

Aile Hekimliği Uzmanlarının Depresyon Tedavisine Bakışı

Yasemin YILDIZ¹, Didem SUNAY², Mehmet Ali AKKUŞ³

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Ankara

<https://orcid.org/0000-0002-0649-7922>

²Karabük Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Karabük

³T.C. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Öz

Depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapi, deneysel olarak etkinliği kanıtlanmış tedavilerdir. Çalışmamızda depresyonlu hastaların başvurduğu Aile Hekimliği Uzmanlarının depresyon tedavisine yaklaşımları araştırıldı.

Araştırmaya 29 Ekim 2008 – 29 Aralık 2008 tarihleri arasında ulaşılan 100 Aile Hekimliği Uzmanı katıldı. Aile Hekimliği Uzmanları'na 32 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Elde edilen veriler; Betimleyici İstatistik Çalışması, Chi-Square Testi, Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis H testi ile değerlendirildi.

Depresyonu olan hastaların psikoterapisinin uzmanlara bırakılması mı gerektiği ile ilgili soruya “evet” cevabı veren Aile Hekimliği Uzmanları'nın kendilerini depresyonu takip ve tedavide yeterli hissetme düzeyi, “hayır” cevabı veren Aile Hekimliği Uzmanları'na göre düşüktür ($p=0,026$). Ağır depresyon vakalarının temelinde biyokimyasal anormallik yattığı ile ilgili soruya olumlu cevap verme ile psikoterapinin depresyonu olan hastalarda başarısız olma eğilimi olduğu sorusuna olumlu cevap verme arasında anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2_{(1)} = 4,07, p<0,05$).

Aile Hekimliği Uzmanları, depresyon tedavisinde farmakoterapi yanında psikoterapi de uygulayarak da rol alabilirler. Birinci basamakta görev yapan Aile Hekimliği Uzmanları için Bilişsel Davranışçı Terapi ile ilgili eğitimler düzenlenebilir.

Anhtar Kelimeler: aile hekimliği uzmanı, depresyon, tutum

Abstract

Attitude of Family Physicians to Depression Treatment

Cognitive Behavioral Therapy and pharmacotherapy are experimentally proven to be effective in treatment of depression. In this study, the attitude of Family Physicians for patients with depression towards depression treatment have been investigated.

A hundred Family Physicians (FP) who were reached between 29 October 2008–29 December 2008 participated to the research. A questionnaire including 32 questions was performed. The collected data are analyzed by Descriptive Statistic Study, Chi-Square, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H tests.

It was found that the Family Physicians who answered the question whether the psychotherapy of the depressive patients should be left to specialists as “yes” have a lower level of feeling of self sufficiency about monitoring and treatment of the depression than the ones who answered as “no” ($p=0.026$). It was found that there was a significant relation between giving positive answers to the questions about abnormalities related to biochemistry of heavy depression occurrences and psychotherapy tends to be unsuccessful for the depressive patients ($\chi^2_{(1)} = 4,07, p<0.05$).

Family Physicians can take role in depression therapy by applying psychotherapy besides pharmacotherapy. Cognitive Behavioral Therapy courses could be organized for Family Physicians.

Keywords: family physician, depression, attitude

Correspondence / Yazışma:

Yasemin YILDIZ
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Fizyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Tel: +90 312 305 15 67

E-mail: yasemin.yildiz3@gmail.com

Received / Geliş: August 16, 2017

Accepted / Kabul: March 18, 2018

©2018 JCBPR. All rights reserved.

AMAÇ

Depresyon tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi ve farmakoterapi, etkinliği deneysel olarak kanıtlanmış tedavilerdir. Depresyon, birinci basamakta başvurma nedeni olan psikiyatrik hastalıkların en sık nedenidir (Blacker ve Clare 1987, Mann ve Jenkin 1981). Depresyon prevalansı yaklaşık olarak %10'dur ve 2020'de dünyada ikinci en sık görülen hastalık olacağı tahmin edilmektedir (Singleton ve ark. 2000, Layard 2006, Murray ve Lopez 1997). Depresyon prevalansı toplum eğitimi kampanyaları, kanıta dayalı rehberler ve etkili tedavilere rağmen, gelişmiş ülkelerde dahi yakın yıllara kadar azaltılamamıştır (NICE 2009, Brugha 1995, Kendrick 2000, Department of Health 2001). Yaygınlığına karşın depresyonun tanısı, tedavisi ve yönetiminde istenen başarı sağlanamamıştır.

Depresyon tedavisinde antidepresanlar önemli yer alır. Fakat tedavinin uzun sürmesi ve nüksün engellenmesi açısından Bilişsel Davranışçı Terapi de çok önemli rol oynamaktadır.

Ülkemizde birinci basamakta depresyon olgularının ancak %15'ine tanı konulmakta, ancak bunların yarısının tedavisi birinci basamakta yapılmaktadır (Özer ve ark. 2004).

Depresyonun tanısı ve yönetimi çoğunlukla aile hekimlerinin kişisel özellikleri, deneyimleri ve mental hastalıklara yaklaşımına bağlıdır (Goldberg ve Huxley 1980, Marks ve ark. 1979). Birinci basamak sağlık hizmetinde görev yapan Aile Hekimi Uzmanları (AHU)'nın depresyon ve tedavisine yaklaşımlarının araştırılması erken tanı ve tedavinin sağlanması açısından önemlidir. Ülkemizde depresyon ve tedavisine yaklaşım konusunda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Depresyon tedavisinde antidepresanlar önemli yer tutmakla birlikte, nüksün engellenmesi açısından Bilişsel Davranışçı Terapi önemli rol oynamaktadır. AHU'nun uygulayacağı Bilişsel Davranışçı Terapi, depresyonu tedavi edip nüksünü de önleyebilecektir.

