

DEPRESYON

Depresyondaydık, Unutulduk ama unutmadık
Deprem korkusu, giderek ağırlaşan ekonomik koşullar ve yüzü gülmeyen bir Türkiye, hepimizin ağzında bir şarkının nakaratı "depresyondayım... peki nedir depresyon nasıl ortaya çıkar ve içimizde büyüttüğümüz patlamaya hazır bir bombamı; işte bu soruların yanıtını 08/12/2001 tarihinde Hilton Oteli'nde Bilim Komisyonunun düzenlediği MİEP'te Doç.Dr. Nurgül Özpoyraz ve Doç.Dr. Ercan Özmen hocalarımız bize çok güzel anlattılar.

Depresyon nedir peki?

Kişinin kalıtsal, çevresel ya da hormonal bozukluklar sonrasında gelişen çökkünlük halidir. Aşağıdaki 9 belirtiden en az 5'inin (ilk 2 belirtiden en az biri bulunmak üzere), en az 2 hafta süresince var olması durumuna "majör depresyon" denir.

Belirtiler:

- 1- Hemen her gün ve günün büyük bir kısmında gözlenen çökkün bir duygu-durum hali (kendini mutsuz, ağlamaklı, kederli hissetme hali)
- 2- Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren tüm ya da çoğu etkinliğe karşı ilgi ve zevk almada azalma (daha önce keyif alınan işler, hobiler ve alışkanlıklardan artık hoşlanmama, mecburen yapma hali, dünyayı verseler umurumda değil şeklinde bıkkınlık hisleri, bazı kişilerde cinsel isteksizlik)
- 3- Diyet uygulanılmamasına karşın önemli derecede kilo kaybı yada alımı (1 ay içinde vücut ağırlığının %5'inden fazlasının artması ya da azalması) ya da hemen her gün iştaha artma ya da azalmanın olması.
- 4- Hemen her gün olağan beyinsel ve vücutsal işlevsellik, hareketlilik halinde azalma ya da huzursuzluk (oturmayı veya yatmayı yeğleme ya da sıkıntıdan yerinde duramama)
- 5- Hemen her gün halsizlik, yorgunluk hisleri, daha önceki günler kadar enerjik hissetmeme
- 6- Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku hali
- 7- Hemen her gün kendini değersiz hissetme, küçük görme, kendini beğenmeme, suçlu ya da günahkar hissetme hali

8- Hemen her gün düşünme ya da konsantrasyon yeteneğinde azalma olması (konuşulanlara, okunan şeylere, izlenen TV programlarına dikkatini verememe, söylenenlerin bir kulaktan girip diğerinden çıkması gibi)

9- Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar planları veya eylemlerinin varlığı.

Yapılan bir çalışmada son 5 yıl içinde en az 6 ay süre ile işsiz kalan kişilerde 3 kat daha fazla majör depresyona rastlanmıştır.

Depresyonlu bir kişi ağlamaklı, neşesiz, sanki dünyayı sırtında taşıyor gibi bitkin, omuzları çökmüş bir görünümüdür. Kendiliğinden yaptıkları doğal hareketleri azalır, uyku bozukluğu gece çok fazla miktarda uyanma ve sabah normalden erken uyanıp bir daha uyuyamama ile karakterizedir. Doç.Dr. Ercan Özmen, toplantıda depresyonun ciddiye alınması gereken bir hastalık olduğunu ifade ederek, şunları söyledi:

"İşini ve eşini kaybeden, okulda başarısız olan, stres yaşayan bir çok kimse depresyon geçirir. Bu kimseler tedavi olmak yerine çözümü alkol, sigara ve kahve içmekte ararlar. Son yıllarda ülkemizde yaşanan ekonomik krizi deprem ve sel felaketleri ve bunun yanında medyada verilmiş biçimi depresyonu tetikliyor. Bunu yaşayan insanlar kalabalıktan, gürültüden, çevresinden bazen ailesinden bile koparak intihar girişimlerinde bulunuyorlar. Depresyon kültürler arasında da pek fark etmiyor. Amerika'da da, Pakistan'da da depresyonun tarifi, tedavisi aynıdır. Baş ağrıları, nefes darlığı, tepkisel davranışlar hastalığın en belirgin işaretleridir. **Yapılan araştırmada kadınların daha çok depresyona girdiği, intiharların ise erkeklerde daha çok görüldüğü saptanmıştır.**"

Majör depresyonun erkekler için hayat boyu görülme olasılığı %2-12; kadınlar için %5-26 arasında bulunmuştur. Araştırmalara göre her yıl majör depresyon hastalarına 100 bin kişide 247-598 kadın; 89-201 erkek yeni vakanın eklendiği saptanmıştır.

