

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE
SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**BİR BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA
BAŞVURAN VE ANTİDEPRESAN KULLANMAKTA
OLAN OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Münevver CEBECİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uz.Dr. Ahmet TÜRKCAN

İSTANBUL - 2017

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE
SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**BİR BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA
BAŞVURAN VE ANTİDEPRESAN KULLANMAKTA
OLAN OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Münevver CEBECİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uz.Dr. Ahmet TÜRKCAN

İSTANBUL - 2017

I. ÖNSÖZ

Hastanemiz Başhekimi Sayın Murat ERKIRAN'a,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk ve onur duyduğum ve her zaman desteklerini hissettiğim değerli klinik şefim Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN'a,

Rotasyonlarım sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve eğitimimde büyük katkıları olan Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Dr. Şahap ERKOÇ, Doç. Dr. Ayşe Fulya MANER, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. E. Emrem BEŞTEPE ve Dr. Celal ÇALIKUŞU'na,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve klinik deneyimlerini paylaşan ve her konuda destek olan Adli Psikiyatri Kliniği uzmanları Dr. Alev AKTÜRK, Dr. Füsun ÖZDEMİR, Dr. Tefik KALELIOĞLU, Doç. Dr. Ali KEYVAN, Dr. M. Can GER, Dr. Meltem UZUNKAYA'ya,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım Adli Psikiyatri Kliniği hemşire, tıbbi sekreter ve sağlık personeline,

Tez çalışmam sürecinde yardımları için minnet duyduğum Bağcılar 6 No.lu Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan aile hekimleri ve tüm ASM ekibine,

Uzmanlık eğitimim boyunca zor dönemlerimde hep yanımda olan, mutlu anlarımı çoğaltan dostlarım Esra CEBECİ, Esra Sena GENÇ, Hatice Ezgi DEĞERLİ, Hatice KIZILKALE'ye,

Her durumda destek ve sevgisini esirgemeyen eşim Rahmi CEBECİ'ye, yaşamıma renk katan çocuklarım Kaan Emre, Hakan Erdem ve Mine'ye,

Mesleki gelişimimde büyük payı olan değerli hastalarım,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım

Dr. Münevver CEBECİ

İstanbul, 2017

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	V
V. KISALTMALAR	VI
VI. TABLO LİSTESİ	VII
VII. GRAFİK LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Antidepresan İlaçlara İlişkin Genel Bilgiler	3
2.1.1. Antidepresan İlaçların Etki Mekanizmaları	3
2.1.1.1. Gen Ekspresyonunun Monoamin Hipotezi.....	3
2.1.1.2. Nörotransmitter Reseptörleri Hipotezi	3
2.1.2. Antidepresanların Sınıflandırılması.....	4
2.1.3. Antidepresan İlaçlar	5
2.1.3.1. Trisiklik Antidepresanlar	5
2.1.3.2. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri	5
2.1.3.3. Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri.....	6
2.1.3.4. Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri	6
2.1.3.5. Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri.....	7
2.1.3.6. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri	7
2.1.4. Antidepresan İlaçların Seçimini Etkileyen Başlıca Faktörler	8
2.1.5. Antidepresanların Kullanım Alanları.....	10
2.1.5.1. Antidepresanların Psikiyatrik Hastalıklarda Kullanımı.....	10
2.1.5.2. Antidepresanların Psikiyatri Dışı Kullanım Alanları	14
2.2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruh Sağlığı Hizmetleri	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Çalışma Evreni	21
3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri	21
3.1.2. Çalışmaya Alınmama (Dışlama) Kriterleri	22

3.2. Veri Toplama Araçları.....	22
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	22
3.2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)	22
3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D).....	22
3.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)	23
3.2.5. UKU Yan Etki Ölçeği (UKU, Udvalg for Klinikse Undersegelser)	23
3.3. İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	37
5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	45
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	46
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	58
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI.....	58
EK 2 – AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU.....	59
EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	61
EK 4 - HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ.....	64
EK 5 - HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	65
EK 6 - UKU YAN ETKİ ÖLÇEĞİ.....	66

III. ÖZET

BİR BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN VE ANTİDEPRESAN KULLANMAKTA OLAN OLGULARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Dr.Münevver CEBECİ

Amaç: Ruhsal hastalıklar toplumda sık karşılaşılan sağlık problemlerinden biri olması nedeniyle aile hekimliği açısından ele alınması gereken önemli bir sorundur. Ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında özellikle antidepresanların kullanımı toplumda giderek artış göstermekte; bu ilaçları kullanmakta olan hastaların bir bölümü aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerine çeşitli nedenlerle başvurmaktadır. Bu çalışmada bir birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve antidepresan kullanımına devam edilen olguların sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirilmesi, klinik tanı ve tedavilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Şubat 2016-Nisan 2016 İstanbul İli Bağcılar İlçesi 6 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, 18-65 yaş arası, halen antidepresan kullanmakta olan 100 kadın ve 60 erkek hastayla çalışma yürütülmüştür. Olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan veri formu kullanılmıştır. Hastaların tanılarını kesinleştirmek için DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanmıştır. Depresyonun düzeyini ölçmek için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), anksiyete düzeyini ölçmek için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), ilaç yan etkilerinin belirlenmesi için Udvalget for Kliniske Undersegelser Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (UKU) uygulanmıştır.

Bulgular: Birinci basamak tedavi hizmetlerine başvuran ve antidepresan kullanan olguların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara-alkol kullanımı, ailede intihar girişimi varlığı, ek tıbbi hastalık varlığı, psikiyatrik tedavi öyküsü açısından cinsiyetler arasında farklılık saptandı. Branşlar arasında antidepresan tedavi uygulama stratejileri incelendiğinde tedaviyi daha çok psikiyatri hekimlerinin başlattığı, tedaviye başlarken olguların yarından fazlasına tanıya ilişkin bilgi verilmediği, tedavide seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve özellikle essitalopram tercih edildiği, psikiyatristlerin ilaç kombinasyonlarını daha çok kullandığı, psikiyatristlerin hastalarını aile hekimleri ve diğer hekimlere göre daha sık kontrole çağırdığı ve daha uzun süre antidepresan kullandığı saptandı.

Sonuç: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan hekimlere koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin özendirilmesinin, ruhsal bozukluklar açısından riskli grupları saptayıp tedavi ve izleme yönelik uygun yaklaşımı sergileyebilmesi açısından gerekli donanımın kazandırılmasının önemi ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu, Ruhsal Bozukluklar,
Antidepresanlar

İletişim Adresi: drmunevvercebeci@hotmail.com

IV. ABSTRACT

INVESTIGATION OF CLINICAL MANAGEMENT OF THE PATIENTS UNDERWENT ANTIDEPRESSANT TREATMENT FOLLOWED UP IN A PRIMARY HEALTH CARE UNIT

Dr.Münevver CEBECİ

Aim: The goal; this an important question that needs to be addressed in terms of family medicine because mental illnesses are one of the common health problems in society. Among the drugs used in the treatment of mental disorders, especially the use of antidepressant drug is increasing in the society. Some of the patients using these drugs have applied to the primary health care services for a variety of reasons. Evaluation of sociodemographic variables related to antidepressant use, it is aimed to examine the treatments.

Methods: We enrolled 100 female and 60 male patients (18-65 years) who used antidepressant in İstanbul İli Bağcılar İlçesi 6 Nolu Family Medicine between February 2016- April 2016. Sociodemographic variables and clinical history were documented using a form prepared for the study. We used Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) to establish the diagnoses, Hamilton Depression Scale (HAM-D) to measure the severity of depression, Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) to measure the severity of anxiety, The Udvalg for Kliniske Undersøgelser (UKU) Side Effect Rating Scale to assess the side effects.

Results: When the sociodemographic characteristics of the cases using antidepressant and treated with primary care services were examine, the study status, income level, smoking and alcohol use, family suicide attempt, additional medical illness status and psychiatric treatment differed. Antidepressant using strategies between the branches were examined, it was found out that more psychiatrists initiated the treatment, more of the patients were not informed about their diagnosis than the patients who started treatment, more selective serotonin reuptake inhibitors and especially escitalopram, the psychiatrists benefited more from the drug combination, more often checked in their patients, according to primary care physicians and other physicians and used antidepressants for a longer period.

Conclusion: The importance of encouraging preventive mental health services to the physicians who are in charge of diagnosis in the second level health services, in order to identify high risky groups in terms of mental disorders and to show the appropriate approach for monitoring the treatment.

Key words: Primary Health Care Unit, Mental Disorders, Antidepressants

Contact Information: drmunevvercebeci@hotmail.com

V. KISALTMALAR

- ASM** : Aile Sağlığı Merkezi
- BBSK** : Birinci Basamak Sağlık Kuruluğu
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- DALY** : Disability Adjusted Life Year
- YLD** : Years Life Lost with Disability
- ECA** : Epidemiologic Catchment Area
- MAOI** : Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
- SSGİ** : Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörü
- SNGİ** : Seçici Noradrenalin Geri alım İnhibitörü
- TSA** : Trisiklik Antidepresan
- HAM-D** : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
- HAM-A** : Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
- UKU** : Udvalget for Kliniske Undersegelser Yan Etki Değerlendirme Ölçeği
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- APA** : American Psychiatric Association
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

VI. TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Antidepresanların Etki Mekanizmalarına Göre Sınıflandırılması.....	4
Tablo 2: Çalışmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	25
Tablo 3: Çalışmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Öykülerinin Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	27
Tablo 5: Anne ve Babanın Hayatta Olma Durumunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	28
Tablo 6: Ailede Psikiyatrik Öykünün ve Klinik Özelliklerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	28
Tablo 7: SCID-I Tanılarının AD Reçeteleyen Branşlara Göre Karşılaştırılması.....	32
Tablo 8: Kullanılan Antidepresanların Dağılımı.....	32
Tablo 9: Antidepresan Tedavi Uygulamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 10: Antidepresan Tedavi Uygulamalarının Branşlara Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 11: Geçmiş Psikiyatrik Tedavi Öyküsünün Branşlara Göre Karşılaştırılması.....	35
Tablo 12: HAM-D, HAM-A ve UKU Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	35
Tablo 13: HAM-D, HAM-A ve UKU Puanlarının Branşlara Göre Karşılaştırılması.....	36

VII. GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No

Grafik 1: Türkiye’de Antidepresan İçeren Toplam Reçete Sayısının Yazıldıkları Branşlara Göre Dağılımı.....	18
Grafik 2: Antidepresan İlaç Gruplarının 2003-2012 Yılları Arasında Kullanımlarının Değişimi (DDD/1000 kişi/gün) (68).	19
Grafik 3: Halen Kullanılan Antidepresan İlacı Reçeteleyen Hekimlerin Dağılımları..	29
Grafik 4: Antidepresan İlacı Reçeteleyen Hekimin Koyduğu Tanıların Dağılımları...30	
Grafik 5: SCID-I Tanı Dağılımları	31

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Halen dünyada ruhsal ve davranışsal bozukluğu olan yaklaşık 450 milyon kişinin olduğu düşünülmektedir (1). 18 yaş altı yaş grubunun 1/5'inin gelişimsel, ruhsal ve davranışsal sorunları vardır. Dünyada hastalık ve yaralanmalar kaynaklı yeti yitimine göre düzenlenmiş yaşam yılları (Disability Adjusted Life Year=DALY) kayıplarının %13'ünden nöropsikiyatrik hastalıklar sorumludur ve 2020 yılına kadar bu oranın %15'e ulaşacağı, depresyonun tek başına %5.7'lik kayba yol açacağı tahmin edilmektedir (2). Dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan 5'i depresyon, şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu, alkol bağımlılığı ve obsesif-kompulsif bozukluk olmak üzere psikiyatrik hastalıklardır (3).

Ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu gösteren en önemli alan çalışmalarından biri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasıdır. 7479 kişiyle görüşülerek hazırlanan bu rapora göre, son 1 yılda herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olan kişi oranı %17.2'dir (4). Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü'nün yürüttüğü Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'nda da benzer bulgular ortaya koyulmuştur. Ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir. Hastalık yükünün hesaplanmasında kullanılan DALY tanımının alt bileşeni olan "Engellilikle Kaybedilen Yaşam Yılları (Years Life Lost with Disability=YLD)" bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir. Cinsiyete göre YLD'ye sebep olan ilk 20 neden arasında erkeklerde beş psikiyatrik hastalığın, kadınlarda dört psikiyatrik hastalığın (1.sırada unipolar depresyon olmak üzere) yer aldığı görülmektedir (5).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yapılmış araştırmalar gözden geçirildiğinde, birinci basamak sağlık kuruluşuna (BBSK) başvuran hastalarda ruhsal bozukluk yaygınlığının çeşitli tanısal değerlendirme ölçekleri kullanılarak % 11-79 arasında değiştiği bulunmuştur (6-7-8).

Birinci basamakta çalışan hekimler, kendilerine başvuran hastalardaki ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisinde anahtar rol oynamaktadırlar (9). Buna rağmen, ruhsal bozuklukların büyük bir kısmı birinci basamak hekimleri tarafından yeterince tanı alamaz

ve tedavi edilemezler (10). Bunun nedenleri arasında birçok eğitim çalışmasına rağmen, birinci basamak tedavi ekibinin bilgi ve beceri eksikliği, hastaların ifade ettikleri olumsuz yaşantı ve duyguları görmezden gelme eğilimi ve ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetleriyle sistematik biçimde bütünleştirilememiş olması sayılabilir. Ayrıca halkın genel tutumunun bu rahatsızlıkları yok sayma - yadsıma yönünde olması, yardım aradığında da çoğunlukla bedensel yakınmalarını dile getirmesi doğru tanının konulamamasına yol açabilmektedir (11).

Birinci basamak hekimlerinin depresyona ve tedavisine yönelik algısını inceleyen bir çalışmada hekimlerin büyük bir kısmının tedavide hem psikoterapi hem de farmakoterapinin kullanılması gerektiğini bildirdikleri buna rağmen ilaç tedavisi hakkında yanlış bilgilere sahip oldukları saptanmıştır (12).

Eğitim programların etkinliğini irdeleyen çalışmalarda, birinci basamak hizmetlerinde görev alan hekimlerin ruhsal bozukluklara ilişkin eğitim programından sonra, doğru tanı koyma ve tedavi etme becerilerinin arttığı ve bu hastalıkları tedavi edebileceklerine olan inançlarının önemli oranda arttığı ispatlanmıştır (13-16).

Major depresyon, anksiyete bozuklukları gibi sık karşılaşılan hastalıkların sağaltımında etkinliği kanıtlanan antidepresanların kullanım alanı; depresyonla yüksek komorbidite gösteren kronik ağrıyla giden fonksiyonel somatik sendromlara kadar uzanır (17). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde antidepresanlar arasında seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGİ) grubu ilaçların daha fazla reçete edildiği saptanmıştır (18-20). Ancak hastalara düşük dozlarda farmakoterapi verildiği ve kontrollere çağrılmakta tutarsızlığın söz konusu olduğu belirlenmiştir (12).

Bu çalışmada bir birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve antidepresan kullanımına devam edilen olguların klinik tanı ve tedavilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız sonucunda ortaya çıkan bulguların şu varsayımlarımızı desteklemesini bekliyoruz: Birinci basamak tedavi hizmetlerinde antidepresan kullanmakta olan olguların ilk antidepresan reçetesi çoğunlukla bir psikiyatrist tarafından yazılmamıştır. Birinci basamak tedavi hizmetlerinde antidepresan kullanmakta olan olguların önemli bir bölümünde antidepresan kullanma endikasyonu açık değildir. Birinci basamak tedavi hizmetlerinde antidepresan kullanmakta olan olguların çoğunluğunda psikiyatrik tanı "majör depresyon" değildir. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastalarda doğru antidepresan uygun dozda ve gerektiği sürece verilmemektedir. Birinci basamak tedavi hizmetlerinde antidepresan kullanmakta olan olguların tanısal dağılımlarında cinsiyetler arasında farklılık bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ANTİDEPRESAN İLAÇLARA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

Antidepresan ilaçların kullanımı 1950'lerde monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve trisiklik antidepresanların (TSA) dikkatli klinik gözlemle bulunması ile başlamıştır. Antidepresanların faydalı etkisinin noradrenalin ve/veya serotonin gerialımını bloke edebilmelerine bağlı olabildiği ileri sürüldüğünden beri, ilaç firmaları nörotransmitter geri alımını bloke etme açısından potansiyel antidepresanları araştırmaktadır. Kısmen bu düşüncenin sonucu olarak, noradrenalin gerialımını, serotonin gerialımını ya da her ikisini spesifik olarak bloke edebilen ajanlar geliştirilmiştir (21).

2.1.1. Antidepresan İlaçların Etki Mekanizmaları (22)

2.1.1.1. Gen Ekspresyonunun Monoamin Hipotezi

Gen ekspresyonunun monoamin hipotezi, majör depresyonda nörotrofik faktörlerin etkisiyle indüklenebilir gen ekspresyonunun anormal işleyişi sonucunda hipokampal nöronların atrofisi ve apoptozu oluştuğunu ileri sürmektedir. Bu hipoteze göre, antidepresan ilaçlar kritik genlerin aktive veya inaktive olmasına sebep olmaktadır. Tüm antidepresan ilaçların monoamin nörotransmitterleri üzerinde ortak bir etkisi mevcuttur. Bu etki, monoamin nörotransmisyonunu artırarak hedef nöronlarda gen ekspresyonunda değişimlere sebep olmaktadır. Bu değişim ile birlikte nörotransmitter reseptörlerinin duyarsızlaşmalarına olanak vermekte, hem yan etkilere hem de terapötik etkilere karşı tolerans gelişimine sebep olmaktadır. Bu hipotezle tedavi yanıtının geç başlaması veya hiç olmaması açıklanmaktadır.

2.1.1.2. Nörotransmitter Reseptörleri Hipotezi

Nörotransmitter reseptörleri hipotezi, depresyon gelişimini normalde mevcut olan nörotransmitter miktarının azalması ve sonrasında postsinaptik reseptörlerde up regülasyon meydana gelmesi ile açıklamaktadır.

Bu hipotez, antidepresan ilaçların geç terapötik etkilerinin mekanizmasını açıklayan diğer bir kuramdır. Nörotransmitter reseptörlerinin normal veya anormal olup olmamasından bağımsız şekilde; antidepresan ilaçlar, enzim ve reseptörler üzerine ilk başlangıçtaki etkileri ne olursa olsun, geç dönemde nörotransmitter reseptörlerinin duyarsızlaşmasına veya down regülasyonuna sebep olmaktadır. Postsinaptik reseptörlerin duyarsızlaşmasının antidepresan ilaçların akut yan etkilerine karşı tolerans gelişmesinden sorumlu olduğu açıklanmıştır.

