TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ YAŞLIDA DEPRESYON İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI

Dr. SÜMEYYE IRMAK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KOCAELİ 2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ YAŞLIDA DEPRESYON İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI

Dr. SÜMEYYE IRMAK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Karar No: GOKAEK-2021/15.32 Proje No: 2021/262

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini, ilgisini, sevgisini, bilgisini esirgemeden bizlere sunan sevgili hocam Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur'a,

Birlikte çalışma şansına ulaştığım KOÜAH arkadaşlarıma,

Her zaman desteğini, sevgisini hissettiğim canım ailem; Annecim Dudu Demir ve babacım Ali Demir, sevgili kardeşlerim Zeynep Özer, Hayriye Salman ve Hasan Demir'e,

Doğduğu günden beri yaşama sevincim oğlum Melih Irmak'a

Sevgisi ve desteği ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Emrah Irmak'a sonsuz teşekkür ediyorum.

Dr. Sümeyye IRMAK

KISALTMALAR DİZELGESİ

Kısaltma	Açıklama
AH	Alzheimer Hastalığı
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
APA	American Psychological Association
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BM	Birleşmiş Milletler
DM	Diyabetes Mellitus
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	Elektrokardiyografi
EKT	Elektrokonvülsif Terapi
GDÖ	Geriatrik Depresyon Ölçeği
ICD	International Classification of Diseases Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps Sakatlıklar, Yetersizlikler ve Engelliklerin Uluslar Arası Sınıflandırılması
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
NAYKH	Non-Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı
PAH	Periferik Arter Hastalık
SAHU	Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
SNRI	Serotonin-norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SVH	Serebrovasküler Hastalık
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

TFT Tiroid Fonksiyon Testleri

TMS Transkraniyal Manyetik Stimülasyon

TSA Trisiklik Antidepresanlar

TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu

VKİ Vücut Kitle İndeksi

WONCA World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Major depresif bozukluk için DSM V tanı kriterleri 18
Tablo 2: Depresif belirtilerin yaş gruplarına göre farklılıkları 19
Tablo 3: Depresif belirtilerin yaş grubuna göre dağılımı 20
Tablo 4: Demans-Psödodemans ayrımı 23
Tablo 5: Depresyon gelişmesine sebep olabilecek dahili hastalıklar ve ilaçlar..... 26
Tablo 6: Katılımcıların sosyodemografik bilgileri 42
Tablo 7: Katılımcıların Risk Faktörlerini Doğru Bilme Oranları 46
Tablo 8: Katılımcıların Genel bilgilerin sorgulanmasında doğru cevap verme durumu 47
Tablo 9: Katılımcıların Vakaları doğru bilme oranları 49
Tablo 10:Çalışma Pozisyonlarındaki Yaş Aralığı Dağılımı 50
Tablo 11: Yaş dağılı ile risk faktöründen alınan puan karşılaştırması 50
Tablo 12: Risk faktörlerinden alınan toplam puan ile yaş grupları arasındaki fark 51
Tablo 13: Psikiyatri Rotasyonuna Göre Test Skorları 51
Tablo 14:Çalışma Pozisyonuna Göre Test Skorları 51
Tablo 15: Toplam alınan puanların, Psikiyatri rotasyonu ve çalışma pozisyonu arasındaki ilişki 52

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080 13
Şekil 2: Depresyon tiplerinin gençler ve yaşlılarda dağılımı 21
Şekil 3: Yaşlı bireylerde depresyon için önerilen tedavi algoritması 32
Şekil 4: Çalışma grubundakilerin cinsiyet dağılımı 43
Şekil 5: Çalışma grubundakilerin yaş dağılımı 43
Şekil 6: Çalışma grubundakilerin çalışma pozisyonu dağılımı 44
Şekil 7: Çalışma grubundakilerin asistanlıkta geçen süre dağılımı 44
Şekil 8: Çalışma grubundakilerin psikiyatri rotasyonu dağılımı 45
Şekil 9: Çalışma grubundakilerin yaşlı sağlığı eğitimi alma dağılımı 45
Şekil 10: Vakaların doğru bilinme oranları 50

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR 3
KISALTMALAR DİZELGESİ 4
TABLOLAR DİZİNİ 6
ŞEKİLLER DİZİNİ 7
1.GİRİŞ VE AMAÇ 10
2. GENEL BİLGİLER 12
2.1. YAŞLILIĞIN TANIMI 12
2.1.1. Yaşlılık Epidemiyolojisi 12
2.2. YAŞLANMA DÖNEMİNDE GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER 13
2.2.1. Yaşlanmaya Bağlı Nörolojik Değişiklikler 14
2.3. YAŞLANMA DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER 15
2.4. YAŞLI SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANAMNEZ 16
2.4.1. Yaşlı Bireylerin Psikolojik ve Duygusal Durumunun Değerlendirilmesi 17
2.5. DEPRESYON 17
2.6. YAŞLILIK VE DEPRESYON 19
2.7. Geriatrik Depresyon Tanı 22
2.7.1. Geriatrik Depresyon Ayırıcı Tanı 23
2.8. GERİATRİK DEPRESYON RİSK FAKTÖRLERİ 25
2.8.1. İleri Yaş 25
2.8.2. Cinsiyet 25
2.8.3. Yalnız yaşama/Dul olma 26
2.8.4. Kronik Hastalık ve Kullandığı İlaçlar 26
2.8.5. Yeti Yitimi 28
2.8.6. Geçmişteki Depresyon Öyküsü 28
2.8.7. Gelir Durumu 29
2.8.8. Eğitim Durumu 29
2.8.9. Yakınlarından Birinin Vefatı 29
2.8.10. Fiziksel İnaktivite 30
2.8.11 Alkol ve Madde kullanımı 30

2.9. GERİATRİK DEPRESYON PREVELANSI 30
2.10. GERİATRİK DEPRESYON TEDAVİSİ 31
2.10.1. İzlem 33
2.11. İNTİHAR 34
2.12. NE ZAMAN SEVK EDİLMELİ 36
2.13. GERİATRİK DEPRESYONDA AİLE HEKİMLİĞİNİN ROLÜ 36
3. GEREÇ VE YÖNTEM 39
3.1.Verilerin Elde Edilmesi 40
3.2.Verilerin Değerlendirilmesi 40
4. BULGULAR 42
5. TARTIŞMA 53
6.SONUÇ VE ÖNERİLERİ 57
7. ÖZET 59
8. ABSTRACT 60
KAYNAKLAR 61
EKLER 69
ANKET FORMU 69

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık; fizyolojik bir olgu olup kişilerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ile birlikte pek çok sorunun yaşandığı bir dönemdir. Günümüzde tıp alanındaki gelişmelerle birlikte bulaşıcı hastalıkların azalması, beslenme koşullarının daha iyi olması ve genel hijyen koşullarının düzelmesi gibi faktörlerin etkisi, ortalama insan ömrünün uzamasına neden olmuştur. Bunun sonucunda; gelişmiş ve gelişmekte olan her ülkede, ortalama yaşam beklentisi ve buna bağlı olarak yaşlı bireylerin nüfus içindeki oranı gittikçe yükselmektedir.[1–3]

Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Dünya nüfusunun 2018 yılı itibarı ile %9,1'ini (680 milyon) yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Türkiye'de de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermiştir. Türkiye'de 65 yaş ve üstü bireylerin sayısı son beş yılda %21,9 artmıştır.[3,4]

İleri yaştaki bazı yaşlı yetişkinler sağlıklı ve bağımsız yaşamaktayken, çok hastalanan ve yataktan kalkamayan yaşlılar da bulunmaktadır. Nüfusun sağlıklı yaşlanması giderek daha önemli hale gelmektedir. Sağlıklı yaşlanmaya katkıda bulunan ana faktör birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayan koruma uygulamasıdır. Raporlar, yaşlılarda önlenebilecek hastalıklarla ilişkili mortalite ve morbiditenin önde gelen nedeninin depresif bozuklukların tetiklediği fizyolojik hastalıklar olduğunu göstermektedir.[5–7]

Depresif bozukluklar, yaşlı bireylerde en sık gözlenen psikiyatrik rahatsızlıklar arasındadır. Türkiye'de yaşlılarda depresyon görülme sıklığı %10-20 olarak bildirilmektedir. Yaşlı bireylerde depresyon belirtileri çoğu zaman göz ardı edilir; isteksizlik, hayattan beklentinin azalması, mutsuzluk gibi semptomlar yaşlılığın doğal sonucu gibi düşünülmek ile birlikte çoğu yaşlı depresif belirtilerini maskeleyen somatik yakınmalar ile sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Depresyonun ileri yaşlar için bireyin yaşam kalitesini, morbidite ve mortalitesini etkileyen önemli bir durumdur.[8–10]

Depresyon; büyük oranda önlenebilen ve tedavi edilebilen bir durum olduğundan erken tanı ve tedavi son derece önemlidir.[11,12] Depresyon saptanan bireylerin tedavi ve takibini yapmak veya ileri tetkik amacıyla sevkini planlamak, hizmete ulaşım kolaylığı ve hizmetin sürekliliği de göz önüne alındığında, birinci basamak sağlık kuruluşları üzerine önemli bir sorumluluk yüklemektedir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini ve yaşam doyumlarını

arttırmak ve dolayısıyla depresyon gibi pek çok ruhsal hastalığın görülme sıklığını azaltmak için hizmet veren aile hekimlerinin yaşlı nüfusa yönelik bilgileri, tutumları ve depresyon ile ilişkili bilgi düzeylerinin artırılması gittikçe önemini artırmaktadır. Yaşlı bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir. Yaşlı sağlığı hizmetleri aile sağlığı merkezinde verilmesi gereken hizmetler içinde çok önemli bir yer tutmaktadır.[7,13]

Bu temel hedefe yönelik olarak bu çalışmada aile hekimliği alanında hizmet veren asistanların yaşlı bireylere yönelik depresyon konusundaki bilgi ve tutum düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIĞIN TANIMI

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü kapsayan fizyolojik bir süreçtir.[14,15] Yaşlanma ve yaşlılık karmaşık bir olgudur. Biyolojik olarak yaşlılık moleküler ve hücresel düzeyde meydana gelen bir dizi hasarın birikimidir. Bu hasar geçen yıllar içinde fizyolojik kapasitenin azalmasına, çeşitli hastalıkların riskinin artmasına yol açarak bireyin kapasitesinde azalmaya neden olur. Ancak değişikliklerin yaş ile ilişkisi oldukça zayıftır; yaş ile doğrusal (lineer) olarak artış göstermez. Bu nedenle örneğin 70 yaşındaki bir kişi fiziksel ve mental olarak aktif bir yaşam sürebilirken, bir başkası temel yaşam gereksinmelerini karşılayabilmek için önemli tıbbi destek gereksinimi içinde olabilir. Yaşlanma süreci rastgele (random) olarak cereyan eder; bireylerin yaşlandığında hangi konumda olacağını önceden bilmek mümkün değildir. Bununla birlikte çeşitli çevresel faktörler ve bireysel özellikler bu süreç üzerinde etkili olabilir.[1]

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşlılık, bireyin çevreye uyum yeteneğinin kendi kontrolü dışında azalmasını ifade etmekte ve kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri bireyleri tanımlamaktadır. DSÖ'ye göre kronolojik yaşlılık şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- 65-75 yaş, genç yaşlılığı ve çalışma hayatından emekliliğe geçiş dönemini tanımlamaktadır;
- 75-85 yaşları ileri yaşlılıkları ve fonksiyonel kayıpların gözlenmeye başladığı bir dönemi tanımlamaktadır;
- 85 yaş ve üzeri, çok ileri yaşları ve özel bakım ve destek gerektiren bir dönemi tanımlamaktadır.[16]

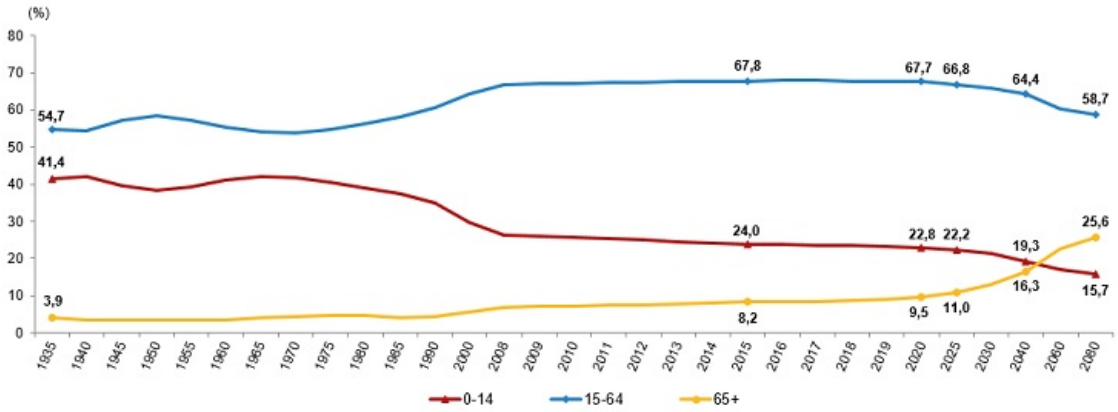
2.1.1. Yaşlılık Epidemiyolojisi

Yarım yüzyıl önce çoğu insan 50 yaşından önce ölmekteyken, o zamandan bu yana beslenme, hijyen ve yaşam koşullarındaki iyileşme tıptaki gelişmeler ile birlikte yaşam beklentisi arttırmıştır.[1–3] Dünya nüfusunun yaşlanma hızı giderek artmaktadır. 2015 ve 2050 arasında, 60 yaş üstü dünya nüfusunun oranı %12'den %22'ye neredeyse iki katına

çıkması beklenmektedir. Nüfusun yaşlanması olarak bilinen bir ülkenin nüfusunun daha ileri yaşlara doğru dağılımındaki bu kayma, yüksek gelirli ülkelerde (örneğin Japonya'da nüfusun %30'u zaten 60 yaşın üzerindedir) başlamış olsa da, şimdi en büyük değişimi yaşayan orta ve düşük gelirli ülkelerdir. 2050 yılına kadar, 60 yaş ve üstü dünya nüfusunun üçte ikisi orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşaması beklenmektedir.[17,18]

Birleşmiş Milletler (BM) 2019 Dünya Nüfus Beklentileri Raporunda 2050 yılına kadar yaşlanma oranı detaylı olarak verilmektedir. Bu rapora göre 2019'da 11 kişi arasından birinin yaşlı olduğu, ancak 2050 yılında dünyadaki 6 kişiden 1'inin 65 yaşın üzerinde olacağı öngörülmektedir.[19]

Türkiye'de de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermiştir.[4] Türkiye'de yaş gruplarına göre 1935-2080 yılları arasındaki nüfus değişimi tahminleri Şekil 1'de verilmektedir.



Şekil 1: Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080

Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresi toplamda 78,3 yıl iken; erkeklerde 75,6 ve kadınlarda 81 yıldır. Sağlıklı yaşam süresi; belirli bir yaştaki kişinin günlük hayattaki faaliyetlerini sınırlandıracak bir sağlık sorunu olmadan yaşaması beklenen yıl sayısı olarak tanımlanır. Türkiye'de beklenen sağlıklı yaşam süresi toplamda 58,3 yıl, erkeklerde 59,9 ve kadınlarda 56,8 yıl olarak hesaplanmıştır.[4]

2.2. YAŞLANMA DÖNEMİNDE GÖRÜLEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Yaşlanma ile birlikte tüm organ sistemlerinde fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Kalp debisi azalır, kan basıncı yükselir ve arterioskleroz gelişir. Akciğerler bozulmuş gaz

değişimi, hayati kapasitede bir azalma ve daha yavaş ekspiratuar akış hızları gösterir. Kreatinin üretimindeki orantısal yaşa bağlı azalma nedeniyle serum kreatinin düzeyi nispeten sabit kalmasına rağmen, kreatinin klirensi yaşla birlikte azalır. Büyük ölçüde değişmiş motilite paternleriyle ilişkili fonksiyonel değişiklikler, yaşlanma ile birlikte gastrointestinal sistemde meydana gelir ve yaşlılarda atrofik gastrit ve değişmiş hepatik ilaç metabolizması yaygındır. Yaşın artmasıyla birlikte cildin epidermisi atrofiye uğrar; kolajen ve elastikiyet değişiklikleri nedeniyle cilt tonusu ve elastikiyeti azalır. Yaşın artmasıyla birlikte yağ oranı ve vücut kütlesi azalır, bu durum öncelikle kas hücrelerinin kaybı ve atrofisinden kaynaklanır. Birçok eklemde dejeneratif değişiklikler meydana gelir ve bu, kas kütlesi kaybıyla birlikte yaşlı hastaların hareketini engeller. Yaşlı bireylerde metabolizma değişir, yaygın olarak kullanılan ilaçlara yanıttaki değişiklikler farklı ilaç dozajlarını gerekli kılar.[20,21]

Geriatrik sendromlar multifaktöriyel ve doğrudan organ kaynaklı bir hastalığa bağlanamaz ve en iyi şekilde kapsamlı bir geriatrik muayene ile değerlendirilir. Uyku bozuklukları, yeme ve beslenme sorunları, idrar kaçırma, kafa karışıklığı, düşme belirtileri ve cilt bozulması gibi fiziksel belirtiler yaş ilerledikçe artabilir ve bireyin yaşam kalitesini düşürür. Yaşlı bireyde tansiyon değişimleri, inkontinans, düşmeler, deliryum, cilt bozulması, uyku değişiklikleri, yürüme bozuklukları, duyusal eksiklikler, kilo kaybı ve besin dengesizlikleri, yorgunluk, baş dönmesi gibi semptomlar artmaktadır .[22,23]

2.2.1. Yaşlanmaya Bağlı Nörolojik Değişiklikler

Yaşla birlikte beyin hacminde küçülme olur, 90'lı yaşlarda 20'li yaşlara göre beyin hacmi %10 azaldığı gösterilmiştir.[24] Beyin hacmindeki küçülme eşit oranda değildir, en çok etkilenen prefrontal korteks iken en az etkilenen oksipital kortekstir. Serabral kan akımı azalır, beyin ve nöronlarda meydana gelen dejeneratif değişiklikler bilişsel işlevleri olumsuz etkiler, ama bu azalma günlük yaşamı etkileyecek düzeyde değildir.[9,25]

Yaş artışı ile birlikte beyinde nörotransmitter sistemde meydana gelen değişiklikler, dopamin ve serotonin en çok etkilenen olmakla birlikte dopamin erken erişkinlikten başlayarak her 10 yılda %10 azalmaktadır. Bu durum yaşlı bireylerin depresyon ve ekstrapiramidal yan etkilere yatkınlığını arttırmaktadır.[26,27]

Etkilenen bir başka mekanizma nöroendokrin sistemdir, glukokortikoid düzeyindeki artış hippokampal nöron hasarına, iskemi ve eksotoksisiteye yatkınlık oluşturmakta, bu durum inme ve Alzheimer hastalığı (AH) sıklığında artışa neden olmaktadır.[27]

2.3. YAŞLANMA DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Yaşlı bireyin fiziksel kayıpları ile birlikte meydana gelen davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimler psikolojik yaşlanmayı oluşturur.[5] Yaşlılığın psikolojik yönü, genel olarak, bilişsel beceriler ve ruhsal davranış değişimleriyle ilgilidir. Bilişsel beceriler zeka, dikkat, öğrenme, bellek, dil, görsel-uzamsal yetiler, akıl yürütme ve bilişsel esneklik gibi alanlardaki değişiklikleri; ruhsal davranış değişimleri ise duygu durum, güdülenimler ve baş etme becerileri gibi çeşitli nitelikleri içermektedir.[28]

