TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ İLİ İZMİT İLÇESİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN DEPRESYON TEDAVİ VE TAKİP SÜREÇLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. KARDELEN ŞENYAŞAR BAYNAL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ İLİ İZMİT İLÇESİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN DEPRESYON TEDAVİ VE TAKİP SÜREÇLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. KARDELEN ŞENYAŞAR BAYNAL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. TUNCAY MÜGE ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. TUNCAY MÜGE ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı
Karar No: GOKAEK-2023/16.14 Proje No: 2023/320
Karar Tarihi: 12 Ekim 2023

2024

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **II**

TEŞEKKÜR ..... **IV**

KISALTMALAR ..... **V**

TABLO LİSTESİ ..... **VI**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. DEPRESYON 3

2.1.1. Tanım *3*

2.1.2. Etyoloji *3*

2.1.3. Tanı Kriterleri *4*

2.1.4. Sınıflandırma *6*

2.1.5. Epidemiyoloji *7*

2.1.6. Risk Faktörleri *7*

2.1.7. Klinik Görünüm *8*

2.1.8. Özkıyım *9*

2.1.9. Damgalama *10*

2.2. DEPRESYON TEDAVİSİ 11

2.2.1. Farmakoterapi *13*

2.2.1.1. Antidepresanlar 14

2.2.1.2. Duygudurum Düzenleyiciler 15

2.2.1.3. Antipsikotikler 15

2.2.2. Elektrokonvülsif Terapi (EKT) *16*

2.2.3. Psikoterapi *16*

2.2.4. Sevk Kriterleri *17*

2.3. BİRİNCİ BASAMAKTA DEPRESYON 17

3. GEREÇ VE YÖNTEM **19**

3.1 Araştırma Modeli 19

3.2 Araştırmanın Uygulama Şekli ve Modeli 19

3.3 Ölçek 19

3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi 20

3.5 Etik Onay 20

4. BULGULAR **21**

4.1 Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri 21

4.2 ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN HEKİMLİĞE DAİR ÖZELLİKLERİ 22

5. TARTIŞMA 41

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 49

7. ÖZET 51

8. ABSTRACT 52

EKLER 53

EK-1: ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET FORMU 53

EK-2: KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞINDAN ALINAN YAZILI İZİN BELGESİ 60

EK-3: KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNDEN ALINAN İZİN BELGESİ 61

KAYNAKÇA 62

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana yol gösteren, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, değerli hocamız sayın Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR'a,

En büyük destekçim, hayat arkadaşım, her koşulda yanımda olan ve olacağını bildiğim çok sevgili ve değerli eşim, Dr. Enes Abdullah BAYNAL'a,

Her zaman yanımda olan, tez sürecimde fikirlerini ve desteğini esirgemeyen sevgili ablam Dr. Kumru ŞENYAŞAR METERELLİYOZ'a,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, her koşulda arkamda ve yanımda hissettiğim başta annem ve babam olmak üzere aileme,

Her birini tanımış olmaktan mutluluk duyduğum ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım bölüm arkadaşlarıma,

Çalışmamıza gönüllü olarak katılım sağlayan değerli aile hekimi meslektaşlarıma,

Saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Kardelen Şenyaşar Baynal

KISALTMALAR

APA : Amerikan Psikiyatri Derneği

DSM : Mental Hastalıkların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKT : Elektrokonvülsif Terapi

MDB : Majör Depresif Bozukluk

NICE : National Institute for Healt and Care Excellence

OKS : Oral Kontraseptifler

RHYİÖ : Ruhsal Hastalığa Ait İnançlar Ölçeği

SAHU : Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistanı

YÖK : Yükseköğretim Kurulu

WONCA : Dünya Aile Hekimleri Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Depresyon etiyolojisinde sorumlu tutulan faktörler 4
Tablo 2: Depresyonda görülen belirtiler 9
Tablo 3: Antidepresanların sınıflandırılması 15
Tablo 4: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri N (%) 21
Tablo 5: Depresif yakınmalarla gelen kişilere ayırdıkları süre oranları N (%) 22
Tablo 6: Başvuranlara ayırdıkları süreyi yeterli bulma oranları N (%) 22
Tablo 7: Depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip olduğunu düşünme oranları N (%) 23
Tablo 8: Depresyon tanısı koydukları kişilere tedavi vermeden önce altta yatan faktörleri araştırma oranları N (%) 23
Tablo 9: Depresyonda bilinen tedavilerin oranları N (%) 24
Tablo 10: Antidepresan tedavi başlama oranları N (%) 25
Tablo 11: Depresyon tanısı koymak için gerekli bilgiye sahip olma ve tedaviye başlama ilişkisi N (%) 25
Tablo 12: Çalışma pozisyonu ve antidepresan tedavi başlama ilişkisi N (%) 26
Tablo 13: Depresyon tanısı koyulan kişilerde sanrı ve varsanı belirtilerini sorma oranları N (%) 27
Tablo 14: Depresyon tanısı koyulan kişilerde daha önce geçirilmiş mani ve/veya hipomani atağını sorma oranları N (%) 27
Tablo 15: Antidepresan tedavi başlama ve kişileri kontrole çağırma oranları N (%) .. 28
Tablo 16: Antidepresan tedavi başlama kararlarında cinsiyetin önem oranları N (%) 28
Tablo 17: Tedavi başlamaya daha istekli olunan cinsiyet oranları N (%) 29
Tablo 18: Depresyonun daha sık görüldüğü düşünülen cinsiyet oranları N (%) 29
Tablo 19: İlaç etki mekanizması konusunda kişilerin bilgilendirilme oranları N (%) . 30
Tablo 20: Tedavi süresi konusunda kişilerin bilgilendirilme oranları N (%) 30
Tablo 21: İlaç yan etkisi konusunda kişilerin bilgilendirilme oranları N (%) 31
Tablo 22: Tercih edilen antidepresan molekülü oranları N (%) 31
Tablo 23: Başvurulan kaynakların oranları N (%) 32
Tablo 24: Antidepresan tedaviye yanıt hakkındaki cevapların oranları N (%) 33
Tablo 25: Psikiyatri stajındaki antidepresan eğitimi ile ilgili oranlar N (%) 33
Tablo 26: Psikiyatri rotasyonu alma oranları N (%) 34
Tablo 27: Rotasyondaki depresyon eğitimi ile ilgili oranlar N (%) 34

Tablo 28: Rotasyondaki antidepresan eğitimi ile ilgili oranlar N (%) 34
Tablo 29: Psikiyatri stajı ve rotasyonu dışında antidepresanlarla ilgili alınan eğitim oranları N (%)..... 35
Tablo 30: Antidepresanlarla ilgili eğitim programlarına ihtiyaç duyma oranları N (%) 35
Tablo 31: Eğitim almak ile düzenli eğitim programına ihtiyaç duyma oranları N (%) 36
Tablo 32: Özkıyım düşüncesini direkt sormalıyız ifadesinin oranları N (%) 36
Tablo 33: Özkıyım düşüncesini sorma oranları N (%)..... 37
Tablo 34: Özkıyım düşüncesini direkt sormalı mıyız sorusu ile sorma oranları N (%)37
Tablo 35: Özkıyım planı sorma oranları N (%)..... 38
Tablo 36: Yaşlı hastaları depresyon açısından tarama oranları N (%)..... 38
Tablo 37: Gebeleri depresyon açısından tarama oranları N (%) 38
Tablo 38: Gebelik sonrası depresyon açısından tarama oranları N (%)..... 39
Tablo 39: İnançlar ölçeği ile çalışma pozisyonu oranları N (%)..... 40

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya çapında 300 milyondan fazla insanın depresyon tanılı olduğu tahmin edilmektedir ki bu da dünya nüfusunun % 4.4'üne eşdeğerdir. Bu rakam Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün çalışmalarına göre yıllar içinde artmaktadır ve artmaya devam etmesi beklenmektedir. Depresif bozukluk nedeniyle oluşan mali ve tıbbi kayıplar çok fazladır. DSÖ' ye göre depresyonun küresel engelliliğe katkısı çok büyüktür. Depresyon ayrıca yılda yaklaşık 800.000 kişinin özkıyım sebepli ölümüne neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmalarına göre Türkiye'de depresif bozukluk prevelansı %4.4'tür[1].

Depresyon, birinci basamakta görülen en yaygın ruh sağlığı sorunudur. Psikiyatrik şikayetlere sahip kişilerin çoğunun psikiyatriste başvurmayı tercih etmedikleri bilinmektedir[2]. Majör depresyonu olan hastaların yaklaşık %60'ı birinci basamak hekimine başvurmayı tercih etmektedir. Buna ek olarak birinci basamağa başvuranların %50'sinde depresif belirtiler mevcut olup majör depresyon tanı ölçütlerini karşılayanların oranı ise %5-10'dur[3].

1978 Alma-Ata Bildirgesi ile birlikte toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli fikri tartışılmaya başlanmıştır[4]. Bu bildirgede beden ve ruh sağlığının bir bütün olduğu, temel sağlık hizmetlerinin bütüncül şekilde ruh sağlığı hizmetlerini de kapsaması gerektiği söylenmiştir[5]. Ülkemizde 1985 yılından itibaren aile hekimliği uzmanlığı eğitimi 3 büyük ilin (İstanbul, Ankara, İzmir) öncülüğünde sağlık bakanlığı hastanelerinde başlamıştır. 1993 tarihli YÖK kararı ile de tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması kararı alınmıştır. İlk aile hekimliği uygulamasına ise 2005 yılında pilot il olarak seçilen Düzce'de başlanmış olup 2010 yılında ülke çapında bu uygulamaya geçilmiştir[6,7]. 2008 yılında DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA)'nın işbirliği sonucunda Birincil Bakımda Ruh Sağlığı Belgesi yayınlanmıştır[4]. Bu belgeye göre psikiyatrik bozukluk tedavilerindeki başarı potansiyeli yüksek olmasına rağmen, psikiyatrik bozukluğa sahip kişilerin çok azı temel tedaviye ulaşabiliyor. Ruh sağlığı hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegre edilmesi tedavideki bu açığın kapanmasının en iyi yoludur[8]. Birinci basamakta depresif bozukluğa erken tanı koyulması ve gerekli tedavinin verilmesi, kişinin yaşam kalitesini artıracak, ikinci ve üçüncü basamaktaki iş yükünü, devletin ve hastanın mali giderlerini azaltacaktır[9]. Toplumun ve/veya hekimlerin ruh sağlığı sorunlarına yönelik tutumları, hekimlerin ruh sağlığı sorunları hakkındaki eğitim düzeylerinin yetersiz oluşu, ruh sağlığı

konusundaki yasalar ve örgütlenmelerdeki eksiklikler ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunda karşılaşılan sorunlardandır[10].

Toplum temelli ruh sağlığı modeliyle birlikte hastaların ve ailelerinin yaşam kaliteleri artar. Ulaşım zorluğu nedeniyle eksik kalan tanı ve tedaviler tamamlanır, yatış gereksinimleri azalır. Bu sayede hem hasta hem de ülke ekonomisine fayda sağlanır. Bu modele geçiş kolay olmamakla birlikte ülkemizdeki pilot çalışmalardan elde edilen sonuçlar oldukça olumludur. Bu olumlu sonuçların sürdürülebilmesi için toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaştırılması, gerekli yasal ve ödenek düzenlemelerinin yapılması gereklidir[4]. Tıp fakültesinde psikiyatri stajındaki ve rotasyonundaki eğitimlerin birinci basamak hizmetlerine ağırlık vermesi, birinci basamakta da hizmet içi eğitimlerin arttırılması önemlidir[11].

Biz çalışmamızda, bu bilgiler doğrultusunda, sağlık hizmetlerinde çok büyük bir yeri ve önemi olan aile hekimlerinin depresyon tanı ve tedavi süreçlerini etkileyen faktörleri araştırıp ortaya çıkan sonuçlar ışığında, birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine ve geliştirilmesine katkı sağlamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

2.1.1. Tanım

Depresyon kelimesinin kökeni Latince'deki "depressus" sözcüğünden gelmektedir. Anlamı ise "alçakta olan, bastırılmış"tır. Bu kelime 16.yüzyıldan itibaren kullanılmaya başlanmıştır, sınıflaması ise modern anlamda ilk kez 19.yüzyılda olmuştur. Şu anda belirtilerin süresine ve sayısına, klinik görünüme ve tedavi yanıtına bakılarak oluşturulan çeşitli sınıflama sistemleri kullanılmaktadır[12].

Depresif bozukluklar, üzüntü, ilgi kaybı, zevk alamama, suçluluk veya değersizlik hissi, uyku veya iştah azalması, konsantrasyon güçlüğü gibi belirtilerle karakterizedir. Uzun dönemli ya da yineleyici olabilir. En şiddetli hali özkıyıma sebep olabilir[1]. Zaman zaman insanlar hayatlarının belli dönemlerinde kendilerini mutsuz hissedebilirler. Bu durumların hepsi depresif bozukluk olarak değerlendirilmemelidir. Depresyondaki bir kişide bu durum süreklidir ve kişinin işlevselliğinde bozulmaya sebep olmaktadır[13].

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) tarafından yayımlanan Mental Hastalıkların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V)'na göre depresif bozukluklar; süreden, zamanlamadan ya da etiyolojilerden kaynaklı farklılıklara göre sınıflandırmıştır[14].

2.1.2. Etyoloji

Depresif bozuklukların ortaya çıkışında genetik yapı, nörotransmiter bozukluklar, psikososyal faktörler gibi birçok etkenin birlikteliğinin rol oynadığı düşünülmektedir. Psikososyal faktörlere çocukluk çağındaki olumsuz deneyimler, istenmeyen yaşam olayları, kronik zorluklar, sınırlı sosyal etkileşim ve düşük özgüven etki etmektedir[15]. Toplumdaki bireylerin öncelik verdikleri sorunlar, çare için başvurdukları yerler ve şikayetlerini dile getirme tarzları kültürler arasında değişiklik gösterebilmektedir. Farklı kültürlerde, bireylerin psikiyatrik bozukluklara yönelik tutumlarının ve bunlara sahip kişilere gösterdikleri destek düzeylerinin hastalık gidişatı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir[16]. Bunlara ek olarak bazı fiziksel hastalıklar ve bazı ilaçlar da depresif duygudurumun görülmesinde etkilidir[17]. Depresyon etiyolojisinde etkili olan bazı faktörler Tablo 1'de verilmiştir[15,17–19].

Tablo 1. Depresyon etiyolojisinde sorumlu tutulan faktörler

Metabolik Bozukluklar	Üremi, gut, porfiri, hepatik yetmezlik
Endokrin Bozukluklar	Hipotiroidizm , hipertiroidizm , hiperparatiroidizm, hipoparatiroidizm, Cushing sendromu, diabetes mellitus, Addison hastalığı, menapoz, postpartum dönem
Beslenme Yetersizliği	B 12 vitamini eksikliği, folat eksikliği, demir eksikliği, protein eksikliği, skorbüt, tiamin eksikliği
Santral Sinir Sistemi Bozuklukları	Epilepsi, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, migren, Multipl skleroz, demans, uyku apne sendromu, santral sinir sistemi travmaları, inme, kronik subdural hematom, miyasteni gravis, hidrosefali, narkolepsi
Enfeksiyonlar	Brusella, hepatitler, AIDS, ensefalit, nörosifiliz, , santral sinir sistemi enfeksiyonları
Diğer Hastalıklar	Tümörler, siroz, inflamatuar bağırsak hastalıkları, kollojen doku hastalıkları, immünolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar
İlaçlar ve Psikoaktif maddeler	Antihipertansifler, beta blokörler, oral kontraseptifler, kemoterapi ilaçları, statinler, antikonvülzanlar, steroidler, benzodiazepinler, alkol, kokain, amfetamin, opiyatlar

2.1.3. Tanı Kriterleri

Majör Depresif Bozukluk (MDB) için APA tarafından kabul edilen DSM-V tanı kriterleri kullanılmaktadır.Bu tanı kriterleri aşağıda verilmiştir[14].

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK İÇİN DSM-V TANI ÖLÇÜTLERİ

A- İki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının), daha önceki işlevsellik düzeyinde değişiklik ile birlikte bulunmuş olması; bu belirtilerden en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgide azalma ya da zevk alamama olması gerekir. Not: Açıkça başka bir tıbbi duruma bağlı olan belirtileri dahil etmeyiniz.

1. Neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında depresif duygudurum olması ve bu durumu ya kişinin kendisinin belirtmesi (örn: üzgündür, umutsuzdur, kendini boş hisseder) ya da bu durumun başkaları tarafından gözlemlenmesi (ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve adölesanlarda irritabl duygudurum olabilir)

2. Neredeyse her gün, günün büyük bir kısmında, neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide azalma olması ya da bu etkinliklerden zevk almaması. (Kendi anlatımına ya da gözleme dayanarak)

3. Diyet yapmıyorken kilo alma ya da kilo verme (ayda vücut ağırlığının %5'ten fazla değişmesi) ya da neredeyse her gün iştahta artma veya azalma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması göz önünde bulundurulmalı.)

4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku olması.

5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (başkaları tarafından gözlemlenebilmesi gerekir).

6. Neredeyse her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı olması.

7. Nerdeyse her gün değersizlik, aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygularının olması (sanrısal olabilir), (sadece hasta olduğundan dolayı suçluluk duyma ya da kendini kınama olarak değil).

8. Nerdeyse her gün düşünme yetisinde ya da konsantrasyonda azalma ya da kararsızlık yaşama (kendi anlatımına ya da gözleme dayanarak).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil) , özel bir planı olmadan yineleyen özkıyım düşüncesi ya da özkıyım girişimi ya da özkıyım için özel bir planı olması.

B. Semptomlar klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki işlevsellikteki diğer önemli alanlarda bozulmaya sebep olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık probleminin fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Majör depresif dönemin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış şizofreni spektrum bozukluğu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir manik ya da hipomanik dönem geçirilmemiştir.

