



Dr. Sema İlhan Akalın\* Dr. Can Cimili\*\*,  
Dr. Esma Kuzhan\*\*\*

**Giriş:** Depresyon birinci basamakta en yaygın görülen ruh sağlığı sorunudur, çok azının ikinci basamak ruh sağlığı merkezlerine sevk edilmesi gerekir. Psikiyatrik yakınmaları olan hastaların pek çoğu psikiyatriste başvurmamaktadır. Fiziksel, ruhsal yakınmalar sıklıkla bir arada bulunurlar. Ayrıca pek çok psikiyatrik hastalık aile sorunları ile iç içedir. Bu nedenlerle aile bireyleri ile yakın ilişkide olan, başka sorunun olaylar nedeniyle (kayıplar, bebek doğurma, alkolizm vb.) aile bireylerini görme şansı olan pratisyen hekim depresyonun erken tanısı, tedavisi ve izlenmesinde özel bir konumdadır.

Depresyon aynı zamanda ulusal sağlık hizmetleri için maliyeti oldukça yüksek bir hastalıktır. Genel pratisyenlere muayene için sık başvuruya ve bazen de gereksiz laboratuvar incelemelerine ve sevklerle neden olduğu gösterilmiştir. Uzun süre işten ayrı kalmaya, düşük iş performansına yol açar. 1990 yılında İngiltere'de yapılan bir çalışmada hastalık nedeni ile işe gidilemeyen günlerin %17'sinin ruhsal nedenlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tüm bunlara karşın majör depresyonun pratisyen hekimler tarafından tanınmasının %50'ler düzeyinde olduğu gösterilmiştir. Depresyonun araştırılması, tedavisi pratisyen hekimler tarafından zor bulunmaktadır. Bunun pek çok nedeni vardır. Saptanabilen nedenlerin başlıcaları şöyle gruplanabilir:

#### **Hasta ile ilgili;**

- Hastanın psikolojik yakınmalar yerine somatik yakınmaları dile getirmeyi yeğlemesi,
- Somatik, psikolojik yakınmaların bir arada görülmesi,
- Psikolojik tanı, tedavilere eşlik eden stigma (damgalanma);

#### **Hekim ile ilgili:**

- Yetersiz görüşme, tanı becerileri,
- Yetersiz mezuniyet öncesi ve sonrası becerileri,
- Yetersiz zaman (uygun tanı değerlendirmesi için),
- Tedavi için yeni bilgilerin kazanımındaki engeller.

#### **Hizmetle ilgili;**

- Psikolojik görüşmelerin belgelendirilmesindeki yetersizlik,
- Kamu ve özel ruh sağlığı hizmetlerindeki

uzmanların desteğinde yetersizlik,

- Tıp dışı ruh sağlığı profesyonellerinin desteğinde yetersizlik,
- Birinci basamak için uygun bir tanı sisteminin olmayışı.

Genel pratisyenler raporlarında tipik olarak şöyle yazmaktadırlar: Davranışlardaki karışıklıkları tanımlayabilmelerine karşın hastalarca en yaygın biçimde dile getirilen belirtiler ve davranışlarındaki sapmalar psikiyatristler tarafından tanımlananlar ile uyumlu değildir. Var olan psikiyatri eğitimi tanı almış ve tedavi altındaki hastalara odaklanmaktadır. "Kanıt dayalı" tedavi bilgileri, öneriler birinci basamakta karşılaşılan hastalardan edinilmiş değildir. Kitaplardaki klasik majör depresyon pek az hastada görülmektedir. Gözlenen tablolar sıklıkla anksiyete bozukluklarıyla örtüşmektedir. Kaçınılmaz olarak birinci basamak için hazırlanan rehberler uzmanlık alanlardaki hastalardan edinilmiş tedavi deneyimleridir ve tıbbi hastalık ile birlikteliğine bakılmaksızın genelleştirilmiş sonuçları sunarlar.

