup geliştirmek, hastalıklarını tedavi etmek, sakat kalanların ise kimseye bağımlı olmaksızın hayatlarını devam ettirebilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık seviyelerini artırmak için yapılan faaliyetlerin tamamı sağlık hizmetleri kapsamındadır.

Sağlık hizmetleri, toplumların refah seviyeleriyle orantılı olarak gelişme göstermektedir. İnsanların refah seviyesi arttıkça, sağlık önem kazanmakta, bireyler daha fazla sağlık harcaması yapmakta, ülkeler sağlık giderlerine daha fazla bütçe ayırmaktadırlar.

Günümüzde bilimsel kriterlere göre tanı ve tedavi süreçlerinin belirlendiği batı tipi sağlık hizmetleri anlayışı daha yaygındır. Ayrıca şifacılık, bitkisel kürler gibi çoğunlukla doğu tıbbı ya da alternatif tıp olarak adlandırılan sağlık uygulamaları da mevcuttur.

Tüm dünyada ve ülkemizde de kabul gören ve yaygın olan, bilimsel kriterleri esas alan neden sonuç ilişkisine dayalı batı tipi tıp anlayışı, sağlık politikalarına ve uygulamalarına yön vermektedir.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

İnsan sağlığına zararlı çeşitli etkenlerin bertaraf edilmesi, teşhis ve tedavi edilerek bedensel ve ruhsal yetenekleri azalan kişilerin tek başlarına yeterli hale gelmeleri için gösterilen tıbbi çabaların tümüne sağlık hizmetleri denilmektedir (Angst ve ark. 2016).

Sağlık hizmetleri kavramının İngilizce'deki karşılığı olan "health services" kavramı ise kamu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Binbay ve ark. 2012).

Sağlık hizmetleri, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine ilave olarak, hastalıkların önlenmesi, toplumun ve bireylerinin sağlık düzeylerinin geliştirilmesiyle ilgili faaliyetleri de kapsamaktadır.

Türkiye 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi'ni imzalamıştır. Bu bildirmede Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), toplumun birey ve ailelerinin kabul edebileceği şekilde, onların katılımları ile toplumun karşılayabileceği bir harcama karşılığında sunulan sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır.

Alma-Ata Bildirgesi'ne göre katılan tüm devletlerin temel sağlık hizmetlerini başlatmak, yürütmek ve bu alanda ulusal politika, strateji ve çalışma planları oluşturma yükümlülüğü bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak temel bir insan hakkıdır. Sosyal devlet olmanın bir gereği olarak ülke sınırları içinde yaşayan herkesin bu hizmetleri eşit olarak almaları sağlanmalıdır. Ancak, bu ilkedeki eşitlik kavramı herkesin aynı miktarda hizmet alması olarak değil, herkesin sağlık hizmetine ulaşma ve yararlanabilme imkânının eşit olması demektir.

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetler, ekonomik olarak üretilen mal ve hizmetlerden farklılık göstermektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlere göre, daha önemli ve çok farklı özellikleri bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran özellikler şöyle sıralanabilir:

Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı toplumsal niteliğe ve kamu malı özelliğine sahiptir. Bu nedenle sağlık hizmetleri sosyal devletin bir gereği olarak, tamamen serbest piyasa düzeninin işleyişine bırakılmayıp, devlet tarafından sürdürülmektedir.

Sağlık hizmetinin şeklini ve içeriğini hizmet sunulan değil, hizmeti sunan hekim saptar.

Sağlık hizmetlerinin ne zaman, nasıl ve ne kadar sunulacağını hizmeti sunan belirler.

Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı duyarlıdır. Verilen hizmet, insan hayatı ile ilgili olduğu için işin ilk seferde ve doğru biçimde yapılması ilkesi benimsenmiştir.

Özellikle kaza durumunda hangi hizmetin kime ne zaman ve ne kadar sunulması gerektiği öngörülemez. Kaza haricindeki birçok hastalık durumunda da bu özellik geçerlidir. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez özelliktedir.

Acil durumlarda veya rutin uygulamalarda sağlık hizmetlerinin ertelenmesi kişinin sağlığını olumsuz etkileyip kişinin sağlığını kaybetmesine, sakat kalmasına ya da yaşamını yitirmesine neden olabilir.

Sağlık hizmetlerinin uygulama öncesinde denenmesi veya test edilmesi gib bir durum söz konusu değildir. Bu nedenle, hizmeti veren-hizmeti alan ilişkisi tamamen güven unsuruna bağlıdır. Bu durum aynı zamanda hizmeti veren kişiye mesleki ve vicdani sorumluluk da yüklemektedir.

2.2. TÜRKİYE VE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK SİSTEMİ KARŞILAŞTIRMASI VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMALARI

2.2.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları

Birinci basamak sağlık hizmeti, vatandaşların kolayca ulaşabildikleri, ücretsiz bir şekilde hizmet aldıkları, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanısıra koruyucu sağlık hizmetlerinin de verildiği bir hizmet sunumudur. Aile sağlığı merkezi (ASM) ve toplum sağlığı merkezi (TSM) olmak üzere iki birim üzerinden hizmet sunumu sağlanmaktadır.

2003 yılından itibaren uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Politikası'nın en önemli bileşenlerinden birisi aile hekimliği uygulaması olmuştur. 2010 yılıyla birlikte ülkemiz genelinde başlatılan aile hekimliği uygulamasıyla aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi ve diğer sağlık çalışanları tarafından, bireye yönelik teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve koruyucu amaçlı sağlık hizmetleri verilmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti'nin bir diğer bileşeni olan Toplum Sağlığı Merkezleri'nde ise, merkezin sorumlu olduğu bölgedeki insanların sağlığına dair risk ve sorunların belirlenerek bunların düzeltilmesi ve/veya engellenmesi amaçlanmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasıyla yürürlüğe giren diğer hizmetler kapsamında, birinci basamak hizmet birimlerinin standartları yükseltilmiş hizmete erişim daha kolay bir hale gelmiştir. Sunulan hizmetlerin niteliği ve niceliği artırılmıştır.

Aile hekimliği uygulaması kapsamında, her bir aile hekiminin sorumlu olduğu vatandaş sayısı ortalama 3000 kişi olacak şekilde planlanarak bir ya da daha fazla aile hekiminin bulunduğu aile sağlığı merkezleri oluşturulmuştur. 3000 kişiden daha az nüfusa sahip olan, fakat sağlık kurumlarına uzak ve ulaşım sıkıntısı bulunan yerleşim yerleri için de tek hekimli aile sağlığı merkezleri oluşturulmuştur. Personel istihdamındaki zorluğu gidermek üzere aile hekimliğinde görev alan personele ek ücret uygulaması da oluşturulmuştur.

Aile sağlığı merkezi kurulamayan yerleşim yerlerinde, diğer sağlık personellerince sağlık hizmeti sunulmakta, sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu kırsal yerleşkeler için de gezici sağlık hizmeti kurulmuştur. Ayrıca gezici sağlık hizmetiyle mobil eczane uygulaması da uygulanarak, eczanesi olmayan yerleşim yerlerinde yaşayan kişiler için de ilaca erişim sağlanmıştır.

Evde sağlık uygulamasıyla tanı, teşhis, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi hizmetlere ihtiyaç duyan ve hizmete ulaşma imkanı olmayan kişilere kendi evlerinde bu hizmetler sunularak, kişiyle beraber aile fertlerine de sosyal ve psikolojik destek hizmetleri bir bütün olarak sağlanmaktadır.

Kişilerin kendi aile hekimlerine doğrudan ulaşma imkânlarının olmadığı cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, yetiştirme yurtları gibi yerlerde kurumların talebi doğrultusunda belirli zamanlarda aile sağlığı merkezi hekimi ve çalışanları tarafından yerinde sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Ayrıca üniversite, askeri kurumlar ve özel kuruluşlardaki hekimlere aile hekimliği yetkisi verilerek, bu vatandaşların çalıştığı iş yerinden sağlık hizmetine erişimi sağlanmıştır.

2.2.2. OECD Üyesi Ülkelerdeki Sağlık Sistemi

Organization Of Economic Co-Operation and Development (OECD), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü ya da İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı olarak da adlandırılan, uluslararası siyasi ve ekonomik bir örgüttür. OECD üyesi ülkeler, politik uygulamalarını karşılaştırarak ortak sorunlara ortak çözümler geliştirerek, iyi uygulamaların hızlı bir şekilde yaygınlaşmasını sağlamaktadır (Tekin ve ark. 2010).

14 Aralık 1960'da imzalanan Paris Sözleşmesi'ne dayanarak 1961 yılında kurulmuştur. 2. Dünya Savaşı'nın ardından Avrupa'yı Marshall Planı'yla tekrar yapılandırmak amacıyla 1948'de kurulan Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü'nün devamı niteliğindedir. 33 üye ülkeden oluşan ekonomik ve siyasi ortaklığın resmi dili İngilizce, merkezi Paris'tedir.

Üye ülkeler ise; ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Kore, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, Yeni Zelanda, Yunanistan ve Türkiye. Bu devletlere ek olarak Avrupa Toplulukları Komisyonu da OECD çalışmalarına katılmaktadır.

Yaşam standartlarının yükselmesiyle birlikte yaşam tarzlarının da iyileştirilmesi ve kaliteli eğitimle beraber, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve bilimsel gelişmeler sayesinde de etkili ilaçların keşfedilmesiyle son yıllarda OECD ülkelerinde ortalama insan ömrü önemli oranda uzamıştır.

1960 yılında bu ülkelerde ortalama insan ömrü 68,5 iken, 2003 yılında 77.8 yıl olmuştur. 2003 yılında Japonya 81.8 yıl ile en yüksek ortalama insan ömrüne sahip ülke olmuştur.

OECD ülkelerinde ortalama insan ömrü ulusal gelir ile orantılı olarak artmıştır. Fakat bazı OECD ülkelerinde kişi başına düşen gelir benzer olmasına rağmen ortalama insan ömründe anlamlı farklılıklar da bulunmaktadır. Japonya ve İspanya sadece kişi başına düşen GSYH rakamlarına göre tahminlerin üzerinde ortalama insan ömrüne sahip

ülkeler olurken, ABD ve Macaristan gelirlerine göre öngörülenin altında ortalama insan ömrü rakamlarına sahip ülkeler olmuşlardır.

OECD ülkelerinin birçoğunda sağlık harcaması, ekonomik büyümeden daha hızlı artmıştır. 2014'de OECD ülkeleri GSYH'nın yaklaşık %8.9'unu sağlık harcamasında kullanmıştır (TÜİK, OECD Health Data 2016).

GSYH harcanan kalemlerine baktığımızda sağlık harcamalarına ayrılan pay ülkeler arasında da anlamlı farklılıklar göstermektedir. 2014 yılında ABD'de %16.6 iken Slovakya'da %7 ve Türkiye'de ise %5'dir. GSYH içindeki oran bakımından en yüksek sağlık harcamalarına sahip ülke 2014 yılında ABD olmuş, onu sırasıyla %11.4 ile İsviçre ve %11.3 ile Japonya takip etmiştir.

OECD ülkelerinin çoğunda sağlık harcamalarının doğrudan kamu tarafından karşılanması ya da kamu tarafından finanse edilen sağlık sigortası tercih edildiği için sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu tarafından karşılanmaktadır. Sağlık finansmanında özel sektörün önemli bir rol üstlendiği ABD de bile kamu sağlık harcaması OECD ortalamasına yakın bir oranda GSYH'nın %6,6'sını oluşturmaktadır.

Son yıllarda OECD ülkelerindeki kamunun sağlık harcamaları ekonomik büyümeye göre daha hızlı artmıştır. İlaç harcamalarının hızlı artışı da toplam sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artmasına yol açmıştır.

Bu sürede OECD ülkelerindeki ilaç harcama artışı toplam sağlık harcamaları artışından daha fazla olmuştur. (Akıncı ve ark. 2007). ABD ve Avustralya'daki ilaç harcamaları bu dönem içerisinde toplam sağlık harcamalarındaki artış oranının iki katından fazla artmıştır. Kişi başına düşen ilaç harcama miktarının oldukça düşük olduğu İrlanda ve Güney Kore'de de anlamlı artışlar gözlenmektedir. Japonya'da artış oranı ise çok daha sınırlı kalmıştır. (Kültür ve ark. 2007).

TÜİK verilerine göre 2015 yılında kişi başına düşen yıllık ilaç harcaması AB ülkelerinde ortalama 2193 ABD Doları iken Türkiye'de bu rakam sadece 832 ABD Doları'dır.

2.2.3. OECD Üye Ülkelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamaları

Birinci basamak sağlık hizmeti(BBSH) hastanın sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Hekimin hastayı değerlendirdikten sonra diğer basamaklara sevkini bu aşamada başlamaktadır. Kapı tutuculuk sistemi olarak kabul edilen bu sistem, bazı

Avrupa ülkelerinde BBSH'nin anahtar bir özelliği olmuştur. Avrupa'da 15 ülkede birinci basamak sağlık hizmet birimleri, hastayla ilk temasın sağlandığı yer olmaktadır. Ayrıca ikinci basamak hizmetlere erişimin de kontrolü sağlanmaktadır. Diğer Avrupa ülkelerinde de yönde gelişmeler başlamıştır.

Bu sayede kaynaklar etkin olarak kullanılmaktadır. İkinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz hasta yükünün önüne geçilmektedir.

Bu sistemde, birinci basamaktaki hekim hastalığın önlenmesi, araştırılması, tedavisi ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik taleplerin değerlendirilmesinden sorumludur.

OECD ülkelerindeki hastaların ikinci basamak hizmetlerine erişim imkanı incelendiğinde, Bulgaristan, Hırvatistan, Estonya, Finlandiya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Litvanya, Hollanda, Polonya, Portekiz, Slovenya, İspanya, İsveç ve İngiltere'de birinci basamak hekimi, birçok ikinci basamak hizmetine erişimi kontrol etmektedir (Baldessarini ve ark. 2008).

Almanya, Avusturya, , Çek Cumhuriyeti, Güney Kıbrıs, Lüksemburg ve Yunanistan 'da ise hastalar, pek çok hekime ve ikinci basamak hizmetlerine doğrudan erişime sahiptir (Baştuğ ve Karancı, 2015).

Belçika, Danimarka, Fransa, Letonya, Malta, Romanya, ve Slovakya'da ise hastalar birinci basamak sevki olmadan doğrudan ikinci basamaktaki hizmetlere başvurabilmektedir. Ancak hastaların birinci basamak hekimine başvurarak sevkli olarak ikinci basamak hizmete yönlendirildiğinde bazı teşvikler uygulanmaktadır (Perry and Pike, 2008).

Öte yandan, Hırvatistan, Estonya, Finlandiya, İtalya, Letonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, İspanya, Slovakya'da birinci basamaktaki hekime hastanın kaydolması zorunludur.

Buna karşılık, 13 ülkede, hasta kayıt zorunluluğu yoktur. Bu ülkelerde zorunlu bir hasta kayıt sisteminin kurulmamasının en önemli sebebi, hasta özgürlüğünün kısıtlanmaması gerektiğidir. Almanya, Belçika, Danimarka ve Fransa'da ise hizmetin eşgüdümlü ve sürekli olarak devam etmesi için vatandaşların birinci basamak hekimlerine kayıt olmaları için maddi teşvikler uygulanmaktadır (Belli ve ark. 2007).

Hizmet sunum organizasyonları incelendiğinde ise, Avrupa ülkelerinde BBSH ilk başta tek hekimli hizmet sunumu olarak sunulmuştur. Sonraki zamanlarda ise, hizmete erişimin iyileştirilmesi ve izolasyonunun önüne geçmek için çok hekimli hizmet sunumuna geçiş görülmektedir (Belli ve ark. 2007).

Şu anda 15 ülke çok hekimli hizmet sunumunu uygulamaktadır. Bu ülkelerdeki birinci basamak hekimleri, diğer pratisyen hekimler, uzman doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personelleriyle koordineli bir şekilde çalışabilmektedir (Beach ve ark. 2006). Çok hekimli hizmet sunumunda, diğer hizmet sunucuları ile işbirliği yapılarak hastaya daha iyi hizmet sunularak hizmetin kalitesi artmakta ve böylece tek hekimli hizmet sunumuna göre daha etkili sonuçlar alınmaktadır. Çok hekimli hizmet sunumunda doğru tedavi ve teşhis oranlarının ve hasta, personel memnuniyetinin yüksekliği ile hastaneye yatış oranlarının düşüklüğü göze çarpmaktadır. Tek hekimli hizmet sunumunda ise, diğer hizmet sunucularıyla etkileşim az olduğu için hasta bakımının koordinasyonu güçleşmektedir (Berger ve ark. 2012).

BBSH’de yer alan hekimlerin örgütlenmeleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu organizasyonda hekimler bireysel olarak, diğer hekimlerle beraber ya da diğer sektörlerle entegrasyon içinde de hizmet sunabilmektedir (Binbay ve ark. 2012). Örneğin, Japonya ve Amerika’daki birinci basamak hekimleri diğer birinci basamaktaki hekimler, uzman hekimler ve diğer sektördeki uzmanlar ile aynı ağda yer alarak entegre bir şekilde hizmet sunmaktadırlar (Bertrando ve ark. 1992).

2.3. RUH SAĞLIĞI

2.3.1. Ruh Sağlığı Kavramı

Ruhsal sağlık ‘‘mental health’’, fiziksel sağlık gibi değişken bir durumdur. Fiziksel bozukluklar, dış etkenler ve baskılar bireyin ruhsal dengesi sarsabilir ve bazı ruhsal bozukluklara sebep olabilir. Ruhsal değişikliklerin yoğunluğu artıp kişi ve çevresi için sıkıntı verici boyutlara ulaştığında ve kişinin işlevselliğini bozduğunda ruhsal bir hastalığın varlığından söz edilebilir. Ruhsal sağlığı bozuk olan kişide, duygu, düşünce ve davranışlarında tutarsızlık ya da uygunsuzluk gibi durumlar görülebilir.

DSÖ ruh sağlığı için ‘‘bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde

yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali (WHO, 2001).” şeklinde bir tanım önermiştir.

Ruh sağlığı, bireyin ve toplumun iyilik hali ve etkin işlevselliği için esastır. Tanımda sadece hastalığın olmaması belirtilmemiş bireyin birden çok yetiye sahip olmasının gerekliliği belirtilmiştir.

Giralomo ve ark. (2012)’e göre son yıllarda ruhsal sağlık ve hastalıklardan geçmişe kıyasla daha çok söz edilmesinin ve öneminin daha çok artmasının en önemli sebepleri, sağlığa bütüncül bakış açısıyla yaklaşılması, sosyo-ekonomik koşullar ve teknolojiadaki ilerlemenin insanların ruhsal yaşamlarını olumsuz etkilemesi ve bunun da kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır (Giralomo ve ark. 2012).

2.3.1.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü koruyucu hekimliği; bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşmasının ve gelişiminin, toplumun ortak çabasıyla önlenmesi olarak tanımlamıştır. Bunu sağlamak ise, fertlerin ve ailelerinin ilgili bir doktor tarafından bağışıklanarak, sağlık eğitimi gibi faaliyetlerle , toplum sağlığının bir bütün olarak iyileştirilmesiyle mümkün olacaktır (Giralomo ve ark. 2012). Koruyucu ruh sağlığının amacı ise ruhsal hastalıkların önlenmesi, hastalıkların başlangıç zamanının ötelenmesi, hastalık sürecinin kısaltılması ve bu hastalıklar nedeniyle oluşabilecek yeti kaybının engellenmesidir.

2.3.1.2. Ruh Sağlığı Politikası Kavramı

Ruh sağlığı politikası, toplumda ruh sağlığı problemi yaşayan kişileri iyileştirmeye yönelik organize bir değerler, ilkeler ve hedefler dizisidir. Ruh sağlığı politikası bir popülasyondaki ruhsal bozuklukların yükünün azaltılması için vizyon ve eylem modeli oluşturmaya yardımcı olur. Politika ayrıca bir hükümetin ruh sağlığı politikasının diğer sağlık ve sosyal politikalara göre öncelik seviyesini belirtir.

Politika genellikle 5 ila 10 yıllık uzun bir dönemi kapsayacak şekilde hazırlanır. Ruh sağlığı politikası, Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu’nda (2006) DSÖ tarafından yapılan tanımıyla yer almaktadır. DSÖ ruh sağlığı politikası kavramını “bir ülkedeki toplumun ruh sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek amacıyla oluşturulan, bu alanda belirli hedefleri olan ve bu hedeflere ulaşmak için gerekli stratejileri öneren ve o ülkenin kamu otoritesi tarafından hazırlanan yazılı belge” olarak tanımlamıştır.

Ulusal ruh sağlığı politikalarının önemi geniş çapta bilinmesine rağmen, DSÖ verilerine göre, ülkelerin %40,5'inin ruh sağlığı politikasına sahip olmadığını ve %30,3'ünün ise ruh sağlığı programlarının olmadığını göstermektedir (WHO, 2001).

Ruh sağlığı politikasının oluşmasına katkı sağlayan bir başka kavram ise ruh sağlığı planıdır. Ruh sağlığı politikasının hedeflerine ulaşmasını sağlayacak olan faaliyetlerin düzenlenmesi olarak tanımlayabiliriz. Politika, küresel bir perspektif sağlarken, plan ise bu hedefe ulaşmak için yapılacak faaliyetleri ortaya çıkarmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığı politikalarının yerel nitelikte, sektörler arası entegrasyonu sağlayan, kapsayıcı, eşitlik ve süreklilik ilkelerini benimseyen özellikte olması gerektiğini belirtmiştir (Nilsson ve ark. 2010).

2.3.2. Ruh Sağlığına Tarihsel Bakış

Ruhsal bozukluklara ilişkin ilk kayıt M.Ö. 3000 yıllarında Mısır'da Prens Ptah-Hotep zamanına aittir (Akdemir, 2002). Psikiyatrik sınıflama sisteminde sonraki en önemli gelişme ise M.Ö. 5. yüzyılda Yunanistan'da Hipokrat ve öğrencilerinin altı çeşit akıl hastalığını tanımlamaları olmuştur ki bunlar; Frenitis, Mania, Melankoli, Epilepsi, Histeri ve Scythian hastalığı olmuştur. Hipokrat'dan sonra Rönesans'a kadar da sınıflama çalışmaları pek çok büyük hekimin katkılarıyla devam etmiştir (Tüzer ve ark. 2003).

Ayrıca eski çağlarda din adamları, şamanlar ve büyücü kişilerin uyguladığı yöntemlerin birçok ruhsal hastalığa iyi geldiğine inanılmaktaydı. Bu inanış hala bazı bölgelerde devam etmektedir.

İlk kez Yunan antik döneminde bireyin içinde olduğu psikolojik yapının hastalıkların oluşumunda etkili olduğu vurgulanmıştır (Lawrence ve ark. 2017).

Ortaçağ'da ise anormal davranışların sebebi şeytan ya da kötü ruhlar olarak kabul edilmiştir. Ortaçağda deliler, "Allah'ın cezası" olarak kabul edilen cüzzamlılar gibi toplumdan dışlanmıyorlar insanlarla iç içe yaşıyorlardı. İnsanlar delilere korku ya da acıma hissiyle yaklaşıyorlardı. 1657 yılından itibaren Paris'te akıl hastaları adalet ve güvenlik tedbiri gerekçesiyle toplumdan izole edilmiş binalara yerleştirilmeye başlandı. 1794 yılında İnsan Hakları Beyannamesi ve kurucu meclis kararlarıyla akıl hastalarının "zincirleri" çözüldü ve akıl hastanelerinde tedavi edilmeye başlandı. İlk sistematik modern sınıflandırmayı bu dönemde Emil Kraepelin yapmıştır. Freud da iyi bir

gözlemci ve psikopatoloji tanımlayıcısı olarak kendisini kabul ettirmiştir. Adolf Meyer ise Amerika ve Avrupa psikiyatrisini birleştirmek Kraepelin'in teorilerinin yayılması için çaba göstermiştir (Chian ve ark. 2017). Tüm ruhsal hastalıkların çevreyle etkileşim sonucunda ortaya çıkan psikobiyojik reaksiyonlar olduğunu öne sürmüştür.

Ruh sağlığı ve hastalıkları 19. yüzyıl Avrupa'sında bilimsel araştırma yapmak için meşru bir yol olup psikiyatri tıp eğitiminde yeni bir daldı. Bu bozuklukları olanlar da normal hasta olarak kabul görmekteydi. Buna karşın bu bozukluğu olan kişiler, istenmeyen bir sosyal davranış içinde oldukları için, büyük bir nezarethaneye benzeyen, akıl hastanelerine gönderilerek toplumdan uzaklaştırılıyordu (Lawrence ve ark. 2017). Bu yaklaşım daha sonraları Afrika, Amerika ve Asya'da da benimsendi.

II. Dünya Savaşı sonrasında ise Freud'un tanımladığı kişilik kuramı ve ruhsal çalışma modeli ve Meyer'in psikobiyojik yaklaşımına dayanan toplum yönelimli ruh sağlığı hareketi, psikiyatride egemen yaklaşımlar olmuşlardır.

Bu yaklaşımlar psikodinamik psikiyatrinin kuramsal ve klinik temelini oluşturmuştur. İlk olarak 1952'de hazırlanan DSM-I'de ruhsal bozukluklar sebep olduğu tepkilere göre gruplandırılmıştır. Örneğin bunaltı tepkisi gibi... Bu dönemdeki Amerikan psikiyatrisindeki tanımlamalar ve tanı ölçütleriyle Avrupa'daki tanım ve ölçütler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ruhsal bozuklukların tanımlanmasında ve sınıflandırmasında ulusal ve uluslararası düzeyde dil ve tanı birliği olmadığı için yapılan araştırmalar güvenilir sonuçlar vermemiştir. 1968'de A.B.D.'de hazırlanan DSM-II ile ağırlık tekrar Kraepelin'in hakim olduğu Avrupa psikiyatrisi tarafına kaymıştır. DSM-II önemli bir uygulama olmasına rağmen yeterli tanım ve tanı ölçütleri sağlayamadığı için noksan tarafları bulunmaktaydı. 1980'de DSM-III, 1987'de DSM-III-R, 1992'de ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından ICD-10 yayınladı. 1994 yılında DSM-IV ve son olarak 2013 yılında DSM-V yayınlanmıştır.

20. yüzyılın ikinci yarısında ruh sağlığı hizmetlerinde üç sebepten dolayı değişim görülmeye başlandı. İlk sebep, psikofarmakoloji dalında büyük gelişmelerin sağlanmasıydı, yeni nöroleptik ve anti depresif ilaçlar bulundu. İkinci olarak insan hakları konusu ABD'nin desteği altında uluslararası alanda önemli bir konu haline geldi ve demokrasi kavramı küresel anlamda gelişti. Üçüncü sebep ise, yeni kurulan DSÖ tarafından sağlık kavramının içine ruhsal sağlığının da konulması olmuştur (Chiang ve ark. 2017). Bu olayların tümü bu hastaların, kurumsallaşmış hastanelerden çıkartılarak

yeniden topluma kazandırılmak üzere kurulan bakım evlerinde daha açık ve özgür bir tedaviye ulaşmalarını sağlamıştır.

Ruhsal bozuklukların küresel öneminin kabul edilmesi, psikiyatriye de uluslararası sağlık gündeminde sağlam bir yer kazandırmıştır.

Özgür ve ark.(1998)'e göre, ruhsal hastalıklara bakış açısında değişim sağlayan dört temel gelişme olmuştur: 18. Yüzyıl'da Fransız psikiyatr P. Pinel'in ruh hastalarına daha insani yaklaşımı için yaptığı girişimler, 19. Yüzyıl'da Freud'un geliştirdiği psikanalitik kuram sayesinde ruhsal hastalıkların tedavi yönteminin değişmesi, 20. Yüzyıl'dan itibaren tıbbi özellikte ilaç kullanımının başlaması ve yaygınlaşması ve son olarak ise toplum ruh sağlığı hareketinin başlaması olarak ifade etmişlerdir.

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin tarihi incelendiğinde ise Selçuklu döneminde inşa edilen Gevher Nesibe Darüşşifahanesi'nde ruh sağlığı hastalarına ait tedavi odalarının olduğu ve hatta tedavide müziğin de kullanıldığı kayıtlarda yer almaktadır. Osmanlı döneminde ise, akıl hastaları bimarhane denilen hastanelerde tutulmaktaydı. Ancak bu hastanelerdeki tedavi süreci, hastayı toplumdan soyutlamak için bir odaya hapsederek, kendine ve etrafındakilere zarar vermesinin engellenmesini amaç edinmekteydi. Evliya Çelebi, Seyahatname'sinde akıl hastalarının yataklara zincirlendiğinden bahsederek bu durumu göstermiştir. Cumhuriyet dönemiyle birlikte özellikle Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman'ın üstün çabalarıyla psikiyatrik tedaviler Avrupa standartlarına ulaştırılmaya çalışılmıştır.

Türkiye'de bugün yürütülmekte olan ruh sağlığı politikası ise 1983 yılında oluşturulmaya başlanmıştır. 1987 yılında tamamlanan Ulusal Ruh Sağlığı programı, 1999 yılında meydana gelen depremden sonra Dünya Bankası desteğiyle tekrar düzenlenerek geliştirilmiştir. Ruh sağlığı yasası ile son yıllarda taslak çalışmalar olsa da hala sonuçlandırılmamıştır. 1996 yılında sadece sigara, alkol gibi maddelerin tüketimini azaltmayı hedefleyen yasal düzenlemeler yapılmıştır.

Türkiye'de ruhsal bozukluklara ilişkin ilk çalışma 1963'te yapılmıştır.1970'li yılların sonundan itibaren ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, ancak küçük ölçekli araştırmalar olarak devam etmiştir (Gülcü, 2018: 59).

2.3.3. Dünyada Ruh Sağlığına İlişkin Genel Bakış

Birleşmiş Milletler 2017 yılı tahminlerinde dünya genelinde 450 milyon insanın ruhsal veya nörolojik bir hastalıkla mücadele ettiğini belirtmiştir. ABD’de ise her beş vatandaştan biri ruh sağlığı problemlerinden birini yaşamakta, ve bunların sadece üçte ikisi ruh sağlığı bakımı istemektedir (Demirel, 2016: 14).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, her yıl yaklaşık 900.000 kişi ruh sağlığı problemlerinden dolayı intihar etmektedir. Bu her 40 saniyede bir kişinin ölmesi anlamına gelmektedir (Ünal ve ark. 2006). Ayrıca, 15-44 yaş grubundaki en çok görülen ölüm nedenlerinin arasında intihar yer almaktadır. DSÖ raporuna göre en yüksek intihar oranı ise Çin ve Hindistan’da bulunmuştur. Çin’de 1987-2006 arasındaki verilere göre herhangi bir ruhsal hastalığa sahip hasta sayısının 1987 yılında 2.6 milyon kişi, 2006 yılında 8.4 milyon kişi olduğunu belirtmiştir (Zheng ve ark. (2011).

2004 yılına ait veriler incelendiğinde 844.000 kişi kendi kendini yaralama girişimi sonucunda hayatını kaybetmiştir. Bu sayı dünyadaki tüm ölümlerin % 1,4’üne karşılık gelmektedir (Schmutte ve ark. 2009). Bu sayı aynı zamanda intihar kaynaklı ölümlerin savaş, kendini savunma ya da şiddet kaynaklı ölümlerin sayılarına neredeyse eşittir.

Dünya Sağlık Örgütü nöropsikiyatrik bozuklukların ve intiharların, küresel hastalık yükünün %12,7’sini oluşturduğunu tahmin etmektedir (Colom ve ark. 2003).

Dünyada bugün en az kırk milyon kişinin şizofreni, demans gibi aşırı ruhsal bozukluklara sahip olduğu bildirilmiştir. Yaklaşık yirmi milyon kişinin ise nevroz, zeka geriliği ve periferik nöropati gibi ruhsal ve nörolojik rahatsızlıklardan zarar gördüğü bildirilmektedir (Demirkol ve ark. 2015). Bunlara ek olarak alkol ve uyuşturucu kaynaklı sorunlar, madde kullanımı, bedensel engellere bağlı ortaya çıkan ruhsal bozukluklar da eklenince hasta, ailesi ve toplum açısından sorunun çok daha büyük olduğu ortaya çıkmaktadır. Güleç, Türkiye’de ruhsal bozukluklarla ilgili olarak yapılan epidemiyolojik çalışmaları gözden geçirmiş ve sonuç olarak da, Türk toplumunda tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluğu olanların oranını %20, kesin ruhsal bozukluğu olanların oranını ise %2-10 dolayında olduğunu belirtmiştir.

Majör depresyon, şizofreni, bipolar affektif bozukluk, alkol bağımlılığı ve obsesif kompulsif bozukluk düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde sakatlığa yol açan

sebeplerden beşi olarak görülmektedir. Yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde ise bunama en yaygın üçüncü nöropsikiyatrik bozukluk olarak görülmektedir.

Yapılan öngörülerde gelecek 20 sene içinde depresyon küresel hastalık yüküne sebep olan hastalıklar listesinde ikinci sırayı alacaktır. Dünya sağlık örgütü 2001 verilerine göre tüm insanların % 20-25'i hayatlarının herhangi bir döneminde ruh sağlığı bozukluğuna bağlı problem yaşamışlardır ve hiç kimse bu duruma bağışık değildir. Bourdon ve ark. (1992)'e göre; çocukların %10'undan fazlasında bir veya daha çok ruhsal ve davranışsal bozuklukları vardır. Avrupa Birliği'nde yetişkin nüfusunun % 20'sinde ruh sağlığı problemleri olduğu tahmin edilmektedir (Brus ve ark. 1999).

2.3.4. Ruh Sağlığı Sorunları ve Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Ruhsal hastalıklar için risk faktörleri biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal etmenlere bağlı olduğu için hastanın iyileşmesi sadece hastalığın tedavisi olarak değil bireyin bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmesiyle mümkün olmaktadır.

Ruhsal sorunlar, hem uzun süreli ve yoğun bir bakım gerektirdikleri için maliyeti artırmakta, hem de bireylerin toplumda ötekileştirilmesi, dışlanması ve iş gücü kaybı sonucunda sosyoekonomik sorunlara neden olabilmektedir. Bu bağlamda, ruh sağlığı tedavisinde sadece semptomatik çözümler değil, bütüncül bir bakışla diğer faktörlerinde patolojik etmenlerle birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Toplumda ruhsal sorunları olan kişilerin, korkutucu ve/veya tehlikeli olarak görülmesini önlenmesi bu etmenlerin iyileştirilmesiyle mümkün olacaktır.

Yoksulluk, savaş ve adaletsizlik gibi durumlar ruhsal hastalıkların en önemli sosyoekonomik ve toplumsal sebeplerini teşkil etmektedir. Cinsel istismar, hamilelik ve/veya çocukluk dönemi travmaları, ruhsal sorunları olan ebeveyn kaynaklı sebepler sonraki nesillerde depresyon ve anksiyete bozukluğuna yol açabilecek risk faktörlerini oluşturmaktadır.

2.3.5. Halk Sağlığı Çerçevesinde Ruh Hastalıklarının Önemi

Halk sağlığının temel hedefi hastalıkların önlenmesi ve kişinin mevcut iyilik durumunun korunarak iyileştirilmesidir. Dolayısıyla halk sağlığı uygulamaları sayesinde ruhsal bozuklukların engellenerek ruh sağlığının iyileştirilmesinin önemi gün geçtikçe artmaktadır. Ruh sağlığı ve hastalıklarında da genel sağlık ve hastalıklarda olduğu gibi, birbirine bağlı olarak sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörler belirleyici

olmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sahip olduğu eğitim seviyesi ve yoksulluk göstergeleri yoksulluk göstergeleri ile ruhsal hastalık riski arasında anlamlı bir ilişki olması bunun en açık örneğini oluşturmaktadır. Toplumların refah düzeyleri arttıkça ruhsal hastalık riskleri de azalmaktadır.

Halk sağlığı birimleri epidemiyolojik sürveyans çalışmalarıyla, ruh sağlığını koruma ve geliştirme, ruhsal bozuklukların önlenmesi, erken teşhis ve tedavi imkanı için toplumun ruh sağlığı hizmetlerine kolaylıkla ulaşmasını sağlamak amacıyla yapmış oldukları çalışmalarla toplum sağlığına katkı sağlamaktadır.

1998 yılında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Araştırması'na göre kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranı erkeklerin iki katıyken, ruhsal hastalıklar şehirlerde, kırsal alanlara oranla daha fazla görülmektedir. Hastalık görülme oranı ise, batı bölgelerinde diğer bölgelere göre oranla çok daha yüksektir.

Ruhsal hastalıklarının genellikle göz ardı edilen sonucu ise neden olduğu iş gücü kaybıdır. Sadece ağır ruh hastalıklarının değil, depresyon ve anksiyete gibi sık karşılaşılan durumlar da kişinin iş, eğitim ve sosyal hayatında sorunlara neden olmaktadır. Ruhsal hastalığı olanların yılda yüzde 21'inin 1 ila 7 gün işe gidemediği, bedensel rahatsızlığı olanların ise yüzde 16'sının 1 ila 7 gün işe gidemediği tespit edilmiştir (Culver ve ark. , 2007).

Maddi kayıpların dışında ayrıca ruhsal bozukluklar büyük oranda kişisel sıkıntılar sebep olmaktadır ki bunların parayla ölçülmesi de mümkün olmayacaktır.