Bu bilgilerden yola çıkarak, bu çalışmanın amacı; dünyada ve ülkemizde, yaygınlığı ve maliyeti yüksek bir hastalık olan depresyonun tanı ve tedavisinin etkin bir şekilde yapılabilmesi için, AHU'nun depresyon ve antidepresanlara karşı tutumunu belirlemek ve Bilişsel Davranışçı Terapinin birinci basamakta da uygulanması gerektiğini ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Niteliksel özellikteki bu çalışmaya internet üzerinden ulaşılan ve birebir görüşülen, 100 AHU dahil edildi. Çalışmanın sonuçlarının daha sağlıklı değerlendirilmesi amacıyla Aile Doktorları (üç yıl Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimi almamış, sağlık bakanlığı tarafından verilen eğitim ile Aile Hekimliği statüsünde görev yapan doktorlar) ve rotasyonlarını tamamlayıp uzmanlık sınavına henüz girmemiş olan Aile Hekimliği asistanları çalışmaya dahil edilmedi.

AHU'na yaşları, meslekte geçirdikleri süre, çalıştıkları kurum, bir günde gördükleri hasta sayısı, depresyonun doğası ve kliniği ile ilgili görüşleri ve depresyon tedavisine yaklaşımlarını sorgulayan ve 32 sorudan oluşan bir anket uygulandı (Ek 1).

Elde edilen veriler Betimleyici İstatistik Çalışması, Chi-Square Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi ile değerlendirildi.

Çalışma S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 05/11/2008–300 tarih-numaralı ve 2289 sayılı onayı ile yürütüldü (Ek 2).

BULGULAR

Çalışmaya katılan AHU'nun %62'si kadın, %38'i erkek idi. Yaşları 27–53 arasında değişmekte idi.

AHU'nun %61'i devlet hastanelerinin çeşitli polikliniklerinde çalışırken, %16'sı sağlık ocağında, %4'ü Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezinde, %2'si ASM'de, %3'ü acil serviste, %3'ü devlet, %1'i özel vakıf üniversitelerine bağlı hastanelerde, %1'i kendi muayenehanesinde, %3'ü işyeri hekimi veya kurum hekimi olarak çalışmaktaydı. Katılımcıların %3'ü cevabı "diğer" olarak verip yer belirtmezken, %3'ü bu soruya cevap vermedi (Tablo 1).

Meslekte geçirdikleri süre açısından incelendiğinde, AHU'nun %24'ü 5 yıldan az, %13'ü 5–10 yıl, %63'ü 10 yıldan fazla zamandır çalışmaktaydı. AHU'nun günlük gördüğü hasta sayısı açısından son üç ay dikkate alınarak incelendiğinde %59'unun 50'den az, %37'sinin 50–100 arasında, %4'ünün 100'den fazla hasta gördüğü tespit edildi. Yine son üç ay dikkate alınarak günlük görülen depresyonlu hasta sayısı incelendiğinde %60'ının beşten az, %28'inin 5–10 arasında, %12'sinin 10'dan fazla depresyonlu hasta gördüğü saptandı (Tablo 1).

EK 1: DEPRESYON TUTUM VE DEĞERLENDİRME FORMU	
1.	Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
2.	Yaş:
3.	Meslekte geçirdiğiniz süre? (yıl olarak) 5 yıldan az () 5-10 yıl () 10 yıldan fazla ()
4.	Depresyon veya antidepresan ilaçlarla ilgili bir kursa katıldınız mı? Evet () Hayır ()
5.	Çevrenizde depresyonu olan hasta var mı? Evet () Hayır ()
6.	Günde gördüğünüz ortalama hasta sayısı nedir? (son 3 ayı dikkate alarak) 50 den az () 50-100 hasta () 100 den fazla ()
7.	Günlük gördüğünüz ortalama depresyonu olan hasta sayısı nedir? (son 3 ayı dikkate alarak) 5 ten az () 5-10 hasta () 10'dan fazla ()
8.	Depresyonu olan hastaları takip ve tedavide kendinizi ne kadar yeterli hissediyorsunuz? Hiç () Biraz () Orta düzeyde () İyi-Çok iyi ()
9.	Depresyonu olan hastanın tedavisi için aşağıdakilerden hangisi/hangilerini önerirsiniz? () Antidepresan ilaçlar () Psikoterapi () Düzenli görüşmeler () Alternatif tıp (akupunktur, aromaterapi, fitoterapi) () Tavsiyeler
10.	Antidepresan ilacı genelde hangi gerekçelerle yazarsınız? Uyku için () Repete için () Somatik belirtiler için ()
11.	Antidepresan ilaç tedavisi düzenlemede yaşadığınız zorluklar nelerdir? () Hastanın depresyonu hayatın doğal bir süreci olarak görmesi () İlacın neden olduğu yan etkiler () Ailenin hastanın depresyonu olduğunu kabullenmemesi () İlaçların pahalı olması () İlaçlarla ilgili önyargılar (bağımlılık yapması v. s.)
Depresyon ve tedavisi ile ilgili aşağıdaki görüşlerden hangisi/hangileri size uymaktadır?	
12.	() Mutsuzluk hissi ile tedavi gerektiren klinik depresyonu ayırdetmek zordur.
13.	() Depresyonu olan hastalara bakmak bana çok ağır ve zor gelir.
14.	() Depresyon sıklıkla tekrarlar.
15.	() Depresyonların çoğu hastaların yakın zamandaki şanssızlıklarından kaynaklanır.
16.	() Çoğu depresif hastalık tedavisiz iyileşir.
17.	() Ağır depresyon vakalarının temelinde biokimyasal anormallik yatar.
18.	() Bir psikolojik kökenli ve diğeri biokimyasal mekanizmalardan kaynaklanan olmak üzere depresyonun iki temel grubunu ayırt etmek olasıdır.
19.	() Depresyon yaşam koşullarına göre değişim gösteremeyen hastalarda görülür.
20.	() Depresyona girmek yaşlanmanın doğal bir parçasıdır.
21.	() Hemşire deprese hastaya destek olmak için faydalı bir personel olabilir.
22.	() Aile hekimi ne yaparsa yapsın tedaviye cevap vermeyen küçük bir hasta grubu vardır.
23.	() Psikoterapinin deprese hastalarda başarısız olma eğilimi vardır.
24.	() Deprese hasta antidepresana gereksinim duyuyorsa psikiyatrist ile koordine çalışmak genel pratisyenle çalışmaktan daha iyidir.
25.	() Depresyonu olan çoğu hastada psikoterapi antidepresan ilaçlardan daha faydalıdır.
26.	() Antidepresanlar deprese hastaların tedavisinde sıklıkla tatmin edici sonuçlar yaratır.
27.	() Deprese hastalar için psikoterapi uzmanlara bırakılmalıdır.
28.	() Depresyon yaşam zorlukları ile baş etme gücü az olan insanlarda görülür.
29.	() Deprese hastaların erken yaşamlarındaki kötü deneyimleri diğer insanlardan olasılıkla daha fazladır.
30.	Depresyon tanısı koyduğunuz bir hastayı hangi durumlarda psikiyatriste yönlendirirsiniz? () Tedaviye yanıt yoksa () Kişisel bakım azalmış ise () Suicid riski varsa () Psikotik belirtiler varsa () Hastanın kendi talebi varsa
31.	Çalıştığınız kurum: Sağlık ocağı () Hastanede poliklinik () Acil ()
32.	Depresyon ve antidepresan ilaçlarla ilgili bir kursa katılmak ister misiniz? Evet () Hayır ()

