

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE
ANTİDEPRESAN KULLANIMI VE REÇETELENDİRİLMESİ

Eczacı: Necmi ALPDOĞAN

FARMAKOLOJİ
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN:
Prof. Dr. Nurettin ABACIOĞLU

LEFKOŞA
2020

TEZ ONAYI

Necmi Alpdoğan'ın "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Antidepresan Kullanımı ve Reçetelendirmesi" başlıklı tezi 18 Haziran 2020 tarihinde jürimiz tarafından Farmakoloji Anabilim Dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

Jüri Başkanı (Tez Danışmanı) Prof. Dr. Nurettin Abacıoğlu

Yakın Doğu Üniversitesi

Üye

Prof. Dr. Bilgen Başgut

Yakın Doğu Üniversitesi

Üye

Prof. Dr. Mecit Orhan Uludağ

Gazi Üniversitesi

Üye

Prof. Dr. Arif Tanju Özçelikay

Ankara Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Abdulkarim Abdi

Yakın Doğu Üniversitesi

Onay;

Bu Doktora Tez Sınavı, Google Meet üzerinden online olarak yapılmış ve jüri üyeleri Kabullerini sözlü olarak beyan etmişlerdir.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim (27/06/2020).

Eczacı Necmi Alpdoğan

TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimini paylaşan tüm sıkıntılara rağmen her zaman yanımda olan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nurettin Abacıoğlu'na,

Tezimde önemli fikirlerini paylaşarak, tez konusunu belirlememde bana yardımcı olan ilk danışmanım Prof. Dr. Bilgen Başgut'a,

Araştırmama gönüllü olarak katılmayı kabul ederek, araştırmamın oluşmasını sağlayan eczacı arkadaşlarıma ve psikiyatrist hekimlere,

Tez dönemim boyunca Türkiye'nin Bitlis ilinde zorunlu hizmetini yapmakta olan, pandemi döneminde yoğun çalışmalarına rağmen, desteğini benden esirgemeyen kardeşim Dr. Mehmet Ali Alpdoğan'a ve İstanbul'da görevli eczacı arkadaşım Serap Erdoğan'a,

Sadece bu süreçte değil, her zaman için bana destek veren, her konuda yardımına koşan en yakın arkadaşım Mustafa Kadı'ya,

Beni bu günlere getiren ve her zaman destekçim olan, beni yalnız bırakmayan "Onlar olmasa ben ne yapardım" diyeceğim Sevgili annem Zehra Alpdoğan ve babam Hasan Alpdoğan'a ,

Yine benimle bu süreçte, moral olarak yanımda yer alan ablam Meryem Mavideniz'e,

Bu zor günlerde benim tez sınavım için görev alan Saygıdeğer Hocalarıma,

Teşekkür Ederim.

ÖZET

Bu çalışma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde yer alan eczacı ve psikiyatristlerin antidepresan kullanımını ve reçetelendirmesine yönelik görüşlerinin ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bireylerde depresyon veya farklı bir ruhsal bozukluk görülme oranının artması, reçeteli veya reçetesiz antidepresan kullanımını, toplumun ruh sağlığı açısından da ciddi bir sorun haline gelmektedir. Bu sebeple, KKTC'nde, antidepresan ilaç kullanan hastaların, ilaçlarının ihtiyaçlarına göre reçetelendirilip reçetelendirilmediğini tespit etmek amacıyla herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. KKTC'ndeki psikiyatristler ile Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği'ne bağlı eczacıların ilaç kullanımı, ilaç ölçüsü, ilaç tüketimi, ilacın yan etkileri ve uygun ilaç tedavisi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi, antidepresanların kullanımıyla ilgili ortak sorunların neler olduğunu ve antidepresan ilaç kullanımıyla ilgili yaşanan ortak sorunların belirlenmesi bakımından yapılan araştırmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, 50 eczacı ve 12 psikiyatristin antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik görüşleri, hazırlanan anket formu ve yapılan görüşme soruları ile toplanmıştır. Araştırma, eczacı ve psikiyatristlerin antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik tarama araştırması olarak nitelendirilip onaylanmış, katılımcılara herhangi bir kişisel bilgileri içeren soru sorulmamıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular tartışılarak KKTC'nde antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesinin hangi yönde olduğu ortaya koyulmuştur.

Sonuç olarak araştırmanın KKTC'nde antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik yapılmış olan ilk araştırma olduğu, eczacı ve psikiyatristlerin antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesinde ortak görüşlere sahip olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda genel olarak antidepresan kullanımında artışın yaşandığı, bilinçsiz ve kontrolsüz ilaç kullanımının arttığı, kullanılan ilaçların genel olarak depresyondan kaynaklı duyu durum düzenleyici ilaçlar olduğu ortaya çıkmıştır. Elde edilen bu sonuç, eczacı ve psikiyatristlerin, antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesinde bilincini ölçmek için daha farklı ve daha geniş araştırmaların yapılmasını teşvik etmelidir. Aynı zamanda antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik genel bir tarama yapılmış olup, bu duruma yönelik önlemlerin alınmasında yol gösterecek bir araştırma olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Antidepresan, antidepresan kullanımı, reçete, eczacı, psikiyatrist,

ABSTRACT

The aim of this study is to reveal the opinions of pharmacists and psychiatrists in TRNC about antidepressant use and prescription. The increase in the rate of depression or a different mental disorder in individuals, and the use of antidepressants with or without prescription became a serious problem for the mental health of the society. For this reason, no research has been found to determine whether the antidepressant medication is prescribed according to the needs of the patients in the TRNC. Determination of the opinions of the psychiatrists in TRNC and pharmacists affiliated with the Turkish Cypriot Pharmacists Association on drug use, drug size, drug consumption, drug side effects and appropriate drug treatment research is considered to be important.

The opinions of 50 pharmacists and 12 psychiatrists about antidepressant use and prescription were collected by questionnaire form and interview questions. The study was described as a screening study for antidepressant use and prescribing of pharmacists and psychiatrists and the participants were not asked any personal information.

As a result, it was determined that this study was the first study on antidepressant use and prescribing in TRNC and pharmacists and psychiatrists had common views on antidepressant use and prescribing.

At the same time, it was found that there was an increase in antidepressant use in general, unconscious and uncontrolled use of drugs, and the drugs used were generally mood stabilizers. This result should encourage further and broader research to measure the awareness of pharmacists and psychiatrists in antidepressant use and prescribing. At the same time, a general screening for antidepressant use and prescription has been conducted and it can be said that this research will be a guide for further measures to be taken.

Keywords: Antidepressant, antidepressant use, prescription, pharmacist, psychiatrist,

İÇİNDEKİLER

1. Giriş.....	1
1.1. Genel Bakış:.....	1
2. Genel Bilgiler:.....	6
2.1. Depresyon ve Antidepresanlar.....	6
2.1.1. Depresyon Etiyolojisi.....	6
2.1.2. Depresyon Tedavisi ve Antidepresanlar.....	7
2.1.3. Depresyon Tedavisinin Temel Özellikleri.....	8
2.1.4. Depresyon Tedavisinde Temel İlkeler.....	9
2.2. Türkiye’ de Antidepresan Kullanımı.....	11
2.3. Antidepresanların Sınıflandırılması.....	12
2.4. Antidepresanların Endikasyonları.....	13
2.5. Antidepresanların Etken Düzeyi Ve Yan Etkileri.....	13
2.6. Antidepresan Tedavisi.....	15
2.7. Kontrolsüz Antidepresan Kullanımı.....	16
2.8. Antidepresan İlaçların Seçimini Etkileyen Başlıca Faktörler.....	16
2.9. Antidepresan İlaçların Klinik Farmakolojisi.....	18
2.10. İlaç kullanımı ve Reçetelendirilmesi.....	19
2.10.1. Reçetenin Tanımı.....	20
2.10.1.1. Reçete Çeşitleri.....	20
2.10.2. Reçetelemede yapılan Hatalar ve Uygunsuz Reçeteleme.....	21
2.11. Tanımlar.....	22
2.11.1. Antidepresan.....	22
2.11.2. Kontrolsüz Antidepresan Kullanan Hasta.....	22
2.11.3. Reçete.....	22
2.11.4. Depresyonun Tanımı.....	22
3. Materyal ve Metod.....	23
3.1. Araştırma Modeli.....	23
3.2. Araştırmanın amacı.....	23
3.3. Veri Toplama Araçları	23
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23
3.3.2. Anket Formu.....	23
3.3.2.1. Anketin validasyonu.....	24
3.3.2.2. Anket soruları.....	24

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	25
3.5. İstatistiksel Analiz.....	25
4. Bulgular:.....	27
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	27
4.2. Eczacıların Antidepresan İlaç Kullanımı ve Reçetelendirilmesine Yönelik Hazırlanan Anket Formuna ve Görüşme Sorularına Verdikleri Yanıtlar.....	28
4.3. Psikiyatristlerin Antidepresan İlaç Kullanımı ve Reçetelendirilmesine Yönelik Hazırlanan Anket Formuna ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Sorularına Verdikleri Yanıtlar.....	33
5. Tartışma.....	38
6. Sonuç.....	44
7. Kaynaklar.....	45
8. Ekler.....	53

TABLULAR

Tablo 1 Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	27
Tablo 2 Araştırmaya Katılan Eczacıların Antidepresan İlaç Kullanımı ve Reçetelendirilmesine Yönelik Görüşleri.....	28
Tablo 3 Hangi Grup Antidepresan İlaçlarının İlk Olarak Tercih Edildiğine Yönelik Görüşler.....	30
Tablo 4 Reçetesiz Kullanılan Antidepresan İlaçların Hangilerinin, İlk Olarak Tercih Edildiğine Yönelik Görüşler.....	31
Tablo 5 Reçetesiz Antidepresan Almak İsteyen Hastalara Yönelik Tepki ve Düşünceler.....	32
Tablo 6 Araştırmaya Katılan Psikiyatristlerin Antidepresan Kullanımı ve Reçetelendirilmesine Yönelik Görüşleri.....	33
Tablo 7 Hangi Grup Antidepresan İlaçların İlk Olarak Tercih Edildiğine Yönelik Görüşler.....	35
Tablo 8 “Hangi grup antidepresan ilaçları tedavide tercih etmiyorsunuz?”Sorusuna Yönelik Görüşler.....	36
Tablo 9 “En çok hangi tip depresyon için reçete yazıyorsunuz?” Sorusuna Yönelik Görüşler.....	36

1.Giriş

1.1.Genel Bakış

Ruhsal bozukluk, dünyada ciddi oranda artış gösteren, ruhsal bir hastalıktır (Açık, ve ark. 2003). Ruhsal hastalık, yaygınlığıyla, işlev kaybına yol açmasıyla, intihar oranlarıyla, önemli düzeyde sağlık harcamalarıyla öne çıkan sağlık problemidir (Kotan, Sarandöl, Eker ve Akkaya, 2009). Alan yazında ruhsal bozukluklar arasında en sık karşılaşılan ve psikiyatrik düzeyde destek almayı gerektiren bozukluğun depresyon olduğu belirlenmiştir. Depresyon bireyin aşırı üzüntülü durumlara bağlı olarak yeme bozukluğu, uykusuzluk, iştah kaybı, yorgunluk, lokal ağrılar, çaresizlik, herhangi bir şeye yoğunlaşmada güçlük ve intihar düşünceleri gibi belirtilerle birlikte, bireyin işleyişinde bozukluklar gösterir. Aynı zamanda psikolojik, fiziksel ve sosyal belirtiler kümesi olarak ele alınır (McLoughlin, 2002).

Toplumda depresyon prevalansının %10 olduğu, yetişkinlerin %8-18'i arasında depresyon tanısı aldığı, yinelenme düzeyinin %40 ve kronik depresyon düzeyinin %20 oranında olduğu görülmektedir (Lin, Moyle, Chang, Chou ve Hsu, 2008). Depresyon tedavisi ele alındığında, dünya genelinde tedavi antidepresan ilaçlarla yapılmaktadır. İnsan davranışlarını etkileme veya değiştirmeye yönelik insanlık tarihine kadar dayanan çeşitli maddeler kullanılmaktadır. Yine eski çağlarda farklı bitki ve maddelerden elde edilen karışımlar, çeşitli hastalıkları önlemeye yönelik kullanılmaktadır. Aynı zamanda tütün, afyon, alkol, esrar gibi günümüzde psikoaktif madde olarak ele alınan maddeler bireylerin psikolojisini çeşitli yönlerde etkilemekte, keyif vermekte ve acıyı dindirmede kullanılmaktadır. 19. Yüzyılın sonlarından günümüze kadar çeşitli ruhsal bozuklukların tedavi edilmesinde bromürler, paraldehit, afyon türevleri ve kloralhidrat gibi çeşitli maddelerin kullanıldığı görülmektedir. 20. yüzyılın başlarında, bireyleri yabancılaştırıp yakın çevreden uzaklaştıran akıl hastaneleri Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da yaygın hale gelmiş, 20. Yüzyılın yarısına gelindiğinde çeşitli psiko-terapilerle birlikte, psiko-farmakolojik ve somatik gelişmesi, bireylere daha iyi olanaklar sağlamaya başlamıştır (Abacıoğlu, 2009; 2005 Akıcı, 2013).

Dünya genelinde yaklaşık 350 milyon bireyin depresyon hastalığı sebebiyle etkilendiği varsayılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) yaptığı araştırmada yaklaşık 20 bireyden 1'inin depresyon vakasına yakalanmış olduğunu ifade

etmektedir (WHO, 2012). Depresyon tedavi sürecinde antidepresanların kullanımı önemli bir yere sahip olup, esas tedavi yolu olarak kabul edilmektedir (Norman, 2006). Yapılan araştırmalar da, depresyon vakalarının tedavi edilmesinde antidepresan ilaçlarının tedavi sürecinde büyük etkisinin olduğunu ortaya koymuştur (Stahl, 2008).

Depresyon vakalarında antidepresanların kullanımı önemli bir yere sahip olmasına rağmen, klinik pratiğe aynı düzeyde yansımamaktadır. Yaşanılan bu durumun başlıca nedeni sedasyon ve kilo alımı gibi yan etkilerin görölmesidir (Thase ve Rush, 1997). Depresyon vakalarının artması ile birlikte antidepresan ilaçlarının kullanımının da önemli derecede arttığı görölmemektedir (Örsel, 2004). Antidepresan ilaçların depresyon tedavisinde önemli başarılar göstermesinin, uygun kullanımına ve dozajına, zamanında alınma ve zamanında bırakma şekline bağlı olduğu unutulmaması gerekmektedir. Aksi takdirde olası yan etkilerle karşılaşma olasılığı da yüksektir (Yazıcı, 1999; Örsel, 2004).

Antidepresanların, yaşanılan ruhsal bozuklukların tedavi edilmesinde oldukça önemli bir yeri olmasının yanında, bireyi rahatsız edebilecek ve yaşam kalitesini etkileyecek yan etkileri de bulunmaktadır (Yılmaz ve Buzlu, 2006). Bireyde görölen yan etkiler ele alındığında, en sık karşılaşılan durumların, dopamin reseptör antagonistlerinin neden olduğu hareket bozuklukları olarak karşımıza çıkmaktadır (İçelli, 1998). Psikiyatride yer alan ve kullanılan ilaçların, çoğu zaman bireyi ve bireyin ailesini korkuttuğu görölmemektedir. Genel olarak önlenebilen ve geçici yan etkileri oluşturduğu da bilinmektedir. Sık görölen yan etkilerin, hem bireyin, hem de ailesinin korkularını azaltacak şekilde açıklanması tedavi sürecinde önemlidir. Aksi takdirde kolaylıkla geçebilen ve önlenebilen yan etkiler birey ve ailesinin olumsuz tepkiler geliştirmesine ve tedaviyi sonlandırabilmesine neden olmaktadır. Buna karşın birey, tedavinin ilk aşamasında iyileşme olduğunu fark eder etmez, ilacı hemen kesme eğilimi de göstermektedir. Doktorlar tedavi sürecinde iyileşme başlamış olsa bile, ilaç alımının birden kesilmemesi, dozajın azaltılarak, ilaca bir süre daha devam edilmesi, uygun zaman aralıklarında kontrol edilip ilacın sonlandırılması gerektiğini ifade etmektedir (Öztürk, 2001)

Depresyon tedavisinde antidepresan ilaçlarının kullanımı 1950 yılından günümüze devam etmektedir. Yaklaşık otuz farklı antidepresan ilaç, dört gruba ayrılmaktadır.

Bunlar; a) Trisiklik Antidepresanlar, b) Monoamin Oksidaz İnhibitörleri, c) Özgül Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (ÖSGAİ), d) Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri şeklinde ana gruplara ayrılmaktadır (Draz ve ark., 2009). Essitalopram etken maddesini içinde barındıran ÖSGA engelleyicileri grubunda yer almaktadır (Işık ve Candansayar, 1993). Diğer antidepresan ilaçları kadar güvenli ve etkili olan ÖSGA grubunda yer alan ilaçların etki düzeneği, depresyon, obsesyon, panik atak gibi psikiyatrik vakaların tedavisinde kullanılmaktadır (Draz ve ark., 2009). Bu gurubun içinde yer alan antidepresanlar, sinaptik bölgede fazladan yer alan, serotonin geri alımını sağlayan kanalları bloke etmektedir. Aynı zamanda serotoninin geri alınımını engelleyerek sinaptik bölgede serotonin derişimini arttırmaktadır (Tarhan, 2006).

