



YAŞLANAN KADIN VE PSİKİYATRİK SORUNLAR

Öz

Son yıllarda dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte yaşlı bireylerin sağlık ve bakım ihtiyaçları önem kazanmaya başlamıştır. Yaşla birlikte artan kayıplar, fiziksel sorunlar ve sağlık problemleri ile bağlantılı olarak yaşlılıkta psikiyatrik sorunların görülme sıklığı da artmıştır. Ancak özellikle ruh sağlığı alanında primer hizmet alıcısı kadınlar olmasına rağmen araştırmalar ve hizmetlerin erkeklerin sağlık sorunlarını hedef aldığı görülmektedir. Kadınlar ortalama yaşam sürelerinin daha uzun olması nedeniyle yaşlı nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Yaşam boyunca maruz kaldıkları stres, ekonomik, sosyal ve kültürel alanlardaki olumsuz koşullar kadınları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir. Eğitim düzeyi düşüklüğü, iş ve emeklilik haklarının olmayışı, yoksulluk yaşlı kadın nüfusunda daha yüksek oranda görülmekte, yaşlılıkta eklenen yükler, üstlenilen yeni rollerle birlikte yaşlı kadınlar ruh sağlığı açısından oldukça dezavantajlı bir grup oluşturmaktadırlar. Son yıllarda kadınların sağlık sorunlarına yaklaşımda feminist akımların da etkisiyle bir 'kadın bakış açısı' öne çıkmaya başlamıştır. Ülkemizde de kadın bakış açısıyla yapılacak çalışma, araştırma ve hizmet planlamalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık; Kadın; Psikiyatrik Hastalıklar.

Özlem ERDEN AKI



AGING WOMEN AND PSYCHIATRIC DISORDERS

ABSTRACT

With the considerable growth in the elderly population in the last years, health and care needs of the elderly became more important. The health problems, physical difficulties and losses connected with the aging process increased the prevalence of psychiatric diseases in this group. But despite women being the primary service consumers in mental health field, men are prioritized for research and supply of services. Women comprise the majority of older population due to their longer life expectancy. Unfavourable economic, social and cultural environments, and stressful conditions they are exposed to during their life-time predispose women to psychiatric disorders. Lower education levels, poverty, and lack of employment and retirement privileges are more prevalent in the elder group of women; with the new burdens of old age and the new roles undertaken, elderly women constitute a very disadvantaged group regarding mental health. During the last years with the advent of feminist movements, a 'women's perspective' has emerged. In our country there is a need for research, health care services planning and programming with a 'women's perspective'.

Key Words: Aged; Women; Mental Disorders.

İletişim (Correspondance)

Özlem ERDEN AKI
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı ANKARA

Tlf: 0312 305 14 40
e-posta: ozlemerdenaki@yahoo.com

Geliş Tarihi: 26/12/2011
(Received)

Kabul Tarihi: 02/02/2012
(Accepted)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı ANKARA



GİRİŞ

Son yıllarda dünyamızın nüfusu hızla yaşlandı. Yaşlanan toplumla birlikte bu grubun sağlık ve bakım ihtiyaçları da önem kazanmaya başladı. Yaşla birlikte artan fiziksel sorunlar, yaşlanmanın getirdiği kayıplar, yaşla doğrudan ilgili sağlık problemleri ile de bağlantılı olarak yaşlılıkta psikiyatrik sorunların görülme sıklığı arttı. Halen birçok alanda yaşlanma ve bağlantılı sorunlarla ilgili bilgilerimiz kısıtlı olsa da, bu alanda araştırma ve çalışmaların artışı sevindirici bir gelişmedir.

Psikiyatrik hastalıklarda cinsiyet önemli bir faktördür. Cinsiyet, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığını, risk ve duyarlılığı, hastalıkların başlangıç zamanını, gidişini ve prognozunu belirlemede önemli bir rol oynar. Biyolojik ve psikolojik yatkınlığın yanı sıra, cinsiyetlere özgü sosyal risk faktörlerinin de psikiyatrik hastalıklara yatkınlıkta ve bu hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir. Kadınların toplum içindeki konumları, birbiriyle çatışan iş, aile ve sosyal rolleri, özellikle çocuk ve aile bireylerinin bakımında üstlendiği yük ve yaşadığı çatışmalar, belli toplumlarda daha belirgin olan ancak yaygın olarak rastlanan kadının düşük statüde görülmesi, çalışma yaşamında eşit şartlara sahip olmaması, yoksulluktan daha fazla pay alması gibi sosyal faktörler kadınları strese daha duyarlı, dolayısıyla psikiyatrik hastalıklara daha yatkın kılmaktadır (1,2). Dolayısıyla stres, psikiyatrik rahatsızlıklar ve cinsiyet farkları araştırılırken, sadece biyolojik, genetik, psikolojik faktörler değil, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve bunun sonuçları da belirleyici bir etken olarak ele alınmalıdır. Sadece psikiyatrik hastalıklara duyarlılık değil, psikiyatrik hastalığı olan bireylere toplumun bakışı, aile desteği, sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları da cinsiyetlerinden etkilenmektedir (1).

