

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yaşlılık Psikiyatrisi Birimi'ne başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Aysun KALENDEROĞLU,¹ Mehmet YUMRU,¹ Salih SELEK,¹
Neslihan CANSEL,² Osman VİRİT,³ Haluk A. SAVAŞ⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yaşlılık Psikiyatrisi Birimi'ne başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ocak 2004-Aralık 2005 tarihleri arasında yaşlılık psikiyatrisi birimine başvuran 65 yaş ve üstündeki hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Atmış beş yaş ve üstündeki hastalardan %61.4'ü kadındı, %50.9'u okuryazar değildi, %82.5'inin sosyal güvencesi vardı. DSM-IV tanı ölçütlerine göre, olguların %66.6'sında (n=38) tek bir psikiyatrik bozukluk vardı. Bunlar anksiyete bozukluğu (%31.6, n=18), bunama (%17.5, n=10), depresyon (%10.5, n=6), iki uçlu bozukluk (%7.0, n=4) olarak tanımlandı. Bu hastaların %33.4'üne (n=19) ek psikiyatrik hastalık eşlik ediyordu. Bunlar anksiyete-depresyon (%17.5, n=10), bunama-depresyon (%8.8, n=5), bunama-anksiyete (%3.5, n=2), iki uçlu bozukluk-anksiyete (%3.5, n=2) idi. **Sonuç:** Yaşlı hastalarla ilgili yapılmış sosyodemografik ve klinik çalışmalar bulunmasına karşın, bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de özelleşmiş yaşlılık psikiyatrisi birimiyle ilgili yapılmış bir sosyodemografik ve klinik veri dökümü yoktur. Bizim çalışmamız bu anlamda farklılık göstermektedir. Bu çalışmada, yaşlı hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu yaygın olarak saptanmıştır. Bu grupta rastlanan psikiyatrik hastalıkların farkında olursak doğru tanı ve tedavilere ulaşabiliriz. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:179-185)

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler

Sociodemographic and clinical features of patients, who applied to the Geropsychiatry Unit of Gaziantep University Faculty of Medicine

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the sociodemographic and clinical characteristics of patients who applied to the Geropsychiatry Unit of Gaziantep University Faculty of Medicine. **Methods:** Over 65 years age patients' medical records, who applied to Geropsychiatry Unit were evaluated retrospectively. **Results:** Over 65 years of age, of the patients, 61.4% were female, 50.9% were illiterate, and 82.5% had social reassurance. According to the DSM-IV criteria there was only one disorder in 66.6% patients (n=38). Those were, anxiety disorders (31.6%, n=18), depression (10.5%, n=6), dementia (17.5%, n=10), and bipolar disorder (7.0%, n=4). 33.4% of (n=19) the patients had comorbid disorders. Those were anxiety-depression (17.5%, n=10), dementia-depression (8.8%, n=5), dementia-anxiety (3.5%, n=2), and bipolar disorders-anxiety (3.5%, n=2). **Conclusions:** There has not been any study, evaluating the sociodemographic features of the patients who applied to a specialized clinic in Southeastern Anatolia and our research differs from the other studies from this aspect. In this study, depression and anxiety disorder were determined commonly in geriatric patients. Providing we are aware of the psychiatric disorders encountered, we will also be able to reach the right diagnoses and treatments in this

¹ Arş.Gör.Dr., ² Uzm.Dr., ³ Yrd.Doç.Dr., ⁴ Doç.Dr., Gaziantep Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, GAZİANTEP

Yazışma adresi: Dr. Aysun KALENDEROĞLU, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 27090 Şahinbey/GAZİANTEP E-posta: ilhan_aysun@yahoo.com

group. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:179-185)