Depresyon gibi ruhsal bozukluğun tedavisinde kullanılan antidepresanlar reçetesiz kullanılmaması gereken temel ilaçlar arasında yer almaktadır. Aynı zamanda bu tür ilaçların başlama ve sonlandırma ilkeleri bulunmaktadır. Bu nedenle antidepresan ilaçlarını reçetelendirme sürecinde doktorların, hemşirelerin ve danışmanlık verenlerin rolü oldukça büyüktür (Akıcı, 2013). Antidepresanların gün geçtikçe daha çok reçetelendirilmesi, ülkemizde kimi antidepresanların reçetelendirilmeden satın alınması, psikiyatrist dışındaki doktorların bu ilaçları reçetelendirmesi gibi antidepresanların kontrolsüz kullanımı, ele alınması gereken önemli konulardan biridir (Karanges ve Mcgregor, 2011), (Aydın ve diğ., 2013; Yıldırım, Güçlü Gönüllü, Eradamlar, ve Erkıran, 2014).

Antidepresan kullanımında yaşanan en büyük sorunların başında, yine reçetesiz antidepresan kullanımı gelmektedir. Bireylerin, sınav stresi, birbirlerinden etkileşimi ve bilgi eksikliklerinden kaynaklı, antidepresan ilaçları yanlış kullanımı, bu durumun ileride daha ciddi sorunlara yol açmasına neden olacaktır. Bu sebeple gençlerin, antidepresan ilaçları kullanma düzeyleri ile antidepresan kullanımını etkileyen etmenlerin ayrıntılı şekilde incelenip ele alınması önem taşımaktadır (Karanges & Mcgregor, 2011).

Bireye antidepresan başlatılması gereken durumlarda, birey ilaç hakkında bilgilendirilmeli, oluşabilecek yan etkilerin kontrolünün sağlanmasına yönelik gerekli tedbir ve açıklamalar yapılmalıdır. Buna karşın bireyin yakınları da bilgilendirilmelidir. Kullanılan antidepresan ilacın, reçetesiz kullanılmaması gerekliliği, reçetede yer alan dozda kullanılması gerekliliği ifade edilmelidir.

Neredeyse tüm antidepresanların özelliği, ilaca başlanılmasından 1-3 hafta içerisinde etkinliğini göstermeye başlamasıdır. Bu süre zarfı içinde iştah, uyku, yeme ve duygusal-sosyal etkinliklerde düzelmeler görölmeye başlar. Aynı zamanda antidepresan ilaçlarının kullanımında ilacın dozajı ve süresi de önemlidir. İlacın etkinliğine karar vermek için en az 4 ile 6 haftalık süreye ihtiyaç duyulur (Örsel, 2004). Bu süre zarfında sonuç alınmaz ise, verilen ilaç üzerinde durulmamalı, farklı grupta yer alan ilaca veya daha farklı etki düzeneği gösterebilecek ilaç seçimi yapılmalıdır (Örsel, 2004; Uğur, 2008; Çetin ve Açıkel, 2009; Karamustafalıoğlu, ve Yumrukçal, 2011).

Yapılan birçok araştırmada ve klinik bulgularda antidepresanların, depresyon üzerinde etkinliği belirlenmiştir. Bu sebeple doktorların gözetimi ile antidepresan ilaçları kullanan birey, kendi başına ilacı sonlandırmamalı veya ilaç bitiminde reçetesiz bir şekilde ilaç almamalıdır. Bireyin akılcı ve bilimsel yolları tercih ederek doktor kontrolüne bağlı kalması önemlidir (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2008). Bunun yanında arkadaşlarından, yakın çevresinden veya medyadan duyduğu bilgiler ile doktor kontrolü dışında, reçetesiz ilaç alma, ilacı kesme, dozajıyla oynama gibi uygun olmayacak yaklaşımlar sergilememesi gerekmektedir (Zito ve ark., 2002).

Bireyin reçetesiz bir şekilde antidepresan ilaç kullanması, gerekli klinik gözlemler yapılmadan ilaç almaya başlaması, kronik rahatsızlıkların oluşmasına da neden olmaktadır. Ortaya çıkan hastalığın, reçetesiz ve doktor kontrolü dışında ilaç kullanımıyla tedavi edilebileceği düşünce, bireyin yaşam kalitesini derinden etkiler. Bu nedenle gerekli olduğu düşünölen antidepresan ilaçlarının doktor kontrolü ve reçetelendirilmesi ile kullanılması ciddi önem taşımaktadır. Bu yapılmazsa yeme, uyku, iştah, cinsel sorunlar gibi daha erken ve hızlı atlatılabilecek hastalıkların, uzun süreli yaşanmasına neden olduğu görölecektedir (Örsel, 2004; Çetin ve Açıkel, 2009; Uğur, 2008; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresyon tedavisinde veya farklı ruhsal bozukluklarda, antidepresanların tedavi sürecindeki başarısı, bireyin, uygun dozda, reçeteli, doktor kontrollü, ilacı uygun şekilde bırakma şekli gibi bilgilerin edinilmesine bağlıdır (Yazıcı, 1999; Örsel, 2004).

Bireylerde depresyon veya farklı bir ruhsal bozukluk görölme oranının artması, reçeteli veya reçetesiz antidepresan kullanımı, toplum ruh sağlığı hizmetleri açısından da ciddi bir sorun haline gelmektedir (Sezgen, 2016). Bu sebeple KKTC'nde

antidepresan ilaç kullanan hastaların ilaçlarının, ihtiyaçlarına göre reetelendirilip reetelendirilmediğini tespit etmek amacıyla herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. KKTC'ndeki psikiyatristler ile Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği'ne bağlı eczane eczacılarının, ilaç kullanımı, ilaç ls, ilaç tüketimi, ilacın yan etkileri ve uygun ilaç tedavisi ile ilgili görüşlerini belirlemek, antidepresanların kullanımıyla ilgili ortaya çıkan ortak sorunların neler olduğunu ve antidepresan ilaç kullanımıyla ilgili yaşanan ortak sorunların belirlenmesi bakımından yapılan araştırmanın önemli olduğu dşnlmektedir.

2. Genel Bilgiler

2.1. Depresyon ve Antidepresanlar

Antidepresanlar, depresif bozukluğu olan bireylerin tedavisinde kullanılan ve dopaminlerin, serotoninlerin, monoaminlerin ve norepinefrinlerin bir ya da daha fazlasının sinaptik etkisini arttırmak suretiyle depresif bozuklukları düzeltmeye yarayan ilaç gruplarına verilen genel addır (Stahl, 2012). Bir diğer değişle antidepresan ilaçlar, depresif bir ruh halinde olan bireylerin duygu durumlarını iyileştirmede etkilidir. Kimi depresif bozukluklarda, eksilen norepinefrin ve serotonin hormonunu yükselterek, bireyin enerjisinin artmasını sağlar. Nörotransmitter düzeylerinin artmasında çeşitli tarzda faaliyet gösterirler (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem ve Nolen-Hoeksema, 2010).

Başta depresyon ve kaygı bozukluğu olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun tedavi edilmesinde, yaygın kullanılan ilaçlar olduğu görölmektedir (Norman, 2006; Mojtabai ve Olfson, 2014). Depresyon tedavisiyle ilgili yapılan birçok araştırma sadece antidepresanları konu alır. Bu da depresif bozuklukların başlıca tedavi yönteminin antidepresan ilaç tedavisi olduğu yönündeki görüşün kanıtını oluşturur (Stahl, 1998; Norman, 2006)

Depresyona girmiş olan bireylerin beyinde dopamin, serotonin ve noradrenalin gibi maddelerin azalması nedeniyle duygu ve düşüncelerde düzensizlik ortaya çıkmaktadır. Yaşanılan bu değişim ve dengesizliklerin ortadan kaldırılması nedeniyle antidepresanlar beyindeki bu maddelerin miktarını arttırmaktadır. Yapılan araştırmalarda intihar eden bireylerin, beyin-omurilik sıvısında serotonin maddesinin azaldığı görölmektedir. Alınan antidepresanların etkisi 2-3 hafta içinde görölmektedir. Aynı zamanda alınan bu ilacın hekim kontrolü altında kullanılması gerektiği ve iyileşmenin görülmesiyle tedavinin minimum 6 ay devam etmesi gerekmektedir (Tarhan, 2013; Tan, 2014).

2.1.1. Depresyon Etiyolojisi

Depresyonun oluşumunun nedeni, kesin olarak anlaşılamamış olsa da psikososyal, çevresel, biyolojik ve genetik gibi faktörler sonucunda ortaya çıktığının kanıtları yer almaktadır (Hasler, 2010). Yapılan araştırmalarda bireyin depresyona yakalanma riskinin %40-50 oranında genetik etmenlerden kaynaklı olduğu, ancak depresyonla

ilişkisi olan herhangi bir gen veya genetik bir bozukluğun tam anlamıyla tespit edilemediği bilinmektedir. Stres, viral enfeksiyonlar, duygusal travmalar, beyin gelişimi sırasındaki belirli süreçler ve bireysel farklılıklar depresyon oluşumuna etki etmektedir. (Kayaalp, 2009; Hasler, 2010). Bireyde oluşabilecek majör depresyonunun nedeni ve semptomları incelendiğinde;

- a) Uykuya dalmada güçlük, sabahları erken kalkma.
- b) Yaşamdan zevk almama, önceden ilgi duyduğu şeylere ilginin azalması.
- c) Sürekli yorgun hissetme, iştahsızlık,
- d) Libidoda düşüş, çaresizlik
- e) Bellek zayıflığı, suçluluk hissi
- f) Konsantrasyon eksikliği, ümitsizlik
- g) İntihar ve ölüm düşünceleri
- h) Obsesyon, halüsinasyon
- i) Ajitasyon, psikomotor retardasyon
- j) Baş ağrısı, sindirim problemi ve kramplar

Şeklinde sıralanmaktadır. Bu belirtilerin çoğunun bir arada görülmesi bireyin depresif bozukluk yaşadığını gösteren etmenlerdir (Kayaalp, 2009).

2.1.2. Depresyon Tedavisi ve Antidepresanlar

Depresif bozukluğu olan bireylere yönelik tedavide, reçetelenmiş olan antidepresanların, psikoterapinin veya her ikisinin birlikte uygulanması gerekmektedir. Tedavi sürecinde psikiyatristler, sürecin daha etkili ve hızlı ilerlemesini ve iyileşmenin daha hızlı artmasını ister. Yapılan çalışmalar ve kabul edilen klinik bulgulara göre, depresif bozukluğu olan bireylerin idame, akut ve muhafaza olmak üzere üç fazlı antidepresan tedavisinde, ilerlemenin olduğu belirlenmiştir (Kupfer, 1991). Belirlenen bu 3 fazlı tedavinin sonucunda, bireyin mesleki ve psikososyal fonksiyonlarının hiçbir semptom bulunmadan, normal hale dönmesi hedeflenmektedir (Halfin, 2007).

Majör depresyonda olan bireyler için asıl tedavi, antidepresan ilaçları esas alan tedavi yoludur (Norman, 2006). Yapılan araştırmalar içinde majör depresyon tedavisi sürecinde, antidepresan ilaçlarının yer aldığı görülmektedir. Bu da tedavi yöntemi içinde, antidepresan ilaçların önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir. Aynı

zamanda antidepresan ilaçlar, etki mekanizmalarına göre ayrı ayrı sınıflandırılmaktadır. Depresyonun, beyindeki nörotransmitter sistemlerdeki bozulmayla ilgili olduğu varsayılmaktadır (Stahl,1998).

Majör depresyon, noradrenalin, dopamin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin sinaptik konsantrasyonunda artış sağlayan bileşiklerle tedavi edilmektedir. Bu artış, nörotransmitter geri-alım inhibisyonu, otoreseptörlerin bloke edilmesi veya endojen ve ksenobiyotik monoaminlerin oksidatif deaminasyonundan sorumlu monoamin oksidaz enziminin inhibisyonu ile sağlanabilir (Wille, 2008; Kayaalp, 2009).

2.1.3. Depresyon Tedavisinin Temel Özellikleri

Depresyon ataklarının tedavi edilmiş olması, yaşanan sorunun tam olarak ortadan kalktığı ve çözüldüğü anlamına gelmemektedir. Yapılan araştırmalar ele alındığında, bireylerin %50-85'inin depresyon ataklarını en az bir defa daha geçirdikleri belirlenmiştir. Yaşanılan ilk atağın ardından depresyon atağının yeniden tekrar etme durumu %40, ikinci ataktan sonra tekrar etme durumu %55, üçüncü ataktan sonra tekrar etme durumu %75 ve dördüncü ataktan sonra tekrar etme durumu %90 oranında belirlenmiştir (İlhan, 2003).

Depresyon tedavisinde, antidepresan ilaçlarının yanında psikoterapilerin de uygulanması gerektiği unutulmamalıdır. Depresyon tedavisi sürecinde antidepresan ilaçlarının etkisinin yanında, psikoterapilerin azımsanamayacak derece büyük etkisi olduğunu da unutmamak gerekir. Tedavi sürecinde, tedavi kalitesini arttırmak, yeniden oluşabilecek atakların oluşumunu engellemek için, psikoterapilerin önemsenmesi gerekmektedir (Keller, 2003).

Akut dönemin ardından, iyileşme süreci içinde depresif bozukluğun yeniden tekrar etmesi, iyileşmeyi kabul eden bireyin yeniden atak yaşamasına neden olur. Uygulanan tedavinin erken kesilmesi durumunda, tedavinin kesilmesinden sonraki 3-6 aylık sürede depresif bozukluğun yeniden tekrarlanması, yeni bir atağın oluşma durumu, en yüksek dönem olarak belirlenmiştir. Bu sebeple tedavi sürecinde kullanılan antidepresanların sonlandırılmasından sonraki ilk 6 ay, yeni bir atak yaşanmasına neden olabilecek riskli süre içinde yer almaktadır (Bozkurt ve Karlıdere, 2007).

2.1.4. Depresyon Tedavisinde Temel İlkeler

Depresif bozukluğun tedavisinde birey ile güçlü ve sağlıklı bir iletişimin kurulması öncelikli hedefler arasında yer alıp, gerekliliği vurgulanmaktadır. Bireylerin sadece %50'lik bir bölümü psikiyatristlerin önerdiği bir biçimde ilaçlarını almaktadır. Bunun yanında bireylerin %28'i tedavinin birinci ayında, %44'ü ikinci ayında uygulanan tedaviyi sonlandırmaktadır. Bireyin tedavi sürecine başlamadan önce kullanacağı antidepresan ilaçlarının oluşturabileceği yan etkileri, tedavi süreci, ilacın etkisini ne zaman göstereceği, bir anda ilacın kesilmesi durumunda ortaya çıkabilecek problemlerin neler olduğu gibi çeşitli konularda bireyin açık, anlaşılır ve detaylı bir biçimde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bunun yanında antidepresanların herhangi bir bağımlılık yaratmayacağına da bireylere hatırlatılması gerekmektedir (Akdeniz, 2007; Küey ve Gülseren, 2008).

Bireyde görülen iştah kaybı, uykusuzluk, yoğun kaygı ve psikomotor reterdasyon gibi çeşitli klinik tablolarda, bireyin önde gelen belirtilerine dikkat edilerek öncelik verilir ve tedaviye uyum göstermesi sağlanır. Bunun yanı sıra birey dışında, yakınlarına da tedavi ve hastalık konusunda ayrıntılı bilgi verilerek, kendilerine düşen sorumlulukların neler olduğuna yönelik bilgiler verilmesi gerekir (Örsel, 2004). Bireyin, depresif bozukluk tanısı kesinleştirildikten sonra, hastalığa eşlik eden farklı psikiyatrik bozukluk veya bedensel bir hastalık olup olmadığının da incelenmesi gerekir. Depresif bozukluğa eşlik eden farklı bir bozukluk veya hastalık gözden kaçırılırsa, direnç veya yanıtızlık gibi istenmeyen durumlarla karşı karşıya kalınabilir. Bireyden kişisel öykü alınırken, kaygı bozukluğu, alkol, uyuşturucuyla ilgili problemler, yeme, iştah kaybı ile ilgili problemler ve kişilik bozukluğu gibi depresif bozukluğa eşlik etme ihtimali yüksek olan problem ve bozukluklar, ayrıntılı bir şekilde göz önünde tutulması gereken konulardır (Fava ve Davidson, 1996).

Bireyin tedaviye uyumunu arttırmak amacıyla sözel olarak bilgi verilmesinin yanı sıra, ilaçların etki ve yan etkileri, bozukluğun belirtilerinin neler olduğu gibi bilgiler, görsel materyaller aracılığıyla bireye sunulmalıdır. Yapılan tüm çabalara rağmen, devam eden, aşılamayan, şiddetli sorunlarla karşı karşıya kalan bireye, yaşadığı bu durumun mevcut psikopatolojisinin yansıması olabileceği belirtilmelidir. Aynı zamanda etkili psikoterapi ile antidepresan ilaç tedavisi desteklenmelidir (American Psychiatric Association, 2000).

Yaşanılan ilk depresif atakta, bireyin yakın çevresinde daha önceden depresif bir atak geçirmiş ve tedaviye hangi yönde yanıt verdiği bilinen biri varsa, kullandığı antidepresan, aldığı psikoterapi gibi durumlara öncelik verilmelidir. Depresif bozukluğa, yoğun anksiyete düzeyi de eşlik ediyorsa, venlafaksin, mirtazapin, sertralin, moklobemid ve paroksetin gibi etken madde moleküllerinin kullanımı öne çıkmaktadır. Eğer ihtiyaç duyulursa anksiyolitikler kullanılabilir (Akdeniz, 2007).

Özellikle bipolar bozukluğu olan bireylerde manik kayma riski nedeniyle genel olarak antidepresan ilaçların kullanılmaması önerilmektedir. Bunun yanında bipolar bozukluk tanısı alan bireye ilaç başlanacaksa, antidepresan olarak kullanılacak ilacın dozunun yarısı ile başlanması gerekir. Aynı zamanda yakın bir takiple, ortalama sekiz hafta sürecek şekilde düzenlenip, sekiz haftanın sonunda ilaca son verilmesi gerekmektedir (Aydemir, 2008). Antidepresan ilaçlarına verilen yanıt 4 ayrı kategoride ele alınır. Bunlar; yanıt yok, kısmi yanıt, yanıt ve düzelme şeklinde ifade edilmektedir (Akdeniz, 2008). Yanıtların değerlendirilme sürecinde belirgin olarak fikir birliğine varılmasa da, kısmi yanıt demek için bireyin aldığı ölçek puanında %25- 50 arasında gerileme olması gerekmektedir. Düzelme diyebilmek için Hamilton Depresyon Ölçeği'nde ölçek puanının 7, Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nden ölçek puanının 10 ve altında yer alması gerekir (Kaller, 2005; Akdeniz, 2008).

