

Alkol Bağımlılığı Tedavisi Gören Yaşlı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Sociodemographic and Clinical Characteristics of Elderly Patients in Alcohol Dependence Treatment

Cengiz Cengiziz¹, Selman Bölükbaşı²

1. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa

2. İnönü Üniversitesi, Malatya

Abstract

Objective: This study aimed to examine the prevalence, sociodemographic characteristics, and clinical features of alcohol use disorder (AUD) in individuals aged 60 years and older.

Method: A retrospective cohort analysis was conducted on 3892 patients aged 60 and over who were diagnosed with AUD and admitted to the Addiction Counseling Outpatient Clinic of Manisa Mental Health and Diseases Hospital between 2019 and 2023. Sociodemographic data, comorbidities, and treatment approaches were evaluated.

Results: Among the participants, 93.6% were male and 6.4% were female. The prevalence of AUD was higher among males; however, a significant increase in alcohol consumption among females was observed during the pandemic period. The mean age was 64.6 ± 4.4 years, and 89% of the patients received outpatient treatment. Patients from metropolitan areas, such as İzmir, showed higher rates of inpatient treatment. The most common physical comorbidities were hypertension (51.6%) and malnutrition (31.4%), while the most frequent psychiatric comorbidities were depression (19.8%) and dementia/cognitive impairment (17.3%).

Conclusion: In geriatric individuals, AUD frequently coexists with significant physical and psychosocial comorbidities. These findings emphasize the importance of early diagnosis, interdisciplinary approaches, and comprehensive psychosocial support services. Future studies should aim to raise awareness of AUD among the elderly and develop holistic intervention strategies.

Keywords: Elderly, alcohol-related disorders, geriatric psychiatry, substance-related disorders

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, 60 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım bozukluğunun (AKB) yaygınlığını, sosyodemografik ve klinik özelliklerini incelemektir.

Yöntem: 2019-2023 yılları arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Bağımlılık Danışmanlığı Polikliniği'ne başvuran ve AKB tanısı konulan 60 yaş ve üzeri 3892 hasta retrospektif olarak analiz edilmiştir. Hastaların sosyodemografik verileri, komorbiditeleri ve tedavi yaklaşımları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen bireylerin %93,6'sı erkek, %6,4'ü kadındır. Erkeklerde AKB prevalansı kadınlara göre daha yüksek bulunmuş, ancak pandemi döneminde kadınlarda alkol tüketiminde anlamlı bir artış saptanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $64,6 \pm 4,4$ yıl olup, %89'u ayaktan tedavi almıştır. İzmir gibi metropol şehirlerden gelen hastalarda yatarak tedavi oranı daha yüksektir. En sık görülen fiziksel komorbiditeler hipertansiyon (%51,6) ve malnütrisyon (%31,4), psikiyatrik komorbiditeler ise depresyon (%19,8) ve demans/bilişsel bozukluk (%17,3) olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Geriatrik bireylerde AKB, ciddi fiziksel ve psikososyal eş tanılarla birlikte seyretmektedir. Bu durum, erken tanının, disiplinler arası yaklaşımın ve kapsamlı psikososyal destek hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. Gelecek çalışmalar, yaşlı bireylerde AKB'ye yönelik farkındalığı artırmayı ve bütüncül müdahale stratejileri geliştirmeyi hedeflemelidir.

Anahtar kelimeler: Yaşlılar, alkol bağımlılığı, rahatsızlıklar, geriatrik psikiyatri, madde kullanımına bağlı bozukluklar.

Giriş

Dünya genelinde yaşlanan nüfus, geriatric popülasyonda alkol kullanım bozukluğunu (AKB) giderek daha ciddi bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, alkolün metabolize edilme hızını yavaşlatmakta ve bu durum, yaşlı bireylerde alkolün toksik etkilerinin daha uzun süre devam etmesine neden olmaktadır (1). Alkol kullanımının yaşlı bireyler üzerindeki etkileri, genç ve orta yaş gruplarına kıyasla daha ciddi sağlık sonuçlarına yol açmakta, bu da geriatric popülasyonun hem fiziksel hem de psikolojik sağlık açısından daha fazla risk altında olduğunu göstermektedir (2).

Alkol metabolizmasının yavaşlaması ve vücutta birikme süresinin uzaması, yaşlı bireylerde bilişsel gerileme, motor fonksiyon kaybı, kardiyovasküler hastalıklar ve düşme risklerinin daha yaygın hale gelmesine neden olmaktadır. Geriatric bireylerde alkol kullanımının bu etkileri, yalnızca akut sağlık sorunlarıyla sınırlı kalmayıp, uzun vadeli kronik hastalıklara da yol açmaktadır. Kanada'nın Alkol ve Sağlık Üzerine Rehberi (2023), yaşlılarda haftalık alkol tüketiminin 7 standart içkiyi (Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, bir standart içki 10 gram saf alkol içerir (3); Kanada'nın Alkol ve Sağlık Üzerine Rehberi'ne göre bu, yaklaşık 330 ml %5 alkollü bira, 140 ml %12 alkollü şarap veya 40 ml %40 alkollü sert içki anlamına gelir (4)) aşması durumunda sağlık risklerinin ciddi şekilde arttığını belirtmektedir. Bu riskler, karaciğer hastalıkları, kardiyovasküler sorunlar ve alkolle ilişkili kansere bağlı ölümleri kapsamaktadır (4).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından yapılan analizler, Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş ve üzeri bireylerde alkol kaynaklı ölümlerin 2019'dan 2020'ye kadar %18,2 oranında arttığını göstermektedir. 2020 yılında 11.616 geriatric birey alkol kaynaklı nedenlerle hayatını kaybetmiştir. Erkeklerde alkol kaynaklı ölüm oranı kadınlara göre üç ila dört kat daha yüksektir; 65-74 yaş grubundaki erkeklerde alkol kaynaklı ölüm oranı 43,4 ölüm/100.000 iken, 75 yaş ve üzeri erkeklerde bu oran 21,5 ölüm/100.000 olarak kaydedilmiştir. Kadınlarda ise bu oranlar sırasıyla 12,9 ve 5,3 ölüm/100.000 olarak belirlenmiştir (5). Bu istatistikler, erkeklerin alkolün zararlı etkilerine karşı daha savunmasız olduğunu ve geriatric popülasyonda alkol kullanımına bağlı mortalitenin önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini göstermektedir.

Yaşlı bireylerde AKB'nin etkileri sadece fiziksel sağlıkla sınırlı kalmayıp, psikososyal sorunları da tetikleyebilir. Alkol kullanımı, geriatric popülasyonda sosyal izolasyon, yalnızlık ve bağımlılık gibi sorunları daha da derinleştirebilir. Yaşlıların alkol kullanımı nedeniyle yaşadığı bilişsel gerileme ve sosyal işlev kaybı, sağlık sistemleri üzerinde de ciddi bir yük oluşturmaktadır. Yaşlı popülasyonda AKB'nin neden olduğu bu çok yönlü etkiler, tedavi süreçlerinde biyopsikososyal yaklaşımların bir arada ele alınmasını zorunlu kılmaktadır (6).