Key words: old age, sociodemographic characteristics, clinical features

GİRİŞ

Yaşlılık, 65 yaşın başlangıç olarak kabul edildiği kronolojik bir kavramdır. Oysa fiziksel ve beyinsel yönden kişinin bağımsızlıktan bağımlılığa geçiş döneminin başı 75 yaş dolayıcıdır. Yaşlılar 60-75 yaşları arasında heterojen bir küme oluşturur. Bu yaş grubundaki bireyler, önceki yaşam koşulları ve çevrenin durumuna bağlı olarak hastanelerin yoğun bakımları, huzurevleri ya da toplum içinde yer alabilirler.¹ Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, "yaşlılık, 65 yaşından büyük olup çevresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalmasıdır."² Biyolojik, sağlık ve sosyal anlamda yaşlılık ise, kişinin bağımsız konumdan başkalarına bağımlı duruma geçmesi, öz bakımında yetersiz kalması demektir. Hukuk ve çalışma yaşamı bakımından, insanın çalışabilme yetisinin ve verimliliğinin azaldığı, emekliye ayrıldığı dönem olarak tanımlanmaktadır. Genellikle alt sınırı 60-65 yaş olarak kabul edilir. Bireylerin bağımlı duruma gelmesi ise 75 yaşından sonra olmaktadır.¹

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve tıptaki ilerlemeler ortalama yaşam süresinin uzamasını sağlamış ve yaşlıların toplumdaki oranı giderek artmaya başlamıştır. Bunun sonucunda 65 yaş ve üstündeki insanların toplumdaki oranı gelişmiş ülkelerde %25'lere kadar yükselmiştir.³ Dünyada yaşlı nüfusun oranı 1980'de %17.8, 2000'de %20.5 iken; 2020'de %23.3, 2034'de %26 olacağı tahmin edilmektedir. Ülkemiz 1990 verilerine göre 65 yaşın üzerindeki nüfusun genel nüfusa oranı %4.19'dur. Bu oranın 2010 yılında %5.6 olacağı tahmin edilmektedir.⁴

Yaşlılarda psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığına ilişkin bilgiler kaynaklara göre farklılıklar göstermektedir. Bununla birlikte yaklaşık %25'inde belirgin psikiyatrik bozukluklar olduğu tahmin edilmektedir. ABD'de 2000 yılında ruhsal bozukluğu olan 9 milyon yaşlı hasta olduğu ve bunun 21. yüzyılda 20 milyon olabileceği tahmin edilmektedir. Yaşlılık, bireylerde fiziksel hastalıkların arttığı, bireyin çevreye bağımlı duruma geldiği bir dönem olduğundan, diğer yaş gruplarından daha farklı bir yaklaşım gerektirir.⁵ Nitekim Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Konseyi, 1991'de yaşlılık psikiyatrisini bir üst uzmanlık dalı olarak kabul etmiştir.⁶

İleri yaş grubunda anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, alkol ve madde bağımlılığı, diğer duygudurum bozuklukları ve **Anatolian Journal of Psychiatry** 2007; 8:179-185

bunlara bağlı hukuksal sorunlar tahmin edildiğinden daha yüksek orandadır. Bu bozuklukların gidişinde ve tedavisinde sosyodemografik değişkenler de etkili olmaktadır.⁷ Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de yaşlıların oranının giderek artması, yaşlılarda psikiyatrik bozuklukların tanınması, görülme sıklığı ve uygulanan tedavilerin etkinliği konusunda araştırmalara olan gereksinmeyi artırmaktadır. Yaygınlık, sıklık, hastalanma riski ve sosyal destek sistemleri gibi epidemiyolojik ölçütlerin ve risk gruplarının ortaya çıkarılması toplum sağlığı için doğru sağlık politikalarının geliştirilmesinde etkili olacaktır.⁷

Bu çalışmada Ocak 2004-Aralık 2005 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yaşlılık Psikiyatrisi Birimi'ne başvuran, 65 yaş ve üstündeki hastaların tıbbi kayıtlarının geriye dönük incelenerek hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Hastalar 2004 tarihinden itibaren birimimizce geliştirilen yarı yapılandırılmış muayene ve bilgi formları ile izlenmektedir. Çalışmamızda 1 Ocak 2004-31 Aralık 2005 tarihleri arasında başvuran 55 yaş ve üstündeki 57 hastaya ait veriler, bu formların geriye dönük olarak incelenmesinden elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 10.0 programı ile yapıldı. Bağımlı gruplar arasındaki anlamlılığı değerlendirmek için Wilcoxon testi, oranlar arasındaki anlamlık değerlendirmeleri için ki-kare analizi kullanıldı. $p < 0.05$ olduğunda değerler anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Değerlendirmeye alınan 57 hastanın %35.3'ü (20) 55-64, %47.5'i (27) 65-75 yaş aralığında, %17.2'si (10) 75 yaş ve üzerindeydi. Hastalardan %38.6'sı (22) erkek, %61.4'ü (35) kadındı. Hastaların %50.9'u (n=29) okuryazar değil, %33.3'ü (n=19) ilköğretim, %8.8'i (n=5) lise, %7'si (n=4) yüksek okul mezunu idi. Hastaların %63.2'si (n=36) evli, %36.8'i (n=21) duldu. Hastaların %17.5'inin (n=10) işsiz ve herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı, %31.6'sının (n=18) halen çalışmakta olduğu, %50.9'unun (n=29) ise emekli olduğu saptandı.