2.1.4. Sınıflandırma

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) tarafından yayımlanan Mental Hastalıkların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V)'na göre depresif bozukluklar; yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, majör depresif bozukluk, süregiden depresif bozukluk (distimi), premenstrüel disforik bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı depresif bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağlı gelişen depresif bozukluk, tanımlanmış diğer depresif bozukluk, tanımlanmamış depresif bozukluk şeklinde sınıflandırılır. Bu bozukluklar arasındaki fark ise süreden, zamanlamadan ya da varsayılan etiyolojilerden kaynaklanır.

Majör depresif bozukluk, bu grup bozuklukların klasik durumunu yansıtır. Tanı konulabilmesi için, kişide DSM-V'teki bulgulardan en az beşinin 2 hafta boyunca görülmesi gerekir[14]. Her yaş döneminde görülebilen MDB, yapılan çalışmalarla gösterilmiştir ki en sık 20'li yaşların sonlarında ortaya çıkmaktadır. Hastalığın başlangıç yaşı düştükçe yaşam kalitesinde ve işlevsellikte daha çok azalma, fiziksel ve ruhsal hastalıklarla birlikteliğinde, özkıyım girişiminde ve diğer birçok bulguda artış görülmektedir[20].

Süregiden depresif bozukluk yani distimi tanısı, ruh hali bozukluklarının erişkinde hemen her gün 2 yıldır, çocukta ise 1 yıl boyunca sürmesiyle konur. Ayrıca bu belirtilerin olmadığı dönemin 2 aydan fazla sürmemesi gerekir. Depresyonun kronik formudur. DSM-V'te yeni bir tanı olarak yer edinmiştir. DSM-IV'teki kronik majör depresyon ve distimi tanılarını içerir[14]. Hastanın hissettikleri ve söyledikleri çok önemlidir. Karamsarlık, içe dönüklük, kötümserlik, düşük özgüven, yetersizlik düşünceleri sıklıkla söylenenler arasındadır. Kronik olduğu için kişi bu belirtileri kendisinin yapısal özellikleri olarak görür. Bu yüzden kişi genellikle doktora farklı sebeplerle başvurmuş olur[21].

Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğunda çocukta kronik ve ciddi derecede sinirlilik ve öfkeli bir ruh hali vardır ve bu semptomlar 10 yaşından önce başlamıştır. Bu sinirli olma hali genellikle bir hayal kırıklığını takiben meydana gelir. Öfkeli ruh hali hemen her gün çocukta bulunur ve dışarıdan fark edilir. Kişide öfke patlamaları şeklinde, en az 1 yıl boyunca haftada 3'ten az olmayacak şekilde en az iki farklı konumda kendini gösterir.

Çocuklarda semptomlar yaş ile beraber değişebileceğinden bu bozukluğun tanısı benzer yaş grupları ile sınırlandırılmıştır (7-18).

Premenstrüel disforik bozuklukta semptomlar, menstrüasyondan önceki son haftada ortaya çıkıp menstrüasyon başlangıcından birkaç gün sonra düzelir. Bu semptomlar arasında sinirlilik, kararsızlık ve endişe bulunur. Davranışsal ve fiziksel belirtiler de eşlik edebilir.

Kullanılan birtakım ilaçlar ve maddeler, geçirilmiş ya da geçirilmekte olan medikal durumlar da depresif bozukluklara yol açabilir.

Yukarıda sayılan bozuklukların tanı ölçütlerini karşılamayan fakat depresif bozukluk açısından anlamlı semptomlara ve işlevsellik kaybına sahip olan kişilerin durumunda ise, klinisyen ölçütlerin karşılanmamasına sebep olan spesifik durumu belirtmeyi seçerse, kişi, tanımlanmış diğer depresif bozukluk tanısı alır. Eğer klinisyen ölçütlerin karşılanmamasının nedenini belirtmezse bu durumda kişi tanımlanmamış depresif bozukluk şeklinde tanı alır[14].

2.1.5. Epidemiyoloji

DSÖ'nün son verilerine göre dünya çapında 300 milyondan fazla insanın depresyon bozukluğa sahiğ olduğu tahmin edilmektedir ki bu da dünya nüfusunun %4,4'üne eşdeğerdir. DSÖ verileri 2005–2015 yılları arasında depresyon hastalarının sayısının %18.4 arttığını göstermiştir ve bu rakamın yıllar içinde artmakta olduğunu belirtmiştir[1].

Bugüne kadar ülkemizde yapılmış ilk ve tek genel nüfus örneklemli epidemiyolojik çalışma Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'dır[22]. Bu çalışma göstermiştir ki depresif nöbet yaygınlığı erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.4, genel popülasyonda ise %4'tür[18].

2.1.6. Risk Faktörleri

Depresif bozuklukların ortaya çıkmasında tek bir risk faktörü sorumlu tutulmamaktadır. Kişinin genetik yapısının olumsuz çevre faktörleriyle etkileşiminin ve bu etkileşimin zamanlamasının önemli olduğu söylenmektedir. Cinsiyet, yaş, işsizlik, medeni hal, düşük sosyoekonomik durum, kötü yaşam tecrübeleri, depresif kişilik özelliği risk faktörleri olarak sayılabilir[23].

Genetik faktörlerin depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Birinci derece akrabalarında depresif bozukluk olan bireylerde depresyon görülme riski yaklaşık 3 kat yüksektir. Ayrıca aile öyküsü olan hastalarda erken başlangıç yaşı ve çok sayıda depresif epizod görülme sıklığı artmıştır. Yine, çalışmalar göstermiştir ki,

depresyona yakalanma riski, biyolojik anne ve/veya babasında depresyon öyküsü olan evlat edinilmiş çocuklarda daha fazladır[24].

Kadın olmak depresyonun bir diğer risk etkenidir ve çoğu toplumda depresif bozukluklar kadınlarda daha sık gözükmektedir[25]. Kadınların biyolojik yapısı depresyona daha yatkın hale getirmektedir. Menstrüasyon, gebelik, emzirme, lohusalık, menopoz, oral kontraseptiflerin (OKS) kullanımı gibi faktörler depresif bozuklukların ortaya çıkmasında rol oynayabilirler[23,25]. Biyolojik etkenler kadar psikososyal etkenler de kadınlarda depresyonun oluşumunda önemlidir. Kadına dayatılan toplumsal roller ve kadından beklentilerin yüksek olması , düşük sosyoekonomik seviye, ayrımcılığa maruz kalma, çocukluğundan itibaren şiddete uğrama ve baskıya maruz kalma, çocukluk döneminde boyun eğme, bağımlı ve pasif kalınmasının öğretilmesi bu etkenlerin bazılarıdır[26].

Depresif bozukluklar her yaşta başlayabilir ve görülebilir. Fakat birçok çalışmada gösterilmiştir ki MDB, 20'li yaşların sonlarına doğru daha sık gözükür[24]. Yaşın ilerlemesiyle depresyonun görülme sıklığı da artar. Depresif bozukluklar en sık 40–60 yaşları arasında görülmektedir[12].

Medeni durum ve MDB ilişkisi ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların ortak sonucu, bekar olmanın, partnerinden ayrı yaşamanın, boşanmış veya dul olmanın evli olmaya kıyasla depresyon açısından daha yüksek riske neden olmasıdır. Hiç evlenmemiş olmak ise boşanmış veya dul olmaya kıyasla depresyon açısından daha az risklidir[24].

2.1.7. Klinik Görünüm

Depresyon çökkün ruh halinin görüldüğü bir duygudurum bozukluğudur ve enerji, ilgi ve zevk kaybı olması depresyonun en temel belirtilerindendir. Sık görülen belirtileri arasında konsantrasyon güçlüğü, iştah ve libidoda azalma, uyku düzeninin bozulması, karamsarlık, özgüvende azalma, suçluluk duyguları olması ve öz kıyım düşünceleri sayılabilir[27]. Depresyondaki bir kişinin düşünceleri yavaşlayabilmektedir. Kişi bu düşüncelerini yavaş ve düşük bir ses tonu ile söyleyebilir. Çok ağır bir depresyonu varsa mutizm görülebilir. Hareketlerinde yavaşlama ya da depresyonun atipik formlarında yerinde duramama olabilir. Kişi geleceği hakkında umutsuzdur. Suçluluk duyguları, değersiz hissetmesi ve kendini küçük görmesi zamanla tüm kötülükleri kendine hak görmeye başlamasına yol açabilir ve sonuçta kişide özkıyım düşünceleri gelişebilir[28]. Kişinin ruhsal, fiziksel, mesleki ve sosyal anlamda işlevselliği azalır. Hastaların yaşam kalitesi tüm alanlarda bozulur[29]. Mutsuzluk, kişinin yaşadığı kötü olaylara karşı gösterdiği doğal tepkilerin bir parçasıdır fakat beklenenden uzun

sürerse, yaşadığı olaylarla orantısız hale gelirse ya da kişinin kontrolünden çıkarsa çökkün duygudurumun bir parçası olabilir[27]. Depresyonda önemli oranda görülen belirtiler ve bu belirtilerin sıklıkları Tablo 2'de verilmiştir[30].

Tablo 2: Depresyonda görülen belirtiler

Belirti	Yüzde
1. Enerji düzeyinde azalma	97
2. Düşüncelerini belirli bir konuda yoğunlaştıramama	84
3. İştah azalması	80
4. Uykuya dalma güçlüğü	77
5. İlgi kaybı	77
6. Etkinliklere başlamada güçlük	76
7. Üzüntü	69
8. Öznel ajitasyon duygusu	67
9. Düşüncelerin yavaşlaması	67
10. Karar vermekte güçlük çekme	67
11. Sabah erken uyanma	65
12. İntihar düşünceleri ya da tasarıları	63
13. Kilo kaybı	61
14. Ağlama	61
15. Davranışlarda yavaşlama	60
16. Sinirlilik	60
17. Düzelemeyeceğini düşünme	56

2.1.8. Özkıyım

Özkıyım tanım olarak, kişi tarafından, ölüme sebep olacağını bilerek gerçekleştirilen eylemlerin, direkt ya da dolaylı yollarla ölümle sonuçlanmasıdır. Ölümle sonuçlanmayan eylemlere ise özkıyım girişimi denmektedir[31].

DSÖ'nün verilerine göre her yıl dünya çapında 700.000'den fazla kişi özkıyım sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Her özkıyıma karşılık 20'den fazla özkıyım girişimi gerçekleşiyor. 2019 yılı verilerine göre 15-29 yaş arası kişilerde özkıyım, dördüncü ölüm sebebi haline gelmiştir. İntiharların %77'si düşük ve orta gelir seviyeli ülkelerde yaşanmaktadır[32].

Özkıyım eyleminin ortaya çıkışında genetik, biyolojik ve psikososyal birçok etken rol oynamaktadır. Özellikle majör depresif bozuklukta görülen özkıyımda biyolojik faktörlerin etkisi büyüktür. Ailesel yatkınlık da psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi bu davranışta etkilidir. Risk faktörleri arasında işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, boşanmış olmak, stresli hayat, ergenlik, yaşlılık, beden ve ruhsal sağlık bulunur[31,33–35]. Cinsiyet dağılımı açısından bakılırsa erkeklerde tamamlanmış özkıyım oranı yüksekken kadınlarda özkıyım girişimi fazladır. İntihar girişimi genç yaşlarda daha fazlayken tamamlanmış özkıyım yaşlılarda daha yüksek oranda bulunur. Erkeklerde 45 yaşından, kadınlarda ise 55 yaşından sonra dünya genelinde tamamlanmış özkıyım sıklığı artmaktadır. Buna karşılık ülkemizde farklı olarak bu oran 15-24 yaşlar arasında fazla görülmektedir[34]. Ayrıca daha önce özkıyım girişiminde bulunanların tamamlanmış özkıyım oranları, yapılan çalışmalarda, herhangi bir psikiyatrik bozukluğa bağlı riskten daha yüksek bulunmuştur[15].

Ruhsal bozukluğa sahip kişilerden yaşam boyu en bir kez özkıyım girişiminde bulunanların oranı %25-50 arasındadır. Tamamlanmış özkıyım oranı ise bu kişilerde %8-19'dur. Duygudurum bozuklukları özkıyım girişimlerinin önemli bir nedenidir. Majör depresif bozukluğa sahip olan bireylerde standardize ölüm oranı 20 kat yüksek bulunmuştur. İntihar sebepli ölümlere bakıldığında depresif bozukluk en sık konulan tanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastaların özkıyım öncesi kliniklerinde yüksek seviyede umutsuzluk, konsantrasyon ve ilgi kaybı vardır[36].

Hastalar değerlendirilirken, özkıyım riskinin de değerlendirilmesi gereklidir. Kişide, kendine zarar verme düşüncelerinin varlığının sorulması, bu tür düşüncelere sahipse gerekçesinin ve bu konuda bir planının olup olmadığının sorulması, kendisine zarar verebileceği aletlere erişiminin olup olmadığının öğrenilmesi, daha önce böyle bir girişimde bulunup bulunmadığının bilgisi gereklidir. Özkıyım riskinin değerlendirilmesi için çeşitli rehberler de mevcuttur[37].

2.1.9. Damgalama

Damgalama (stigmatizasyon), kelime kökeni olarak Eski Yunanca'da delik, delmek, yara anlamındadır. Türk Dil Kurumu bu sözcüğü mecazi olarak, birine yüz kızartıcı bir suç yüklemek şeklinde tanımlamıştır. Damgalanan bir insan toplum normalleri dışında sayılır, ötekileştirilir ve diğer kişilerce onur kırıcı bir tutuma maruz kalır. Eski zamanlardan itibaren toplumlarda damgalama görülmekte. Toplumlar özellikle salgın hastalıklara ve psikiyatrik sorunlara sahip olan kişileri damgalamaya meyilli olmuşlardır. Bu kişileri kötü ruhların ele

geçirdiğini ya da Allah tarafından cezalandırıldıklarını iddia ederek kınamışlar ve toplumdan uzaklaştırmışlardır[38].

Ruhsal hastalığa sahip kişiler, eskiden bu yana damgalamaya en çok maruz kalanlardır. Belirtilerin açıklanamaz olması, anlaşılma düzeyinin düşüklüğü ve kişilerin beklenmedik davranışları gibi nedenler halk tarafından korkuya sebep olmuştur. Kişiler, tehlikeli ve ne yapacağı kestirilemez insanlar olarak damgalanmış ve sonucunda toplumdan dışlanmışlardır[39].

Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını etkileyen birçok faktör vardır. Eğitim, meslek, ırk, sosyal sınıf, kültür bunlardan en önemlileridir[40].

Damgalama, ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisinde çeşitli sorunlar yaratır. Kişilerin ve ailelerinin yaşam kalitelerinde bozulmaya sebep olur ve psikolojik süreçlerini, sosyal yaşantılarını olumsuz etkiler[41]. Kişi, güvenli barınma, iş bulma, sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi birçok konuda önyargılar ve damgalanma sebebiyle sıkıntı çekebilir[42]. Damgalama ve olumsuz tutumlar sebebiyle birçok hastanın ruh sağlığı merkezlerine başvurmaktan çekindiği ya da başvuruyu sakladığı, bunun sonucunda sağaltımın olumsuz etkilendiği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir[43]. Bu yüzden damgalamayla mücadele çok önemli bir konumdadır. Bu mücadelede ilk önce toplumun ruh sağlığına yönelik tutum ve davranışları tespit edilmelidir. Halkın bilgi düzeyleri, inanç ve önyargıları değiştirilmeye çalışılmalıdır[42].

Ruhsal sağlık sorunlarına sahip olan bireyler, sağlık çalışanlarının kendileri hakkındaki düşünceleri ve tutumları konusunda daha hassaslardır. Çalışanların bu tutumları olumsuz ve damgalayıcı olabilmektedir. Bu olumsuz tutumlar sebebiyle bu tür sağlık problemleri yaşayan kişiler yardım almak ve tedavi olmak için gerekli yerlere başvurmaktan kaçınabilir, bunun sonucunda hastalığın tanı ve tedavisi sekteye uğrayabilir[44]. Ayrıca ruh sağlığı çalışanları, hem toplumsal damgalamayı hem de kişinin kendi içselleştirdiği damgalamayı engellemede önemli bir konumdadır[45]. Bu sebeplerden dolayı sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve damgalama konusunda yeterli eğitimin verilmesi ve bu konularda araştırmaların planlanması gereklidir[44].

2.2. DEPRESYON TEDAVİSİ

Depresyon tedavisinde farmakoterapi, psikoterapi, EKT, fototerapi ve uyku sağaltımı gibi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır[28,46–48]. Düzenli fiziksel aktivite yapmak, sağlıklı

beslenmek ve uyku düzenini sağlamak gibi yaşam tarzı değişikliklerinin de depresyon tedavisinde önemli yeri olduğu unutulmamalıdır[46].

Depresyon tedavisinde tedavi amaçlarını belirlemek önemlidir. Kısa vadede iyileşmeyi sağlamak, orta vadede nüksü (relaps, depreşme) önlemek, uzun vadede ise idame, tedavi aşamalarıdır. Depresyon tedavisinin iyi yönetilmesi için bazı terimlerin bilinmesi önemlidir. Remisyon, semptomların ortadan kalkması ve hastalık öncesi duruma dönülmesidir[15]. Depreşme, depresyonun, hastalığın akut dönemi geçtikten sonra iyileşme dönemindeyken tekrarlamasıdır. Yineleme (rekürrens) ise iyileşen hastada yeni bir depresyon döneminin görülmesidir[49].