Özellikle ruh sağlığı alanında primer hizmet alıcısı kadınlar olmasına rağmen psikiyatriyle ilgili çalışmalar ve hizmetlerin, erkeklerin sağlık sorunları üzerinde yoğunlaştığı gözlenmektedir. Oysa kadınların, özellikle yaşlılık dönemindeki kadınların sorunları ve ihtiyaçlarına yönelik çalışmalar yapılması önem arz etmektedir. Kadınların ortalama ömür beklentisinin daha yüksek olduğu, dolayısıyla yaşlı nüfusun çoğunluğunu oluşturdukları bilinmektedir (3,4). Eğitim düzeyi düşüklüğü, iş ve emeklilik haklarının olmayışı, ekonomik zorluklar yaşlı kadınlarda daha yüksek oranda görülmekte ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilemekte, yardım ve bakım hizmeti almayı zorlaştırmaktadır (4). Kadın olmanın getirdiği yaşam boyunca süren olumsuz koşullar, yaşlılıkta yaşam şartlarını daha da zorlaştırmaktadır.

Bu derlemede önce psikiyatrik hastalıklar açısından kadın ve erkekler arasındaki farklardan bahsedilip, daha sonra yaşlılık döneminde kadınlarda görülen psikiyatrik hastalıklardaki farklılıklar ve bu farklılıkları ortaya çıkarmada rolü olan etkenler üzerinde durulacaktır.

PSIKİYATRİK HASTALIKLARIN KADINLARDA VE ERKEKLERDE GÖRÜLME SIKLIĞI

Psikiyatrik hastalıklar genel olarak kadınlarda ve erkeklerde yaşamböyü aynı sıklıkta görülür, ama hastalıkların dağılımları farklıdır (5). Kadınlarda depresyon, erkeklerden 2 kat daha fazla görülürken, erkeklerde alkol bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu kadınlardan sırasıyla 3 ve 4 kat fazla görülür. Depresyonun kadınlarda daha fazla görülmesi bulgusu pek çok farklı kültürde yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (1). Kadınlarda depresyon hem daha dirençli olmakta, hem de daha sık nüks görülmektedir (6,7).

Kadınlarda anksiyete bozuklukları, travma-sonrası stres bozukluğu da erkeklerden daha sık görülmektedir (5). Şiddete uğrayan bireylerden kadınlarda TSSB geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu fark kadınların maruz kaldığı travmanın doğası ve kadınların duyarlılığı ile açıklanmaktadır (8). Alkol ve madde kullanım bozuklukları ise erkeklerde daha yaygındır. Ancak madde kullanım bozukluklarını değerlendirirken dikkatli olunmalıdır, çünkü kadınlar madde kullanımını sıklıkla dile getirmeme eğilimindedirler (9).

Daha nadir görülen, daha ağır ve biyolojik faktörlerin ön planda olduğu psikiyatrik hastalıklarda ise kadın ve erkek arasında görülme sıklığı açısından fark olmadığı bildirilmektedir. Şizofreni ve iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaşam boyu prevalansı kadınlarda ve erkeklerde eşittir (1,5). Ancak bu hastalıklarda da hastalığın başlangıç yaşı, belirtileri, işlevsellik etkileri gibi konularda cinsiyet farklılıkları vardır. Örneğin şizofreni tipik olarak erkeklerde çok daha erken yaşlarda başlar, premorbid işlevsellik bozuktur ve işlevsellik genellikle kadın hastalara göre daha kötü etkilenir. Kadın şizofreni hastalarında pozitif psikotik semptomlar daha fazla, içe çekilme, sosyal izolasyon gibi negatif semptomlar daha az görülür, genellikle toplumsal alandaki işlevsellik de daha iyidir (10). İki uçlu duygudurum bozukluğunda ise kadınlarda hızlı dönümlü form daha sık görülür ve kadınlar manik dönemlerde daha sıklıkla hospitalize edilirler (11).



PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN GELİŞİMİNDE RISK ETKENLERİ VE CİNSİYET FARKLILIKLARI

Psikiyatrik hastalıkların gelişiminde genetik, biyolojik, psikolojik ve sosyal pek çok risk etkeni bulunmaktadır. İki uçlu duygudurum bozukluğu, şizofreni gibi hastalıklarda biyolojik risk etkenlerinin daha belirleyici olduğu ancak sosyoekonomik durum, eğitim, aile desteği gibi faktörlerin de hastalığın şiddetini, seyrini, bireyin tedaviye erişimini ve işlevselliğini etkilediği bilinmektedir. Depresyon gibi hem biyolojik hem psikososyal risk etkenlerinin önemli olduğu hastalıklarda, bu etkenler farklı durumlarda farklı belirleyicilikte olabilmektedir. Risk etkenleri kadınlarda ve erkeklerde farklı biçimlerde etki edebilmektedir.

Stres ve duyarlılık modeli, depresyonun nedenlerini belirlemede sıklıkla kullanılır. Bu alanda farklı ülkelerde ve farklı kültürel gruplarda yapılan çalışmalar, sosyal rollerin ve kültürel faktörlerin kadınlarda depresyonun daha sık görülmesine neden olduğunu bildirmektedir (2). Bu belirleyiciler arasında özellikle öne çıkanlar medeni durum, çocuk bakımı, iş yaşamı ve kadının aile içi yükümlülükler için aldığı destek ve ekonomik durumdur.