Hastaların %82.5'inin (n=47) sosyal güvencesi

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Yaş grupları		
55-64	20	35.3
65-75	27	47.5
75 yaş ve üstü	10	17.2
Cinsiyet		
Erkek	22	38.6
Kadın	35	61.4
Eğitim düzeyi		
Eğitimsiz	29	50.9
İlköğretim	19	33.3
Lise	5	8.8
Yüksekokul	4	7.0
Medeni durum		
Evli	36	63.2
Dul	21	36.8
Meslek		
Çalışmıyor	10	17.5
Çalışıyor	18	31.6
Emekli	29	50.9
Sosyal güvencesi		
Var	47	82.5
Yok	10	17.5

Tablo 2. Tanısal dağılım

Tanımlar	Sayı	%
Anksiyete bozukluğu	18	31.6
Bunama	10	17.5
Depresyon	6	10.5
İki uçlu bozukluk	4	7.0
Anksiyete-depresyon	10	17.5
Bunama-depresyon	5	8.8
Bunama-anksiyete	2	3.5
İki uçlu-anksiyete	2	3.5
Toplam	57	100

vardı (Tablo 1).

DSM-IV tanı ölçütlerine göre hastaların %66.6'sında (n=38) tek bir psikiyatrik bozukluk vardı. Bunların %31.6'sı anksiyete bozukluğu (18; 9 genelleşmiş anksiyete bozukluğu; 7 panik bozukluğu; 1 obsesif kompulsif bozukluk), %17.5'i bunama (n=10), %10.5'i depresyon (n=6), %7'si iki uçlu bozukluk (n=4) olarak saptandı. Hastaların %33.4'ünde (n=19) ise ikinci bir psikiyatrik bozukluk eşlik ediyordu. Bunların %17.5'i anksiyete-depresyon (10; 6 genelleşmiş anksiyete bozukluğu; 3 panik bozukluğu; 1 obsesif kompulsif bozukluk), %8.8'i bunama-depresyon (n=5), %3.5'i bunama-anksiyete (genelleşmiş anksiyete bozukluğu), %3.5'i iki uçlu bozukluk-anksiyete (2; 1 panik bozukluğu; 1 obsesif kompulsif bozukluk) idi. Sonuçta eşlik eden psikiyatrik bozukluklar da dahil olmak üzere, yaşlı hastalara en sık anksiyete bozukluğu (%42.1, n=32) tanısı ve sırayla depresyon (%27.6, n=21), bunama (%22.3, n=17) ve iki uçlu bozukluk (%8.0, n=6) tanılarının konduğu saptandı (Tablo 2). Bunama olup olmamasına göre ayrıldığında cinsiyete göre anlamlı farklılık yoktu ($\chi^2=0.51$, $p=0.48$). Atmış beş yaşın altında ve üstünde olan hastalar bunama olup olmamasına göre değerlendirildiğinde, bunama tanısı özellikle 65 yaşın üstündeki hastalarda anlamlı olarak daha fazlaydı ($\chi^2=11.43$, $p=0.03$) (Tablo 3).

