

## Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar

Murat ASLAN<sup>1</sup>, Çiçek HOCAOĞLU<sup>2</sup>

### ÖZ

Yaşlılık, engellenmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri olan bir süreçtir. İnsan ömrünün uzaması ve bunun sonucu olarak yaşlı nüfusun artması nedeniyle yaşlılık günümüzde daha da önem kazanmıştır. Bu derlemenin amacı, yaşlanma nedenleri ve yaşlanma ile ilgili psikiyatrik sorunları ele almaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık dönemi; yaşlanma teorileri; psikiyatrik sorunlar.

### Aging and Psychiatric Problems Associated with Aging Period

#### ABSTRACT

Elderly is a biological, chronological and social process that cannot be avoided. Since the human life is getting longer and the elderly population increase, elderly is getting more important. The purpose of this review is to address causes of aging and aging-related psychiatric problems.

**Keywords:** Aging period; aging theory; psychiatric problems.

### GİRİŞ

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü kapsayan fizyolojik bir süreçtir (1-5). Yaşlanma süreci doğumla birlikte başlar ve her çeşit organizma doğumundan ölümüne kadar çok sayıda değişikliğe uğrayarak yaşlanır. Yaşlanma sabit bir süreç değildir ve bireyler arasında farklılıklar gösterir. Bu sürecin son bölümü ise yaşlılık olarak isimlendirilmektedir. Yaşlılığın başlangıcı toplumdan topluma ve hatta aynı toplum içinde yıllar içinde, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik koşullar, fizyolojik ve psikolojik yaşa göre de kişisel farklılıklar gösterir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1998'de yaşlılıkla ilgili olarak yayınladığı sağlık raporuna göre yaşlılık; özürüllüklerin artması ve başkalarına daha çok bağımlı olma şeklinde tanımlanmış ve yaşlılık sınırı 65 yaş olarak belirlenmiştir. Demografik açıdan yaşlılık şu şekilde sınıflandırılmaktadır (6,7).

- **Genç (Erken) Yaşlılık:** 65-74 yaş arası kapsar. Bu dönem sıklıkla emeklilik sonrası dönemdir.
- **Orta Yaşlılık:** 75-84 yaş arası kapsar. Bu dönemde sıklıkla işlevsel kayıplar görülmeye başlanır, ancak kişi çoğunlukla tek başına yaşamını sürdürebilir.
- **İleri Yaşlılık:** 85 yaş ve üzerini kapsar. Bu dönemde kişiler, ailelerinin veya özel bakım veren kurumların yardımı ihtiyacı duyarlar.

Yaşlanma süreci birçok faktöre bağlı olarak, aşağıdaki başlıklar şeklinde tanımlanabilir:

- **Kronolojik Yaşlanma:** Bireyin doğumundan itibaren geçen yaşını tanımlar. Takvim yaşı büyük olanlar, küçük olanlara göre daha yaşlı sayılırlar.
- **Biyolojik Yaşlanma:** Zigotun oluşumuyla başlayıp yaşla birlikte bireyin geçirdiği fizyolojik, anatomik ve morfolojik değişimlerdir.
- **Patolojik Yaşlanma:** Normal biyolojik yaşlanma süreci ile etkileşen olaylara ve hastalıklara bağlı yaşlanmadır.
- **Psikolojik Yaşlanma:** Bireylerin yaşlılık döneminde geçirdikleri davranış, uyum ve mental fonksiyonlarındaki değişimleri kapsar.
- **Sosyal Yaşlanma:** Bireylerin, toplumun sosyal yapısı içindeki rollerinin, konumlarının ve sosyal ilişkilerinin yaşlanmasıyla birlikte değişmesiyle oluşur.
- **Ekonomik Yaşlanma:** Yaşlılık döneminde özellikle emekliliğin etkisiyle azalan gelir düzeyinin bireyin yaşam şeklinde ve koşullarında meydana getirdiği değişikliklerdir (8,9).

<sup>1</sup> Psikiyatri Kliniği, Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize.

**Correspondence:** Murat ASLAN, drmurataslan48@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 16.08.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 14.11.2016

### Yaşlanma İle İlgili Teoriler

Biyolojik yaşlanmayı tek başına tam olarak açıklayabilen bir teori mevcut değildir. Bu durum, yaşlılık sürecinin birçok nedenle ortaya çıkmasından kaynaklanmaktadır. Bu süreçte etkili olan mekanizmalar arasında en önemlileri, oksidatif hasarlar, hücre bölünme limiti, anormal yapıdaki proteinler, yaşam boyu geçirilen hastalıklar mitokondriyal ve somatik mutasyonlardır. Biyolojik yaşlanma sürecini açıklayabilmek için 100'den fazla teori geliştirilmiştir fakat bunların pek çoğu artık geçerliliğini yitirmiştir. Güncel yaşlanma teorilerinin büyük çoğunluğu ise genetikle ilgilidir (10). Bu nedenle biyolojik yaşlanma teorileri kapsamında genel olarak genetik yaşlanma ve diğer teoriler arasından öne çıkan yaşlanma teorileri anlatılacaktır.

#### a. İmmünolojik Yaşlanma Teorisi

İnsanların doğum esnasında bağışıklık sistemleri yeterince gelişmemiştir. Vücutta zaman içinde karşılaşılan patojenlere karşı oluşturulan antikorlar ve yapılan aşılarla hastalıklara karşı bağışıklık artar. Bağışıklık sisteminin bu gelişimi insanda yetişkinlik döneminde zirveye ulaşır. İlerleyen yıllarda bağışıklık sistemi gerilemeye, etkinliğini kaybetmeye başlar. Bu teori temel olarak yaşlılığın, bağışıklık sisteminin gerilemesi sonucunda vücudun kendini yaralanmalar, hastalıklar, mutasyonlar ya da patojen mikroorganizmalara karşı koruyamamasıyla ortaya çıktığını savunur (12,13).

#### b. Otoimmün Teorisi

Bu teori immünolojik yaşlanma teorisinin bir bakıma tersi sayılabilir. Vücudun kendi hücrelerini tanımayıp bu hücrelere reaksiyon vermesini engelleyen self tolerans mekanizmasının çalışması için immün sistemin ve onun hücresel bileşenlerinin normal şekilde çalışması gereklidir. Otoimmün yaşlanma teorisine göre, yaşlanma bağışıklık sistemindeki gerilemeye bağlı olarak vücudun dış etkilere karşı kendini savunamamasından değil, bağışıklık sisteminin vücudun kendi hücrelerini tanıyamaz hale gelmesi ve sonrasında kendi hücrelerini yok etmeye başlamasının sonucudur (12).

#### c. Serbest Radikaller Teorisi

1956 yılında Denham Harman tarafından ortaya atılmıştır (14). Bu teoriye göre normal yaşlanma, aerobik metabolizma sırasında oluşan serbest radikallerin dokularda birikmesi sonucu oluşan hasarlar nedeniyle olmaktadır. Serbest radikaller, kimyasal yapılarında elektron bulundurmaları nedeniyle oldukça aktif maddelerdir. Oluşan oksidatif hasarın ne kadarının normal yaşlanmanın kaçınılmaz bir fizyolojik sonucu olduğu, ne kadarının da patolojik bir yaşlanma olarak kabul edileceğini belirlemek oldukça zordur. Mitokondrideki fizyolojik oksidatif fosforilasyonda O<sub>2</sub>, H<sub>2</sub>O'ya indirgenirken yaşa bağlı olarak özellikle mitokondriyal DNA (mtDNA), protein ve lipidlerde hasar meydana getiren süperoksit anyonları (O<sub>2</sub><sup>-</sup>), hidrojen peroksit (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) ve hidroksil radikali OH<sup>-</sup> gibi serbest radikaller meydana gelir. Bunlar organizmalar tarafından hücre içinde mitokondriyal solunum zincirinde ya da hücre dışında, özellikle de fagositler tarafından oluşturulur (14,15).