Bireye verilen antidepresan ilacın, etkili olmadığına yönelik kararın verilebilmesi için, en az 3-4 hafta ilacın düzenli bir şekilde kullanılması gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2000). Kullanılan antidepresandan alınan herhangi bir yanıt yoksa veya minimal yanıt söz konusu ise kullanılan antidepresan ilacının değiştirilmesi üzerinde yoğunlaşılır (Stahl, 2012). Bunun yanında ilk tedavi sürecinde herhangi bir yanıt almayan bireylerin, yeni bir antidepresan ilaç ile tedavi edilmesi gerektiği görülmektedir (Vahip ve Aydemir, 2010). İlaç tedavisi sürecinde kısmi yanıt durumunun yaşanması halinde tedaviyi güçlendirmeye yönelik sağıltım seçenekleri öne çıkar. Eğer, tedavi sürecinde iki ayrı ilaca karşın herhangi bir yanıt alınamaması durumunda, bireyin tedaviye direnç gösterme durumundan bahsedilebilir. Direnç gösterilen durumlarda ilacın değiştirilmesi yerine verilen ilacın güçlendirilmesine öncelik verilmektedir (Fleurence ve ark., 2009).

Depresif bozukluk tedavi sürecinde herhangi bir düzelme sağlanana kadar geçen dönemde, düzelme sağlandıktan sonra, yaklaşık 16-20 haftalık sürdürme dönemi uygulanır. Depresif bozukluğun, yeniden tekrarlanması veya kronikleşme düzeyi yüksektir (Anderson ve Black, 2001). Depresif bozukluğun yeniden tekrarlanma durumunun yüksek olduğu gruplarda; bireyin son bir yıl içinde iki defa depresif bozukluk geçirme durumu, çifte depresyon olarak nitelendirilmektedir. Çifte depresyon olarak adlandırılan bu durumun 60 yaş sonrasında başlaması, şiddetli ve psikotik dönemlerin olması, yaşanan dönemler arasındaki sürenin kısa olması, yakın çevresinde depresif bozukluk tanısı olması veya anksiyete bozukluğu olması gibi etmenlerin eşlik etmesi risk faktörleri olarak ele alınmaktadır (Rush ve Kupfer, 2001).

Antidepresan ilaç tedavisinin kesilme sürecinde, en çok dikkat edilmesi gereken durumlar arasında, antidepresandan kaynaklı çekilme belirtilerinin gözle görülür şekilde görülmesidir ve bu durum göz önünde tutulmalıdır (Bauer, et. al., 2002). Bireylerde yaşanan ve en sık karşılaşılan çekilme belirtileri incelendiğinde huzursuzluk, yakınma, uykusuzluk, sıkıntı, gribe benzer semptomlar göze çarpmaktadır (Tamam ve Ozpoyraz, 2002). Yaşanılan bu durumlar ele alındığında bireyde oluşabilecek risk faktörleri göz önüne alınmayıp taburcu edilmesi daha ciddi sorunları beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda bu durumun ayırt edilmesi ve göz önüne alınması gerekmektedir (Bozkurt ve Karlıdere, 2007).

2.2. Türkiye’ de Antidepresan Kullanımı

Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Ruh Sağlığı Profili, Intercontinental Marketing Service ve Sağlık Bakanlığı’ndan elde edilen verilerin kullanılmasıyla psikotropik ilaç kullanımı değerlendirilmiştir. Elde edilen araştırmalarda 2003’te 14,24 milyon kutu antidepresan ilacın kullanıldığı, bu sayının 2012 yılı sonlarında %162 artış göstererek 37.35 milyon kutuya yükseldiği belirlenmiştir. Antidepresan ilaçların yer aldığı reçete sayısında da son 5 yılda %50 oranında artış olduğu, bu sayının 2007 yılında 18,14 milyonken, 2012 yılında 26,60 milyona ulaştığı görülmektedir (Aydın ve diğ., 2013).

Urhan (2010) yaptığı araştırmada antidepresan ilaç kullanımının Türkiye’de son beş yıl içinde %65 oranında artış gösterdiğini, 2005 yılında 20 milyon kutu antidepresan ilaç kullanıldığını, 2010 yılında ise 34 milyon antidepresan ilaç kullanıldığını

belirlemiştir. IMS (Intercontinental Marketing Service) verilerine göre antidepresan ilaç kullanımı 2003 yılında 14,24 milyon kutu, 2008 yılındaysa 31,30 milyon kutu olarak gerçekleşmiştir. Bir başka ifade ile antidepresan ilaç kullanımında, son beş yıl içinde, Türkiye nüfusunun yaklaşık olarak %30'unun, doktora başvurarak ilk defa antidepresan ilaç reçetesi aldığı görülmüştür.

Ruhsal bozuklukların, Türkiye'de ve tüm dünyada her geçen sene antidepresan kullanımını arttırdığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre bireylerin yaşam kalitesini azaltan hastalıklar arasında ilk sırada kalp hastalıkları, ardından da ruhsal hastalıkların geldiği ifade edilmektedir. Her geçen sene ve günde hayat şartlarının zorlaşması, artan stres ve kaygılar, yaşanan savaşlar nedeniyle insanlar arasındaki iletişimin bozulduğu görülmektedir. Araştırmalar sonucunda Türkiye'de ruhsal bozukluk nedeniyle antidepresan ilaçların kullanımında artışın yaşandığı görülmektedir. (Aydın ve diğ., 2013). Aynı zamanda, yapılan araştırmalar sonucunda Türkiye'de ergen olan bireylerin antidepresan ilaç kullanımlarında da gün geçtikçe artışın olduğu belirlenmiştir (Zito ve Safer, 2001; Zito et. al., 2002; Taş, Güvenir ve Miral, 2007)

2.3. Antidepresanların Sınıflandırılması

Psikiyatrik bozukluk durumlarında kullanılabilecek antidepresan ilaçların, nörotransmitter maddeler üzerinde etkisi vardır (Işık ve Işık, 2008; Stahl, 2012). Antidepresanlar, kendi içinde etkileri benzer nitelikte olsa da, etki mekanizmaları ve yan etkileri yönünden farklı şekilde sınıflandırılmaktadır (Köroğlu, 2009). Bu sınıflandırmalara bakıldığında;

- 1.Trisiklik Antidepresanlar ; Opipramol, İmipramin, Klomipramin, Amitriptilin
- 2.Melatonin Agonistleri; Agomelatin
- 3.Monoamin Oksidaz İnhibitörleri; Moklobemid
- 4.Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörler; Sitalopram, Essitalopram, Fluoksetin, Sertralin, Paroksetin, Fluvoksamin,
- 5.Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri; Venlafaksin, Duloksetin, Milnasipran
- 6.Serotonin Modülatörleri; Trazodon, Nefazodon, Tianeptin
- 7.Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri; Reboksetin, Maprotilin

8.Noradrenalin- Dopamin Gerialım İnhibitörleri; Bupropion

9.Alfa 2 Reseptör Antagonistleri; Mirtazapin, Mianserin.

şeklinde sınıflandırılmaktadırlar (Stahl, 2008; Işık ve Işık , 2008; Köroğlu, 2009; Işık ve Temel, 2009; Güneş, Yazıcı, Yazıcı, Ferah ve Çadırcı, 2013; Kotan ve ark., 2009).

2.4.Antidepresanların Endikasyonları

a) Bupropion endikasyonları; yaşanan depresif bozukluklar, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve sigarayı bırakmak için kullanılmaktadır.

b) TSA (Trisiklik Antidepresan) endikasyonları; yaşanan depresif bozukluklar, enürezis, obsesif kompulsif bozukluk, migren, bulimia nevroza, panik atak ve kronik ağrılar şeklindedir.

c) SSGAİ (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri) endikasyonları; yaşanan depresif bozukluklar, kaygı bozukluğu, kişilik bozukluğu, premenstürel disforik bozukluk, bulimia nevroza şeklindedir.

d)Serotonin-Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri (Venlafaksin) endikasyonları; daha önce antidepresan tedavilere direnç gösteren bireylerde kullanılarak yanıt alınabilir.

e) Trazodon ve Mirtazapin endikasyonları; yaşanan depresif bozukluklar, kaygı ve insomnia bozukluklarında kullanılır (Köroğlu, 2009).

2.5. Antidepresanların Etken Düzeyi ve Yan Etkileri

Antidepresan ilaçların reçetelenmesi ve kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Uygun endikasyonda, yeterli düzeyde ve sürede kullanımı konusunda ilerlemenin olduğunu ifade etmek mümkün değildir. Ağır düzeyde depresif bozukluğu olan bireylerin, neredeyse yarısından fazlasının antidepresan ilaç tedavisini bıraktığı ve bu durumun, remisyonun sağlanamamasına yol açtığı görülmektedir (Bondolf ve ark., 2006). İlaçların yan etkisinin olması, ilacın kullanımını sonlandırma ve antidepresan ilaç kullanım tedavisinin sürdürülmemesinde en önemli nedenler arasında yer almaktadır. SSRI (Seçici Serotonin Gerialım İnhibitör)'leri ve diğer yeni kuşak antidepresanlarda tedavinin sonlandırılma oranının benzer olduğu belirlenmiştir (Gartlehner ve ark., 2005). Antidepresan ilaçların etki düzeneği ile yan etkileri incelendiğinde;

Bupropion etki düzeneği; dopamin ve noradrenalin gerialım inhibitörünü etkiler. Birey üzerinde oluşturacağı yan etki ise, ağız kuruluğu, ajitasyon, bulantı, kusma, kilo alma ve ortostatik hipotansiyon şeklinde görülebilir (Glavin ve Dugani, 1987).

TSA (Trisiklik Antidepresan) etki düzeneği; trisiklik antidepresanlar, presinaptik gerialım düzeneklerini engellemekte, aynı zamanda serotonin ve noradrenalinin varlığını arttırmaktadır. Birey üzerinde oluşturabilecek en ağır yan etkiler ise kilo artışı, ağız kuruluğu, bulanık görme, kan basıncında düşüklük, ortostatik hipotansiyon, kardiyak toksisitedir. Aynı zamanda konstipasyon ve konfüzyon görülebilir. Aşırı dozda alımı, solunum depresyonuna, komaya ve kardiyak aritmilere yol açmaktadır (Baldwin, 2002; Akiskal, 2005; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007). Bunun yanı sıra kimi kaynaklarda bireyin hiçbir depresif şikayeti olmamasına rağmen, bazı peptik ülser hastaları depresyon ilaçlarıyla tedavi edilmektedir (Kendrick, 2000). Ülseri tedavi etme aşamasında da trimipramin gibi farklı birkaç trisiklik antidepresan ilaçları da kullanılmaktadır (Cummings, 1992; Montvale, 2000; Albert, Aguglia, Maina ve Bogetto, 2002; Yıldız ve diğ., 2002).

SSRI (Seçici Serotonin Gerialım İnhibitör)'leri etki düzeneği; presinaptik gerialım düzeneğini engelleyerek serotonin düzeyinin varlığını artırır. Bireyde oluşabilecek yan etkiler incelendiğinde sadece hafif düzeyde yan etkilerin olduğu görülmektedir. Oluşabilecek yan etkiler genel olarak tedavinin ilk haftalarında görülmektedir. Bireyde en sık görülen yan etkilerin baş ağrısı, kaygı, bulantı, libidoda azalma, anorgazmi şeklindedir. SSRI (Seçici Serotonin Gerialım İnhibitör)'lerinin kesilme sendromu, tedavinin birden bırakılmasının komplikasyonudur. Paroksetin, yarı ömrünün kısa olmasından ötürü kesilme sendromuna en çok neden olandır (Sussman, Ginsberg ve Bikoff, 2001; Akiskal, 2005).

Venlafaksin etki düzeneği; noradrenalin, serotonin ve dopamin gerialım inhibitörüdür. Histaminerjik, kolinerjik, veya adrenerjik reseptörleri etkilemez. Birey üzerinde oluşturduğu yan etkiler; baş dönmesi, sinirlilik, bulantı ve sedasyondur. Kimi bireylerde kan basıncında artış görülebilir. Genel olarak erkeklerde ejakülatuar gecikme ortaya çıkmaktadır. İlacın birden sonlandırılması, kesilme sendromuna neden olur (Akiskal, 2005).

Mirtazapin etki düzeneği; Tip2 ve Tip3 serotonin reseptörlerinin antagonize edilmesi, 5-HT1 reseptörlerinin etkinleştirilmesine neden olur. Aynı zamanda

serotonerjik ve adrenerjik etki düzeyinin artmasına neden olur. Birey üzerinde oluşabilecek yan etkiler incelendiğinde; iştahın artması, baş dönmesi, kilo alımı, ağız kuruluğu, sedasyon görülmektedir. Bunun yanında bireylerde SSGI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitör)'lerine göre daha az cinsel yan etkileri bulunmaktadır (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013).

Trazodon etki düzeneği; yapısal olarak benzodiazepin olan alprazolama benzer. Birey üzerinde en sık görülen yan etkileri ise baş dönmesi ve ortostatik hipotansiyondur. Presinaptik serotonin geri alımı inhibisyonu ve postsinaptik 5-HT₂ reseptör antagonizmi yoluyla etki gösterir. Aynı zamanda baş ağrısı ile gastrointestinal rahatsızlıklara da sebep olmaktadır (Koroğlu, 2009).

2.6. Antidepresan Tedavisi

Depresif bozukluk geçirmiş olan ve herhangi bir antidepresan ilaç kullanan bireylerin, göstermiş oldukları semptomlarda, çoğunlukla düzelme yaşadıkları gözlemlenmektedir. Depresif bozukluğu olan bireylerin güncel tedavilerinde amaç, semptomların tamamen düzelmesi, aynı zamanda düzelme düzeyinin sürdürülmesidir. Uygulanan tedaviden kısa süre sonra depresif bozukluğun yeniden nüks etmemesi ve bireyin ileriki süreçte tekrarlayan bir epizod geçirmemesi temel hedef olarak ele alınır (Keller, 2003; Stahl 2012).

Bireye uygulanan depresyon tedavisi, tüm semptomların düzelmesiyle sonuçlandıysa ve bu durum 6-12 aydan daha uzun süre sürerse bu durum, iyileşme olarak adlandırılır. Yapılan klinik çalışmalar sonucunda, antidepresan ilaç kullanan tüm bireylerin üçte ikisinin, tedaviye 8 hafta içinde yanıt verdiği görülmektedir. Antidepresan ilaç kullanımında, ilaç yeterli düzeyde alınmazsa tedavi süreci işe yaramamaktadır. Antidepresan ilaçların klinik pratikte etkinliği, tedavinin yeterli bir süre 'kalıcı' olarak başarılamaması nedeniyle azalmaktadır. Ancak antidepresan kullanan bireyler iyileşme gösteriyorsa kaygılanacak bir durum yoktur. Bunun yanı sıra, kullanılan antidepresan ilaçlar bireyin iyileşmesinde etkiliyse, bireyde düşük nüks oranı görülür. Depresif bozukluğu olan bireylerde, ilaç kullanımı sırasında iyileşmede kötü sonuçlar alınıyorsa, nüks oranı yüksek sıklıkla görülebilmektedir. Sonuç olarak antidepresan kullanan bireylerde iyileşme görülüyorsa, yeniden nüks oranı tedaviden sonraki 12 ayda %60 iken, dört tedaviden sonra 6 ayda %70 seviyesine çıkmaktadır. Depresif bozukluğun kronik hale geldiği durumlarda,

uygulanan tedaviye dirençli olma durumu ve yeniden nüks etme durumu hızlı ve agresif tedavilerle azaltılabilir. Bütün semptomlar hafifletilebilir ve böylece bozukluğun seyri modifiye edilebilir (Keller, 2003; Bozkurt ve Karlıdere, 2007; Stahl, 2012).

2.7. Kontrolsüz Antidepresan Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO/DSÖ), ‘Akılcı İlaç Kullanımını’, bireylerden elde edilen klinik bulgulara göre; uygun ilaca, doza, uygun sürede, uygun maliyetle ve kolay ulaşabilmeleri olarak ifade etmiştir.

Bireyin klinik bulguları: Yapılan araştırmada, doktorların depresyonu tanımlarken tanı ölçütlerinden çok, bireyin önceki deneyimlerini dikkate aldıkları belirlenmiştir (Ögel ve ark., 1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde en yaygın kullanılan yöntem, tarama testleridir. Bu şekilde bireye depresyon tanısının konulma oranı, iki-üç kat artmaktadır (Henkel ve ark., 2003). Yapılan psikolojik değerlendirmelerde bireyin davranışsal özellikleri, kişisel ve toplumsal ilişkilerini karşılaştırma ve sayısal olarak ifade etmeye olanak sağlar. Yapılan psikolojik testler ve değerlendirmeler tanı koyma, tarama, oluşan hastalığın şiddeti ile bu şiddetin tedaviyle değişimini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Ebrinç, 2000).

Antidepresan ilaç kullanımı yapılırken, akılcı ilaç kullanımından yola çıkarak uygun remisyonun sağlanması için belirlenen kritik nokta, uygun ve etkin antidepresan ilaç seçiminin yapılmasıyla ilgilidir. Yapılan bu seçim, antidepresan ilaçların oluşturabileceği yan etkilere yönelik güvenilirlik ve tolerabilitesine göre, bireyin tercihin ve yapılan klinik araştırmaların verilerine göre yapılmaktadır. Birçok farklı antidepresan ilaç seçenekleri olmasına rağmen, hekimlerin ve klinik uzmanların seçimlerini yönlendirecek çok az sayıda deneysel kanıtlar yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda neredeyse tüm antidepresan ilaçların aynı etkinlikte olduğu bildirilmektedir (Hansen ve ark., 2005). Kontrolsüz antidepresan kullanımında, ilacın grubunun veya etken maddesinin değil, tam remisyonun sağlanması için gerekli klinik takiplerin yapıp yapılmadığı göz önüne alınmalıdır (Stahl, 2012).

