



Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLI HASTALARIN İHMAL VE  
İSTİSMARININ ACİL SERVİS HEKİMLERİNDEKİ FARKINDALIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Saffet ÖZDEMİR

Uzmanlık Tezi

Ankara, 2018

ACİL SERVİSE BAŞVURAN YAŞLI HASTALARIN İHMAL VE  
İSTİSMARININ ACİL SERVİS HEKİMLERİNDEKİ FARKINDALIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Arş. Gör. Dr. Saffet ÖZDEMİR

Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı

Uzmanlık Tezi

Danışman  
Dr.Öğr.Üyesi Burak KATIPOĞLU

Ankara, 2018

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince hem hekimlik mesleğine hem de hayata yaklaşımlarıyla bizlere örnek olan, başta anabilim dalı başkanımız, kıymetli hocam Prof. Dr. Atıla KORKMAZ' a,

Bilgisini ve deneyimlerini her zaman cömertçe bizlerle paylaşan değerli hocalarım; Dr. Öğr. Üyesi Togay EVRİN' e ve tez danışmanım olan Dr. Öğr. Üyesi Burak KATIPOĞLU' na saygı ve teőekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım süresince bana her zaman destek olan ve çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarım ve hekim adayı arkadaşlarıma, tüm sağlık personellerine teőekkürü borç bilirim.

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, emeklerini esirgemeyen aileme teőekkürlerimi sunarım.

Son olarak her daim yanımda ve kalbimde hissettiğim, bana sabırla, anlayışla, sevgiyle yaklaşan eşim Dr. Fatma Akkuş ÖZDEMİR' e ve hayatımıza girdiği andan itibaren renk katan, her anımı kıymetli kılan oğlum Ömer Ali' ye teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Saffet Özdemir

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>ii</b>
<b>KISALTMALAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ .....</b>	<b>v</b>
<b>TABLO DİZİNİ.....</b>	<b>vi</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Yaşlı Nüfusun Dağılımı.....	4
2.2. Yaşlı İstismar ve İhmali: .....	5
2.3. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Çeşitleri.....	7
2.4. Epidemiyoloji .....	8
2.5. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Nedenleri.....	9
2.6. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Fizik Bakışı ve Olası Bulguları.....	11
2.7. Risk Faktörleri .....	14
2.8. Yaşlı İstismar ve İhmalinde Tarama ve Değerlendirme.....	16
2.9. Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Girişimler .....	18
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>
3.1. Araştırmanın Evreni .....	21
3.2. Verilerin Elde Edilmesi ve Toplanması .....	21
3.3. Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntem .....	23
3.4. Çalışma Akış Şeması.....	24
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
4.1. Tanımlayıcı Tablolar .....	25
4.2. Hipotez Testlerine Ait Bulgular .....	38
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>51</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>58</b>
<b>7. ÖZET.....</b>	<b>59</b>
<b>8. SUMMERY.....</b>	<b>61</b>
<b>9. REFERANSLAR.....</b>	<b>63</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>69</b>

Ek-1. Anket Formu .....	ii
Ek-2. Etik Kurul Örneği .....	69
	74



## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACEP</b>	: American College of Emergency Physicians
<b>BASE</b>	: Brief Abuse Screen for The Elderly
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>CASE</b>	: Caregiver Abuse Screen
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EAI</b>	: Elder Assesment Instrument
<b>HS_EAST</b>	: Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
<b>IOA</b>	: Indicators of Abuse Screen
<b>NCEA</b>	: Yaşlı İstismarı Ulusal Merkezi
<b>NEAIS</b>	: Ulusal Yaşlı İstismar Çalışması
<b>TUİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu

## ŞEKİL DİZİNİ

<b>Şekil 2.1.</b> Türkiye İstatistik Kurumu 2008-2025 yılları arasında 65 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranı projeksiyonları (TÜİK 2010-c) .....	5
<b>Şekil 2.2.</b> Türkiye’de 1935-2075 arasında nüfus piramidindeki değişim projeksiyonu (TÜİK 2010-c) .....	5
<b>Şekil 4.1.</b> HS-EAST ‘i ile cinsiyetin karşılaştırılması.....	39
<b>Şekil 4.2.</b> Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması .....	40
<b>Şekil 4.3.</b> HS- EAST ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması.....	42
<b>Şekil 4.4.</b> Yaşlı istismar ve ihmalindeki anamnez ve fizik muayene bulguları ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması.....	43
<b>Şekil 4.5.</b> Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları ile acil serviste çalışma sürelerinin karşılaştırılması .....	46
<b>Şekil 4.6.</b> Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları ile katılımcıların görev durumunun karşılaştırılması.....	48

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> Yaşlı İstismar ve İhmalinin Nedenleri .....	10
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların bazı mesleki ve demografik özellikleri .....	25
<b>Tablo 4.2.</b> Yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili eğitim durumunun dağılımı .....	26
<b>Tablo 4.3.</b> Yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili güncel bilgilerin takip edilip, edilmediğinin; takip edenlerin nasıl takip ettiklerinin dağılımı .....	26
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların çalıştığı hastaneye göre günlük başvuran hasta sayısı, yaşlı hasta sayısı ve yaşlı istismarı veya ihmali ile karşılaşma oranları dağılımı .....	27
<b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların yaşlı istismar veya ihmal olgusuyla karşılaşma durumlarının, tanı koyma yöntemlerinin ve hangi aşamada tanı koyduklarının, yaşlı ihmal veya istismar türü/türleri ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.6.</b> Yaşlı istismar ve/veya ihmali açısından hastaya ait risk faktörlerinin hangilerinin olduğu sorusuna katılımcıların verdiği cevapların dağılımı .....	29
<b>Tablo 4.7.</b> Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testine farkındalığın dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.8.</b> Yaşlı istismarına yönelik geçerlilik ve güvenilirliği bulunan tarama testinin, bilinip bilinmediğinin sorgulanması.....	32
<b>Tablo 4.9.</b> Katılımcıların yaşlı hastalardaki anamnez ve fizik muayene bulgularında istismar ve/veya ihmalden şüphelendikleri cevapların dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.10.</b> Yaşlı istismar ve/veya ihmal vakasıyla karşılaşıldığında izlenecek yollara verilen cevapların dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.11.</b> Yaşlı istismar ve ihmali bildirimde bulunmama ya da az bulunma sebeplerinin değerlendirilmesi .....	37
<b>Tablo 4.12.</b> Kurs eğitimi alanların cinsiyetlerinin dağılımı.....	38
<b>Tablo 4.13.</b> Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile cinsiyetin karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 4.14.</b> HS-EAST 'i ile cinsiyetin karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 4.15.</b> Yaşlı istismar ve ihmali anamnez ve fizik muayene bulguları ile cinsiyetin karşılaştırılması .....	39



<b>Tablo 4.16.</b> Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 4.17.</b> HS- EAST ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 4.18.</b> Yaşlı istismar ve ihmalindeki anamnez ve fizik muayene bulguları ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 4.19.</b> Çalışılan süre ile yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörlerinin kıyaslanması.....	44
<b>Tablo 4.20.</b> HS- EAST ile acil serviste çalışma sürelerinin karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.21.</b> Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları ile acil serviste çalışma sürelerinin karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 4.22.</b> Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörlerinin görev durumu ile karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.23.</b> HS-EAST ile katılımcıların görev durumunun karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.24.</b> Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları ile katılımcıların görev durumunun karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 4.25.</b> Görev yapılan kurum ile yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörlerinin kıyaslanması.....	49
<b>Tablo 4.26.</b> Görev yapılan kurum ile HS-EAST' ın karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 4.27.</b> Görev yapılan kurum ile yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulgularının karşılaştırılması.....	50

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan hayatının önemli bir kısmını yaşlılık dönemi oluşturur. 60 veya 65 yaş üzerini yaşlılığın başlangıcı kabul eden görüşler olsa da esasen yaşlanmak, bireysel farklılıkları oldukça fazla olan bir olgu olarak kabul görür. Dünyada yaşam beklentisi sürekli gelişen tıbbi teknoloji ve bilim, bakım ve tedaviye ulaşmada artış, azalan doğum oranı, enfeksiyonların kontrolünün sağlanması, kronik hastalıkların tedavisindeki gelişmeler gibi birçok nedenle artmıştır. 2012 yılında 60 yaş üzeri nüfusun %30' un üstündeki tek ülke Japonya iken 2050 yılında öngörülen nüfus dağılımında başta Avrupa ülkeleri olmak üzere, Kuzey Amerika, Çin gibi nüfusun yoğun olduğu bir çok ülkede yaşlı oranının %30' u geçeceği tahmin edilmektedir [1]. Türkiye ise bu oranda hızlı artış olmasa da yaşlı nüfus oranının arttığı ülkelerden birisidir. 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi olan yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 olarak saptanmıştır. 2025 yılında ise, 65 yaş ve üzeri nüfus oranının yaklaşık %10' a, 2050 yılında ise %20' ye, 2075 yılında %27' ye yükseleceği tahmin edilmektedir [2].Gerek dünyada gerekse Türkiye'de yaşlı nüfusun artması ekonomik, sosyal, sağlık gibi alanlarda bir çok sorunu beraberinde getirmektedir. Nüfus yapısındaki bu değişim yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmek, sağlıklı, huzurlu, güvenli bir şekilde yaşamlarını devam ettirmelerini sağlamak yönünde önem kazanmıştır. Bu konuya Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı' nda 'Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek' şeklinde değinilmiştir [3].

Yaşlılık bedensel ve zihinsel işlevlerdeki yetersizliğin belirgin bir şekilde arttığı, kaçınılmaz ve geri dönüşümsüz bir süreçtir. Kişilerin yaşlanması sonucunda yaşamlarını yalnız bir şekilde devam ettirmede zorlanmaları sebebiyle yaşlılık ihmal ve istismara uğrama riskinin bir hayli arttığı bir dönemdir.

Yaşlı ihmal ve istismarı toplumda ne boyutta olduğu bilinmeyen, gizli kalan ve istismar edilenin de bu durumu söylemediği bir sağlık problemidir [4]. Bu sorunların yeterince dile getirilmemesi nedeniyle doğru verilere ulaşmak güçtür. Yapılan araştırmalar sonucunda gelişmiş ülkelerde bile resmi bildirimler oldukça azdır. Amerika Birleşik

Devletleri' nde (ABD) 1996 'da Ulusal Yaşlı İstismar Çalışması (NEAIS)' nda bildirimini olmayan ihmal ve istismarın %60' ın üzerinde olduğu belirtilmiştir [5].

Son yıllarda kadın, çocuk ve engellilere yönelik şiddetle mücadele sıkça gündemde yer tutarken yaşlı istismarı ile ilgili çalışma sayısı azdır. Yaşlı istismarı konusu ilk kez 1970' li yıllarda Amerikan toplumunda ele alınmış ve ABD'de 1979 yılında özel yaşlı istismarı yasası oluşturulmuştur [6].

Günümüzde teknolojinin sürekli ve hızla gelişmesi, köyden şehre göçlerin artması, geniş ailenin yerini çekirdek ailenin alması, kuşak farklılığının olması sonuçta yaşlıların ihmaline, yalnız kalmalarına, kendine güvenlerinin kaybına, yetersizlik hissetmelerine ve istismar edilmelerine yol açmaktadır [7]. Gelişmekte olan ve gelişmiş olan bütün ülkelerde artan yaşlı nüfusuyla beraber yaşlıların yakını veya bakım veren kişiler tarafından istismar edilmesi artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gelişmekte olan ülkemizde de sosyal güvenlik sisteminin yetersizliği ve çekirdek aile yapısının artması sonucu aile desteğini kaybeden yaşlılarda yaşlanmanın verdiği sorunlar daha fazla hissedilmektedir. Bunun sonucunda da yaşlılara yönelik istismar ve ihmal durumunda artış gözlenmektedir. Ekonomik yetersizlik, stresli yaşam, işsizlik oranının artmış olması gibi bir çok neden sonucunda aileye fazlalık gibi görülen yaşlılara ihmal ve istismarın artacağı öngörülmektedir [5]. Yaşlılığın kısa bir zaman sonra önemli bir sorun olacağını öngörmek gerektiği gibi ayrıca bu konuda araştırmaların yapılması ve çözüm önerilerinin getirilmesi gerekmektedir. Çünkü yaşlı ihmal ve istismarı önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir. Yaşlı ihmal ve istismarı mortalite ve morbiditesi üzerine Türkiye'de çok fazla çalışma olmamakla birlikte yurtdışında prospektif çalışmalar yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada [8] toplumda yaşayan 65 yaş ve üzeri erişkinlerin sosyal hizmetlere başvuruları incelendiğinde diğer mortalite nedenleri de göz önüne alındığında, sağ kalımın azaldığı saptanmış ve kötü muameleye maruz kalanlarda 3,1 kat, kendi kendini ihmal edenlerde ise, 1,7 kat ölüm riski artışı tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada [9] , 50-79 yaş arası aralığındaki kadınlarda, son bir yıl içerisinde fiziksel istismara uğradığını bildirilenlerde en yüksek mortalite saptanmıştır. Fiziksel ya da sözel saldırı ile istismar edildiğini bildirilenlerde istismar edilmeyenlere göre mortalitenin yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşlı popülasyona yaklaşımda yaşlıya ihmal ve istismarı etkileyen faktörleri saptamak, bildirmek, önlemeye yönelik tedbirler ve girişimlerde bulunmak gerekmektedir. Sağlık çalışanları ve özellikle acil serviste görevli hekimler bu konunun saptanmasında çok dikkatli olmak zorundadır. Türkiye’de poliklinik randevularının uzun sürede verilmesi, sağlık personeli yetersizliği, toplumun bilinçsizliği gibi pek çok nedenden dolayı yaşlılar yakınları, bakım verenleri veya bakımevleri tarafından daha çok acil servislere getirilmektedir. Bunda, aynı zamanda acil servislerin hastanelerin giriş kapısı olması, 24 saat kesintisiz hizmet vermesi, sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlayan önemli bir klinik olması da etkindir. Yaşlı nüfusun giderek artması ve yukarıdaki nedenlerden dolayı acil servislere başvuran hastaların büyük bir kısmı yaşlılardan oluşmaktadır. Acil servislerde, bakım evlerinde, hastanede yatan ve ayaktan başvuran hastalarda yaşlı istismar ve ihmali açısından son derece dikkatli olmak önem arz eder [10]. Acil servislerdeki aşırı yoğunluk, sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi yetersizliği, acil servis şartlarının yetersizliği gibi nedenlerden dolayı ihmal ve istismar olguları göz ardı edilebilmekte, ancak ciddi şüphe durumunda tanınabilmektedir. Yapılan bir araştırmada yaşlı hastaların bakım verenlerinin istismarı bildirim oranı %27 iken, aynı hasta grubunu muayene eden hekimlerin istismarı saptaması %18’dir [11]. İstismar edilen yaşlı hastaların sayılarının artması beklenmekte olup özellikle acil servis çalışanları başta olmak üzere tüm hekim ve yardımcı sağlık personelinin istismar ve ihmali tanınması yönünde eğitim almaları ve bu konuya farkındalıklarının olması gerekir. Bununla birlikte hekim, sosyal hizmet uzmanı, yardımcı sağlık personeli ve avukattan oluşan özel bir ekip oluşturulup bu tür olguların tedavi edilmesi, izlenmesi, bildirilmesi ve gerektiğinde de adli ve sosyal destek verilmesi sağlanmalıdır [11].

Bu çalışmanın temel amacı; acil servislere başvuran yaşlı hastalardaki ihmal ve istismar durumunun, acil servis hekimlerindeki farkındalık ile bu duruma karşı tutumlarının ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir. Bununla birlikte iş yükünün yoğun olduğu yerlerden olan acil servislerde çalışan hekimler tarafından yaşlı hastalar değerlendirilirken ihmal ve istismar durumunun da göz önünde bulundurulmasını sağlamaktır.

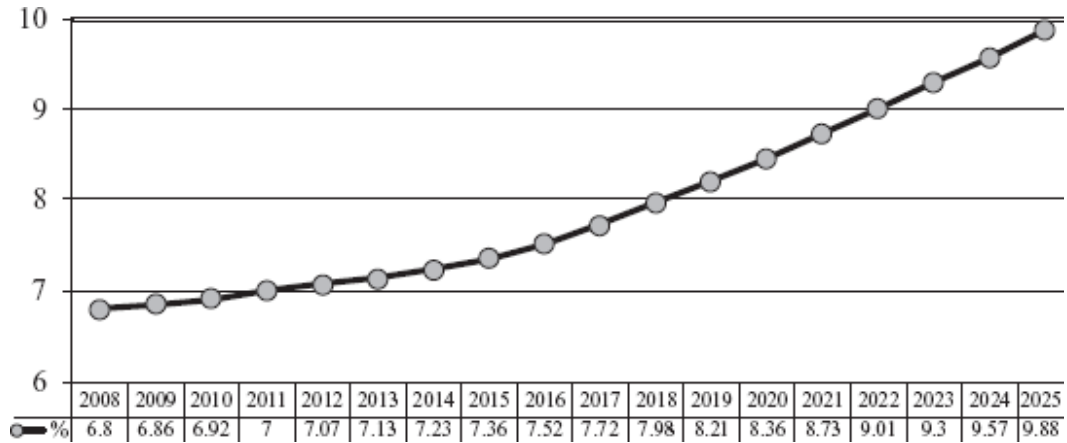
## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Yaşlı Nüfusun Dağılımı

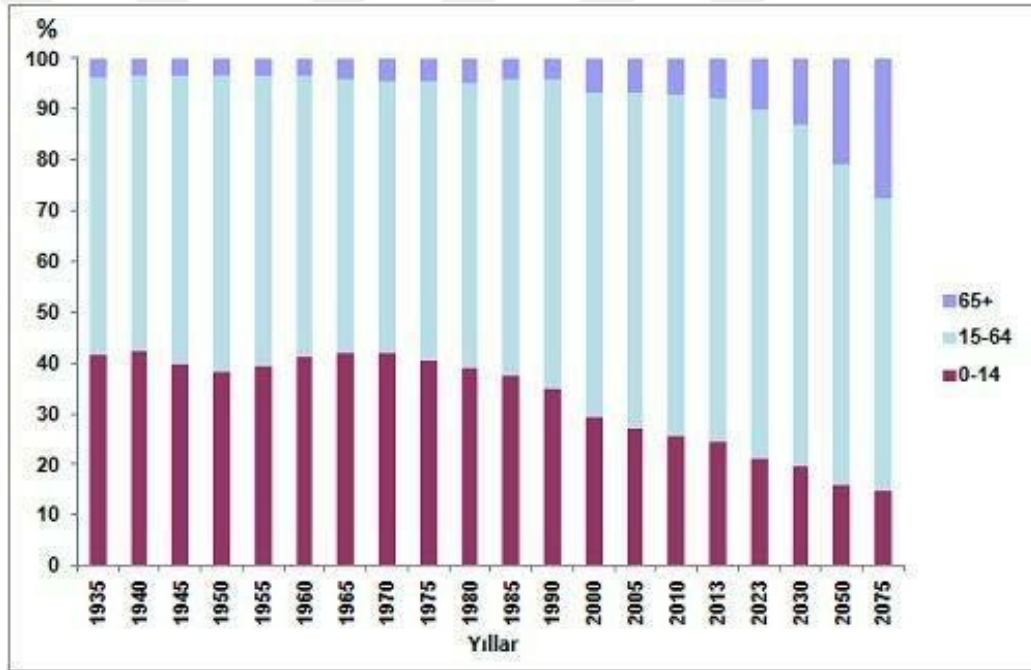
Yaşlılık, erken ölümlerin azalmasının sonucu olarak yaşanan ve olması gereken bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ) 1998 yılı sağlık raporunda yaşlılık, özürsüzlüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlı olma şeklinde tanımlanmıştır. Yaşlılık sağlık açısından bağımlı olma dönemi, çalışma hayatı açısından çalışma verimliliğinin azaldığı ve emekliliğin geldiği dönem, yaş açısından ise 65 yaş ve üzeri yaş grubu olarak kabul görmüştür. Sonuç olarak yaşlanma her canlıda görülen, vücudun tüm yapı ve fonksiyonlarında değişikliklere ve farklılıklara sebep olan süreğen bir dönemdir [11]. Ayrıca DSÖ yaşlılığı çevreye uyum yeteneğinin azalması olarak da tanımlamıştır [12].

Dünyada yaşlılık gelişmekte olan tıbbi hizmetler, azalan doğum oranı, enfeksiyonların kontrolünün sağlanması, beslenme koşullarının iyileştirilmesi, temel halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin artması, kronik hastalıkların tedavisindeki ilerlemeler gibi birçok nedenle artmış ve artmaya devam edecektir. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2016 yılı verilerine göre gelişmiş ülkelerde (AB üyesi 28 ülkede) doğumdan itibaren yaşam beklentisi 80,9 yıldır. Birleşmiş Milletler (BM) verilerine göre 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş ve üzeri nüfus, 2006 yılında 700 milyon olmuş ve 2050 yılında 2 milyara ulaşarak dünya nüfusunun %22' sini oluşturması beklenmektedir [13].

Gelişmekte olan Türkiye'de de yaşlı nüfusunda belirgin bir artış yaşanmaktadır. 1955 yılında nüfusun %3,4' ü 65 yaş ve üzerindeyken, bu oran 1990 yılı nüfus sayımında %4,3' e, 2000 yılında %5,5' e yükselmiştir. 2000 yılı itibarıyla ülkemizde 65 yaş ve üzerinde toplam 3,7 milyon kişi yaşamaktadır. 2014 yılında ise 6 milyon 192 bin 962 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 olarak saptanmıştır. 2025 yılında ise, 65 yaş ve üzeri nüfus oranının yaklaşık %10' a, 2050 yılında ise %20' ye, 2075 yılında %27' ye çıkacağı ön görülmektedir [2]. (Şekil 2.1 ve 2.2).