Oksidasyon sonucu oluşan tüm serbest radikalleri detoksifiye eden süperoksitdismutaz gibi endojen savunma ve onarım mekanizmaları vardır. Yaşam boyunca bu sistemler birbiriyle denge halindedirler. Yaşlanmayla birlikte bu denge oksidatif zedelenme yönünde bozulmaya başlar. Serbest O<sub>2</sub> radikalleri hücreye girdiklerinde yüksek kimyasal aktiflikleri sayesinde, hücre proteinlerine ve DNA'ya kolayca bağlanabilirler. Bunun sonucunda da bu yapılarda bozulmalar meydana getirirler. Bu teoriye göre yaşlanma, hücre proteinlerinde ve genetik yapılarda meydana gelen bu bozulmaların sonucudur (16).

#### d. Genetik Yaşlanma Teorileri

Tüm canlıların kendilerine özgü yaşam süreleri vardır ve canlıların yaşlanmaları bir genetik plan dahilindedir. Yapılan araştırmalarda canlıların ortalama yaşam sürelerinin kalıtsal geçiş gösterdiği saptanmıştır. Canlıların yaşlanma sürecini genetik açılayan pek çok teori geliştirilmiştir. Ancak bunların her biri esas olarak, genetik yapıdaki ve bunun kontrolünde olan hücresel olaylardaki çeşitli değişimleri, biyolojik yaşlanmaya sebep göstermektedir. Örneğin; 'Somatik Mutasyon Teorisi' DNA'da oluşan mutasyonların ya da kopma, kısalma gibi diğer hasarların yaşlanmaya neden olduğunu söylerken; 'Hata Teorisi' ise RNA ve bundan sentezlenen enzim ve proteinlerdeki birikim hatalarını yaşlanmanın nedeni olarak açıklamaktadır (17-19). 'Programlı Yaşlanma' teorisine göre ise, DNA'da bulunan ve biyolojik özellikleri belirleyen genlerin yanında, aynı zamanda biyolojik olarak yaşlanma sürecini başlatan genler de bulunmaktadır. Dış faktörlerden de etkilenmekle birlikte, canlının ne zaman yaşlanma sürecine gireceğini ve bu sürecin nasıl işleyeceğini temelde bu genler belirler (17-19).Günümüze dek yapılmış olan araştırmalar normal yaşlanma, erken yaşlanma belirtileri, Alzheimer hastalığı, diyabet, kalp yetersizliği, optik sinir dejenerasyonu, bazı ilerleyici kas hastalığı ve kanser türlerinin yaşlanma ile sıklıkları artan hastalıkların mutasyona uğramış DNA içeren disfonksiyonel mitokondrielerin varlığı ile ilgili olduğunu ortaya koymuştur (17,20-23). Yaşlanma süreci ve genetik nedenler arasındaki ilişkisinin biraz daha iyi anlaşılabilmesi için genetik hastalıkların incelenmesi faydalı olacaktır. Hutchinson – Gilford Progeria, Werner ve Cockayne sendromları gibi bazı genetik hastalıklar, insanlarda normal yaşlanma sürecinde görülen belirtilerin aynalarına neden olurlar. Ancak sadece birkaç gendeki hatalı kodlamının aktive olmasıyla ortaya çıkan bu erken yaşlanma sendromları, aslında yaşlanmanın temel nedenini göstermektedir. Bu sendromların ortak yönü, bireylerin ergenlik ve yetişkinlik dönemine ulaşmadan, bebeklik dönemi sonrası doğrudan yaşlılık dönemine geçmeleridir. Serbest O<sub>2</sub> radikalleri, hücresel yıpranmalar ve geçirilen hastalıklar gibi yaşlanmaya neden olan diğer faktörlere normalden çok daha kısa süre maruz kalan bu bireylerin hızlı bir şekilde yaşlanmaları, yaşlanma sürecinde genetik faktörlerin, diğerlerinden çok daha etkili olduğunu düşündürmektedir (10,24).

#### Yaşlanmanın Biyolojik Etkileri ve Yeti Yitimi

Yaşlanmayla birlikte insanların biyolojik yapılarında

değişiklikler olur. Kalp, damar ve endokrin bezlerinde birtakım değişimler, beyinde nöron sayısında azalma, kas-iskelet, dolaşım, sindirim sistemi ve diğer sistemlerde fonksiyonel yetersizlikler, üreme yeteneğinin kaybolması, duyu organlarındaki fonksiyonel kayıplar ve genel vücut direncinde azalma görülür. Yaşlanmayla birlikte meydana gelebilen yeti yitimi tüm dünyada ve ülkemizde birey, aile ve toplumu ciddi bir şekilde etkilemekte, sosyal ve ekonomik açıdan yüksek maliyetlere neden olmaktadır. Temel fiziksel, ruhsal ve mental fonksiyonlardaki gerilemelerin bir sonucu olan yeti yitiminin ortaya çıkmasında bu fonksiyonların her biri ayrı önem taşımaktadır. Mobilite, hareket etme yeteneğiyle ilişkili bir kavramdır ve fiziksel fonksiyonların önemli bir bileşenidir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, yaşlılarda en fazla zorluk yaşanan günlük yaşam aktivitelerinin yürüme, ev dışına çıkma, merdiven çıkma, alışveriş yapma ve ulaşım gibi mobilite yetisine bağlı aktiviteler olduğu bildirilmiştir (25,26).

Yapılan birçok çalışmada, çok sayıda yaşlıda yaşın ilerlemesiyle birlikte mobilitede bir düşüş yaşandığı, bu düşüşün bir sonucu olarak daha ileri düzeyde ve tüm alanlarda yeti yitimi gelişme olasılığında artış izlenmiştir. Mobilite değerlendirilmesinin yeti yitiminin prelinik evresindeki yaşlıların tespit edilmesinde önemli olduğu gözlenmiştir (27,28). Bu dönemde yaşlılara yönelik yapılan tıbbi ve sosyal girişimlerin yeti yitimi prevalansını azalttığı görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tek başına yaşama, medeni durum, sabit aylık gelir, postürel hipotansiyon, kronik hastalıkların varlığı ve sayısı, ilaç kullanımı ve kullanılan ilaç sayısı, antihipertansifler, kalp yetmezliği, hipertansiyon osteoartrit-romatoid artrit ve işitme bozukluğu, mobilitede yeti yitimi ile ilişkili iken yaşlıya bakım verenin olması, sağlık güvencesi, dispne, bronşit, kronik eklem ve sırt ağrısı, diyabet, görme bozukluğu ve diüretik ilaç kullanımının ilişkili olmadığı saptanmıştır (27). Ayrıca, mobilitede yeti yitimi olan yaşlıların artmış oranda fiziksel ve sosyal yeti yitimi yaşadıkları tespit edilmiştir. Sürekli kullanılan bazı ilaçlar, kronik obsrükatif akciğer hastalığı, artrit, diyabet ve periferik damar hastalıkları yaşlılarda cinsel istek ve aktivitede azalmaya neden olurlar. Çeşitli hastalıklar sonucu gerçekleştirilen mastektomi ve histerektomi gibi cinsel organlara yönelik yapılan operasyonlar sonucunda kadında, artık çirkin bir görünüme sahip olduğu, cinsel cazibesini kaybettiğine yönelik düşünceler gelişebilir. Bu düşünceler de hastanın kendisini değersiz hissetmesini, güven duygusunun azalmasına sebep olabilir (29). Yaşlanma sürecinde organ sistemlerinde ortaya çıkan belirtiler, yaşlanmanın biyolojik mekanizmalarına göre daha iyi açıklanabilmiştir. Bunun sebebi, yaşlanma belirtilerinin 'gözle görülebilir' ve takip edilebilir olmasıdır. Genel olarak biyolojik yaşlanma belirtileri, tüm vücut sistemlerinde yıpranma ve gerileme olarak gözlenir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaya başlar. Örneğin, ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun % 90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve dörtten daha fazla kronik sağlık sorunu bulunmaktadır. Türkiye genelinde hastaneye yatış oranı %17.3 civarında iken, yaşlılarda bu oran kronik hastalıkların da varlığıyla

birlikte %31'e çıkmaktadır (30). Yaşlılıkta bilişsel işlevlerde genel olarak bir kayıp olmakla birlikte bu kayıp herkeste aynı düzeyde değildir. Hatta her bireyde farklı bilişsel işlevler farklı oranlarda etkilenirler. Yaşlanmayla birlikte dikkat, algılama ve problem çözme yeteneğinde azalma, bellekte kayıt ve hatırlama işlevlerinde, bilgiyi hızlı işleme, yürütücü işlevler, görsel-uzamsal beceri, öğrenme ve düşünme hızında yavaşlama görülür. Özellikle yürütücü işlevler, yapılacak işlerin öncelik sırasına göre belirlenmesi ve bunların belli bir sıra dahilinde yapılmasından sorumludurlar ve bireyin bağımsız bir şekilde hayatını devam ettirebilmesinde etkilidirler. Doğuştan itibaren var olan beyin dokusu ve sinaps yoğunluğu eğitim ve öğrenime bağlı olarak artar ve bilişsel rezerv oluşur. Bu yapıda genetik faktörler önemli bir yer tutmakla birlikte yüksek zihinsel yetenekler, gelişmiş baş etme mekanizmaları, akademik başarı ve sağlıklı yaşam gibi birçok faktör yer almaktadır. Gelişmiş bir bilişsel rezervin bilişsel işlevlerdeki kayıpta koruyucu rol aldığı düşünülmektedir (31). Buna karşın yaşlanmayla birlikte bireyin yaşam tecrübesinde, kelime dağarcığında ve entelektüel birikiminde artış gözlenir.