Psikiyatri uzmanlık alanı son yirmi yıldır karmaşık kriterlerle tanı sistemleri geliştirmekle ilgilenmektedir (DSM 4, ICD 10 gibi). Bu sistemler psikiyatrik araştırmalarda güvenilirliği sağlamak için geliştirilmekle birlikte kliniğe de aynı biçimde aktarılmıştır. Bu sistemler uygulamada bir hastanın aynı anda birçok hastalık tanısı alması ile sonuçlanmaktadır (psikiyatrik komorbidite). Farklı tanı kategorileri arasındaki sınırlar belirgin değildir. Örneğin majör depresyonlu hasta aynı zamanda anksiyete bozuklukları kriterlerini de karşılayabilir (genelleşmiş anksiyete bozukluğu ya da panik bozukluğu gibi). Hastalar genellikle herhangi bir psikiyatrik bozukluğun kriterlerini tam olarak karşılamazlar ve çöp sepeti kategorilerinden birine girerler (örneğin 300.81 ayrışmamış somatoform bozukluk ya da 311 başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk). Bu gibi kategorilerin varlığı bu rahatsızlıklar için ileri sistematik çalışmalar yapmaya değmeyeceği izlenimini yaratmaktadır.

Tüm bunların yanında pratisyen hekimler antidepressan ilaçları psikiyatristlerce önerilenden daha düşük dozda kullanma eğilimindedirler. Antidepressan ilaçlara hasta uyumunun zor

\* Balçova Sağlık Grup Başkanlığı, İzmir

\*\* Prof. Dr.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Psik. AD, İzmir

\*\*\* Korutürk Sağlık Ocağı, İzmir

olması pratisyen hekimlerin bu konudaki güçlüğünü artırmaktadır. Bu nedenlerle pratisyen hekimleri bu alanda destekleyici çalışmalara gereksinim vardır.

Genel pratisyenlik alanında depresyon ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim çalışmaları yapılmaktadır. İsveç'te seminerler biçiminde yapılan Gotland çalışmasında bu yöntemin etkili olduğu gösterilmiştir. Benzer biçimde astım ve diyabet hastaları için rehber hazırlanması ve kullanımının bir yıl sonra yapılan hasta kontrollerinde gelişme sağladığı gösterilmiştir.

Benzer bir model Birinci Basamak için Hampshire Depresyon Projesi'nde denenmiş ve klinik rehberlerin kullanımı, eğitileni merkez alan seminerler ile depresyona yönelik eğitim katılanlarca başarılı bulunmuştur.

Seminerlerden sonra değerlendirme Likert ölçeği kullanılarak yapılmıştır (İngiliz Mezuniyet Sonrası Tıp Federasyonu'nun değerlendirme paketinden uyarlanan form ile). Ölçek ile süreç, içerik, tarz ve uygunluk değerlendirilmiştir. Dört saatlik seminer süresi her sağlık kuruluşunun gereksinimine göre azaltılmış ya da çoğaltılmış, asetat, video, tepegöz ve kanıta dayalı tıp teknikleri kullanılmıştır. Ayrıca daha sonra izlem oturumları yapılarak sorunlar gözden geçirilmiştir. Sınırlı zamanın kullanımı, uygun kaynaklar, rehberin kullanımı ile ilgili açıklamalar, ekip çalışması ve ekip üyelerinin birbirini tamamlayan çalışmaları önemsenmiştir. Ancak sonraki süreçte klinik davranış değişikliklerine ilişkin değerlendirme yapılmamıştır.

1990 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından depresyonun dünyadaki sakatlık ve erken ölümlerden sorumlu dördüncü hastalık olduğu saptanmış ve 2020 yılında ikinci sıraya yükseleceği tahmini yapılmıştır. Son yirmi yılda depresyon alanında önemli gelişmeler olmuştur. Yeni ilaç ve terapi yöntemleri geliştirilmiştir. Ancak bu hastalığa bakış ile ilgili sorunlar hala sürmektedir ve ruh sağlığı hizmetlerini de etkilemektedir.