Tablo 1: AHU'nın çalıştıkları kurum, meslek süreleri ve günlük görülen hasta sayısına göre dağılımları

		N	%
Çalışılan Kurum	Devlet Hastanesi	61	61
	Üniversite Hastanesi	3	3
	Özel Vakıf Hastanesi	1	1
	Sağlık Ocağı	16	16
	AÇSAP	4	4
	ASM	2	2
	İşyeri ve Kurum Hekimliği	4	4
	Muayenehane	1	1
	Acil Servis	3	3
	Diğer	3	3
Meslekte geçirilen süre	<5 yıl	24	24
	5–10 yıl	13	13
	>10yıl	63	63
Günlük hasta sayısı	<50	59	59
	50–100	37	37
	>100	4	4
Günlük depresyonu olan hasta sayısı	<5	60	60
	5–10	28	28
	>10	12	12

AHU'nın %56'sı depresyon ve antidepresanlarla ilgili bir kursa katılmış iken, %69'u depresyon ve antidepresanlarla ilgili bir kursa katılmayı istemekteydi.

Çalışmaya katılan AHU arasında depresyonlu hastaların takip ve tedavisinde kendini yeterli hissetmeyen yokken, %60'ı orta düzeyde, %35'i iyi-çok iyi düzeyde, %5'i de kendini biraz yeterli hissetmekteydi (Tablo 2).

Depresyonu olan hastaların yönetiminde AHU'nın %99'u antidepresan ilaçları, %73'ü düzenli görüşmeleri, %47'si psikoterapiyi, %7'si alternatif tıp yöntemlerini tercih etmekteydi (Tablo 2).

AHU'nın antidepresan ilaç reçete ettikleri durumlar değerlendirildiğinde, %77'si hastada mevcut somatik belirtiler, %25'i uyku bozuklukları, %30'u önceden başlanmış olan tedavinin devamı için antidepresan yazmaktayken, %1'i radikal tedavi ve %2'si depresyon tedavisi için yazdıklarını belirtti (Tablo 3).

Tablo 2: AHU'nın depresyon yönetiminde kişisel yeterlilikleri ve tercih ettikleri yöntemler

		N	%
Depresyon yönetiminde yeterlilik	Yetersiz	-	-
	Biraz Yeterli	5	5
	Orta Düzeyde Yeterli	60	60
	İyi-Çok İyi Düzeyde Yeterli	35	35
Depresyon Tedavisinde Tercih Edilen Yöntemler	Antidepresanlar	99	99
	Düzenli Görüşme	73	73
	Psikoterapi	47	47
	Alternatif Tıp	7	7

Tablo 3: AHU'nın antidepresan ilaç tedavisi düzenlemede karşılaştıkları zorluklar

		n	%
Hastanın depresyonu hayatının doğal bir süreci olarak görmesi	Evet	23	23
	Hayır	77	77
İlacın neden olduğu yan etkiler	Evet	42	42
	Hayır	58	58
Ailenin hastanın depresyonu olduğunu kabullenmemesi	Evet	26	26
	Hayır	74	74
İlaçların pahalı olması	Evet	11	11
	Hayır	89	89
İlaçlarla ilgili önyargılar	Evet	82	82
	Hayır	18	18
İlaçların yararlı olmaması	Evet	1	1
	Hayır	99	99
Zorluk çekmiyor	Evet	2	2
	Hayır	98	98

Antidepresan ilaç verilirken yaşanan zorluklarla ilgili olarak; AHU'nın %82'sinin ilaçlarla ilgili önyargıları, %23'ü hasta depresyonu hayatın doğal bir süreci olarak görmesini, %42'si ilacın neden olduğu yan etkileri, %26'sı ailenin hastanın depresyonu olduğunu kabullenmemesini, %11'i ilaçların pahalı olmasını neden olarak gösterdi (Tablo 3).

AHU'nın %7'si depresyonu olan hastalara bakmayı çok ağır ve zor bulmakta iken; %18'i mutsuzluk hissi ile tedavi gerektiren klinik depresyonu ayırt etmeyi zor bulmaktaydı.

Çalışmamıza katılan AHU'nın %45'i depresyonun sıklıkla tekrarladığını düşünmekteydi.