#### Yaşlanmanın Psikolojik Etkileri

Geçen yüzyılda gerçekleşen tıbbi ilerlemeler ve yaşam koşullarındaki gelişmeler sonucunda daha fazla sayıda insan ileri yaşlara ulaşmaya başladı. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda yaşlılarda ruhsal bozukluklar, erişkin yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında daha az sıklıkta gözlenmiştir. Yaşlılarda psikiyatrik hastalıkların erişkinlerden daha farklı klinik bulgular vermesi, başta demans ve depresyon gibi hastalıkların klinik belirtilerin yaşlılığın doğal seyrinde 'normal' olarak algılanması ve özellikle yaşlı popülasyonu da kapsayan epidemiyolojik çalışmaların yetersizliği yaşlı hastalarda tanı koymayı güçleştiren faktörlerdir. Ayrıca, 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 uyumlayabilir ve bu ölçütlerin yaşlılarda uygulanmaya çalışılması var olandan daha düşük oranlarda psikiyatrik bozukluk tanısı konulmasına neden olabilir. Majör depresyon, anksiyete bozuklukları, madde bağımlılıkları ve psikotik bozukluklar gibi yaygın hastalıkların daha genç yaş gruplarına oranla yaşlılarda daha az olduğu izlenmiştir (32). Bir çalışmada fiziksel rahatsızlıkları olan yaşlılar arasında olumsuz duygulardan çok olumlu duyguların var olduğu gözlemlenmiş, hatta ilerlemiş yaşın ve hastalığın bu insanların bakış açılarında olumsuzluğa yol açması gerekmediği görüşü daha çok destek bulmuştur. Hayatının son dönemine geldiğini bilen ve ölümün daha çok farkında olan yaşlı bireylerin, duygusal olarak anlamlı ilişkilerini korumak için daha büyük bir motivasyonları olduğu görülmüştür. Araştırmacılar bu verileri açıklamak için yaşlılığın olumsuz duygusal durumlara ket vurma becerilerini artırdığını ve olumlu duygusal durumları koruduğunu öne süren bir emosyonel kontrol modeli önermişlerdir (33).

İlk kişilik gelişimi teorisyenlerine göre gelişme, çocukluğun ya da ergenliğin son bulmasıyla tamamlanıyordu. Kişiliğin gelişiminin hayat boyunca devam ettiğini öne süren gelişim teorisyenlerinden biri Erik Erikson'dur (29). Erikson, yaşlılığı hayatın daha önceki evrelerinde kazanılmış olan benlik özelliklerinin iyice olgunlaşıp birbiri ile bütünleştiği bir süreç olarak tanımlamıştır. Ona göre bu dönemde yaşamın acı tatlı tüm yönleri olduğu gibi kabul edilmiş, benimsenmiştir. Böylece kişinin huzura ve bilgeliğe ulaşması mümkün olur. Geçmişe yönelik pişmanlıklar, keşkeler yoktur. Yaşamın kalan kısmında ise geleceğe yönelik korku ve endişe gözlenmez. Kaçınılmaz sonuç olan ölüm, yaşamın doğal bir parçası olarak görülüp huzur içinde beklenir. Böylece kişide benlik bütünlüğü sağlanmış olur. Erikson, yaşamın bu son evresindeki krizi bütünlük ya da umutsuzluk olarak isimlendirdi. Eğer benlik bütünlüğü sağlanamamışsa, geçmişin kötü yaşandığı duygusu, hayatı tekrar yaşama özlemi görülür. Sonuçta da yaşlıda umutsuzluk ve ölüm korkusu gelişir (34). Erikson'un teorisini destekleyen bir çalışmada, yaşam evrelerinin farklı yaşlardaki bireyler olsa da, art arda bir sıra izlediğini ve bu evrelerin etnik ve sosyoekonomik farklılıklara rağmen bütün toplumlarda geçerli olduğu gösterilmiştir (31). Erikson yaşamın her evresindeki gelişimsel ödevlere ve aşamalara odaklanırken, bazı teorisyenler de bireyin kişilik özelliklerini ve bu özelliklerin yaşam sürecini nasıl belirlediğini tanımlamaya çalışmışlardır. Bireyleri çocukluğundan itibaren başlayıp tüm yaşamı boyunca izleyen uzun süreli çalışmalarda beş temel kişilik özelliğinin değişmediğini bulunmuştur. Bunlar dışa dönüklük, nevrozizm, uyumluluk, deneyime açıklık ve bilinçlilik. Bazı çalışmalara göre, bireyler en yaşlı gruplara doğru ilerlerken dışa dönüklüklerinde hafif bir azalma, uyumluluklarında hafif bir artma görülmüştü. Bu sonuçlar, kişiliğin yaşlandıkça katılaştığını savunan teorilerle ters düşmektedir (31).

Kişilik gelişimiyle ilgili önemli bir teori de Carl Gustav Jung'a aittir. Jung'a göre birey yaşamına bir bütün halinde başlar. Yaşam boyunca, kişiliği oluşturan her bir sistem diğerlerinden farklılaşmaya ve kendi içinde ayrılaşmaya uğrar. Bu gelişim sürecini bireyleşim olarak adlandırmıştır. Bireyleşme kişide doğuştan itibaren var olan bir olgudur. Dış uyaranlar olmaksızın da gelişmesi mümkün olmakla birlikte sağlıklı bir şekilde gelişebilmesi için eğitime ve sosyal yaşama ihtiyacı vardır. Eğitimle birlikte kişiliğin her bir parçasının bireyleşmesi sağlanmaya çalışılır. Örneğin; çocuğun gelişim aşamasında hayvansal içgüdülerine göre hareket etmek istemesi ebeveynleri tarafından cezalandırılır. Böylece bu istekler kişiliğin bilinçdışı kısmına bastırılmış olur. Orada varlığını ilkel ve bireyleşmemiş şekilde devam ettirir. Bazı dönemlerde bu baskı aşılır ve kişi kendinden beklenmeyen çok farklı alışılmadık eylemlerde bulunabilir (35).