Anksiyete, depresyon ve bunların sonucunda oluşan suçluluk ve utanç duyguları, tıpkı fiziksel acılar gibi kişileri yetersiz hale getirmektedir. Günümüzde ruh sağlığı sorunları ülkeleri, toplumları ve her yaştan bireyi etkilemektedir. Bu bozukluklar doğrudan ve dolaylı olarak ekonomiyi de etkilemektedir. 2000 yılında, toplam işsizliğin %12'sini ruhsal ve nörolojik bozukluklara sahip olanlar teşkil etmektedir ve öngörülen yaşam süresinin de bu sebeplerden dolayı azaldığı saptanmıştır. TÜİK verilerine göre 2020 yılında bu bozuklukların getirdiği yükün %15 daha artacağı öngörülmektedir. Tüm bu bozuklukların başlangıcı, gelişmesi ve takibindeki temel faktörleri fakirlik, cinsiyet, yaş, kriz ve afetler, majör fiziksel bozukluklar, aile ve çevre oluşturmaktadır. Birçok ülkede mevcut haliyle sağlık sistemleri ruh sağlığı hizmetleri de dâhil olmak üzere toplumların ihtiyaçlarını karşılayamaz durumdadır.

2020 yılında bu bozuklukların getirdiği yükün %15 daha arttığı belirtilmiştir. Tüm bu bozuklukların başlangıcı, gelişmesi ve takibindeki temel faktörleri fakirlik, cinsiyet, yaş, kriz ve afetler, majör fiziksel bozukluklar, aile ve çevre oluşturmaktadır. Birçok ülkede mevcut haliyle sağlık sistemleri ruh sağlığı hizmetleri de dâhil olmak üzere toplumların ihtiyaçlarını karşılayamaz durumdadır.

DSÖ tüm dünyadaki ruhsal hastalıkların neden olduğu işgücü kaybının, demir eksikliği anemisi, artirit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi sık görülen hastalıklardan 2 ila 5 kat daha fazla olduğuna dikkat çekmektedir (Culver ve ark. 2007).

2.3.6. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığını Korumaya Yönelik Çalışmalar

Etkin bir ruh sağlığı koruma sisteminin işleyebilmesi için yapılabilirliği güç olan iki unsurun gerçekleştirilmesi zorunludur. İlk olarak insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlere mümkün olduğunca yakın yerlerde hizmet verilmelidir. İkinci unsur ise hizmetin etkin olabilmesi için, hizmeti sunanların olabildiğince nitelikli olmaları gerekmektedir. Pratisyen hekimler, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlere yakın yerlerde hizmet verebilmektedir. Bu yakınlık sebebiyle, bir pratisyen hekime gitmenin bir damgalanma riski oluşturmaması sayesinde de, çoğu Avrupa ülkesinde birincil hizmet veren doktorlar, ruh sağlığını koruyucu hizmetlerin muhtemel giriş noktalarını oluşturmuşlardır (Demirkol ve Tamam, 2016).

Bazı Avrupa ülkelerinde Temel Sağlık Hizmetleri aslında bir ruh sağlığı sistemidir. Çalışmalar göstermektedir ki ruh sağlığı problemleri genel pratisyenlerle yapılan danışmaların % 30'unu oluşturmaktadır

Pratisyen hekimlerin psikiyatri alanındaki uzmanlıkları oldukça sınırlı olmasına karşın yakınlık kriterini en iyi karşılayan hekim grubunu oluştururlar. Bu durumda, pratisyen hekimler, hastaların gereksinimlerinin çok ağır ve karmaşık olmadığı durumlarda onlarla işbirliği yaparak ruh sağlığı problemlerinin bir kısmını teşhis ve tedavi edebilirler. Ancak iyi bir hizmetin verilebilmesi için, pratisyen hekimlere uzman psikiyatrik destek sağlanmalı ve bu desteğe ulaşım kanalları sürekli ve açık olmalıdır.

Ruh Sağlığı Hizmetleri koruyucu ruh sağlığı ilkeleri çerçevesinde ele alınıp, öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara entegre edilmelidir. Böylelikle birinci basamakta gebelikten başlayarak insan yaşamının tüm evrelerinde erken teşhis ve tedavi hizmetlerini yürütmek, ayrıca kronik ruhsal bozukluğu olan kişileri birinci basamaktan

itibaren takip etmek mümkün olacaktır. Psikiyatride kullanılan ve Türkiye’de de kabul gören DSM–IV ve ICD–10 gibi tanı sistemlerindeki gelişmeler de birinci basamak sağlık hizmetleri veren hekimler için psikiyatrik tanıları kolaylaştırıcı niteliktedir. Bu tanı sistemlerinde, tanıyı koymak için betimlemesi kolay semptom ve bulgulara ağırlık verilmektedir.

2.3.7. Ruh Sağlığı Hizmetleri ve Yönetimi

Depresyon, dünya genelindeki hastalık yükünü oluşturan ilk 10 hastalık içinde 4. sırada yer almaktadır (Berget ve ark. 2007).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (1998) 'na göre, Türkiye’de 2-3 yaş grubu çocuklarda ruhsal bozuklukların görülme sıklığı yüzde 10,9 iken, bu oran, 5-18 yaş grubunda %12; erişkinlerde ise yüzde 17,2 olarak belirlenmiştir. Ve fakat 2-3 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerde ruh sağlığı hizmetlerine başvuru yok denecek kadar azdır. 4-18 yaş grubu çocuklarda başvuru oranı ise sadece % 0.2’dir. Yetişkinlerde bu oran yüzde 4,7 olarak belirtilmiştir.

Çam ve Çuhadar (2011)’e göre, toplumda, ruhsal hastalığı olan kişilerin veya çocuğunda sorun olan ailelerin çok azının sağlık kuruluşlarına ya da hekimlere başvuruda bulunduğunu, büyük çoğunluğuna tanı konulamadığını, tanı konulanların ise yaklaşık olarak yarısının tedavi hizmeti almadığı görülmüştür. Ruhsal hastalığa sahip olanların yüzde 40’ı psikiyatri uzmanına, yüzde 20’si sağlık ocaklarına başvururken ruhsal hastalığı olanların yüzde 51’i ilaçlarını diğer uzmanlardan almaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011: 29).

Türkiye ve dünyadan verilerle toplum ve birey sağlığında ruhsal hastalıkların önemi açıktır. Çok sayıda kişinin ruhsal hastalıklarının tanı, tedavi ve takibini daha kolay ve hızlı bir şekilde sağlayacak ilk adım hiç şüphesiz birinci basamak sağlık kuruluşları olmalıdır. Dünya genelinde birinci basamak sağlık kurumlarına başvuranların yaklaşık 1/4’inde ruhsal bir bozukluk, yaklaşık 1/3’inde ise ruhsal belirti bulunmaktadır.

Birçok kişi ruhsal sağlık problemlerine ilişkin ilk başvuruyu birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren hekim, psikiyatrik şikayeti olan hastaların çoğunlukla ilk ve belki de tek karşılaştığı hekim olarak, psikiyatrik hastalıkların tanınması, sevki, ve takibi konusunda önemli görevler üstlenebilir. Bunun için temel sağlık hizmetlerindeki bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve

entegrasyonun buna göre düzenlenmesi son derece önemlidir. Dolayısıyla pratisyen hekimler, ruhsal hastalıklarından yakınanlara doğru tanı koyma noktasında kendilerini geliştirmeli ve en iyi hizmeti verebilmelidirler. Hekimlerin bu konudaki gelişimi bireysel çabalarına bırakılmaksızın sağlık otoritesi tarafından koordine edilerek birinci basamak hekimlerinin ruh sağlığı tanı ve tedavisindeki yetkinlikleri artırılmalıdır. Fakat mevcut sistemde bunun sağlandığını söylemek oldukça zordur, hekimlerin bu konuda yetersiz bilgi donanımına sahip olmaları sebebiyle tanı farklılıkları olduğu da düşünülmektedir.

2.3.8. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı

DSÖ 2003 verilerine göre, İngiltere’de 1997 fiyatlarına göre, ruhsal hastalıkların toplam maliyeti 32 milyon sterlin olarak saptanmış ve bu maliyetin %45’inin işgücü kaybı kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Schmutte, Flanagan, Bedregal, Ridgway, Sells, Styron and Davidson, 2009: 39). İngiltere’de 1988-2001 yılları arasında reçete edilen tüm ilaçlar %56 oranında artarken, 1990 ile 2000 yılları arasında reçete edilen antidepresan ilaçlar %243 artmıştır.

ABD’de ise 1997-2004 yılları arasında psikoterapötik ilaçlar için satın alım sayısı %72, satın alan insan sayısı %55 artarken bu ilaçlar için yapılan harcamalar ise 2.5 kat artmıştır (Stagnitti 2007).

2011 yılı itibariyle dünyada ruhsal bozukluğa sahip her 100.000 nüfusa en fazla harcama yapılan ilaç grupları antidepresanlar ve antipsikotikler olmuştur. Kişi başına düşen ruh sağlığı harcamaları 1.63 \$ iken, genel sağlık bütçesinden ruh sağlığı için ayrılan payın dünya ortalaması ise %2.82 olarak belirtilmiştir (WHO).

Özdemir ve Doğan, (2014)’e göre; Uluslararası Çalışma Örgütü’nün 2000 yılı raporunda, AB ülkelerinde yurtiçi hasılanın %3-4’ü ruh sağlığı hizmetlerine harcanmaktadır.

2030 yılına kadar ruhsal hastalıkların toplam mali yükünün yaklaşık 6 trilyon ABD Doları olacağı öngörülmektedir. Toplam maliyetin yaklaşık üçte ikisinin dolaylı maliyetler, geri kalanının ise doğrudan maliyetler olacağı belirtilmektedir. Şu anda, yüksek gelire sahip ülkeler, bu yükün yaklaşık %65'ini karşılayacak güce sahiptir. Bu durumun yalnızca halk sağlığı için değil, ekonomik kalkınma ve toplumsal refah için de kaygı verici olduğu ifade edilmektedir (WHO, 2013:7).

Türkiye’deki durum incelendiğinde ise, ruh sağlığı harcamalarının % 60’ı ruh sağlığı hastaneleri için yapılan harcamaların kaynağını oluşturmaktadır. Ruh sağlığı ilaçlarında ise Türkiye’de önemli ölçüde yurtdışına bağımlılık göze çarpmaktadır

2.3.9. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu

Ruh sağlığı hizmetleri 3 farklı modelde sunulmaktadır: Hastane temelli model, 1800’lü yıllardan 1960’lı yıllara kadar yaygın olarak kullanılmış bir modeldir. Bu dönemde ortalama 2000 yatak kapasiteli ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur. İngiltere’de bu dönemde 120.000 yataklı hastaneler kurulmuştur.

Türkiye’de ise bu model, kriz esnasında hastaneye kaldırılma, poliklinik hizmetleri, kimsesiz hastaların çok uzun sürelerle hastanede bakımlarının devam ettirilmesi olarak özetlenmektedir. Örneğin İstanbul Bakırköy’deki Mazhar Osman Ruh Sağlığı Hastanesi 2970 yatak kapasitesine sahiptir ve burada 1000’den fazla kişi ömür boyu hastanede kalmaktadır. Sunulan hizmetler hastalıkların atak dönemine odaklanmaktadır. Hastalığın temelini oluşturan etkenlere çözüm sunmamakta, hastanın sosyal yaşamına katkıda bulunmamaktadır. Hastaların kontrole gelmeleri ve ilaç kullanımına devam etmeleri çoğunlukla kendi sorumluluklarında veya bilinçlendirme yapılmamış ailelerinin denetimindedir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Ruh sağlığı hastalarının karşılaştığı kötü koşullar ve insan hakları ihlallerine karşı artan kamuoyu bilinci ve rahatsızlığı, akıl hastanelerinin artan maliyeti ve etkili psikotropik ilaçların keşfiyle birlikte 1960’lı yıllardan itibaren bir diğer model olan Toplum Temelli Model’e geçiş başlamıştır. Bu modelde, ağır ruhsal bozukluğu olan ve hastanede uzun süre yatma ihtiyacı olan hastaların tedavi edilmesi ve ruhsal sorunların engellenmesine yönelik önlemlerin alınması amaçlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün de önerdiği bu model, İtalya’da 1960’larda uygulanmaya başlanmıştır. Aynı zamanda İngiltere, Almanya, Fransa’da da uygulanmıştır. Toplum

temelli ruh sağlığı sisteminin üç bileşeni bulunmaktadır: Coğrafi temelli hizmet olması, ruh sağlığı ekibi ile verilmesi ve bu hizmetin 20 yataklı kapalı psikiyatri kliniklerinde verilmesi (Karataş ve Çalışkan, 2020). Her hasta için yapılacaklar planlıdır. Amaç ruhsal rahatsızlığı olan hastaların tedavilerinin yapılmasıdır (Yanık, 2007).

Bauer ve diğerleri (2001)'e göre; toplum temelli yaklaşımın yaygınlaşmaya başladığı yıllarda Almanya'daki hastanelerde yatak sayıları % 50 oranında azaltılmıştır.

Son olarak Toplum-Hastane Modeli'nde ise karma bir model ortaya çıkmaktadır. Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin devre dışı bırakılıp, ruh sağlığı hizmetlerinin ülkeye yayılması amaçlanmaktadır. Fakat bu modelin maliyeti yüksektir. Bu modelde amaç; toplum psikiyatrisi modelinin kurularak ağır hastaların tedavilerinin toplum içinde, diğer hastaların tedavilerinin aile hekimleri tarafından yapılması öngörülmektedir. Ağır ruh hastalarının tedavisi ve bakımı için hastane temelli ya da toplum temelli model yeterli olmayabilir. Bu sebeple, bu iki modelin olumlu tarafları ele alınarak karma bir model oluşturulmuştur. Bu modelde amaç, hastane yatış sürelerinin azaltılarak ruh sağlığına ayrılan hastane bütçesinin toplum temelli hizmetlere aktarılmasıdır.

Ruh sağlığı hastalarının, toplum temelli hizmet modeli kapsamında, tedavi ve bakım sağlanması, akıl hastanelerine ya da kliniklere yatırılmadan tedavi edilmesi yönünde dünya genelinde talepler vardır. Fakat ağır ruh hastalıklarının bazı durumlarda hastanede tedavisi edilmesi gerekebilir. Hastaya refakat edecek kimsenin olmaması, hastanın kendisi veya toplum için tehlike oluşturması, hastanın tedavide iş birliği yapmaması, yüksek riskli ilaçların kullanılmasının gerektiği durumlarda hastane yatış endikasyonu ortaya çıkabilir.

Aker ve Çobanoğlu (2003), ruh sağlığı hizmetlerini üç temel başlıkta incelemişlerdir. İlk olarak poliklinik veya yataklı tedavi hizmetlerinin sunulduğu bakım evleri ya da korumalı evler gibi ortamlarda psikiyatri hastalarına sunulan hizmetler. İkinci başlıkta ise hastalık tanısı konulmayan kişilere sunulan koruyucu ruh sağlığı hizmetleri yer almaktadır. Şiddet mağduru kadınlar için sunulan hizmetler, çocuğun ruhsal gelişimi ve ebeveynlikle ilgili hizmetler, sürücü davranışlarını geliştirme yönündeki hizmetler bu gruba örnek olarak verilebilir. Üçüncü başlıkta ise adli tıp, denetimli serbestlik, medya ve internetin etkileri gibi kamusal faaliyetler yer almıştır.

Psikiyatri hastaneleri sayısı ve toplam yatak sayısı ülkelerin aynı zamanda sosyo-ekonomik ve ruh sağlığı gelişmişlik seviyelerinin de göstergesi olarak kabul

edilebilmektedir. 100.000 kişiye düşen ruh sağlığı hastanelerinin dünya ortalaması 0.04 iken; Dünya Bankası gelir gruplarına göre 100.000 kişiye düşen ruh sağlığı hastanelerindeki yatak sayısının dünya ortalaması ise 7.5 olarak belirtilmiştir (Bahar ve ark. 2015).

Türkiye’de 2013 yılı verileri incelendiğinde Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri’nde adli, kronik bakım ve bağımlılık tedavisi için olan yataklar da dahil olmak üzere toplam 7356 yatak bulunmaktadır. Adli psikiyatri yatak sayısı ise toplamda 668’dir. Bu yatakların % 53,5’i RSHH’lere, % 27,2’si genel hastanelere, % 13,1’i üniversitelere, %6,2’si özel sektöre aittir.

Türkiye’deki psikiyatri birimlerine ait 2013 yılı Sağlık Bakanlığı verileri incelendiğinde ise çıkan sonuçlar; 10.000 kişiye düşen toplam psikiyatri yatak sayısı 1.3; 100.000 kişiye düşen psikiyatrist sayısı 2.20, 100.000 kişiye düşen psikiyatri hemşiresi sayısı 3, 100.000 kişiye düşen nörolog sayısı 1, ve 100.000 kişiye düşen sosyal hizmet uzmanı ise sadece 1 olarak belirlenmiştir

Türkiye’de psikiyatri hizmetleri İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu’da olmak üzere 8 bölgede Ruh Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve diğer kamu veya özel sektöre ait hastanelerdeki psikiyatri klinikleriyle sunulmaktadır. Ayrıca Ankara ve İzmir’de özel ruh sağlığı hastaneleri bulunmaktadır.

2.3.9.1. Dünyadan Ruh Sağlığı Sistemi Modelleri

Finlandiya’da hastalar şehirlerde 20 hastanın birlikte yaşadığı apartman dairelerinde tedavi edilmektedir. Hastalara gündelik yaşamlarını sürdürebileceği ev ortamı sağlanmaktadır. Bu kliniklerde hasta sayısının en fazla 20 kişi olması tedavide kolaylık sağlamak ve verimliliği artırmaktadır.

İtalya’da ise ruh sağlığı hizmet anlayışı 1961 yılından itibaren değişmeye başlamıştır (Karadağ ve ark. 2012). İlk olarak ruh sağlığı hastaneleri kapatılarak genel hastanelerde 16 yataklı psikiyatri klinikleri hizmete alınmıştır. Ülke coğrafi bölgelere bölünerek her 100 bin kişi için bir ruh sağlığı hizmeti ekipleri oluşturulmuştur. Ve her bir bölgede 16 yataklı psikiyatri kliniği, rehabilitasyon çalışmalarının yapıldığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ve ortalama 20 kişiye uzun süreli hizmet verebilen apartman daireleri şeklinde birimler oluşturulmuştur.

2.3.9.2. Türkiye'deki Durum ve Öneriler

Türkiye'de uygulanan ruh sağlığı hizmet modeli hastane eksenli olup, tüm Avrupa'da uygulanan Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli'nden farklıdır. Ruh sağlığı hizmetleri 300 ila 1500 yataklı ruh sağlığı hastanelerine verilmektedir. Bu hastanelerin büyük yapılar ve çok fazla iş yükleri olması nedeniyle işletme sorunları yaşanmaktadır. Avrupa'da 15 ile 40 yıl önce değişim başlanmış hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, modern batı ülkelerinin temel sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında yayımladığı Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası'nda; ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre olması, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı hizmet kalitesinin artırılması, ruh sağlığıyla ilgili yasal düzenlemelerin yapılması, damgalanmaya karşı hasta haklarının savunulması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması gibi konulara yer verilmiştir.

Ruh sağlığı politikasının sonrasında toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin yol haritasının planlandığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) hazırlanmıştır. Bu planda ağır ruhsal hastalıkların tedavisinde hastane merkezli hizmet modelinden toplum temelli hizmet modelinin tercih edileceği duyurulmuştur ve hemen ardından toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) hizmete alınmıştır.

TRSM'lerde öncelikle ağır ruh sağlığı sorunları olan kişilerin; hastane yatırımlarını sağlamak, olası yeti kayıplarını asgari düzeye indirmek, yitirilmiş işlevlerin yeniden kazandırılması veya iyileştirilmesi amacıyla biyopsikososyal müdahalelerde bulunmaktadır. Bu hizmet psikiyatrlar, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, psikologlar ve ergoterapistlerden oluşan bir ekip tarafından koordineli bir şekilde sunulmaktadır.

TRSM hizmetlerinde İngiltere'de psikiyatri hemşireleri, Almanya'da görev ve sayı bakımından sosyal hizmet uzmanları ön plandayken; Türkiye'de ise daha çok psikiyatrlar ön plandadır.

TRSM ekibi, hasta ve ailesiyle iş birliği halinde hastalık belirtilerini, eğitim, gelir, iş ve barınma durumu, aile ve sosyal çevresi ile ilişkilerini ve biyopsikososyal durumu da göz

önünde alarak bakım planlaması hazırlar. Bakım planı yaparken hastanın güçlü, zayıf ve savunmasız yönleri, motivasyonu ve baş etme stratejileri dikkate alınır.

TRSM'lerde hasta ve ailelerine ve hasta yakınlarına tanı, teşhis ve tedaviye yönelik bilgilendirmenin yanı sıra hastalığın seyri ve alevlenmeye dair psikoeğitimler verilmektedir.

2.3.9.3. Klinik Örnekleri ve Değerlendirilmesi

RUSİHAK (Ruh Sağlığında İnsan hakları Girişimi) 2008 ve 2013 yıllarında hazırlamış olduğu raporlarda dünya genelinde iyi örneklerle yer vermiş ve Türkiye'deki durumla kıyaslamıştır. Bu rapora göre; İtalya'da 1978 yılında yürürlüğe giren 180 sayılı kanunla beraber psikiyatri hastaneleri kapatılmaya ve yerine toplum-temelli hizmet sağlayan sosyal servisler açılmaya başlanmıştır. Takip eden yıllarda Loren Mosher, Soteria evleri uygulamasıyla şizofreni teşhisi almış kişilerin küçük, toplum-temelli hizmetlerin verildiği evlerde iyileşebileceklerini göstermiştir. 1948 yılından başlayarak dünyanın farklı ülkelerinde hizmet vermeye başlayan kulüp evleri kişi odaklı, toplum temelli, hak temelli hizmetlerin örnek uygulamaları olmuştur. Almanya'da ise kurumsuzlaştırma (deinstitutionalization) süreci tamamlanmıştır; Yunanistan'da kurumsuzlaştırmaya yönelik adımlar atılmaktadır. Bazı ülkelerde ise büyük psikiyatri hastaneleri hâlâ mevcuttur.

Günümüzde ruh sağlığının önemini vurgulayan makaleler ile AB'nin ruh sağlığı konusunda öngördüğü stratejileri özetleyen Green Paper, Avrupa ülkelerinin dikkatlerini bu konuya yöneltmiştir. 2005 yılında yayımlanan Green Paper ruh sağlığı koşullarının iyileştirilmesini ve buna paralel olarak Avrupa Birliği üyelerinin ve adaylarının ülkelerde kullanılacak stratejinin oluşturulmasını vurgulamaktadır. Hareket planında öne çıkan alanlar ise toplum merkezli, kişi odaklı ve hak temelli hizmetlerin önemini vurgulayan koşullar yer almaktadır.

Barınma

Kanada, Toronto, Ontario'da Houselink Toplum Evleri (Houselink Community Houses) evsiz veyahut farklı nedenlerle toplum tarafından dışlanmış ve ruh sağlığı alanında problem yaşayan kişilerin devamlı barınabilecekleri ve tedavi görebilecekleri toplum esaslı organizasyondur. Yaklaşık 400 kişiye hizmet verilirken aynı zamanda 70 kişiye de içinde eğitim ve iş olanaklarının da bulunduğu farklı hizmetler sunulmaktadır. Buralardan hizmet ve/veya tedavi alanlar daha sonra işlerine, ailelerine, sosyal

hayatlarına tekrardan dönmeyi başarmıştır. Kazanç elde etmeye çalışmayan bu kuruluş Ontario Sağlık Bakanlığı'nın da içinde bulunduğu kurumlardan alınan fonlarla sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Hizmet alan kişiler de bu kuruluşun yönetim kurulunda yer alarak istek, öneri sunma ve kendi adlarına konuşabilme imkânına sahip olmaktadır.

İstihdam

Çek Cumhuriyeti'nde ruh sağlığı alanında problem yaşayan bireyler çalışmaları halinde devlet tarafından verilen maddi desteğe ulaşabilmektedir. Danimarka'da fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığı olan ve çalışamayacak durumdaki tüm bireylerin finansal desteği almaları yasalar ile sağlanmakta, ayrıca birden fazla firma sosyal sorumluluk misyonuyla ruh sağlığı alanında sorun yaşayan bireyler için istihdam imkânı sunmaktadır.

Güney Kıbrıs'ın Nicosia/Lefkoşa şehrinde mesleki rehabilitasyon bölümü her yıl 40 kişiye gerekli destek ve mesleki rehberliği sunup işe yerleştirmektedir. Avrupa'nın farklı şehirlerinde ruh sağlığı alanında problem yaşayan kişilerin yeteneklerine uygun işlere yerleştirildiği ve yerleştirildikleri işlerle ilgili destek aldığı sosyal şirketler bulunmaktadır.

Sağlık

Danimarka'da ruh sağlığı problemi yaşayan tüm bireyler her vatandaş gibi genel sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmakta; bu bireylerin hastane dışında aldığı tüm hizmetler de psikiyatri sistemi tarafından karşılanmaktadır. Hollanda Ulusal Toplum Sağlığı Politikası'nda (2007–2010) depresyonu önlemek sigara kullanımı, uyuşturucu kullanımı, alkol ve diyabetten sonra beşinci sırada yer almaktadır. Finlandiya'daki Verimli Aile Projesi (Efficient Family Project) uygulaması ruh sağlığı alanında problem yaşayan ebeveynler içindir. Projenin amacı, bu ailelere ve çocuklarına destek olmanın yanı sıra çocukların da ruhsal rahatsızlıklar yaşamasını engellemek için bir yöntem geliştirmektir. Fransa'daki Electricite De France adlı şirket tarafından geliştirilen APRAND adlı program, kaygı ve depresyona karşı önleyici müdahaleyi kapsamaktadır. 140.000 şirket çalışanından hastalık izni almış olanlar depresyon ve kaygı konusunda izlenmiştir. Bu iki alandan en az birinden etkilendiği saptanan çalışanlara bilgilendirme ve danışmanlık sağlanmıştır. Bu sayede her iki alanda da %20 oranında bir düşüş gözlemlenmiştir.

Soteria Evleri

İlk kez 1971 yılında Loren Mosher tarafından kurulan Soteria Evleri 1983 yılına kadar varlığını Amerika Birleşik Devletleri'nde sürdürmüştür. Daha sonradan ekonomik sebeplerle kapatılan Soteria evleri bugün Macaristan, İsveç, Almanya ve İsviçre'de varlığını sürdürmektedir. Evlerin en önemli özellikleri ise:

1. Olanaklar

Küçük, toplum temelli, açık, gönüllü katılıma dayanan ve ev benzeri ortam sunulmaktadır. İçinde çalışanlar dahil 1 kadın ve 1 erkek olmak üzere 2 çalışan 10 kişinin yatılı kalmasına olanak sağlar. 24 ve 48 saatlik aralıklarla uzun süreli ve bire bir görüşmeler yapılabilir.

2. Sosyal Çevre

Saygılı, temiz, tutarlı ve öngörülebilir; barınma, güvenlik, koruma ve dürtü kontrolü sağlanan bir ortam bulunmaktadır. Destek sağlama kabiliyetine sahip kişileri göz önüne alıp birey ihtiyaçlarından yola çıkılarak sosyalleşmenin sağlanarak ilerde ailenin yerini alacak bir ortam oluşur.

3. Sosyal Yapı

Özerkliğin korunarak kişisel güçlü yanların sürdürülmesi, hiyerarşik düzenin ortadan kaldırılması, gereksiz bağımlılığın gelişmesini önleyici karşılıklı ilişkiler yüreklendirilir. Çalışanlar ve evlerde kalanlar arasındaki rollerdeki farklılaşmayı en alt seviyede tutan ve esnek rol, ilişki ve diyalogların olması. Evin yemek, temizlik, sanat aktivitesi benzeri gündelik işlerin idame edilmesinde paylaşım sağlanır.

4. Çalışanlar

Ruh sağlığı alanında eğitim almış kişiler; bu alan dışından özel eğitimler almış kişiler; daha önce bu evde kalmış kişilerden oluşur. Çalışanlar süpervizyonla desteklenir. Ailelere sosyal destek verilir.

5. İlişkiler

Bunların hepsi programın esasını teşkil eder. Çalışanlar ideolojik olarak da bağımsızdır. Örneğin psikoza açık fikirlilikle yaklaşılır. İyileşme bakımından olumlu gelişmeler sunar. Psikoz yaşayan kişinin tecrübesi ve kişinin içinde bulunduğu gerçeklik temel alınır ve o kişinin yaşadıkları gerçekmiş gibi anlaşılmasına çalışılır. Psikiyatri jargonu kullanılmaz.

6. İlaç Kullanımı

Neredeyse hiç kullanılmaz veya çok az kullanılır. Kullanım amacı da ilaçların etkisini dengelemek amacıyla. Benzodiazepinler kısa dönem olarak uyku düzenini sağlama amacıyla kullanılabilir.

2.4. Ruhsal Hastalıklar Hakkında Genel Bilgiler

Bu bölümde çalışma kapsamında reçete verileri incelenen depresyon, anksiyete ve bipolar bozukluk hakkında genel bilgiler verilecektir.

2.4.1. Depresyon

Depresyon toplumdaki yaygınlığı bireysel ve toplumsal etkisi göz önüne alındığında en önemli psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Ve aynı zamanda ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak da nitelendirebiliriz. Kederli ve elemli halin sürekliliği mevcuttur ve bu durum normal üzüntü ve yas halinden farklıdır. Bireyin arasına kendisini iyi hissetmesine karşın, bu durum kısa sürmektedir. İlgi ve isteğin azlığı veyahut hiçbir şeyin zevk vermemesi, birey önceki hoşlandığı olaylardan zevk almaz. Genel isteksizlik mevcuttur. Herşey yük olmaya başlar. Yorgunluk, enerji eksikliği, bitkinlik, halsizlik, güçsüzlük, bezginlik, çabuk yorulmak baş göstermiştir (Dığrak ve ark. 2014).

Amerikan Psikiyatri Derneği'nin 2013 yılında belirlediği DSM-V tanı kriterleri ise şunlardır:

- İlgi ve zevk eksikliği,
- Depresyon, üzüntü ve çökkünlük hali,
- Uyku eksikliği veya aşırı uyku,
- Enerji kaybı,
- Konsantrasyon eksikliği,
- Değersizlik veya suçluluk hali,
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşüncesi,
- Psikomotor retardasyon ve ajitasyon,
- İştahsızlık veya kilo kaybı

Yukardaki belirtilerden ve bulgulardan her gün minimum 5 tane görmek gerekir. DSM 5 depresif bozuklukları yalnızca bir tipe göre değerlendirmek yanlıştır; bu nedenle depresif bozuklukların her biri kendi içinde ayrı değerlendirilir.

2.4.2. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete birden fazla nedeni ve belirtileri olan non-spesifik bir semptomdur. Yaşam boyu prevalansı %10.4 ila %28.8 arasındadır.(Canadian Pharmacists Association. 2005) Deride kızarıklık, çarpıntı, terleme, titreme gibi duyguların yanısıra, korku ve endişenin farkedilmesi ve hatta huzursuzluktan ölüm korkusuna kadar belirtilere sahiptir.

Anksiyete, periferik sistem belirtilerinin yanısıra konfüzyon, algının bozulması, dikkat kaybı veya azalması, hafıza sorunları, muhakeme yeteneğinin azalması gibi sonuçlar da doğurur. Herkes tarafından ara ara yaşanan bir duygudur. Temel amacı yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişimini sağlamaktır. Fakat belirli bir düzeyden sonra kişinin yaşamını, aktivitesini, kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlar.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğunun(YAB), depresyonun farklı bir çeşidi olmadığı, başlı başına bir hastalık olduğu saptanmıştır. Birinci basamakta en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biridir (%10). Yaşam boyu prevalansı %10.4 ila %28.8 arasındadır (Canadian Pharmacists Association, 2005). Yüksek prevalansına karşılık, tanı konma oranı düşüktür. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olan kişiler “devamlı, yoğun miktarda ve durumla ilgisi olmayan bir endişe durumuna” sahiptirler . Bu durum bireyin günlük yaşamını olumsuz yönde etkiler ve hatta olağan bir hayat sürdürmesini mani olur. Herşeyin kontrollerinin dışında olduğuna ve her zaman en kötü senaryonun gerçekleşeceğine inanırlar. Genellikle aile, sağlık, iş ya da maddi konular tedirginliği sebebi olmaktadır. Kontrol dışı süregelen bu endişeli durum asgari altı ay boyunca aralıksız hergün devam eder.

Yaşla birlikte kaygı duyma durumu da arttığı için YAB yaşlılıkta en sık görülen anksiyete bozukluğudur.

Bu hastalarda mevcut anksiyeteye ek olarak major depresyon, panik atak, kronik ağrı ve uyku bozuklukları gibi rahatsızlıklar da görülebilmektedir. Bir aylık görülme sıklığı % 0,25'tir. Bir yıllık görülme sıklığı ise % 0,64'dür (Bahar, Savaş, Ünal, Savaş, Kaya ve

Bahar, 2014: 58). Kadınlarda daha sık izlenmektedir. Kadın/erkek oranı 2/1'e eşittir (Belli ve ark. 2007).

2.4.3. Bipolar Bozukluklar

Bipolar bozukluk, duygu durum bozuklukları ya da affektif bozukluklar olarak adlandırılmaktadır. Bipolar bozukluk dört tip hastalık dönemi ile karakterizedir. Manik, depresif, hipomanik ve karma. Manik dönemde anormal yükselmiş coşkulu durum ya da iritabl duygudurum hali görülebilir. Depresif dönemde, depresif duygudurum ya da ilgi kaybı durumu gözlenir. Hipomanik dönemde, maniden daha kısa süreli yükseliş, coşkulu ya da iritabl duygudurum bulunur. Karma dönemde ise hem depresif hem de manik dönem belirtileri mevcuttur.

Bipolar depresyonun belirtileri ise; uyku miktarında artış, aşırı yeme, ek tanıli anksiyete, psikomotor retardasyon, psikotik belirtiler ve intihar benzeri düşünceler olarak sıralanabilir.

2.5. PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde pek çok yöntem uygulanmaktadır. İnsülin koma terapisi, elektro konvülfiz tedavi (EKT), radikal cerrahi ve cinsiyet hormon terapisi gibi pek çok tedavi yöntemleri denemiş ve günümüzde ise modern ilaç uygulamaları psikiyatrik tedavide en çok uygulanan yöntem olmuştur. İngiltere'de 2007 yılında yapılan bir tarama çalışmasında, hastaneden yatan hastaların %98-100'ünün ilaç tedavisi aldığını ve hatta çoğunun birden fazla ilaç kullandığı belirtilmiştir. Günümüzde ilaçlar ile beraber hastanın kendisini ve ailesini de kapsayan psikoterapötik ve psikososyal yaklaşım da uygulanmaktadır. Psikiyatrik hastalıkta tedavi öncesi hasta fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilir. Tedavi boyunca hastaların sadece hastalığı değil aynı zamanda uyumu, baş etme gücü ve sağlıklı yönleri de belirlenmelidir. Zrinyi ve ark.(2003)'e göre; hastanın sağlıklı olan yönlerinin harekete geçirilmesi iyileşme sürecinde pozitif katkı sağlar. Öte yandan ruhsal bozuklukları tedavi etmek zaman diğer hastalıklara göre çok daha uzun zaman alabilmektedir.

2.5.1. Psikofarmakolojik Tedavi

İnsan davranışlarını etkileyen ilaçların kullanımı ilk çağlara dayanır. Modern anlamda psikiyatrik hastalık tedavisinde ilaç kullanımı 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren başlamış ve bugüne kadar gelişim göstererek varlığını sürdürmüştür. Psikofarmakolojik tedavi, hekimin hastayı bedensel, ruhsal, sosyal yönden tam olarak değerlendirmesi tanı sonucuna göre de ilaç tedavisine başlamasını kapsar. İlaçların etki alanı, doz, kullanım ve etki süresi, endikasyonlarının ve kontrendikasyonlarının, diğer ilaçlar ile etkileşiminin, zehirlenme bulgularının ve zehirlenmenin engellenmesine yönelik önlemlerin iyi bilinmesi gereklidir.

Genel olarak değerlendirildiğinde; ruhsal sorunlar, yaygın olarak sorunlara meyilli kişilik ve organizma veya devam eden stresler ile kendini gösterebilir. Strese neden olan olaylar genellikle uzun süreli sorunlardır. Bu sebeple hastaların uzun süre izlenilmesi ve tanınması gereklidir. İhtiyaç halinde tedavi planı değiştirilir (Van Bogaert ve ark. 2012). Hastalar iyileşme olur olmaz ilacı kesebilir (Yıldırım ve İlhan, 2010). Hastanın kendisine ve yakınlarına ilaç dozunun devamlılığı, azaltılması ya da kesilmesinin hekim kontrolünde olmasının gerekliliği belirtilmelidir (Willems and Mondelaers, 2012).

2.5.1.1. Anksiyolitik İlaçlar

Anksiyete tedavisinde amaç anksiyete durumunun tekrarlanmasını önlemektir. Farmakoterapötik tedavinin yanında psikoterapötik destek de verilerek hastanın uyumsuz durumunun farkına varması sağlanarak hastalıkla baş etme alışkanlığı kazandırılmalıdır.