Birinci basamakta depresyonun tanı ve tedavisini sağlamak amacı ile çeşitli girişimler oluşturulmuştur. MacArthur Depresyon ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Girişimi (MIDPC) bunlardan biridir. Pratisyen hekimlerin çok iyi donatılmış olmaları ve depresyonu tedavi edebileceklerine inanmaları gerektiğini savunmaktadır. Amaçları:

- Birinci basamak hekimlerinin depresyona nasıl yaklaştıklarını saptamak,
- Pratisyen hekimler için eğitim programları ve araçları geliştirmek,
- Depresyonu tanımak ve hizmet vermek için

uygun sağlık kuruluşu modeli geliştirmek,  
- Bu program, araç ve modellerin etkinliğini denetlemek, bunları gerekli kurumlar, tıp fakülteleri aracılığı ile yaygınlaştırmaktır.

Bir çok kuruluş tarafından klinik uygulama rehberleri geliştirilmiştir (örneğin Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Hizmeti Politikalar ve Araştırma Bürosu). Rehber geliştirilmesi birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalara etkili bir tedavinin sağlanabilmesi, yaygınlaştırılabilmesini amaçlar. Rehberde öncelikle şunların farkında olunmasına önem verilmiştir.

1. Depresyon psikiyatrik olmayan tıbbi sorunlar ya da başka bir psikiyatrik sorunla birlikte görülebilir ya da bazı ilaçların kullanımına bağlı olabilir. Depresif bozuklukla ilişkili önemli risk faktörleri şunlardır:

- Önceki intihar girişimi,
- Öz ve soygeçmişte depresyon öyküsü,
- Kadın cinsiyeti,
- Sosyal destek eksikliği,
- Stresli yaşam olayları,
- Şimdiki madde bağımlılığı.

2. Depresyon ile ilgili sosyal stigma oldukça yoğundur, bu durum ilaç ve tedavilerin en uygun şekilde kullanımını engeller.

3. Hekimler günlük uygulamaları sırasında sıklıkla araştırmalarla sınırları çizilmemiş klinik durumlarla karşılaşılır.

4. Depresyon ile birlikte görülen genel tıbbi sorunların da aynı zamanda gözden geçirilmesinde yarar vardır.

5. Şunların bilinmesi gereklidir:

Depresif bozuklukların toplumsal alanlardaki epidemiyolojisi, hastalığın seyri,

Depresyon ve diğer tıbbi durumların bir arada görülme, birlikte hastalık oluşturma durumları,

Depresyon tanısı koyma ya da ayırıcı tanı için bireyin, hekimin değerlendirmelerinin rolü,

Depresyonda tıbbi nedenlerin ayırıcı tanısında laboratuvar testlerinin rolü (tiroid fonksiyon testi örneğinde olduğu gibi),

Depresyonun çeşitli biçimleri; epidemiyolojisi, klinik seyri ve farklı yaş gruplarındaki en yaygın klinik görünümleri,

Diğer tıbbi ve psikiyatrik durumların depresif belirtiler ile bir arada görülme durumları,

**Depresyona neden olan ilaçlar,**

Depresyon ayırıcı tanısında kullanılan klinik ve laboratuvar yöntemler.

Birinci basamakta pratisyen hekimlerin depresyonun tanısı ve tedavisi ile ilgili rehber hazırlamasında bazı güçlükler vardır;

Literatürde var olan birçok çalışma psikiyatri kliniklerinde yürütülmüştür.

\* Standart tanısal ve istatistiksel elkitablarında depresyona eşlik eden tıbbi sorunlar ile ilgili az bilgi vardır ve çok az çalışma yürütülmektedir.

Birinci basamakta duygudurum bozuklukları tedavisinin uzun dönem sonuçlarına ilişkin çalışmalar göreceli olarak azdır.

Geriyatrik hastalarda ilaç tedavisi ve psikoterapinin sonuçlarına ilişkin çok sayıda çalışmanın varlığına karşın, bunların çok azı birinci basamakta yapılmıştır.

Depresyonlu çocuklar, ergenlerde yapılan çok az çalışmanın hiçbiri birinci basamakta değildir.

Depresyon hastalarının tedavisi ile ilgili güçlükler birinci basamakta da sürer.