2.1.2. Antidepresanların Sınıflandırılması

Antidepresanlar nörotransmitter etkileri üzerinden Tablo 1'deki gibi sınıflandırılmaktadır (23).

Tablo 1: Antidepresanların Etki Mekanizmalarına Göre Sınıflandırılması

İLAÇ GRUBU	ETKİ MEKANİZMASI
Trisiklik Antidepresanlar (amitriptilin, imipramin, klomipramin)	Serotonin, dopamin ve noradrenalinin geri-alımını inhibe ederler.
Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (moklobemid)	Serotonin, dopamin ve noradrenalinin parçalanmasında görev alan enzimleri (MAO-A, MAO-B) inhibe ederler.
Selektif Serotonin Geri-alım İnhibitörleri (fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, setralin, sitalopram, essitalopram)	Seçici olarak serotonin geri-alımını inhibe ederler. Diğer nörotransmitterler üzerinde de bir takım etkileri vardır.
Noradrenalin ve Dopamin Geri-alım İnhibitörleri (bupropion)	Noradrenalin ve dopamin geri-alımını inhibe ederler.
Serotonin Antagonistleri ve Geri-alım İnhibitörleri (trazodon, nefazodon)	Öncelikle 5-HT ₂ reseptörlerini antagonize ederler. Ayrıca nefazodon; serotonin, noradrenalin ve dopamin geri-alımını inhibe eder.
Noradrenerjik ve Spesifik Serotonerjik Ajanlar (mirtazapin)	α_2 otoresptörleri ve heteroresptörlerini antagonize ederler. 5-HT _{2A/C} ve 5-HT ₃ reseptörlerini bloke eder; 5-HT ₁ reseptörlerini uyarırlar.
Serotonin- Noradrenalin Geri-alım İnhibitörleri (venlafaksin, duloksetin)	Serotonin ve noradrenalinin geri-alımını inhibe ederler.

2.1.3. Antidepresan İlaçlar

2.1.3.1. Trisiklik Antidepresanlar

TSA'lar, hem serotonin hem de noradrenalin gerialım pompalarını bloke ederlerken, aynı zamanda daha az derecede de dopamin gerialım pompasını bloke etmektedirler.

TSA'lar terapötik etkileri bakımından nörotransmitter gerialım sürecinin allosterik modölatörleri olarak işlev görmektedirler. Özgül olarak, negatif allosterik modölatörlerdir. Serotonin veya noradrenalin kendi seçici reseptörüne bağlandıktan sonra presinaptik nöronun içine geri alınır. Ancak bazı antidepresan ilaçların nörotransmitter taşıyıcısına yakın allosterik bir bölgeye bağlanmaları nörotransmitterin artık o bölgeye bağlanamamasına sebep olur ve bundan dolayı nörotransmitterin sinaptik gerialımı bloke edilmiş olur.

Serotonin ve noradrenalin gerialım pompalarının inhibisyonu bu ilaçların terapötik etkilerini açıklarken, diğer farmakolojik özelliklerinin ise yan etkilerini açıkladığı düşünülmektedir.

TSA'ların yan etkilerine baktığımızda muskarinik-kolinerjik reseptör blokajı ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, konstipasyon, bulanık görme, bellek bozukluklarından, H1 histamin reseptör blokajı kilo alımı ve sedasyondan, alfa1 adrenerjik reseptör blokajı ise terleme, çarpıntı, baş dönmesi ve ortostatik hipotasyondan sorumludur. Bu ilaçlar aynı zamanda kalpteki ve beyindeki sodyum kanallarını da bloke etmektedirler. Bu sebeple aşırı doz kullanımında serebral nöbetlere, kardiyak aritmi ve kalp bloğuna sebep olabilmektedirler (22).

2.1.3.2. Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

MAO enzimleri mitokondriyal membranlarda bulunur ve biyojenik aminlerin metabolizmasından sorumludur.

MAO-A: Merkezi sinir sistemi, sempatik sinir uçları, karaciğer, bağırsak ve ciltte bulunur. Serotonin, noradrenalin, dopamin, tiramin, triptamin, oktapamin metabolizmasından sorumludur. Klorgilin (hızlı döngülü Bipolar I Bozuklukta etkili) ve moklobemid ile inhibe edilir.

MAO-B: Merkezi sinir sistemi, karaciğer ve trombositlerde bulunur. Dopamin, tiramin, triptamin, feniletilamin ve benzilamini metabolize eder. Pargilin ve selegilin ile geri dönüşsüz olarak inhibe edilir (24).

MAO-A inhibisyonu mekanizması nedeni ile antidepresan etkileri yansıra sıkıntılı olarak hipertansif etki yarattığı görülmektedir. MAO-B inhibisyonunda ise dışarıdan vücuda alınan aminler sebebi ile oluşabilecek tehlikeli kan basıncı yükseklikleri riski düşüktür fakat MAO-B inhibisyonu antidepresan etkinlik açısından MAO-A inhibisyonu kadar etkili değildir (22).

Bu ilaçların kullanımı sırasında ortaya çıkan hipertansif reaksiyonlar spontan olabilir de daha çok MAOİ'lerinin besinlerdeki tiramin veya sempatomimetik ilaçlarla etkileşiminin sonucudur. MAOİ'leri, anestezi ve analjezi gerektiren hastalarda problemlere neden olabilir. Narkotiklerle etkileşerek ajitasyon, ateş, baş ağrısı, nöbetlerle ve komayla seyreden öldürücü bir sendroma neden olabilir. MAOİ'lerinin diğer yan etkileri ortostatik hipotansiyon, parasteziler, anoreksi, pedal ödem ve cinsel sorunlardır.

Geri dönüşsüz MAOİ olan fenelzin ve amfetamine benzer etkisi olan tranilspromin yurt dışında sık kullanılan MAOİ'leridir. Her iki ilaç da ülkemizde yoktur. Geri dönüşümlü MAOİ'leri en az geri dönüşsüz MAOİ'leri kadar antidepresan etkinliğe sahiptir ve tiramin ile oluşabilecek hipertansif kriz riskine sahip değildir (22).

2.1.3.3. Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri

Bu grupta örnek olarak verebileceğimiz bupropion molekülü dopamin için zayıf şekilde, noradrenalin için ise daha zayıf şekilde geri alım inhibisyonu özelliğine sahiptir. Bupropiyonun hidroksillenmiş aktif metaboliti bupropiyonun kendisinden daha potent bir noradrenalin geri alım inhibitörüdür ve asıl antidepresan etkinlikten sorumludur.

2.1.3.4. Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

Üretilen ilk seçici noradrenalin geri alım inhibitörü olan ilaç molekülü reboksetin, serotonin geri alım inhibisyonuna nazaran daha şiddetli bir noradrenalin geri alım inhibisyonu gerçekleştirmektedir. Bununla birlikte trisiklik antidepresan ilaçların

istenmeyen alfa 1, H1, muskarinik/kolinerjik reseptör blokajı özelliklerine sahip değildir.

2.1.3.5. Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

Bu grup antidepressan ilaçlar seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve seçici noradrenalin geri alım inhibitörlerinin etkilerini birlikte gösterirler. Serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörlerinin (SNGİ) prototipi venlafaksin, TSA'lar gibi serotonin, noradrenalin ve bir miktar da dopamin geri alımını bloke eder fakat alfa-1, muskarinik/kolinerjik ve H1 reseptör inhibisyonuna sebep olmadığı için ikili etki yapmakla kalmayıp seçici davranışlarından dolayı TSA'ların yan etkilerine de sahip değildirler.

Venlafaksin en güçlü etkisi serotonin geri alım inhibisyonu üzerinedir ve düşük dozlarda gözlenmeye başlar. Noradrenalin geri alım inhibisyonu etkisi orta seviyededir. En zayıf etkisi ise dopamin inhibisyonu üzerine olduğundan bu etki daha yüksek dozlarda ortaya çıkar.

Serotonin ve noradrenalin birlikte etki ettiğinde, tek başına kullanıldıklarında oluşturamadıkları seviyede bir kritik gen ekspresyonu oluşturabilir. Diğer yandan ikili etkide doz arttıkça noradrenerjik ve dopaminerjik etkinlik de başlayacağı için daha etkin bir tedavi sağlayabilirler.

2.1.3.6. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

SSGİ'leri, serotonin geri alımını seçici ve güçlü bir şekilde inhibe eder. Bu etki noradrenalin geri alımı, alfa-1, H1 reseptörleri ve muskarinik/kolinerjik reseptörler üzerindeki etkilerine kıyasla çok daha güçlüdür. Aşırı dozlarda dahi sodyum kanal blokajı etkisi düşüktür. Bu nedenlerle yan etki profili bakımından daha güvenlidirler.

2.1.3.6.1. SSGİ'lerinin etki mekanizmaları

SSGİ olan bir ajan kullanıldığında, taşıyıcı pompanın inhibisyonu sebebi ile serotonin miktarında bir artış olmaktadır. Fakat presinaptik bölgedeki bu pompanın inhibisyonu sinapta ani olarak büyük miktarda serotonin artışına sebep olmamaktadır. Tedavi başladığında orta beyin bölgesindeki raphe çekirdeğindeki serotonin seviyesi, aksonların sonlandığı beyin bölgelerine oranla çok daha yüksek seviyelere ulaşmaktadır. Serotonin bulunan reseptörler 5HT1A etkisine sahiptirler. Buradaki erken

etkiler SSGİ'lerin geç terapötik etkilerini açıklayamaz fakat tedavi başlangıcındaki yan etkileri açıklayabilmektedir.

Bilinen en az 4 reseptör tipinin SSGİ kullanımında görülen yan etkilerde rol oynadığı düşünülmektedir. Tedavinin başlangıç döneminde gözlelenen anksiyete ve huzursuzluk, motor hareketlerde bozulma, akatizi, tremor, distoni, psikomotor retardasyon, uyku sırasında miyoklonuslar, uyku bölünmeleri, orgazm bozuklukları, erektil disfonksiyona, libido kaybı ve apatiye 5HT_{2A}, 5HT_{2C}, 5HT₃ ve 5HT₄ reseptörleri aracılık etmektedir. Bu yan etkiler tehlikeli olmamakla birlikte oldukça rahatsız edici olabilirler ve tedavinin erken dönemde bırakılması ile sonuçlanabilir.

Çoğu depresyon hastası için SSGİ kullanımı arasında kayda değer farklılıklar vardır. Bazı durumlarda bir depresyon hastası için en etkili ilaç tedavisi farklı SSGİ'ler denenerek bulunabilir. SSGİ'ler; TSA'lar ve MAOI'lerine göre serotonin reseptörlerine çok daha seçici olmalarına rağmen, seçicilik dereceleri değişiklik gösterir (22). Yeni SSGİ'lerden sitalopram ve essitalopram grubun içinde en seçici olanlardır. Paroksetin daha fazla antikolinergik blokaj yapar ve dolayısıyla sitalopramdan daha sedatiftir; ama aynı zamanda akut anksiyeteyi daha iyi yatıştırır (21,25).

SSGİ'lerin hiç birinin sekonder farmakolojik etkileri bir diğerinin etkisi ile aynı değildir. Bu etkiler dopamin geri alım inhibisyonu, noradrenalin geri alım inhibisyonu, muskarinik/kolinergik antagonizması, sigma reseptör etkileri, nitrik oksit sentetaz inhibisyonu, 5HT_{2C} agonizması, sitokrom P450 1A₂, 2D₆, 3A₄ inhibisyonu gibi etkilerdir.

2.1.4. Antidepresan İlaçların Seçimini Etkileyen Başlıca Faktörler

Antidepresan seçimi kişinin tıbbi geçmişine dayanır. İlaç güvenliği, yan etki profili, tolere edilebilirliği ve ilaç etkileşim potansiyelleri dikkate alınmalıdır; çünkü bu değişkenler tedaviye katılımı doğrudan etkilerler (26).

Cinsiyete özgü farklılıklar ilaç seçimini etkiler. Yeni veriler, erkeklerin kadınlara kıyasla TSA'lara daha iyi, SSGİ'lere da daha az cevap verdiklerini göstermektedir (27).

Antidepresan seçimini etkileyen önemli faktörlerden biri de hastanın yaşıdır. Yaşlı hastalar yan etkilere karşı daha duyarlıdır ve bu hasta grubu, daha fazla sayıda ilaç kullandığından ilaç etkileşimi olasılığı yüksektir. Bu grup hastaların tedavisinde

P450 izoenzimlerini belirgin ölçüde uyarın ya da inhibe eden antidepresanlardan kaçınmak gerekir.

Antidepresanların yan etki ve ilaç-ilaç etkileşim profilleri spesifik farmakokinetik özelliklerinin, sitokrom P450 izoenzimiyle etkileşimlerinin ve farklı nörotransmitter bölgelerine karşı afinitelerinin bir sonucudur. Sitokrom P450 inhibisyonu aracılığıyla çok sayıda ilaç-ilaç etkileşmesi meydana gelir. Potansiyel etkileşmenin klinik önemi değerlendirilirken birçok faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Bu faktörler; her bir ilacın enzim aktif bölgesindeki potensi ve konsantrasyonu, ilgili sitokrom enziminin doygunluğu, substratın enzim ile metabolizmasının derecesi, substratın aktif metabolitlerinin varlığı, substratın terapötik aralığı, kişiye özgü enzim aktivitesi, hastada yan etkilerin görülme riskinin derecesi (başka bir tıbbi hastalığın varlığı; örneğin hipertansiyon, aritmi, karaciğer yetmezliği, obezite) ve eş zamanlı kullanım olasılığı olarak sıralanabilir (28).

Antidepresanların her birinin gösterdiği yan etkinin farklılığı noradrenalin, serotonin, dopamin taşıyıcıları ve histamin, muskarinik ve adrenerjik reseptörler gibi farklı taşıyıcılar ve reseptörlerle etkileşme potenslerinden kaynaklanır. Serotonin taşıyıcılarına afinite kaynaklı yan etkiler; gastrointestinal rahatsızlıklar, cinsel işlev bozukluğu ve ekstrapiramidal yan etkilerdir (29). Noradrenalin taşıyıcısının blokajı hipertansiyon, tremor ve taşikardiye yol açabilir. Dopamin taşıyıcısının blokajı psikomotor aktivitenin ve psikozun şiddetlenmesiyle sonuçlanabilir (30). Trisiklik antidepresanlar serotonin ve noradrenalin dışında muskarinerjik, kolinerjik, H1 histaminerjik ve α -adrenerjik reseptörleri de bloke ederler, dolayısıyla yan etki profilleri geniştir. TSA'lar kardiyak, antikolinerjik ve hipotansif yan etki ve yüksek dozda şiddetli toksisite potansiyeline sahiptirler (30,31). Yan etkileri daha az olan SSGI'ler da özellikle alkol ve farklı ilaçlarla eş zamanlı kullanım durumunda ciddi tehlike oluşturabilecek semptomlara yol açma potansiyeli taşırlar (32). Trisiklik ilaçlar; psikomotor retardasyon, uyku düzensizlikleri, iştah azalması, kilo kaybı olan hastalarda alternatif olarak en yararlı ajanlar olmayı sürdürmektedirler (25).

Antidepresan kullanan hastaların önemli bir oranı libido düşüşü ya da orgazm olamama sorunu yaşarlar. Sildenafil sitrat, yohimbin, buspiron ve benzeri ilaçlar antidepresan kaynaklı erkek erektil disfonksiyon tedavisinde sıkça reçete edilmektedirler (33). Bu yan etkiler tedaviyi erken bırakmaların majör bir sebebidir. En

iyi çözüm daha az cinsel yan etkilere sahip bir ilaçla (bupropion, nefazodon ve mirtazapin) tedaviye devam etmektir (34).

İlaç fiyatı da ilaç seçimini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Raporsuz ilaç alımında ya da yüksek ilaç katkı payı ödemelerinde hasta daha ucuz jenerik ilacı kullanma konusunda uyumludur (34).

2.1.5. Antidepresanların Kullanım Alanları

2.1.5.1. Antidepresanların Psikiyatrik Hastalıklarda Kullanımı

TSA'lar depresif bozukluklarda, klomipramin ek olarak obsesif kompulsif bozuklukta, imipramin ise 5 yaş ve daha büyük çocuklarda organik nedenlerin olmadığı enürezis nokturna tedavisinde endikedir. SSGİ endikasyonları; depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarıdır. Premenstrüel disforik bozukluk tedavisi için sertralin, fluoksetin, paroksetin onay almıştır. Fluoksetin ek olarak blumia nevroza tedavisinde endikedir. Venlafaksin endikasyonları içinde depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları (özellikle yaygın anksiyete bozukluğu) bulunmaktadır. Venlafaksin ağır depresyondaki kişilerde özellikle etkili olabilir, daha önce antidepresan tedavilere dirençli hastalarda yanıt alınabilir. Mirtazapin ve trazodon da yalnızca depresif bozuklukların tedavisi için onay almıştır. Bupropion depresif bozukluklarda onay almıştır ve yavaş salımlı tablet formu ayrıca sigara bırakma tedavisinde kullanılır (35,36).

2.1.5.1.1. Depresyon

Tipik olarak; olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan eskisi gibi zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla kendini gösteren depresif bir duygudurum, gerek mental gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriğinde kısıtlılılık ile belirgin bilişsel yavaşlama ve kişinin işlevselliğinde azalma ile kendini gösteren bir hastalıktır (37,38).

Psikiyatrik bozukluklar için yaygın olarak kullanılan sınıflandırma sistemleri Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) (APA) tarafından geliştirilen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ICD (International Classification of Diseases) 'dir. DSM majör depresif bozukluk terimini tercih ederken, ICD 'de depresif

nöbet (atak) terimi kullanılmıştır. Gidiş ve şiddet belirleyicileri her iki sistemde benzerdir. ICD depresyona özgü ilgi azalması, anhedoni, iştah azalması, uyku düzensizliği, sabah saatlerinde belirtilerin ağırlaşması, belirgin psikomotor yavaşlama gibi belirtilerin varlığını “somatik sendrom” olarak tanımlamakta ve şiddet belirleyicisi ile birlikte bedensel belirtilerin var olduğu ve bedensel belirtilerin var olmadığı tip olarak ayrı kodlar vermektedir. DSM-IV-TR’ de atağın kronik seyirli, katatonik, melankolik, atipik, postpartum başlangıçlı özellikleri kodsuz olarak belirtilir (38).