Depresyonun etiyojisi ile ilgili olarak yöneltilen sorulara verilen cevapları incelersek; AHU'nın %12'si depresyonun

Tablo 4: AHU'nın depresyonun etiolojisi ile ilgili düşünceleri

	Evet (%)	Hayır (%)
Depresyonların çoğu hastaların yakın zamandaki şanssızlıklarından kaynaklanır	12	88
Depresyon yaşam koşullarına göre değişim gösteremeyen hastalarda görülür	37	63
Depresyonu olan hastaların erken yaşamlarındaki kötü deneyimleri diğer insanlardan olasılıkla daha fazladır	43	57
Depresyon yaşam zorlukları ile baş etme gücü az olan insanlarda görülür	48	52
Biri psikolojik kökenli ve diğeri biyokimyasal mekanizmalardan kaynaklanan olmak üzere depresyonun iki temel grubu ayırt edilebilir	29	71
Ağır depresyon vakalarının temelinde biyokimyasal anormallik yatar	43	57
Depresyona girmek yaşlanmanın doğal bir parçasıdır	4	96

hastaların yakın zamandaki şanssızlıklarından kaynaklandığını, %37'si depresyonun yaşam koşullarına uyum gösteremeyen hastalarda görüldüğünü düşünmekteydi. %43'ü deprese hastaların erken yaşamlarındaki kötü deneyimlerinin diğer insanlara göre olasılıkla daha fazla olduğunu düşünürken, %48'i depresyonun yaşam zorlukları ile baş etme gücü az olan insanlarda görüldüğünü düşünmekteydi. %29 katılımcı depresyonun biri psikolojik kökenli diğeri biyokimyasal mekanizmalardan kaynaklanan, iki temel grubunun olduğunu düşünüyordu. %43'ü ise ağır depresyon vakalarının temelinde biyokimyasal anormalliklerin yattığını düşünmekteydi. Katılımcıların %4'ü depresyona girmenin yaşlanmanın doğal bir parçası olduğunu düşünmekteydi (Tablo 4).

AHU'nın %10'u bir çok depresyonun tedavisiz iyileştiğini, %80'i antidepresan ilaçların deprese hastaların tedavisinde sıklıkla tatmin edici sonuçlar yarattığını belirtti. %75'i, AHU ne yaparsa yapsın tedaviye cevap vermeyen küçük bir hasta grubu olduğunu düşünmekteydi. Katılan AHU'nın %42'si hemşirenin depresyonu olan hastaya destek olmak için faydalı bir personel olduğunu düşünüyordu. AHU'nın %29'u psikoterapinin depresyonu olan hastalarda başarısız olabileceğini düşünmekteydi. Depresyonu olan hastalarda psikoterapinin antidepresan ilaçlardan daha faydalı olduğunu düşünen AHU'nın oranı %16'ydı. Depresyonlu hastaların tedavisi için psikoterapinin uzmanlara bırakılması gerektiğini düşünen AHU'nın oranı %68 idi. AHU'nın %27'si depresyonlu

Tablo 5: AHU'nın depresyon tedavisi ile ilgili tutumları

	Evet (%)	Hayır (%)
Çoğu depresif hastalık tedavisiz iyileşir	10	90
Antidepresanlar depresyonu olan hastaların tedavisinde sıklıkla tatmin edici sonuçlar yaratır	80	20
Aile hekimi ne yaparsa yapsın tedaviye cevap vermeyen küçük bir hasta grubu vardır	75	25
Hemşire depresif hastaya destek olmak için faydalı bir personel olabilir	42	58
Psikoterapinin depresif hastalarda başarısız olma eğilimi vardır	29	71
Depresyonu olan çoğu hastada psikoterapi antidepresan ilaçlardan daha faydalıdır	16	84
Depresyonu olan hastalar için psikoterapi uzmanlara bırakılmalıdır	32	68
Depresif hasta antidepresana gereksinim duyuyorsa psikiyatrist ile koordine çalışmak genel pratisyenle çalışmaktan daha iyidir.	27	73

hasta antidepresana gereksinim duyuyorsa psikiyatrist ile koordineli çalışmanın genel pratisyenle çalışmaktan daha çok tercih edilmesi gerektiğini belirtti. (Tablo 5).

AHU'nın depresyonu olan hastaları psikiyatriste yönlendirdiği durumlar intihar riski (%96), psikotik belirtiler olması (%86), tedaviye yanıtın olmaması (%79), hastanın talebi (%63) ve kişisel bakımın azalması (%23) idi (Tablo 6).

Tablo 6: Depresyon tanısı konulan hastanın psikiyatri uzmanına yönlendirildiği durumlar

	n	%
İntihar Riski	96	96
Psikotik Belirtiler	86	86
Tedaviye Yanıtsızlık	79	79
Hastanın Talebi	63	63
Kişisel Bakımın Azalması	23	23

AHU'nın çalıştıkları kurum ile depresyon etiolojisi ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 7).

AHU'nın çalıştığı kurum ile depresyon tedavisine yaklaşımları arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

AHU'nın yaşı ile depresyonu olan hastaları takip ve tedavide kendini yeterli hissetme düzeyi arasında anlamlı ilişki bulundu ($\rho=0,284$ $p<0,05$). AHU'nın yaşı arttıkça depresyon tanısı ve tedavisinde kendini daha yeterli hissetmekteydi.

Tablo 7: Çalışılan kuruma göre depresyon etiyojisi ile ilgili cevapların dağılımı

	Kurum						P
	Sağlık Ocağı		Poliklinik		Acil		
	E (%)	H (%)	E (%)	H (%)	E (%)	H (%)	
Depresyonların çoğu hastaların yakın zamandaki şanssızlıklarından kaynaklanır	12,5	87,5	13,3	86,9	5,0	95,0	0,603
Depresyon yaşam koşullarına göre değişim gösteremeyen hastalarda görülür	56,3	43,8	37,7	62,3	20,0	80,0	0,081
Depresif hastaların erken yaşamlarındaki kötü deneyimleri diğer insanlardan olasılıkla daha fazladır	43,8	56,3	45,9	54,1	35,0	65,0	0,572
Depresyon yaşam zorlukları ile baş etme gücü az olan insanlarda görülür	50,0	50,0	52,5	47,5	35,0	65,0	0,395
Biri psikolojik kökenli ve diğer biyokimyasal mekanizmalardan kaynaklanan olmak üzere depresyonun iki temel grubunu ayırt etmek olasıdır.	50,0	50,0	29,5	70,5	15,0	85,0	0,074
Ağır depresyon vakalarının temelinde biyokimyasal anormallik yatar	37,5	62,5	49,2	50,8	30,0	70,0	0,284
Depresyona girmek yaşlanmanın doğal bir parçasıdır	6,3	93,8	4,9	95,1	0,0	100,0	0,565