Kişinin fiziksel durumu, yeterli beslenmesinin olup olmadığı, psikotik belirtilerin varlığı, özkıyım düşüncesi varlığı, tedavi planlanmadan önce sorulmalıdır[28]. Hasta özkıyım düşüncesinden ya da planlarından bahsediyorsa bu konuyu açık ve net bir şekilde konuşmak çok önemlidir[49]. Depresyon tedavisinde kişi ve ailesiyle iş birliği içinde olmak önemlidir. Mutlaka tanı ve tedavi süreci hakkında kişiye ve ailesine bilgilendirme yapılmalıdır. İyileşmenin zaman alacağı, belirtiler geçse bile bu durumun tekrarlamaması için bir süre daha tedaviye devam edileceği söylenmelidir[28,49,50].

Depresyon tedavisi bireyselleştirilmelidir. Bunun için de depresyon şiddetinin belirlenmesi ve tedavi seçeneklerinin kişiyle beraber değerlendirilmesi gerekir. Kişinin tedavi sürecine dahil olması, sürece bağlılığı açısından önemlidir[46]. Depresyonun başlıca tedavisi antidepresanlardır fakat APA ve NICE (National Institute for Healt and Care Excellence) kılavuzları, hafif depresyonun, eğer kişi özellikle farmakoterapiyi tercih etmiyorsa, orta şiddete gelene kadar, antidepresan kullanmadan grup egzersizleri ve psikoterapilerle izlenebileceğini belirtmiştir[28,46,47]. Ayrıca sekonder nedenlerle ortaya çıkan depresyonda öncelikle altta yatan nedenin düzeltilmesi gerektiğinden, kişi yakın izlenmek şartıyla farmakoterapi ertelenebilir[28]. Farmakoterapi tercih edilecek kişilere tedaviye başlamadan önce ilaç dozu, kullanım şekli ve süresi, yan etkileri anlatılmalı, antidepresan ilaçların bağımlılık yapmadığı hatırlatılmalıdır[28,49,50].

Hastalığın akut dönemi 6-12 haftayı içerir. Bu dönemdeki tedavide remisyon ve işlevsellikte düzelme hedeflenir[50]. Atak tedavisi, problemin çözüldüğü anlamına gelmez çünkü depresyon yineleyebilir. Yapılan araştırmalar depresyon tanılı kişilerin %50-80 kadarının en az iki atak geçirdiğini göstermiştir. Kişinin geçmişindeki atak dönemi sayısı ne kadar fazlaysa tekrar atak geçirme olasılığı da o kadar yükselir[49]. Aynı zamanda geçirilen atağın süresi ve şiddeti de artar. Bu yüzden sürdürüm fazı çok önemlidir. Remisyondan sonra

6 ay ve daha uzun süre nüksü önlemek gerekir. Bu fazın önemi kişiye anlatılmalı, ilaca devam süresi belirlenmeli, yan etki kontrolü sağlanmalıdır[50]. Koruyucu tedavi ise iyileşen kişide rekürrensin görülmemesi için önem arz eder[48].

2.2.1. Farmakoterapi

Depresyon tedavisinde kullanılabilen ilaçlardan bazıları, antidepresanlar, duygudurum düzenleyiciler, antipsikotiklerdir ancak tedavinin temelini antidepresanlar oluşturur. İlaç seçiminde dikkat edilmesi gereken bazı unsurlar vardır. İlaç yan etkileri, ilaç etkileşimleri, kişinin veya birinci derece yakınının daha önce fayda gördüğü bir ilaç olması, kişinin tercihi ve tedavi maliyeti bu unsurlar arasındadır ve bu konularda kişiye gerekli bilgiler verilmelidir[28,49,51]. Antidepresan tedavisinde en sık tercih edilen ve önerilen grup Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI)' dir[28,49,52]. SSRI'ların diğer antidepresanlara göre yan etkilerinin az olması, tek doz kullanılıp doz arttırımına çoğunlukla gerek olmaması tercih edilme sebeplerindendir. Bir diğer avantajlı özelliği de özkıyım riski olan kişilerde güvenli oluşudur. SSRI grubu ilaçların özkıyım amaçlı aşırı dozda kullanımında bile hayati tehlike yaratma olasılıkları düşüktür[15,28]. Ancak depresyon belirtilerinin çeşidine ve depresyona başka ruhsal bozuklukların eşlik etme durumuna göre de antidepresan seçimi etkilenebilir. Örneğin, hastanın obsesif kompülsif belirtileri de eşlik ediyorsa serotonerjik etkili, anksiyetesi olan hastalarda ise anksiyolitik etkili bir ajan seçmek uygun olacaktır. Psikotik özellikli depresyonda ise antipsikotiklerin tedaviye eklenmesi gerekmektedir[28,49].

Antidepresan ilaçların birtakım yan etkileri vardır. Bu yan etkiler sebebiyle kişiler tedaviyi yarıda bırakabilir, hekim uygun gördüğü ilaç dozuna çıkamayabilir. Tedavinin etkili şekilde uygulanabilmesi ve tedaviye uyumun sağlanabilmesi adına bu yan etkiler kişiye ve ailesine açıklanmalıdır. Genellikle bir ya da iki hafta içinde yan etkiler gerilemektedir. Uyku hali, bulantı, hipotansiyon, halsizlik, kabızlık, taşikardi, kilo alma, ağız kuruluğu, cinsel işlev bozukluğu görülebilecek yan etkilerden bazılarıdır. Bu yan etkilerin önüne geçebilmek ya da şiddetini azaltabilmek adına ilacı sabah yerine akşam vermek, bölünmüş dozlarda vermek, ilacın gıda ile birlikte alınmasını söylemek gibi önlemler alınabilir. Ağız kuruluğu için pastil kullanımı, baş dönmesi ihtimaline karşı ayağa aniden kalkmamak gibi yaşam tarzı önerileri hakkında da kişi bilgilendirilmelidir[15,48,51–53].

Antidepresanların yan etkilerini azaltmak ve tedavi uyumunu arttırmak amacıyla ilaca düşük dozla başlayıp kademeli olarak arttırmak önerilir. Tedavideki ideal doz ise etkili olan en düşük doz olarak kabul edilmektedir. Antidepresanların etkileri, kişiden kişiye değişmekle

birlikte, 2-3 haftada görülmeye başlar. Tedavi uyumunu arttırmak ve kişinin ilacı bırakmamasını sağlamak açısından bu bilginin kendisine ve ailesine verilmesi önemlidir. Bazı hastalarda iyileşme daha erken görülebilir[28,49,51,52]. Kişiler ilk 2 hafta içinde kontrole çağırılmalıdır. Eğer kişi 18-25 yaş aralığındaysa ya da özkıyım riski bulunuyorsa 1 hafta sonra muayenesi önerilir[46]. Kişi değerlendirilirken öncelikle ilacını yeterli doz ve sürede, kendisine söylenen şeklide kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır. Tedaviye yanıt durumu yapılandırılmış ölçeklerdeki değişikliklerin değerlendirilmesiyle belirlenir[49]. Ortak yaklaşım olarak, tedaviye başlanılan ölçek puanının %50 ve daha fazla azalması tedaviye yanıt, %25-50 arası azalması yetersiz yanıt, %25 ve daha az azalması ise yanıtsızlık olarak kabul edilmektedir. Kişinin belirtilerinin tama yakın azalması ise düzelme olarak kabul edilir. Düzelme denilebilmesi için, belirtilerin ölçek bazında, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği' ne göre 7 puanın altına düşmesi gerekmektedir[54–56]. Eğer ilacın doğru kullanımına rağmen 4-6 hafta içinde iyileşme çok azsa ya da hiç yoksa sonraki adım seçenekleri göz önüne alınmalıdır. İlaç dozu arttırımı, güçlendirici ilaç eklenmesi, ilaç değişikliği bu seçenekler arasındadır[28,49,52].

Depresyonun akut tedavisi 8-12 hafta sürmektedir[49,52]. Belirtiler düzeldikten sonra sürdürüm tedavisinde ise ilaca aynı dozda 6 ay devam edilmelidir[28,49–51]. İlaç yavaş yavaş azaltılarak kesilmelidir çünkü bazı geri çekilme belirtileri ortaya çıkabilir. Baş dönmesi, baş ağrısı, kramplar, uyku bozuklukları, huzursuzluk bu belirtilerden bazılarıdır. Kişiye ilacını aniden kesmesi durumunda da bu tip belirtilerin ortaya çıkabileceği anlatılmalıdır[46,49–51]

2.2.1.1. Antidepresanlar

Enzim, reseptör veya gerialım inhibitörleri olarak işlev gösteren, depresyon farmakoterapisinde en çok tercih edilen antidepresanların sınıflandırılması aşağıdaki tabloda verilmiştir[19,50,53,57].

Tablo 3: Antidepresanların sınıflandırılması

Trisiklik Antidepresanlar	Amitriptilin, Klomipramin, İmipramin, Opipramol, Maprotilin
Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSRI)	Fluoksetin, Fluvoksamin, Sertralin, Sitolopram, Essitalopram
Serotonin Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri (SNRI)	Duloksetin, Milnasipran, Venlafaksin
Seçici Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri (NRI)	Reboksetin
Noradrenalin Dopamin Gerialım İnhibitörleri (NDI)	Bupropion
Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOİ)	Moklobemid
Serotonin Modülatörleri	Trazadon, Nefazadon, Tianeptin
Alfa 2 Reseptör Antagonistleri	Mianserin, Mirtazapin
Melatonin Agonistleri	Agomelatin

2.2.1.2. Duygudurum Düzenleyiciler

Duygudurum düzenleyici olarak bilinen en yaygın ilaç lityum olmakla birlikte antiepileptik sınıfına ait olan valproat ve karbamazepin de bu amaçla kullanılmaktadır[58].

Duygudurum düzenleyici olarak sınıflandırılan bu ilaçlar, dirençli depresyon tedavisinde tedaviyi güçlendirici ilaç olarak kullanılırlar[55]. Tedaviyi güçlendirici ilaç olarak öncelikli olarak seçilen lityumdur. Yapılan çalışmalarda güçlendirici olarak lityum eklenmesi ile düzelme oranlarının arttığı gösterilmiştir[55,56]. Lityumu tolere edemeyen ve/veya farklı sebeplerden kullanamayacak kişilerde tedaviye karbamazepin ve valproat eklemek de benzer şekilde düzelme oranlarını arttıracaktır[55].

2.2.1.3. Antipsikotikler

Klasik ve atipik olarak ayrılan antipsikotik ilaçlar, psikotik özellikli depresyonda ve dirençli depresyonda tercih edilen ilaçlardır. Dirençli depresyon tedavisinde duygudurum üzerindeki olumlu etkileri bilindiği için, güçlendirici ilaç olarak kullanılırlar[55,59,60]. Klasik

antipsikotikler yan etkileri sebebiyle günümüzde çok tercih edilmese de atipik antipsikotikler, daha iyi tolere edilebilir olmaları ve yan etkilerinin daha az olması nedeniyle son zamanlarda giderek daha fazla kullanılır hale gelmişlerdir[59]. Birçok çalışma antidepresanlarla birlikte kullanıldıklarında terapötik etkiyi arttırdıklarını göstermiştir[55,56,59,60].

2.2.2. Elektrokonvülsif Terapi (EKT)

Elektrokonvülsif terapi (EKT), beynin elektriksel uyarımı sonucu jeneralize konvülsiyonlar oluşturulması ile gerçekleştirilen tedavi yöntemidir. 1938 yılından itibaren ruhsal bozuklukların sağaltımında kullanılmaktadır. Daha sonraki yıllarda antipsikotiklerin ve antidepresanların geliştirilmesiyle kullanımı azalsa da bu ilaçların bazı hastalardaki terapötik etkisinin yetersiz olduğunun görülmesiyle tekrar sık tercih edilen bir tedavi yöntemi olmaya başlamıştır. Günümüzde de psikiyatrik bozuklukların tedavisinde önemli bir yeri vardır[61–64]. APA, majör depresyonda, özkıyım düşüncesi varlığında, oral alım bozukluğunda, psikotik özellik varlığında, ilaç tedavisine zayıf yanıtta, EKT'ye iyi yanıt öyküsünde, katatonide, hasta tercihinde ve farmakolojik tedavi riskinin EKT riskinden çok olduğu hallerde, EKT kullanımını önermektedir[61]. EKT'nin, majör depresyonda %80-90 oranında etkili olduğu gösterilmiştir. EKT'den sonra ilaç kullanımına devam etmek temel ilkedir çünkü; %80 kişide 12 hafta içinde depresyonun yinelediği görülmüştür. EKT sonrası antidepresan kullanımı depresyonun yinelemesini azaltır. EKT'den önce kullanılan antidepresan sağaltımı sağlamamış ise, EKT'den sonra farklı grup antidepresan kullanımı önerilir[62]. EKT'nin psikiyatrik hastalıklardaki diğer kullanım alanlarından bazıları ise, şizoaffektif bozukluk, deliryum, nöroleptik malign sendrom, dirençli obsesif kompulsif bozukluk, gebelik dönemleridir[61–64].

2.2.3. Psikoterapi

Psikoterapi, kişideki uyumsuz düşünce, duygu ve davranışların, çeşitli bilimsel yaklaşımlar kullanılarak uyumlu hale getirilmesi süreci olarak tanımlanabilir[65]. Psikoterapi, çeşitli ruhsal bozuklukların sağaltımında kullanılan bir yöntemdir. Duygudurum bozukluklarında da sıklıkla tercih edilir. Çökkün duygudurumda bilişsel-davranışçı terapinin yeri kesindir. Hafif-orta çökkünlükte ve nüksü önlemede etkilidir. Ağır çökkünlükte ise ilk tercih ilaç sağaltımıdır fakat bu duygudurumu yol açabilecek, yineleyebilecek ve kronik hale getirebilecek kişisel ve çevresel etkenleri psikoterapi yöntemleri ile ele almak gerektiği bilinmektedir[51].

2.2.4. Sevk Kriterleri

Değerlendirme sürecinde hekim, bazı kişilerin yatarak tedavi almasını uygun görebillir. Yatarak tedavi kararının kişi ile konuşularak ortak kararla verilmesi ideal olandır fakat kişi sağlıklı değerlendirme yapamayacak bir durumdaysa hekim, mahkeme aracılığıyla zorunlu yatış kararı için istemde bulunabilir[49]. Fiziksel durumu kötü olan veya kötüye giden, oral alımı bozulmuş, konuşmayan, psikotik özelliklere sahip olan ve özkıyım düşünceleri olan kişilerin yatarak tedavisi uygundur[28,49]. İleri tetkike ihtiyaç duyan, ağır depresyona sahip veya tedaviye dirençli kişilerin de sevki gereklidir. Ayrıca durumu çok ağır olmayan kişiler, yeterli sosyoekonomik desteğe sahip değillerse veya tedaviye yeterli uyum gösteremeyecek durumdalarsa, kliniğe yatışları sağlanarak tedavi edilmelidirler[49].

2.3. BİRİNCİ BASAMAKTA DEPRESYON

Ruh sağlığı bozuklukları ile birinci basamakta sık karşılaşılmaktadır. Bu bozukluklar arasında %5-19 arasında yaygınlığa sahip olan depresyon, en sık görülenidir. Ayrıca mali olarak da sağlık hizmetlerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Bu yüzden depresyonun tanı, tedavi ve takibinin birinci basamakta yapılması önem arz etmektedir fakat depresyon yönetimi birinci basamakta yeterli başarıya ulaşamamıştır. Depresif bozukluğa sahip kişilerin %15'ine tanı konulabildiği ve tanı konulan kişilerin yarısının tedavi edildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir[66].

1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi ile ortaya çıkan birinci basamak ve psikiyatrik bozuklukların bütünleştirilmesi fikri, farklı ülkelerde çeşitli sağlık modellerinin oluşturulmasını sağlamıştır. 2008 yılında ise WONCA ve DSÖ'nün ortak çalışması olan Birinci Basamakta Psikiyatrik Hastalıklara Yaklaşım Bildirgesi'nde, psikiyatrik bozukluğa sahip olan kişilere, sistematik yaklaşımla, alıştıkları çevreden uzaklaşmadan verilecek tedavilerin sağaltımdaki başarıyı arttıracağı söylenmiştir[67]. Ayrıca psikiyatrik bozuklukların çoğu, aile sorunlarıyla birlikte karşımıza çıkar. Bu sebeple kişinin yaşadığı çevreye ve aile bireylerine hakim olan, gerektiğinde onlara daha kolay ulaşabilecek birinci basamak hekiminin rolü önemlidir[2]. Ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin, birinci basamakta tedavisinin ve takibinin sağlanması, damgalanma olasılığını en aza indirmesi açısından da oldukça değerlidir[4].

Birinci basamakta karşılaşılan gerek kişiyle ilgili gerekse hekimle ilgili bazı sorunlar psikiyatrik bozuklukların birinci basamaktaki sağaltımını negatif yönde etkilemektedir. Kişilerin birinci basamağa genelde fiziksel yakınmalarla başvurmaları, ruhsal problemlerini

yaşamın doğal bir parçası olarak görmeleri ve bu konudaki bilgi eksiklikleri kişiyle ilgili sorunlara örnek olarak gösterilebilir. Hekim ile ilgili aksama yaratabilecek konulara ise, kişiye ayrılabilecek zamanın kısıtlı olması, birinci basamaktaki tetkik imkanların yetersiz oluşu, hekimin psikiyatrik bozukluklar ilgili güncel eğitimlere ihtiyaç duyması ve gerektiğinde danışılabilecek psikiyatri alanında uzman hekimin bulunmaması örnek gösterilebilir[10]. Çoğu doktorun, organik bir tanıyı atlamanın kötü hekimlik uygulaması olduğunu düşünmesine rağmen psikiyatrik tanıları kaçırmak konusunda aynı şekilde düşünmemesi ve bu sebeple fiziksel sorunları araştırmaya daha çok önem vermesi bir diğer örnektir. Ayrıca bazı hekimler, psikiyatrik bozukluğa sahip kişilerin anlattıklarıyla ve onların sorunlarıyla, psikolojik yönden baş etmekte zorlanmaktadırlar[68]. Kişi ile ve hekim ile ilgili sorunlar dışında verilen hizmet ile ilgili de bazı sorunlar vardır. Ruh sağlığı uzmanlarının ve tıp dışı ruh sağlığı çalışanlarının desteğindeki yetersizlik, ruh sağlığı ile ilgili başvuran görüşmelerinin belgelendirilmemesi, tanı sistemlerinin birinci basamağa yeterince uygun olmayışı bu sorunlardan birkaçıdır[2]. Psikotrop ilaçların birinci basamak hekimlerince reçetelenmesiyle ilgili düzenlemelerin eksik kalması da başka bir önemli sorundur[4].