Yakın zamanda 'European Social Survey' kapsamında 23 Avrupa ülkesinde yürütülen bir çalışmada, kadınların tüm ülkelerde erkeklerden daha sık depresyon bildirdikleri saptanmıştır. İyi sosyoekonomik durumda olan bireylerde depresyon daha az saptanmış, bu durum cinsiyetler arasında farklılık göstermemiştir. Ancak kadınlarda eğitim durumu ile depresyon arasında negatif bir ilişki saptanmıştır, eğitim kadınları depresyondan korumaktadır. Eğitim kadınlara dolaylı olarak daha iyi çalışma yaşamı ve ekonomik avantaj getirmektedir (12).

Depresyon ve medeni durum arasında bir ilişki olduğu iyi bilinmektedir, fakat bazı çalışmalarda evli kadınlarda depresyonun daha az görüldüğü bulunurken, başka çalışmalarda tersine evli kadınlarda depresyon daha sık saptanmakta, hiç evlenmemiş kişilerin evli ve boşanmış kişilere göre en az oranda depresyona yakalanma riski olduğu bildirilmektedir. Yakın

dönemde yapılan bir çalışmada evliliğin erkekleri depresyondan korumada daha etkili olduğu, kadınlarda ise evli olmanın madde bağımlılığı riskini önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (13). Genel olarak medeni durum ve depresyon arasındaki ilişkinin kadınlarda daha güçlü olduğu saptanmaktadır (1, 14).

Risk etkenleri basitçe var/yok şeklinde ve ayrıntılı analiz edilmeden ele alındığında çelişkili sonuçların görülmesi doğaldır. Evli olan kadınların evlilik doyumu, evlilikle ilgili yaşadıkları sorunlar veya aldıkları destek, çocuk bakımı ile ilgili yükleri ve desteklerinin niceliği/niteliği, depresyon görülme sıklığını önemli ölçüde etkilemektedir. Evli kadınlar Anglo-sakson kültüründe, Meksika kültürüne oranla daha çok stres bildirmektedirler. (15). Kadının ev dışında çalışması her iki kültürde de kadının yaşadığı psikolojik stresi azaltmaktadır. Ancak ev dışında çalışma, kadın eğer iyi sosyal desteğe sahipse depresyon görülme olasılığını azaltırken, sosyal desteği olmayan kadınlarda depresyon riskini artırmaktadır (16). Çocuklu ve çalışan kadınlarda eşin desteği iyiye ve çocuk bakımı konusunda yardım alıyorsa depresyon riski az, eş desteği yetersiz ve kadın çocuk bakımından tek başına sorumluysa depresyon görülme riski yüksektir (17). Aşırı rol yüklenmesi ile tek bir rolde sıkışıp kalma (tüm gün annelik) benzer mekanizmayla stres yaratmaktadır: kontrol duygusunun kaybı (18).

Kadınların ruhsal sağlığı ve risk faktörleri ile ilgili yıllardır yürütülen çalışmalarda, özellikle üreme fonksiyonları ve hormonal değişimlerin etkisini inceleyen pek çok araştırma yapılmaktadır. Kadınların belli psikiyatrik sendromları daha sık göstermesinin sebebi olarak biyolojik etkenleri ve yatkınlık modellerini kullanan açıklamalar yüzüylün başından beri klinisyenleri ve teorisyenleri etkilemiş, pek çok araştırma bu önyargı ile şekillendirilmiştir. Oysa son yıllarda feminist akımların ön plana çıkmasıyla biyolojik açıklamalara ciddi eleştiriler yöneltilmiş, bu eleştirilerin ışığında planlanan araştırmalar psikososyal faktörler denkleme katıldığında, biyolojik faktörlerin kadınların ruhsal sağlığı üzerinde iddia edildiği kadar belirleyici olmadığını göstermiştir (2). Dennerstein

Tablo 1— Cinsiyete Göre Yaşamboyu Psikiyatrik Hastalık Yaygınlığı

Psikiyatrik Hastalıklar	Yaşamboyu Prevalans (%)	
	Kadın	Erkek
Majör depresyon	21.3	12.7
Alkol bağımlılığı	8.2	20.1
Antisosyal kişilik bozukluğu	1.2	5.8

Kessler ve ark, 1994. US National Comorbidity Survey'den uyarlanarak alınmıştır.



ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptığı bir çalışmada menopoza dönemindeki kadınların duygusal iyilik halinin, genel sağlık durumu, psikososyal faktörler ve yaşam biçimleri ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmış, ancak menopoza durumu ve hormon düzeyleri ile ilişkisi gösterilememiştir (19). Kadınların ruhsal sağlığı ile ilgili başka önyargılar da mevcuttur. Örneğin bazı kişilik bozukluklarının kadınlarda daha sık görüldüğü ve bu durumun kadının doğasıyla veya psikodinamik gelişimiyle ilgili olduğu ileri sürülür. Nestadt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sahada yapılan değerlendirmelerde histrionik kişilik bozukluğunun kadınlarda ve erkeklerde aynı oranda görüldüğü saptanmıştır (20). Yazarlar histriyonik kişilik bozukluğunun kadınlarda daha yaygın olduğu yönündeki bulguların, daha önceki çalışmaların klinik örneklemelerde yapılmasına bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir.