Major Depresif Epizod için APA’nın kabul ettiği tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir (39).

MAJÖR DEPRESİF EPİZOD İÇİN DSM-IV-TR TANI ÖLÇÜTLERİ

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin, kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin, ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin, ayda vücut kilosunun % 5’inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınınca da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizod'un tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin, kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin, hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

2013 yılında DSM'nin son uyarlaması olan DSM V kullanıma girmiştir. DSM V tanı ölçütlerinde ise depresyon bozuklukları başlığı ile bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak duygudurum bozuklukları ayrıştırılmış ve depresyon bozukluklarına yıkıcı duygudurumu düzenleyememe, aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu eklenmiştir (40).

Depresyonun prognozunu ortaya koyan araştırma sonuçlarına göre genel olarak depresif atakların 20'li yaşlarda başladığı kabul edilmektedir ve 3.dekatta ikinci bir pik yapmaktadır (41). Ani başlangıçlı ya da kademeli olabilir, atak süresi birkaç haftadan birkaç aya kadar uzayabilir. Hastaların çoğunda akut bir epizod sonrası prognoz iyiye de dört hastadan üçünde yaşam boyu rekürrensler ve epizodlar arasında değişen derecelerde rezidüel belirtiler görüldüğü bildirilmiştir. Tek bir depresyon dönemi geçiren hastalarda yinleme oranı %50-60 iken, bu oran iki depresyon dönemi geçirenlerde %70'i, üç depresyon dönemi geçirenlerde %90'ı bulmaktadır (42).

Depresyonun en önemli komplikasyonu ise intihardır. Araştırmalar, intihar girişimlerinin çoğunun (%70) kişisel irade ve entelektüel otonomiden çok depresif bilişsel bozulmanın ve gerçekçi muhakemenin olanaksız olduğu klinik olarak belirgin ve şiddetli depresyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir (43). Goodwill ve Jamison yeterli tedavi edilmemiş depresyonların %20-25'inin intihar girişimi ile sonlandığını bildirmişlerdir (44).

Depresyonu ele almak için doğru tanı koyulmalı, tedavi için kanıta dayalı prensipler doğrultusunda amaca yönelik müdahaleler yapılmalıdır. Eşlik eden tıbbi durumu saptamak ve tedavi etmek, hastayla terapötik uzlaşma sağlamak, uygun tedaviyi belirlemek, tedaviye yanıtı sağlamak ve nüksü engellemek üzere izlem yapmak temel prensiplerdir (45).

2.1.5.1.2. Anksiyete Bozuklukları:

Anksiyete nedeni bilinmeyen, içten gelen, endişeyi de barındıran bir bunaltı hissidir. Fizyolojik olarak çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi belirtilerin yanında psikolojik özellikler olarak sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu sayılabilir (46). Bazı tanımlar anksiyeteyi, kaynağı büyük bir ölçüde bilinmeyen bir tehlike beklentisiyle sınırlandırarak korkudan ayırt eder. Anksiyete, kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında itici bir işlev görebilir. Ancak süregelenmiş, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya sebep olan durumlar patolojik olarak değerlendirilmelidir. Anksiyeteye genel yaklaşımda tıbbi bir sebep, madde toksin ya da ilacın etkisi, belli bir durumda

ortaya çıkıp çıkmadığı, sorunun özellikleri, yol açtığı kayıplar, mevcut ve eski başa çıkma yolları, tetikleyen durumlar, sorunu arttıran ve azaltan durumlar, hastanın var olan soruna yorumu değerlendirilmelidir.

Anksiyete bozuklukları DSM-IV-TR’de panik bozukluğu (agorafobili, agorafobisiz), sosyal fobi, özgül fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştı (39). DSM V’de kaygı bozuklukları sınıfına ayrılma kaygısı bozukluğu ve seçici konuşmazlık (selektif mutizm) eklenmiştir. Panik bozukluk ve agorafobi birbirinden ayrılmıştır. Obsesif-kompulsif bozukluk bu gruptan çıkarılmış, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar olarak ayrı bir tanı sınıfında ele alınmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu da anksiyete bozuklukları bölümünden alınarak travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar ismiyle yeni bir tanı sınıfı oluşturulmuştur (40).

2.1.5.2. Antidepresanların Psikiyatri Dışı Kullanım Alanları:

Sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıkların sağaltımında etkinliği kanıtlanan antidepresanların kullanım alanı psikiyatri dışında da oldukça geniştir.

Yapılan çalışmaların birçoğunda hemen tüm antidepresanların kronik ağrıda antinosiseptif etkileri olduğu gösterilmiştir (47). Bu etkilerinin keşfedilmesinden sonra antidepresanlar migren, nöropatik ağrı, fibromiyalji ve diğer fonksiyonel somatik sendromların tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır (48,49,50).

Antidepresan etkinlik gösteren dozlardan daha düşük dozlarda ve daha kısa sürede ağrı kontrolünde etkili olması direkt analjezik etkilerini kanıtlar niteliktedir (51,52). On beş Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen geniş kapsamlı bir çalışmaya göre; kronik ağrı tedavisinde reçete edilen ilaçların %3 ‘ ünü antidepresan ilaçlar oluşturmakta ve bu oran giderek artmaktadır. Aynı çalışmada nöropatik ağrı tedavisinde antidepresan ilaçların reçete edilme oranı %29 olarak bulunmuştur (53).

Özellikle TSA'ların diyabetik nöropati ve postherpetik nöralji başta olmak üzere nöropatik ağrı sendromunda analjezik etkinliklerinden sıklıkla faydalanılmaktadır (54,55).

Antidepresan ilaçlar yalnız analjezik etkileri olmayıp ayrıca ejakülasyonda gecikme yapmak, bağırsak geçiş zamanını değiştirmek gibi başka etkileri de olduğundan bu etkilerine dayanarak prematür ejakülasyon ve irritabl barsak sendromu tedavisinde sıklıkla kullanılırlar (51).

Depresyona neden olma riski taşıyan yüksek doz interferon tedavisi alan Hepatit C hastalarında, inme sonrası bilişsel bozukluk veya fonksiyonel kayıp yaşayan kişilerde ve hastanede yatış gibi depresyon için risk içeren durumlarda profilaktik antidepresan kullanımı gittikçe artmaktadır (52).

Ancak tedavi planı yapılırken antidepresanların kullanım endikasyonları dikkatli değerlendirilmelidir. Antidepresanların faydalı olduğu gösterilen hastalıkların bir çoğu için hala FDA (Food and Drug Administration) onayı bulunmamaktadır. Ornstein ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada BBSK'da tedavisi sürdürülen antidepresan reçetelenmiş hastaların %40'ından fazlasına asla depresyon teşhisinin konulmadığı gösterilmiştir (56). Kanada'da BBSK'da reçetelenen antidepresanı ve endikasyonunu inceleyen başka bir çalışmada antidepresanların %29.3'ünün endikasyon dışı reçete edildiği, en sık olarak TSA'ların endikasyon dışı reçete edildiği ve bu grupta en sık amitriptilinin endikasyon dışı kullanıldığı saptanmıştır. Endikasyon dışı reçete edilen durumların sadece %15.9'u için güçlü bilimsel kanıt olduğu bildirilmiştir (57).

2.2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Psikiyatrik hastalıklar sık görülmesi, sık görülen pek çok kronik hastalığa eşlik etmesi, yetiyetimine yol açması ve tedavi maliyetinin yüksek olması gibi nedenlerle toplum sağlığının omurgasını teşkil eden birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir ilgi alanıdır.

DSÖ'ye, küresel düzeyde hastalık yükünün % 12.3'ünü ruh sağlığı sorunları oluşturmaktadır (58). Çeşitli çalışmalara göre, bu sorunlar birinci basamağa yapılan başvuruların % 15-40'ını oluşturmaktadır (59,60). Depresyonun birinci basamakta

yaygın görülen ruh sağlığı sorunlarından biri olması nedeniyle önemli bir yeri vardır. Altı Avrupa ülkesinde (Fransa, Belçika, İtalya, İspanya, Hollanda, Almanya) yaşayan 21425 kişi üzerinde yapılmış ESEMED (The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders) araştırmasında yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %14 bulunmuştur. En sık görülen ruhsal bozukluk ise major depresyon olarak saptanmıştır. Bu çalışmada depresyonun yaygınlığı %3.6-8.5 arasında değişmektedir (61).

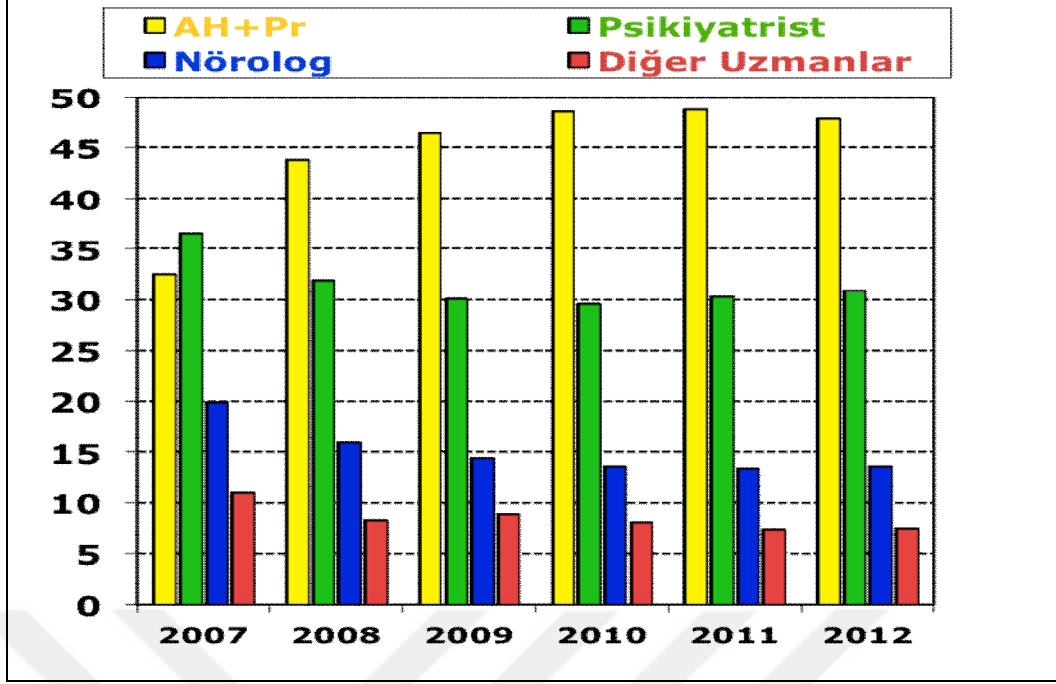
Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta yeterli bir şekilde ele alınmasına yönelik çalışmalardan olan DSÖ Atlas Projesi, dünya çapında ruh sağlığı sistemlerinin organizasyonunu değerlendirmek amacıyla 2000-2001 yıllarında üye ülkelerin %97'lik katılımıyla yürütülmüştür. Bu projenin sonuçlarına göre, katılımcı ülkelerin % 41'inde ruh sağlığı politikası yoktur, % 25'inde ruh sağlığı ile ilgili kayıt sistemi bulunmamaktadır, % 28'inde ruh sağlığına bütçe ayrılmamıştır ve % 41'inde ciddi ruhsal sorunlara birinci basamakta tedavi verilmemektedir (62).

Aile hekimleri sadece aile merkezli bir yaklaşım göstermemekte, aynı zamanda toplum sağlığının gereklerini gözeterek bir yaklaşım sergilemektedirler. WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) 2005'te yayınladığı bildiride aile hekimliği tanımını yapmış, toplum yönelimli yaklaşımı temel altı özellik arasında saymıştır (63). 2008 yılında DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği ortak çalışması ile Birincil Bakımda Ruh Sağlığı Bildirgesi yayımlanmıştır. Buna göre, tüm toplumlarda yaygınlaşan ruhsal hastalıkların olabildiğince erken ve sistematik bir yaklaşımla ve bireyselleştirilmiş, erişimi en kolay bir ortamda tedavisinin en doğru yaklaşım olacağı belirtilmiştir (64). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukların takip ve tedavisini entegre eden ülkelerin ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinde kayda değer artış gözlenmiştir. Bu alanda başarılı bulunmuş ilk 12 ülke arasında gelişmekte olan Güney Afrika, Uganda, Suudi Arabistan ve Belize gibi ülkeler bile mevcuttur.

Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılı eylem planında ruh sağlığı hizmetlerinin aile hekimliğine entegrasyonu kapsamında evde bakım hizmetleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, madde bağımlılığında toplum temelli tedavi merkezleri, gençlik evleri ve toplum sağlığı merkezleriyle aile hekimlerinin koordineli çalışması ve ruh sağlığı hizmetlerine artan ihtiyacın daha etkili karşılanması hedeflenmiştir. 2011 yılı verilerine

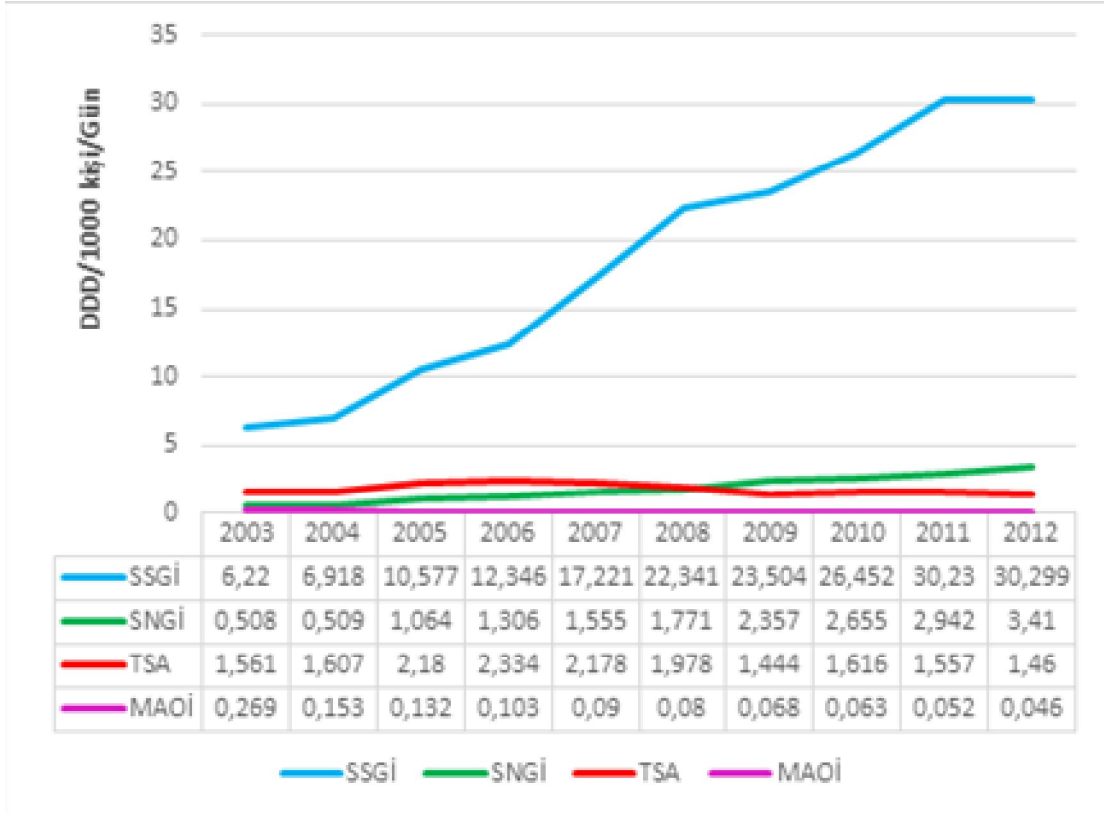
göre aktif olarak çalışan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı 1625'tir (65). Bu kişilerin 862'si Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda, 277'si üniversitelerde çalışırken 486 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı özel sektörde hizmet vermektedir. Ülkemizde 100 bin kişiye düşen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı 2,20'dir. Avrupa Birliği'nin 15 ülkesinde 100 bin kişiye ortalama 12,9 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı düşmektedir. DSÖ Avrupa bölge ülkeleri içinde en az ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı oranına sahip olan ülke Türkiye'dir (66). Bu sonuçlara göre psikiyatri alanındaki uzman hekim açığı da ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetleriyle sistematik biçimde bütünleştirilmesini gerekli kılan önemli bir faktördür.

Aynı eylem planında, son yıllarda psikotrop ilaç kullanımını gerektiren hastalık sıklığı ile açıklanamayacak düzeyde psikotrop ilaç kullanımında artış olduğu ve psikotrop ilaç reçete edenlere bakıldığında en fazla pratisyen hekimlerin daha sonra psikiyatri dışı uzman hekimlerin psikotrop reçetelediğine dikkat çekilmektedir. Psikofarmakoloji Derneği'nin Kasım 2012'de yayınladığı "Türkiye'de Psikotrop İlaç Tüketimi ve Mevcut Uygulamaların Tıbbi, Etik ve Ekonomik Sonuçları" raporuna göre ilk kez antidepresan içeren reçete sayısı son 5 yılda 8.9 milyondan 11.29 milyona çıkmıştır (67). Yani son 5 yılda Türkiye nüfusunun yaklaşık %30'u hekime gittiğinde ilk kez bir antidepresan reçetesi almıştır. Depresyonun prevalansı ile yazılan ilaç miktarı karşılaştırıldığında 2012 yılında olması gerekenden fazla tüketim 2.479.827 kutu olmuştur. Bu sonuçlar psikotrop ilaçların özellikle de antidepresanların önemli bir kısmının uzman olmayan kişiler tarafından gereksiz şekilde reçete edildiğini ya da reçete dışı ilaç kullanımının çok fazla olduğunu düşündürmektedir. Bu ihtimalleri sorgulamak üzere yapılan analizde bu tip ilaçların hangi uzmanlık dallarında ne kadar tercih edildiği irdelenmiştir (Grafik 1). 2008 yılından beri aile hekimi ve pratisyenlerin yazdığı reçete sayısı psikiyatristlerden fazladır. Bu grup hekimlerin uzman raporu doğrultusunda ilaç reçetesi yazmaları bu durumun olası açıklamasıdır. Yeni reçete sayıları da aile hekimlerinin psikiyatri uzmanlarından daha fazla antidepresan kullanımına yönelik psikiyatrik tanı koyduğunu ve tedavi başladığını göstermektedir. Psikotrop reçetelerini en çok düzenleyen hekim grubu olarak aile hekimlerinin bilinçli ve maliyet etkin ilaç reçete etmelerini sağlayacak düzenlemelere ihtiyaç vardır.