Toplumumuzun ruhsal bozukluklara bakış açısı da tartışılması gereken bir konudur. Yapılan araştırmalarda toplumumuzdaki bireylerin, ruhsal bozukluklara yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu, ruhsal bozukluğa sahip olanlara karşı dışlayıcı ve damgalayıcı bir tutumda oldukları gösterilmiştir[69]. Psikiyatrik bozukluk tanısı alan kişinin damgalanma ihtimali ve bu sebeple sosyal yaşantısında karşılaşabileceği zorluklar da hekimlerin tanı ve tedavi kararlarını etkilemektedir[68]. Ayrıca bazı çalışmalar hekimlerin belli bir kısmının da bu tutumlardan etkilenebildiklerini ve bu sebeple ruhsal bozuklukların tedavi süreçlerinde tereddüt yaşadıklarını vurgulamıştır. Hekimlerin psikiyatrik bozukluklar ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmayışı da bu durumu etkilemektedir. Bu sebeple tıp fakültelerinde verilen bu konudaki eğitimlerin gözden geçirilip iyileştirilmesinde yarar vardır[69].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Çalışmamız kesitsel anket çalışması olup 01.11.2023-01.02.2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kocaeli ili İzmit ilçesinde aile hekimliği uzmanı, pratisyen aile hekimi ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı (Sahu) olarak görev yapmaktan olan hekimler oluşturmaktadır. Çalışmaya gönüllülük esasına göre dahil olan %49,4'ü kadın, %50,6'sı erkek olmak üzere toplamda 89 kişi katılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

-Kocaeli ili İzmit ilçesinde aile hekimliği uzmanı olarak çalışmak.

-Kocaeli ili İzmit ilçesinde pratisyen aile hekimi olarak çalışmak.

-Kocaeli ili İzmit ilçesinde Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistanı (Sahu) olarak çalışmak.

Dahil edilmeme kriterleri:

-Anketi doldurmaya engel sağlık sorunu olmak.

3.2 Araştırmanın Uygulama Şekli ve Modeli

Çalışmamız, Kocaeli ili İzmit ilçesinde görev yapmakta olan aile hekimlerine Google Formlar ile hazırladığımız anketin e-posta, telefon veya elektronik ortamda karekod ile link paylaşarak ve yüz yüze yazılı form şeklinde doldurtulması ile yapılmıştır.

Kocaeli ili İzmit ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin depresyon tedavi ve takip süreçlerini etkileyen faktörleri değerlendirdiğimiz çalışmamızın anketinde 37 soru içeren 3 bölüm bulunmaktadır (EK-1). İlk bölümde aydınlatılmış onam formu, ikinci bölümde sosyodemografik ve hekimliğe dair genel bilgiler, üçüncü bölümde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği yer almaktadır. Demografik ve hekimliğe dair genel bilgiler kısmında katılımcıların yaş, cinsiyet, çalıştığı kurum, çalıştığı pozisyon, depresyon takip ve tedavi süreçleri gibi bilgiler sorgulanmıştır. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği 21 soru içermektedir.

3.3 Ölçek

Çalışmamızda Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) kullanılmıştır. Farklı özelliklere ve kültürlere sahip bireylerin ruhsal hastalığa sahip olan kişilere ait olumsuz inançlarını belirlemek amacı taşıyan ölçek, 2000 yılında Amerika'da Hirai ve Clum tarafından

geliştirilmiştir[70].Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları ise Bilge ve Çam tarafından yapılmıştır[71,72].

Ölçekte 21 soru bulunmaktadır. Sorularda, ruhsal hastalık psikotik ya da psikotik olmayan şeklinde ayrılmamıştır. Tehlikelilik, zayıf sosyal ve kişilerarası beceri ve çaresizlik olarak 3 alt ölçekten oluşur. Hem ölçek puanı hem de alt ölçekten alınan puanlar değerlendirilir. İfadeler olumsuz inançları içerdiğinden ölçeklerden alınan yüksek puan ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inanç düzeyini göstermektedir.

RHYİÖ, 6'lı likert yapıda bir ölçektir. "tamamen katılmıyorum" (0), "çoğunlukla katılmıyorum" (1), "kısmen katılmıyorum" (2), "kısmen katılıyorum" (3), "çoğunlukla katılıyorum" (4) ve "tamamen katılıyorum" (5) şeklinde puanlanmaktadır. Maksimum 105 minimum 0 puan alınabilmektedir[70–72].

3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile incelendi. Normal dağılım varsayımı sağlanamadığından nümerik değişkenler medyan (25.-75. yüzdelik) olarak verildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) olarak verildi. Gruplar arasındaki farklılık Kruskal-Wallis testi ile belirlendi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile belirlendi. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Hipotez testlerinde $p<0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

3.5 Etik Onay

12 Ekim 2023 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan GOKAEK-2023/16.14 karar numarası, 2023/320 proje numarası ile etik onayı alınmıştır. (Ek-2)

Çalışma için gerekli izinler 25.12.2023 tarihinde 399110 sayılı yazı ile Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğünden alınmıştır. (Ek-3)

4. BULGULAR

4.1 Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza 89 kişi katılmıştır. Katılımcılara anketin ikinci bölümünde demografik bilgilere ait sorular sorulmuştur. Demografik sorular cinsiyet, yaş, halen çalışmakta oldukları kurum ve çalışma pozisyonudur. Katılımcıların 45'i (%50,6) kadın, 44'ü (%49,4) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 38 (31,5-50)'dir. Katılımcıların 80'i (%89,9) aile sağlığı merkezinde, 9'u (%10,1) ise devlet hastanesinde çalışmaktadır. Çalışma pozisyonlarına bakacak olursak 53'ü (%59,6) pratisyen hekim, 23'ü (%25,8) uzman hekim, 13'ü (%14,6) ise sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı (Sahu) olarak çalışmaktadır. Tablo-4'te katılımcıların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri N (%)

Sosyodemografik Özellikler		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	45	50,6
	Erkek	44	49,4
Çalışma Pozisyonu	Pratisyen Hekim	53	59,6
	Uzman Hekim	23	25,8
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı (Sahu)	13	14,6
Çalışmakta Oldukları Kurum	Aile Sağlığı Merkezi	80	89,9
	Devlet Hastanesi	9	10,1
TOPLAM		89	100

4.2 Çalışmaya Katılan Bireylerin Hekimliğe Dair Özellikleri

Anketimizin ikinci bölümünde demografik verilere dair sorulardan sonra hekimliğe dair sorulara yer verdik. Depresyon tanı ve tedavisi ile ilgili bilgiler ve tercihler, hastaya ayrılan süre, psikiyatri stajı ve rotasyonu hakkındaki düşünceler, depresyon taramasındaki tercihler çeşitli sorularla sorgulanmıştır.

Katılımcıların 44'ü (%49,4) depresif yakınmalarla gelen kişilere 5-9 dk, 39'u (%43,8) 10-19 dk, 4'ü (%4,5) 20-29 dk, 2'si (%2,2) 30 dk ve üzeri süre ayırmaktadır ve 71 kişi (79,8) başvuranlara ayırdıkları sürenin yeterli olmadığını düşünmektedir. 18 (%20,2) kişi ise ayırdıkları sürenin yeterli olduğunu düşünmekte. Tablo 5 ve Tablo 6'da bahsedilen oranlar gösterilmiştir.

Tablo 5: Depresif yakınmalarla gelen kişilere ayırdıkları süre oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Depresif yakınmalarla gelen kişilere ayırdıkları süre	5-9 dk	44	49,4
	10-19 dk	39	43,8
	20-29 dk	4	4,5
	30 dk ve üzeri	2	2,2
TOPLAM		89	100

Tablo 6: Başvuranlara ayırdıkları süreyi yeterli bulma oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Başvuranlara ayırdığınız süre yeterli mi?	Evet	18	20,2
	Hayır	71	79,8
TOPLAM		89	100

Hekimlerden 78'i (%87,6) depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip olduğunu düşünüyor. 11 kişi (%12,4) ise depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip olmadığını düşünüyor. Tablo 7'de depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip olduğunu düşünme oranları gösterilmiştir.

Tablo 7: Depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip olduğunu düşünme oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip misiniz?	Evet	78	87,6
	Hayır	11	12,4
TOPLAM		89	100

Çalışmamıza katılan hekimlerin 46'sı (%51,7) depresyon tanısı koydukları kişilere tedavi vermeden önce altta yatan faktörleri araştırıyor. 27 (%30,3) kişi araştırılması için üst merkeze sevk ederken 16 (%18) hekim ise araştırılması için üst merkeze sevk etmeden önce tedavi başlıyor. Tablo 8'de katılımcıların depresyon tanısı koydukları kişilere tedavi vermeden önce altta yatan faktörleri araştırma oranları verilmiştir.

Tablo 8: Depresyon tanısı koydukları kişilere tedavi vermeden önce altta yatan faktörleri araştırma oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Depresyon tanısı koyduğunuz kişilere tedavi vermeden önce altta yatan faktörleri araştırıyor musunuz?	Altta yatan faktörleri araştırırım	46	51,7
	Araştırılması için bir üst merkeze sevk ederim	27	30,3
	Tedavi başladıktan sonra araştırılması için bir üst merkeze sevk ederim.	16	18
TOPLAM		89	100

Katılımcıların depresyonda verildiğini bildikleri tedaviler sorgulandığında hepsi (%100) farmakoterapiyi bildiğini belirtti. 52'si (%58,4) psikoterapinin de bir tedavi seçeneği olduğunu bildiğini belirtti. Ekt'nin verilebilecek tedaviler arasında yer aldığını bildiğini 17 (%19,1) hekim belirtirken, yaşam tarzı değişikliklerini belirtenlerin sayısı 3 (%3,4) idi. 3 (%3,4) hekim ise seçenekler arasına fototerapiyi de eklemişti. Tablo 9'da katılımcıların depresyonda bildikleri tedavilerin oranları verilmiştir.

Tablo 9: Depresyonda bilinen tedavilerin oranları N (%)

Depresyonda Bilinen Tedaviler		**Sıklık(N)**	**Yüzde(%)**
Farmakoterapi	Evet	100	100
	Hayır	0	0
Psikoterapi	Evet	52	58,4
	Hayır	37	41,6
EKT	Evet	17	19,1
	Hayır	72	80,9
Yaşam tarzı değişiklikleri	Evet	3	3,4
	Hayır	86	96,6
Fototerapi	Evet	3	3,4
	Hayır	86	96,6
TOPLAM		89	100

Katılımcılara depresyon tanısı koyduğunuz, sevk etmenizi gerektirecek şikayet ve bulguları olmayan kişilere kendiniz antidepresan tedavi başlar mısınız sorusu yöneltildiğinde

60’ı (%67,4) kendisini tedavi başladığını 29’u (%32,6) ise psikiyatriste yönlendirdiğini belirtmiştir. Oranlar Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Antidepresan tedavi başlama oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Antidepresan tedavi başlar mısınız?	Kendim tedavi başlarım	60	67,4
	Psikiyatriste yönlendiririm	29	32,6
TOPLAM		89	100

Katılımcıların depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip olma oranları ile antidepresan tedavi başlama oranları karşılaştırıldığında gereken bilgiye sahip 56 (%71,8) kişi kendisi tedavi başlarken 22’si (%28,2) psikiyatriste yönlendirmekte. Gereken bilgiye sahip olmayan 4 (%36,4) kişi ise yine de kendisi tedaviye başlamakta ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır (P=0,03). Sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Depresyon tanısı koymak için gerekli bilgiye sahip olma ve tedaviye başlama ilişkisi N (%)

	Tanı koymak için gereken bilgiye sahip misin?			
	Evet, N (%)	**Hayır, N (%)**	**Toplam**	**P**
Kendim tedavi başlarım	56 (%71,8)	4 (%36,4)	60 (%67,4)	
Psikiyatriste yönlendiririm	22 (%28,2)	7 (%63,6)	29 (%32,6)	**< 0,03***
TOPLAM	78 (%87,6)	11 (%12,4)	89 (%100)	

***Pearson Chi-Square Test, p<0.05**

Katılımcıların çalışma pozisyonları ve antidepresan tedavi başlama oranlarının karşılaştırılması Tablo 12'dedir. Bu oranlara göre çalışmamıza katılan pratisyen hekimlerin 36'sı (%67,9) kişilere kendisi tedavi başlıyorken uzman hekimlerde bu oran %65,2 dir. Sahu'lara bakacak olursak 9 (%69,2) kişi kendisi tedavi başlıyor. Bu sonuçlara göre çalışma pozisyonları ve antidepresan tedavi başlama arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (P=1).

Tablo 12: Çalışma pozisyonu ve antidepresan tedavi başlama ilişkisi N (%)

	Antidepresan tedavi başlar mısınız?			
	Kendim tedavi başlarım, N (%)	**Psikiyatriste yönlendiririm, N (%)**	**Toplam**	**P**
Pratisyen hekim	36 (%67,9)	17 (%32,1)	53 (%59,6)	**= 1***
Uzman hekim	15 (%65,2)	8 (%34,8)	23 (%25,8)	
Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı (Sahu)	9 (%69,2)	4 (%30,8)	13 (%14,6)	
TOPLAM	60 (%67,4)	29 (%32,6)	89 (%100)	

***Pearson Chi-Square Test, p<0.05**

Katılımcıların depresyon tanısı koydukları kişilerde sanrı ve varsanı belirtilerini sorma durumları araştırıldığında 70'i (%78,7) sorduğunu 11'i (%12,4) ise sormadığını belirtti. 8 (%9) kişi ise sanrı ve varsanı hakkında yeterli bilgisinin olmadığını belirtti. Tablo 13'te yukarıda bahsedilen oranlar verilmiştir.

Tablo 13: Depresyon tanısı koyulan kişilerde sanrı ve varsanı belirtilerini sorma oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Depresyon tanısı koyduğunuz kişilerde sanrı ve varsanı belirtilerini sorar mısınız?	Evet	70	78,7
	Hayır	11	12,4
	Sanrı ve varsanı hakkında yeterli bilgim yok	8	9
TOPLAM		89	100

Katılımcılara depresyon tanısı koydukları kişilere daha önce geçirilmiş mani ve/veya hipomani atağını sorma durumları araştırıldığında 65 (%73) hekim sorduğunu 21 (%23,6) hekim ise sormadığını belirtti. Mani ve/veya hipomani hakkında yeterli bilgisinin olmadığını belirten kişi sayısı ise 3 (%3,4) idi. Bahsedilen oranlar Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Depresyon tanısı koyulan kişilerde daha önce geçirilmiş mani ve/veya hipomani atağını sorma oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Depresyon tanısı koyduğunuz kişilerde daha önce geçirilmiş mani ve/veya hipomani atağını sorar mısınız?	Evet	65	73
	Hayır	21	23,6
	Mani ve/veya hipomani hakkında yeterli bilgim yok	3	3,4
TOPLAM		89	100

Katılımcılara antidepresan tedavi başladıkları kişileri ilk kontrollerine çağırma zamanları sorgulandığında ortalama 30 (15-30) gün bulunmuştur. Tanı koydukları kişilere kendileri antidepresan tedavi başlayan hekimlerin hepsi (%100) kontrole çağırdıklarını

belirttiler. Kişileri psikiyatriste yönlendiren hekimlerden 24'ü (%82,8) kontrole çağırdığını söylerken 5'i (%17,2) ise kontrole çağırmadığını belirtti. Antidepresan tedavi başlama ve kontrole çağırma oranlarının ilişkisine bakıldığında sonuçlar anlamlı bulunmuştur (P=0,003). Oranlar Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15: Antidepresan tedavi başlama ve kişileri kontrole çağırma oranları N (%)

	Hastalarını kontrole çağırma oranları			
	Evet, N (%)	**Hayır, N (%)**	**Toplam**	**P**
Kendim tedavi başlarım	60 (%100)	0 (%0)	60 (67,4)	**< 0,003***
Psikiyatriste yönlendiririm	24 (%82,8)	5 (%17,2)	29 (%32,6)	
TOPLAM	84 (%94,4)	5 (%5,6)	89 (%100)	

***Pearson Chi-Square Test, p<0.05**

Çalışmamıza katılan hekimlere, aynı depresif yakınmalarla gelen kişilerde antidepresan tedavi başlama kararlarınızda cinsiyetin önemi var mı sorusu yöneltildiğinde, 52'si (%58,4) cinsiyetin öneminin olmadığını, 37'si (%41,6) ise olduğunu belirtti. Tablo 16'da oranlar gösterilmiştir.

Tablo 16: Antidepresan tedavi başlama kararlarında cinsiyetin önem oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Antidepresan tedavi başlama kararlarınızda cinsiyetin önemi var mı?	Cinsiyetin önemi var	37	41,6
	Cinsiyetin önemi yok	52	58,4
TOPLAM		89	100

Antidepresan tedavi başlama kararlarında cinsiyetin öneminin olduğunu söyleyen hekimlerin, hangi cinsiyette tedavi başlamaya daha istekli olduğunu araştırdığımızda, 29'u (%78,4) kadın, 8'i (%21,6) erkek cinsiyeti belirtti. Oranlar tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Tedavi başlamaya daha istekli olunan cinsiyet oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Hangi cinsiyette tedavi başlamaya daha isteklisiniz?	Kadın	29	78,4
	Erkek	8	21,6
TOPLAM		37	100

Katılımcılara depresyon hangi cinsiyette daha sık görülür sorusu yöneltildiğinde 86 (%96,6) kişi kadın cevabını verirken 3 (%3,4) kişi erkek cevabını vermiştir. Oranları Tablo 18 de gösterilmiştir.