Hastaların %96'sının psikiyatrik bozukluk öyküsü 10 yıldan daha uzun süredir olmasına karşın, bozukluğun ilk yılında tedavi için başvuranların oranı sadece %3.6 idi. Tedaviye ilk başvuru dağılımı son bir yılda %35.1, son 2 yıldır tedavi görenler %15.8, son 3 yıldır tedavi görenler %14 idi. Hastaların %12.3'ünün (n=7) daha önce bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gördüğü, %87.7'sinin (n=50) görmediği belirlendi. Hastaların %75.4'ünün (n=43) kronik bir fiziksel hastalığı vardı (Tablo 4). Psikiyatrik tedavi amacıyla kullanılan ilaçların %40.5'inin (n=46) antidepresan, %35.4'ünün (n=38) benzodiyazepin, %13.8'inin (n=15) antipsikotik, %8.3'ünün (n=9) kolinerjik güçlendirici olduğu belirlendi (Tablo 5).

TARTIŞMA

Ülkemizde özelleşmiş yaşlılık psikiyatrisi birimi olan çok az psikiyatri kliniği bulunmaktadır. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri

Tablo 3. Yaş gruplarına göre bunama tanısının dağılımı

Yaş grupları	Bunama		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
55-64	2	11.8	18	45.0	20	35.1
65-75	8	47.1	19	47.5	27	47.4
75 yaş ve üstü	7	41.2	3	7.5	10	17.5
Toplam	17	100	40	100	57	100

$$\chi^2=11.43, p=0.03$$

Tablo 4. Hastaların bazı klinik özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Tedavi süresi		
< 1 yıl	10	17.5
1 yıl	20	35.1
2 yıl	9	15.8
3 yıl	9	14.0
Yatarak tedavi		
Var	7	12.3
Yok	50	87.7
Fiziksel hastalık		
Var	43	75.4
Yok	14	24.6

Tablo 5. Psikotrop ilaç kullanımı

İlaçlar	Sayı	%
Antidepresan	46	40.5
Benzodiyazepin	38	35.4
Antipsikotik	15	13.8
Kolinerjik güçlendirici	9	8.3

Anabilim Dalı Yaşlılık Psikiyatrisi Birimi 2001 yılında kurulmuş olup, haftada bir gün poliklinik hizmeti vermektedir. Gerektiğinde hastalar yatırılarak tedavi edilmektedir. Ancak yarı yapılan-dırılmış izleme formlarıyla tıbbi kayıtların tutulmasına 2004 yılında başlanmıştır. Yaşlı hastalarla ilgili yapılmış sosyodemografik ve klinik çalışmalar bulunmasına karşın, bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de özelleşmiş bir yaşlılık psikiyatrisi

si biriminin yapmış olduğu sosyodemografik ve klinik veri dökümü yoktur. Bizim çalışmamızın bu anlamda farklılık göstermektedir.

Yaşlı bireylerin medeni durumları, çocuk sahibi olup olmamaları ya da sosyal güvenceye ilişkin durumları gibi demografik özellikler, bu bireylerin sosyal desteği konusunda fikir verebilir. Huzurevlerinde yapılan demografik çalışmalarda yaşlı hastaların daha çok dul olması, ya da çocuk sahibi olmaması gibi özelliklerin daha yüksek oranlarda bulunması sosyal desteğin yetersizliği şeklinde de yorumlanabilir.⁷⁻¹⁰ Ülkemiz dışında da yaşlıların dörtte üçünün dul olduğu bildirilmiştir.¹⁰ Gaziantep Huzurevi'nde yapılan bir çalışmada dul oranı %77.5 olarak saptanmıştır.¹¹ Demet ve ark.nın çalışmasında dul oranı %52.4, sosyal güvencesi olmayanların oranı %54.5 olarak bulunmuştur. Maral ve ark.nın çalışmasında, yaşlıların %63.9'unun sosyal güvencesinin olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular sosyal desteği yetersiz olan yaşlıların huzurevinde yaşama kararını etkilediğini düşündürmektedir.^{12,13} Bizim çalışmamızda huzurevlerinde yapılan çalışmalardan farklı olarak, çalışmaya alınan hastaların evli olma oranlarının ve sosyal güvencelerinin yüksek olduğu bulunmuştur (%82.5). Evli ve aynı zamanda sosyal güvenceye sahip olma durumu bireylerin tedavi arayışı içinde olmalarına olanak sağladığı anlamına gelebilir.