Grafik 1: Türkiye’de Antidepresan İçeren Toplam Reçete Sayısının Yazıldıkları Branşlara Göre Dağılımı

Türkiye’de 2003-2012 yılları arasında antidepresan ilaç kullanımını inceleyen başka bir çalışmada tercih edilen antidepresan grupları incelenmiş; tanımlanmış günlük doz (DDD)/1000 kişi/gün cinsinden ifade edilen TSA kullanımının 2003’ten 2006 yılına kadar artış gösterdiği, ancak 2006’da 2.33 olan kullanım miktarının 2012’de 1.46’ya gerilediği saptanmıştır (68). MAOI kullanım oranındaki düşüş çok daha belirgindir. MAOI ilaçlarının kullanımı, 2003’te 0.26’dan 2012’de 0.04’e gerileyerek yaklaşık %82.9’luk bir düşüş göstermiştir. Antidepresan kullanımındaki artışın sorumlularından SSGİ ilaçların kullanımı 10 yıllık dönemde yaklaşık 5 katına, SNGİ ilaçların kullanımı yaklaşık 7 katına, atipik antidepresanların kullanımı ise yaklaşık 3 katına çıkmıştır (Grafik 2). İkame daha pahalı olan yeni ajanlar yönünde olmuştur. Bu da maliyet artışını beraberinde getirmektedir.



Grafik 2: Antidepresan İlaç Gruplarının 2003-2012 Yılları Arasında Kullanımlarının Değişimi (DDD/1000 kişi/gün) (68).

Aynı çalışmadaki dikkat çekici diğer nokta da Türkiye’de 2012 yılında SSGİ’lerden sadece 3 etken maddenin (essitalopram, sertralin, paroksetin) tüm antidepresan kullanımının %64.4’ünü oluşturur duruma gelmesidir. Essitalopramın toplam SSGİ ilaç kullanımındaki payı %33.4’tür. Essitalopram 2008 yılından itibaren antidepresan pazarı içinde en fazla kullanılan moleküldür.

Yeni antidepresanların reçetelenmesini teşvik eden birçok faktör bulunmaktadır. En önemlisi, yeni ilaçların tolere edilebilir yan etki profillerinin doktorların reçeteleme pratikleri üzerindeki etkisidir. Bununla birlikte ilaç şirketlerinin pazarlama kampanyalarının etkisi de göz ardı edilemez. İlaç endüstrisinin pazarlama için harcadığı bütçe araştırma-geliştirme faaliyetleri için harcadığı tutarın iki katına kadar çıkmaktadır (69). İlaç patentlerine, dolayısıyla ilaçların yüksek fiyatlarına mazeret olarak gösterilen araştırma-geliştirme faaliyetleri harcamalarının pazarlama harcamalarının gerisinde kalıyor olması durumun çelişkili yönünü ortaya koymaktadır.

Bu bilgiler ışığında ruh sağlığı hizmetlerini ve bu hizmetlerin birinci basamağa yeterli ve nitelikli entegrasyonunu etkileyen sorunlar ele alındığında, bu sorunların cözümüne şu öneriler getirilebilir:

* Ruhsal sorunların ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilmesi ve her hastalık için risk grupları değişmekle birlikte, hemen tüm toplum kesimlerinin özgül risk altında olduğunun düşünülmesi

* Toplumun ruhsal sorunların önemi konusunda bilinçlendirilerek hizmete katılımının sağlanması

* Ruh sağlığı ile ilgili örgütlenmede yer alan birimlerin güçlendirilmesi, iletişim ve iş birliği sağlanması

* Genel sağlık eğitiminin ruhsal sağlık yönünden geliştirilmesi, tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi eğitimlerde, hekimlere birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaşılabilecek bu tür hastalarla görüşme becerilerinin kazandırılması, uygun tanı ve tedavi sağlayabilecek nitelikte yetiştirilmesi

* Aile hekimlerinin mezuniyet sonrasında eğitim programları ve ikinci basamak tarafından desteklenmesi

* Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların birinci basamak hizmetleri kapsamında evlerinde, kendi ortamlarında izlenmesi, toplum ruh sağlığı merkezleri ile bağlantılarının sağlanması

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA EVRENİ

İstanbul İli Bağcılar İlçesi 6 No.lu Aile Sağlığı Merkezi'ne 4 Şubat 2016-1 Nisan 2016 tarihleri arasında başvuran, 18-65 yaş arası, halen antidepresan kullanmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık 100 kadın ve 60 erkek çalışmaya alınmıştır. Çalışmamız için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 03.06.2014 tarihinde 398 protokol numarası ile onay alınmıştır. İstanbul Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 04.02.2016 tarihinde 64222187/030.03 sayılı yazı ile araştırma izni alınmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları, araştırmacı ve danışmanı tarafından hazırlanan anket formu yoluyla alınmıştır. DSM-IV'e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısını araştırmak amacıyla, bireysel görüşme yoluyla, SCID-I/Klinik versiyonu uygulanmıştır. Bunun yanı sıra depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için toplam 17 maddeden oluşan Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla toplam 14 maddeden oluşan Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, psikotrop ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan yan etkileri nedensel ilişki kurarak değerlendirmek amacıyla toplam 52 maddeden oluşan Udvalg for Kliniske Undersegelser Yan Etki Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri:

- 1) Antidepresan kullanıyor olması,
- 2) 18-65 yaş arasında olması,
- 3) Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

3.1.2. Çalışmaya Alınmama (Dışlama) Kriterleri:

- 1) En az 5 yıllık eğitiminin olmaması,
- 2) Mental retardasyon, demans gibi kognitif işlevleri bozan hastalığı olması,
- 3) Aktif psikotik bulguları olması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin, yaşam öyküleri ile ilgili önemli olabilecek olayların, sigara- alkol- psikoaktif madde gibi bağımlılık yapıcı madde kullanım özelliklerinin, şimdiki ve geçmiş dönem psikiyatrik başvuru ve tedavi özelliklerinin toplandığı ayrıntılı bilgi formudur.

3.2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I):

Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Bilgi kaynakları hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Uygulama ortalama 30-60 dakika sürmektedir. 1983 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilen form, 1997 yılında First ve arkadaşları tarafından DSM-IV' e uyarlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (70).

3.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D):

Hamilton tarafından geliştirilen ve Williams tarafından yapılandırılmış hale dönüştürülen bu ölçek hastalarda depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektedir. Klinisyen tarafından uygulanır. Bu çalışmada 17 maddelik formu uygulanmıştır. Depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. 0 ile 4 arasında

puanlama yapılır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (71).

3.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A):

Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek hastalarda anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Klinisyen tarafından uygulanır. Hem ruhsal, hem bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 madde içerir. Her 33 maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0 ile 4 arasında, ölçeğin toplam puanı 0 ile 56 arasında değişmektedir. 1, 2, 3, 5, 6. maddeler psişik, 4, 7,8, 9, 10, 11,12, 13. maddeler somatik anksiyeteyi ölçmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (72).

3.2.5. UKU Yan Etki Ölçeği (UKU, Udvalg for Klinikse Undersegelser):

Terapötik dozlarda kullanılan psikotrop ilaçlara bağlı ortaya çıkan klinik yan etkilerin değerlendirilmesi amacıyla Lingjaerde ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (73). Psikolojik, nörolojik, otonomik ve diğer yan etkiler olmak üzere toplam 48 maddelik dört alt ölçekten oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması henüz yapılmamıştır.

3.3. İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 20 for Windows paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sürekli veriler ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler sayı ve oran olarak belirtildi. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin tesbiti için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanılmıştır. İkiiden fazla grubun verilerinin karşılaştırılmasında parametrik varsayımları karşılamayan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya İstanbul İli Bağcılar İlçesi 6 No.lu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, halen antidepresan kullanmakta olan ardışık 100 kadın ve 60 erkek alınmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olup ortalama 44.8 ± 12.67 yıldır. Cinsiyetlere göre baktığımızda erkeklerin yaş ortalaması 47.3 ± 12.01 yıl, kadınların yaş ortalaması 43.3 ± 12.87 yıl olarak saptanmıştır. Olguların %80.6'sı evli olup, %11.9'u boşanmış, dul veya ayrı yaşamaktadır. Çekirdek aile içinde yaşayanların oranı %70.6'dır. 3 veya daha az sayıda çocuk sahibi olanlar örneklemin %75'ini oluştururken çocuk sahibi olmayanların oranının %10 olduğu saptanmıştır. Olguların %54.4'ü ilköğretim mezunudur. Ekonomik sorunlar yaşama, dersleri anlamada zorlanma gibi nedenlerle eğitime devam edememe oranı %15'dir. Çalışma durumu incelendiğinde herhangi bir işte çalışmayan olgular %50.6 ile en yüksek orana sahiptir. Hane gelir dağılımı incelendiğinde ortalama aylık geliri 0-1000 TL aralığında olan olgular %21.2 oranında, 1000-3000 TL aralığında olan olgular %65.6 oranında, 3000 TL ve üzerinde olan olgular %13.2 oranında saptanmıştır.

Antidepresan kullanan hastaların cinsiyetlerine göre sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, beraber yaşadıkları kişiler, eğitim durumu, okulu bırakma öyküsü açısından cinsiyetler açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Çalışma durumu ile cinsiyet ilişkisi incelendiğinde kadınların çalışmama oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p=0.000$). Ortalama aylık geliri 0-1000 TL arasında olan kadınların oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p=0.000$) Elde edilen bulgular Tablo 2' de gösterildiği gibidir.

Tablo 2: Çalışmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	Toplam	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	P
⁺ Yaş(Yıl)		47.3±12.01	43.3±12.87	44.8±12.67	0.054
		N=60(%)	N=100(%)	N=160(%)	P
⁺⁺ Medeni Durum	Bekar	8(13.3)	4(4)	12(7.5)	0.940
	Evli	45(75)	84(84)	129(80.6)	
	Dul/Boşanmış/Ayrı	7(11.7)	12(12)	19(11.9)	
⁺⁺ Çocuk Sayısı	0 çocuk	8(13.3)	8(8)	16(10)	0.658
	1 çocuk	5(8.3)	15(15)	20(12.5)	
	2 çocuk	21(35)	35(35)	56(35)	
	3 çocuk	17(28.4)	27(27)	44(27.5)	
	4 ve üzeri çocuk	9(15)	15(15)	24(15)	
⁺⁺ Beraber Yaşadığı Kişiler	Yalnız	10(16.7)	5(5)	15(9.4)	0.080
	Çekirdek Aile	41(68.3)	72(72)	113(70.6)	
	Geniş Aile	8(13.3)	21(21)	29(18.1)	
	Diğer	1(1.7)	2(2)	3(1.9)	
⁺⁺ Eğitim	İlkokul	26(43.3)	61(61)	87(54.4)	0.164
	Ortaokul	13(21.7)	16(16)	29(18.2)	
	Lise	17(28.3)	17(17)	34(21.2)	
	Y.Okul/Üniversite	4(6.7)	6(6)	10(6.2)	
⁺⁺ Okulu Bırakma Durumu	Yok	51(85)	85(85)	136(85)	0.303
	Var-Ekonomik	6(10)	7(7)	13(8.1)	
	Var-Derslerde zorluk	2(3.3)	1(1)	3(1.9)	
	Var-Diğer	1(1.7)	7(7)	8(5)	
⁺⁺ Çalışma Durumu	Çalışmıyor	4(6.7)	77(77)	81(50.6)	0.000**
	Serbest Meslek	21(35)	13(13)	34(21.2)	
	Memur	10(16.7)	6(6)	16(10)	
	İşçi	8(13.3)	0(0)	8(5)	
	Emekli	17(28.3)	4(4)	21(13.2)	
⁺⁺ Hane Gelir Dağılımı	0-1000 TL	3(5)	31(31)	34(21.2)	0.000**
	1000-3000 TL	50(83.3)	55(55)	105(65.6)	
	3000 TL ve üzeri	7(11.7)	14(14)	21(13.2)	

⁺ Student t test ⁺⁺Ki Kare testi **p<0.05

Hastaların cinsiyeti ile çocukluk dönemi yaşam özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde 0-6 yaşları arasında büyüten kişi, ebeveynen ayrı kalma durumu arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Çocukluk döneminde göç yaşayan erkeklerin oranı ise kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.003). Elde edilen bulgular Tablo 3' de gösterildiği gibidir.

Tablo 3: Çalışmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Çocukluk Öykülerinin Karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	Toplam	
		N=60(%)	N=160(%)	N=160(%)	P
0-6 yaş Arası Büyüten Kişi	Ebeveyn	54(90)	92(92)	146(91.2)	0.430
	Akraba	5(8.3)	8(8)	13(8.1)	
	Bakıcı	1(1.7)	0(0)	1(0.7)	
Ebeveynen Ayrı Kalma	Hayır	54(90)	84(84)	138(86.2)	0.286
	Evet	6(10)	16(16)	22(13.8)	
Çocukluk Döneminde Göç Varlığı	Hayır	42(70)	89(89)	131(81.9)	0.003*
	Evet	18(30)	11(11)	29(18.1)	

Ki Kare testi *p<0.05

Hastaların cinsiyeti ile klinik özellikleri karşılaştırıldığında psikoaktif madde kullanımı ve intihar öyküsü varlığı açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Sigara ve alkol kullanan erkeklerin oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.000, p=0.001). Geçmişte bir psikiyatri kliniğine başvurma oranı ve geçmişte antidepresan kullanma oranı kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.039, p=0.013). Ek tıbbi bir hastalığı olan erkeklerin oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.007). Elde edilen bulgular Tablo 4' de gösterildiği gibidir.

Tablo 4: Çalışmaya Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	Toplam	
		N=60(%)	N=100(%)	N=160(%)	P
Sigara	Yok	13(21.7)	70(70)	83(51.9)	0.000*
	Var	47(78.3)	13(30)	77(48.1)	
Alkol	Yok	48(80)	96(96)	144(90)	0.001*
	Var	12(20)	4(4)	16(10)	
Madde	Yok	59(98.3)	98(98)	157(98.1)	0.880
	Var	1(1.7)	2(2)	3(1.9)	
İntihar Öyküsü	Yok	56(93.3)	89(89)	145(90.6)	0.269
	Var	4(6.7)	11(11)	15(9.4)	
Geçmişte Psikiyatriye Başvuru	Yok	46(76.7)	62(62)	108(67.5)	0.039*
	Var	14(23.3)	38(38)	52(32.5)	
Geçmişte Antidepresan Kullanımı	Yok	49(81.7)	63(63)	112(70)	0.013*
	Var	11(18.3)	37(37)	48(30)	
Psikiyatri Dışı Ek Hastalık	Yok	19(31.7)	51(51)	70(43.8)	0.017*
	Var	41(68.3)	49(49)	90(56.2)	

Ki Kare testi *p<0.05

Cinsiyet faktörüne göre annenin ve ya babanın hayatta olma oranlarının anlamlı bir farklılaşma göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05). Elde edilen bulgular Tablo 5' de gösterildiği gibidir.

Tablo 5: Anne ve Babanın Hayatta Olma Durumunun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	Toplam	
		N=60(%)	N=100(%)	N=160(%)	P
Annenin Hayatta Olması	Evet	36(60)	56(56)	92(57.5)	0.620
	Hayır	24(40)	44(44)	68(42.5)	
Babanın Hayatta Olması	Evet	34(56.7)	48(48)	82(51.2)	0.288
	Hayır	26(43.3)	52(52)	78(48.8)	

Ki Kare testi *p<0.05

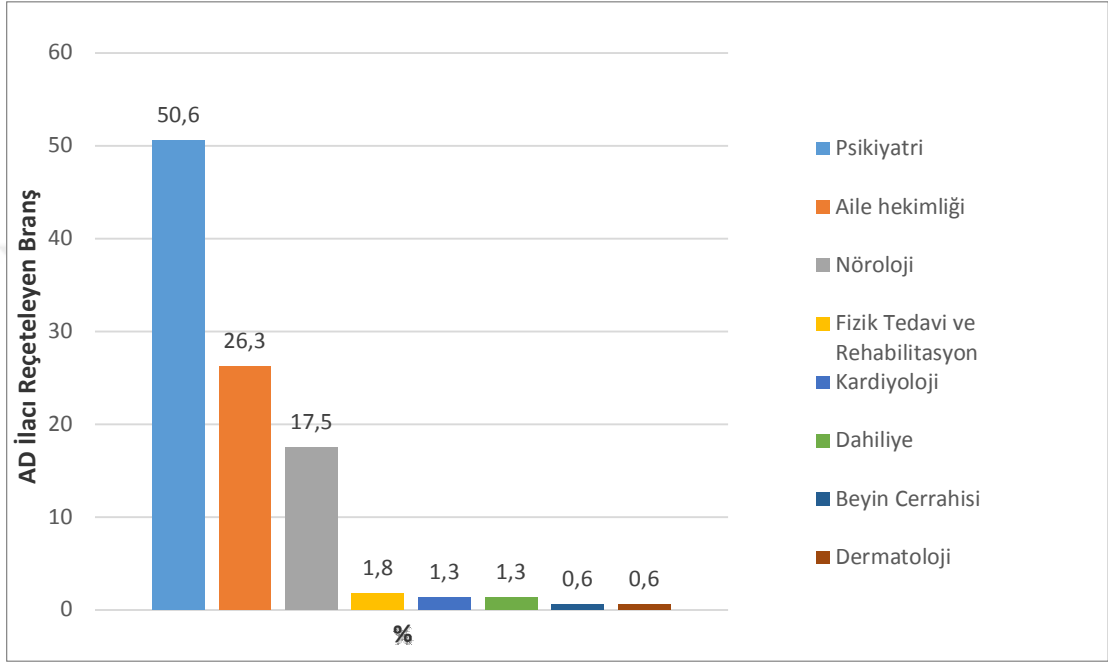
Ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan kadınların oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.016). Ailesinde sigara-alkol-madde kullanımı olan erkeklerin oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.010). Elde edilen bulgular Tablo 6' de gösterildiği gibidir.