Tablo 18: Depresyonun daha sık görüldüğü düşünülen cinsiyet oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Depresyon hangi cinsiyette daha sık görülür?	Kadın	86	96,6
	Erkek	3	3,4
TOPLAM		89	100

Katılımcıların antidepresan tedavi başladıkları kişilere ilaç etki mekanizması konusunda bilgilendirme yapıp yapmadıkları sorgulandığında 68'i (%76,4) yaptığını 16'sı (%18) yapmadığını 5'i (%5,6) ise antidepresan etki mekanizmaları hakkında yeterli bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Oranlar Tablo 19'da mevcuttur.

Tablo 19: İlaç etki mekanizması konusunda kişilerin bilgilendirilme oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
İlaç etki mekanizması konusunda kişilere bilgilendirme yapar mısınız?	Evet	68	76,4
	Hayır	16	18
	Antidepresan etki mekanizmaları hakkında yeterli bilgim yok	5	5,6
TOPLAM		89	100

Katılımcıların antidepresan tedavi başladıkları kişileri tedavi süresi konusunda bilgilendirip bilgilendirmedikleri araştırıldığında 84 (%94,4) hekim bilgilendirdiğini, 1 (%1,1) hekim bilgilendirmediğini, 4 (%4,5) hekim ise tedavi süresi hakkında yeterli bilgisi olmadığını belirtti. Tablo 20'de oranlar verilmiştir.

Tablo 20: Tedavi süresi konusunda kişilerin bilgilendirilme oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Tedavi süresi konusunda kişilere bilgilendirme yapar mısınız?	Evet	84	94,4
	Hayır	1	1,1
	Antidepresan tedavi süresi hakkında yeterli bilgim yok	4	4,5
TOPLAM		89	100

Katılımcıların antidepresan tedavi başladıkları kişileri ilaç yan etkisi konusunda bilgilendirip bilgilendirmedikleri araştırıldığında 82'si (%92,1) evet, 4'ü (%4,5) hayır, 3'ü (%3,4) ilaç yan etkisi konusunda yeterli bilgim yok cevabını vermiştir. Oranlara Tablo 21 de yer verilmiştir.

Tablo 21: İlaç yan etkisi konusunda kişilerin bilgilendirilme oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
İlaç yan etkisi konusunda kişilere bilgilendirme yapar mısınız?	Evet	82	92,1
	Hayır	4	4,5
	Antidepresan ilaçların yan etkileri hakkında yeterli bilgim yok	3	3,4
TOPLAM		89	100

Çalışmamıza katılanların depresyon tanılı kişilerin tedavisinde en sık hangi antidepresan molekülünü tercih ettikleri araştırıldığında, etken maddeler göz önüne alındığında, 83 (%97,6) kişi SSRI cevabını, 2 (%2,4) kişi ise trisiklik cevabını vermiştir. Tablo 22'de oranlar mevcuttur.

Tablo 22: Tercih edilen antidepresan molekülü oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Hangi antidepresan molekülünü tercih edersiniz?	SSRI	83	97,6
	Trisiklik	2	2,4
TOPLAM		85	100

Katılımcı hekimlerin ihtiyaç duyduklarında antidepresanlar hakkındaki bilgilere ulaştıkları kaynaklar öğrenilmek istenmiştir. 34 (%38,2) kişi interneti, 18'i (%20,2) ilaç bilgi sitelerini, 27'si (%30,3) bilimsel makaleleri, 9 (%10,1) kişi psikiyatrist meslektaşlarını, 16'sı (%18) tıbbi kitapları tercih etmektedir. 6 (%6,7) hekim ise herhangi bir kaynağa başvurmadıklarını belirttiler. Yukarıda bahsedilen oranlar Tablo 23'tedir.

Tablo 23: Başvurulan kaynakların oranları N (%)

Başvurulan kaynaklar		Sıklık(N)	Yüzde(%)
İnternet	Evet	34	38,2
	Hayır	55	61,8
İlaç bilgi siteleri	Evet	18	20,2
	Hayır	71	79,8
Bilimsel makaleler	Evet	27	30,3
	Hayır	62	69,7
Psikiyatrist meslektaşlar	Evet	9	10,1
	Hayır	80	89,9
Tıbbi kitaplar	Evet	16	18
	Hayır	73	82
Başvurmam	Evet	6	6,7
	Hayır	83	93,3
TOPLAM		89	100

Katılanlara antidepresan tedaviye yanıt kismi de olsa yeterli midir sorusu yöneltildiğinde 33'ü (%37,1) evet, 45'i (%50,6) hayır, 11'i (%12,4) bilgim yok cevabını vermiştir. Tablo 24'te oranlar mevcuttur.

Tablo 24: Antidepresan tedaviye yanıt hakkındaki cevapların oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Antidepresan tedaviye yanıt kismi de olsa yeterli midir?	Evet	33	37,1
	Hayır	45	50,6
	Bilgim yok	11	12,4
TOPLAM		89	100

Katılımcı hekimlerin psikiyatri stajında antidepresanlarla ilgili aldıkları eğitim hakkındaki fikirlerini sorduğumuzda, 64 (%71,9) kişi yeterli olmadığını, 25 (%28,1) kişi ise yeterli olduğunu düşündüğünü belirtti. Tablo 25'te oranlar verilmiştir.

Tablo 25: Psikiyatri stajındaki antidepresan eğitimi ile ilgili oranlar N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Psikiyatri stajında antidepresanlarla ilgili aldığınız eğitim yeterli miydi?	Hayır	64	71,9
	Evet	25	28,1
TOPLAM		85	100

Çalışmamıza katılan ve aile hekimi ihtisası yapan hekimlerin psikiyatri rotasyonu alıp almama durumları sorgulandığında 26'sı (%74,3) evet, 9'u (%25,7) hayır demiştir. Oranlar Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26: Psikiyatri rotasyonu alma oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Psikiyatri rotasyonu aldınız mı?	Evet	26	74,3
	Hayır	9	25,7
TOPLAM		35	100

Psikiyatri rotasyonu alan hekimlere rotasyondaki depresyon eğitimi yeterli miydi diye sorulduğunda, 13'ü (%50) evet, 13'ü (%50) hayır cevabını verdi. Tablo 27'de oranlar mevcuttur.

Tablo 27: Rotasyondaki depresyon eğitimi ile ilgili oranlar N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Rotasyondaki depresyon eğitimi yeterli miydi?	Evet	13	50
	Hayır	13	50
TOPLAM		26	100

Psikiyatri rotasyonu alan hekimlere rotasyondaki antidepresan eğitimi yeterli miydi diye sorulduğunda, 9'u (%34,6) evet, 17'si (%65,4) hayır cevabını vermiştir. Tablo 28'de oranlar verilmiştir.

Tablo 28: Rotasyondaki antidepresan eğitimi ile ilgili oranlar N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Rotasyondaki antidepresan eğitimi yeterli miydi?	Evet	9	34,6
	Hayır	17	65,4
TOPLAM		26	100

Çalışmamıza katılanların psikiyatri stajı ve rotasyonu dışında antidepresanlarla ilgili aldıkları eğitim durumlarını araştırdığımızda, 21 (%23,6) hekim evet, 68 (%76,4) hekim hayır cevabını vermiştir. Tablo 29'da oranlar bulunmaktadır.

Tablo 29: Psikiyatri stajı ve rotasyonu dışında antidepresanlarla ilgili alınan eğitim oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Psikiyatri stajı ve rotasyonu dışında antidepresanlarla ilgili eğitim aldınız mı?	Evet	21	23,6
	Hayır	68	76,4
TOPLAM		89	100

Katılımcı hekimlerin antidepresanlarla ilgili eğitim programlarına ihtiyaç duyma durumlarına bakıldığında 70'i (%78,7) evet, 19'u (%21,3) hayır demiştir. Oranlara Tablo 30'da yer verilmiştir.

Tablo 30: Antidepresanlarla ilgili eğitim programlarına ihtiyaç duyma oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Antidepresanlarla ilgili eğitim programlarına ihtiyaç duyuyor musunuz?	Evet	70	78,7
	Hayır	19	21,3
TOPLAM		89	100

Psikiyatri stajı ve rotasyonu haricinde antidepresanlarla ilgili eğitim almak ile düzenli eğitim programına ihtiyaç duymak arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı ilişki bulunmamıştır (P=0,2), eğitim alanların %90,5'i yine de düzenli eğitimlere ihtiyaç duyduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oranlar Tablo 31'dedir.

Tablo 31: Eğitim almak ile düzenli eğitim programına ihtiyaç duyma oranları N (%)

	Düzenli eğitim programına ihtiyaç duyma oranları			
	Evet, N (%)	**Hayır, N (%)**	**Toplam**	**P**
Eğitim almış	19 (%90,5)	2 (%9,5)	21 (67,4)	
Eğitim almamış	51 (%75)	17 (%25)	68 (%32,6)	**= 0,2***
TOPLAM	70 (%78,7)	19 (%21,3)	89 (%100)	

***Pearson Chi-Square Test, p<0.05**

Katılımcılara "depresyon tanılı bir kişide özkıyım düşüncesinin bulunup bulunmadığını direkt sormalıyız" ifadesinin doğruluğunu sorduğumuzda, 59'u (%66,3) evet, 20'si (%22,5) hayır 10'u (%11,2) ise fikrim yok cevabını vermiştir. Oranlar Tablo 32'dedir.

Tablo 32: Özkıyım düşüncesini direkt sormalıyız ifadesinin oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Depresyon tanılı bir kişide özkıyım düşüncesini direkt sormalıyız.	Evet	59	66,3
	Hayır	20	22,5
	Fikrim yok	10	11,2
TOPLAM		89	100

Katılımcıların depresyon tanısı koydukları kişilere özkıyım düşüncesinin bulunup nulunmadığını sorma durumlarına bakıldığında 78'i (%87,6) evet, 11'i (%12,4) hayır cevabını vermiştir. Oranlar Tablo 33'te gösterilmiştir.

Tablo 33: Özkıyım düşüncesini sorma oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Depresyon tanısı koyduğunuz kişilere özkıyım düşüncesini sorar mısınız?	Evet	78	87,6
	Hayır	11	12,4
TOPLAM		89	100

Özkıyım düşüncesinin bulunup bulunmadığını direkt sormalı mıyız sorusu ile katılımcı hekimleri özkıyım düşüncesini sorma oranları karşılaştırıldığında, bu soruya yanlış diyen 17 (%85) hekim kişilere özkıyım düşüncesini sorduğunu belirtmiştir. Soruya doğru diyen 2 (%3,4) hekim ise kişilere özkıyım düşüncesini sormadıklarını söylediler. Oranların ilişkisi incelendiğinde anlamsız bulunmuştur (P=0,1). Oranlar Tablo 34'te gösterilmiştir.

Tablo 34: Özkıyım düşüncesini direkt sormalı mıyız sorusu ile sorma oranları N (%)

		İntihar düşüncesini sorma oranları			
		Evet, N (%)	**Hayır, N (%)**	**Toplam**	**P**
Depresyon tanısı konan bir kişiye özkıyım düşüncesini direkt sormalıyız	**Yanlış**	17 (%85)	3 (%15)	20 (%67,4)	**0,1***
	Doğru	57 (%96,6)	2 (%3,4)	59 (%32,6)	
	TOPLAM	74 (%93,7)	5 (%6,3)	79 (%100)	

***Pearson Chi-Square Test, p<0.05**

Katılımcılara özkıyım düşüncesi olan kişiye bunu nasıl yapmayı planladığını sorar mısınız sorusu yöneltildiğinde, 44'ü (%49,4) evet, 45'i (%50,6) hayır cevabını vermiştir. Tablo 35'te oranlar bulunmaktadır.

Tablo 35: Özkıyım planı sorma oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Özkıyım düşüncesi olan kişiye bunu nasıl yapmayı planladığını sorar mısınız?	Evet	45	49,4
	Hayır	44	50,6
TOPLAM		89	100

Katılımcı hekimlerin yaşlıları depresyon açısından tarama durumları araştırıldığında 77'si (%86,5) evet, 12'si (%13,5) hayır cevabını vermiştir. Oranlar Tablo 36'dadır.

Tablo 36: Yaşlı hastaları depresyon açısından tarama oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Yaşlı hastaları depresyon açısından tarar mısınız?	Evet	77	86,5
	Hayır	12	13,5
TOPLAM		89	100

Katılımcıların kadınları gebelik sırasında depresyon açısından tarama durumları araştırıldığında 57 (%64) hekim evet, 32 (%36) hekim hayır cevabını vermiştir. Tablo 37'de oranlar mevcuttur.

Tablo 37: Gebeleri depresyon açısından tarama oranları N (%)

		Sıklık(N)	Yüzde(%)
Gebeleri depresyon açısından tarar mısınız?	Evet	57	64
	Hayır	32	36
TOPLAM		89	100

Katılımcılara kadınlara gebelik sonrasında depresyon açısından tarama yapar mısınız sorusu yöneltildiğinde 57'si (%64) evet, 32'si (%36) hayır cevabını vermiştir. Oranlar tablo 38'dedir.

Tablo 38: Gebelik sonrası depresyon açısından tarama oranları N (%)

		Sıklık(N)	**Yüzde(%)**
Gebelik sonrası depresyon açısından tarama yapar mısınız?	Evet	57	64
	Hayır	32	36
TOPLAM		89	100

Katılımcılara depresyon tanısı ve derecelendirilmesi için sorgulanması ve gözlemlenmesi gerekenleri, Hamilton depresyon ölçeğinden yaralandığımız seçeneklerle sorguladık. Hekimler sonuçlara göre ortalama 8 (6-11) soru ile depresyonu sorguluyor ve gözlemliyor.

Katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançları araştırıldığında ortalama puan 38 (26-46,5) bulunmuştur. İnançlar ölçek puanı ile katılımcıların yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (P=0.7).

İnançlar ölçeği ile katılımcıların çalışma pozisyonları karşılaştırıldığında pratisyen hekimlerin ortalama puanı 39 (28,5-45), uzman hekimlerinki 29 (21-50), Sahu'larınki ise 43 (26-52) bulunmuş olup anlamlı farklılık yoktur (P=0,379). Değerler Tablo 39'da gösterilmiştir.

Tablo 39: İnançlar ölçeği ile çalışma pozisyonu oranları N (%)

Toplam Ölçek Puanları		Sıklık(N)	
Pratisyen Hekim	Median	39	**P=0,0379***
	25.Percentile	28,5	
	75.Percentile	45	
Uzman Hekim	Median	29	
	25.Percentile	21	
	75.Percentile	50	
Sahu	Median	43	
	25.Percentile	26	
	75.Percentile	52	

***Kruskal Wallis Test, p<0,05**

5. TARTIŞMA

Kocaeli ili İzmit ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin depresyon tedavi ve takip süreçlerini etkileyen faktörleri değerlendirdiğimiz çalışmamızın bu bölümünde bulguların birbirleriyle ve ilgili literatürlerle karşılaştırmasına yer verilmiştir.

Katılımcıların 45'i (%50,6) kadın, 44'ü (%49,4) erkektir. Minimum yaş 27, maksimum yaş 61 olup yaş ortalaması 38 (31,5-50)'dir. Çalışma pozisyonları ise 53'ü (%59,6) pratisyen hekim, 23'ü (%25,8) uzman hekim, 13'ü (%14,6) ise sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi asistanı (Sahu) olarak bulunmuştur.

Katılımcılardan elde ettiğimiz bulgulara göre hekimlerin %49,4'ü başvuranlara 5-9 dk, %43,8'i 10-19 dk, %4,5'i 20-29 dk, %2,2'si 30 dk ve üzeri süre ayırmaktadır ve 79,8'i ayırdıkları sürenin yetersiz olduğunu düşünmektedir. %20,2'si ise ayırdıkları sürenin yeterli olduğunu düşünmektedir. Güneş ve Güneş'in 2017'de yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %96'sının başvuranlara 1-10 dk zaman ayırdığı tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada hekimlerin başvuranlara ayırdıkları sürenin artmasıyla hastalarını psikososyal açıdan değerlendirme oranlarının da arttığı gösterilmiştir[73]. Ayrıca Camacho ve arkadaşlarının 2006'daki çalışmasına göre hekimle geçirilen zaman azaldıkça başvuran memnuniyeti de azalmaktadır[74]. Psikososyal sorunların konuşulması ve değerlendirilmesi için kişiye ayrılan kısa sürenin de yeterli olacağı belirtilse de daha komplike sorunları olan kişiler, daha kapsamlı bir değerlendirme, hem başvuran hem de hekim memnuniyeti için muayene süresinin uzun tutulması faydalı olacaktır.

Araştırmamız sonucunda hekimlerin %87,6'sı depresyon tanısı koymak için gerekli bilgiye sahip olduğunu düşünmekte. %12,4'ü ise gerekli bilgiye sahip olmadığını düşünüyor. Yıldız ve arkadaşlarının 2018'teki araştırmasında katılımcı aile hekimi uzmanları arasında depresyonun takip ve tedavisinde kendini yetersiz hisseden çıkmamış, büyük çoğunluğu orta düzeyde yeterli hissettiğini belirtmiştir[9]. Yıldırım ve ark. 2013'teki tez çalışmasında katılımcı hekimlerin %80,8'i depresyon tanısı koymak için gerekli donanıma sahip olduğunu düşünmektedir. Her iki çalışma ile bizim çalışmamızın sonuçları benzerdir[19].