Günümüzde anksiyete tedavisi için benzodiazepinler, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri, hidroksizin ve buspiron gibi ilaçların kısa ve uzun süreli tedavide etkili oldukları gösterilmiştir (Baldwin ark. 2005).

Anksiyete tedavisi için ilk kez 1864 yılında sentezlenen barbitüratlar denenmiş ve 20. yüzyıl başlarından itibaren yaygın olarak kullanılmıştır. 20. yy yarısından itibaren ise benzodiazepinler kullanılmıştır. Benzodiazepinler baştan beri kullanılan ve günümüzde de etkili olan ve ABD’de de anksiyete tedavisinde birinci basamakta en çok reçete edilen ilaç grubu olmuştur (Beardsley ve ark. 1998). Diazepam tüm dünyada anksiyetenin tedavisinde en çok tercih edilen benzodiazepin grubu ilaç olmuştur.

Farmakolojik etkilerini Gama-Aminobutirik asit tip A reseptörünü etkileyerek gösterirler. GABA-A reseptörü uyarıldığı zaman nöronlara klor girişi olur ve hiperpolarizasyon oluşur. Ve böylece reseptörün uyarılabilirliği azalarak anksiyolitik etki ortaya çıkar. Aşırı uyarılma ve bedensel belirtilerin yoğun olduğu yaygın anksiyete bozukluğunda etkili sonuçlar alınmaktadır.

Benzodiazepinler etki sürelerine göre uzun, orta, kısa etkili olarak gruplara ayrılırlar. Benzodiazepinler anksiyolitik etkisinin yanında sedatif ve hipnotik etkiye de sahiptir. Sedatif etkilerine karşı tolerans gelişebilir. Suistimal ve bağımlılık riski taşıdığı için renkli reçete sistemiyle kontrollü şekilde kullanma sunulmaktadır. Akut anksiyete, jeneralize anksiyete, panik bozukluklar, fobiler, uyku bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, alkolü bırakma tedavisinde, epilepside, ilaç nedeniyle oluşan parkinsonizm ve diskinezi hallerinde kullanılır. (Javadpour ve ark. 2013).

Anksiyete tedavisinde kullanılan bir diğer ilaç grubu ise antidepresanlardır. 20 yıl öncesine kadar antidepresanların anksiyeteyi artırdığı düşüncesi yaygınken bu düşünce şu an kabul görmemektedir (Stahl, 1999)

Hidroksizinin anksiyolitik etkisi, benzodiazepinlerin etkisinden düşüktür. Antihistaminik, antikolinergik ve antiemetik etkileri de mevcuttur. Nöroleptik ilaçlar düşük dozda anksiyolitik etkiye sahiptir.

Anksiyolitik ilaçlar ATC kodları N05B ATC koduyla tanımlanmıştır. Bu kod altında etken maddeler şu şekilde sıralanmıştır:

N05BA Benzodiazepin türevleri

N05BB Difenilmetan türevleri

N05BC Karbamatlar

N05BD Dibenzo-bisiklo-oktadien türevleri

N05BE Azaspirodekanedion türevleri

N05BX Diğer Anksiyolitikler

2.5.1.2. Antipsikotik İlaçlar

Antipsikotik ilaçlar; nöroleptik, antişizofrenik, majör trankilizanlar olarak da adlandırılır. Psikotik düşünce bozukluğuna sebep olan tüm hastalıklarda kullanılabilir. Psikoz, en önemli belirtileri düşünce bozukluğu (sanrı, delüzyon) ve algı bozukluğu (varsanı, halüsinasyon) olan bir hastalık halidir. Antipsikotikler psikozların tedavisinde en çok tercih edilen ilaçlardır. Şizofreni, mani ya da deliryum benzeri psikozların tedavisinde endikedir. Fakat antipsikotik ilaçlar, şizofreniyi tam olarak iyileştiremeyip aynı zamanda hastadaki düşünce bozukluğunu ortadan kaldıramaz (Drapeau ve ark. 2007). Hastanın bulunduğu ortama uyum sağlamasını destekler.

Antipsikotik ilaçlar etki mekanizmalarına göre birinci kuşak ve ikinci kuşak olmak üzere 2 gruba ayrılırlar. Birinci kuşaktakiler dopamin reseptör antagonizmasıyla etki ederken ikinci kuşak antipsikotikler dopamin reseptörlerine ek olarak serotonin reseptör antagonizmasıyla etkilerini gösterirler. Bu ilaçlar aynı zamanda antikolinergik, antimuskarinik ve antihistaminik etkiye de sahiptirler (Meltzer ve Massey, 2011).

Uzun süren tedavi sonrası parkinson benzeri ekstrapiramidal yan etkiler oluşur. Dopamin reseptörlerinin engellenmesi yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olur.

Antipsikotik ilaçların temel kullanım alanları ise; şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, mental bozukluklar (demans, deliryum), bipolar bozuklukta görülen manik ve depresif atakların tedavisi, majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, kronik hıçkırık, bulantı ve kusma tedavisi, dirençli ağrı durumları ve Gilles de la Tourette sendromu olarak sıralanabilir.

Antipsikotik ilaçlar; akut distoni, parkinsonizm, akatizi, tardif diskinezi, malign nöroleptik sendrom, sedasyon, hiperprolaktinemi ve kilo artışı, diyabetes mellitus gibi metabolik yan etkilere sahiptir. Bu ilaçlar depresyonu olanlarda, ilaca karşı alerji gelişenlerde, ağır enfeksiyonlarda, kemik iliği depresyonu olanlarda, hipertansiyon ve ağır kalp yetmezliği olanlarda kontrendikedir (Schmutte ve ark. 2009).

Antipsikotik ilaçların ATC kodlaması ise, N05(Psikoleptikler) grubunda N05A olarak tanımlanmıştır. Bu kod altında alt gruplar ise şu şekilde tanımlanmıştır:

N05AA Alifatik yan zincirli fenotiyazinler

N05AB Piperazin yapılı fenotiyazinler

N05AC Piperidin yapılı fenotiyazinler

N05AD Butirofenon türevleri

N05AE İndol türevleri

N05AF Tiyoksantin türevleri

N05AG Difenilbütülpiperidin türevleri

N05AH Dizepinler, oksazepinler, tiyazepinler ve oksapinler

N05AK Tardif diskinezide kullanılan nöroleptikler

N05AL Benzamidler

N05AN Lityum

N05AX Diğer Antipsikotikler

2.5.1.3. Antidepresan İlaçlar

Günümüzde en çok reçite edilen ilaçlardan olan antidepresan grubu ilaçların keşfi 1958 yılına dayanmaktadır. O yıllarda imipramin şizofeni tedavisi için denenmiştir. Şizofreninin belirtilerinde etkin bir sonuç sağlamazken depresyon belirtilerini azaltmıştır. Bu sonuçlardan itibaren antidepresan ilaçların keşfi hızlanmıştır.

Antidepresanların etkisi ise monoamin teorisiyle açıklanmıştır. Norepinefrin, serotonin ve dopamin gibi monoaminlerin miktarlarının azalması depresyona neden olmaktadır. Dolayısıyla antidepresan ilaçlar; doğrudan veya dolaylı olarak beyinde, norepinefrin, dopamin ve serotonin düzeylerini artırarak etkisini gösterir. Antidepresanların etkisi ortalama 2 hafta sonra ortaya çıkar. Tedaviden yanıt almak için en az altı ay kullanılmalıdır. Antidepresanlar bağımlılık oluşturmazlar (Aksayan ve Gözüm, 1998).

Antidepresan ilaçlar farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Işık ve Uzbay (2009)' a göre 9 başlık altında toplanmıştır: Trisiklik antidepresanlar, tetrasiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), seçici serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI), serotonin ve noradrenalin gerilim inhibitörleri (SNRI), seçici noradrenerjik gerilim inhibitörleri, noradrenalin ve dopamin gerilim inhibitörleri, serotonerjik ilaçlar ve melatonin agonistleri olarak sıralanmıştır.

Antidepresif ilaçlar, depresyon tedavisinin yanı sıra bipolar bozukluğun depresif döneminde, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, agorafobi, obsesif kompulsif bozukluk, uyku bozukluğu gibi pek çok alanda tercih edilmektedir.

Tedavi sonlandığında ilaç bir anda kesilmemeli, doz kademeli olarak azaltılıp kesilmelidir. Trisiklik antidepresanların başlıca yan etkileri ise hipotansiyon, aritmi, baş dönmesi, sedasyon, bulanık görme, ağız kuruluğu ve idrar retansiyonu olarak sıralanmıştır (Günaydın, 2011). Bu gruptaki ilaçlar manik-depresif hastalarda, manik davranışları gizleyebilir, Yüksek dozda ölüme neden olabilir. İntihar eğilimi olan hastalar ise gözetim altında tutulmalıdır.

Antidepresanlar ATC tanımlama sisteminde N06A koduyla tanımlanmıştır. Bu gruptaki ilaçların ATC kodları ise şu şekildedir:

N06AA-Non-Selektif Mono Amin Re-Uptake İnhibitörleri

N06AB-Selektif Serotonin Re-Uptake İnhibitörleri

N06AF-Non Selektif Mono Amin Oksidaz İnhibitörleri

N06AG- Mono Amin Oksidaz Tip A İnhibitörleri

N06AX- Diğer Antidepresanlar

2.1.5.4. Antimanik İlaçlar

Antimanik ilaçlar bipolar bozukluğun tedavisinde tercih edilir. Bipolar bozukluk, tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de barındıran ataklarla seyreden kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur. Yaşam boyu prevalansı %1 olarak kabul edilmektedir. Erkek ve kadınlarda eşit oranlarda görülmektedir.

Bu bozuklukta kullanılan ilaçlar duygudurumunu dengeleyerek etkilerini göstermektedir.

Lityum, bipolar bozuklukta 50 yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Mani nöbetlerinde ve yinelemenin önlenmesinde etkilidir. Sedatif ve narkotik etkilere sahip değildir. Lityum alan hastalarda düzenli periyotlarla kan, idrar, EKG, troid fonksiyon testleri yapılması gereklidir (Houle ve ark. 2013).

Lityumun nöropsikiyatrik yan etkileri ise oldukça fazladır. Ataksi, tremor, konfüzyon, konvülsiyon, kronik intoksikasyon, troid bozukluğu, glukoz toleransı değişikliği,

polidipsi, poliüri, cilt kuruluğu, görme bulanıklığı, ödem, ortostatik hipotansiyon, ani taşikardi, uzun süre kullanıldığında tremor olarak sıralanabilir. (Günaydın, 2011 47).

Lityum ağır kalp hastalıkları, böbrek yetmezliği, sıvı elektrolit dengesizliği ve tiroid fonksiyon bozukluğu, gebelik ve emzirme durumlarında kontredikedir. Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAI) lityum seviyesini yükseltir. Bu sınıf ilaç alan hastalar izlenmelidir.

Son yıllarda bipolar bozuklukta diğer ilaçların ortaya çıkması, ciddi yan etkilerinin olması, hasta izleminin maliyeti gibi nedenlerden ötürü ilk sırada tercih edilmemektedir.

Maninin başka mani nöbetlerinin tetikleyicisi olduğu teorisi nedeniyle bipolar bozukluğun mani dönemlerinde antikonvulzan ilaçlar denenmiş ve etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Valproik asit ve karbamazepin, GABA'nın inhibitör etkisini artırarak ve voltaja duyarlı sodyum kanalları üzerinden etkilerini göstermektedir. Manilerin yinelenmesini önlemede idame tedavi olarak kullanılmaktadır. Depresyon dönemlerinde kullanılmaması tercih edilmemektedir.

Lamotrijin hem mani hem de depresyonun yinelenmesinin önlenmesinde duygudurum dengeleyici olarak kullanılmaktadır. Tolere edilme düzeyi diğer antikonvulzanlara göre yüksektir. Çok nadir de olsa Steve-Johnson Sendromu'na neden olma riski vardır. Bu nedenle tedaviye çok düşük dozlarda başlanmalı ve doz yavaş yavaş artırılmalıdır. Etkisini uyarıcı bir nörotransmitter olan glutamat salımını azaltarak göstermektedir.

Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan Lityum için ATC kodu antipsikotiklerin (N05) alt kategorisinde N05AN olarak tanımlanmıştır. Karbamazepin için ATC kodu antiepileptiklerin (N03) alt kategorisinde N03AF01 (Karboksamid türevleri) olarak tanımlanmıştır. Valproik asit için ATC kodu antiepileptiklerin (N03) alt kategorisinde N03AG01 (Yağlı asit türevleri) olarak tanımlanmıştır. Lamotrijin için ATC kodu antiepileptiklerin (N03) alt kategorisinde N3AX09 olarak tanımlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışmada 01.01.2013 - 31.12.2017 tarihleri arasında Türkiye’de birinci basamak hekimlerince Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından yönetilen Reçete Bilgi Sistemi’ne (RBS) elektronik ortamda kaydedilmiş olan ülke genelindeki tüm reçeteler retrospektif olarak incelenmiştir. Bu araştırmada ulaşılabilir verilerin tamamına yer verildiği için istatistiksel çıkarım yapılmamıştır. Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, yer bakımından; Türkiye’deki tüm iller ve bölgeler bazında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Türkiye’deki 81 ilde ilgili tanıları içeren 2013-2017 yıllarına ait 1.Basamak Sağlık Kuruluşları’na ait yalnızca N ile başlayan ATC kodlarını içeren reçete sayıları ve bu reçetelerdeki toplam kalem sayısı, toplam kutu sayısı ve toplam maliyet verileri oluşturmaktadır. Ayrıca tüm veriler hem il bazlı hem de sağlık istatistiklerinde kullanılan 12 bölgeye (Akdeniz Bölgesi, Batı Anadolu, Batı Karadeniz, Batı Marmara, Doğu Karadeniz, Doğu Marmara, Ege, Güneydoğu Anadolu, İstanbul Bölgesi, Kuzeydoğu Anadolu, Orta Anadolu ve Ortadoğu Anadolu) göre ayrıca değerlendirilmiştir.

Yaklaşık evrenin tamamına yer verildiği için örneklem yapılmasına gerek kalmamıştır.

Tablo 1. ICD10 Tanı kodu ve açıklaması.

ICD-10	AÇIKLAMA
TANI	
KODU	
F31	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU
F31.0	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, ŞİMDİKİ NÖBET HİPOMANİK
F31.1	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, PSİKOTİK BELİRTİSİZ ŞİMDİKİ NÖBET MANİK
F31.2	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, PSİKOTİK BELİRTİLİ ŞİMDİKİ NÖBET MANİK
F31.3	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, ŞİMDİKİ NÖBET HAFİF-ORTA ŞİDDETLİ DEPRESYON
F31.4	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, ŞİMDİKİ NÖBET PSİKOTİK BELİRTİSİZ AĞIR DEPRESYON
F31.5	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, ŞİMDİKİ NÖBET PSİKOTİK BELİRTİLİ AĞIR DEPRESYON
F31.6	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, ŞİMDİKİ NÖBET KARIŞIK
F31.7	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, REMİSYONDA
F31.8	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUKLARI, DİĞER
F31.9	BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU, TANIMLANMAMIŞ
F32	DEPRESYON
F32.8	DEPRESİF EPİZODLAR
F32.9	DEPRESİF NÖBET
F41	ANKSİYETE
F41.8	ANKSİYETE BOZUKLUĞU, DİĞER TANIMLANMIŞ
F41.9	ANKSİYETE BOZUKLUĞU, TANIMLANMAMIŞ
F92	DEPRESİF DAVRANIŞ BOZUKLUĞU

Tablo 1’den de görüldüğü üzere;

F31; Bipolar duygulanım bozukluğu,

F31.0; Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet hipomanik,

F31.1; Bipolar duygulanım bozukluğu, psikotik belirtisiz şimdiki nöbet manik,

F31.2; Bipolar duygulanım bozukluğu, psikotik belirtili şimdiki nöbet manik,

F31.3; Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet hafif-orta şiddetli depresyon,

F31.4; Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet psikotik belirtisiz ağır depresyon,

F31.5; Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır depresyon,

F31.6; Bipolar duygulanım bozukluğu, şimdiki nöbet karışık,

F31.7; Bipolar duygulanım bozukluğu, remisyonunda

F31.8 ;Bipolar duygulanım bozuklukları, diğer,

F31.9; Bipolar duygulanım bozukluğu, tanımlanmamış,

F32; Depresyon,

F32.8; Depresif epizodlar,

F32.9; Depresif nöbet,

F41; Anksiyete,

F41.8; Anksiyete bozukluğu, diğer tanımlanmış,

F41.9; Anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış

F92; Depresif davranış bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada nicel (sayısal) verilerin toplanması amacıyla, literatür ışığında ilgili kurum ve kuruluşlardan veriler talep edilerek temin edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışma verilerinin RBS’den alınabilmesi için başvuru T.C. Sağlık Bakanlığı TİTCK’den 09.07.2018 tarihinde izin alındı (Ek-1). Çalışma verilerini toplamaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu onayı başvurusu yapıldı ve 06.03.2019 tarihinde etik kurul onayı (Karar No: 2019/1509)

alındı (Ek-2). Çalışma Helsinki Bildirgesi'nde yer alan ilkelere uygun olarak gerçekleştirildi.

3.6. Verilerin Analizi

Veriler Microsoft Excel Programı ile derlenmiş olup çalışmadan elde edilen devamlı ve kategorik verilerin açıklayıcı bilgileri ile ilgili değişim yüzdeleri belirlenlenmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölüme ait veriler 5 bölümde incelenmiştir:

İlk bölümde, ilgili tanı ve etken maddeleri içeren aile hekimlerince yazılan toplam reçete sayıları ortaya çıkarılmıştır. İkinci bölümde Türkiye geneli verilerden 81 ile göre ortalama değerler hesaplanmıştır. Üçüncü bölümde ise 81 ile ait veriler sağlık istatistiklerinde kullanılan 12 bölge kategorisinde tablolar halinde sunulmuştur. Dördüncü bölümde ise 81 ile ait toplam reçete sayıları ve toplam maliyetlerdeki değişimler, nüfus değişim hızlarına göre sıralanmıştır. Beşinci bölümde ise ‘N’ harfiyle başlayan ATC kodlarına ait etken maddeleri içeren reçetelerde bulunan kalem sayılarına ait veriler sunulmuştur.

4.1. Toplam Reçete Sayıları

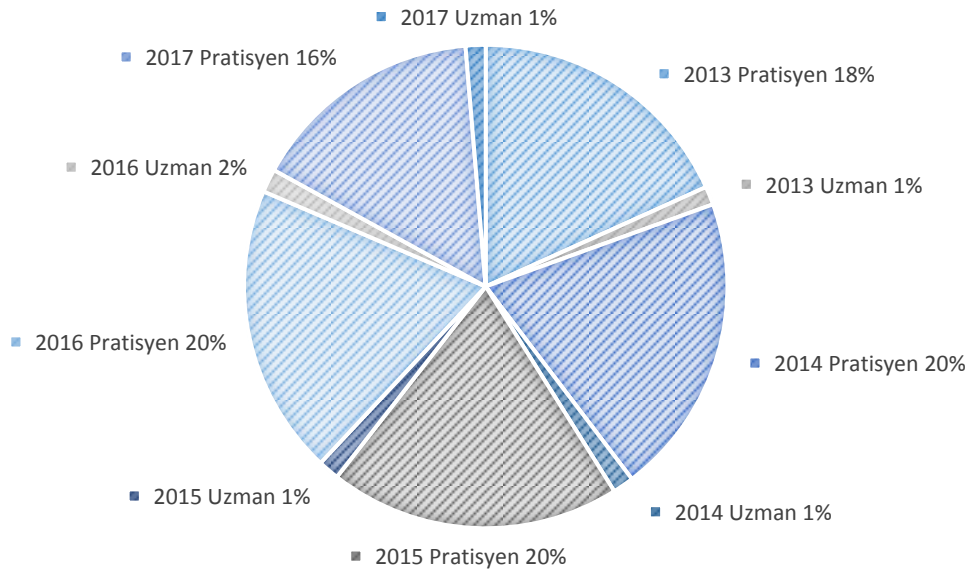
Tablo 2. İlgili tanıları içeren 1. Basamak sağlık kuruluşlarına ait toplam reçete sayıları.

YIL	UZMANLIK	REÇETE SAYISI	TOPLAM REÇETE SAYISI	YÜZDELİK DAĞILIMI
2013	Pratisyen	4.742.774	5.061.268	93.7
	Uzman	318.494		6.3
2014	Pratisyen	5.245.416	5.613.184	93.45
	Uzman	367.768		6.55
2015	Pratisyen	5.065.217	5.433.585	93.22
	Uzman	368.368		6.78
2016	Pratisyen	5.057.326	5.464.306	92.55
	Uzman	406.980		7.45
2017	Pratisyen	4.069.530	4.417.165	92.13
	Uzman	347.635		7.87

Tabloda yıllara göre değişen toplam reçete sayılarının pratisyen hekim bazında dağılımı (2013-2017) gösterilmiştir. 2013 yılında pratisyen hekimin yazdığı reçete sayısı 4.742.774, 2014 yılında 5.245.416, 2015 yılında 5.065.217 iken 2016 yılında 5.057.326, 2017 yılında 4.069.530'dur. Pratisyen hekim bazında değerlendirildiğinde en çok yazılan reçete sayısı ile 5.245.416 ile 2014 yılıdır. Bunu sırasıyla 2015 ve 2016 yılları takip etmektedir.

Yıllara göre değişen toplam reçete sayılarının Aile Hekim Uzmanı hekim bazında dağılımı (2013-2017) gösterilmiştir. 2013 yılında uzman hekimin yazdığı reçete sayısı 318.494, 2014 yılında 367.768, 2015 yılında 368.368 iken 2016 yılında 406.980, 2017 yılında 347.635'dir. Uzman hekim bazında değerlendirildiğinde en çok yazılan reçete sayısı 406.980 ile 2016 yılıdır. Bunu sırasıyla 2015 yılı, 2014 yılı takip etmektedir.

Toplam reçete sayılarındaki dağılıma baktığımız zaman 2013 yılında %93.7 pratisyen aile hekimi, %6.3 uzman aile hekimi, 2014 yılında %93.45 pratisyen aile hekimi, %6.55 uzman aile hekimi, 2015 yılında %93.22 pratisyen aile hekimi, %6.78 uzman aile hekimi, 2016 yılında %92.55 pratisyen aile hekimi, %7.45 uzman aile hekimi, 2017 yılında %92.13 pratisyen aile hekimi, %7.87 uzman aile hekimine ait reçeteler oluşturmaktadır.



Şekil 1. Aile hekimlerine ait toplam reçete sayıları dağılımı

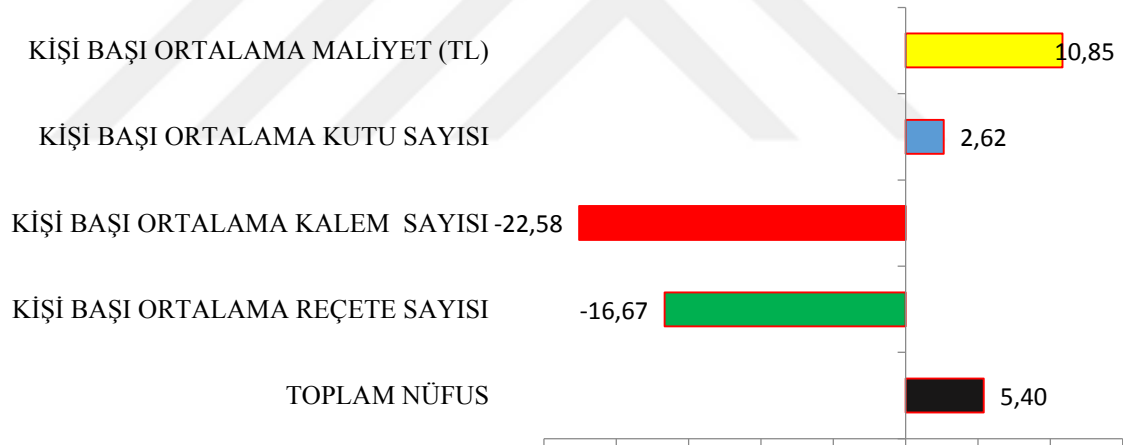
Yukarıdaki grafiğe baktığımızda ise, 2013-2017 yıllarındaki 5 yıllık toplam reçetelerin, %18'lik kısmı 2013 yılında pratisyen aile hekimlerince, %1'lik kısmı 2013 yılında aile hekimi uzmanlarınca, %20'lik kısım 2014 yılında pratisyen aile hekimlerince, %1'lik kısmı 2014 yılında uzman aile hekimlerince, %20'lik kısmı 2015 yılında pratisyen aile hekimlerince, %1'lik kısmı aile hekimi uzmanlarınca, %20'lik kısmı 2016 yılında pratisyen aile hekimlerince, %2'lik kısmı 2016 yılında aile hekimi uzmanlarınca ve %16'lık kısmı 2017 yılında pratisyen aile hekimlerince, %1'lik kısmı 2017 yılında aile hekimleri uzmanlarınca oluşturulmuştur.

4.2. 81 İle Göre Hesaplanan Ortalama Veriler

Eldeki veriler ışığında 2013-2017 yıllarına ait toplam veriler toplam nüfusa oranlanmış olup, kişi başına düşen reçete sayısı, ortalama kalem sayısı, ortalama kutu sayısı ve ortalama maliyet değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca 2013 yılı verileri 2017 yılına oranlanarak değişim yüzdesi ortaya çıkarılmıştır.

Tablo 3. Türkiye geneli 2013-2017 yıllarına ait kişi başına düşen veriler

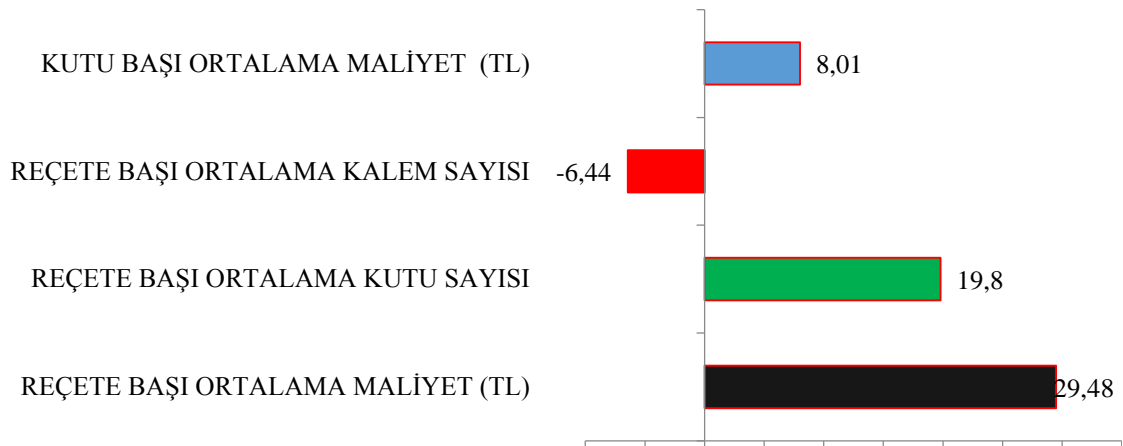
YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ
		BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	76.667.864	0.066	0.217	0.420	9.644
2014	77.695.904	0.072	0.234	0.498	11.750
2015	78.741.053	0.069	0.226	0.516	12.371
2016	79.814.871	0.068	0.224	0.535	13.017
2017	80.810.525	0.055	0.168	0.431	10.690
DEĞİŞİM (%)	5.40	-16.67	-22.58	2.62	10.85

**Şekil 2.** Türkiye geneli 2013-2017 yıllarına ait kişi başına düşen verilerin dağılım grafiği

Tablo 4. Türkiye geneli ortalama değerlerin 2013-2017 yıllarına göre değişimleri

YILLAR	REÇETE BAŞI ORTALAMA MALİYET (TL)	REÇETE BAŞI ORTALAMA KUTU SAYISI	REÇETE BAŞI ORTALAMA KALEM SAYISI	KUTU BAŞI ORTALAMA MALİYET (TL)
2013	144.26	6.07	3.29	22.96
2014	158.90	6.50	3.24	23.59
2015	174.53	7.03	3.28	23.95
2016	186.67	7.37	3.27	24.35
2017	186.78	7.27	3.08	24.80
DEĞİŞİM (%)	29.48	19.80	-6.44	8.01

Yukarıdaki tabloda ise, yıllara göre reçete başı ortalama maliyet, reçetede bulunan ortalama kalem miktarı ve kutu başı ortalama maliyete ait verilerin dağılımı ve değişim yüzdeleri sunulmaktadır.

**Şekil 2.** Türkiye geneli ortalama değerlere ait değişim grafiği

Yukarıdaki grafikte ise, 2013-2017 yılları arasında kutu başı ortalama maliyetin %8.01 arttığı, reçete başı ortalama kalem miktarının ise %6.44 azaldığı, buna karşılık reçete

başı ortalama kutu miktarının %19.80 arttığı, reçete başı ortalama maliyetin ise %29.48 arttığı görülmektedir.

4.3. Verilerin Bölgelere Göre Değerlendirilmesi

Bu çalışmada veriler 12 bölgeye göre veriler analiz edilmiştir. 2013-2017 yılları arasında illere ait veriler (nüfus, reçete sayısı, reçetedeki kalem sayısı, reçetedeki toplam kutu sayısı ve toplam reçete maliyeti) tablolar halinde sunulmuştur.

Ayrıca herbir yıla ait verilerin ortalama değerleri hesaplanmış olup 2013 yılı verilerinin 2017 yılı verilerine göre değişimleri yüzde (%) olarak hesaplanıp, grafiğe dökülmüştür.

1-Akdeniz Bölgesi

Akdeniz Bölgesi Adana, Antalya, Burdur, Hatay, Isparta, Kahramanmaraş, Mersin ve Osmaniye illerinden oluşmaktadır.

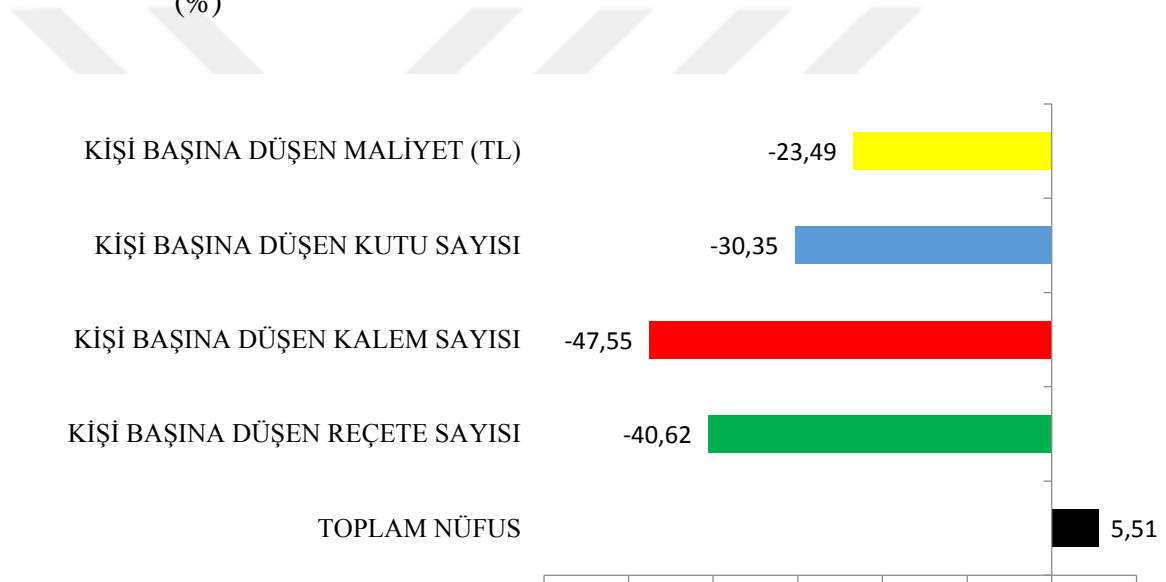
Tablo 5. Akdeniz Bölgesi verileri

YIL	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	ADANA	2.149.260	283259	1027543	1883740	38.251.123
	ANTALYA	2.158.265	139302	473857	908901	22.355.722
	BURDUR	257.267	26.158	90.201	162.059	3.689.118
	HATAY	1.503.066	108.357	387.089	688.675	14.599.575
	ISPARTA	417.774	46.512	151.309	301.732	7.238.713
	KAHRAMANMARAŞ	1.075.706	46.512	151.309	301,732	7.238.713
	MERSİN	1.705.774	174.012	625.207	1.219.484	27.443.171
	OSMANİYE	498.981	54.533	185.694	376.538	8.385.926
2014	ADANA	2.165.595	267.809	977.173	1.966.996	41.427.370
	ANTALYA	2.222.562	140.408	479.224	100.3166	25.309.062
	BURDUR	256.898	26.327	90.474	179.610	4.167.759
	HATAY	1.519.836	100.542	364.619	709.304	15.564.233
	ISPARTA	418.780	42.432	138.614	306.859	7.422.883
	KAHRAMANMARAŞ	1.089.038	42.432	138.614	306.859	7.422.883
	MERSİN	1.727.255	170.960	618.566	1.307.245	29.814.772
	OSMANİYE	506.807	46.839	161.350	351.258	7.991.820
2015	ADANA	2.183.167	264.952	983.054	2.126.224	45.479.461
	ANTALYA	2.288.456	134.154	461.032	1.039.278	26.526.880
	BURDUR	258.339	25.665	89.762	196.656	4.686.866
	HATAY	1.533.507	94.259	348.385	724.484	16.675.175

	ISPARTA	421.766	39.901	130.194	308.790	7.556.706
	KAHRAMANMARAŞ	1.096.610	39.901	130.194	308.790	7.556.706
	MERSİN	1.745.221	172.458	629.781	1.430.931	33.788.308
	OSMANİYE	512.873	34.071	117.472	269.461	6.332.492
	ADANA	2.201.670	263.747	980.208	2.183.823	47.488.094
	ANTALYA	2.328.555	131.185	451.438	1.068.769	27.607.567
	BURDUR	261.401	23.864	82.297	195.501	4.793.442
2016	HATAY	1.555.165	95.445	349.621	750.372	17.570.690
	ISPARTA	427.324	37.772	123.237	302.914	7.547.663
	KAHRAMANMARAŞ	1.112.634	37.772	123.237	302.914	7.547.663
	MERSİN	1.773.852	173.316	632.031	1.491.272	35.888.161
	OSMANİYE	522.175	38.288	133.033	314.789	7.493.224
	ADANA	2.216.475	123.008	362.187	848.429	19.318.914
	ANTALYA	2.364.396	122.132	419.166	1.065.174	27.128.370
	BURDUR	264.779	23.058	77.944	202.120	4.807.648
2017	HATAY	1.575.226	67.133	208.626	475.696	11.380.204
	ISPARTA	433.830	37.730	116.696	298.287	7.287.599
	KAHRAMANMARAŞ	1.127.623	37.730	91.141	298.287	7.287.599
	MERSİN	1.793.931	84.435	247.847	628.664	15.507.998
	OSMANİYE	527.724	55.277	187.471	476.934	11.583.177

Tablo 6. Akdeniz Bölgesi ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	9.766.093	0.09	0.32	0.60	13.23
2014	9.906.771	0.08	0.30	0.62	14.04
2015	10.039.939	0.08	0.29	0.64	14.80
2016	10.182.776	0.08	0.28	0.65	15.31
2017	10.303.984	0.05	0.17	0.42	10.12
DEĞİŞİM (%)	5.51	-40.62	-47.55	-30.35	-23.49

**Şekil 3.** Akdeniz Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait ortalama değerler değişim grafiği

Akdeniz Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre ortalama nüfusun %5.51 arttığı, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %40.62, kişi başına düşen kalem sayısının %47.55, kişi başına düşen kutu sayısının %30.35, kişi başına düşen maliyetin ise %23.49 azaldığı görülmektedir.

2-Batı Karadeniz Bölgesi

Batı Karadeniz Bölgesi; Amasya, Bartın, Çankırı, Çorum, Karabük, Kastamonu, Samsun, Sinop, Tokat ve Zonguldak illerinden oluşmaktadır.