Çalışmamızda yer alan yaşlılardan kadın hastaların çoğunlukta olduğu (%61.4) ve okuryazar olmayan grubun (%50.9'u) yüksek oranda bulunduğu saptanmış olup, bu durum birçok çalışmayla uyumludur.^{8,9,14}

Araştırmamızda yer alan yaşlılara en sık anksiyete bozuklukları tanısı konmuş olup (%31.6, n=18) bunu bunama (17.5, n=10) ve depresyon (%10.5, n=6) izlemiştir. Anksiyete bozukluğu ve depresyon en sık görülen eş hastalıklar olarak

bulunmuştur. Bunamalı hastalarının %8.8'ine (n=5) depresyon ve %3.5'ine (n=2) anksiyete bozukluğu eşlik etmekteydi. Sonuçta eşlik eden psikiyatrik bozukluklar da dahil olmak üzere yaşlı hastalarda en sık anksiyete bozukluğu (%42.1, n=32) saptandı. Yaşlı bireyler arasında anksiyetenin sık (%10-20) görüldüğü bildirilmiştir.¹⁵ Heun ve ark., kurumda yaşayan ve anksiyete belirtileri gösteren yaşlıların oranını %15.4 olarak saptamıştır. Ayrıca anksiyete bozukluklarının yaygınlığının yaş, cinsiyet ve önceki mesleki yaşantılarından da etkilendiğini bildirmişlerdir.¹⁶ Birçok çalışmada kronik hastalığı olan yaşlıların ortalama anksiyete puanı daha yüksek bulunmuştur.⁹ Coşkun ve Manoğlu, kronik hastalığı olan yaşlıların anksiyete düzeyinin yükseldiğini belirtmiştir.^{17,18} Bu durum hem çoklu ilaç kullanımına neden olarak (örn., klonidin, guanitidin gibi antihipertansiflerin depresyona neden olması), hem de kronik fiziksel hastalıklar nedeniyle kendine yetememe ve bağımlılık durumu nedeniyle anksiyete bozukluklarının gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir.^{9,12,13}

Bizim çalışmamızdaki tanısal sınıflandırmada genel toplamda anksiyete bozukluğundan sonra en sık depresyon (%27.6) saptanmış olup, diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla uyumludur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlılarda majör depresyonun yaygınlığı %6, depresif belirti yaygınlığı ise %11 olarak saptanmıştır.¹⁹ Bir başka çalışmada kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda %29, huzurevlerinde yaşayanlarda %41 gibi yüksek oranlarda depresyon bulunmuştur.²⁰ Lebowitz ve ark., çeşitli nedenlerle hekime başvuran 65 yaşın üzerindeki hastaların yaklaşık %15'inde, huzurevlerinde kalanların %25'inde depresyon olduğunu öne sürmektedir.²¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi'nde yatırılarak tedavi edilen geriatrik hasta grubunun dosyalarının geriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada majör depresyon tanısının ağırlıkta olduğu görülmektedir.²² Depresyon yaşlılık döneminin önemli bir sağlık sorunudur. Yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmekte, fiziksel hastalıkların gidişini olumsuz olarak etkilemektedir. Kolaylıkla tedavi edilen bir bozukluk olmakla birlikte, hastaların bedensel yakınmalarını daha kolay anlatmaları, hekimlerin aynı anda var olan fiziksel hastalıklara yönelmeleri, eş zamanlı bunama ve diğer fiziksel durumların varlığı, hafif depresyon belirtilerinin kolayca yaşlılığa bağlanması tanının sıklıkla atlanmasına neden olmaktadır. Yaşlılık çağı depresyonlarında intihar ve diğer nedenlerle ölüm, depresyonu olmayanlara göre daha yüksek orandadır. Ancak intihar oranlarının yük-

sekliği sosyodemografik nedenlere ve var olan fiziksel hastalıklara bağlanamamaktadır. Bazı çalışmalarda depresyonun tam olarak bilinmeyen bir düzeneyle ölüm riskini artırdığı ileri sürülmektedir.²³ Sosyal destek günlük yaşam stresleriyle baş etmede önemlidir. Sosyal ilişki, pek çok risk etkeninin zararlı etkisine karşı engelleyici veya hastalıklarla başa çıkmak için yardım edici bir etkiye sahiptir.²⁴ Sütölük ve ark., sosyal ilişki kurulan bireylerin sayısındaki artışın depresyon sıklığını azalttığını bildirmiştir.²⁵ Sonuç olarak yeterli sosyal destek, psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde önleyici rol oynayabileceği gibi, var olan bozukluklarla baş etmede veya tedaviye erken başvurmalarında önemli bir etkidir.