Çalışmamıza katılan hekimlerden 46'sı (%51,7) kişilere depresyon tedavisi vermeden önce altta yatan faktörleri araştırdığını ifade etmiştir. 27'si (%30,3) araştırılması için bir üst merkeze sevk ederken 16'sı (%18) ise araştırılması için bir üst merkeze sevk etmeden önce

hastanın tedavisini başladığını belirtmiştir. Depresyon etiyolojisinde çeşitli fiziksel ve metabolik hastalıklar, ilaçlar veya madde kullanımları etkin olabilmektedir. Bu sebeple depresif şikayetlerle başvuranlarda altta yatan faktörleri araştırmanın büyük önem taşıdığını düşünmekteyiz. Hekimlerimizin yarısına yakınının bu faktörleri araştırdığını belirtmesi değerli olsa da bu oranın arttırılması doğru tanı ve etkin sağaltım için önemlidir.

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre hekimlerin hepsi (%100) depresyon tedavisinde farmakoterapiyi bildiğini belirtmektedir. %58,4'ü tedavi seçenekleri arasında psikoterapinin de olduğunu belirtmiştir. EKT'nin verilebilecek tedaviler arasında bulunduğunu bildiğini 17 (%19,1) hekim belirtirken , tedaviler arasında yaşam tarzı değişikliklerini belirtenlerin oranı %3,4 idi. 3 (%3,4) hekim ise tedavi seçenekleri arasına fototerapiyi de eklemişti. Katılımcıların hepsinin aklına ilk olarak ilaç tedavisinin gelmesi beklenen bir sonuçtur. Psikoterapi bazı hastalarda ilaç tedavisi olmadan birincil tedavi şeklinde verilmesiyle kimi hastada ise destekleyici ve nüksü önleyici tedavi olarak verilmesiyle çok önemli bir konumdadır[75]. Hekimlerin yarısının bu çok önemli olan tedaviyi bilse dahi aklına gelmemesi ya da yazmaya değer görmemesi dikkat çekmektedir. Fiziksel aktivite, uyku sağaltımı gibi yaşam tarzı değişikliği önerileri birinci basamak tedaviler arasında çoğu hastalıkta olduğu gibi depresyon sağaltımında da çok önemli konumdadır ve katılımcılar arasında sadece 3 kişinin aklına gelmesi dikkat edilmesi gereken bir noktadır[75]. EKT'nin üst basamakta uzman hekimlerce uygulanan bir tedavi olması dolayısıyla çoğu hekimin bilmelerine rağmen cevap olarak yazmadıkları düşünülmektedir.

Katılımcılarımızda depresyon tanısı konan, sevk gerektirecek bulguları olmayan kişilere kendilerinin antidepresan tedavi başlama durumları incelendiğinde %67,4'ünün kendisinin tedavi başladığı %32,6'sının ise psikiyatriste yönlendirdiği görülmüştür. Yemez ve ark., (1996) İzmir'de yaptıkları 70 kişilik bir araştırmada hekimlerin yarısının depresyon tedavisi konusunda kendilerine güvenmedikleri bulunmuştur[76]. Bizim çalışmamızda bu oranın daha yüksek çıkması olumlu olarak değerlendirilmiştir. Çalışma pozisyonuna göre fark olup olmadığı incelendiğinde ise pratisyen hekimlerin %67,9'sının, uzman hekimlerin %65,2'sinin, Sahu'ların ise %69,2'unun hastalarına tedavi başladığı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre çalışma pozisyonları ve antidepresan tedavi başlama arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Depresyon tanısı koymak için gerekli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerde antidepresan tedavi başlama oranları araştırıldığında tanı koyan 56 (%71,8) kişi kendisi tedavi

başlarken 22'si (%28,2) tanı koymasına rağmen hastaları psikiyatriste yönlendirmekte, tanı koyma ve tedavi ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır. Yıldırım ve ark. çalışmasında tanı koyabildiklerini düşünen hekimlerden kendisi tedavi başlayanların oranı %52,5 ile çalışmamıza benzer bulunmuştur[19]. Tanı koyduğu halde tedavi başlamayan hekimlerin bu tercihlerinde birçok faktörün etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ayırıcı tanı ve sağaltım konusundaki bilgi eksiklikleri, hastaya ayıracak zamanın kısıtlı olması, gerekli durumlarda yeterli yardımı alamayacaklarını düşünmeleri bunlardan bazıları olabilir.

Sanrı ve varsanıları sormak psikotik özellikli depresyonu yakalayabilmek ve kişilerin sevkini sağlayabilmek açısından oldukça önemlidir. Çalışmamızda hekimlerin sanrı ve varsanı belirtilerini sorma durumları araştırıldığında %78,7'si sorduğunu %12,4'ü ise sormadığını belirtti. %9'u kişi ise sanrı ve varsanı hakkında yeterli bilgisinin olmadığını belirtti.

Depresyon tanısı koydukları kişilere daha önce geçirilmiş mani ve/veya hipomani atağını sorma durumları araştırıldığında %73'i sorduğunu %23,6'sı sormadığını belirtti. Mani ve/veya hipomani hakkında yeterli bilgisinin olmadığını belirtenlerin oranı ise %3,4 idi. Bipolar bozukluğa sahip olanlar genelde depresif dönemlerinde hekimlerine başvurmaktadır. Bu yüzden bipolar ve unipolar bozukluk birbirleriyle karışabilmektedir. Tek uçlu bozukluk tedavisi alan bipolar bozukluğa sahip kişilerde döngü hızlanabilir, belirtiler kötüleşebilir, özkıyım oranları artabilir. Bu sebeple birinci basamağa başvuran kişilere mani ve hipomani öyküsünü sormak ve gerektiğinde hastaları yönlendirmek oldukça mühimdir[77].

Antidepresan ilaçların etkileri, kişiden kişiye değişmesiyle birlikte, 2-3 hafta içinde görülmeye başlar. Bazı hastalarda ise şikayetlerinde düzelmeler daha erken görülebilir[28,49,51,52]. Bu sebeple kişiler ilk 2 hafta içinde kontrole çağırılmalıdır. Kişinin 18-25 yaş aralığında olması ya da özkıyım riski bulunması halinde ise 1 hafta sonra kontrol önerilir[46]. Tedavi verilen hastaların uygun zamanda kontrole çağırılması sağaltımın sağlanması, kişinin tedaviye uyumu ve tedaviden maksimum verim almak adına oldukça önemlidir[78]. Çalışmamızda hekimlerin antidepresan tedavi başladıkları kişileri ortalama 30 (15-30) gün sonra kontrole çağırdıkları sonucu bulunmuştur. Bu sonuca göre hastalar kontrole ideal zamandan oldukça geç çağrılmaktadırlar.

Kendileri antidepresan tedavi başlayan hekimlerin %100'ü kişileri kontrole çağırdıklarını belirttiler. Psikiyatriste yönlendiren hekimlerin %82,8'i ise kişilere kendisi

tedavi başlamasa bile kontrole çağırdığını söylerken %17,2'si kontrole çağırmadığını belirtti. Antidepresan tedavi başlama ve kontrole çağırma oranlarının ilişkisine bakıldığında sonuçlar anlamlı bulunmuştur. Kendisi tedavi başlamayan hekimlerin de kişileri kontrole çağırması, birinci basamak hekiminin hastayı ve ihtiyaçlarını daha iyi bilmesi ve daha çabuk müdahale imkanının olması, ilaç dozu ayarlanması, sevk ya da yatış gerektiren yeni oluşabilecek bulguların atlanmaması gibi açılardan değerlidir. Ek olarak danışanların ve ailesinin tedaviye uyumunu arttırması ve çeşitli nedenlerle ilaçların bırakılmasının önlenmesi açısından da önemlidir. Sancar ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada kontrole çağırdıkları hastaların yalnızca %26,8'inin tedaviye uyumunun yüksek olduğu görülmüştür[79]. Sancak ve ark. (2015) çalışmasında tedavi uyumsuzluğunun en çok görüldüğü hastalık majör depresif bozukluk (%45,7), en sık bırakılan ilaç ise SSRI (%48,6) bulunmuştur[80].

Erkeklerde depresyon farklı belirti ve şikayetlerle kendini gösterebilmektedir. Ayrıca toplumun erkeğe atadığı rolden dolayı bazılarının yardım istemede ve duyguları hakkında konuşmada zorlanmaları, kendilerini zayıf ve güçsüz hissetmeleri ruhsal hastalıklarının geç farkedilmesine ve sağaltımın aksamasına neden olabilir, süreç özkıyım ile sonuçlanabilir[81]. Çalışmamızda antidepresan tedavi başlama kararlarında cinsiyetin öneminin olup olmadığı araştırıldığında hekimlerin %58,4'ü cinsiyetin öneminin olmadığını, %41,6'sı ise olduğunu belirtti. Cinsiyetin öneminin olduğunu söyleyen hekimlerin, hangi cinsiyette daha istekli olduğuna baktığımızda %78,4'ü kadın, %21,6'sı erkek cinsiyeti belirtti.

Antidepresan tedavi başlanan kişilerin ilaç etki mekanizması tedavi süresi ve ilaç yan etkisi konusunda bilgilendirilme durumları ayrı ayrı sorgulandığında hekimlerin %76,4'sı ilaç etki mekanizması hakkında bilgilendirme yaptığını, %94,4'ü tedavi süresi hakkında bilgilendirme yaptığını, %92,1'i ilaç yan etkisi konusunda bilgilendirme yaptığını belirtmiştir. Depresyon tedavisinde başvuran ile iş birliği içerisinde olmak sağlıklı bir tedavi süreci için oldukça önemlidir. Antidepresan başlamaya karar verilen kişiye gerekli bilgilendirmelerin yapılması kişinin ve ailesinin tedaviye uyumunu arttıracaktır. Tedavi süresi, ilaçların olası yan etkileri, mekanizmaları gibi konularda önceden hastayı eğitmek, hastanın tereddütlerini, ilaca ve tedaviye devamını sağlayacaktır. Gerçekçi olmayan beklentilere girmesini engelleyecektir[49].

Antidepresan tedavide öncelikli olarak SSRI'lar tercih edilmektedir[49]. Özkıyım düşüncesinde daha etkin olmaları, yan etkilerinin nispeten daha az olması, tolere edilebilir ve emniyetli olmaları gibi özellikler bu durumda etkilidir[82]. Çalışmamıza katılan hekimlerin,

etken maddeler göz önüne alınarak, en sık hangi antidepresan molekülünü tercih ettikleri araştırıldığında, %97,6'sı SSRI olarak belirtmiştir. Yalnızca 2 (%2,4) kişi farklı bir cevap olarak trisiklik antidepresanlar demiştir.

Hekimlerin ihtiyaç halinde antidepresanlar hakkındaki bilgilere hangi kaynaklardan ulaşmayı tercih ettikleri araştırıldığında, %38,2'si interneti, %20,2'si ilaç bilgi sitelerini, %30,3'ü bilimsel makaleleri, %10,1'i psikiyatrist meslektaşlarını, %18'i tıbbi kitapları belirtmiştir. %6,7'si ise herhangi bir kaynağa başvurmadıklarını belirtti. Yıldırım ve ark., çalışmasında çıkan sonuçlarda ise internetin belirtilme oranı %60, psikiyatrist meslektaşların oranı %10,8'dir ve bizim sonuçlarımıza benzerdir fakat bizim çalışmamızdan farklı olarak ilaç mümessillerinden faydalandıklarını söyleyenlerin oranı %3.3'tür[19]. Bizim çalışmamızda hiçbir hekim ilaç mümessiline başvurmayı tercih etmemiştir. %6,7'sinin bilgi edinmeyi tercih etmemesi de bizim açımızdan dikkat çekicidir. Bu tercihin birçok sebebi olabileceği aşikardır. Kendi bilgilerine çok güvenmeleri, depresyonu olan kişiye tedavi vermeyi ve takibini yapmayı reddetmeleri, araştırma yapmaya vakit bulamamaları bunlardan bazıları olabilir. Her iki çalışmadaki psikiyatrist meslektaşların tercih edilme oranları benzer ve diğer tercihlerden geridedir. Hekimlerin hasta yoğunluğu içinde birbirlerine danışmanlık yapabilecekleri vakitlerinin olmaması bizim açımızdan maalesef bu sonucun önde gelen sebeplerinden olabilir.

Antidepresan tedaviye yanıt kısmi de olsa yeterli midir sorusunun cevaplarını incelediğimizde %37,1 oranında evet, %50,6 hayır, %12,4 bilgim yok cevabı verilmiş. Depresyon tedavisinde düzelme denebilmesi için hastanın belirtilerinin tama yakın azalması beklenir. Tolere edebildiği maksimum dozda yine de bu hedefe ulaşılamadıysa diğer seçenekler düşünülmeli ya da hastanın sevki sağlanmalıdır[83]. Bu önlemlerin alınıp etkili sağaltımın sağlanabilmesi için bu bilginin bilinmesi önemlidir. Çalışmamızdaki yanıt oranları bizim açımızdan, tedavi süreci hakkında, hekimlerin bilgilerinin tazelenmeye ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Katılımcılarımızda psikiyatri stajındaki antidepresan eğitimi hakkındaki düşüncelerini araştırdığımızda, %71,9'u yeterli olmadığını, %28,1'i ise yeterli olduğunu belirtti. Aile hekimi ihtisası yapan hekimlerden psikiyatri rotasyonu alanların rotasyondaki depresyon eğitimi yeterli miydi diye sorulduğunda, %50'si evet, %50'si hayır cevabını verdi. Aynı hekimlerin rotasyondaki antidepresan eğitimi hakkındaki düşüncelerine bakıldığında ise %34,6'sı yeterli olduğunu, %65,4'ü yetersiz olduğunu düşünmekteydi. Yıldırım ve ark.

çalışmasını incelediğimizde psikiyatri stajında antidepresanlarla ilgili aldığı eğitimi yeterli bulmayanların oranı bizim çalışmamıza benzer şekilde %72,7 iken rotasyon sırasında aldığı eğitimi yeterli bulmayanların oranı %80 idi[19]. Poyrazoğlu'nun 2023'te yaptığı benzer bir çalışmanın sonucunda aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin %55,7'si psikiyatri rotasyonunda aldığı eğitimin yeterli olduğunu düşünmekteydi[84]. Bu konuda yapılan çalışmalarda tıp öğrencilerine psikiyatri branşının sevdirilmesi ve psikiyatri staj eğitimi içeriğinin gözden geçirilmesi, ülke genelinde ortak hale getirilmesi ve daha modern yöntemler kullanılması önerilmiştir. Ayrıca hastalar üzerindeki uygulamaların, öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını olumlu etkilediği gözlemlenmiştir[85,86].

Katılım gösteren hekimlerin %23,6'sı psikiyatri stajı ve rotasyonu dışında antidepresanlarla ilgili eğitim almış, %76,4'ü ise başka bir eğitim görmemiş. Katılımcı hekimlerin antidepresanlarla ilgili eğitim programlarına ihtiyaç duyma durumları sorgulandığında %78,7'si ihtiyaç duyduğunu %21,3'ü ise duymadığını belirtmişti. Ayrıca çalışmamızda önceden eğitim alan kişilerin %90,5'inin yine de düzenli eğitim programına ihtiyaç duyduğu bulunmuştur. Yıldırım ve ark. çalışmasındaki sonuçları gözden geçirdiğimizde mesleğe başladıktan sonra bu konuda eğitim alanların oranı %65, eğitime ihtiyaç duyanların oranı ise %89,2 idi[19]. Yenilmez ve ark.(2002) çalışmasındaki pratisyen hekimlerin %78,2'si depresyon, %72,7'si anksiyete bozukluğu ile ilgili eğitim almak istemektedir[86]. Akalın ve ark. eğitim öncesi ve sonrası yaptığı araştırmada çıkan sonuca göre, eğitim sonrasında depresyonun sık görülen bir sağlık problemi olduğu ve başka bulgularla karşımıza çıkabileceği öğrenilmekte fakat tanı koymanın zor olduğu inanışı artmaktadır. Buna rağmen aynı araştırmada gösterilmiştir ki eğitim sonunda hekimlerdeki tedavi verme isteği ve hekimlerin kendilerine olan güvenleri artmakta, ilaç seçim zorluğu ve sevk oranları azalmaktadır. Yine de verilen eğitimler katılımcı hekimleri tatmin etmemektedir[2]. Yapılan birçok çalışma sonucuna göre hizmet içi eğitimlerin sonunda hekimlerin depresyon tanısı koyma ve antidepresan reçeteleme oranlarının arttığı, birinci basamak hekimlerinin depresyon sağaltımını üstelenme konusunda daha istekli oldukları gösterilmiştir[87].

Ruhsal bozukluğa sahip kişilerin %25-50'sinin hayat boyu en az bir kez özkıyım girişimde bulunduğu gösterilmiştir[36]. Depresif bozukluğu olan bir kişide, özkıyım düşüncelerinin sorulması, sahipse planının bulunup bulunmadığının sorulması, kendisine zarar verebileceği aletlere erişiminin sorulması, daha önce özkıyım girişimi öyküsünün olup olmadığının öğrenilmesi süreç açısından büyük önem arz eder[37]. Çalışmamızdaki "depresyon tanılı bir kişide özkıyım düşüncesini direkt sormalı mıyız" ifadesine verilen cevapları

incelediğimizde katılımcıların %66,3'ü evet, %22,5'i hayır %11,2'si ise fikrim yok cevabını vermiştir. Kişilerde özkıyım düşüncesini sorma durumlarına bakıldığında ise %87,6'sının sorduğu, %12,4'ünün sormadığı bulunmuştur. Özkıyım düşüncesini direkt sormalı mıyız sorusu ile özkıyım düşüncesini sorma oranları karşılaştırıldığında, bu soruya yanlış diyenlerin %85'i özkıyım düşüncesini soruyor. Yani, direkt sormayı doğru bulmayan hekimler yine de dolaylı yollardan özkıyım düşüncesini sormaktadırlar. Oranların ilişkisi incelendiğinde anlamsız bulunmuştur. Bazı hekimlerin bu kararlarında, direkt sordukları takdirde kişilerin aklına özkıyımı getirebilecekleri endişesinin etkili olduğunu düşünmekteyiz. Yıldırım ve ark. çalışma sonuçlarında özkıyım düşüncesi direkt sorulmalıdır diyenlerin oranı %28,3, özkıyımı soranların oranı ise %37,5 ile bizimkinden düşük çıkmıştır[19]. Özkıyım düşüncesi olan kişilerin bu konudaki planlarını sorma oranlarına baktığımızda ise, %49,4'ünün araştırdığını, %50,6'sının araştırmadığını bulduk. Bu sonuçlar ışığında hekimlere bu mühim konu ve yönetimi ile ilgili daha fazla bilgilendirme yapılması gerektiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Aile hekimlerine başvuranlar arasında yaşlı kişiler azımsanamayacak bir orandadırlar. Depresyon açısından bu kişileri taramak mühimdir çünkü, yaşlı kişiler depresif belirtiler yerine fiziksel yakınmalar ile başvurabilirler ve altta yatan depresif bozukluk atlanabilir. Bu kişilerdeki depresyona bağlı olan bellek bozuklukları da demans ile karıştırılabilir[24]. Çalışmamızın sonuçlarına göre yaşlılarda depresyonu tarama oranı %86,5'tir.