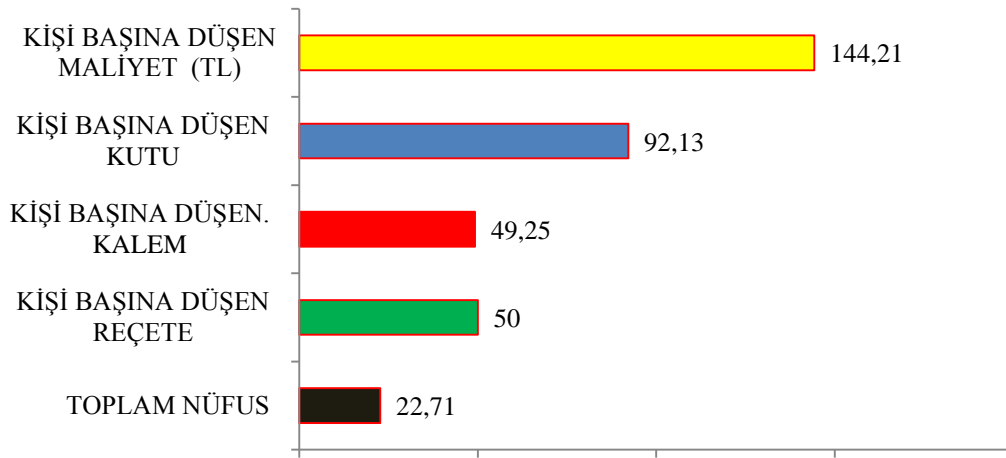
Tablo 7. Batı Karadeniz Bölgesi verileri

YIL	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	BARTIN	189.139	24.522	74.205	136.307	2.736.346
	ÇANKIRI	190.909	10.869	34.619	78.961	1.907.160
	ÇORUM	532.080	30.229	90.502	193.700	5.211.407
	KARABÜK	230.251	22.909	75.566	167.470	4.164.823
	KASTAMONU	368.093	17.744	59.677	126.041	2.963.103
	SAMSUN	1.261.810	26.314	73.227	154.745	3.852.169
	SİNOP	204.568	21.639	67.407	142.586	3.443.746
	TOKAT	598.708	19.358	63.371	150.080	3.752.473
ZONGULDAK	601.567	63.773	200.081	385.551	8.817.059	
2014	AMASYA	321.913	37.077	113.584	252.499	6.046.949
	BARTIN	189.405	24.995	75.027	158.542	3.402.444
	ÇANKIRI	183.550	11.314	36.833	98.898	2.404.024
	ÇORUM	527.220	31.391	92.477	214.768	5.853.945
	KARABÜK	231.333	22.961	75.030	178.984	4.515.609
	KASTAMONU	368.907	26.449	83.759	196.458	4.741.684
	SAMSUN	1.269.989	96.961	256.387	586.454	14.808.661
	SİNOP	204.526	22.063	69.550	161.816	3.949.352
TOKAT	597.920	35.696	99.033	237.095	6.096.979	
ZONGULDAK	598.796	59.221	188.501	397.109	9.276.363	
2015	AMASYA	322.167	36.913	113.565	271.018	6.569.672
	BARTIN	190.708	24.459	74.258	173.695	3.849.471
	ÇANKIRI	180.945	10.464	34.352	98.057	2.460.440
	ÇORUM	525.180	30.580	91.547	225.882	6.071.788
	KARABÜK	236.978	21.750	71.157	174.827	4.397.832
	KASTAMONU	372.633	24.153	77.025	189.909	4.683.293
	SAMSUN	1.279.884	88.673	232.113	564.741	14.414.684

2016	SİNOP	204.133	22.106	70.045	178.845	4.551.472
	TOKAT	593.990	33.138	94.185	240.662	6.256.680
	ZONGULDAK	595.907	56.425	183.739	423.412	10.205.209
	AMASYA	326.351	36.827	115.092	287.730	7.164.056
	BARTIN	192.389	22.533	69.379	174.027	3.936.658
	ÇANKIRI	183.880	10.854	36.154	104.785	2.672.351
	ÇORUM	527.863	30.883	91.862	232.640	6.332.444
	KARABÜK	242.347	22.997	74.970	190.171	4.893.120
	KASTAMONU	376.945	23.495	74.273	190.697	4.812.767
	SAMSUN	1.295.927	115.880	297.530	760.266	19.474.248
	SİNOP	205.478	22.682	72.879	198.742	5.154.566
	TOKAT	602.662	30.491	82.417	219.136	5.756.612
	ZONGULDAK	597.524	55.796	181.196	441.669	10.582.561
	2017	AMASYA	329.888	33.491	99.544	259.073
BARTIN		193.577	21.611	64.718	172.617	3.958.002
ÇANKIRI		186.074	7.106	20.064	61.032	1.548.792
ÇORUM		528.422	26.921	72.667	196.029	5.318.217
KARABÜK		244.453	16.129	45.928	127.650	3.311.260
KASTAMONU		372.373	20.381	63.646	172.071	4.398.039
SAMSUN		1.312.990	212.613	698.573	1.875.286	46.622.575
SİNOP		207.427	12.077	32.815	94.973	2.527.335
TOKAT		602.086	41.837	123.871	354.032	9.231.155
ZONGULDAK		596.892	37.498	108.489	289.625	7.238.352

Tablo 8. Batı Karadeniz Bölgesi ortalama verileri

YIL	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN REÇETE	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KALEM	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KUTU	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	4.499.100	0.064	0.199	0.419	10.226
2014	5.426.700	0.078	0.228	0.519	12.963
2015	5.441.010	0.073	0.215	0.525	13.280
2016	5.498.210	0.079	0.227	0.580	14.812
2017	5.520.920	0.096	0.297	0.805	20.350
DEĞİŞİM (%)	22.71	50.00	49.25	92.13	144.21

**Şekil 4.** Batı Karadeniz Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Batı Karadeniz Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %22.71, kişi başına düşen reçete sayısının %50.00, kişi başına düşen kalem sayısının %49.25, kişi başına düşen kutu sayısının %92.13, kişi başına düşen maliyetin ise %144.21 arttığı görülmektedir.

3-Batı Anadolu Bölgesi

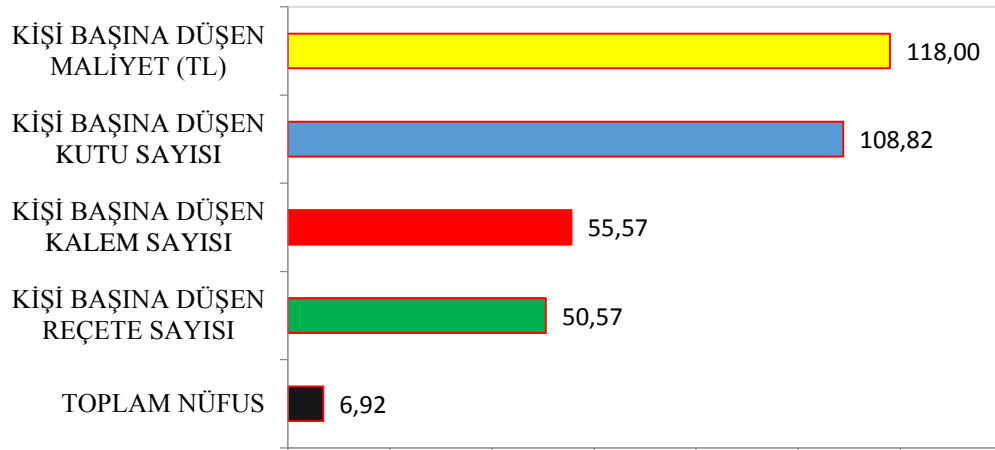
Batı Anadolu Bölgesi; Ankara, Karaman ve Konya illerinden oluşmaktadır.

Tablo 9. Batı Anadolu Bölgesi verileri

YIL	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	ANKARA	5.045.083	146.124	467.559	982.946	23.954.337
	KARAMAN	237.939	16.598	56.404	110.661	2.697.690
	KONYA	2.079.225	129.807	431.384	742.600	16.780.534
2014	ANKARA	5.150.072	254.243	751.585	1.717.465	42.577.633
	KARAMAN	240.362	16.563	56.925	122.448	3.034.912
	KONYA	2.108.808	128.187	425.507	789.850	18.074.536
2015	ANKARA	5.270.575	234.541	705.768	1.723.619	43.545.362
	KARAMAN	242.196	16.688	57.504	132.114	3.336.136
	KONYA	2.130.544	128.770	433.113	870.828	20.456.457
2016	ANKARA	5.346.518	250.828	751.198	1.910.171	48.907.632
	KARAMAN	245.610	14.762	50.255	118.659	3.042.990
	KONYA	2.161.303	127.745	424.558	906.843	21.624.612
2017	ANKARA	5.445.026	322.246	1.104.345	2.995.584	74.489.308
	KARAMAN	246.672	14.774	48.918	126.507	3.368.474
	KONYA	2.180.149	133.921	435.805	977.746	23.380.918

Tablo 10. Batı Anadolu Bölgesi ortalama verileri

YIL	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN REÇETE	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KALEM	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KUTU	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	7.362.247	0,064	0,199	0,419	10,226
2014	7.499.242	0,078	0,228	0,519	12,963
2015	7.643.315	0,073	0,215	0,525	13,28
2016	7.753.431	0,079	0,227	0,58	14,812
2017	7.871.847	0,096	0,297	0,805	20,35
DEĞİŞİM (%)	6.92	50.57	55.57	108.82	118.00



Şekil 5. Batı Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Batı Anadolu Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %6.92, kişi başına düşen reçete sayısının %50.57, kişi başına düşen kalem sayısının %55.57, kişi başına düşen kutu sayısını %108.82, ortalama maliyetin ise %118.00 arttığı görülmektedir.

4-Batı Marmara Bölgesi

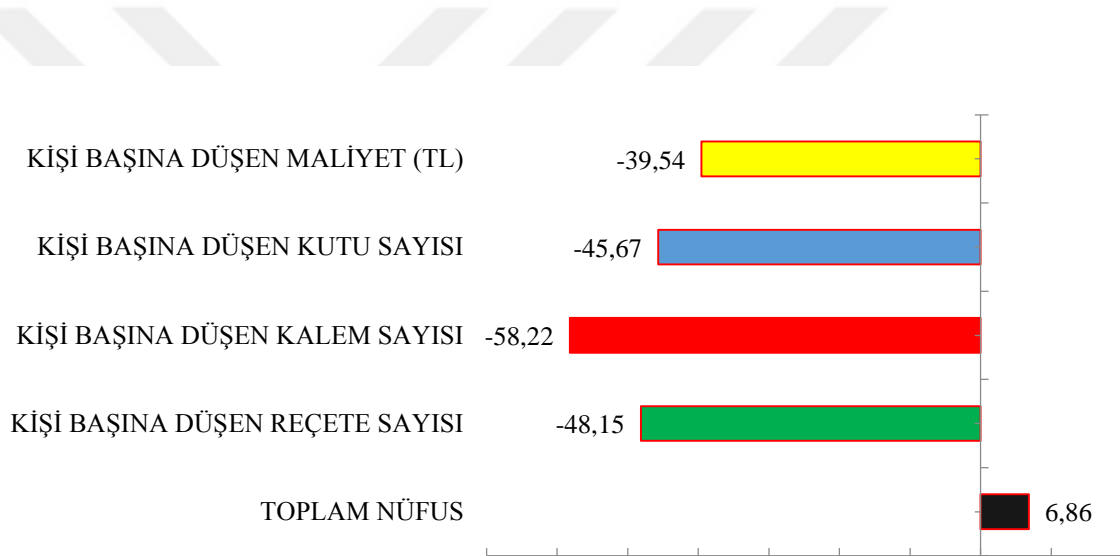
Batı Marmara Bölgesi; Balıkesir, Çanakkale, Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerinden oluşmaktadır.

Tablo 11. Batı Marmara Bölgesi verileri

YIL	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	BALIKESİR	1.162.761	167.382	566.648	1.072.661	23.048.484
	ÇANAKKALE	502.328	75.206	231.606	426.674	9.539.219
	EDİRNE	398.582	60.064	184.237	357.242	8.160.915
	KIRKLARELİ	340.559	42.826	131.581	226.025	4.812.469
	TEKİRDAĞ	874.475	112.271	354.792	666.243	14.912.917
2014	BALIKESİR	1.189.057	168.515	568.329	1.165.335	25.307.488
	ÇANAKKALE	511.790	73.460	224.373	449.894	10.271.580
	EDİRNE	400.280	61.305	188.053	390.760	8.969.073
	KIRKLARELİ	343.723	39.791	121.305	231.333	5.153.288
	TEKİRDAĞ	906.732	116.838	364.917	747.331	17.226.884
2015	BALIKESİR	1.186.688	161.844	548.788	1.203.445	26.675.044
	ÇANAKKALE	513.341	71.316	220.884	478.308	11.162.517
	EDİRNE	402.537	60.148	185.656	415.029	9.721.851
	KIRKLARELİ	346.973	41.396	126.261	260.954	5.910.480
	TEKİRDAĞ	937.910	116.168	362.974	797.529	18.629.334
2016	BALIKESİR	1.196.176	167.705	570.770	1.318.883	30.295.906
	ÇANAKKALE	519.793	72.286	224.216	522.097	12.549.896
	EDİRNE	401.701	58.196	180.649	432.199	10.340.272
	KIRKLARELİ	351.684	42.340	128.001	274.963	6.347.291
	TEKİRDAĞ	972.875	112.749	350.639	817.641	19.145.130
2017	BALIKESİR	1.204.824	75.003	201.535	485.628	11.844.053
	ÇANAKKALE	530.417	42.672	111.959	276.067	6.837.600
	EDİRNE	406.855	27.789	65.837	168.856	4.435.817
	KIRKLARELİ	356.050	19.880	42.875	97.062	2.470.940
	TEKİRDAĞ	1.005.463	88.277	233.656	568.240	13.481.192

Tablo 12. Batı Marmara Bölgesi ortalama verileri

YIL	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	3.278.705	0.14	0.45	0.84	18.44
2014	3.351.582	0.14	0.44	0.89	19.97
2015	3.387.449	0.13	0.43	0.93	21.28
2016	3.442.229	0.13	0.42	0.98	22.86
2017	3.503.609	0.07	0.19	0.46	11.15
DEĞİŞİM (%)	6.86	-48.15	-58.22	-45.67	-39.54

**Şekil 6.** Batı Marmara Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Batı Marmara Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %6.86 arttığını, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %48.15, ortalama kalem sayısının %58.22, ortalama kutu sayısını %45.67, ortalama maliyetin ise %39.54 azaldığı görülmektedir.

5-Doğu Karadeniz Bölgesi

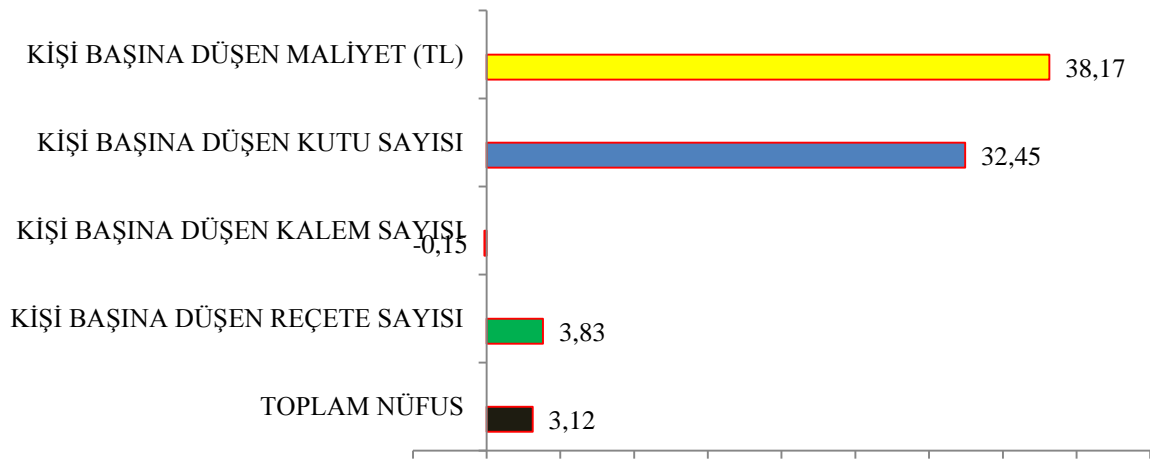
Doğu Karadeniz Bölgesi; Artvin, Giresun, Gümüşhane, Ordu, Rize ve Trabzon illerinden oluşmaktadır.

Tablo 13. Doğu Karadeniz Bölgesi verileri

YIL	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	ARTVİN	169.334	7.649	20.950	47.563	1.150.833
	GİRESUN	425.007	39.329	129.136	263.703	6.333.500
	GÜMÜŞHANE	141.412	6.747	20.064	38.726	912.944
	ORDU	731.452	16.177	51.590	104.913	2.573.363
	RİZE	328.205	51.260	154.445	310.267	7.925.652
	TRABZON	758.237	168.585	529.391	1.095.419	25.605.800
	GİRESUN	429.984	51.828	164.576	362.351	8.903.116
	GÜMÜŞHANE	146.353	8.883	24.690	51.995	1.249.750
	ORDU	724.268	41.960	119.149	260.264	6.541.966
	RİZE	329.779	50.746	149.967	330.644	8.584.747
	TRABZON	766.782	165.460	516.722	1.185.111	27.679.368
	2015	ARTVİN	168.370	10.085	26.365	71.461
GİRESUN		426.686	47.165	153.262	368.679	9.123.950
GÜMÜŞHANE		151.449	9.234	24.805	56.427	1.386.744
ORDU		728.949	41.696	120.636	282.610	7.252.592
RİZE		328.979	52.429	154.996	370.492	9.636.224
TRABZON		768.417	164.858	521.362	1.291.631	30.856.262
2016	ARTVİN	168.068	11.421	29.063	83.170	2.221.741
	GİRESUN	444.467	50.512	167.177	422.989	10.607.074
	GÜMÜŞHANE	172.034	8.874	23.989	58.698	1.473.735
	ORDU	750.588	48.778	140.368	350.929	9.123.663
	RİZE	331.048	50.871	151.608	378.625	9.909.330
	TRABZON	779.379	161.460	504.994	1.300.708	31.517.215
2017	ARTVİN	166.143	12.766	34.038	102.195	2.695.835
	GİRESUN	437.393	35.932	108.199	285.700	7.270.407
	GÜMÜŞHANE	170.173	10.993	31.206	80.695	1.975.357
	ORDU	742.341	68.885	234.601	639.516	16.003.132
	RİZE	331.041	38.032	99.242	270.601	7.256.391
	TRABZON	786.326	143.635	425.213	1.162.688	28.206.004

Tablo 14. Doğu Karadeniz Bölgesi ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ
		BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	2.553.647	0.11	0.35	0.73	17.43
2014	2.566.840	0.13	0.39	0.88	21.30
2015	2.572.850	0.13	0.39	0.95	23.37
2016	2.645.584	0.13	0.38	0.98	24.51
2017	2.633.417	0.12	0.35	0.97	24.08
DEĞİŞİM (%)	3.12	3.83	-0.15	32.45	38.17

**Şekil 7.** Doğu Karadeniz Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Doğu Karadeniz Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %3.12, kişi başına düşen reçete sayısının %3.83, kişi başına düşen kutu sayısının %32.45, kişi başına düşen maliyetin ise %38.17 arttığı, buna karşılık kişi başına düşen kalem sayısının %0.15 azaldığı görülmektedir.

6-Doğu Marmara Bölgesi

Doğu Marmara Bölgesi; Bilecik, Bolu, Bursa, Düzce, Eskişehir, Kocaeli, Sakarya ve Yalova illerinden oluşmaktadır.

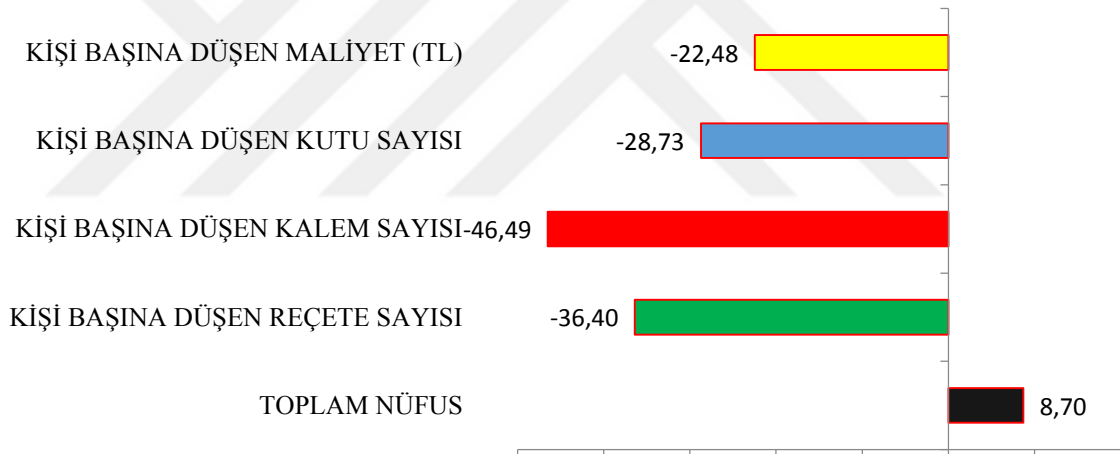
Tablo 15. Doğu Marmara Bölgesi verileri

YILLAR	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	BİLECİK	208.888	23.335	73.848	139.909	3.258.548
	BOLU	283.496	23.519	70.742	138.704	3.043.787
	BURSA	2.740.970	252.727	795.508	1.608.342	35.862.618
	DÜZCE	351.509	28.870	90.869	183.609	4.264.596
	ESKİŞEHİR	799.724	81.413	276.721	513.819	11.895.162
	KOCAELİ	1.676.202	101.418	309.102	582.086	14.810.272
	SAKARYA	917.373	58.363	188.680	360.046	8.302.480
	YALOVA	220.122	29.109	96.884	198.901	4.635.952
2014	BİLECİK	209.925	25.298	79.697	173.522	4.099.972
	BOLU	284.789	24.145	73.590	155.737	3.510.641
	BURSA	2.787.539	256.568	817.560	1.799.235	40.574.129
	DÜZCE	355.549	26.239	82.429	184.288	4.461.905
	ESKİŞEHİR	812.320	105.254	345.832	721.161	17.388.259
	KOCAELİ	1.722.795	107.202	322.681	668.940	17.215.111
	SAKARYA	932.706	83.641	252.837	514.739	12.352.621
	YALOVA	226.514	28.187	94.921	217.837	5.080.129
2015	BİLECİK	212.361	25.315	80.187	189.099	4.543.356
	BOLU	291.095	23.635	72.463	165.684	3.867.795
	BURSA	2.842.547	248.562	805.194	1.899.945	43.529.270

	DÜZCE	360.388	25.261	80.599	194.877	4.709.484
	ESKİŞEHİR	826.716	96.016	318.072	712.977	17.222.736
	KOCAELİ	1.780.055	105.016	318.701	698.653	18.068.779
	SAKARYA	953.181	80.508	247.355	538.697	13.228.446
	YALOVA	233.309	27.210	92.592	229.209	5.542.001
	BİLECİK	218.297	25.873	83.215	205.249	4.966.130
	BOLU	299.896	24.624	76.602	185.147	4.416.908
2016	BURSA	2.901.396	254.346	829.303	2.034.049	47.197.572
	DÜZCE	370.371	25.715	82.482	205.031	4.973.163
	ESKİŞEHİR	844.842	92.830	304.393	725.458	17.576.744
	KOCAELİ	1.830.772	109.904	329.176	762.035	20.138.426
	SAKARYA	976.948	79.573	243.360	563.732	14.108.250
	YALOVA	241.665	26.293	90.532	229.726	5.610.708
	BİLECİK	221.693	11.683	28.794	74.316	1.937.335
	BOLU	303.184	15.645	41.651	110.467	2.734.448
	BURSA	2.936.803	104.484	243.651	631.354	15.737.184
2017	DÜZCE	377.610	18.803	50.536	134.847	3.307.521
	ESKİŞEHİR	860.620	93.688	313.376	795.571	19.479.445
	KOCAELİ	1.883.270	72.374	177.642	439.767	12.098.501
	SAKARYA	990.214	68.004	182.536	442.171	11.012.903
	YALOVA	251.203	29.249	68.342	257.733	6.222.845

Tablo 16. Doğu Marmara Bölgesi ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	7.198.284	0.08	0.26	0.52	11.96
2014	7.332.137	0.09	0.28	0.60	14.28
2015	7.499.652	0.08	0.27	0.62	14.76
2016	7.684.187	0.08	0.27	0.64	15.48
2017	7.824.597	0.05	0.14	0.37	9.27
DEĞİŞİM (%)	8.70	-36.40	-46.49	-28.73	-22.48

**Şekil 8.** Doğu Marmara Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Doğu Marmara Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %8.70 arttığını, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %36.40, kişi başına düşen kalem sayısının %46.49, kişi başına düşen kutu sayısını %28.73, kişi başına düşen maliyetin ise %22.48 azaldığı görülmektedir.

7-Ege Bölgesi

Ege Bölgesi; Afyon, Aydın, Denizli, İzmir, Kütahya, Manisa, Muğla ve Uşak illerinden oluşmaktadır.

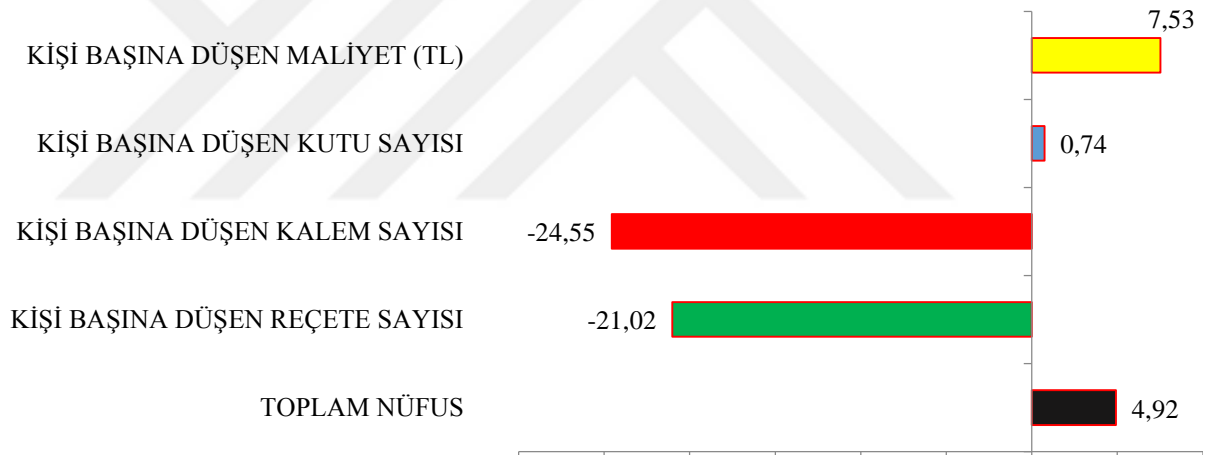
Tablo 17. Ege Bölgesi verileri

YILLAR	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	AFYON	707.123	54.973	192.243	352.369	7.845.808
	AYDIN	1.020.957	123.872	395.832	718.210	15.507.899
	DENİZLİ	963.464	130.142	434.281	857.145	19.965.691
	İZMİR	4.061.074	317.447	1.057.439	2.038.641	46.076.662
	KÜTAHYA	572.059	59.486	192.372	348.433	7.804.244
	MANİSA	1.359.463	124.332	388.962	689.573	15.112.762
	MUĞLA	866.665	109.135	373.786	702.146	15.384.580
	UŞAK	346.508	24.776	86.331	157.662	3.598.903
	ORTALAMA	1.237.164	118.020	390.156	733.022	16.412.069
2014	AFYON	706.371	54.594	189.783	375.009	8.423.308
	AYDIN	1.041.979	116.706	377.184	757.768	16.934.333
	DENİZLİ	978.700	129.012	429.786	914.939	21.511.154
	İZMİR	4.113.072	389.166	1.278.349	2.685.518	61.781.029
	KÜTAHYA	571.554	62.527	200.354	398.847	9.052.022
	MANİSA	1.367.905	113.602	357.012	703.822	16.104.648
	MUĞLA	894.509	113.901	386.234	778.713	17.657.712
	UŞAK	349.459	27.068	95.209	183.112	4.110.936
	ORTALAMA	1.252.944	125.822	414.239	849.716	8.423.308
2015	AFYON	709.015	52.405	181.950	388.045	8.885.949
	AYDIN	1.053.506	124.243	401.349	873.436	19.539.772
	DENİZLİ	993.442	129.227	426.974	964.638	23.108.831

	İZMİR	4.168.415	392.532	1.325.666	2.986.672	69.999.354
	KÜTAHYA	571.463	67.193	212.897	449.495	10.031.197
	MANİSA	1.380.366	137.067	431.210	910.235	20.409.506
	MUĞLA	908.877	109.649	376.762	824.268	19.193.581
	UŞAK	353.048	26.414	92.893	187.348	4.168.639
	AFYON	714.523	54.021	185.873	421.449	9.770.847
	AYDIN	1.068.260	112.465	359.996	826.498	18.649.854
	DENİZLİ	1.005.687	132.957	429.308	1.011.844	25.250.560
	İZMİR	4.223.545	377.823	1.274.514	3.001.617	71.541.321
2016	KÜTAHYA	573.642	66.847	209.184	460.869	10.566.520
	MANİSA	1.396.945	126.571	385.380	854.939	19.208.357
	MUĞLA	923.773	109.141	368.970	845.143	19.937.399
	UŞAK	358.736	27.782	97.193	204.811	4.555.017
	AFYON	715.693	28.926	80.905	196.852	4.863.448
	AYDIN	1.080.839	82.669	251.801	629.387	14.380.493
	DENİZLİ	1.018.735	66.581	166.881	421.974	10.995.261
	İZMİR	4.279.677	370.198	1.259.611	3.237.501	77.162.822
	KÜTAHYA	572.256	36.619	88.988	208.902	5.078.476
2017	MANİSA	1.413.041	89.162	281.910	693.740	16.490.460
	MUĞLA	938.751	94.667	304.568	730.937	17.289.336
	UŞAK	364.971	13.568	36.050	78.625	1.862.378

Tablo 18. Ege Bölgesi Ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
		BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	
2013	9.897.313	0.10	0.32	0.59	13.27
2014	10.023.549	0.10	0.33	0.68	15.52
2015	10.138.132	0.10	0.34	0.75	17.29
2016	10.265.111	0.10	0.32	0.74	17.48
2017	10.383.963	0.08	0.24	0.60	14.26
DEĞİŞİM (%)	4.92	-21.02	-24.55	0.74	7.53

**Şekil 9.** Ege Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Ege Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %4.92 arttığı, kişi başına düşen reçete sayısının %21.02 ve kişi başına düşen kalem sayısının %24.55 azaldığı, buna karşılık kişi başına düşen kutu sayısını %0.74 ve kişi başına düşen maliyetin ise %7.53 arttığı görülmektedir.

8-Güneydoğu Anadolu Bölgesi

Güneydoğu Anadolu Bölgesi; Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Mardin, Siirt, Şanlıurfa ve Şırnak illerinden oluşmaktadır.

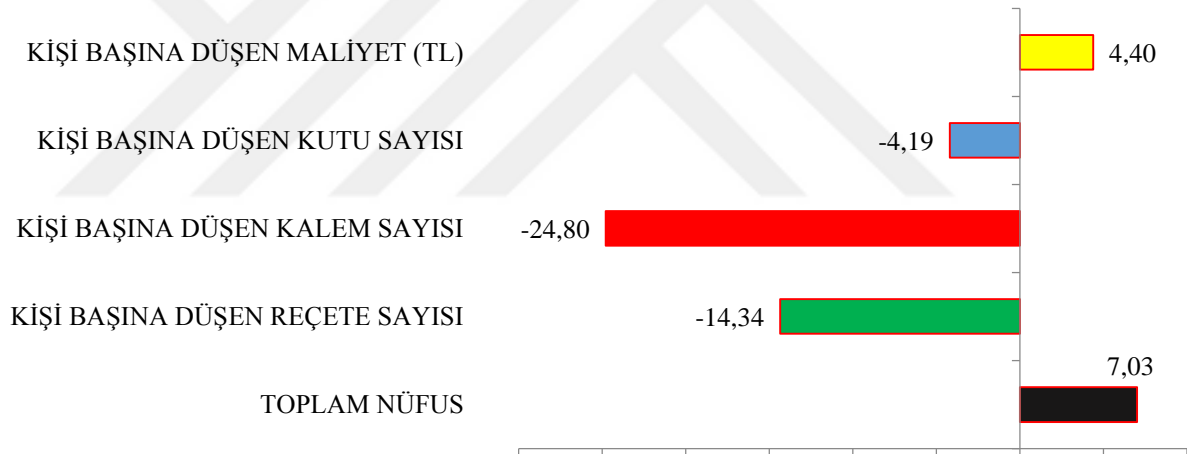
Tablo 19. Güneydoğu Anadolu Bölgesi verileri

YILLAR	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	ADİYAMAN	597.184	17.037	52.221	103.314	2.479.477
	BATMAN	547.581	6.749	20.420	41.630	1.329.473
	DİYARBAKIR	1.607.437	39.421	130.646	230.775	5.441.821
	GAZİANTEP	1.844.438	75.513	263.413	474.999	10.817.348
	KİLİS	128.586	9.594	34.179	61.881	1.423.514
	MARDİN	779.738	8.810	32.005	60.240	1.342.381
	SİİRT	314.153	1.565	5.732	11.180	262.377
	ŞANLIURFA	1.801.980	36.839	125.959	224.513	4.935.813
2014	ŞİRNAK	475.255	2.618	8.052	14.724	364.735
	ADİYAMAN	597.184	17.037	52.221	103.314	3.619.538
	BATMAN	547.581	6.749	20.420	41.630	1.057.603
	DİYARBAKIR	1.607.437	39.421	130.646	230.775	5.911.102
	GAZİANTEP	1.844.438	75.513	263.413	474.999	13.251.286
	KİLİS	128.586	9.594	34.179	61.881	1.426.879
	MARDİN	779.738	8.810	32.005	60.240	2.287.516
	SİİRT	314.153	1.565	5.732	11.180	486.236
2015	ŞANLIURFA	1.801.980	36.839	125.959	224.513	5.809.300
	ŞİRNAK	488.966	3.722	11.175	22.449	651.096
	ADİYAMAN	602.774	21.022	64.644	154.302	3.885.269
2015	BATMAN	566.633	4.846	14.733	32.134	881.893
	DİYARBAKIR	1.654.196	35.482	115.841	223.399	5.851.259

	GAZİANTEP	1.931.836	82.167	290.481	614.585	14.381.830
	KİLİS	130.655	7.755	27.521	55.301	1.271.295
	MARDİN	796.591	15.482	50.792	105.227	2.756.064
	SİİRT	320.351	3.890	11.748	26.574	772.804
	ŞANLIURFA	1.892.320	37.995	133.197	269.109	6.317.612
	ŞIRNAK	490.184	3.437	10.565	22.079	634.693
	BATMAN	576.899	4.921	14.914	34.934	1.006.879
	DİYARBAKIR	1.673.119	36.754	119.290	240.020	6.414.627
	GAZİANTEP	1.974.244	78.312	274.232	600.472	14.074.019
	KİLİS	130.825	6.837	24.123	51.610	1.172.816
	MARDİN	796.237	13.311	43.114	93.762	2.516.800
	SİİRT	322.664	2.561	8.254	19.423	566.284
	ŞANLIURFA	1.940.627	39.196	136.683	288.579	6.920.852
	ŞIRNAK	483.788	2.588	8.052	17.184	496.955
	ADİYAMAN	615.076	20.738	56.920	148.504	3.698.459
	BATMAN	585.252	7.516	22.919	61.314	1.622.900
	DİYARBAKIR	1.699.901	46.605	141.367	305.546	7.976.290
	GAZİANTEP	2.005.515	57.255	177.166	405.990	9.635.682
	KİLİS	136.319	7.794	26.479	58.835	1.338.201
	MARDİN	809.719	12.478	35.405	84.997	2.475.387
2017	SİİRT	324.394	3.002	8.487	22.857	675.111
	ŞANLIURFA	1.985.753	23.747	66.748	151.580	3.808.611
	ŞIRNAK	503.236	2.520	5.882	14.671	498.168

Tablo 20. Güneydoğu Anadolu Bölgesi ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	7.196.757	0.02	0.08	0.15	3.51
2014	7.333.972	0.03	0.09	0.17	4.18
2015	7.453.813	0.03	0.09	0.18	4.38
2016	7.563.455	0.02	0.08	0.18	4.36
2017	7.702.369	0.02	0.06	0.14	3.66
DEĞİŞİM (%)	7.03	-14.34	-24.80	-4.19	4.40

**Şekil 10.** Güneydoğu Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Güneydoğu Anadolu Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %7.03 arttığı, kişi başına düşen reçete sayısının %14.34, kişi başına düşen kalem sayısının %24.80, kişi başına düşen kutu sayısının %4.19 azaldığı, buna karşılık kişi başına düşen maliyetin ise %4.40 arttığı görülmektedir.

9-İstanbul Bölgesi

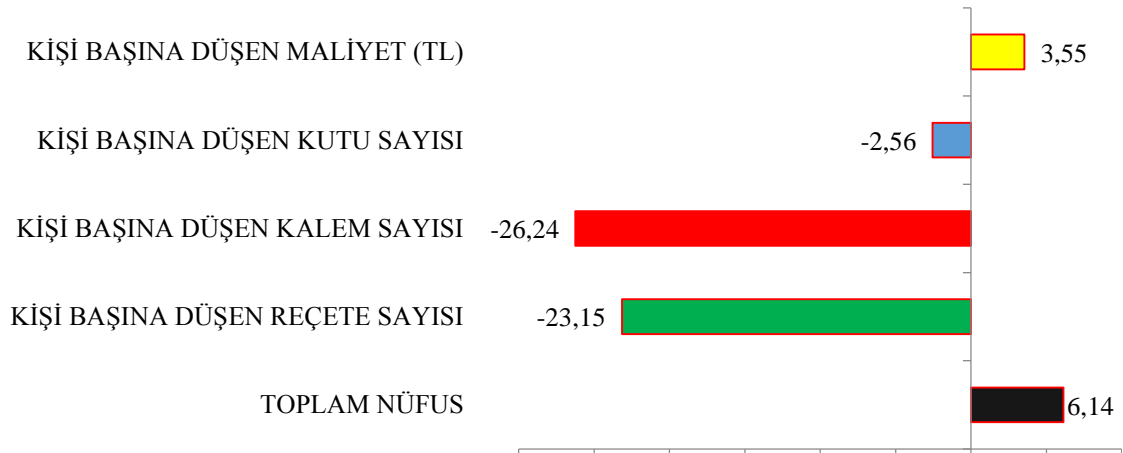
İstanbul Bölgesi sadece İstanbul ilinden oluşmaktadır.