2.8. Antidepresan İlaçların Seçimini Etkileyen Başlıca Faktörler

Antidepresan ilaçların seçimi, bireyin klinik geçmişine bağlıdır. İlaç seçilirken, ilacın yan etkisi-etkileri, güvenilirliği, tolere edilebilirliği ve ilacın etkileşim potansiyeli göz

önüne alınmalıdır. Bunun sebebi ise yukarıda saydığımız bu değişkenlerin, tedaviye katılımı, doğrudan etkilemesidir. Antidepresanların ilaç-ilaç etkileşimi ile ortaya çıkan yan etkileri, spesifik farmakokinetik özelliklerinin, sitokrom P450 izoenzimiyle etkileşimlerinin ve çeşitli nörotransmitter bölgelerine karşı afinitelerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Halfin, 2007). Antidepresan seçimini etkileyen faktörler incelendiğinde;

Antidepresan ilaçlarının farmakokinetik özellikleri ele alınmalıdır. Bu farmakokinetik özellik, antidepresan ilacın sahip olduğu molekülün ve aktif metabolitinin yarılanma ömrü ve protein bağlayıcılığıyla alakalıdır (Wille, 2008; Kayaalp, 2009). Sitokrom P450 enzimi kaynaklı ilaç etkileşimi ele alındığında , Sitokrom P450 inhibisyonu aracılığıyla çok sayıda ilaç-ilaç etkileşmesi ortaya çıkar. Her ilacın substrat, inhibitör veya uyarıcının aktif potansiyeli, ilgili sitokrom enziminin doygunluğu, metabolizmasının derecesi, substratın aktif metabolitlerinin varlığı, kişiye özgü enzim aktivitesi ve eş zamanlı kullanım olasılığı olarak sıralanabilir (Sproule, Naranjo, Brenner ve Hassan, 1997).

Bazı araştırmacılara göre antidepresan kullanımı sonucu ortaya çıkan bazı rahatsızlıklar; kardiyovasküler rahatsızlıklar ve serotonin miktarının artışı olarak belirlenmiştir (Burggraf, 1997). Antidepresan ilaç kullanan bireylerin büyük çoğunluğunun, libidoda düşüş veya orgazm olamama gibi cinsel problemlerle karşılaştıkları belirlenmiştir. İlaçlar arasında yer alan sildenafil sitrat, yohimbin ve benzeri ilaçlar erkeklerde antidepresan kaynaklı, erektil disfonksiyon tedavisinde sıkça kullanılan gruplar arasında yer almaktadır (Rothschild, 2000). Ortaya çıkan yan etkiler hastaların tedaviyi erken bırakmalarının majör sebebi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durumun en iyi çözümü daha az seksüel yan etkilere sahip ilaçlar ile (bupropion ve mirtazapine) tedavinin devamının sağlanmasıdır (Hansen, 2004). Yine yapılan araştırmalarda Unipolar depresif bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %15'inin intihar etme teşebbüsünde bulunduğu görülmüştür. Yapılan tedavide, her ne kadar klinik yönergeler, şiddetli depresyonun, antidepresan ilaçlarla tedavisini öneriyor olsa da, bu tür ilaçların yüksek dozlarda, intihar eğilimini arttırdığı, aynı zamanda anxiyete düzeyinde artışa sebep olduğu belirlenmiştir (Cheeta, Schifano, Oyefeso, Webb ve Ghodse, 2004).

Antidepresan seçimini etkileyen etmenler arasında, yaş faktörü de önemli bir yere sahiptir. Yaşlı bireyler, oluşabilen yan etkilere daha duyarlıdırlar. Bu grupta yer alanların daha çok ilaç kullandıkları varsayıldığında, ilaç-ilaç etkileşim riskinin yükseldiği görülmektedir. Yine bu yaş grubunda yer alan bireylerin, tedavisinde P450 izoenzimlerini belirgin ölçüde uyarıcı veya inhibe eden antidepresanlardan kaçınılması gerekmektedir. Aynı zamanda cinsiyet değişkenine bakıldığında erkeklerin, kadınlara kıyasla TSA(Trisiklik Antidepresan)'lara daha iyi, SSRI(Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü)'lerine daha az cevap verdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Hansen, 2004; Moncrieff ve Kirsch, 2005).

2.9. Antidepresan İlaçların Klinik Farmakolojisi

Antidepresanlar, bireyde oluşan herhangi bir depresif bozukluk ve depresyonla ilişkili rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır (Loosbrock, Tomlin, Robinson, Obenchain ve Croghan, 2002). Fiziksel hastalıklara oranla, daha az teşhis edici biyokimyasal test veya genetik imleçler vardır. Yapılan teşhis süreci daha ayrıntılı ve özel değerlendirmelerle gerçekleştirilmektedir (Steinhausen ve Erdin, 1999).

Antidepresanların kullanıldığı çeşitli depresif bozukluk tipleri incelendiğinde;

1. Majör depresyonun tedavisi;
 - a) Melankolik depresyonun tedavisi.
 - b) Psikotik majör depresyonun tedavisi.
 - c) Atipik majör depresyonun tedavisi.
2. Bipolar depresyonun tedavisi.
3. Distimik bozukluğun tedavisi.
4. Siklotimik bozukluğun tedavisi.
5. Kronik yorgunluk sendromunun tedavisi.
6. Tedaviye dirençli depresyonun tedavisi, şeklinde yer almaktadır (Kayaalp, 2009; Trevor, Katzung ve Masters, 2010).

Antidepresan kullanımına yeterli düzeyde yanıt vermeyen bireyler için son aşamada, bir MAOI (Monoamin Oksidaz İnhibitörleri) ile veya venlafaksin-mirtazapin kombinasyonu ile tedaviyi içeren aşamalı tedavi önerilmektedir (Fava ve ark., 2006).

Antidepresanların depresyon-dışı kullanımı ele alındığında, obsesif-kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yeme bozukluğu, panik atak

ve kronik ağrılar gibi durumlarda da antidepresanların kullanıldığı görülmektedir (Nestler ve ark., 2002). Bunun yanı sıra uyku bozukluğu, sosyal anxiyete, premenstrual sendrom, uyuşturucu tedavisi, nikotin bağımlılığı ve anoreksia nervosa gibi bozukluklarda da antidepresanların kullanıldığı görülmektedir (Kockler ve McCarthy, 2005; Wille, 2008). Antidepresan ilaçlarının çeşitli kullanımlarıyla ilgili yapılan araştırmaların konusu olan endikasyonlar incelendiğinde; patolojik kumar bağımlılığı, sosyal fobi ve prematüre ejakülasyon bozuklukları yer almaktadır (Tignol, Martin-Guehl, Aouizerate ve Grabot, Auriacombe, 2006; Mikocka-Walus ve ark., 2007).

Bunun yanı sıra antidepresanlar kimi zaman teşhisi yapılamayan durum ve somatizasyonlar için de reçetelenebilir. Somatizasyonlar, psikolojik bir rahatsızlıkların sebebi olarak ele alınmaktadır (Sharpe, 2002). Hepatit C hastalarının, inme gibi fiziksel hastalığı olanların ve hastanede yatılı kalma nedeniyle depresyona giren bireylerin, profilaktik antidepresan kullanma durumlarında artışın olduğu belirlenmiştir (Ornstein, Stuart ve Jenkins, 2000; Musselman ve ark., 2001)

2.10. İlaç kullanımı ve Reçetelendirilmesi

Bireylerin bilinçsiz, gereksiz, yanlış ve maliyetli ilaç kullanmaları tüm dünyada gün geçtikçe artmakta ve ciddi sorunlara yol açmaktadır. Yaşanılan bu sorunların bir bölümü, yanlış ilaç tüketimi ve gereksiz ilaç tüketimine dayalı olarak ortaya çıkmaktadır. Yüksek maliyetli ilaçların aşırı tüketilmesi aynı zamanda sosyal güvenlik kurumlarına da yüksek düzeyde yük getirmektedir. Bu sebeple dünyada farklı çözüm yolları geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu ciddi harcamalara karşılık alınan doğrudan önlemlerin yanında, dolaylı olarak alınan önlemlerden biri de “Akılcı İlaç Kullanımı” uygulamasının hayata geçirilmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2007). Akılcı ilaç kullanımı, MÖ 300’lü yıllarda Herophilus’un “*İlaçlar tek başlarına hiçbir şeydir, fakat mantıklı ve akıllı kullanılırlarsa Tanrı’nın elleri gibidirler*” ifadesiyle de desteklenmiştir (Ambwani ve Mathur, 2006).

Akılcı ilaç kullanımı, bireylerin, klinik bulgularına ve özelliklerine göre, en uygun ilacı, en uygun doz ve sürede, en uygun fiyatla kolayca elde edebilmeleri şeklinde tanımlanmıştır (Almarsdottir ve Traulsen, 2005; Ambwani ve Mathur, 2006). TTB (Türk Tabipler Birliği) Akılcı İlaç Kullanımını, “İhtiyacı olana, gerektiği formda,

miktarda ve maliyette etkili şekilde ilacın verilmesi” şeklinde tanımlamıştır (Kalyoncu ve Yarış, 2004).

2.10.1. Reçetenin Tanımı

Reçetenin kelime anlamı ele alındığında “önceden yazılan” anlamını taşımaktadır. Tıbbi alanda ise; bireye uygun, belirlenen ilaç veya ilaçların hekim, veteriner hekim ya da diş doktorları tarafından eczacılara ulaştırılması için hazırlanan yazılı talimat olarak ifade edilmektedir (Muldoon, 2008).

Bir başka ifade ile reçete, doktorların imzasını taşıyan, onun profesyonelliğinin ve uyguladığı sanatın yansıması olan, bir kağıda indirgenemeyecek değerde ve hukuksal anlamı ve geçerliliği olan resmi bir belgedir. Reçetenin resmi olup olmaması, bireyin sosyal güvenlik kurumunda herhangi bir güvencesi olup olmadığıyla ilgili değildir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan bireye yazılmış olan reçete, resmi belge niteliği taşımaktadır (Göksel, 2008). Dünya Sağlık Örgütü’nün yaptığı tanımda ise reçete, herhangi bir hekim tarafından eczacıya yazılmış olan formdur (Hartley, 1981).

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere reçete, bir hekimlik sanatıdır. Fakat bazı ülkelerde ebe, hemşire, sağlık memuru gibi çalışanlar da reçete yazma yetkisine sahiptir (Vries, Henning, Hogerzeil ve Fresle, 1994).

2.10.1.1. Reçete Çeşitleri

Reçeteler içerdikleri ilaçlara göre; yenilenebilir, özel ve kısıtlanmış olmak üzere 3 şekilde ele alınmaktadır. Yenilenebilir reçeteler; herhangi bir kontrole tabi olmayan ama izlenmeye tabii olan ilaçların yazıldığı ve içeriğinde uyuşturucu madde bulunmayan majistral formülasyonların yazılı olduğu reçetelerdir. Özel reçeteler ise; aşırı kullanımında önemli riskler taşıyan, bağımlılığa yol açan, yasadışı ve kötüye kullanımı açısından risk oluşturan ilaçların yazılı olduğu reçetelerdir. Bu reçete Türkiye’de kırmızı, yeşil, mor ve turuncu biçiminde ifade edilmektedir. Son olarak kısıtlanmış reçeteler incelendiğinde; farmasötik özellikleri, yeni olması veya kamu sağlığı açısından risk oluşturması sebebiyle özellikle hastanelerde kullanılması uygun olan ve ayakta tedavi edilebilen hastalar için kullanılan ilaçların yazıldığı

reçetedir. Bunun yanı sıra, çok ciddi yan etkiler oluşturabileceğinden dolayı, uzman bir doktor tarafından yazılıp, tedavi sürecinde gözetim gerektiren ilaçların kullanıldığı reçeteler olarak adlandırılmaktadır (Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik, 2005).

2.10.2. Reçetelemede yapılan Hatalar ve Uygunsuz Reçeteleme

Reçeteleme sürecinde yapılan hatalar ile uygunsuz reçetelendirme akılcı ilaç kullanımında yapılan en önemli engellerden biridir. Hastaların, reçetelenmiş olan ilaçları yanlış kullanmasının ortaya çıkardığı hatalar olsa da, reçeteleme sürecinin uygun şekilde gerçekleşmemesi de ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Tüm ülkelerde bu tür problemler ile karşılaşılsa da, özellikle gelişmemiş ülkelerde daha fazla önem taşımaktadır. Dünya nüfusuna bakıldığında yaklaşık üçte biri ihtiyaç duyulan temel ilaçlara ulaşamamaktadır. Bunun yanı sıra dünyada ilaçların yarısından fazlası uygunsuz veya hatalı şekilde reçetelendirilmekte ve yanlış kullanılmaktadır (Abacıoğlu, 2005).

İlaçların reçetelendirilmesi sürecinde ise en fazla yapılan hatalara bakıldığında; Fu Chen ve ark., (2005) yılında yapmış oldukları farklı bir araştırmada, eczacılardan, reçetelerde yer alan hataların neler olduğunu değerlendirmeleri istenmiş, belirlenen sonuçlar incelendiğinde; %34 oranında reçetelerin hatalı yazılmış olduğu görülmüştür. Bu durum, reçetede yanlış ismin yer alması, yazım yanlışı, hatalı ambalaj sayısı, yanlış uygulama olarak belirlenmiştir. %27 oranında eksik yazılmış reçetelerden kaynaklı hatalar olduğu, bu hataların dozajın eksik yazılması, farmasötik şekil sayısının eksik olması, ilaç hazırlanması ile ilgili bilginin eksik olması şeklindedir. Yine %9 oranında ilaç etkileşiminde yapılan hataların olduğu görülmüştür. Bu duruma, Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSGI) ile migrende kullanılan sumatriptan etken maddesinin birlikte yazılması, gebelik önleyici ilaçlarla geniş spektrumlu antibiyotiklerin birlikte yazılması gibi örnekler verilebilir. % 5'lik oran ile hatalı doz yazımı olduğu, % 8'lik oran ile ilaçla ilgili açıklamanın yanlış yazılması ve % 4'lük oran ile yan etki reaksiyonlardan kaynaklı reçete hatalarının olduğu görülmektedir.

2.11. Tanımlar

2.11.1. Antidepresan

Depresif bozukluğu olan bireylerin tedavi sürecinde kullanılan ve genel olarak tedavide serotonin, norepinefrin ve dopamin gibi nörotransmitter maddelerin bir ya da daha fazlasının sinaptik etkisini arttıran , depresif bozukluğu düzeltmeye yönelik ilaçlardır (Stahl 2012).

2.11.2. Kontrolsüz Antidepresan Kullanan Hasta

En az 6 aydan daha uzun süre ile antidepresan ilaçları kullanan, ilacın etken düzeyi ve semptomlarının ilgili ölçekle taranmamış ve doktor tarafından sorgulanmamış olduğu, sadece ilaç yazımı nedeniyle başvurup uygunsuz ve kontrolsüz bir biçimde antidepresan ilaçlarını kullanan bireylerdir (Varhan, 2017).

2.11.3. Reçete

Reçetenin kelime anlamına bakıldığında “önceden yazılan” anlamını taşımaktadır. Tıbbi alanda bakıldığında ise; bireye uygun, belirlenen ilaç veya ilaçların hekim, veteriner hekim ya da dış doktorları tarafından eczacılara yönelik hazırlanan yazılı talimatlar olarak ifade edilmektedir (Muldoon, 2008).

2.11.4. Depresyonun Tanımı

Depresyon, bireyin aşırı üzüntü duyduğu ve buna bağlı olarak iştah, uyku sorunu, daha önce sevdiği şeylere yönelik ilgisizlik, psikomotor becerilerinde belirgin değişiklikler, ümitsizlik, çaresizlik, yorgunluk ve ölüm düşüncesi gibi belirtilerin eşlik etmesiyle bireyin işlevselliğinde bozulma olmasıdır (McLoughlin, 2002).

3. Materyal ve Metod:

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik desen kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma yöntemi, araştırmaya dahil olan katılımcıların düşüncelerini, deneyimlerini, duygularını ve sosyal süreçleri ayrıntılı bir biçimde inceler. Fenomenolojik desen ise katılımcıların bir olaya veya olguya yönelik inancı, algısı, yaşantıları ve yüklenen anlamları ortaya çıkarır. Araştırmacı katılımcılardan, veriler toplar ve toplanan verilerin birleşik bir tanımını geliştirir. Bu tanım, katılımcıların “ne” deneyimlediklerini ve “nasıl” deneyimlediklerini içerir. Amaç, araştırılan konuyla ilgili okuyuculara, gerçekçi bir durum sunmaktır. Bu araştırmada betimsel analiz yapılmış olup, anket, gözlem ve görüşme yoluyla veriler toplanmıştır-. Bu nedenle, toplanan veriler derinlemesine ve ayrıntılı olmalı, katılımcıların görüş ve önerileri doğrudan sunulmalıdır (Çokluk, Yılmaz ve Oguz, 2011).

3.2. Araştırmanın amacı

Araştırmanın genel amacı, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde, antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik eczacıların ve psikiyatristlerin görüşlerinin belirlenmesidir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya ilişkin verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ile antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik eczacıların ve psikiyatristlerin görüşlerini belirleyen anket formu kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda katılımcıların cinsiyetini, yaşını, mesleki kıdemlerini ve eğitim düzeylerini belirleyen sorular yer almaktadır (EK1).