Katılımcılarımızın %64'ü kişilere gebelikleri sırasında depresyon açısından tarama yaptıklarını belirtmiştir. Aynı şekilde %64'ü gebelik sonrasında da depresyon taraması yaptıklarını belirttiler. Yıldırım ve ark. çalışmasına katılan hekimlerin ise %28,3'ü gebelerde depresyonu taradıklarını söylemiştir[19]. Köken'in çalışmasında ise hekimlerin %42,9'u kurumlarında annelik hüznü ile ilgili hizmet verildiğini belirtmiştir[88]. Işık'ın 2007'de ebe ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, %75,5'inin çalıştığı kurumda bu yönde bir hizmet vermediği bulunmuştur[89]. Karagöz'ün 2011'deki çalışmasında da benzer şekilde ebe ve hemşirelerin %85'i kurumlarında annelik hüznü ile ilgili hizmetlerinin olmadığını söylemişlerdir[90]. Postpartum depresyon kadınlarda %10-28 oranında görülmekle birlikte annelik hüznü ile birlikte ana çocuk sağlığı açısından riskli bir durum oluşturmaktadır. Doğum öncesi ve postpartum dönemlerde anne sağlığıyla ilgilenmek ve korumak birinci basamak çalışanlarının görevlerindendir[88]. Çalışmamızın sonuçlarına bakarak hizmet içi eğitimlerde bu konuya da değinilmesinin faydalı olacağı söylenebilir.

Katılımcılarımızda ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçek puanları araştırıldığında ortalama puan 38 (26-46,5) bulunmuştur. Ölçek puanı ile yaş arasında ilişki var mı diye incelediğimizde anlamlı farklılık saptanmadı. Yıldırım ve ark. acil servis doktorları ve hemşirelerinde yaptıkları çalışmada RHYİÖ puan ortalamaları 52,4 bulunmuştur ve bizim çalışmamızda olduğu gibi yaşa göre farklılık bulunmamıştır[91]. Kaya'nın aile sağlığı merkezlerindeki çalışmasındaki sonuca göre hekimlerin RHYİÖ puan ortalaması 45,4 çıkmıştır ve aynı şekilde yaşa göre farklılık bulunmamıştır[92]. Aydöner'in psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmasında hemşirelerin RHYİÖ puan ortalamaları 52,8 bulunmuştur. Köşger ve ark. tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı araştırmada RHYİÖ ortalama puanı 43,6 bulunmuştur[93]. Aker ve ark. birinci basamak hekimlerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %73'ü şizofreni tanılı kişilerin saldırgan olduğuna inanıyordu. Yine aynı çalışmada hekimlerin %63'ü şizofreni tanılı kişilerin toplumda serbest dolaşmasının sakıncalı olduğunu düşünüyordu[69].

Ölçek ile çalışma pozisyonları ilişkisi incelendiğinde, pratisyen hekimlerin ortalama puanı 39 (28,5-45), uzmanların 29 (21-50), Sahu'ların ise 43 (26-52) bulunmuştur ve ikisi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışma pozisyonu ile anlamlı farklılık olmaması, uzmanlık eğitiminde alınan rotasyonun hekimlerdeki inançlar ve önyargılar üzerinde etkili olmadığı anlamına gelebilir. Saillard'ın çalışmasına katılan psikiyatristlerin bu tür inançlarla baş etme önerilerinin içinde stajların uzatılması ve eğitim içeriklerinin düzenlenmesinin yer alması da bizim düşüncemizi destekler niteliktedir[41].

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimliği sisteminin ülkemizde yürürlüğe girmesiyle birlikte birinci basamak hizmetlerinin birçok alanda önem ve sorumlulukları artmıştır. Birinci basamakta verilmesi gereken ruh sağlığı hizmetleri de bunlardan biridir. Bütüncül şekilde verilmesi gereken, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin en verimli şekilde sunulması için çalışmalar sürmektedir. Biz yaptığımız çalışma ile bu hedeflere ve bu konudaki farkındalıklara katkıda bulunmayı amaçladık.

Çalışmamızın sonuçlarına göre aile hekimleri, depresyon tanısı koymak için donanımlı olduklarını düşünmekte ve birçoğu tanı koyduğu kişilere kendisi tedavi başlasa da içlerinde kişileri psikiyatriste yönlendirenler de azımsanmayacak sayıdadır. Bu kararlarında antidepresanlar ve hasta takip süreçleriyle ilgili kendilerine yeterince güvenmedikleri ya da ruh sağlığı bozukluğuna sahip bir bireyle ilgileneceği kadar muayene süresine sahip olmamalarının etkili olabileceğini çalışmamız göstermiştir. Sonuçlarımıza göre birçok hekim aldığı staj ve rotasyonlardan istediği verimi alamadığını belirtti. Ayrıca tedavi başlama oranlarıyla çalışma pozisyonları arasında bir ilişki çıkmaması da verilen eğitimlerin yeteri kadar etkili olmadığının bir göstergesi olabilir. Psikiyatri stajı ve rotasyonu eğitim içeriğinin gözden geçirilmesi, hasta takip ve yüzyüze eğitim olanakları sunulması, süresinin uzatılması ve bunlara ek olarak hizmet içi eğitimlerin planlanması bizim çalışmamızın yanı sıra başka benzer çalışmalarda da önerilmiştir. Araştırmamız göstermiştir ki hekimlerimizin çoğu birinci basamağın önemli bir parçası olan hasta takibini yapmak konusunda isteklidir. Kendisi tedavi başlamasa bile kişileri takipte tutmak isteyen hekimler çoğunluğu oluşturmaktadır. Ancak kişilerin ortalama çağırılma süresi kılavuzlara göre olması gereken sürenin bir hayli uzağında bulunmuştur.

Hekimlerimizin çoğunun sevk gerektirecek psikoz belirtilerini ve mani/hipomaniyi saraştırdığını gözlemledik. Ayrıca özkıyım düşüncesini sorma oranları da bir hayli yüksektir. Dikkat edilmesi gereken nokta ise özkıyımı dolaylı yoldan sormak gerektiği düşüncesine sahip olan hekimlerimizin de mevcut olmasıdır. Özkıyım oranlarının yükseldiği günümüzde, kişilerin bu tarz hassas durumlarda birinci basamak hekimlerine güvendikleri ve onlara başvurmayı tercih ettikleri bilinen bir gerçektir. Bu yüzden özkıyım girişimleri hakkındaki bilgi ve farkındalıkları güncellemek, bu konudaki yanlış düşünceleri tespit edip düzeltmek önemlidir.

Sonuçlarımızda RHYİÖ puanlarının benzer çalışmalara oranla daha düşük çıkması sevindiricidir. Tıp fakültesindeki eğitimlerinin ya da hizmet içi eğitimlerin hekimlerin önyargılarına olan etkisi hala tartışılmaktadır. Bu konudaki çalışma sonuçları çelişkili ama umut vericidir. Alınan eğitimler bütün düşünce ve önyargıları değiştirmese de ruhsal bozukluğa sahip kişilerin daha kaliteli bir sağlık hizmeti almasını kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın tek bir ilçede yapılmış olması ve uzman sayımızın az oluşu kısıtlılıklarımızdandır. Benzer araştırmaların çoğalmasının ve ülke geneline yaygınlaştırılmasının bu konudaki çalışmaları ve farkındalıkları arttıracağını düşünmekteyiz. Ayrıca ileride planlanabilecek eğitim programlarının içerik düzenlenmesine de yardımcı olacağını düşünüyoruz.

7. ÖZET

Amaç: Bizler bu çalışmada, Kocaeli ili İzmit ilçesinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin depresyon tanı ve tedavi süreçlerini etkileyen faktörleri araştırıp elde ettiğimiz sonuçlar yardımıyla, birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlamayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. 01.11.2023-01.02.2024 tarihleri arasında Kocaeli ili İzmit ilçesinde görev yapmakta olan aile hekimlerine uygulanmıştır. İlk bölümde aydınlatılmış onam formu, ikinci bölümde demografik ve hekimliğe dair genel bilgiler, üçüncü bölümde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği yer almaktadır. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği 21 soru içermektedir. Gruplar arasındaki farklılık Kruskal-Wallis testi ile belirlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile belirlenmiştir.

Bulgular: Araştırmamıza katılan hekimlerden %87,6'sı depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip olduğunu düşünmektedir. Hekimlerin %71,9'u psikiyatri stajında antidepresanlarla ilgili aldıkları eğitimin yeterli olmadığını belirtti. Psikiyatri rotasyonu alan hekimlerin %50'si rotasyondaki depresyon eğitimini yeterli bulmadığı belirtti. Psikiyatri rotasyonu alanların %34,6'sı rotasyondaki antidepresan eğitiminin yeterli olmadığını belirtti. Hekimlerin %78,7'si antidepresanlarla ilgili eğitim programlarına ihtiyaç duyduğunu belirtti. Katılımcıların %87,6'sı depresyon tanısı koydukları kişilerde özkıyım düşüncesini araştırdığını belirtti. Katılımcıların ruhsal hastalığa ait inançlar ölçeği ortalama puanları 38 (26-46,5) bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına baktığımızda hekimlerimiz, depresyon tanısı koymak için donanımlı olduklarına inanmaktadır. Birçok hekim aldığı stajlardan ve rotasyonlardan istediği verimi alamamıştır ve depresif bozukluk hakkında eğitimlere ihtiyaç duymaktadır. Sonuçlarımıza göre özkıyım düşüncesini sorgulama oranları bir hayli yüksektir. RHYİÖ puanları da benzer çalışmalara oranla daha düşük çıkmıştır. Bizim çalışmamıza benzer araştırmaların çoğalmasının ileride planlanabilecek eğitim programlarının içerik düzenlenmesine yardımcı olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, antidepresan, birinci basamak

8. ABSTRACT

Objective: In this study, we aimed to investigate the factors affecting the depression diagnosis and treatment processes of family physicians working in Izmit district of Kocaeli province and to contribute to the development of mental health services in primary care with the help of the results we obtained.

Method: Our study is a cross-sectional type survey study. It was applied to family physicians working in Izmit district of Kocaeli province between 01.11.2023-01.02.2024. The first part contains the informed consent form, the second part contains demographic and general information about medicine, and the third part contains the Beliefs Towards Mental Illness Scale. The Beliefs Towards Mental Illness Scale consists of 21 questions. Differences between groups were determined by Kruskal-Wallis test. Relationships between categorical variables were determined by Chi-square analysis.

Results: 87.6% of the physicians who participated in our research think that they have the necessary knowledge to diagnose depression. 71.9% of physicians stated that the training they received regarding antidepressants during their psychiatry internship was not sufficient. 50% of physicians who received psychiatry rotations stated that they did not find the depression training in the rotation sufficient. 34.6% of those who received a psychiatry rotation stated that the antidepressant training in the rotation was not sufficient. 78.7% of physicians stated that they needed training programs on antidepressants. 87.6% of the participants stated that they investigated suicidal thoughts in people diagnosed with depression. The participants' average scores on the beliefs about mental illness scale were found to be 38 (26-46.5).

Conclusion: When we look at the results of our study, our physicians believe that they are equipped to diagnose depression. Many physicians have not been able to get the desired results from their internships and rotations and need training on depressive disorder. According to our results, the rates of questioning suicidal thoughts are quite high. BTMIS scores were also lower than similar studies. We think that the increase in research similar to our study will help organize the content of training programs that can be planned in the future.

Key Words: Depression, antidepressant, primary care

EKLER

EK-1: Çalışmada Kullanılan Anket Formu

KOCAELİ İLİ İZMİT İLÇESİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN DEPRESYON TEDAVİ VE TAKİP SÜREÇLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı ; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda " Kocaeli ili İzmit ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin depresyon tedavi ve takip süreçlerini etkileyen faktörler " isimli bir bilimsel araştırma çalışması yürütülmektedir. Veri toplama formunun tamamlanması ortalama 8-10 dakika sürmektedir. Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, katılmanızdan dolayı da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçları talep etmeniz durumunda herhangi bir ücret talep etmeksizin sizlere bildireceğiz. Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğinizde, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof.Dr.Tuncay Müge ALVUR

Araş.Gör.Dr.Kardelen ŞENYAŞAR BAYNAL

Araştırma ile ilgili soru ve katkılarınız için aşağıda yer alan e-posta adresinden bize ulaşabilir sorulanınızı iletebilirsiniz.

kardelensenyasar@gmail.com

1. Araştırmaya kendi isteğinizle katılmayı onaylıyor musunuz? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- o Onaylıyorum

2.BÖLÜM

Demografik ve hekimliğe dair bilgiler

2. Cinsiyetiniz nedir? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- o Kadın
- o Erkek

3. Yaşınızı belirtiniz. *

4. Halen çalıştığınız kurumu belirtiniz. * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Aile sağlığı merkezi
- Devlet hastanesi

5. Çalışma pozisyonunuzu belirtiniz. * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Pratisyen hekim
- Uzman hekim
- Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistanı (Sahu)

6. Bir hastaya depresyon tanısı koymak için gereken bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

7. Depresif yakınmalarla gelen hastalarınıza ortalama ne kadar süre ayırıyorsunuz? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 5-9 dk
- 10-19 dk
- 20-29 dk
- 30 dk ve üzeri

8. Sizce hastalarınıza ayırdığınız süre yeterli mi? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

9. Depresyon tanısı koyduğunuz hastanızda tedavi vermeden önce altta yatan faktörleri araştırır mısınız? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Altta yatan faktörleri araştırırım
- Araştırılması için bir üst merkeze sevk ederim
- Tedavi başladıktan sonra araştırılması için bir üst merkeze sevk ederim.

10. Depresyonda bildiğiniz tedavileri yazınız. *

11. Depresyon tanısı koyduğunuz, sevk etmenizi gerektirecek şikayet ve bulguları olmayan hastanıza kendiniz antidepresan tedavi başlar mısınız? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kendim tedavi başlarım
- Psikiyatriste yönlendiririm

12. Depresyon tanısı koyduğunuz hastanızda sanrı ve varsanı belirtilerini sorgular mısınız? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır
- Sanrı ve varsanı hakkında yeterli bilgim yok

13. Depresyon tanısı koyduğunuz hastanızda daha önce geçirilmiş mani ve/veya hipomani atağını sorgular mısınız? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır
- Mani ve/veya hipomani hakkında yeterli bilgim yok

14. Antidepresan tedavi başladığınız hastalarınızı ilk kontrolüne ne zaman çağırırsınız? *

_____

15. Aynı depresif yakınmalarla gelen hastalarınızdaki antidepresan tedavi başlama kararınızda cinsiyetin bir önemi var mıdır? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Cinsiyetin önemi var
- Cinsiyetin önemi yok

16. Aynı depresif yakınmalarla gelen hastalarınızda, hangi cinsiyette tedavi başlama açısından daha isteklisiniz?
(Yukarıdaki soruda "cinsiyetin önemi var" şıkkını işaretleyenler cevaplandıracaktır.) Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kadın
- Erkek

17. Depresyon hangi cinsiyette daha sık görülür? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Kadın
- Erkek

18. Antidepresan tedavi başladığınız hastalarınızı ilaç etki mekanizması konusunda bilgilendir misiniz? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır
- Antidepresanların etki mekanizması hakkında yeterli bilgiye sahip değilim

19. Antidepresan tedavi başladığınız hastalarınızı tedavi süresi konusunda bilgilendirir misiniz? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır
- Antidepresan tedavi süresi hakkında yeterli bilgiye sahip değilim

20. Antidepresan tedavi başladığınız hastalarınızı ilaç yan etkisi konusunda bilgilendirir misiniz? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır
- Antidepresanların yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip değilim

21. Depresyon tanısı koyduğunuz hastalarınızın tedavisinde en sık hangi antidepresan molekülünü tercih edersiniz?
(Ticari adını yazabilirsiniz, sonuçlar etken maddeye göre girilecektir.)

22. İhtiyacınız halinde antidepresanlar hakkında bilgi sahibi olmak için hangi kaynaklara başvurursunuz?