Tablo 21. İstanbul Bölgesi verileri

YILLAR	İL	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	İSTANBUL	14.160.467	786.832	2.648.738	5.425.660	127.670.149
2014	İSTANBUL	14.377.018	948.975	3.174.774	7.171.521	173.414.285
2015	İSTANBUL	14.657.434	879.452	3.003.794	7.304.180	178.937.5082
2016	İSTANBUL	14.804.116	902.927	3.098.192	7.854.952	195.586.608
2017	İSTANBUL	15.029.231	641.756	2.073.640	5.611.203	140.316.745

Tablo 22. İstanbul Bölgesi ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	14.160.467	0.06	0.19	0.38	9.02
2014	14.377.018	0.07	0.22	0.50	12.06
2015	14.657.434	0.06	0.20	0.50	12.21
2016	14.804.116	0.06	0.21	0.53	13.21
2017	15.029.231	0.04	0.14	0.37	9.34
DEĞİŞİM (%)	6.14	-23.15	-26.24	-2.56	3.55

**Şekil 11.** İstanbul Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

İstanbul Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %6.14 arttığı, kişi başına düşen reçete sayısının %23.15 ve kişi başına düşen kalem sayısının %26.24, kişi başına düşen kutu sayısını %2.56 azaldığı, buna karşılık kişi başına düşen maliyetin ise %3.55 arttığı görülmektedir.

10-Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi

Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi Ağrı, Ardahan, Bayburt, Erzincan, Erzurum, Iğdır ve Kars illerinden oluşmaktadır.

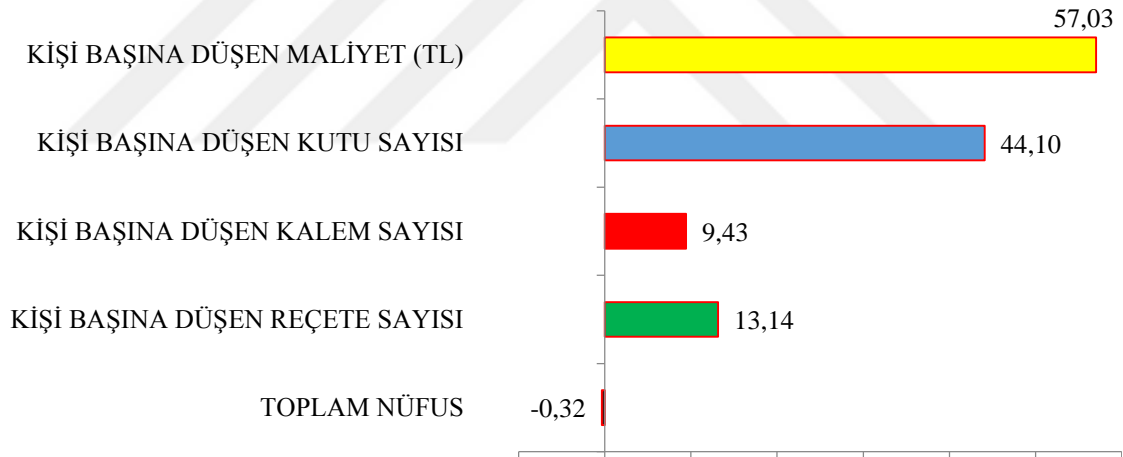
Tablo 23. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi verileri

YILLAR	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	AĞRI	551.177	5.749	16.020	26.933	709.901
	ARDAHAN	102.782	4.097	10.522	19.520	510.934
	BAYBURT	75.620	4.341	12.439	23.325	550.957
	ERZİNCAN	219.996	12.080	34.990	67.188	1.585.900
	ERZURUM	766.729	16.010	43.162	78.810	2.038.702
	İĞDIR	190.424	7.166	22.206	41.497	921.645
	KARS	300.874	7.673	22.283	38.472	983.898
2014	AĞRI	549.435	5.457	15.164	28.068	794.612
	ARDAHAN	100.809	3.738	9.547	20.283	550.348
	BAYBURT	80.607	5.165	14.871	30.729	745.466
	ERZİNCAN	223.633	12.621	35.753	77.079	1.845.453
	ERZURUM	763.320	26.728	74.357	143.877	3.895.762
	İĞDIR	192.056	7.680	23.547	47.945	1.150.977
2015	KARS	296.466	7.899	23.010	44.526	1.132.262
	AĞRI	547.210	5.359	15.049	29.825	842.515

	ARDAHAN	99.265	3.383	8.657	19.825	548.034
	BAYBURT	78.550	5.352	15.787	36.520	915.038
	ERZİNCAN	222.918	11.433	32.896	76.283	1.876.126
	ERZURUM	762.321	25.384	69.676	144.111	3.885.844
	İĞDIR	192.435	7.497	21.972	46.244	1.168.928
	KARS	292.660	7.471	21.991	43.971	1.181.914
	AĞRI	542.255	4.923	14.309	30.365	889.412
	ARDAHAN	98.335	2.922	7.502	17.519	485.032
	BAYBURT	90.154	5.163	15.047	35.824	923.427
	ERZİNCAN	226.032	10.339	30.162	76.391	1.952.303
2016	ERZURUM	762.021	23.810	65.860	144.645	3.887.429
	İĞDIR	192.785	7.854	23.361	52.165	1.309.390
	KARS	289.786	6.895	19.675	41.331	1.148.300
	AĞRI	536.285	4.534	12.376	28.758	832.339
	ARDAHAN	97.096	3.165	8.087	19.745	585.855
	BAYBURT	80.417	2.140	4.340	11.032	287.870
	ERZİNCAN	231.511	11.771	33.895	89.143	2.288.421
2017	ERZURUM	760.476	25.752	68.038	158.634	4.289.432
	İĞDIR	194.775	8.397	25.244	62.217	1.605.457
	KARS	287.654	3.202	6.388	14.361	439.769

Tablo 24. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
		BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	
2013	2.224.516	0.03	0.07	0.13	3.31
2014	2.228.170	0.03	0.09	0.18	4.70
2015	2.219.816	0.03	0.09	0.19	4.85
2016	2.230.179	0.03	0.08	0.19	4.94
2017	2.217.320	0.03	0.08	0.19	5.20
DEĞİŞİM (%)	-0.32	13.14	9.43	44.10	57.03

**Şekil 12.** Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %0.32 azaldığı, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %13.14, kişi başına düşen kalem sayısının %9.43, kişi başına düşen kutu sayısının %44.10 ve kişi başına düşen maliyetin ise %57.03 arttığı görülmektedir.

11-Orta Doğu Anadolu Bölgesi

Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi Bingöl, Bitlis, Elazığ, Hakkari, Malatya, Muş, Tunceli ve Van illerinden oluşmaktadır.

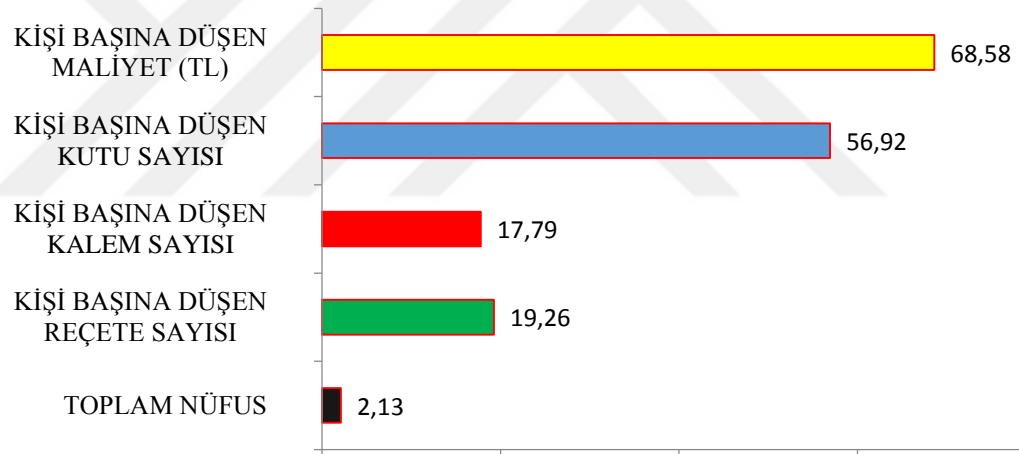
Tablo 25. Ortadoğu Anadolu Bölgesi verileri

YILLAR İLLER	NÜFUS	REÇETE KALEM KUTU			MALİYET (TL)	
2013	BİNGÖL	265.514	1.922	4.974	8.986	259.711
	BİTLİS	337.156	1.454	5.364	10.610	269.244
	ELAZIĞ	568.239	12.730	29.564	55.708	1.483.278
	HAKKARİ	273.041	927	2.433	4.238	113.171
	MALATYA	762.538	37.778	113.723	220.810	5.496.414
	MUŞ	412.553	3.192	8.438	15.614	458.297
	TUNCELİ	85.428	2.717	7.030	13.069	362.865
	VAN	1.070.113	13.595	36.782	61.489	1.427.791
2014	BİNGÖL	266.019	3.024	7.087	14.909	483.181
	BİTLİS	338.023	3.050	8.754	18.225	520.617
	ELAZIĞ	568.753	11.822	27.247	55.052	1.491.919
	HAKKARİ	276.287	838	2.044	3.640	109.678
	MALATYA	769.544	40.296	119.804	259.697	6.601.944
	MUŞ	411.216	2.990	7.780	15.409	467.971
	TUNCELİ	86.527	2.386	6.206	13.219	353.960
	VAN	1.085.542	12.404	34.538	66.992	1.645.573
2015	BİNGÖL	267.184	3.016	7.300	17.093	577.154
	BİTLİS	340.449	3.623	10.216	23.537	708.415
	ELAZIĞ	574.304	12.351	28.164	61.080	1.691.761
	HAKKARİ	278.775	660	1.706	3.102	78.659
	MALATYA	772.904	38.424	116.340	270.346	6.945.469

	MUŞ	408.728	3.624	9.489	19.606	594.400
	TUNCELİ	86.076	2.768	7.198	16.028	409.119
	VAN	1.096.397	9.834	27.614	57.776	1.471.043
	BİNGÖL	269.560	2.599	6.418	15.824	500.745
	BİTLİS	341.225	1.747	5.134	12.583	423.435
	ELAZIĞ	578.789	12.393	27.981	63.678	1.782.714
	HAKKARİ	267.813	579	1.490	3.023	88.933
2016	MALATYA	781.305	40.187	121.897	294.295	7.602.456
	MUŞ	406.501	3.450	9.297	20.398	665.343
	TUNCELİ	82.193	3.375	8.828	22.076	596.624
	VAN	1.100.190	8.193	23.216	51.005	1.369.079
	BİNGÖL	273.354	5.003	12.619	33.525	965.926
	BİTLİS	341.474	2.437	6.207	16.492	545.510
	ELAZIĞ	583.671	33.028	99.814	243.738	6.417.835
	HAKKARİ	275.761	1.199	3.104	6.980	208.397
2017	MALATYA	786.676	31.344	82.527	213.222	5.658.543
	MUŞ	404.544	2.949	7.697	19.277	628.920
	TUNCELİ	82.498	4.921	12.302	31.851	847.888
	VAN	1.106.891	9.631	26.310	60.751	1.720.785

Tablo 26. Ortadoğu Anadolu Bölgesi ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
		BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KUTU SAYISI	
2013	3.774.582	0.02	0.06	0.10	2.62
2014	3.801.911	0.02	0.06	0.12	3.07
2015	3.824.817	0.02	0.05	0.12	3.26
2016	3.827.576	0.02	0.05	0.13	3.40
2017	3.854.869	0.02	0.07	0.16	4.41
DEĞİŞİM (%)	2.13	19.26	17.79	56.92	68.58

**Şekil 13.** Ortadoğu Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Ortadoğu Anadolu Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %2.13, kişi başına düşen reçete sayısının %19.26, kişi başına düşen kalem sayısının %17.79, kişi başına düşen kutu sayısının %56.92 ve kişi başına düşen maliyetin ise %68.58 arttığı görülmektedir.

12-Orta Anadolu Bölgesi

Orta Anadolu Bölgesi Aksaray, Kayseri, Kırıkkale, Kırşehir, Nevşehir, Niğde, Sivas ve Yozgat illerinden oluşmaktadır.

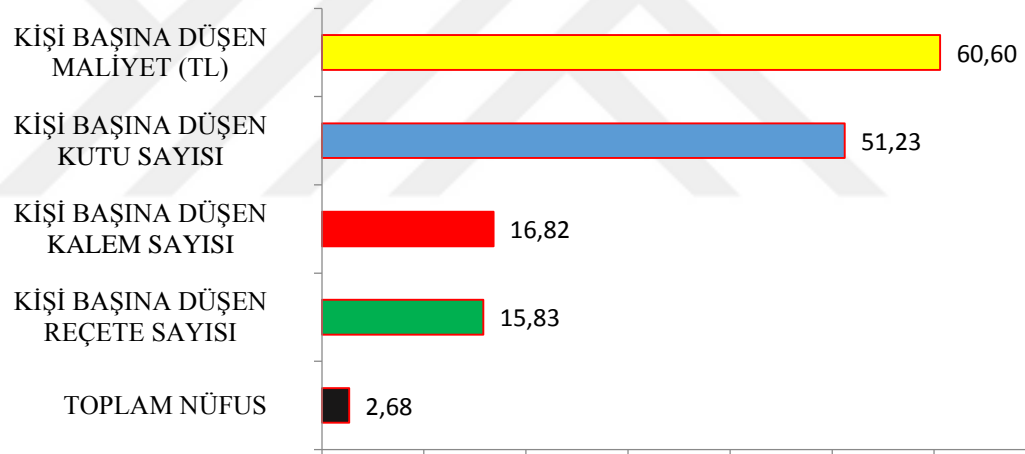
Tablo 27. Orta Anadolu Bölgesi verileri

YILLAR	İLLER	NÜFUS	REÇETE	KALEM	KUTU	MALİYET (TL)
2013	AKSARAY	382.806	20.937	65.541	117.296	2.747.448
	KAYSERİ	1.295.355	33.776	100.448	196.110	5.017.055
	KIRIKKALE	274.658	25.775	89.149	153.618	3.518.818
	KIRŞEHİR	223.498	18.902	58.866	121.187	2.972.399
	NEVŞEHİR	285.460	31.973	96.749	192.966	4.653.990
	NİĞDE	343.658	20.548	64.157	109.295	2.491.724
	SİVAS	623.824	28.608	86.297	176.292	4.601.419
2014	YOZGAT	444.211	16.379	49.144	98.777	2.363.768
	AKSARAY	384.252	19.618	62.277	121.890	2.879.566
	KAYSERİ	1.322.376	59.858	163.604	354.255	9.254.852
	KIRIKKALE	271.092	24.869	85.720	163.364	3.893.275
	KIRŞEHİR	222.707	19.427	61.256	137.098	3.378.788
	NEVŞEHİR	286.250	28.509	87.351	188.519	4.613.075
	NİĞDE	343.898	20.071	61.220	114.178	2.718.750
2015	SİVAS	623.116	27.337	83.090	189.402	5.014.803
	YOZGAT	432.560	19.061	57.149	125.062	3.098.189
	AKSARAY	386.514	19.119	62.598	131.697	3.194.295
	KAYSERİ	1.341.056	54.666	150.418	343.095	9.271.771
	KIRIKKALE	270.271	22.207	76.330	155.016	3.647.889
	KIRŞEHİR	225.562	14.298	46.558	113.939	2.816.896
	NEVŞEHİR	286.767	25.935	80.474	185.988	4.705.639

	NİĞDE	346.114	20.583	63.367	127.959	3.062.536
	SİVAS	618.617	24.615	75.458	186.341	5.040.024
	YOZGAT	419.440	17.237	51.537	122.702	3.085.167
	AKSARAY	396.673	18.293	59.938	133.689	3.324.351
	KAYSERİ	1.358.980	61.232	165.079	388.107	10.619.232
	KIRIKKALE	277.984	18.641	64.167	138.986	3.317.576
	KIRŞEHİR	229.975	12.982	42.772	108.026	2.670.690
2016	NEVŞEHİR	290.895	24.961	77.161	183.130	4.700.041
	NİĞDE	351.468	19.264	59.566	130.293	3.148.776
	SİVAS	621.224	26.063	79.695	204.783	5.673.807
	YOZGAT	421.041	17.411	51.702	128.305	3.310.162
	AKSARAY	402.404	14.063	41.404	98.709	2.458.679
	KAYSERİ	1.376.722	79.690	247.636	610.172	16.401.316
	KIRIKKALE	278.749	27.186	93.433	216.271	5.177.254
	KIRŞEHİR	234.529	11.518	35.670	96.521	2.353.290
	NEVŞEHİR	292.365	25.890	80.839	200.101	5.096.204
2017	NİĞDE	352.727	22.610	70.702	159.595	3.876.567
	SİVAS	621.301	30.031	94.148	253.875	6.928.796
	YOZGAT	418.650	23.196	68.342	174.765	4.487.272

Tablo 28. Orta Anadolu Bölgesi ortalama verileri

YILLAR	TOPLAM NÜFUS	KİŞİ	KİŞİ	KİŞİ BAŞINA	KİŞİ
		BAŞINA DÜŞEN REÇETE SAYISI	BAŞINA DÜŞEN KALEM SAYISI	DÜŞEN KUTU SAYISI	BAŞINA DÜŞEN MALİYET (TL)
2013	3.873.470	0.05	0.16	0.30	7.32
2014	3.886.251	0.06	0.17	0.36	8.97
2015	3.894.341	0.05	0.16	0.36	9.28
2016	3.948.240	0.05	0.15	0.36	9.31
2017	3.977.447	0.06	0.18	0.46	11.76
DEĞİŞİM (%)	2.68	15.83	16.82	51.23	60.60

**Şekil 14.** Orta Anadolu Bölgesi 2013-2017 yıllarına ait değişim grafiği

Orta Anadolu Bölgesi değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılında 2013 yılına göre toplam nüfusun %2.68, kişi başına düşen reçete sayısının %15.83, kişi başına düşen kalem sayısının %16.82, kişi başına düşen kutu sayısının %51.23 ve kişi başına düşen maliyetin ise %60.60 arttığı görülmektedir.

4.4. İllere Göre Farmakoekonomik Değişim Verileri

Bu bölümde ise, 81 ila ait 5 yıllık dönemde ilgili tanı ve etken maddelere göre düzenlenen reçetelerin 2017 verilerinin 2013 yılı verilerine göre toplam maliyetlerinin değişim yüzdesi, aynı dönemdeki toplam reçete sayısındaki ve nüfuslarındaki değişim

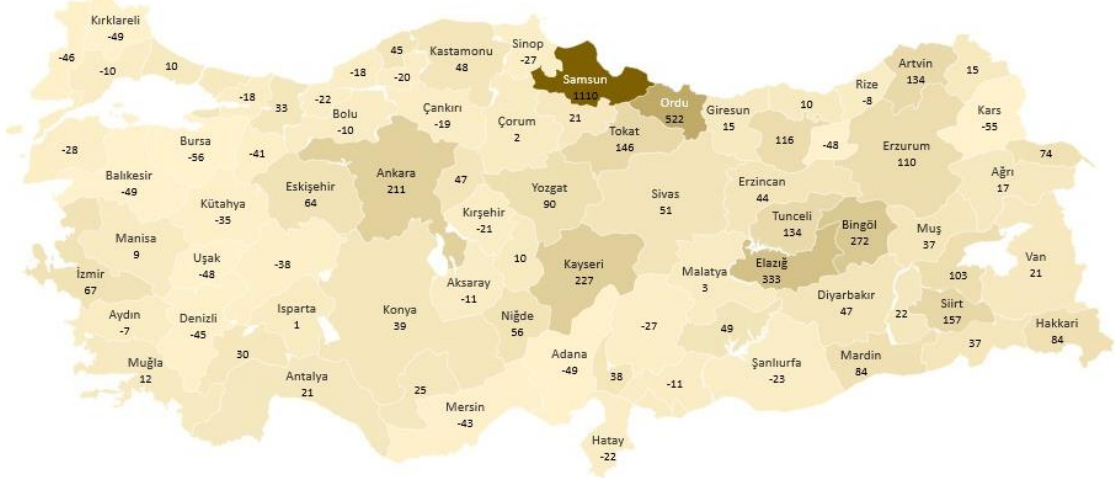
yüzdeleri büyükten küçüğe doğru sıralanmıştır. Ayrıca Türkiye ortalaması da tabloda gösterilmiş olup illerin Türkiye ortalamasına göre durumları incelenmiştir.

Tablo 29. İllerin Farmakoekonomik değişim verileri

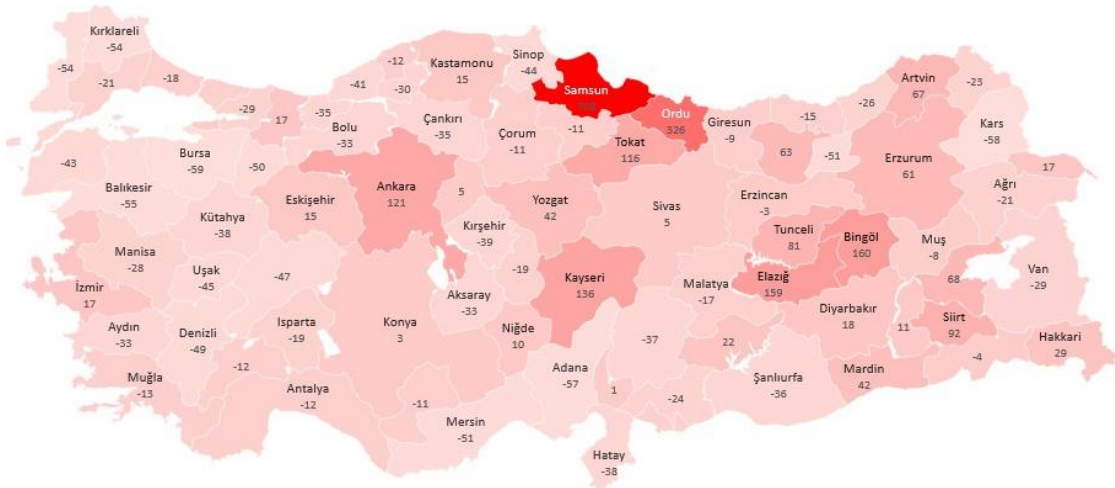
İLLER	2013-2017	2013-2017	2013-2017
	TOPLAM MALİYET DEĞİŞİMİ (%)	TOPLAM NÜFUS DEĞİŞİMİ (%)	TOPLAM REÇETE SAYISI DEĞİŞİMİ (%)
SAMSUN	1.110.29	4.06	707.98
ORDU	521.88	1.49	325.82
BİNGÖL	271.92	2.95	160.30
ELAZIĞ	332.68	2.72	159.45
KAYSERİ	226.91	6.28	135.94
ANKARA	210.96	7.93	120.53
TOKAT	146.00	0.56	116.12
SİİRT	157.31	3.26	91.82
TUNCELİ	133.66	-3.43	81.12
BİTLİS	102.61	1.28	67.61
ARTVİN	134.25	-1.88	66.9
GÜMÜŞHANE	116.37	20.34	62.93
ERZURUM	110.40	-0.82	60.85
<i>TÜRKİYE ORTALAMASI</i>	<i>101.07</i>	<i>4.91</i>	<i>42.24</i>
MARDİN	84.40	3.85	41.63
YOZGAT	89.84	-5.75	41.62
HAKKARİ	84.14	1.00	29.34
ADİYAMAN	49.16	3.00	21.72
DİYARBAKIR	46.57	5.75	18.22
İĞDIR	74.19	2.28	17.18
İZMİR	67.47	5.38	16.62
SAKARYA	32.65	7.94	16.52

ESKİŞEHİR	63.76	7.61	15.08
KASTAMONU	48.43	1.16	14.86
BATMAN	22.07	6.88	11.36
NİĞDE	55.58	2.64	10.04
KIRIKKALE	47.13	1.49	5.47
SİVAS	50.58	-0.40	4.97
KONYA	39.33	4.85	3.17
OSMANİYE	38.13	5.76	1.36
YALOVA	34.23	14.12	0.48
ERZİNCAN	44.30	5.23	-2.56
ŞIRNAK	36.58	5.89	-3.74
MUŞ	37.23	-1.94	-7.61
GİRESUN	14.79	2.91	-8.64
ÇORUM	2.05	-0.69	-10.94
AMASYA	20.86	2.46	-10.95
KARAMAN	24.87	3.67	-10.99
BURDUR	30.32	2.92	-11.85
BARTIN	44.65	2.35	-11.87
ANTALYA	21.35	9.55	-12.33
MUĞLA	12.38	8.32	-13.26
TRABZON	10.15	3.70	-14.80
MALATYA	2.95	3.17	-17.03
İSTANBUL	9.91	6.14	-18.44
KİLİS	-5.99	6.01	-18.76
ISPARTA	0.68	3.84	-18.88
NEVŞEHİR	9.50	2.42	-19.03
AĞRI	17.25	-2.70	-21.13
TEKİRDAĞ	-9.60	14.98	-21.37
ARDAHAN	14.66	-5.53	-22.75
GAZİANTEP	-10.92	8.73	-24.18
RİZE	-8.44	0.86	-25.81
MANİSA	9.12	3.94	-28.29

KOCAELİ	-18.31	12.35	-28.64
VAN	20.52	3.44	-29.16
KARABÜK	-20.49	6.17	-29.60
AKSARAY	-10.51	5.12	-32.83
AYDIN	-7.27	5.87	-33.26
BOLU	-10.16	6.94	-33.48
ÇANKIRI	-18.79	-2.53	-34.62
DÜZCE	-22.44	7.43	-34.87
ŞANLIURFA	-22.84	10.20	-35.54
KAHRAMANMARAŞ	-27.19	4.83	-36.92
HATAY	-22.05	4.80	-38.04
KÜTAHYA	-34.93	0.03	-38.44
KIRŞEHİR	-20.83	4.94	-39.06
ZONGULDAK	-17.91	-0.78	-41.20
ÇANAKKALE	-28.32	5.59	-43.26
SİNOP	-26.61	1.40	-44.19
UŞAK	-48.25	5.33	-45.24
AFYONKARAHİSAR	-38.01	1.21	-47.38
DENİZLİ	-44.93	5.74	-48.84
BİLECİK	-40.55	6.13	-49.93
BAYBURT	-47.75	6.34	-50.7
MERSİN	-43.49	5.17	-51.48
KIRKLARELİ	-48.66	4.55	-53.58
EDİRNE	-45.65	2.08	-53.73
BALIKESİR	-48.61	3.62	-55.19
ADANA	-49.49	3.13	-56.57
KARS	-55.30	-4.39	-58.27
BURSA	-56.20	7.14	-58.66



Şekil 156. 2013-2017 yıllarına ait illerin toplam maliyet değişim haritası



Şekil 167. 2013-2017 yıllarına ait illerin toplam reçete sayılarının değişim haritası

4.5. ATC Kodları ve Etken Maddelere Göre Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde 'N' ile başlayan ATC kodları ve bu kodlara ait etken maddeleri içeren reçetelerdeki kalem sayıları ve bunun yıllara göre dağılımı sunulmuştur. N05 koduyla başlayan ilaçlar psikoleptik ilaçlar grubunu oluşturmaktadır. N05A grubu antipsikotikler, N05B anksiyolitikler ve N05C hipnotif, sedatif ilaçlar grubunu oluşturmaktadır. N06 ise antidepresan ilaçlar grubunu oluşturmaktadır.

Tablo 300. ATC Kodlarına göre antipsikotik etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımı

ANTİPSİKOTİK İLAÇLAR							
ATC Kodu	ATC Adı	2013	2014	2015	2016	2017	DEĞİŞİM (%)
N05AX12	ARİPİRAZOL	31544	49962	59350	70238	65341	107.14
N05AX13	PALİPERİDON	4864	6435	7437	8490	7840	61.18
N05AH02	KLOZAPİN	2904	3882	4451	5102	4531	56.03
N05AL05	AMİSÜLPİRİD	7177	9888	10609	11330	10672	48.70
N05AH04	KETİAPİN	190421	254760	274779	305544	280621	47.37
N05AX08	RİSPERİDON	58344	73365	75579	81603	75390	29.22
N05AH03	OLANZEPİN	83957	105969	107890	116391	106006	26.26
N05AF05	ZUKLOPENTİKSOL	6934	8470	8744	9289	8054	16.15
N05AD01	HALOPERİDOL	26058	27472	28766	30673	29258	12.28
N05AN01	LİTYUM	43744	51146	51446	53016	46693	6.74
N05AA01	KLORPROMAZİN	13955	16043	14885	14559	12274	-12.05
N05AE04	ZİPRASİDON	1854	2130	1969	1912	1475	-20.44
N05AB06	TRİFLUOPERAZİN	36580	39103	36088	34948	26541	-27.44
N05AL01	SULPİRİD	60247	60455	54115	50823	39235	-34.88
N05AE03	SERTİNDOL	66	81	79	70	42	-36.36
N05AF01	FLUPENTİKSOL	2081	2386	1675	1469	1264	-39.26
N05AB02	FLUFENAZİN	845	897	634	607	425	-49.70
N05AG02	PİMOZİD	3528	3717	3419	1814	1231	-65.11

Tablo 31. ATC Kodlarına göre anksiyolitik etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımı

ANKSİYOLİTİK ETKİLİ İLAÇLAR							
ATC Kodu	ATC Adı	2013	2014	2015	2016	2017	DEĞİŞİM (%)
N05BA01	DİAZEPAM	30733	31491	28798	25299	15259	-50.35
	POTASYUM						
N05BA05	KLOREZAPAT	424	133	47	33	2	-99.53
N05BA06	LOREZAPAM	10644	13978	14062	13388	9365	-12.02
N05BA12	ALPRAZOLAM	142832	151606	138926	123221	75498	-47.14
N05BB01	HİDROKSİZİN	227640	232970	223725	208405	143187	-37.10
N05BE01	BUSPİRON	22614	27207	26856	26555	22821	0.92

Tablo 312. ATC Kodlarına göre antidepresan etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımı

ANTİDEPRESAN İLAÇLAR							
ATC Kodu	ATC Adı	2013	2014	2015	2016	2017	DEĞİŞİM (%)
N06AX26	VORTİOKSETİN	1	0	0	3333	17164	*414.97
N06AX22	AGOMELATİN	157	246	3441	6304	4017	2458.60
N06AX21	DULOKSETİN	72723	118025	149136	191976	179599	146.96
N06AX16	VENLAFKŞİN	128892	165315	169373	183504	163248	26.65
N06AX11	MİRTAZAPİN	81447	103036	102818	112871	99501	22.17
N06AX18	REBOKSETİN	1255	1418	1654	1880	1437	14.50
N06AX05	TRAZODON	179438	196622	200590	221651	186428	3.90
N06AB03	FLUOKSETİN	346233	400308	391728	416602	351239	1.45
N06AB05	PAROKSETİN	419993	472746	453253	452382	367508	-12.50
N06AB06	SERTRALİN	859482	964528	911008	861779	711674	-17.20
N06AB10	ESSİTOLAPRAM	1389796	1489426	1403367	1403768	1105521	-20.45
N06AA04	KLOMİPRAMİN	60101	65103	63227	60502	46501	-22.63
N06AA09	AMİTİRİPTİLİN	201211	211201	207812	196896	153105	-23.91
N06AB08	FLUVOKSAMİN	22406	23457	21305	20129	16502	-26.35
N06AB04	SİTOLAPRAM	271835	283460	260259	249737	188533	-30.64
N06AG02	MOKLOBEMİD	2044	2096	1974	1889	1333	-34.78
N06AA02	İMİPRAMİN	12334	11446	10027	9050	6471	-47.54
N06AX17	MİLNACİPRAN	1078	2020	2687	2764	553	-48.70
N06AX03	MİANSERİN	57911	59408	53122	42736	28112	-51.46
N06AA05	OPİPRAMOL	198358	182243	153997	133361	89070	-55.10
N06AA21	MAPROTİLİN	14538	9180	8593	7197	5302	-63.53
N06AX14	TİANEPTİNE	4873	3685	2874	2316	1280	-73.73
N06AX12	BUPROPİYON	17931	23770	10905	631	3143	-82.47

*Vortiksetine ait 2013,2014,2015 yıllarına ait veri olmadığı için 2016 ve 2017 yılına ait veriler esas alınmıştır.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışma 81 ilde 2013-2017 yılları arasında 1.Basamak Sağlık Kuruluşları'nda depresyon, anksiyete ve bipolar duygulanım bozukluklarını için ICD-10 tanı kodlarıyla reçete edilen ve ‘N’ ile başlayan ATC kodlu etken maddelere ait reçete verilerini içermektedir.

İlk olarak Türkiye geneli toplam veriler değerlendirildiğinde (Tablo.2); 2013 yılında pratisyen hekimlerin ICD-10 kodu ile yazdığı reçete sayısı 4.742.774, 2014 yılında 5.245.416, 2015 yılında 5.065.217 iken 2016 yılında 5.057.326, 2017 yılında 4.069.530'dur. Pratisyen hekim bazında değerlendirildiğinde en çok reçete yazılan yıl 5.245.416 reçete ile 2014 yılıdır. Bunu sırasıyla 2015 yılı, 2016 yılı takip etmektedir.

2013 yılından 2016 yılına kadar toplam reçete sayısında sürekli artış yaşanırken 2017 yılında dramatik bir düşüş yaşanmıştır. Bu düşüşün nedeninin Sağlık Bakanlığı tarafından hekimlere Akılcı İlaç Kullanımı konusunda yapılan bilgilendirmeler olabileceği düşünülmektedir.

Aynı tabloda yıllara göre değişen toplam reçete sayılarının Aile Hekimi Uzmanı bazında dağılımı (2013-2017) da gösterilmiştir. 2013 yılında uzman aile hekimlerinin yazdığı ICD-10 kodlu reçete sayısı 318.494, 2014 yılında 367.768, 2015 yılında 368.368 iken 2016 yılında 406.980, 2017 yılında 347.635'dir. Uzman hekim bazında değerlendirildiğinde en çok reçete yazılan yıl 406.980 reçete ile 2016 yılıdır. Bunu sırasıyla 2015 yılı ve 2014 yılı takip etmektedir.

2017 yılına ait aynı dramatik düşüş aile hekimleri uzmanları tarafından yazılan reçetelerde de görülmektedir.

Toplam reçete sayılarındaki hekim branşı dağılımları incelendiğinde ise 2013 yılında %93.7 pratisyen aile hekimi, %6.3 uzman aile hekimi, 2014 yılında %93.45 pratisyen aile hekimi, %6.55 uzman aile hekimi, 2015 yılında %93.22 pratisyen aile hekimi,

%6.78 uzman aile hekimi, 2016 yılında %92.55 pratisyen aile hekimi, %7.45 uzman aile hekimi, 2017 yılında %92.13 pratisyen aile hekimi, %7.87 uzman aile hekimine ait reçeteler oluşturmaktadır.

2013 yılında pratisyen aile hekimlerine ait reçetelerin yüzdesi %93.7 iken, 2017 yılında bu oran %92.13'e kadar gerilemiştir.

Şekil.1'deki 2013-2017 aile hekimlerine ait toplam reçete sayıları dağılımı incelendiğinde ise, pratisyen aile hekimleri 5 yıllık toplam reçete sayısında 2013 yılında %18, 2014, 2015 ve 2016 yıllarında %20, 2017 yılında ise %16'lık bir paya sahiptir. Aynı grafikte uzman aile hekimleri ise 2013, 2014, 2015 ve 2017 yıllarında %1, 2016 yılında ise %2'lik bir paya sahip olmuştur.

Tablo.3 ve Şekil.2'deki Türkiye geneli kişi başına düşen veriler değerlendirildiği zaman 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %5.40 arttığı, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %16.67, kişi başına düşen kalem sayısının %22.58 azaldığı ancak kişi başına düşen kutu sayısının %2.62 ve kişi başına düşen maliyetin ise %10.85 arttığı görülmektedir. Nüfus artış oranının 3 katından daha fazla oranda reçete sayısının azalmış olması, daha az kişiye ilgili tanılara ait reçete düzenlendiği ya da mevcut hastalara daha az reçete düzenlendiği sonucunu verecektir.

Tablo.4'de Türkiye geneli ortalama veriler incelendiğinde, 2013-2017 yılları arasında kutu başı ortalama maliyetin %8.01 arttığı, reçete başı ortalama kalem sayısının ise %6.44 azaldığı, buna karşılık reçete başı ortalama kutu miktarının %19.80 arttığı, reçete başı ortalama maliyetin ise %29.48 arttığı görülmektedir. Reçete başı ortalama kalem miktarının azalması, kutu miktarının artması aile hekimlerine ait reçetelerde ilaç çeşitliliğinden ziyade ilaç kutu sayısının fazlalığını ortaya çıkarmıştır. Mevcut sistemde aile hekimlerinin, tanı ve teşhisten ziyade hastaların tedavilerinin idame edilmesi amacıyla "ilaç yazdırılması" misyonunu yüklediği sonucu çıkarılmaktadır.