Yaşlanmanın getirdiği fiziksel değişiklikler, sosyal rollerdeki değişim, emeklilik, ekonomik değişim gibi faktörlere her birey aynı tepkiyi vermez. Burada yaşlı bireylerin kendilerini yaşlılığa nasıl hazırladıkları önemlidir. Örneğin fiziksel değişiklikler sonucu kendini yetersiz hisseden, yeti yitimi artan yaşlı bireylerde sosyal izolasyon artabilir, başkalarına yük olma düşüncesi ve işe yaramama endişesi yaşayabilir.[28,29]

Yaşlı bireylere ilişkin saygı ve hoşgörü ortamının gün geçtikçe ortadan kalkması, yaşlının bilgeliği ve değerine dair geleneksel tutum ve davranışların yok olması yaşlıların gün geçtikçe yalnızlaşmasına ve sosyal yaşamdan uzaklaşmasına neden olmaktadır.[31,32] Diğer kişilerle duygusal bağları zayıflayan ve yalnızlaşan yaşlı bireylerde sosyal yalnızlık sık görülür. Yalnızlaşma, depresyon semptomlarını daha da artırır.[21]

Yaşlı bireylerde psikolojik sorun oluşturabilecek başlıklar şöyle özetlenebilir;

1. Erişkin dönemde başlayan ve devam eden problemler (depresyon, yeme problemleri, madde kötüye kullanımı, cinsel işlev bozuklukları vs)
2. Yas ile ilgili sorunlar
3. Kronik hastalıklar ile uzun süre mücadele sonrası ortaya çıkabilecek psikolojik sorunlar
4. Demans[33]

2.4. YAŞLI SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANAMNEZ

Öykü alma süreci hasta-hekim arasında güvene dayalı bir etkileşimin başladığı zaman dilimi olarak değerlendirilmektedir. Yaşlı bireye sağlık desteğini sağlayabilmek için bu sürecin verimli olması ve uygun koşullarda olması için gayret gösterilmelidir. Yaşlı birey sağlık kurumuna başvurduğu zaman muayene odası ve görüşme odasının ergonomik açıdan yaşlı bireye göre düzenlenmesi ilk başlangıç aşamasında yarar sağlar. Odada tekerlekli sandalye bulundurulması, yürüteç gibi ortopedik destek sağlayan yardımcı araçların bulundurulması, bakım veren bireyin de öykü alma sırasında sürekli aktif olarak muayeneye dahil edilmesi gibi uygulamalar, yaşlı birey-hekim arasında bir güven ilişkisi kurulmasını destekler. Sağlıklı bir öykü alma süreci gerçekleştirelemeyen durumlarda; geriatrik değerlendirme teknikleri, fizik muayene ya da bakım veren bireyden alınan öykü gibi farklı yaklaşımlar kullanılmalıdır. Geriatrik değerlendirmede temel günlük yaşam fonksiyonlarını değerlendiren ölçek ve veri toplama araçları kullanılmaktadır.[34] İnkontinans, düşmeler, demans, gastrointestinal problemler ya da uyku problemleri gibi yaşlılık döneminde sık karşılaşılan durumların taranması ve tanınması için bu değerlendirme araçlarının iyi bilinmesi önemlidir.[35]

Yaşlı bireylerin sağlık durumunu belirlemek için yapılan geriatrik değerlendirmede yaşlılığa bağlı fizyolojik değişiklikler dikkate alınmaktadır. Yaşlı bireylerde fonksiyonel kapasitede azalma ve kayıplar, günlük yaşam aktivitelerinde değişiklikler ve sınırlılıklar gelişmekte ve yaşlılığa bağlı kronik hastalıklar artmaktadır. Yaşlılarda hastalık etkenleri, semptomları farklıdır; multipl patoloji ve polifarmasi sıktır.[36] Genellikle yaşlıların hastalıkları ve yakınmaları önemsenmez, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşünülür. Yaşlı bireyin sağlık durumu değerlendirilirken işitme, görme ve algılamadaki bozukluklar ilk aşamada ele alınmalıdır. Bunun yanısıra yardımcı cihaz kullanıp kullanmadığı sorulmalı, kullanıyorsa cihazın uygun olup olmadığı araştırılmalıdır.[37]

Yaşlılıkta, birincil koruma, erken tanı ve etkin tedavi yöntemleri ile hastalıkların gelişmesini önlemek, koruyucu önlemler almak, sakatlık ve yaşam kalitesini sürdürmek sağlıklı ve başarılı bir yaşlanma için çok önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenme, yeterli fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımının azaltılması gibi önlemler yaşlılığın getirdiği geriatrik sendromlardan ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan koruyabilir. Ancak yaşlı

bireylerin psikolojik sağlığına ve bunu destekleyen çevre desteğini içeren sosyal sağlığına da önem verilmesi gerekmektedir.[39]

2.4.1. Yaşlı Bireylerin Psikolojik ve Duygusal Durumunun Değerlendirilmesi

Yaşlı bireylerde psikolojik değerlendirmede; yaşlının bilişsel durumu, kendisi ve yaşlanma ile ilgili görüşleri, hobileri ve uğraşları, sorun olarak gördüğü durumlar, geleceğe yönelik planları ve gelecekten beklentisi ile ilgili bilgi alınmalıdır.[29]

Yaşlılarda bilişsel durumun değerlendirilmesinde standart değerlendirme ölçekleri kullanılarak yapılan değerlendirmeler hastanın davranışlarındaki bozulmaları saptamada ve uygun girişimleri planlama ve uygulamada yardımcı olabilir.[40] Bu amaçla kullanılan ölçekler;

- Mental Durum Değerlendirmesi Kısa Sorgulama Formu
- Mini Mental Durum Değerlendirme Ölçeği
- Kısa Blessed Ölçeği
- Yaşlı Bireyler için Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği
- Beck Depresyon Ölçeği
- Üst Biliş Ölçeği
- Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
- Geriatrik Depresyon Ölçeği(GDÖ) Kısa Formu[41–43]

Yaşlı bireylerde intihar girişimi genellikle ölümle sonuçlandığı için mutlaka intihar düşüncesi de sorgulanmalıdır.[28]

2.5. DEPRESYON

Depresyon, depresif ruh hali, ilgi veya zevk kaybı, suçluluk duygusu veya düşük öz değer, rahatsız uyku veya iştah, düşük enerji ve zayıf konsantırasyon ile kendini gösteren yaygın bir zihinsel bozukluktur.[44] Bireyin günlük sorumluluklarını yerine getirme yeteneğinde yetersizliklerin görüldüğü psikolojik semptomlar bütünü olarak da tanımlanmaktadır.[45]

Depresyon, her yıl yaklaşık 850.000 can kaybıyla ilişkili trajik bir ölüm olan intihara yol açabilmektedir. Genetik, çevresel, psikolojik ve biyokimyasal faktörler depresyon nedenleri olabilmektedir. Depresyon yaygındır ve dünya çapında yaklaşık 121 milyon insanı etkiler. Ayrıca dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenleri arasında depresyon da sayılmaktadır.[46]

Majör Depresif Bozukluk için DSM V tanı kriterleri Tablo 1'de verilmektedir. Bu kontrol listesi kullanılarak depresyon tanılama ve değerlendirmesi yapılabilmektedir. Semptomların en az iki hafta süreyle devam etmesi tanılamada önemli bir kriterdir. Majör depresyon tanısının mevcut olması için, A bölümündeki kriterler arasından 9 kriterden 5'inin "açıkça mevcut" ve "sürekli" olması gerekmektedir.[47,48]

Tablo 1: Major depresif bozukluk için DSM V tanı kriterleri

Depresyon kriterleri
A) İki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha fazlası) mevcut olmuştur
1) Subjektif bir davranışla (örneğin, ağlamaklı görünmesi)
2) Günün çoğunda, neredeyse her gün hemen hemen tüm faaliyetlere karşı belirgin bir ilgi veya zevkte azalma
3) Diyet yapmadığında önemli kilo kaybı veya kilo alımı (örneğin, bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazla değişiklik) veya hemen hemen her gün iştahta azalma veya artış
4) Neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uykusuzluk.
5) Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon
6) Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı.
7) Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk
8) Neredeyse her gün düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma veya kararsızlık
9) Tekrarlayan ölüm düşünceleri, tekrarlayan intihar düşünceleri veya intihar girişimi veya intihar etmek için belirli bir plan.
B) Belirtiler belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C) Bu durum, bir maddenin fizyolojik etkilerine veya başka bir tıbbi duruma bağlanamaz.
D) Majör depresif dönemin ortaya çıkışı, şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk veya diğer tanımlanmış ve tanımlanmamış şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E) Hiçbir zaman manik dönem veya hipomanik benzeri bir dönem olmamıştır.

2.6. YAŞLILIK VE DEPRESYON

Dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte, yaşlı bireylerin kaliteli bir yaşam sürmesi ve bunu etkileyen faktörlerin önemi artmıştır. Yaşlı bireylerde sağlıklı olmayı ve sağkalımı etkileyen en önemli önlenebilir etkenlerden biri depresyondur. Depresyon başarılı bir şekilde tedavi edilme şansı yüksek olan bir hastalık olup, tedavi edilmediğinde erken ölüm, intihar riskinin artması, işlev azalması ve genel sağlık durumunu bozulması gibi olumsuz sonuçlar yaratmaktadır.[14,53]

Yapılan çalışmaların sonuçları, yaşlılıkta ilk kez görülen depresyonun klinik prezentasyon, etiyoloji, tedaviye yanıt ve prognoz açısından erken yaşlarda ortaya çıkan depresyondan farklılık gösterdiğini göstermektedir(Tablo 2).[46]

Tablo 2: Depresif belirtilerin yaş gruplarına göre farklılıkları

Belirtiler	**Erişkin**	**Yaşlı**
Duygu durumu	Depresif Anhedoni İntihar düşünceleri	Endişe, ümitsizlik, öfke Ölüm düşünceleri
Somatik	Uykuda azalma veya artma İştahta azalma veya artma Psikomotor durumda değişiklik Ağrı algısında değişiklik	Ağrı algısında değişiklik Somatik yakınmalarda artma
Bilişsel	Konsantrasyonda azalma Kararsızlık	Dikkatte seçicilik Bellekte azalma Bilgi işleme hızında azalma

Yönetsel işlevlerde azalma

Depresyon belirtileri çeşitli faktörlerden etkilenir ancak sıklıkla üzüntü veya mutsuzluk duyguları; küçük meselelerde bile sinirlilik veya hayal kırıklığı; normal aktivitelere karşı ilgi veya zevk kaybı; azalmış cinsel dürtü; uykusuzluk veya aşırı uyku; iştahta değişiklikler; ajitasyon veya huzursuzluk; sinirlilik veya öfke patlamaları; yavaş düşünme, konuşma veya beden hareketleri; kararsızlık, dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon azalması; yorgunluk ve enerji kaybı; değersizlik veya suçluluk duygusu, geçmişteki başarısızlıklara takılıp kalma veya işler yolunda gitmediğinde kendini suçlama; düşünmede, konsantre olmada, karar vermede ve bir şeyleri hatırlamada sorun yaşama; sık sık ölüm, ölme veya intihar düşünceleri; belirgin bir sebep olmaksızın ağlama nöbetleri; sırt ağrısı veya baş ağrısı gibi açıklanamayan fiziksel problemleri kapsamaktadır.[44,54] Depresyon belirtilerinin yoğunluğu yaş gruplarına göre farklıdır (Tablo 3).[47]

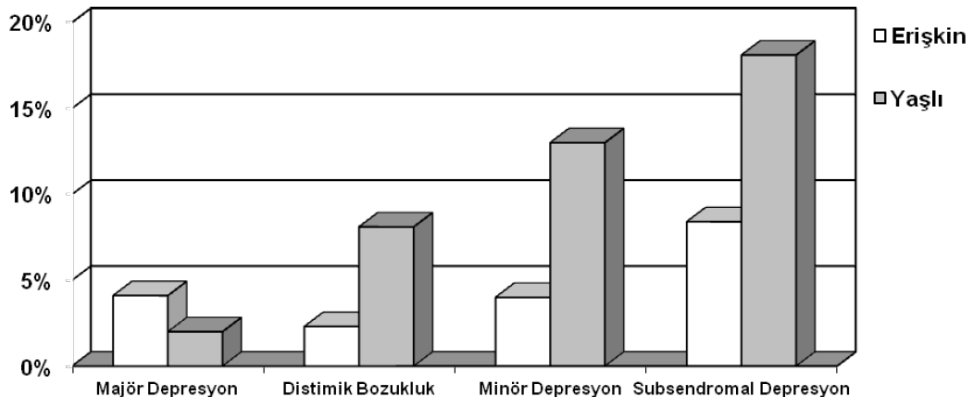
Tablo 3: Depresif belirtilerin yaş grubuna göre dağılımı

Belirtiler	**18-44 yaş**	**65 + yaş**
İştah	%27	%16
Uyku	%25	%19
Enerji düzeyi	%18	%11
Suçluluk düşünceleri	%13	%5
Konsantrasyon sorunu	%16	%8
İntihar düşüncesi	%31	%22

Ayrıca depresyonun özellikle anksiyete gibi bilişsel işlevleri etkileyen başka psikopatolojilerle birlikte görülmesi, depresyonun başlangıç yaşı, katılımcıların geçirdiği atak sayısı, depresyonun şiddeti, tedavi durumları gibi metadolojik farklılıklar tutarlı bir sonuca varılmasını ve sonuçların genelleştirilmesini engellemektedir. Depresyonda duygudurum ile ilgili belirtilerin yanı sıra bilişsel işlevlerle ilgili bölgelerin etkilenmesi günlük işlevlerin remisyonda bile bozulabileceğini göstermektedir ve rekürrens riskini

arttırmaktadır ve bu durum gençlerde de yaşlı bireylerde de aynı sonuçları oluşturmaktadır.[54,55]

Yaşlılarda depresyon türlerinin dağılımı da gençlerdekinden farklıdır. Gençlerde majör depresyon daha sık görülürken yaşlılarda majör depresyon dışı depresif bozukluklar (Distimik bozukluk, minör depresyon, eşik altı depresyon vb.) daha sık görülmektedir (Şekil 2).[30]



Şekil 2: Depresyon tiplerinin gençler ve yaşlılarda dağılımı

Yaşlılarda görülen majör depresif bozukluk gençlerde görülene göre daha fazla psikotik özellikler içerir ve tedaviye dirençlidir. Hastanede yatan yaşlı hastalarda psikotik depresyon %20-45 oranında görülmektedir. Yaşlı depresyonunda en sık görülen psikotik bulgular suçluluk, cezalandırılma, nihilistik, somatik ve yoksullukla ilişkili olan sanrılardır ve duygudurumla uyumsuzdurlar. İşitsel halüsinasyonlar nadir görülür ve belli belirsiz aşağılayıcı sesler şeklinde olabilir. Psikotik bulgulu depresyon tanısı koymadan önce diğer birincil psikiyatrik hastalıklar dışlanmalıdır. [56]

Yaşlıda depresyonun tanınmaması gereksiz hastane başvuruları ve sağlık harcamalarına neden olmaktadır.[57] Yaşlı depresif bireyler, tekrarlayan ve belirli bir semptoma işaret etmeyen somatik yakınmalar ile sağlık kuruluşlarına başvurur. Fransa'da acil servise başvuran yaşlı bireylerin depresyon oranına bakıldığında %58 oranında olduğu tespit edilmiştir.[58]

2.7. Geriatrik Depresyon Tanı

Geriatrik depresyon tanısı için psikiyatrik görüşme şarttır ve hastanın yanı sıra tüm aile üyeleriyle yapılan görüşmeleri de içermelidir. Bu görüşmeler, mevcut depresif dönemin süresi, geçmiş depresyon öyküsü, madde veya alkol kötüye kullanımı, önceki tedaviye yanıt, ailede depresyon öyküsü, intihar düşüncesi veya girişimi ve fiziksel işlev kaybı gibi bilgileri edinmek amacıyla yapılır. Yaşlı kişiler depresif semptomlarını maskeleme eğilimi gösterebilse de dikkatli bir görüşme, eğer varsa, hemen hemen her zaman klinik olarak anlamlı depresyonu ortaya çıkarır. Klinisyen, motor davranış ve algı bozukluklarına, halüsinasyonlara, düşünme ve bilişsel işlev bozukluklarına dikkat etmelidir.[59]

Depresif belirtilerin yaşlanmanın doğal sonucu gibi görülmesi, yaşlı bireylerde depresyon tanısını zorlaştırmaktadır. Yaşla birlikte eklenen fiziksel hastalıklar bireyin dikkatinin bedenine odaklanmasına, sağlıkla ilgili kaygıların ve hipokondriyak uğraşıların artmasına yol açıyor olabilir.[60] Yaşlı depresif bireyler daha çok belirli bir semptoma işaret etmeyen somatik yakınmalar ile doktora başvurur.[8] Yaşlılarda en sık görülen somatik yakınmalar halsizlik, kuvvetsizlik, baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ağrısıdır.[10]

Yaşlı depresif bireylerde sık görülen semptomlar dikkate alınarak geliştirilen ve yaşlı hastalarda depresyon tanısı ve izlemi için kullanılan ölçeklerden biri Geriatrik Depresyon Ölçeğidir. Bu ölçek, evet/hayır şeklinde sorulardan oluşan, yaşlılarda tanı değeri fazla olmayan somatik yakınmaları ve tepki doğurabilecek maddeleri dışarıda bırakan bir ölçektir. Bu ölçeğin 30 maddelik formunun Türkçe versiyonun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçeğin sağlıklı yaşlı nüfusta, bedensel hastalığı olan yaşlılarda ve hafif-orta demansı olan yaşlı grupta geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Türkçe versiyonunda depresyon için kesme noktası 13 ile 14 puanlar arasındadır.[61]

Yaşlı bireylerde birinci basamakta GDÖ'ni kullanmak güvenlidir. Bu ölçek, kendini değerlendirme ölçeği olması nedeniyle uygulaması oldukça kolaydır. Ancak Standardize Minimental Test puanı 15'in altında olan, yani klinik açıdan orta düzey demansı olanlarda duyarlılığı düşmektedir. Bu tür hastalar için yine Türkçe versiyonu var olan Cornell Demansta Depresyon Ölçeğini kullanmak yararlı olur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan hekimin yaşlı bireylerde mutlaka yapması gereken en önemli değerlendirmelerden biri de yaşlı bireyde depresyon olup olmadığından şüphelenmek, sorgulamak ve semptomların varlığını aramaktır.[7,62]

Yaşlı hastalarda depresyonu tanımlamada özgün laboratuvar testleri bulunmamaktadır. Ancak tanılamada laboratuvar değerlendirmeleri de önemlidir ve EKG, idrar tetkiki, kan biyokimyası, tam kan sayımı, tiroid situmülan hormon, Vit B12 düzeyi, folik asid düzeyi ve ilaç düzeylerine bakılmalıdır.[63,64]

2.7.1. Geriatrik Depresyon Ayırıcı Tanı

Depresif sendromlar; depresif ataklar, bipolar bozukluklar, siklotimi, distimi, uyum bozuklukları ve hatta kişilik bozuklukları veya şizoaffektif bozukluk gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ortaya çıkar. Ayırıcı tanı, psikopatolojinin kapsamlı bir analizini ve hastanın tıbbi öyküsünü ve mümkünse aile öyküsünü içermelidir.[65]