**Şekil 2.1.** Türkiye İstatistik Kurumu 2008-2025 yılları arasında 65 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranı projeksiyonları (TÜİK 2010-c)



**Şekil 2.2.** Türkiye’de 1935-2075 arasında nüfus piramidindeki değişim projeksiyonu (TÜİK 2010-c)

## 2.2. Yaşlı İstismar ve İhmali:

Yaşlı istismarı (Elder abuse): Yaşlı istismarı terimi literatürde 1970’ li yıllardan beri tartışılan bir konu olmasıyla birlikte tanımına ilişkin bir görüş birliği yoktur [6]. Yaşlılığın devamlı ilişki içerisinde olduğu kişilerce kasıtlı olarak; fiziksel hasar ya da kısıtlanma (fiziksel istismar), cinsel ilişki (cinsel istismar), duygusal travma (psikolojik istismar) gibi

durumlara maruz kalmasıdır. Uluslararası Yaşlı İstismarın Önlenmesi Kuruluşu ve DSÖ tarafından 2002 yılında yayımlanan Toronto Deklarasyonu ise yaşlı istismarını: ‘güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar verme, onu strese sokan uygunsuz eylemlerin bir defa veya tekrarlayan şekilde gerçekleşmesi ya da uygun ve olması gereken davranışlarda bulunulmaması ’ olarak tanımlamıştır [14]. Ayrıca ‘belirli bir süre boyunca biri veya birileri tarafından, yaşlının o gelenekte, o toplumda kabul görmeyen bir harekete, davranışa maruz bırakılması’ olarak da tanımlanabilmiştir [15].

Yaşlı ihmali (Neglect): Yaşlı bireylerin yakınları veya bakım verenleri tarafından farkında olarak ya da olmayarak gıda, içecek, kullandığı ilaçlar, tıbbi cihaz gibi (protez, gözlük, işitme cihazı) ihtiyaç duyduğu şeyleri vermemek, yaşlıya karşı sorumluluklarını yerine getirmede özensiz davranmak veya getirmemek gibi yaşlıya psikolojik veya fiziksel sıkıntı, stres ve acı vermektir. Yeme, giyinme, barınma, duş aldırma ya da sağlık ihtiyaçlarının yerine getirilmemesi, uzun zaman yalnızlığa terkedilmesi gibi davranışlardır [16].

Terk etme (Abandonment): Bakım ihtiyacı olan yaşlının bakıcısı tarafından terk edilmesidir.

Kendini ihmal etme (Self neglect): Yaşlının kendi öz bakımını yapacak kadar yeterli olamamasıdır. Giyim, gıda, sağlık ihtiyaçlarını kendinin karşılamaması, tıbbi tedavisini aksatması gibi durumlardır [17].

Kötü muamele (Elder mistreatment): Toplum kökenli kötü muamele ve kurumsal kötü muamele olmak üzere 2 şekilde karşımıza çıkar. Toplum kökenli kötü muamelede yaşlıya karşı aile ortamında kötü davranılmasıdır. Kurumsal kötü muamelede ise yaşlıya bakım evinde, hastanede kötü davranılmasıdır.

Öz bakım ve korunma yeterliliği (Capacity for self-care and protection): Yaşlı bireyin kendi ihtiyacını karşılayabilme yetisidir. 2 tipi mevcuttur.

a. Karar verme yetisi: Yaşlının kararını söyleyebilme, sonuçları anlama, çözebilme, öngörebilme, tahayyül edebilme yetisidir [18].

b. Uygulayabilme yetisi: Yaşlının kararları uygulayabilme yetisidir [19].

İncinebilirlik (vulnerability): Temel fonksiyonları yerine getirebilmek için yardıma ihtiyaç duyma, başkalarıyla iletişim kurmayı engelleyen bir durumda bulunma; saldırılardan, kötü davranışlardan, suistimallerden kendini koruyamama olarak tanımlanabilir [20]. İncinebilir gruplar tanımlanmış olup, gebe kadınlar, çocuklar ve ileri yaş grubu bu kapsamın içinde kabul edilir.

### 2.3. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Çeşitleri

Yaşlı istismarı, tanımlanması ve belirlenmesindeki zorluklar nedeniyle sınıflanarak ayrıştırılmaya çalışılmıştır. İstismar tipleri genel olarak 6 sınıfa ayrılmıştır [6].

**Fiziksel İstismar:** Yaşlının vücuduna zarar verme, ağrı verme, sakatlama, zorla bir şeyler yedirip içirme, vücut bütünlüğünü bozma, yatakta tutma vb. gibi eylemleridir. Tokat atma, tekme atma, vurma, dövme, sarsma, zorla kötü niyetle ilaç uygulama, yakma vb. gibi hareketler örnek verilebilir [16].

**Emosyonel / Psikolojik İstismar:** Yaşlının güven duyduğu kişi veya kişiler tarafından sözel veya başka bir şekilde yaşlıyı strese sokan, ruhsal açıdan acı veren tutumlardır. Bağırarak, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, göz ardı etmek, aşağılamak, gerek olmamasına rağmen yaşlıyı huzurevine göndermek ile tehdit etmek örnek olarak verilebilir [21].

**Cinsel İstismar:** Yaşlının rızası olmadan, ona karşı cinsel muamelede bulunma ve onu taciz etmekle olur. İsteği olmadan ona dokunma, tecavüz , zorla soyuma ,cinsellik içeren görüntü kaydetme , fotoğraf çekme vb. örnek olarak gösterilebilir [22].

**Ekonomik ve hak istismarı:** Akli dengesi yerinde olan yaşlının maddi varlığının yasal veya yasadışı yollarla kötüye kullanımı ve gasp edilmesi, sivil ve hukuki haklarının ihlal edilmesi, izinsiz olarak mallarının, birikimlerinin, banka/emeklilik hesabının, ziynet eşyalarının, değerli varlıklarının kullanılması ve yer değiştirilmesi, kendine ait olan



evinden çıkarılması ve kandırılarak vekaletname alınması ekonomik ve hak istismarı örneklerindedir [16, 23].

**İhmal:** Yaşlı bireylerin yakınları veya bakım verenleri tarafından farkında olarak ya da olmayarak gıda, içecek, kullandığı ilaçlar, tıbbi cihaz gibi (protez, gözlük, işitme cihazı) ihtiyaç duyduğu şeyleri vermemek, yaşlıya karşı sorumluluklarını yerine getirmede özensiz davranmak veya getirmemek gibi yaşlıya psikolojik veya fiziksel sıkıntı, stres ve acı vermektir. Yeme, giyinme, barınma, duş aldırma ya da sağlık ihtiyaçlarının yerine getirilmemesi, uzun zaman yalnızlığa terkedilmesi gibi davranışlardır [16].

**Kendini ihmal etme:** Yaşlının kendi öz bakımını yapacak kadar yeterli olamamasıdır. Giyim, gıda, sağlık ihtiyaçlarını kendinin karşılamaması, tıbbi tedavisini aksatması gibi durumlardır [17].

## 2.4. Epidemiyoloji

Yapılan bir çalışmada ABD’de her yıl bir milyondan fazla yaşlının istismara maruz kaldığı ve yaklaşık %25’ nin ise fiziksel olarak istismar edildiği belirtilmektedir [24]. Hollanda’dan bildirilen ve bir yıllık istismar oranlarının araştırıldığı bir çalışmada [25], yaşlıların %5.6’ sının istismar mağduru olduğu bulunmuştur. Oh ve arkadaşlarının [8] 15230 kişi ile Kore’de yaptıkları bir çalışmada yaşlı bireylerin %75-80 oranında oğulları veya gelinleri tarafından istismar edildiği, 2550’ sinin duygusal istismara, 2292’ sinin sözlü saldırıya, 1814’ ünün ekonomik istismara, 1625’ inin ihmale, 1319’ unun da fiziksel istismara maruz kaldığı saptanmış olup, duygusal istismarın en çok oranda olduğu, fiziksel istismarın ise en az oranda olduğu belirtilmiştir. DSÖ’ nün 2011 yılında hazırladığı Avrupa raporuna göre 65 yaş ve üzeri kişilerin yılda yaklaşık 4 milyonu yaşlı istismarı mağdurdur [26]. 2004 Yaşlı İstismarı Ulusal Merkezi (NCEA) verilerine göre 65 yaş ve üzeri kişileri kapsayan 250 binden fazla bildirimden %39’ u kendini ihmal, %21,5’ u bakıcı ihmali, 14%’ ü maddi çıkar sağlama olarak bulunmuştur [27]. Dong ve ark.’ nın (17) Chicago Sağlık ve Yaşlanma Projesi kapsamında yaşlının kendi kendini ihmalinin yaşlı istismarı ile ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında 10333 katılımcıdan 1460’ nın kendini ihmal ettiği ve 180’ inin ise istismara maruz kaldığı belirlenmiştir [28]. 2002 yılında yayınlanmış bir derlemede DSÖ tarafından Kanada, Finlandiya, ABD ve

İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde %4-6 kötü muamele bildirilmiş olup gelişmekte olan ülkelerdeki oranlar hakkında yeterli bilgi bulunamamıştır [29]. Bu çalışmaların hepsi toplum kökenli kötü muameleye ilgilidir. Kurumsal kötü muameleye değinilecek olursa; 2002 ABD verilerine göre 1,6 milyon insan bakım evlerinden, 900 bin insan evde bakım hizmetinden faydalanmaktadır [30]. 2008 yılında yapılan bir çalışmada ABD’ de devlet kayıtlarına göre, yaşlı ihmal ve istismarı hususunda yıl boyunca 269000 şikayet alınmış olup, bunun %78’ i bakım evi, geri kalanı evde bakım hizmetleriyle ilişkilidir. Bakım evlerine yönelik şikâyetlerin yardım isteğine yanıtız kalınması (%6,9), nedensiz yaralanma, düşme, uygunsuz dokunma (%3,2), personeller tarafından yapılan saygısız ve hoş olmayan tutum (%4,4), şikayetleri duymazlıktan gelme (%2,6), şahsi eşyaların gasp edilmesi, izinsizce başkasınca kullanılması, parçalanması, (%2,2), çalışan yokluğu (%2), fiziksel saldırı (%1,8), hastalar arası saldırı (%1,3), sözel saldırı (%1,4), ihmal (%0,9) şeklinde olduğu saptanmıştır [31].

Türkiye’ de yapılan çalışmalara göz atmak gerekirse; Artan ve ark.’ nın [15] İstanbul ilinde huzurevine başvuruda bulunan 113 yaşlı ve yakınları ile yaptığı bir çalışmada huzurevine başvuran yaşlıların %25,6’ sı fiziksel istismara maruz kaldığını (çoğu tokat atma, dövülme şeklinde gerçekleşmiş olarak) saptanmıştır. Keskinöğlü ve arkadaşlarının [5] İzmir İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde 65 yaş ve üzeri 204 bireyi içeren çalışmalarında yaşlıların %1,5’ unun fiziksel, %2,5’ unun finansal istismara maruz kaldığını, %3,5’ u kesin ihmal, %28,9’ u da olası ihmal durumuyla karşılaştıklarını belirtilmiştir. Ergin tarafından yapılan çalışmada [32] ise yaşlı bireylerin, %14,2’ sinin bir yıl içinde herhangi tipte bir istismar ve ihmale (%8,1’ i psikolojik, %7,6’ sı ihmal, %3,5’ i ekonomik, %2,9’ u fiziksel, %0,4’ ü cinsel istismar) maruz kaldığı belirtilmiştir.

## 2.5. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Nedenleri

Yaşlı istismarının hangi sebeplerle meydana geldiği ile ilgili farklı teorik açıklamalar mevcuttur. İstismar edilen kişinin özellikleri, suçluların özellikleri ya da yaşlı bireylere karşı çatışma ve şiddete neden olan sosyal çevredeki şartlar ve aile durumları gibi genel özellikler üzerinde yoğunlaşmıştır [33]. Yaşlı istismar ve ihmalinin nedenleri; ailesel,

kültürel, kurumsal, bakım verici ile ilgili ve yaşlı bireyle ilgili faktörler olarak Tablo 1’te sınıflanmıştır [34, 35].

**Tablo 2.1.** Yaşlı İstismar ve İhmalinin Nedenleri

<b>Ailesel Nedenler</b>
Ailede şiddet öyküsü olması
Bireye bakmakla ilgili kişinin bilgi ve beceri eksikliği
Stres ya da sosyal izolasyon yaşama
Yaşlı bireyle ortak yerde yaşamının ya da bireye bakmanın getirdiği ekonomik yük
<b>Kültürel Faktörler</b>
Yaşlı bireyin yaşlılığı algılayışı,
Toplumun yaşlılıkla ilgili inançları, değerleri ve yaşlıya gösterdiği saygı
<b>Kurumsal Faktörler</b>
Kurumlarda yaşayan yaşlıların güçsüz ve incinebilir olması,
Kurumda çalışan personelin düşük ücretli, yetersiz ve aşırı çalışıyor olabilmesi
Kurum yöneticilerinin ve çalışanlarının istismar ve ihmal belirtilerine karşı duyarsızlıkları
Değer ve görenekleri, yetiştirilme şekli ve eğitimleri
<b>Yaşlı Bireyle İlgili Faktörler</b>
Yaşlı bireyin fiziksel ve zihinsel yetersizliğinin olması
İleri yaş olması
Dul olması, özellikle de boşanmış kadın olması
Kendini koruma ve kurtarma yeteneğinin olmaması
Güçsüz ve başkalarına gereksinimlerini karşılamada bağımlı olması
Alkol ya da ilaç bağımlılığı ve buna ikincil sürekli düşme sorununun olması
İnkontinansının olması
Şiddet içeren sözel davranışlarının olması
<b>Bakım Verici İle İlgili Nedenler</b>
Bakım vericinin hasta olması,
Düşünce ve davranışlarını kontrol edememe gibi kişilik problemlerinin olması,
Üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ya da zorunlu yapması,
Bakım verdiği kişiyle anlaşamaması, öfke duyması
İlaç, alkol gibi bağımlılığının olması,
İşsizlik, evlilik çatışması, parasal ve tıbbi konularda kişisel krizler yaşaması,
Ekonomik olarak yaşlı bireye bağımlı olması

Yapılan çalışmalar sonucunda yaşlı bireylerin daha çok yakınları tarafından istismar ve ihmale uğratıldığı saptanmıştır (eşler, çocuklar, gelinler ve yakın akrabalar tarafından). Evli çocukları ile yaşayan, bağımlı olan ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan yaşlılar daha çok bu duruma maruz kalmıştır [8]. Türkiye’de bakıma muhtaç olan daha çok evli olan erkek çocuklarının evinde barındığı için gelinler tarafından istismar ve ihmal edilme oranı bir hayli fazladır [36]. İlhan ve ark.’nın [36] araştırmasında Türkiye’de yaşlı

istismar ve ihmali kadınlarda, 75 yaş ve üzeri yaş grubunda, dullarda, ilkokul mezunu olmayanlarda, çocuğunun ya da akrabasının evinde yaşayanlarda, yalnız yaşayanlarda, yatalak olanlarda, bilişsel durumu bozuk olanlarda, günlük yaşam etkinlikleri kısıtlı ve yetersiz durumda olanlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir..

## **2.6. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Fizik Bakışı ve Olası Bulguları**

### **Genel Görünüm**

- Korkak, endişeli, fazla hareketli veya aşırı hareketsiz,
- Sorulan sorulara cevap vermeden önce yanında olan bakım verenine bakma,
- Üstü başı dağınık, pasaklı, uygunsuz giyinmiş olma ve kişisel hijyeninin bir hayli kötü olması,
- Kaşektik olması ya da aşırı obez olması, stresli, kaygılı, bitkin görünmesi,
- Dokunulduğunda, seslenildiğinde, ona yaklaşıldığında sıçraması, irkilmesi,
- Vücut dilinin uygunsuz ve anksiyeteli olması,
- Taşikardik, hipertansif ve fazla terleme olması

### **Fiziksel İstismar**

- Nedeni açıklanamayan, iyileşmeyen yaralar, yatak yaraları, morluklar,
- İp, halat izi, ısırık izleri, kırıklar,
- Yanıklar (sigara, kostik, asit, ip veya zincir sürmesi, özellikle görünmeyen yerlerde olan),
- Konjonktival-retinal kanamalar, periorbital şişlikler, ekimozlar,
- Diş kayıpları, diş çürükleri, ağız yaraları,

- Subdural hematoma, saç dökülmesi,
- Kilo kaybı, dehidrate görünüm,
- Farklı iyileşme aşamasında olan yaralar, kırıklar,
- Kontraktürler, ekstremitelerde hareket kısıtlılığı,
- Tıbbi tedavinin gecikmesi, uygun tıbbi tedavi kullanılmayışı,
- Sık sık acile başvuru, tekrarlayan yaralarda aynı hastaneye gitmeyi reddetme,
- Yaralanma hakkında konuşurken çelişkili konuşma ve davranışlar, kaçamak ifadeler kullanma,

### **Cinsel İstismar**

- Karın ağrısı, anal bölgede, perinede ağrı, yara,
- Genital bölgedeki ağrıdan dolayı yürüme ve hareket etmede güçlük, oturmada güçlük,
- Açıklanamayan anal kanama, vajinal kanama,
- Cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklara sahip olma, kronik idrar yolları enfeksiyonu, vajinal akıntı, kaşıntı,
- Meme bölgesinde morluklar, yaralar,

### **Psikolojik İstismar**

- Depresyon, paranoya, intihar düşüncesi,
- Hafıza kaybı, azlığı, odaklanma problemi yaşama,
- Hezeyanlar, korku,
- Uyum bozukluğu, bilinç bulanıklığı,

- Çekingen tavır, insan ilişkilerinde ilgi eksikliği,
- Düşük benlik saygısı, iletişim azlığı, izolasyon,
- Öfkeli, sinirli olma,
- Uyku bozukluğu,
- Tremorlar, hiperaktif refleksler,
- Psikolojik, fiziksel kronik sağlık problemlerin olması,

### **Ekonomik İstismar**

- Gelir durumunun iyi olmasına rağmen, açıklanamayan para kısıtlılığı, parasının ne olduğuna cevap verememe,
- Gelir durumunun iyi olmasına rağmen, ihtiyaçlarının yerine getirilememesi (beslenme, barınma, giyim, vb.),
- Kıymetli eşyaların kaybı, faturaların ödenmemiş olması, banka hesap hareketlerinde olağan dışı hareket,
- Çek, senet, tapu gibi evraklarda yaşlının imzasına benzemeyen taklit imzalar,
- Bakım verenin yaşlının bakım parasına olan ilgisi

### **İhmal**

- Yeterli olmayan hijyen, yetersiz yeme-içme,
- Yaşlının yaşam koşullarının kötü olması, güvenli olmaması,
- Yaşlının tedavisinde aksamalar olması,
- İlaç kullanımında dozların yetersiz veya aşırı olması, tedavi dışı ilaç kullanımı,
- Çevre koşullarının elverişsiz olması, kirli olması, yatağının uygun olmaması,

- Yaşlı için gerekli olmasına rağmen gözlük, protez diş, işitme cihazı gibi araçların olmaması,
- Yaşlının uzun süre yalnız bırakılması,
- Dışarı ortamda yaşlının kaybolması

### **Kendi Kendini İhmal**

- Yaşlının parasını kullanma konusunda yetersiz ve beceriksiz olması (biriktirmek veya aşırı tüketmek),
- Yaşlının günlük yaşam döngüsünde yapması gereken şeyleri yapmaması, kişisel bakımını yapmaması, uygun olmayan şekilde giyinmesi,
- Uyuşturucu bağımlısı olması, tedavisini almaması, hayatına son verme düşüncesi olması,
- Tuvalet ihtiyacını karşıladıktan sonra yeterli temizlenmemesi, üzerinin dışkı ve idrar kokması,
- Yeme içmesine yeteri kadar dikkat etmemesi, derisinde yaralar kızarıklar olması,
- Fikirlerinde tutarsızlıklar olması, bilinç bulanıklığı olması, apatik olması, düşünce bozukluğunun olması,
- Kemoterapi, radyoterapi, küratif cerrahi gibi yapılması planlanan, sağlığı için gerekli olan durumlarda tedavi olmak istememesi

### **2.7.Risk Faktörleri**

Yaşlı istismar ve ihmalini saptamak zor olsa da bazı risk faktörleri tanımlanmıştır.

#### Yaşlı bireye ait özellikler:

- İleri yaş (>80 yaş)

- Dul olma
- Kadın cinsiyet
- Fonksiyonel yetersizlik
- Bilişsel yetersizlik
- Cazip maddi kaynağının olması
- Yakınları ile yaşama
- Depresyon
- Birisine bağımlı olma
- Sosyal izolasyon ve yalnız yaşama
- Irk (Amerikalı ve Afrikalılarda fazla, İspanyollarda az)
- Yetersiz baş etme becerileri

Sosyal etkenler:

- Rol model
- Sosyal olarak kabul edilebilirlik
- Göç
- Aile kavramının yitirilmesi
- Sosyal destek birimlerinin yetersizliği
- Kültürel deformasyon
- Sosyal politikaların yetersizliği
- Sağlık hizmetlerine ulaşımın azlığı, kısıtlılığı



### İstismarcıya ait özellikler

- Aile içi şiddet ve uyumsuzluğun olması
- Birlikte yaşama
- Bakım verdiği kişiyle anlaşamaması, ona küs olması
- Psikolojik sorunlarının olması
- Uyuşturucu, alkol bağımlısı olması
- Maddi yetersizlik, işsizlik, evlilik çatışması gibi problemler
- Bakım durumunu zoraki olarak üstlenmiş olma
- Sağlık sorunlarının olması
- Şiddeti çözüm yolu zannetmesi [4, 37, 38].

### **2.8. Yaşlı İstismar ve İhmalinde Tarama ve Değerlendirme**

Yaşlı ihmal ve istismarını saptayabilmek için çeşitli testler geliştirilmiştir.