Yoksulluk ve şiddete maruz kalma ile psikiyatrik hastalıklar arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Kadınların genellikle şiddete daha sık ve uzun süreyle maruz kalmaları, yoksulluğun kadınlar arasında daha yaygın olması, yoksul kesimlerde şiddetin daha fazla görülmesi gibi etkenler de kadınlarda depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete gibi rahatsızlıkların daha sık görülmesini açıklamaktadır (1).

YAŞLANAN KADIN

Yaşlılar genel kanının aksine oldukça heterojen bir grup oluştururlar, yaşla birlikte bireyler arasındaki fiziksel, ruhsal ve işlevsellikle ilgili farklar artar. Yaşlılık pek çok açıdan kayıplar ve kayıpların baş etme dönemidir. Kişilik özellikleri, genetik faktörler ve sosyokültürel etmenler bireylerin baş etme yetilerini belirler.

Kadınlarda yaşam beklentisi daha uzun olduğu için kadınlar yaşlılık döneminde erkeklerden daha fazla kayıp yaşamaktadırlar. Yaşlı kadınların büyük çoğunluğu dul kalmakta ve yalnız yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar kadınların dul kalma ile daha kolay başa çıktıklarını ve daha az depresyon geliştirdiklerini göstermektedir (21). Kore'de yapılan bir çalışmada boşanmış ve dul kalmış yaşlı erkeklerde daha çok depresyon saptanmış, yaşlı kadınlarda da boşanma/ dul kalma ile depresyon arasında ilişki bulunmuş, ancak bu ilişki erkeklerdeki kadar güçlü bulunmamıştır (22). Yaşlı kadınlar için dul kalma belli bir yaştan sonra beklenen bir durumdur, bu beklenti uyumu kolaylaştırmakta rol oynayabilir. Yine yaşlı kadınlar dul kaldıklarında bakımveren rollerinin sorumluluğundan kurtulup çocukları ve torunları ile daha fazla vakit geçirme olanağına kavuşuyor olabilirler. Gergin evliliklerin getirdiği stresin ve yükün azalması da kadınların eş kaybın-

dan daha az etkilenmelerini açıklıyor olabilir. Kadınların yakın arkadaşlarının olması, daha kolay yardım arayışına girmeleri ve geniş destek ağları da eş kaybı ile başa çıkmada etkili olabilmektedir (23). Kadınların baş etme becerileri açısından daha avantajlı oldukları, erişkinlik döneminde yaşadıkları sorunlarla uğraşırken edindikleri başa çıkma becerilerinin yaşlılıkta da uyum kapasitelerini artırdığı ileri sürülmektedir. Kadınların sıkıntılarını daha kolay ifade ettikleri, yardım arayışına girdikleri, yakın arkadaşlık ilişkileri kurma kapasitelerinin yüksek olduğu ve arkadaşlarla duygusal paylaşımın daha yoğun olduğu da ileri sürülen diğer açıklamalardır (23).

Kayıpların yanı sıra kadınlar yaşlılık döneminde de pek çok psikososyal stresöre maruz kalmaktadırlar. Yaşamları boyunca kesintili çalışan, düşük statülü ve ekonomik karşılığı olmayan sigortasız işlerde çalışan kadınlar yaşlılık döneminde düşük gelir veya düzenli bir gelirden ve sağlık sigortasından yoksun olma, ve sağlık hizmetlerine ulaşamama gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (24). Demans gibi kronik hastalıkların görülme riski kadınlarda daha yüksektir (21). Dolayısıyla kadınlar ileri yaşta bakım gereksinimi ve kısıtlı kaynaklar/yoksulluk sorunları ile daha sık karşılaşmaktadırlar. Farklı ülkeler ve kültürlerde yapılan çalışmalarda gelir düzeyi, sosyoekonomik statü ve eğitim düzeyi hem kadınlarda hem de erkeklerde depresyon sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Ancak kadınlarda gelir ve özellikle eğitim düzeyi ile depresyon ilişkisinin erkeklerden daha güçlü olduğunu bildiren çalışmalar vardır (12,25). Yaşlı kadın ve erkeklerde de benzer bir ilişki bildirilmiştir (26).

Yaşlılık döneminde psikiyatrik hastalık oranları belli gruplarda artar. Toplumda yaşayan 55 yaş üstü bireylerde demans dahil psikiyatrik hastalık oranı %20 iken, kliniklere başvuran bireylerde %30-50, uzun süreli bakımevlerinde kalan yaşlılarda %68-94 arasında bildirilmektedir (27,28). Yaşlılık döneminde de kadınlar ve erkekler arasında, erişkinlik döneminde olduğu gibi psikiyatrik hastalıklar açısından farklar bulunur.