Tablo.5'deki Akdeniz Bölgesi verileri değerlendirildiğinde, 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %5.51 arttığı, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %40.62, kişi başına düşen kalem sayısının %47.55, kişi başına düşen kutu sayısının %30.35, kişi başına düşen maliyetin ise %23.49 azaldığı görülmektedir. 2013-2016 yıllarında tüm verilerde artış yaşanırken 2017 yılındaki dramatik düşüş bu bölgede de etkisini göstermiş ve 2017 yılı verilerinin 2013 yılından daha düşük değerlere sahip olmasını sağlamıştır.

Akdeniz Bölgesi verileri iller özelinde incelendiğinde ise Adana'da 2016 yılında sözkonusu ilaçlara ilişkin toplam maliyeti 47 milyon Türk Lirası'ndan, 2017 yılından 19 milyon Türk Lirası seviyelerine kadar düşmüştür. Aynı şekilde Mersin'de de bu maliyetin 35 milyon Türk Lirası'ndan 15 Milyon Türk Lirası seviyelerine düştüğü gözlemlenmiştir. O yıllarda Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu koordinatörlüğünde İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülen Akılcı İlaç Kullanımı konusundaki faaliyetlerin bu alanlarda da olumlu sonuçlar doğurduğunu söyleyebiliriz. Buna karşılık aynı bölgede Osmaniye ilinde 2013 yılından 2016 yılına kadar toplam maliyette azalma görülürken 2016 ve 2017 yıllarında ciddi artışlar meydana gelmiştir.

Şekil.8'de Batı Karadeniz Bölgesi verileri değerlendirildiğinde 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %22.71, kişi başına düşen reçete sayısının %50.00, kişi başına düşen kalem sayısının %49.25, kişi başına düşen kutu sayısının %92.13, kişi başına düşen maliyetin ise %144.21 arttığı görülmektedir. Nüfus artış hızına oranla diğer parametlerdeki dramatik artışın hekim kaynaklı, bölge kaynaklı birçok nedeni olabilir. Bölge illeri incelendiğinde özellikle Samsun ilindeki dramatik artışlar göze çarpmıştır. 2013 yılında yaklaşık 4 milyon Türk Lirası seviyelerinde olan toplam maliyet 2017 yılında ise 46 milyon seviyelerine ulaşmıştır. O dönemde Samsun ilinde yaşanan artışın nedenleri sosyolojik ve yerel ölçekli detaylı bir araştırma yapıldığında ortaya çıkacaktır.

Şekil.6'da Batı Anadolu Bölgesi verileri değerlendirildiğinde 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %6.92, kişi başına düşen reçete sayısının %50.57, kişi başına düşen kalem sayısının %55.57, kişi başına düşen kutu sayısını %108.82, kişi başına düşen maliyetin ise %118.00 arttığı görülmektedir. Bu bölgede de Türkiye ortalamasının üzerinde dramatik artışlar yaşanmıştır. İller bazında ise, Ankara ilinde 2013 yılında 23 milyon Türk Lirası seviyelerinde olan toplam maliyet 2017 yılında ise yaklaşık 3 kat artarak 74 milyon Türk Lirası seviyelerine ulaşmıştır. Çok sayıda kamu personelinin ve üniversite öğrencisinin yaşadığı Ankara'da özellikle Ülkemizin içinden geçtiği zor süreçler nedeni ile bu ilaçların kullanımının artmış olabileceğini söyleyebiliriz.

Şekil.7'de Batı Marmara Bölgesi verileri değerlendirildiğinde 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %6.86 arttığını, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %48.15, kişi başına düşen kalem sayısının %58.22, kişi başına düşen kutu sayısını %45.67, kişi başına düşen maliyetin ise %39.54 azaldığı görülmektedir. Resmi kurumlarca yapılan bilgilendirme ve denetimlerin sonuçlarının ne derece önemli

olabileceği bu bölge örneğinde görülmektedir. 5 yıllık süreçte nüfus artışı yaşanmasına rağmen 2016 yılındaki ortalama 15 milyon Türk Lirası toplam maliyet, 2017 yılında 7 milyon Türk Lirası seviyelerine kadar düşmüştür. İller bazında ise Balıkesir ilinde 2016 yılında 30 milyon Türk Lirası olan toplam maliyet, 2017 yılında 11 milyon seviyelerine kadar düşmektedir.

Şekil.8’de Doğu Karadeniz Bölgesi verileri değerlendirilğinde 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %3.12, kişi başına düşen reçete sayısının %3.83, kişi başına düşen kutu sayısının %32.45, kişi başına düşen maliyetin ise %38.17 arttığı, buna karşılık kişi başına düşen kalem sayısının %0.15 azaldığı görülmektedir. İller bazında ise, Ordu ilinde toplam maliyet 2013 yılında 2.5 milyon Türk Lirası iken, 2017 yılında bu rakam 17 milyon Türk Lirası seviyelerine kadar ulaşmıştır. Samsun ilinde olduğu gibi Ordu için de çok daha detaylı çalışmalar yapılarak bu artışın sebepleri ortaya konabilir.

Şekil.9’da Doğu Marmara Bölgesi verilerine baktığımız zaman 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %8.70 arttığını, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %36.40, kişi başına düşen kalem sayısının %46.49, kişi başına düşen kutu sayısını %28.73, kişi başına düşen maliyetin ise %22.48 azaldığı görülmektedir. Bu bölgede de 2013 yılından 2016 yılına kadar yaşanan artış 2017 yılında ciddi oranda düşmüştür. Kurumlar tarafından uygulanan tedbirlerden sonuç alındığı ortaya çıkmaktadır.

Şekil.10’da Ege Bölgesi verilerine baktığımız zaman 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %4.92 arttığı, kişi başına düşen reçete sayısının %21.02 ve kişi başına düşen kalem sayısının %24.55 azaldığı, buna karşılık kişi başına düşen kutu sayısını %0.74 ve kişi başına düşen maliyetin ise %7.53 arttığı görülmektedir. Bu bölgede Türkiye ortalamasına benzer bir sonuç çıkmaktadır. Reçete sayısı ve kalem sayısı azalırken kutu sayısı ve toplam maliyet artış göstermiştir. Daha az kişiye reçete düzenlenirken yazılan kutu sayısı artış göstermiştir.

Şekil.11’de Güneydoğu Anadolu Bölgesi verilerine baktığımız zaman 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %7.03 arttığı, kişi başına düşen reçete sayısının %14.34, kişi başına düşen kalem sayısının %24.80, kişi başına düşen kutu sayısının %4.19 azaldığı, buna karşılık kişi başına düşen maliyetin ise %4.40 arttığı görülmektedir. Bu bölgede

ise nüfus artışına karşılık reçete sayısı azalmış ve akılcı ilaç kullanımını konusunda pozitif sonuçlar elde edilmiştir.

Şekil.12’de İstanbul Bölgesi verilerine baktığımız zaman 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %6.14 arttığı, kişi başına düşen reçete sayısının %23.15 ve kişi başına düşen kalem sayısının %26.24, kişi başına düşen kutu sayısını %2.56 azaldığı, buna karşılık kişi başına düşen maliyetin ise %3.55 arttığı görülmektedir. 2016 yılında 195 milyon Türk Lirası olan söz konusu ilaçlara ait toplam maliyet, 2017 yılında dramatik bir azalışla 140 milyon Türk Lirası seviyelerine kadar inmiştir. Bu sonuçlar, İstanbul ilinde uygulanan Akılcı İlaç Kullanımı uygulamalarının etkisini ortaya koymuştur.

Şekil.13’de Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi verilerine baktığımız zaman 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %0.32 azaldığı, buna karşılık kişi başına düşen reçete sayısının %13.14, kişi başına düşen kalem sayısının %9.43, kişi başına düşen kutu sayısının %44.10 ve kişi başına düşen maliyetin ise %57.03 arttığı görülmektedir. İller bazında ise Kars ilinde 2016 yılında 1.2 milyon Türk Lirası seviyelerindeki toplam maliyet 2017 yılında 400 bin Türk Lirası seviyelerine kadar indirilmiştir. Ve fakat Iğdır ilinde 2013 yılındaki maliyet 921.645 TL iken 2017 yılında 1.605.457 TL’ ye kadar yükselmiştir. Erzurum ilinde 2013 yılında yazılan toplam kutu sayısı 78.810 iken, 2017 yılında 158.634’e kadar yükselmiştir. İller özelindeki bu anlamlı farklılıkların nedenleri çok daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılmasıyla mümkün olacaktır.

Şekil.14’de Ortadoğu Anadolu Bölgesi verilerine baktığımız zaman 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %2.13, kişi başına düşen reçete sayısının %19.26, kişi başına düşen kalem sayısının %17.79, kişi başına düşen kutu sayısının %56.92 ve kişi başına düşen maliyetin ise %68.58 arttığı görülmektedir. İller bazında ise Elazığ ilinde 2016 yılında yaklaşık 1.8 milyon Türk Lirası olan toplam maliyet 2017 yılında yaklaşık 3 kat artarak 6.4 milyon Türk Lirası seviyelerine ulaşmıştır.

Şekil.15’de Orta Anadolu Bölgesi verilerine baktığımız zaman 2013-2017 yılları arasında toplam nüfusun %2.68, kişi başına düşen reçete sayısının %15.83, kişi başına düşen kalem sayısının %16.82, kişi başına düşen kutu sayısının %51.23 ve kişi başına düşen maliyetin ise %60.60 arttığı görülmektedir. İller bazında ise Kayseri’de toplam maliyet 2013 yılında 5 milyon Türk Lirası seviyelerindeyken 2017 yılında 16 milyon Türk Lirası seviyelerine kadar ulaşmıştır.

Bölgelerin tamamı değerlendirildiğinde ise, Akdeniz, Batı Marmara, Doğu Marmara ve İstanbul, Ege ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde nüfus artmasına rağmen kişi başına düşen reçete sayısı ve kişi başına düşen kalem sayılarında 2017 yılı itibariyle anlamlı düşüşlerin olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bölgelerde sağlık otoritesinin yapmış olduğu uygulamaların sonuç verdiği anlaşılmaktadır.

Tablo.29’da ise iller bazında maliyet, nüfus ve reçete sayısındaki değişim yüzdeleri kıyaslanmıştır. Örneğin Samsun ilinde nüfus %4 artarken, toplam maliyet %1200 ve toplam reçete sayısı % 700 artmıştır. Ve bu ili Ordu, Elazığ, Bingöl ve Kayseri izlemiştir. Aynı dönemde Türkiye ortalaması ise %4.91 nüfus artışına karşılık %100 maliyet artışı ve %42 reçete sayısı artışı şeklindedir. Her ne kadar 5 yıllık dönemde ilaçlar yıllık ortalama %10-15 aralığında zamlar olsa da reçete sayısındaki artış, maliyetin sadece ilaç zamlarıyla açıklanamayacağını göstermiştir. Aynı tabloda, maliyetlerin azaldığı iller de gösterilmiştir. Örneğin Bursa’da nüfus %8 artarken, reçete sayısı %58, toplam maliyet ise %56 azalmıştır. Bu ilimizi Kars, Adana, Kırklareli ve Balıkesir illeri izlemektedir. İllerdeki sağlık otoritelerinin bu konudaki yaklaşımı ve yapmış oldukları faaliyetler sonuçları doğrudan etkilemiştir. 2017 yılında “Akılcı İlaç Kullanımı” alanında yapılan faaliyetlerinin etkisi göze çarpmaktadır.

Şekil.16’da illerin toplam reçete sayılarının 2017 yılının 2013 yılına oranla yüzde değişim haritası verilmiştir. Şekil.17’de ise illerin toplam reçete maliyetlerinin 2017 yılının 2013 yılı verilerine oranlanmasıyla elde edilen yüzde değişim haritası verilmiştir.

Tablo.30’da ise ATC Kodlarına göre antipsikotik etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımı verilmiştir. Bu tabloya göre hekimlerin yıllara göre ilaç tercihleri belirlenmiştir. Bu ilaçlar arasında atipik antipsikotikler reçetelenme oranlarındaki artışlar dikkat çekicidir. Klasik antipsikotiklere göre yan etkileri daha az olduğu için atipik antipsikotiklerin tercih edilmesi son yıllarda giderek artmıştır. Örneğin, N05AX12 ATC kodlu aripiprazol 2013 yılında 31544 kez reçete edilirken 2017 yılında %107.14’lük artışla 65341 defa reçete edilmiştir. Aynı şekilde antipsikotik özellikteki ketiapin 2013 yılından 2017 yılına %47.7 ‘lik artış göstermiş ve 2017 yılında 280621 kez reçete edilmiştir. 2013-2017 yılları boyunca her yıl en çok reçete edilen antipsikotik ilaç olmuştur. Bu kadar sık kullanımının nedenleri olarak ilacın 25 mg’dan 300 mg’a kadar değişen dozlarda müstahzarlarının olması, ekstrapiramidal yan etkilere ve cinsel işlev bozukluklarına neden olmaması ve bilişsel işlevleri olumsuz etkilememesi

sıralanabilir. Ayrıca şizofreni, bipolar bozukluğun mani ve depresif atak dönemi, majör depresyon, demans ve deliryum olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluklarda kullanılmaktadır. Çalışmamızda çocuk ve ergenlik dönemi kullanımları açısından bir değerlendirme yapılmamıştır ancak özellikle bu yaş gruplarında gerçekleştirilebilecek bir araştırma dikkat eksikliği hiperaktivite tedavisinde de sıklıkla reçetelenen bu tarz ilaçların kullanım oranlarının artışının belirlenmesinde önemli veriler olacaktır. Ayrıca atipik antipsikotiklerden olan risperidon, olanzapin gibi ilaçların kullanımında hiperlipidemi, kilo alımı, uyku eğilimi gibi yan etkiler görülmesine rağmen bu ilaçların özellikle kullanımlarının artmış olmasının bu hastalarda lipid metabolizmasına olan etkilerinden dolayı yine toplum sağlığı açısından önemli bir takip unsuru olmalıdır.

Aynı tabloda N05AG02 ATC kodlu pimozid ise 2017 yılında 2013 yılına göre %65.11'lik düşüşle 1231 defa reçete edilmiştir. Pimozid, nöroleptiklerin spesifik antipsikotik etkilerine yanıt veren kronik şizofreni hastalarında, sosyal entegrasyonu artırmak, düzeltmek ya da korumak amacıyla düzenlenen uzun süreli idame tedavide ana ilaç olarak kullanılır. Güçlü bir antipsikotik olmasına karşın ciddi yan etkilere sebep olmasından dolayı hekimler son yıllarda daha az tercih etmiştir. Doza bağımlı olarak QT uzaması yapması ve ventriküler aritmi yaparak ani ölümlere sebep olması en ciddi yan etkisidir. Uzun QT sendromu / Torsades de Pointes'e neden olabilir. Bu nedenle tanısı konmuş veya şüpheli konjenital uzamış QT sendromu veya Torsades de Pointes hastalarında kullanılmamalıdır. Azol antimikotikleri, antiviral proteaz inhibitörleri, makrolid antibiyotikleri ve nefazodon gibi CYP3A4 inhibitörü ilaçlarla birlikte kullanımı kontrendikedir. Kinidin gibi CYP2D6 inhibitörü ilaçlarla birlikte kullanımı da kontrendikedir. Her bir veya her iki sitokrom P450 sisteminin inhibisyonu, kandaki pimozid konsantrasyonunu arttırabilir ve QT aralığını uzatabilir. O nedenle bu ilaçlar reçetelenirken mutlaka hastanın aritmi açısından takip edilmesi gerekmektedir. Ayrıca Pimozidin sertralin, paroksetin, sitalopram ve essitalopram gibi SSRI'lar ile birlikte kullanımı da CYP 2D6 inhibisyonu nedeniyle kontrendikedir. Bu etkileşimler nedeniyle de aynı reçetede bu ilaçlardan herhangi biri ile birlikte reçete edilmiş olması toksik etkilerin ortaya çıkması açısından önemli olacağından yine takip gerektirmektedir.

Tablo 31'de ATC kodlarına göre anksiyolitik etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımı verilmiştir. Anksiyete tedavisinde ilk olarak 1864 yılında sentezlenen barbitüratlar denenmiş ve 1900'lerde itibaren yaygın olarak kullanılmıştır.

1950'lerden itibaren benzodiazepinler barbitüratların yerini almıştır. Son dönemde ise antidepresanların ve özellikle SSRI grubu ilaçların keşfiyle birlikte benzodiazepinlerin yaygın kullanımı azalmıştır. Tablo 31'de de benzodiazepin grubu ilaçların giderek azalan kullanımları görülmektedir. 2013-2017 yılları boyunca en çok reçete edilen kısa etkili benzodiazepin türevi bir ilaç olan N05BA12 ATC kodlu alprazolam 2017 yılında 2013 yılına göre %47.14'lük azalış göstermiş 75498 defa reçete edilmiştir. Aynı tabloda uzun etkili benzodiazepin türevi bir ilaç olan N05BA05 ATC kodlu potasyum klorazepat 2017 yılında 2013 yılına göre %99.53'lük bir azalışla sadece 2 kez reçete edilmiştir. Bu ilacın artık hekimlerce neredeyse hiç tercih edilmediği görülmektedir. Benzodiazepin türevi ilaçların uyku eğilimi yapması ve normal günlük yaşam kalitesini etkilemesi nedeni ile yavaş yavaş artık tercih edilmemeye başladığı görüşü oluşmuştur.

Tablo.32'de sunulan ATC Kodlarına göre antidepresan etkili ilaçların toplam kalem sayılarının yıllara göre dağılımına baktığımızda ise yeni nesil bir antidepresan olan N06AX26 ATC kodlu vortiksetinin son yıllarda hızla tercih edilmeye başladığı görülmektedir. 2013-2015 yıllarında hiç tercih edilmezken 2017 yılında 17164 defa reçete edilmiştir. Vortiksetin, multimodal etkinliğe sahip bir molekül olarak, depresyon tedavisinde ve özellikle depresyona eşlik eden bilişsel bozuklukların tedavisinde yeni bir umut olarak yerini almaya başlamıştır. Vortiksetin; 5-HT taşıyıcı inhibitörü, 5-HT₃, 5-HT₇ ve 5-HT₁ -D reseptör antagonisti, 5-HT₁ - B kısmi agonisti ve 5HT₁ - A agonisti gibi etkileri bulunan multimodal aktiviteye sahip yeni bir antidepresandır. In vivo klinik olmayan çalışmalar vortiksetinin beyin belirli alanlarında 5-HT, noradrenalin, dopamin, asetilkolin ve histamin seviyelerini arttırdığını göstermiştir. Kilo alımının diğer antidepresanlara kıyasla daha az olması ve uyku yapma potansiyeli daha az olduğu için son zamanlarda tercih edilme oranının artmış olabileceği düşünülmektedir.

Norepinefrin noradrenalin disinhibitörü (NDDI) olarak tanımlanan agomelatin de aynı şekilde 2016 yılından itibaren tercih edilmeye başlanmıştır. Agomelatin, 5HT_{2C} antagonizmasıyla beraber melatonin reseptörleri (MT₁ ve MT₂) üzerindeki ekstra agonist etkileri birleştirir. Agomelatinin aynı zamanda 5HT_{2B} antagonist özellikleri de vardır. MT₁ ve MT₂ agonist etkileri nedeniyle uykuyu destekleyici etkisi de vardır. Hem serotonin hem de noradrenalin re-uptake inhibitörü olarak etkisini gösteren duloksetin, 2013 yılında 72.723 kez reçete edilirken, 2016 yılında 191.976 kez reçete

edilmiştir. 4 yılda 2 kattan fazla bir artış görülmektedir. Bu artışın da özellikle uyku bozukluğu olan hastalarda yoğun bir şekilde tercih edilmiş olabileceğini göstermektedir.

Aynı tabloda göülen N06AX12 ATC kodlu bupropiyonun ise 2017 yılında 2013 yılına göre %82.47'lik düşüşle 3143 defa reçete edilmiştir. CYP2B6 izoenzimini ve CYP2D6 izoenzim aktivitesini inhibe etmesinden dolayı çoklu ilaç kullanımlarında çok tercih edilmemektedir. 1960'lı yıllardan itibaren antidepresan olarak kullanılan imipramin ise 2013 yılında 12334 defa reçete edilirken bu sayı 2017 yılında 6471'e kadar gerilemiştir.

Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğine ise ülkemizde son yıllarda ruh sağlığı ilaçlarının kullanımında özellikle bazı bölgelerde ciddi oranda artış yaşanmıştır. Elimizdeki veriler sadece Genel Sağlık Sigortası(GSS) kapsamında düzenlenen reçetelere aittir. İnsanların ruh sağlığı ilaçları konusundaki önyargıları, toplumsal kaygıları ya da bilinçsiz şekilde reçetesiz olarak tedarik ettikleri ilaçlara dair verilere ulaşamadığı için kullanım miktarlarındaki artışın çok daha yüksek olması ihtimali de mevcuttur.

Ruhsal sağlık problemleri, ağırlıklı olarak toplumlar ve ekonomiler üzerinde etki yaratmaktadır. OECD tarafından ruhsal sağlık problemlerinin yarattığı ekonomik yükün gayri safi yurtiçi hâsılanın (GSYH) %4'üne denk geldiği belirtilmektedir. Zayıf ruh sağlığı hizmetlerinden kaynaklanan maliyetlerin, sadece Avrupa Birliği'nde (AB) GSYH'nin % 3 ila % 4'ünü oluşturduğu tahmin edilmektedir. Ancak bu ülkelerin hiçbiri GSYH'nin % 1'inden fazlasını ruh sağlığı hizmetlerine ayırmamaktadır (Knapp vd. 2007:172). Sağlık ile sosyal tedavi arasında görülen farklılıklar nedeniyle ülkeler arasında kıyas yapmak hayli güçtür. Ancak sağlık sistemlerinden ruh sağlığına yapılan finansman AB'de farklılıklar göstermektedir. İngiltere'de yaklaşık %14 oranında bir finansman yapılırken Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti (Çekya), Polonya ve Portekiz'de bu oran %4'ten daha azdır (Jacobs ve Mcdaid, 2009). Öte yandan Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine özel bir bütçe ayırmamaktadır; ilgili hizmet ücretleri, vergiler, özel sigorta, sosyal sigorta veyahut insanların şahsi harcamalarıyla finanse edilmektedir (Akarçay, 2013). 2030 yılına kadar ruhsal hastalıklardan kaynaklı olarak 6 trilyon ABD Doları civarında bir ekonomik kaybın olacağını tahmin etmektedir.

Ruh hastalıkları toplumlarda yaygın olmasına ve hastalığın kişinin kendisine ve çevresine ciddi yük olmasına karşın dünya genelinde ruh sağlığı alanı gereken değeri görmemektedir. Dünya çapındaki ülkelerin neredeyse üçte biri ayrı bir ruh sağlığı bütçesi oluşturmamıştır, diğer taraftan bütçe sahibi ülkelerin de %21'i toplam sağlık

bütçesi içinde %1'den daha az bütçeyi ruh sağlığına vermiştir (Saxena ve ark. 2013). Sağlık politika ve programlarında ruh sağlığının gereken öneme sahip olmaması, personel eksikliği, hastalık ile ilgili bilginin yetersizliği sebebiyle ruh hastalığının yeteri kadar tanınmaması, ruh sağlığı hastalarının damgalamaya ve ayrımcılığa maruz kalması ve hastanın çevresindeki ruh sağlığı hizmetini alacağı kurumların yetersizliği ve var olan tedavi kurumlarına da ulaşım güçlüğü sebebiyle ruh sağlığı hastası gereken bakıma ulaşamamaktadır. DSÖ, bu konuyu önemle vurgulayarak 2001 yılı içindeki rapor yayınında ruh sağlığına değinmiştir. DSÖ, üyelerine ruh sağlığı hakkında politika ve programlar gelişimini, ruh sağlığı yasa oluşumunu, ruh sağlığı alanındaki politika, program ve yasal düzenleme çıkarılması sırasında toplumun, ailelerin ve hizmet kullanıcılarının etkili bir biçimde katılımını, ruh sağlığı hizmetinin birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil edilmesini, sağlık hizmetinin her basamağındaki etkili psikotrop ilaçlarına ulaşılabilirliğin artırılmasını, kişinin ihtiyaç duyduğu hizmetlere rahatlıkla erişebilmesi amacıyla ruh sağlığı hizmetinin akıl hastaneleri dışında kişinin çevresinde de verilmesini, sağlık personelinin ruh hastalığı hakkında eğitim verilmesini, ruh sağlığı bölümünde çalışan sayısının yükseltilmesini, ruh sağlığı hastasının damgalanmasının engellenmesi ile ilgili çalışma yapılmasını ve ruh sağlığı ile eğitim, sosyal hizmetler ve belediye benzeri sektörlerle dayanışma içerisinde olunmasını önermiştir (WHO, 2001).

Ruh hastalığı ağırlığı ile ruh sağlığı kaynakları ciddi bir eşitsizliğe sahiptir. Dünya genelinde bütçe bakımından sağlık hizmetlerinin sadece %2.82'si ruh sağlığına ayrılmıştır. Ekonomik geliri yüksek ülkeler ruh sağlığına %5.1 pay ayırırken, geliri düşük ülkeler %0.53'te kalmıştır. Orta ve düşük gelirli ülkelerde akıl hastaneleri ruh sağlığı bütçesinde önemli bir yer tutmaktadır.

Ruh sağlığı hizmeti bütçesi ülkelerin gelişmişlik seviyesi ile direkt bağlantılıdır. (Knapp ve ark. 2007). Örnek vermek gerekirse 191 ülke için ruh sağlığı hizmetine ayrılan bütçelerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, ülkelerin %32'sinin ruh sağlığı hizmetine özel bir bütçe ayırmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Afrika ve Güney Doğu Asya ülkelerinin önemli bir kısmının ruh sağlığı hizmetlerine toplam sağlık bütçesinin sadece %1'ini ayırdığına ulaşılmıştır. Ruh sağlığı hizmet bütçesinin büyüklüğüne karşın, finansmanın da ne çeşit yollarla temin edildiği önem kazanmaktadır. Dünya genelinde ruh sağlığı hizmet bütçesi çoğunlukla genel vergi sisteminden sağlanmaktadır. Fakat Afrika

ülkelerinin %35,9'u ve Güney Doğu Asya ülkelerinin de %30'u ruh sağlığı hizmetlerini şahsi ödeme ile karşılamaktadır. Şahsi ödemeler ile ruh sağlığı hizmet temini hizmet erişimini kısıtlayacağı ve gelir seviyesi yüksek hasta ile düşük hasta arasında ikiliğe neden olacağı önemle vurgulanıyor. (Saxena ve ark. 2003). Buna ek olarak Batı Avrupa ülkelerinin hiçbirinde ruh sağlığı hizmetleri cepten ödeme şekli ile finanse edilmiyor. Çoğunlukla genel vergi ve sosyal sigorta sistemi finansman için tercih ediliyor (McDaid ve ark. 2007).

Dünya Sağlık Örgütü verilerinde, dünya genelinde en fazla işgücü kaybına neden olan 10 hastalıktan altısının ruhsal hastalık olduğu yer almaktadır. Ayrıca küresel hastalık yoğunluğuna yol açan ilk 10 hastalık arasında depresyon 4. sıradadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (2011) Türkiye'de 2-3 yaş grubundaki çocukların ruhsal bozukluğa uğrama oranını yüzde 10.9, 5-18 yaş grubunu yüzde 11.9; erişkinlerinkini de yüzde 17.2 olarak saptamıştır. Ruhsal hastalıkların 21. yüzyıl insanının en önemli sorunlarının başında geldiği ve önümüzdeki yıllarda da bu sorunun artarak devam edeceğini söyleyebiliriz.

Dolayısıyla bu konuda sağlık sisteminin her bir halkasına ciddi görevler düşmektedir. Eczanelerde bu ilaçların reçetesiz verilmemesi, başta gençler olmak üzere toplumda bu ilaçların kullanımı konusundaki farkındalığın artırılması konularında çok yönlü çalışmalar yürütülmelidir. Çözümün sadece antipsikotik ilaçlarla mümkün olmadığı, çözüme yönelik çalışmaların bazı gelişmiş toplumlarda uygulanan bireyi topluma kazandırmaya yönelik rehabilitasyon ortamlarıyla desteklenmesi gerektiği ve ülkemizde de bu yönde çok daha fazla adımlara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

2017 yılındaki verilerde bazı illerde görülen iyileşmelerin tüm yurttaki yaygınlaştırılmasının, bu alanda yapılan güzel uygulamaların desteklenmesi noktasında yapılacak faaliyetlerin hem bireylerin ruh sağlığına hem de ülke ekonomisine ciddi katkılarının olacağı aşikârdır.

Verilerin ilden ile ve bölgeden bölgeye farklılık göstermesinin sosyolojik, siyasi, ekonomik ve kültürel birçok sebebi olabilir. Bölgesel ölçekte yaşanan doğal afetler, ulusal anlamda yaşanan toplumsal olaylar hem bireysel hem de toplumsal ruh sağlığını doğrudan etkilemesi mümkündür.

İller bazında ortaya çıkan farklılıkların sosyolojik, kültürel, ekonomik taraflarıyla detaylı şekilde araştırılması, 2018 ve sonraki yıllar için benzer araştırmaların yapılarak

sonuçların değerlendirilmesi, 2. ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarındaki verilerin de ayrıca araştırılması ve değerlendirilmesi önerilmektedir.

Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu dışında ilaçları başka kamu kurumları tarafından finanse edilen göçmenler, tutuklu ve hükümlüler, askeri birliklerdeki er ve erbaşlar özelinde de benzer çalışmaların yapılarak Türkiye Ruh Sağlığı Profili'ne katkı yapılması önerilmektedir.



6. KAYNAKLAR

- Abraham KM. Miller CJ. Birgenheir, DG. Lai, Z. ve Kilbourne, AM. Self-efficacy and Quality of Life among People with Bipolar Disorder. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 2014; 202(8): 583–588.
- Achtyes E. Simmons A. Skabeev A. Levy N. Jiang Y. Marcy P. Weiden, PJ. Patient preferences concerning the efficacy and side-effect profile of schizophrenia medications: a survey of patients living with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 2018;18:292.
- Adewuya AO. Owoeye OA. Erinfolami AR. Coker A. Ogun OC. Okewole AO. ve ark. Prevalance and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. *General Hospital Psychiatry*, 2009; 31:167-174.
- Ağartan T. Health Sector Reform in Turkey: Old Policies New Politics. In ESPANET Young Researchers Workshop, April 2005; 7-10, 2005.
- Aikens JE. Nease DE. Nau DP. Klinkman MS. Schwenk TL. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Annals of Family Medicine*, 2005; 3(1):23-30
- Akarsu S. Erdem, M. Bolu A. Günay H. Garip B. Ak M. Zincir S. Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2012;54: 279-283
- Akdağ R. Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. Akdur, R. (1999). Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları. Ankara: TUBA Yayınları. 2010
- Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008.
- Akdemir D. Bipolar affektif bozukluğun nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergis*, 2002; 9(2): 2002

- Akdeniz F. Bipolar bozukluk. İçinde, Karamustafalıoğlu, KO. Temel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018; p. 288
- Akın A. Türkiye’de Nüfus, Doğum Kontrol Yöntemi ve İsteyerek Düşüklere Yönelik Politikalar: Nedenleri ve Sonuçları. Toplum ve Hekim, 2012; 27, 323-336.
- Akıncıgil A. Bowblis JR. Levin C. Walkup JT. Jan S. Crystal S. Adherence to antidepressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression. Medical Care, 2007;45(4):363-369.
- Akkin C. Eğrilmez S. Afrashi F. Renklerin insan davranış ve fizyolojisine etkileri. Türk Oft. Gaz. 2004; 33: 274-282. 48
- Akman M. Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2014; 18(2): 70-78.
- Aksayan S. Gözüm S. Olumlu sağlık davranışının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik(Kendini Etkileme) Algısının Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998; 2(1): 35-41.
- Aksoy A. ve Kelleci M. Bipolar Hastalarda İlaç Uyumu: Stresle Başetme ve Sosyal Destekle İlişkisi. Düşünen Adam TheJournal of Psychiatry and Neurological Sciences, 2016; 29(3): 210-218.
- Aktürk Z. Set T. Erdal M. ve Khan AS. Türkiye’de 2008-2011 Yılları Arasında Aile Hekimlerinin TAHUD, Özlük Hakları ve Sevk Zinciri Hakkındaki Görüşleri: Zamanla Neler Değişti? Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care, 2013; 7(1), 1-6.
- Alataş G. Kurt E. Alataş ET. Bilgiç V. Karatepe HT. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. Düşünen Adam, 2007; 20(4), 196-205.
- Alazri M. Heyword P. Neal RD. ve Leese B. Continuity of Care, Literature Review And Implications. Sultan Qaboos University Medical Journal, 2007; 7(3), 197- 206
- Albal E. Kutlu Y. The Relationship between the depression coping selfefficacy level and perceived social support resources. Journal of Psychiatric Nursing, 2010; 1(3):115-120
- Alonso J. Angermeyer MC. Bernert S. Bruffaert R. Brugha TS. Bryson, H. ve Ark. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004; 109 (420): 21–27

- Amaresha AC. Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: an overview, *Indian Journal of Psychological Medicine*, 2012; 34(1):12-20
- American Psychiatric Association Historical evolution of day treatment. *Psychiatric Services*, 1995; 46(10): 1019-1026.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159(1), 1-50.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. (E. Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği: 2014; 63-91
- Amuk T. Varma G. Oğuzhanoğlu NK. Ateşçi F. Şizofrenide cinsiyet ve başlangıç yaşının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004; 5: 101-106
- Angermeyer MC. Kühn L. Goldstein JM. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 1990;16(2):293-307.
- Angst J. Paksarian D. Cui L. Merikangas KR. Hengartner MP. AjdacicGross V. ve Rössler W. The Epidemiology of Common Mental Disorders Fromage 20 to 50: Results from The Prospective Zurich Cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2016;25(1), 24–32.
- Angst J. The bipolar spectrum. *British Journal of Psychiatry*, 2007;190:189-192, Erişim:18.11.2018, doi:10.1192/bjp.bp.106.030957
- Antonio PD. Relationships, Reality, and Reciprocity with Therapeutic Environments: A Historical Case Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2004;18(1), 11-16.
- Arkan B. Üstün B. Elektrokonvülsif tedavi'de (EKT) hemşirelik uygulamaları. *C.Ü. Hemşirelik Dergisi*, 2008;12(3): 43-51.
- Arnold LM. Gender differences in bipolar disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2003;26:595-620.
- Arslantaş H. Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012; 13:8-15
- Avcil C. Bulut H. Sayar G. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016; 2(2):175-202 98
- Awofeso, N. What Is The Difference Between 'Primary Care And Primary Healthcare? Quality in Primary Care, 2004; 12: 93–94.

- Ayano G. Bipolar Disorder: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of Literatures. *SOJ Psychology*, 2016; 3(1), 1-8.
- Ayano G. Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research*, 2016; 3(2):1026.
- Aydın, E. Aydın, E. Balaban, ÖD. Yumrukçal, H. Erkıran, M. (2018). İlaç Tutumu Ölçeği-10'un Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 55: 238-242
- Aykut DS. Şizofreni hastalarında hastalık süresinin klinik özelliklere etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2017; 20:301-307.
- Aylaz R. Kılınç, G. The relationship between treatment adherence and social support in psychiatric patients in the east of turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2017; 31:157-163.
- Aytekin S. Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamasının Harcamalar Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012; 9, 33-44.
- Balcıoğlu İ. Depresyonun Etyopatogenezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 1999.
- Baldessarini RJ. Perry R. Pike J. (). Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 2008; 23: 95–105.
- Balıkçı A. Bolu A. Akarsu S. Koçak N. Erdem M. Aydemir E. Uzun Ö. Türkiye'de bir üniversite hastanesinde 2006-2011 yılları arasında elektrokonvülsif tedavi uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 1995; 14:340-346
- Ball SL. Greenhalgh J. ve Roland M. Referral Management Centres As a Means of Reducing Outpatients Attendances: How Do They Work And What Influences Successful Implementation And Perceived Effectiveness? *BMC Family Practice* 2016;17, 37.
- Bandura A. On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy. Revisited. *Journal of Management*, 2012; 38(1): 9-44.
- Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education&Behavior*, 2004; 31 (2):143-164.

- Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 1993;28(2):117-148
- Barker P. And Rolfe G. Therapeutic nursing care in acute psychiatric wards: engagement over control. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2000; 7: 179-184.
- Barker P. Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study, *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2001;8: 173-188.
- Barkhof E. Haan L. Carin J. Meijer, CJ. Fouwels AJ. Ireneus PM. Motivational Interviewing in Psychotic Disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 2006; 2(2): 207-213.
- Barnes D. Eribes C. Juarbe T. Nelson M. Proctor, S. Sawyer Primary Health Care and Primary Care: A Confusion of Philosophies. *Nursing Outlook*, 1995; 43(1): 7-16.
- Başak O. Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2007; 11(3): 135-139.
- Başer DA. Kahvec R. Koç EM. Kasım İ. Şencan İ. ve Özkara, A. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Medical Journal*, 2015; 15(1): 26-31.
- Baştuğ G. Karancı N. The impact of caregivers' expressed emotion and the patients' perception of expressed emotion on the positive and negative symptoms of patients with schizophrenia in a sample from Turkey. *The Journal of Psychiatry and Neurological Science*, 2015; 28:127-139.
- Bauer M. Pfennig A. (). Epidemiology of Bipolar Disorders. *International League Against Epilepsy*, 2005;4: 8-13.
- Baykan Z. Çetinkaya F. Naçar M. Kaya A. ve Işıldak MÜ. Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları Ve İlişkili Faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2014;18(3), 122-133.
- Baytunca MB. Aydın R. ve Eremiş, S. Bipolar Bozukluğun Genetik Altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 2014;1(2), 49-53.
- Beach SR. Wamboldt MZ. Kaslow NJ. Heyman RE. Reiss D. (). Describing relationship problems in Dsm-V: toward better guidance for research and clinical practice. *Journal of Family Psychology*, 2006; 20 (3):359-368.