### **Yaşlılık Dönemi Sorun Alanları**

Yaşlılık döneminde emeklilik, kuşaklar arası değer çatışmaları, kronik hastalıklar, eş, akraba ve arkadaşların ölümü sonucu kişiler arası ilişkilerde değişim, yalnızlık ve umutsuzluk gibi belli başlı alanlarda sorunlar baş gösterir. Bu alanlardaki sorunlarla yaşlı bireyin nasıl baş edeceği ve

bu değişen koşullara nasıl uyum sağlayacağı konularında araştırmacılar tarafından teoriler geliştirilmiştir. Bu teorilerden en çok kabul görenlerden birisi George Vaillant tarafından ortaya atılmıştır. Vaillant erkek deneklerden oluşan bir grubu 25 yıl süreyle izlemiş ve yaşamlarındaki kriz durumlarını ve bu durumlara verdikleri tepkileri incelemiştir. Çalışmasının sonucunda hayata uyum sağlamada en çok başarılı olan bireyler mizah gibi olgun savunma yöntemini kullananlar, en az başarılı olanlar da yansıtma ve entelektüelleştirme gibi olgunlaşmamış ve nörotik savunma yöntemlerini kullananlar olmuştur. Ayrıca, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin daha fazla olgunlaşmış savunma düzeneklerini kullandıklarını ve sonuçta sorunlarla daha kolay başa çıktıklarını belirtmiştir. Kaliteli bir yaşam için belli bir amaç doğrultusunda yaşama, aile ve diğer bireylerle yakın ilişkiler kurma ve kendini olumlu kabul etmenin gerektiğini savunmuştur (31). Günümüz toplumlarında yaşlanma ile birlikte gelen en önemli rol kayıplarından bir tanesi de emekliliktir. Emekliliğe verilen anlam topluma ve kişiye göre değişkenlik gösterir. Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte emeklilik yaşıyla ölüm arasındaki süre önemli miktarda artmıştır. Emeklilik bir taraftan hayatın alışılmış yaşam sürekliliğini ve ritmini bozarken diğer taraftan kişinin sosyal kimliğinin ve ilişkilerinin değişikliğe uğramasına sebep olur. Emekli olan yaşlıların birçoğu ekonomik yönden üretken bireyler olma, otorite ve saygınlık gibi birçok toplumsal rollerini kaybetmektedirler. Sosyal kimliklerini yalnızca mesleği ile eşdeğer tutan, rekabetçi, yüksek derecede başarı beklentisi olan, mesleği dışında ailesi ve sosyal ilgi alanları kısıtlı olan ya da mesleki kariyerini istediği şekilde sonlandıramayan bireylerde emeklilik olumsuz bir olgu, hatta felaket olarak algılanır. Ailenin geçimini sağlayan ve çocuk yetiştiren bireyler olma gibi roller zamanla kaybedilmekte, ilerleyen dönemlerde yaşanan ebeveyn çocukları tarafından geçimi ve bakımı sağlanan birey haline gelebilmektedir. Bu role soyunan çocuklarla yaşlıların rollerinin kesişmesinden ve beklentilerin çakışmasından dolayı yeni rol dağılımıyla ilgili birçok çatışma yaşanabilir (29,36). Mesleki kariyerini başarıyla sonlandırmış, geniş ilgi alanları olan, sosyal konumu, eğitimi yüksek olan ve toplumsal bütünleşmesini sağlayan bireylerde emekliliğe bakış olumludur ve bu döneme daha kolay uyum sağlarlar. Göreceli olarak pasif bir yaşama geçilen bu dönemde yaşlı bireyin mutlu ve huzurlu bir yaşam sürebilmesi ve sosyal çevreye uyum sağlayabilmesi adına onu aktifleştirecek yeni uğraş alanları ve sosyal roller bulunmalıdır. Kişi sahip olduğu rolleri ilerleyen yaşa göre uyarlayabildiği ölçüde yaşamdan zevk alır. Yaşlı birey aile ve dostluk ilişkilerine yoğunlaşıp onlarla daha fazla zaman geçirip hayatının bu yeni dönemine adapte olabilir. Bu dönemde 'Büyükanne' ya da 'büyükbaba' olma bu anlamda özellikle ülkemizde kazanılmış önemli bir rol olarak değerlendirilebilir. Böylece yaşlılar bebeklerin ve çocukların yetiştirilmesinde aktif rol oynayabilmekte, üretken bireyler olma özelliklerini devam ettirebilmektedirler. Nesiller arasındaki iletişimin devamı ve yaşlıların çocuklarıyla birlikte yaşayabilme olasılıkları da artmaktadır. Emekliliğin kadın ve erkek cinsiyetler üzerine de farklı etkileri vardır.



Kadınların sosyal toplumda genellikle mesleki rolleriyle birlikte evde annelik ve ev kadınlığı rolü vardır. Eğer mesleğini sadece ekonomik bir kazanç kapısı ve sosyal ilişki kurmak için bir araç olarak görüyorsa ve asıl rolünün annelik ve ev kadınlığı olduğunu düşünüyorsa emekliliği olumlu karşılar. Bu dönemde kadınlar anne, baba ve çocuk gibi düşey ilişkilerine eş ve kardeş gibi yatay ilişkilerinden daha fazla önem vermeye başlarlar. Geniş ailenin içinde daha etkin rol almaya başlayabilirler (29,37). Yaşlılığı kabullenme bireyler arasında değişiklik gösterir. Yaşlılık bireyin geçmişini daha sıklıkla sorguladığı ve geleceğini de yeniden düzenlediği bir dönemdir. Kişi geçmişinde kendisine huzur veren bir hayat yaşamışsa, amaçlarına ve ideallerine ulaşabilmişse yaşlılığı daha kolay kabullenir, üretkenlik döneminde yapamadığı etkinliklere katılabilir. Leonardo da Vinci'nin de söylediği gibi 'İyi yaşanmış hayat çok uzundur, geçmek bilmez' (38). Emeklilikle birlikte kişi, birçok sorumluluğundan kurtulmuş olarak yeni ve daha özgür bir hayata başlayabilir. Seyahat etmek, gazete ve kitap okumak, farklı sosyal ve sanatsal etkinliklere katılmak, düzenli egzersiz ve yürüyüş yapmak, zamanla genişlemiş olan ailesine ve arkadaşlarına vakit ayırmak gibi yaşamını zenginleştiren aktivitelerde bulunabilir.

Yaşlılık dönemindeki en önemli sorunlardan birisi de eş kaybıdır. Demografik bulgulara göre; yaşlı kadınların %51'i ve yaşlı erkeklerin %14'ü hayatlarında en az bir kez eşlerini kaybetmektedirler (31). Bu dönemde emeklilik ve kronik hastalıklar gibi nedenlerle sosyal bir geri çekilme yaşanır ve aile ve eş ilişkileri önem kazanır. Yıllar boyunca birlikte yaşanan eşle birbirine bağlanma, kenetlenme ve iç içe geçmiş roller mevcuttur. Eşin ölümüyle birlikte diğer eşin dengesi bozulabilir. Eşin ölüm nedeni, hastalık süreci ve geçmiş hayatlarındaki olumsuz ilişkiler ölen eşe karşı ikilemli (ambivalan) duyguların beslenmesine neden olabilir. Kişi bir taraftan eşinin kaybına alışmakta zorlanırken diğer taraftan içten içe eşi tarafından terk edildiği için öfke duyulabilir.

Eş kaybı kadın ve erkekler üzerinde farklı etkilere sahiptir. Kadınlar eş kaybı sonrası tek başına veya çocuklarıyla birlikte yaşamaya daha kolay adapte olurlar. Erkekler de ise eş kaybı daha büyük bir yıkım oluşturur. Özellikle yaşlı erkeklerin eşlerinden aldıkları duygusal destek daha fazladır. Bu desteğin kaybı sonucu erkekler, yalnız veya çocuklarıyla yaşamaya kadınlar kadar kolay adapte olamazlar. Bu yüzden eş kaybı sonrası yeniden evlenme oranları erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 5 kat fazladır. Normal şartlar altında eşini kaybeden bireyin ortalama bir yıl sonra olağan hayatına geri dönmesi beklenir. Ancak, eşyle aşırı bağımlı ilişkisi ve ikilemli duyguları olan bireylerde depresif belirtiler, anksiyete, alkol ve sigara kullanımında artış, daha sık hastalanma ve hekime başvurma ve intihar düşüncelerinde artış gözlenebilir (9,39).

Eş kaybı, emeklilik, ekonomik kayıplar, ailevi ve toplumsal çevrenin sınırlı olması, kişisel ilişkilerin ve ilgi alanlarının kısıtlı olması gibi birçok sebep yaşlı bireyin yalnız kalmasına neden olabilir. Modern yaşamın bir sonucu olarak gelişen yalnızlık, bireyin mevcut sosyal ilişkileri ile olmasını istediği, beklediği sosyal ilişkiler arasındaki farklılığı algılaması sonucu oluşan bir kavram olarak

tanımlanabilir. Hayatta ulaşacak belirli hedefleri, geleceğe yönelik planları olmayan ve yaşamlarından hoşnut olmayan yaşlılar yalnızlıktan daha çok şikâyet ederler. Yeni toplumsal roller ve ilgi alanları oluşturulduğunda bu yakınmalar ortadan kalkar. Ancak, bu ilgi alanlarındaki aktiviteler belirli bir ritim içerisinde gerçekleştirilemezse can sıkıntısı ve yalnızlık tekrar ortaya çıkabilir.