- Yaşlılar İçin Kısa İstismar Tarama Testi (Brief Abuse Screen for the Elderly-BASE) : Fiziksel, ruhsal ve finansal istismar ve ihmali değerlendiren 5 madde vardır. Eğitimli profesyoneller tarafından uygulanır. Kendini ihmali göstermez. Geçerli bir araçtır. Güvenilirlik rapor edilmemiştir [39].
- Bakım Veren İstismar Tarama Testi (Caregiver Abuse Screen-CASE): Fiziksel ve ruhsal istismar ve ihmali değerlendiren 8 madde vardır. Bakım verenlerin istismar eğilimini tanımlamak için kullanılır. Bakım verenlere uygulanır. Yapı geçerliliği mevcuttur [39].
- İstismarın Belirleyicilerini Tarama Testi (Indicators of Abuse Screen-IOA): Bakım verenlerin bireyler arası sorunlarını, bakım alanın sosyal desteğini ve geçmiş istismar

deneyimini belirlemek için 29 madde vardır. Eğitimli profesyoneller tarafından uygulanır. Yapı geçerliliği mevcuttur [39].

- Yaşlı Değerlendirme Aracı (Elder Assessment Instrument-EAI) : 42 madde vardır. Güncel EAI klinisyen tarafından genel görünüş, dehidratasyon değerlendirmesi fiziksel ve psikolojik belirteçler ve basınç ülserleri gibi subjektif bilgilerin hastadan toplandığından dolayı hem yatan hem de ayakta hasta için daha uygun hale getirilmiştir. Profesyoneller tarafından uygulanır. İçerik geçerliliği yapılmıştır. Duyarlık %71, Özgüllük %93' tür [40].
- Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (HS-EAST): 15 alt başlıktan oluşmaktadır. Yaşlı bireyden alınan rapora dayanır ve fiziksel istismar, savunmasızlık ve yüksek riskli durumlar rapor edilir. Bazı bölümleri bakım verici odaklıdır fakat yaşlı yetişkin bireyin hikayesi üzerine odaklanması avantajdır. Doğrudan istismar, incinebilirlik ve durumsal karakteristikleri ölçer. Hastanelerde kullanım için en uygun olan testtir, acil travma hekimleri, geriatristler ve hatta yardımcı sağlık personeli tarafından kolayca uygulanabilir [41]. Geçerli ve güvenilebilir bir ölçme aracıdır. Türkçeye uyarlaması da Özmeye E. tarafından 14 soru olmak üzere yapılmıştır [42]. Hem klinik uygulamalarda, hem de psikososyal değerlendirmelerde kullanılabilir. HS-EAST' inde artan puan yaşlı istismarı riskinin olduğunu göstermektedir. Test uygulanılabilirlik açısından kolay ve kısa zamanlıdır.
- **Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi**

### **Savunmasız olan yaşlının özellikleri**

1. Sizinle zaman geçiren, sizi alışverişe ya da doktora götüren birisi var mı?
2. Sık sık üzgün ya da yalnız mısınız?
3. Kendi ilaçlarınızı kendiniz alabiliyor musunuz, kendinize yetebiliyor musunuz?

### **Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar**

4. Yaşamınız hakkında kararları kim verir? Örneğin, nasıl ve nerede yaşamanız gerektiği gibi.
5. Ailenizde birisi siz hasta olmadığınızı bildiğiniz halde size hasta olduğunuzu ve yatakta kalmanız gerektiğini söyler mi?
6. Sizi yapmak istemediğiniz şeyleri yapmaya zorlayan herhangi birisi var mı?
7. Herhangi birisi sizin izniniz olmadan size ait olan şeyleri alır mı?
8. Son zamanlarda size yakın herhangi birisi size kötülük yapmayı veya zarar vermeyi denedi mi?

### **Potansiyel istismar durumunun belirlenmesi**

9. Ailenizden herhangi birisinden rahatsızlık hissediyor musunuz?
10. Kimsenin sizi çevresinde istemediğini düşünüyor musunuz?
11. Ailenizde herhangi birisi fazla alkol içer mi?
12. Ailenizdeki insanların çoğuna güvenir misiniz?
13. Herhangi birisi size, sizin onlara rahatsızlık/zahmet verdiğinizi söylüyor mu?
14. Evde yeterli mahremiyete/gizliliğe sahip misiniz? [42].

### **2.9. Yaşlı İstismar ve İhmaline Yönelik Girişimler**

Acil servis hekimleri, diğer branş hekimleri ve yardımcı sağlık personelinin yaşlıda istismar ve ihmalini önlemeye yönelik atabileceği en önemli adım istismar ve ihmalin tanınması ve uygulanması gereken önleyici girişimleri bilmesidir. Aynı zamanda bu

duruma maruz kalan yaşlının, bakım verenin ve toplumun beraber hareket edip bilinçli bir şekilde önlem alması önemlidir [43]. Yaşlı istismar ve ihmalinden korunma birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyleri olarak üç basamakta ele alınabilir [38].

**Birincil Koruma:** Yaşlı bireylere yaşamları boyunca olası mümkün olan stresörlere karşı etkin baş etme becerisi kazandırmayı amaçlar. Yaşlının sosyal destek ağlarını genişletmesi, sosyal etkinliklere katılımlarının artırılmasının sağlanması, ailelerin yaşlı bakımı konusunda bilinçlendirilmesi, gerekiyorsa kurum bakımı gibi seçenekleri belirlemeleri birincil korumanın hedefleridir. Birincil korumada yer alan toplumsal önlemler arasında ise yaşlıya yönelik hizmet programlarının artırılması (örneğin; gündüz yaşlı bakım merkezi gibi), ailelerin ihtiyaç duydukları yaşlıya bakım verecek hizmet birimlerinin oluşturulması ve buna ulaşılabilirliğin kolay olmasını sağlamak yer alır.

**İkincil koruma:** İstismara uğrayan yaşlı bireyi saptamayı ve müdahale etmeyi kapsar. Bu nedenle acil servislerde ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının yaşlı istismar ve ihmalinin farkında olmaları, riskli olabilecek bireyleri nasıl değerlendirecekleri konusunda yeterli düzeyde bilgi ve birikimlerinin olması gerekmektedir. Ayrıca bu durumun adli süreç olduğunu bilmeleri ve bildirmeleri gerekir [38]. İstismar ve ihmal Türk Ceza Kanunlarına göre açıkça suçtur. Hekimler öncülüğünde sağlık çalışanlarının yapması gereken ise; bu durum tespit edildiğinde adli makamlara bildirmektir. Bu konu ile ilgili kanunlar şöyledir:

**Madde 97.** (1) Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk eden kişi üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur.

**Madde 98.** (1) Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hâl ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhâl ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. (2) Yardım veya bildirim

yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

**Üçüncül koruma:** Aile üyeleri ve yaşlıya uygulanacak danışmanlık hizmetlerini ve rehabilitasyon hizmetlerini amaçlar. İstismara uğrayan yaşlılara ve istismar eden ailelerine uygulanacak psikoterapi, günlük yaşam aktiviteleri kazanımı sağlama, iş ve konuşma terapileri, bilişsel davranışçı terapileri, aile terapileri, sosyal aktiviteler, eğitim programları, alternatif yaşam olanaklarının sağlanması üçüncül korumanın amaçlarındandır. Bu uygulamalar istismar ve ihmali önleyecek ya da en aza indirgeyecek önlemlerdir. Bununla birlikte istismara uğrayan yaşlıların gereksinimlerinin yerine getirilmesi bozulmuş benlik saygısının yeniden yapılandırılması ve kazanımı için oldukça önemlidir [38]. Türkiye’de yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili sorumlu birimler; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Basın ve Yayın Kuruluşları, çeşitli Sivil Toplum Kuruluşlarıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, “Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020” adlı bir program mevcuttur. Bu programdaki temel hedef; birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkin sağlık hizmetleri sunmak ve bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermektir. (Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı Ve Uygulama Programı 2015-2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sayfa 70.) Şiddete maruz kalmış yaşlı bireyler için ülkemizde destek hizmetleri sağlayan az sayıda kurum bulunmaktadır. Şiddete maruz kalmış yaşlı bireyler Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna ait huzurevlerinde veya kadın konuk evlerinde korunma ve bakım altına alınmaktadırlar. Bunun yanı sıra çeşitli şehirlerde bulunan Yaşlı Dayanışma Merkezlerinde bireysel hizmetler verilmektedir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olup; anket çalışması olarak tasarlanmıştır. Anketler Ek-1' de yer almaktadır. Bir online anket sitesi kullanılarak oluşturulmuş (Google forms / Google anket online veri toplama sitesi) olan anketin linki, Aralık 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında hekimler ile kişisel e-mail adresleri, acil hekimi dernek ve haberleşme grupları yanında sosyal medya hesapları (facebook, whatsapp vb.) üzerinden paylaşıldı. Çalışmaya dahil olmayı kabul eden katılımcılar anket sorularını cevaplandırıp formu internet aracılığıyla geri göndermeleri sağlanarak çalışma yürütüldü. Çalışma için etik kurul izni, 20171207-6 numarası ile Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden alınmış olup Ek-2' de yer almaktadır.

#### 3.1. Araştırmanın Evreni

Türkiye genelindeki Üniversite Hastaneleri, Eğitim Araştırma Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerde çalışan Acil Tıp Öğretim Üyeleri, Acil Tıp Uzmanları, Acil Tıp Araştırma Görevlileri ve acil servislerde çalışan Pratisyen Hekimler araştırmanın evrenini oluşturmakta olup evrenin kaç kişiden oluştuğu bilinmemektedir. Evrendeki birey sayısı bilinmediğinden örneklem sayısı  $N = (t_{1-a})^2 \times (pq) / S^2$  formülü ile hesaplanmıştır [44]. Belirlenen süre içerisinde ve yeterli katılımcı (500 kişi) sayısına ulaşıldıktan sonra, çalışma sonlandırılmıştır. Araştırmamıza internet aracılığıyla ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm Acil Tıp Öğretim Görevlileri, Acil Tıp Uzmanı ve Araştırma Görevlisi Doktorlar ve Acil servislerde çalışan Pratisyen Hekimler dahil edilmiştir. Elektronik posta adreslerine ulaşılamayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen doktorlar çalışma dışı bırakılmıştır.

#### 3.2. Verilerin Elde Edilmesi ve Toplanması

Veri toplama aracı olarak elektronik bir anket formu kullanılmıştır (Google forms / Google anket online veri toplama sitesi). Anket toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Anket; katılımcıların bazı demografik ve mesleki özellikler ve eğitim düzeyleri, yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili klinik tecrübeler ve bilgi düzeyi, yaşlı istismar ve ihmali karşı tutum

ve davranışların değerlendirilmesi ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Anket çalışmacılar tarafından konu ile ilgili literatürlerin ışığında derlenerek hazırlanmıştır. Anket 2 başlık altında toplanmıştır. İlk 7 soru sosyodemografik veri formu olarak hazırlanmıştır. Sosyodemografik veri formunda katılımcıların cinsiyeti, yaşı, görev durumu, çalıştıkları kurum, acil serviste çalışma süreleri, yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları (bu sorunun cevap şıkkında ‘diğer’ seçeneği mevcut olup açık uçlu cevap verilebilmektedir), bu konuyla ilgili güncel bilgileri takip edip etmedikleri (bu sorunun cevap şıkkında ‘diğer’ seçeneği mevcut olup açık uçlu cevap verilebilmektedir), takip ediyorlarsa nasıl takip ettikleri sorgulanmıştır. 8.sorudan sonra anket formu başlığı altında 12 soru sorulmuştur. Anket formunda katılımcılara; çalıştıkları acil servise günde kaç hasta başvurduğu, acil servise başvuran ortalama kaç hasta 65 yaş ve üzerinde, acil servise başvuran yaşlı hastaların yüzde kaçını istismar veya ihmal olgusu olduğu, daha önce yaşlı istismarı veya ihmali ile karşılaşmış olup karşılaşmadıkları, yaşlı istismar veya ihmali olgusuna hangi aşamada tanı koydukları, soruları yönlendirilmiş olup bu sorulara yalnızca biradet cevap verilmesi istenmiştir. Bir diğer soru olan; ‘yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?’ sorusunda birden fazla cevap işaretlenebileceği belirtilmiştir (bu sorunun cevap şıkkında ‘diğer’ seçeneği mevcut olup açık uçlu cevap verilebilmektedir). Anket formundaki 7.soruda; literatür taranarak yaşlı istismar ve/veya ihmal açısından hastaya ait risk faktörleri sorgulanmış olup, ‘hayır, bazen, sıklıkla, kesinlikle’ şeklinde dördümlük likert tipi olarak düzenlenmiştir. Risk faktörleri açısından 9 madde sorgulanmıştır. Bu soruda ‘hayır’ cevabı 1 olarak, ‘bazen’ cevabı 2 olarak, ‘sıklıkla’ cevabı 3 olarak, ‘kesinlikle’ cevabı 4 olarak kabul edilmiştir. 8.soruda katılımcılara; yaşlı istismar ve ihmali açısından şüphelenilen hastalarda, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Hwalek-Sengstock tarama testinin 14 maddesinin sorgulanıp, sorgulanmadığı dördümlük likert tipi cevaplarla araştırılmıştır. Testin ilk 3 sorusu savunmasız olan yaşlıların özelliklerini içerir.4,5,6,7,8. soru kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismarı saptamak için, son 6 soru ise potansiyel istismarı belirlemek için hazırlanmıştır. Verilen ‘hayır’ cevabı 1 olarak, ‘bazen’ cevabı 2 olarak, ‘sıklıkla’ cevabı 3 olarak, ‘kesinlikle’ cevabı 4 olarak kabul edilmiştir. Anket formunda katılımcılara yalnız bir cevabı işaretleyebileceği, ‘yaşlı istismar ve ihmali tarama testi mevcut mu?’ şeklinde bir soru yönlendirilmiştir. 10. Soruda yaşlı ihmal ve istismarının anamnez ve fizik muayene bulguları 23 madde şeklinde dördümlük likert tipi cevaplarla araştırılmıştır. Bu soruda ‘şüphelenmem’ cevabı 1

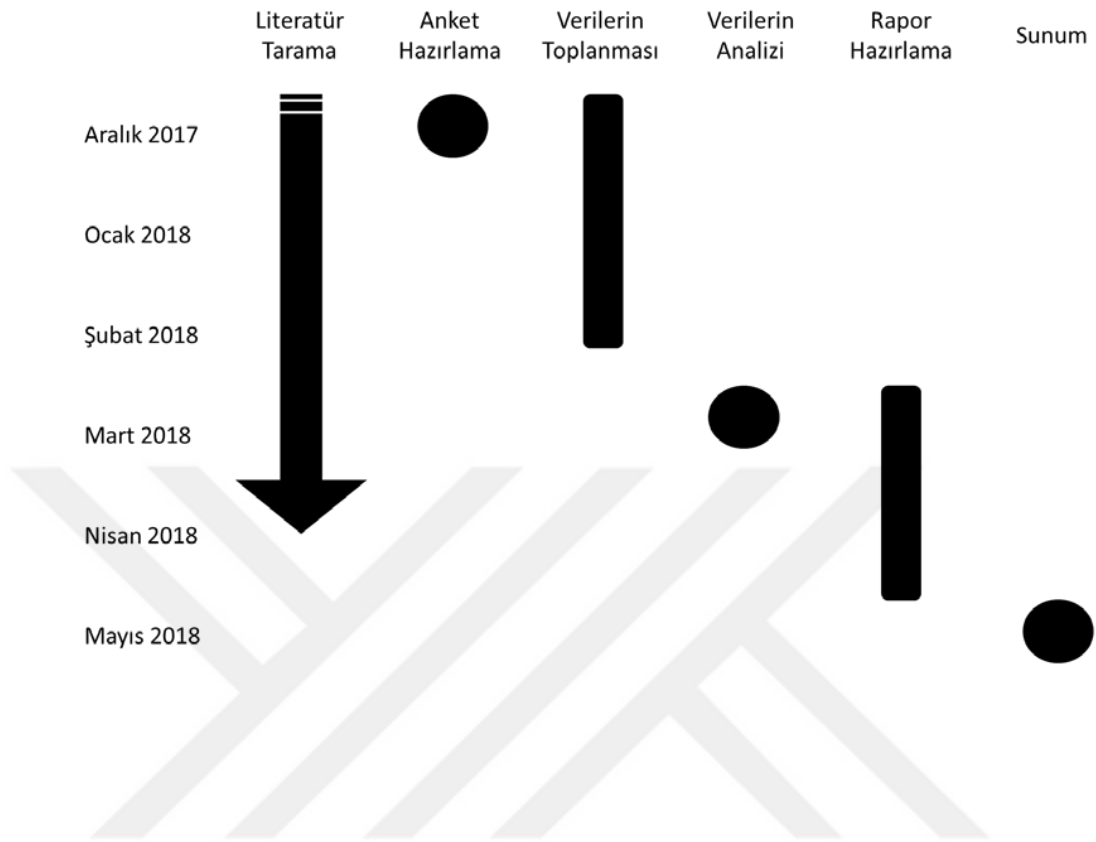
olarak, ‘az şüphelenirim’ cevabı 2 olarak, ‘orta derecede şüphelenirim’ cevabı 3 olarak, ‘kesinlikle şüphelenirim’ cevabı 4 olarak kabul edilmiştir. Anket formunun 11. Sorusunda yaşlı istismarı ve ihmaliyle karşılaşıldığında hangi yolların izleneceği sorgulanmış olup, birden fazla cevap verilebileceği belirtilmiştir. 12. Soruda ise katılımcılara yaşlı istismar ve ihmali bildirimının neden az olduğunun veya neden bildirilmediğinin sebepleri sorgulanmıştır. Bu soruya birden fazla cevap verilebileceği belirtilmiş olup, ayrıca ‘diğer’ seçeneği de kullanılarak açık uçlu cevap verilebileceği belirtilmiştir.

### **3.3. Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntem**

Çalışma süresi bitiminde internetteki anket sitesinde toplanan veriler SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences Inc.®, Chicago, ABD) programına kaydedilerek istatistiksel analizleri yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler kişi sayısı ve yüzde olarak verilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel ( histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. Ortanca, 25-75 percentil, minimum, maksimum değerleri non parametrik testler için tanımlayıcı olarak kullanılmıştır. İkili gruplarda hipotez testi olarak Man Whitney U testi uygulanmıştır. İki den çoklu gruplarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Dört kategorilik likert tipi anketler çalışmada kullanılmıştır.



### 3.4. Çalışma Akış Şeması



## 4. BULGULAR

### 4.1. Tanımlayıcı Tablolar

**Tablo 4.1.** Katılımcıların bazı mesleki ve demografik özellikleri

Demografik ve mesleki özellikler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	316	63,2
	Kadın	184	36,8
Yaş Aralığı	20y-30y	196	39,2
	31y-40y	245	49
	41y-50y	49	9,8
	>50y	10	2
Görev Durumu	Pratisyen Dr.	138	27,6
	Arş.Gör.Dr.	137	27,4
	Uzm.Dr.	172	34,4
	Dr.Öğr.Üyesi Doç.Dr.,Prof.Dr.	53	10,6
Çalışılan Kurum	Devlet Hastanesi	180	36
	Eğitim Araştırma Hastanesi	132	26,4
	Üniversite Hastanesi	168	33,6
	Diğer	20	4
Acil Serviste Çalışma Süresi	<1 yıl	122	24,4
	2-5 yıl	152	30,4
	6-10 yıl	132	26,4
	>10 yıl	94	18,8
<b>Toplam</b>		<b>500</b>	<b>100</b>

Katılımcıların 316' sı (%63,2) erkek, 184' ü (%36,8) kadınlardan oluşmaktadır. Erkek katılımcıların sayısı yaklaşık 2 kat fazladır. 196'sı (%39,2) 20-30 yaş aralığında, 245'i (%49) 31-40 yaş aralığında, 49'u (%9,8) 41-50 yaş aralığında, 10' u (%2) ise 50 yaşın üzerindedir. 138' i (%27,6) pratisyen doktor, 137'si (%27,4) araştırma görevlisi doktor, 172' si (%34,4) uzman doktor, 53' ü (%10,6) ise öğretim görevlisidir (Dr.öğr.üyesi,doç.dr.,prof. dr.). 180' i (%36) devlet hastanesinde, 132' si (%26,4) eğitim ve araştırma hastanesinde, 168' i (%33,6) üniversite hastanesinde, 20' si (%4) diğer (özel) hastanelerde çalışmaktadır.112' si (%24,4) 1yıl ve daha az, 152' si (%30,4) 2 ila 5 yıl, 132' si (%26,4) 6 ila 10 yıl, 94' ü (%18,8) 10 yıl ve üzerinde olmak üzere acil servislerde çalışmaktadır (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili eğitim durumunun dağılımı

	<b>Kişi Sayısı(n)</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Tıp Fakültesi Eğitimi Süresince</b>	197	39,4
<b>Uzmanlık Eğitimi Süresince</b>	98	19,6
<b>Kurs Eğitimi</b>	106	21,2
<b>Almadım</b>	99	19,8
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Çalışmamıza katılanların 197' si (%39,4) tıp fakültesi eğitimi süresince, 98' i (%19,6) uzmanlık eğitimi süresince, 106'sı (%21,2) kurs eğitimi ile yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. 99 (%19,8) katılımcı ise eğitim almadığını belirtmiştir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3.** Yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili güncel bilgilerin takip edilip, edilmediğinin; takip edenlerin nasıl takip ettiklerinin dağılımı