Tablo 8: Çalışılan kurum ile depresyon tedavisine yaklaşım arasındaki ilişki

	Kurum						p
	Sağlık Ocağı		Poliklinik		Acil		
	E (%)	H (%)	E (%)	H (%)	E (%)	H (%)	
Çoğu depresif hastalık tedavisiz iyileşir	6,3	93,8	11,5	88,5	5,0	95,0	0,619
Antidepresanlar depresyonu olan hastaların tedavisinde sıklıkla tatmin edici sonuçlar yaratır	62,5	37,5	83,6	16,4	85,0	15,0	0,141
Aile hekimi ne yaparsa yapsın tedaviye cevap vermeyen küçük bir hasta grubu vardır	75,0	25,0	72,1	27,9	85,0	15,0	0,512
Hemşire depresif hastaya destek olmak için faydalı bir personel olabilir	25,0	75,0	44,3	55,7	45,0	55,0	0,352
Psikoterapinin depresyonu olan hastalarda başarısız olma eğilimi vardır	18,8	81,2	32,8	67,2	30,0	70,0	0,551
Depresyonu olan çoğu hastada psikoterapi antidepresan ilaçlardan daha faydalıdır	25,0	75,0	18,0	82,0	0,0	100,0	0,079
Depresyonu olan hastalar için psikoterapi uzmanlara bırakılmalıdır	25,0	75,0	31,1	68,9	40,0	60,0	0,616
Depresif hasta antidepresana gereksinim duyuyorsa psikiyatrist ile koordine çalışmak genel pratisyenle çalışmaktan daha iyidir	12,5	87,5	31,1	68,9	25,0	75,0	0,318

Depresyon ve antidepresanlarla ilgili bir kursa katılanların katılmayanlara göre meslekte geçirdiği süre daha uzundu ($p=0,049$) (Tablo 9).

Deprese hastaların psikoterapisinin uzmanlara bırakılması gerektiği ile ilgili soruya “evet” cevabı veren AHU’nun kendilerini depresyonu takip ve tedavide yeterli hissetme düzeyi, “hayır” cevabı veren AHU’na göre düşüktü ($p=0,026$) (Tablo 10).

Ağır depresyon vakalarının temelinde biyokimyasal anormallik yattığı ile ilgili soruya olumlu cevap verme ile

Tablo 9: AHU’nun kursa katılma durumları ile meslekte geçirdikleri süre arasındaki ilişki

Kursa Katılım	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Evet	56	54,84	3071,00	989,00	0,049
Hayır	44	44,98	1979,00		

psikoterapinin deprese hastalarda başarısız olma eğilimi olduğu sorusuna olumlu cevap verme arasında anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2_{(1)} = 4,07$, $p<0,05$).

AHU'dan kursa katılan ve katılmayanların depresyonu olan hastaları takip ve tedavide kendini yeterli hissetme düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($U=1027,00$, $p>0,05$).

Tablo 10: "Psikoterapi uzmanlara bırakılmalı" diyen AHU'nun depresyon tedavisinde kendilerini yeterli hissetme düzeyi

	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Evet	32	42,38	1356,00	828,00	0,026
Hayır	68	54,32	3694,00		

Tablo 11: Kursa katılan AHU'nun depresyon tedavisine yaklaşımları

	χ^2	Serbestlik Derecesi	P
Aile hekimi ne yaparsa yapsın tedaviye cevap vermeyen küçük bir hasta grubu vardır	0,27	1	>0,05
Psikoterapinin deprese hastalarda başarısız olma eğilimi vardır	1,50	1	>0,05
Deprese hasta antidepresana gereksinim duyuyorsa psikiyatrist ile koordine çalışmak genel pratisyenle çalışmaktan daha iyidir.	0,26	1	>0,05
Depresyonu olan çoğu hastada psikoterapi antidepresan ilaçlardan daha faydalıdır	1,26	1	>0,05
Antidepresanlar deprese hastaların tedavisinde sıklıkla tatmin edici sonuçlar yaratır	0,16	1	>0,05
Deprese hastalar için psikoterapi uzmanlara bırakılmalıdır	0,81	1	>0,05

AHU'nun çalıştığı kurum ile kursa katılım oranı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($\chi^2_{(2)} = 2,08$, $p>0,05$).

Depresyon ile ilgili bir kursa katılım oranı ile depresyon tedavisine yaklaşım arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 11).

AHU'nun günlük gördüğü depresyonlu hasta sayısı ile depresyon tedavisine yaklaşımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 12).

Çalışılan kurum ile değerlendirildiğinde, sağlık ocağında çalışan AHU'nun, hastane polikliniğinde ve diğer kurumlarda çalışan AHU'na göre kendilerini anlamlı derecede daha yeterli hissettikleri bulundu (Tablo 13).

Tablo 13: Çalışılan Kurum ile Depresyonu Olan Hastaları Takip ve Tedavide Kendini Yeterli Hissetme Düzeyi

Kurumu	n	Sıra Ortalaması	Serbestlik Derecesi	χ^2	p	Anlamlı Fark
Sağlık Ocağı	16	72,38	2	18,17	<0,01	1-2, 1-3
Poliklinik	61	43,69				
Diğer	20	46,50				

TARTIŞMA

Depresyon, sosyal aktiviteleri ve iş hayatını etkileyip, kişiye ve ülkeye getirdiği maddi yük sebebiyle önemli bir hastalıktır. Toplumdaki yaygınlığına ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesine karşın depresyonla mücadelede

Tablo 12: AHU'nun günlük gördüğü depresyonu olan hasta sayısı ile depresyon tedavisine yaklaşımı arasındaki ilişki

