

Birinci basamakta depresyon tedavisinin etkinliği

Cahit Özer, Fatma Nur Eneç Can, Zafer Tunç, Ömer Aydemir, Zekeriya Aktürk, Nezih Dağdeviren

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Özer, Cahit, Fatma Nur Eneç Can, Zafer Tunç, Ömer Aydemir, Zekeriya Aktürk, and Nezih Dağdeviren. 2004. "Birinci basamakta depresyon tedavisinin etkinliği." *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 8 (1): 20–23.

<https://www.turkailehekderg.org/jvi.aspx?un=TAHD-26450&volume=8&issue=1>.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

CC BY 4.0

Birinci Basamakta Depresyon Tedavisinin Etkinliği*

EFFICACY OF DEPRESSION MANAGEMENT IN PRIMARY CARE

Cahit Özer¹, Fatma Nur Eneç Can², Zafer Tunç², Ömer Aydemir³, Zekeriya Aktürk⁴, Nezih Dağdeviren⁴

Özet

Amaç: Depresyon tüm toplumu özellikle de kadınları etkileyen ve birinci basamakta sık karşılaşılan temel sağlık sorunlarından biridir. Yaygınlığı, tedavisinin uzun sürmesi ve tekrarlama riski nedeniyle uzun süre yakın takip gereklidir. Depresyon kronik hastalık olarak kabul edilmesine karşın ülkemizde, birinci basamakta uzun dönem seyri ile ilgili çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada polikliniğimizde depresyon tanısıyla tedavi edilen hastaların şimdiki durumunu görmek ve yapılan tedavinin uzun dönem etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Polikliniğimizde depresyon tanısı almış 78 hastadan ulaşılabilen 45 hasta çalışmaya davet edildi ve 28'i (%62.2) kabul etti (grup 1). Kontrol grubu oluşturmak üzere poliklinik hasta kayıtlarından rasgele örneklem yoluyla seçilen 250 kişiden 166'sı (%66.4) çalışmaya katıldı (grup 2). Bunlardan daha önce depresyon geçirmemiş olan 130 kişi grup 2, daha önce depresyon geçiren ve başka yerde tedavi gören 36 kişi ise grup 3 olarak incelendi. Her üç gruba da Beck Depresyon Envanteri uygulandı. Kontrol grubundan 10 kişi öyküsünde depresyon olmaksızın Beck Depresyon Envanterinden 17 puandan fazla aldıklarından çalışmadan çıkarıldılar. Veriler SPSS Programında değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 184 katılımcının yaş ortalaması 45.9±13.3 yıl, kadınların oranı %91.8 (n=169), evlilerin oranı %85.8 (n=158) idi. Grup 1'de ilk tanı aldıktan sonra geçen ortalama süre 24.3±8.0 ay idi. Grup 1'in Beck depresyon puanları grup 3'den daha düşük olmakla birlikte her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0.05). Aralıksız ilaç kullanma süreleri ve düzenli ilaç kullanımı yönünden grup 1 ve grup 3 benzerdi. Halen tedavi alanlar ve almayanlar ayrıca karşılaştırıldığında da Beck puanları farklı değildi. En sık kullanılan antidepresanlar tianeptin, sertralin ve amitriptilindi. Bununla birlikte grup 1 grup 3'den daha az anksiyolitik ve antipsikotik kullanmıştı.

Sonuç: Elde ettiğimiz sonuçlar, gelecekte depresyonun birinci basamaktaki başarılı tedavisinin bir işareti olarak kabul edilebilir. Birinci basamakta etkili şekilde takip ve tedavisinin yapılması depresyonla savaşta başarıyı kolaylaştıracaktır.

Anahtar sözcükler: Depresyon, birinci basamak, bakım, tedavi, aile hekimliği

Summary

Background: Depression is the most common mental health problem seen in primary care affecting the community and especially women. Long-term follow-up should be provided because of relapse and non-remission risk. Although depression is considered as a chronic disease, no research has been conducted concerning its management and long-term follow-up in primary care. This study was performed to evaluate the efficacy and the effectiveness of the treatment of depression dealt with in our primary care out-patient clinic.