	<b>Kişi Sayısı(n)</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Hayır</b>	355	71
<b>Evet, Güncel Yazınları/ Araştırmaları Takip Ederek</b>	48	9,6
<b>Evet, Medya/İnternet</b>	81	16,2
<b>Evet, Güncel Yazınları/ Araştırmaları ve Medya/İnterneti Takip Ederek</b>	16	3,2
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Katılımcılar arasında 355 kişi (%71) bu konuda güncel bilgileri takip etmediğini belirtmiştir. Bu büyük oranda konu ile ilgili güncel bilgilerin takip edilmediğini göstermiştir. 48 katılımcı (%9,6) güncel yazınları ve araştırmaları takip ettiğini, 81 katılımcı (%16,2) medya ve internet aracılığı ile konuyu takip ettiğini, 16 katılımcı (%3,2) ise hem güncel yazınları ve araştırmaları, hem de medya ve internet aracılığı ile konuyu takip ettiğini belirtmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Katılımcıların çalıştığı hastaneye göre günlük başvuran hasta sayısı, yaşlı hasta sayısı ve yaşlı istismarı veya ihmali ile karşılaşma oranları dağılımı

	Kişi sayısı (n)	Yüzde
<b>Günlük başvuran hasta sayısı</b>		
0-50 hasta	14	2,8
51-150 hasta	107	21,4
151-500 hasta	174	34,8
>500 hasta	205	41
<b>65 yaş ve üzeri başvuran hasta sayısı</b>		
0-25 hasta	65	13
26-75 hasta	163	32,6
76-250 hasta	208	41,6
>250 hasta	64	12,8
<b>Başvuran yaşlı hastalarda belirtilen istismar veya ihmalle karşılaşma yüzdesi</b>		
%0-1	258	51,6
%2-5	152	30,4
%6-10	54	10,8
>%10	36	7,2
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Katılımcıların 14' ü (%2,8) çalıştıkları acil servise 0-50 arasında hastanın başvurduğunu, 107' si (%21,4) 51-150 arasında hastanın başvurduğunu, 174' ü (%34,8) 151-500 arasında hastanın başvurduğunu, 205' i (%41) ise 500 ve üzerinde hastanın başvurduğunu belirtmiştir. Hasta başvuru sayısı 500 ve üzeri olan grup daha fazla görülmektedir. Katılımcıların verdiği cevaplara göre; 65' i (%13) 0-25 arasında, 163' ü (%32,6) 26-75 arasında, 208' i (%41,6) 76-250 arasında, 64' ü (%12,8) ise 250 ve üstü olmak üzere 65 yaş ve üzerinde hastanın Acil servislere başvurduğunu belirtmiştir. Ankete katılanların 258' i (%51,6) yüzde 0-1 arasında, 152' si (%30,4) yüzde 2-5 arasında, 54' ü (10,8) yüzde 6-10 arasında, 36' sı (%7,2) yüzde 10 ve üzerinde yaşlı hastanın ihmal veya istismar olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%51,6' sı) yüzde 0-1 arasında, (%30,4' ü) yüzde 2-5 arasında hastanın yaşlı istismar veya ihmal olgusu olduğunu belirtmiştir. %7,2 katılımcı ise yüzde 10' un üzerinde yaşlı istismar veya ihmal olgusu olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Katılımcıların yaşlı istismar veya ihmal olgusuyla karşılaşma durumlarının, tanı koyma yöntemlerinin ve hangi aşamada tanı koyduklarının, yaşlı ihmal veya istismar türü/türleri ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı

<b>* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.</b>	<b>Kişi sayısı (n)</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Daha önce yaşlı istismar veya ihmal olgusuyla karşılaştınız mı?</b>		
Hayır	53	10,6
Hatırlamıyorum	100	20
Evet	347	69,4
<b>Yaşlı istismar veya ihmal olgusuna hangi aşamada tanı koydunuz?</b>		
Anamnez	181	36,2
Genel görünüm	167	33,4
Fizik muayene	148	29,6
Laboratuvar ve radyolojik bulgular	4	0,8
<b>Katılımcıların yaşlı ihmal veya istismar türü/türleri ile ilgili eğitim durumlarının dağılımı *</b>		
Fiziksel istismar	51	10,2
Cinsel istismar	3	0,6
Psikolojik istismar	5	1
İhmal	92	18,4
Ekonomik istismar	5	1
Eğitim almadım	107	21,4
Cinsel istismar ve ihmal	4	0,8
Fiziksel, cinsel istismar	15	3
Fiziksel, cinsel, psikolojik istismar	218	43,6
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Çalışmaya katılanlara yöneltilen ‘daha önce yaşlı istismar veya ihmal durumuyla karşılaştınız mı?’ sorusuna; 347’ si (%69,4) ‘evet’, 100’ ü (%20) ‘hatırlamıyorum’, 53’ ü ise (%10,6) ‘hayır’ şeklinde cevap vermiştir. Büyük oranda katılımcının (%69,4) yaşlıya yönelik istismar veya ihmal durumuyla karşılaştıkları anlaşılmaktadır. Katılımcıların 181’ i (%36,2) anamnez ile, 167’ si (%33,4) genel görünümü ile, 148’ i (%29,6) fizik muayene ile, 4’ ü (%0,8) ise laboratuvar ve radyolojik bulgular aşamasında yaşlı istismar veya ihmal olgusuna tanı koyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 51’ i (%10,2) fiziksel istismar konusunda, 3’ ü (%0,6) cinsel istismar konusunda, 5’ i (%1) psikolojik istismar konusunda, 92’ si (%18,4) ihmal konusunda, 5’ i (%1) ekonomik istismar konusunda, 4’ ü (%0,8) hem cinsel hem de ihmal konusunda, 15’ i (%3) hem fiziksel hem de cinsel istismar konusunda, 218’ i (%43,6) eğitim aldığını belirtmiştir. 107 katılımcı (%21,4) ise bu konuyla ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir (**Tablo 4.5**).

**Tablo 4.6.** Yaşlı istismar ve/veya ihmali açısından hastaya ait risk faktörlerinin hangilerinin olduğu sorusuna katılımcıların verdiği cevapların dağılımı

		<b>Hayır Bazen Sıklıkla Kesinlikle</b>			
Kadın cinsiyet	<b>Kişi sayısı (n)</b>	35	180	216	69
	<b>Yüzde</b>	7	36	43,2	13,8
Dul olma	<b>Kişi sayısı (n)</b>	23	139	272	66
	<b>Yüzde</b>	4,6	27,8	54,4	13,2
Yalnız yaşama	<b>Kişi sayısı (n)</b>	7	65	342	86
	<b>Yüzde</b>	1,4	13	68,4	17,2
Kalabalık ailede yaşama	<b>Kişi sayısı (n)</b>	124	182	139	55
	<b>Yüzde</b>	24,8	36,4	27,8	11
Bakımevlerinde yaşama	<b>Kişi sayısı (n)</b>	11	144	256	89
	<b>Yüzde</b>	2,2	28,8	51,2	17,8
Sosyoekonomik durumun yüksek olması	<b>Kişi sayısı (n)</b>	179	199	68	54
	<b>Yüzde</b>	35,8	39,8	13,6	10,8
Sosyoekonomik durumun düşük olması	<b>Kişi sayısı(n)</b>	18	102	308	72
	<b>Yüzde</b>	3,6	20,4	61,6	14,4
Fiziksel ve zihinsel yetersizliğin olması	<b>Kişi sayısı(n)</b>	10	40	316	134
	<b>Yüzde</b>	2	8	63,2	26,8
Alkol/madde bağımlılığı	<b>Kişi sayısı (n)</b>	24	120	261	95
	<b>Yüzde</b>	4,8	24	52,2	19
<b>Toplam</b>		<b>kişi sayısı: 500</b>		<b>yüzde: 100</b>	

‘Kadın cinsiyet yaşlı istismar veya ihmali açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 35’ i (%7) ‘hayır’, 180’i (%36) ‘bazen’, 216’ sı (%43,2) ‘sıklıkla’, 69’ u (%13,8) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır. ‘Dul olma yaşlı istismar veya ihmali açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 23’ ü (%4,6) ‘hayır’, 139’u (%27,) ‘bazen’, 272’ i (%54,4) ‘sıklıkla’, 66’ sı (%13,2) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır. ‘Yalnız yaşama yaşlı istismar veya ihmali açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 7’ si (%1,4) ‘hayır’, 65’ i (%13) ‘bazen’, 342’ si (%68,4) ‘sıklıkla’, 86’ sı (%17,2) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır. ‘Kalabalık ailede yaşama yaşlı istismar veya ihmali açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 124’ ü (%24,8) ‘hayır’, 182’ si (%36,4) ‘bazen’, 139’ u (%27,8) ‘sıklıkla’, 55’ i (%11) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır.

‘Bakımevlerinde yaşama yaşlı istismar veya ihmal açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 11’ i (%2,2) ‘hayır’,144’ ü (%28,8) ‘bazen’, 256’ sı (%51,2) ‘sıklıkla’, 89’ u (%17,8) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır. ‘Sosyoekonomik durumun yüksek olması yaşlı istismar veya ihmal açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 179’ u (%35,8) ‘hayır’,199’ u (%39,8) ‘bazen’, 68’ i (%13,6) ‘sıklıkla’, 54’ ü (%10,8) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır. ‘Sosyoekonomik durumun düşük olması yaşlı istismar veya ihmal açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 18’ i (%3,6) ‘hayır’,102’ si (%20,4) ‘bazen’, 308’ i (%61,6) ‘sıklıkla’, 72’ si (%14,4) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır. ‘Fiziksel ve zihinsel yetersizliğin olması yaşlı istismar veya ihmal açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 10’ u (%2) ‘hayır’,40’ ı (%8) ‘bazen’, 316’ sı (%63,2) ‘sıklıkla’, 134’ ü (%26,8) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır. ‘Alkol/madde bağımlılığının olması yaşlı istismar veya ihmal açısından risk faktörü müdür?’ sorusuna katılımcıların; 24’ ü (%4,8) ‘hayır’,120’ si (%24) ‘bazen’, 261’ i (%52,2) ‘sıklıkla’, 95’ i (%19) ‘kesinlikle’ şeklinde yanıtlamıştır (**Tablo 4.6**).

**Tablo 4.7.** Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testine farkındalığın dağılımı

		Hayır	Bazen	Sıklıkla	Kesinlikle
1.Sizinle zaman geçiren, sizi alışverişe ya da doktora götüren birisi var mı	<b>Kişi sayısı(n)</b>	70	130	206	94
	<b>Yüzde</b>	14	26	41,2	18,8
2. Sık sık üzgün ya da yalnız mısınız?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	75	201	161	63
	<b>Yüzde</b>	15	40,2	32,2	12,6
3. Kendi ilaçlarınızı kendiniz alabiliyor musunuz, kendinize yetebiliyor musunuz?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	7	108	282	103
	<b>Yüzde</b>	1,4	21,6	56,4	20,6
4. Yaşamınız hakkında kararları kim verir?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	118	150	143	89
	<b>Yüzde</b>	23,6	30	28,6	17,8
5. Ailenizden birisi siz hasta olmadığınızı bildiğiniz halde size hasta olduğunuzu ve yatakta kalmanız gerektiğini söyler mi?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	200	123	130	47
	<b>Yüzde</b>	40	24,6	26	9,4
6. Sizi yapmak istemediğiniz şeyleri yapmaya zorlayan herhangi birisi var mı?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	109	150	166	75
	<b>Yüzde</b>	21,8	30	33,2	15
7. Herhangi birisi sizin izniniz olmadan size ait olan şeyleri alır mı?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	174	137	132	57
	<b>Yüzde</b>	34,8	27,4	26,4	11,4
8. Son zamanlarda size yakın herhangi birisi size kötülük yapmayı veya zarar vermeyi denedi mi?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	95	144	175	86
	<b>Yüzde</b>	19	28,8	35	17,2
9. Ailenizden herhangi birisinden rahatsızlık hissediyor musunuz?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	125	153	140	82
	<b>Yüzde</b>	25	30,6	28	16,4
10. Kimsenin sizi çevresinde istemediğini düşünüyor musunuz?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	142	167	116	75
	<b>Yüzde</b>	28,4	33,4	23,2	15
11. Ailenizden herhangi birisi fazla alkol içer mi?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	156	164	120	60
	<b>Yüzde</b>	31,2	32,8	24	12
12. Ailenizdeki insanların çoğuna güvenir misiniz?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	160	140	149	51
	<b>Yüzde</b>	32	28	29,8	10,2
13. Herhangi birisi size,sizin onlara rahatsızlık/zahmet verdiğinizi söylüyor mu?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	129	152	157	62
	<b>Yüzde</b>	25,8	30,4	31,4	12,4
14. Evde yeterli mahremiyete/gizliliğe sahip misiniz?	<b>Kişi sayısı(n)</b>	139	161	140	60
	<b>Yüzde</b>	27,8	32,2	28	12
	<b>Toplam</b>	<b>kişi sayısı(n):500</b>			<b>yüzde:100</b>

Tablodaki 1.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 70' i (%14) 'hayır', 130' u (%26) 'bazen', 206' sı (%41,2) 'sıklıkla', 94' ü (%18,8) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 2.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 75' i (%15) 'hayır', 201' i (%40,2) 'bazen', 161' i (%32,2) 'sıklıkla', 63' ü (%12,6) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 3.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 7' si (%1,4) 'hayır', 108' i (%21,6) 'bazen', 282' si (%56,4) 'sıklıkla', 103' ü (%20,6) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 4.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 118' i (%23,6) 'hayır', 150' si (%30) 'bazen', 143' ü (%28,6) 'sıklıkla', 89' u (%17,8) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 5.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 200' ü (%40) 'hayır', 123' ü (%24,6) 'bazen', 130' u (%26) 'sıklıkla', 47' si (%9,4) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 6.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 109' u (%21,8) 'hayır', 150' si (%30) 'bazen', 166' sı (%33,2) 'sıklıkla', 75' i (%15) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 7.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 174' ü (%34,8) 'hayır', 137' si (%27,4) 'bazen', 132' si (%26,4) 'sıklıkla', 57' si (%11,4) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 8.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 95' i (%19) 'hayır', 144' ü (%28,8) 'bazen', 175' i (%35) 'sıklıkla', 86' sı (%17,2) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 9.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 125' i (%25) 'hayır', 153' ü (%30,6) 'bazen', 140' ı (%28) 'sıklıkla', 82' si (%16,4) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 10.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 142' si (%28,4) 'hayır', 167' si (%33,4) 'bazen', 116' sı (%23,2) 'sıklıkla', 75' i (%15) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 11.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 156' sı (%31,2) 'hayır', 164' ü (%32,8) 'bazen', 120' si (%24) 'sıklıkla', 60' ı (%12) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 12.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali



tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 160' ı (%32) 'hayır', 140' ı (%28) 'bazen', 149' u (%29,8) 'sıklıkla', 51' i (%10,2) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 13.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 129' u (%25,8) 'hayır', 152' si (%30,4) 'bazen', 157' si (%31,4) 'sıklıkla', 62' si (%12,4) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır. 14.soruyu, yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya yönlendirir misiniz? sorusuna cevaben katılımcıların; 139' u (%27,8) 'hayır', 161' i (%32,2) 'bazen', 140' ı (%28) 'sıklıkla', 60' ı (%12) 'kesinlikle' şeklinde yanıtlamıştır (**Tablo 4.7**).

**Tablo 4.8.** Yaşlı istismarına yönelik geçerlilik ve güvenilirliği bulunan tarama testinin, bilinip bilinmediğinin sorgulanması

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde
<b>Evet</b>	45	9
<b>Emin Değilim</b>	395	79
<b>Hayır</b>	60	12
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

Katılımcılara yöneltilen Geçerlilik ve güvenilirliği bulunan yaşlı istismar ve ihmal tarama testi mevcuttur' önermesini 45 katılımcı (%9) 'evet', 395 katılımcı (%79) 'emin değilim', 60 katılımcı (%12) ise 'hayır' şeklinde yanıtlamıştır. Bu veriler doğrultusunda katılımcıların sadece %9' unun böyle bir testten haberdar olduğu anlaşılmaktadır (**Tablo 4.8**).

**Tablo 4.9.** Katılımcıların yaşlı hastalardaki anamnez ve fizik muayene bulgularında istismar ve/veya ihmalden şüphelendikleri cevapların dağılımı

		A	B	C	D
1.Sık sık acile başvurma öyküsü	<b>Kişi sayısı(n)</b>	55	111	211	123
	<b>Yüzde</b>	11	22,2	42,2	24,6
2.Tekrarlayan şikayetlerde aynı sağlık kurumuna başvuruyu reddetme öyküsü	<b>Kişi sayısı(n)</b>	46	130	220	104
	<b>Yüzde</b>	9,2	26	44	20,8
3.Tıbbi tedavinin gecikmesi/tıbbi tedavilerin uygun kullanılmayışı	<b>Kişi sayısı(n)</b>	9	91	246	154
	<b>Yüzde</b>	1,8	18,2	49,2	30,8
4.Klinik durum ile öykünün uyuşmaması	<b>Kişi sayısı(n)</b>	4	35	181	280
	<b>Yüzde</b>	0,8	7	36,2	56
5.Hasta yakını ve hasta anamnezinin tutarsız olması	<b>Kişi sayısı(n)</b>	0	42	166	292
	<b>Yüzde</b>	0	8,4	33,2	58,4
6.Soruları cevaplarırken bakım verene bakma	<b>Kişi sayısı(n)</b>	5	82	196	217
	<b>Yüzde</b>	1	16,4	39,2	43,4
7.Uygunsuz ve anksiyeteli beden dili	<b>Kişi sayısı(n)</b>	12	106	219	163
	<b>Yüzde</b>	2,4	21,2	43,8	32,6
8.Korkulu/endişeli/hiper ya da hipoaktif	<b>Kişi sayısı(n)</b>	21	99	206	174
	<b>Yüzde</b>	4,2	19,8	41,2	34,8
9.Kötü hijyen ve uygunsuz ve yetersiz giyinme	<b>Kişi sayısı(n)</b>	0	49	208	243
	<b>Yüzde</b>	0	9,8	41,6	48,6
10.Stres ve yorgunluk bulguları yaklaşıldığı ya da dokunulduğunda irkilme	<b>Kişi sayısı(n)</b>	12	98	232	158
	<b>Yüzde</b>	2,4	19,6	46,4	31,6
11.Nedeni açıklanmayan veya iyileşmesi geciken yaralanmalar,çürükler,yatak yaraları	<b>Kişi sayısı(n)</b>	12	46	165	277
	<b>Yüzde</b>	2,4	9,2	33	55,4
12.Farklı iyileşme aşamasında olan kırıklar ekstremiteelerde hareket kısıtlılığı,kontraktürler	<b>Kişi sayısı(n)</b>	8	42	163	287
	<b>Yüzde</b>	1,6	8,4	32,6	57,4
13.Kırıklar, ısırıklar, ip ve halat izleri	<b>Kişi sayısı(n)</b>	2	17	96	385
	<b>Yüzde</b>	0,4	3,4	19,2	77
14.Yanıklar (sigara, kostik, asit, ip veya zincir sürütmesi, özellikle görünmeyen yerlerde)	<b>Kişi sayısı(n)</b>	3	13	105	379
	<b>Yüzde</b>	0,6	2,6	21	75,8
15.Gözlerde şişlik, göz altlarında morluk, konjonktival-retinal kanamalar	<b>Kişi sayısı(n)</b>	4	45	189	262
	<b>Yüzde</b>	0,8	9	37,8	52,4
16.Subdural hematom/saç dökülmesi	<b>Kişi sayısı(n)</b>	15	88	189	208
	<b>Yüzde</b>	3	17,6	37,8	41,6
17.Kilo kaybı, dehidratasyon	<b>Kişi sayısı(n)</b>	32	138	194	136
	<b>Yüzde</b>	6,4	27,6	38,8	27,2
18.Anal bölgede ağrı, zedelenme	<b>Kişi sayısı(n)</b>	10	62	199	229
	<b>Yüzde</b>	2	12,4	39,8	45,8
19.Genital bölgede ağrı nedeniyle yürüme ve oturmada zorluk	<b>Kişi sayısı(n)</b>	13	68	198	221
	<b>Yüzde</b>	2,6	13,6	39,6	44,2
20. Açıklanamayan anal ve vajinal kanama , vajinal yaralar	<b>Kişi sayısı(n)</b>	5	49	209	237
	<b>Yüzde</b>	1	9,8	41,8	47,4
21.Kronik idrar yolu enfeksiyonu, vajinit veya cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar	<b>Kişi sayısı(n)</b>	22	111	188	179
	<b>Yüzde</b>	4,4	22,2	37,6	35,8
22.İçer çekilme, apati, depresyon olması	<b>Kişi sayısı(n)</b>	43	131	208	118
	<b>Yüzde</b>	8,6	26,2	41,6	23,6
23.İntihar düşüncesinin olması	<b>Kişi sayısı(n)</b>	17	111	225	147
	<b>Yüzde</b>	3,4	22,2	45	29,4
	<b>Toplam</b>	<b>kişi sayısı:500</b>		<b>yüzde:100</b>	