DEPRESYON

Son dönemde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaşlılık döneminde major depresyon oranlarının genç erişkinlikteki oranlardan düşük olduğu saptanmıştır. Yaşlılarda minor depresyon tabloları ya da depresif belirtilerin ise arttığı gösterilmiştir. Medikal problemleri olan, hastanede yatan veya uzun süreli bakımevlerinde kalan yaşlılarda ise tüm depresyon tablolarının görülme sıklığı genel topluma oranla çok yüksektir. Ancak yaşlılığın getirdiği pek çok kısıtlılık ve olumsuzluğa



ragmen, yaşlı bireyler yaşamlarından herhangi bir dönemden daha çok memnun olduklarını belirtmektedirler (29).

İlerleyen yaşla birlikte kadınlarda ve erkeklerde depresyon görülme oranları birbirine yaklaşır. Yaşlı kadınlarda depresyon görülme sıklığı genç kadınlardan az bulunmuştur (30). Depresyon görülme sıklığının kadınlarda yaşla azaldığı, erkeklerde ise aynı kaldığı veya arttığı, böylece kadın/erkek farkının da azaldığı ileri sürülmüştür (31). Kadınların rol karmaşaları ve yüklerinin azalması, olumsuz evliliğin getirdiği etkilerin azalmasının bu durumda rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. Yine kadınların yıllarca karşılaştıkları olumsuzlukların stresle daha iyi baş etmelerine ve dayanıklı olmalarına, dolayısıyla yaşla gelen kayıplar, dul kalma ve yalnız yaşama gibi durumlarla daha kolay başa çıkmalarına neden olmuş olabileceği de ileri sürülmektedir (29). Kadınların aile içinde bakımveren rollerini sürdürmeleri, torunların bakımı, günlük ev işleri gibi konularda aktif görev almaya devam etmeleri de yeterlilik ve bir işe yarıyor olma duygusunu besleyerek depresyon sıklığını azaltıyor olabilir.

İntihar yaşlılık depresyonunun en olumsuz sonuçlarından biridir. Yaşlı erkeklerde intihar sıklığı kadınlardan yüksektir, ancak yaşlı kadınların da intihar girişimlerinde öldürücü yöntemler kullandıkları bildirilmektedir. Kadınların olumsuz duygularını daha kolay ifade etmelerinin, kişilerarası ilişkilere değer vermeleri ve yardım istemelerinin, kadınlarda intihar sıklığını azalttığı düşünülmektedir (32).

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Panik bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobiler, obsesif kompulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu DSM-IV'de anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılır. Yaşam boyu yaygınlığı yüksek hastalıklardır ve genellikle kadınlarda erkeklerin iki katı sıklıkta görülürler. Yaşlı kadınlarda herhangi bir anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %11 olarak bildirilmektedir (33). Yaşlılarda anksiyete bozuklukları klinikte çok sık görülmekle birlikte maalesef üzerinde çalışılmış bir konu değildir.

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) sıklıkla kronik gidişli ve işlevselliği önemli oranda etkileyen bir bozuktur. YAB hastalarının çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (34). Yaşlılarda anksiyetenin ortaya çıkmasını kolaylaştıran bazı faktörler vardır. Depresyon için geçerli olduğu gibi, eşlik eden medikal hastalıkların bulunması anksiyete bozukluklarının ileri yaşlarda ortaya çıkmasıyla ilişkilidir. Astım, diyabet, nörolojik hastalıklar, yaşlılığa özgü presbiakuzi, presbiyopi gibi duyuşsal kusurlara yol açan fizyolojik durumların yanında

katarakt, makula dejenerasyonu veya diyabetik retinopati gibi görme kaybına yol açan hastalıklar, yaşlılığın günlük işlevselliğinde ciddi bozulmalara ve bağımsızlığın kaybına yol açarak anksiyeteyi tetikleyebilirler. Yine benzer şekilde işitme kayıpları kişinin bireylerarası ilişkilerini etkileyebilir, gerginliklere yol açabilir, güvenlikle ilgili konularda sıkıntı yaratabilir ve yaşlı bireyde anksiyete duygusuna yol açabilir. Yaşlılarda sık görülen denge problemleri düşme anksiyetesinin gelişmesine sebep olabilir, yine özellikle kadınları daha çok etkileyen idrar inkontinansı da yaşlılığın toplum içinde utanmaktan korkmasına ve ev-dışı etkinliklerini kısıtlamasına yol açabilir (35).

Anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha çok görülmesini açıklayan sosyokültürel faktörlerden de bahsedilmektedir. Kadınların çocukluktan itibaren daha boyun eğici, daha kontrollü davranmak üzere eğitilmelerinin, toplumda da bu tutumun devam etmesiyle kadınları anksiyeteye daha yatkın hale getirdiği düşünülmektedir (36).

PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şizofreni düşünce, duygulanım ve biliş alanında bozulmayla Şgiden en ağır psikiyatrik hastalıklardan biridir. Kadınlarda ve erkeklerde eşit oranda görülür, ancak kadınlarda daha geç yaşta başlar (27). Yaşlı şizofreni hastası kadınlar ve erkekler belirtiler açısından farklılık göstermezler, ancak sosyal alanda ve işlevsellik alanında bazı farklılıklar bildirilmektedir. Şizofreni hastası kadınlar genellikle daha az evlenmekte ve az sayıda çocuk doğurmaktadırlar. Sıklıkla çocuk bakımı başkaları tarafından üstlenilmekte, boşanma durumunda çocuklarının velayetini alamamaktadırlar. Şizofreni hastası kadınlar genellikle cinsel saldırı ve her türlü saldırıya erkeklerden daha sık maruz kalmaktadırlar (37).