Geriatric bireylerde alkol kullanımına bağlı sağlık komplikasyonları, Türkiye'de de hızla artmaktadır. Yaşlı popülasyonda AKB genellikle geç teşhis edilmekte ve tedaviye erişimde sosyal damgalamalar ile karşılaşmaktadır (7). Bu da yaşlılarda alkol kullanımına bağlı sağlık sorunlarının ilerlemesine neden olmakta ve tedavi sürecini daha karmaşık hale getirmektedir (8). Türkiye'deki mevcut çalışmalar, geriatric nüfusta alkol bağımlılığına yönelik sınırlı veriler sunmakta olup, bu popülasyondaki sağlık risklerini daha kapsamlı şekilde ele alacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Alkol kullanımının yaşlı popülasyon üzerindeki etkileri, bu yaş grubundaki bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. National Health Service (NHS) tarafından yapılan araştırmalarda, İngiltere'deki 65 yaş ve üstü bireyler arasında alkol kullanımının arttığı ve bunun geriatric popülasyon üzerindeki olumsuz etkilerinin hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir (9). Yaşlılarda alkol kullanımı, nörolojik etkilerle birlikte düşme ve kırık riskini artırarak mortalite oranlarını yükseltmektedir. Alkol kullanımına bağlı bilişsel işlev bozuklukları ve düşme vakaları, yaşlı popülasyonun hastane başvurularını artırmakta ve sağlık hizmetleri üzerinde ek bir yük oluşturmaktadır (2).

AKB, geriatric popülasyonda karmaşık bir tedavi süreci gerektiren bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı bireyler için kişiselleştirilmiş tedavi planlarının geliştirilmesi, bu popülasyonun artan sağlık ihtiyaçlarına daha etkin şekilde yanıt vermek açısından kritik öneme sahiptir. Alkol kullanımına bağlı sağlık komplikasyonlarının önlenmesi ve yönetimi, erken teşhis ve müdahalelerin yanı sıra multidisipliner bir

yaklaşım ile ele alınmalıdır (1). Kanada'nın Alkol ve Sağlık Üzerine Rehberi (2023), yaşlı popülasyonda AKB'nin yönetiminde erken tanı ve müdahalenin önemini vurgulamaktadır (4).

Bu çalışma, yaşlılarda AKB'nin yaygınlığının cinsiyet, yaş ve ikamet ili gibi mevcut sosyodemografik faktörlerle ilişkili olduğunu ve AKB prevalansını etkilediğini varsaymaktadır. Ayrıca, AKB'nin fiziksel eş tanılar (örneğin karaciğer hastalığı, hipertansiyon) ve psikiyatrik eş tanılar (örneğin, depresyon ve anksiyete) ile sıkça bir arada görüldüğü ve bu durumun tanı ile tedavi süreçlerini karmaşıktırdığı hipotezi test edilmiştir.

Yöntem

Örneklem

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, 400 yıllık geçmişe sahip olup, Ege Bölgesi ve Batı Akdeniz Bölgesi'nde Manisa, Balıkesir, İzmir, Aydın, Kütahya, Uşak, Afyon, Denizli, Muğla, Isparta, Burdur ve Antalya illerine hizmet vermektedir. Bu çalışma, retrospektif bir kohort analizi yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Bağımlılık Danışmanlığı Polikliniği'nin tıbbi kayıtlarının taranması yoluyla yürütülmüştür. Bu tarama, son 5 yılı (2019-2023) kapsamış olup, yaklaşık 3892 kayıt incelenmiştir. Mükerrer kayıtların önlenmesi amacıyla, "2019-2023 yılları arasında incelenen 3892 kayıt, hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden hastane kayıt numaraları baz alınarak taranmış ve mükerrer kayıtlar (aynı hastanın birden fazla başvurusu) tek bir vaka olarak konsolide edilmiştir. Her hasta, yalnızca ilk AKB tanısı aldığı başvuruyu çalışmaya dahil edilmiştir. 2019-2023 yılları arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'ne toplam 64.861 hasta başvurusu olmuş, bu başvurulardan 17.972'si (%27,71; n=17.972) AKB tanısı ile izlenmiştir. AKB tanısı alan hastaların 3.892'si, toplam başvuruların %6.01'ini (n=3.892) oluşturacak şekilde 60 yaş ve üzerindedir.

İşlem

Bu çalışma, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 11-09-2024 tarihli ve 2024/6374 karar sayılı onayı ile yürütülmüştür. Tüm veriler, katılımcıların gizliliği korunarak ve etik ilkeler doğrultusunda toplanmış ve analiz edilmiştir. İyi Klinik Uygulamalar (İKU), İyi Laboratuvar Uygulamaları (İLU) ve Helsinki Bildirgesi'nin ilgili maddeleri gözetilerek, araştırmanın etik ve bilimsel standartlara uygun şekilde yürütülmesi sağlanmıştır. Belirtilen kapsam çerçevesince çalışmada kullanılan veriler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri şifrelenerek saklanmakta ve 5 yıl boyunca taşınabilir bir disk üzerinde güvenli bir şekilde muhafaza edilmektedir.

Çalışma, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran ve AKB tanısı almış 60 yaş ve üzeri yetişkin bireyler üzerinde yürütülmüştür. AKB tanısı, hastanede görev yapan psikiyatri uzmanları tarafından konulmuş olup, T.C. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kullanılan resmi tanı sistemi International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)'dur ve AKB için F10.2 kodu (Alkol Bağımlılığı) uygulanmaktadır. Bununla birlikte, klinik uygulamada psikiyatri uzmanları, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) kriterlerini de rehber alarak tanısız değerlendirme yapmaktadır. Bu yaklaşım, bağımlılık bozukluklarının daha ayrıntılı bir şekilde sınıflandırılmasını sağlamaktadır. Tıbbi kayıtlardaki tarama, hastane bilgi sisteminde yer alan ICD-10 F10.2 tanı kodlarına dayalı olarak gerçekleştirilmiş ve yalnızca kod taraması ile sınırlı kalmamıştır. Ayrıca, hasta dosyalarındaki anamnez ve klinik notlar da incelenerek, alkol kullanım sıklığı, miktarı, bağımlılık belirtileri (örneğin, tolerans, yoksunluk) ve psikiyatri uzmanlarının DSM-5'e uygun değerlendirmeleri doğrultusunda AKB tanısı doğrulanmıştır. Bu doğrultuda, çalışma kapsamına 60 yaş ve üzeri yetişkin bireyler dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri, 60 yaş ve üzeri AKB tanısı bulunan bireylerdir. Katılımcıların ana tanısı, ICD-10 F10.2 koduyla tanımlanan alkol bağımlılığı (AKB) olup, eş tanı olarak fiziksel ve psikiyatrik komorbiditeler hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) üzerinden ICD-10 kodları ve klinik notlar aracılığıyla sistematik bir şekilde ekstrakte edilerek değerlendirilmiştir. Katılımcılar, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne başvurmuş ve AKB tanısı almış bireyler arasından seçilmiştir. Çalışmadan dışlanma kriterleri arasında, 60

yaş ve altı bireyler ile AKB tanısı bulunmayan veya veri eksikliği olan hastalar yer almaktadır. Ayrıca, dahil edilme kriterlerini karşılayan ancak tıbbi kayıtları yetersiz olan veya doğrulanamayan bilgilere sahip hastalar da çalışmadan dışlanmıştır. Ancak tarama sırasında, yetersiz veya doğrulanamayan kayıtlara rastlanmamıştır.

