

Kasım GÖKTAŞ¹
İshak ÖZKAN¹



DERLEME

YAŞLILARDA UYKU BOZUKLUKLARI

Öz

Uyku bozuklukları yaşlılarda yaygın ve önde gelen sorunlardan biridir. Bir çok çalışmada yaşlıların yaklaşık %40'ının uyku kalitesinden hoşnut olmadığını ve kronik uyku problemi yaşadığını göstermiştir. Yaşlılarda uykuyu pek çok faktör etkiler. Bunlardan bazıları; eşlik eden bedensel ve psikiyatrik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, sirkadiyen ritim değişiklikleri, yaşa bağlı uyku değişiklikleri ve birincil uyku bozukluklarıdır. Uyku apne sendromu, huzursuz bacak sendromu, periyodik bacak hareketleri, REM uykusu davranış bozukluğu gibi birincil uyku bozukluklarının sıklığı yaşlılarda artar. Uyku bozukluklarından kaynaklanan uyku kaybı gündüz uykululuğuna, süregen yorgunluğa, kaza ve düşme riskinde artmaya neden olur. Uyku bozukluklarının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi vardır. Yaşlılarda uyku şikayetinin değerlendirilmesinde dikkatli hikaye ve bedensel incelemeye uyku günlüğü eklenmesi gerekir. Alttı yatan nedenlerin tedavisi ve ilaç dışı uygulamalar (uyku hijyeni) ilk tedavi tercihi iken bazen benzodiazepin, antidepresanlar gibi ilaçlar gerekebilir.

Anahtar sözcükler: Uyku bozuklukları, Yaşlılık.



REVIEW ARTICLE

SLEEP DISORDERS IN THE ELDERLY

ABSTRACT

Sleep disorders is one of the leading problems of elderly. Numerous population-based studies have indicated that up to %40 of old people are dissatisfied with the quality of their sleep and complain of chronic sleep problems. Their sleep may be affected by a number of factors, such as medical illness, psychiatric disorders, medication use, circadian rhythm changes, age-related sleep changes or primary sleep disorders. Prevalance of primary sleep disorders such as sleep apnea syndrome, restless leg syndrome, periodic leg movements, REM sleep behavior disorder are increased in elderly. The sleep loss resulting from sleep disturbances can lead to daytime sleepiness, chronic fatigue, and increased risk of falls and accidents. Sleep disorders has a strong, negative effect on the quality of life. Evaluation of sleep disorders in the older patients requires a careful history and physical examination, supplemented by a sleep diary. Treatment of underlying conditions and nonpharmacologic improvement (sleep hygiene) are first-line therapy, but pharmacologic agents such as benzodiazepines or antidepressants may be needed.

Key words: Sleep disorders, Elderly.

İletişim (Correspondance)

Kasım GÖKTAŞ
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı KONYA
Tlf: 0332 223 68 37
e-mail: drkasim01@hotmail.com

Geliş Tarihi: 09/07/2005
(Received)

Kabul Tarihi: 08/10/2006
(Accepted)

¹ Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı KONYA



Geçen yüzyıl boyunca fen ve sağlık bilimleri alanlarında yaşanan gelişmeler insan ömrünü uzatmıştır. Son 50 yıllık zaman içinde doğumda beklenen yaşam süresi 20 yıllık bir artış göstermiş ve 66 yıla ulaşmıştır. Dolayısıyla dünya yaşlılar nüfusu gittikçe artmaya başlamıştır (1). Bir çok araştırmada uyku bozukluklarının yaşlılar arasında yaygın bir sorun olduğu bildirilmektedir (2-6). Yapılan 1000 kişinin katıldığı toplum tabanlı bir araştırmada 18 yaş üstü nüfusun %36'sının son zamanlarda bir uyku yakınması olduğunu saptanmıştır. Uyku bozuklukları 65 yaş üstü bireylerde diğer yaş gruplarına göre daha bulunmuştur (7). Yaşlanmayla uyku problemleri artma eğilimindedir. Yapılan çoğu çalışmada yaşlıların yaklaşık %40'ı uyku kalitesinden hoşnut değillerdir. Süregelen uyku sorunları yaşadığı bildirilmektedir (2,3,6,8,9).

Yaşlılar hekimlere sıklıkla uyku şikayetlerinden yakınır (10). Bir çok hekim uyku şikayetlerini değerlendirmek için çoğu kez zaman ayıramamaktadır. Genellikle bir uyku ilacı hemen reçete edilir. Her hangi bir yaş grubunda uyku bozukluklarının teşhisi fazlasıyla uzun ve zahmetli iken yaşlılarda özellikle karmaşıktır. Gençler uyku bozukluklarının sebeplerini anksiyete ve depresyona; yaşlılar ise daha çok bedensel nedenlere bağlamaktadır (11).

Yaşla birlikte uykuda fizyolojik değişimler ve günlük ritimde kaymalar olur. Bedensel ve psikiyatrik hastalıklara bağlı uyku bozuklukları olabilir. Ayrıca uyku apne sendromu, nokturnal miyoklonus gibi birincil uyku bozuklukları da ortaya çıkmış olabilir (2-4,6,8,12).

İnsanların yaşı ilerledikçe yaşamlarında eş kaybı, yalnız yaşama, huzurevi-bakımevinde kalma, emeklilik gibi değişiklikler olmaktadır. Süregelen bedensel hastalıklar sıklaşır. Yaşlılarda yavaşlamış bir yaşam vardır. Görme ve işitmede azalma sonucu ışık ve ses gibi dış uyaranları algılamada eksiklikler ortaya çıkar. Tüm bu değişiklikler bireyin uyku ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (13,14).