Depresif bozukluklar, konuşma ve düşüncenin engellenmesi (düşünme ve konuşmanın "yavaşlamış" veya "bloke" olarak algılanması), konsantrasyon bozuklukları ve hastaların hafıza bozuklukları ile ilgili şikayetleri nedeniyle yaşlılıkta depresif psödodemans ile benzerlik gösterebilir. Depresyonu olanlarda aynı zamanda demans riski de artar. Yaşlı depresif bireylerde sosyal içe kapanma, var olan hafif bilişsel bozukluğun ilerleyerek erken evre AH'na ilerleyebilir. AH olan yaşlı bireylerin erken dönemlerinde depresyon da eşlik edebilir. Demansın geri dönüşümlü nedenlerinden biri de depresyondur (Tablo 4).[64,66,67] Bilişsel bozukluğu olan bireylerde depresif belirti riski 3 kat artarken; depresyonu olan yaşlı bireylerde de bilişsel bozukluk riski 3,23 kat arttığı bildirilmiştir.[68]

Tablo 4: Demans-Psödodemans ayrımı

Demans	**Psödodemans**
Sinsi başlangıçlı (ay/yıl)	Hızlı başlangıçlı (hafta/ay)
Bilişsel kayıplar ile ilgili tek tük yakınmalar	Bilişsel yakınmalar ile ilgili ayrıntılı yakınmalar
Davranış bilişsel kayıplarla uyumludur	Davranış bilişsel kayıpları yansıtmaz
Muayenede; bilişsel görevleri yerine getirmek için mücadele ederler	Muayenede; bilişsel görevler için az çaba gösterirler
Sıklıkla soruları cevaplamak için çabalar	Sıklıkla bilmiyorum diye yanıtlar
Bellek bozuklukları; uzak belleğe kıyasla	Bellek bozukluğu; uzak ve yakın dönemdeki olaylar

yakın bellekte daha belirgindir	için tutarsızdır
Spesifik bellek boşlukları yoktur	Spesifik bellek boşlukları bulunabilir
Kelime bulmada güçlük	Spontan konuşma azalır, konuşma yavaşlar
Tanıma belleği bozulmuştur	Tanıma belleği korunmuştur
Doktora genellikle yakınları getirir	Doktora genellikle kendileri gelir
Duygudurum apatik	Duygudurum çökkün
Sanrılar; perseküsyon, hırsızlık, referans,	Sanrılar; nihilistik, somatik, suçluluk

Depresyonu demanstan ayırmak için nöropsikolojik testler kullanılabilir. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Küresel Değerlendirme Ölçeği ve Kore Depresyon Ölçeği gibi bir dizi klinik değerlendirme ölçeği, depresyon teşhisinde yardımcı olabilir. Bu ölçeklerdeki puanlar, depresyonun şiddeti veya iyileşmesi hakkında bir fikir sağladıkları için tedavi sürecinde faydalı olabilir.[69]

Depresyonun heterojen özellikleri, altta yatan patojenik problemleri araştırmayı zorlaştırmaktadır. Çeşitli vasküler mekanizmalarda, genel mikrovasküler ve endotel disfonksiyonunun yanı sıra, fronto-limbik ve subkortikal beyaz ve gri cevher lezyonlarını indükleyebilen, diyabet ve inflamasyon dahil olmak üzere, metabolik risk faktörleri de bulunmaktadır. "Vasküler depresyon" serebrovasküler hastalıklar ve serebrovasküler lezyonlarla komorbidite olur ve özellikle bir paralizi sonrası depresyon gelişimine bağlı olarak geriatrik depresyon sendromlarını kalıcı hale getirir. Vasküler depresyon ve serebrovasküler hastalıkların birlikteliği %25-30 oranındadır ve yaşlı nüfusta sık görülmektedir. İskemik lezyonlarda davranış problemleri de görülmesi nedeniyle depresyon tanısı konabilmektedir. Serebrovasküler hastalıklar (SVH), ikincil depresyon için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.[68,70]

Yas ve depresyon ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır. Yasta psikotik bulgu eşlik etmez. İntihar düşünceleri, değersizlik-suçluluk düşünceleri, benlik saygısında azalma majör depresyonda gözlenir, yasta gözlenmez. Özellikle yakınını kaybeden yaşlılarda o kişinin sesini duyma yas sürecinde gözlenebilir; bu bulguyu psikotik bulgu şeklinde değerlendirmemek gerekir.[56]

Ayırıcı tanıda muhakkak organik patolojilerin sebep olduğu depresyon, ilaç öyküsü, alkol ve maddeyi kötüye kullanım sorgulanmalıdır. Alkolün kronik olarak tüketilmesi, glutamat kaynaklı sitotoksik bir etki oluşturarak demans dahil olmak üzere nöropsikiyatrik bozukluklara yatkın hale getiren kalıcı nöronal hasara yol açar. Yaşlı bireylerde 60 yaşından sonra subklinik hipotiroidi kadınların %20'si ve erkeklerin %8'ini etkilemekte ancak, hipotiroidi ile ilişkili yorgunluk, bilişsel bozulma, depresyon ve metabolik komplikasyonlar yaşlıların sadece %5'inde görülmektedir.[9,64,67]

Beslenme yetersizliklerinde de depresif semptomlar sık görülmektedir. En sık beslenme eksikliği, Wernicke-Korsakoff sendromunu indükleyebilen B1 vitamini (Thiamin) eksikliğidir Wernicke sendromu zihinsel karışıklık, dış göz hareketlerinde anormallik ve yürüyüş ataksisi belirtileriyle görülür ve depresyon semptomlarına benzer. Tedavi edilmezse hasta ölüme veya Korsakoff Sendromuna dönüşebilir. Korsakoff sendromu klinik olarak, konfabulasyonların belirgin varlığı, konuşmaya ilişkin hafızada değişiklik, nistagmus ve ataksik yürüyüş ile epizodik hafıza eksikliği ile karakterizedir.[71]

2.8. GERİATRİK DEPRESYON RİSK FAKTÖRLERİ

2.8.1. İleri Yaş

Yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyon riskinin arttığı gösterilmiş, ancak yaşlılığın tek başına depresyon riskini arttırmadığı, yaşlı nüfusta görülen depresyonlarda çok sayıda etkenin rolü olabileceği belirtilmiştir.[73–75] Yaşlı popülasyonun depresyon prevalansının araştırıldığı bir çalışmada, her iki cinsiyette 2 ila 4 yıl sonraki takiplerde depresif belirtilerin artmış olduğu bulunmuştur.[76]

2.8.2. Cinsiyet

Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir**.** İleri yaşlardaki kadınlarda, genç kadınlardakine benzer şekilde erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Depresyondaki kadınlar, depresif erkeklere göre daha yüksek oranda yaşam olaylarına şiddetli tepki vermektedirler. Stres erkekler ve kadınlar için depresyon epizodlarının tetiklenmesinde farklı bir rol oynamaktadır ve stresle ilişkili olmayan

faktörlerin yanı sıra, yaşam stresinin diğer boyutları erkekler için depresyon etiyolojisinde daha belirgin bir şekilde rol oynamaktadır.[60,76,77]

2.8.3. Yalnız yaşama/Dul olma

Yalnız yaşayanlarda ve dul olanlarda depresyon riski daha yüksektir.[20,76]

2.8.4. Kronik Hastalık ve Kullandığı İlaçlar

Kronik tıbbi hastalığı olan hastalarda majör depresif hastalık prevalansı yüksektir.[76] Majör depresyon, ağrı gibi kronik tıbbi hastalığın rahatsız edici semptomlarına alışma yeteneğini azaltabilir. Kronik hastalığı olanlarda majör depresyon prevelansının artması pek çok nedene bağlı olabilir;

1.Bazı spesifik hastalıkların gelişimi depresyon için risk faktörüdür,

2.Depresyon, hastalığın gelişmesine ikincil psikolojik tepkidir,

3. Depresyon, hastalığın komplikasyonlarına veya olumsuz semptomlarına ikincildir,

4. Depresyon, tedavilerde kullanılan ilaçların yan etkilerine bağlı olabilir

5. Kronik tıbbi hastalık beyin üzerinde doğrudan bir patofizyolojik etkiye sahiptir (örneğin, inme veya multipl skleroz) veya dolaylı fizyolojik etkileri (örneğin, beyni etkileyen artan sitokin seviyeleri veya diğer inflamatuar faktörler)[78]

Kronik hastalıklar depresyona sebep olabildiği gibi, depresyon da kronik hastalık gelişmesine sebep olabilir. Majör depresyon, kişinin ömrü boyunca tip 2 diyabet geliştirme riskini 2 kat artırır.[79] Koroner kalp hastalığı için bir yordayıcı olarak depresyonun incelendiği meta-analiz çalışmasında majör depresyon, koroner arter hastalığı gelişimi için depresif deneklerde relatif riski 1,64 bulunmuştur.[80] Yaşlı bireyde bulunan kronik hastalıklar veya kullandığı ilaçlar da ruhsal belirtileri maskeleyebilmektedir. İlacın ne zaman başlandığı ile depresif duygudurumun ne zaman başladığı mutlaka sorgulanmalıdır. Atipik başlangıçlı depresyonda altta yatan bir hastalık olabileceği akılda tutulmalıdır.[79] Depresyon semptomları, bazı hastalıklar ya da ilaçlar nedeniyle de oluşabilmektedir (Tablo 5).[13,61,64]

Tablo 5: Depresyon gelişmesine sebep olabilecek dahili hastalıklar ve ilaçlar

Problem	Hastalık
Metabolik bozukluklar	Üremi, diğer böbrek hastalıkları, hiponatremi, hipokalemi, serum bikarbonat düzeyinde yükselme, gut, porfiri
Santral sinir sistemi hastalıkları	Multipl skleroz, Parkinson, demans, beyin tümörleri, inme, Huntington hastalığı, kronik subdural hematom, temporal lob nöbetleri, myastenia gravis, serebrovasküler hastalıklar, epilepsi, hidrosefali, santral sinir sistemi infeksiyonları, migren, narkolepsi, ilerleyici supranükleer palsi, uyku apnesi, santral sinir sistemi travmaları, Wilson hastalığı
Endokrin bozukluklar	Hipotiroidizm, hipertiroidizm, Cushing sendromu, Addison hastalığı, birincil aldosteronizm, menopoz, postpartum dönem, diabetes mellitus, hiperinsülinizm, hipoparatiroidizm, hipopitüitarizm, akromegali
Enfeksiyonlar	Bruselloz, ensefalit, HIV, enfeksiyoz hepatit, influenza, sfiliz, tüberküloz
Beslenme yetersizliği	Pellegra, tiamin yetmezliği, skorbit, vitamin B12, folat eksikliği, piridoksin eksikliği, demir eksikliği, protein eksikliği, niasin eksikliği
Gastrointestinal hastalıklar	Siroz, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, çölyak hastalığı, Whipple hastalığı, pankreatit
Kollajen doku hastalıkları	Sistemik lupus eritematozis, romatoid artrit, poliarteritis nodosa, dev hücreli arterit, temporal arterit
Oksijenin azaldığı durumlar	KOAH, serebral arteriosklerozis, kronik bronşit, konjestif kalp yetmezliği, amfizem, miyokard enfarktüsü, paroksismal ritim bozukluğu, pnömoni, ağır anemi
İlaçlar	Levodopa, beta-blokerler, reserpin, kemoterapi ilaçları, vinkristin, vinblastin, L-asparaginaz, prokarbazin, interferon, tamoksifen, steroidler, simetidin, ranitidin, difenilhidotoin, dijital, benzodiazepinler, oral kontraseptifler, statinler, Scopolamine, Hydroxyzine, Promethazine, Orphenadrine, Tofenacin
Psikoaktif maddeler	Alkol, opiyatlar, amfetamin, kokain kesilmesi

2.8.5. Yeti Yitimi

Yeti yitimi bireyin fiziksel ve sosyal engeller nedeniyle, diğer bireylerle eşit düzeyde normal yaşama katılma fırsatlarının kaybı veya kısıtlanmasıdır. Bireyin hareketlerinin kısıtlanmasını ve özbakım becerileri dahil olmak üzere pek çok etkinliğe katılamamasını kapsamaktadır. Yaşlı bireylerde yeti yitimi bağımsız hareket edebilme becerilerini azalttığından, birey başkalarına bağımlı hale gelmektedir ve bu durum bireyde beden imgesinin düşük olmasına, değersizlik duygusu hissetmesine ve bunlarla birlikte depresyon semptomları göstermesine neden olmaktadır.[81] Dünya nüfusunun yaklaşık %15'i bir tür yeti yitimi yaşamaktadır ve bunların arasında %2-4'ünde işlevselliği önemli ölçüde bozan problemler bulunmaktadır. 80'li yaşlarındaki kişiler için yeti yitimi oranları %75'e yakındır.[79]

Yaşlanmanın göz üzerindeki etkisi yaşlı kişinin yaşam kalitesini, güvenliğini ve bağımsızlığını etkileyebildiği için önemlidir. Görme bozuklukları fiziksel engellilik, sosyal izolasyon ve özgüven kaybına ve depresyona neden olabilmektedir.[82,83]

Yaşlı bireylerde işitme kaybı da bir yeti yitimidir ve 65 yaş üzeri kişilerde işitme kaybının en sık görülen sebebi işitme sistemindeki yapıların geriye dönüşsüz şekilde dejenerasyonudur. Bu durum yaşlı bireyin sosyal etkileşimini, psikososyal uyum süreçlerini, yaşam kalitesini ve fiziksel işlevselliğini olumsuz etkilemektedir.[84,85]

Dünya Sağlık Örgütüne göre; yeti yitimi, depresyon gibi ruh sağlığı problemlerinin oluşmasına sebep olduğu gibi, %23 oranında kardiyovasküler hastalıkların tetiklenmesinde ve %16 oranda kanserlerin oluşmasında bir predispozan etken olarak değerlendirilmektedir.[86]

Aynı zamanda depresyon da, tek başına en çok yeti yitimine sebep olan 3. hastalık olup, 2030 yılında ilk sıraya yükselmesi beklenmektedir.[87]

2.8.6. Geçmişteki Depresyon Öyküsü

Ailedeki ve geçmişteki depresyon öyküsü geç başlangıçlı depresyon, depresyon semptomları ve rekürrens için risk faktörüdür.[76]

2.8.7. Gelir Durumu

Gelir durumunun depresyondan korunmada ve depresyona neden olan unsurlarla baş etmede güçlü bir etkiye sahip olduğunu, düşük gelir düzeyinin depresyon açısından bir risk faktörü olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur.[63,76]

2.8.8. Eğitim Durumu

Düşük eğitim düzeyi ile depresyon varlığı arasında bir ilişkili bulunmuştur.[76] Elazığ il merkezinde yapılan bir çalışmada; yaşlıların eğitim düzeyi yükseldikçe depresif belirtilerin görülme sıklığının azaldığı saptanmıştır.[88] Erzurum il merkezinde toplumda yaşayan yaşlılarda GDÖ kullanılarak yapılan çalışmada, okuma yazma bilmeyenlerde depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmiştir.[89]

Yapılan farklı araştırma sonuçlarına göre yüksek eğitim düzeyi, yaşam boyunca biriken kaygı ve depresyona karşı koruyucu bir etkiye sahip görünmektedir.[81,83]

2.8.9. Yakınlarından Birinin Vefatı

Eşlerini (özellikle bakım veren eş) ve arkadaşlarını kaybetme risk faktörüdür.[63] Eşin yitirilmesi sonrasında yaşanan yalnızlık düşünceleri, izolasyon, diğer insanlarla etkileşimin azalması depresyon gelişimine zemin hazırlar. Eşin yitirilmesinden sonraki özellikle ilk iki yıl belirgin depresif özellikler gözlenebileceği, ilk iki yıl sonunda yasta olan yaşlı bireylerin %14'ünün major depresyona girebilecekleri vurgulanmaktadır. Major depresyona girmeyip depresif belirti gösteren yastaki yaşlı bireylerin büyük bir kısmında da yaşam kaliteleri ciddi bir şekilde etkilenmekte ve yeti yıkımı görülebilmektedir.[61]

Sevilen birini kaybetmek herkes için son derece stresli bir deneyim olsa da kanıtlar dul olmanın erkeklerde kadınlardan daha yüksek oranda depresif belirtilere yol açtığını göstermektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte yaşlı yetişkinler, eş kaybından bile daha yıkıcı olabilen çocuk ve torun kaybı gibi başka önemli kayıplar da yaşarlar.[90]

Yas tutan yaşlıların %15-30'unda majör depresyon gelişmektedir. Tüm olumsuz yaşam olaylarında depresyon görülmediği gibi, depresyonluların tümünde de olumsuz yaşam koşulları yoktur. Önemli ama tek başına yeterli olmayan bir ilişkidir.[66]

2.8.10. Fiziksel İnaktivite

Yaşlı bireylerde fiziksel inaktivite durumunda depresyon riski 3,7 kat artmaktadır.[10,91]

2.8.11 Alkol ve Madde kullanımı

Alkol ve madde bağımlılığı depresyona zemin hazırlamakta ve depresyonun seyrini olumsuz etkilemektedir.[71,75,76,90]

2.9. GERİATRİK DEPRESYON PREVELANSI

Yaşlılık çağı depresyonun yaygınlığı (prevalansı) ile ilgili bulgular çeşitli yaşlı populasyonlarında yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Yaşlılarda depresyon yaygınlığı, alınan grubun özelliği, yapılan çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma yöntemine göre %1 ile 60 arasında değişmektedir.[61]

Bildirilen yaygınlık oranları büyük farklılıklar göstermektedir (%0.4-35). Majör depresyon yaşlılarda nispeten nadirdir (ağırlıklı ortalama prevalans %1.8), minör depresyon daha yaygındır (ağırlıklı ortalama prevalans %9.8), klinik olarak anlamlı kabul edilen tüm depresif sendromlar ise ortalama %13.5 prevalans vermektedir.[47]

Toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerin yaklaşık %15'inde klinik olarak anlamlı depresif belirtiler mevcuttur.[59] Yaşlı yetişkinler arasında majör depresyon oranları, ayakta tedavi gören hastalar (tahminler büyük ölçüde değişse de %5-10), yatan hastalar (%10-12) ve uzun süreli bakım tesislerinde kalanlar dahil, yaşlı yetişkin popülasyonun belirli alt gruplarında önemli ölçüde daha yüksektir.[65]

Yaşlı toplumda depresyon sıklığını araştıran çalışmalar farklı sonuçlar bildirmektedir. Psikiyatrik hastalıkların tanısında kullanılan Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM) ve International Classification of Diseases (ICD) tanı ölçütleri yetişkin hastalar dikkate alınarak hazırlanmıştır. Yaşlıların klinik belirtileri DSM ve ICD tanı ölçütleri ile uyuşmayabilir ve bu ölçütlerin yaşlılarda uygulanmaya çalışılması var olandan daha düşük oranlarda psikiyatrik bozukluk tanısı konulmasına neden olabilir.[14]

65 yaş ve üstü yetişkinlerden oluşan topluluk örneklemlerinde herhangi bir zamanda majör depresif bozukluğun yaygınlığı Amerika Birleşik Devletleri'nde ve uluslararası

alanda yapılan büyük ölçekli epidemiyolojik araştırmaların çoğunda %1-5 arasında değişmektedir ve çalışmaların çoğu alt uçta yaygınlık bildirmektedir.[53,92]

Bursa'da GDÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada depresyon prevalansı %17.9 olarak saptanmıştır.[93] Aynı şekilde Elazığ'da GDÖ kullanarak yapılan çalışmada depresyon prevalansı % 34.6 saptanmıştır.[88] Benzer şekilde Denizli'de yapılan Beck Depresyon Ölçeği puanlamasına göre yaşlıların %53,2'sinin depresif puanlarının sınır değerin üzerinde olduğu belirlenmiştir.[20]

