

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**YAŞLILARDA İHMAL, İSTİSMAR VARLIĞI VE
ETKİLEYEN ETMENLER**



DR. BURCU KENDİRLİ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2016

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

YAŞLILARDA İHMAL, İSTİSMAR VARLIĞI VE ETKİLEYEN ETMENLER



UZMANLIK TEZİ

DR. BURCU KENDİRLİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYELERİ:
DOÇ. DR. HATİCE ŞİMŞEK KESKİN
PROF.DR. REYHAN UÇKU

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Giriş	5
1.2. Amaç	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık	8
2.2. Dünyada Yaşlılık Epidemiyolojisi	9
2.3. Türkiye’de Yaşlılık Epidemiyolojisi	10
2.4. Yaşlılık Dönemi Sorunları	13
2.4.1. Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları	13
2.4.2. Yaşlılık Dönemine İlişkin Sosyal ve Ekonomik Sorunlar	16
2.5. Yaşlı İstismar ve İhmali	16
2.5.1. Yaşlı istismar ve ihmali tanımı	16
2.5.2. Yaşlı istismarı ile ilgili teoriler	17
2.5.3. Yaşlı İstismarının Risk Etmenleri	18
2.5.4. Yaşlı İstismar ve İhmal Belirtileri	21
2.5.5. Dünyada Ve Türkiye’deki Yaşlı İhmal ve İstismarındaki Durum	21
2.5.6. Bildirim ve Bildirim Sorunları	25
2.5.7. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Önlenmesi	27
2.5.8. Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlı İstismar ya da İhmali ile İlgili Yasal Düzenlemeler	29
3. YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi	30
3.4. Veri Toplama Formu	30
3.5. Ulaşma Oranı	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.6.1. Bağımlı Değişkenler	32
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	32
3.6.3. Bağımlı Değişkenlerin Tanımlanması	33
3.6.4. Bağımsız Değişkenlerin Tanımlanması	41
3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	42
3.8. Veri Analizi	42
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	43

3.10. Araştırmanın Etik Kurul Onayı Ve İzinler	43
3.11. Araştırmanın Bütçesi	43
3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	43
4. BULGULAR	44
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	44
4.1.1. Değişkenlerle İlgili Tanımlayıcı Bulgular	44
4.1.2. İstismar ve İhmal ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular	48
4.2. Nedensel Bulgular	52
4.2.1. İstismarı Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular	52
4.2.2. İhmali Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular	57
4.2.2.1. Yakınların İhmalini Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular	61
4.2.2.2. Bakım Vericinin İhmalini Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular	61
4.2.2.3. Kendi Kendini İhmali Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular	65
4.2.2.4. Devletin İhmalini Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular	68
5. TARTIŞMA	73
5.1. Sosyo-demografik Değişkenlerle İlgili Özellikler	73
5.2. İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler	76
5.2.1. Fiziksel İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler	76
5.2.2. Duygusal İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler	77
5.2.3. Ekonomik İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler	78
5.2.4. Cinsel İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler	79
5.3. İhmal ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler	81
5.3.1. Yakınlarının İhmali ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler	81
5.3.2. Bakım Vericinin İhmali ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler	81
5.3.3. Kendi Kendini İhmal ile ilgili Tanımlayıcı Özellikler	81
5.3.4. Devletin İhmali ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler	82
5.4. İstismarı Etkileyen Değişkenlerle İlgili Tartışma	82
5.5. İhmali Etkileyen Değişkenlerle İlgili Tartışma	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	91
6.1. Sonuçlar	91
6.2. Öneriler	92
7. KAYNAKLAR	99
8. EKLER	99
EK-1: Veri Toplama Formu	99
EK-2: Etik Kurul Onay Formu	102