3.3.2. Anket Formu

Araştırmada kullanılan anket formu, 2019 yılında antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirmesine yönelik eczacıların ve psikiyatristlerin görüşlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

3.3.2.1. Anketin validasyonu:

Antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik hazırlanan anket formunda, ilgili literatür taraması yapılmasının ardından, araştırmanın amacına uygun biçimde sorular hazırlanmıştır. Hazırlanan anket formu, psikiyatristlere ve eczacılara yönelik 15'er soru ve 3 görüşme sorusu şeklinde iki ayrı formdan oluşmaktadır. Anket formunun hazırlanması aşamasında Google Akademik, ProQuest, BMJ PubMed, BioMed, Turk Medline, Science Direct – Elsevier, Ulakbim, , Jstor, Jama gibi veri tabanlarında “antidepresan kullanımı, antidepresan, hasta, reçete, reçeteleme, ilaç, prescribing behavior, influencing prescribing, drug, physician gibi anahtar kelimeleri kullanılarak taramalar yapılmıştır.

Aynı zamanda alanda uzman kişilerin görüşlerine başvurularak, anket formuna yönelik görüşler alınmıştır. Yapılan literatür taraması ve alınan görüşler doğrultusunda anket formu oluşturulmuştur. Anket formunun geçerlik ve güvenilirliği için söz konusu alandaki terminolojiye aşina olan 2 uzman hekime, 4 psikiyatriste, 2 okutmana ve 1 uzmana danışılarak anket formunun son şekli verilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce oluşabilecek hataları önlemek, ifadelerin anlaşılıyor olup olmadığını belirlemek amacıyla pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma, 10 psikiyatrist ve 10 eczacı ile gerçekleştirilmiş ve soruların doğru anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmiştir. Yine Yakın Doğu Üniversitesi'nde bulunan 2 öğretim üyesinin görüş ve önerileri doğrultusunda anket formuna son şekli verilmiştir.

3.3.2.2. Anket soruları

Yapılan değişiklikler sonrasında anket formu, Demografik bilgi, antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirilmesiyle ilgili soruların yer aldığı bölüm ve üç yarı yapılandırılmış görüşme sorularının bulunduğu bölümden oluşmuştur. Psikiyatristlere yönelik hazırlanan anket formunda; tedaviye yönelik tercih şekli, ilaçların tedaviye olan katkısı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün belirlediği antidepresan doz hakkındaki bilgi düzeyi gibi sorular ve hangi grup antidepresanların

tedavide tercih edildiği, hangilerinin tercih edilmediği ve hangi tip depresyon için reçete yazıldığına yönelik görüşme soruları oluşturulmuştur (EK 2).

Eczacılara yönelik hazırlanan anket formunda, antidepresan ilaçların tedaviye katkısının ne olduğu, tedaviye yönelik antidepresan ilaçların kullanılıp kullanılmaması gerektiği, reçetesiz antidepresan ilaç kullanımı gibi sorular ve hangi antidepresanlar ilaçların ilk olarak tercih edildiği, reçetesiz hangi antidepresan ilaçların tercih edildiği ve reçetesiz antidepresan ilaç almak isteyenlere yönelik tepkilerin neler olduğunu belirleyen görüşme soruları oluşturulmuştur (EK 3). Anket formunda her ifadeyi izleyen yanıtlar “Katılmıyorum-1” “Kararsızım-2” “Katılıyorum-3” şeklinde olup 3’lü likert tipte düzenlenmiştir. Son şekli verilen anket formu, araştırmacı tarafından belirlenen psikiyatristlere ve eczacılara uygulanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırma 2019-2020 yılı Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde 50 eczacı ve 12 psikiyatristin dahil edilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerini toplama aşamasında eczacılara ve psikiyatristlere yönelik hazırlanan formlar, araştırmacı tarafından ve birebir olarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmelere başlamadan her eczacı ve psikiyatriste araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip, araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı, hiçbir kişisel bilgi alınmadığı ve bireysel olarak bir değerlendirme yapılmayacağı bilgisi verilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara, katılım onay formu verilerek, formu okumaları ve imzalamaları istenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara, 4 kişisel bilgi sorusu, 15 antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik soru olacak şekilde toplam 19 sorudan oluşan form verilmiştir. Katılımcılar anket formunu doldurduktan sonra yine antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik 3 yarı yapılandırılmış görüşme sorusu katılımcılara sorularak araştırma sonlandırılmıştır. Görüşmeler yaklaşık 10-15 dakika aralığında gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme sorularının sorulma aşamasında, herhangi bir bilgi kaybının olmaması ve görüşmeler sonunda araştırmacının, not alamadığı yerlere geri dönebilmesi amacıyla katılımcılardan ses kayıt cihazının kullanılmasına yönelik izin alınmıştır. Ses kaydının kullanılmasına izin veren eczacı ve psikiyatristlerin görüşmeleri ses kaydına kaydedilmiştir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırmada toplanan verilerin analizi SPSS 21.0 paketi (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) kullanılarak yapılmıştır. Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, meslekleri ve eğitim düzeylerini belirleyen kişisel bilgileri frekans ve yüzde şeklinde hesaplanmıştır. Antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik hazırlanan anket formunda, eczacıların ve psikiyatristlerin verdiği yanıtların ayrı ayrı olacak şekilde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Son olarak yarı yapılandırılmış görüşme soruları, içerik analizi yöntemi kullanılarak kategoriler altında analiz edilmiştir.

Her bir soru için cevap kategorilerinin yazılı olduğu ‘‘Görüşme Kodlama Anahtarı’’ oluşturuldu. Bu doğrultuda her eczacı için E1, E2, E3,..... her psikiyatrist için P1, P2, P3..... şeklinde kod verildi. Böylece görüşme kodlama anahtarında, araştırmanın sorularına verdikleri cevapları kapsayacak şekilde kategorilere ayrıldı. Belirlenen kategoriler katılımcıların sayısına göre değil, ortaya koydukları görüşlere göre frekanslar şeklinde hesaplanmıştır. Böylelikle katılımcıların, görüşme sorularında birden fazla görüş bildirmeleri durumunda, görüşlerin analize dahil edilebilmesi sağlanmıştır.

4. Bulgular:

Bu bölümde, antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirilmesiyle ilgili, eczacıların ve psikiyatristlerin görüşlerini belirlemeye yönelik yapılan araştırmada elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların demografik özellikleri:

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri

Özellikler	Eczacı		Psikiyatrist	
	(n=50)	%	(n=12)	%
Cinsiyet				
Kadın	32	64,0	4	33,3
Erkek	18	36,0	8	66,7
Yaş				
20-25 yaş arası	14	28,0	3	25,0
26-30 yaş arası	17	34,0	1	8,3
31-35 yaş arası	5	10,0	2	16,7
36-40 yaş arası	6	12,0	6	50,0
41 yaş ve üzeri	8	16,0	0	0
Eğitim düzeyi				
Lisans	36	72,0	7	58,3
Yüksek Lisans	14	28,0	5	41,7

Tablo 1’de araştırmaya katılan eczacıların çoğunluğunu kadınların (%64,0) oluşturduğu, çoğunluğunun 26-30 yaş arasında (%34,0) olduğu ve daha çok, lisans düzeyinde eğitim alan (%72,0) katılımcıların olduğu belirlenmiştir. Psikiyatristlerin ise çoğunluğunu erkeklerin (%66,7) oluşturduğu, çoğunluğunun 36-40 yaş arasında oldukları (%50,0) ve yine lisans düzeyinde (%58,3) eğitim aldıkları belirlenmiştir.

4.2. Eczacıların, Antidepresan İlaç Kullanımı ve Reçetelendirilmesine Yönelik Hazırlanan Anket Formuna ve Görüşme Sorularına Verdikleri Yanıtlar

Tablo 2. Araştırmaya katılan eczacıların antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik görüşleri

Maddeler	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%
1. Depresyon tedavisinde antidepresan ilaçların tedaviye katkısı oldukça önemlidir.	9	18,0	3	6,0	38	76,0
2. Depresyon tedavisinde ilk tercih antidepresan ilaçlar olmalıdır.	35	70,0	9	18,0	6	12,0
3. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği "ddd" doz hakkında bilgi sahibiyim.	11	20,0	8	16,0	32	64,0
4. Eczaneye başvuran hastaların reçetelerinde Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği "ddd" dozuna göre ilaç yazılmaktadır.	11	22,0	16	32,0	23	46,0
5. Son yıllarda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde reçetesiz antidepresan ilaç kullanımı artmıştır.	8	16,0	1	2,0	41	82,0
6. Son yıllarda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde reçeteli antidepresan ilaç kullanımı artmıştır.	11	22,0	6	12,0	33	66,0
7. Antidepresan ilaçların reçetesiz satılmasında bir sakınca yoktur.	36	72,0	6	12,0	8	16,0
8. Reçetesiz antidepresan alma isteğinde bulunan hastaların, bu isteğini yerine getiririm.	27	54,0	8	16,0	15	30,0
9. Tüm antidepresan türündeki ilaçların psikiyatristler tarafından reçetelendirilmesi gerekmektedir.	8	16,0	3	6,0	39	78,0

10. Reçetesiz antidepresan kullanan hastalar, farklı psikolojik problemlerle karşılaşabilir.	4	8,0	3	6,0	43	86,0
11. Hastalara, antidepresan kullanım şeklinin açıklanması gereklidir.	0	0	0	0	50	100,0
12. Hastaların, söylenen antidepresan kullanım şekline uyduklarını düşünmekteyim.	9	18,0	18	36,0	23	46,0
13. 6 aydan uzun süreli antidepresan kullanımlarda yeniden hastaların psikiyatristleri ile görüşerek tekrardan reçetelendirme yapılmalıdır.	3	6,0	1	2,0	46	92,0
14. Psikiyatri uzman hekimleri dışında başlanılan tedavide, hasta mutlaka ilaç kullanmaya ara vermelidir.	11	22,0	17	34,0	22	44,0
15. Reçetesiz antidepresan kullanan hastaların bir kısmında ilacın yan etkisi görülme olasılığı yüksektir.	2	4,0	11	22,0	37	74,0

Tablo 2’de araştırmaya katılan eczacıların, antidepresan ilaç kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik görüşleri yer almaktadır. Eczacıların büyük çoğunluğunun belirttiği görüşler şu şekildedir;

Eczacılar depresyon tedavisinde, antidepresanların tedaviye katkısının oldukça önemli olduğunu (%76) ile, ancak tedavide ilk tercihin antidepresanların olmaması gerektiğini (%70) çoğunlukla ifade etmişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği “ddd” doz hakkında bilgi sahibi oldukları (%64), hastaların reçetelerinde yazılan ilaçların ise (%46) oranında Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği “ddd” doza göre yazıldığı görüşündedirler.

Ankete katılan eczacılar, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde son yıllarda hem reçetesiz (%82) ve hem de reçeteli (%66) antidepresan ilaç kullanımının arttığını söylemiştir. Antidepresan ilaçların reçetesiz satılmasına yönelik herhangi bir sakıncası olmadığını (%16) olarak ifade etmişler ve hastaların reçetesiz antidepresan ilaç alma isteğini (%30) oranında yerine getirdiklerini belirtmişlerdir. Tüm antidepresan türündeki ilaçları psikiyatristler tarafınca reçetelendirilmesi gerektiğini düşünenler (%78) oranındadır. Reçetesiz antidepresan kullanan hastaların farklı psikolojik problemlerle karşılaşabileceğini savunanlar (%86) oranındadır.

Katılımcıların tamamı, hastalara antidepresan ilaç kullanım şeklinin açıklanması gerektiğini (%100) belirtmiştir. Hastaların, söylenen şekilde antidepresan ilaç kullanımına uyduklarını (%46,0) oranında ifade etmişlerdir. Altı aydan uzun süreli antidepresan kullanımlarda hastaların yeniden psikiyatristleriyle görüşerek tekrardan reçetelendirme yapılması gerektiğini düşünenler (%92), son olarak katılımcıların (%44)'ü, psikiyatristlerin dışında başlanan tedavide, hastanın mutlaka ilaç kullanmaya ara vermesi gerektiğini belirtmiştir. Reçetesiz antidepresan ilaç kullanan hastaların bir kısmında, ilacın yan etkilerinin görülme olasılığının yüksek olduğunu (%74)'lük oranla ifade etmişlerdir.

Tablo 3. Hangi grup antidepresan ilaçlarının ilk olarak tercih edildiğine yönelik görüşler

Antidepresanlar	Toplam 114 yanıt belirlenmiştir.
Sitalopram	28
Fluoksetin	19
Essitalopram	17
Alprazolam	14
Sertralin	13
Paroksetin	9
Lorazepam	8
Bitkisel İlaçlar	4
Flupentiksol	2

Tablo 3 incelendiğinde, araştırmaya katılan eczacıların, hangi grup antidepresan ilaçlarının ilk olarak tercih edildiği sorusuna ilişkin toplam 114 yanıt belirlenmiştir. 28 katılımcı sitalopram , 19 katılımcı fluoksetin, 17 katılımcı essitalopram, 14 katılımcı alprazolam, 13 katılımcı sertralin, 9 katılımcı paroksetin, 8 katılımcı lorazepam, 4 katılımcı bitkisel ilaçları ve 2 katılımcı flupentiksol ilaçlarının en çok tercih edilen ilaçlar olduğunu ifade etmişlerdir.

Eczacıların, genel olarak hangi grup antidepresan ilaçlarının ilk olarak tercih edildiği, sorusuna ilişkin görüşleri şu şekildedir;

“Depresyon tedavisinde, en etkili etken maddeye sahip ilaç olduğunu düşünüyorum.” E5, E9, E11.

“İlacın bağımlılık yapmadığını düşünmekteyim.” E21, E32.

“Yan etkisinin daha az olduğunu düşünüyorum.” E25, E39, E42.

“Daha hızlı etkiye sahip ve güvenilir ilaç olduğunu düşünüyorum.” E17, E26, E39, E45 şeklinde görüş bildirmişlerdir.

Tablo 4. Reçetesiz kullanılan antidepresan ilaçların hangilerinin ilk olarak tercih edildiğine yönelik görüşler

Antidepresanlar	Toplam 122 yanıt belirlenmiştir.
Sitalopram	32
Essitalopram	19
Fluoksetin	16
Sertralin	13
Paroksetin	11
Alprazolam (Yeşil reçete olduğu halde, hastalarca talep ediliyor.)	10
Reçetesiz vermem	8
Bitkisel	8
Amitriptilin	5

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya katılan eczacıların, reçetesiz kullanılan antidepresan ilaçların hangilerinin ilk olarak tercih edildiği sorusuna ilişkin toplam 122 yanıt belirlenmiştir. Hastalar bu ilaçları eczaneye gelerek eczacıdan talep etmektedir. Bu ilaçlardan en çok talep edilenleri, 32 katılımcı sitalopram, 19 katılımcı essitalopram, 16 katılımcı fluoksetin, 13 katılımcı sertralin, 11 katılımcı paroksetin, 10 katılımcı alprazolam şeklinde cevaplamıştır. 8 katılımcı, reçetesiz ilaç vermediğini, 8 katılımcı bitkisel ilaçlarının talep edildiğini, 5 katılımcı amitriptilin talep edildiğini ifade etmiştir. Alprazolam, yeşil reçeteye tabi olmasına karşın hastalar tarafından talep edilmiştir.

Eczacıların, genel olarak reçetesiz kullanılan antidepresan ilaçların hangilerinin ilk olarak tercih edildiği sorusuna ilişkin görüşleri şu şekildedir;

“İlaçların daha düşük risk grubu taşıdığını düşünüyorum.” E5, E11.

“Daha az yan etkisi bulunan ilaç olduğunu düşünüyorum.” E8,E12,E27

“En yaygın kullanılan ilaç olduğu için” E23,E11, E48

“Ne yazık ki halk arasında en fazla kullanılan ilaç türü olduğu için” E14

“Hafif ve yatıştırıcı özelliğe sahip” E22 şeklinde görüş bildirmişlerdir.

Tablo 5. Reçetesiz antidepresan almak isteyen hastalara yönelik tepki ve düşünceler

Tepki ve düşünceler	Toplam 136 yanıt belirlenmiştir.
Doktora danışmaları gerektiğini öneririm.	36
Oluşabilecek yan etkileri anlatırım.	29
Bilinçsiz kullanılmaması gerektiğini öneririm.	21
Neden almak istediğini sorar, doktora danışması gerektiğini öneririm.	15
Bitkisel ilaçlar almasını öneririm.	11
Vermemeye çalışır, bitkisel ilaç öneririm.	9
Daha önce kullanıp, kullanmadığını sorarım.	7
Reçetesiz antidepresan ilaç vermem.	5
Düşük dozda ilaçlar vermeye çalışırım.	3

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya katılan eczacıların, reçetesiz antidepresan almak isteyen hastalara yönelik tepki ve düşüncelerine ilişkin toplam 136 yanıt belirlenmiştir. 36 katılımcının *“Doktora danışmaları gerektiğini öneririm.”*, 29 katılımcının *“Oluşabilecek yan etkileri anlatırım.”*, 21 katılımcının *“Bilinçsiz kullanılmaması gerektiğini öneririm.”*, 15 katılımcının *“Neden almak istediğini sorar, doktora danışması gerektiğini öneririm.”*, 11 katılımcının *“Bitkisel ilaçlar almasını öneririm.”*, 9 katılımcının *“Vermemeye çalışır, bitkisel ilaç öneririm.”*, 7 katılımcının *“Daha önce kullanıp, kullanmadığını sorarım.”* 5 katılımcının

“Reçetesiz antidepresan ilaç vermem.” ve 3 katılımcının *“Düşük dozda ilaçlar vermeye çalışırım.”* düşüncesinde olduğu belirlenmiştir.