Method: Out of 78 major depressive patients seen in our out-patient clinic, 45 could be reached and were invited to participate in the study. 28 patients (62.2%) accepted to participate (group 1). A random sample of 250 adults within the patient records were invited as the control group and 166 (66.4%) accepted to participate. 130 subjects without any history of depression were assigned as group 2, whereas 36 of the subjects with a history of depression were assigned as the third group. Beck Depression Inventory was applied to all three groups.

Results: Of 184 participants, 91.8% were female, mean age was 45.9±13.3 years, and 85.8% of them were married. Mean follow-up time in group 1 was 24.3±8.0 months. Beck depression scores in group 1 were lower than group 3 although no statistical difference could be shown between all 3 groups. Uninterrupted medication use and period of medication were similar between group 1 and group 3. The subjects were also compared concerning treatment stage and no difference was found. The most frequently used medications were tianeptin, sertralin and amitriptilin. However anxiolytics and antipsychotic drugs were used less in group 1 than in group 3.

Conclusion: Our results are promising and show that depression can be effectively managed in primary care. Effective follow-up and treatment of depression in primary care is crucial in handling this disease.

Key words: Depression, primary care, management, treatment

* Bu çalışma 2-6 Eylül 2003 tarihleri arasında Sivas'da düzenlenen II. Ulusal Aile Hekimliği Günleri'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı.

2) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Asistanı.

3) Edirne Fatih Sağlık Ocağı, Pratisyen hekim.

4) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

Ruh hastalıkları hem toplumda hem de birinci basamakta sık görülen sağlık sorunlarıdır. Birinci basamakta en sık görülen ruh sağlığı sorunu depresyondur ve yaygınlığı %5-19 arasındadır.¹⁻³ Kadınların %20'sinde, erkeklerinde %10'unda yaşamlarının bir döneminde depresyon görülür.¹ Bu oranlar genel erişkin topluma oranla 2-3 kat fazladır.⁴ Ülkemizde depresyon yaygınlığı ise genel popülasyonda %10-20, yaşlılarda %29 (erkeklerde %24, kadınlarda %33) olarak bildirilmiştir.^{5,6}

Yaygınlığına karşın depresyonun birinci basamakta tanısı, tedavisi ve yönetiminde istenen başarı sağlanamamıştır.⁷ Genellikle tanıda gecikilmekte veya yetersiz/eksik tedavi yapılmaktadır. Bunun sonucunda hastaların yaşam kalitelerinde iyileşme sağlanamadığı gibi sağlığa ayrılan kaynaklar yanlış kullanılmaktadır.^{8,9}

Yaygınlığı ve sıklığı nedeniyle depresyonun tanı, tedavi ve takibinin birinci basamakta yapılması önerilmektedir. Bununla birlikte ülkemizde, birinci basamakta, depresyon olgularının ancak %15'ine tanı konabildiği ve bunların da ancak yarısının tedavisinin birinci basamakta yapıldığı bilinmektedir.¹⁰ Birinci basamakta tedavi edilen depresyon hastalarının uzun dönem izlemi ile ilgili veri bulunamamıştır. Bu çalışmada depresyonun birinci basamak şartlarında tanı ve tedavisinin etkin bir şekilde yapılabileceği hipotezinden hareketle üniversitemizin Aile Hekimliği Polikliniğinde depresyon tanısıyla tedavi edilen hastaların şimdiki durumunu görmek ve tedavinin uzun dönemdeki etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın yapısı

Temmuz 2003'te gerçekleştirilen olgu-kontrol tipi bir araştırmadır.

Araştırmanın evreni

Mayıs 2000 tarihinden beri hizmet veren Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğinin kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Bu süreçte polikliniğimiz veri tabanına kaydı yapılan 1150 hasta araştırma evrenini oluşturuyordu.

Örneklem

1150 hastadan dosyalarında gerekli veriler olan ve depresyon tanısı alan 78 kişi saptandı.