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Dünyada 60 yaş üzeri bireylerde cinsiyetlere göre engelliliğin ilk 10 nedeni	14
Tablo 2. Yaşlılarda kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken zorluk çekenlerin cinsiyete göre dağılımı, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2012	15
Tablo 3. Türkiye’de yaşlılarda cinsiyete göre seçilmiş ölüm nedenleri, 2013	15
Tablo 4. Yaşlı istismarının risk etmenleri ve kanıt düzeyleri	20
Tablo 5. Ulaşma oranı özellikleri	31
Tablo 6. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	44
Tablo 7. Yaşlıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı	45
Tablo 8. Yaşlıların yaşam koşulları özelliklerine göre dağılımı	46
Tablo 9. Yaşlıların sağlık durumu ile ilgili özelliklere göre dağılımı	47
Tablo 10. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivite özelliklerine göre dağılımı	48
Tablo 11. Yaşlılarda fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel istismar sıklıkları	49
Tablo 12. Yakınların ihmali sıklığı ve özellikleri	50
Tablo 13. Yaşlıların bileşik indekse ait özellikleri, bakım vericinin ve kendi kendini ihmâl sıklıkları	51
Tablo 14. Devletin ihmali sıklığı ve özellikleri	52
Tablo 15. Sosyo-demografik değişkenlerin istismar varlığına etkisi	53
Tablo 16. Sosyo-ekonomik değişkenlerin istismar varlığına etkisi	54
Tablo 17. Yaşam koşulları değişkenlerinin istismar varlığına etkisi	54
Tablo 18. Sağlıkla ilgili değişkenlerin istismar varlığına etkisi	55
Tablo 19. Tüm grupta bazı değişkenlerin istismar varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları	56
Tablo 20. Sosyo-demografik değişkenlerinin yakınların ihmali varlığına etkisi	57
Tablo 21. Sosyo-ekonomik değişkenlerinin yakınların ihmali varlığına etkisi	58
Tablo 22. Yaşam koşulları değişkenlerinin yakınların ihmali varlığına etkisi	58
Tablo 23. Sağlıkla ilgili değişkenlerin yakınların ihmaline etkisi	59
Tablo 24. Tüm grupta bazı değişkenlerin yakınların ihmali varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları	60
Tablo 25. Sosyo-demografik değişkenlerin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi	61
Tablo 26. Sosyo-ekonomik değişkenlerin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi	62
Tablo 27. Yaşam koşulları değişkenlerinin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi	63
Tablo 28. Sağlıkla ilgili değişkenlerin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi	63
Tablo 29. Tüm grupta bazı değişkenlerin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları	64
Tablo 30. Sosyo-demografik değişkenlerin kendi kendini ihmâl varlığına etkisi	65
Tablo 31. Sosyo-ekonomik değişkenlerin kendi kendini ihmâl varlığına etkisi	66
Tablo 32. Yaşam koşulları değişkenlerin kendi kendini ihmâl varlığına etkisi	67
Tablo 33. Sağlıkla ilgili değişkenlerin kendi kendini ihmâl varlığına etkisi	67
Tablo 34. Tüm grupta bazı değişkenlerin kendi kendini ihmâl varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları	68
Tablo 35. Sosyo-demografik değişkenlerin devletin ihmali varlığına etkisi	69
Tablo 36. Sosyo-ekonomik değişkenlerin devletin ihmali varlığına etkisi	69
Tablo 37. Yaşam koşulları değişkenlerinin devletin ihmali varlığına etkisi	70
Tablo 38. Tüm grupta bazı değişkenlerin devletin ihmali varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları	71