Veri Analizi

Toplanan veriler arasında hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, ikamet ili), klinik özellikleri (başvuru şekli, başvuru nedeni, eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar) ve AKB'ye ilişkin detaylı bilgiler yer almaktadır. Bu veriler, IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 26.0 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri tanımlayıcı istatistikler ile özetlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Değişkenlerden elde edilen puanların dağılımı normal olmadığından (Kolmogorov-Smirnov Testi, $p < 0,001$), gruplar arasındaki farklılıkları analiz etmek için parametrik olmayan istatistiksel yöntemler tercih edilmiştir. Bu doğrultuda, Spearman korelasyon testi, Run (Swed-Eisenhart) testi, Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi uygulanmıştır. Gerektiğinde ki-kare testi için Fisher's Exact testi uygulanmıştır. Ayrıca, gruplar arası çoklu karşılaştırmalar Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmada yer alan yaşlıların ($n=3892$) sosyodemografik verileri Tablo 1'de sunulmuştur. Bu tabloya göre; %93,6'sı ($n=3.798$) erkek, %6,4'ü ($n=94$) kadındır. Cinsiyet dağılımı yıllar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($X^2=38,8$; $p < 0,05$). 2018'den 2020 yılına kadar alkol bağımlılığında hem kadın hem de erkeklerde giderek azalma görülsede 2021 yılından itibaren kadınlarda hızlı bir artış görülmekte ve 2022 yılında kadınların en yüksek alkol bağımlılığı oranına (%35,1) sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 1. Sosyodemografik ve klinik özelliklerin yıllara göre dağılımı

Özellikler	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Toplam	P
Cinsiyet	1056	856	416	681	598	285	3892	
Kadın	28 (%29,8)	8 (%8,5)	4 (%4,3)	18 (%19,1)	33 (%35,1)	3 (%3,2)	94 (%100)	$X^2=38,8$ $P=0,03$
Erkek	1028 (%27,1)	848 (%22,3)	412 (%10,8)	663 (%17,5)	565 (%14,9)	282 (%7,4)	3798 (%100)	
Yaş	65,3±5,0 (60-88)	64,9±4,9 (60-105)	64,3±3,8 (60-81)	64,2±3,8 (60-84)	64,2±3,8 (60-89)	63,6±3,7 (60-78)	64,6±4,4 (60-105)	$S.rho=0,09$ $p < 0,001$
Hasta Tipi								
Ayaktan	900 (%26,0)	720 (%20,8)	390 (%11,3)	646 (%18,7)	548 (%15,8)	259 (%7,5)	3463 (%100,0)	$X^2=74,9$ $p < 0,001$
Yatan	156 (%36,4)	136 (%31,7)	26 (%6,1)	35 (%8,2)	50 (%11,7)	26 (%6,1)	429 (%100,0)	
Giriş								
Ayaktan	904 (%26,5)	768, (%22,5)	364 (%10,7)	562 (%16,5)	539 (%15,8)	279 (%8,2)	3416 (%100,0)	$X^2=293,3$ $p=0,01$
Diğer								
Acil	46 (%32,6)	36 (%25,5)	18 (%12,8)	25 (%17,7)	16 (%11,3)	0 (%0,0)	141 (%100,0)	
Ceza mahkemesi	56 (%26,2)	18 (%8,4)	28 (%13,1)	63 (%29,4)	43 (%20,1)	6 (%2,8)	214 (%100,0)	
Savcılık kararı	50 (%41,3)	34 (%28,1)	6 (%1,4)	31 (%25,6)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	121 (%100,0)	
Şehir								
Manisa	472 (%23,2)	448 (%22,0)	238 (%11,7)	410 (%20,2)	338 (%16,6)	126 (%6,2)	2032 (%100,0)	$X^2=114,0$ $p=0,39$
Aydın	58 (%46,6)	30 (%23,1)	10 (%7,7)	23 (%17,7)	9 (%6,9)	0 (%0,0)	130 (%100,0)	
Balıkesir	122 (%45,9)	50 (%18,8)	22 (%8,3)	27 (%10,2)	45 (%16,9)	0 (%0,0)	266 (%100,0)	
İzmir	298 (%26,3)	254 (%22,4)	108 (%9,5)	189 (%16,7)	173 (%15,3)	110 (%9,7)	1132 (%100,0)	
Muğla	70 (%53,0)	30 (%22,7)	14 (%10,6)	16 (%12,1)	2 (%1,5)	0 (%0,0)	132 (%100,0)	
Diğer	36 (%18,0)	44 (%22,0)	24 (%12,0)	26 (%8,0)	31 (%15,5)	49 (%24,5)	200 (%100,0)	
Tanı								
Tanı	1038 (%27,2)	822 (%21,5)	416 (%10,9)	661 (%17,3)	596 (%15,6)	283 (%7,4)	3816 (%100,0)	$X^2=40,8$ $p=0,01$
Ön tanı	18 (%23,7)	34 (%44,7)	0 (%0,0)	20 (%26,3)	2 (%2,6)	2 (%2,6)	76 (%100,0)	

Erkeklerde ise 2021 yılında alkol bağımlılığı oranında artış gözlemlenmekteyken sonraki yıllarda bu oranın giderek azaldığı görülmektedir. Her iki cinsiyet için de en düşük bağımlılık oranı 2023 yılında görülmektedir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması $64,6 \pm 4,4$ (60-105) olarak belirlenmiştir. Yaş dağılımı yıllar içinde anlamlı derecede azalmıştır ($p < 0,001$). Yaşlıların %89'u ($n=3.463$) ayaktan tedavi alırken, %11'i ($n=429$) yatarak tedavi almaktadır. Hasta tipi oranlarında da yıllara göre anlamlılık tespit edilmiştir ($\chi^2=74,9$; $p < 0,001$).

Yaşlıların %87,8'i ($n=3.416$) ayaktan başvuru, %5,5'i ($n=214$) ceza mahkemelerince yönlendirilen, %3,6'sı ($n=141$) acil başvuru şeklinde giriş yapmıştır. Giriş şekillerinde de yıllara göre anlamlılık tespit edilmiştir ($\chi^2=293,3$; $P=0,01$). Acil girişlerde yıllara göre azalma dikkat çekmektedir. Yaşlıların %52,2'si ($n=2.032$) Manisa, %29,1'i ($n=1.132$) İzmir, %6,8'i ($n=266$) Balıkesir'den gelmiştir. Yıllara göre; ikamet yerleri açısından bir anlamlılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Yaşlıların %98'i ($n=3.816$) tanı almış, %2'si ($n=76$) ön tanı ile takip edilmiştir. Tanı şekillerinde de yıllara göre anlamlılık tespit edilmiştir ($\chi^2=40,8$; $p < 0,05$).

Tablo 2. Cinsiyete göre özelliklerin karşılaştırılması

Özellikler	Erkek	Kadın	Toplam	
Yaş	$64,6 \pm 0,7$ (60-105)	$65,6 \pm 0,5$ (60-80)	$64,6 \pm 4,4$ (60-105)	$Z=-1,35$ $p=0,18$
Hasta Tipi				
Ayaktan	3375 (%88,9)	88 (%93,6)	3463 (%89,0)	$\chi^2=2,11$ $p=0,09$
Yatan	423 (%11,1)	6 (%6,4)	429 (%11,0)	
Giriş				
Ayaktan	3326 (%87,6)	90 (%95,7)	3416 (%87,8)	$\chi^2=7,5$ $p=0,02$
Diğer				
Acil	141 (%3,6)	0 (%0,0)	141 (%3,6)	
Ceza mahkemesi	210 (%5,4)	4 (%0,1)	214 (%5,5)	
Savcılık kararı	121 (%3,1)	0 (%0,0)	121 (%3,1)	
Şehir				
Manisa	2003 (%52,7)	29 (%30,9)	2032 (%52,2)	$\chi^2=168,4$ $p < 0,001$
Aydın	128 (%3,4)	2 (%2,1)	130 (%3,3)	
Balıkesir	240 (%6,3)	26 (%27,7)	266 (%6,8)	
İzmir	1120 (%29,5)	12 (%12,8)	1132 (%29,1)	
Muğla	132 (%3,5)	0 (%0,0)	132 (%3,4)	
Diğer	175 (%4,6)	25 (%26,6)	200 (%5,1)	
Tanı				
Tanı	3728 (%98,2)	88 (%93,6)	3816 (%98,0)	$\chi^2=9,88$ $p=0,01$
Ön tanı	70 (%1,8)	6 (%6,4)	76 (%2,0)	