4.3. Psikiyatristlerin, Antidepresan İlaç Kullanımı ve Reçetelendirilmesine Yönelik Hazırlanan Anket Formuna ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Sorularına Verdikleri Yanıtlar

Tablo 6. Araştırmaya katılan psikiyatristlerin antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik görüşleri

Maddeler	Katılmıyor		Kararsızım		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%
1. Depresif sorunları olan hastaların tedavisine yönelik ilk tercihim ilaç tedavisidir.	4	33,3	0	0	8	66,7
2. Depresif sorunları olan hastaların tedavisine yönelik ilk tercihim Psikiyatrist desteğidir.	0	0	4	33,3	8	66,7
3. Depresyon tedavisinde antidepresan ilaçların tedaviye katkısı oldukça önemlidir.	2	16,7	5	41,65	5	41,65
4. Depresyon tedavisinde ilk tercih antidepresan ilaçlar olmalıdır.	7	58,3	2	16,7	3	25,0
5. Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği "ddd (Defined Daily Dose/Tanımlanmış Günlük Doz)" doz hakkında bilgi sahibiyim.	2	16,65	2	16,65	8	66,7
6. Hastalara yönelik antidepresan ilaçları reçetelerken Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün belirlediği "ddd (Defined Daily Dose/Tanımlanmış Günlük Doz)" dozu temel alırım.	7	58,3	1	8,4	4	33,3
7. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)'te yer alan depresyon sınıflandırılması hakkında bilgi sahibiyim.	4	33,3	0	0	8	66,7
8. Antidepresan kullanımında reçetelendirme önemlidir.	2	16,7	1	8,3	9	75,0

9.Tüm antidepresan türündeki ilaçların psikiyatristler tarafınca reçetelendirilmesi gerekmektedir.	2	16,7	0	0	10	83,3
10.Psikiyatristin önerdiği doğrultuda antidepresan ilacı kullanılmalıdır.	0	0	0	0	12	100
11.Reçetesiz antidepresan kullanan hastalar farklı psikolojik problemlerle karşılaşabilir.	0	0	2	16,7	10	83,3
12.Hastalara antidepresan kullanım şeklinin açıklanması gereklidir.	0	0	2	16,7	10	83,3
13.Her depresyon sorunu yaşayan hastaya antidepresan verilmemelidir.	1	8,4	4	33,3	7	58,3
14.Antidepresan kullanan hastalar psikoterapi desteği almalıdır.	0	0	0	0	12	100
15.Antidepresan kullanımını tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış göstermektedir.	0	0	2	16,7	10	83,3

Tablo 2 incelendiğinde, araştırmaya katılan psikiyatristlerin, antidepresan ilaç kullanımını ve reçetelendirilmesine yönelik görüşleri yer almaktadır. Psikiyatristlerin büyük çoğunluğunun belirttiği görüşler şu şekildedir;

Depresif sorunları olan hastaların tedavisinde, katılımcıların (%66,7)'si ilk tercihin ilaçların olması gerektiğini, katılımcıların (%33,3)'ü ilaçların olmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Depresif sorunları olan hastaların tedavisinde, katılımcıların (%66,7)'si ilk tercihin, psikiyatristlerin desteği olması gerektiğini ifade ederken, katılımcıların (%33,3)'ü bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir.

Depresyon tedavisinde, antidepresan ilaçların tedaviye katkısının oldukça önemli olduğunu, katılımcıların (%41,65)'i ifade ederken, yine (%41,65)'i kararsız olduğunu, (%16,7)'sinin ise önemli olmadığı görüşünde oldukları görülmüştür. Aynı zamanda katılımcıların (%58,3)'ü depresyon tedavisinde ilk tercihin antidepresan ilaçlarının olmaması gerektiğini belirtirken, (%16,7)'sinin kararsız olduğu görülmüştür. Bu görüşe ancak (%25)'i katılmıştır.

Katılımcıların (%66,7)'sinin, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği “ddd (Defined Daily Dose/Tanımlanmış Günlük Doz)” doz hakkında bilgi sahibi olduğu, (%16,65)'inin bilgi sahibi olmadığı, buna karşın katılımcıların (%58,3)'ünün, hastalara yönelik antidepresan ilaçları reçetelendirirken Dünya Sağlık Örgütü'nün

belirlediği “ddd (Defined Daily Dose/Tanımlanmış Günlük Doz)” dozu temel almadığı, (%33,3)’ünün belirlenen dozu temel aldığı ifade edilmiştir.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)’te yer alan depresyon sınıflandırılması hakkında, katılımcıların (%66,7)’si bilgi sahibi iken, (%33,3)’ü bilgi sahibi değildir. Katılımcıların (%75,0)’i antidepresan ilaç kullanımında reçetelendirmenin önemli olduğu, (%16,7)’si ise önemli olmadığı görüşündedir. Tüm antidepresan türündeki ilaçların psikiyatristler tarafınca reçetelendirilmesi gerektiğini düşünenler (%83,3), bunun aksini düşünenlerin oranı ise (%16,7)’dir. Katılımcıların (%100)’ü ise psikiyatristin önerdiği doğrultuda antidepresan ilaçların kullanılması gerektiğini düşünmektedir.

Katılımcıların (%83,3)’ü reçetesiz antidepresan kullanan hastaların farklı psikolojik problemlerle karşılaşacağını, (%16,7)’si bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Hastalara antidepresan ilaçlarının kullanım şeklinin açıklanması gerektiğine, katılımcıların (%83,3)’ü katılırken, (%16,7)’si kararsız kalmış, açıklanmaması gerektiğini düşünen kimse olmamıştır. Her depresyon sorunu yaşayan hastaya antidepresan verilmemesine yönelik soruya, katılımcıların (%58,3)’ü katılırken, (%8,4)’ü katılmadığını belirtmiş, (%33,3)’ü kararsız kalmıştır.

Katılımcıların tamamı (%100)’ü antidepresan ilaç kullanan hastaların psikoterapi desteği alması gerektiğini ifade etmiş ve (%83,3)’ü antidepresan kullanımının tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış gösterdiğini, (%16,7)’si ise bu konuyla ilgili kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 7. Hangi grup antidepresan ilaçlarının ilk olarak tercih edildiğine yönelik görüşler

Görüşler	Toplam 12 yanıt belirlenmiştir.
Alprazolam	5
Essitalopram	3
Sitalopram	3
Fluoksetin	1

Tablo 7 incelendiğinde, araştırmaya katılan psikiyatristlerin, hangi grup antidepresan ilaçlarının ilk olarak tercih edildiği sorusuna ilişkin toplam 12 yanıt belirlenmiştir. 5

katılımcının “alprazolam”, 3 katılımcının “essitalopram”, 3 katılımcının “Sitalopram” ve yine 1 katılımcının “fluoksetin” ilaçlarının ilk olarak tercih edilen ilaçlar olduğunu ifade ettikleri görülmüştür.

Psikiyatristlerin genel olarak hangi grup antidepresan ilaçlarının ilk olarak tercih edildiği sorusuna ilişkin görüşleri şu şekildedir;

“Depresyon tedavisinde, en etkili etken maddeye sahip olduğunu düşünüyorum.” P5, P8, P9

“Arkadaşı kullanmış, iyi gelmiş kendisi de istiyor.” P5

“Daha az yan etki oluşturuyor.” P9, P11

“Sadece seratonin hormonunu dengeleyip tedavi ettiği için tercih ediliyor.” P3 şeklinde görüş bildirmişlerdir.

Tablo 8. “Hangi grup antidepresan ilaçları tedavide tercih etmiyorsunuz?” sorusuna yönelik görüşler

Görüşler	Toplam 12 yanıt belirlenmiştir.
Klomipramin	5
İmipramin	3
Amitriptilin	4

Tablo 8 incelendiğinde, araştırmaya katılan psikiyatristlerin, “hangi grup antidepresan ilaçları tedavide tercih etmiyorsunuz?” sorusuna yönelik toplam 12 yanıt belirlenmiştir. 5 katılımcı “Klomipramin”, 3 katılımcı “İmipramin” ve 4 katılımcı da “Amitriptilin” ilaçlarının olduğunu ifade etmiştir. Belirtilen bu üç ilacın ortak özelliği, tümünün de “Trisiklik antidepresan” grubuna dahil olmasıdır. Katılımcıların bu ilaçları tercih etmeme sebebi, bu ilaçların hastalar üzerinde ağız kuruluğu, cinsel isteksizlik, kilo alımı, kabızlık gibi yan etkilere neden olmalarıdır.

Tablo 9. “En çok hangi tip depresyon için reçete yazıyorsunuz?” sorusuna yönelik belirtilen görüşler

Görüşler	Toplam 12 yanıt belirlenmiştir.
Majör Depresyon (Melankolik, Psikotik, Atipik depresyon)	6
Distimik Bozukluk	3
Anksiyete ile birlikte seyreden depresyon hali.	3

Tablo 9 incelendiğinde, araştırmaya katılan psikiyatristlerin, “En çok hangi tip depresyon için reçete yazıyorsunuz?” sorusuna yönelik görüşlerine ilişkin toplam 12 yanıt belirlenmiştir. 6 katılımcı “Major Depresyon (Melankolik, Psikotik, Atipik depresyon)”, 3 katılımcı “Distimik Bozukluk”, 3 katılımcı da “Anksiyete ile birlikte seyreden depresyon” yanıtlarını vermişlerdir. Bu durum, toplumda giderek majör depresyon ve majör depresyon çeşitlerinin artmakta olduğunu göstermektedir. Ağır iş koşulları, ekonomik kaygılar, son dönemlerde yaşanmakta olan virüs salgını ve salgınlar dolayısıyla insanların evde kapalı kalma sürelerinin uzaması, bu salgının neden olduğu ekonomik sıkıntı, toplumda depresyon riskinin gün geçtikçe artmasını tetiklemektedir.

5. Tartışma:

Bu bölümde, elde edilen bulguların sonuçları, alan yazın çerçevesinde tartışılıp, bu kapsamda eczacıların ve psikiyatristlerin Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik görüşleri ortaya çıkarılıp belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan eczacıların, antidepresan kullanımı ve reçetelendirmesine yönelik görüşlerinin genel olarak “katılıyorum” düzeyinde olduğu söylenebilir. Eczacıların, “depresyon tedavisinde, antidepresan ilaçlarının tedaviye katkısı oldukça önemlidir” sorusuna ilişkin görüşlerinin “katılıyorum” düzeyinde olduğu söylenebilir. Bu bulguya benzer olarak Andrews ve ark., (2002) tedavide ilk seçilecek ilaç grubunun Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri olduğunu, Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, (2011) tedavide Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörlerinin tek başına %60 etkili olduğunu belirlemiştir. Depresyon tedavisinde antidepresanların tedaviyi hızlandırdığı, depresyon gibi psikolojik problemlerde, ilaçların etkili olduğu görülmektedir. Ancak eczacıların, depresyon tedavisinde ilk tercihin antidepresanların olmaması gerektiği görüşünde olduklarını görmekteyiz. Yani hastaların farklı tedavi yöntemlerine yönlendirilmesi, bitkisel ilaçlar ve psikoterapi gibi desteklerden yararlanabilmesi gerektiği görüşünde oldukları söylenebilir. Mete (2008) depresyon tedavisinde kullanılan ilaçların yanı sıra, psikoterapilerin uygulanmasının tedaviyi daha başarılı kıldığını belirlemiştir. Yıldız ve ark., (2002) ise depresyon tedavisinde psikoterapinin oldukça etkili olduğunu belirlemiştir. Genel olarak depresyon tedavisinde her ne kadar ilaçlar tedaviyi etkilese de, ilaçların dışında kullanılacak psikoterapilerin de depresyon tedavisinde etkili olabileceği gösterilmiştir.

Eczacıların, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlemiş olduğu “ddd (Defined Daily Dose)” doz hakkında bilgi sahibi oldukları, ancak hastaların reçetelerinde Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği doza göre antidepresanların yazılmadığı görüşünde olduklarını görmekteyiz. Bu durum doktorların Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği dozun dışında ilaç yazmış olmaları ile açıklanabilir. Alan yazın incelendiğinde elde edilen bulgulara benzer araştırmalara rastlanmış olmasa da Chen ve ark., (2005) tedaviye karar verilip, ilacın verilme sürecinde yanlış ilaç seçilmesi, doz ve doz aralığının yanlış seçimi gibi hataların oluşabildiğini belirlemiştir. Bir diğer ifade ile

Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği doza uymamanın çeşitli nedenlerinin olduğu söylenebilir.

Son yıllarda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde, reçeteli ve reçetesiz antidepresan kullanımında artış olduğuna yönelik bulgumuzda, eczacıların “katılıyorum” düzeyinde görüş bildirdiklerini görmekteyiz. Bu durum reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımının dünyada olduğu gibi (TEB, 2009) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde de oldukça fazla olduğunu göstermektedir. Kimi ilaçların reçetesiz satılmasının yasak olmasına rağmen, hastaların her türlü ilaca reçetesiz ulaşabildiklerini göstermektedir (Demirezer, 2010).

“Antidepresanların reçetesiz satılmasında bir sakınca yoktur”, görüşüne ve “reçetesiz antidepresan alma isteğinde bulunan hastaların bu isteğini yerine getiririm” görüşüne ilişkin eczacıların “katılmıyorum” düzeyinde görüş bildirdikleri görülmüştür. Aynı zamanda tüm antidepresan türündeki ilaçların psikiyatristler tarafınca reçetelendirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Bu bulgular eczacıların, reçetesiz ilaç isteyen hastaların bu isteklerini yerine getirmek istemediklerini, reçetesiz antidepresan kullanımının uygun olmadığını, ilaç kullanımının doktor kontrolü doğrultusunda olması gerektiğine inandıkları şeklinde açıklanabilir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde elde edilen bulgulara benzer olarak Dedeli ve Karadakovan (2011) ilaçların doktor kontrolü doğrultusunda kullanılması gerektiğini, Aykaç (2013) ise reçetesiz ilaçların kullanımı sonucu istenmeyen durumlarla karşılaşma olasılığının yüksek olduğunu, bu nedenle reçeteli ilaç kullanımının uygun olduğunu belirlemiştir.

“Reçetesiz antidepresan kullanan hastaların farklı psikolojik problemlerle karşılaşma durumlarına” yönelik, katılımcıların “katılıyorum” düzeyinde görüş bildirdikleri söylenebilir. Bu da antidepresanların bilinçsizce kullanılmasının oluşturabileceği yan etkileriyle açıklanabilir. Aynı zamanda, “hastalara antidepresan kullanım şeklinin açıklanması gerektiğine yönelik”, tüm katılımcıların “katılıyorum” düzeyinde görüş bildirdikleri belirlenmiştir. Bu da antidepresanların ne dozda, nasıl ve ne sürelerde kullanılmasının önemli olduğunu göstermektedir. Depresyon tedavisinde kullanılacak antidepresanların, tedaviye olan katkısı, ilaçların kullanım sıklığının nasıl olacağına, dozun ne kadar olması gerektiğinin ve ne zaman sonlandırılması

gerektiğinin bilinmesiyle ilgili olduğu yapılan araştırmayla da ortaya konulmuştur (Örsel, 2004).

Eczacılar, “Hastaların, söylenen antidepresan kullanım şekline uyduklarını düşünmekteyim” ifadesine “katılıyorum” düzeyinde görüş bildirmişlerdir. Bu durum, eczaneye başvuran hastaların aldıkları ilaçların, eczacı tarafından nasıl kullanılması gerektiğine yönelik açıklamaların yapılmış olmasıyla açıklanabilir. Alan yazın incelendiğinde elde edilen bulguya benzer olarak Oktay ve Kayaalp, (2005) eczaneye başvuran hastaların ilaçlarının nasıl kullanılacağına yönelik bilgilendirilmesi gerektiğinin önemli olduğunu ve tedavide oldukça önemli etkisinin bulunduğunu ifade etmiştir.

Eczacıların, “6 aydan uzun süreli antidepresan kullanımında, hastaların yeniden psikiyatristleri ile görüşerek ilaçlarının tekrar reçetelendirmesinin gerektiği” görüşünde olduklarını görmekteyiz. Aynı zamanda reçetesiz kullanılan antidepresanların, kimi hastalarda yan etki-etkilere neden olabileceği görüşünde oldukları görülmüştür. Alan yazın incelendiğinde araştırma bulgularına benzer olarak kimi erkeklerde antidepresan kullanımının ejakülasyona etki ettiğini (Uluocak ve ark., 2006), antidepresanların cinsel işlev üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir (Kuloğlu ve ark., 2000). Yine depresyon tedavisinde kullanılan ve özellikle trisiklik antidepresan grubuna ait ilaçların yan etkilerinin fazla olduğu ifade edilmiştir (Sertöz ve Mete, 2004). Burada, antidepresanların bilinçsizce kullanılmaması gerektiği, doktor kontrolü doğrultusunda ilaca devam edilmesi gerektiği ve bilinçsiz kullanılan ilaçların oluşturabilecek yan etkileri olduğu söylenebilir.

Eczacıların, “hangi grup antidepresan ilaçlarının ilk olarak tercih edildiğine ilişkin soruya” verdiği cevapta, başta sitalopram, ardından fluoksetin, essitalopram, ve alprazolam, geldiği görülmektedir. Aynı zamanda reçetesiz kullanılan ilaçların başında yine sitalopram, ardından essitalopram, ve fluoksetin türü ilaçların geldiği belirlenmiştir. Tercih edilen ilaçların büyük bölümünün “SSRI (Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü)” olarak adlandırılan antidepresan ilaç grubunda yer aldığı görülmektedir. Bu grup ilaçların depresyon tedavisinde oldukça etkili olmasının, duygu durum düzenleyici olmaları nedeniyle tercih edilmelerinden

kaynaklanmaktadır. Alan yazında yapılan araştırmalarda da depresyon tedavisinde SSRI (Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri) grubu ilaçlarının oldukça etkili olduğu ifade edilmiştir (Reynolds, 2000; Örsel ve Doğruer 2001).