Uyku bozuklukları bireyin dikkat ve anlama-kavrama yeteneklerini olumsuz yönde etkiler. Hatırlama güçlüğüne neden olur. Günlük işlevlerde bozulma, yorgunluk ortaya çıkar. Böylece bireyin yaşam kalitesi bozulur. Sağlık bakımı arama sıklaşır (5). Schubert ve ark. yaşlılarda uyku problemleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen 2002 yılında yapmış oldukları çalışmalarında, uyku şikayeti çeşitliliği ile yaşam kalitesi arasında ters bir ilişkili bulmuşlardır (15). Uyku bozuklukları ölüm ve hastalanma riskini artırmaktadır (3,6,8).

Yaşlılarda Uyku ile İlgili Değişiklikler

Yaşlılık dönemindeki uyku örüntüsünün, genç ve orta yaşlardan farklı olduğu konusunda bir fikir birliği vardır. Artan yaşla birlikte oluşan uyku değişiklikleri yaşlılardaki uyku bozukluklarını anlamamıza yardımcı olur. Uyku ölçekleriyle ve poli-

somnografiyle uyku kalitesini inceleyen çalışmalarda yaşlıların uyku kalitesinin bozuk ve uyku miktarının yeterli olmadığı gösterilmiştir (8,14). Toplam uyku süresi azalır. Alışlagelmiş ortalama 7,5 saatlik gece uyku süresi 4,5-5,5 saate iner. Uykuya dalma süresi uzar. Uyku başlangıcından sonra uyanmaların sayısı ve süresi artar. Uyku hafif ve yüzeyseldir. Yatakta geçirilen süre artar. Uyku kalitesi düşüktür. Gündüz uykululuğu artmıştır (14,16).

Yaşlılarda poligrafik incelemelerde en çarpıcı elektrofizyolojik bulgu derin uyku (NREM III-IV) miktarının azalması ve delta dalgalarının amplitüdlerinin düşmesidir. Derin uykunun toplam uyku süresi içindeki payı 20'li yaşlarda %18 civarındayken, 60 yaşında %10'a kadar düşmekte, 75 yaşından sonra ise tamamen kaybolabilmektedir (14). Sonuçta derin uykuda salınan büyüme hormonu da azalır (11).

Toplam uyku süresinin %15-25 kadarını REM uykusu oluşturur (13). Yaşlılarda toplam uyku süresinde azalmaya paralel olarak REM uyku süresi de azalır. Ancak REM uyku yüzdesi değişmez. Uykunun Non-REM II döneminin karakteristiği olan uyku içcikleri REM uykusunu sık sık böler. Yaşla birlikte olan REM uykusu oranındaki azalma; zihinsel kayıp, beyin kan akımında azalma, alfa aktivitesinde azalma ve organik mental bozuklukların meydana gelmesiyle ilişkili olma eğilimindedir (11). REM uykusunda göreceli olarak daha az değişikliğin gözlenmesi, REM uykusundan sorumlu ponto-mesensefalik retiküler çekirdeklerin filogenetik olarak daha eski ve yaşlanmaya (dejenerasyona) daha dayanıklı yapıda olmalarına bağlanmaktadır (14).

Günlük (Sirkadiyen) Ritim Değişiklikleri

Günlük ritim, insan vücudunda gerçekleşen sıklık değişiklikleri tarif eder. Yaklaşık 24 saatlik bir ritimdir. Büyük ölçüde beden işlevleri ile belirlenmektedir. Ancak ışık, toplum aktiviteleri, yemek-iş saatleri gibi dışarıdan gelen zaman bildirici etkenlerle de ilişkilidir (14). Melatonin günlük ritmi düzenlemeye yardımcı bir hormondur. Gece-gündüz değişikliklerine karşılık olarak suprakiazmatik nükleustan gelen uyanlar sonucu daha çok geceleri pineal bezden salınır. Melatonin yaşla birlikte azalır. Artan yaşla birlikte gözlenen uyku bozukluklarının bazıları sirkadiyen ritimdeki değişiklik sonucu oluşur (11). Yaşlılarda sirkadiyen ritimde en belirgin değişiklik "erken uyku fazı sendromu" dur (14,16). 60 yaşından itibaren uykunun başlangıç saati her 10 yılda 1 saat kadar geriye çekilmektedir (12). Yaşlılar akşam yatağa erken gitme (saat 19.00-20.00 gibi), sabah erken uyanma (saat 04.00-05.00 gibi) eğilimindedirler (13,16).

Yaşlılarda gündüz uykuluğu ve gün içi kestirmeler fazladır. Böylece normal yetişkinlerdeki monofazik uyku-uyanıklık sıklusu yaşla birlikte polifazik bir hal alır (17). Hayvan deneyleri,



bu değişikliğin suprakiazmatik nükleus ve beyin sapı hipnojenik nöronlardaki yapısal farklılaşmadan kaynaklanabileceğini bildirmektedir (14).

Yaşlılarda uyku yapısında normalde gözlenebilen değişikliklerin anlaşılabilmesi, hafif uyku yakınmaları olan bazı tedirgin hastalara güven vermede yardımcı olabilir. Ancak birey için özellikle bozulmuş günlük işlevlerle ilişkili ve önemli huzursuzluk kaynağı olan uyku yakınmaları hiçbir zaman "basit normal yaşlanma" olarak düşünülmemelidir (18).