**A: Şüphelenmem**

**B: Az şüphelenirim**

**C: Orta derecede şüphelenirim D: Kesinlikle şüphelenirim**

Tablodaki 1 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcılara; yaşlı istismar ve/veya ihmalinden şüphelenir misiniz? sorusuna; 55' i (%11) 'şüphelenmem', 111' i (%22,2) 'az şüphelenirim', 211' i (%42) 'orta derecede şüphelenirim' 123' ü (%24,6) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde yanıt vermiştir. 2 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 46' sı (%9,2) 'şüphelenmem', 130' u (%26) 'az şüphelenirim', 220' si (%44) 'orta derecede şüphelenirim', 104' ü (%20,8) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 3 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 9' u (%1,8) 'şüphelenmem', 91' i (%18,2) 'az şüphelenirim', 246' sı (%49,2) 'orta derecede şüphelenirim', 154' ü (%30,8) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 4 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 4' ü (%0,8) 'şüphelenmem', 35' i (%7) 'az şüphelenirim', 181' i (%36,2) 'orta derecede şüphelenirim', 280' i (%56) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 5 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 42' si (%8,4) 'az şüphelenirim', 166' sı (%33,2) 'orta derecede şüphelenirim', 292' si (%58,4) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 'şüphelenmem' şikkını kimse işaretlememiştir. 6 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 5' i (%1) 'şüphelenmem', 82' si (%1,4) 'az şüphelenirim', 196' sı (%39,2) 'orta derecede şüphelenirim', 217' si (%43,4) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 7 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 12' si (%2,4) 'şüphelenmem', 106' sı (%21,2) 'az şüphelenirim', 219' u (%43,8) 'orta derecede şüphelenirim', 163' ü (%32,6) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 8 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 21' i (%4,2) 'şüphelenmem', 99' u (%19,8) 'az şüphelenirim', 206' sı (%41,2) 'orta derecede şüphelenirim', 174' ü (%34,8) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 9 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 49' u (%9,8) 'az şüphelenirim', 208' i (%41,6) 'orta derecede şüphelenirim', 243' ü (%48,6) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 'Şüphelenmem' şikkını kimse işaretlememiştir. 10 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 12' si (%2,4) 'şüphelenmem', 98' i (%19,6) 'az şüphelenirim', 232' si (%46,4) 'orta derecede şüphelenirim', 158' i (%31,6) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 11 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 12' si (%2,4) 'şüphelenmem', 46' sı (%9,2) 'az şüphelenirim', 165' i (%33) 'orta derecede şüphelenirim', 277' si (%55,4) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 12 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 8' i (%1,6) 'şüphelenmem', 42' sı (%8,4) 'az şüphelenirim', 163' ü (%32,6) 'orta derecede şüphelenirim', 287' si (%57,4) 'kesinlikle

şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 13 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 2' si (%0,4) 'şüphelenmem', 17' si (%3,4) 'az şüphelenirim', 96' sı (%19,2) 'orta derecede şüphelenirim', 385' i (%77) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 14 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 3' ü (%0,4) 'şüphelenmem', 13' ü (%2,6) 'az şüphelenirim', 105' i (%21) 'orta derecede şüphelenirim', 379' u (%75,8) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 15 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 4' ü (%0,8) 'şüphelenmem', 45' i (%9) 'az şüphelenirim', 189' u (%37,8) 'orta derecede şüphelenirim', 262' si (%52,4) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 16 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 15' i (%3) 'şüphelenmem', 88' i (%17,6) 'az şüphelenirim', 189' u (%37,8) 'orta derecede şüphelenirim', 208' i (%41,6) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 17 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 32' si (%6,4) 'şüphelenmem', 138' i (%27,6) 'az şüphelenirim', 194' ü (%38,8) 'orta derecede şüphelenirim', 136' sı (%27,2) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 18 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 10' u (%2) 'şüphelenmem', 62' si (%12,4) 'az şüphelenirim', 199' u (%39,8) 'orta derecede şüphelenirim', 229' u (%45,8) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 19 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 13' ü (%2,6) 'şüphelenmem', 68' i (%13,6) 'az şüphelenirim', 198' i (%39,6) 'orta derecede şüphelenirim', 221' i (%44,2) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 20 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 5' i (%1) 'şüphelenmem', 49' u (%9,8) 'az şüphelenirim', 209' u (%41,8) 'orta derecede şüphelenirim', 237' si (%47,4) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 21 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 22' si (%4,4) 'şüphelenmem', 111' i (%22,2) 'az şüphelenirim', 188' i (%37,6) 'orta derecede şüphelenirim', 179' u (%35,8) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 22 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 43' ü (%8,6) 'şüphelenmem', 131' i (%26,2) 'az şüphelenirim', 208' i (%41,6) 'orta derecede şüphelenirim', 118' i (%23,6) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır. 23 numaralı bulguyla karşılaşan katılımcıların 17' si (%3,4) 'şüphelenmem', 111' i (%22,2) 'az şüphelenirim', 225' i (%45) 'orta derecede şüphelenirim', 147' si (%29,4) 'kesinlikle şüphelenirim' şeklinde cevaplamıştır (**Tablo 4.9**).

**Tablo 4.10.** Yaşlı istismar ve/veya ihmal vakasıyla karşılaşıldığında izlenecek yollara verilen cevapların dağılımı

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde
<b>Sadece klinik müdahalede bulunurum</b>	6	1,2
<b>Aileyi uyarırım, önerilerde bulunurum</b>	59	11,8
<b>Bildirimde bulunurum</b>	237	47,4
<b>Kararsızım</b>	65	13
<b>Aileyi uyarırım, önerilerde bulunurum bildirimde bulunurum (*)</b>	63	12,6
<b>Sadece klinik müdahalede bulunurum, aileyi uyarırım, önerilerde bulunurum (*)</b>	20	4
<b>Sadece klinik müdahalede bulunurum, bildirimde bulunurum (*)</b>	50	10
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Yaşlı istismar ve/veya ihmal vakasıyla karşılaşılan durumlarda izlenecek yollar sorgulandığında; katılımcıların 6' sı (%1,2) 'sadece klinik müdahalede bulunurum.' 59' u (%11,8) 'aileyi uyarırım, önerilerde bulunurum.' 237' si (%47,4) 'bildirimde bulunurum.' 65' i (%13) 'kararsızım.' 63' ü (%12,6) 'aileyi uyarırım, önerilerde bulunurum bildirimde bulunurum.' 20' si (%4) 'sadece klinik müdahalede bulunurum, aileyi uyarırım, önerilerde bulunurum.' şeklinde yanıtlamışlardır. Katılımcıların %70' inin bu tür vakalarda bildirimde buldukları anlaşılmıştır (**Tablo 4.10**).

**Tablo 4.11.** Yaşlı istismar ve ihmalini bildirimde bulunmama ya da az bulunma sebeplerinin değerlendirilmesi

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde
<b>1.Bu konularda ortaya çıkabilecek sorunlara karşı hekimlerin yeterince korunmadığına inanıyorum</b>	53	10,6
<b>2.Acil servis şartlarında bu hastaları yeterli değerlendirilebilecek zaman olmadığı için</b>	136	27,2
<b>3.Bu konuda yeterli bilgi ve/veya deneyime sahip değilim</b>	117	23,4
<b>4.Hasta hekim gizlilik ilkesini ihmal etmek istememem</b>	9	1,8
<b>5.Hastanın mevcut şartlarının daha da kötüleşme riski (aile ilişkileri...) / hastanın bu durumun bilinmesini istememesi</b>	50	10
<b>Diğer</b>	15	3
<b>1+2 (*)</b>	46	9,2
<b>2+5 (*)</b>	66	13,2
<b>3+5 (*)</b>	8	1,6
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Yaşlı istismar ve ihmalini bildirimde bulunmama ya da az bulunma sebepleri değerlendirildiğinde, katılımcıların 53' ü (%10,6) 1 numaralı cümleyi, 136' sı (%27,2) 2 numaralı cümleyi, 117' si (%23,4) 3 numaralı cümleyi, 9' u (%1,8) 4 numaralı cümleyi, 50' si (%10) 5 numaralı cümleyi, 46' sı (%9,2) hem 1, hem de 2 numaralı cümleyi, 66' sı (%13,2) hem 2, hem de 5 numaralı cümleyi, 8' i (1,6) hem 3, hem de 5 numaralı cümleyi yanıtlamıştır. Katılımcıların 15' i (%3) ise 'diğer' seçeneğini yanıtlamıştır. Veriler doğrultusunda, katılımcıların %25' inin bu konuda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadığı, %49,6' sının acil servis şartlarında bu tür vakaları yeterli değerlendirebilecek zamanlarının olmadığı anlaşılmaktadır (**Tablo 4.11**).

**Tablo 4.12.** Kurs eğitimi alanların cinsiyetlerinin dağılımı

Cinsiyet	Kişi Sayısı(n)	Yüzde
<b>Kadın</b>	37	34,9
<b>Erkek</b>	69	65,1
<b>Toplam</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Yaşlı istismar ve ihmali konusunda kurs eğitimi alanların 69' u (%65,1) erkeklerden, 37'si (%34,9) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcılardan konu ile ilgili kurs eğitimi alanların çoğunluğu erkektir (**Tablo 4.12**).

#### 4.2. Hipotez Testlerine Ait Bulgular

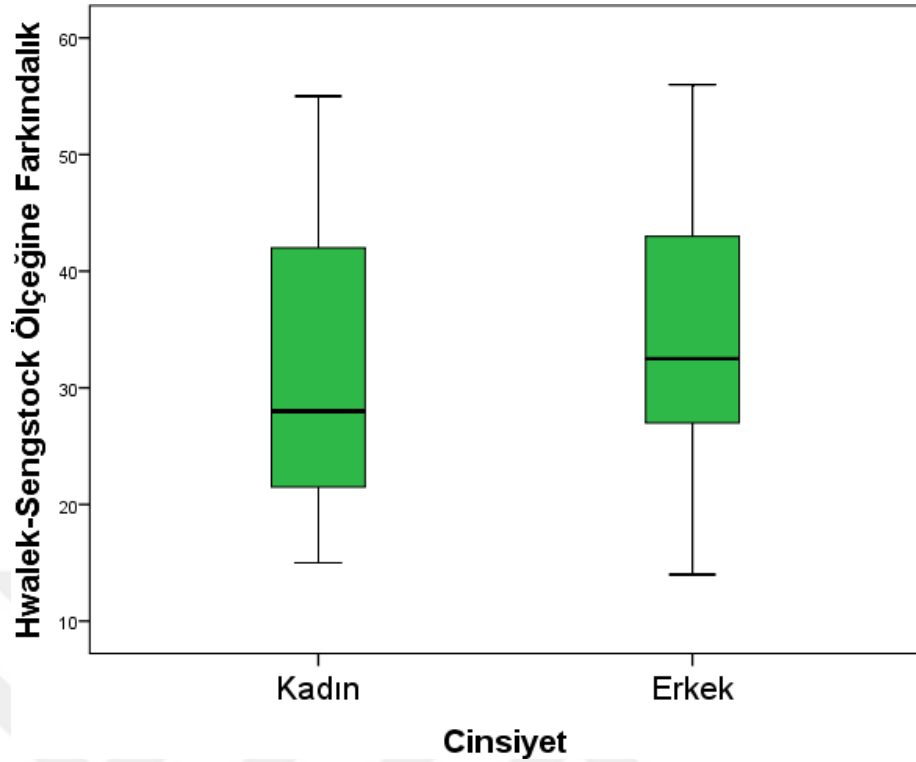
**Tablo 4.13.** Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile cinsiyetin karşılaştırılması

Risk faktörlerine farkındalık						
Cinsiyet	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	p value
<b>Kadın</b>	23	16	33	21	26	<b>0,885</b>
<b>Erkek</b>	24	16	32	21	26	

Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile katılımcıların cinsiyeti karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (**Tablo 4.13**).

**Tablo 4.14.** HS-EAST 'i ile cinsiyetin karşılaştırılması

Hwalek-Sengstock Ölçeğine Farkındalık						
Cinsiyet	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	p value
<b>Kadın</b>	28	15	55	21,5	42	<b>0,012</b>
<b>Erkek</b>	32,5	14	56	27	43	



**Şekil 4.1.** HS-EAST ‘i ile cinsiyetin karşılaştırılması

HS-EAST (Hwalek- Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi) ile katılımcıların cinsiyeti karşılaştırılmış olup, erkeklerin bu tarama testine farkındalığı (ortanca: 32,5, minimum: 14, maksimum:56), kadınlara (ortanca: 28, minimum: 15, maksimum: 55) göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Tablo 4.14**).

**Tablo 4.15.** Yaşlı istismar ve ihmalinde anamnez ve fizik muayene bulguları ile cinsiyetin karşılaştırılması

Cinsiyet	Anamnez ve Fizik Muayene Bulgularına Farkındalık					p value
	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	
<b>Kadın</b>	76	44	92	67	82	<b>0,243</b>
<b>Erkek</b>	75	41	92	67,5	81,5	

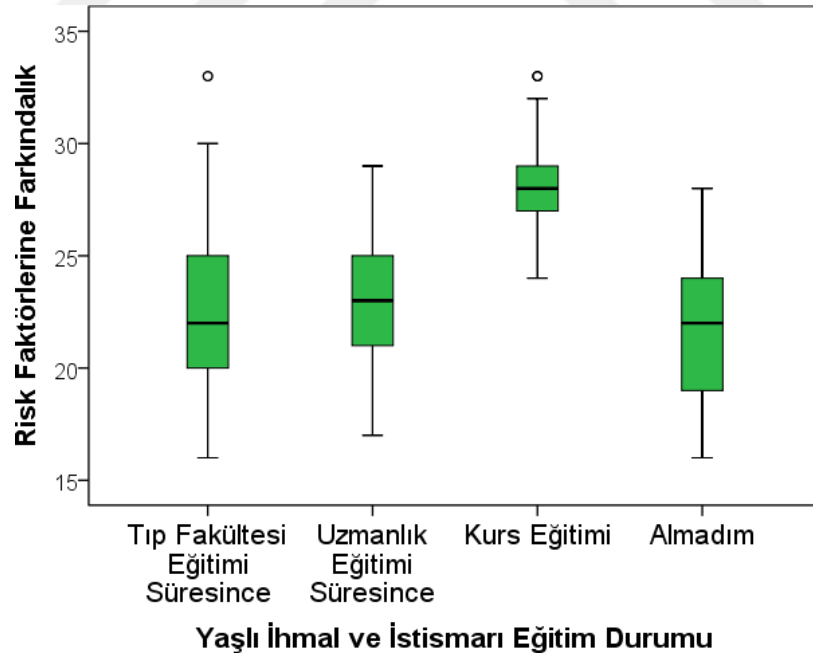
Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları, katılımcıların cinsiyeti ile karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**Tablo 4.15**).



**Tablo 4.16.** Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması

		Risk Faktörlerine Farkındalık					
Yaşlı İstismarı Durumu	İhmal ve Eğitim	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	P value
Tıp Eğitimi Süresince	Fakültesi	22	16	33	20	25	
Uzmanlık Eğitimi Süresince	Eğitimi	23	17	29	21	25	<0,001
Kurs Eğitimi		28	24	33	27	29	
Almadım		22	16	28	19	24	

Gruplar arası karşılaştırma	P değeri
Eğitim almayanlar – tıp fakültesinde eğitim alanlar	0,593
Eğitim almayanlar –uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar	0,285
Eğitim almayanlar – kursta eğitim alanlar	P<0,001
Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar-uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar	1,000
Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar– kursta eğitim alanlar	P<0,001
Uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar– kursta eğitim alanlar	P<0,001



**Şekil 4.2.** Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması

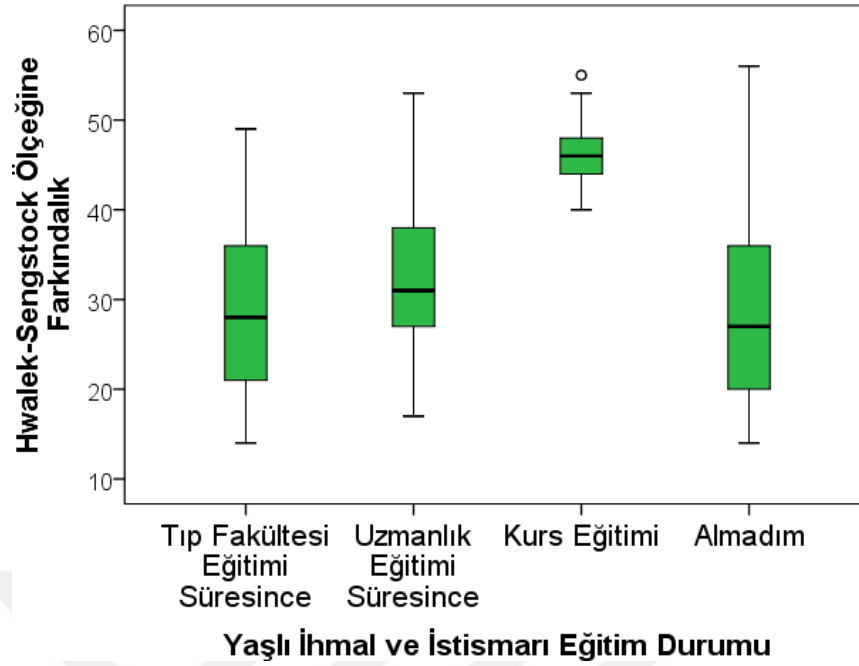
İncelenen veriler doğrultusunda, konu hakkında eğitim almayanlar ile tıp fakültesinde eğitim alanların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim almayanlar ile uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar ile uzmanlık eğitimi süresinde eğitim alanlar arasında da anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır. Bununla birlikte kurs eğitimi (ortanca: 28, minimum: 24, maksimum: 33) ile konu hakkında eğitim alanların hem tıp fakültesi süresince (ortanca: 22, minimum: 16, maksimum: 33) eğitim alanlarla, hem uzmanlık süresince (ortanca: 23, minimum: 17, maksimum: 29) eğitim alanlarla hem de eğitim almayanlarla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**Tablo 4.16**).

**Tablo 4.17.** HS- EAST ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması

<b>Hwalek-Sengstock Ölçeğine Farkındalık</b>						
<b>Yaşlı İhmal ve İstismarı Eğitim Durumu</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>25 percentil</b>	<b>75 percentil</b>	<b>P value</b>
<b>Tıp Fakültesi Eğitimi Süresince</b>	28	14	49	21	36	
<b>Uzmanlık Eğitimi Süresince</b>	31	17	53	27	38	<b>&lt;0,001</b>
<b>Kurs Eğitimi</b>	46	40	55	44	48	
<b>Almadım</b>	27	14	56	20	36	

<b>Gruplar arası karşılaştırma</b>	<b>P değeri</b>
<b>Eğitim almayanlar – tıp fakültesinde eğitim alanlar</b>	1,000
<b>Eğitim almayanlar –uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar</b>	0,072
<b>Eğitim almayanlar – kursta eğitim alanlar</b>	P<0,001
<b>Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar-uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar</b>	0,073
<b>Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar– kursta eğitim alanlar</b>	P<0,001
<b>Uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar– kursta eğitim alanlar</b>	P<0,001



**Şekil 4.3.** HS- EAST ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması

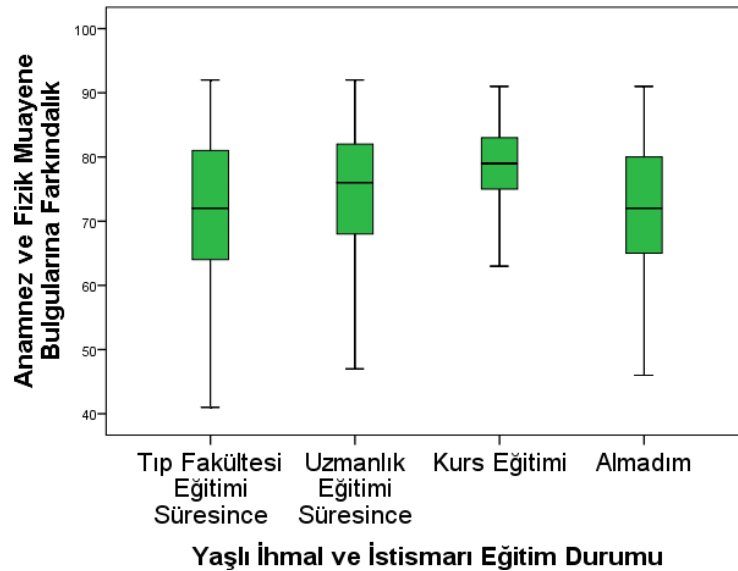
HS-EAST ölçeği ile yaşlı istismar ve ihmali konusunda eğitim alanlar ve almayanlar arasında HS-EAST ölçeğine, gruplar arasında farkındalık kıyaslanmış olup, elde edilen veriler doğrultusunda, konu hakkında eğitim almayanlar ile tıp fakültesinde eğitim alanların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim almayanlar ile uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar ile uzmanlık eğitimi süresinde eğitim alanlar arasında da anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır. Bununla birlikte kurs eğitimi (ortanca: 46, minimum: 40, maksimum: 55) ile konu hakkında eğitim alanların hem tıp fakültesi süresince (ortanca: 28, minimum: 14, maksimum: 49) eğitim alanlarla, hem uzmanlık süresince (ortanca: 31, minimum: 17, maksimum: 53) eğitim alanlarla hem de eğitim almayanlarla (ortanca: 27, minimum: 14, maksimum: 56) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**Tablo 4.17**).

**Tablo 4.18.** Yaşlı istismar ve ihmaliindeki anamnez ve fizik muayene bulguları ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması

Anamnez ve Fizik Muayene Bulgularına Farkındalık							
Yaşlı İstismarı Durumu	İhmal ve Eğitim	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	P value
Tıp Fakültesi Eğitimi Süresince		72	41	92	64	81	
Uzmanlık Eğitimi Süresince		76	47	92	68	82	<b>&lt;0,001</b>
Kurs Eğitimi		79	63	91	75	83	
Almadım		72	46	91	65	80	

Gruplar arası karşılaştırma	P değeri
Eğitim almayanlar – tıp fakültesinde eğitim alanlar	0,760
Eğitim almayanlar –uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar	0,020
Eğitim almayanlar – kursta eğitim alanlar	P<0,001
Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar-uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar	0,017
Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar– kursta eğitim alanlar	P<0,001
Uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar– kursta eğitim alanlar	0,009



**Şekil 4.4.** Yaşlı istismar ve ihmaliindeki anamnez ve fizik muayene bulguları ile konu hakkında eğitim alanların/almayanların durumunun karşılaştırılması

İncelenen veriler doğrultusunda, konu hakkında eğitim almayanlar ile tıp fakültesinde eğitim alanların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim almayanlar (ortanca: 72, minimum: 46, maksimum: 91) ile uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar (ortanca: 72, minimum: 41, maksimum: 92) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar (ortanca:72, minimum: 41, maksimum: 92) ile uzmanlık eğitimi süresinde eğitim alanlar (ortanca: 72, minimum: 41, maksimum: 92) arasında istatistiksel fark anlamlıdır. Bununla birlikte kurs eğitimi (ortanca: 79, minimum: 63, maksimum: 91) ile konu hakkında eğitim alanların tıp fakültesi süresince (ortanca: 72, minimum: 41, maksimum: 92) eğitim alanlarla, uzmanlık eğitimi süresinde eğitim alanlarla (ortanca: 72, minimum: 41, maksimum: 92) ve eğitim almayanlarla (ortanca: 72, minimum: 46, maksimum: 91) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**Tablo 4.18**).