Tablo 2'de yaşlıların cinsiyetlerine göre özellikleri karşılaştırılmıştır. Bu tabloya göre; erkeklerde ortalama yaş $64,6 \pm 0,7$ (60-105), kadınlarda $65,6 \pm 0,5$ (60-80) olarak kaydedilmiştir. Yaş ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Erkeklerin %88,9'u ($n=3.375$) ayaktan, %11,1'i ($n=423$) yatan hasta iken; kadınların %93,6'sı ($n=88$) ayaktan, %6,4'ü ($n=6$) yatan hastadır. Yatan hasta oranı kadınlarda (%6,4) erkeklere (%11,1) göre daha düşüktür ($\chi^2=2,11$; $p < 0,05$). Erkeklerde acil (%3,6), ceza mahkemesi (%5,4) ve savcılık kararı (%3,1) başvuruları görülürken, kadınlarda bu tür başvurular yok denecek kadar azdır ($\chi^2=7,5$; $p < 0,05$).

Acil başvuruların tamamı erkeklerde görülmüştür. Erkeklerin %52,7'si ($n=2.003$) Manisa'dan, %29,5'i ($n=1.120$) İzmir'den gelirken; kadınların %30,9'u ($n=29$) Manisa, %27,7'si ($n=26$) Balıkesir'den gelmektedir. ($\chi^2=168,4$; $p < 0,001$). Tanı oranı erkeklerde (%98,2) kadınlara (%93,6) göre daha yüksektir ($\chi^2=9,88$; $p=0,01$).

Tablo 3’de yaşlıların şehirler göre özellikleri karşılaştırılmıştır. Bu tabloya göre ise; Manisa'daki katılımcıların yaş ortalaması $64,6 \pm 0,1$ (60-105), İzmir'dekilerde $64,3 \pm 0,1$ (60-86) olarak belirlenmiştir. İzmir'deki hastaların %84,5'i (n=956) ayakta tedavi görürken, Manisa'da bu oran %93,8'dir (n=1.907). Yatan hasta oranı İzmir'de %15,5 (n=176), Manisa'da %6,4 (n=125) olarak kaydedilmiştir ($\chi^2=115,4$; $p<0,001$). Tüm şehirlerde tanı oranı %95,5-99,2 arasında değişmektedir. En yüksek ön tanı oranı Manisa'da (%2,3) görülmüştür.

Tablo 3. Şehirler göre özelliklerin dağılımı

Özellikler	Manisa	Aydın	Balıkesir	İzmir	Muğla	Diğer	Toplam	
Yaş	$64,6 \pm 0,1$ (60-105)	$65,7 \pm 0,5$ (60-86)	$64,8 \pm 2,9$ (60-88)	$64,3 \pm 0,1$ (60-86)	$66,9 \pm 0,4$ (60-81)	$64,4 \pm 0,4$ (60-83)	$64,6 \pm 4,4$ (60-105)	S.rho=0,04 p=0,03
Hasta Tipi								
Ayaktan	1907 (%93,8)	103 (%79,2)	215 (%80,8)	956 (%84,5)	105 (%79,5)	177 (%88,5)	3463 (%89,0)	X ² =115,4 p<0,001
Yatan	125 (%36,4)	27 (%20,8)	51 (%19,2)	176 (%15,5)	27 (%20,5)	23 (%11,5)	429 (%11,0)	
Giriş								
Ayaktan	1771 (%87,2)	102 (%78,5)	250 (%94,0)	1021 (%90,2)	95 (%87,2)	177 (%88,5)	3416 (%87,8)	X ² =149,6 p=0,74
Diğer								
Acil	46 (%32,6)	18 (%13,8)	3 (%1,1)	52 (%4,6)	6 (%4,5)	4 (%2,0)	141 (%3,6)	
Ceza mahkemesi	113 (%5,6)	10 (%7,7)	9 (%3,4)	38 (%3,4)	25 (%18,9)	19 (%9,5)	214 (%5,5)	
Savcılık kararı	90 (%4,4)	0 (%0,0)	5 (%1,5)	21 (%1,9)	6 (%4,5)	0 (%0,0)	121 (%3,1)	
Tanı								
Tanı	1993 (%98,1)	126 (%96,9)	264 (%99,2)	1112 (%98,2)	130 (%98,5)	191 (%95,5)	3816 (%98,0)	X ² =9,9 p=0,08
Ön tanı	18 (%23,7)	4 (%3,1)	2 (%0,8)	20 (%1,8)	2 (%1,5)	9 (%4,5)	76 (%2,0)	

Bu çalışma, 2019-2023 yılları arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Bağımlılık Polikliniği'nde retrospektif olarak incelenen 3.892 geriatrik AKB tanılı hastayı (Erkek: 3.798, Kadın: 94) kapsamaktadır. Fiziksel ve psikiyatrik komorbiditeler ile psikososyal destek hizmetlerine erişim, hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) üzerinden ICD-10 tanı kodları ve klinik notlardan ekstrakte edilerek değerlendirilmiştir. Malnütrisyon ise vücut kitle indeksinin (BMI) $18,5 \text{ kg/m}^2$ altında olması veya serum albümin $3,5 \text{ g/dl}$ 'den küçük olması kriterleri ile tanımlanmıştır. Bu komorbidite verileri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Fiziksel komorbiditeler arasında hipertansiyon en sık görülen durumdur; toplamda 2.007 hasta (%51,6) hipertansiyon tanısı almıştır; bu oran erkeklerde 1.866 hasta (%51,2), kadınlarda ise 141 hasta (%56,8) olarak belirlenmiştir. Malnütrisyon, toplamda 1.223 hasta (%31,4) ile ikinci en yaygın komorbidite olup, erkeklerde 1.153 hasta (%31,7), kadınlarda 70 hasta (%27,9) olarak saptanmıştır. Diyabet, toplamda 976 hastada (%25,1) gözlenirken, erkeklerde 903 hasta (%24,8), kadınlarda 73 hasta (%29,1) olarak dağılım göstermiştir. Karaciğer hastalığı toplamda 760 hastada (%19,5) mevcutken, erkeklerde 724 hasta (%19,9), kadınlarda 36 hasta (%14,3) olarak kaydedilmiştir. KOAH, toplamda 520 hastada (%13,4) bulunmuş; erkeklerde 490 hasta (%13,5), kadınlarda 30 hasta (%11,9) olarak belirlenmiştir. Osteoporoz ise toplamda 413 hastada (%10,6) saptanmış; erkeklerde 354 hasta (%9,7), kadınlarda 59 hasta (%23,6) olarak daha yüksek bir oranla kadınlarda öne çıkmıştır.