Çalışmaya alma kriterleri

Adres ve telefonu doğru olan ve çalışma süresinde ulaşılabilen 45 hasta çalışmaya davet edildi. Tedavisi süren hastalar da çalışmaya dahil edildiler.

Çalışma grupları

Grup 1: Depresyon tanısı almış hastadan 45'ine ulaşıldı, 28'i (%62.2) katılmayı kabul ederek verilen randevuya geldiler.

Grup 2: Kontrol grubu oluşturmak üzere polikliniğimize kayıtlı 1150 kişiden 250'si basit rasgele örnekleme yoluyla seçilerek davet edildi. Bunlardan 166'sı (%66.4) çalışmaya katılmayı kabul ettiler. Bu topluluktan, daha önce depresyon geçirmemiş 130 birey 2. Grubu oluşturdu.

Grup 3: Kontrol grubu olarak çağrılan 166 kişiden, daha önce depresyon geçirdiği ve başka yerde tedavi gördüğü öğrenilen 36'sı (%21.7) 3. grup olarak incelendi.

Sonuç ölçütleri

Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzey ve şiddetini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Envanteri-Türkçe Formu kullanıldı. Beck Depresyon Envanteri (BDE) hastalar tarafında doldurulan ve 21 yönergenin Dörtlü Likert tipi ölçekle değerlendirildiği ve her maddeye 0-3 arası puan verildiği bir ölçektir.¹¹

İstatistik

Bulgular Oneway Anova, Ki-kare ve Mann-Whitney U istatistik testleri ile karşılaştırıldı. P<0.05 anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular

184 katılımcı grup 1 (n=28), grup 2 (n=120) ve grup 3 (n=36) olarak incelendi. Tüm grubun yaş ortalaması 45.9±13.3 yıl, grup 1, 2 ve 3'ün yaş ortalamaları sırasıyla 48.2±9.96 yıl, 46.6±14.09 yıl ve 43.6±11.47 yıl idi. Tüm grupta kadınların oranı %91.8 (n=169), grup 1, 2 ve 3'de kadınların oranı sırasıyla %92.9, %80.8 ve %100 idi. Medeni durumları incelendiğinde evlilerin oranı %85.8 (n=158), bekarların oranı %7.6 (n=14), dul ve boşanmışların %11.9 (n=22) olarak bulundu. Gruplar arasında yaş ve medeni durum yönünden fark bulunmazken grup 2'de erkekler daha fazla idi.

Polikliniğimizde tanı konan hastalarda (grup 1) ilk tanıdan sonra geçen ortalama süre 24.3±8.0 (maks: 36, min: 3) ay idi. Grup 3 için veriler yeterli olmadığından süre hesaplanamadı. Ortalama tedavi süresi 1. grupta 5.2 ay, 3. grupta 14.5 ay'dı. Dağılım homojen olmadığından Mann-Whitney U testi kullanıldı. Her iki grubun medyan değerleri 3 ay idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Tedavisi devam edenlerin oranı 1. grupta %28.6 (n=8), 3. grupta %38.9 (n=14) idi. Tüm gruplar ve Beck Depresyon Envanter Puanları (BDEP) Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1
Grupların Beck Depresyon Envanteri puanları

Gruplar	n (%)	BDEP
Grup 1 ilaçsız	20 (%10.9)	10.6
Grup 1 ilaçlı	8 (%4.3)	9.1
Grup 2 (kontrol)	120 (%65.2)	6.4
Grup 3 ilaçsız	22 (%11.9)	11.7
Grup 3 ilaçlı	14 (%7.6)	16.0
Toplam	184 (%100)	9.4

BDEP: Beck Depresyon Envanteri Puanı

Polikliniğimizde tanı konanların Beck depresyon puanları polikliniğimiz dışında tanı konanlardan daha düşük olmakla birlikte her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Aralıksız ilaç kullanma süreleri ve düzenli ilaç kullanımı yönünden grup 1 ve grup 3 benzerdi. Halen tedavi alan ve almayanlar ayrıca karşılaştırıldığında da Beck puanları farklı değildi.