Tablo 6: Ailede Psikiyatrik Öykünün ve Klinik Özelliklerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	Toplam	
		N=60(%)	N=100(%)	N=160(%)	P
Ailede Psikiyatrik Öykü	Yok	44(73.4)	54(54)	98(61.3)	0.110
	Var-DDB	9(15)	28(28)	37(23.1)	
	Var-Psikotik	2(3.3)	6(6)	8(5)	
	Var-Diğer	5(8.3)	12(12)	17(10.6)	
+Ailede İntihar Öyküsü	Yok	59(98.3)	88(88)	147(91.9)	0.016*
	Var	1(1.7)	12(12)	13(8.1)	
Ailede Sigara-Alkol-Madde Kullanımı	Yok	6(10)	26(26)	32(20)	0.010*
	Var	54(90)	74(74)	128(80)	

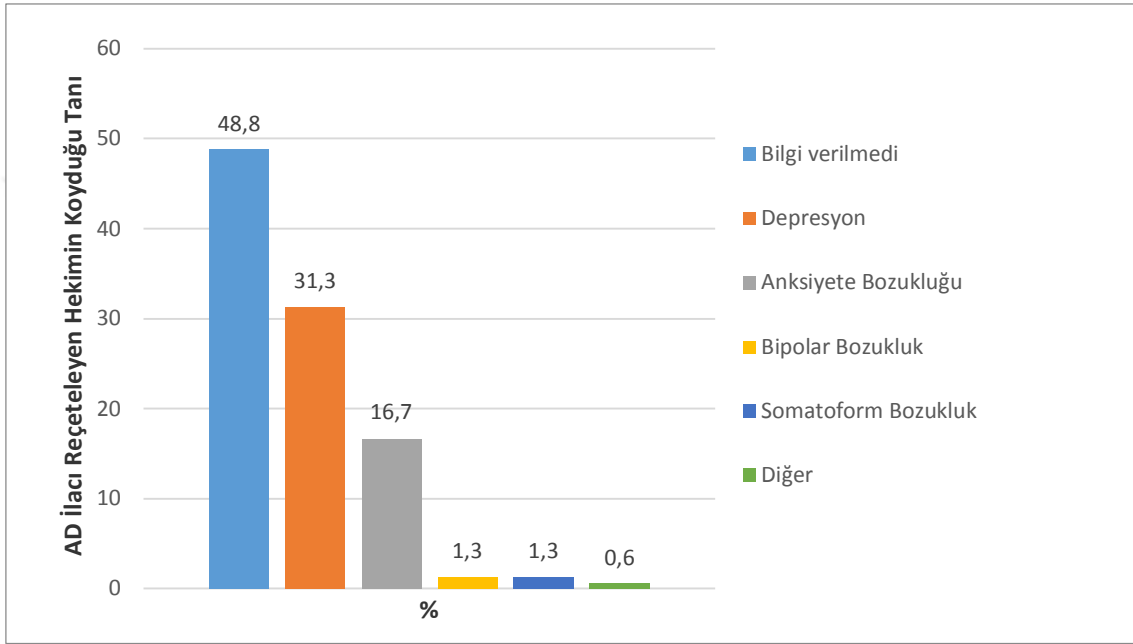
Ki Kare testi +Fisher's Exact Test *p<0.05

Çalışmaya katılan hastaların halen kullandığı antidepresan ilacı reçeteleyen hekimlerin branş dağılımı incelendiğinde; reçetelerin 81'i psikiyatri (%50.6), 42'si aile hekimliği (%26.3), 28'i nöroloji (%17.5), 3'ü fizik tedavi ve rehabilitasyon (%1.8), 2'si kardiyoloji (%1.3), 2'si dahiliye (%1.3) bölümlerince yazılmıştır. Birer kişinin tedavisi de beyin cerrahisi ve dermatoloji kliniklerince düzenlenmiştir (%0.6, %0.6). Elde edilen bulgular Grafik 3' de gösterildiği gibidir.



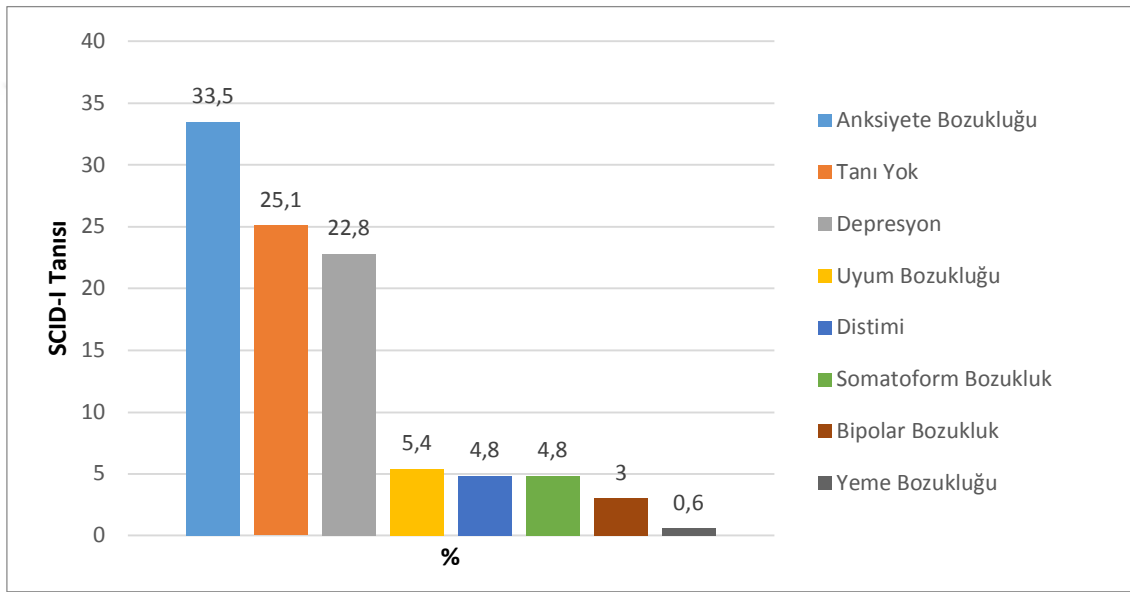
Grafik 3: Halen Kullanılan Antidepresan İlacı Reçeteleyen Hekimlerin Dağılımları

Çalışmaya katılan hastaların antidepresan reçetesini düzenleyen hekimin koyduğu tanıları sorgulandığında 78 hasta tanıya ilişkin herhangi bir bilgi verilmediğini (%48.8), 50 hasta depresyon (%31.3), 27 hasta anksiyete bozukluğu (%16.7), 2 hasta bipolar bozukluk (%1.3), 2 hasta somatoform bozukluk (%1.3) tanısıyla izlendiğini, 1 hasta da migren (%0.6) tanısıyla antidepresan ilaç başlandığını bildirmiştir. Elde edilen bulgular Grafik 4’ de gösterildiği gibidir.



Grafik 4: Antidepresan İlacı Reçeteleyen Hekimin Koyduğu Tanıların Dağılımı

Çalışmamızda uygulanan SCID-I'e göre tanı dağılımına bakıldığında 56 hastaya bir anksiyete bozukluğu (%33.5) tanısı konulmuştur. Antidepresan kullanan olguların 42'si herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamıştır (%25.1). Depresyon tanısı 38 (%22.8) hastaya konulmuştur ve tanılar arasında en sık görülen ikinci ruhsal bozukluk olarak bulunmuştur. 9 hasta uyum bozukluğu (%5.4), 8 hasta distimi (%4.8), 8 hasta somatoform bozukluk (%4.8), 5 hasta bipolar bozukluk (%3), 1 hasta da yeme bozukluğu (%0,6) tanısı almıştır. Olguların 6'sında (%3.8) anksiyete bozukluğu ve depresyon tanıları birlikte bulunmaktadır. Elde edilen bulgular Grafik 5'te gösterilmiştir.



Grafik 5: SCID-I Tanılarının Dağılımı

SCID-I ile herhangi bir tanı almayan olguların 15'inin reçetesi bir psikiyatrist (%18.5) tarafından, 11'inin reçetesi aile hekimi (%26.2) tarafından, 16'sının reçetesi nörologların da dahil olduğu diğer branşlar (%43.2) tarafından yazılmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.018). Ayrıca hastalara antidepresan reçete edildiği döneme ilişkin belirtiler sorgulanmış ve geçmiş SCID-I tanısı elde edilmiştir. Geçmiş dönemdeki SCID-I tanı varlığı branşlar arasında anlamlı olarak farklılık göstermemekle birlikte nörologların da içinde bulunduğu diğer hekim grubunda ilaç başlandığı dönemde herhangi bir tanı almama oranının (%13.5) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 7'de gösterildiği gibidir.

Tablo 7: SCID-I Tanılarının Antidepresanı Reçeteleyen Branşlara Göre Karşılaştırılması

		Psikiyatrist	Aile Hekimi	Diğer	Toplam	
		N=81(%)	N=42(%)	N=37(%)	N=160(%)	P
SCID-I Tanısı	Yok	15(18.5)	11(26.2)	16(43.2)	42(26.2)	0.018*
	Var	66(81.5)	31(73.8)	21(56.8)	118(73.8)	
Geçmiş SCID-I Tanısı	Yok	4(4.9)	1(2.4)	5(13.5)	10(6.2)	0.098
	Var	77(95.1)	41(97.6)	32(86.5)	150(93.8)	

Ki Kare testi *p<0.05

Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları antidepresanlar incelendiğinde sadece 4 (%2.5) hastanın SSGİ dışı bir antidepresanla tedavi edilmekte olduğu görülmüştür. 2'li AD kullanan 12 hasta (%7.5) bulunmaktadır. Tüm AD'lar içinde essitalopram molekülü tercih edilme oranı % 37.8 olarak saptanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 8' de gösterildiği gibidir.

Tablo 8: Kullanılan Antidepresanların Dağılımı

	Frekans	Oran(%)
Essitalopram	65	37.8
Sertralin	31	18
Fluoksetin	21	12.2
Paroksetin	15	8.7
Sitalopram	12	7
Venlafaksin	11	6.4
Trazodon	7	4
Mirtazapin	5	2.9
Duloksetin	3	1.8
Klomipramin	1	0.6
Fluvoksamin	1	0.6
TOPLAM	172	100

Antidepresan tedavi uygulamalarının cinsiyete göre karşılaştırması yapıldığında tercih edilen antidepresan grubu, kombine ilaç kullanımı, görüşme sıklığı açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. 1 yıldan daha uzun süre ilaç kullanan kadınların oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=0.044). Tedaviyi bırakma girişimi varlığı, kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.047). Antidepresan tedavisi psikiyatrist tarafından düzenlenen kadınların oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.000). Elde edilen bulgular Tablo 9’ da gösterildiği gibidir.

Tablo 9: Antidepresan Tedavi Uygulamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	Toplam	P
		N=60(%)	N=100(%)	N=160(%)	
Antidepresanı Reçeteleyen Hekim	Psikiyatrist	21(35)	60(60)	81(50.6)	0.000*
	Aile Hekimi	26(43.3)	16(16)	42(26.3)	
	Diğer	13(21.7)	24(24)	37(23.1)	
Antidepresan Grubu	SSGİ	51(85)	82(82)	133(83.1)	0.368
	SNGİ	3(5)	11(11)	14(8.8)	
	Diğer	6(10)	7(7)	13(8.1)	
Antidepresan Dozu	Min.Etkin Doz Altı	5(8.3)	9(9)	14(8.8)	0.565
	Orta Etkin Doz	55(91.7)	91(91)	146(91.2)	
Kombine İlaç Kullanımı	Yok	50(83.3)	85(85)	135(84.4)	0.772
	Var-AD ile	4(6.7)	8(8)	12(7.5)	
	Var-AD dışı Psikotrop ile	6(10)	7(7)	13(8.1)	
Kullanım Süresi	0-1 Ay	9(15)	4(4)	13(8.1)	0.044*
	1-6 Ay	18(30)	33(33)	51(31.9)	
	6-12 Ay	10(16.7)	11(11)	21(13.1)	
	1 Yıldan fazla	23(38.3)	52(52)	75(46.9)	
Görüşme Sıklığı	Hiç	16(26.7)	17(17)	33(20.6)	0.056
	Ayda 1’den fazla	(3.3)	1(1)	3(1.9)	
	Ayda 1	23(38.3)	60(60)	83(51.9)	
Tedaviyi Bırakma Girişimi	Birkaç ayda 1	19(31.7)	22(22)	41(25.6)	0.047*
	Yok	44(73.3)	59(59)	103(64.4)	
	Var	16(26.7)	41(41)	57(35.6)	

Ki Kare testi *p<0.05

Tedaviyi düzenleyen hekimlerin branşlarına göre seçilen antidepresan grupları incelendiğinde SSGİ'lerin tüm hekimler tarafından en çok tercih edilen ajanlar olduğu görülmektedir. SSGİ ve SNGİ grupları dışındaki antidepresanları tercih eden psikiyatristlerin oranı aile hekimleri ve diğer branş hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.040). Antidepresan tedavi uygulama stratejileri incelendiğinde kombinasyon tedavisi uygulayan psikiyatri hekimlerinin oranı aile hekimlerine ve diğer branş hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.025). Antidepresan ilaç kullanım süresi 0-6 ay arasında olan olguların reçetelerinin aile hekimlerince düzenlenme oranı psikiyatrist ve diğer branş hekimlerince düzenlenme oranına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.014). Tanıya ilişkin bilgi verme oranları karşılaştırıldığında psikiyatri hekimlerinin oranı diğer hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.001). Branşlara göre kontrol sıklıkları karşılaştırıldığında hiç kontrole çağırılmama oranı aile hekimleri ve diğer grupta psikiyatristlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.001). Elde edilen bulgular Tablo 10' de gösterildiği gibidir.

Tablo 10: Antidepresan Tedavi Uygulamalarının Branşlara Göre Karşılaştırılması

		Psikiyatrist	Aile Hekimi	Diğer	Toplam	P
		N=81(%)	N=42(%)	N=37(%)	N=160(%)	
Antidepresan Grubu	SSGİ	72(76.5)	42(95.2)	31(83.8)	145(83.1)	0.040*
	SNGİ	8(9.9)	0(0)	6(16.2)	14(8.8)	
	Diğer	11(13.6)	2(4.8)	0(0)	13(8.1)	
Antidepresan Dozu	Min.Etkin Doz Altı	5(5.5)	5(11.4)	4(10.8)	14(8.1)	0.403
	Orta Etkin Doz	86(94.5)	39(88.6)	33(89.2)	158(91.9)	
Kombine İlaç Kullanımı	Yok	61(75.3)	38(90.5)	36(97.3)	135(84.4)	0.025*
	Var-AD ile	10(12.3)	2(4.8)	0(0)	12(7.5)	
	Var-AD dışı Psikotrop ile	10(12.3)	2(4.8)	1(2.7)	13(8.1)	
Antidepresan Kullanım Süresi	0-6 Ay	27(33.3)	26(61.9)	11(29.7)	64(40)	0.014*
	6-12 Ay	12(14.8)	2(4.8)	7(18.9)	21(13.1)	
	1 Yıldan fazla	42(51.9)	14(33.3)	19(51.4)	75(46.9)	
Tanısal Bilgi	Yok	25(30.9)	24(57.1)	29(78.4)	78(48.8)	0.000*
	Var	56(69.1)	18(49.1)	8(21.6)	82(51.2)	
Görüşme Sıklığı	Hiç	5(6.2)	15(35.7)	13(35.2)	33(20.6)	0.001*
	Ayda 1'den fazla	2(2.5)	1(2.4)	0(0)	3(1.9)	
	Ayda 1 Birkaç ayda 1	53(65.4)	16(38.1)	14(37.8)	83(51.9)	
Tedaviyi Bırakma Girişimi	Yok	49(60.5)	27(64.3)	27(73)	103(64.4)	0.422
	Var	32(39.5)	15(35.7)	10(27)	57(35.6)	

Ki Kare testi *p<0.05

Geçmişte herhangi bir psikiyatri kliniğine başvurmuş ve antidepresan tedavi almış olan olguların şimdiki tedavilerinin bir psikiyatrist tarafından düzenlenme oranı aile hekimlerine ve diğer branşlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0.000, p=0.000). Elde edilen bulgular Tablo 11’ de gösterildiği gibidir.

Tablo 11: Geçmiş Psikiyatrik Tedavi Öyküsünün Branşlara Göre Karşılaştırılması

		Psikiyatrist	Aile Hekimi	Diğer	Toplam	
		N=81(%)	N=42(%)	N=37(%)	N=160(%)	P
Geçmiş Başvuru	Yok	42(51.9)	33(78.6)	33(89.2)	108(67.5)	0.000*
	Var	39(48.1)	9(21.4)	4(10.8)	52(32.5)	
Geçmiş Antidepresan Kullanımı	Yok	43(53.1)	36(85.7)	33(89.2)	112(70)	0.000*
	Var	38(46.9)	6(14.3)	4(10.8)	48(30)	
Ki Kare testi		*p<0.05				

Tüm olguların HAM-D puanlarının ortalaması 9.31±4.49 ve HAM-A puanlarının ortalaması 13.64±6.85 olarak saptanmıştır. Kadınların HAM-D ve HAM-A puanlarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.020, p=0.010). UKU uygulaması elde edilen otonomik yan etki puanı kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.021) Elde edilen bulgular Tablo 12’de gösterildiği gibidir.

Tablo 12: HAM-D, HAM-A ve UKU Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	Toplam	
		N=60	N=100	N=160	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	p
HAM-D⁺		8.23±4.22	9.95±4.55	9.31±4.49	0.020*
HAM-A⁺		11.28±5.46	15.05±7.24	13.64±6.85	0.010*
UKU⁺⁺	Ruhsal Yan Etki	0.44±0.92	0.65±1.13	0.57±1.06	0.261
	Nörolojik Yan Etki	0.09±0.47	0.07±0.43	0.08±0.44	0.781
	Otonomik Yan Etki	0.16±0.55	0.51±1.10	0.38±0.94	0.021*
	Diğer Yan Etkiler	0.21±0.79	0.45±1.09	0.36±0.99	0.134

⁺Student t-testi ⁺⁺Mann Whitney U Test *p<0.05

HAM-D puanlarının reçeteyi düzenleyen branşlara göre değişimi incelendiğinde psikiyatri ve aile hekimliği arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Diğer branşlar tarafından tedavisi düzenlenen olguların HAM-D puanları psikiyatriste başvuran olgulardan anlamlı derecede düşük saptanmıştır (p=0.001). Reçeteyi düzenleyen branşlara göre UKU puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Elde edilen bulgular Tablo 13’de gösterildiği gibidir.