Fiziksel Hastalıkların ve İlaçların Uyku Üzerine Etkileri

Yaş ilerledikçe bedensel hastalıklar, buna paralel olarak kullanılan ilaç tedavileri artmaktadır. Akut veya kronik bedensel hastalıklar ve ilaç kullanımı uyku üzerinde olumsuz etkiler gösterebilir (19). Yaşlılarda sık rastlanan ağrı, nefes darlığı, öksürük ve idrara çıkma gibi hastalık belirtilerinin gece de devam etmesi uyku bozukluğuna sebep olur (16,20). Kötü sağlık durumu ve süregelen bedensel hastalığı olma ile uyku şikayetlerinde artma ilişkilidir (4). Artrit ve ağrılı durumlar, solunum hastalıkları (KOAH), sindirim sistemi hastalıkları (gastroözafajial reflü), kalp-damar sistemi hastalıkları (konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı), ürolojik hastalıklar (prostat hipertrofisi), metabolik bozukluklar (hipotiroidi, hipertroidi, DM), nörolojik hastalıklar (Parkinson hastalığı, demans) uyku bozukluğuna sebep olur (3,5,8,13,16,19,20).

Bazı ilaçlar uyku sorunlarına yol açarlar. Merkezi sinir sistemi uyarıcıları, beta blokörler, kalsiyum kanal blokörleri, bronkodilatörler, kortikosteroidler, dekonjenstanlar, uyarıcı antidepressanlar (SSGI), tiroid hormonları uykusuzluğa neden olurlar. Uzun etkili hipnotikler, antihipertansifler, antihistaminikler ve sedatif etkili antidepressanlar gündüz uykululuğuna neden olurlar. Bu yüzden uyku bozukluğuna neden olmamak için ilaçların dozu ve verilme zamanı ayarlanmalıdır (5,20).

Psikiyatrik Bozukluklar ve Uyku

Psikiyatrik bozukluklarda en yaygın yakınmalardan biri uykunun nitelik ve niceliğinde değişimlerdir. Psikiyatrik bozukluklarla uyku örüntüsündeki değişiklikler eş zamanlıdır. Her iki durumun temelinde nörobiyolojik patolojilerin yer aldığını düşündürmektedir (17,21). Yaşlılarda depresyon, anksiyete ve bilişsel bozukluklar uyku sorunlarına neden olur. Anksiyete bozuklukları yaşlılarda bir yakınım kaybı, yas, yaşam değişikliklerine bağlı olarak artmaktadır (5).

Depresyon ve Uyku İlişkisi: Depresyon yaşlılarda çok yaygındır. Sıklıkla uyku değişimi ile birliktedir. Yaşlıların gece uyanma ve sabahları erken kalkma eğilimi depresyonda daha da artmaktadır (13). Yaşlı depresiflerde uyku şikayetleri gençlere göre daha fazladır (4). Schechtman ve ark. yaşlılarda

1997 yılında yaptıkları çalışmalarında duygudurum bozukluğu olma ve kadın olmanın uyku bozukluğu ile güçlü ilişkisi olduğunu göstermişlerdir (22). Depresyonda uyku yapısında bir takım değişiklikler olur. Bunlardan en bilinenleri REM latensinin kısalması, ilk REM'in uzun ve yoğun olması ile ilk Non-REM'in kısa oluşudur (normalin tam tersi). Bu değişim tüm yaşlarda aynı değildir. Genç hastalara göre, yaşlı hastalarda REM latensindeki kısalma daha belirgin ve daha hızlı olmaktadır (21,23,24).

Bakımevinde kalan yaşlıların %25'inde uyku bozukluğu tespit edilmiştir. Uyku bozukluğu olanların %66'sında bir psikiyatrik bozukluk bulunmuştur. En sık olarak da %20 depresyon görülmüştür (18). Sukegawa ve ark. 2003 yılında yapmış oldukları çalışmada yaşlılarda uyku bozukluğunun sıklığını %37, depresyonun sıklığını %31 bulmuşlardır. Yaşlılar arasında uyku bozuklukları ile depresyonun açıkça birbirlerine benzeyen belirtiler olduğu görülmüştür (9). Roberts ve ark. 2003 yılında yaşlılarda uyku bozukluğunun ileride gelişebilecek depresyonun önceden bir belirleyicisi olduğunu bildirmektedirler (25). Uyku bozukluğunun etkili tedavisi aynı zamanda major depresyonun başlamasını geciktirir veya önler (26).

Bilişsel İşlevler ve Uyku İlişkisi: Yaşlıların gençlere göre gün boyunca uyanık kalmaları daha zordur. Yaşlılarda gündüz uykululuğu şikayeti artmaktadır. Son zamanlarda aşırı gündüz uykululuğunun demans ve bilişsel bozulma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Foley ve ark 2001 yılında yaptıkları yaşlılarda uyku bozuklukları ile demans arasındaki ilişkiyi inceleyen 3 yıllık takip çalışmasında; aşırı gündüz uykululuğu tarif eden yaşlılarda 2 kat daha fazla demans bulmuşlardır. Bundan dolayı bir yaşlı gündüz uykululuğu şikayeti tarif ediyorsa altta bilişsel bozukluğun olabileceği unutulmamalıdır (27). Cricco ve ark. 2001 yılında yaşlılarda uykusuzluğun bilişsel işlevler üzerine etkisini araştırmışlardır. Sürekli uykusuzluk yakınması olan yaşlılarda bilişsel bozukluk sıklığı artmıştır. Bu durum erkeklerde daha belirgindir (10).