Psikiyatrik komorbiditelerde depresyon, toplamda 770 hasta (%19,8) ile en sık görülen durumdur; erkeklerde 689 hasta (%18,9), kadınlarda 81 hasta (%32,7) olarak dağılım göstermiştir. Demans/bilişsel bozukluk, toplamda 675 hastada (%17,3) gözlenirken, erkeklerde 640 hasta (%17,6), kadınlarda 35 hasta (%13,9) olarak saptanmıştır. Anksiyete, toplamda 379 hastada (%9,7) mevcutken, erkeklerde 342 hasta (%9,4), kadınlarda 37 hasta (%14,7) olarak belirlenmiştir; kadınlarda anksiyete ve depresyon oranlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Psikososyal destek hizmetleri ise bütüncül tedavi yaklaşımının bir parçası olup; bütün müracaatçılar bu hizmetten faydalanmıştır.

Tablo 4. Fiziksel ve psikiyatrik komorbiditelerin dağılımı

Komorbiditeler	Erkek	Kadın	Toplam
Fiziksel Komorbiditeler			
Hipertansiyon	1.866 (%51,2)	141 (%56,8)	2.007 (%51,6)
Karaciğer Hastalığı	724 (%19,9)	36 (%14,3)	760 (%19,5)
Diyabet	903 (%24,8)	73 (%29,1)	976 (%25,1)
KOAH	490 (%13,5)	30 (%11,9)	520 (%13,4)
Osteoporoz	354 (%9,7)	59 (%23,6)	413 (%10,6)
Malnütrisyon	1.153 (%31,7)	70 hasta (%27,9)	1.223 (%31,4)
Psikiyatrik Komorbiditeler			
Depresyon	689 (%18,9)	81 (%32,7)	770 (%19,8)
Anksiyete	342 (%9,4)	37 (%14,7)	379 (%9,7)
Demans/Bilişsel Bozukluk	640 (%17,6)	35 (%13,9)	675 (%17,3)

Tartışma

Bu çalışmada, geriatrik popülasyonda AKB tanısı almış bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri değerlendirilmiş ve literatür ile karşılaştırılmıştır. Bulgularımız, erkeklerde AKB'nin kadınlara göre daha yaygın olduğunu ortaya koyarken, pandemi sürecinde(2020-2022) kadınların alkol tüketimindeki artış dikkat çekici bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamızın sonuçları, literatürdeki mevcut bulgularla hem uyumlu hem de farklılık gösteren alanlar sunmaktadır.

Çalışmamız, erkek bireylerin AKB tanısı alma oranlarının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde, erkeklerin alkol kullanımının toplum tarafından daha yaygın kabul gören bir davranış olarak değerlendirildiği ve kadınlara kıyasla sosyal dışlanma riskinin daha düşük olduğu vurgulanmaktadır (1). Ancak kadınlarda COVID-19 pandemisi döneminde (2020-2022) alkol kullanımında gözlemlenen artış, psikososyal stres faktörleri ve pandemiye bağlı olarak artan bakım yükümlülükleri ile ilişkilendirilmiştir (10). Trøndelag Sağlık Araştırması (HUNT) da bu bulguları destekler şekilde, erkek bireylerde alkol tüketiminin genel olarak daha yüksek olduğunu, ancak pandemi sonrası kadınlarda anlamlı bir artış yaşandığını rapor etmiştir (11). Çalışmamızın bu bulguları, hedefe yönelik destek programlarının gerekliliğine işaret etmektedir. Çalışmamızın verileri, literatürle uyumlu olarak AKB tanısı almış 60 yaş ve üzeri erkek oranının kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir ve bu durum, kadınların alkol ve madde bağımlılığı servislerine erişimlerinin daha kısıtlı olmasıyla da ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde erkek hastaların sosyokültürel sebeplerle ve kültürel normlar içerisinde alkol kullanımları daha kabul edilebilir olması da bu sayı da farklılık yaratmış olabilir.

Çalışmamızda geriatrik bireylerde AKB tanısının gecikmesine neden olabilecek faktörler arasında, bireylerin alkol tüketimlerinin yetersiz tanınması ve bu davranışların sağlık çalışanları tarafından "yaşlı bireylerin yaşamlarının son dönemlerinde alkol kullanma özgürlükleri" kapsamında değerlendirilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Haighton ve arkadaşlarının (2024) evde bakım hizmetlerindeki deneyimleri ele alan çalışmasında, bakım sağlayıcıların yaşlı bireylerin alkol tüketimini fark etmede ve bu tüketimin sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirmede eksiklik yaşadığı vurgulanmıştır (14). Ayrıca, bu bireylerin alkol

tüketiminin risklerini göz önünde bulundurmak yerine, bireysel özgürlüklerine saygı duyma yönündeki etik yaklaşımlarının, alkol kullanımına bağlı sağlık sorunlarının erken teşhisini engelleyebileceği belirtilmiştir.

Bu bağlamda, çalışmamızda alkol kullanımına bağlı sağlık sorunlarının yaşlı bireylerde sıklıkla diğer fiziksel ve ruhsal bozuklukların belirtileri ile maskelenmesi, alkol tüketiminin hafife alınması ve bireylerin bu konuda damgalanma korkusuyla profesyonel yardım aramaktan kaçınmaları, tanı gecikmesinin başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Haighton ve arkadaşlarının (2024) bulguları, tanı gecikmesini azaltmak için AKB riskinin evde bakım sağlayıcılar dahil olmak üzere multidisipliner sağlık ekipleri tarafından etkin bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini desteklemektedir (14).

Çalışmamız, 2019-2023 yılları arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Bağımlılık Danışmanlığı Polikliniği'nde retrospektif olarak incelenen 3.892 geriatrik AKB tanılı hastada (Erkek: 3.643, Kadın: 249) fiziksel ve psikiyatrik komorbiditelerin prevalansını ve psikososyal destek hizmetlerine erişimi değerlendirmiştir. Bulgularımız, geriatrik AKB'nin hem fiziksel hem de psikiyatrik sağlık üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu ve bu popülasyonda tedavi erişimindeki eksiklikleri ortaya koymaktadır; bu durum, yaşlı yetişkinlerde AKB'nin giderek artan bir halk sağlığı sorunu olduğunu gösteren literatürle uyumludur (15).

Fiziksel komorbiditeler arasında hipertansiyonun %51,6 (n=2.007) ile en sık görülen durum olması, alkolün kardiyovasküler sistem üzerindeki olumsuz etkileriyle tutarlıdır; alkolün sempatik sinir sistemi aktivasyonunu ve renin-angiotensin sistemini modüle ederek kan basıncını artırdığı bilinmektedir (16). Kadınlarda hipertansiyon prevalansının erkeklere kıyasla daha yüksek olması (%56,8 vs. %51,2), cinsiyete özgü hormonal faktörlerin ve yaşa bağlı vasküler değişikliklerin bu farkı etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu yüksek oranlar, geriatrik AKB hastalarında rutin kan basıncı takibinin ve kardiyovasküler risk yönetiminin önemini vurgulamaktadır. Diyabet prevalansının %25,1 (n=976) olması ve kadınlarda daha yüksek bulunması (%29,1 vs. %24,8), alkolün glukoz homeostazi üzerindeki bozucu etkileri ve metabolik sendrom riskini artırmasıyla ilişkilidir (17). Bu kardiyometabolik komorbiditeler, geriatrik AKB hastalarının yönetiminde birinci basamak ve uzmanlık hizmetleri arasında entegre bir yaklaşım gerektirmektedir.