- Beasley W. Starfield B. Well CV. Rosser WW. ve Haq CL. Global Health and Primary Care Research. *Journal of Applied Biomaterials & Functional Materials*, 2007;20, 518-526.
- Bell DS. Straus GS. Wu S. Chen A. Hm ve Kushel MB. (). Use of an Electronic Referral System to Improve the Outpatient Primary Care–Specialty Care Interface Final Report 2012; 11(12): 0096
- Belli H. Özçetin A. Ertem Ü. Alpay E. Bahçebaşı T. Kıran ÜK. Baykız AF. Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8:102-112
- Berger A. Edelsberg J. Sanders KN. Alvir JM. Mychaskiw MA. Oster G. Medication adherence and utilization in patients with schizophrenia or bipolar disorder receiving aripiprazole, quetiapine, or ziprasidone at hospital discharge: A retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2012
- Berget B. Ekeberg Q. Braastad BO. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2007; 4(9):2-7.
- Bersun OE. Soykan Ç. Soykan A. Ünlüoğlu G. Dışavurulan duygulanım ölçeği : Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1993; 8(29):10-15
- Bertrando P. Beltz Z. Bressi C. Clerici M. Farma T. Invernizzi G. Cazzullo CL. Expressed emotion and schizophrenia in Italy A study of an urban Population, *British Journal of Psychiatry*, 1992; 161: 223-229
- Biggin Moylan L. Physical restraint in acute care psychiatry: A humanistic and realistic nursing approach. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 2009; 47(3): 41.
- Binbay T. Ulaş H. Alptekin K. Şizofreni epidemiyolojisine Türkiye'den katkı yapmak: Nasıl ve Neden?. *Klinik Psikiyatri*, 2010; 13:9-15
- Binbay T. Alptekin K. Elbi H. Zağlı N. Drukker M. Tanık FA. İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2012; 23(3), 149-160.

- Binbay T. Alptekin K. Elbi H. Zağlı N. Drukker M. Tanık FA. Özkınay F. Onay H. OS JV. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012; 23;1-12
- Binbay T. Ulaş H. Elbi H. Alptekin A. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi; Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21:1-14
- Blanchard JJ. Park SG. Catalano LT. Bennett ME. Social affiliation and negative symptoms in schizophrenia: Examining the role of behavioral skills and subjective responding. *Schizophrenia research*, 2015; 168(1), 491-497.
- Bobo WV. The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. *Mayo Clinic Proceedings*, 2017; 92(10): 1532-1551.
- Bolwig TG. Historical aspects of Danish psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2012; 66(1): 5-13.
- Boothby MRT. Salmon P. Öz Yeterlilik ve Hemodiyaliz Tedavisi: Nitel ve Nicel Bir Yaklaşım, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013;24(2): 84-93
- Bourdon, KH. Rae, DS. Locke, BZ. Narrow, WE. Regier, DA. (1992). Estimating the Prevalence of mental disorders in U.S. adults from the epidemiologic catchment area survey. *Public Health Reports*, 107(6):663-668
- Bovenkamp HM. ve Trappenburg, MJ. The relationship between mental health workers and family members. *Patient Education and Counseling*, 2010; 80:120- 125.
- Brown GW. Birley JLT. Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A Replication. *British journal of Psychiatry*, 1972;121:241- 258.
- Brown M. Bussel J. Medication adherence: who cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 2011; 86(4): 304-314. 101
- Brunt D. Rask M. Patient and staff perceptions of the ward atmosphere in a Swedish maximum-security forensic psychiatric hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 2005;16(2), 263-276. 53
- Brus H. Laar MV. Taal E. Rasker J. Wiegman O. Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations. *Patient Education and Counseling*, 1999; 36: 57-64

- Bulteau S. Bronnec MG. Yves Bars P. Jules laforgue E. Etcheverrigaray F. Christophe Loirat J. Vigneau CV. Marie Vanelle J. Sauvaget A. Bipolar disorder and adherence: implications of manic subjective experience on treatment disruption. *Patient Preference and Adherence*, 2018; 12: 1355–1361.
- Butler AC. Chapman JE. Forman EM. ve Beck AT. The Empirical Status Of Cognitive Behavioral Therapy: A Review Of MetaAnalyses. *Clinical Psychology Review*, 2006; 26(1): 17-31. 74.
- Butterworth T. & Faugier J. *Clinical supervision and mentorship in nursing*. Springer. published by Chaplinn& Hall,London, 2013; 1-50, 61-65.
- Butzlaff RL. Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 1998; 55: 547-552
- Can G. Mısır E. Küçükçoban O. Binbay T. Alptekin K. Şizofreni Etiyolojisi İçinde: Karamustafalıoğlu, KO.Temel ve Klinik Psikiyatri, Güneş Tıp Kitabevleri; 2018; 217-234
- Cangöl E. Şahin NH. Emzirmenin Desteklenmesinde Bir Model: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmeler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2017; 14 (1): 98-103.
- Cardenas V. Abel S. Bowie CR. Tiznado D. Depp CA. Patterson TL. When functional capacity and real-world functioning converge: The role of self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 2013;39(4): 908–916.
- Catty J. Winfield H. Clement S. The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007; 116(4): 238-252.
- Chakrabarti S. Treatment-Adherence in Bipolar Disorder: A PatientCentred Approach. *World Journal of Psychiatry*, 2016; 6(4): 399-409.
- Chan BTB. ve Austin BC. Patient, Physician, and Community Factors Affecting Referrals to Specialists in Ontario, Canada. *Medical Care*, 2003;41(4): 500-511.
- Chan SWC. Yip B. Tso S. Cheng BS. Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 2009; 75(1): 67-76.

- Chanut F. Brown TG. Donguier M. "Motivational Interviewing and Clinical Psychiatry". *Canadian Journal of Psychiatry*, 2005; 50(11): 715–721.
- Chaudhari B. Saldanha D. Kadiani A. Shahani R. Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia, *Industrial Psychiatry Journal*, 2017;26(2): 215–222.
- Chaudhury S. Tikka SK. Bakhla AK. Impact of substance use disorder on presentation of schizophrenia. *iMedPub Journals*, 2016;1(2):1-7.
- Chen AM. Yehle KS. Albert NM. Ferraro KF. Mason HL. Murawski MM. Relationships Between Health Literacy and Heart Failure Knowledge, Self-Efficacy and Self-Care Adherence. *Research in Social and Administrative. Research in Social Administrative Pharmacy*. 2013; 10(2): 378-386.
- Cheng LY. Chan S. Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. *Western journal of nursing research*, 2005;27(5): 583-599.
- Chiang KJ. Tsai JC. Liu D. Lin CH. Chiu HL. v Chou KR. Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Patients with Bipolar 69 Disorder: A meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Plos one*, 2017;12(5), 1-19.
- Chien WT. Mui JH. Cheung EF. Gray R. Effects of Motivational Interviewing-Based Adherence Therapy for Schizophrenia Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Trials*. 2015.
- Chien WT. Wong KF. A family psychoeducation group programme for Chinese people with schizophrenia in Hong-Kong. *Psychiatric Services*, 2007;58: 1003-1006.
- Christudas MJ. Gupta BS. Undela K. Isaac NM. Ram D. Ramesh M. Assessment of impact of Pharmacophilia and Pharmacophobia on Medication 102 Adherence in Patients with Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Pharmacology*, 2016; 48:701-705.
- Cia AH. Stagnaro JC. Gaxiola SA. Vommaro H. Loera G. Mediana-Mora ME. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2018;53:341–350.
- Cochran SD. Preventing Medical Noncompliance In The Outpatient Treatment of Bipolar Affective Disorders. *Journal Consult Clinical Psychology*, 1984;52(5): 873-878.

- Collom F. Vieta E. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı. (L.Tamam ve E. Özalp, Çev. Ed.). Ankara: Tuna Matbacılık. 2012.
- Colom F. Vieta E. Martinez-Aran A. Reinares M. Goikolea JM. Benabarre A. A Randomized Trial on The Efficacy of Group Psychoeducation in The Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Archives of General Psychiatry*, 2003;60(4): 402–407.
- Colom F. Vieta E. Sánchez-Moreno J. Palomino-Otiniano R. Reinares, M. Goikolea. JM. Group Psychoeducation for Stabilised Bipolar Disorders: 5-Year Outcome of A Randomised Clinical Trial. *British Journal of Psychiatry*, 2009;194(3):260–265.
- Colom F. Vieta E. Sanchez-Moreno J. Palomino-Otiniano R. Reinares M. Goikolea, JM. Martinez-Aran A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2009;194(3), 260-265.
- Conner M. Norman P. (Editör). *Predicting Health Behaviour* (2. Baskı). Open University Press, 2005.
- Coopersmith S. A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1959;59: 87–94.
- Copeland LA. Zeber JE. Salloum IM. Pincus HA. Fine MJ. Kilbourne AM. Treatment Adherence and Illness Insight in Veterans with Bipolar Disorder. *Journal Nervous Mental Disorder*, 2008; 196(1): 16-21.
- Cramer J. Rosenheck R. Compliance With Medication Regimens For Mental And Physical Disorders. *Psychiatric Services*, 1998; 49(2):196-201.
- Creary L. Yen E. (). *Urban Family Medicine*. S. K. Rothschild (Ed.). Primary Care Team New York: Springer. 1987; 135-138.
- Culver JL. Arnow BA. Ketter TA. Bipolar Disorder: Improving Diagnosis and Optimizing Integrated Care. *Journal Clinical Psychology*, 2007;63(1): 73–92.
- Cutler C. Self-Efficacy and social adjustment of patients with mood disorder. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 2005;11(5): 283-289.
- Cutler CG. Self-Efficacy and Social Adjustment of Patients with Mood Disorder. *Journal American Psychiatric Nurses Association*, 2005;11(5), 283-289.

- Çağlar A. Şizofreni tanısı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, 2018.
- Çam O, Dülgerler Ş. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde tedavi edici temel araçlar: ortam ve iletişim, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Bakım Sanatı,1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014;157-178.
- Çam O. Çuhadar D. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011;2(3):136-140
- Çelik FH. Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Journal Of Contemporary Medicine, 2016;6(1): 51-66
- Çelik Y. Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2006; 9(1): 19-37.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 2011;66(3): 55-92.
- Çetinkaya Duman, ZÇ. İnan FŞ. Moursel G. Çakar H. Fakültesi, DEÜH. Kliniği, D. EÜP. Psikiyatri Kliniğinde Refakatçi Uygulamasına Yönelik Hasta Yakınlarının ve Sağlık Profesyonellerinin Görüşleri. Journal of Psychiatric Nursing, 2015;6(2), 79-84.
- Çiçeklioğlu M. . Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesinde Bir Yaklaşım Girişimi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 1997,
- Çobanoğlu ZSÜ. Aker T. ve Çobanoğlu N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. Düşünen Adam, 2003;16(4): 211-218.
- Çobanoğlu ZS. Aker T. Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam Dergisi, 2003;16(4): 211-218
- Çokluk Ö. Şekercioğlu G. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik. SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi, 2010.
- Çöl SE. Çayköylü A. Karakaş UG. Uğurlu M. Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar 1 disorder during prophylaxis: 103 study from Turkey. General Hospital Psychiatry, 2014; 36:208-213.

- Delaney KR. Johnson ME. Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses what is important to staff?. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2014;20(2): 125-137.
- Demir M. Yıldız M. Batmaz S. Semiz M. Songur E. Çakmak S. Demir O. Expressed Emotion in panic disorder: Relationship with demographic and clinical variables and quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*: 2016; 62 (4): 394-399.
- Demirel Y. Sağlık Hizmetlerinde Sağlıklı İletişim. *Sağlıklı İletişim Teknikleri*. Ankara. Akademisyen Kitapevi, 2016.
- Demirkol ME Tamam L. Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016; 8(1): 85-93.
- Demirkol ME. Tamam L. Evlice, YE. Karaytuğ, MO. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Cukurova Medical Journa*, 2015; 40(3):555-568.
- Demirkol ME. Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016;8 (1):85-93.
- Deniz H. İlnem C. Yener F. Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 1998; 11(3):5-15.
- Dep S. Thomas M. Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2001; 45(6):495-505
- Dığrak E. Koçoğlu D. Akın B. Kırsal bir bölgedeki yetişkinlerde ruhsal sorunların belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014;5(3):122-128
- Dick DM. Foroud T. Flury L. Bowman ES. Miller MJ. Rau NL. Genomewide linkage analyses of bipolar disorder: A New sample of 250 pedigrees from the National Institute of Mental Health Genetics Initiative. *The American Society of Human Genetics*, 2003; 73:107–114.
- Dicle AN. Motivasyonel Görüşme: Öğeler, İlke ve Yöntemler. *Journal of Social And Humanities Sciences Research*. 2017; 4(15): 2043-2053.
- Dijkstra K. Pieterse M. Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 56(2): 166-181.

- Dikeç G. Kutlu Y. Effectiveness of Adherence Therapy for People With Schizophrenia in Turkey: A Controlled Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2015; 30(2): 249-256.
- Dikeç G. Kutlu Y. Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015; 6(1), 40-46.
- Dikici MF. Kartal M. Apltekin S. Çubukçu M. Ayanoğlu AS. Yarış F. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2007; 27: 412-418.
- Drapeau S. Saint-Jacques M. Le'pinia R. Be'gin G. Bernard G. Processes That Contribute to Resilience Among Youth in Foster Care. *Journal of Adolescence*, 2007; 30(6): 977-999.
- Duman ZÇ. Bademli K. Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5(1):78-94.
- Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluklar.İçinde, Çam, O. Engin, E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Bakım Sanatı: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014; 411-447
- Ebrinç S. Çetin M. Başoğlu C. Ağargün MY. Seçil M. Can S. Çobanoğlu N. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2(1):5-14
- Eckman TA. Liberman RP. Phipps CC. Blair KE. Teaching Medication Management Skills to Schizophrenic Patients. *Journal Clinical Psychopharmacol*, 1990; 10: 33-8.
- Elbek O. Adaş EB. Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 2009;12:33-44.
- Elbozan B. Kaya B. Yalvaç D. Emul HM. Kaya M. Ünal S. Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003; 4:167-17
- Emet M. Uzkeser M. Aslan Ş. Sarıtaş A. Aköz A. Sevk Zinciri Protokolüne Uymayan Hastalar, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2008; 7(1): 13-17.
- Engin E. Çuhadar D. Bipolar Bozukluk. İçinde: Çam, O. Engin, E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi; 2014; 367-391

- Engin E. Çuhadar D. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. Bakım Sanatı. (O. Çam. E. Engin, Çev. Ed.). Bipolar Bozukluk. İstanbul: Tıp Kitapevi, 2014.
- Erci B. ve Tuncel, Ş. (1991). Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara Üniversitesi Tıp Bülteni, 23(3): 181-187.
- Ergün G. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açıları, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- Eroğlu MZ. Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010; 2(2), 206-236.
- Ertan T. Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. Türkiyede Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dzini, 2008; 62: 25-30.
- Ertem, M. Duman, Z. Ruhsal hastalık tanılı bireylerde tedaviye uyum ve aile. Türkiye Klinikleri Dergisi, 2018;4(1):54-59
- Ervatan S. Özel A. Türkçapar H. Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2003; 6:5-11
- Eticha T. Teklu A. Ali D. Solomon G. Alemayehu A. Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia, 2015.
- Evlice YE. Tamam L. Elektrokonvülsif Tedavi, İçinde: Köroğlu, E. Güleç, C. Psikiyatri Temel Kitabı (2. Baskı), Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 2007; 718-719
- Fortune T. Fitzgerald MH. The challenge of interdisciplinary collaboration in acute psychiatry: Impacts on the occupational milieu. Australian Occupational Therapy Journal, 2009;56(2): 81-88.
- Frauenfelder F. Müller-Staub M. Needham I. Achterberg TV. Nursing interventions in inpatient psychiatry. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2013;20(10): 921-931.
- Fussinger C. Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II. History of psychiatry, 2011;22(2):146-163.
- Gaudiano B.A. Weinstock LM. Miller IW. Improving Treatment Adherence in Bipolar Disorder: A Review of Current Psychosocial Treatment Efficacy and Recommendations for Future Treatment Development. Behavior Modification. 2008;32(3): 267-301.

- Gaudio BA. Weinstock LM. Miller IV. Improving Treatment Adherence in Patients with Bipolar Disorder and Substance Abuse: Rationale and Initial Development of a Novel Psychosocial Approach. *Journal of Psychiatric Practice*, 2011; 17(1): 5–20.
- Geller JL. A history of private psychiatric hospitals in the USA: From start to almost finished. *Psychiatric Quarterly*, 2006;77(1): 1-41. 49
- Gerdner LA. Buckwalter KC. Reed D. Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nursing Research*, 2002;51(6): 363-374.
- Gerolamo AM. An exploratory analysis of the relationship between psychiatric nurses' perceptions of workload and unit activity. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2009;23(3): 243-250.
- Giralomo G. Dagani J. Purcell R. Cocchi A. Mcgorry PD. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2012;21(1):47-59.
- Glasgow IK. Deljoni D. Bakker D. Self-Referral In A Gatekeeping System: Patients' Reasons For Skipping The General-Practitioner, *Health Policy*, 1998;45, 221-238.
- Glick ID. Stekoll AH. Hays S. The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2011;31(1):82-85
- Golcman AA. The Experiment of the therapeutic communities in Argentina: the case of the hospital Estévez. *psychoanalysis and history*, 2012;14(2), 269-284.
- Goodyear M. Hill TL. Allchin B. McCormick F. Hine R. Cuff R. O'Hanlon B. Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2015;24(2), 169-180.
- Gotlib, I. H. & Meltzer, S. J. (1987). Depression and the perception of social skill in dyadic interaction. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 41-53.
- Gray R. Bressington D. Ivanecka A. Hardy S. Jones M. Schulz M. Is Adherence Therapy An Effective Adjunct Treatment For Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders? A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 2016; 6(16): 1-12.

- Gray R. Leese M. Bindman J. Becker T. Burti L. David A. Adherence Therapy For People With Schizophrenia. European Multicentre Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 2006; 189, 508–514.
- Gray R. White J. Schulz M. ve Abderhalden C. Enhancing Medication Adherence in People with Schizophrenia: An International Programme of Research. *International Journal Mental Health Nursing*, 2010; 19(1), 36–44. 96.
- Gray R. Adherence Therapy; Working to Gether to Improve Health. A Treatment Manual for Health Care Workers. University Of East Anglia, United Kingdom, 2006.
- Green J. Inpatient psychiatry units. *Archives of Disease in Childhood*, 1992; 67(9): 11-20.
- Grembowski DE. Cook K. Patrick DL. Roussel EA. Managed Care and Referral. *Medical Care Research and Review*, 1998; 55(1): 3-31.
- Gross R. Sasson Y. Zarhy M. Zohar J. Healing Environment in Psychiatric Hospital Design. *General Hospital Psychiatry*, 1998; 20: 108-114.
- Gutierrez C. Scheid P. The History of Family Medicine And It's Impact In Us Health Care Delivery. In *Primary Care Symposium*, University of California, San Diego, CA, May Vol. 2002;29.
- Güldal D. Günvar T. Mevsim V. Kurtoğlu E. ve Yıldırım E. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri İle Uyuşmakta mıdır? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2012; 16, 107-112.
- Gülseren L. Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002;13(2), 143-151
- Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002;13(2):143-151
- Gültekin A. Özdemir A. Kavak F. Determination of Compliance to Treatment of Schizophrenia Patients in Turkey. *Austin Journal of Nursing & Health Care*, 2018;5(1):41-47.
- Gültekin BK. Kesebir S. Tamam L. Türkiye’de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014;6(2):199-209.
- Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010;2(4):583-594.

- Gümüş F. Buzlu S. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2018;26(2):131-139.
- Gümüş F. Buzlu S. akir S. Effectiveness of İndividual Psychoeducation on Recurrence in Bipolar Disorder; A Controlled Study. Archives of Psychiatric Nursing, 2015;29(3), 174–179.
- Günaydın D. Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 2011;60:323-365.
- Güz H. şizofreni ve Cinsiyet: başlangıç yaşı ve sosyodemografik özellikler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2000;3:27-33
- Haggerty LJ. Reid RJ. Freeman GK. Strafield BH. Adair CE. McKendry R. Continuity of Care: A Multidisciplinary Review, British Medical Journal, 2003;327: 1219-1221.
- Hall K. Gibbie T. Lubman DI. Motivational İnterviewing Techniques: Facilitating Behaviour Change İn The General Practice Setting. Australian Family Physician, 2012;41(9): 660-667.
- Hallett N. Huber JW. Dickens GL. Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. Aggression and Violent Behavior, 2014;19(5): 502-514.
- Hamilton EB. Manias E. Rethinking nurses' observations: Psychiatric nursing skills and invisibility in an acute inpatient setting. Social Science&Medicine, 2007; 65, 331- 343.
- Happell B. Manias E. Pinikahana J. The role of the inpatient mental health nurse infacilitating patient adherence to medicationregimes. International Journal of Mental Health Nursing, 2002;11:251–259.
- Harkın S. Eker F. Effectiveness of Six-Week Psychoeducation Program on Adherence of Patients With Bipolar Affective Disorder. Journal of Affective Disorders, 2012;138(3):409–416.
- Hatipoğlu Z. Ana-baba bağlanmasının duygu dışavurumu üzerindeki etkisinin uyurturucu ve uyarıcı madde bağımlısı olan ve madde bağımlısı olmayan bireyler arasındaki farkı. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı 2018;107

- Hayhurst H. Cooper Z. Paykel ES. Vearnals S. Ramana R. Expressed emotion and depression. A longitudinal study. *The British Journal Of Psychiatry*, 1997;171:439-443.
- Hersen M. Himmelhoch JM. Thase ME. Bellack AS. Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 1984;15(1): 21-40.
- Hevey D. Smith M. McGee HM. Self-efficacy and health behaviour: A review, *The Irish Journal of Psychology*, 1998;19 (2-3):248-273
- Hogarty GE. Anderson CM. Reiss DJ. Kornblith SJ. Greenwald DP. Javna CD. Madonia MJ. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year 54 effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 1986; 43(7): 633-642.
- Holmes H. Ziembra J. Evans T. Williams CA. Nursing model of psychoeducation for the seriously mentally ill patient. *Issues in mental health nursing*, 1994;15(1): 85-104.
- Honig A. Hofman A. Rozendaal N. Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, 1997;72:17-22.
- Hooley C. JM. Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, 1994;23:849-880.
- Hooley JM. Orley J. Teasdale JD. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 1986;148:642-647
- Horne R. Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence totreatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998;47(6):555-567
- Houle J. Gascon-Depatie M. Bélanger-Dumontier G. Cardinal C. Depression Self-Management Support: A Systematic Review. *Patient Education Counselling*, 2013; 91(3), 271-279.
- Howard PB. El-Mallakh P. Rayens MK. Clark J. Consumer Perspectives on Quality of Inpatient Mental Health Services. *Archieves of Psychiatric Nursing*. 2003;17(5), 205-217.

- Hugtenburg, JG. Timmers, L. Elders, PJM. Vervloet, M. Dijk, LV. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Prefer Adherence*, 2013; 7: 675–682.
- Hui CLM. Chen EYH. Kan CS. Yip KC. Law CW. Chiu CPY. Antipsychotics adherence among out-patients with schizophrenia in Hong Kong. *Keio Journal of Medication*, 2006;55 (1): 9–14
- Hui CLM. Poon VWY. Ko WT. Miao HY. Chang WC. Lee EHM. Chan SKW. Lin J. Chen EYH. Risk factors for antipsychotic medication nonadherence behaviors and attitudes in adult –onset psychosis. *Schizophrenia Research*, 2016;174:144-149.
- Imison C. Naylor C. *Referral Management Lessons for Success, United Kingdom: The King’s Fund*, 2010.
- Işık E. Işık U. Çocuk, Ergen, Yetişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. . İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar. Ankara: Rota Tıp Kitapevi 325-382. 31.
- Bourin M. Bipolar Disorder is Now a More Common Disease to be Treated. *Theranostics Brain Disorder*, 2013;1(3):11-15.
- İbiloğlu AO. Çayköylü A. bipolar-1, bipolar-2 ve majör depresif bozuklukta ayrışan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011; 22(3):159-65 108
- İnem C. Çete T. Deniz H. Yener F. Şizofreni ve majör depresyonda yaşam olayları ile bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyi. *Düşünen Adam Dergisi*, 1998;11(4):12-20.
- Jack-Ide IO. Uys LR. & Middleton LE. Mental health care policy environment in Rivers State: experiences of mental health nurses providing mental health care services in neuro-psychiatric hospital, Port Harcourt, Nigeria. *International Journal of Mental Health Systems*, 2013;7(1), 1-9.
- Jansson JÅ. Johansson H. Eklund M. The Psychosocial Atmosphere in Community-Based Activity Centers for People with Psychiatric Disabilities: Visitor and Staff Perceptions. *Community mental health journal*, 2013;49(6): 748-755.
- Javadpour A. Hedayati A. Dehbozorgi GR. Azizi A. The Impact Of A Simple Individual Psycho-Education Program On Quality Of Life, Rate Of Relapse

- And Medication Adherence In Bipolar Disorder Patients. *Asian Journal Psychiatry*, 2013;6(3), 208–213.
- Jawad İ. Watson S. Peter M. Haddad PM. Talbot PS. ve McAllisterWilliams, R. H. Medication Nonadherence in Bipolar Disorder: A Narrative Review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 2018;8(12): 349–363.
- Jones J. Nolan P. Bowers L. Simpson A. Whittington R. Hackney D. Bhui K. Psychiatric wards: places of safety?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010;17(2), 124-130.
- Jongsma AE. Peterson LM. ve Bruce TJ. Bütün Ruh Sağlığı Hastalıkları İçin Yetişkin Psikoterapisi Tedavi Planlayıcısı. (M. Şahin, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. *Bipolar Bozukluk-DepresyonMani*. 2016;62-75:21-25.
- Jonsdottir H. Opjordsmoen S. Birkenaes AB. Simonsen C. Engh JA. Ringen PA, Vaskinn A. ark. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrca Scandinavica*, 2013;127: 23– 33.
- Jose M. Mendez M. Self-Efficacy And Adherence To Treatment: The Mediating Effects Of Social Support. *Journal of Behavior, Health & Social Issue*, 2016;7(2): 19-29
- Kalkan E. Fiziksel engelli bireylerde öz yeterlilik, öfke ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi 2018.
- Kalogianni, A. Factors affect in patient adherence to medication regimen. *Health Science Journal*, 2011;5(3):157-158
- Kamışlı S. Daştan L. Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri. *C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008;12(1): 45- 52.
- Kara N. Şizofrenide duygu dışavurumu: sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2014; 31:96-101
- Karamustafalıoğlu, N. Atalay, H. Atalay, F. Alpay, N. Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyet farklılıkları. *Düşünen Adam Dergisi*, 2000; 13 (1): 4-11.
- Karlin B.E. Zeiss R.A. Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices, 2006; 57(10), 1376-1378.

- Karno, M. Jenkins, JH. Selva, A. Santana, F. Telles, C. Lopez, S. Mintz, J. Expressed Emotion and Schizophrenic outcome among MexicanAmerican Families. *The Journal Of Nervous and Mental Disease*, 1987; 175(3):143-151
- Kayahan, B. Altıntoprak, E. Karabilgin, S. Öztürk, Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2003; 4:208-219.
- Kelleci, M. Ata, EE. (). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumluları ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011; 2(3):105-110
- Kemp, R. Hayward, P. Applewhaite, G. Everitt, B. ve David, A. Compliance Therapy in Psychotic Patients: Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal*, 1996; 312:345-9.
- Kennedy, N. Boydell, J. Kalidindi, S. Fearon, P. Jones, Pb. Van Os, J. Ve ark. Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *The American Journal of Psychiatry* 2005; 162:257-262.
- Kesebir, Ş. İnanç, L. Bezgin, ÇH. Cengiz, F. Kadınlarda bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5(2):220-231
- Kesgin, C. Topuzoğlu, A. Sağlığın tanımı; Başaçıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, 2006; 3:47-49
- Keskin, A. Ünlüoğlu, İ. Bilge, U. Yenilmez, Ç. Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi . *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50: 344-351/ DOI: 10.4274/Npa.y6522
- Kessler, RC. Amminger, P. Gaxiola, S. Alonso, J. Lee, S. Üstün, B. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion Psychiatry*, 2007; 20(4):359-364, 110
- Kessler, RC. Berglund, P. Demler, O. Jin, R. Koretz, D. Merikangas, KR. Rush, AJ. Walters, EE. Wang, PS. The epidemiology of majör depressive disorder, results from the national comorbidity survey replication. *Journal Of American Medical Association*, 2003; 289 (23):3095-3105
- Kessler, RC. Foster, CL. Saunder, WB. Stang, PE. Social consequences of psychiatric disorders: Educational Attainment. *American Journal Of Psychiatry*, 1995; 152:1026-1032

- Kessler, RC. McGonagle, KA. Zhao, S. Nelson, CB. Hughes, M. Eshleman, S. Wittchen, HU. Kendler, KS. Lifetime and 12- month prevalence of DSM 3-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 1994; 51:8-19
- Kışlak, Ş. Göztepe I. Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012; 3(2):27-46 DOI: 10.1501
- Kim, EY. Miklowitz, DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy . *Journal of Affective Disorders* 2004; 82: 343–352
- Kim, H.W. Salyers, M.P. Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals’ perspectives. *Community Mental Health Journal*, 2008; 44:337-345
- Klut, C. Xavier, S. Graça, J. Carreteiro, G. ve Melo, J. C. Department of Psychiatry, Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, EPE, Amadora, Portuga. Psychoeducation for Bipolar Disorders’ Patients: The “Porta Aberta” Programme, 2013; 231-236.
- KM. Miller, CJ. Birgenheir, DG. Lai, Z. Kilbourne, AM. Self efficacy and Quality of Life among people with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2014; 202(8):583–588.
- Knapp, M. Mangalore, R. Simon, J. (). The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30(2):279-293.
- Kocabıyık, A. Beştepe, E. Karşıdağ, Ç. Kükürt, R. Alpay, N. Bipolar bozuklukta duygu dışavurumunun relaps üzerine etkisi, *Düşünen Adam Dergisi*, 2005; 18 (1): 4-12 111
- Kocabıyık, A. Özer, D. Girgin, V. Atış, Y. Beştepe, E. Alpay, N. Bipolar bozuklukta duygu dışa vurumu ile ailelerin sosyodemografik verileri arasındaki ilişkiler. *Düşünen Adam Dergisi*, 2002; 15(2):77-84.
- Kocal, Y. Karakuş, G. Sert, D. Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi . *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017; 26(2):251-267.
- Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu ile İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.

- Kohlwes, S. *Governing Health, Transformations in The Turkish Health Care System*. Berlin: Department of Social Sciences HumboldtUniversität zu Berlin. 2014; 180
- Konrad, T. R. Link, C. L. Stackelton, R. J. Marceau, L. D. Von Dem Ksenebeck, O. Siegrist, J. vd. *It's About Time; Physicians' Perceptions of Time Constraints in Primary Care Medical Practice in Three National Healthcare Systems*. *Medical Care*, 2010; 48(2), 95-100.
- Korhonen, T. Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. M. *Do nurses support the patient in his or her role as a parent in adult psychiatry? : A survey of mental health nurses in Finland*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2010; 24(3), 155-167.
- Köroğlu, E. *Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. Ankara: HYB Basım Yayın. *Bipolar Bozukluk*, 2009; 117.
- Körpe G. *Plastik-Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Benlik Saygısı ve Hemşirelik Yaklaşımı*. *Sağlık Akademisi*, 2017; 2(3), 223-231
- Krauss, J. B. *Protecting the legacy: The nurse-patient relationship and the therapeutic alliance*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2000; 14(2), 49-50.
- Kringos, D. S. Boerma, W.G.W. Hutchinson, A. ve Saltman, R. B. *Building Primary Care In a Changing Europa. Case studies*. United Kingdom: WHO Regional Office for Europe, 2015,
- Kroneman, M. W. Maarsa, H. ve Zee, J. V. D. *Direct Access In Primary Care And Patient Satisfaction: A European Study*. *Health Policy*, 2006; 76, 72-79.
- Kupfer, DJ. Frank, E. Grochocinski, VJ. Cluss, PA. Houck, PR. Stapf, DA. *Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry*. *Journal of Clinic Psychiatry*, 2002; 63:120-125
- Laakso, L. J. *Motivational Interviewing: Addressing Ambivalence To Improve Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder*. *Issues in Mental Health Nurse*, 2012; 33(1), 8-14.
- Lağarlı, T. (). *Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2011.
- Lamarche, L. Tejpal, A. ve Mangin, D. *Self-Efficacy For Medicatio Management: A Systematic Review Of Instruments*. *Patient Preference and Adherence*, 2018; 12, 1279–1287.

- Lawn, J. E. Rohde, J. Rifkin, S. Were, M. Paul, V. K. ve Chopra, M. AlmaAta 30 Years On: Revolutionary, Relevant, And Time To Revitalise. *The Lancet*, 2008; 372, 917-927.
- Lawrence, P. Fulbrook, P. Somerset, S. ve Schulz, P. Motivational Interview to Enhance Treatment Attendance in Mental Health Setting: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Psychiatric Mental Health Nurse.*, 2017; 224(9-10), 699-718.
- Leahey, M. & Harper-Jaques, S. Family-nurse relationships: Core assumptions and clinical implications. *Journal of Family Nursing*, 1996; 2(2), 133-151.
- Leclerc, E. Mansur, RB. Brietzke, E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. *Journal of Affective Disorder*, 2013; 149:247-252.
- Leff, J. Vaughn, C. The interaction of life events and relatives' Expressed Emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 1980; 136:146-153
- Leff, J. Vaughn, C. The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: A Two-Year Follow-up. *British Journal Of Psychiatry*, 1981; 139:102-104.
- Leka, S. Hassard, J. & Yanagida, A. Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2012; 19(2), 123-131.
- Lieberman, M. D. Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annual Review Psychology*, 2007; 58, 259-289.
- Lin, EHB. Korff, MV. Katon, W. Bush, T. Simon, GE. Walker, E. Robinson, P. The role of the primary care physician in patients adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, 1995; 33(1): 67-74.
- Lingam, R. Scott, J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002; 105: 164-172.
- Linszen, DH. Dingemans, PM. Nugter, MA. Van Der Does, AJW. Scholte, WF. Lenior, MA. Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 1997; 23(1): 119-130,
- Little, P. Dorward, M. Greg, W. Stephens, K. Senior, J. ve Moore, M. Importance of Patient Pressure And Perceived Pressure And Perceived Medical Need For

- Investigations, Referral, And Prescribing In Primary Care: Nested Observational Study. *British Medical Journal*, 2004; 328(7437):444.
- Lysaker, P. H. Tsai, J. Yanos, P. ve Roe D. Associations of Multiple Domains of Self-Esteem with Four Dimensions of Stigma in Schizophrenia. *Journal Schizophrenia Research*, 2008; 98(1-3), 194-200.
- Maciejewski, PK. Prigerson, HG. Mazure, CM. Self efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 2000; 176:373-378
- Macinko, J. Starfield, B. ve Shi, L. The Contribution Of Primary Care Systems To Health Outcomes Within Organization For Economic Cooperation And Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 2003; 38, 831- 865.
- Macintyre, K. Lochigan, M. ve Letipila, F. Understanding Referral From Primary Care Clinics In Rural Kenya: Using Health Information Systems To Prioritize Health Services. *International Journal of Health Planning And Management*, 2003; 18: 23–39.
- Maçkalı, Z. Tosun, A. Bipolar Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3(4), 571-594.
- Magliano, L. Fiorillo, A. Fadden, G. Gar, F. Economou, M. Kallert, T. & Maj, M. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 2005; 4(1), 45.
- Mahoney J.S. Palyo N. Napier G. Giordano J. The Therapeutic Milieu Reconceptualized for the 21 st Century. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2009; 23(6), 423- 429.
- Mancini, MA. The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities. *Qualitative Social Work*, 2007; 6(1):49-74.
- Maneesakorn, S. Robson, D. Gournay, K. ve Gray, R. An RCT of Adherence Therapy for People with Schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16(7), 1302–1312.
- Man-van Ginkel, D. Janneke, M. Gooskens, F. Schuurmans, M. J. Lindeman, E. & Hafsteinsdottir, A systematic review of therapeutic interventions for

- poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19(23-24), 3274-3290.
- Margetic, BA. Jakovljevic, M. Ivanec, D. Tosic, G. Margetic, B. Novelty seeking and medication adherence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, , 2011; 186: 141-143.
- Marom, S. Munitz, H. Jones, PB. Weizman, A. Hermesh, H. Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 Years. *Schizophrenia Bulletin*, 2005; 31(3): 751–758.
- Marshall, T. ve Solomon, P. Confidentiality intervention: Effects on providerconsumer-family collaboration. *Research on Social Work Practice*, 2004; 14(1): 3-13.
- Masseria, C. Irwin, R. Thomson, S. Gemmill, M. ve Mossialos, E. Primary Care in Europe Policy Brief. European Commission Directorate-General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Unit E1-Social and Demographic Analysis, December 2009.
- McAndrew, S. Chambers, M. Nolan, F. Thomas, B. & Watts, P. (). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2014; 23(3), 212-220.
- Mccann, TV. Boardman, G. Clark, E. Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008; 15, 622–629
- McCrae, N. Resilience of institutional culture: mental nursing in a decade of radical change. *History of Psychiatry*, 2014; 25(1), 70-86.
- McDonald, HP. Garg, AX, Haynes, RB. Interventions to enhance patients adherence to medication prescription. *Journal Of American Medical Association*, 2002; 288(22):2868-2880
- McFarlane, W. R. Lukens, E. Link, B. Dushay, R. Deakins, S. A. Newmark, M. ... & Toran, J. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1995; 52(8), 679-687.
- McGrath, J. Saha, S. Chant, D. Welham, J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Mental Disorders Linked With Chronic Diseases*, (2015), 313(2):125.