Yalnızlıkla bağımlı olma arasında bir ilişki söz konusudur. Yaşamı boyunca başkalarına bağımlı ve edilgen olarak yaşamış bireyler yaşlanıp sosyal ilişkileri ve bilişsel fonksiyonları azalınca yalnızlık hissi artmaya başlar. Bu bireyler mutlu olma adına sürekli aileleri ve arkadaşlarıyla vakit geçirmek, onlar tarafından korunmak isterler. Bu bağımlılığın azaltılabilmesi için bilişsel fonksiyonlarının mümkün olan en iyi oranda korunması gerekir.

Yaşlılık dönemindeki sorunlardan birisi de umutsuzluktur. Umutsuzluk bir amaca ulaşmaya çalışırken olumsuz beklentiler ve çözümsüzlük duyguları şeklinde tanımlanabilir. Umutsuzluk Beck'in bilişsel kuramının temelini oluşturur. Bu kurama göre umutsuzluk; kişilerin problemlerini hiçbir şekilde çözemeyeceklerini, başarısızlığa karşı tahammüllerinin olmadığı, gerçek bir sebebi olmamasına rağmen olaylara olumsuz anlam yüklemeleri ve hedeflerine ulaşmak için herhangi bir girişimde bulunmamalarına rağmen bundan olumsuz sonuç beklemeleridir. Umutsuzlukla birlikte çaresizlik, değersizlik, kararsızlık, harekete geçememe, suçluluk duyguları ve intihar düşüncesi gibi duygular da görülebilir (40). Beck'e göre kişinin umutsuzluğunu gerçeği yansıtmayan düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar artırmaktadır.

Erikson'un kişilik gelişimi teorisine göre ise yaşlılar ölüme yaklaştıkça hayatlarını tekrar gözden geçirirler. Geçmiş günlerin iyi yaşanmadığı duygusu, yapılan davranışlardan pişmanlık hissi ve hayatı yeni baştan yaşama isteği gelişirse yaşlıda benlik bütünlüğü kavramı gelişmez. Sonuçta ölüm korkusu ve umutsuzluk duyguları gelişir. Yapılan araştırmalar sonucunda bireylerin yaşı ilerledikçe umutsuzluklarının arttığı gözlenmiştir. Ayrıca, toplumdaki sosyal statü ve rolleri, ekonomik koşulları, eş, aile ve akraba desteği daha yüksek olan bireylerin daha az umutsuz oldukları gözlenmiştir. Kronik hastalıkları olan, yeti yitimine uğrayan, sosyal güvencesi olmayan, yalnızlık hisseden, dul ya da hiç evlenmemiş olan bireylerinse daha fazla umutsuzluğa kapıldıkları gözlenmiştir (41,42). Eğitim düzeyi daha yüksek olan bireyler, düşük ya da hiç eğitim alamamış bireylerle karşılaştırıldıklarında, yaşlılık döneminde karşılaştıkları sorunlarla daha iyi mücadele ettikleri ve değişen durumlara daha kolay uyum sağlayabildikleri için daha az umutsuzluk duygusuna kapıldıkları görülmüştür (43).

#### **Yaşlılık Dönemi Ruhsal Bozuklukları**

İnsan hayatının uzaması ile birlikte hem fiziksel hastalıkların hem de bazı psikiyatrik bozuklukların görülme oranı artmaktadır. Yaşlı hastalarda psikiyatrik hastalıklar sık görülmekle birlikte erişkinlere kıyasla daha düşük oranlarda izlenmektedirler. Bu durumun birçok nedeni vardır. Yaşlıların yaşam kalitesindeki ve işlevselliğindeki azalmaya bağlı olarak bir ruhsal bozukluğun tanı ölçütlerini

tam olarak karşılamayabilir. Yaşlılar ruhsal belirtilerini özellikle inkar edebilir veya daha az oranda hekime ifade edebilirler. Ayrıca, bu bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklar ve kullandıkları ilaçlar ruhsal belirtileri maskeleyebilir. Yaşlı hasta grubuyla çalışan hekimlerin erişkin hastalarla karşılaştırıldığında psikiyatrik muayene esnasında daha aktif rol almaları, aileden hasta hakkında daha çok bilgi edinmeleri ve var olan diğer kronik hastalıklarla birlikte hastanın bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerekir (44,45). Mevcut tanı yöntemleri kullanılarak yapılan değerlendirmelere göre yaşlılarda majör depresif bozukluk tanılı hastalara daha az oranda rastlanılmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda yaşlılarda majör depresyon oranı %1-4 arasında değişmektedir (46,47). Ciddi tıbbi sorunları olan, bellek, yönetsel işlevler ve bilgi işleme gibi bilişsel işlevlerinde bozulma olan hastalarda tanı koymada zorluk yaşanır. Buna karşın distimik bozukluk, kronik minör depresyon ve eşik altı depresyon, yetişkinlerle karşılaştırıldığında yaşlı hastalarda daha yüksek oranda görülmekte olup bu oran %35'lere kadar çıkabilmektedir (48). Depresyon için risk etmenleri arasında kadın cinsiyet, travmatik yaşam olayları, kronik hastalıklarının varlığı, yetersiz aile ve sosyal destek, uyku bozukluğu, alkol madde kötüye kullanımı, geç başlangıçlı depresyon, tek başına ve bakım evlerinde yaşamak yer almaktadır (46,47,49,50). Tedavi edilmeyen kronik depresyonunu olan yaşlıların depresyonu olmayanlara oranla yaklaşık olarak iki kat daha fazla kansere yakalandıkları (51), majör ya da minör depresyonu olan yaşlı bireylerin kardiyak nedenlere bağlı ölüm sıklığının sağlıklı bireylere göre yaklaşık 1.5-2.5 kat artış gösterdiği tespit edilmiştir (52). Yaşlılarda depresyonun ayırıcı tanısında dikkate alınması gerekli hastalıklardan birisi de demanstır. Demans yaşlılarda en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklardan birisidir. Alzheimer hastalığı ise, nörodejeneratif hastalıklar arasında en sık görülen hastalıktır ve demansların %50-75'ini oluşturur (44). Tüm dünyadaki yıllık insidansı yaklaşık 4.6 milyondur. Ülkemizde ise yaklaşık olarak 400 bine yakın Alzheimer hastası olduğu tahmin edilmektedir (53). Yaşın ilerlemesi hastalığın en önemli risk faktörüdür. Hastalığın genç yaşlılarda görülme oranı yaklaşık %1, orta yaşlılarda görülme oranı %10 iken ileri yaşlılık döneminde ise bu oran %50'lere kadar çıkabilmektedir (53). Alzheimer hastalığının yaşlanmaya bağlı olarak gelişen kognitif azalmadan, hafif kognitif bozulmadan ve diğer demanslardan ayırımının yapılması gereklidir. Çünkü normal yaşlanmada da kişinin yaşadığı zamanı, yeri ve belli başlı olayları içeren epizodik bellek performansında azalma görülür. Hafif bilişsel bozulma Alzheimer hastalığının prelinik dönemi olarak kabul edilebilir. Demansa ilerleme oranı genel nüfusa göre yaklaşık 10 kat daha fazladır (54). Çoğu yaşlıda öznel bellek yakınmaları görülmekle birlikte bazı hastalarda birçok beyin alanında hafif şekilde bozulmalar mevcuttur. Bu hastalar günlük yaşam aktivitelerini normal şekilde devam ettirirler ve klinik açıdan demans belirtileri gözlenmez. Ancak, depresyonun veya anksiyete bozukluklarının birlikte görüldüğü hastalarda klinik seyrin daha kötü olduğu belirtilmiştir (55). Anksiyete bozuklukları yaşlılarda erişkinlere göre daha az