Ç.Ü. Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nurgül Özpoyraz da, "Depresyonun birçok nedeninin bulunduğunu, WHO raporuna

göre, 2000 yılında kalp hastalığından sonra 2. sırayı alan depresyonda, dünya genelinde 121 milyon hasta olduğunu anlattı ve depresyonun en yaygın 22-44 yaşlar arasında görüldüğünü, yılda 20 milyon kişinin bu hastalıktan dolayı intihar ettiğini belirtti ve şöyle devam etti. Depresyon ve antidepresanlar günümüzde giderek daha da fazla önem kazanmaktadır. WHO 4 Ekim 2001 tarihinde açıkladığı son raporuna göre; dünya nüfusunun 1/4'ünde ruhsal rahatsızlık bulunmaktadır. 121 milyon kişide depresyon, 70 milyon kişide alkol bağımlılığı, 24 milyon kişide şizofrenik bozukluk bulunduğu, 2002 yılında ise kalp hastalıklarından sonra 2. sıraya yükseleceği belirtilmektedir. Yine aynı raporda her yıl 1 milyon kişinin intihar ettiği, 10-20 milyon kişinin de intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir. Bu raporun sonuçları değerlendirildiğinde antidepresan ilaç kullanımının önemi daha da ortaya çıkmaktadır.

Depresyon tedavisinde önemli sorunlardan biri tanının doğru konulmasıdır ve etkin bir antidepresan tedavinin önemi daha da anlaşılır olmaktadır. Antidepresan kullanımında olmazsa olmazlar yani **4D kuralı bulunmaktadır.**

Diagnosis: doğru tanı

Drug: ilaç

Dose: etkin doz

Duration: uygun süre

Bu 4 kurala uyulmadığında sorunlarla karşılaşmaktadır. Bunların başında tanı sorunları gelmektedir. Depresyonun şiddeti, tipi, süresi, hastalığı öyküsü gibi ayrıntılar değerlendirilerek doğru tanıya ulaşılmalıdır. İlaç seçim sorunları, ilacın etkin dozda kullanılmaması ve ilacın yeterli süre kullanılmaması tedavide önemli aksaklıklara yol açmaktadır.

Antidepresanlar temel olarak depresif sendrom da kullanıldığı gibi diğer psikiyatrik tablolar da etkin ilaç olarak kullanılmaktadır ve anksiyolitik, antipanik, antiobsesyonel özellikleri nedeniyle panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın ankisetye bozukluklarında da temel ilaç olarak seçilirler. Ayrıca uyku

bozuklukları, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, kronik ağrı sendromları, kaşıntılı durumlar, iritabl kolon sendromu, premenstürel disforik bozukluk, migren, nöropatiler gibi özgül durumlarda da antidepresanlardan yararlanılmaktadır.

Antidepresan seçiminde güvenilirlik, katlanılabilirlik, etkili olması, maddi bedeli, basitliği önemlidir. Preskon'un (1994) belirlediği bu ilkelere göre; **iyi bir antidepresan güvenle kullanılmalı, etkin olmalı, yan etkilerine kolayca katlanılabilmeli, ucuz olmalı ve kullanımını basit olmalıdır.** İlaç seçimi yazarken bu kurallara özen gösterilmelidir. Ayrıca; ilaç seçiminde hastaya ait bazı özelliklere de dikkat etmek gerekmektedir. Hastalığın klinik özellikleri, idame tedavisi gerekip gerekmediği, hastanın yaşı, genel tıbbi durumu, sosyo ekonomik düzeyi gibi özellikleri ayrıntısıyla incelenmelidir.

Antidepresif tedavinin en az 6 ay sürdürülmesi uygundur. Erken kesildiğinde (daha iyi hissedilmesi, ekonomik nedenler, yan etkiler... nedeniyle) en riskli dönemin ilk 4-8 hafta olduğu ama sonrasında da erken kesim halinde riskin yüksek olduğu saptanmıştır.

Belki toplantı sonrasında acaba bende mi depresyodayım diye düşünmedik değil, ama bir gerçek var ki insanlar stresten bir hobi, bir sanatla uğraşarak ta uzaklaşabilir.

Toplantı başında izlediğimiz Ecz. Kürşat Badakal'ın fotoğrafları bizi bir nebze de olsa stresten uzaklaştırdı. Gördüğümüz fotoğraflardaki bir kuşun kanadı olduk, bir çocuğun gözündeki umut ışığı...