Huzurevinde kalan ve aileleri ile kalan yaşlıların depresyon oranı incelendiğinde huzurevinde kalan yaşlıların depresyon oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.[94,95]

2.10. GERİATRİK DEPRESYON TEDAVİSİ

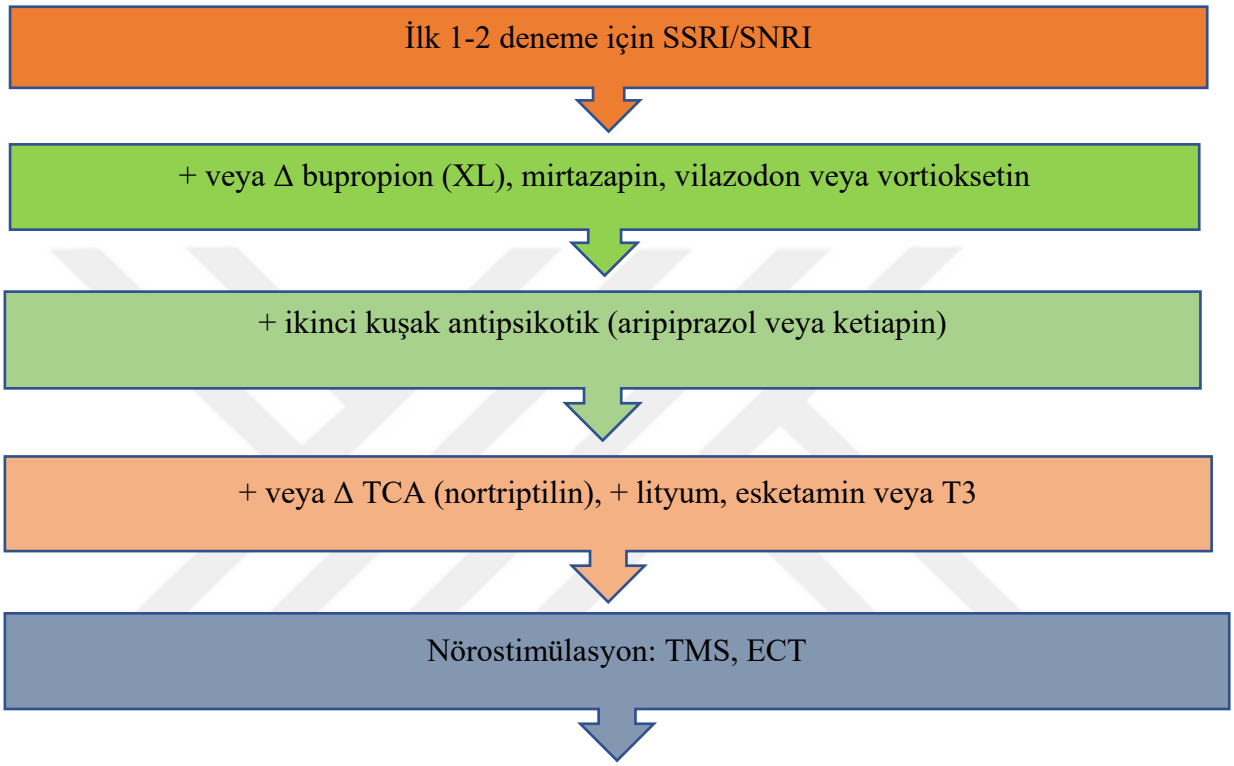
Geriatrik depresyonun doğru tanı ve tedavisi, yaşam kalitesini iyileştirmek, acıları hafifletmek ve intiharı önlemek için son derece önemlidir. İyileşmek önemlidir ama yeterli değil, çünkü yaşlılarda depresyon genellikle kronik, tekrarlayan bir hastalıktır. İyileşmeyi sağlamak ve sürdürmek için, majör depresif atakların nüksetmesi ve tekrarlamasını önlemek gerekir.[66]

Depresyon tedavisinin esasları ve kullanılan ilaçlar tüm yaş grupları için aynı olmakla birlikte yaşlı bireylerde ilaçların emilimlerinin, metabolizmalarının farklı olması ve diğer ilaçlarla etkileşim riskinin de yüksek olduğu hatırlanmalıdır. Bu nedenle yaşlı bireylerde tedaviye düşük dozla başlanıp sonra yavaş yavaş doz artırmak gerekir. Yaşlı bireylerde yapılan çalışmalarda değişik antidepresan ilaçlar arasında etkinlik açısından fark bulunmamıştır.[96]

Yapılan sistematik bir derleme çalışmasında, trisiklik antidepresanlar (TSA) seçici serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) benzer etkinlikte bulunmuştur ancak yan etkilere bağlı tedaviyi bırakma oranları trisiklik antidepresan kullananlarda daha yüksek bulunmuştur.[97] İlaç etkileşimleri ve yan etkiler nedeniyle SSRI ve serotonin- norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) grubu ilaçlar ilk tercih edilecek ajanlar olmalıdır. Farmakolojik ajanlar dışında intihar riskinin yüksek olduğu durumlarda, malnutrisyon, dehidratasyon gösteren hastalarda ve psikotik tablo varlığında Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) tedavi seçenekleri arasındadır.[90] Yakın zamanda miyokard infarktüsü geçirmişlere,

kalp solunum yetmezliği, üremi, karaciğer yetmezliği, ileri derecede organik beyin sendromu olanlara EKT uygulanmaz.[98]

Tedavide egzersiz önemli bir yer tutmaktadır. Kenya'da yapılan geriatrik depresyon tedavisinde aerobik egzersizin yaşlı bireylerdeki depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görülmüştür.[91] Bunların yanı sıra literatürde yaşlı bireylerin fiziksel, sosyal ve dini etkinliklere katılımlarının depresyon riskini azalttığı belirtilmektedir.[90]



Şekil 3: Yaşlı bireylerde depresyon için önerilen tedavi algoritması[66]

+ = kısmi yanıt veren için artırma

Δ = yanıt vermeyen için geçiş

TCA, trisiklik antidepresan; T3, liotironin; TMS, transkraniyal manyetik stimülasyon; EKT, elektrokonvülsif tedavi

Tedavi ilkeleri;

- Önceki denemelere dayalı olarak tedavi kişiselleştirilmelidir;
  - Yeterli doz ve süreye rağmen ilaç grubu başarısız oldu ise (örneğin; SSRI'lar) tekrar denenmemelidir,
  - Daha önce yararını gördüğü tedavi tekrar denenmelidir.

- İlaç etkileşimlerinden ve bilinen risklerden kaçınılmalıdır;
    - paroksetin + bupropion
    - Üçüncül amin TCA'lar
- Dozu artırıp maksimize etmeden veya değiştirmeden önce yeterli bir deneme yapılmalıdır (4+ hafta etkili doz) ve
- Bilişsel bozukluk yoksa, psikoterapi ekleme düşünülmelidir[66]

ABD Uzman Uzlaşma Kılavuzları (US Expert Consensus Guidelines), geriatrik depresyon için "birinci basamak" tedavide Citalopram gibi SSRI'ları önermektedir. SSRI'lar daha az yan etkiye, daha az ilaç etkileşimine sahip olduğu kaydedilmiştir ve diğer antidepresan sınıflarından daha yüksek tolere edilebilirlik özelliği bulunmaktadır. TCA'lar birinci ve ikinci tercih olarak kullanılmamalıdır. TCA kullanımında kardiyak iletim anormallikleri ve aritmileri olan hastalarda ve Alzheimer hastalarında dikkatli olunmalıdır, antikolinerjik özellikleri nedeniyle artan kafa karışıklığına neden olabilmektedirler. Ketiapin monoterapisi, özellikle uyku bozuklukları belirgin olan geriatrik depresyon tedavisi alan hastalarda etkinliği kanıtlanmıştır. Bupropion, geriatrik depresyon tedavisinde kanıtlanmış etkinliğe sahiptir; fakat, kardiyovasküler, gastrointestinal ve cinsel yan etkiler nedeni ile kullanımı sınırlıdır.[99]

İlacın sık görülen yan etkileri en başta, ilacı reçete ederken anlatılmalıdır. Bunların rahatsız edici olabileceği ancak tehlikeli olmadığı, çoğunun kısa sürede kaybolacağı, kaybolmayanlara ise kısa sürede uyum sağlanabileceği belirtilmelidir. İlk gün ve ilk haftalarda ilaç çok bunaltı-sıkıntı veya uykusuzluk yaparsa tedaviye benzodiazepin eklenebilir. Bağımlılığı engellemek için kullanımda 3 haftayı geçmemek, kısa etkili/güçlü benzodiazepinlerden (alprazolam gibi) kaçınmak gerekmektedir. Lorazepam tercih edilebilir.[98]

2.10.1. İzlem

Antidepresanların, geriatrik depresyonda etkinliklerinin geç başlayabileceği akılda tutulmalıdır. Bazı kaynaklarda 12 haftaya kadar beklenmesi önerilmekteyse de optimal etkinlik değerlendirmesi için genel uzlaşı 4-6 hafta beklenmesi gerektiği yönündedir.[98]

Ortalama izlem süresi 6-12 ay arasında değişebilmektedir. Eğer ağır majör depresyon tedavisi uygulandı ise bu dönemde suicid girişimlerinin sık olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bireyin sık ve yakın takip edilmesi bu açıdan önemlidir.[96]

Kısa süreli sürdürüm tedavisinde tedavi 2-6 ay olarak planlanmaktadır. Tedavi sonunda hedef, hastanın belirtilerinin tamamen ortadan kalkmasıdır ve buna düzelme (remisyon) denir. Yinelemelerin (nükslerin) önlenmesi açısından düzelme sağlandıktan sonra ilk hastalık dönemi yaşayan bir hasta için en az bir yıl boyunca uzun süreli sürdürüm tedavisi yapılmalıdır ve bu sürede iyilik hali süren hastalarda iyileşme (recovery) sağlanmış olur. Yineleyici depresyonu olan hastalarda ise uzun süreli sürdürüm tedavisi; 2 çökkünlük dönemi geçirdi ise en az 2 yıl, 2'den fazla çökkünlük durumu geçirdi ise en az 5 yıl kadar devam edilir. Eğer hasta daha önceden başka depresyon dönemleri geçirmişse ya da saptanan ilk depresyon dönemi olsa bile zeminde bir kronik ve hafif düzeyde depresyon (örneğin distimi) varsa da uzun süreli sürdürüm tedavisine devam edilir. Sürdürüm tedavisi, hastada düzelme sağlayan antidepresan ile ve dozu değiştirmeksizin yapılır.[64,100]

2.11. İNTİHAR

Özkıyım/intihar, DSÖ tarafından 'kişinin amacının bilincinde olduğu ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi' olarak tanımlanmıştır. Kişinin istemli olarak ölümle sonuçlandırdığı eylemlere "intihar", ölümle sonlanmayanlara ise "intihar girişimi" denmektedir.[101]

Yaşlı intiharlarının bir başka özelliği de pasif intihar davranışı olmalarıdır. Bu intihar davranışında yemeyi içmeyi reddetme, ilaç almama ve tedaviye uymama, alkol alma, sosyal içe çekilme gibi eylemlere başvurulur ve bu davranışların amacı yaşama son vermeyi hızlandırmaktır.[102]

İntihar davranışının nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır; ancak bu davranış birçok faktörün karmaşık etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Birçok risk faktörü tanımlanmış olmasına rağmen, çoğu zaman insanların neden yaşamlarına son vermeye çalıştıkları açıklanamamaktadır. Kişilik ve bireysel farklılıklar, bilişsel faktörler, sosyal yönler ve olumsuz yaşam olayları intihar davranışına önemli katkı sağlayan unsurlardır. İntihar düşünceleri ve davranışlarıyla mücadele eden çoğu insan tedavi görmemektedir. Bazı kanıtlar, farklı bilişsel ve davranışsal terapi biçimlerinin yeniden intihar girişimi riskini

azaltabileceğini öne sürmektedir ancak intihara karşı koruma sağlayan faktörler hakkında neredeyse hiçbir kanıt mevcut değildir.[103]

İntihar nedeniyle hayatını kaybeden hastaların çoğunda tedavi edilebilir bir ruh hastalığı özellikle de "depresyon" bulunurken bu kişilerin çok azı bu konuda bir uzmana görünmektedir. Bu hastaların çoğunun akıl ve ruh sağlığı açısından tedavi isteği ve arayışı içinde bulunmamaları gerçeğine rağmen, intihar edenlerin %75'inin önceki 30 gün içerisinde birinci basamak hekimine başvurduğunun gösterilmesi, birinci basamak ortamının intihar riskini erken saptama ve müdahale açısından önemini ortaya koymaktadır.[104]

İntihar kurbanları tarafından kullanılan sağlık hizmetlerine ilişkin 44 çalışmanın yakın tarihli bir meta-analizi, tüm ülkelerde birinci basamak sağlık profesyonellerine büyük ölçüde güvenildiğini göstermiştir. İntihar merhumun sadece %31'i, ölümlerinden bir yıl önce yatarak veya ayaktan ruh sağlığı hizmeti almıştır; Ölenlerin %57'si hayatlarının bir döneminde ruh sağlığı hizmetleriyle temasa geçmiştir. Birinci basamak sağlık profesyonelleri, hastalarla yerleşik bir ilişki kurmaya ve sağlık geçmişlerini daha eksiksiz anlamaya daha yatkındır. Ayrıca, önceden kurulmuş bir ilişkiye sahip olmaları nedeniyle, hastalar intihar davranışlarını hızlandırabilecek stresörler yaşadıklarında, birinci basamak uzmanlarından yardım alma olasılıkları daha yüksektir. Araştırmalar, intihar merhumun %80-90'ının, intiharlarından önceki yıl ve aylarda birinci basamak sağlık profesyonelleriyle temaslarını artırdığını gösteriyor; İntihar sonucu ölenlerin %44'ü hayatlarının son ayında birinci basamak sağlık hizmetleriyle temas halindeydi. Artan temaslar için itici güç şüphesiz değişken olsa da, sağlık profesyonellerinin intihar için herhangi bir yeni risk faktörünü belirleme ve değiştirilebilir faktörleri ele almak için tedavi seçenekleri sunma fırsatları olduğunu göstermektedir.[22,105]

Tamamlanmış intihar girişimi için risk faktörleri erkek cinsiyeti, yaşın 55 yaşından büyük olması, beraberinde kronik bir hastalık (Kanser, Diyabet vb.), sosyal izolasyon (boşanmış, dul olma), ailede intihar hikâyesi, madde kullanımı (alkol, esrar vb.) gibi faktörler bulunmaktadır.[100,106]

Depresyon veya depresyon için aile hikayesi intiharın önlenmesinde bireysel olarak; ruhsal bozuklukların erken tanınması ve tedavisi, intihar riskinin uyarı işaretlerinin fark edilmesi, intihar riskini taşıyan kişilerin erken tanınması ve değerlendirilmesi, intihar

eğilimli hastaların güvenliğinin hemen sağlanması ve değiştirilebilir risk etmenlerinin müdahale hedefi olarak belirlenmesi önerilmekteyken, toplumsal olarak ta duygudurum ve alkol kullanım bozuklukların erken tanınması, öldürme gücü yüksek olan silahlara erişimin engellenmesi, evde kullanılan gazların zehirden arındırılması, böcek ve tarım ilaçlarının kullanımının sınırlandırılması, telefonla intihar önleme hatları kurulması ve ruh sağlığına ulaşımın iyileştirilmesi önerilmektedir.[102] Yaşlılarda intiharı öngören faktörleri tanımak ve ele almak, yaşlıların ruh sağlığını iyileştirmeye yardımcı olacaktır.[106]

2.12. NE ZAMAN SEVK EDİLMELİ

Hastanın günlük işlevselliğinde ciddi azalma, hastada intihar riski olması, yas tepkisine depresyon eşlik etmesi veya uzamış yas tablosu varsa, yineleyen depresyonlar bulunuyorsa ve hastalık özellikle ani başlayıp kısa sürede derinleşen ataklarla seyrediyorsa; günlük işlevleri etkileyecek düzeyde eşlik eden bilişsel bozukluk varsa; psikotik semptomlar belirginse; bağımlılık yapıcı madde kullanımı varsa; daha öncesinde bipolar hastalık hikayesi ve / veya ciddi başka bir psikiyatrik bozukluk varlığında ve etkin dozda ve sürede en az iki tedavi denemesine karşılık hasta semptomlarında değişiklik olmuyorsa veya istenen düzeyde değilse hasta birey sevk edilmelidir.[64,100]

2.13. GERİATRİK DEPRESYONDA AİLE HEKİMLİĞİNİN ROLÜ

Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden olan toplum yönelimli olmak ve süreklilik ilkelerine dayanarak toplumun diğer riskli grup üyeleri gibi yaşlı kişileri de periyodik olarak değerlendirilmelidir. Bu şekilde bireylerin fizyolojik ve sosyal durumlarına ek olarak ruh sağlıklarını etkileyen değiştirilebilir risk faktörlerini düzelterek başarılı ve aktif yaşlanma çabalarına katkıda bulunabilirler.[107]

DSÖ tarafından geliştirilen ‘Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi’ bu amaçla hazırlanan gelişmiş uygulamaları içeren projelerden birisidir. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun ülkemizde de temelini oluşturan aile hekimliğinin, aktif yaşlanma yaklaşımlarıyla uyumlu olduğu WONCA (World Organization of National Colleges Academies) Avrupa 2002 tanımında en iyi şekilde ortaya konulmuştur. Bu tanıma göre aile hekimleri esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlanmasından sorumlu hekimlerdir.[108]

Birinci basamakta yaşlı bireylerde depresyon yaygındır ve yaşlı bireylerin acı çekmelerine sebep olmaktadır. Bu nedenle de özellikle birinci basamak hekimlerinin yaşlı bireylerdeki depresyonu tanımaları ve yönetebilmeleri çok önemlidir.[109]

Biyolojik ve sosyoekonomik etkenler kadar toplumsal ve duygusal iyilik hali yani psikososyal durum da yaşlıların yaşam kalitesini doğrudan etkilediğinden, birinci basamak hekimi, yaşlıdaki ruhsal bozuklukları fizyolojik bir süreç olarak düşünmemeli, sıklıkla demans, deliryum gibi yaşlılarda sık görülen durumlarla depresyon, anksiyete, psikotik bozukluklarından ayırabilmelidir. Yaşlıların klinik belirtileri DSM ve ICD tanı ölçütleri ile uyuşmayabilir ve bu ölçütlerin yaşlılarda uygulanmaya çalışılması var olandan daha düşük ya da yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluk tanısı konulmasına neden olabilir. Taramalarda yaşlılara özgü envanter ve ölçekler kullanılmalı ve özellikle zor hastalarda psikologlardan danışmanlık yardımı alınmalıdır. Aile hekimlerinin genel olarak bilmesi gereken psikolojik ölçekler aşağıda özetlenmiştir.[107]

-Genel Sağlık Anketi

-Philadelphia Geriatri Merkezi Moral Ölçeği

-Enstrumantal Gündelik Yaşam Aktiviteleri İndeksi

-SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

-Yaşlılar için WHO Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL-OLD)