Alzheimer Hastalığı (AH)'nda Uyku: AH uyku yaşlılığa bağlı uyku değişikliklerinin daha belirgin olanıdır. Hastaların uyku-uyanıklık ritmi bozulur. Derin uyku azalır. Hatta ileri evre demansta kaybolur. Hastalığın başlangıcında REM uykusu korunur. İleri evrelerde ise azalır. REM uykusundaki kayıp, bilişsel bozukluğun derecesiyle orantılıdır. AH'nın şiddetinin artmasıyla uykudaki değişiklikler daha da kötüleşir. AH'da özellikle hasta yakınlarına önemli derecede yük getiren "sundown fenomeni" vardır. Sundown fenomeni, akşam saatlerinde veya geceleri başlayan deliryum tablosudur. Hasta geceyi uyanık hatta dolaşarak geçirir. Bu tablo gün içinde azalır veya kaybolur. Bunun tedavisi için hastanın gün içinde uyumasına izin verilmemelidir. Ayrıca geceleri evden çıkıp gitmelerini engellemek için oda kapıları kilitlenebilir. Kısa etkili benzodiazepin ve düşük doz nöroleptik uygulaması yararlı olabilir (17,23).



YAŞLILARDA UYKU BOZUKLUKLARI

Uykusuzluk (İnsomnia)

Yaşlılarda görülen uyku bozukluklarının büyük çoğunluğunu uykusuzluk (insomnia) oluşturur. Uykusuzluk uykuya dalmakta, sürdürmekte zorluk, sabah erken kalkma ve kalktığına dinlenilememiş olmadır (3,10). Kısa süreli ve süregen (kronik) olarak sınıflandırılır. Kısa süreli uykusuzluk geçici bir stresle ilişkilidir. Birkaç gün yada hafta devam eder. Süregen uykusuzluk (kronik insomnia) aylardan yıllara kadar devam eder. Süregen uykusuzluk gündüz uykululuğuna, bilişsel bozulmaya, kaza riskinin artmasına, duygudurum bozukluklarına, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur. Uykusuz yaşlı bireylerde uykusu normal olanlardan dört kez daha fazla yaralanmalarla sonuçlanan düşmeler olur (28).

Chui ve ark. tarafından 1999 yılında yapılan çalışmada; yaşlıların %75'i uyku bozukluğundan yakınmaktadır. Uykusuzluk yakınması ise %38'dir (6). Maggi ve ark. tarafından 1998 yılında yapılan çalışmada yaşlılarda uykusuzluk sıklığını erkeklerde %36, kadınlarda %54 bulunmuştur (3). Pallesan ve ark. 2002 yılında yaşlı uykusuzların uyku problemi olmayanlara göre kaygı, anksiyete düzeyinde yükseklik bulmuşlardır. Anksiyete düzeyindeki yüksekliğe ilaveten somatizasyon, obsesif-kompulsiyon ve depresyon ölçümlerinde de yükseklik saptamışlardır (29).

Uyku Apne Sendromu

Uyku apne sendromu; uyku sırasında oluşan solunum durmaları, uyku bölünmesi, oksijen yoğunluğunda azalma ve gündüz artmış uyku hali ile şekillenen bir klinik tablodur. Yaşa bağlı olarak ortaya çıkan bulgularla uyku apne sendromu bulguları arasında büyük benzerlik vardır. Ayırt edilmesi güçtür. Bu bulgular horlama, bölünmüş gece uykusu, gündüz şekerleme yapma, bilişsel bozukluk şeklinde sıralanabilir (30).

Uyku apne sendromunun sıklığı yaşlılarda artma eğilimindedir. Orta yaşlarda sıklığı erkeklerde %9 ve kadınlarda %4'dür. Yaşlılar arasında erkeklerde %27, kadınlarda %19'dur (31). Yaşla birlikte meydana gelen yumuşak damak sarkması, farengial yağ dokunun hacmindeki artma, farengial hava yolu çevresindeki kemik yapıların şeklinde değişiklik ve negatif basınç uyarısına geniglossal kas cevabında azalma gibi anatomik değişiklikler uyku apnesine sebep olurlar (5).

Tedavide en etkili yöntem CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) uygulamasıdır. Uyku apneli hastalar genellikle obez olduğundan kilo vermeleri önerilir. Ayrıca alkol ve hipnotik kullanımından kaçınılmalıdır (4,5).

Periyodik Bacak Hareketleri (PBH) ve Huzursuz Bacak Sendromu (HBS)

PBH uykuda genellikle bacaklarda (tibialis anterior kasında) olmakla birlikte bazen de gövdeyi de kapsayan ritmik kas se-

ğirmesi, sıçraması veya ayağın yukarı doğru fleksiyonudur. 20-40 saniye aralıklarla ortaya çıkar. Saatte beş defadan fazla olduğunda bozukluk kabul edilir. Hareketler uykuyu böler. Böylece uykusuzluk ve gündüz uykululuğuna neden olur (5).

HBS tanı esas olarak anamnezle konur. HBS hastaların istirahat halinde veya uykuya dalarken bacaklarda uyuşma, karıncalaşma, ağrı, sızı, yanma, huzursuzluk hissi olarak tanımladığı son derece rahatsız edici bir durumdur. Çoğu zamanda hastalar şikayetlerini tarif etmekte zorluk çekerler. Hastaların gündüz hareket halinde şikayet tarif etmemesi önemli bir ayırıcı noktadır. Hastalar bu durumdan ayaklarını hareket ettirerek veya kalkıp dolaşarak kurtulmaya çalışırlar (13,14,32).

HBS brincil ve ikincil olmak üzere iki şekilde tanımlanmıştır. Birincil olanı çoğunlukla aileseldir. İkincil olanı ise en sık üremi, nöropati ve demir eksikliğine bağlıdır. HBS Parkinson hastalığı, multiple sistem atrofi veya spinoserebellar ataksi gibi nörodejeneratif hastalıklarla ilişkilidir. Yine ilaçların ortaya çıkardığı HBS vakaları vardır. Antipsikotikler ile antidepresanlar (SSGI, mirtazapin, venlafaksin) neden olabilir (33).