1. grupta en sık kullanılan antidepresanlar tianeptin (%35.6), sertralin (%28.9) ve amitriptilini (%11.1). 3. grupta tüm antidepresanlar benzer oranlarda tercih edilmişlerdi. Bununla birlikte 1. grupta %4.7 oranında anksiyolitik kullanılırken 3. grupta %9.5 oranında anksiyolitik kullanılmıştı ($p<0.05$). Aynı şekilde 3. grupta daha fazla antipsikotik kullanılmıştı (Tablo 2).

Tablo 2
Tedavide kullanılan ilaçlar

SSRI ve SNRI	İlaç	Grup 1	Grup 3	Toplam
	Sertralin	13	3	16
	Fluoksetin	4		4
	Fluvoksamin		3	3
	Venlafaksin	1	3	4
	Sitalopram	1	1	2
	Mirtazapin		1	1
Trisiklik	Opipramol		1	1
	Amitriptilin	5	7	12
	Klomipramin		1	1
	Imipramin		1	1
Diğer	Maprotilin	1	2	3
	Moklobemid		1	1
	Anksiyolitik	4	8	12
	Antipsikotik		4	4
	Tianeptin	16	4	20
Toplam		45	40	85

SSRI: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri

SNRI: Serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri

Tartışma

Birinci basamak hekimi, yapılan başvuruların %90'ını tanıyıp tedavi edebilmeli, geriye kalanların bakımlarını ise diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içerisinde sağlamalıdır. Ülkemizde birinci basamak sağ-

lık hizmetleri gerek yasal düzenlemeler, gerekse bakım olanakları ve hekimin niteliği açısından hızlı bir gelişim içindedir. Bu araştırma, birinci basamak başvurularında önemli bir yer tutan depresyonun, tanı ve tedavisinin uygun koşullar ve eğitilmiş bir ekiple birinci basamakta başarılı bir şekilde yapılabildiğini göstermesi açısından önemlidir.

Depresyon tedavisinde tedavi direnci ve tekrarlaması önemli bir sorundur.¹² Barkow ve ark. 12 aylık izlem sonunda, birinci basamakta tedavi edilen hastaların %33.5'inde depresyonun devam ettiğini görmüşlerdir.¹³ Çalışmamızda takip süresi ortalama 2 yıldır. Hiçbir hastada tedaviden sonraki 2 yıl içinde nöks görülmemiştir; bu önemli bir tedavi başarısıdır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama tedavi süresi 1. grupta, 3. gruptan daha kısaydı. Tedavi süresinin kısalığı, tedavi direncinin de fazla olmadığını düşündürmektedir. Halen tedavisi süren hastaların BDE puanları da her iki grupta benzer olarak düşüktü. Bunlar birinci basamakta görülen hastaların psikiyatri uzmanlarına başvurularına göre depresyonun şiddeti, semptomatolojisi yönünden farklı olmaları ve tedavi uyumu ile açıklanabilir.^{14,15}

1. grupta tianeptin 3. gruba oranla fazla kullanılmıştı. Selektif serotonin re-uptake inhibitörlerinden de sertralin ön planda kullanılmıştı. 3. grupta tüm antidepresanlar benzer oranda tercih edilmişti. 1. grupta tedaviye antipsikotik eklenmemiştir ve 3. gruptan daha az anksiyolitik kullanılmıştı. Hastaların geliş semptomları ve yakınmaları karşılaştırılmadığı için, bu konuda, ancak 1. grupta tedavi maliyetinin ve olası yan etkilerin daha az olacağı söylenebilir. Tedavi farklılıkları hasta profili ile hekimin bilgi ve becerisiyle ilgili olabilir.¹⁶