Zaman her şeyin ilacı deniliyor ama zaman sadece sorunlarla yaşamayı öğretiyor. Fakat çözümler ise yine bize bağlı. Örgütlü olmak işte anahtar kelime! Biz bunu başardık fakat sorunlarla yaşarken daha kuvvetli olmalıyız; birey olarak, örgüt olarak! Çünkü tüm umudumuz kendimizde...

Herşeye rağmen...

Hazırlayan: Ecz.Gönül KOCA

EREKTİL DİSFONKSİYON ve TEDAVİ

Eretil Disfonksiyon (ED), yeterli düzeyde cinsel performans için gerekli ereksiyonu sağlayamama yada sürdürmemeye olarak tanımlanır. Eretil Disfonksiyon 40 yaş üzerindeki erkeklerin %50'sinden fazlasını etkileyen ve üç erkekten birinde sorun yaratan bir durumdur. Cinsel aktivite için gerekli ereksiyona erişme veya sürdürmede kalıcı bir yetersizlik anlamına gelen Eretil Disfonksiyon sık görülmesine karşın, doktorlar ve hastalar bu konuyu tartışmaktan genellikle kaçınmaktadır. Her ne kadar yaşamı tehdit eden bir durum değilse de, Eretil Disfonksiyonun ciddi sonuçları olabilir. **Eretil Disfonksiyon hastanın özgüvenini sarsabilir, duygusal ilişkilerin temelini zayıflatabilir ve genel sağlık durumunda bozulmaya sebep olabilir.**

Eretil Disfonksiyon prevalansı yaşla birlikte artmasına karşın, E.D. yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu değildir. Benzeri biçimde, bazı Eretil Disfonksiyon olgularının nedeni **psikolojik faktörler** olmasına karşın, olguların büyük çoğunluğunda Eretil Disfonksiyonun nedeni **fiziksel bozukluklar** veya onların tedavisinde kullanılan bazı **ilaçlardır**. Üstelik bu alandaki ilerlemeler E.D. için başarılı tedavilerin geliştirilmesini sağlamıştır.



Ne yazık ki Eretil Disfonksiyonu olan erkeklerin %10'undan azının tedavi için başvurdukları tahmin edilmektedir. Belki de bu hastalar yardım istemekten utanmakta ya da olguların büyük bölümünün başarılı bir şekilde tedavi edildiğini bilmemektedirler.

Eretil Disfonksiyon yaşla birlikte sıklığı artan ve pekçok hastalığa, kullanılan ilaç veya maddeye bağlı olarak ortaya çıkabilen, erkeklerde sıklıkla rastlanılan bir sağlık sorunudur.

Ülkemizde Türk Androloji Derneği tarafından yapılan bir araştırmaya göre, 40 yaşın üzerindeki erkeklerde herhangi bir derecede sertleşme sorunu (E.D.) olanların oranı %69,2'dir. Yani 40 yaş üzerindeki her 10 erkekte 7'sinde herhangi bir derecede sertleşme sorunu vardır.

Pekçok neden E.D.'ye sebep olabilir. **Sertleşme sorunu, psikolojik problemler sonucu oluşabileceği gibi (Psikojenik E.D.) diyabet, hipertansiyon, arterioskleroz gibi hastalıklara bağlı olarak da ortaya çıkar. Depresyon, anksiyete, sigara, içki ve birçok ilaç da sertleşme sorununa neden olabilir.** Örneğin tam sertleşme sorunu, tedavi altındaki hipertansiyon hastalarında genel popülasyona göre %50 daha fazladır. Yine 40 yaş üstü diyabet hastalarında ise sertleşme sorununa yakalanma riski genel popülasyondan %30 daha fazladır. Ağır depresyonlu hastalarda orta şiddette ve tam sertleşme sorununun oranı %90'ı bulmaktadır.

Bir çok nörolojik hastalığında Eretil Disfonksiyona yol açtığı bilinmektedir. Alzheimer hastalığı, omurilik yaralanması, inme, beyin tümörleri, periferik nöropati bu hastalıklar arasında sayılabilir. Örneğin E.D. sorunu görülme insidansı inme geçiren hastalarda %85, multipiskleroz hastalarında %71'dir.

Damar hastalıklarının birçoğu da Eretil Disfonksiyona yol açabilir. Arter hastalarında penise giden kan akımının azalması bu soruna neden olabilir. Yine Venokluzif mekanizmada oluşabilecek bozukluklar sonucunda sertleşme sorunu oluşabilir. E.D. 'ye yol açan damar hastalıkları arasında hipertansiyon, ateroskleroz, miyokard enfarktüsü, koroner arter hastalığı, dislipidemi,

serebrovasküler olaylar, periferik damar hastalıkları sayılabilir.