sıklıkta görülmesine rağmen, yaygınlığı sık olan psikiyatrik hastalıklar arasında yer alır. Yaşlıların yaşam kalitelerini azaltmasına, yeti yitimini arttırmasına ve sağlık kurumlarına başvuru sayısını arttırmasına rağmen, hekimler tarafından yeterince tanınmayan alanlardan birisidir (56). Yaşlılar üzerinde yapılan çalışmalarda toplumda yaygınlığı %1.2-15 arasında, hastaneye başvuranlar arasında ise %1-28 arasında değişmektedir (57-59). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise toplumda anksiyete bozuklukları %17.1 oranında görüldüğü bildirilmiştir (60). Ayrıca, tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan eşik altı anksiyete bozuklukları da sıktır. Eş zamanlı olarak depresyonun da eşlik etmesiyle 'karışık anksiyete-depresyon' olarak isimlendirilen bir durum oluşur ve tedavi edilmezse klinik seyri kötüdür (61).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte anksiyete bozukluklarında azalma olduğu gözlenmiştir. Amerika'da yapılan bir araştırmada bir yıllık yaygınlık oranı genç yaşlılarda %8 iken, 75 yaş ve üstü grupta ise %5.6 olarak tespit edilmiştir (62). Yaşlılıkta görülen anksiyete bozukluklarını çoğunlukla çocukluk ve genç erişkinlik dönemleri arasında başlayan ve yaşam boyu devam eden hastalıklar oluşturur. Agorafobi haricindeki anksiyete bozukluklarının yaşlılık döneminde ilk kez görülmesi az rastlanılan bir durumdur ve bir çalışmada %1'den daha az oranda görüldüğü bildirilmiştir (63). Böyle bir durumla karşılaşıldığında depresyon, demans gibi ruhsal hastalıklar, kronik seyirli hastalıklar, ilaç ve madde kullanımları araştırılmalıdır.

Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarını oluşturan hastalıkların yaşlılarda görülme oranları arasında farklılıklar gözlenmiştir. Buna göre en sık görülen anksiyete bozuklukları özgül fobiler ve yaygın anksiyete bozukluğu, en az görülenlerse panik bozukluk ile obsesif kompulsif bozukluktur (64). Bu dönemde oluşan yeti yitimi sonucunda agorafobi gelişebilir ve bireyde sosyal geri çekilme ile sonuçlanabilir. Yaşlılarda erişkinlere kıyasla sıklıkla yükseklik ve uçma fobileri görülürken, gençlerde enjeksiyon ve örümcek fobileri daha sıktır. Hayvan fobisi ise yaşlanmayla birlikte azalmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu açısından bakıldığında ise, yaşlılarda gençlere göre daha fazla sağlıkla ilgili korku ve endişe görülmüştür. Erişkinlerde olduğu gibi yaşlılarda da sıklıkla görülen hastalık gruplarından birisi de psikotik bozukluklardır. Yaşlılık döneminde görülen şizofreni sıklığı toplum çalışmalarında %0.1 ile %0.5 arasında iken bakım evlerinde bu oran %10'a ulaşmaktadır. Şüpheli ve paranoid davranışlar dikkate alındığında ise bu oran %17'ye çıkmaktadır. Yaşlılarda en çok görülen sanrılar kötülük görme ve somatik sanrılardır. Kadınlarda görülme oranı erkeklerden 2-10 kat daha fazla ve daha geç başlangıçlıdır (65). Yaşlılıkta görülen psikotik bozukluklar daha önceden var olan bir hastalığın devamı ya da tekrarlama şeklinde olabileceği gibi ilk kez de ortaya çıkmış olabilir. İlk kez hastalık belirtilerinin görülmesi durumunda öncelikle organik etkenler araştırılmalıdır. Ayırıcı tanıda demans, inme, beyin tümörü ve Parkinson gibi santral sinir sistemini etkileyen hastalıklarla birlikte diğer organik hastalıklar, ilaçlar, deliryum, depresyon ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar düşünülmelidir (66). Özellikle, yoğun bakım ünitelerinde, cerrahi ve acil servislerde

psikotik belirtilerin gözlemlendiği yaşlı hastalar aksi ispatlanana dek deliryum olarak kabul edilmelidirler.

Geropsikiyatri ünitesinde yapılan bir çalışmada bu kuruma başvuran hastaların %10'unda geç başlangıçlı psikotik belirtiler tespit edilmiş ve bu belirtilerin %40'ı demansa ikincil olarak gelişmiştir. Alzheimer tipi demans tanılı hastaların birinci yılda ilk kez görülen psikotik belirti prevalansı %20 iken bu oran 3. yılda %50'ye çıkmaktadır (67). Alzheimer hastalığı birlikte seyreden psikozlarda daha fazla bilişsel yıkım, tedaviye direnç ve ilaç yan etkisi görülür. Psikotik bozuklukların önemli bir kısmını oluşturan şizofreni başlangıç yaşına göre bir grup araştırmacı tarafından 3'e ayrılmıştır. Bu ayrıma göre 40 yaş öncesi ortaya çıkan hastalığa erken başlangıçlı şizofreni (EBŞ), 40 yaşından sonra ilk kez görülen hastalığa geç başlangıçlı şizofreni (GBŞ) ve 60 yaşından sonra başlayan hastalığa da çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz (ÇGBŞBP) olarak isimlendirilmiştir (68). Bu grupların birbirine benzer yönleri olmakla birlikte farklılıkları da bulunmaktadır. EBŞ, sanrı ve varsanı gibi psikotik belirtilerin görülmesi, negatif ve depresif belirtilerin şiddeti, ailede şizofreni öyküsü olması, kristalize hafıza ve çalışan bellek fonksiyonlarındaki kayıplar ve hastalığın kronik seyretmesi açısından GBŞ'ye benzer. GBŞ'de pozitif belirtiler ve genel hastalık seyri EBŞ'ye göre daha hafiftir. Ayrıca, görme, dokunma ve koku ile ilgili varsanılar ve suçlayıcı tipte işitsel varsanılar daha siktir (69). ÇGBŞBP hastaları, eğitim düzeyi, kadın cinsiyet ve evlilik oranlarının yüksek olması, serebral ventriküllerin daha fazla genişlemiş olması, belirgin serebra latrofi, daha iyi premorbid öykü, artmış bilişsel yetersizlik ve daha iyi antipsikotik ilaç ile tedavi oranları ile EBŞ hastalarından ayrılırlar. Ayrıca, bazı araştırmacılar tarafından EBŞ ve GBŞ nörogelişimsel hastalıklar olarak değerlendirilirken ÇGBŞBP nörodejeneratif hastalık olarak değerlendirilmektedir (70).

Önümüzdeki 20 yıllık dönem sonrasında dünyada şizofrenili yaşlı hasta sayısının iki kat artış göstererek 500 binle 1 milyon arasında bir sayıya ulaşması beklenmektedir (68). Diğer psikiyatrik hastalık gruplarıyla karşılaştırıldıklarında bu gruptaki bireylerin yıllık sağlık giderleri ve bakım yükleri açısından en yüksek grup oldukları görülmüştür. Buna rağmen bu alandaki çalışmalar genel şizofreni alanındaki çalışmaların çok az bir oranını oluşturmaktadır.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte mani prevalansının azaldığı görülmüştür (65). Bu alandaki yapılan çalışmalar sonucunda yaşlılarda akut mani sıklığının erişkinlerin oluşturduğu genel toplumdan düşük olduğu gözlenmiş olup yaklaşık %1 olarak tespit edilmiştir (71). Bakım evlerinde kalanlarda ise bu oran %10 kadardır (72). Geç başlangıçlı maniler düşük oranda birincil olarak görülürken, sıklıkla başka bir nedene ikincil olarak görülürler. Bu nedenle yaşlı hastada mani ile karşılaşıldığında kafa travması, santral sinir sistemi enfeksiyonları ve tümörleri, inme, epilepsi, multipl skleroz, Alzheimer ve vasküler demans gibi nörolojik hastalıklarla hipertiroidizm, B12 vitamin eksikliği, levadopa, kortikosteroidler, bronkodilatörler ve dekonjestanlar gibi ilaçların kullanımı araştırılmalıdır. Klinik açıdan incelendiğinde ise yaşlı hastalarda

duygudurum bozukluğu, sıklıkla manik ve depresif belirtiler birlikte görülür. Tipik olarak öfori, yükselmiş ve taşkın duygudurum daha az görülürken bilinç bulanıklığı, perseküsyon sanrıları, disfori ve dikkat dağınıklığı daha sık görülür. Geç başlangıçlı manide premorbid psikososyal işlevsellik daha yüksekken erken başlangıçlı hastalarda aile öyküsü daha siktir (71,72).