Tablo 13: HAM-D, HAM-A ve UKU Puanlarının Branşlara Göre Karşılaştırılması

	Psikiyatrist N=81	Aile Hekimi N=42	Diğer N=37	Toplam N=160		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	p	
HAM-D⁺	10.23±4.47	9.09±4.61	7.51±3.89	9.31±4.49	0.001*	
HAM-A⁺⁺	14.71±6.59	11.5±6.45	13.7±7.45	13.64±6.85	0.087	
UKU⁺⁺	Ruhsal Yan Etki	0.61±1.11	0.38±0.85	0.70±1.15	0.57±1.06	0.303
	Nörolojik Yan Etki	0.09±0.43	0.00±0.00	0.13±0.67	0.08±0.44	0.270
	Otonomik Yan Etki	0.50±1.08	0.26±0.76	0.24±0.76	0.38±0.94	0.157
	Diğer Yan Etkiler	0.45±1.16	0.30±0.86	0.21±0.67	0.36±0.99	0.611

⁺Mann Whitney U test ⁺⁺ Kruskal-Wallis testi *p<0.05

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza halen antidepresan kullanmakta olan 100 kadın ve 60 erkek hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 44.8 ± 12.67 yıl olarak saptanmıştır. Elde ettiğimiz bu bulgu özellikle depresif bozukluklar için kabul gören başlangıç yaşından ileri gibi görünse de ruhsal bozuklukların genel olarak en sık görülme çağıının 25-44 yaşları arasında olduğunu bildiren uluslararası yayınlarla uyumludur (74). Cinsiyetlere göre baktığımızda erkeklerin yaş ortalaması 47.3 ± 12.01 yıl, kadınların yaş ortalaması 43.3 ± 12.87 yıl olarak saptanmıştır. Tedavi başvurusunda bulunan depresyon olguları ile yapılmış olan STAR*D çalışmasında da kadınların başvuru yaşının erkeklere oranla üç yıl daha erken olduğu bildirilmiştir (K= 39.4 ± 13.3 ; E= 42.4 ± 13.1); ancak, bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (75).

Olguların %80.6'sı evli olup, çekirdek aile içinde yaşayanların oranı %70.6'dır. Eğitim durumları incelendiğinde ilkokul mezunu olma oranı %54.4'tür. Ekonomik sorunlar yaşama, dersleri anlamada zorlanma gibi nedenlerle eğitime devam edememe oranı %15'dir. Olgular içinde herhangi bir işte çalışmama %50.6 ile en yüksek orana sahiptir. Ortalama aylık geliri 3000 TL'den az olan olguların oranı %86.8 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda elde edilen bulgular gerek ülkemizdeki, gerekse dünyadaki pek çok çalışmanın sosyodemografik özellikleriyle örtüşmektedir (76,77,78,79,80). Örneğin; Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda (4) ve Dönmez ve arkadaşlarının çalışmasında (7) eğitim düzeyi azaldıkça ruhsal hastalıklar ve özellikle duygudurum bozukluklarının daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Bütün araştırmalar, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ruhsal bozukluk yaygınlığının sosyoekonomik bakımdan yüksek kesimlere kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir (81). Bir işte çalışmak, kişinin özgüven ve kendine saygı duygusunu geliştirmekte, ona bir değer katmaktadır. Bu nedenle işsizlik başta depresyon olmak üzere duygudurum bozuklukları ve ruhsal hastalıkların birçoğuna zemin hazırlamaktadır. Ayrıca işsizlik kişiyi finansal anlamda zora sokarak gerilimini arttırmakta ve onu ruhsal hastalıklara yatkın hale getirmektedir (38).

Çalışmamızda kadınların erkeklere göre çalışmama oranı oldukça yüksektir (E: %6.67, K:%77) Bu durum ev hanımlarının çalışmayan gruba dahil edilmesinden kaynaklanmış olabilir. 1000 TL'den az aylık geliri olan kadınların oranı da erkeklere göre daha yüksektir. Çalışan kadınların gelir getirici formel olmayan çalışma biçimlerine (ev eksenli çalışma, ev işçiliği, ücretsiz aile işçiliği gibi) sahip olabilmesi bu sonuca yol açıyor gibi görünmektedir.

Çocukluk döneminde göç yaşayan erkeklerin oranı ise kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Türkiye'de yaşanan yoğun iç göçe karşın bu alanda özellikle psikolojik anlamda yapılan araştırmalar yetersizdir. Göçle beraber bireyin içinde bulunduğu yeni toplumda kültürleşme süreci başlamaktadır. Kültürleşme; dil, kültür, etnik kimlik, tutum ve davranışlar, sosyal alışkanlıklar ve ilişkiler, yeme alışkanlıklarını da kapsayan çok boyutlu bir değişim sürecidir (82). Bu süreçte aile kaybı, kültürel şok, iş bulmayla ilgili sorunlar, dil sorunları gibi birçok zorlukla karşı karşıya kalınmaktadır. Göçten en çok kadınlar ve çocukların etkilendiğini bildiren yayınlar çoğunluktadır (83). Buna karşın göç yaşamış erkeklerde depresyon yaygınlığının kadınlara göre belirgin düzeyde yüksek olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur (84). Kadınlar zaten kendilerine daha edilgen bir rol biçildiği ve sorumluluk alanlarının daha dar olduğu gerekçesiyle bu sürecin onlar için erkekler kadar örseleyici olmadığı öne sürülmüştür.

Ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan kadınların oranı (%12) erkeklere (%1.7) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Depresif bozukluklarda risk etmenlerini araştıran 2014 depresyon hastasıyla yürütülen bir çalışmada bir yakın ölümünün kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (85).

Çalışmamızda sigara kullanan erkeklerin oranı (%78.3) kadınlara göre (%30) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Türkiye'de 2008 yılında yürütülen “ Küresel Erişkin Tütün Araştırması ” sonucuna göre 15 yaş üstü erişkin grupta toplam tütün kullanım sıklığı %31.2'dir (86). Kadınlarda sigara kullanım oranı %15.2, erkeklerde %47.9 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalar ruhsal bozukluğu bulunanların bulunmayanlara oranla iki kat daha fazla sigara içmekte olduğunu da göstermektedir (87). Bu durum çalışmamızda elde ettiğimiz yüksek sigara kullanma oranlarını açıklayabilir. Benzer şekilde alkol kullanımı da erkeklerde (%20) kadınlara

göre (%4) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması 2010 raporunda alkol kullanma oranı %12.6 (erkeklerde %21.1, kadınlarda % 4.4) olarak bildirmiştir (88). Çalışmamızda ailesinde sigara-alkol-madde kullanımı olan erkeklerin oranı (%90) kadınlara (%74) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Kadınlarda geçmişte bir psikiyatri kliniğine başvurma oranı ve geçmişte antidepresan kullanma oranı (%38, %37) erkeklere göre (%23.3, %18.3) anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Psikiyatrik destek arayışında; ruhsal bozuklukların süresi ve şiddeti yanında tedaviye erişim, maliyet, arkadaş ve çevre ilişkileri, daha önceki sağlık hizmeti deneyimleri, cinsiyet, evlilik durumu, yaş gibi sosyodemografik faktörler de etkili olabilmektedir (89). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ruhsal sorunları olanlarda profesyonel yardıma başvurma durumu; kadınlarda erkeklere göre 2.6 kat daha fazla bulunmuştur (90). Erkeklerin kadınlara göre daha az psikiyatrik destek aramalarının sebepleri olarak ise; erkeklerin psikososyal problemleri ve stresleri daha az dışa vurmaları bildirilmiştir. Ayrıca erkeğin davranışları, kariyeri, toplumdaki yeri, yaşam tarzı, kadınlara göre kendilerine daha fazla güvenmeleri ve daha iyimser bakış açısına sahip olmalarının psikiyatrik destek arayışında etkili olduğu bildirilmektedir (91,92,93,94). Ayrıca kadınların, aile planlaması, gebelik ve doğum sonrası dönem, çocuk sağlığı ile ilgili problemler nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmaya daha yatkın olmaları da destek aramada etkili olabilmektedir (92). Çalışmamızda antidepresan tedavisi psikiyatri dışı hekimler tarafından düzenlenen erkeklerin oranı kadınlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bu bulgu da ruhsal bozukluklarının atlanmaması açısından aile hekimlerinin erkek hastalarına daha dikkatli bir yaklaşım sergilemesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda ek tıbbi hastalığı olan erkeklerin oranı (%68.3) kadınlara göre (%49) yüksek saptanmıştır. Bu bulgu da erkeklerin daha çok fiziksel rahatsızlıklar için destek aradığını bildiren yayınlarla uyumludur (91,92,93,94).

Antidepresan tedavi uygulamalarının cinsiyete göre karşılaştırması yapıldığında tercih edilen antidepresan grubu, kombine ilaç kullanımı, görüşme sıklığı açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. 1 yıldan daha uzun süre ilaç kullanan kadınların oranı (%52) erkeklere (%38.3) göre yüksek saptanmıştır. Tedaviyi bırakma girişimi kadınlarda (%41) erkeklere (%26.7) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek

saptanmıştır. Young ve arkadaşları geniş ölçekli bir yıllık izlem çalışmasında psikiyatri hastalarının tedaviyi bırakma oranlarını %31 olarak bulmuştur (95). Percuadini ve arkadaşları ise iki yıllık izlemde bu oranın yaklaşık %50 olduğunu saptamıştır (96). Tedavi uyumsuzluğuna sebep olacak faktörleri belirlemek için yapılan çalışmalar muğlak sonuçlar vermiştir. Yapılan çalışmalar arasında farklılıklar olmakla birlikte belirlenen risk faktörleri; semptomların ciddiyeti, komorbid hastalık varlığı, sosyodemografik özellikler, klinisyenin deneyimi, randevular arasındaki süre, yaşanan yerin kliniğe uzaklığıdır (97). Yapılan çalışmalarda ayrıca hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu iki neden, hastalarda, hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (98,99). Çalışmamıza katılan kadınların tedavi sürelerinin erkeklerden uzun olması tedavi bırakma girişimlerinin de fazla olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda halen kullanılan antidepresanı %50.6 oranla psikiyatri hekimi reçete etmiştir. Reçetelerin 42'si aile hekimliği (%26.3), 28'i nöroloji (%17.5), 3'ü fizik tedavi ve rehabilitasyon (%1.8), 2'si kardiyoloji (%1.3), 2'si dahiliye (%1.3) bölümlerince yazılmıştır. Birer kişinin tedavisi de beyin cerrahisi ve dermatoloji kliniklerince düzenlenmiştir (%0.6, %0.6). Çalışmamızı yürüttüğümüz bölgenin özelliklerine baktığımızda yakın yerleşimli 5'ten fazla üçüncü basamak sağlık kuruluşu ve bir adet üçüncü basamak psikiyatri branş hastanesi ile bir çok özel hastane ve özel tıp merkezinin bulunduğunu ve kişi başına düşen psikiyatrist sayısının ülke ortalamasının üzerinde olduğunu söyleyebiliriz. Oysa ki Psikofarmakoloji Derneği'nin Kasım 2012'de yayınladığı rapor sonucuna göre 2008 yılından beri aile hekimi ve pratisyenlerin yazdığı reçete sayısı psikiyatristlerden fazladır. Aradaki fark bahsedilen sebeplerle açıklanabilir (67).

Tercih edilen preparatlar incelendiğinde ağırlıklı olarak SSGİ grubu ilaçların (%84.3) kullanıldığı, bu grup içerisinde de essitalopram (%37.8) molekülünün öne çıktığı dikkati çekmektedir. Çalışmamızda psikiyatristlerin SSGİ ve SNGİ grupları dışındaki antidepresanlara tedavilerinde daha çok yer verdikleri görülmüştür. Diğer bir deyişle psikiyatri dışı hekimlerin büyük çoğunluğu SSGİ haricinde antidepresan tercih etmemektedirler. Literatürde SSGİ kullanımını inceleyen ve psikiyatri dışı hekimlerde daha sık olduğunu bildiren çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (100,101). IMS (Intercontinental Marketing Service) tarafından Ekim 2012 itibariyle sunulmuş olan ilaç

tüketim istatistikleri verilerine göre Türkiye’de antidepresan tüketimi 2003 yılında 14.238 milyon kutu iken, 2012 yılında 36.881 milyon kutu olmuştur. On yıldaki artış oranı %160 olmuştur (68). Antidepresan kullanımındaki artışın sorumlularından olan SSGİ ilaçların kullanımı 10 yıllık dönemde yaklaşık 5 katına, SNGİ ilaçların kullanımı yaklaşık 7 katına, atipik antidepresanların kullanımı ise yaklaşık 3 katına çıkmıştır. Aile hekimlerinin antidepresan reçetelemesini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada aile hekimlerinin %81.7’si essitalopram molekülünü, %11.6’sı sertalin molekülünü, %5’i fluoksetin molekülünü, geriye kalanı ise bu 3 molekül dışında reçeteleme yapmakta olup toplamda %90.8’i ilaç mümessillerinin tamamen ya da kısmen de olsa antidepresan reçetelenmesi ve reçetelenen molekülün seçiminde etkili olduklarını düşünmektedir. 120 aile hekiminden 8’i bu görüşe katılmamış ve 4 aile hekiminin de çekimser olduğu görülmüştür (102).

Antidepresan ilaç kullanım süresi 0-6 ay arasında olan olguların reçetelerinin aile hekimlerince (%61.9) düzenlenme oranı psikiyatrist ve diğer branş hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Tedavi sürelerinin araştırıldığı ve antidepresan kullanımı olan 35.053 hastanın 2 yıllık verilerini inceleyen bir çalışmada çoğu tedavinin (%81.8) altı aydan daha az bir sürede, yarıdan fazlasının (%58.1) ilk bir ayda sonlandırıldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada pratisyen hekimlerin düzenlediği tedavilerin psikiyatristlere göre daha erken sonlandığına işaret edilmiştir (103). Ayrıca hem diğer bir antidepresan ile hem de diğer psikotrop ilaçlarla kombinasyon tedavisi uygulayan psikiyatri hekimlerinin oranı aile hekimlerine ve diğer branş hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bu bulgu daha dirençli semptomları olan ve ya kronikleşme eğilimi gösteren olguların daha çok psikiyatri hekimlerine başvurduğunu düşündürmesinin yanısıra psikiyatri dışı hekimlerin kombinasyondan kaçındıklarını da göstermektedir.

Çalışmamızda 78 hasta tanıya ilişkin herhangi bir bilgi verilmediğini (%48.8), 50 hasta depresyon (%31.3), 27 hasta anksiyete bozukluğu (%16.7), 2 hasta bipolar bozukluk (%1.3), 2 hasta somatoform bozukluk (%1.3) tanısıyla izlendiğini, 1 hasta da migren (%0.6) tanısıyla antidepresan ilaç başladığını bildirmiştir. Psikiyatri dışı hekimlerin psikiyatrik ilaç reçeteleme örüntülerinin incelendiği İstanbul’da bir eğitim araştırma hastanesinde yürütülen çalışmada 95 katılımcıdan 36’sı anksiyete bozukluğu (%38.3), 30’u depresyon (%31.9), 10’u karışık anksiyeteli depresif bozukluk (%10.7), yine 10 katılımcı somatoform

bozukluk (%10.7) tanısıyla psikiyatri kliniğine yönlendirildiği belirtilmiştir (104). Tanısal dağılımda farklılık var gibi görünse de hastalarımızın neredeyse yarısının psikiyatrik tanılarıyla ilgili bilgi sahibi olmaması bunda etkilidir. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada hekimler, bir hafta içinde gördükleri tüm hastaların %10'una depresyon, % 10'una anksiyete, % 10'una somatizasyon bozukluğu tanısı koyduklarını belirtmişlerdir. Tanıları aynı oranlarda (%10) koyduklarını belirtmeleri genel olarak farkında oldukları ruhsal sorunları özgül olarak tanıyamadıklarını düşündürmektedir (105).

Çalışmamızda uygulanan SCID-I tanılarının dağılımına bakıldığında ilk sırada anksiyete bozukluğu (%33.5) yer almaktadır. Depresyon (%22.8) en sık görülen ikinci ruhsal bozukluk olarak bulunmuştur. Dünyadaki en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve ABD'de "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü" tarafından gerçekleştirilen Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiologic Catchment Area-ECA) en yaygın görülen ruhsal hastalıkların anksiyete bozuklukları olduğu ve toplumun % 7.3 ünde görüldüğü bildirilmiştir (106). Anksiyete bozukluklarının yaygınlığını bildiren çok sayıda çalışma vardır. Nisenson ve arkadaşları yürüttüğü çalışmada herhangi bir anksiyete bozukluğu için nokta ve yaşam boyu yaygınlık oranlarını sırasıyla % 14.6 ve % 23.9 olarak bildirmişlerdir (107). Bizim çalışmamızda oranların yüksek bulunması hali hazırda antidepresan kullanan bireylerle çalışmanın yürütülmesine bağlı gibi görünmektedir.

Antidepresan kullanan olgularda herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almama oranı %26.2 olarak bulunmuştur. Tanı almama oranı aile hekimlerince reçetesi düzenlenen olgularda %26.2, diğer hekim grubunda %43.2 olarak bulunmuştur ve psikiyatriklere göre (%18.5) anlamlı derecede yüksektir. Literatürde de birinci basamakta yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluğu veya duygudurum bozukluğu tanı kriterlerini karşılamamasına rağmen antidepresan tedavi alanların oranı %25 olarak bulunmuştur. (108). Bu durum genel olarak kriterleri karşılamamasına rağmen hafif depresif belirtilere yönelik tedavi uygulanmasıyla ve ya endikasyon dışı ilaç kullanımıyla açıklanmaktadır. Çalışmamızda endikasyon dışı antidepresan kullanımını değerlendirebilmek için ilaç başlandığı döneme ilişkin belirtiler sorgulanmış ve geçmiş SCID tanısı oluşturulmuştur. Endikasyon dışı antidepresan kullanım oranı %6.2 olarak saptanmıştır. Literatürde bu oran %20-40 arasında değişen sıklıklarda bildirilmiştir

(109). Çalışmamızda bu oranın düşük saptanması örneklem sayısının az olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermese de endikasyon dışı ilaç kullanımı nörologların büyük kısmını oluşturduğu diğer hekim grubunda (%13.5) psikiyatristlere göre (%4.9) yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda geçmiş tanıların değerlendirilmesinde önemli veriler elde edilmiş olsa da bazı bilgilerin hastalar tarafından eksik ya da yanlış hatırlanıyor olabileceği gözardı edilmemelidir.