Sosyal stigma ile ilgili sorunlar;

Hastanın tedaviye başvurma konusunda gönülsüz olmasına,

Hekimin hastalığı adlandırma ya da araştırmadaki gönülsüz olmasına,

Depresyonun kronik biçimlerinde uzun dönemli ilaç tedavilerinde uyumsuzluğa,

Sürücü belgesi, iş bulma, güvenlik soruşturması ve diğer "rutin" durumlarda depresyon ve diğer psikiyatrik sorunlara gereğinden fazla önem verilmesine yol açar.

Pratisyen hekimlerin hastalar için başka hizmetlere başvurudan önce kapı tutucu olarak oynadıkları rol giderek daha çok artmaktadır. En önemli sorunlardan biri pratisyen hekimlerin hastalarını tedavi ederken depresyon belirtilerini tanımlamaya daha çok gereksinim duymalarıdır. Hekimlerin hastada daha çok fiziksel belirti aramaya eğilimli oldukları görülmektedir. Oysa depresyonda beş ana belirti araştırılır:

Günlük etkinliklere karşı isteksizlik,

Kendisine ilişkin hayal kırıklığı,

Umutsuzluk duyguları,

Sinirlilik, çabuk öfkelenme,

Uyuma güçlüğü.

Bunlara karar vermek fiziksel belirtiler kadar nesnel değildir. Ayrıca bu belirtiler arasında

**Tablo 1:** Birinci basamak sağlık kuruluşlarında antidepresan kullanan ve kullanmayan kişilerin genel pratisyene başvuruları ve hastane sevklerinin dağılımı.

	Sayı	Önceki iki yıl boyunca genel pratisyene konsültasyon başvurusu ortalama sayısı	Son yedi yıldaki hastane sevkleri için ortalama sayı
Antidepresan kullanan 40-50 yaş arası kişiler	34	15.4	2.8
Kontrol grup: Antidepresan kullanmayan 40-50 yaş arası kişiler	34	4.5	1.6

cinsiyet farklılıkları vardır. Kadınlar daha çok kendileri ile ilgili hayal kırıklığını dile getirirken, erkekler memnuniyetsizlik ve uykusuzluktan yakınır. Depresyonun muayene için başvuru sayılarında ve hastane sevklerinde artışa yol açtığı pek çok kez gösterilmiştir (**Tablo 1**).

Bu çalışma birinci basamak sağlık kuruluşlarında 1996 yılında yürütülmüştür. Kişilerin önceki 2 yıl boyunca pratisyen hekim tarafından ortalama muayene sayıları ve yine önceki 7 yıl boyunca kaç kez hastaneye sevk edildikleri saptanmıştır. Antidepresan alan grupta 3.4 kez daha fazla pratisyen hekime başvuru olmasına karşın hastaneye sevk yalnızca 1.7 kat daha fazladır. Bu da pratisyen hekimlerin kapı tutucu olarak oynadıkları rolü göstermektedir. Günlük uygulamada sık muayeneye gelen hastalarda, çok çeşitli belirtileri olan ve herhangi bir tıbbi açıklaması olmayan hastalarda depresyonu düşünmek ve depresyon/somatizasyon tanısı konulduğunda eğer sevk düşünülüyorsa öncelikle psikiyatrye sevk etmek önerilmektedir.

Birinci basamaktaki hastaların yaklaşık %30'unda psikiyatrik bir hastalık ve diğer %30'unda ayrıntılı psikolojik değerlendirme gerektiren belirtiler vardır. Bu hastaların yaklaşık yarısı pratisyen hekimlerce görülmekte, onların da yarısına uygun farmakolojik tedavi yapılmaktadır. Hastalar pratisyen hekimler tarafından değerlendirilmeyi psikiyatristlerce değerlendirmeye tercih etmekte, ilaçların giderek daha güvenli olması, pratisyen hekimlerin konuya ilgilerinin artması ile bireysel ve toplumsal maliyeti yüksek olan bu hastalıkların çözümünde epeyce yol alınmış olmaktadır. Bu koşullar göz önüne alınarak Balçova Bölgesi'nde bir depresyon eğitim ve izlem çalışması yürütülmüştür. Deneyimimiz ile ilgili ayrıntılar aşağıdadır.