Hasta sayısının azlığı ve sonuçların tüm birinci basamağa genellenememesi çalışmanın önemli kısıtlılıklarıdır. Ancak aile hekimliği polikliniğinde aile hekimliği uzmanlarınca tanınıp tedavi edilen hastalar olmaları açısından önemlidir. Diğer taraftan 3. gruptaki hastaların tamamının ikinci basamakta tedavi görmediği, bir kısmının da diğer birinci basamak kuruluşlarında (sağlık ocakları) tedavi edildikleri varsayılabilir. Bu durumun sorgulanması, karşılaştırmaları aile hekimliği polikliniği, sağlık ocakları ve ikinci basamak açısından yapmamızı sağlayabilirdi. Birinci basamakta görülen depresyon hastaları genellikle somatik yakınmalarla baş vuran, iç görüsü gelişmemiş yani ayrımlaşmamış hastalardır.^{14,15} Bu nedenle grupların depresyon tipi ve şiddeti yönünden benzer olduklarını söylemek zordur. 1. ve 3. gruplarda kadınlar kontrol grubuna (2. grup) göre daha fazladır. Bunun sonuçları etkileyeceği düşünülmüş, ancak kadınlar da depresyon yaygınlığı ve sıklığı daha fazla olduğu için hipotez lehine olamayacağı sonucuna varılmıştır.

Sonuç

Depresyon, yaygınlığı, tedavisinin uzun sürmesi, sonrasında da tekrarlama riski nedeniyle uzun süre yakın takip gerektirir. Toplumdaki yaygınlığına ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesine karşın, depresyonla mücadelede yetersiz kalınmaktadır. Hastalar çoğu kez ilk karşılaştıkları hekim tarafından tanınamamakta, ya da etkin şekilde tedavi edilememektedir. Bunun sonucu olarak depresyon kronik seyirli, tekrarlama oranı yüksek ve tedaviye dirençli bir hastalık olarak karşımıza çıkmakta, tedavi maliyeti artmaktadır. Son derece yaygın bu durumun tanı ve tedavisi sadece ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarında yapılamaz; birinci basamak hekimleri depresyon tanısını ve yönetimini iyi bilmek zorundadırlar.

Bu araştırmanın sonuçları aile hekimliği polikliniği şartlarında depresyonun tanı, tedavi ve takibinin etkin bir şekilde yapılabildiğini göstermektedir. Hasta memnuniyetinin sağlanmasının yanında ilgili hastaların sevk ve tetkik maliyetlerinin de azaltılmış olması sağlık sisteminin yükünü önemli oranda azaltacaktır. İkinci ve üçüncü basamaktaki psikiyatri uzmanları ile birinci basamak hekimleri arasındaki işbirliğinin artırılması depresyon hastalarının bakım kalitesini de artıracaktır.

Kaynaklar

1. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-801.
2. Olfson M, Shea S, Feder A ve ark. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Arch Fam Med* 2000; 9: 876-83.
3. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE ve ark. Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. *Arch Fam Med* 1995; 4(10): 857-61.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003 18; 289 (23): 3095-105.
5. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıover S, Kırpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 174-8.
6. Kuey L, Gulec C. Depression in Turkey in the 1980s: epidemiological and clinical approaches. *Clin Neuropharmacol* 1989; 12 Suppl 2: S1-12.
7. Simon GE, von Korff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995; 4: 99-105.
8. Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK, Burke JD Jr, Lazar JB, Judd LL. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry* 1988; 145(11): 1351-7.
9. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K ve ark. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.
10. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 3-16.
11. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 3-13.
12. van Weel-Baumgarten E, van den Bosch W, van den Hoogen H ve ark. Ten year follow-up of depression after diagnosis in general practice. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1643-6.
13. Barkow K, Maier W, Üstün TB, Gansicke M, Wittchen HU, Heun R. Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *J Affect Disord* 2003; 76: 157-69.
14. van Weel-Baumgarten EM, Schers HJ, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Zitman FG. Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings. *J Fam Pract* 2000; 49: 1113-20.
15. Nagel R, Lynch D, Tamburrino M. Validity of the medical outcomes study depression screener in family practice training centers and community settings. *Fam Med* 1998; 30: 362-5.
16. Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ ve ark. Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 913-9.

Geliş tarihi: 10.12.2003

Kabul tarihi: 17.02.2004

İletişim adresi:

Dr. Cahit Özer
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
22030 EDİRNE
Tel: (0284) 235 63 80
e-posta: cahitozer@trakya.edu.tr
cahitozer@yahoo.com