Branşlara göre görüşme sıklıkları karşılaştırıldığında ayda bir kontrol yapan psikiyatristlerin oranı (%65.4) daha yüksek saptanmıştır. Hiç kontrole çağırma oranı aile hekimleri (%35,7) ve diğer grupta (%35.2) psikiyatristlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Birinci basamakta hastaları kontrole çağırma konusunda tutarsızlıklar olduğu saptanmıştır (110). Birinci basamakta majör depresyon tedavisi için antidepresan kullanan hastalarla yürütülen bir yıllık doğal izlem çalışmasında ilk ay kontrole çağırma oranı sadece %21 olarak bulunmuştur (108).

Çalışmamızda tanısına ilişkin bilgi verilmediğini beyan eden olguların oranı %48.8 saptanmıştır. Hastalarını bilgilendirme oranı diğer hekim grubunda (%21.6) ve aile hekimleri grubunda (%57.1) psikiyatristlere (%69.1) göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Depresyonu nedeniyle SSGİ ilaç tedavisi önerilen hastaların tanı konusunda doktorla aynı fikirde olmayan veya tedavi kararına dahil edilmediğini hisseden hastalarda erken dönemde tedaviyi bırakma riskinin yedi kat yüksek olduğu bildirilmiştir (111). Bu bulgu sağlıklı hasta-hekim ilişkisinin kurulmasının ve tedavi planının birlikte yapılmasının önemine işaret etmektedir.

Geçmişte herhangi bir psikiyatri kliniğine başvurmuş ve antidepresan tedavi almış olan olguların şimdiki tedavilerinin bir psikiyatrist tarafından düzenlenme oranı aile hekimlerine ve diğer branşlara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer bir deyişle ilk antidepresan tedavisinin aile hekimleri (%85.7) ve diğer hekimler (%89.2) tarafından başlanma oranları daha yüksektir. Psikofarmakoloji Derneği'nin Kasım 2012'de yayınladığı rapor sonucuna göre de ilk antidepresan reçetesi çoğunlukla aile hekimi tarafından yazılmaktadır (67).

Bu bulgu aile hekimlerinin ruhsal bozukluğu bulunanların ilk karşılaştığı hekim grubu olmasından kaynaklanabilir. Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimleri için hazırladığı uygulama rehberinde, aile hekimlerinin depresyon ve anksiyete bozukluklarını ASM'de

tanıyıp tedavi etmeleri, gerekirse sevk etmeleri planlanmıştır (112). Bu durumda psikiyatri dışı hekimlerin tedavi seçimi ve izlem konusunda ne kadar önemli yeri olduğu ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda toplam HAM-D puanı ortalaması 9.31 ± 4.49 , toplam HAM-A puanı ortalaması 13.64 ± 6.85 olarak saptanmıştır. Görece düşük ölçek puanlarının saptanması olgularımızın %25'inin SCID-I tanı ölçütlerini karşılamamasına ve daha çok hafif ve orta şiddette semptomları olan, ayaktan izlenen hastalar olmasına bağlı olabilir. Ayrıca hastaların depresyon şiddetlerinin hafif düzeyde bulunmasında, kullanılan depresyon derecelendirme ölçeğinin önemli bir etkisi olabilir. HAM-D ile ters nörovejetatif belirtiler olarak bilinen uyku artışı, istah artışı ve kilo artışı gibi belirtiler göz önüne alınmamaktadır. Bu nedenle SCID-I görüşmesinde sorulan depresif belirtilerin var olduğunu bildiren ve depresyon tanısı alan hastaların HAM -D toplam puanları düşük bulunabilmektedir. HAM-D ölçeğinin ters nörovejetatif belirtileri değerlendirme bakımından yetersiz olduğu başka yazarlar tarafından da vurgulanmıştır (113).

Çalışmamızda kadınların HAM-D ve HAM-A puanları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların yardım arama, mutsuzluk gibi duygularını ifade edebilme özellikleri açısından erkeklerden farklı oldukları ve bu farklılığın depresyon oranlarına yansıyor olabileceği birçok araştırmacının inceleme konusu olmuştur. Literatürde depresyonu ölçen gereçlerin cinsiyete bağlı maddelerinin olduğu ve kadınların bu gereçlerle erkeklere oranla daha yüksek puanlar aldıkları belirtilmiştir (114). Roca ve arkadaşlarının 6719 anksiyeteli depresyon hastasıyla yaptıkları izlem çalışmasında HAM-D ve CGI-SI (Klinik Global Değerlendirme-Hastalık Şiddeti) puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farklılık gözlenmezken HAM-D ve HAM-A ölçeklerinde anksiyete ve somatik belirtiler kategorilerinde aldıkları puanlar kadınlarda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (115). Hewitt ve Norton da Beck Anksiyete Ölçeği kullanarak kadınların anksiyetenin bilişsel ve somatik semptomlarını daha ciddi oranlarda sergilediklerini doğrulamışlardır (116). UKU uygulaması elde edilen otonomik yan etki puanı kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Yan etki türünün ve şiddetinin cinsiyete özgü farklılıkları üzerinde yorum yapabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Branşlara göre ölçek puanları karşılaştırılmış ve psikiyatriste başvuran olguların HAM-D puanları diğer branşlar tarafından reçetesi düzenlenen olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bu bulgu da daha şiddetli semptomları olan olguların alanında uzman kişilerden yardım alma isteğiyle açıklanabilir.

5.1. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın birtakım kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan biri çalışmanın tek bir aile sağlığı merkezinden yürütülmesi ve hasta sayısının az olması nedeniyle tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarına genellenememesidir. Hasta sayısının azlığı ayrıca bazı verilerin değerlendirilmesi açısından yetersiz kalmıştır. Antidepresan kullanan bireylerin tanı dağılımları cinsiyet ve tedaviyi başlayan branş değişkenlerine göre değerlendirilememiştir. Diğer bir kısıtlılığımız çalışmamızın kesitsel olması nedeniyle geçmişe dönük bilgilerin hastalar ile yüz yüze görüşülerek elde edilmesi, bu nedenle bazı bilgilerin hastalar tarafından eksik ya da yanlış hatırlanıyor olabileceğidir. Özellikle endikasyon dışı ilaç kullanımını değerlendirmek amacıyla yapılan geçmişe dönük SCID görüşmesinin sonuçları değerlendirilirken bu kısıtlılık gözardı edilmemelidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç olarak bir birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve antidepresan kullanmakta olan olguların klinik özelliklerini incelediğimiz bu çalışmada bazı önemli farklılıklar tesbit ettik.

Çalışma durumu ile cinsiyet ilişkisi incelendiğinde kadınların çalışmama oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı. Hane gelir durumuna bakıldığında ortalama aylık geliri 1000 TL'den az olan kadınların oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Çocukluk döneminde göç yaşayan erkeklerin oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Sigara ve alkol kullanan erkeklerin oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunan kadınların oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Geçmişte bir psikiyatri kliniğine başvurma oranı ve geçmişte antidepresan kullanma oranı kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı. Ek tıbbi hastalığı olan erkeklerin oranı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Halen kullanılan antidepresan ilacı reçeteleyen hekimlerin branş dağılımı incelendiğinde; reçetelerin %50.6 oranında psikiyatri hekimleri tarafından, %26.3 oranında aile hekimleri ve %23,1 diğer hekimler tarafından düzenlendiği saptandı.

Tedavisi psikiyatrist tarafından düzenlenen kadınların oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Tedavi düzenlenen olguların %48.8'i tanıya ilişkin herhangi bir bilgi verilmediğini bildirdi.

SCID-I uygulaması sonrası konulan tanıların dağılımına bakıldığında en sık anksiyete bozukluğu tanısı konuldu.

Antidepresan kullanan olguların %24.2'i herhangi bir birinci eksen bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamadı. Tanı ölçütlerini karşılamayan olguların %43.2'sinin reçetesini nöroloji hekimi, %26.2'sini aile hekiminin düzenlediği saptandı.

Tüm antidepresanlar içinde tedavisinde SSGİ kullanma oranı %84.3 olarak saptandı. essitalopram molekülü tercih edilme oranı % 37.8 olarak saptandı.

Tedaviyi bırakma girişimi varlığı, kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Antidepresan tedavi uygulama stratejileri incelendiğinde kombinasyon tedavisi uygulayan psikiyatri hekimlerinin oranı diğer branşlara göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Antidepresan ilaç kullanım süresi 6 aydan kısa olan olguların ilk reçetelerinin aile hekimlerince düzenlenme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı. Branşlara göre kontrol sıklıkları karşılaştırıldığında hiç kontrole çağırılmama oranı psikiyatri dışındaki hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Geçmişte herhangi bir tedavi almamış olan olgulara antidepresan ilaç başlanma oranı aile hekimleri ve diğer branş hekimlerinde psikiyatristlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Kadınların HAM-D ve HAM-A puanlarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Otonomik yan etki puanı da kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgular, ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlaması açısından önemlidir.

Karşımıza çıkan önemli sorunlardan biri halen birinci basamakta ruhsal bozuklukların nasıl ele alınacağına tam olarak bilinmemesidir. Birinci basamak için

geliştirilmiş tarama ölçeklerin kullanımının yaygınlaştırılması ile tanısal anlamda yaşanan zorlukların aşılması sağlanabilir.

Ruh sağlığı ve hastalıklarının tıp fakültesi ve aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki yerinin gözden geçirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Birinci basamakta görev yapan hekimlerin hizmet içi sürekli eğitimlere katılımı sağlanması ile antidepresan ilaçların kullanım endikasyonları, tedavi süresi, takip sıklığı, ilaç etkileşimleri, olası yan etkiler gibi klinik bilgilerinin artırılmasına katkıda bulunulacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization. 2001; p. 30.
2. World Health Organization (WHO). The world healthreport 2004: Changing history. Geneva, World Health Organization 2004.
3. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of Mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health 1996.
4. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması, Ana Rapor 1998; 77-95.
5. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü Ankara 2004; 267-395.
6. Santorius N, Üstün TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel H, Von Korff M, Wittchen U. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the WHO collaborative project on "Psychological Problems in General HealthCare". Arch Gen Psychiat.1993; 50:819-824.
7. Dönmez L, Dedeoglu N, Özcan E. Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11:198-203.
8. Tiemens B. Management of mental health problems in primary care: the doctor, the patient and the medical model [dissertation]. Groningen: University of Groningen 1999.
9. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental Disorders by primary care physicians. Med Care 1989; 27(9):69-86.
10. Kaptanoğlu C, Yenilmez Ç, Ayrancı Ü. Temel Sağlık Hizmetlerinde en sık görülen ruhsal bozukluklar ve fiziksel belirtiler. 5US yayınları 2003.
11. Küey L, Birinci Basamakta Depresyon: Tanıma, Ele Alma, Yönlendirme, Psikiyatri Dünyası Dergisi 1998; 1:5-12.
12. Yıldız M, Önder M, Tural Ü ve ark. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisi ile ilgili tutumları. 38.Ulusal psikiyatri Kongresi Kongre Bildirileri Özet Kitabı 2002; 156.
13. Sağduyu A, Özmen E. Pratisyen hekimlerin tanıları, verilen tedaviler, eğitimin etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1996; 7: 176-184.

14. Coşkun İ, Anaç Ş, Özer H, Kırkpınar İ. Pratisyen hekimlerin psikiyatrik hastalıklar konusundaki bilgi ve tutumları. 6. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi Özet Kitabı 1997; 245-247.
15. Çetin İ, Bilici M, Bekaroğlu M ve ark. Depresyon eğitiminin pratisyen hekimlerdeki etkisinin değerlendirilmesi, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı 1999; 135-141.
16. Anaç Ş, Coşkun A, Çayköylü A, Kırkpınar İ. Depresyon eğitim paketinin pratisyenlerin bilgi ve tutumlarına etkisi. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı 1997; 231-236.
17. Ögel K, Çakan S, Kaynak M ve ark. Pratisyen hekimlerin ruhsal bozukluklar ile depresyon hakkındaki tutumları ve hasta hekim ilişkisini etkileyen etmenler. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı 1998; 297.
18. Yemez B, Alkın T, Tunca Z ve ark. Pratisyen hekimlere depresyon ile ilgili eğitim programı. 6. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi Özet Kitabı 1997; 245-247.
19. Yenilmez Ç, Ayrancı Ü, Kaptanoğlu C ve ark. Eskişehir ili birinci basamak kurumlarındaki hekimlerin psikiyatrik hizmet, tanı ve tedavilere karşı tutumları. Türkiye’de Psikiyatri 2002; 4:14-24.
20. Özmen E, Sağduyu A, Ögel K ve ark. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:5.
21. Kayaalp O. Akılcı Tedavi Yönünde Tıbbi Farmakoloji. 12. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevleri 2009;770-795.
22. Stahl SM. Stahl’ın Temel Psikofarmakolojisi. Uzbay T (Çeviri Ed.) 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2012; 511-667.
23. Tierney II JG. Treatment-Resistant Depression: Managed Care Considerations. JMCP 2007; 13(6): 2-7.
24. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1997; 655-666.
25. Trevor AJ, Katzung BG, Masters SB. Farmakoloji. Altan M (Çev), 8. Basım. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri 2010; 247-252.
26. Halfin A. Depression: The Benefits of Early and Appropriate Treatment. Am J ManagCare 2007; 13: 92-97.
27. Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. BMJ 2005; 331: 155-157
28. Sproule BA, Naranjo CA, Brenner KE, Hassan PC. Selective serotonin reuptake inhibitors and CNS drug interactions. A critical review of the evidence. Clin Pharmacokinet 1997; 33(6):454-71.

29. Burggraf GW. Are psychotropic drugs at therapeutic levels a concern for cardiologists? *Can J Cardiol* 1997; 13(1): 75-80.
30. Rudorfer MV, Potter WZ. Metabolism of tricyclic antidepressants. *Cell MolNeurobiol* 1999;19(3):373-409.
31. Meredith S, Thapa PB, Hall K, Murray KT, Ray WA. Cyclic antidepressants and the risk of sudden cardiac death. *ClinPharmacolTher* 2004; 75(3):234-41.
32. Cheeta S, Schifano F, Oyefeso A, Webb L, Ghodse AH. Antidepressant-related deaths and antidepressant prescriptions in England and Wales, 1998-2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 41-7.
33. Rothschild AJ. New directions in the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction. *ClinTher* 2000; 22: 42-57.
34. Hansen S. Antidepressants choices in primary care: Which to use first? *Wisconsin Medical Journal* 2004; 103(6): 93-98.
35. Köroğlu, E. *Psikiyatri El Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009; 178-185.
36. Fda (Food And Drug Administration) approvals, psychiatric drugs:drugs, otc & herbals. [Http://reference.medscape.com/drugs/psychiatrics](http://reference.medscape.com/drugs/psychiatrics) adresinden 18.02.2017 tarihinde erişilmiştir.
37. Işık E, *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Bozukluklar*, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 2003; 6-498.
38. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Aydın H, bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd Şti, 2007.
39. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği Ankara, 2007.
40. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-V), tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
41. Stefanis CN, Stefanis NC. Diagnosis of depressive disorders: Evidence and Experience In Psychiatry Published by John Wiley and Sons Ltd 1999; 1-52.
42. Öztürk MO, Uluşahin A. *Duygulanım Bozuklukları: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri 2008, 337-427.

43. Türkçapar H. Bilişsel Müdahaleler: Otomatik Düşünceler. İçinde. Klinik Uygulamadan Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon, HYB Basım Yayın. Ankara, 2009. 163-210
44. Akiskal HS. Mood Disorders: Clinical Features. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Ed.) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009, 1693-1733.
45. Odağ C. Depresif nevroz tanısı, dinamik tanı, suçluluk/ utanma/ şükran duyguları: Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir, 2001; 19-22.
46. Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Aile Hekimleri İçin Psikiyatri. 1. Baskı, MT Uluslararası Yayıncılık, İstanbul, 2010; 71-88
47. Kulaksızoğlu IB, Cakır S, Ertaş M. Treatment of chronic tension type headache with mirtazapin. In: Olesen J, Silberstein SD, Tfelt-Hansen P eds. Preventive pharmacotherapy of headache disorder. Oxford University Press 2004; 12: 134-137.
48. Tomkins GE, Jackson JL. Treatment of chronic headache with antidepressants: a meta-analysis, Am J Med 2001; 111: 54-63.
49. Krell HV. Evaluation of reboxetine, a noradrenergic antidepressant, for the treatment of fibromyalgia and chronic low back pain. Psychosomatics 2005; 46: 379-384.
50. Sindrup SH. Antidepressants in the treatment of neuropathic pain, Basic Clin. Pharmacol. Toxicol, 2005; 96: 399-409.
51. Aysevener EO, Dikmen PY. Fonksiyonel somatik sendromlar ve prematür ejakülasyon tedavisinde antidepressan kullanımı. Psikiyatride Güncel 2012; 2(1): 59-77.
52. Musselman DL, Lawson DH, Gumnick JF, Manatunga AK, Penna S, Goodkin RS, Greiner K, Nemeroff CB, Miller AH. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. N Engl J Med 2001; 344(13): 961-6.
53. Breivik H et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment, Eur. J. Pain 2006; 10: 287-333
54. Galer BS. Neuropathic pain of peripheral origin: advances in pharmacologic treatment, Neurology, 1995, 45: 17-25
55. Bonezzi C, Demartini L. Treatment options in postherpetic neuralgia, Acta Neurol Scand Suppl, 1999; 173: 25-35
56. Ornstein S, Stuart G, Jenkins R. Depression diagnoses and antidepressant use in primary care practices: a study from the Practice Partner Research Network (PPRNet). J Fam Pract 2000; 49(1): 68-72.