Son olarak reçetesiz antidepresan almak isteyen hastalara yönelik tepki ve düşünceler ele alındığında, genel olarak hastalara, doktora danışılması gerektiği, oluşabilecek yan etkilerinin anlatıldığı ve ilaçların bilinçsizce kullanılmaması gerektiğine yönelik tepkiler verildiği belirlenmiştir. Bir diğer ifade ile bilinçsizce kullanılan ilaçlara yönelik eczacıların, hastaların isteklerini hemen yerine getirmek istemedikleri, hastayı bilinçlendirmeye çalıştıkları düşünölmektedir.

Araştırmaya katılan psikiyatristlerin, antidepresan kullanımı ve reçetelendirmesine yönelik görüşlerinin genel olarak “katılıyorum” düzeyinde olduğu söylenebilir. Psikiyatristlerin çoğunluğunun, “Depresif sorunları olan hastaların tedavisine yönelik ilk tercihin ilaçların olması gerektiğine” yönelik görüş bildirdikleri görölmektedir.

Yine çoğunun “Depresif sorunu olan hastaların tedavisinde ilk tercihin psikiyatrist desteği” olması gerektiği görüşünde oldukları belirlenmiştir. Alan yazın incelendiğinde yapılan araştırmalarda da depresyon tedavisinde, antidepresanların tercih ediliyor olduğu görölmektedir (Brambilla ve ark., 2009; Yüzbaşıoğlu, Avuloğlu Yılmaz ve Ünal, 2016). Bu durum depresyon tedavisinde kullanılan antidepresanların hastaların duygu durumunu düzeltmesinde hızlı etkisi olduğuyla açıklanabilir.

“Depresyon tedavisinde, antidepresanların, tedaviye katkısının oldukça önemli olduğu” sorusuna psikiyatristlerin bir kısmı bu görüşe katılırken, bir kısmı da kararsız olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda depresyon tedavisinde ilk tercihin antidepresan ilaçların olmasına katılmadıkları görölmektedir. Bu durum ele alındığında depresyon tedavisinde sadece ilaç desteğinin yeterli olmayacağı, alternatif desteklerin de (psikoterapi, sosyal destek bitkisel ilaçlar vb) olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bir diğer bulgumuzda, psikiyatristlerin Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği “ddd (Defined Daily Dose)” doz hakkında bilgi sahibi oldukları, ancak hastalara yönelik antidepresan ilaçları reçetelerken, Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği “ddd (Defined Daily Dose)” dozu temel almadıkları söylenebilir. Bu durum, her ne kadar

Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği doz hakkında bilgi sahibi olursa da hastanın durumuna bağlı olarak ilaç dozajının artıp azalabileceği, hastanın göstermiş olduğu tepkiler ve düşünceler doğrultusunda ilaçların düzenlenebileceğini göstermektedir.

Psikiyatristler, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)'te yer alan depresyon sınıflandırılması hakkında bilgi sahibidirler ve antidepresan kullanımında reçetelendirmenin önemli olduğu görüşündedirler. Aynı zamanda tüm antidepresan türündeki ilaçların psikiyatristler tarafından reçetelendirilmesi gerektiği ve antidepresanların hekimce önerilen doğrultuda kullanılması gerektiğini düşünmektedirler. Alan yazın incelendiğinde antidepresanların reçetelendirilmesinin önemli olduğu (Çetin ve Açık, 2009), antidepresanların psikiyatri hekimlerince reçetelendirilmesi gerektiği (Türk Eczacılar Birliği Derneği, 2018) ortaya konulmuştur. Akıcı (2013), antidepresan gibi reçetesiz kullanılmaması gereken, başlama ve bitirme ilkeleri olan ilaçların kullanımlarının uygun yürütülmesinde, tedaviye başlayan doktorun rolünün oldukça önemli olduğunu belirtmiştir. Bu durum, doktor tavsiyesi dışında kullanılan ilaçların oluşturduğu yan etkileri önlemek, akılcı ve bilinçli ilaç tüketimini sağlamak ve bu grup ilaçların psikiyatristler tarafından verilmesi gerektiğiyle açıklanabilir.

“Reçetesiz antidepresan kullanan hastaların, farklı psikolojik problemlerle karşılaşabileceğine yönelik” psikiyatristlerin “katılıyorum” düzeyinde görüş bildirdikleri belirlenmiştir. Genel olarak hastalar aynı hastalık için başkalarının kullandığı ilaçları kullanmakta ve kendisine iyi gelen ilacı başkasına önermektedir (Özçelikay, 2001). Bu durum, bilinçsizce kullanılan ilaçların fizyolojik veya psikolojik problemlere yol açabileceğini göstermektedir.

“Hastalara, antidepresan kullanım şeklinin açıklanması gerektiği” ve “her depresyon sorunu yaşayan hastaya, antidepresan verilmemesine” yönelik soruya “katıldıkları” yönünde görüş bildirdikleri, elde edilen bulgular arasındadır. Antidepresanlar, depresyon tedavisinde birçok hastaya uygulanan ve uzun süreli kullanılan ilaçlardır (Brambilla ve ark., 2009). Depresyon tedavisinde, antidepresanların önemli yer tuttuğu, hastalara ilaç kullanımının açık ve anlaşılır bir şekilde ifade edilmesi gerekliliği, ilacın hangi dozda, ne süreyle kullanılması gerektiği ve ilacın yan etkilerinin neler olabileceğinin açıklanması gerekmektedir (Örsel, 2004).

Psikiyatristlerin, antidepresan kullanan hastaların psikoterapi desteği alması gerektiği görüşünde oldukları belirlenmiştir. Özellikle depresyon tedavisinde antidepresanların yanında psikoterapinin de kullanılması tedaviyi oldukça hızlandırmaktadır (Örsel, 2004). Alan yazın incelendiğinde elde edilen bulgulara benzer olarak, özellikle ilaç tedavisiyle birlikte yürütülen psikoterapinin etkili çözümler sağladığı belirlenmiştir (Kılıç, 2009).

Son olarak antidepresan kullanımının tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış gösterdiği görüşüne katıldıkları belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu, yapmış olduğu araştırmada, 2003 yılında 14.24 milyon kutu antidepresan kullanılırken, 2012 yılı sonu itibarıyla bu sayının 37.35 milyon kutuya ulaştığını saptamıştır. Antidepresan içeren reçete sayısında, son beş yılda %50 artış olduğu belirlenmiştir. Urhan'ın (2010) yapmış olduğu araştırmada ise Türkiye'de son beş yılda antidepresan kullanımının %65 oranında arttığını ortaya koymuştur. Genel olarak bu artışın anlamlı açıklamasının, ruhsal hastalık prevalansının gün geçtikçe artması ve bilinçsiz ilaç kullanımıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Psikiyatristlerin hangi grup antidepresanları ilk olarak tercih ettiklerine ilişkin görüşlerinde alprazolam, essitalopram, sitalopram ve fluoksetin ilaçlarının olduğu belirtilmiştir. Tercih edilen ilaçların SSRI (Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri) olarak adlandırılan ilaç grubunda yer aldığı görülmektedir. Bu durum ele alındığında genel olarak psikiyatriste başvuran hastaların depresyon ve anksiyete gibi bozukluklardan kaynaklı ilaç aldığı söylenebilir. Alan yazın incelendiğinde depresyon tedavisinde SSRI grubundaki ilaçların tercih edildiği görülmektedir (Örsel, 2004).

Psikiyatristlere yöneltilen, “hangi grup antidepresan ilaçları tedavide tercih etmiyorsunuz?” sorusuna yönelik toplam 12 yanıt belirlenmiştir. 5 katılımcı klomipramin, 3 katılımcı imipramin ve 4 katılımcı da amitriptilin ilaçlarının olduğunu ifade etmiştir. Belirtilen bu üç ilacın ortak özelliği, tümünün de “Trisiklik antidepresan” grubuna dahil olmasıdır. Katılımcıların bu ilaçları tercih etmeme sebebi, bu ilaçların hastalar üzerinde ağız kuruluğu, cinsel isteksizlik, kilo alımı, kabızlık gibi yan etkilere neden olmalarıdır. Trisiklik antidepresanlar, presinaptik gerilim düzeneklerini engellemekte, aynı zamanda serotonin ve noradrenalinin varlığını arttırmaktadır. Birey üzerinde oluşturabilecek en ağır yan etkiler ise kilo

artışı, ağız kuruluğu, bulanık görme, kan basıncında düşüklük, ortostatik hipotansiyon, kardiyak toksisitedir. Aynı zamanda konstipasyon ve konfüzyon görülebilir. Aşırı dozda alımı, solunum depresyonuna, komaya ve kardiyak aritmilere yol açmaktadır (Baldwin, 2002; Akiskal, 2005; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

Psikiyatristlerin, “En çok hangi tip depresyon için reçete yazıyorsunuz?” sorusuna yönelik görüşlerine ilişkin toplam 12 yanıt belirlenmiştir. 6 katılımcı “Major Depresyon (Melankolik, Psikotik, Atipik depresyon)”, 3 katılımcı “Distimik Bozukluk”, 3 katılımcı da “Anksiyete ile birlikte seyreden depresyon” yanıtlarını vermişlerdir. Bu durum, toplumda giderek başta majör depresyon ve diğer depresyon çeşitlerinin artmakta olduğunu göstermektedir. Ağır iş koşulları, ekonomik kaygılar, son dönemlerde yaşanmakta olan virüs salgını ve salgın dolayısıyla insanların evde kapalı kalma sürelerinin uzaması, bu salgının neden olduğu ekonomik sıkıntı, toplumda depresyon riskinin gün geçtikçe artmasını tetiklemektedir. Ruhsal bozuklukların, Türkiye’de ve tüm dünyada her geçen sene antidepresan kullanımını arttırdığı görülmektedir. Bu araştırma sonucunda buna Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nin de dahil olduğu görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ne göre bireylerin yaşam kalitesini azaltan hastalıklar arasında ilk sırada kalp hastalıkları, ardından da ruhsal hastalıkların geldiği ifade edilmektedir. Her geçen sene ve günde hayat şartlarının zorlaşması, artan stres ve kaygılar, yaşanan savaşlar nedeniyle insanlar arasındaki iletişimin bozulduğu görülmektedir. Araştırmalar sonucunda Türkiye’de ruhsal bozukluk nedeniyle antidepresan ilaçların kullanımında artışın yaşandığı görülmektedir. (Aydın ve diğ., 2013). Aynı zamanda, yapılan araştırmalar sonucunda Türkiye’de ergen olan bireylerin antidepresan ilaç kullanımlarında da gün geçtikçe artışın olduğu belirlenmiştir (Zito ve Safer, 2001; Zito et. al., 2002; Taş, Güvenir ve Miral, 2007).

5.1. Çalışmanın güçlü yanları ve kısıtlılıkları:

Araştırmacı tarafından eczacılara ve psikiyatristlere dağıtılan 100 anketten 62’sine yanıt alınmış olması bu araştırma için iyi bir yanıt oranı olarak düşünülebilir. Bu sayı incelendiğinde, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde yer alan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan eczacıların ve psikiyatristlerin düşüncelerini yansıtıcı gücü olduğu görülebilir.

Araştırmanın bir diğer güçlü yönü ise araştırmaya gönüllü olarak katılıp, içtenlikle cevap verdikleri varsayılan Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki eczacı ve psikiyatristlerin araştırmada yer almasıdır. Aynı zamanda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde böyle bir araştırmanın daha önce yapılmış olmaması bu araştırmanın özgünlüğünü de ortaya koymaktadır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve yarı yapılandırılmış görüşme soruları, söz konusu alandaki terminolojiye aşina olan dört ayrı uzmana gönderilerek anketin hedef dildeki eşdeğerliği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan eczacı ve psikiyatristlerin, antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik olumlu düşünceler içinde oldukları, fakat araştırmaya katılmak istemeyen katılımcıların –ki bunlar daha yaşlı ve erkek katılımcılar olabilir çünkü katılımcıların çoğu genç ve kadın idi – farklı görüşlerde olmasının da mümkün olduğu söylenebilir.

Eczacı ve psikiyatristlerin vermiş oldukları yanıtlarda, birbirleri arasında aşırı farklılığın olmadığı gözlenmiştir. Bu sonucun nedeni, araştırmaya gönüllü olarak katılan eczacı ve psikiyatristlerin eğitim düzeylerinin birbirlerine yakın olmasından kaynaklanabilir.

6. Sonuç:

Bu araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde, antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik yapılmış olan ilk araştırma olup, eczacı ve psikiyatristlerin antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesinde ortak görüşlerinin olduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda bu araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde genel olarak antidepresan ilaç kullanımında artışın yaşandığını, bilinçsiz ve kontrolsüz ilaç kullanımının arttığını, kullanılan ilaçların genel olarak depresyondan kaynaklı duygu durum düzenleyici ilaçlar olduğunu göstermiştir. Elde edilen bu sonuçlar, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde, eczacı ve psikiyatristlerin, antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik bilincini ölçmek için daha farklı ve daha geniş araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik genel bir tarama yapılmış olup, antidepresan ilaçların bilinçsiz kullanımına yönelik önlemlerin alınmasında, yol gösterecek bir araştırma olduğu söylenebilir. İleride yapılacak yeni ve daha kapsamlı araştırmalar için ipucu verebilir, ilk basamak olarak görülebilir.

7. Kaynaklar:

- Abacıoğlu, N. (2005). Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı. *Üniversite ve Toplum*, 5(4), 1-7.
- Almarsdottir, A.B., & Traulsen, J.M. (2005). Rational Use of Medicines- An Important Issue in Pharmaceutical Policy. *Pharmacy World and Science*, 27(2), 76-80.
- Ambwani, S., & Mathur, A.K. (2006). Rational Drug Use. *Health Administrator*, 19(1), 5-7.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic Criteria from dsm-iv-tr. American Psychiatric Pub.
- Anderson, N.C., & Black D.W. (2001). Mood Disorders: I: Introductory Textbook of Psychiatry. *American Psychiatric Publishing, Arlington*, 26(9)-314.
- Aydemir, Ö. (2008). Sağaltıma depresyon alttiplerinin önemi: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S (ed.). Depresyon Sağaltım Klavuzu Kaynak Kitabı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Akdeniz, F. (2007). Depresif Bozuklukların Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(29), 24-29.
- Aykaç, G. (2013). *Türkiye’de reçetesiz ilaç uygulamaları üzerinde bir çalışma. Yüksek lisans tezi*, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Akiskal, SH. (2005). Mood disorders: Historical introduction and conceptual overview In: Sadock B, Sadock V (eds) Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th edition. *Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia*, 15(59)-1575.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2007). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, dördüncü baskı yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çeviri Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Akıcı, A., Oktay, Ş., & Kayaalp, S. O. (2012). Reçete yazma kuralları ve akılcı ilaç kullanımı. Kayaalp SO, editör. Akılcı Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 13, 140-54.
- Akıcı, A. (2013). Akılcı İlaç Kullanımı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayını.
- Albert, U., Aguglia, E., Maina, G., Bogetto, F. (2002). Venlafaxine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary single-blind, 12-week, controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(2), 1004-9.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Psikolojiye Giriş (Y. Alogan, Çev.) (6. Baskı). Ankara, Arkadaş Yayınevi.

Aydın, N., Çetin, M., Kurt, E., Savaş, H., Açikel, C., Kılıç, S., ... & Türkçapar, H. (2013). Psikofarmakoloji Derneği Türkiye’de Psikotrop İlaç Tüketimi Ve Mevcut Uygulamaların Tıbbi, Etik Ve Ekonomik Sonuçları Raporu. *Bülletin Of Clinical Psychopharmacology*, 23(4), 390-402.

Butcher, J.N., Mineka, S., ve Hooley, J. M., 2013, Anormal Psikoloji (O. Gündüz, Çev.) (1. Baskı). İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Bondolfi, G., Aubry, JM., Golaz, J., Gex-Fabry, M., Gervasoni, N., & Bertschy, G.A. (2006). stepwise drug treatment algorithm to obtain complete remission in depression: a Geneva study. *Swiss medical weekly*, 136(1), 78-85.

Burggraf, GW. (1997). Are psychotropic drugs at therapeutic levels a concern for cardiologists? *Can J Cardiol*, 13(1), 75-80.

Brambilla, G., Mattioli, F., & Martelli, A. (2009). Genotoxic and carcinogenic effects of antipsychotics and antidepressants. *Toxicology*, 261(3), 77-88.

Bozkurt, A., ve Karlıdere, T. (2007). Depresyonda farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(47), 51-56.

Baldwin, DS. (2002). An Atlas of Depression, Birthwistle J, Parthenon Publishing, 34.

Cheeta, S., Schifano, F., Oyefeso, A., Webb, L., & Ghodse, AH. (2004). Antidepressant-related deaths and antidepressant prescriptions in England and Wales, 1998-2000. *Br J Psychiatry* 184, 41-7.

Chen, Y.F., Neil, K.E., Avery, A., Dewey, M.E. & Johnson, C. (2005). Prescribing Errors and Other Problems Reported by Community Pharmacists. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(4), 333-342.

Çetin, M., & Açikel, C. (2009). Meta-analizler Işığında: Bütün Antidepresanlar Aynı mıdır?. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(2), 87-92.

Çokluk, Ö., Yılmaz, K., ve Oğuz, E. (2011). Nitel bir görüşme yöntemi: Odak grup görüşmesi. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*, 4(1), 95-107.

Cummings SL. (1992). Depression and Parkinson disease a review. *Am J Psychiatry*, 149(1), 443-54.

Dedeli, Ö., & Karadakovan, A. (2011). Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD*, 1(1), 23-32.

Ebrinç, S. (2000). Psychiatric rating scales and their use in clinical studies. *Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(2):109-16.

Fava, M., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Alpert, J. E., McGrath, P. J., & Niederehe, G. (2006). A comparison of mirtazapine and nortriptyline

following two consecutive failed medication treatments for depressed outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1161-1172.