Yaşlılık döneminde sıkça rastlanılan sorunlardan birisi de uyku bozukluklarıdır. Bu dönemde yaşlanmaya bağlı olarak gelişen fizyolojik uyku değişiklikleri, bozulmuş uyku hijyeni, özgül uyku bozuklukları, uykuya ilişkili solunum bozuklukları, bazı kronik hastalıklar ve ilaç kullanımları uyku bozukluklarına neden olabilir. Yaşlıların yaklaşık %40'ından fazlasının uyku ile ilgili sorunlar yaşadığı, %12-25'inin ise sürekli uykusuzluk çektikleri bildirilmiştir (73). Yaşlı bireyler gençlere oranla yatakta daha uzun süre geçirmelerine karşın daha az uyumaktadırlar. Özellikle yavaş dalga uykusu olarak adlandırılan non-REM uykusunun 3. ve 4. evreleri 60'lı yaşlara gelindiğinde neredeyse kaybolur. Yavaş dalga uykusu erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşta kaybolur. Buna karşın yüzeysel uyku olarak adlandırılan non-REM uykusunun 1. ve 2. evrelerinde artış gözlenir (74). Bu durum çevresel uyaranların da etkisiyle uykudan daha kolay uyanmalarına ve uykunun bölünmesine neden olur. Gece boyunca geçirilen kalitesiz bir uyku döneminden sonra gün içinde daha fazla yorgunluk, uyuklama ve kısa süreli uyku dönemleri gözlenebilir. Ayrıca, yaşın ilerlemesiyle birlikte gece daha erken uyuma ve sabah daha erken uyanma eğilimi görülür. Uyumaya yakın dönemde beslenme, egzersiz, alkol, çay, kahve gibi uyarıcı maddelerin aşırı kullanımı ile ses ve ışık gibi uygunsuz yatak odası ortamları kötü uyku hijyenine neden olabilir. Uyku apnesi ve horlama yaşın ilerlemesiyle birlikte artan özgül uyku bozukluklarındandır. Uyku apnesi bireylerde gün içinde sürekli uyku haline sebep olmakta, geceleri uyurken tekrarlayan nefes kesilmesine bağlı olarak sürekli uyanmaya sebep olmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte sıklıkla erkeklerde ve horlama ile birlikte artmaktadır. Ayrıca, sedatif ilaçlar ve alkol kullanımı ile birlikte uyku apnesinin şiddeti artabilmektedir (75).

Uyku bozukluğuna neden olan bir diğer grup da genel tıbbi duruma bağlı gelişen bozukluklardır. İyi tedavi edilememiş konjestif kalp yetmezlikleri uyku esnasında ortopne ve sık uyanmalara sebep olabilir. Aynı şekilde nokturnal diürez, çeşitli ağrı belirtileri ve gastroözofajiyal reflüye bağlı hava yolu irritasyonları uykunun sürdürülmesini zorlaştırabilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlar uyku apnesi ve REM dönemiyle ilişkili solunum güçlükleriyle karşılaşabilirler. Parkinson hastalığındaki uyku bozukluğu genellikle noktüri, ağrı ve uykuda dönme zorlukları şeklinde görülebilir. Alzheimer hastalığı olan olgularda ise, geceleri hareket etme ve deliryum belirtileri gözlenebilir. Hastalarda uyku esnasında uyanıklık sıklığının ve süresinin arttığı, yavaş dalgalı uykunun ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde REM uykusunun azaldığı bildirilmiştir (76).

Psikiyatrik hastalıkların pek çoğunda uyku bozuklukları, sıklıkla da uykusuzluk bir belirti olarak görülebilir. Depresif, hipomanik ve manik dönemler ilk başlangıç

belirtisi olarak ortaya çıkabilir. Özellikle yaşlılarda distimi, minör depresyon ve siklotimi de sık görülen bir belirtidir. Depresyon hastalarının yaklaşık %70'i uykusuzluktan ve dinlendirici olmayan uykudan yakınırırlar. Ayrıca, uykusuzluk unipolar depresif hastaların seyrinde hastalığın nüksetmesi ve tekrar kötüleşmesinin ilk işareti olarak kabul edilebilir. Anksiyete bozukluğu olan pek çok hastada da uykusuzluk görülebilir. Özellikle travma sonrası stres bozukluğu hastaları uyumaktan kaçınılabirler veya kabus görebilirler. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda uyku bozukluğu yaygın bir şekilde görülür ve akut bir alevlenme yaşandığında sıklıkla ciddiyetinde artış gözlenir (77).

Sonuç olarak; günümüzde ortalama yaşın artmasına paralel olarak yaşlı nüfus giderek çoğalmakta, yaşlanma ile birlikte fiziksel değişiklikler ve tıbbi, psikiyatrik sorunlar da artmaktadır. Başka bir deyişle; yaşlılık çağında psikiyatrik ve bedensel hastalıkların sıklıkla birlikteliği, bu dönemin taşıdığı sosyal zorluklar, yaşlının fiziksel kapasite kayıpları birçok sorun alanında olduğu gibi, yaşlıda ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların tanı ve tedavi sürecinde de multidisipliner yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerde psikiyatrik sorunlar konusunda tüm sağlık profesyonellerinin duyarlı olması yaşlı nüfustaki psikiyatrik morbiditenin önlenmesinde önemlidir.

#### KAYNAKLAR

- Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. Klinik Psikiyatri. 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. s. 3595-602.
- Blazer DG, Hybels CF, Hays JC. Demography and Epidemiology of Psychiatric Disorders in Late Life. In: Blazer DG, Steffens DC, Busse EW, editors. Textbook of Geriatric Psychiatry. 3th ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2004. p. 27-9.
- Edelstein B, Kalish KD, Drozdick LW. Assessment of Depression and Bereavement in Older Adults. In: Lichtenberg PA, editor. Handbook of Assessment in Clinical Gerontology. New York: Wiley; 1999. p.11.
- Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late-Life Mood Disorders. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editors. Principles of Geriatric Medicine & Gerontology. 5th ed. USA: Mc Graw Hill; 2003. p. 1451-2.
- Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Türk Geriatri Dergisi. 2001; 4(1): 22-7.
- Arıoğlu S. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal & Nobel; 2006.
- Kutsal YG. Temel Geriatri. İstanbul: Güneş Tıp Kitapevleri; 2007.
- Bozcuk N, Demirsoy A. Yaşlanmanın Biyolojisi. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S, editörler. Geriatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. s. 23-7.
- Erdil F, Çelik SŞ, Baybuğa MS. Yaşlılık ve Hemşirelik Hizmetleri, Yaşlılık Gerçeği. Ankara: Gebam; 2004.
- Oğuz MT. Yaşlılarda görülen biyolojik ve sosyal değişimler [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı Fizik Antropoloji Bilim Dalı; 2007.
- Güler Ç. Toplum Sağlığı Sorunu Olarak Yaşlılık. Kutsal YG, Çakmakçı M, Ünal S, editörler. Geriatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. s. 50-60.
- Baştürk B, Boyacıoğlu S. İmmün yaşlanma. Türk Geriatri Dergisi. 2004; 7(3): 159-61.
- Pawelec G. Immunosenescence and vaccination. Immunity & Ageing. 2005; 24(2): 2-16.
- Karabulut H, Gülay MŞ. Serbest radikaller. MAKÜ Sağ Bil Enst Derg. 2016; 4(1): 50-9.
- Shinde A, Ganu J, Naik P. Effect of free radicals & antioxidants on oxidative stress: a review. J Dental Allied Sciences. 2012; 1(2): 63-6.
- Sohal RS, Mockett RJ, Orr WC. Mechanisms of aging: an appraisal of the oxidative stress hypothesis. Free Radic Biol Med. 2002; 33(5): 575-86.
- Öksüzokyar MM, Eryiğit SÇ, Öğüt DK, Erdoğan MB, Sökmen ÜN, Öğüt S. Biyolojik yaşlanma nedenleri ve etkileri. MAKÜ Sağ Bil Enst Derg. 2016; 4(1): 34-41.
- Müftüoğlu M. DNA tamiri ve erken yaşlanma sendromları. Turk J Biochem. 2003; 28(1): 20-4.
- Arı N, Işık AC, Karasu Ç. Yaşlanma ve ileri glikozillenme son ürünleri. Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics. 2008; 1(2): 9-15.
- Şekeroğlu ZA. Oksidatif mitokondrial hasar ve yaşlanmadaki önemi. Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi. 2009; 2(2):69-74.
- Jazwinski SM. Aging and longevity genes. Acta Biochimica Polonica. 2000; 47(3): 269-79.
- Bhaskar SM, Janine HS, Bennett VH. Mitochondrial DNA repair and aging. Mutat Res. 2002; 509(3): 127-51.
- Burçak G, Andican G. Oksidatif DNA hasarı ve yaşlanma. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2004; 35(1): 159-69.
- Gülbahar Ö. Protein oksidasyonunun mekanizması, önemi ve yaşlılıkla ilişkisi. Turk J Geriatr. 2007;10(4): 43-8.
- Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. Geriatri. 2001; 4(21): 106-12.
- Kılıç Z. Yalnız ya da aile bireyleri ile yaşamlarını sürdüren 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri [Bilim Uzmanlığı Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2000.
- Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobilitede yeti yitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi.2003; 6(2): 59-67.
- Yiğitbaş Ç, Deveci ES. Halk sağlığı açısından yaşlılarda yeti yitimi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2016; 12(4): 57-63.
- Karay A. Normal yaşlılığın ruhsal zorlukları. Güncel Psikiyatri. 2012; 2(1): 281-93.
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 2003.
- Saddock BJ, Saddock VA. Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th edition. Publisher: Wolters Kluwer; 2009. p. 3981-3.
- Wieland D, Ferrucci L. Multidimensional geriatric assessment: Back to the future. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008; 63(7): 272-4.