**Amaç:** Bölgemizde eğitim gereksinimleri belirleme anketinde bu konu hekim ve hemşireler tarafından en çok istenen konular arasında yer almaktadır. Bunun nedenini bu konunun en az bilinen konu olduğu biçiminde değil, en çok ilgilenilen, öğrenme gereksinimi duyulan konu olduğu biçiminde değerlendirmek daha uygun olacaktır. Çünkü ilk sırada başışıklama konusu yer almaktadır ve bu konu sağlık ocağı personelince en çok eğitim alınan ve uygulaması sürekli yapılan konuların da başında gelmektedir.

Bölgemizdeki bir eğitici pratisyen hekimin kolaylaştırıcılığında yapılan ilk toplantıda hekimler ortak bir izleme protokolü olması konusunu tartışmışlar, konu ile ilgili bilgi

gereksinimleri yanında bir depresyonlu hastanın izlenmesi sürecinde desteğe gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Bu ilk toplantıya ve daha sonraki tüm toplantılara konu ile ilgili eğitime katılma isteği olan hekimler çağrılmıştır. Bu çalışmanın amacı en sık görülen ruh sağlığı sorunu olan depresyonun birinci basamakta tanısını koyma ve tedavisini sağlamada pratisyen hekimleri destekleyebilmek için bir yöntem geliştirebilmektir.

**Yöntem:** Başlangıç olarak eğitici bir pratisyen hekimin kolaylaştırıcılığında yapılan ilk eğitimin ardından 5 ay sonra hekimler ile yeniden bir araya gelmiş ve Likert ölçeği ile hekimlerin depresyonun tanı ve tedavisine ilişkin tutumları belirlenmiştir. Ardından aynı zamanda bölgemizdeki tıp fakültesinde öğretim üyesi olan bir psikiyatrist ile birlikte yapılan ilk toplantıda depresyonun birinci basamakta tanısını koyma, şiddetini ölçme, hastanın öyküsünde dikkat edilmesi gerekenler, izlemenin nasıl, neye göre yapılacağı konuları tartışılmıştır. Sağlık ocağında hizmetin sunulması ile ilgili sorunlar tartışılmış (Hangi hekimler bu hastaları izleyecek, görüşme nerede ve nasıl yapılabilir, hasta ile güven ilişkisi kurulması için neler yapılabilir?) ve uygun çözümler geliştirilmiştir. Bu toplantıdan önce ve son toplantıdan sonra aynı ölçek hekimlerce yanıtlanmış ve konsültan bir hekim eşliğinde ve küçük grupta yürütülen eğitim ve olgu tartışmaları yönteminin tutum değişikliği yapip yapmadığı, sonuç olarak bu eğitim yöntemi ile pratisyen hekimlerin beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığı sorgulanmıştır.

Aynı zamanda sağlık ocaklarına başvuranların görebileceği şekilde afişler asılarak depresyonun belirtileri sıralanmış, tedavisinin de o sağlık ocağında yapılabilir olduğu, pratisyen hekime başvurulabileceği belirtilmiştir. Böylece başvuru oranlarını artırmak hedeflenmiştir.

**Uygulama:** Eğitim öncesi geliştirilen hastanın izlenmesinde, ilk tanısında kullanılacak form pratisyen hekimler ile tartışılmış ve son şekli verilmiştir. Hastalara tanı koymak için Dünya Sağlık Örgütü tarafından Temel Sağlık Hizmetleri için önerilen Depresyon Değerlendirme Ölçeği kullanılmış, buna göre tanı alanlarda depresyonun şiddetini ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Depresyon hastalarının başlangıçta ilgi duyan hekimler tarafından değerlendirilmesinin daha doğru olacağı, ancak uzun dönemde diğer hekimlerin de konu ile ilgili etkinliklere katılmaları için çalışmalar yapmak gerektiği kararlaştırılmıştır. Hastalar ile sıklıkla ilk kez poliklinikte

karşılaşılacaktır, ancak izlenmeleri için poliklinikte zaman ayırmanın sorun olması nedeni ile sağlık ocağının başka bölümlerinde uygun saatlerde randevu verilmesi kararlaştırılmıştır.