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Aile hekimi ne yaparsa yapsın tedaviye cevap vermeyen küçük bir hasta grubu vardır	Evet	75	48,47	3635,50	785,50	>0,05
	Hayır	25	56,58	1414,50		
Psikoterapinin deprese hastalarda başarısız olma eğilimi vardır	Evet	29	51,47	1492,50	1001,50	>0,05
	Hayır	71	50,11	3557,50		
Deprese hasta antidepresana gereksinim duyuyorsa psikiyatrist ile koordine çalışmak genel pratisyenle çalışmaktan daha iyidir.	Evet	27	49,17	1327,50	949,50	>0,05
	Hayır	73	50,99	3722,50		
Depresyonu olan çoğu hastada psikoterapi antidepresan ilaçlardan daha faydalıdır	Evet	16	59,00	944,00	536,00	>0,05
	Hayır	84	48,88	4106,00		
Antidepresanlar deprese hastaların tedavisinde sıklıkla tatmin edici sonuçlar yaratır	Evet	80	50,65	4052,00	788,00	>0,05
	Hayır	20	49,90	998,00		
Deprese hastalar için psikoterapi uzmanlara bırakılmalıdır	Evet	32	51,00	1632,00	1072,00	>0,05
	Hayır	68	50,26	3418,00		

yetersiz kalınmaktadır. Hastalara ilk karşılaştıkları hekim tarafından tanı konulamamakta veya yeterli tedavi edilememektedir. Bu nedenle depresyon kronik seyirli, tekrarlama oranı yüksek ve tedaviye dirençli bir hastalık olarak karşımıza çıkmakta ve tedavi maliyeti artmaktadır.

Depresyonun tanı ve tedavisi sadece ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yapılamaz. Bu nedenle ilk tıbbi başvuru noktası olan ASM hekimleri, depresyon tanı, tedavi ve yönetimini bilmelidir. Buradan yola çıkarak bu çalışmanın, iki amacı vardır. Birincisi, AHU'nun depresyonla ilgili tutumlarını ve ayrıca depresif bozukluğun kendisi, doğası ve tedavisi ile ilgili yaklaşımlarını araştırmaktır. Bu iki amacın tek hedefi vardır; AHU'nun depresyonun erken tanı ve tedavisinde yol almak.

AHU'nun çoğunluğu depresyonu olan hastalara antidepresan ilaçları ve düzenli görüşmeleri önermekteydi. Bunun sebebi; depresyonun etiolojisinde biyokimyasal mekanizmaların ağırlıklı olduğunu düşünmeleri ve biyokimyasal mekanizmalarla etki eden antidepresan ilaçların klinikte etkinliğini gözlemlemeleri, ayrıca düzenli görüşerek hastaların iş, aile ve sosyal yaşantılarının düzenlenmesine, hastaların zor yaşam koşulları ile baş etmesine yardımcı olmaları olabilir.

Antidepresan ilaç tedavisi düzenlenirken yaşanan zorlukların sebeplerini büyük oranda ilaçlarla ilgili önyargılar ve ilaçların yan etkileri oluşturmaktaydı. Bunun sebebi, Türk toplumunda antidepresan ilaçlarla ilgili bilgi düzeyinin düşük olması ve uyku ve iştah gibi yan etkilere bağlı olarak günlük yaşamın zorlaşması olabilir.

Çalışmaya dahil edilen AHU'nun %18'i mutsuzluk hissi ile tedavi gerektiren klinik depresyonu ayırt etmenin zor olduğunu düşünmekteydi. Botega ve Silveira (1996)'nın yaptığı ve 110 katılımcıyı içeren birinci basamakta genel pratisyenlerin depresyona yaklaşımının araştırıldığı çalışmada bu oran %42 iken, 1994 yılında Kerr ve ark. (1995) tarafından genel pratisyen ve psikiyatristlerin depresyona yaklaşımlarının karşılaştırıldığı çalışmada %46,2 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızda elde edilen düşük sonuçların nedeni Türkiye'deki AHU'nun kendini tanı ve tedavide yeterli hissetmesi ile beraber sosyokültürel yapı nedeni ile duyguların rahatça ifade edilemediği ülkemizde depresyonu ayırt etmek için klinik tecrübelerinin fazla olması olabilir.

AHU'nun %7'si depresyonu olan hastalara bakmanın zor olduğunu belirtmişlerdi. Botega ve Silveira'nın (1996)

araştırmasında bu oran %46 iken Kerr ve ark. araştırmasında (1995) %71,4'tü. Türkiye gibi doğu toplumlarında duyguları sağlıklı bir şekilde dışa vurumu kısıtlıdır ve bu durum olasılıkla depresif bozukluğa zemin hazırlayarak sık görülmesine yol açmaktadır. Bizim çalışmamızda oranın düşük olmasının sebebini AHU'nun muayene ettiği psikiyatri dışındaki hasta gruplarında da depresif semptomların fazla olmasına bağlayabiliriz.

AHU'nun %45'i depresyonun tekrarladığını düşünmektedirler. Bunu, hastaları uzun süre takip edip depresyonun tekrarladığını gözlemlemelerine ve depresyonla ilgili bilgi düzeylerinin iyi olmasına bağlayabiliriz.

Bu çalışmada depresyonların yakın zamandaki şanssızlıklardan kaynaklandığını düşünen AHU'nun oranı %12 iken, Botega'nın (1996) araştırmasında %47 idi. Depresyonun yaşam koşullarına uyum gösteremeyen hastalarda daha sık görüldüğünü düşünenlerin oranı bizim çalışmamızda %37 idi. Bu oran, Botega'nın araştırması (1996) (%34) ve Kerr ve ark. (1995) araştırması ile (%30,2) ile uyumlu idi. Tanzanya'da birinci basamak sağlık çalışanları arasında depresyonla ilgili olarak yapılan "Bilgi, Yaklaşım ve Pratik Uygunluk" çalışmasında da depresyona girmenin yaşam zorlukları ile baş etme gücü az olan insanlarda görüldüğü saptanmıştır (2009). Bu sonuçların ışığında, AHU'nun bir çoğunun hastaların kişilik özelliklerinin depresyona yatkınlıkta önemli rol oynadığını düşünürken çevresel faktörlerin olumsuz etkisine daha az inandığı sonucuna varabiliriz.

Antidepresan ilaçların depresyonlu hastalarda iyi sonuçlar yaratması ile ilgili soruya olumlu cevap verenlerin oranı, bizim çalışmamızda %80, Botega'nın (1996) çalışmasında %63 ve Kerr ve ark. (1995) yaptığı diğer çalışmada %69,5'di. Sonuç olarak; AHU'nun depresyonun uzun sürdüğünde ek sorunlarla yaşam kalitesinin düşmesi, antidepresan ilaçların yaygın kullanımı ile iyileşmenin gözlenmesi ile antidepresan ilaç kullanmanın faydalı olduğunu düşünmektedirler.