İleri yaşta ortaya çıkan ve ilerleyici bilişsel bir bozukluk olan bunama önemli ruhsal bozukluklardan biridir. Alzheimer hastalığı (AH) bilişsel işlevlerde, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve davranış ve psikolojik bozuklukla sonuçlanan ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır. AH, tüm bunamaların yaklaşık %60'nı oluşturur. Hastalığı diğer bunama tiplerinden ayırmak güç olabilir. Hastalık için standardize edilmiş tanı ölçütleri geliştirilmiştir. AH'nın ana klinik özellikleri sinisi başlangıcı işlevsel yıkım ve bellek dahil biliş alanlarında ilerleyici azalmadır. AH ile birlikte olan risk etkenleri arasında ileri yaş ve genetik yatkınlık vardır.²⁶ Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaşındaki insanların %5'inde şiddetli, %15'inde ise hafif düzeyde bunama olduğu, 80'li yaşlardan sonra bu oranın üçe katlandığı bildirilmektedir.⁶ Bunama önemli bir halk sağlığı sorunu durumunu almıştır. Çalışmamızda, cinsiyete göre görülme sıklığı açısından bir farklılık olmamakla birlikte ($\chi^2=0.51$, $p=0.48$), yaşın artmasıyla birlikte bunama oranının anlamlı düzeyde arttığı görülmektedir ($\chi^2=11.43$, $p=0.03$).

Çalışmamızda yer alan hastaların öykülerinde, uzun süreli bir ya da daha çok psikiyatrik bozukluğu olmasına karşın, sosyal güvencelerinin olduğu da göz önüne alındığında, yalnız %3.6'sının tedaviye erken başvurusu düşündürücüdür. Bu durum yaşlılarda ruhsal bozuklukların hem dikkate alınmamasına, hem de hastayla, aileyle ve hekimle ilgili nedenlerden dolayı sıklıkla atlanmasına veya fiziksel hastalığın bir belirtisi olarak değerlendirilmesine bağlı olabilir.

Çalışmamızda yer alan diğer bir bulgu antidepresanların, benzodiyazepinlerin ve antipsikotiklerin daha sık; kolinerjik güçlendiricilerin daha az kullanılmasıdır.

Anksiyete bozukluğunun ve depresyonun sık

görülmesi nedeniyle antidepresan kullanılması-
nın daha çok olması beklenen bir sonuçtur.
Şiddetli düzeyde bunamalı hastaların ajitasyon
ve agresyonu azaltmada bazı antidepresan,
antipsikotik ve antikonvülzanların etkili olduğu-
na ilişkin çalışmalar vardır.²⁷⁻²⁹ Ayrıca bunama-
ya çoğu zaman depresyon, ajitasyon, uykusuz-
luk, huzursuzluk, sanrılar ve varsanılarının eşlik
ettiği dikkate alındığında; antidepresan, benzo-
diyazepin ve antipsikotiklerin daha çok tercih
edilmesi anlaşılır bir durumdur.³⁰