**Tablo 4.19.** Çalışılan süre ile yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörlerinin kıyaslanması

Acil Serviste Çalışma Süresi	Risk Faktörlerine Farkındalık					P value
	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	
<1 yıl	23	16	30	21	26	<b>0,515</b>
2-5 yıl	23	16	33	21	27	
6-10 yıl	24	16	33	21	27	
>10 yıl	24,5	18	33	21	26	

Katılımcıların acil serviste çalıştıkları süre ile yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri kıyaslanmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**Tablo 4.19**).

**Tablo 4.20.** HS- EAST ile acil serviste çalışma sürelerinin karşılaştırılması

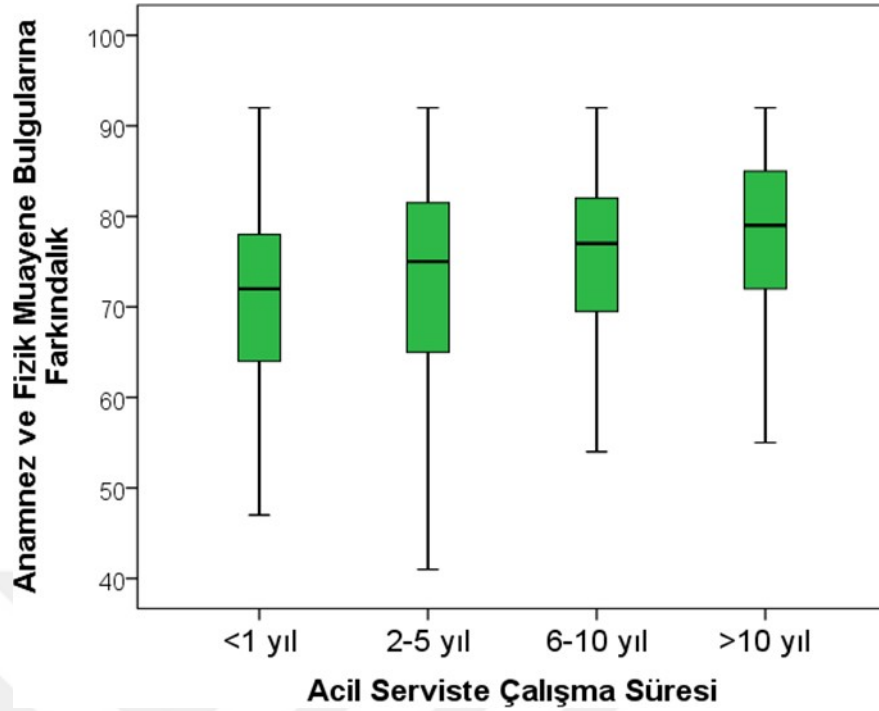
<b>Hwalek-Sengstock Ölçeğine Farkındalık</b>						
<b>Acil Serviste Çalışma Süresi</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>25 percentil</b>	<b>75 percentil</b>	<b>P value</b>
<1 yıl	31	14	56	23	42	<b>0,386</b>
2-5 yıl	32	15	55	22,5	43	
6-10 yıl	33	14	53	22	43	
>10 yıl	34	17	53	27	45	

Katılımcıların acil serviste çalıştıkları süre ile Hwalek-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi kıyaslanmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**Tablo 4.20**).

**Tablo 4.21.** Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları ile acil serviste çalışma sürelerinin karşılaştırılması

<b>Anamnez ve Fizik Muayene Bulgularına Farkındalık</b>						
<b>Acil Serviste Çalışma Süresi</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>25 percentil</b>	<b>75 percentil</b>	<b>P value</b>
<1 yıl	72	47	92	64	78	
2-5 yıl	75	41	92	65	81,5	<b>&lt;0,001</b>
6-10 yıl	77	54	92	69,5	82	
>10 yıl	79	55	92	72	85	

<b>Gruplar arası karşılaştırma</b>		<b>P değeri</b>
1 yıldan az çalışanlar	- 2-5 yıl arası çalışanlar	0,231
1 yıldan az çalışanlar	- 6-10 yıl arası çalışanlar	P<0,001
1 yıldan az çalışanlar	- 10 yıldan fazla çalışanlar	P<0,001
2-5 yıl arası çalışanlar	- 6-10 yıl arası çalışanlar	0,297
2-5 yıl arası çalışanlar	- 10 yıldan fazla çalışanlar	P<0,001
6-10 yıl arası çalışanlar	- 10 yıldan fazla çalışanlar	0,687



**Şekil 4.5.** Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulgularıyla acil serviste çalışma sürelerinin karşılaştırılması

Anamnez ve fizik muayene bulgularına farkındalık ile acil serviste çalışma süreleri karşılaştırıldığında; 1 yıldan az çalışanlar ile 2-5 yıl arasında çalışanlar arasında, 2-5 yıl arasında çalışanlar ile 6-10 yıl arasında çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. 1 yıldan az çalışanlar (ortanca: 72, minimum: 47, maksimum: 92) ile 6-10 yıl arasında çalışanlar (ortanca: 77, minimum: 54, maksimum: 92) ve 10 yıldan daha fazla çalışanların (ortanca: 79, minimum: 55, maksimum: 92) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 2-5 yıl arasında çalışanlar (ortanca: 75, minimum: 54, maksimum: 92) ile 10 yıldan daha fazla çalışanlar (ortanca: 79, minimum: 55, maksimum: 92) arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır. (**Tablo 4.21**)

**Tablo 4.22.** Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörlerinin görev durumu ile karşılaştırılması

Görev Durumu	Risk Faktörlerine Farkındalık					P value
	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	
Pratisyen Dr.	23	16	33	20	26	
Arş. Gör Dr.	24	16	33	21	26	
Uzm. Dr.	24	16	32	21	27	<b>0,582</b>
Dr.Öğr.Üyesi - Doç. Dr. - Prof. Dr.	24	18	32	20,5	26	

Yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile katılımcıların görev durumu karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**Tablo 4.22**).

**Tablo 4.23.** HS-EAST ile katılımcıların görev durumunun karşılaştırılması

Görev Durumu	Hwalek-Sengstock Ölçeğine Farkındalık					P value
	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	
Pratisyen Dr.	29	15	53	22	42	
Arş. Gör Dr.	33	14	56	23	43	
Uzm. Dr.	32,5	14	53	23	44	<b>0,11</b>
Dr.Öğr.Üyesi - Doç. Dr. - Prof. Dr.	35	17	50	27	45	

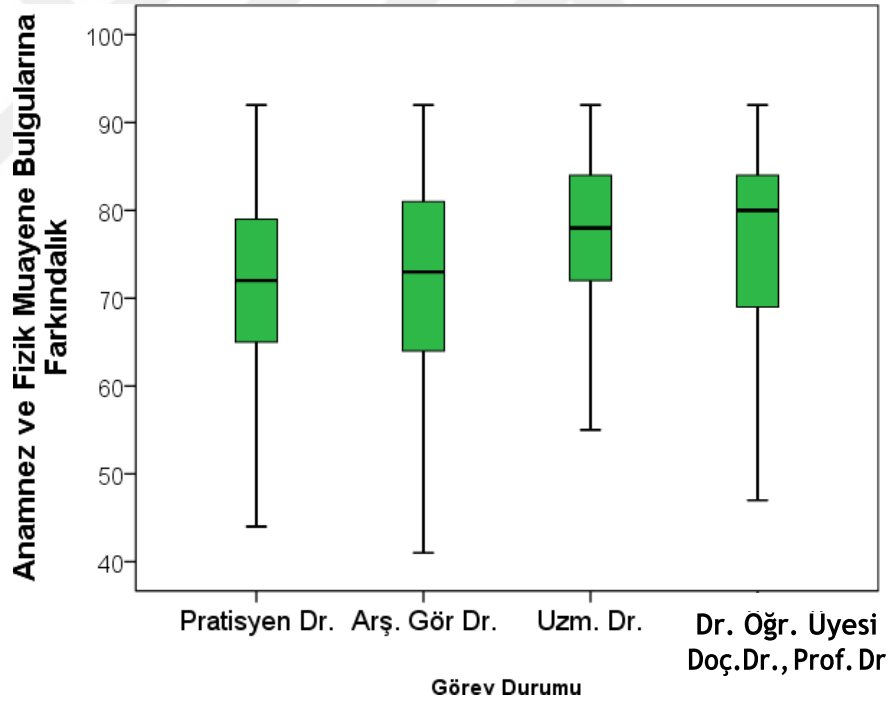
Hwalek-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi ile katılımcıların görev durumu karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**Tablo 4.23**).



**Tablo 4.24.** Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları ile katılımcıların görev durumunun karşılaştırılması

Anamnez ve Fizik Muayene Bulgularına Farkındalık						
Görev Durumu	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	P value
Pratisyen Dr.	72	44	92	65	79	<b>&lt;0,001</b>
Arş. Gör Dr.	73	41	92	64	81	
Uzm. Dr.	78	55	92	72	84	
Dr.Öğr.Üyesi – Doç Dr - Prof Dr	80	47	92	69	84	

Gruplar arası karşılaştırma	P değeri
Pratisyen dr. - araştırma görevlisi dr.	1.000
Pratisyen dr.- uzman dr.	P<0,001
Pratisyen dr. – dr.öğr.üyesi, doç, prof.dr.	P<0,001
Araştırma görevlisi dr.- uzman dr.	P<0,001
Araştırma görevlisi dr.- dr.öğr.üyesi,doç,prof.dr	P<0,001
Uzman dr. – dr.öğr.üyesi,doç,prof.dr	1.000



**Şekil 4.6.** Yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları ile katılımcıların görev durumunun karşılaştırılması

Anamnez ve fizik muayene bulgularına farkındalık ile görev durumu karşılaştırıldığında; pratisyen doktorlar il araştırma görevlisi doktorlar arasında, uzman doktorlar ile doktor öğretim üyesi, doçent, profesör doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Pratisyen doktorlar (ortanca: 72, minimum: 44, maksimum: 92) ile uzman doktorlar (ortanca: 78, minimum: 55, maksimum: 92) ve doktor öğretim üyesi, doçent, profesör doktorlar (ortanca:80, minimum: 47, maksimum: 92) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Araştırma görevlisi doktorlar (ortanca: 73, minimum: 41, maksimum: 92) ile uzman doktorlar (ortanca: 78, minimum: 55, maksimum: 92) ve doktor öğretim üyesi, doçent, profesör doktorlar (ortanca:80, minimum: 47, maksimum: 92) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (**Tablo 4.24**).

**Tablo 4.25.** Görev yapılan kurum ile yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörlerinin kıyaslanması

Görev Yapılan Kurum	Risk Faktörlerine Farkındalık					P value
	Median	Minimum	Maximum	25 percentil	75 percentil	
Devlet Hastanesi	23	16	33	20,5	26	<b>0,656</b>
Eğitim Araştırma Hastanesi	24	17	32	21	27	
Üniversite Hastanesi	24	16	33	21	26	
Diğer	22,5	19	28	21	25	

Bu çalışmada katılımcıların görev yaptıkları kurum ile yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri karşılaştırılmış olup, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (**Tablo 4.25**).

**Tablo 4.26.** Görev yapılan kurum ile HS-EAST' ın karşılaştırılması

<b>Hwalek-Sengstock Ölçeğine Farkındalık</b>						
<b>Görev Yapılan Kurum</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>25 percentil</b>	<b>75 percentil</b>	<b>P value</b>
<b>Devlet Hastanesi</b>	31	16	53	22	42	<b>0,095</b>
<b>Eğitim Araştırma Hastanesi</b>	32	14	55	21,5	45	
<b>Üniversite Hastanesi</b>	35	15	56	26,5	42	
<b>Diğer</b>	26	14	51	22	30,5	

Hwalek-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi ile katılımcıların görev yaptıkları kurum karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**Tablo 4.26**).

**Tablo 4.27.** Görev yapılan kurum ile yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulgularının karşılaştırılması

<b>Anamnez ve Fizik Muayene Bulgularına Farkındalık</b>						
<b>Görev Yapılan Kurum</b>	<b>Median</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>25 percentil</b>	<b>75 percentil</b>	<b>P value</b>
<b>Devlet Hastanesi</b>	74	44	92	65,5	81	<b>0,181</b>
<b>Eğitim Araştırma Hastanesi</b>	75	47	92	68	82	
<b>Üniversite Hastanesi</b>	76	41	92	69	83	
<b>Diğer</b>	79	62	92	72	81,5	

Yaşlı istismar ve ihmalinde anamnez ve fizik muayene bulguları katılımcıların görev yaptıkları kurumlar karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**Tablo 4.27**).

## 5. TARTIŞMA

Dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilir olması ve sürekli yenilenen ve gelişen tedavi yöntemleri sayesinde yaşlı nüfus sayısı ve beklenen yaşam süresi giderek artmakta olup, bu durum sağlık sistemine direk etki etmektedir. Yaşlı nüfusun sorunlarını bilen, yaşlıya yönelik istismar ve ihmal olgularını tanıyabilen başta hekimler olmak üzere eğitilmiş sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. ABD ve Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde yaşlı istismar ve ihmaliye yönelik bilimsel çalışmalar ve konuyla ilgili düzenlemeler 50 yıl önce başlamış olmasına rağmen Türkiye’de ilk çalışma 1996 yılında yapılmış olup halen yaşlı istismar ve ihmali önlemeye yönelik yeteri kadar çalışma bulunmamaktadır [45]. Bu çalışmanın en önemli özelliği istismar ve ihmal edilen yaşlı hastaların sağlık kuruluşlarına ilk ve sık başvuru yerlerinden olan acil servislerde, bu durumla oldukça sık karşılaşan ve karşılaşması muhtemel olan acil servis hekimlerine yönelik yapılmış olmasıdır. Belirgin bir fiziksel yaralanma bulguları olmadığı yaşlı ihmal ve istismarını akla getirmek ve tanımak oldukça zordur. Bu konudaki bilgi yetersizliği, konuya ilişkin farkındalığın olmaması istismar ve ihmal vakalarının kolaylıkla atlanmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada, acil servis hekimlerinin yaşlı ihmal ve istismarı konusunda ki bilgi düzeyleri, yaşlı ihmal ve istismar olgularına nasıl yaklaştıkları, konu ile ilgili tutum ve davranışları değerlendirilmiştir.

Yaşlı ihmal ve istismarı toplumda ne boyutta olduğu bilinmeyen, gizli kalan, istismar edilenin de bu durumu söylemediği bir sağlık problemidir [4]. Bu sorunların yeterince dile getirilmemesi nedeniyle doğru verilere ulaşmak son derece güçtür. Yapılan araştırmalar sonucunda gelişmiş ülkelerde bile resmi bildirimler oldukça azdır [5]. Türkiye’de poliklinik randevularının uzun sürede verilmesi, sağlık personeli yetersizliği, toplumun bilinçsizliği gibi pek çok nedenden dolayı yaşlılar yakınları, bakım verenleri veya bakımevleri tarafından daha çok acil servislere getirilmektedir. Acil servislerin hastanelerin giriş kapısı olması, 24 saat kesintisiz hizmet vermesi, sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlayan önemli bir klinik olması bu durumda etkindir. Gerek yaşlı nüfusun giderek artması, gerekse bu gibi nedenlerden dolayı acil servislere başvuran hastaların büyük bir kısmı yaşlılardan oluşmaktadır. Dolayısıyla başta acil servisler olmak üzere, bakım evlerinde, hastanede yatan ve ayaktan başvuran yaşlı hastalarda yaşlı istismar ve

ihmali açısından son derece dikkatli olmak önem arz eder [10]. Türkiye’ de ve dünyada geçmişte yapılmış benzer çalışmalar mevcuttur. 2006 yılında yayınlanmış olan; İzmir ilinde, çeşitli hastanelerde acil servis sağlık çalışanları üzerinde yaşlı ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyi ve klinik tecrübeleri inceleyen bir çalışma yapılmıştır. O çalışmaya katılanlardan 125 kişinin %55,2’ si doktorlardan, %40,8’ i hemşirelerden, %4’ ü diğer acil servis sağlık çalışanlarından oluşmaktaydı [46]. Yine dünyada, birinci basamak sağlık çalışanları, geriatri uzmanları, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile yapılmış olan yaşlı istismarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları belirlemeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır [47-49].

Yaşlı istismarı ile ilgili yapılmış olan bir derleme çalışmasına göre; ABD’de yaşlıların %10’ u istismara maruz kalmaktadır. Aynı çalışmada Avrupa ülkelerine bakıldığında en az İrlanda’ da (%2,2), en fazla Hırvatistan’ da (%61,1) yaşlı istismarına rastlanılmaktadır. Asya ülkelerinde ise, en fazla Çin’ de (%36,2), en az Hindistan’ da ( %14) yaşlı istismarı görülmüştür [50]. Bu veriler dünyada çeşitli ülkelerde, değişen oranlarda görülen yaşlı istismarının önemli bir toplumsal problem olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda acil servise başvuran yaşlı hastalarda yaşlı istismar ve ihmalinin görülme oranı sorgulandığında; katılımcıların %82’ si %5’ in altında olduğu cevabını vermiştir. Türkiye’de ve dünyada yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre bu oranların çok daha yüksek olması beklenmektedir. Almogue ve arkadaşlarının [51] çalışmasında ‘Yaşlıların istismar ve ihmale çok az sayıda uğradıklarını mı düşünüyorsunuz?’ sorusuna katılımcıların %64’ ü ‘evet’ cevabını vermiştir. Kennedy’ nin [52] birinci basamak hekimlerine yönelik yaptığı, yaşlı istismarı konusunda hekimlerin bilgi düzeyi ve tutumlarını inceleyen bir çalışmasında, katılımcıların yalnızca %18’ i yaşlı istismarının aile içi şiddet ve çocuk istismarı kadar sık olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir. Yaptığımız çalışmanın ve literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları incelendiğinde; hekimler başta olmak üzere, sağlık çalışanlarının yaşlı istismar ve ihmalinin ne sıklıkta görüldüğünü tam olarak bilmediklerini ve dolayısıyla yaşlı istismarı ve ihmalinin az görüldüğünü düşündürmüştür. Bunun sebeplerinden birisi, acil servislere başvuran hasta sayısının fazlalığı olabilir (çalışmamızda %41 katılımcı 500 ve üzerinde hasta bakıldığını, %34,8’ i ise 151 ile 500 arasında hasta baktığını belirtmiştir).

Geçmişte yapılmış olan birçok çalışmada Acil Tıp eğitim programında yaşlı nüfusunun ihtiyaçları ve hastalıklarına yönelik konulara çok az yer verilmekte olduğuna ve bu konuda yeteri kadar eğitim almamış Acil Tıp uzmanlarının yetiştiğine değinilmiştir [53-61]. Daha önce yapılan benzer çalışmalarda, yaşlı istismarı ve ihmeline karşı bilgi düzeyi, tutum ve davranışlar araştırılmış olup istismar ve ihmale tanı koyma ve konu hakkında nasıl hareket edileceği yönünde büyük oranda yetersizliklerin olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmalarda katılımcılar yeterli ve etkin eğitim almadıklarını belirtmiştir [46, 52, 62]. Literatür incelendiğinde Malezya’da doktor ve hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada, doktorların %90’ ının, yaşlı istismar ve ihmali konusunda herhangi bir eğitim almadığı rapor edilmiştir [62]. ACEP’ in yaptığı bir ankette, Acil Tıp doktorlarının sadece %25’ i yaşlı istismarı ile ilgili eğitim aldığını bildirmiştir [63]. Yapılan bir diğer çalışmada ise, acil servis doktorlarının %75’ i çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ile ilgili protokollerinin olduğunu, buna karşılık sadece %27’ si yaşlı istismarı ile ilgili protokole sahip olduklarını belirtmiştir [64]. Thomson ve ark. [48] geriatri asistanları üzerinde yaptığı bir çalışmada; geriatri uzmanlık dalında dahi yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili eğitimin yetersiz olduğu ve bu yüzden bu tür vakaları tanımada ve bildirmede eksik oldukları ortaya çıkmıştır. Jones ve arkadaşları [65] tarafından acil tıp uzmanlarına yaşlı istismarı ile ilgili yapılan anket çalışması incelendiğinde, asistanlık döneminde yaşlı istismarı ile ilgili %25 oranında eğitim alındığı ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %81,2’ si konu ile ilgili eğitim aldıklarını, bununla birlikte %71’ i konu ile ilgili güncel bilgileri takip etmediklerini belirtmiştir. Çalışmamızda yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri, katılımcıların cinsiyeti, acil serviste çalışma süreleri ve görev durumlarıyla karşılaştırıldı; ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Konu ile ilgili nerede eğitim alındığını, yaşlı istismar ve ihmalinin risk faktörleri ile karşılaştırdığımızda ise; eğitim almayanlar ile tıp fakültesi süresince ve uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar ile uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar arasında da anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat kurs eğitimi ile eğitim alanların gerek tıp fakültesi gerekse uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlarla ve konu ile ilgili eğitim almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Konu ile ilgili nerede eğitim alındığını, yaşlı istismar ve ihmalinin anamnez ve fizik muayene bulguları ile karşılaştırdığımızda ise; eğitim almayanlar ile tıp fakültesi süresince eğitim alanlar arasında anlamlı fark

saptanmamıştır. Eğitim almayanlar ile uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tıp fakültesi süresince eğitim alanlar ile uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bununla birlikte kurs eğitimi ile eğitim alanların; tıp fakültesi süresince, uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlarla ve konu ile ilgili eğitim almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların yaşlı istismar ve ihmalinde anamnez ve fizik muayene bulgularına farkındalığı ile görev durumu ilişkisi incelenmiş olup araştırma görevlisi doktorlar ile pratisyen hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Uzman doktorlar ile gerek pratisyen hekimler gerekse araştırma görevlisi doktorların arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca pratisyen hekimler ve araştırma görevlisi doktorlar ile öğretim görevlileri arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmamızda katılımcıların yaşlı istismar ve ihmalinde anamnez ve fizik muayene bulgularına farkındalığının acil serviste çalışma süresiyle ilişkisi incelenmiş olup acil serviste çalışma süresi arttıkça konu ile ilgili farkındalığın artmış olduğu saptanmıştır. Bu veriler tıp fakültesi eğitimi ve uzmanlık eğitiminde konuya yeteri kadar önem verilmediğini akla getirmektedir. Acil tıp uzmanlarının ve öğretim görevlilerinin hem klinik deneyimlerinden kaynaklı hem de kendi çabalarıyla konu hakkındaki farkındalıklarını arttırdıklarını düşünebilir. Yaşlı istismar ve ihmal konusunda gerek tıp fakültesi, gerekse uzmanlık eğitim müfredatlarında yetersizlik olduğu, konu ile ilgili eğitimlerin tekrar ele alınıp düzenlenmesinin ve verimliliğin artırılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Katılımcılara yöneltilen ‘Yaşlı ihmal ve istismarıyla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?’ sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; fiziksel, cinsel ve psikolojik istismar ile ilgili eğitim alanların sayısı fazla iken, ekonomik istismar ile eğitim alanların sayısının oldukça az olduğu saptanmıştır. Yaşlı istismar ve ihmalinde yaşlıya ait risk faktörlerinden biri, yaşlı bireyin cazip maddi kaynağının olmasıdır [4, 37, 38]. Bu durum çalışmamızda sorgulanmış olup az sayıda katılımcı ‘Sosyoekonomik durumun yüksek olması yaşlı istismar ve ihmalinde risk faktörüdür’ şeklinde yanıtlamıştır. Ayrıca çalışmadaki veriler incelendiğinde, yaşlı istismar ve ihmaline ‘genel görünüm’ ve ‘fizik muayene’ aşamasında tanı konulma oranının yüksek olması da göz önünde bulundurulduğunda; acil servis hekimlerinin yaşlı hasta başvurularında, fizik muayene bulgularının öne çıkması

nedeniyle daha çok fiziksel istismarı göz önüne aldıklarına, dolayısıyla ekonomik istismarın gözden kaçırılabilmesine, ayrıca konu ile ilgili yeterli eğitim almadıkları için ekonomik istismara farkındalığın olmamasına bağlanabilir.