Katılımcı AHU'nun %43'ü ağır depresyon vakalarının temelinde biyokimyasal anormallik olduğunu düşünürken, bu oran Botega ve Silveira'nın (1996) genel pratisyenler üzerinde yaptığı çalışmada benzer şekilde %45 ve Kerr ve ark. (1995)'nin yaptığı çalışmada %66,8 idi. Bu oranın bizim çalışmamız ve Botega ile Silveira'nın (1996) çalışmasında göreceli olarak düşük çıkmasının nedeni, depresyon tedavisi ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olması olabilir. Çünkü, ağır depresyon vakalarında antidepresanların ve antipsikotikler kullanılmakta ve bunların etkisi de biyokimyasal mekanizmalar üzerinden olmaktadır.

Depresyonun psikolojik ve biyokimyasal kaynaklı iki temel grubu olduğuna inanan AHU'nun oranı %29 idi. Bu oran, Botega ve Silveira'nın (1996) çalışmasında %48 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda oranın daha düşük bulunmasının sebebi AHU'nun depresyon etiolojisinde genetik faktörlerin de etkili olduğuna dair kuvvetli inançları olabilir.

Depresyon yaşlılık ve eşlik eden hastalıklarla artmakla birlikte yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. AHU'nun sadece %4'ü depresyona girmenin yaşlanmanın doğal bir parçası olduğunu düşünmektedir. Bunun sebebi çalışmamıza katılan AHU'nun depresyonun bir hayat süreci değil bir hastalık olduğunu düşünmeleri olabilir.

Depresyondaki hastaların sosyal desteğe ihtiyaç duymaları nedeni ile aile ve yakın çevrenin yanında görevli olan hemşirenin yaklaşımı da önemlidir. Çalışmamızda hemşirenin hastaya destek olmak için faydalı bir personel olduğunu düşünen AHU'nun oranı %42 iken, Botega ve Silveira (1996)'nın çalışmasında bu oran %71 idi. Çalışma sonuçları arasındaki bu farklılığın nedeni, ülkemizde hemşirelerin depresyon ve depresyonlu hastaya yaklaşımda yeterli eğitim almamaları ve aynı zamanda depresif hastanın tedavisinde etkin rol verilmemesi olabilir.

AHU'nun %75'i AHU tedaviye cevap vermeyen bir hasta grubu olduğuna inanmaktaydı. Botega ve Silveira'nın (1996) çalışmasında bu oran %25 iken Kerr ve ark. (1995) yaptığı çalışmada %30,4 idi. Depresyon tedavisinde anti-depresan ilaçlar, psikoterapi, aile ve yakın çevrenin desteğinin sağlanıp, gerekirse antipsikotikler, elektrokonvülf tedavi uygulanıp, alternatif tıp yöntemlerinin de faydalı olması; oysa ülkemizde bu tedavi imkânlarının sınırlı ve ulaşmanın birinci basamakta zor olmasına bağlanabilir.

Depresyonda psikoterapinin başarısız olma eğilimi olduğunu düşünen AHU'nun oranı, bizim çalışmamızda %29, Botega ve Silveira'nın (1996) çalışmasında %10 ve Kerr ve ark. (1995) çalışmasında %43,8'di. Bunun sebebi, AHU'nun depresyonun etiolojisinde biyokimyasal faktörlerin daha fazla yer aldığını düşünmeleri olabilir. Ayrıca, ülkemizde psikoterapi yaygın olarak uygulanmıyor, hekimler hasta yükü nedeniyle psikoterapiye yeterli zaman ayıramamakta ve hastaların sadece ilaç tedavisi ile takip edilmeye çalışmaktadır.

Antidepresana gereksinim varsa psikiyatrist ile çalışmayı pratisyenle çalışmaya tercih eden AHU'nun oranı %27'dir. Bunun sebebini genel pratisyen ile aynı çalışma ortamında çalışıp, bilgi alışverişinin kolay olmasına bağlayabiliriz.

Katılan AHU'nun %16'sı psikoterapinin antidepresanlardan daha etkili olduğunu düşünmekteydi. Bu soruya olumlu cevap verenlerin oranı, Botega ve Silveira'nın (1996) araştırmasında %26, Kerr ve ark. (1995) araştırmasında ise %51,8'di. Bunun sebebi, psikoterapinin ülkemizde henüz yaygınlaşmamış, maliyeti yüksek bir tedavi olup, sonuçlarının tam değerlendirilememiş ve bu konuda AHU'nun bilgi düzeyinin az olmasıdır.

AHU'nun %32'si psikoterapinin uzmanlara bırakılması gerektiğini düşünmekteydi. Bu oran, Botega ve Silveira'nın (1996) çalışmasında %60 idi. Bunun nedenini psikoterapinin özel bir eğitim süreci gerektiren bir tedavi yöntemi olması ve AHU'nun Bilişsel Davranışçı Psikoterapi eğitimi almamasıdır.

Deprese hastaların erken yaşamlarındaki kötü deneyimlerinin diğer insanlara göre olasılıkla fazla olduğunu düşünen AHU'nun oranı bizim çalışmamızda %43 iken Botega ve Silveira'nın (1996) çalışmasında %28 idi. Bunun nedeni depresyona yatkınlık oluşturan kişilik özelliklerinin yaşamın erken yıllarında kazanıldığını düşünmeleri olabilir.

Hastaların psikiyatriste gönderildiği sebeplerin başında intihar riski olması, psikotik belirtiler olması, tedaviye yanıt alınmaması ve hastanın talebi idi. Depresyonun ilerlemesi sonucunda hayati tehlike ortaya çıkabilir, hastanın hastaneye yatırılması gerekebilir, tedaviye uyumunun sağlanması gereklidir ve hasta psikiyatriste sevk edilerek tedaviye cevap arttırılabilir. Kişisel bakımın azalması, hastanın psikiyatriste gönderildiği durumlar arasında %23 oranında yer almaktaydı. Bunun sebebi, deprese hastanın kişisel bakımının azalması ile ek sağlık sorunlarının artıp, sosyal uyumunun zorlaşması olabilir.