-Beck depresyon ölçeği

-Geriatrik depresyon ölçeği

-Zung Depresyon Ölçeği

-Hamilton Anksiyete Ölçeği

-Cornell Demansta Depresyon Ölçeği

Yaşlıların psikolojik rahatsızlıklarını daha çok bedensel yakınma olarak ortaya koyduklarını, organik bozuklukların da psikolojik klinik olarak ortaya çıkabileceği gözden kaçırılmamalıdır. Her zaman geriatrik hastalara yaklaşımda rahatsızlıkların genellikle atipik klinikle ortaya çıktıkları göz önünde tutulmalıdır. Bu durumların gözden kaçmaması

için bireylerin periyodik muayeneleri zamanında aile hekimleri tarafından yapılmalı, koruyucu hekimlik hizmeti sağlanmalıdır.[107]

İsveç'te birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hekimlere depresyonun tanı ve tedavisi ile ilgili bir eğitim verilmiş, ardından tüm ülke popülasyonundaki depresyon prevalansı ve suicid girişimlerinin ortalaması araştırılmış; sonuçta depresyon ve intihar girişimlerinde belirgin bir azalma tespit edilmiştir.[110]

Yaşlının güçlendirilmesi ve mutlu bir hayat sürdürmesi için sadece fiziksel sağlığının iyileştirilmesi değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik sağlığının iyi olması bakımından aile hekimlerine büyük roller düşmektedir. Yaşlıların sosyal hayata katılımlarının sağlanması, kendilerini çeşitli alanlarda geliştirmelerine destek olunması, eğitim alma-verme hareketlerine katılımlarının desteklenmesi, üretkenliklerini sürdürebilmelerine ortam hazırlanması, kuşaklararası paylaşımı arttırıcı projeleri yaşama geçirmeleri konusunda motive edilmeleri, hobi edinmeleri konusunda desteklenmeleri gerekir.[109,111]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Türkiye'de tam zamanlı aile hekimliği ve sözleşmeli aile hekimliği bilim alanında uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Çalışmaya gönüllülük esasına göre dahil olan %62'si kadın, %38'i erkek olmak üzere toplamda 287 aile hekimliği asistanı katılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; tam zamanlı ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi (SAHU) olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak; dahil edilmeme kriteri ise araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın veri toplama formu online anket yöntemi ile Google formlar üzerinden araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Veri toplama formunda toplam 29 sorudan ve üç bölümden oluşmaktadır;

- İlk bölümde; yaş, cinsiyet ve çalışma pozisyonu, asistanlıkta ve mezuniyet sonrası geçen süre, asistanlık süresince psikiyatri rotasyonu yaptı mı ve yaşlı sağlığı ile ilgili eğitim aldı mı türünden soruları bulunmaktadır.
- İkinci bölümde; yaşlıda depresyonun risk faktörlerinin sorgulandığı bir soru, genel bilgileri içeren 15 soru bulunmaktadır.
- Üçüncü bölümde ise yaşı, depresyon semptomları, laboratuvar tahlilleri, sağlık kurumuna başvuru nedeni ve şekli, klinik belirtileri gibi özelliklerin verildiği, daha sonra da klinik tanının ya da semptomların temel nedeninin sorulduğu vakalar verilerek, seçenekler içerisinden doğru cevabı seçmeleri istenen beş farklı vaka bulunmaktadır.
    - 1. ve 2. vaka Geriatrik depresyon ayırıcı tanısını, 3. vaka EKT tedavisi hakkında bilgi düzeyini, 4. vaka demans-psödodemans ayrıcı tanısını ve 5. vaka antidepresan ilaçların yan etkileri hakkında bilgi düzeyini ölçmek için tasarlanmıştır.

Online veri formu gönderilen link üzerinden açıldığında formun başında yer alan Aydınlatılmış Onam Formu içerisinde "Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum" seçeneğini işaretleyen katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama formunun tamamlanma süresi ortalama 7 dakika olarak hesaplanmıştır.

3.1.Verilerin Elde Edilmesi

Çalışmanın etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan GOKAEK-2021/15.32 sayılı karar numarası ile çalışmaya başlamadan önce alınmıştır.

Veri toplama formu 16 Eylül 2021-24 Aralık 2021 tarihleri arasında Türkiye'de bu tarihte görev yapmakta olan aile hekimliği asistanlarına üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve aile sağlığı merkezinde (ASM) görev yapmakta olan eğitimciler ve asistan temsilcileri aracılığı ile elektronik ortam üzerinden ve whatsapp gruplarında paylaşılarak ulaşılmıştır. Katılımcılara onar günlük ara ile üç kez hatırlatma yapılmıştır. Anketi yalnızca bir kez doldurmaları istenmiştir.

Araştırma formunun tamamlanması ortalama 7 dakika sürmektedir. Bu form ile elde edilecek verilerin gizli kalacağı ve sadece bilimsel amaçla kullanılacağı; araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı; araştırmaya katılmayı reddedebilecekleri; araştırmaya katıldıktan sonra istedikleri anda ayrılma hakkına da sahip oldukları veri toplama araçlarının sunumundan önce belirtilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılmalarından dolayı kendilerinden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği, katılmalarından dolayı kendilerine herhangi bir ödeme yapılmayacağı; araştırmadan elde edilen sonuçları talep etmeleri durumunda herhangi bir ücret talep etmeksizin sonuçların kendileriyle paylaşılacağı ön bilgisi verilmiştir. Çalışma grubuna uygulanan veri toplama araçları, belirlenen tarih aralığında toplandıktan sonra verilerin değerlendirilmesi aşamasına geçilmiştir. Toplanan 302 veri arasında eksik olduğu belirlenen on beş veri çıkartılarak tam doldurulan yanıtlar değerlendirmeye alınmıştır (N = 287).

3.2.Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Nümerik değişkenler ortalama ± standart sapma veya medyan (25.-75. persentil) olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak gösterilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile belirlenmiştir. Çoklu karşılaştırmalar için Dunn testi kullanılmıştır. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkilerin

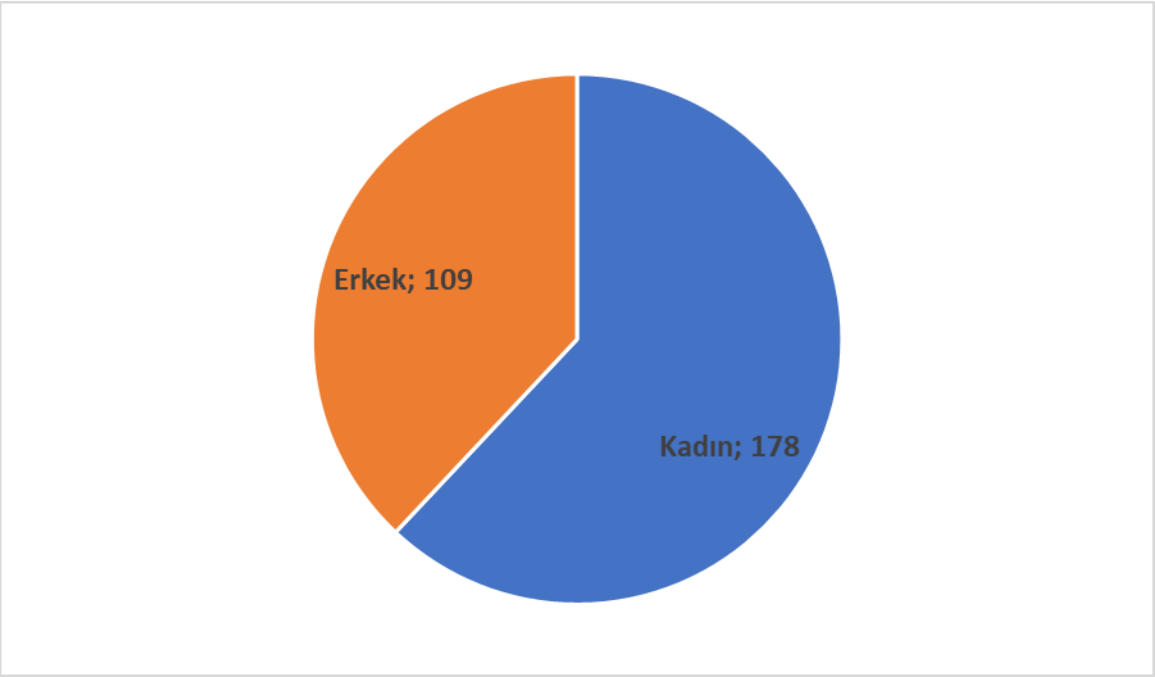
analizinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İki yönlü hipotezlerin testinde $p<0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

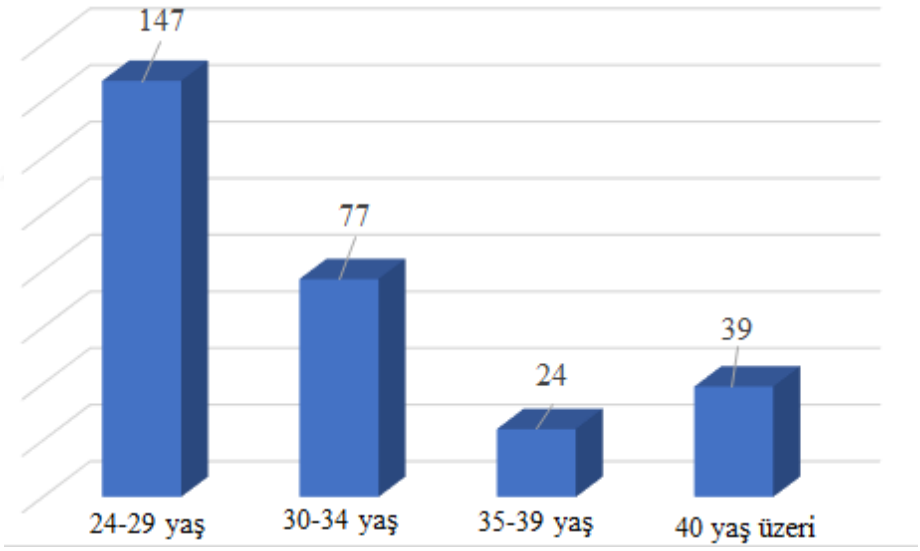
Bu bölümde aile hekimliği alanında hizmet veren asistanların yaşlı bireylere yönelik depresyon konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları bazı değişkenler (yaş, cinsiyet, çalışma pozisyonu, asistanlıkta ve mezuniyet sonrası geçen süre, asistanlık süresince psikiyatri rotasyonu yapma durumu ve yaşlı sağlığı ile ilgili bir eğitime katılma durumu) açısından analiz edilmiştir. Çalışma grubundakilerin demografik değişkenleri Tablo 6'de özetlenmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların sosyodemografik bilgileri

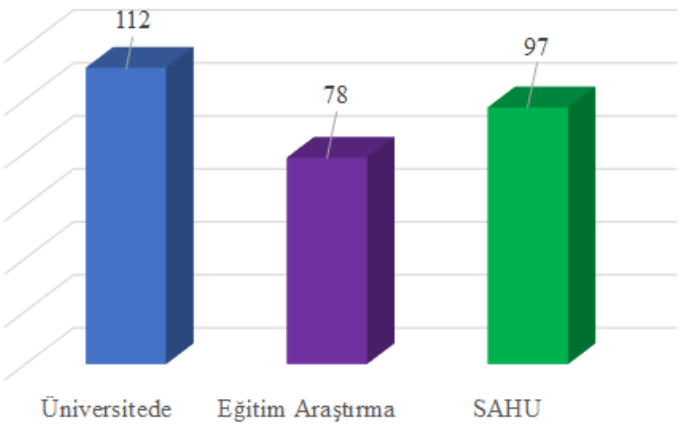
Değişken	***Kategori***	***n***	***%***
Cinsiyet	Kadın	178	62
	Erkek	109	38
Yaş	24-29 yaş	147	51,2
	30-34 yaş	77	26,8
	35-39 yaş	24	8,4
	40 yaş ve üzeri	39	13,6
Çalışma pozisyonu	Üniversite Hast	112	39
	EAH	78	27,2
	SAHU	97	33,8
Asistanlıkta geçen süre	0-1 yıl	53	18,5
	1-2 yıl	81	28,2
	2-3 yıl	104	36,2
	3 yıldan fazla	49	17,1
Psikiyatri rotasyonu Alma durumu	Evet	130	45,3
	Hayır	157	54,7
Yaşlı sağlığı eğitimi alma durumu	Evet	98	34,1
	Hayır	189	65,9



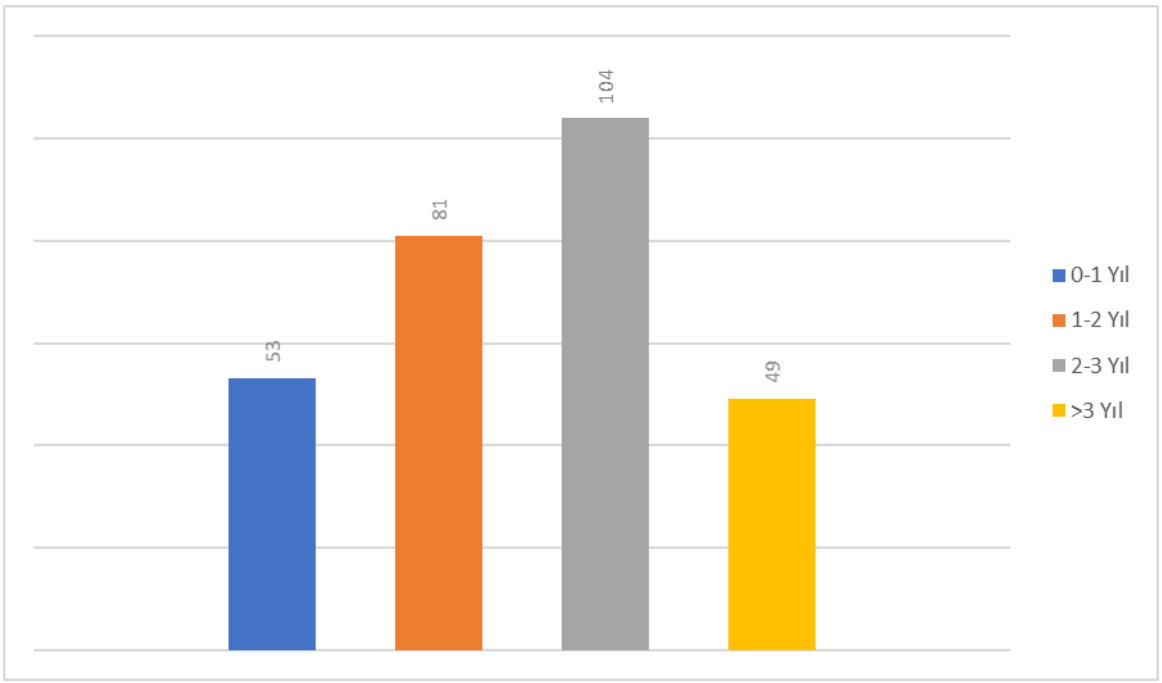
Şekil 4: Çalışma grubundakilerin cinsiyet dağılımı



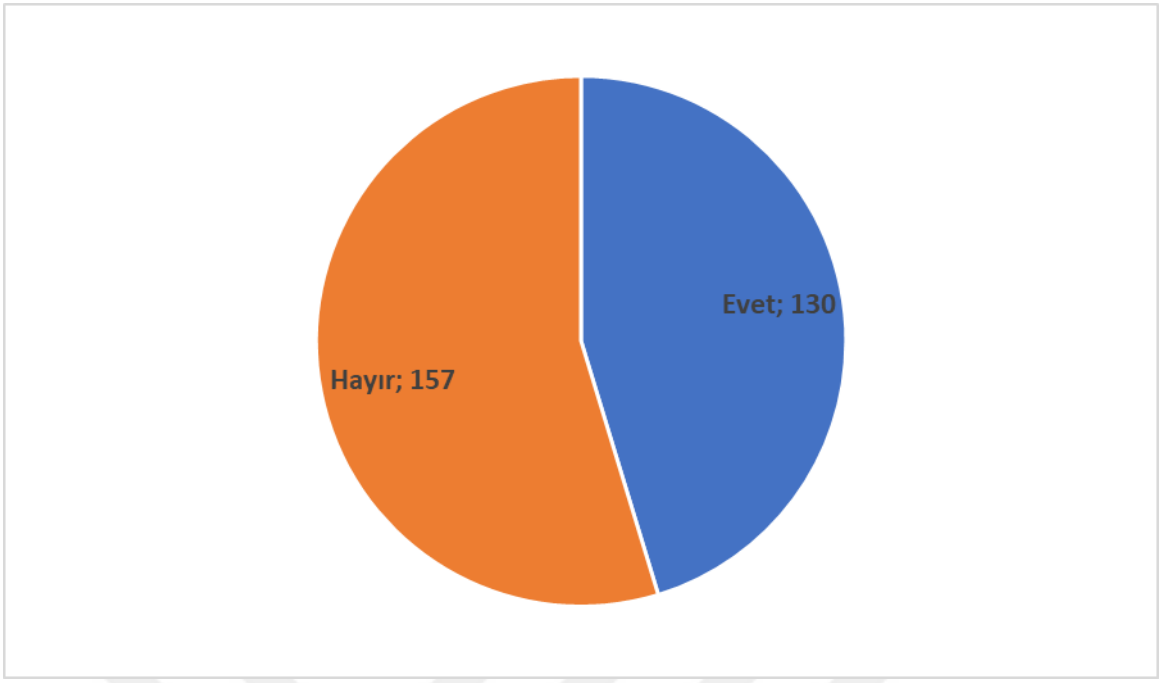
Şekil 5: Çalışma grubundakilerin yaş dağılımı



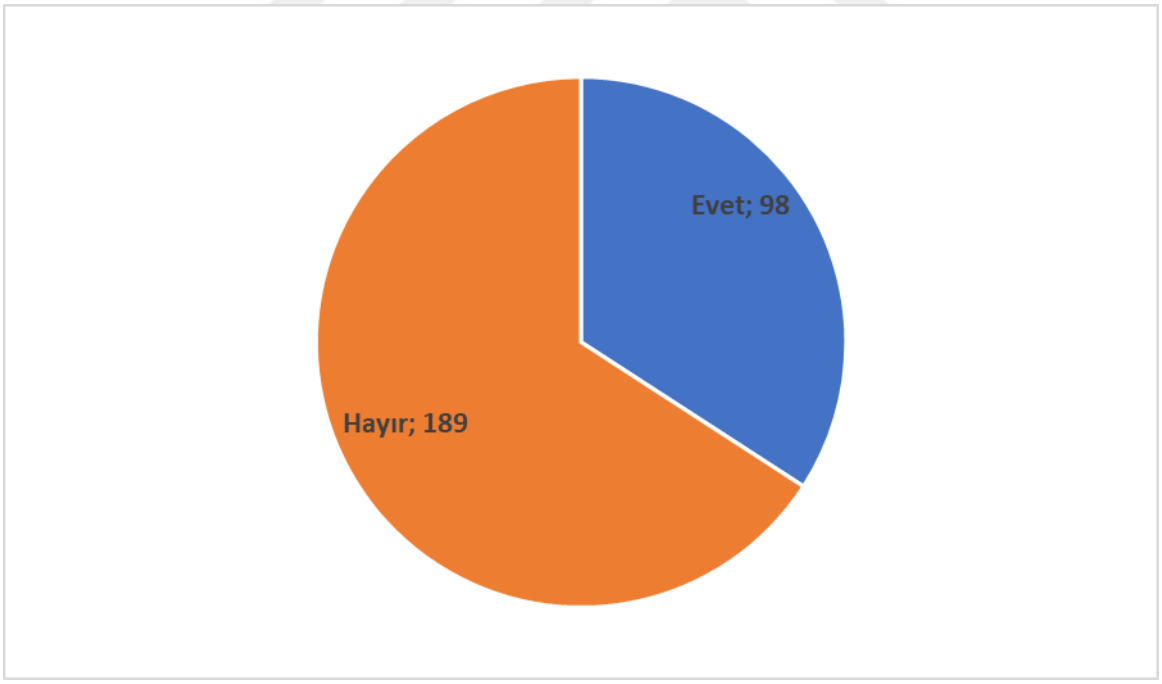
Şekil 6: Çalışma grubundakilerin çalışma pozisyonu dağılımı



Şekil 7: Çalışma grubundakilerin asistanlıkta geçen süre dağılımı



Şekil 8: Çalışma grubundakilerin psikiyatri rotasyonu dağılımı



Şekil 9: Çalışma grubundakilerin yaşlı sağlığı eğitimi alma dağılımı

Risk faktörlerinin sorulduğu ilk kısımda; Risk faktörlerinden alınan toplam en yüksek puan 10 en düşük puan 1 olmuştur. En az bilinen risk faktörü kadın cinsiyet %63,1 oranında bilinmiş olup, çalışma pozisyonunda Üniversitede çalışanlar ile SAHU arasında anlamlı fark çıkmıştır (p=0,03). İkinci en az bilinen risk faktörü düşük eğitim düzeyi %68,3 oranında bilinmiş olup, çalışma pozisyonunda üniversitede çalışanlar ile SAHU arasında (p=0,017) ve psikiyatri rotasyonu alan ve almayanlar arasında anlamlı fark çıkmıştır (p=0,008). Yaşlı sağlığı eğitimi alan ve almayanlar arasında sorulan risk faktörlerinden kullandığı ilaç risk faktöründe anlamlı fark çıkmıştır (p<0,001).