Katılımcıların yaşlı istismar ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarında nasıl tanı koydukları incelendiğinde; en sık anamnez, fizik muayene ve genel görünüm ile tanı konulduğu görülmüştür. Anamnez yaşlı istismar ve ihmali akla getirmekte en önemli basamaktır [65]. ‘Yaşlı hastalarda anamnez ve fizik muayene bulgularından hangilerinde, istismar ve ihmalden şüphelenirsiniz?’ sorusuna ‘klinik durum ile öykünün uyuşmaması, hasta yakını ile hastanın öyküsünde tutarsızlık olması, soruları cevaplarırken bakım verene bakma’ yanıtları, katılımcıları yüksek oranda istismar ve ihmalden şüphelendirmiştir. Jones ve arkadaşları [65] katılımcıların %84’ünün hastalara anamnez sırasında yaşlı istismarına yönelik direkt sorular sormadığını bildirmiştir. Austin ve Rinker [66] tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların yanıtları doğrultusunda, en fazla istismar düşündüren fizik muayene bulguları: dekübit ülserleri, hırpalanmış bebek sendromu benzeri lezyonlar, ciltte abrazyon ve yanıklar olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da: ‘Anamnez ve fizik muayene bulgularından hangilerinde istismar ve ihmalden şüphelenirsiniz?’ sorusuna, benzer fizik muayene bulguları olan cevaplar, katılımcılar tarafından yüksek oranda ‘kesinlikle şüphelenirim’ ve ‘orta derecede şüphelenirim’ şeklinde yanıtlanmıştır.

Son yıllarda kadın, çocuk ve engellilere yönelik şiddetle mücadele gündemde oldukça sık yer bulmasına rağmen; yaşlı istismarı ile ilgili çalışmaların sayısı çok azdır. Ailenin kutsal sayılarak aile içi ilişkilere karışmamak, yaşlının toplumdan uzak kalması ve sonucunda başkaları ile iletişim kur(a)maması, yaşlı bireyin ihmal ve istismarı problem olarak algılama düzeyi ve ailesini bu konuda ihbar ve şikayet etmeye istekli olmaması, toplumun yaşlı ihmal ve istismarı konusundaki farkındalığının yeterli olmaması vb. bir çok neden bununla ilişkili olmakla birlikte; istismar edilen yaşlı mağdur ile istismar edenin arasında olayın saklı kalması ve yaşlı istismarını tanımlayıcı ölçme araçlarının yetersizliği bu durumun en önemli iki nedenidir [42, 67]. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, istismar edilen yaşlıların sayısının yükseleceği beklenmektedir. Bu nedenle yaşlı istismarını saptamak ve açığa çıkarmak konusunda hekimlerin önemli sorumlulukları vardır. Günümüzde yaşlı istismarı konusunda geliştirilen ve uygulamada kullanılabilen, bilinen en iyi yaşlı istismarı ölçme araçlarından biri olan Hwalek-Sengstock Yaşlı



İstismarı Tarama Testi mevcuttur. Doğrudan istismar, incinebilirlik ve durumsal karakteristikleri ölçer [68]. Hastanelerde kullanım için en uygun olan testtir ve acil travma hekimleri, geriatristler ve hatta yardımcı sağlık personeli tarafından kolayca uygulanabilir [41]. Bu testi oluşturan maddelerin yaşlı istismarını tanımlayıcı nitelikte olması, testin Türkiye’ de yaşlı istismarını saptamakta kullanılabilceğini göstermekle birlikte; hem klinik uygulamada hem de psikososyal değerlendirmede kullanılmak üzere 2016 yılında Emine Özmete tarafından Türkçeye uyarlanması yapılmıştır. Bu test hem tanımlayıcı, hem kısa sürede uygulanabilir olması sebebiyle kullanışlıdır [42]. Çalışmamızda katılımcılara yöneltilen; ‘yaşlı istismarına yönelik geçerlilik ve güvenilirliği bulunan tarama testi var mı ?’ şeklinde yöneltilen soruya; %9’ u ‘evet’ şeklinde yanıtlamıştır. Hazırlanan ankette 14 sorudan oluşan Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi katılımcılara sorulmuştur. Doğrudan istismar ve potansiyel istismarı düşündüren sorulara katılımcılar %50’ nin altında ‘sıklıkla sorarım ve kesinlikle sorarım’ şeklinde cevap vermiştir. Bu da bize tarama testindeki doğrudan istismar ve olası istismarı saptamamıza faydalı olabilecek soruların sorulmadığını ve dolayısıyla bu tip vakaların atlanma ihtimalini gösterebileceğini düşündürmektedir. HS-EAST ‘ne farkındalığı, görev yapılan kurum ve acil serviste çalışma süreleri ile karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu tarama testine farkındalığı cinsiyet ile karşılaştırdığımızda, erkekler ile kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Bu fark katılımcıların çoğunluğunu erkeklerin oluşturmasına, kurs eğitimi alanların da çoğunluğunu erkeklerin oluşturmasına bağlanabilir. HS-EAST’ a farkındalığı ile görev durumu karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum bu tarama testine farkındalığın az olduğunu gösterebilir. Ayrıca eğitim düzeyinden bağımsız olarak yaşlı istismarı ve ihmali konusunda farkındalığın az olduğunu akla getirmiştir. Eğitim durumu ile HS-EAST’ a farkındalığı karşılaştırdığımızda kurs eğitimi alanlar ile diğer gruplar arasında anlamlı bir fark mevcuttur. 2016 yılında Türkçe uyarlaması yapılan, görece yeni sayılabilecek tarama testinin kurs eğitimlerinde yer almış olabileceğini düşündürmüştür. Tıp fakültesi ve uzmanlık eğitim programına bu güncel testin eklenmesi, konuya farkındalığı arttıracak bir test olması sebebiyle bu tür hastaların tanınmasını ve atlanmamasını sağlayabilir. Kısa, kolay, yardımcı sağlık personellerinin de uygulayabileceği bu tarama testi acil servislerde şüpheli vakalarda uygulanabilir, yaşlı istismarının tanısını kolaylaştırabilir.

Yaşlı ihmal ve istismarının bildirilmesi konusunda bir çok ülkede bazı düzenleme ve programlar varken; ABD ve İsrail gibi bazı ülkelerde hukuki olarak bildirilmesi zorunlu bir durumdur [51]. Yapılan çalışmalarda başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının kanun ve yönetmeliklerden, yaşlı istismar ve ihmali tanıyacak, bildirecek ve raporlayacak medikal protokollerden haberdar olmadıkları görülmektedir [51, 65, 69]. Dong'un [70] yaptığı çalışmada yaşlı ihmal ve istismarı vakalarında sadece 14 vakadan birinin raporlandığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise, katılımcıların %70' i yaşlı istismar ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarında bildirimde bulunacağını belirtmişlerdir. Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının [46] çalışmasında katılımcıların çoğu yaşlı istismarı ile karşılaştığında yapılması gerekenleri bilmediklerini belirtmiştir. Jones ve arkadaşları [65] ise katılımcıların şüpheli yaşlı istismarı olgusunu raporlamama ve bildirmeme nedenlerini çoktan aza doğru; küçük sıyrıklar ve müphem belirtiler olması, yaşlının inkar etmesi, rapor ve bildirim nasıl yapılacağını bilememe, kanunları bilmeme, yetkililerin konu ile ilgilenmemeleri, hasta hekim ilişkisinin zarar görmesi olarak sıralamışlardır. Bizim çalışmamızda da şüpheli vakaları bildirmeyenlerin sayısı azımsanmayacak kadar fazladır. Katılımcıların neden bildirimde bulunmadıkları düşünüldüğünde; acil servislerin yoğunluğu sebebiyle iş yükünün fazla olması, kanunların bilinmemesi, istismar ve ihmal konusunda kendilerini yeterli hissetmemeleri, hasta yakınlarından çekinmeleri gibi pek çok neden akla gelebilir.

Başta ABD olmak üzere bir çok ülkede yıllar önce başlayan yaşlı istismarı ve ihmali konusundaki bilimsel araştırmaların, koruyucu ve önleyici tedbirlerin geliştirilmesinin, Türkiye' de henüz başlangıç safhasında olduğu söylenebilir [15]. Yaşlı istismarı ve ihmali yaşlıda psikososyal problemler oluşturmakla birlikte, önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir [50].

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya nüfusunun giderek yaşlanmasıyla birlikte bir halk sağlığı sorunu olan yaşlı istismar ve ihmeline yönelik çözüm önerileri önem kazanmaya başlamıştır. Türkiye genç nüfusu fazla olan fakat giderek yaşlanan bir ülke olup, toplum yapısındaki bu değişime henüz hazırlıklı değildir. Acil servisler yaşlı istismarı ve ihmeline yönelik şüpheli vakaları tanımada önemli bir pozisyondadır. Acil servis hekimleri bu tür vakaları tanımak, değerlendirmek ve raporlayıp bildirmek için yeterli seviyede bilgiye, beceriye ve donanıma sahip olmalıdır.

Bu çalışmada, acil servis hekimlerinin çoğunluğu yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaşmıştır. Fakat önemli bir kısmının vaka ile karşılaşmasına rağmen bildirimde bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca çalışmadaki katılımcıların yaşlı istismar ve ihmeline yönelik anamnez, fizik muayene bulguları ve risk faktörleriyle ilgili konularda yeterli seviyede bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır.

Yaşlı istismar ve ihmali önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Önlenmesi için aile, toplum ve başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarında konuyla ilgili farkındalığın olması gerekmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin topluma kazandırılması, ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik düzenlemeler ve sosyal sorumluluk projeleri geliştirilmeli ve konu yönelik caydırıcı hukuki yaptırımlar getirilmelidir.

Yaşlı istismar ve ihmali tanıma ve bildirimde bulunma konusunda çok önemli bir pozisyonda bulunan acil servis hekimlerinin gerek tıp fakültesi eğitimi gerekse uzmanlık eğitimi döneminde yaşlı istismarı ve ihmali hakkında yeterli eğitim almadığı anlaşılmıştır. Eğitim müfredatlarında bu konuya yeteri kadar yer verilmeli, aynı zamanda konunun uzmanlık eğitimi içerisinde de pekiştirilmesi gereklidir. Acil servislerde şüpheli vakalarda Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi uygulanabilir. Bu test kısa, kolay, yardımcı sağlık personellerinin de uygulayabileceği bir testtir. Yaşlı istismarını tanımada kolaylık sağlar.

## 7. ÖZET

### Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların İhmal ve İstismarının Acil Servis Hekimlerindeki Farkındalığının Değerlendirilmesi

#### Giriş ve Amaç

Yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. DSÖ verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2050 yılında %20' ye, 2075 yılında ise %27'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte ciddi bir halk sağlığı sorunu olan yaşlı istismar ve ihmali de önemli ölçüde artmaktadır. Acil servis hekimleri yaşlı istismarı ve ihmaline yönelik şüpheli vakaları tanımada önemli rol oynamaktadır. Acil servislere başvuran yaşlı hastalarda istismar ve ihmal tahmin edilenden çok olmasına rağmen, bu tür vakaları tanımlama ve bildirim son derece azdır.

Bu çalışmanın temel amacı; acil servislere başvuran yaşlı hastalardaki ihmal ve istismar durumunun, acil servis hekimlerindeki farkındalığın ve bu duruma karşı tutumlarının ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir. Bununla birlikte, yaşlı hastalar değerlendirilirken ihmal ve istismar durumunun da göz önünde bulundurulmasını sağlamaktır.

#### Yöntem:

Veri toplama aracı olarak elektronik bir anket formu kullanılmıştır. Anket toplam 19 sorudan ve 2 bölümden oluşmaktadır Aralık 2017 ile Nisan 2018 tarihleri arasında yürütülen çalışmaya katılma çağrısı ve çalışmaya konu anket acil servislerde çalışan hekimler ile online olarak paylaşıldı. Elde edilen veriler SPSS 23.0 Windows bilgisayar programı ile tanımlayıcı istatistik yapılarak belirlendi.

#### Bulgular:

Katılımcıların %69,4' ü yaşlı istismar ve ihmaliyle karşılaşmış olup, %30' u bildirimde bulunmamıştır. Katılımcıların %79,8' i konu ile ilgili eğitim aldığını, %9' u yaşlı istismarına yönelik bir tarama testinin olduğunu belirtti. Kurs eğitimi ile konuya dair eğitim alanların, gerek tıp fakültesi süresince, gerekse uzmanlık eğitimi süresince eğitim alanlar ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

**Sonuç:**

Bu çalışmada acil servise başvuran yaşlı hastalarda istismar ve ihmalin sanılandan fazla olmasına rağmen acil servis hekimlerinin bu tür vakalara az sayıda tanı koydukları görülmüştür. Bunda acil servis hekimlerinin konuya ilişkin yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Bu konuda eğitim ile ilgili yeni bir müfredata ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** yaşlı, istismar, ihmal



## 8. SUMMERY

### **Abuse and neglect of elderly patients admitted to the emergency department evaluation of the awareness of Emergency physicians.**

#### **Introduction and Objectives**

The elderly population is increasing. According to WHO data, it is estimated that the population of 65 years and over will increase to 20% in 2050 and to 27% in 2075. Along with the aging population, elder abuse and neglect, which is a serious public health problem, is also increasing significantly. Emergency physicians play an important role in identifying suspect cases of elder abuse and neglect. Despite the fact that abuse and neglect have been anticipated in elderly patients who are referred to emergency departments, the identification and notification of such cases is extremely rare.

The main purpose of this study is; the evaluation of the awareness and abuse situation of the elderly patients who applied to the emergency services, the awareness of the emergency physicians and their attitudes towards this situation and their knowledge levels. However, it is important to consider the situation of neglect and abuse while evaluating elderly patients.

#### **Method**

An electronic questionnaire was used as a data collection tool. The questionnaire consists of 19 questions and 2 parts. The call for participation and the questionnaire to be conducted between December 2017 and April 2018 were shared online with doctors working in emergency departments. The obtained data were determined by descriptive statistics with SPSS 23.0 Windows computer program.

#### **Results**

69.4% of the participants had experienced abuse and neglect, and 30% were not informed. 79.8% of the participants said that they had been educated about the subject, and 9% stated that there was a screening test for elder abuse. There was a statistically significant difference between the course education and the subjects who were educated about the topic, during the medical faculty, or during the specialist education period.

**Conclusion**

Despite the fact that abuse and neglect are more common in elderly patients who applied to the emergency service in this study, it is seen that the emergency department physicians diagnosed in this kind of cases are few. It has been understood that emergency physicians do not have enough knowledge about the subject. A new curriculum for education is needed in this regard.

**Key Words:** elder, abuse, neglect



## 9. REFERANSLAR

1. Bongaarts, J. and G. Feeney, *Estimating mean lifetime*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2003. **100**(23): p. 13127-13133.
2. Unalan, T., *The status of old age population in Turkey*. Nufusbilim Dergisi/Turkish Journal of Population Studies, 2000. **22**: p. 3-22.
3. Koçoğlu, G. and N.Y. Bilir, *Uluslararası eylem planı*. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara, 2002: p. 3-18.
4. Kissal, A. and A. Beser, *Identifying and evaluating elder abuse and neglect*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009. **8**(4): p. 357-364.
5. Keskinoglu, P., et al., *Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme*. Türk Geriatri Dergisi, 2004. **7**(2): p. 57-61.
6. Uysal, A., *Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali*. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2002. **5**(5).
7. Karadeniz, G., *Yaşlıda evde bakım*. İstanbul: Göktuğ Basın Yayın Dağıtım Pazarlama, 2007: p. 24-36.
8. Oh, J., et al., *A study of elder abuse in Korea*. International journal of nursing studies, 2006. **43**(2): p. 203-214.
9. Dyer, C.B., M.-T. Connolly, and P. McFeeley, *The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect*. 2003.
10. Tierney, M.C., et al., *Neuropsychological predictors of self-neglect in cognitively impaired older people who live alone*. The American journal of geriatric psychiatry, 2007. **15**(2): p. 140-148.
11. Kutsal, G., *Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları*. Temel Geriatri, Geriatri Derneği yayını, Ankara. 2008.
12. Organization, W.H., *World report on ageing and health*. 2015: World Health Organization.
13. Mba, C.J., *Population ageing in Ghana: research gaps and the way forward*. Journal of aging research, 2010. **2010**.
14. Organization, W.H., *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva: WHO, 2002. **3**.



15. Artan, T., *Aile içi fiziksel yaşlı istismarı*. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1996.
16. Acierno, R., et al., *Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study*. American journal of public health, 2010. **100**(2): p. 292-297.
17. ERTİN, H. and H. ÖZKAYA, *Etik Açından Yaşlıya Kötü Muamele/İstismar ve Toronto Bildirgesi*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History-Special Topics, 2016. **2**(2): p. 77-84.
18. Appelbaum, P.S., *Assessment of patients' competence to consent to treatment*. New England Journal of Medicine, 2007. **357**(18): p. 1834-1840.
19. Naik, A.D., et al., *Assessing capacity in suspected cases of self-neglect*. Geriatrics, 2008. **63**(2): p. 24.
20. Ramcharan, P., *Ethical challenges and complexities of including vulnerable people in research: Some pre-theoretical considerations*. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 2006. **31**(3): p. 183-185.
21. AKDEMİR, N., A.G.Ü. GÖRGÜLÜ, and Y.H.F.İ. ÇINAR, *Yaşlı istismarı ve ihmali*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2008. **15**(1): p. 068-075.
22. Malmedal, W., M.H. Iversen, and A. Kilvik, *Sexual abuse of older nursing home residents: a literature review*. Nursing research and practice, 2015. **2015**.
23. Health, U.D.o. and H. Services, *National elder abuse incidence study final report*. <http://www.aoa.dhhs.gov/abuse/report>, 1998.
24. Switzer, J.A. and A.E. Michienzi, *Elder abuse: an update on prevalence, identification, and reporting for the orthopaedic surgeon*. JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2012. **20**(12): p. 788-794.
25. Comijs, H.C., et al., *Elder abuse in the community: prevalence and consequences*. Journal of the American geriatrics Society, 1998. **46**(7): p. 885-888.
26. Sethi, D., et al., *European report on preventing elder maltreatment*. 2011: World Health Organization.
27. Teaster, P.B., *Abuse of Adults Age 60+: the 2004 Survey Of Adult Protective Services*. 2006: National Center on Elder Abuse.

28. Dong, X., M. Simon, and D. Evans, *Elder self-neglect is associated with increased risk for elder abuse in a community-dwelling population: Findings from the Chicago Health and Aging Project*. Journal of aging and health, 2013. **25**(1): p. 80-96.
29. Krug, E.G., et al., *The world report on violence and health*. The lancet, 2002. **360**(9339): p. 1083-1088.
30. Council, N.R., *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. 2003: National Academies Press.
31. Dicken, J.E., *Nursing Homes: Federal Monitoring Surveys Demonstrate Continued Understatement of Serious Care Problems and CMS Oversight Weaknesses*. 2008: DIANE Publishing.
32. Ergin, F. *AYDIN MERKEZİNDE YAŞLI İSTİSMAR/İHMAL PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER*. in *15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. 2012.
33. Iecovich, E., *Elder abuse and neglect in Israel: A comparison between the general elderly population and elderly new immigrants*. Family Relations, 2005. **54**(3): p. 436-447.
34. Association, A.P., *Elder abuse and neglect: In search of solutions*. Washington, DC: American Psychological Association, 2012.
35. Gülen, M., et al., *Yaşlı istismarı ve ihmali*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2013. **22**(3).
36. Lök, N., *Türkiye'de Yaşlı İstismarı ve İhmali: Sistematik Derleme*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2015. **7**(2): p. 149-156.
37. Lachs, M.S., et al., *The mortality of elder mistreatment*. Jama, 1998. **280**(5): p. 428-432.
38. ARPACI, F. and B. BAKIR, *YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ*. Journal of Social Research: p. 691.
39. Reis, M. and D. Nahmiash, *Validation of the indicators of abuse (IOA) screen*. The Gerontologist, 1998. **38**(4): p. 471-480.
40. Fulmer, T., et al., *Elder neglect assessment in the emergency department*. Journal of Emergency Nursing, 2000. **26**(5): p. 436-443.
41. Fadıloğlu, Ç. and A.F. Şenuzun, *Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım*. Ege Tıp Dergisi, 2012. **51**(10).