AHU'nun yaşı arttıkça depresyonu olan hastaları takip ve tedavide kendini yeterli hissetme düzeyinin de artmakta olduğu görüldü. Bunun sebebini doktorların yaşı ile birlikte gördükleri hasta sayısı ve klinik tecrübeleri arttıkça diğer hastalıklar gibi depresyon konusunda da kendilerini daha yeterli hissetmelerine bağlayabiliriz.

Depresyonu olan hastaları takip ve tedavide yeterlilik düzeyi arttıkça antidepresanların deprese hastaların tedavisinde sıklıkla tatmin edici sonuçlar yarattığını düşünen AHU'nun oranının da arttığı gözlemlendi. Bunu, depresyon tedavisi için antidepresan ilaç yazan AHU'nun bu tedavilerinin olumlu sonuçlarını görmelerine bağlayabiliriz.

Depresyon takip ve tedavisinde kendini yeterli hissedemeyen AHU'nun oranının arttıkça psikoterapinin uzmanlara bırakılması gerektiğini düşünen AHU oranının da arttığı saptandı. Bu, AHU'nun depresyonun ilaçla ve psikoterapi ile tedavisi konusunda yeterli bilgi sahibi olup, özellikle depresyonun tedavisi ve korunması amacı ile uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi'nin özel ve uzun süren bir eğitim süreci gerektirdiğini bilmelerinden kaynaklanabilir.

Ağır depresyon vakalarının temelinde biyokimyasal anormallik yattığını düşünen AHU, psikoterapinin deprese hastalarda başarısız olma eğilimi olduğunu da düşünmekteydiler. Bunu, ağır depresyonların temelinde biyokimyasal anormallik yattığını düşünen AHU'nun klinik takiplerinde antidepresan tedavi olmadan iyileşme görmelerine bağlanabilir.

Çalışmamızda, sağlık ocağında çalışan AHU'nun, hastane polikliniklerinde ve diğer kurumlarda çalışan AHU'na göre kendilerini anlamlı derecede daha yeterli hissettikleri saptandı. Bunun sebebi; hastalara Aile Hekimliği disiplinine uygun şekilde bütüncül olarak yaklaşan ve özellikle çevrelerinde hastayı yönlendirebileceği bir psikiyatri uzmanı olmayan AHU'nun kendilerini bu konuda eğitmeleri olabilir.

SONUÇLAR

Depresyona birinci basamakta erken tanı konup etkili tedavi edilmesi ile, hastanın yaşam kalitesi artacak ve ikinci ve üçüncü basamaktaki hasta yoğunluğu, hastaya ve ülke bütçesine getirdiği mali yük azalacaktır. Bu çalışmada, AHU'nun depresyonda ilaç tedavisinin yanında psikoterapi yaparak da rol oynayabileceği sonucuna varılmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi almış Aile Hekimliği Uzmanı, depresyon tanısı koyduğu bir hastasını düzenli takip ve terapiye alıp, onun depresyonunu antidepresanları ekleyerek veya eklemeyerek tedavi edebilecek, uzun dönemde depresyonunun nüksünü önleyebilecektir. Bu çalışmada, AHU'nun Bilişsel Davranışçı Terapi uygulama eğitimi almalarının yararlı olacağı değerlendirilmektedir.

Bu çalışmayı kısıtlayan konu, çalışmanın uygulandığı zamanda Aile Hekimliği Uzmanı sayısının da kısıtlı olmasıydı. Zaman içinde artan sayıları nedeniyle, aynı çalışma daha büyük bir AHU örneklem grubunda gerçekleştirilebilir.

Bizim kanaatimiz; AHU'na yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimleri düzenlenmesinin çok faydalı olacağı yönündedir.

KAYNAKLAR

- Blacker, C. V. R., and Clare, A. W. (1987). Depressive disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 150, 737–751.
- Botega, N. J., and Silveira, G. M. (1996). General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*, 42 (3), 230–237. DOI:10.1177/002076409604200307
- Brugha, T. S. (1995). Depression undertreatment: lost cohorts, lost opportunities. *Psychological Medicine*, 25(1), 3–6. <http://doi.org/10.1017/S0033291700028038>
- Department of Health (England) (2001) Treatment Choice in Psychological Therapies on Counseling, Evidence Based Clinical Practice Guideline, UK, 62 p.
- Goldberg, D., and Huxley, P. (1980). *Mental Illness in Community: The pathway to psychiatric care*. Routledge; 1 edition (27 Sept. 2001) Tavistock Press, London, 204 p.
- Kendrick, T. (2000). Why can't GPs follow guidelines on depression? We must question the basis of the guidelines themselves. *British Medical Journal*, 320, 200–201.
- Kerr, M., Blizard, R., and Mann, A. (1995). General Practitioners and Psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. *British Journal of General Practice*, 45, 89–92.
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*, 332, 1030–1032. <http://doi.org/10.1136/bmj.332.7548.1030>
- Mann, A. H., Jenkin, S., and Belsey, E. (1981). The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Psychological Medicine*, 11, 535–550.
- Marks, J., Goldberg, D., and Hiller, V. (1979). Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 9, 337–353. <http://doi.org/10.1017/S0033291700030853>
- Mbatia, J., Shah, A., and Jenkins, R. (2009). Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary healthcare workers in Tanzania. *International Journal of Mental Health Systems*, 3 (1), 5. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-3-5>
- Murray, C. J., and Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498–1504. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07492-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07492-2)
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. NICE Clinical guideline 90. Leicester (UK), British Psychological Society, 2010.
- Özer, C., Eneç Can, F. N., Tunç, Z., Aydemir, Ö., Aktürk, Z. ve Dağdeviren, N. (2004). Birinci Basamakta Depresyon Tedavisinin Etkinliği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 8 (1), 20–23.
- Singleton, N., Bumpstead, R. O'Brien, M., Lee, A., and Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *International Review of Psychiatry*, 2003, 15 (1-2), 65–73. <http://doi.org/10.1080/0954026021000045967>