33. Barlow MA, Liu SY, Wrosch C. Chronic illness and loneliness in older adulthood: The role of self-protective control strategies. *Health Psychol.* 2015; 34(8): 870-9.
34. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.
35. Loza J. Carl Gustav Jung, the myth of a man. *Vertex.* 2012; 23(103): 212-7.
36. Jacoby R, Oppenheimer C. *Psychiatry in the Elderly.* 3th ed. Oxford: Oxford University Press; 2002.
37. Er D. Psikososyal açıdan yaşlılık. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2009; 4(11): 131-44.
38. Güvenç B. İnsanbilim açısından yaş ve yaşlılık. 8. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu; 13-16 Ekim 2011; İstanbul. 2011. s. 9-13.
39. Tecer Ö. Geropsikiyatri polikliniği takibinde olan 60 yaş ve üzerindeki kişilerde birinci derecede akraba kayıpları ve psikiyatrik morbidite [Uzmanlık tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2007.
40. Bozkurt N. Depresyonda bilişsel-davranışçı yaklaşımlar: Beck'in Bilişsel Modeli. *Ege Eğitim Dergisi.* 2003; 3(2): 59-64.
41. Özben Ş. Yaşlılarda umutsuzluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2008; 23(7): 136-51.
42. Bailey TC, Sneyder CR. Satisfaction with life hope: a look at age and marital status. *The Psychological Record.* 2007; 57(2): 233-40.
43. Aydın İ, İşleyen S. Huzurevinde kalan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin umutsuzluk düzeylerine etkisi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2004; 7(3): 19-25.
44. Amuk T, Oğuzhanoğlu NK, Oğuzhanoğlu A. Huzurevindeki yaşlılarda demans yaygınlığı, ilişkili risk etkenleri ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2009; 10(4): 301-9.
45. Anderson NH, Woodburn K. Old-Age Psychiatry. In: EC Johnstone, DC Owens, SM Lawrie, AM McIntosh, M Sharpe, editors. *Companion to Psychiatric Studies.* 8th ed. Edinburg: Elsevier; 2010. p. 635-92.
46. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113(5): 372-87.
47. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Descriptive epidemiology and risk factors of depression in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2004; 2(1): 7-12.
48. Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, Mergl R, Schroeter ML, Schroeder J. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review. *J Affect Disord.* 2014; 152(54): 28-38.
49. Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, De Ronchi D. Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014; 22(4): 370-80.
50. Nakulan A, Sumesh TP, Kumar S, Rejani PP, Shaji KS. Prevalence and risk factors for depression among community resident older people in Kerala. *Indian J Psychiatry.* 2015; 57(3): 262-6.
51. Penninx BW, Guralnik JM, Pahor M, Ferrucci L, Cerhan JR, Wallece RB, et al. Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *J Natl Cancer Inst.* 1998; 90(1): 1888-93.
52. Penninx BW, Beekman AT, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, Van Eijk JT, et al. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58(4): 221-7.
53. Yilmaz A, Turan E, Gundogar D. Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: evidence from Turkey. *Australas J Ageing.* 2009; 28(1): 16-21.
54. Ardekani BA, Bermudez E, Mubeen AM, Bachman AH. Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Prediction of incipient Alzheimer's Disease Dementia in patients with mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis.* 2016; 20(2): 234-43.
55. Mirza SS, Ikram MA, Bos D, Mihaescu R, Hofman A, Tiemeier H. Mild cognitive impairment and risk of depression and anxiety: A population-based study. *Alzheimers Dement.* 2016; 9(3): 1552-60.
56. Cankurtaran EŞ. Yaşlılarda anksiyete bozuklukları: ayırıcı tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel.* 2012; 2(7): 313-26.
57. Schuurmans J, van Balkom A. Late-life anxiety disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2011; 13(4): 267-73.
58. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord.* 2008; 109(2): 233-50.
59. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(8): 489-96.
60. Kirmizioglu Y, Dogan O, Kugu N, Akyuz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009; 24(3): 1026-33.
61. Cassidy EL, Lauderdale S, Sheikh JI. Mixed anxiety and depression in older adults: clinical characteristics and management. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2005; 18(2): 83-8.
62. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey replication. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009; 17(9): 769-81.
63. Kesler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arc Gen Psychiatry.* 2005; 62(6): 595-606.
64. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety.* 2010; 27(2):190-211.
65. Kulaksızoğlu IB. Yaşlılık psikiyatrisi. *Güncel Klinik Psikiyatri.* 2008; 2(1): 527-40.
66. Girard C, Simard M. Elderly patients with very late-onset schizophrenia-like psychosis and early-onset

- schizophrenia: Cross-sectional and retrospective clinical findings. *O J Psych.* 2012; 2(4): 305-16.
67. Howard R, Rabins PV, Seman MV, Jeste DV. The international late-onset schizophrenia group late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(4): 172-8.
68. Iglewicz A, Meeks TW, Jeste DV. New wine in old bottle: late life psychosis. *Psychiatr Clin North Am.* 2011; 34(2): 295-318.
69. Özmen HA, İnanç L, Altıntaş M, Çıtak S. Çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikoz olgusu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2012; 22(2): 190-3.
70. Lagodka A, Robert P. Is late-onset schizophrenia related to neurodegenerative processes? A review of literature. *Encephale.* 2009; 35(4): 386-93.
71. Valiengo Lda C, Stella F, Forlenza OV. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 24(12): 2105-14.
72. Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord.* 2015; 17(7): 689-704.
73. Mahlberg R. Sleep Disturbances in the elderly. *Dtsch Med Wochenschr.* 2016; 141(16): 1138-40.
74. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2013; 22(1): 93-8.
75. Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda uyku bozuklukları. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2006; 9(4): 226-33.
76. Busche MA, Kekuš M, Förstl H. Connections between sleep and Alzheimer's disease: Insomnia, amnesia and amyloid. . Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey replication. *Nervenarzt.* 2016; 13(1): 37-44.
77. Ulke C, Sander C, Jawinski P, Mauche N, Huang J, Spada J, et al. Sleep disturbances and upregulation of brain arousal during daytime in depressed versus non-depressed elderly subjects. *World J Biol Psychiatry.* 2016; 23(5): 1-8.