Yaşlı şizofreni hastaları kendilerine bakımlarını sıklıkla ihmal ederler, medikal hastalıklara özellikle kardiyovasküler hastalıklar geliştirmeye daha yatkındırlar (38). Özellikle kadın hastalar yoksulluk ve kötü yaşam koşullarına mahkum kılırlar. Yakın arkadaşlık ve akraba ilişkilerinin bozulması nedeniyle ihtiyaç duydukları destek ve yardımdan mahrum kılırlar. Bu hastaların sayılan nedenlerden dolayı tedaviye başvuruları da sınırlıdır (39).

DEMANS

Yaşla birlikte bellekte zayıflama, entellektüel işlevlerde farklılıklar ortaya çıkması beklenir, özellikle kronik hastalıkların eşlik ettiği, çoklu ilaç kullanımı olan yaşlı bireyler-



de bellekte daha belirgin bozulma görülebilir. Bellek kusurları yaşlılar tarafından sıklıkla dile getirilir, kimi zaman bireyde ciddi endişeler yaratabilir. Kadınlar ve erkekler bellekle ilgili benzer kaygılar dile getirmekte ve benzer başa çıkma mekanizmaları kullanmaktadırlar, ancak kadınların dini inanca sığınma, yardım isteme ve varoluşsal büyüme stratejilerini daha sık kullandıkları görülmektedir (40). Yaşla birlikte olan değişiklikler kaygıya yol açabilirler ancak gündelik işlevselliği etkilemedikleri sürece basit önlemlerle üstesinden gelinebilir.

İleri yaşta kadınlarda bellek bozuklukları ile menopoz ilişkisi üzerinde çalışılmış olan bir konudur. Menopozun bellek işlevleri üzerine olan etkisi hayli tartışmalıdır. Bireylerin bildirimine dayanan çalışmalarda menopozun bellek işlevlerini olumsuz yönde etkilediği gösterilirken, nöropsikolojik testlerin ve objektif ölçümlerin kullanıldığı araştırmalarda çelişkili sonuçların ortaya çıktığı gözlenmiştir (41). Kadınlarda sık görülen depresyon, meme kanseri gibi hastalıkların ve tedavilerinin de bilişsel işlevlere olumsuz etkilerinin olduğu son yıllarda gösterilmeye başlanmıştır (42).

Demans özellikle ileri yaşta ortaya çıkan, sinsiz gelişen, geri dönüşü olmayan ilerleyici bellek bozukluğu ve en az bir başka bilişsel alanda daha kayıpla karakterize ciddi bir rahatsızlıktır. Kadınlarda demansın daha sık görüldüğü sıklıkla bildirilen bir bulgudur ancak bu bulgu genellikle kadınların daha uzun yaşamalarıyla açıklanmaktadır (43). Alzheimer tipi demans kadınlarda daha sık görülürken, kardiyovasküler risk faktörleriyle ilişkili olan vasküler demans tablolarına erkeklerde daha sık rastlanmaktadır (27). Kadınlar daha uzun yaşadıkları için ileri yaşta demansı olan kadınların yalnız yaşamları bakım sorunlarına yol açmaktadır. Erkekler demans geliştirdiklerinde genellikle bakım sorumluluğu karıları tarafından üstlenilirken, kadınlar demans geliştirdiklerinde sıklıkla yalnız yaşamak durumunda kalmaktadırlar. Kadınların yoksulluktan daha fazla pay almaları, bağımsız gelirlerinin olmayışı gibi etkenler profesyonel tedavi ve bakım hizmetlerine erişimlerini güçleştirmektedir (44).

Kadınlar tüm hayatları boyunca çocukları, eşleri için sürdürdükleri bakım verme görevini genellikle ileri yaşlarda da devam ettirmektedirler. Demans hastasına bakım vermek hem fiziksel hem de ruhsal açıdan zorlu, yüklü bir süreçtir. Bakımverenler üzerine yapılan çalışmalar genellikle kadınlara odaklanmıştır, bu grubun tükenmişlik yaşadığı, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklara yatkın olduğu literatürde bildirilmektedir (45). Burada da kadınlarla erkekler arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Calasanti ve King'in 2007 yılında yürüttüğü bir araştırmanın sonuçları kadın ba-

kımverenlerin genellikle duygusal açıdan daha çok etkilendiğini, daha sık suçluluk ve yetersizlik duygularına kapıldıklarını, ve tükenmişlik yaşadıklarını bildirmektedir. Erkekler ise bakım verme sürecini bir 'iş' olarak görmekte, işin yapılmasını sağlamayı öncelikli kabul etmekte, duygusal anlamda daha az etkilenmektedirler. Kadınların bakımveren olarak kendilerinden beklentileri yüksektir, toplumun beklentisi de yüksektir. Oysa aynı çalışmada derinlemesine görüşmeler yapılan erkek bakımverenler 'iş' yapmaları nedeniyle dahi çevreden övgü aldıklarını ve takdir edildiklerini belirtmektedirler (44).