Karaciğer hastalığının prevalansı %19,5 (n=760) olarak saptanmış ve beklendiği üzere erkeklerde (%19,9) kadınlara (%14,3) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu cinsiyet farkı, erkeklerde genellikle daha yüksek kümülatif alkol tüketimi ve genetik/metabolik yatkınlıklarla açıklanabilir; bu bulgu, alkolle bağlı karaciğer hasarının epidemiyolojisi ile uyumludur (18) (19). KOAH prevalansının %13,4 (n=520) olması, alkolün sistemik inflamasyon ve immün yanıt üzerindeki etkileriyle ilişkilendirilebilir; ayrıca, AKB hastalarında sık görülen sigara kullanımı gibi ortak risk faktörleri de bu durumu etkileyebilir (20,21). Kas-iskelet sistemi ve beslenme durumu üzerindeki etkiler de dikkat çekicidir. Kadınlarda osteoporoz prevalansının %23,6 (n=59) ile erkeklere (%9,7; n=354) kıyasla daha yüksek olması, alkolün kemik metabolizmasını olumsuz etkilemesi (örneğin, osteoblast aktivitesinin inhibisyonu) ve yaşa bağlı hormonal değişikliklerin kümülatif etkisini yansıtmaktadır (22). Malnütrisyonun %31,4 (n=1.223) gibi yüksek bir oranda saptanması, alkolün besin emilimini bozması, yetersiz alım ve metabolik değişikliklerle ilişkilidir; bu oran, erkeklerde (%31,7) kadınlara (%27,9) göre daha yüksektir ve geriatrik AKB hastalarında rutin nutrisyonel tarama ve müdahalenin kritik önemini vurgulamaktadır (23,24).

Yaşlı bireylerde alkol kullanım bozuklukları sıklıkla göz ardı edilmektedir, zira birçok klinisyen rutin değerlendirmelerde alkol kullanımıyla ilgili spesifik sorular sormamakta veya sistematik bir tarama gerçekleştirmemektedir. Ayrıca, alkolle ilişkili bozukluklar depresyon, demans gibi nöropsikiyatrik hastalıkları taklit edebilmekte ve bu durum tanı sürecini daha da karmaşık hale getirmektedir. Bununla birlikte, yaşlı bireyler alkol kullanımını sıklıkla inkar etmekte veya mevcut tüketim düzeylerini olağan kabul etmektedir. Yaşlı popülasyonda emeklilikle birlikte sosyal izolasyonun artması ve iş hayatından uzaklaşma, alkol kullanım bozukluklarının gözden kaçmasına katkıda bulunan önemli faktörler arasındadır (25,26). Kanıta dayalı psikososyal müdahalelerin (örneğin, Bilişsel Davranışçı Terapi, Motivasyonel Görüşme) yaşlılarda AKB tedavisinde etkili olduğu bilinmektedir (27,28). Literatürle uyumlu olarak, çalışmamızda bütün başvuruda bulunanların psikososyal destek hizmetlerinden yararlandırıldığı görülmüştür. Depresyonun AKB ile ilişkili olabileceği gözlemlenmiş, ancak yalnızlık ve sosyal izolasyon verileri sınırlı kalmıştır.

Biyolojik etkiler açısından, alkolün karaciğer enzimlerinde artış, immün sistem baskılanması ve nörolojik komplikasyonlar gibi ciddi sonuçlar doğurduğu bilinmektedir (2,30). Literatürde, alkol bağımlılığı ile anksiyete bozuklukları ve fiziksel hastalıklar arasında nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir (10). Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, alkol bağımlılığı ile psikiyatrik eştanıların yaygın olduğu, bu durumun tedavi süreçlerini zorlaştırdığı belirtilmiştir (32). Çalışmamız, yaşlı popülasyonda AKB'nin fiziksel (hipertansiyon %51,6 n=2.007; diyabet %25,1 n=976; karaciğer hastalığı %19,5 n=760) ve psikiyatrik (depresyon %19,8 n=770; anksiyete %9,7 n=379) eş tanımlarla sıkça bir arada görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu durum, disiplinler arası bir iş birliği gerekliliğini açıkça göstermektedir. Fiziksel komorbiditelerin yönetimi için dahiliye uzmanlarının katkıları kritik önem taşırken, psikososyal desteğin tamamen sağlanmış olması; bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, gerontologlar ve klinik psikologların değerlendirmeye alınması, hastaların depresyon, anksiyete gibi psikososyal sorunlarının ele alınmasında mevcut desteği güçlendirmiştir. Bu veriler, AKB tedavisinde yalnızca bağımlılık odaklı değil, aynı zamanda fiziksel ve psikososyal boyutları kapsayan bütüncül bir yaklaşımın zorunluluğunu vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, İzmir gibi büyük şehirlerden gelen hastaların yatarak tedavi oranlarının (%15,5) Manisa gibi diğer bölgelere kıyasla (%6,4) anlamlı derecede yüksek olması, bölgesel dinamiklerin alkol bağımlılığının klinik seyri ve tedavi ihtiyacı üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Bu farklılıkların altında yatan nedenler çok boyutlu olarak ele alınmalıdır. İlk olarak, metropol bölgelerde alkol erişiminin kolaylığı ve sosyal normalizasyon önemli bir rol oynamaktadır (33). İzmir gibi kentsel alanlarda, alkol tüketiminin daha yaygın olması ve lisanslı satış noktalarının yoğunluğu, bağımlılık gelişimini hızlandırabilir. Ayrıca, sosyoekonomik stres faktörleri (örn. işsizlik, göç, yalnız yaşam) metropollerde daha belirgindir ve bu durum, alkolün bir baş etme mekanizması olarak kullanılmasına yol açabilir. Benzer şekilde, Norveç'teki HUNT çalışması, kentsel bölgelerde yaşayan bireylerde alkol tüketiminin daha yüksek olduğunu ve tedavi süreçlerinin daha karmaşık hale geldiğini belirtmiştir (11).

İkinci olarak, sağlık altyapısındaki farklılıklar bu sonuçları açıklayabilir. İzmir gibi büyük şehirlerde uzmanlaşmış bağımlılık merkezlerinin varlığı, ağır vakaların bu bölgelere yönlendirilmesine neden olabilir. Buna karşılık, Manisa gibi daha küçük yerleşimlerde hastaların ayaktan tedaviye yönlendirilmesi, kaynak kısıtlamaları veya yatak kapasitesinin sınırlılığıyla ilişkili olabilir. Ayrıca, kültürel normlar da bölgesel farklılıkları şekillendirebilir. Örneğin, İzmir'de daha liberal bir sosyal çevrenin alkol tüketimini normalleştirmediği, bireylerin tedaviye geç başvurmalarına ve hastalığın ilerlemesine yol açabilir.

Üçüncü bir faktör olarak, ekonomik eşitsizlikler dikkate alınmalıdır. Metropollerde gelir dağılımındaki dengesizlikler, düşük sosyoekonomik statüdeki bireylerin alkol bağımlılığına daha yatkın hale gelmesine neden olabilir. Bu durum, alkole bağlı komorbiditelerin (örn. karaciğer sirozu, depresyon) daha sık görülmesiyle ilişkilidir ve yatarak tedavi gereksinimini artırır. Kanada'da yapılan bir çalışma, düşük gelirli bölgelerde alkol kaynaklı hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (34).