57. Wong J, Motulsky A, Abrahamowicz M, Egualé T, Buckeridge DL, Tamblyn R. Off-label indications for antidepressants in primary care: descriptive study of prescriptions from an indication based electronic prescribing system. *BMJ* 2017; 21;356:603.
58. Brundtland GH. Mental Health in the 21 st Century. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(4): 411.
59. Guruje O. Psychological Disorders and Symptoms in Primary Care. Association With Disability and Service Use After 12 Month, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002; 37(5): 220-4.
60. Clarke DM, McKenzie DP, David MC. An examination of The Efficiency of The 12-item Sphere Questionnaire as a Screening Instrument For Common Mental Disorders in Primary Care, *Aust NZJ Psychiatry*, 2003; 37(2): 236-239.
61. Marneros A. Mood Disorders: Epidemiology and Natural History, *Psychiatry* 2006; 5(4):119-122.
62. World Health Organization. *Mental Health Atlas, Revised Edition*, Geneva, WHO 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf adresinden 07.02.2017 tarihinde erişilmiştir.
63. Allen J. *The European Definition of General Practice/Family Medicine*, Wonca Europe, Barcelona, 2005.
64. *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43935/1/9789241563680_eng.pdf adresinden 14.01.2017 tarihinde erişilmiştir.
65. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Sağlık Bakanlığı yayın no:1010, Ankara, 2015; 60.
66. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2013). Sağlık Bakanlığı yayın no:847, Ankara, 2011, 12-14.
67. Aydın N, Çetin M, Kurt E, Savaş H, Açikel C, Kılıç S, Başoğlu C, Türkçapar H. Türkiye’de Psikotrop İlaç Tüketimi ve Mevcut Uygulamaların Tıbbi, Etik ve Ekonomik Sonuçları Raporu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2013;23(4):390-402.
68. Baskı KA. 2003-2012 Yılları Arasında Türkiye’de Antidepresan Kullanımı ve Tüketimine Retrospektif Bir Bakış, Yüksek lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014.
69. Doğan NB. İlaç Patentleri ve İlaç Politikaları Kesişiminde Sağlık Hizmetleri. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği yayın no:18, 2012; 92-95.
70. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12: 233-236

71. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56–62.
72. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50–5.
73. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P. The UKU Side Effect Rating Scale *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76 :1-96.
74. Mezzich JE, Üstün TB, Quantative and experimental methods in psychiatry. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, VIII. Edition Baltimore: Lippincott/Williams &Wilkins* 2007; 656-672.
75. Marcus SM, Kerber KB, Rush A, et al. Gender differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: STAR*D confirmatory analyses. *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49(3):238-246.
76. Küey L, Üstün BT, Güleç C. Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim* 1987; 44: 16-30.
77. Toft T, Fink P, Ornbol E, Christensen KAS, Frosthalm L, Olesen F. "Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders: Results from the functional illness in primary care (FIP) study". *Psychol Med* 2005; 8:1175-1184.
78. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, deGruy F. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996;101(5):526-533.
79. Mubarak AR. A comparative study on family, social supports and mental health of rural and urban Malay women. *Med J Malaysia* 1997;52(3):274284.
80. Olfson M, Leon AC, Broadhead WE, Weissman MM, Barrett JE, Blacklow RS, Gilbert TT, Higgins ES. The SDDS-PC: a diagnostic aid for multiple mental disorders in primary care. *Psychopharmacol Bull* 1995;31(2):415-420.
81. Öztürk MO, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi 13. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. şti, Ankara, 2015;15:225-242.
82. American Psychological Association (2013) Working with immigrant-orijin clients: An update for mental health professionals. Washington: APA.
83. Tuzcu A, Ilgaz A. Göçün kadın ruh sağlığı üzerine etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015; 7(1),56-57.
84. Kara H., Ağargün MY., Akman N. Güvenlik nedeniyle kırsal bölgelerden Van şehir merkezine göç etmek zorunda kalan göçmenlerde depresyon yaygınlığı. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1996;12: 165-70.

85. Ünal S, Küey L, Güleç C. Depresif Bozukluklarda Risk Etmenleri, Klinik Psikiyatri 2002;5: 8-15
86. Bilir N. Türkiye’de Tütün Kontrolünün Dünü-Bugünü ve Yarını. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 2012: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf adresinden 15.01.2017 tarihinde erişilmiştir.
87. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking And Mental İllness: Results From Population Surveys İn Australia And The United States BMC Public Health 2009, 9:285.
88. TUIK (Türkiye İstatistik Kurumu) Sağlık Araştırması, 2010: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=223 adresinden 17.01.2017
89. Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. Acta Psychiatr Scand 2005; 111:51-58.
90. Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elbozan HB, Sezer Ö. Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2:222-229.
91. Biddle L, Gunnell D, Sharp D, Donovan JL. Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2004; Apr; 54:248-253.
92. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. J Adv Nurs 2005; 49:616-623.
93. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnell D. Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. Br J Psychiatry 2005; 186:297-301.
94. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:113-120.
95. Young AS, Grusky O, Jordan D, Belin TR. Routine Outcome Monitoring in a Public Mental Health System: The Impact of Patients Who Leave Care. Psychiatric Services 2000; 51: 85-91.
96. Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. Br J Psychiatry 2002; 180:254-9.
97. Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 2004; 109(6):426-33.
98. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam 2003; 16(4):211-218.

99. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Antalya, 2000.
100. Kisely S, Linden M, Bellantuono C ve ark: Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychol Med* 2000; 30(5):1217-1225.
101. Matthews K, Eagles JM, Matthews CA: The use of antidepressant drugs in general practice. A questionnaire survey. *Eur J Clin Pharmacol* 1993; 45:205-210.
102. Yıldırım A, Gönüllü O, Eradamlar N, Erkıran M. İstanbul ili genelinde görev yapan aile hekimlerinin antidepresan reçetelemesini etkileyen faktörler. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014; 27:242-249.
103. Tournier M, Cougnard A, Boutouaba-Combe S. Duration of antidepressant drug treatment and its determinants in France. *Encephale* 2011; 37(1):36-41.
104. Karamustafaloğlu O, Psikiyatri ve psikiyatri dışı hekimlerin psikiyatrik ilaç reçeteleme örüntülerinin incelenmesi ve tedavinin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*; 2007; 20(3):132-140.
105. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:5-12.
106. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:934-941.
107. Nisenson LG, Pepper CM, Schwenk TL, Coyne JC. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* 1998; 20 (1): 21-28.
108. Rubio-Valera M, Beneitez I., Cost-effectiveness of active monitoring versus antidepressants for major depression in primary health care:a 12-month non-randomized controlled trial (INFAP study) *BMC Psychiatry* 2015; 15:63.
109. Mercier A, Auger-Aubin L, Lebeau JP, Schuers M, Why do general practitioners prescribe antidepressants to their patients? A pilot study. *Biopsychosoc Med* 2014; Jul 30; 8:17.
110. Lin EH, Katon WJ, Simon GE. Low-intensity treatment of depression in primary care: Is it problematic? *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22:78-83.
111. Woolley SB, Fredman L, Goethe JW, ve ark. Hospital patients' perceptions during treatment and early discontinuation of serotonin selective reuptake inhibitor antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30(6):716-9.

112. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/hsbs_rehber_son.pdf adresinden 02.03.2017 tarihinde erişilmiştir.
113. Nierenberg AA, DeCecco LM. Definitions of antidepressant treatment response, remission, nonresponse, partial response and other relevant outcomes: a focus on treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (16): 5-9.
114. Salokangas RKR, Vaahtera K, Pacriev S, et al. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? *Journal of Affective Disorders* 2002; 68: 215-220.
115. Roca M, Baca E, Prieto R, García-Calvo C, Gender differences in clinical profile, response and remission of depressive patients treated with venlafaxine extended release. *Actas Esp Psiquiatr* 2008 ;36(2):82-9
116. Norton G. R, McLeod L, Guertin J, Hewitt P. The growth of anxiety disorders during the 1980s. *J Anxiety Disord* 2001; 9:75-85.

8. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran ve Antidepresan Kullanmakta Olan Olguların Klinik Özelliklerinin İncelenmesi				
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	14.05.2014- 30894				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asist. Dr. Münevver CEBECİ EVREN				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ					
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon Yüksek Doz Araştırması Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	X		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU		X	Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		X	Türkçe	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-				
	DİĞER:	-				
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 03.06.2014	Karar No:398				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Nihat ALPAY					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki		İmza		
Doç. Dr. M. Cem İLNEM	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ	Nöroloji	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>			
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>			
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>			

EK 2 – AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve antidepresan kullanımına devam edilen olguların klinik tanı ve tedavilerinin gözden geçirilmesi amacıyla yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Bir birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran ve antidepresan kullanmakta olan olguların klinik özelliklerinin incelenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararımızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırma sırasında size psikiyatrik bozukluk tanılarını araştıran bazı ölçekler uygulayacağız. Uygulamamız yaklaşık 45 dakika sürmekte ve herhangi bir risk taşımamaktadır. Yapacağımız araştırmadan elde edilecek sonuçlar ilerde psikiyatrik hastalıkların tedavisine bilimsel katkı sağlayabilecektir. Amacımız ilgili hastalıkların saptanmasında ve tedavisinde yeni yaklaşımlara ve ilerde bu hastalıklardan etkilenmiş bireylere fayda sağlamaktır.

Araştırmamız ortalama 100 gönüllünün katılımıyla gerçekleşecek ve yaklaşık 6 ay sürede tamamlanacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmayı yapan doktorlar da bu çalışmadan herhangi bir maddi kazanç sağlamayacaklardır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde uygulanan tedavide ya da size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Hastanın Beyanı:

Aşağıda imzası olan ben.....çalışmanın amacı, uygulanış biçimi ve kişisel bilgilerimin gizliliğinin sağlanacağı konusunda Dr. Münevver Cebeci tarafından bilgilendirildiğimi beyan ederim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

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

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem,

bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde yer alma kararını aldım.Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının

Adı,Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacı Hekimin:

Adı,Soyadı,Ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1) Adı Soyadı:
- 2) Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek
- 3) Yaş:
- 4) Kimlerle yaşıyorsunuz? 1)Yalnız 2)Çekirdek aile 3)Geniş aile 4)Arkadaş
- 5) Medeni Durum: 1)Bekar 2)Evli 3)Boşanmış/Dul 4)Diğer
- 6) Çocuk varsa sayısı:
- 7) Eğitim düzeyi: 1)İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4)Üniversite
- 8) Okulu bırakma öyküsü var mı? 1)Yok 2)Var
Varsa nedeni:
1)Ekonomik güçlükler nedeniyle çalışmak zorunda kalma
2)Okuldan atılma (1) madde kullanmak 2)kavga etmek 3)okul malına zarar vermek
4) hırsızlık yapmak 5)diğer
3)Derslerde zorluk yaşama
4)Diğer
- 9)Meslek: 1)İşsiz(çalışmıyor) 2)Serbest meslek 3)Memur 4)İşçi 5)Emekli
- 10) Ortalama Aylık Geliriniz: 1)0-500 2)500-1000 3)1000-3000 4)3000 ve üzeri
- 11) Anne: 1)Sağ 2)Ölü
Sağ ise Yaşı: Eğitim durumu: Meslek:
- 12) Baba: 1)Sağ 2)Ölü
Sağ ise Yaşı: Eğitim durumu: Meslek:
- 13) Kardeş sayısı: Kız : _____ Erkek: _____
Kaçınıcı çocuksunuz:
- 14) 0-6 yaş arasında sizi kim büyüttü? 1)Anne-baba 2)Akrabalar 3) Bakıcı 4)Kurum 5)Diğer
- 15) Çocukken önemli bir ayrılık, yer değiştirme(göç) yaşandı mı? 1)Evet 2)Hayır
Evetse kaç yaşında :
- 16)Çocukken anne-babadan ayrı kaldınız mı? 1)Evet 2)Hayır

Evetse kaç yaşında, ne kadar süre :

17)Sigara kullanım öyküsü var mı?1)Yok 2)Var

Varsa, Süre:

Miktar:

18)Alkol kullanım öyküsü var mı? 1)Yok 2)Var

Varsa, Süre:

Miktar:

19)Madde kullanım öyküsü var mı? 1)Yok 2)Var

Varsa, Süre:

Miktar:

20)İntihar girişiminiz oldu mu? 1)Evet 2)Hayır

Evetse Kaç kez?

Ne şekilde? 1)Bilek kesisi 2)İlaç içimi 3)Araç önüne atlama
4)Yüksekten atlama 5)Ası 6)Diğer

21)Şu an hangi antidepresanı kullanıyorsunuz?

22)Ne kadar süredir kullanıyorsunuz? 1)0-1ay 2)1-6 ay 3)6-12 ay 4)1 yıldan fazla

23)Hangi dozda kullanıyorsunuz?

24) Ne kadar sıklıkta görüşmeye çağrıldınız? 1)Hiç 2)Haftada bir 3)İki haftada bir

4)Ayda bir 5)Birkaç ayda bir

25) Antidepresan ilacı kim reçete etti? 1)Psikiyatri 2) Aile hekimi 3)Dahiliye 4)Fizik tedavi

5)Dermatoloji 6)Ortopedi 7)Nöroloji

8)Onkoloji

26)Hekim tarafından konulan tanı nedir? 1)Major Depresyon

2)Anksiyete bozuklukları

3)İki Uçlu Mizaç Bozukluğu

4)Somatoform bozukluk

5) Primer uyku bozukluğu

6)Diğer

7)Bilgi verilmedi.

27)Tedaviyi bırakma girişiminiz oldu mu? 1)Evet 2)Hayır

Evetse nedeni? 1)tedaviye yanıt alınamaması ve ya yetersiz yanıt
2)ilacın yan etkilerinin görülmesi
3)kullandığı ilaç sayısının fazla olması
4)diğer(belirtiniz)

28)Geçmişte psikiyatri hekimine başvurunuz oldu mu? 1)Evet 2)Hayır

29)Geçmişte antidepresan kullanımınız oldu mu? 1)Evet 2)Hayır

30)Bilinen tıbbi hastalığınız var mı?

31)Tıbbi hastalık sebebiyle kullandığımız ilaçlar neler?

32)Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? 1)Yok 2)Var

Varsa tanısı nedir? 1)Anksiyete bozukluğu 2)Depresyon
3)DuygudurumBozukluğu 4) Psikotik Bozukluk 5) Diğer

yakınlık derecesi nedir? 1) 1. derece 2) 2. derece 3) Uzak akraba

33) Ailede intihar öyküsü var mı? 1)Yok 2)Var

Varsa yakınlık derecesi nedir? 1) 1. derece 2) 2. derece 3) Uzak akraba

34) Ailede sigara/alkol/madde kullanım öyküsü var mı? 1)Yok 2)Var

Varsa hangisini kullanıyor?

Kullanan kişinin yakınlık derecesi nedir? 1) 1. derece 2) 2. derece 3) Uzak akraba

EK 4 - HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-D)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	<input type="checkbox"/>
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	<input type="checkbox"/>
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	<input type="checkbox"/>
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	<input type="checkbox"/>
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	<input type="checkbox"/>
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	<input type="checkbox"/>
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
11. İNTİHAR	(1-5)	<input type="checkbox"/>
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	<input type="checkbox"/>
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	<input type="checkbox"/>
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	<input type="checkbox"/>
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	<input type="checkbox"/>
17. AJİTASYON	(1-5)	<input type="checkbox"/>
TOPLAM	

EK 5 - HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HAM-A)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HARS)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
2. GERİLİM	<input type="checkbox"/>
3. KORKULAR	<input type="checkbox"/>
4. UYKUSUZLUK	<input type="checkbox"/>
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	<input type="checkbox"/>
6. DEPRESİF MİZAÇ	<input type="checkbox"/>
7. SOMATİK (muskuler)	<input type="checkbox"/>
8. SOMATİK (duygusal)	<input type="checkbox"/>
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	<input type="checkbox"/>
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	<input type="checkbox"/>
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	<input type="checkbox"/>
TOPLAM PUAN:
PSİŞİK (1,2,3,5,6)
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)

EK 6 - UKU YAN ETKİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

UKU YAN ETKİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. RUHSAL YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
1.1. Konsantrasyon sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Kuvvetsizlik / Halsizlik / Kolay yorulma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Uyku hali / Sedasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. Unutkanlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. Gerginlik / İç huzursuzluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7. Uyku Süresinde Uzama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8. Uyku Süresinde Azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9. Rüya Görmede Artma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10. Duygusal Kayıtsızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. NÖROLOJİK YAN ETKİLER								
2.1. Distoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Rijidite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Hipokinezi /Akinezi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Hiperkinezi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5. Tremor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6. Akatizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7. Epileptik Nöbetler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8. Paresteziler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. OTONOMİK YAN ETKİLER								
3.1. Akomodasyon Bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Artmış Salivasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Azalmış Salivasyon (Ağızda Kuruluk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Bulantı / Kusma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. İshal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7. İşeme Sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8. Poliüri / Polidipsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9. Ortostatik Baş Dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10. Çarpıntı / Taşikardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11. Terlemede Artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Nedensel İlişki 1- Muhtemel değil 2- Mümkün 3- Muhtemel

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

4. DİĞER YAN ETKİLER	0	1	2	3	9	Nedensel İlişki*		
						1	2	3
4.1. Döküntü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a- Morbiliform <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Peteşi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Ürtiker <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d- Psöriatik <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e- Sınıflandırılmayan <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Kaşıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Fotosensitivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Pigmentasyonda Artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. Kilo Artışı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. Kilo Kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. Menoraji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. Amenore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9. Galaktore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. Jinekomasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11. Cinsel İstekte Artma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12. Cinsel İstekte Azalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13. Ereksiyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14. Ejekülasyon Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a- Prematür <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Geç <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15. Orgazm Sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16. Vajende Kuruluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.17. Baş Ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a- Gerilim baş ağrısı <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b- Migren <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c- Diğer <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.18. Fiziksel Bağımlılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.19. Psikolojik Bağımlılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Nedensel İlişki 1- Muhtemel değil 2- Mümkün 3- Muhtemel

5. YAN ETKİLERİN HASTANIN GÜNLÜK PERFORMANSINI ETKİLEMESİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ

- 0 Yan etki yok
 1 Hastanın performansını etkilemeyen hafif yan etkiler
 2 Hastanın performansını orta derecede etkileyen yan etkiler
 3 Hastanın performansını belirgin derecede etkileyen yan etkiler

6. DEĞERLENDİRMEYİ YAPAN

- 1 Hasta 2 Doktor

7. SONUÇ

- 0 Herhangi birşey yapılmaması.
 1 Hastanın daha sık değerlendirilmesi, ilaç dozunda daha sık değişiklik yapılmaması ve/veya yan etkilerin ara sıra ilaçla tedavisi.
 2 İlaç dozunun azaltılması ve/veya yan etkilerin ilaçlarla sürekli tedavisi.
 3 İlacın kesilmesi veya diğer bir ilaçla tedaviye devam edilmesi.