Huzursuz bacak sendromu ve Periyodik bacak hareketleri yaşla birlikte artmaktadır. Yetişkinlerin tümündeki sıklık %5-6 iken 60 yaş ve üzerinde bu rakam %30-45 olarak bildirilmiştir. Youngstedt ve ark. tarafından 1998 yılında yaş ortalaması 68 olan 22 yaşlı ile yaptıkları polisomnografik çalışmada; olguların %86'sı saatte 5'den fazla, %77'si saatte 10'dan fazla PBH saptamışlardır (34).

Her iki bozuklukta da uyku kalitesi ve günlük işlevler azalır. Buna rağmen sıklıkla tanınmamakta veya yanlış teşhis edilmektedirler. Amerika'da yapılan bir çalışmada hekimler vakaların %7'sinden azını doğru teşhis etmektedirler. Bu bozukluğun doğru teşhis ve tedavi edilmesi hastaların uyku ve yaşam kalitesini iyileştirir (32). PBH ve HBS patofizyolojik mekanizmaları benzerdir ve dopamin eksikliği vardır. HBS olan hastaların yaklaşık %70-80'inde PBH şikayetleri olur (16).

Tedavide, dopaminerjik sistem patofizyolojide yer aldığı için dopaminerjik ajanlar (L-dopa, bromokriptin, pergolid, selegilin) kullanılır. İlaçlara direnç gelişme ihtimali olduğu için başlangıçta etkin olunan en düşük dozdan başlanmalıdır. İkincil HBS durumlarında altta yatan hastalığın tedavisi yapılmalıdır. Demir eksikliğinin, nöropatinin tedavisi yapılmalıdır. Bir diğer tedavi seçeneği klonazepamdır (5,13,16,32,33).

REM Uykusu Davranış Bozukluğu (RUBD)

REM uykusunda kas atonisinin olmaması ve rüya içeriğiyle ilgili karışık motor aktivite ve konuşmanın olmasıyla karakterize olan ve son zamanlarda tanımlanan bir parasomni RUPB



olarak bilinir. Sıklığı tam bilinmese de son çalışmalar nadir bir durum olmadığını göstermektedir. Her yaşta ortaya çıkabilmeyle beraber en sık erkeklerde ve 60 yaşın üstünde görülür. Başırma, tekme-yumruk atma, etraftaki eşyaları-cisimleri fırlatma, yataktan atlama, kalkıp yürümeye kadar varan çeşitli tip ve şiddette davranışlar görülür. Bunlar hastanın kendisine ve eşine zarar verebilir. Uyandıklarında hemen daima bu hareketleri açıklayabilecek ve çoğunlukla kendilerini tehdit altında hissettikleri canlı rüyalar tanımlarlar. Genellikle suça yönelik davranış bozuklukları doktora başvurma nedenidir. RUDB'nun patofizyolojik mekanizması, hayvan modellerinde dorsal pontin tegmentum ve lokus cerolus hasarının olduğunu gösterir. Akut ve geçici şekli vardır. Toksik ve metabolik nedenlerle, en sık etanol yoksunluğunda meydana gelir (14,16,35).

Polisomnografide, yaşa göre yavaş dalga uykusunda artış, REM'de atoni kaybı, REM yoğunluğunda artış, REM ve NREM'de tekrarlı ve/veya rastgele ekstremite hareketleri gözlenir. Ayrıncı tanıda, uykuda kabus bozukluğu, uyku terörü, uyurgezerlik, periyodik bacak hareketleri, uyku apne sendromu, gece gelen panik ataklar, konfüzyonel uyanmalar, uykuya ilişkili nöbetler göz önünde bulundurulmalıdır (16,35)

RUDB hastalığının yaklaşık %60'ı idiopattir. Kalan vakalar demans, parkinson hastalığı, multiple sistem atrofisi, beyin sapı neoplazmaları, multiple skleroz, subaraknoid hemoraji, iskemik serobrovasküler hastalıklar gibi nörolojik hastalıklarla ilişkilidir (35). Olson ve ark. 2000 yılında 93 RUDB'lu hastayı gözden geçirmişlerdir. Vakaların %87'si erkektir. Başlangıç yaş ortalaması 61'dir. Hastaların %32'si kendilerini yaraladığı, %64'ünün yatak partnerlerine saldırdıklarını bildirmişlerdir. Hastaların %57'sinde nörolojik hastalık (Parkinson hastalığı, multiple sistem atrofisi, demans, narkolepsi) tespit edilmiştir. Klonazepam tedavisine %87'si tam yada kısmi cevap vermişlerdir (36).

Tedavide, en etkili ilaç klonazepamdır. Yatmadan yarım saat önce düşük dozlarda 0,25-2 mg klonazepam belirtileri hızla düzeltmektedir. Uzun süre kullanılmasına rağmen tolerans gelişimi oldukça azdır. Ayrıca, tehlikeli maddelerin yatak odasından uzaklaştırılması gibi güvenlik sağlayıcı çevresel düzenlemeler yapılmalıdır (16,35).

Yaşlılarda Uyku Bozukluklarının Tedavisi

Yaşlılarda uyku bozukluğunun tedavisinde aşağıdakilerin yapılması önerilmektedir.

1. Uyku bozukluğu şikayeti ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Anamnez alınırken mutlaka hastanın yatak eşiyile görüşülmelidir. Ayrıntılı sorgulama ve muayene ile fiziksel hastalıkların ve ilaçların uyku üzerine olumsuz etkileri, eş-

lik eden psikiyatrik hastalıklar (depresyon, anksiyete bozukluğu) tespit edilip ve tedavisi düzenlenir.