- McIntosh , A. M. Conlon, L. Lawrie, S. M. ve Stanfield, A. C. Compliance Therapy For Schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006; 19, (3)
- McKenzie, K. ve Chang, Y.P. The Effect Of Nurse-Led Motivational Interviewing On Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2015; 51(1), 36–44.
- McKinstry, M. Handley, T. & Hall, I. Hospital placements: out of borough and out of step? When Maggie McKinstry, Tricia Handley and Ian Hall carried out a review of service provision in specialist hospital placements, they were disappointed to find many practices that keep clients on the margins of society. *Learning Disability Practice*, 2010; 13(5), 25-29.
- McWhinney, I. R. ve Freeman, T. *Textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press, 2009.
- Meleis, A. Community Participation And Involvement: Theoretical And Empirical Issues. *Health Service Management Research*, 1992; 5(1), 5-16. 181
- Menninger, R. W. The therapeutic environment and team approach at the Menninger Hospital. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1998; 52(6), 173-176.
- Meriç, M. Oflaz, F. Anksiyolitik ve Antidepresan kullanan hastaların sağlık inanç modeline dayalı tedaviyle ilgili düşüncelerinin tedaviyi bırakma ile ilişkisi . *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5):441-452
- Merikangas, K. R. Akiskal, H. S. Angst, J. Greenberg, P. E. Hirschfeld, R. M. Petukhova, M. ve Kessler, R. C. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2007 ; (64), 543-52.
- Merikangas, K. R. Jin, R. He, J. P. Kessler, R. C. Lee, S. Sampson, N. A. ve diğerleri . Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in The World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 2011; 68(3), 241–251.
- Merikangas, KR. Jin, R. He, JP. ve ark. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 2011; 68(3):241-251.
- Michalak, E. E. Yatham, L.N. ve Lam, R.W. Quality of Life in Bipolar Disorder: A Review of The literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2005; 3,72. 60

- Miklowitz, D. J. George, E. L. Richards, J. A. Simoneau, T. L. ve Suddath, R. L. A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in The Outpatient Management of Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2003; 60(9), 904–912.
- Miklowitz, DJ. Johnson, SL. Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *Clinic Psychology*, 2009; 16(2): 281–296.
- Miklowitz, DJ. The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar. *Current Directions Psychological Science*, 2007; 16(4): 192–196
- Mileva, V. R. Vázquez, G. H. ve Milev, R. Neuropsychiatric Disease and Treatment Effects, Experiences, and Impact of Stigma on Patients With Bipolar Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2013; 9, 31–40.
- Miller W.R, Rollnick S. What is Motivational Interviewing? *Motivational Interviewing*, Second Edition, New York, The Guilford Press, 58. Miller, W. R. Rollnick, 2002.
- Mistral, W., Hall, A. ve Mc Kee, P. Using Therapeutic Community Principles to Improve The Functioning of A High Care Psychiatric Ward in The UK. *International Journal Mental Health Nursing*, 2002; 11(1), 10–17.
- Mitchell, AJ. Selmes, T. (). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2007; 13: 336–346
- Mohammadi, MR. Akhondzadeh, S. Schizophrenia: Etiology and pharmacotherapy. *Drugs*, 2001; 4 (10):1167-1172
- Mojtabal, R. Olfson, M. Medication costs, adherence, and health outcomes among medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 2003; 22(4):220-228
- Mokgothu, M. C. Du Plessis, E. & Koen, M. P. The strengths of families in supporting mentally-ill family members. *curationis*, 2015; 38(1), 1-9.
- Moosa, M.Y.H. Jeenah, F.Y. ve Kazadi, N. Treatment Adherence. Department of Neurosciences, University of the Witwatersrand, 2007; 13(2), 40-44.
- Morgan, VA. Mitchell, PB. Jablensky, AV. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorders*, 2005; 7: 326–337

- Morisky, D. E. Green, L. W. Levine, D. M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, 1986, 24(1), 67-74
- Morken, G. Widen, JH. Grawe, RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 2008; 8:32.
- Morrison, J. Made Easy The Clinician's Guide To Diagnosis DSM- 5'i kolaylaştıran "Klinisyenler İçin Tanı Rehberi". (M. şahin, ev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. *Duygudurum Bozuklukları*, 2016, 108-171.
- Mualla S. Psychiatric services in Dubai (a short descriptive report). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2011;9(2): 219-225.
- Mueser, K. T. Bellack, A. S. Douglas, M. S. & Wade, J. H. Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research*, 1991; 37(3), 281-296.
- Muldoon, L. K. Hogg, W. E. ve Levitt, M. Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC) What is the Difference? *Canadian Journal of Public Health*, 2006; 97(5), 409-411.
- Mullins, CD. Obeidat, NA. Cuffel, BJ. Naradzay, J. LOebel, AD. Risk of discontinuation of atypical antipsychotic agents in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2008; 98:8–15.
- Ngui, AN. Vasiliadis, HM. Tempier, R. Factors associated with adherence over time to antipsychotic drug treatment. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2015; 3:3-9
- Nilsson, K.K. Jorgensen, C.R. Craig, T.K. Straarup, K.N. ve Licht, R.W. Self Esteem In Remitted Bipolar Disorder Patients: A Metaanalysis. *Bipolar Disorder*, 2010; 128(6), 585-592.
- Nivoli, AM. Pachiarotti, I. Rosa AR, Rapadovic, D. Murru, A. Valenti, M. Ve ark. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 2011; 133: 443-449.
- Novick, D. Haro, JM. Suarez, D. Perez, D. Dittmann, RW. Haddad, PM. Predictors and clinical consequences of nonadherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2010; 176: 109–113.

- Nuechterlein, KH. Miklowitz, DJ. Ventura, J. Gitlin, MJ. Stoddart, M. Lukoff, D. Classifying episodes in schizophrenia and bipolar disorder: Criteria for relapse and remission applied to recent-onset samples. *Psychiatry Research*, 2006; 144: 153-166.
- Nural, HS. Şizofreni hastalarının ailelerinde duygu dışavurum ile aile yükü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2002.
- O'Connor, EA. Whitlock, EP. Bell, TL. Gaynes, BN. Screening for depression in adult patients in primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Annals of Internal Medicine*, 2009; 151:793-803.
- O'Brien, L. & Cole, R. Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2004; 13(2), 89-99.
- Ocaktan ME. Özdemir, O. Akdur, R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 2004; 12 (2):63-73
- Oflaz F. Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortamı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7, 55-61.
- Olchanski, N. Myers, MM. Halseth, M. Cyr, PL. Bockstedt, L. Goss, TF. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical Therapeutics*, 2013; 35(4): 512-522
- Osterberg, L. Blaschke, T. Adherence to Medication. *The New England Journal Of Medicine*, 2005; 353:487-97.
- Otero, S. Hodes, M. Maternal expressed emotion and treatment compliance of children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2000; 42: 604-608
- Ögel, K. "Motivasyonel Görüşme Tekniği". *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 2009; 2 (2), 41- 44.
- Önal, AE. Tümerdem, Y. Arı, D. İstanbul Halkalı'da 40 yaş üstü nüfusta Beck Depresyon ölçeği ile depresyon prevalansının saptanması ve ölçeğin iç tutarlılığının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri*, 2001; 19(2):94-99
- Öncü, F. Hariri, A. Ceylan, ME. Ceylan, N. Yazan, B. Atipik Nöroleptikler. *Düşünen Adam Dergisi*, 1998; 11 (4): 21-29

- Öyekçin, DG. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9(1):39-43.
- Öz P. D. F. & Yılmaz, U. H. E. B. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2009; 16(3), 82-89.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: 2. Baskı. Mattek Matbaacılık. Benlik Kavramı, 2010; 68-89.
- Özbaş D. Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *İ.Ü.F.N.Hem.Derg.* 2011; 19(3), 187-193.
- Özbek, H. Ağargün, Y. Yeni Nesil Antidepresan İlaçlar ve Uyku Üzerine Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2001; 11:272-275
- Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim 2.Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2006; 104-107.
- Özcan Ö, ve Özçelik, G. Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi*, 2017; 3(2), 115-120.
- Özcan S, Abay, E. Bipolar bozukluğun genetiği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004; 5:163-178
- Özdemir, H. Taşçı, S. Motivasyonel Görüşme Tekniği ve Hemşirelikte Kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 1(1), 41-47.
- Özdemir, Ö. Doğan, O. Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015, 16: 85-94
- Özdemir, T. Tasarımda renk seçimini etkileyen kriterler. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2005; 14(2), 391-402.
- Özmen E. Ögel, K. Sağduyu, A. Boratav, C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13(1):23-32
- Özpulat, F. Özyeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 5(3): 37-44
- Öztürk, A. Psikiyatride Bireysel Savunma ve Agresyona Müdahale Teknikleri Eğitiminin Etkinliğini Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma: Bakırköy Örneği. *Archives Of Neuropsychiatry/Nöropsikiatri Arşivi*, 2012.
- Öztürk, M. Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Tuna Matbaacılık, Ankara, 2015.

- Öztürk, O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
- Özütek, ZS. Şizofrenide Aile Ve Hasta Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2005.
- Perry, A. Tarrier, N. Morriss, R. McCarthy, E. ve Limb, K. (). Randomised Controlled Trial Of Efficacy Of Teaching Patients With Bipolar 71 Disorder To Identify Early Symptoms Of Relapse And Obtain Treatment. *British Medical Journal*, 1999; 318(7177), 149–153.
- Peselow, E. D. Malavade, K. Lowe, R. S. & Glick, I. Historic and other treatments in psychiatry. *Primary Psychiatry*, 2008; 15(12), 42-49.
- Pınar, Ş. E. ve Tel, H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012; 3(2), 86-91
- Pinkham, A. E. Penn, D. L. Perkins, D. O. & Lieberman, J. (). Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2003; 160(5), 815-824.
- Pitkanen A. Hatonen H. Kuosmanen L. Valimaki M. Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45, 1598-1606.
- Price, A. L. ve Marzani G. R. Bipolar Disorders: A Review. *American Family Physician*, 2012; 85(5), 483-493.
- Quirk A. Lelliott, Seale C. Service Users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science&Medicine*, 2004; 59, 2573- 2583.
- Ragesh, G. Hamza, A. ve Chaturvedi, S. K. Nonadherence to Medications among Persons with Bipolar Affective Disorder A Review. *International Journal of Health Sciences&Research*, 2016; 6(6), 352-359
- Rahmani, F. Ebrahimi, H. Ranjbar, F. Razavi, S.S. ve Asghari, E. The Effect of Group Psychoeducation Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Mood Disorders: a Randomized Controlled Trial. *JCS Journal of Caring Sciences*, 2016; 5(4), 287–297.
- Rasoulynejad, S. A. Study of Self-Referral Factors in The Three-Level Healthcare Delivery System, Kashan, Iran, 2000. *Rural and Remote Health*, 2004; 4, 237.

- Rathbone G. Campling P. Psychotherapeutic approaches on acute wards. The Medicine Publishing Company Ltd. 2005; 4(5), 14-18.
- Reinares, M. Colom, F. Sánchez-Moreno, J. Torrent, C. Martínez-Arán, A. Comes, M. ve diğeri. Impact of Caregiver Group Psychoeducation on The Course and Outcome of Bipolar Patients in Remission. A Randomized Controlled Trial. *Bipolar Disorders*, 2008; 10(4), 511-519
- Rifkin, S. B. Muller, F. ve Bichmann, W. Primary Health Care: On Measuring Participation. *Social Science & Medicine*, 1988; 26(9), 931-940.
- Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Bodenheimer, T. Bernard Lo. ve Lawrence, C. Primary Care Physician Should Be Coordinators, Not Gatekeepers. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(21), 2045-2049.
- Rubak, S. Sandback A. Lautritzen, T. ve Christensen, B. Motivastional Interviewing: A Systematic and Meta-Analysis. *British Journal of General Practice*, 2005; 5, 305-312.
- Rummel-Kluge, C. Pitschel-Walz, G. Bäuml, J. & Kissling, W. Psychoeducation in schizophrenia—results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland, 2006.
- Saatçi, E. Bozdemir, N. Ve Akpınar E. Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2006; 10(2), 79-86.
- Sacco, WP. Wells, KJ. Vaughan, CA. Friedman, A. Perez, S. Mathew, R. Depression in adults with type 2 diabetes: the role of adherence, body mass index, and self-efficacy. *Health Psychology*, 2005; 24 (6):630-634.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (11.baskı), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2016.
- Sadock, B. J. Sadock, V. A. Ruiz, P. Kaplan&Sadock *Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. (A. Bozkurt, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2016.
- Saito-Tanji, Y. Tsujimoto, E. Taketani, R. Yamamoto, A. ve Ono, H. Effectiveness of Simple Individual Psychoeducation for Bipolar II Disorder. *Case Reports in Psychiatry*, 2016;1-4.

- Sajatovic, M. Chen, P. Dines, P. L. ve Shirley E. Psychoeducational Approaches to Medication Adherence in Patinet with Bipolar disorder. *Dis Manege Health Outcomes*, 2012; 15(3), 181-192.
- Sajatovic, M. Valenstein, M. Blow, FC. Ganoczy, D. Ignacio, RV. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2006; 8: 232–241
- Sajatovic, M. Levin, J. Casiano, EF. Cassidy, KA. Tatsuoka, C. Jenkins, JH. Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorders who are poorly adherent with medication. *Comprehensive Psychiatry*, 2011; 52:280-287.
- Saka, MC. Özer, S. Uluşahin, A. Bipolar bozukluk bir yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12(4):283-292
- Salzmann-Krikson, M. Lützn, K. Ivarsson, A. B. & Eriksson, H. The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2008; 17(2), 98-107.
- Savaş, H.A. Unal, A. ve Vırıt, O. Treatment Adherence İn Bipolar Disorder. *Journal of mood disorders*, 2011; 1(3), 95-102.
- Savaş, HA. Aksoy, İ. Bipolar Bozuklukta Etyoloji: Çevresel risk, genetik, Nörobiyoloji ve Biyomarkerler .İçinde: Karamustafaloğlu, KO. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2018; 297.
- Savaş, HA. Ünal, A. Vırıt, O. Treatment Adherence in Bipolar Disorder. *Journal of Mood Disorders* , 2011; 1 (3):95-102.
- Savaşan, A. Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonu ilişkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2010; 13, 119-126.
- Saveanu, RV. Nemeroff, CB. Etiology of depression: Genetic and enviromental factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 2012; 35:51-71.
- Saydam, B. Sosyal psikiyatride ekip çalışması ve terapötik demokrasi. *Kriz Dergisi*, 1995; 2(1), 197-202.
- Schizophrenia Bulletin, 32(4), 765-775. Clarkin, J. F. Carpenter, D. Hull, J. Wilner, P. & Glick, I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services*, 2014; 49 (4): 531-533.

- Schmidt, S.J. Grunert, V.M. Schimmelmann, B.G. Lutter, F.S. Michel, C. Differences in coping, self-efficacy, and external control beliefs between patients at-risk for psychosis and patients with first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, 2014; 219:95-102,
- Schmutte, T. Flanagan, E. Bedregal, L. Ridgway, P. Sells, D. Styron, T. Davidson, L. Self-Efficacy and Self-Care: Missing Ingredients in Health and Healthcare among Adults with Serious Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 2009; 80:1-8.
- Schmutte, T. Flanagan, E. Bedregal, L. Ridgway, P. Sells, D. Styron, T. ve Davidson L. Self-Efficacy and Self-Care: Missing Ingredients in Health and Healthcare Among Adults with Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Quarterly*, 2009; 80(1), 1–8.
- Scholz, U. Dona, B.G. Sud, S. ve Schwarzer, R. Is General Self-Efficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 25 Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 2002; 3(18), 242-521.
- Schröder, A. Ahlström, G. & Larsson, B. W. (). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 2006; 15(1), 93-102.
- Schulz, M. Gray, R. Spiekermann, A. Abderhalden, C. Behrens, J. ve Driessen, M. Adherence Therapy Following an Acute Episode of Schizophrenia: A Multi-Centre Randomised Controlled Trial. *Schizophrenia Research*, 2013; 146(1-3), 59–63.
- Scott, J. Colom, F. Pope, M. Reinares, M. Vieta, E. The prognostic role of perceived criticism, medication adherence and family knowledge in bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 2012; 142: 72–76
- Scott, J. Colom, F. Popova, E. Benabarre, A. Cruz, N. Valenti, M. & Vieta, E. Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2009; 70(3), 378-386.
- Scott, J. Paykel, E. Morriss, R. Bentall, R. Kinderman, P. Johnson, T. ve diğerleri Cognitive-behavioural Therapy for Severe and Recurrent Bipolar Disorders: Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 2006; 188, 313–320.

- Segrin, C. Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20(3), 379-403.
- Sellwood, W. Tarrner, N. Quinn, J. Barrowclough, C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychological Medicine*, 2003; 33: 91–96.
- Semahegn, A. Torpey, K. Manu, A. Assefa, N. Tesfaye, G. Ankamah, A. Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders. *Systematic Reviews*, 2018; 7(10).
- Serna, MC. Cruz, I. Real, J. Gasco, E. Galvan, L. Duration and adherence of antidepressant treatment based on prescription database. *European Psychiatry*, 2010; 25:206-213.
- Sharac, J. McCrone, P. Sabes-Figuera, R. Csipke, E. Wood, A. & Wykes, T. (). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 2010; 47(7), 909-917.
- Shattell, M. M. Starr, S. S. & Thomas, S. P. Take my hand, help me out: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007; 16(4), 274-284.
- Shields, CG. Franks, P. Harp, JJ. McDaniel, SH. Campbell, TL. Development of the family emotional involvement and criticism scale (FEICS): Expressed emotion a self-report scale to measure. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1992; 18 (4):395-407 119
- Shon, KH. Park, SS. (). Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: The effects of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Medical Journal*, 2002; 43(5):579-589.
- Silverstein, C. M. Therapeutic interpersonal interactions: the sacrificial lamb?. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2006; 42(1), 33-41.
- Smith, D. Jones, I. Simpson, S. Psychoeducation For Bipolar Disorder. *Advances In Psychiatric Treatment*, 2010; 16(2), 147–154.
- Sofuoğlu, S. Turan, T. Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: Bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; 1(2):100-106

- Somers, J. ve Querée, M. Cognitive Behavioural Therapy: Core Information Document. Vancouver, BC: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. Retrieved from, 2007.
- Souto, V. T. Terra, M. G. Soccol, K. L. S. Mostardeiro, S. C. T. D. S. Xavier, M. D. S. & Teixeira, J. K. D. S. Care nursing team in patients family of perception psychiatric. Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007], 2015; 9(2), 910-917.
- Soyer, A. Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 2, 179-182.
- Soykan, A. Bipolar Bozuklukta Tedavi Uyumunu Arttırma Stratejileri. Journal of Mood Disorders, 2013; 3(1):9-10
- Soykan, A. Bipolar Bozuklukta Tedavi Uyumunu Arttırma Stratejileri. Journal of Mood Disorders, 2013; 3(1), 9-10.
- Söderback, I. Söderström, M. & Schäländer, E. Horticultural therapy: the 'healing garden' and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. Developmental Neurorehabilitation, 2004; 7(4), 245-260.
- Spohn, E. & Warinner, A. The public health nurse in preventive and therapeutic psychiatry. American Journal of Orthopsychiatry, 1951; 21(2), 285-291.
- Stanton, A. & Schwartz, M. The mental hospital. Basic books, New York. 174- 178.
- Sabancıogullari, S. & Tel, H. (2015). Information needs, care difficulties, and coping strategies in families of people with mental illness. Neurosciences Riyadh, Saudi Arabia, 1954; 20(2), 145-152.
- Starfield, B. Shi, L. ve Macinko, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health (Birinci Basamak Hizmetinin Sağlık Sistemlerine ve Sağlığa Katkısı). The Milbank Quarterly, 2005; 83, 457-502.
- Starfield, B. Is primary care essential? (Birinci Basamak Gerekli midir?). The Lancet, 1994; 344, 1129-1133.
- Starfield, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology, Oxford University Press. New York, 1998;184
- Staring, A. B. Van der Gaag, M. Koopmans, G. T. Selten, J. P. Van Beveren, J. M. Hengeveld, M. V. ve diğerleri. Treatment Adherence Therapy İn People With

- Psychotic Disorders: Randomised Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 197(6), 448–455.
- Stewart, D. Burrow, H. Duckworth, A. Dhillon, J. Fife, S. Kelly, S. & Bowers, L. Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International journal of Mental Health Nursing*, 2015; 24(1), 82-90.
- Strecher, VJ. De Vellis, BM. Becker, MH. Rosenstock, IM. The Role of selfefficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 1986; 13(1):73-91
- Stuart, G. W. Principles and practice of psychiatric nursing. elsevier health sciences. China, 2014; 1-150.
- Sweeney, B. The Referral System, Prevents Overmedicalisation And Keeps Costs Down. *British Medical Journal*, 1994; 309, 1180-1181.
- Sweileh, WM. Ihbeshe, MS. Jarar, IS. Sawalha, AF. Abu Taha, AS. Zyoud, SH. Morisky, DE. Antipsychotic Medication Adherence and Satisfaction Among Palestinian People with Schizophrenia. *Current Clinical Pharmacology*, 2012; 7:49-55
- Şahin Altun, Ö. Olçun, Z. Şizofreni hastalığında umut kavramı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2018; 5(1):107-112.
- Şencan, H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara. Seçkin Yayıncılık: 135-136. 122. Sherer M. ve Adams S.(1983). Construct Validation Of The Self-Efficacy Scale. *Psychological Reports*, 2005; 53, 899-902
- Taj, F. Tanwir, M. Aly, Z. Khowajah, A. Taria, A. Syed, F. Wagar, F. Shahzad, K. Factors associated with non-adherence among psychiatric patients at a Tertiary Care Hospital, Karachi, Pakistan: A questionnaire based cross-sectional study. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2008; 58 (8), 432-436.
- Tamburrino, MB. Nagel, RW. Chahal, MK. Lynch, Dj. (). Antidepressant medication adherence: a study of primary care patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2009; 11(5): 205–211.
- Tatar, M. Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış. *Toplum ve Hekim*, 1994; 78-88.

- Tatar, M. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011; 1, 103-133.
- Tavşancıl, E. ve Aslan, A. E. İçerik Analizi ve Uygulama Örnekleri. Epsilon Yayıncılık. Ankara. Tekin, A. Kaya, E. Demirel, M. ve Yazıcı, S. E. (2009). Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta ve Hekim İlişkilerine Etkisi. *Selçuk İletişim Fakültesi Dergisi*, 2001; 6(1), 23-36.
- Tekin, N. Başak, O. ve Yıldırım, A. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Kökenleri Ve Gelişimi: Yarım Yüzyıllık Bir Hekim Deneyimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2010; 14,13-21.
- Tel, H. Doğan, S. Özkan, B. Çoban, S. Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010; 1(1):7-12
- The European Health Report, Health and Health Systems, 2009.
- Thibeault, C. A. Trudeau, K. d’Entremont, M. & Brown, T. Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of psychiatric nursing*, 2010; 24(4), 216-226.
- Thomas, S.P. Shatell, M.S. Martin, T. What’s therapeutic about the therapeutic milieu?. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2002; 16(3), 99-107.
- Tırpan, MS. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin bireysel yenilikçilik ve genel özyeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Spor Yönetimi Bilimleri Anabilim Dalı Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2016.
- Tompson, MC. Rea, MM. Goldstein, MJ. Mıklowitz, DJ. Weisman, AG. Difficulty in Implementing a Family Intervention for Bipolar Disorder: The Predictive Role of Patient and Family Attributes, 2000; 39(1):105-12
- Tondo, L. Vazquez, GH. Baldessarini, RJ. Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current Neuropharmacology*, 2017; 15(3): 353–358.
- Townsend, MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri, Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.
- Tsai, SM. Chen, C. Kuo, C. Lee, J. Lee, H. Strakowski, SM. 15-year outcome of treated bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2001; 63:215–220

- Turan, N. ve Tufan. B. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nin geçerlik güvenirlik çalışması. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi; İstanbul-Türkiye, 1987; 816-817.
- Türk, A. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
- Tütüncü, R. Örsel, S. Özbay MH. Bipolar bozukluk başlangıç yaşının klinik ve gidiş özellikleriyle ilişkisi. Klinik Psikiyatri, 2007; 10:63-68 121
- Tüzer, V. Zincir, S. Başterzi, AD. Aydemir, Ç. Kısa, C. Göka, E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duyu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2003; 6:198-203
- Uehara, T. Yokoyama, T. Goto, M. Ihda, S. Comprehensive Psychiatry, 1996; 37 (4): 299-304, <https://pdf.sciencedirectassets.com/> Erişim:17.104.19
- Understanding the Variables, <https://www.medscape.org/viewarticle/703934>, Erişim:22.04.2019
- Usall, j. Araya, S. Ochoa, S. Busquets, E. Gost, A. Marquez, M. Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. Comprehensive Psychiatry, 2001; 42(4): 301-305
- Ünal, S. Çakıl, G. Elyas, Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 7:69-75
- Ünal, S. Özcan, E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000); 1(1):41-47
- Ünsal, G. Karaca, S. Arnik, M. Öz, Y. C. Aşık, E. Kızılkaya, M. & Şıpkın, S. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014; 4(2), 90-95.
- Ünsal, G. Karaca, S. Arnik, M. Öz, Y. C. Aşık, E. Kızılkaya, M.& Şıpkın, S. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014; 4(2), 90-95.
- Üstün, G. Küçük, L. Buzlu, S. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-

- yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2018; 9(2):69-79.
- Van Bogaert, P. Clarke, S. Willems, R. & Mondelaers, M. Staff engagement as a target for managing work environments in psychiatric hospitals: implications for workforce stability and quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, 2012; 22(11-12), 1717- 1728.
- Van Staden, W. Building our identity of psychiatry in the past, present and future South Africa: editorial. *South African Journal of Psychiatry*, 2012; 18(3), 70-71.
- Varcarolis E.M. Halter M..J Foundations of psychiatric mental health nursing, a clinical approach, 6th Edition, Saunders Elseiver, Canada, 2010; 248-273.
- Vaskinn, A. Ventura, J. Andreassen, O. A. Melle, I. & Sundet, K. A social path to functioning in schizophrenia: From social self-efficacy through negative symptoms to social functional capacity. *Psychiatry Research*, 2015; 228(3): 803-807.
- Vatansever, Ö. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum özetkililik düzeylerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 2011.
- Vaughn, CE. Leff, JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness, A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 1976; 129: 125-137.
- Vega, P. Barbeito, S. Azua, SR. Cengotitabengoa, MM. Ortega, IG. Saenz, M. Pinto, AG. *Women's Health*, 2011; 7(6): 663–676.
- Vermeire, E. Hearnshaw, H. Royen, PV. Denekens, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2001; 26, 331-342.
- Vicente, B. Kohn, R. Rıoseco, P. Saldıvia, S. Baker, C. Torres, S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6 -month and 1-month rate. *British Journal Of Pschiatry*, 2004; 184: 299- 305.
- Videbeck, S. L. *Psychiatric-mental health nursing 5th Edition*. China; Library of Congress Cataloging-in-Publication, 2011.

- Von Bormann, S. Robson, D. ve Gray, R. Adherence Therapy Following Acute Exacerbation Of Schizophrenia: A Randomised Controlled Trial in Thailand. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014; 61(1), 3-9.
- Walker, E. Kestler, L. Bollini, A. Hochman, KM. Schizophrenia: etiology and course. *Annual Review of Psychology*, 2004; 55:401-430.
- Wallace, C. J. & Liberman, R. P. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 1985; 15(3), 239-247.
- Warren, JI. Stein, JA. Grella, CE. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007; 89: 267–274
- Wearden , AJ. Tarrier, N. Barrowclough, N. Zastowny, TR. Rahill, AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20(5): 633–666.
- Weich, S. Lewis, G. Jenkins, SP. Income inequality and the prevalence of common mental disorders. *British Journal Of Psychiatry*, 2001; 178:222-227.
- Weissman, MM. Bland, RC. Canino, GJ. Farawelli, C. Greenwald, S. Hwu, HG. Ve ark. Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *The Journal of the American Medical Association*, 1996; 276:293-299.
- Whitehouse, S. Varni, J. W. Seid, M. Cooper-Marcus, C. Ensberg, M. J. Jacobs, J. R. & Mehlenbeck, R. S. Evaluating a children's hospital garden environment: Utilization and consumer satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*, 2001; 21(3), 301-314. 52
- WHO Mental Health Atlas, 2011.
- WHO, World Health Report, 2001.
- WHO Regional Office for Europe. (). Impact of Economic Crises on Mental Health, 2011.
- Williams, DR. Takeuchi, DT. Adair, RK. Marital status and psychiatric disorders among black and whites. *Journal of Health and Social Behavior*, 1992; 33:140-157, Erişim:13.04.19, <https://www.jstor.org>
- Wiersma, D. Nienhuis, FJ. Sloff, CJ. Giel, R. Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year followup of a Dutch Incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 1998; 24(1):75-85.

- Wood V.J. Curtis S.E. Gesler W. Spencer I.H. Close H.J. Mason J. Reilly J.G. Creating therapeutic Landscapes for mental health carers in inpatient settings: A dynamic perspective on permeability and inclusivity. *Social Science&Medicine*, 2013; 91, 122-129.
- Worley, N. K. Psychosocial rehabilitation. (N. K. Worley Çev.Ed.). London: U.K. Mosby. *Mental health nursing in the community*, 1997 ; 159–171.
- www.euro.who.int www.mhe-sme.org (Mental Health Europe)
Erişim Tarihi: 22.01.2019
- www.psikiyatri.org (Türk Psikiyatri Derneği)
Erişim Tarihi: 02.03.2019
- www.wfmh.org (World Federation for Mental Health)
Erişim Tarihi: 22.06.2019
- www.who.int
Erişim Tarihi: 22.02.2020
- www.wpanet.org (World Psychiatric Association)
Erişim Tarihi: 13.06.2020
- Yağcıoğlu, EA. Ayhan, Y. Şizofreni: Kavramın tarihçesi, epidemiyoloji, klinik özellikler ve seyir. İçinde: Karamustafaloğlu, KO. *Temel ve Klinik Psikiyatri*, Güneş Tıp Kitabevleri, 2018; 201-216
- Yağcıoğlu, EA. Antipsikotik ilaçların etki mekanizmaları: Şizofreni tedavisinde “Atipiklik” Bir Üstünlük mü?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18(4):364-374
- Yang, J. Ko, YH. Paik, JW. Lee, MS. Han, C. Joe, SH. ve ark. Symptom severity and attitudes toward medication: Impacts on adherence in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2012; 134: 226–231.
- Yanık, YT. *Tip 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2011
- Yazıcı, O. Bipolar 1 ve bipolar 2 bozuklukları. İçinde Koroğlu, E. Güleç, C. (2.baskı), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, 2007; 265-275
- Yeloğlu, ÇH. Hocaoğlu,Ç. Önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak: Bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2017; 8(30): 41-54.
- Yen, CF. Chen, CS. Ko, CH. Yeh, ML. Yang, SJ. Yen, JY. ve ark. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia

- and bipolar disorder: Prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 2005; 59: 403 – 409.
- Yıldırım, F. İlhan, İ. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21(4), 301-308.
- Yıldırım, S. Eren, H.K. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Daylı Uygulamam Bakım Kavramları. C.T. Özcan ve N. Gürhan Çev. Ed.). Ankara: Akademisyen Kitapevi, 2016; 130-153.
- Yıldız, M. Veznedaroğlu, B. Eryavuz, A. & Kayahan, B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2004; 8(4), 219-225.
- Yılmaz S. Buzlu, S. Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florece Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012; 20(2):93-103
- Yılmaz, S. Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu) İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2004
- Yüksel, N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar, 2014; 306.
- Zrinyi, M. Juhasz, M. Balla, J. Katona, E. Ben, T. Kakuk, G. Pall, D. Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients, *Nephrol Dial Transplant* , 2003; 18: 1869–1873.

6-EKLER

Ek-1: T.C. Sağlık Bakanlığı TİTCK Veri Talebi İzin Belgesi



TASNİF DIŞI
T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

NORMAL

Sayı : 32776236-518-E.20584
Konu : Reçete Bilgi Sistemi Veri Talebi

04.02.2019

Sayın Muhammed Emin GÜL
Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Farmakoloji Anabilim Dalı
Melikgazi, Kayseri

İlgi: 04.01.2019 tarih ve E.4005 sayılı yazınız.

Kurumumuzun izni ve desteği doğrultusunda, "3. Basamak Tedavi Kurumlarında Psikiyatrik Tedavi Yaklaşımları" adlı çalışmaya ilişkin veri talebi yazısı incelenmiştir. Çalışma kapsamında Ek 2'de belirtilen Reçete Bilgi Sistemi (RBS) verilerinin, 15 Temmuz 2018 tarih ve 30479 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 4 karar sayılı "Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşları ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi"nin 508. maddesinin ikinci fıkrasının (i) ve (j) bentleri uyarınca, Ek 1'de belirtilen hususlara riayet edilmesi ve Ek 3'te bulunan taahhütnamenin imzalanarak tarafımıza iletilmesi koşuluyla sadece araştırmacılarla paylaşılabilceği hususunda bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Hakkı GÜRSÖZ
Kurum Başkanı

Ek 1: RBS Veri Paylaşım Koşulları
Ek 2: RBS Aracılığıyla Paylaşılacak Veriler
Ek 3: Gizlilik Taahhütnamesi

Sđđtörn Mahallesi, 2176.Sokak No:5 06520 Çankaya/ANKARA
Tel: (0 312) 218 30 00 - Fax : (0 312) 218 34 60 www.titck.gov.tr

Bilgi İcin: Esm KADI
Unvan: Mühendis
Akıllı İlaç Kullanımı İzleme ve Değerlendirme

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca elektronik olarak imzalanmıştır. Dokümanın doğrulama kodu : SHY3M0fyZmxXak1US3k0S3k0ZmxX

TASNİF DIŞI

Ek-2: Erciyes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onay Belgesi

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011-KAEK-80)											
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU											
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Türkiye'deki 3. Basamak Sağlık kuruluşlarında Psikiyatrik Tedavi Yaklaşımları									
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU											
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil							
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkiye	İngilizce	Diğer					
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkiye	İngilizce	Diğer					
	OLGU RAPOR FORMU			Türkiye	İngilizce	Diğer					
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkiye	İngilizce	Diğer					
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama									
	SİGORTA										
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ										
	BIYOLUJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU										
	ILAN										
	YILLIK BİLDİRİM										
	SONUÇ RAPORU										
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ										
DİĞER											
KARAR BİLGİLERİ	Karar No :	2019/150	Tarih :	06.03.							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.										
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU											
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu									
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADISOYADI		Prof. Dr. Sema Kader KÖSE									
Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma ile İlişki	Katılım					
Prof. Dr. Sema Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E	K	x	E	x				
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K	E	H	x	E		
Prof. Dr. Murat SİPAHOĞLU	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Prof. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Doç. Dr. Yusuf SEVİM	Genel Cerrahi	Kayseri Eğitim Hast.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağiz, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Doç. Dr. Mehmet DOLANBAY	Kadın Hast. ve Doğum	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Doç. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Doç. Dr. Serpil TAHERİ	Tıbbi Biyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E		K	x	E	H	x	E	x
Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Erdem BAŞARAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	x	K	E	H	x	E	x	
Av. Serhat ÖSTÜNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E	x	K	E	H	x	E		
Ecz. Şökran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E		K	x	E	H	x	E	x
Sevtap KOÇER	Sivil Üye	Serbest	E		K	x	E	H	x	E	

* Toplantıda Bulunmayan

1. BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA PSİKİYATRİK TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

ORJİNALLİK RAPORU

% **9**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **9**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **2**

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

katalog.hacettepe.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

2

medulaeczane.blogspot.com

İnternet Kaynağı

% **1**

3

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

% **1**

4

eprints.sdu.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

5

www.researchgate.net

İnternet Kaynağı

% **1**

6

megep.meb.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% **1**

7

www.sanofi.com.tr

İnternet Kaynağı

<% **1**

8

psikiyatridersleri.blogspot.com

İnternet Kaynağı

<% **1**

9

en.wikipedia.org

İnternet Kaynağı

<% **1**

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Muhammed Emin GÜL

Uyruğu: TC

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	İstanbul Kültür Üniv. Hukuk Fakültesi	2020
Önlisans	Anadolu Üniversitesi Adalet MYO	2017
Lisans	Erciyes Üniv. Eczacılık Fakültesi	2011
Lise	Kırşehir Fen Lisesi	2006

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2020-	Emin Eczanesi	Sahip/Mesul Müdür
2014-2020	Nevşehir Devlet Hastanesi	Eczacı
2013-2014	Kars Devlet Hastanesi	Eczacı

YABANCI DİL

İngilizce (YÖKDİL-78, IELTS- 5.0/9.0)