Tablo 7: Katılımcıların Risk Faktörlerini Doğru Bilme Oranları

Risk faktörleri	**n**	**%**
Kadın cinsiyet	181	63,1
İleri yaş	250	87,1
Dul olma, yalnız yaşama	283	98,6
Düşük eğitim düzeyi	196	68,3
Eşlik eden ciddi tıbbi durumlar	267	93
Kullandığı ilaçlar	231	80,5
Geçmişteki depresyon öyküsü	285	99,3
Alkol ve madde kullanım öyküsü	246	85,7
Yeti yitimi (görme, duyma vs)	272	94,8
Yakınlardan birinin vefatı	285	99,3

Yaşlılıkta depresyonun görülmesine ilişkin genel bilgi içeren sorulara verilen yanıtlar Tablo 8'da özetlenmiştir. Genel bilgilerin sorulduğu sorulardan 1. soru (p=0,048) ve 13. soruda (p=0,043) psikiyatri rotasyonu alanlar ile almayanlar arasında anlamlı fark çıkmıştır.

Tablo 8: Katılımcıların Genel bilgilerin sorgulanmasında doğru cevap verme durumu

Sorular	**n**	**%**
1.Depresyon yaşlı bireylerde en sık görülen ruhsal hastalıklar arasındadır	253	88,2
2.Yaşlı bireylerde major depresyon gençlere göre daha çok görülür	75	26,1
3.Depresyon ileri yaşlar için yaşam kalitesini morbidite ve mortalitesini etkilemez	281	97,9
4.Yaşlı bireyler genellikle depresyonları için psikiyatri polikliniğinden yardım alır	234	81,5
5.Yaşlılarda depresif bozukluklar sıklıkla tekrarlayan ve nedeni belirlenemeyen somatik yakınmalar ya da demansa benzeyen bilişsel kayıplar ile maskelenebilir	279	97,2
6. Bilişsel bozukluğu olanlarda depresif belirti olasılığı artarken, depresyonu olanlarda da bilişsel bozukluk riski artmaktadır	237	82,6
7.Depresyon ve demansın birlikte varlığı ve benzer özellikleri tanı/ayırıcı tanı problemi yaratmaz	267	93,0
8.Yaşlı bireylerde intihar girişimleri nadiren ölümle sonuçlanır	154	53,7
9.Yaşlı bireylerin yemek yemeyi reddetmesi ilaçlarını almaması pasif intihar girişimidir	252	87,8
10.Depresyon tanısı konan hastaya hemogram, sedimantasyon, AKŞ, TFT, VitB12, Folik asit bakmak gereklidir	271	94,4
11.Antidepresan ilaçlar etkinlikleri ve etki hızları açısından birbirinden farklıdır.	12	4,2
12.Yaşlı bireylerde antidepresan ilaç seçerken yan etki ve ilaç etkileşim özellikleri dikkate alınmalıdır	283	98,6
13.Yaşlı bireylerde antidepresana alınan yanıt ortalama 4-6 haftadır	206	71,8
14.Yaşlılarda, genç bireyler ile karşılaştırıldığında depresyona tedavide yanıt ve remisyon oranları daha düşüktür, kronik seyirlidir ve nüks oranları daha yüksektir.	205	71,4
15.Yaşlılarda görülen depresyon gençlere göre daha fazla psikotik özellik içerir ve tedaviye dirençlidir	176	61,3

3.kısımda 5 vaka sorulmuş olup, 3. Vaka örneğinde psikiyatri rotasyonu alanlar ile almayanlar arasında anlamlı fark çıkmıştır (p=0,016).

Vaka-1

65 yaşında kadın hasta, depresif duygudurum şikayeti ile polikliniğe başvuruyor. İştah artışı olmamasına rağmen 3 kilo aldığını belirtiyor. Ruhsal durum muayenesinde depresif ve yorgun görünmektedir. Bilişsel yetileri sağlamdır. Fizik muayenesinde tiroid bezi diffüz büyümüştür ve ağrısızdır. Saçları kalın ve kırılgan olan hastanın bakılan kan değerinde TSH:7 mU/mL T4:0,1mg/100ml Bu hasta için en uygun tanı nedir?

-"Hipotiroidiye sekonder depresyon" doğru cevabı çalışma grubundakilerin %94,8'i (n=272) tarafından doğru cevaplamıştır.

Vaka-2

Psikiyatrik öyküsü olmayan 80 yaşındaki erkek hasta, sağ tarafında paralizi oluşturan sol taraflı serebrovasküler olay sonrası muayeneye gelmiştir. 5hafta önce SVH geçiren hasta son 3 haftadır eskiden zevk aldığı şeylerden zevk almadığını, sık sık ağlama nöbetleri geçirdiğini, uyku artışı, iştah azalmasıyla birlikte kilo kaybı olduğunu, umutsuzluk ve çaresizlik hissettiğini belirtmektedir. Bu hasta için en uygun tanı nedir?

-"Genel tıbbi bir duruma bağlı duygudurum bozukluğu" doğru cevabı çalışma grubundakilerin %73,5'i (n=211) tarafından doğru cevaplamıştır.

Vaka-3

71 yaşında erkek hasta ailesi tarafından acil servise oral alımının olmaması şikayeti ile getiriliyor. Hasta katatonik olduğu için aileden alınan bilgide; geçmişte pek çok kez depresyon atakları olduğu, depresyon ataklarının sertralin ile tedavi edildiği, 3 hafta önce diğer depresyonlardaki semptomlara benzer semptomlar başladığı ifade edilmiş. Son günlerde hasta 'yaşamanın anlamının olmadığını, kendilerine yük olduğunu' söylemiş. 3 haftada 7 kg zayıflayan hasta son 2 gündür yemek yemeyi reddetmiş. Son 24 saatte su içmeyi de reddetmesi üzerine acil servise getirilmiş. Acil serviste rehidratasyonu yapılan hasta için en uygun tedavi nedir?

-"Elektrokonvulzif tedavi (EKT)" doğru cevabı, çalışma grubundakilerin %40'ı (n=115) tarafından doğru cevaplamıştır.

Vaka-4

68 yaşında kadın hasta demans ve psödodemans ayrımı açısından değerlendiriliyor. Yakınları iştah azalması, kilo kaybı, özbakımda kötüleşme ve sinirliliğin eşlik ettiği giderek kötüleşen depresif duygudurum ve konfüzyon bildiriyor. Bilişsel muayenede hasta uyanık, kişi ve yer yönelimi tam, zaman yönelimi bozuk olarak değerlendiriliyor. Dikkatinin azalmış olduğu tespit edilen hastanın, sağlam geri çağırmasına rağmen yakın belleğinin zayıf olduğu gözleniyor. Hastanın test sırasında eforunun yetersiz olduğu görülüyor ve hasta çoğu zaman sorulara 'bilmiyorum' şeklinde cevap veriyor. Aşağıdaki özelliklerdenhangisi demansa kıyasla psödodemans ile daha çok uyumludur?

-"Görüşme sırasındaki efor azlığı" doğru cevabı çalışma grubundakilerin %43,6'sı (n=125) tarafından doğru cevaplamıştır.

Vaka-5

73 yaşında yineleyen major depresif bozukluğu olduğu bilinen hasta 4 aydır terminal insomni, azalmış iştah ile 9 kg kilo kaybı, yorgunluk, dikkatini toplamada zorluk ve çaresizlik yakınmaları ve eşlik eden depresif duygudurum şikayeti ile polikinliğe başvuruyor. Eşlik eden suisidal düşünce, halüsinasyon ve hezeyan yok. Son atağı 20 yıl önce olan hasta o zaman nortriptinle tedavi edilmiş. Son 10 yıldır hipertansiyon, diabet ve hiperlipidemisi var. Bu hastalıklar için uygun tedavileri alıyor. Fizik muayenede ve laboratuvar çalışmalarında anlamlı bir bulguya rastlanmamış. Hastanın nortriptin ile tedavisi başlanıyor. Son major depresyon atağı ile kıyaslarsak, tedavi planı açısından hangisi en doğrudur?

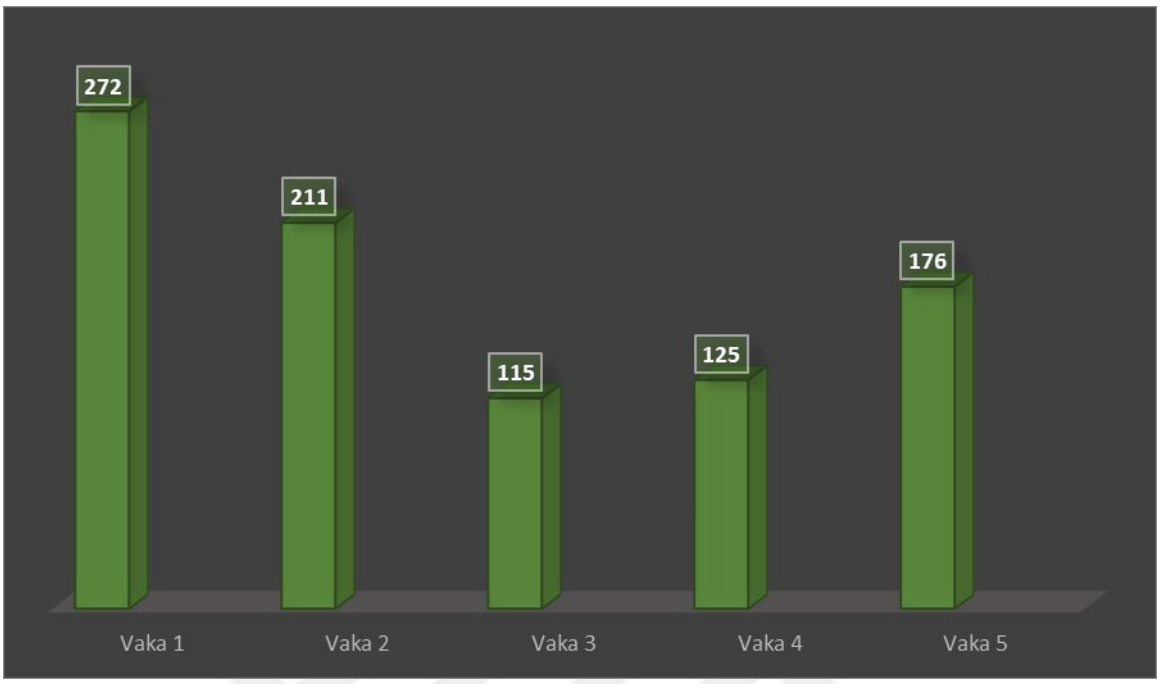
-"İlaç-ilaç etkileşimi açısından artmış risk vardır" doğru cevabı çalışma grubundakilerin %61,3'ü (n=176) tarafından katılımcı doğru cevaplamıştır.

Veri toplama aracında belirtilen vakalara doğru verilen yanıtlar Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların Vakaları doğru bilme oranları

Vakalar	**n**	**%**
Vaka 1	272	94,8
Vaka 2	211	73,5
Vaka 3	115	40
Vaka 4	125	43,6
Vaka 5	176	61,3

Veri toplama aracında belirtilen vakalara çalışma grubundakilerin verdikleri doğru yanıtlar Şekil 10'da özetlenmektedir.



Şekil 10: Vakaların doğru bilinme oranları

Tablo 10:Çalışma Pozisyonlarındaki Yaş Aralığı Dağılımı

Yaş	Üniversite AHU	EAH	SAHU
	n (%)	*n (%)*	*n (%)*
24-29	73 (49.7)	63 (42.9)	11 (7.5)
30-34	36 (46,8)	13 (16,9)	28 (36.4)
34-39	2 (8,3)	1 (4,2)	21 (87,5)
40 ve üzeri	1 (2,6)	1 (2,6)	37 (94,9)
Toplam	112	78	97

Tablo 11: Yaş dağılı ile risk faktöründen alınan puan karşılaştırması

YAŞ ARALIĞI	TOPLAM RİSK FAKTÖRÜ SKORU
24-29 (n: 147)	10 (8-10)

30-34 (n: 77)	10 (8.5-10)
35-39 (n: 24)	9 (8-10)
40 ve üzeri (n: 39)	7 (6-9)

Tablo 12: Risk faktörlerinden alınan toplam puan ile yaş grupları arasındaki fark

YAŞ ARALIĞI	**24-29**	**40 ve üzeri**	
TOPLAM RİSK FAKTÖRÜ SKORU	**10 (8-10)**	**7 (6-9)**	**p<0.001***

YAŞ ARALIĞI	**30-34**	**40 ve üzeri**	
TOPLAM RİSK FAKTÖRÜ SKORU	**10 (8.5-10)**	**7 (6-9)**	**p<0.001***

***KRUSKAL-WALLİS TEST**

Tablo 13: Psikiyatri Rotasyonuna Göre Test Skorları

	Evet	Hayır	p
Toplam Risk Faktörü	10 (8-10)	9 (7-10)	**0.025***
Genel Bilgiler	12 (10-13)	11(10-12)	**0.047***
Vaka Soruları	3 (2.75-4)	3 (2-4)	0.164*

*Mann Whitney U Test

Tablo 14:Çalışma Pozisyonuna Göre Test Skorları

	Üniversite	EAH	SAHU	p

Toplam Risk Faktörü	10 (9-10)	9 (7.75-10)	9 (7-10)	**0,001***
Genel Bilgi	12 (10-13)	11 (10-13)	11 (9.5-12)	**0,043***
Vaka Soruları	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	0,856*

*Kruskal Wallis Test

Çalışma pozisyonuna göre risk faktörü ve genel bilgilerden alınan toplam puanda Üniversitede-SAHU arasında anlamlı fark çıkmıştır (p=0,001) (p=0,043).

Çalışma pozisyonu ve psikiyatri rotasyonu alanların arasındaki ilişkiye bakıldığında, psikiyatri rotasyonu alanların(n=130) rotasyonu yaptığı görülmüştür. Toplam alınan puanlara göre çalışma pozisyonu ve psikiyatri rotasyonu alma arasında anlamlı fark çıkmıştır(p<0,001).(Tablo 15)

Tablo 15: Toplam alınan puanların, Psikiyatri rotasyonu ve çalışma pozisyonu arasındaki ilişki

DEĞİŞKENLER	**Psikiyatri rotasyonu alanlar (n=130)**	**Psikiyatri rotasyonu almayanlar (n=157)**	**p**
Çalışma pozisyonu			
Üni AHU	78 (69.6)	34 (30.4)	**<0.001***
EAH AHU	30 (38.5)	48 (61.5)	
SAHU	22 (22.7)	75 (77.3)	

*** Chi-Square test**

5. TARTIŞMA

Günümüzde eğitim, teknoloji, tıp, gıda dağıtımı ve hijyen koşullarındaki gelişmeler sayesinde beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. 65 yaş ve üzeri kişilerin tam bir sağlık halinde yaşaması için bütüncül yaklaşım önemlidir. Bunun bir ayağı da ruhsal sağlık olup, birinci basamak hekimleri tarafından muhakkak değerlendirilmesi gerekmektedir. Geriatrik popülasyonda en sık görülen ruhsal hastalık depresyondur. Depresyon, sağlıklı olmayı ve sağkalımı etkileyen önlenebilir bir durumdur. Bu çalışmada aile hekimliğinde asistan olarak görev yapan hekimlerin bu konudaki bilgi düzeylerini ölçmek amacı ile yapılmıştır.

Yaşlı bireylerde en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyondur. Gençlerde majör depresyon daha sık görülürken yaşlılarda majör depresyon dışı depresif bozukluklar (Distimik bozukluk, minör depresyon, eşik altı depresyon vb.) daha sık görülmektedir. Ankette sorulan yaşlı bireylerde depresyonun en sık görülen ruhsal hastalık doğru cevaplanma oranı %88,2 iken yaşlılarda majör depresyonun daha sık olduğu düşünen katılımcıların oranı %73,9'dur.

Depresyon yaşlı bireylerde yaşam kalitesini bozan, morbidite ve mortalitesini etkileyen önlenebilir bir durumdur. Ankette bu soru %97,9 oranında doğru cevaplanmıştır. Glasser ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, hekimler yaşlıda depresyonun tedavisinin yaşlı bireylerin yaşam kalitesi için önemli olduğunun farkındadırlar.[112]

Yaş artışı tek başına depresyon için risk faktörü olsa da; yaşlı bireylerde depresyon riski oluşturan birçok faktör vardır. Kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim düzeyi, yalnız yaşamak, yakınlarından birinin vefatı, alkol madde kullanımı, komorbideteler ve kullanılan ilaçlar gibi. Yaptığımız çalışmada risk faktörlerinin sorulmuş olduğu soruda 10 risk faktörü sorulmuştur. Risk faktörleri genel olarak %80 üzerinde bilinmiştir. Toplam puan arasında Üniversitede çalısanlar ile SAHU arasında anlamlı fark vardır. Risk faktörleri tanımada 40 yaş üstü doğru bilme oranı düşmüştür. En çok bilinen risk faktörü %99,3 oranında bilinen yakınlarından birinin vefatı ve geçmişteki depresyon öyküsü olmuştur. En az bilinen risk faktörleri ise kadın cinsiyet %63,1 ve düşük eğitim düzeyi %68,3 olmuştur. Kadın cinsiyeti risk faktörü olarak işaretlemeyenler arasında çalışma pozisyonunda anlamlı bir fark çıkmıştır. Üniversite hastanesinde aile hekimliği

asistanı pozisyonunda çalışan ile SAHU pozisyonunda anlamlı fark çıkmıştır (p=0,003). Düşük eğitim düzeyi risk faktöründe Üniversitede aile hekimliği pozisyonunda çalışanlar ile SAHU pozisyonunda çalışanlar ile anlamlı fark çıkmıştır (p=0,017). Düşük eğitim düzeyi risk faktöründe psikiyatri rotasyonu alanlar ve almayanlar arasında da anlamlı fark çıkmıştır (p=0,009).