2. Öncelikli olarak ilaç dışı yöntemler denenmelidir. Hastanın uykusuzluğu eğer uyku apnesi, nokturnal myoklonus ve diğer birincil uyku bozukluklarına bağlı değilse davranış tedavileri sıklıkla uygulanan bir yoldur.
3. Hipnotik ilaçlar gerekli olduğunda rehberlere göre kullanılmalıdır (2,12,16,31).

İlaç Dışı Tedaviler

Burada özellikle uykusuzluk tedavisi üzerinde durulacaktır. Hasta ve hekim için zorluk uykusuzluk şikayetine süregelen, yenileyici eğilimde olmasıdır. Bu yüzden uzun süreli bir tedavi planı gerekir (26). Yaşlılar daha az uyku gereksinimi içindedirler. Uykuları daha hafiftir. Sık sık uyanmaları olur. Bütün bunları yaşlıya açıklamak bile tedavi edici olabilir (16). Uyku hijyeni, gevşeme teknikleri ve uyku kısaltma tedavileri uyku bozukluklarının tedavisinde etkilidir (28).

Uyku Hijyeni: Bireyin uyku hijyeni uygulaması uyku kalitesini artırmaya yardımcı olur.

- Uyku gelmeden yatağa yatılmamalıdır.
- Yatak sadece uyumak amacıyla kullanılmalı, yatakta kitap okumak veya TV seyretmek gibi aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Yattıktan sonra 20-30dk içinde uykuya dalınamazsa yataktan kalkmalı ve uyku gelinceye kadar bazı gevşetici egzersizler yapılmalıdır. Yatakta uyumaya çalışılmamalıdır.
- Gece ne kadar az uyunmuş olursa olsun sabahları hep aynı saatte kalkmalı, yorgunluk bahane edilerek yatakta kalma süresi uzatılmamalıdır.
- Yatak odası mümkün olduğunca sessiz ve karanlık olmalıdır.
- Çok yorgunluk hissedilse bile gündüz kestirmelerinden kesinlikle kaçınılmalıdır.
- Gün içinde, yine yatma saatlerine yakın olmamak kaydıyla mümkün olduğunca egzersiz veya yürüyüş yapılmalıdır.
- Akşam yemeği hafif olmalı ve yatma saatine yakın yenmemelidir.
- Gün içinde, özellikle de öğleden sonra ve akşam saatlerinde çay, kahve, sigara gibi uyarıcı maddelerden uzak durulmalıdır.
- Alkol, benzodiazepin ve diğer SSS depresanları alınmamalıdır (14,19,23,31).

Uyku Kısaltma Tedavisi: Uyku kalitesini artırmak amacıyla kişinin uyuduğu kadar bir süreyi yatakta geçirmesi ile sınırlandırılmış bir uyku düzenidir. İlk aşamada, hastadan bir uyku günlüğü tutması istenir. Buna göre geceleri ortalama kaç



saat uyuduğu belirlenir. Yatakta kalma süresi, belirlenen uyku süresinden sadece 15 dk fazla olabilir. Ancak 4.5 saatten de az olması istenmez. Bu yolla yatakta geçen sürenin uykuda geçmesi sağlandıkça süre uzatılarak kişinin gereksinimi kadar uyumasına ulaşılır (2,14,23,31).

Işık Tedavisi: Yaşlılar yavaşlamış bir yaşam sürdürdükleri için gün ışığına çok az maruz kalırlar. Bu yüzden günlük ritimleri olumsuz etkilenir. Bunun için yaşlıların mümkün olduğunca dışarıya çıkarılarak gün ışığından ve diğer uyaranlardan yararlanmaları sağlanır. Yataktan çıkarılması güç olgularda, "ışık tedavisi" yararlı bir seçenektir. Işık tedavisi özel lambalarla 2500 lux gücünde ışık sağlanarak uygulanan bir sistemdir (14).

İlaç Tedavileri

Yaşlıda farmakokinetik değişiklikler:

- İlaçların barsaktan emilmesi gençlerden çok az farklıdır. Fakat barsaktan atılan ilaçların ilk geçiş metabolizması azalmıştır.
- Bedenin her kilogramına düşen beden yağı artar. Bu da yağda eriyen ilaçların dağılımlarının artmasına neden olur.
- Beden sıvısı azaldığı için suda eriyen ilaçların dağılımları düşer.
- Plazma albumini azalır.
- Karaciğer kitlesinde azalma sonucu ilaçların karaciğerden atılımı azalır.
- Glomerüler filtrasyon hızı, böbrek kan akımı ve tubüler boşalım kapasitesi azalır.

Tüm bu sebeplerden verilen ilacın yarılanma süresi ve etkisi uzar ve yan etkilerde artma olur. İlaçların yan etkileri, varolan diğer hastalıklar ve önceden kullanılan ilaçlarla etkileşimleri göz önüne alınmalıdır (14,16,28).

Benzodiazepinler: Uyku ilaçlarının (hipnotikler) kullanımı, benzodiazepinlerin bağımlılık yaptığı kesinleşmeden önceki dönem olan 1960 ve 1980 arasında en üst düzeyde olduğu bilinmektedir (12). 1980 yıllarının ortalarından itibaren anksiyolitik ve hipnotik kullanımı bütün yaş gruplarında azalmıştır. Ancak bunların kullanımı yaşlılarda yine de yüksektir (16). Ohayon ve Caulet 1995 yılında uykusuzluk ve uyku ilacı kullanımını incelemişlerdir. Uyku ilaçlarının büyük bir çoğunluğunun (%73) pratisyen hekimler tarafından reçete edildiğini ve yaşlılarda, kadınlarda daha sık kullanıldığını bulmuşlardır (37).