42. Ozmete, E., *The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test: The adaptation study into Turkish*. Anatolian Journal of Psychiatry, 2016. **17**(1): p. 45.
43. Sayan, A. and G. Durat, *YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ: ÖNLEYİCİ GİRİŞİMLER*. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2004. **7**(3).
44. Tezcan, S., *Epidemiyoloji: tıbbi araştırmaların yöntem bilimi*. 1992: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
45. Lök, N., *Elder abuse and neglect in Turkey: A systematic review*. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 2015. **7**(2): p. 149-156.
46. Mandiracioglu, A., et al., *Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir*. Archives of gerontology and geriatrics, 2006. **43**(2): p. 267-276.
47. Wagenaar, D.B., et al., *Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices*. Journal of the American Osteopathic Association, 2010. **110**(12): p. 703.
48. Thomson, A.M., et al., *Training in elder abuse: The experience of higher specialist trainees in Geriatric Medicine in the UK*. Archives of gerontology and geriatrics, 2010. **51**(3): p. 257-259.
49. Leddy, M.A., V.A. Farrow, and J. Schulkin, *Obstetrician-Gynecologists' Knowledge, Attitudes, and Practice Regarding Elder Abuse Screening*. Women's Health Issues, 2014. **24**(4): p. e455-e464.
50. Dong, X.Q., *Elder abuse: systematic review and implications for practice*. Journal of the American Geriatrics Society, 2015. **63**(6): p. 1214-1238.
51. Almogue, A., et al., *Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse*. Archives of gerontology and geriatrics, 2010. **51**(1): p. 86-91.
52. Kennedy, R.D., *Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians*. FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-, 2005. **37**(7): p. 481.
53. Arai, H., et al., *Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics*. Geriatrics & gerontology international, 2012. **12**(1): p. 16-22.

54. Sinha, S.K., et al., *A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model*. *Annals of emergency medicine*, 2011. **57**(6): p. 672-682.
55. Wilber, S.T., et al., *Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the US health system*. *Academic Emergency Medicine*, 2006. **13**(12): p. 1345-1351.
56. Biese, K.J., et al., *Effect of a Geriatric Curriculum on Emergency Medicine Resident Attitudes, Knowledge, and Decision-making*. *Academic Emergency Medicine*, 2011. **18**(s2).
57. Prendergast, H.M., et al., *Preparing the front line for the increase in the aging population: geriatric curriculum development for an emergency medicine residency program*. *Journal of Emergency Medicine*, 2010. **38**(3): p. 386-392.
58. Carpenter, C.R., et al., *High yield research opportunities in geriatric emergency medicine: prehospital care, delirium, adverse drug events, and falls*. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 2011. **66**(7): p. 775-783.
59. Foo, C.L., et al., *Profiling acute presenting symptoms of geriatric patients attending an urban hospital emergency department*. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 2009. **38**(6): p. 515.
60. Shah, M.N., et al., *The epidemiology of emergency medical services use by older adults: an analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*. *Academic Emergency Medicine*, 2007. **14**(5): p. 441-447.
61. Reuben, D.B., et al., *Changing the course of geriatrics education: An evaluation of the first cohort of Reynolds geriatrics education programs*. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 2009. **84**(5): p. 619.
62. Ahmed, A., et al., *Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey*. *Journal of elder abuse & neglect*, 2016. **28**(3): p. 163-177.
63. Vetere, P.M., *Elder abuse: What are we missing?* *Canadian Family Physician*, 2011. **57**(7): p. 783-785.

64. Kleinschmidt, K.C., *Elder abuse: a review*. Annals of emergency medicine, 1997. **30**(4): p. 463-472.
65. Jones, J.S., et al., *Elder mistreatment: national survey of emergency physicians*. Annals of Emergency Medicine, 1997. **30**(4): p. 473-479.
66. Rinker Jr, A.G., *Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2009. **48**(1): p. 110-115.
67. Burnight, K. and L. Mosqueda, *Theoretical model development in elder mistreatment*. US Department of Justice, 2011.
68. ÖZÇAKAR, N., et al., *Adaptation, reliability, and validity study of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST): a Turkish version*. Turkish journal of medical sciences, 2017. **47**(6): p. 1894-1902.
69. Clark-Daniels, C.L., R.S. Daniels, and L.A. Baumhover, *Abuse and neglect of the elderly: Are emergency department personnel aware of mandatory reporting laws?* Annals of emergency medicine, 1990. **19**(9): p. 970-977.
70. Dong, X., *Medical implications of elder abuse and neglect*. Clinics in geriatric medicine, 2005. **21**(2): p. 293-313.

## EKLER

### Ek-1. Anket Formu

#### Araştırma Anketi

Bu anket uzmanlık tez çalışmasında kullanılmak için hazırlanmıştır. Ankette kişisel bilgilerinize (adı-soyadı) yer verilmemektedir. Mevcut anketin amacı Acil Servis'e başvuran yaşlı hastalarda; istismar ve ihmal olgularını tanıma, yaklaşım ve bildirim konularının değerlendirilmesi için Acil Servis'te çalışan doktorlara yönelik hazırlanmıştır. Şimdiden onayınız ve katılımınız için teşekkürler...

Arş. Gör. Dr. Saffet ÖZDEMİR  
Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege EAH Acil Servis A.D

\* Gerekli

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

##### 1. 1. Cinsiyet: \*

*Yalnızca bir şıkku işaretleyin.*

- Kadın  
 Erkek

##### 2. 2. Yaş: \*

*Yalnızca bir şıkku işaretleyin.*

- 20y - 30y  
 31y- 40y  
 41y- 50y  
 > 50y

##### 3. 3. Görev Durumu: \*

*Yalnızca bir şıkku işaretleyin.*

- Pratisyen Dr.  
 Arş. Gör. Dr.  
 Uzm. Dr.  
 Yard. Doç. Dr.- Doç. Dr.- Prof. Dr.

##### 4. 4. Çalıştığınız kurum: \*

*Yalnızca bir şıkku işaretleyin.*

- Devlet Hastanesi  
 Eğitim Arş. Hastanesi  
 Üniversite Hastanesi  
 Diğer: \_\_\_\_\_

##### 5. 5. Acil tıp servisinde çalışma süreniz? \*

*Yalnızca bir şıkku işaretleyin.*

- 1 Yıl Ve Daha Az  
 2 – 5 Yıl  
 6 – 10 Yıl  
 > 10 Yıl

**6. 6. Yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? \***

(Birden Fazla Şıkki İşaretleyebilirsiniz)  
Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- Tıp Fakültesi Eğitimi Süresince  
 Uzmanlık Eğitimi Süresince  
 Kurs Eğitimi  
 Diğer: \_\_\_\_\_

**7. 7. Bu konuda güncel bilgileri takip ediyor musunuz / ediyorsanız nasıl? \***

(Birden Fazla Şıkki İşaretleyebilirsiniz)  
Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- Hayır  
 Evet , Güncel Yazınları / Araştırmaları Takip Ederek  
 Evet, Medya/İnternet  
 Diğer: \_\_\_\_\_

## ANKET FORMU

**8. 1. Çalıştığınız acil servise günde kaç hasta başvurmaktadır? \***

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- 0 – 50  
 51-150  
 151-500  
 >500

**9. 2. Acile başvuran ortalama kaç hasta 65 yaş ve üstü (yaşlı)? \***

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- 0-25  
 26-75  
 76-250  
 >250

**10. 3. Acil servise başvuran yaşlı hastaların yüzde kaç istismar veya ihmal olgularıdır? \***

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- % 0-1  
 %2-5  
 %6-10  
 >%10

**11. 4. Daha önce yaşlı istismar veya ihmal olgusuyla karşılaştınız mı? \***

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- Hayır  
 Hatırlamıyorum  
 Evet

**12. 5. Yaşlı istismar veya ihmal olgusuna sıklıkla hangi aşamada tanı koydunuz? \***

Yalnızca bir şıkki işaretleyin.

- Anamnez  
 Genel Görünüm  
 Fizik Muayene  
 Labaratuvar Ve Radyolojik Bulgular

**13. 6. Yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? \***

(Birden Fazla Şıkki İşaretleyebilirsiniz)

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- Fiziksel İstismar
- Cinsel İstismar
- Psikolojik İstismar
- İhmal
- Ekonomik İstismar
- Diğer: \_\_\_\_\_

**14. 7. Aşağıdakilerden hangileri yaşlı istismar ve/veya ihmal açısından hastaya ait risk faktörüdür? \***

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	Hayır	Bazen	Sıklıkla	Kesinlikle
Kadın Cinsiyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dul Olma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yalnız Yaşama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalabalık Ailede Yaşama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bakımevlerinde Yaşama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosyoekonomik Durumun Yüksek Olması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosyoekonomik Durumun Düşük Olması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiziksel Ve Zihinsel Yetersizliğin Olması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkol / Madde Bağımlılığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. 8. Yaşlı istismar ve/veya ihmali tanısından şüphelendiğiniz hastaya aşağıdaki soruları yönlendirir misiniz? \***

Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	Hayır	Bazen	Sıklıkla	Kesinlikle
1. Sizinle zaman geçiren, sizi alışverişe ya da doktora götürün birisi var mı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sık sık üzgün ya da yalnız mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kendi ilaçlarınızı kendiniz alabiliyor musunuz, kendinize yetebiliyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Yaşamınız hakkında kararları kim verir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ailenizde birisi siz hasta olmadığınızı bildiğiniz halde size hasta olduğunuzu ve yatakta kalmanız gerektiğini söyler mi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sizi yapmak istemediğiniz şeyleri yapmaya zorlayan herhangi birisi var mı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Herhangi birisi sizin izniniz olmadan size ait olan şeyleri alır mı?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Son zamanlarda size yakın herhangi birisi size kötülük yapmayı veya zarar vermeyi denedi mi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ailenizde herhangi birisinden rahatsızlık hissediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kimsenin sizi çevresinde istemediğini düşünüyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ailenizde herhangi birisi fazla alkol içer mi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ailenizdeki insanların çoğuna güvenir misiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Herhangi birisi size, sizin onlara rahatsızlık/zahmet verdiğinizi söylüyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Evde yeterli mahremiyete/gizliliğe sahip misiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**16. 9. Geçerlilik ve güvenilirliği bulunan yaşlı istismar ve ihmal tarama testi mevcuttur. \***

*Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

- Evet  
 Emin Değilim  
 Hayır

**17. 10. Acil servise başvuran yaşlı hastalarda aşağıdaki anamnez / fizik muayene bulgularından hangi/ hangileri ile karşılaştığınızda yaşlı istismar ve/veya ihmalinden şüphelenirsiniz? \***

1)Şüphelenmem 2)Az Şüphelenirim 3)Orta Derecede Şüphelenirim 4)Kesinlikle Şüphelenirim  
*Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyin.*

	1	2	3	4
Sık Sık Acile Başvurma Öyküsü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tekrarlanan Şikayetlerde Aynı Sağlık Kurumuna Başvuruyu Reddetme Öyküsü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tıbbi Tedavinin Gecikmesi / Tıbbi Tedavilerin Uygun Kullanılmayışı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinik Durum ile Öykünün Uyuşmaması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta Yakını Ve Hasta Anamnezinin Tutarsız Olması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sorulan Cevaplarken Bakım Verene Bakma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uyumsuz Ve Anksiyeteli Beden Dili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Korkulu/Endişeli/Hiper Ya Da Hipoaktif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kötü Hijyen Ve Uyumsuz Ve Yetersiz Giyinme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stres Ve Yorgunluk Bulguları Yaklaşıldığı Ya Da Dokunulduğunda İrkilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedeni Açıklanmayan Veya İyileşmesi Geciken Yaralanmalar, Çürükler, Yatak Yaraları	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farklı İyileşme Aşamalarında Olan Kırıklar Ekstremitelerde Hareket Kısıtlılığı, Kontraktürler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kırıklar, Isırıklar, İp Ve Halat İzleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yanıklar (Sigara, Kostik, Asit, İp Veya Zincir Sürtmesi, Özellikle Görünmeyen Yerlerde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gözlerde Şişlik, Gözaltılarında Mortuk, Konjonktival- Retinal Kanamalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subdural Hematom/Saç Dökülmesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kilo Kaybı, Dehidratasyon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anal Bölgede Ağrı, Zedelenme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genital Bölgede Ağrı Nedeniyle Yürüme Ve Otumada Zorluk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Açıklanamayan Anal Ve Vajinal Kanama, Vajinal Yaralar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kronik İdrar Yolu Enfeksiyonu, Vajinit Veya Cinsel İlişki İle Bulaşan Hastalıklar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İç Çekilme, Apati, Depresyon Olması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İntihar Düşüncesinin Olması	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**18. 11. Yaşlı istismar ve/veya ihmal vakasıyla karşılaştığınızda hangi yolu izlersiniz? \***

(Birden Fazla Şıkkı İşaretleyebilirsiniz)

*Uygun olanların tümünü işaretleyin.*

- Sadece Klinik Müdahalede Bulunurum  
 Aileyi Uyarırım, Önerilerde Bulunurum  
 Bildirimde Bulunurum  
 Kararsızım

19. 12. Yaşlı istismar ve ihmali bildirimde bulunmuyor ya da az bulunduğunuzu düşünüyorsanız bunun nedenleri nedir? \*

(Birden Fazla Şıkkı İşaretleyebilirsiniz)

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- Bu Konularda Ortaya Çıkabilecek Sorunlara Karşı Hekimlerin Yeterince Korunmadığına İnanıyorum
- Acil Servis Şartlarında Bu Hastaları Yeterli Değerlendirilebilecek Zaman Olmadığı İçin
- Bu Konuda Yeterli Bilgi Ve/Veya Deneyime Sahip Değilim
- Hasta-Hekim Gizlilik İlkesini İhmal Etmek İstemem
- Hastanın Mevcut Şartlarının Daha Da Kötüleşme Riski( Aile İlişkileri...) / Hastanın Bu Durumun Bilinmesini İstememesi
- Diğer: \_\_\_\_\_

Katılımınız için teşekkür ederim.

Powered by  
 Google Forms

## Ek-2. Etik Kurul Örneği



T.C.  
**UFUK ÜNİVERSİTESİ**



**UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA**  
**DEĞERLENDİRME KOMİSYONU ONAY FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROJE BAŞVURU TARİH/SAYI ▶	20171207-6
	ARAŞTIRMANIN ADI	Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların İhmal ve İstismarının Acil Servis Hekimlerindeki Farkındalığının değerlendirilmesi
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI	Dr. Öğr. Üyesi. Togay Evrin
	ARAŞTIRMANIN YERİ	Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	X
	GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	X
	OLGU RAPOR FORMU	
	ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ	
KARAR BİLGİLERİ	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ (varsa)	
	Değerlendirme amacıyla Acil Tıp Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi. Togay Evrin danışmanlığında Dr. Saffet Özdemir' in uzmanlık tezi olarak tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler 07/12/2017 tarihinde Ufuk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonun' nda çalışma esasları doğrultusunda ve araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırma etiğine uygun tasarlanmış olmasından dolayı onay verilmesine karar verilmiştir.	

**KOMİSYON ÜYELERİ**

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	E/ K	İlişki	Katılım**	İmza
Prof.Dr. Dikmen ARIBAL	Genel Cerrahi	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr. Halil DEĞERTEKİN	İç Hastalıkları	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Recai Pabuççu	Kadın Hastalıkları ve Doğum	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr. Ferit PEHLİVAN	Biyofizik	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	
Prof.Dr. Aytül ÇAKMAK	Halk Sağlığı	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr. Arzu PAMPAL	Çocuk Cerrahisi	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Dr. Öğr. Üyesi Şahika GÜNER	Tıbbi Farmakoloji	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Dr. Öğr. Üyesi Duygu TOZCU	Fizyoloji	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Nilgün SÜER	Eczacı	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	

E/K: Cinsiyeti;

\*Araştırmayla ilişki;

\*\* Toplantıda bulunma

ADRES : Ufuk Üniversitesi Mevlana Bulvarı No.86/88 06520 Balgat ANKARA

Tel : (0 312) 204 40 00 Faks : (0 312) 287 23 90

WEB : [www.ufuk.edu.tr](http://www.ufuk.edu.tr) e-mail : [ufukuni@ufuk.edu.tr](mailto:ufukuni@ufuk.edu.tr)



**T.C.**  
**UFUK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**



**Birim: Acil Tıp anabilim Dalı**

Sayı: 77824751/129

20/03/2018

**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Üniversitemiz Acil Tıp Anabilim Dalında çalışmakta olan Araştırma Görevlisi Dr. Saffet ÖZDEMİR'in daha önce etik kurul başvurusunda bulunduğumuz uzmanlık tez konusu 'Acil servise başvuran yaşlı hastaların ihmal ve istismarının acil servis hekimlerinin farkındalığının değerlendirilmesi'dir. Bu tezin Etik kurul başvurusunda danışman olarak Doktor Öğretim Üyesi Togay EVRİN'i belirtmiştik. Doktor Öğretim Üyesi Burak KATIPOĞLU'nun bu tez çalışmasında danışman olarak, Doktor Öğretim Üyesi Togay EVRİN'in yerine görevlendirilmesi hususu Akademik Kurul Toplantısında görüşülmüş ve onaylanmıştır. Kararın bir suretinde ekte sunulmuştur.

Gereğinin yapılmasını bilgilerinize arz ederiz. Saygılarımızla.

Prof. Dr. Zemin TEKELİ  
Tıp Fakültesi Dekan V.

Prof. Dr. Atila KORKMAZ

Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Gürbüz ERDOĞAN

Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

ADRES: Ufuk Üniversitesi Mevlana Bulvarı No:86-88 (Konya Yolu) 06520 Balgat ANKARA  
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Tel: (0 312) 204 40 00-01 Faks : (0 312) 287 23 90  
Uzm. No: 19006/13214  
WEB: [www.ufuk.edu.tr](http://www.ufuk.edu.tr) e-mail : [ufukuni@ufuk.edu.tr](mailto:ufukuni@ufuk.edu.tr)

## DEFTER

24

Karar Sıra No.	Karara esas olan evrakın			Mevzuun mahiyeti ve hülasası
	Tarih	No.	Nereden gönderildiği	
24	2/3/2018	24		

Toplantı tarihi 2.15.2018 günü

Başkanın adı ve soyadı

: Prof. Dr. Atila Korkmaz

Azaların adı ve soyadı

: Dr. Öğretim Üyesi Recep Evrın, Dr. Öğretim Üyesi

Bursalı Katipler

## KARARIN METNİ

1) Atil K. p. AD Anap tuma f. c. r. l. i. s. i. Dr. Basak Y. l. o. n. g. 'in tez j. u. r. i. s. i. n. d. e. t. e. z. g. o. r. u. s. u. n. e. b. a. s. a. n. l. i. s. i. n. d. e. s. i. n. a. v. a. j. u. r. i. m. e. y. e. h. a. l. i. k. a. r. a. m. a. n. u. z. a. r. n. e. u. z. m. a. l. i. k. j. u. r. i. s. i. k. a. r. a. l. e. d. i. l. e. r. e. k. 5/3/2018 t. a. r. i. h. i. n. d. e. u. z. m. a. l. i. k. s. i. n. a. v. a. n. u. n. y. a. p. l. a. n. a. n. a.

2) Atil K. p. AD Anap tuma f. c. r. l. i. s. i. s. i. Dr. F. i. k. i. t. e. n. k. e. p. e. r. c. i. n. 'in tez j. u. r. i. s. i. n. d. e. t. e. z. i. n. g. o. r. u. s. u. n. e. b. a. s. a. n. l. i. s. i. n. d. e. u. z. m. a. l. i. k. s. i. n. a. v. a. j. u. r. i. m. e. y. e. h. a. l. i. k. a. r. a. m. a. n. u. z. a. r. n. e. u. z. m. a. l. i. k. s. i. n. a. v. a. n. u. n. 15/3/2018 t. a. r. i. h. i. n. d. e. y. a. p. l. a. n. a. n. a. o. y. l. u. s. l. u. p. t. e. k. a. r. a. r. a. d. i. r.

3) Atil K. p. f. o. r. e. n. l. i. s. i. Dr. S. e. f. f. e. t. b. e. d. e. m. i. n. 'in t. a. h. e. d. i. c. e. t. k. i. k. a. r. a. l. k. e. p. u. s. u. r. u. n. d. e. b. u. l. u. n. u. n. t. e. z. d. a. r. n. a. m. a. n. u. n. j. u. r. i. s. i. s. i. B. u. r. s. a. l. i. K. a. t. i. p. e. r. l. e. r. i. n. e. l. e. b. e. n. d. e. g. i. r. i. l. m. e. s. i. n. e. k. a. r. a. r. u. n. u. n. p. r. o. f. D. r. A. t. i. l. a. K. o. r. k. m. a. z. Dr. O. ğ. r. e. t. i. m. Ü. y. e. s. i. R. e. c. e. p. E. v. r. ın Dr. O. ğ. r. e. t. i. m. Ü. y. e. s. i. B. u. r. s. a. l. i. K. a. t. i. p. e. r. l. e. r. i. n. e.