Son olarak, pandemi sonrası dönemde artan sosyal izolasyon, özellikle metropollerde yaşayan yaşlı bireylerde alkol tüketimini tetiklemiş olabilir. Bu durum, İzmir'deki yüksek yatarak tedavi oranlarını kısmen açıklayabilir. Barbosa ve arkadaşları (2021), COVID-19'un alkol kullanımını artırdığını ve kronik hastalıkların şiddetlenmesine yol açtığını belirtmiştir (35). Michalak ve arkadaşlarının (2024) COVID-19'un alkol bağımlılığı ve fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini ele alan çalışmasında, pandeminin yaşlılarda üzerindeki biyolojik ve psikososyal etkilerinin AKB'yi daha da kötüleştirdiği belirtilmiştir (36).

Çalışmamızda, başvuru şekilleri arasında dikkat çekici farklılıklar gözlemlenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%87,8) ayaktan başvuru yaparken, diğer başvurular düşük oranlarda kalmıştır. Acil başvuruların tamamının erkeklerde görülmesi, alkol kullanımının bu grupta daha şiddetli fiziksel komplikasyonlara (düşme, hepatik kriz gibi) yol açtığını düşündürmektedir. Bu bulgu, erkeklerde kronik ve yoğun alkol tüketiminin daha yaygın olduğunu gösteren literatürle uyumludur (37). Adli vakaların ise neredeyse tamamının erkeklerde yoğunlaşması, alkolün bu grupta agresif davranışlar veya yasal ihlallerle daha sık ilişkili olmasıyla açıklanabilir. Kadınlarda adli vaka eksikliği ise toplumsal cinsiyet normları (alkol tüketiminin gizlenmesi) veya kadınların alkolle ilişkili suçlara daha az karışmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca, İzmir gibi metropollerde yatarak tedavi oranlarının yüksekliği (%15,5), bu bölgelerde alkol erişiminin kolaylığı, sosyoekonomik stres faktörleri

veya sağlık altyapısının farklılığıyla bağlantılı görünmektedir. Bu sonuçlar, bölgesel politikaların alkol bağımlılığı yönetiminde kritik rol oynadığını vurgulamaktadır. Pandemi döneminde acil başvuruların azalması ise hastaların enfeksiyon kaygısıyla sağlık kuruluşlarından kaçınmasıyla ilişkili olabilir (36). Bu bulgular ışığında, acil ve adli vakaların önlenmesi için birinci basamakta erken tanı protokollerinin yaygınlaştırılması, kadınlarda damgalanmayı azaltıcı kampanyalar ve metropollerde rehabilitasyon hizmetlerinin artırılması önerilebilir. Başvuru şekillerindeki bu heterojenite, AKB'nin klinik seyrinin toplumsal cinsiyet ve coğrafi dinamiklerden derinden etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışma, yaşlı popülasyonda AKB tanılı bireylerin fiziksel ve psikiyatrik komorbiditelerini ve psikososyal destek hizmetlerine erişimini retrospektif bir kohort analiziyle incelemiş, ancak bazı önemli kısıtlılıklar içermektedir. İlk olarak, sosyodemografik verilerin eksikliği çalışmamızın temel bir sınırlılığıdır. Sosyodemografik verilerin eksikliği, AKB'nin sosyal belirleyicilerini ve bunların psikiyatrik komorbiditeler üzerindeki etkisini değerlendirmemizi sınırlamıştır. Özellikle kadınlarda gözlenen yüksek depresyon oranlarının sosyokültürel nedenlerini analiz etme kapasitemiz bu nedenle kısıtlanmıştır. Gelecekteki çalışmalar, bu verilerin sistematik olarak toplanmasını sağlayacak bildirim mekanizmalarını geliştirmelidir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nde (HBYS), AKB tanılı bireylerin tedavisinde kullanılan ilaçların (örneğin; naltrekson, disülfiram) narkotik veya izlemeye tabi psikotrop madde kategorisine girmemesi nedeniyle, "Madde Bağımlılığı Bildirim Veri Seti" (270 Veri Seti) ekranı aktif hale gelmemiş ve meslek, emeklilik durumu, medeni durum gibi sosyodemografik veriler sistematik olarak toplanamamıştır. Bu eksiklik, AKB'nin sosyal belirleyicilerini (örneğin; sosyal izolasyon, yalnızlık) ve bunların psikiyatrik komorbiditeler (örneğin; kadınlarda %32,67 oranında gözlenen depresyon) üzerindeki etkisini değerlendirme kapasitemizi sınırlamış, özellikle çok değişkenli analizlerle bu faktörlerin AKB prevalansı üzerindeki etkisini modelleme şansını ortadan kaldırmıştır.

İkinci olarak, alkol tüketim süresi, miktarı ve tedavi sonucu gibi klinik verilere erişilememiştir; bu durum, HBYS kayıtlarının yapılandırılmamış doğasından ve retrospektif tasarımın getirdiği veri eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu eksiklik, AKB'nin uzun vadeli etkilerini, tedavi yanıtını ve relaps riskini değerlendirme kapasitemizi kısıtlamıştır.

Üçüncü olarak, retrospektif tasarımın doğası gereği, veri setindeki yapılandırılmamış klinik notlar ve eksik kayıtlar bazı analizlerin derinliğini sınırlamış; örneğin, fiziksel ve psikiyatrik komorbiditelerin değerlendirilmesi HBYS'den elde edilen ICD-10 kodlarına dayansa da, bu verilerin tutarlılığı ve detay düzeyi (örneğin komorbidite şiddeti veya süresi) retrospektif tasarımın kısıtlamalarından etkilenmiştir.

Son olarak, başlangıçtaki literatür taraması, geriatrik AKB üzerine sınırlı sayıda çalışma bulunması nedeniyle derinlik açısından kısıtlanmış, ancak revizyon sürecinde TR Dizin, Scopus, Web of Science, EBSCO, PsycINFO ve ProQuest gibi dizinlerde daha kapsamlı bir tarama yapılarak bu eksiklik giderilmeye çalışılmıştır. Bu kısıtlılıklar, çalışmamızın genellenebilirliğini ve kapsamını etkilemekle birlikte, geriatrik AKB alanında gelecekteki araştırmalar için önemli bir temel sunmaktadır. Gelecekteki çalışmaların, prospektif tasarımlarla alkol tüketim süresi, miktarı ve tedavi sonuçlarını inceleyerek AKB'nin uzun vadeli etkilerini değerlendirmesi; sosyodemografik verilerin sistematik olarak toplanmasını sağlayacak bildirim mekanizmalarının geliştirilmesi (örneğin, AKB için 270 Veri Seti benzeri bir sistem); ve psikososyal destek hizmetlerinin erken dönemde ve yaygın bir şekilde uygulanmasının tedavi üzerindeki etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmalar yürütmesi önerilmektedir.

Türkiye'de geriatrik psikiyatri alanında yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu, özellikle AKB gibi nispeten daha geniş bir konuda literatürün sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, geriatrik popülasyonda AKB tanısı alan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, tanı ve tedavi süreçlerinde zorluklara yol açmaktadır. Çalışmamız, bu alandaki bilgi eksikliğini gidermeye yönelik bir katkı sunmayı amaçlamıştır.

Yaşlı popülasyonda AKB, fiziksel komorbiditeler (örneğin hipertansiyon, karaciğer hastalıkları) ve ruhsal bozukluklarla (örneğin depresyon, anksiyete, bilişsel işlev bozuklukları) sıklıkla eşzamanlı olarak görülmektedir. Bu durum, geriatrik popülasyonda alkol bağımlılığı yönetiminin yalnızca bireysel bir yaklaşım yerine, disiplinler arası iş birliğiyle ele alınması gerektiğini göstermektedir. Evde bakım hizmetlerinden

başlayarak, birinci basamak sağlık hizmetleri, psikiyatri, geriyatri uzmanı, klinik psikoloji, gerontolog, sosyal hizmet uzmanları ve hemşirelik gibi farklı disiplinlerden oluşan bir ekibin entegrasyonu, bu hasta grubunun takip ve tedavisinde kritik öneme sahiptir.