Morgan ve ark. 1988 yılında yaşlılarda uyku ilacı kullanımıyla ilgili yapmış oldukları çalışmalarında; yaşlıların %16'sının uyku ilaçları kullandığını bildirmekteydiler. Uyku ilaçlarının kullanım sıklığı ve süresi yaşla birlikte artmaktadır. 65-74 yaş arasında bu değer %13'iken 75 yaş üstünde %20'e çıkmaktadır. Kadınlarda uyku ilacı kullanım sıklığı daha yüksektir (38).

Benzodiazepinler yarılanma ömürlerine göre uzun yarı ömürlü (diazepam, klonazepam), orta yarı ömürlü (alprazolam, lorazepam), kısa yarı ömürlü (midazolam) şeklinde sınıflandırılır. Yaşlılarda özellikle uzun yarı ömürlü benzodiazepin kullanımı hafıza kusurları, motor yavaşlama, uzamış uykusuzluk, düşme ve kırıkların oluşmasına neden olurlar. Benzodiazepinle tedavi olan yaşlılarda artmış düşme riski bildirilmiştir. Kısa etkili benzodiazepinlerin birikme etkilerinin olmaması bir avantajdır. Ama sıklıkla tolerans gelişir. Kesilmeyi takiben rebound uykusuzluk ve gece terörleri olur. Tedavi süresince gündüzleri anksiyete ortaya çıkarırlar (8,23,28). Hastanın şikayetine en uygun uyku ilacı tercih edilmelidir. Örneğin, uykuya dalmakta zorluk çeken hastaya kısa etkili olanlar, uykuyu sürdürmekte zorlanan bir hasta için ise uzun etkili olanlar tercih edilebilir (31).

Yaşlıda uyku ilaçların (hipnotik) kullanımında dikkat edilmesi gereken kurallar:

- Geçici ve kısa süreli uykusuzluğun tedavisinde kullanılmamalıdır.
- Süregen uykusuzluğun tedavisinde kullanılmasının yararı yoktur.
- Etkili olan en düşük dozda kullanılmalıdır.
- Kısa yarı ömürlü olanlar (alprazolam, lorazepam) tercih edilmelidir.
- Üst üste her gece verilmemeli ve tedavi 4-6 haftayı geçmemelidir.
- İlaç kötüye kullanmaya meyilli olanlarda dikkatli kullanılmalıdır.
- İlaç yavaş yavaş azaltılarak kesilmelidir. (14,16,23,31).

Benzodiazepinlerden farklı yapıya sahip olmalarına rağmen benzodiazepin reseptörlerine bağlanarak etki gösteren zopiklon ve zolpidem insomni tedavisinde kullanılır. Geleneksel benzodiazepinlerle karşılaştırıldığında kas hipotonisi, retrograd amnezi, gün içi sedasyon ve davranış bozuklukları yapma riski düşüktür. Bağımlılık riski azdır. Ağızda acı tat dışında önemli yan etkileri bildirilmemiştir (28).

Antidepresanlar: Yaşlılarda uykusuzluğun tedavisinde sedatif antidepresanlar sıklıkla kullanılır. Uykusuzluk sorunu olan yaşlıda eşlik eden depresyon varsa sedatif antidepresanlar uygun bir tercihtir. Trisiklik antidepresanların sedatif etkilerinden faydalanılarak uykusuzluk tedavisinde kullanılır. Yalnız bu ilaçların ortostatik hipotansiyon, kardiyak aritmiler ve rahatsız edici antikolinergik etkilerinden dolayı yaşlılarda kullanımı sınırlıdır. Sedatif etkili bir diğer antidepresan olan trazodonun yan etkileri trisikliklerden daha azdır. Eşlik eden depresyon olmadığında uykusuzluk tedavisinde antidepresanların düşük dozlarda kullanılması önerilmektedir. Örneğin, trazo-



don depresyon için 150-400 mg dozda kullanılırken insomni-a tedavisi için yatmadan önce 25-100 mg dozda alınması önerilmektedir (28). Selektif serotonin gerilim inhibitörlerinin (SSGI) kullanılması gerektiği durumlarda, bunların akşam saatlerinde verilmemesi ve uykuyu kaçıracı etkisi en az olanlarının tercih edilmesi gerekir (14).

Melatonin: Yaşlılarda uyku bozukluklarının tedavisinde melatonin kullanımının yararlı etkileri bir çok çalışmada gösterilmesine rağmen melatonin eksikliği olan yaşlılarda kullanımı sınırlıdır. Nispeten iyi melatonin salınımı olan yaşlılarda endojen melatonin ile etkileşerek ters etki yapar. Melatonin ekleme tedavilerinin yan etkileri açık değildir. Ortalama 0.5 mg'lık günlük dozun yeterli olabileceği, daha belirgin ve akut etki için 5 mg'a kadar çıkılabileceği belirtilmektedir. Hayvan deneylerinde melatonin vasküler tonusu etkilediği bulunmuştur. Bundan dolayı, serobrovasküler ve koroner hastalığı olanlarda yan etkilerde artma olabilir. Melatonin tedavisi hakkında çalışmalar devam etmektedir. Henüz rutin bir tedavi yöntemi olarak kullanıma girmemiştir (2,8,14,31).