Yaşlıların diğer bireyler gibi mutlu ve üretken

olabilecekleri, değişebilme, uyum sağlayabilme
ve yenilikleri öğrenebilme yetilerinin olduğu göz
önünde bulundurulduğunda, yaşlı grubunda
görülen psikiyatrik bozuklukların doğru tanı ve
uygun tedavisi daha da önem kazanmaktadır.
Ülkemizde yaşlı oranının giderek artması nede-
niyle, bu grupta yapılacak epidemiyolojik araş-
tırmalar önem kazanmaktadır. Toplumun eğitil-
mesi, yeterli ve uygun sosyal destek ve kurum-
ların oluşturulması konularında özellikle yaşlılık
psikiyatrisi alanı ile ilgili olarak psikiyatristlere
önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bilir N. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları. Halk Sağlığı (Temel Bilgiler), Ankara, Güneş Kitabevi, 1995, s.357-368.
2. Goldberg TH, Chavin SI. Preventive medicine and screening in older adults. J Am Geriatric Soc 1997; 45:344-354.
3. Alexopoulos GS. Mood disorders. BJ Saddock, VA Saddock (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh ed., Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, vol. II, p.3060-3067.
4. Guthrie TH Jr, Gaddis TG. Geriatric oncology. J Fla Med Assoc 1993; 80:112-116.
5. Dönmez E, Özmenler KN, İrgil S. Geriatrik psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve başvuru yakınmaları. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Bildiri Özet Kitabı, Edirne, 2000, s.539-543.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Delirium, dementia and other cognitive disorders. Synopsis of Psychiatry, seventh ed., Giza, Mass Publishing, 1998, p.328-345.
7. Kurtoglu D, Rezaki SM. Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10:173-179.
8. Mamurekli EK, Dinç G, Özcan C. Manisa İsmail Cider Huzurevi'nde kalan yaşlıların sosyodemografik, sağlık, bunama ve depresyon durumları. İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Dergisi 1998; 36:63-69.
9. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:227-239.
10. Rovner BW, Kafonek S, Filipp E, Lucas MT, Folstein MF. Prevalence of mental illness in a community nursing home. Am J Psychiatry 1986; 143:1446-1449.
11. Ekici H, Ünal S. Akyol Sağlık Ocağı'na bağlı evinde kalan yaşlılarla huzurevinde kalan yaşlılarda psikolojik semptom taraması ve yaşam doyumu. Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı, Ankara, 1992, s.26-27.
12. Demet MM, Taşkın O, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13:290-299.
13. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candan-sayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12:251-259.
14. Arslan Ş, Gökçe KY. Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. Geriatri 1999; 3:103-114.
15. Emiroğlu V. Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. Ankara, Şafak Matbaacılık, 1995.
16. Heun R, Papassotiropoulos A, Ptok U. Sub-threshold depressive and anxiety disorders in the elderly. Eur Psychiatry 2000; 15:173-182.
17. Coşkun M. Samsun İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Bazı Sosyoekonomik Etmenleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Samsun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 1998.
18. Manoğlu Z. İzmir Huzurevlerinde Depresyon ve Kaygı Üzerine Bir Çalışma, Kadın Erkek Karşılaştırması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 1990.
19. Uçku R, Küey L. Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 1992; 29:15-20.
20. Copeland JRM, Dewey PA. Yaşlılarda depresyon. İ Kaplan (çev.), Türk Psikiyatri Dergisi 1992; 3:3-7.
21. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. JAMA 1997; 278:1186-1190.
22. Eker E. Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri 2005; 1:3-16.
23. Yüksel N. Yaşlılık çağında depresyon. Geriatri 1998; 1:19-23.

24. Kocataş S, Güler G, Güler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon yaygınlığı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7:11-18.
25. Sütoluk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M. Adana Huzurevinde kalan yaşlıların depresyon sıklığı ve nedenleri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7:148-151.
26. Lancot KL, Herman N, van Reekum R, Eryavec G, Naranjo CA. Gender aggression and serotonergic function are associated with response to sertraline for behavioral disturbances in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17:531-541.
27. Kara SH, Tuğlu C, Ateş İ, Molla S, Abay E. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde yatırılarak tedavi edilen geriatrik hastaların sosyodemografik özellikleri, tanı ve tedavi dağılımları. Yeni Symposium 2002; 40:151-155.
28. Cummings JL, Trimble MR. The diagnosis and management of dementia. Concise Guide to Neuropsychiatry and Behavioral Neurology, second ed., Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2002, p.1658-1659.
29. Grossman F. A review of anticonvulsants in treating agitated demented elderly patients. Pharmacotherapy 1998; 18:600-606.
30. Yumru M, Eren Ozen M, Savas HA, Selek S. Long-acting injectable risperidone for control of agitation in dementia. J Clin Psychiatry 2006; 67:1651-1652.