Fava, M., & Davidson, KG. (1996). Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *Psychiatry Clin North Am* 19(2):179-200.

Fleurence, R., Williamson, R., Jing, Y., Kim, E., Tran, Q. V., Pikalov, A. S., & Thase, M. E. (2009). A systematic review of augmentation strategies for patients with major depressive disorder.

Gartlehner, G., Hansen, RA., Carey, TS., Lohr, KN., Gaynes, BN., & Randolph LC. (2005). Discontinuation rates for selective serotonin reuptake inhibitors and other second-generation antidepressants in outpatients with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, 20(2), 59-69.

Günes, M. L., Yazici, E., Yazici, A. B., Ferah, I., & Çadirci, E. (2013). Antidepresan ilaçların gastrik ülser üzerine etkileri. *Dicle Tıp Dergisi*, 40(4), 691.

Göksel, S. (2008). Reçete Yazmanın Genel İlkeleri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Reçete Günleri Programı Sunumları: 7 Nisan 2008, İzmir.

Glavin, GB, ve Dugani, AM (1987). Dopamin agonistleri ve antagonistlerinin sıçanlarda gastrik asit sekresyonu ve stres tepkileri üzerine etkileri. *Yaşam bilimleri*, 41(11), 1397-1408.

Hartley, B.H. (1981). Prescription Writing. *British Medical Journal*, 28(2), 711-714.

Henkel, V., Mergl, R., Kohnen R., et. al. (2003) Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*, 326(2), 200-201.

Halfin A. Depression: The Benefits of Early and Appropriate Treatment. *Am J ManagCare* 2007; 13: 92-97.

Hasler, G. (2010). Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry* 9(1), 155-161.

Hansen, S. (2004). Antidepressants choices in primary care: Which to use first? *Wisconsin Medical Journal* 103(6), 93-98. 166.

Isık, E., ve Temel, UTG. (2009). Klinik Psikofarmakoloji. Ankara: Golden Medya.

Işık, E., & Candansayar, S. (1993). Özgül serotonin geri alım engelleyicilerinin yan etkileri ve ilaç etkileşimleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 3(1), 1-2.

İçelli, İ. (1998). Psikotrop ilaçların yol açtığı hareket bozuklukları ve tedavi yaklaşımları. (Ed: Güleç C, Köroğlu E.) Ankara: Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, E. (2009). *Psikiyatri El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Kalyoncu, N.İ. ve Yarış, E. (2004). Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu. *Toplum ve Hekim*, 19(5), 359-363.

Keller, M. B. (2003). Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *Jama*, 289(23), 3152-3160.

Kotan, Z., Sarandöl, A., Eker, S.S., ve Akkaya, C. (2009). Depresyon, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(1), 22-35.

Kayaalp, O. (2009). Akılcı Tedavi Yönünde Tıbbi Farmakoloji. 12. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevleri.

Kupfer, DJ. (1991). Long-term treatment of depression. *J ClinPsychiatry*, 5(2), 28-34.

Kockler, DR., & McCarthy. MW. (2004). Antidepressants as a treatment for hot flashes in women. *Am J Health Syst Pharm*, 161(3):287- 92.

Karanges, E., & Mcgregor, I. S. (2011). Antidepressants And Adolescent Brain Development. *Future Neurology*, 6(6), 783-808.

Kılıç, A. (2009). *Gelişim dönemleri ve ergenlerde ruhsal sorunlar*. Newport International University, Yayınlanmamış Davranış Bilimleri Lisans Tezi.

Kuloğlu, M., Atmaca, M., Geçici, Ö., Kılıç, N., & Tezcan, A. E. (2000). Antidepressan ilaçların cinsel işlev üzerine etkileri. *Bull Clin Psychopharmacol*, 10(1), 97-102.

Loosbrock, DL., Tomlin, ME., Robinson, RL., Obenchain, RL., & Croghan, TW. (2002). Appropriateness of prescribing practices for serotonergic antidepressants. *PsychiatrServ*, 53(2):179-84.

Lin, M. F., Moyle, W., Chang, H. J., Chou, M. H., & Hsu, M. C. (2008). Effect of an interactive computerized psycho education system on patients suffering from depression. *Journal of clinical nursing*, 17(5), 667-676.

Moncrieff J, Kirsch I. (2005) Efficacy of antidepressants in adults. *BMJ* 331: 155-157

Muldoon, H.C. (2008). Lessons in Pharmaceutical Latin and Prescription Writing and Interpretation. Joline Pres.

Mojtaba, R., & Olfson, M. (2014). National trends in long-term use of antidepressant medications: results from the US National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(1), 169-177.

Musselman, DL, Betan, E., Larsen, H., & Phillips, LS. (2003). Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology, and treatment. *Biological psychiatry*, 54(3). 317-29.

Mikocka Walus, A. A., Turnbull, D. A., Moulding, N. T., Wilson, I. G., Andrews, J. M., & Holtmann, G. J. (2007). Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflammatory bowel diseases*, 13(2), 225-234.

Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.

Norman TR. Prospects for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40(5): 394-401.

Nestler, EJ., Barrot, M., DiLeone, RJ., Eisch, AJ., Gold, SJ., & Monteggia LM. (2002). Neurobiology of Depression. *Neuron* 3(4), 13–25.

Özçelikay, G. (2001). Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 30(2), 9-18.18.

Sertöz, Ö. Ö., & HE, M. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 63-S9.

Örsel, S., ve Doğruer, Z. (2001). Yaşlılıkta ilaç Etkileşimleri. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 9(1), 263-270.

Ornstein, S., Stuart, G., & Jenkins, R. (2000). Depression diagnoses and antidepressant use in primary care practices. *Journal of Family Practice*, 49(1), 68-68.

Öztürk, O. (2001). Ruhsal Bozukluklarda İlaç Sağaltımı. (Ed: O Öztürk), Ankara: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Hekimler Yayın Birliği,

Örsel, S. (2004). Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepressan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*, 4(1), 17-24.

Ögel, K., Çakan, S., Kaynak, M., ve Aydın, O. (1998). Pratisyen hekimlerin ruhsal bozukluklar ile depresyon hakkındaki tutumları ve hasta hekim ilişkisini etkileyen etmenler. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 297.

Reynolds, CF. (2000) Psychopharmacology: Antidepressants and mood stabilizers. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, BJ Sadock, V Sadock (Ed), 7. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, s.3090-3093.

Rothschild, AJ. (2000). New directions in the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction. *ClinTher* 2(2), 42-57.

Rush, A.J., & Kupfer, D.J. (2002). Mood disorders: Treatments of Depression: In Gabbard GO (editör). Treatment of Psychiatric Disorders. Third Ed. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 62, 1417-1439.

Smith W.T., & Kendrick, T. (2000). Diagnosing and treating depression. 320: 1602-10.

Sezgen, A. (2016). *Lise öğrencilerinin antidepressan kullanma durumları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Doktora tezi, Koç Üniversitesi, İstanbul.

Sproule, BA., Naranjo, CA., Brenner, KE., & Hassan, PC. (1997). Selective serotonin reuptake inhibitors and CNS drug interactions. A critical review of the evidence. *Clin Pharmacokinet*; 33(6):454-71.

Stahl, S. M., & Alkın, T. (2012). Stahl'ın temel psikofarmakolojisi. Nörobilimsel ve pratik uygulamalar, İstanbul Tıp Kitabevi, 1, 268-276.

Stahl, S.M. (2008). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*, Third edition. Cambridge University Press, Cambridge; New York.

Stahl, SM. (1998). Basic psychopharmacology of antidepressants, part 1: Antidepressants have seven distinct mechanisms of action. *J Clin Psychiatry* 59(4): 5-14.

Sussman, N., Ginsberg, DL., Bikoff, J. (2001). Effects of nefazodone on body weight: a pooled analysis of selective serotonin reuptake inhibitor- and imipramine-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 6(2), 256-60.

Sharpe, M. (2002). Medically unexplained symptoms and syndromes. *Clin Med*. 2(6), 501-4.

Steinhausen, H. C., & Erdin, A. (1991). The inter rater reliability of child and adolescent psychiatric disorders in the ICD 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(6), 921-928.

Sağlık Bakanlığı. (2007). Akılcı İlaç Kullanımı Çalışmayı Sonuç Raporu, Ankara.

Tamam, L. (2001). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation Syndromes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 4(2), 102-111.

Tarhan, G.H. (2006). *Antidepressan olarak kullanılan prozac ve paxil ilaçlarının insan lenfosit kültüründeki genotoksik etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara,

Tarhan, N. (2013). *Duyguların Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yayınları.

Tan, O. (2014). *Depresyon*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Thase, ME., & Rush, AJ. (1997). When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant nonresponders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 13(2)23-9.

Trevor, A.J., Katzung, B.G., & Masters, S.B. (2010). Farmakoloji. Altan M (Çev), 8 Basım. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri

Tignol, J., Martin-Guehl, C., Aouizerate, B., Grabot, D., & Auriacombe, M. (2006). Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. *Depress Anxiety*, 23(3), 153-7.

Taş, F. V., Güvenir, T., & Miral, S. (2007). Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ilaç kullanımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14(3), 139-150.

Uğur, M. (2008). Duygudurum bozuklukları. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, 62, 59-84.

Uluocak, N., Erdemir, F., Cumurcu, B. E., Çelikel, F. Ç., & Parlaktaş, B. S. (2006). Erkeklerde Antidepresan ilaç Kullanımının Orgazm ve Ejakülasyona Olan Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(2).

Vries, M., Henning, R.H., Hogerzeil, H.V. & Fresle, D.A. (1994). Guide to Good Prescribing: A Practical Manual. Geneva: World Health Organization.

Varhan, B. (2017). *Kontrolsüz antidepresan kullanan hastaların beck depresyon, beck anksiyete ve beck umutsuzluk ölçekleri kullanılarak şimdiki durumlarının ve ilaç kullanım alışkanlıklarının araştırılması*. Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Yıldız, M., Önder, M., Tural, Ü., Balta, H. İ., & Koçalım, N. (2002). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisiyle ilgili tutumları. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi (22-27 Ekim 2002, Marmaris) Program ve Kongre Bildirileri Özet Kitabı, (s 156).

Yazıcı, O. (1999). Tedaviye Dirençli Depresyon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(2).

Yazıcı, O., Oral, T. E., & Vahip, S. (2008). Depresyon Sagaltım Kilavuzu Kaynak Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Dernegi Yayinlari, 13-18.

Yılmaz, S., ve Buzlu, S. (2006). Liverpool Üniversitesi Antipsikotiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(1), 147-154.

Yıldırım, A., Güçlü Gönüllü, O., Eradamlar, N., & Erkıran, M. (2014). Factors Affecting Prescription Of Antidepressant Medications By Family Physicians In Istanbul Province. *Journal Of Psychiatry & Neurological Sciences*, 27(3).

Yüksel, N. (1999). Genel Tıpta Antidepresan Kullanımı. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde (6-12 Eylül 1999, Trabzon) Sunulmuştur.

Yüzbaşıoğlu, D., Yılmaz, E. A., & Ünal, F. (2016). Antidepresan ilaçlar ve genotoksisite. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 9(1), 17-28.

Zito, JM., & Safer, DJ. (2001). Services And Prevention: Pharmacoepidemiology Of Antidepressant Use. *Biol Psychiatry* 49(1), 1121-1127.

Zito, J. M., Safer, DJ., Gardner, J. F., Soeken, K., Boles, M., & Lynch, F. (2002). Rising prevalence of antidepressants among US youths. *Pediatrics*, 109(5), 721-727.

Wille, S. (2008). *Quantitative analysis of new generation antidepressants using gas chromatography-mass spectrometry-Applications in clinical and forensic toxicology*. Doctorate. Ghent: Ghent University..

EK:

Katılım Onay Formu

Bildiğiniz gibi insanlar, yaşamlarının belli dönemlerinde çeşitli nedenlerden dolayı psikolojik birtakım sorunlar yaşayabilir. Yaşanılan psikolojik sorunlar içerisinde de depresyon en sık görülen durumlardan biri olarak ele alınabilir. Aynı zamanda depresyonda olan bireyin bu durumu atlatabilmesine yönelik antidepresan ilaçlarının kullanımı da azımsanmayacak kadar fazladır. Bu durumdan yola çıkarak yapılan araştırmada antidepresan kullanımı ve bu ilaçların reçetelendirilmesinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Doktora tezim kapsamında yürüttüğüm bu araştırmada bireylerin antidepresan kullanımı ve bu ilaçların reçetelendirilmesine yönelik psikiyatristler ve eczacıların bu duruma yönelik görüşleri ele alınarak incelenecektir. Araştırmada amaç sizleri kişisel olarak değerlendirmek değil, KKTC’de antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik genel bilgi toplamaktır.

Bu nedenle, araştırmamın ve tezimin hiçbir yerinde sizlerden herhangi bir kimlik bilgisi istenmemektedir. Toplanan bilgiler kesinlikle gizli tutulacak kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmada sizlerden elde edilen bilgiler kişisel olarak değerlendirilmeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde, sizlere verilen bilgi formunu ve anketi doldurmanız ve teslim etmeniz gerekmektedir. Araştırma sürecinde dilediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmaya katkı ve zaman ayırdığınız için teşekkür ediyorum.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum. Evet () Hayır ()

İmza:

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi

Eczacılık Fakültesi

Farmakoloji Bölümü

Ecz. Necmi Alpdoğan

Kişisel Bilgi Formu

1) Cinsiyetiniz

.....

2) Yaşınız

.....

3) Mesleki Kıdeminiz

.....

4) Eğitim Düzeyiniz

.....

**Psikiyatristlere Yönelik Hazırlanan Antidepresan Kullanımı Ve
Reçetelendirilmesine Yönelik Anket Formu**

Antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik hazırlanan sorulara lütfen size en yakın gelen cevabı işaretleyiniz.	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
1) Depresif sorunları olan hastaların tedavisine yönelik ilk tercihim ilaç tedavisidir.			
2) Depresif sorunları olan hastaların tedavisine yönelik ilk tercihim psikiyatr desteklidir.			
3) Depresyon tedavisinde anti-depresan ilaçların tedaviye katkısı oldukça önemlidir.			
4) Depresyon tedavisinde ilk tercih anti-depresan ilaçlar olmalıdır.			
5) Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği "ddd" doz hakkında bilgi sahibiyim.			
6) Hastalara yönelik anti-depresan ilaçları reçetelerken Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği "ddd" dozu temel alırım.			
7) DSM 5'te yer alan depresyon sınıflandırılması hakkında bilgi sahibiyim.			
8) Antidepresan kullanımında reçetelendirme önemlidir.			
9) Tüm antidepresan türündeki ilaçların psikiyatrler tarafınca reçetelendirilmesi gerekmektedir.			
10) Psikiyatristin önerdiği doğrultuda antidepresan ilacı kullanılmalıdır.			
11) Reçetesiz antidepresan kullanan hastalar farklı psikolojik problemlerle karşılaşabilir.			
12) Hastalara antidepresan kullanım şeklinin açıklanması gereklidir.			
13) Her depresyon sorunu yaşayan hastaya antidepresan verilmemelidir.			
14) Antidepresan kullanan hastalar psikoterapi desteği almalıdır.			
15) Antidepresan kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış göstermektedir.			

1) Hangi grup anti-depresan ilaçları ilk olarak tercih edersiniz? Neden?

.....

2) Hangi grup anti-depresan ilaçları tedavide tercih etmiyorsunuz? Neden?

.....

3) En çok hangi tip depresyon için reçete yazıyorsunuz?

.....

**Eczacılara Yönelik Hazırlanan Antidepresan Kullanımı Ve
Reçetelendirilmesine Yönelik Anket Formu**

Antidepresan kullanımı ve reçetelendirilmesine yönelik hazırlanan sorulara lütfen size en yakın gelen cevabı işaretleyiniz.	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
1) Depresyon tedavisinde anti-depresan ilaçların tedaviye katkısı oldukça önemlidir.			
2) Depresyon tedavisinde ilk tercih anti-depresan ilaçlar olmalıdır.			
3) Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği "ddd" doz hakkında bilgi sahibiyim.			
4) Eczaneye başvuran hastaların reçetelerinde Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği "ddd" dozuna göre ilaç yazılmaktadır.			
5) Son yıllarda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde reçetesiz anti-depresan ilaç kullanımı artmıştır.			
6) Son yıllarda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde reçeteli anti-depresan ilaç kullanımı artmıştır.			
7)Anti-depresan ilaçların reçetesiz satılmasında bir sakınca yoktur.			
8) Reçetesiz anti-depresan alma isteğinde bulunan hastaların bu isteğini yerine getiririm.			
9) Tüm antidepresan türündeki ilaçların psikiyatristler tarafınca reçetelendirilmesi gerekmektedir.			
10) Reçetesiz antidepresan kullanan hastalar farklı psikolojik problemlerle karşılaşabilir.			
11) Hastalara antidepresan kullanım şeklinin açıklanması gereklidir.			
12) Hastaların söylenen antidepresan kullanım şekline uyduklarını düşünmekteyim.			
13) 6 aydan uzun süreli antidepresan kullanımlarda, yeniden hastaların psikiyatristleri ile görüşerek tekrardan reçetelendirme yapılmalıdır.			
14) Psikiyatri uzman hekimleri dışında başlanılan tedavide hasta mutlaka ilaç kullanmaya ara vermelidir.			
15) Reçetesiz antidepresan kullanan hastaların bir kısmında ilacın yan etkisi görülme olasılığı yüksektir.			

1) Hangi grup anti-depresan ilaçlar, ilk olarak tercih edilmektedir? Neden?

.....

...

2) Reçetesiz kullanılan antidepresanların, hangileri ilk olarak tercih edilmektedir?
Nedeni ile açıklayınız

.....

...

3)Reçetesiz antidepresan almak isteyen hastalara yönelik tepkileriniz ve düşünceleriniz nelerdir?

.....