Türkiye'de birinci basamak hekimlere yönelik çalışmalarda depresyon risk faktörlerinde; ekonomik, mesleksel ve ailesel sorunlar olduğu[113], Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pratisyen hekimlerin %91.3'ünün depresyonun kişinin yaşadığı sosyal sorunlardan kaynaklandığını belirtmiştir. Uzman hekimlere yönelik bir çalışmada ise katılımcıların beşte birinin işsizlik ve aile sorunları gibi sosyal etmenlerin düzelmesi ile depresyonun düzeleceğini düşünmektedir.[114]

Ankette katılımcılara sorduğumuz 'Yaşlılarda depresif bozukluklar sıklıkla tekrarlayan ve nedeni belirlenemeyen somatik yakınmalar ya da demansa benzeyen bilişsel kayıplar ile maskelenebilir.' %97,2 oranında doğru bilinmiştir. Benzer sonuç Collins ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %94 oranında katılıyorum şeklinde cevaplanmıştır.[115] Glasser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da; Depresyon ve bunama bir arada olduğunda, depresyon yine de tedavi edilmelidir sorusuna %25 katılıyorum %75 kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıtlamıştır.[112]

Ankette sorulan 'Depresyon yaşlı bireylerde bilişsel fonksiyonları etkiler, var olan bilişsel bozuklukta içe kapanma nedeni ile artışa neden olur. Demans/psödodemans ayrımı zordur.' sorunun bilinme oranı %93 iken vaka olarak sorduğumuz demans/psödodemans ayrımı %43,6 oranında bilinmiştir. Vakanın daha az bilinmiş olması katılımcıların pratik azlığından olmuş olabilir.

Ankette sorulan 'Yaşlı bireylerde intihara girişim oranı gençlerden düşüktür ama tamamlanmış intihar oranı daha yüksektir.' sorusu %53,7 oranında doğru bilinmiştir. 'İlaç içememe, yemeyi reddetme gibi durumlarla pasif intihar girişimi yaşlı bireylerde muhakkak sorulmalıdır.' sorusu %87,8 oranında doğru bilinmiştir. İntihar düşüncesi olan, yemeyi içmeyi reddeden hastalarda EKT için zaman kaybetmeden sevk edilmesi gerekmektedir. Vaka olarak sorduğumuz bu sorunun doğru bilinme oranı %40,1'dir. Yapılan bir çalışmada intiharla ilgili doğrudan sorgulama, depresyon tipine göre biraz

farklılık gösteriyordu, majör depresyon için %63.5, distimi için %58.4 ve minör depresyon için %54.5 arasında değişiyordu.[116] Aile hekimlerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %37,5'i depresyon tanısı koyduğu hastaya intihar düşüncesini sorguladığını belirtmiştir.[117]

Ankette sorulan 'Yaşlı bireylerde depresyon tanısı konduktan sonra ayırıcı tanı için AKŞ, TFT, Vit B12 gibi kan değerlerine bakılarak ayırıcı tanı yapılmalı, komorbideteler ve yeni başlanmış ilaçlar sorgulanmalıdır.' %94,4 oranında doğru cevaplanmıştır. Vaka olarak sorduğumuz ayırıcı tanı soruları hipotiroideye sekonder depresyon sorusu %94,8 oranında ve SVH sonrası gelişen genel tıbbi duruma bağlı depresyon sorusu %73,5 oranında doğru bilinmiştir.

Yaşlı bireylerde depresyon tanısı konduktan sonra seçeceğimiz antidepresan tedavide ilaçların etki düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur, yan etkileri farklıdır. Yaşlı bireylerde polifarmasi sık görüldüğü için ilaç-ilaç etkileşimine dikkat edilmeli, yan etkiler hakkında hastalar bilgilendirilmelidir. Ankette sorduğumuz ve en az bilinen soru 'Antidepresan ilaçlar etkinlikleri ve etki hızları açısından birbirinden farklıdır.' katılımcı oranı %4,2'dir. İlaç başlarken ilaç-ilaç etkileşimine dikkat edilmesi gerektiği %98,6 oranında doğru bilinmiş olup vaka olarak sorduğumuz ilaç-ilaç etkileşimi sorusu %61,3 oranında doğru bilinmiştir. Williams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, depresyon için en yaygın seçilen tedavi modu antidepresan ilaçtır ve bu modda seçici serotonin geri alım inhibitörleri hakimdir. Trisiklik antidepresan ilaçlardan daha etkili olmamasına rağmen, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin sadece günde bir doz uygulaması gerekir, daha az doz titrasyonu gerektirir ve daha az yan etki ile ilişkilidir.[116]

İlaç başlandıktan fayda sağlayıp sağlamadığı, ilaçta doz artımı veya değişim yapılması için ortalama 4-6 hafta beklenmelidir. Ankette bu sorunun bilinme oranı %71,8 dir. Yaşlı bireylerde depresyon tedavisi genç bireylere göre yanıt ve remisyon oranı daha düşük, kronik seyirli ve nüks oranı daha yüksektir. Ankette bu sorunun bilinme oranı %71,4 tür. Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, psikiyatri dışı uzman hekimlerin antidepresan tedavi bilgi düzeyi düşük çıkmıştır.[114] Aile hekimlerine yapılan bir çalışmada, antidepresan tedaviye rağmen tam remisyon sağlanacağını düşünen katılımcıların oranı %13,3'üdür, %86,7'si depresyon belirtileri düzelir düzelmez antidepresan tedavi kesilmeli demiştir.[117]

Bizim çalışmamıza benzer şekilde, Feldman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin yaşlıda depresyon bilgi düzeyleri yeterli olduğu görülmüştür.[118] Psikiyatri dışı uzman hekimlere yapılan çalışmada, depresyon bilgi düzeyleri düşük çıkmıştır.[114]

Callahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarına benzer şekilde, bizim çalışmamızda da hekimlerin bilgi düzeyinde cinsiyet arasında anlamlı fark çıkmamıştır.[119]

Psikiyatri rotasyonu alanlar ile almayanlarda toplam puana bakıldığında risk faktörleri ve genel bilgiler daha yüksek puan alınmıştır. Ama yaşlı sağlığı eğitimi alanlar ile almayanlar arasında toplam risk faktöründe daha yüksek puan almıştır. Bunun sebebi yaşlı sağlığı konusunun çok geniş olması ve yaşlıda depresyon konusuna yeterince zaman ayrılamaması olabilir. Benzer şekilde psikiyatri deneyemi olan hekimlerin daha iyi sonuç aldığı Collins ve arkadaşlarının çalışmasında çıkmış olup, psikiyatri rotasyonun aile hekimliği eğitimindeki önemini ortaya koymaktadır.[115] Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında birinci basamak hekimleri için psikiyatri eğitiminin gerekli olduğuna dair bir uzlaşı vardır. 1990'lı yılların sonlarına doğru başlatılan birinci basamak hekimlerin psikiyatrik hastalıklar konusunda eğitimi sonrası; Trabzon'da daha fazla depresyon tanısı konmuş, belirli bir semptoma işaret etmeyen somatik yakınma başvuruları azalmıştır.[113]

Vakalardan alınan toplam puanda anlamlı fark çıkmaması bilgi düzeyinde fark olsa da klinik tecrübe ile tanı konabileceğini göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLERİ

Dünya nüfusunun giderek yaşlanıyor olması, yaşlıların yaşam kalitesini bozan ve yeti yitiminin başta gelen sebeplerinden depresyonun doğru tanınması; sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı olan birinci basamak hekimleri için önemli hale gelmektedir. Yaşlı bireylerde depresyonun doğru tanı ve tedavisi ile yaşlı bireylerin; yaşam kalitelerini artırmak, gereksiz acı çekmelerini önlemek, intihar oranları düşürmek, gereksiz sağlık başvuruları ve harcamalarını azaltmak birinci basamak hekimlerinin önemli görevlerindendir.

Aile hekimliği asistanlarına yaşlıda depresyon ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçüldüğü çalışmamızda; bilgi düzeylerinin yeterli olduğu ama vakalara verilen doğru cevapların azlığı yetersiz klinik tecrübe ile ilgili olduğunu düşündürdü. Çalışmaya katılan hekimlerin %45,3'ü psikiyatri rotasyonu aldığını, psikiyatri rotasyonu alanların sorulara doğru cevap oranının daha yüksek olması, Aile hekimliği eğitim sürecinde Psikiyatri rotasyonunun önemini vurgalamaktadır. Yaşlı sağlığı eğitimi alanların oranı %34,1'dir. Yaşlı sağlığı eğitimi alanlar ve almayanlar arasında genel bilgi toplam puanında anlamlı bir fark çıkmamasının sebebi; yaşlı sağlığı konusunun uzunluğu, yaşlıda depresyon konusuna yeterince zaman ayrılmaması olabilir.

İleride yapılacak bir çalışmada, uzman aile hekimlerinin yaşlılarda depresyon ile ilgili bilgi düzeyi ölçülerek, mezuniyet sonrası yaşlıda depresyon konusu ile ilgili bilgi düzeylerinin tespiti ve gerekli görüldüğü takdirde uzman aile hekimlerine yönelik yaşlılarda depresyon ile ilgili eğitim programları düzenlenebilir.

Çalışmamızın eksikleri; Ankette katılımcılara;

-Günde kaç yaşlı hasta baktığı,

-Rutin yaşlı hasta muayenesinde depresyon taraması yapıp, yapmadığı,

-Yaşlı hastalarda depresyondan şüphelendiren bulgular,

-Sevk kriterleri,

-Yaşlıda depresyon konusunda kendilerini yeterli hissedip, hissetmediği ve bu konuda eğitim isteyip, istemediği,

-Yaşlıda depresyon tanı ve tedavisinde kullandıkları kaynaklar sorulmadı.

7. ÖZET

Amaç: Türkiye'de aile hekimliği asistanlarının yaşlıda depresyon ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumlarını incelemek.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Türkiye'de tam zamanlı aile hekimliği ve sözleşmeli aile hekimliği bilim alanında uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. Çalışmaya gönüllülük esasına göre dahil olan toplamda 287 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Araştırmanın veri toplama formu online anket yöntemi ile Google formlar üzerinden araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Online veri formunda; sosyodemografik bilgiler, asistanlıkta psikiyatri rotasyonu alma durumu, yaşlı sağlığı eğitimi alma durumu, yaşlıda depresyon risk faktörleri, genel bilgiler ve 5 klinik vaka sorusu sorulmuştur. İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: %62'si kadın, %38'i erkek olmak üzere toplamda 287 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Katılımcıların %45,3'ü psikiyatri rotasyonu almıştır, %34,1'i yaşlı sağlığı eğitimi almıştır. Psikiyatri rotasyonu alanların toplam risk faktörü ve genel bilgi puanında psikiyatri rotasyonu almayanlardan daha yüksek puan almıştır ve istatistiksel anlamlı fark çıkmıştır (p=0,025) (p=0,047).

Sonuç: Aile hekimliği asistanlarına yaşlıda depresyon ile ilgili bilgi düzeylerinin ölçüldüğü çalışmamızda; bilgi düzeylerinin yeterli olduğu ama vakalara verilen doğru cevapların azlığı yetersiz klinik tecrübe ile ilgili olduğunu düşündürdü. Psikiyatri rotasyonu alanlarda daha yüksek oranda doğru cevap verilesi, psikiyatri rotasyonun aile hekimliği eğitimindeki önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: Yaşlıda depresyon, Aile hekimliği, Psikiyatri rotasyonu

8. ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the level of knowledge and the attitude of family medicine residents being trained in Turkey on depression in the elderly

Materials and methods: This study was planned as a descriptive study. The population of the research consists of family medicine assistants who were receiving full-time specialization training in Turkey, when the study was conducted. A total of 287 family medicine residents participated in the study on a voluntary basis. The data collection form of the research was created by researcher through Google forms as an online survey method. The online data form consists of questions about sociodemographic information, status of receiving psychiatry rotation in residency, status of receiving training on elderly health, risk factors for depression in the elderly, general information and 5 clinical case questions. The data were analyzed in the SPSS (version 20.0 for Windows, SPSS Inc. Chicago, IL) statistics program.

Results: A total of 287 family medicine residents, 62% female and 38% male, participated in the study. 45.3% of the participants received psychiatry rotation, 34.1% received training on elderly health. Those who received psychiatry rotation scored higher in total risk factor and general knowledge scores than those who did not receive psychiatry rotation, and there was a statistically significant difference (p=0.025) (p=0.047).

Conclusion: In our study, in which the level of knowledge of family medicine residents about depression in the elderly was measured; The fact that the level of knowledge was sufficient but the lack of correct answers to the cases suggested that it was related to insufficient clinical experience. The higher rate of correct answers in those in psychiatry rotation reveals the importance of psychiatry rotation in family medicine education.

Key words: Depression in the elderly, Family medicine, Psychiatric rotation

KAYNAKLAR

1. Bilir N. Yaşlılık Tanımı, Yaşlılık Kavramı, Epidemiyolojik Özellikler. :20.

2. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim* 2012;25:1–3.

3. Türkbeyler İH, Çiğiloğlu A, Öztürk ZA. Yaşlanma Epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics* 2021;7:1–6.

4. TÜİK Kurumsal. Available at: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227. Accessed January 4, 2022.

5. Karakaş SA, Durmaz H. YAŞLILIK DÖNEMİ PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE MORAL. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2017;18:32–36. doi:10.18229/kocatepetip.341681.

6. Kilicaslan I, BOZAN H, Oktay C, et al. Türkiye'de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005;5:5–13.

7. GerİAtrİ T. BİRİNCİ BASAMAK İÇİN TEMEL GERİATRİ. :80.

8. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge. 2004;69:8.

9. AkdenİZ M, Kavukcu E, Teksan A. Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları. :15.

10. Ateş M. Yaşlılarda fiziksel aktivite ile depresyon riskinin ilişkisi. 2018.

11. Sh P, Mj K. Performance of the Geriatric Depression Scale-15 with Older Adults Aged over 65 Years: An Updated Review 2000-2019. *Clinical gerontologist* 2021;44. doi:10.1080/07317115.2020.1839992.

12. Kanber N. Yaşlıların Sosyal Destek Algısının Depresyon Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. 2018.

13. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi 2010 | Nadir Kitap. *NadirKitap*. Available at: https://www.nadirkitap.com/birinci-basamak-saglik-hizmetlerinde-calisan-hekimler-icin-yasli-sagligi-tani-tedavi-rehberi-2010-kitap9193024.html. Accessed April 6, 2022.

14. ASLAN M, HOCAOĞLU Ç. Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017;7:53–62.

15. YAŞLI SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN BİRİNCİ BASAMAKTA PLANLANMASI - PDF Ücretsiz indirin. Available at: https://docplayer.biz.tr/19993863-Yasli-sagligi-hizmetlerinin-birinci-basamakta-planlanmasi.html. Accessed April 4, 2022.

16. Turkish Journal of Geriatrics. Available at: http://geriatri.dergisi.org/text.php?&id=310. Accessed January 10, 2022.

17. Ageing and health. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health. Accessed January 4, 2022.

18. The Global Embrace Handbook. :24.

19. Nations U. *World Population Ageing 2019 Highlights*. United Nations; 2019. doi:10.18356/9df3caed-en.

20. Özen Çınar İ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *Signs of depression in the elderly relationship between depression and sociodemographic characteristics* 2008. Available at: http://acikerisim.pau.edu.tr:8080/xmlui/handle/11499/27508. Accessed February 16, 2022.

21. Boss GR, Seegmiller JE. Age-related physiological changes and their clinical significance. *West J Med* 1981;135:434–440.

22. Hebdon M. Physiologic Changes That Occur in Geriatric Patients. *Pharmacological Considerations in Gerontology: A Patient-Centered Guide for Advanced Practice Registered Nurses and Related Health Professions* 2019:1.

23. Brown-O'Hara T. Geriatric syndromes and their implications for nursing. *Nursing* 2013;43:1–3. doi:10.1097/01.NURSE.0000423097.95416.50.

24. Bengİ AM, Tekİn N. Yaşlılıkta Sık Görülen Nörolojik Hastalıklar. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2019;10:89–97.

25. Vandenberghe R, Tournoy J. Cognitive aging and Alzheimer's disease. *Postgrad Med J* 2005;81:343–352. doi:10.1136/pgmj.2004.028290.

26. (PDF) Ageing and the brain. *ResearchGate*. doi:10.1136/pgmj.2005.036665.

27. Keskin A, Uncu G, Tanburoğlu A, et al. YAŞLANMA VE YAŞLILIKLA İLGİLİ NÖROLOJİK HASTALIKLAR / AGING AND SENILITY RELATED NEUROLOGIC DISEASES. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2016;38. doi:10.20515/otd.51945.

28. Eyüboğlu C, Kartal M, Şişli Z. Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu. *The Journal of Turkish Family Physician* 2012;3:18–22.

29. Yumpu.com. Farklı Boyutlarıyla. *yumpu.com*. Available at: https://www.yumpu.com/tr/document/view/15781936/farkl-boyutlaryla. Accessed January 26, 2022.

30. Qadir F, Haqqani S, Khalid A, et al. A pilot study of depression among older people in Rawalpindi, Pakistan. *BMC Res Notes* 2014;7:409. doi:10.1186/1756-0500-7-409.

31. YILMAZ F, ÇOLAK M. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde İlaç İnancının ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;3:113–121.

32. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, et al. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders* 1995;36:65–75.

33. CANGÖZ B. YAŞILIĞIN PSİKOLOJİK BOYUTU YAŞLILARIN NÖROPSİKOLOJİK VE PSİKOLOJİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.

34. McClane KS. Screening instruments for use in a complete geriatric assessment. *Clinical Nurse Specialist* 2006;20:201–207.

35. Pitchai P, Dedhia HB, Bhandari N, et al. Prevalence, risk factors, circumstances for falls and level of functional independence among geriatric population-A descriptive study. *Indian Journal of Public Health* 2019;63:21.

36. Öztürk Z, Uğraş KG. Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 2017;27:103–108.

37. A.Ş KET ve Y. Geriatriye Çok Yönlü Bakış & Gülten Kaptan – Konusu ve Fiyatı – Kasım 2016. *kidega.com*. Available at: http://kidega.com/urun_detay.aspx?urn=250898&kat=26092&lang=tr-TR. Accessed April 3, 2022.

38. Polidoro A, Dornbusch T, Vestri A, et al. Frailty and disability in the elderly: a diagnostic dilemma. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2011;52:e75–e78.

39. Zelko E, Klemenc-Ketis Z, Tusek-Bunc K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. *Materia Socio-Medica* 2016;28:129.

40. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons; 2002.

41. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 1982;17:37–49.

42. MARAL I, ASLAN S, İlhan MN, et al. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12:251–259.

43. DeLuca AK, Lenze EJ, Mulsant BH, et al. Comorbid anxiety disorder in late life depression: association with memory decline over four years. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences* 2005;20:848–854.

44. Taylor D, Richardson P. The psychoanalytic/psychodynamic approach to depressive disorders. *Oxford Textbook of Psychiatry* 2005:127–136.

45. Schroeder M, Krebs MO, Bleich S, et al. Epigenetics and depression: current challenges and new therapeutic options. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23:588–592.

46. Lohoff FW. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current Psychiatry Reports* 2010;12:539–546.

47. İmert ME. Dsm 5 Kriterine Göre Majör Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Bağlanma Stillerine Göre Öfkeyi İfade Etme Tarzlarındaki İlişkinin İncelenmesi. 2018.

48. Cankurtaran E, Cankurtaran M. Geriatrik Depresyon ve Yaşlılık Psikozu. *İç Hastalıkları Dergisi* 2007;14:55.

49. Özder A, Kayali Y. Depresyon (Çökkünlük). *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2018;9:173–178.