**Süreç:** Eğitimin amaçları, hedefleri, katılımcıların öğrenmek istediği ve eğiticilerin önemli olduğunu düşündüğü konular (depresyonun tanınması, intihar riskinin değerlendirilmesi, ilaç tedavisi, psikososyal girişimler, uygun izleme sıklıkları) karşılaştırılarak uygun içerik geliştirilmeye çalışılmıştır.

- Eğitim zamanları katılımcılardan gelen istekler doğrultusunda belirlenmiştir.  
- İzlenen olgular gereksinim duyan pratisyen hekim tarafından gizlilik ilkesine uygun olarak sunulmuş; grup ve konsültan hekim desteği sağlanarak sorunlar çözülmeye çalışılmıştır.  
- Özel bilgi gereksinimi olduğu düşünülen konular (alt başlıklar) saptanmış, yaşlılık ve depresyon, kadın ve depresyon konularında özel eğitim toplantıları yapılmıştır. Hampshire'da yürütülen depresyon projesinde katılımcılar seminerlerin yapıldığı iki farklı grupta şöyle değerlendirmişlerdir (**Tablo 2**).

Bölgemizde yapılan eğitim etkinliklerinin öncesinde ve sonrasında aynı sorular ile tutum değişikliğine bakılmış ve bu yöntemin ne kadar gereksinimleri karşıladığı değerlendirilmiştir. İlk değerlendirme bir pratisyen hekim tarafından yapılan eğitimden 5 ay sonra yapılmış olup tümü ile eğitimsiz bir döneme ait değildir. Ayrıca bu eğitimden önce bile hekimler çeşitli kişi ve kurumlarca yürütülen depresyon eğitimlerine katılmışlardır. Buna karşın daha önce alınan eğitimlerin yetersiz kabul edildiği görülmektedir (**Tablo 3**). Her iki değerlendirme de 5 ay sonra yinelenerek deneyimlerin sonuçlarının yansımaları amaçlanmıştır.

**Tablo 2.** Hampshire Depresyon Projesi'nde katılımcıların seminerleri değerlendirmeleri

	Grup 1 ortalama skor	Grup 2 ortalama skor
Seminerler klinik davranış değişikliği yapmamı sağlayacak.	3.4	3.7
Seminerler depresyon ile ilgili kendime güvenimi artırdı.	3.5	4.1
Seminerden sonra depresyon ile ilgili daha çok şey öğrenmek istedim.	4.1	4.0

5: kesinlikle katılıyor, 4: katılıyor, 3: emin değil, 2: katılmıyor, 1: kesinlikle katılmıyor

Toplantılarda dile getirilen sorunlar, yaşananlar ayrıca kaydedilmiş olup başlıcaları şunlardır:

- Uygun zaman olmaması,
- Görüşmeler için uygun oda sağlanamaması,
- Sağlık ocağında tüm hekimlerin depresyon hastaları ile ilgilenmemesi nedeni ile aşırı yoğunluk,

- Duygusal paylaşım ve sempati ile nasıl başa çıkılabileceği,

- Hasta bağlanmasına karşı neler yapılabileceği? Ne kadarına izin vermek gerektiği?

- Yaşam olayları ile ilgili önerilerde tavır alma.

Bu sorunların ilk üçüne ilişkin çözümler kurumlara göre farklılık göstermektedir. Ancak birinci basamaktaki pek çok sağlık kuruluşu için benzer sorunlar söz konusudur. Son üçü için bu tür eğitim etkinlikleri çözüm getirici olabilir.

**Tartışma:** Klinik davranışlara yönelik tutum değişikliği sağlamada konsültan bir hekim eşliğinde ve küçük grupta eğitim ve olgu tartışmaları yöntemi ile bile katılımcıların beklentileri tam olarak karşılanamamaktadır. Buna karşın depresyonun sık görülen bir sağlık sorunu olduğu inancı güçlenmekte, bu hastaların başka bulgularla gelebileceği bilgisi desteklenmektedir. Ancak depresyon tanısını birinci basamakta koymanın zor olduğu inancı değişmemekte, hatta güçlenmektedir. Buna karşın depresyonlu hastaların tedavisini üstlenen hekimler artmakta, sevk gereksinimi azalmaktadır. Pratisyen hekimlerin ilaç seçiminde zorlanmaları azalmakta, izleminde de kendilerini daha güvenli hissetmektedirler. Sağlık ocağında

depresyon hastalarına zaman ayırmada zorlanma sürmekte, depresyon hastaları için önerilen tedaviye uyumu kontrol etmekte zorlanma artmakta ve konsültasyon için gönderilen hastalar için bilgi almakta zorlanma azalmaktadır.