KAYNAKLAR

1. Bilir N. Yaşlanan Toplum. In: Gökçe Kutsal Y (ed). Geriatri. Modern Tıp Seminerleri: 30. Güneş Kitabevi, Ankara, 2004; 1-7.
2. Vitiello MV. Sleep disorders and aging. Current Opinion in Psychiatry 1996; 9: 284-9
3. Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, Grigolito F, et al. Sleep complaints in community-dwelling older persons: prevalence, associated factors, and reported causes. J Am Geriatr Soc 1998; 46(2): 161-8.
4. Beck-Little R, Weinrich SP. Assessment and management of sleep disorders in the elderly. J Gerontol Nurs 1998; 24(4): 21-9.
5. Ancoli-Israel S. Sleep disorders in older adults. A primary care guide to assessing 4 common sleep problems in geriatric patients. Geriatrics 2004; 59(1): 37-40
6. Chiu HF, Leung T, Lam LC, Wing YK, Chung DW, Li SW, et al. Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong. Sleep 1999; 22(6): 717-26.
7. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. Sleep. 1999; 22 (Suppl 2): S347-53.
8. Vitiello MV. Sleep disorders and aging: understanding the causes. J Gerontol 1997; 52A(4): M189-91.
9. Sukegawa T, Itoga M, Seno H, Miura S, Inagaki T, Saito W, et al. Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 2003; 57(3): 265-70.
10. Cricco M, Simonsick EM, Foley DJ. The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults. J Am Geriatr Soc 2001; 49(9): 1185-89.
11. Moran MG, Thompson TL 2nd, Nies AS. Sleep disorders in the elderly. Am J Psychiatry 1988; 145(11): 1369-78.
12. Swift CG, Shapiro CM. ABC of sleep disorders. Sleep and sleep problems in elderly people. BMJ 1993; 29; 306(6890): 1468-71.
13. Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. Am Fam Physician 1999; 59(9): 2551-8
14. Atay T. Yaşlılıkta uyku. T Klin Psikiyatri 2001; 2(2): 91-97.
15. Schubert CR, Cruickshanks KJ, Dalton DS, Klein BE, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. Sleep 2002; 25(8): 889-93.
16. Eker E. Yaşlılıkta uyku bozuklukları ve tedavi. In: Çelikkol A (ed). Uyku bozuklukları. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları; 1(1). Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1996; 75-86.
17. Albarede JL, Morley JE, Roth T, Vellas BJ. Sleep Disorders and Insomnia in the Elderly. Springer Pub Co, New York, USA 1993; 33-68.
18. Aşkın R, Altan A, Kaya N, Aktitiz Y, Kucur R, et al. Yaşlılarda uyku bozuklukları. Türkiye Tıp Derg 1994; 1(1): 47-51.
19. Örnek T, Bayraktar E, Özmen E. Geriatrik Psikiyatri. Özgün Psikiyatrik Bozukluklar Dizisi:I. Saray Tıp Kitabevleri. İzmir, Türkiye, 1992; 111-25.
20. Kryger M, Monjan A, Bliwise D, Ancoli-Israel S. Sleep, health and aging. Geriatrics 2004; 59(1): 24-30.
21. Aydın H, Özgen F. Psikiyatrik bozukluklarda uyku çalışmaları. Klinik Psikiyatri 1998; 2: 89-97.
22. Schechtman KB, Kutner NG, Wallace RB, Buchner DM, Ory MG. Gender, self-reported depressive symptoms, and sleep disturbance among older community-dwelling persons. J Psychosom Res 1997; 43(5):513-27.
23. Aydın H, Özgen F. Uyku bozuklukları. In: Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. Güleç C, Köroğlu E (ed). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1998; 681-97.
24. Aslan S, Işık E. Depresyonda uyku özellikleri ve antidepresan tedavilerin uyku üzerine etkileri. Türkiye'de Psikiyatri 1999; 1; 80-96.
25. Roberts RE, Shema SJ, Kaplan GA, Strawbridge WJ. Sleep complaints and depression in an aging cohort: a prospective perspective. Am J Psychiatry 2000; 157(1): 81-8.
26. Reynolds CF 3rd, Buysse DJ, Kupfer DJ. Treating insomnia in older adults: taking a long-term view. JAMA 1999; 281(11): 1034-5.
27. Foley D, Monjan A, Masaki K, Ross W, Havlik R, White L, Launer L. Daytime sleepiness is associated with 3-year incident dementia and cognitive decline in older Japanese-American men. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(12): 1628-32.
28. Schneider DL. Safe and effective therapy for sleep problems in the older patient. Geriatrics 2002; 57(5): 24-35.
29. Pallesen S, Nordhus IH, Kvale G, Havik OE, Nielsen GH, et al. Psychological characteristics of elderly insomniacs. Scand J Psychol 2002; 43(5): 425-32.
30. Köktürk O, Çiftçi TU. Yaşlılarda uykuda solunum bozuklukları. Türk Geriatri Derg 2004; 7(1): 9-14.
31. Ancoli-Israel S. Sleep problems in older adults: Putting myths to bed. Geriatrics 1997; 52(1): 20-7.



32. Hornyak M, Terankwalder C. Restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the elderly. *J Psychosom Res* 2004; 56(5): 543-8
33. Aksu M. Restless legs syndrome: clinical overview and treatment. *Erciyes Tıp Derg* 2000; 22(1): 58-64.
34. Youngstedt SD, Kripke DF, Klauber MR, et al. Periodic leg movements during sleep and sleep disturbances in elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53(5): M391-4.
35. Ferini-Strambi L, Zucconi M. REM sleep behavior disorder. *Clin Neurophysiol* 2000; 111, suppl 2: 136-40.
36. Olson EJ, Boeve BF, Silber MH. REM sleep behaviour disorder: demographic, clinical and laboratory findings in 93 cases. *Brain* 2000; 123: 331-9.
37. Ohayon MM, Caulet M. Insomnia and psychotropic drug consumption. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1995; 19(3): 421-31.
38. Morgan K, Dallosso H, Ebrahim S, Arie T, et al. Prevalence, frequency, and duration of hypnotic drug use among the elderly living at home. *B M J* 1988; 27(296): 601-2.