Değişik hastalıkların tedavisinde kullanılan pekçok ilaçta E.D.'ye yol açtığı bilinmektedir. Bunların arasında diüretikler, antihipertansifler, kalp dolaşım sistemi ilaçları, trankilizanlar, antidepresanlar, lityum, H2 reseptör antagonistleri, hormonlar, sitotoksik ilaçlar, antikönlülzanlar, antikolinerjikler gibi pek çok ilaç grubunu sayabiliriz.



Sigara bu sorunun gelişimi açısından önemli bir risk faktörüdür. Çeşitli kardiyovasküler ilaç kullanan hastalarda sigara içenler ve içmeyenler karşılaştırıldığında, sigara içenlerdeki tam sertleşme sorunu oranının sigara içmeyenlere göre 2-3 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Eretil Disfonksiyonda ideal tedavi yaklaşımı eşle birlikte bir doktora başvurmaktır. Böylelikle doktorun nedeni ortaya çıkarması ve tedavi uyumu daha kolay olacaktır. Her doktor E.D. sorunu tanı koyabilir. Tedavi için sildenafil Sitrat gibi oral ilaçlar, elle çalışan vakum pompaları, enjeksiyonlar ve protezler gibi birçok tedavi seçeneği vardır.

Sildenafil Sitrat yeterli bir cinsel performans için gerekli sertleşmenin sağlanmaması veya sürdürülmemesi olarak tanımlanan Eretil Disfonksiyonunun semptomatik tedavisinde oral yolla kullanılan bir ilaçtır. Etkin maddesi sildenafildir. Sildenafil, spesifik fosfodiesteraz tip V inhibitörüdür. Sıklik guanozin mono fosfatın (cGMP) kavernoöz düz hücrelerinde yıkılmasını sağlar. Bu da düz kas gevşemesinin artmasına neden olur. Sonuç olarak penise giren kan miktarı artar. Sertleşme sağlanır ve

sürdürülür.

Sildenafil Sitrat bugüne kadar uygulanan vakum cihazları, penil enjeksiyonlar ve protezler ile kıyaslandığında, oral kullanımı sebebiyle hastaya kolaylık sağlar ve tedaviye uyumunu artırır. Cinsel uyarıyı takiben doğal ereksiyon sağlar. Sildenafil sitrat 18 yaşından büyükler tarafından kullanılabilir. Yetişkinlerde tavsiye edilen başlangıç dozu 50 mg'dır. Etkinlik ve hastanın tolerabilitesine bağlı olarak doz 100 mg'a yükseltilebilir veya 25mg'a düşürülebilir. 65 yaşın üstündeki hastalarda, ağır böbrek yetmezliği hastalarında, hafif ve orta derecede karaciğer yetmezliği olan hastalarda sildenafil sitrat için başlangıç dozu 25 mg'dır. **Sildenafil; nitratların hipotansif etkisini potansiyelize ettiği için, nitrik oksit açığa çıkaran bileşikler veya nitratların herhangi bir formu ile beraber kullanılmamalıdır.** Cardioket, Cardioket-5, danitrin fort, Monoket, Monoket long, Monolong, Monodur, İordil... bunlara örnek olarak sayılabilir. Ayrıca güvenilirliği test edilmediği, ciddi karaciğer yetmezliği hastaları, kan basıncı <90/50 mm/Hg olan hipotansif hastalar, yeni miyokard enfarktüsü geçirenler ve retinitis pigmentosa gibi herediter dejeneratif retinal bozukluğu olan hastalarda kullanılması kontrendikedir.

Sildenafil Sitrat günde en fazla bir kez kullanılabilir. Etkisini ; alındıktan sonra ortalama bir saat içerisinde gösterir. Ancak etkinin başlaması için cinsel uyarının gerekliliği unutulmamalıdır.

Sildenafil Sitrat kullanırken en sık karşılaşılan yan etkiler; baş ağrısı, yüzde kızarıklık, sersemlik hali, dispepsi, nazal konjesyon ve anormal görmedir. (renklerin soluklaşması, ışığı algılamada artış ve bulanık görme)

İlaç hekime danışılmadan kullanılmamalı; Üroloji, kardiyoloji, dahiliye, endokrinoloji, psikiyatri ve nöroloji uzmanları tarafından reçetelenebilmektedir.

Hazırlayan:

Ecz. Emine ALAŞEHİRLİOĞLU ÖZKAN