Kadınların bakımveren rollerinin ileri yaşlarda da devam etmesinin olumlu yönleri de bildirilmektedir. Kadınlar torunlarının veya ebeveynin bakımını üstlenerek, günlük ev işlerini yapmayı sürdürerek toplumda aktif rol üstlenmeye devam etmektedirler.

Sonuç olarak, kadınların yaşam boyu maruz kaldıkları stres ve ekonomik, sosyal ve kültürel nedenlerden dolayı sağlık hizmetine ulaşımında yaşadıkları güçlüklerin yanı sıra, yaşlılıkta eklenen yükler, üstlenilen yeni roller ve sağlık hizmetine ulaşımı zorlaştıran başka faktörlerin de eklenmesiyle yaşlı kadınların dezavantajlı bir grup oluşturdukları aşikardır. Yaşam boyunca iş yaşamında kısıtlı olarak yer alan, çoğunlukla aile içinde bakım verme görevini üstlenen, maaş, emeklilik haklarından yoksun olan kadınlar yaşlılık döneminde daha ağır bir ekonomik yoksulluk yaşamaktadırlar. Tüm olumsuzluklara rağmen kadınların yaşam boyu edindikleri deneyimler, sıklıkla daha etkili başa çıkma stratejileri oluşturmalarına, yaşlanmanın getirdiği olumsuzlukları daha kolay kabullenmelerine ve mücadele etmelerine de neden olmaktadır. Yaşlı kadınlar daha güçlü bir sosyal destek ağı kurmakta, az sayıda ama paylaşımcı arkadaşlık ilişkileri geliştirmekte ve yardım istemekte, devam eden bakımveren görevlerinden de doyum sağlamaktadırlar. Ancak kadınların karşılaştığı yoksunluk ve yüklerle mücadelede bireysel psikolojik faktörlere dayalı bir strateji oluşturmanın yetersiz olacağı da açıktır. Özellikle yoksullukla mücadelede, ilerleyen yaşla birlikte artan sağlık sorunları ve artan bakım ihtiyacının karşılanması amacıyla bu alanda sosyal politikaların geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Yaşlılık dönemi son yıllarda ihtiyacın artmasına paralel olarak üzerinde çalışılan bir dönem olmuştur. Ancak araştırmaların pek çoğunun erkekler üzerinde yoğunlaştığı, ileri yaşta kadınların gereksinimlerine özel çalışmaların pek az olduğu görülmektedir. Oysa bu alanda kadın bakış açısıyla planlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Türkiye'de de dünyayla paralel olarak yaşlı nüfusun ve bu nüfusun sağlık ihtiyaçlarının artmasıyla birlikte yaşlılık ve