23. Antidepresan tedaviye yanıt kısmi de olsa yeterli midir? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır
- Bilgim yok

24. Psikiyatri stajı sırasında antidepresan ilaçlar hakkında aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

25. Psikiyatri rotasyonu aldınız mı?
(Aile hekimliği ihtisası yapanlar cevaplayacaklardır.) Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

26. Psikiyatri rotasyonu sırasında depresyon hakkında aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
(Aile hekimliği ihtisası yapanlardan psikiyatri rotasyonu alanlar cevaplayacaklardır.) Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

27. Psikiyatri rotasyonu sırasında antidepresan ilaçlar hakkında aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
(Aile hekimliği ihtisası yapanlardan psikiyatri rotasyonu alanlar cevaplayacaklardır.) Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

28. Psikiyatri stajı ve rotasyonu haricinde antidepresan ilaçlar hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

29. Antidepresan ilaçlar ile ilgili düzenli eğitim programlarına ihtiyaç duyuyor musunuz? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

30. Depresyon tanısı konan bir hastada intihar düşüncesini direkt olarak sorgulamalıyız. * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Fikrim yok

31. Depresyon tanısı koyduğunuz hastalarınızda intihar düşüncesini sorgular mısınız? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

32. İntihar düşüncesi olan hastanıza bunu nasıl yapmayı planladığını sorar mısınız? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

33. Yaşlı hastalarınızı depresyon açısından sorgular mısınız? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

34. Kadın hastalarınıza gebelik sırasında depresyon açısından tarama yapar mısınız? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

35. Kadın hastalarınıza gebelik sonrasında depresyon açısından tarama yapar mısınız? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

36. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi veya hangileri depresyon tanısı ve derecelendirmesi için sorgulanması ve gözlemlenmesi gerekenlerdendir? (birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- Duygudurum
- İştah durumu
- Cinsel istek
- Günlük rutin aktivitelerine ilgi düzeyi
- Uyku düzeni
- Suçluluk duygusu
- Psişik ve somatik kaygılar
- Somatik semptom ve belirtiler
- Hipokondri
- Ajitasyon
- İçgörü

3.BÖLÜM

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ (RHYİÖ)

37. Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz.

0-Tamamen katılmıyorum 1-Çoğunlukla katılmıyorum 2-Kısmen katılmıyorum 3-Kısmen katılıyorum 4-Çoğunlukla katılıyorum 5-Tamamen katılıyorum

İFADELER	0	1	2	3	4	5
1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4. “Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						

7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne-baba olma olasılığı daha düşüktür						
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17. Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18. Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19. Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez						
20. Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21. Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem						

EK-2: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından Alınan Yazılı İzin Belgesi

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-80418770-020-481027
Konu : Etik kurul başvurunuz hk.

Sayın Prof.Dr. Tuncay Müge ALVUR

GOKAEK-2023/16.14 **Prof.Dr. Tuncay Müge ALVUR** sorumluluğunda yürütülmesi planlanan **2023/320** proje numaralı "Kocaeli ili İzmit ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin depresyon tedavi ve takip süreçlerini etkileyen faktörler" başlıklı proje değerlendirilmiş, yöntem kısmında belirtilen tarihin etik kurul onay tarihinden sonra olması koşuluyla yürütülmesi uygun bulunmuştur.

KARAR: KABUL, PROJENİN YÜRÜTÜLMESİ UYGUNDUR.

Projenizin yürütülmesi uygun bulunmuştur, çoklu imza formu ekte sunulmaktadır. Araştırmaya Etik Kurul onay tarihinden sonra en geç 90 gün içinde başlamanız, (i) Başlayamadığınızda veya protokolde bildirdiğiniz hususlarda herhangi bir değişiklik yaptığınızda Değişiklik Bilgi Formu ile, (ii) Araştırmanızı onay aldığınız şekilde tamamladığınızda Sonuç Raporu ile Etik Kurul'a başvurmanız gerekmektedir.

Prof.Dr. Nurettin Özgür DOĞAN
Kurul Başkanı

EK-3: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğünden alınan izin belgesi

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN YÜZÜNCÜ YILI

Sayı : E-65530689-799-232515096 25.12.2023
Konu : Araştırma İzni-Kardelen ŞENYAŞAR BAYNAL

KOCAELİ İZMİT İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 14.12.2023 tarihli yazı.

Kocaeli Üniversitesi , Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilimdalı Bölümünde asistan hekim olarak görevyapan Ass. Dr. Kardelen ŞENYAŞAR BAYNAL 'ın " Kocaeli İli İzmit İlçesinde Görev Yapan Aile HekimlerininDepresyon Tedavi ve Takip Süreçlerini Etkileyen Faktörler " konulu uzmanlık tez çalışması Müdürlüğümüz Klinik Araştırmalar Komisyonunda değerlendirilerek İzmit İlçe sınırlarındaki Aile Sağlığı Merkezlerinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica olunur.

Dr. Şeref KASIMOĞLU
Personel Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 77D1EB8E-020A-4738-8093-90471F8F579D

Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

KAYNAKÇA

1. Organization, W. H. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. 24 p. (2017).

2. Akalın, S. İ., Kuzhan, E. & Cimili, C. Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 11, 58–62 (2002).

3. İzbırak, G., Akan, H. & Tezvaran, Z. Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyon Yönetimi. *J. Turk. Fam. Physician* 1, 1–7 (2010).

4. Kavukçu, E., Yaman, H., Akdeniz, M. & Aşık, Z. Birincil Bakımda Ruhsal Hastalıkların Yönetimi Neden Gereklidir? *J. Turk. Fam. Physician* 1, 33–41 (2010).

5. Taşgin, C., Öner, C., Temiz, H. E., Cetin, H. & Şimşek, E. E. İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-49 Yaş Kadınlarda Depresyon Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.* 258–269 (2021) doi:10.38079/igusabder.916681.

6. Başer, D. A. *et al.* Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ank. Med. J.* 15, (2015).

7. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği web sitesi. https://www.tahud.org.tr/.

8. World Health Organization & Doctors, W. O. of F. *Integrating Mental Health into Primary Care : A Global Perspective*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935 (2008).

9. Akkuş, M. A., Sunay, D. & Yıldız, Y. Aile Hekimliği Uzmanlarının Depresyon Tedavisine Bakışı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Derg.* 7, 62–71 (2018).

10. Ocaktan, M. esin, Özdemir, O. & Akdur, R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Derg.* 12, 63–73 (2004).

11. Yalçın, D. M. Birinci Basamakta Depresyona Yaklaşım Sorunları. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 13, 47–48 (2004).

12. Sarikaya, A. Sağlık bakanlığının birinci basamakta depresyon sorgulaması için önerdiği sorular ile beck depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması. (Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2020).

13. Tamam, L., Namlı, Z. & Karaytuğ, M. O. Depresyon Kliniği [Clinical Features of Depression]. 5, 34–38 (2012).

14. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual Of*

Mental Disorders, Fifth Edition. (American Psychiatric Publishing, American Psychiatric Association 1000 Wilson Boulevard Arlington, VA 22209-3901, 2013).

15. Markovic, Z. An Atlas of Depression - David S. Baldwin.

16. Kalli, A. *et al.* Hekimlerin Ruhsal Bozukluğu Olan Hastalara Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. *J. Turk. Fam. Physician* 10, 185–194 (2019).

17. Irmak, Sümeyye. Aile Hekimliği Asistanlarının Yaşlıda Depresyon İle İlgili Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları. (Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2022).

18. Kafes, A. Y. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanist. Perspect.* 3, 186–194 (2021).

19. Yıldırım, Abdullah. İstanbul İli Genelinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Antidepresan Reçetelemesini Etkileyen Faktörler. (Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2013).

20. Anber, T., Akar, T. & Altun, F. Depresyon ve Toplum Ruh Sağlığı. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Derg.* 2, 99–103 (2021).

21. Yazıcı, O. Distimi. *Turk. J. Clin. Psychiatry* 7, 54–62 (2004).

22. Binbay, T. *et al.* Psychiatric Epidemiology in Turkey: Main Advances in Recent Studies and Future Directions. *Turk. J. Psychiatry* 25, (2014).

23. Gören, E. N. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi `nde çalışan asistan hekimlerin Beck Depresyon Ölçeğiyle depresyon seviyelerinin ve nedenlerinin belirlenmesi. (İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2020).

24. Çelik, F. H. & Hocaoğlu, Ç. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Derg.* 6, 51–66 (2016).

25. Unal, S. & Ozcan, M. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 1, 41–48 (2000).

26. Klose, M. & Jacobi, F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? *Arch. Womens Ment. Health* 7, 133–148 (2004).

27. Karamustafalıoğlu, O. & Yumrukçal, H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Eğitim Ve Araşt. Hastan. Tıp Bül.* 45, 65–74 (2011).

28. Öztürk, M. O. & Uluşahin, A. *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*. vol. 1 (Ankara, 2011).

29. Aydemir, ömer, Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S. & Tulunay, C. Majör Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Derg.* 20, 205–212 (2009).

30. Küey, L. & Gülseren, Ş. *Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı, Sağaltım öncesi değerlendirme, Tanısal değerlendirme ve Olgu formülasyonu: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S(editörler)*. (Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2008).

31. Ak, M., Gülsün, M. & Özmenler, K. N. Özkıyım ve Kişilik. *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar* 1, 45–54 (2009).

32. Organization, W. H. *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*. (World Health Organization, 2021).

33. Söyiler, V., Özdemir, M. B. & Pehlivan, E. Psikiyatrik bozukluklar ile özkıyım arasındaki ilişkinin incelenmesi: 2013-2018 yılları için kayıtlara dayalı geriye dönük bir araştırma. *Klin. Psikiyatri Derg.* 23, 92–100 (2020).

34. Demirel Özsoy, S. & Eşel, E. İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Derg.* 4, 175–185 (2003).

35. Cheng, A., Chen, T., Chen, C.-C. & Jenkins, R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 177, 360–5 (2000).

36. Güleç, G. Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. *Turk. Klin. J Psychiatry-Spec. Top.* 2016;9(3), (2016).

37. Yilmaz, E. B. Psikiyatri Hastalarında Özkıyım Riskini Değerlendirme ve Yönetme. *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar* 11, 438–450 (2019).

38. Özmen, S. & Erdem, R. Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilim. Fakültesi Derg.* 23, 185–208 (2018).

39. Taskin, E. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *3P Derg.* 12, 5–12 (2004).

40. Taskin, E. Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalamayı etkileyen etmenler. in *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* 73–114 (meta basım matbaacılık, izmir, 2007).

41. Saillard, K. E. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Derg.* 21, 14–24 (2010).

42. Açikgöz, F. & Akkuş, D. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim. Enstitüsü Derg.* 8, 142–146 (2018).

43. Yüksel, G. E., Taşkin, E. O., Deveci, A. & Özmen, E. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 10, 100–108 (2009).

44. Arkan, B., Bademli, K. & Duman, Z. Ç. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar* 3, 214–231 (2011).

45. Ercan, F., Karakaş, M., Gürhan, N., Demircan, Ü. & Kaya, H. M. Evaluation of belief and attitudes towards stigma of nurses/physician, patients and patients' relatives in psychiatric clinics (tur). *Turk. J. Clin. Psychıatry* 24, 499–512 (2021).

46. Recommendations | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations#choice-of-treatments (2022).

47. Davidson, J. R. T. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J. Clin. Psychiatry* 71 Suppl E1, e04 (2010).

48. Ceylan, M. & Yazan, B. Depresyonun Biyolojik Tedavileri. *Psikiyatri Dünya.* 60–67 (1998).

49. Karakuş, G. & Tamam, L. Depresyon Tedavisinde Temel İlkeler [Basic Principles in Treatment of Depression]. in 710–718 (2010).

50. Örsel, S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klin. Psikiyatri* 4, 17–24 (2004).

51. Öztürk, M. O. & Uluşahin, A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I-II*. vol. 2 (Ankara, 2011).

52. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment-UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=antidepresanlar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H21696486 (2023).

53. Yüksel, N. Genel Tıpta Antidepresan Kullanımı. *1999* 2, 7–25.

54. Aydemir, Ö. Tedaviye Dirençli Depresyonda Temel Kavramlar. *Güz 2011* 1, 189–192 (2011).

55. Yüksel, N. Dirençli Depresyonların Tedavisi. *Turk. J. Clin. Psychıatry* 1, 115–119 (1998).

56. Erol, A. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonda ilaç seçimini etkileyen etmenler. *J. Mood Disord.* 3, (2013).

57. Özpoyraz, N., Tamam, L. & Ozerdem, A. Antidepresanların Etki Düzenekleri ve Önemi [Mechanisms of Actions of Antidepressants and their Significance]. in 325–335 (2008).

58. Aydemir, O. Duygudurum düzenleyici ilaçların klinik kullanımı Clinical use of mood stabilizer drugs. *Turk. Klin. J. Med. Sci.* 2, 47–51 (2006).

59. Çetin, M. Tedaviye Dirençli Depresyonlarda Yeni Antipsikotiklerin Yeri. *Klin. Psikofarmakol. Bül.* 20, 15–25 (2010).

60. Oral, E. T. & Özen, B. Psikotik Özellikli Depresyon. *klinikpsikiyatri.org* 7, 32–40 (2004).

61. Oral, E. T. Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Derg.* (2007).

62. Zeren, T., Tamam, L. & Evlice, Y. E. Elektrokonvülsif Terapi (EKT): Bir Genel Değerlendirme. *Arşiv Kaynak Tarama Derg.* 12, (2003).

63. Uysal, S. *et al.* Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğindeki Elektrokonvulsif Tedavi Uygulamalarına Genel Bakış. *Klin. Psikiyatri Derg.* 20, 114–120 (2017).

64. Atagun, M., Yildirim, M. & Canbek, O. Electroconvulsive Therapy: An Update. *Psikiyatr. Guncel Yaklasimlar - Curr. Approaches Psychiatry* 4, 350 (2012).

65. Öztürk, E. & Ayhan, H. Psikoterapinin Temel İlkeleri ve Temel Bileşenleri. *Artuklu İnsan Ve Toplum Bilim Derg.* 1, 136–158 (2021).

66. Özer, C. *et al.* Effıcacy Of Depression Management In Primary Care. *Turk. J. Fam. Pract.* 8, 20–23 (2004).

67. Yalcin, B. & Ozturk, O. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisine Yaklaşım. (2017).

68. Arroll, B., Chin, W. Y., Moir, F. & Dowrick, C. An evidence-based first consultation for depression: nine key messages. *Br. J. Gen. Pract.* 68, 200–201 (2018).

69. Özmen, E. *et al.* Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 1, 5–12 (2003).

70. Çam, M. O. & Bilge, A. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 9, 91–96 (2008).

71. Ünal, S., Hisar, F., çelik, B. & Özgüven, Z. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. *Dusunen Adam J. Psychiatry Neurol. Sci.* 145–150 (2010) doi:10.5350/DAJPN2010230301.

72. Arslantaş, H., Koyak, H. Ç. & Sarı, E. Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. *Cukurova Med. J.* 44, 1272–1283 (2019).

73. Güneş, T. & Güneş, N. Aile Hekimlerinin Psikososyal Sorunu Olan Birey Ve

Ailelere Yönelik Müdahale Yaklaşımları (Bursa Örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim. Derg.* 6, 111–120 (2017).

74. Camacho, F., Anderson, R., Safrit, A., Jones, A. S. & Hoffmann, P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *N. C. Med. J.* 67, 409–413 (2006).

75. Yalçin, B. M. & Öztürk, O. Birinci Basamakta Depresyon Tedavisine Yaklaşım. *Türkiye Klin. Aile Hekim. - Özel Konular* 8, 29–37 (2017).

76. Yemez, B., Alkın, T. & Tunca, Z. Pratisyen hekimlere depresyonla ilgili eğitim programı. *6Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi Erzurum* 245–247 (1997).

77. Dilbaz, N. İki uçlu depresyonda doğru tanı koymak: Tek uçlu ve iki uçlu depresyon ayrımı. *J. Mood Disord.* 3, 0–0 (2013).

78. Özel Ervatan, S., Özel, A., Türkçapar, H. & Atasoy, N. Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. *Klin. Psikiyatri* 5–11 (2003).

79. Sancar, M. *et al.* Antidepresan Kullanan Majör Depresyon Hastalarında Yan Etkilerin ve Hasta Uyuncunun Değerlendirilmesi. *Marmara Pharm. J.* 21, 177–182 (2017).

80. Sancak, B., Özer Ağırbaş, Ü., Cesur, E., Öztürk, N. & Ozen, S. *Tedavi Uyumsuzluğunu Anlamak: Bir Poliklinik Deneyimi*. (2015). doi:10.13140/RG.2.2.33541.78564.

81. Tarsuslu, B. & Durat, G. Erkeklerde Depresyon, İntihar, Yardım Arama ve İyi Oluş. *J. Hum. Rhythm* 4, 80–87 (2018).

82. Hariri, A. & Ceylan, M. Depresyonda İlaç Tedavisi: Özgül Serotonin Gerialım Engelleyicileri. *Duygudurum Dizisi* 339–345 (2003).

83. Park, L. & Zarate, C. Depression in the Primary Care Setting. *N. Engl. J. Med.* 380, 559–568 (2019).

84. Poyrazoğlu, S. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Rotasyonu Hakkındaki Görüşleri Ve Özyeterliliklerinin Değerlendirilmesi. (T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, 2023).

85. Demet, M. M. *et al.* Türkiye'de mezuniyet öncesi psikiyatri eğitiminin bugünü. *Türk Psikiyatri Derg.* 21, 195–202 (2010).

86. Yenilmez, Ç., Ayrancı, Ü. & Kaptanoğlu, C. Eskişehir ili birinci basamak sağlık kurumlarındaki hekimlerin psikiyatrik hizmet, tanı ve tedavilere karşı tutumları. *Türkiyede Psikiyatri* 14–24 (2002).

87. Taşkin, E. O. & Yüksel, G. E. Türkiye'de Hekimler Ve Tıp Fakültesi

Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum Ve Bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 6, 113–121 (2005).

88. Köken, S. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Annelik Hüznü İle İlgili Bilgi Ve Uygulamaları. (Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018).

89. Işik, S. N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Doğum Sonu Depresyon Konusunda Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi. (Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007).

90. Karagöz, Y. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. (Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011).

91. Yıldırım, S., Ersoysal, F. & Güler, C. Investigation of beliefs and attitudes of emergency service staff towards mental illnesses. *J. Clin. Psychiatry* 21, 380–388 (2018).

92. Kaya, C. Edirne ilinde aile sağlığı merkezlerinde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığa karşı inanç ve tutumları. *The beliefs and attitudes of healthcare professionals working in family health centers in Edirne towards mental illness* (2012).

93. Aydöner, H. İstanbul İlinde Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarının Değerlendirilmesi. (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009).