Ayrıca, geriatrik bireylerde alkol kullanımına bağlı sağlık sorunlarının genellikle diğer fiziksel hastalıkların semptomlarıyla maskelendiği ve bu nedenle tanı gecikmelerine yol açtığı bilinmektedir. Bu durum hem fiziksel hem de ruh sağlığı sonuçlarını daha ciddi hale getirmekte ve geriatrik popülasyonda AKB ile mücadelede erken tanı ve müdahaleyi daha da önemli kılmaktadır. Türkiye’de bu alandaki sınırlı literatür ve sağlık hizmetleri kapasitesi göz önüne alındığında, ileriye yönelik olarak rehabilitasyon hizmetlerinin güçlendirilmesi, bütüncül sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık personelinin geriatrik alkol kullanım bozuklukları konusunda eğitilmesi bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma, geriatrik popülasyonda AKB tanılı bireylerin fiziksel ve psikiyatrik eştanılarına yönelik kapsamlı bir değerlendirme sunarak, multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır. Gelecekte yapılacak araştırmalar, bu popülasyona özgü tanı ve tedavi yaklaşımlarını daha iyi anlamamızı ve sağlık hizmetlerinde daha etkili müdahalelerin geliştirilmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Miller SC, Rosenthal RN, Levy S. Principles of addiction medicine. 7th ed. Philadelphia, Pensilvanya, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2024.
2. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol And Health. Geneva: World Health Organization, 2024.
3. World Health Organization. Alcohol. <https://www.who.int/health-topics/alcohol> (Accessed 02.04.2025).
4. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Canada's Guidance on Alcohol and Health. <https://www.ccsa.ca/canadas-guidance-alcohol-and-health> (Accessed 10.02.2025).
5. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol and public health. <https://www.cdc.gov/alcohol> (Accessed 10.02.2025).
6. Kramarow EA, Tejada-Vera B. Alcohol-induced deaths in adults aged 65 and over: United States, 2019 and 2020. NCHS Health E-Stats 2022; doi: 10.15620/cdc:122045.
7. McInerney K, Best D, Cross A. Characteristics of people who have received treatment for late-onset problem drinking. Nordisk Alkohol Nark 2023; 40(2): 100–126.
8. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2024.
9. Torbay and South Devon NHS Foundation Trust. Your Drug and Alcohol Service Team. <https://www.torbayandsouthdevon.nhs.uk/services/drug-and-alcohol-service/your-drug-and-alcohol-service-team> (Accessed 10.02.2025).
10. Senarathne B, Palliyaguru D, Oshini A, Gamage J, et al. Anxiety prevalence and alcohol consumption patterns. BMC Public Health 2025; 25: 220.
11. Tevik K, Skrāstad RB, Benth JS, Eldholm RS, et al. Prevalence and change in alcohol consumption in older adults. PLoS One 2024; 19(5): e0304714.
12. Fernández Castro R, Marcos Martín M, Novo Veleiro I. Alcohol consumption in elderly people. Rev Clin Esp (Barc) 2024; 224(6): 537–545.
13. Choi NG, Marti CN, Choi BY. Perceived risk of binge drinking among older alcohol users. Int J Environ Res Public Health 2024; 21(8): 1081.
14. Haighton C, Steer M, Nichol B. Domiciliary carers' perspectives on alcohol use by older adults in their care. Int J Environ Res Public Health 2024; 21(10): 1324.
15. Han BH, Moore AA, Sherman S, et al. Demographic trends of binge alcohol use and alcohol use disorders among older adults in the United States, 2005–2014. Drug Alcohol Depend 2017; 170: 198–207.
16. Piano MR. Alcohol's effects on the cardiovascular system. Alcohol Res 2017; 38(2): 219–241.
17. Lin Y, Ying YY, Li SX, et al. Association between alcohol consumption and metabolic syndrome among Chinese adults. Public Health Nutr 2021; 24(12): 4582–4590.
18. European Association for the Study of Liver. EASL clinical practical guidelines: Management of alcoholic liver disease. J Hepatol 2012; 57(2): 399–420.
19. Vishnubhotla R, Kulkarni AV, Sharma M, et al. An update on the genetics of alcoholic liver disease. Front Gastroenterol 2022; 1: 1030399.

20. Simet SM, Sisson JH. Alcohol's effects on lung health and immunity. *Alcohol Res* 2015; 37(2): 199–208.
21. Kaluza J, Harris HR, Linden A, Wolk A. Alcohol consumption and risk of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective cohort study of men. *Am J Epidemiol* 2019; 188(5): 907–916.
22. Ke Y, Hu H, Zhang J, et al. Alcohol consumption and risk of fractures: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Adv Nutr* 2023; 14(4): 599–611.
23. Ross LJ, Wilson M, Banks M, et al. Prevalence of malnutrition and nutritional risk factors in patients undergoing alcohol and drug treatment. *Nutrition* 2012; 28(7-8): 738–743.
24. Butts M, Sundaram VL, Murughiyan U, et al. The influence of alcohol consumption on intestinal nutrient absorption: A comprehensive review. *Nutrients* 2023; 15(7): 1571.
25. Le Roux C, Tang Y, Drexler K. Alcohol and opioid use disorder in older adults: neglected and treatable illnesses. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 87.
26. Çavuşoğlu Ç, Demirkol ME. Yaşlılarda bağımlılık. *Bağımlılık Dergisi* 2018; 19(3): 59-69.
27. Blow FC, Barry KL. Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Res Health* 2002; 26(4): 308–315.
28. Magill M, Apodaca TR, Borsari B, et al. A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *J Consult Clin Psychol* 2018; 82(2): 140–157.
29. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recovery and relapse prevention for older adults. <https://www.samhsa.gov/recovery> (Accessed 22.02.2025).
30. Borazan NG, Kırışık H, Ulusal F. Yaşlılarda ilaç bağımlılığı ve ilacın kötüye kullanımının gerontolojik perspektiften değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2025; 26(1): 116-126.
31. Jeremiah RP, Katisi M, Shehu OM. Alcohol misuse within different socio-ecologies in rural communities of Botswana. *PLoS One* 2024; doi: 10.1371/journal.pone.0306542.
32. Geniş B, Coşar B, Arkan Z. Alkol Bağımlılığı Olan Erişkin Hastalarda Hastanede Kalış Süresini Etkileyen Faktörler. *Bağımlılık Dergisi* 2020; 21(1): 24-33.
33. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2024: Trends and Developments. <https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments-2024> (Accessed 10.02.2025).
34. Probst C, Rehm J. Alcohol use, opioid overdose and socioeconomic status in Canada: A threat to life expectancy? *CMAJ* 2018; 190(44): E1294-5.
35. Barbosa C, Cowell AJ, Dowd WN. Alcohol consumption in response to the COVID-19 pandemic in the United States. *J Addict Med* 2021; 15(1): 341-344.
36. Michalak A, Lach T, Szczygieł K, Cichoż-Lach H. COVID-19, possible hepatic pathways and alcohol abuse. *Int J Mol Sci* 2024; 25(4): 2212.
37. Smith JP, Randall CL. Anxiety and alcohol use disorders: Comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res* 2012; 34(4): 414–431.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.