yaşlı sağlığı alanı son yıllarda gelişmeye başlamıştır. Pek çok devlet kurumu ve üniversiteler yaşlı sağlığı alanında çalışmalar planlamakta, bu alanda çalışacak eleman yetiştirmek için bilim dalı ve yan dal kürsüleri kurulmaktadır. Henüz başlangıç aşamasında olmasına rağmen önemli adımlar atılmaktadır. Ancak psikiyatrik hastalıkların tanısı, tedavisi ve önlenmesinde sadece psikiyatri uzmanlık alanları değil aile hekimleri, toplum sağlığı merkezleri, tıp alanındaki diğer uzmanlık dalları yanısıra uzun süreli bakım ve ayaktan bakım hizmeti kurumlarına, psikologlara, sivil toplum kuruluşları, dernekler ve belediyeler gibi pek çok kuruma da görevler düşmektedir. Yaşlılıkla ve yaşlı sağlığı ile ilgili politikalar düzenlenirken, bu alanda çalışan kişi ve kurumların 'kadın bakış açısı' kazanmaları için yapılacak bilgilendirmelere ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Women's mental health: an evidence based review. World Health Organization, 2000 Geneva.
2. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression, critical review. *Br J Psychiatry* 2000;177:486-92. (PMID:1102321).
3. Malatesta V. Introduction: The need to address older women's mental health issues. *Journal of Women and Aging* 2007;19(1):1-12. (PMID:17588876).
4. Ünalın T. The status of old age population in Turkey. *The Turkish Journal Of Population Studies*, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 2002;22:3-22.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(1):8-19. (PMID:8279933).
6. Bracke P. The three-year persistence of depressive symptoms in men and women. *Soc Sci Med* 2000;51(1):51-64. (PMID:10817468).
7. Kuehner C. Gender differences in the short-term course of unipolar depression in a follow-up sample of depressed inpatients. *J Affect Disord* 1999;56 (2-3):127-39. (PMID:10701470).
8. Franco M. Posttraumatic stress disorder and older women. *J Women and Aging*. 2007;19(1):103-17. (PMID:17588882).
9. Epstein EE, Fisher-Elber KBA, Al-Otaiba Z. Women, aging and alcohol use disorders. *J Women and Aging* 2007;19(1-2): 31-48. (PMID:17588878).
10. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2010;22(5):417-428. (PMID:21047156).
11. Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammen C. Gender and bipolar illness. *J Clin Psychiatry* 2000;61(3): 173-8. (PMID:10847318).
12. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med* 2010;71(2):305-13. (PMID:20483518).
13. Scott KM, Wells JE, Angermeyer M, et al. Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychol Med* 2010;40(9):495-505. (PMID:19939327).
14. Earle JR, Smith MH, Harris CT, Longino CF. Women, marital status, and symptoms of depression in a midlife national sample. *J Women and Aging* 1997;10(1):41-57. (PMID:9870051).
15. Ross CE, Mirowsky J, Ulbrich P. Distress and the traditional female role: a comparison of Mexicans and Anglos. *AJS* 1983; 89(3):670-82. (PMID:6666783).
16. Parry G, Shapiro DA. Social support and life events in working class women. Stress buffering or independent effects? *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(4):315-23. (PMID:3954554).
17. Russo NF. Overview: forging research priorities for women's mental health. *Am Psychol* 1990;45(3):368-73. (PMID:2310084).
18. Rosenfield S. The effects of women's employment: personal control and sex differences in mental health. *J Health Soc Behav* 1989;30(1):77-91. (PMID:2723381).
19. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Well-being and menopausal transition. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18(2): 95-101. (PMID:9219105).
20. Nestadt G, Romanoski AJ, Chahal R, et al. An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychol Med* 1990; 20(2):413-422. (PMID:2356266).
21. Miller NB, Smerglia VL, Bouchet N. Women's adjustment to widowhood: does social support matter? *J Women and Aging* 2004;16(3):149-167. (PMID:15778175).
22. Jang SN, Kawachi İ, Chang J, et al. Marital status, gender and depression: analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Soc Sci Med* 2009; 69 (11): 1608-15. (PMID 19819601).
23. Moremen RD. Best friends: role of confidantes in older women's health. *J Women Aging* 2008;20(1-2):149-67. (PMID:18581706).
24. Oztop H. Yaşlı kadınların ekonomik ve psikososyal sorunları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(4):234-9.
25. Kosidou K, Dalman C, Lundberg M, Hallqvist J, Åsacsson G, Magnusson C. Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: a population-based study. *J Affect Disord* 2011;134(1-3):160-7. (PMID:21665286).
26. Back JH, Lee Y. Gender differences in the association between socioeconomic status (SES) and depressive symptoms in older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52(3):140-4. (PMID:20947184).



27. Sadavoy J, Jarvik LF, Grossberg GT. *Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry*. 3rd edition, New York, Norton and Company, USA 2004.
28. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med* 2003;19(4):663-696. (PMID:15024807).
29. Goldstein RD, Gruenberg AM. Major depressive disorder in the older adult: implications for women. *J Women and Aging* 2007;19(1):63-78. (PMID:17588880).
30. Jeste DV, Alexopoulos GS, Baratels SJ, et al. Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(9):848-53. (PMID:12884891).
31. Rokke PD, Klenow, DJ. Prevalence of depressive symptoms among rural elderly: Examining the need for mental health services. *Psychotherapy* 1998;35:545-58.
32. Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry* 1998;39(4):165-75. (PMID:9675500).
33. Fisher JE, Zeiss AM, Carstensen LL. Psychopathology in the Aged. In H.E. Adams, P.B. Sutker (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. 3rd edition, New York: Plenum Publishers, USA 2001, pp 921-951.
34. Bekker MHJ, Mens-Verhulst J. Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gend Med* 2007;4(suppl B):178-93. (PMID:18156102).
35. Weissman J, deLevine S. Anxiety Disorders and Older Women. *Journal of Women and Aging* 2007;19(1-2):79-101. (PMID:17588881).
36. McLean CP, Anderson ER. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clin Psychol Rev* 2009;29(6):496-505. (PMID:19541399).
37. Dickerson FB. Women, Aging, and Schizophrenia. *J Women and Aging* 2007;19(1):49-61. (PMID:17588879).
38. Mitchell AJ, Lord O. Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 2010;24(suppl 4):69-80. (PMID:20923922).
39. Dickerson FB, Pater A, Origoni AE. Health behaviors and health status of older women with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2002;53:882-4. (PMID:12096174).
40. McDougall GJ. Gender differences in coping and control with memory aging. *J Women and Aging* 1997;10(1):21-40. (PMID:9870050).
41. Woods NF, Mitchell ES, Adams C. Memory functioning among midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause* 2000;7(4):257-265. (PMID:10914619).
42. Castellon SA, Ganz PA, Bower JE, Petersen L, Abraham L, Grendale GA. Neurocognitive performance in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy and Tamoxifen. *J Clin Exp Neuropsychol* 2004;26(7):955-69. (PMID:15742545).
43. Badgio PC, Worden B. Cognitive functioning and aging in women. *J Women and Aging* 2007;19(1):13-30. (PMID:17588877).
44. Calasanti T, King N. Taking women's work like a man: husbands' experience of care work. *Gerontologist* 2007;47(4):516-27. (PMID:17766672).
45. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist* 2000;40(2):147-64. (PMID:10820918).