Tanı koyma ile ilgili zorlanmanın herhangi bir nedenle başvuran kişilerde depresyonu ayırt etmek gibi başlangıçta anlatılan nedenlerle olduğu düşünülmektedir. Ayrıca tıp eğitiminde psikiyatrik görüşme becerilerini edinmede bir eksiklik olduğu düşünülebilir. Tanı konulan hastaların tedavilerini üstlenmiş ve izlemeye başlamış olmanın ilaç tedavisine uyum ile ilgili sorunlara ilişkin farkındalığı artırdığı görülmektedir. Konsültan bir hekimin varlığı bilgi edinmeyi de kolaylaştırmaktadır. Birinci basamakta hastanın hekime her zaman ulaşabilmesi, sık sık danışma için hekime başvurmasına yol açmakta, hekimin önerilen zaman dışında da hastalara zaman ayırmasını gerektirmektedir. Sağlık ocağı hekiminin başka görevlerinin de olduğu gözönüne alındığında, bunun hekim için ek bir yük getirdiği görülmektedir. Sağlık ocaklarındaki bazı hekimlerin birinci basamakta çalışmayı tercih etmiyor olması ve pratisyen hekimlerin tümünün konu ile ilgilenmemesi iş yükü dağılımında bir bozulmaya yol açmakta; tükenme sorunu ile karşılaşılabilir.

Tüm bu sorunların varlığına karşın konsültan bir hekim eşliğinde ve küçük grupta eğitim ve olgu tartışmaları yöntemi depresyona yaklaşım açısından pratisyen hekimleri destekleyen bir yöntem olarak değerlendirilmiştir. **sted**

**Tablo 3.** Balçova SGB Bölgesi'nde Yürütülen Depresyon Eğitimleri Öncesi ve Sonrası Pratisyen Hekimlerin Tutumlarının Değerlendirilmesi.

	Ortalama	
	İlk Değerlendirme*	Son Değerlendirme**
1. Depresyon konusunda daha önce aldığım eğitimler yeterli idi.	33.09	37.00
2. Birinci basamakta depresyon sık görülen bir hastalıktır.	50.08	55.00
3. Depresyonu olan hastalar başka bulgular ile gelebilirler.	50.08	54.00
4. Depresyon tanısını birinci basamakta koymak zordur.	21.25	23.17
5. Depresyonlu hastaların tedavisini üstlenmekte zorlanıyorum.	26.17	28.08
6. Şimdiye dek hiçbir hastaya depresyon tedavisi başlamadım.	18.42	7.75
7. Depresyon tanısı koyduktan sonra konsültasyon için sevk ediyorum.	31.00	28.08
8. Depresyon için önerilebilecek ilaçları seçmekte zorlanıyorum.	36.00	28.17
9. Depresyon hastalarını izlemekte zorlanıyorum.	34.08	31.08
10. Sağlık ocağında depresyon hastalarına zaman ayırmakta zorlanıyorum.	37.08	38.00
11. Depresyon hastaları için önerilen tedaviye uyumu kontrol etmekte zorlanıyorum.	28.00	32.00
12. Konsültasyon için gönderdiğim hastalar için bilgi almakta zorlanıyorum.	41.00	37.08

\*Bir pratisyen hekim eğiticiisinin yürüttüğü depresyon eğitimi toplantısından 5 ay sonra alınan yanıtlar.

\*\*İlk değerlendirmenin ardından bir öğretim üyesi ile yapılan üç eğitim toplantısı ve olgu tartışmalarının tamamlanmasının ardından 5 ay sonra alınan yanıtlar.