50. Yalvaç HD. Depresyonun epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 2012;5:7.

51. Levinson DF. The genetics of depression: a review. *Biological Psychiatry* 2006;60:84–92.

52. Takakura M, Sakihara S. Gender differences in the association between psychosocial factors and depressive symptoms in Japanese junior high school students. *Journal of Epidemiology* 2000;10:383–391.

53. Unützer J, Katon W, Sullivan M, et al. Treating Depressed Older Adults in Primary Care: Narrowing the Gap between Efficacy and Effectiveness. *The Milbank Quarterly* 1999;77:225–256. doi:10.1111/1468-0009.00132.

54. Kashani JH, Carlson GA, Beck NC, et al. Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *The American Journal of Psychiatry* 1987.

55. Maalouf FT, Brent D, Clark L, et al. Neurocognitive impairment in adolescent major depressive disorder: state vs. trait illness markers. *Journal of Affective Disorders* 2011;133:625–632.

56. Sertöz ÖÖ. Yaşlılıkta Psikotik Bozukluklar ve Tedavisi. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2016;9:14–22.

57. Akalın Sİ, Cimili C, Kuzhan E. Depresyon, pratisyen hekimler ve depresyon eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2002;11:58–62.

58. Clement J-P, Fray E, Paycin S, et al. Detection of depression in elderly hospitalized patients in emergency wards in France using the CES-D and the mini-GDS: preliminary experiences. *Int. J.*

Geriat. Psychiatry 1999;14:373–378. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199905)14:5<373::AID-GPS923>3.0.CO;2-S.

59. Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive dysfunction in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:1119–1126.

60. Bingöl C, Sözeri-Varma G, Enli Y, et al. Yaşlılık ve erişkinlik dönemi depresyonunda fenomenolojik karşılaştırma -. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2017;18:446–452.

61. Tamam L, Öner S. Yaşlılık Çağı Depresyonları [Late Life Depression]. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;1:50–60.

62. YAŞLILIK ve DEPRESYON - I TANI ve DEĞERLENDİRME - PDF Free Download. Available at: https://docplayer.biz.tr/19018836-Yaslilik-ve-depresyon-i-tani-ve-degerlendirme.html. Accessed January 13, 2022.

63. Akdeniz M, Yaman A, Howe J, et al. The Management of Depression with Primary Care Guidelines in Elderly Patients. *GeroFam-A Peer Reviewed, Evidence-Based Gerontology-Oriented Family Practice Journal* 2011:25–45. doi:10.5490/gerofam.2010.1.3.3.

64. Takımı MÜBİDBW. Aile Hekimleri için Yaşlı Sağlığına Bütüncül Yaklaşım | Aile Hekimliği Anabilim Dalı | Tıp Fakültesi. *Marmara Üniversitesi*. Available at: http://ahad.tip.marmara.edu.tr/kitaplar/aile-hekimleri-icin-yasli-sagligina-butuncul-yaklasim. Accessed April 7, 2022.

65. Blackburn P, Wilkins-Ho M, Wiese BS. Depression in older adults: Diagnosis and management. *BC Med J* 2017;59:171–177.

66. Reynolds CF, Lenze E, Mulsant BH. Assessment and treatment of major depression in older adults. *Handb Clin Neurol* 2019;167:429–435. doi:10.1016/B978-0-12-804766-8.00023-6.

67. Drayer RA, Mulsant BH, Lenze EJ, et al. Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences* 2005;20:973–982.

68. İlhan M, Maral I, Kitapçı M, et al. Factors Influencing Depressive Symptoms and Cognitive Disorders Among Elderly. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006;9:177–184.

69. LEE M-S, RHEE M-K. A development of Korea depression scale. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* 2003:492–506.

70. Jellinger KA. Pathomechanisms of Vascular Depression in Older Adults. *International Journal of Molecular Sciences* 2021;23:308.

71. Maciel C, Kerr-Corrêa F. Psychiatric complications of alcoholism: alcohol withdrawal syndrome and other psychiatric disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2004;26:47–50.

72. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, et al. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PloS One* 2021;16:e0251326.

73. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, et al. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord* 2004;83:135–142. doi:10.1016/j.jad.2004.06.001.

74. Trabzon ilinde elli beş yaşından büyüklerde depresyon ve bilişsel bozulma yaygınlığı | TR Dizin. Available at: https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRJM09UVXpNdz09. Accessed February 14, 2022.

75. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanriöver S, et al. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:174–178. doi:10.1111/j.1600-0447.1991.tb03124.x.

76. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:372–387. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x.

77. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147–1156. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1147.

78. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003;54:216–226. doi:10.1016/s0006-3223(03)00273-7.

79. Eaton WW, Armenian H, Gallo J, et al. Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *Diabetes Care* 1996;19:1097–1102. doi:10.2337/diacare.19.10.1097.

80. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002;23:51–61. doi:10.1016/s0749-3797(02)00439-7.

81. Tel H, Tay BN, Canbay M, et al. Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon. *Florence Nightingale Hemşireliği Dergisi* 2014;22:69–75.

82. Ribeiro MVMR, Hasten-Reiter Júnior HN, Ribeiro EAN, et al. Association between visual impairment and depression in the elderly: a systematic review. *Arq Bras Oftalmol* 2015;78:197–201. doi:10.5935/0004-2749.20150051.

83. Evans JR, Fletcher AE, Wormald RPL. Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology* 2007;114:283–288. doi:10.1016/j.ophtha.2006.10.006.

84. Boi R, Racca L, Cavallero A, et al. Hearing loss and depressive symptoms in elderly patients. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12:440–445. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00789.x.

85. Cosh S, Helmer C, Delcourt C, et al. Depression in elderly patients with hearing loss: current perspectives. *Clin Interv Aging* 2019;14:1471–1480. doi:10.2147/CIA.S195824.

86. Özder DDA. Sayı Editöründen. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2018;9:0–0.

87. ŞİRİN H, ERDEM HŞ. Ankara'da Çalışan Aile Hekimlerinin Toplum Ruh Sağlığına Yaklaşımı. *Sağlık ve Toplum* 2021;31:58–66.

88. Karadağ DM. ELAZIĞ İL MERKEZİNDE YAŞLILARDA DEPRESYON BELİRTİLERİNİN YAYGINLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. :98.

89. Karalar F, Öztürk I, Şahin A, et al. Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri populasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. 5. *Ulusal Gero-Psikiyatri Sempozyumu Program& Bildiriler Kitabı* 2004:10–12.

90. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34:469–x. doi:10.1016/j.psc.2011.02.009.

91. WAMUKOYA WASIKE B. Kenya'da Geriatrik Depresyon Tedavisinde Aerobik Egzersizlerin Etkinliği. 2020.

92. Doğan O, Doğan O. *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1995.

93. Çalışkan N. Orhangazi ve Fethiye aile hekimliği merkezlerine başvuran yaşlılarda depresyon sıklığının ve risk etkenlerinin araştırılması. *An investigation on frequency of depression and risk factors of the aged who apply to Orhangazi and Fethiye family medicine centers* 2007. Available at: http://acikerisim.uludag.edu.tr/jspui/handle/11452/3331. Accessed February 14, 2022.

94. Softa H. EVDE VE HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARIN FİZYOLOJİK, PSİKOLOJİK VE SOSYAL YÖNDEN İNCELENMESİ. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015;8.

95. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Amuk T, et al. Huzurevindeki Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008;11.

96. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA* 1997;278:1186–1190.

97. Mottram P, Wilson K, Strobl J. Antidepressants for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD003491. doi:10.1002/14651858.CD003491.pub2.

98. Eker E, Noyan A. Yaşlıda depresyon ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri* 2004;2:75–83.

99. Beyer JL, Johnson KG. Advances in Pharmacotherapy of Late-Life Depression. *Curr Psychiatry Rep* 2018;20:34. doi:10.1007/s11920-018-0899-6.

100. Yalçın BM, Öztürk O. The Management of Major Depressive Disorder in Primary Care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2016;10:250–258. doi:10.21763/tjfmpc.271331.

101. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Jama* 2005;294:563–570.

102. Yenİlmez Ç. Yaşlılıkta İntihar Davranışı. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2016;9:30–36.

103. Smith PN, Cukrowicz KC, Poindexter EK, et al. The acquired capability for suicide: A comparison of suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal controls. *Depression and Anxiety* 2010;27:871–877.

104. Uncu Y, Özçakir A. Depresyonda Özkıyım/İntihar. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2017;8:63–68.

105. Harmer B, Lee S, Duong T vi H, et al. Suicidal Ideation. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/. Accessed January 7, 2022.

106. Obuobi-Donkor G, Nkire N, Agyapong VIO. Prevalence of Major Depressive Disorder and Correlates of Thoughts of Death, Suicidal Behaviour, and Death by Suicide in the Geriatric Population-A General Review of Literature. *Behav Sci (Basel)* 2021;11:142. doi:10.3390/bs11110142.

107. Suvak Ö, Tekİn O. Türkiye'de Yaşlıların Toplumsal Konumları ve Ruh Sağlığı. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2019;10:41–50.

108. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020 T.C. Sağlık Bakanlığı - E-Kütüphane Sistemi. Available at: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/508. Accessed January 17, 2022.

109. Karaoğlu N. Yaşlı Bireylerde Depresyon. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2019;10:84–88.

110. Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995;35:147–152. doi:10.1016/0165-0327(95)00055-0.

111. Göka E, Yaşlıya AÇ. demanslı hastaya psikososyal yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dizini (Demans Dizisi)* 2000;1:5–26.

112. Glasser M, Vogels L, Gravdal J. Geriatric depression assessment by rural primary care physicians. *Rural Remote Health* 2009;9:1180.

113. Yüksel E, Taskin E. Türkiye'de sağlık çalışanları ve öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. In: ; 2007.

114. Özmen E, Ögel K, Sağduyu AA, et al. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. 2003.

115. Collins E, Katona C, Orrell M. Management of depression in the elderly by general practitioners: II. Attitudes to ageing and factors affecting practice. *Fam Pract* 1995;12:12–17. doi:10.1093/fampra/12.1.12.

116. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, et al. Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med* 1999;8:58–67. doi:10.1001/archfami.8.1.58.

117. Yıldırım A, Gönüllü OG, Eradamlar N, et al. İstanbul ili genelinde görev yapan aile hekimlerinin antidepresan reçetelemesini etkileyen faktörler. Düşünen Adam. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014;27:242–249.

118. Feldman EL, Jaffe A, Galambos N, et al. Clinical practice guidelines on depression: awareness, attitudes, and content knowledge among family physicians in New York. *Archives of Family Medicine* 1998. doi:10.1001/ARCHFAMI.7.1.58.

119. Callahan CM, Nienaber NA, Hendrie HC, et al. Depression of elderly outpatients: primary care physicians' attitudes and practice patterns. *J Gen Intern Med* 1992;7:26–31. doi:10.1007/BF02599097.

EKLER

ANKET FORMU

Değerli katılımcı,
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında; 'Aile Hekimliği Asistanlarının Yaşlılarda Depresyon İle İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi' başlıklı bir bilimsel araştırma çalışması yürütülmektedir.
Araştırma formunun tamamlanması ortalama 7 dakika sürmektedir. Bu form ile elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmayı 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. Verdiğiniz cevaplar ile çalışmaya yapacağınız katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

A.DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

Yaşınız
(..)24-29 (..)30-34 (..)35-39 (..)40 ve üzeri

Cinsiyetiniz
(..)Kadın (..)Erkek

Uzmanlık eğitimi aldığınız şehrin plaka kodunu yazınız:

Çalışma pozisyonunuz

(..) Üniversite hastanesinde aile hekimliği asistanı
(..) Eğitim araştırma hastanesinde aile hekimliği asistanı
(..) Sözleşmeli Aile hekimliği uzmanlık öğrencisi (SAHU)

Tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçen süreniz

Asistanlıkta kaçıncı yılınız
(..)0-1 yıl (..)1-2 yıl (..)2-3 yıl (..)3 yıldan fazla

Psikiyatri rotasyonu aldınız mı?

(..)Evet (..)Hayır

Asistanlık döneminde yaşlı sağlığı ile ilgili seminer, kurs, online eğitim aldınız mı?

(..)Evet (..)Hayır

B.YAŞLILARDA DEPRESYONA İLİŞKİN BİLGİLER

1.Yaşlı bireylerde depresyon için risk faktörlerini işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Kadın cinsiyet
2. İleri yaş
3. Dul olma/Yalnız yaşama
4. Düşük eğitim düzeyi
5. Eşlik eden ciddi tıbbi durumlar
6. Kullandığı ilaçlar
7. Geçmişteki depresyon öyküsü
8. Alkol ve madde kullanım öyküsü
9. Yeti yitimi (Görme, duyma vs)
10. Yakınlarından birinin vefatı

Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyiniz

	Doğru	**Yanlış**	**Fikrim yok**
1.Depresyon yaşlı bireylerde en sık görülen ruhsal hastalıklar arasındadır			
2.Yaşlı bireylerde majör depresyon gençlere göre daha çok görülür			
3.Depresyon ileri yaşlarda yaşam kalitesini, morbidte ve mortaliteyi etkilemez			
4.Yaşlı bireyler genellikle depresyon için psikiyatri polikliniğinden yardım alırlar			
5. Yaşlılarda depresif bozukluklar sıklıkla tekrarlayan ve			

nedeni belirlenemeyen somatik yakınmalar ya da bilişsel kayıplar ile maskelenebilir			
6.Bilişsel bozukluğu olanlarda depresif belirti olasılığı artarken, depresyonu olanlarda bilişsel bozukluk riski artmaktadır			
7.Depresyon ve demansın birlikte varlığı ve benzer özellikleri ayırıcı tanı problemi yaratmaz			
8.Yaşlı bireylerde intihar girişimleri nadiren ölümle sonuçlanır			
9.Yaşlı bireylerin yemek yemeyi reddetmesi, ilaçlarını almaması pasif intihar girişimidir			
10.Depresyon tanısı konan hastaya hemogram, sedimantasyon, AKŞ TFT, VitB12, Folik asit bakmak gerekir.			
11.Antidepresan ilaçlar etkililikleri açısından birbirinden farklıdır			
12.Yaşlı bireylerde antidepresan ilaç seçerken yan etki ve ilaç etkileşim özellikleri dikkate alınmalıdır			
13.Yaşlı bireylerde antidepresena alınan yanıt ortalama 4-6 haftadır			
14. Yaşlılarda, genç bireyler ile karşılaştırıldığında depresyona tedavide yanıt ve remisyon oranları daha düşüktür, kronik seyirlidir ve nüks oranları daha yüksektir.			
15.Yaşlılarda görülen depresyon gençlere göre daha fazla psikotik özellik içerir ve tedaviye dirençlidir			

C. VAKA ANALİZİ

Vaka-1

65 yaşında kadın hasta, depresif duygudurum şikayeti ile polikliniğe başvuruyor. İştah artışı olmamasına rağmen 3 kilo aldığını belirtiyor. Ruhsal durum muayenesinde depresif ve yorgun görünmektedir. Bilişsel yetileri sağlamdır. Fizik muayenesinde tiroid bezi diffüz büyümüştür ve ağrısızdır. Saçları kalın ve kırılgan olan hastanın bakılan kan değerinde TSH:7 mU/mL T4:0,1mg/100ml Bu hasta için en uygun tanı nedir?

(..) Major depresyon

(..) Maddenin yol açtığı duygudurum bozukluğu

(..) Hipotiroidiye sekonder depresyon

(..) Bipolar bozukluk, mani

(..) Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu

Vaka-2

Psikiyatrik öyküsü olmayan 80 yaşındaki erkek hasta, sağ tarafında paralizi oluşturan sol taraflı serebrovasküler olay sonrası muayeneye gelmiştir. 5hafta önce SVH geçiren hasta son 3 haftadır eskiden zevk aldığı şeylerden zevk almadığını, sık sık ağlama nöbetleri geçirdiğini, uyku artışı, iştah azalmasıyla birlikte kilo kaybı olduğunu, umutsuzluk ve çaresizlik hissettiğini belirtmektedir. Bu hasta için en uygun tanı nedir?

(..) Major depresyon

(..) Maddenin yol açtığı duygudurum bozukluğu

(..) Bipolar bozukluk, mani

(..) Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu

(..) Genel tıbbi bir duruma bağlı duygudurum bozukluğu

Vaka-3

71 yaşında erkek hasta ailesi tarafından acil servise oral alımının olmaması şikayeti ile getiriliyor. Hasta katatonik olduğu için aileden alınan bilgide; geçmişte pek çok kez depresyon atakları olduğu, depresyon ataklarının sertralin ile tedavi edildiği, 3 hafta önce diğer depresyonlardaki semptomlara benzer semptomlar başladığı ifade edilmiş. Son günlerde hasta 'yaşamanın anlamının olmadığını, kendilerine yük olduğunu' söylemiş. 3 haftada 7 kg zayıflayan hasta son 2 gündür yemek yemeyi reddetmiş. Son 24 saatte su içmeyi de reddetmesi üzerine acil servise getirilmiş. Acil serviste rehidratasyonu yapılan hasta için en uygun tedavi nedir?

(..) Essitalopram 10 mg/gün

(..) Sertralin 50 mg/gün

(..) Duloksetin 60 mg/gün

(..) Agomelatin 25 mg/gün

(..) Elektrokonvulzif tedavi (EKT)

Vaka-4

68 yaşında kadın hasta demans ve psödodemans ayrımı açısından değerlendiriliyor. Yakınları iştah azalması, kilo kaybı, özbakımda kötüleşme ve sinirliliğin eşlik ettiği giderek kötüleşen depresif duygudurum ve konfüzyon bildiriyor. Bilişsel muayenede hasta uyanık, kişi ve yer yönelimi tam, zaman yönelimi bozuk olarak değerlendiriliyor. Dikkatinin azalmış olduğu tespit edilen hastanın, sağlam geri çağırmasına rağmen yakın belleğinin zayıf olduğu gözleniyor. Hastanın test sırasında eforunun yetersiz olduğu görülüyor ve hasta çoğu zaman sorulara ‘bilmiyorum’ şeklinde cevap veriyor. Aşağıdaki özelliklerdenhangisi demansa kıyasla psödodemans ile daha çok uyumludur?

(..) Dikkat azlığı

(..) Görüşme sırasındaki efor azlığı

(..) Özbakım azlığı

(..) Yakın bellek bozukluğu

(..) İştah azlığı

Vaka-5

73 yaşında yineleyen major depresif bozukluğu olduğu bilinen hasta 4 aydır terminal insomni, azalmış iştah ile 9 kg kilo kaybı, yorgunluk, dikkatini toplamada zorluk ve çaresizlik yakınmaları ve eşlik eden depresif duygudurum şikayeti ile polikinliğe başvuruyor. Eşlik eden suisidal düşünce, halüsinasyon ve hezeyan yok. Son atağı 20 yıl önce olan hasta o zaman nortriptinle tedavi edilmiş. Son 10 yıldır hipertansiyon, diabet ve hiperlipidemisi var. Bu hastalıklar için uygun tedavileri alıyor. Fizik muayenede ve laboratuvar çalışmalarında anlamlı bir bulguya rastlanmamış. Hastanın nortriptin ile tedavisi başlanıyor. Son major depresyon atağı ile kıyaslarsak, tedavi planı açısından hangisi en doğrudur?

(..) Daha az yan etki görülecektir

(..) Daha yüksek dozlara gereksinim olacaktır

(..) Daha düşük kan düzeylerine gerek olacaktır

(..) İlaç-ilaç etkileşimi açısından artmış risk vardır

(..) Tedaviye direnç daha yüksek oranda gözlenecektir