SEKİL VE GRAFİK DİZİNİ	Sayfa No
Şekil 1. Yaşlı istismarı risk etmenleri	19
Şekil 2. Yaşlı istismar ve ihmaliinde buzdağı teorisi	26
Şekil 3. Araştırma örneğinin araştırmaya katılma durumuna göre dağılımı	31
Şekil 4. İstismar tanısı	35
Şekil 5. Yakınlarının, bakım vericinin ve kendi kendini ihmal tanısı	36
Şekil 6. Devletin ihmali tanısı	40
Şekil 7. Araştırmanın zaman çizelgesi	43
Şekil 8. İstismar ve ihmali etkileyen değişkenlerle ilgili bulgular	72
Grafik 1. Dünya ve bölgelerdeki 60 yaş ve üzeri bireylerin yüzdesi, 1980-2050	9
Grafik 2. Yıllara göre yaşlı nüfus oranları, 1935-2015	11
Grafik 3. Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2075	11

KISALTMALAR

INPEA: International Network for the Prevention of Elder Abuse

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UN: United Nations

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GA: Güven Aralığı

S: Standart Sapma

SD: Standard Deviation (Standart Sapma)

SPSS: Statistical Package for Social Science

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

DM: Diabetes Mellitus

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

ABUEL: Abuse and Health Among Elderly in Europe

TESEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, iki yıl boyunca değerli bilgilerini paylaşan, her konuda çekinmeden kapısını çalabildiğim, her zaman destek olan değerli danışmanlarım Sayın Prof. Dr. Reyhan Uçku ve Sayın Doç. Dr. Hatice Şimşek Keskin'e

İlk 2 yıllık süreçte danışmanım olan, anlayışlı, ilgili, yüreklendirici Sayın Prof. Dr. Alp Ergör'e

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, kişisel ve mesleki gelişimime katkıda bulunan bütün saygıdeğer hocalarıma ve bu süreci birlikte geçirdiğim çalışma arkadaşlarıma,

Tezimin yürütülmesi aşamasında kolaylık sağlayan Balçova Belediyesi Semt evleri çalışanlarına ve beni kırmayıp kapılarını açan Balçova İlçesi sakinlerine,

Yaşamımın her anında koşulsuz desteklerini veren, bana her zaman ne kadar şanslı olduğumu hatırlatan her şeyim, çekirdek ama büyük aileme sonsuz teşekkür ederim.

YAŞLILARDA İHMAL, İSTİSMAR VARLIĞI VE ETKİLEYEN ETMENLER

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Yaşlılarda istismar ve ihmal bütün ülkelerde ve toplumlarda yaygın olduğu, yaşlılarda önemli sağlık ve sosyal sorunlara yol açtığı için bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır. Nüfusun yaşlanmasıyla istismar ve ihmalden etkilenen kişi sayısı daha da artacaktır. Araştırmanın amacı İzmir İli Balçova İlçesi'nde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde ihmal, istismar varlığı ve etkileyen etmenleri belirlemektir.

YÖNTEM: Kesitsel tipte bir araştırmadır. Evreni İzmir İli Balçova İlçesi'nde yaşayan 65 yaş ve üstü 10,069 bireydir. Örnek büyüklüğü %11 sıklık, %4 yanılma payı, %95 güven düzeyi, 1.5 desen etkisi ve %20 yedek ile 415 olarak hesaplanmıştır. Örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılarak her sokak bir küme kabul edilmiştir. Sokaklarda birey sayıları eşit olmadığı için 14 kişiden oluşan 30 küme toplam 420 kişi seçilmiştir. Bağımlı değişkenler, istismar ve ihmal varlığıdır. Bağımsız değişkenler, sosyo-demografik, sosyo-ekonomik, yaşam koşulları ve sağlıkla ilgili değişkenlerdir. Veriler daha önceden eğitim verilen, sağlık alanında eğitim alan (psikoloji ve diyetisyenlik) anketörler ve araştırmacı tarafından yaşlıların evlerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle Şubat–Nisan 2016 tarihinde toplanmıştır. Veri analizi SPSS 15.0 kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular, kategorik değişkenler için yüzde dağılımları; sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma biçiminde sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerin ihmal ve istismar ile ilişkilerini belirlemede tek değişkenli analiz olarak ki-kare, Fisher'in Kesin Testi; çok değişkenli analiz olarak Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmada 253 yaşlıya (%60.2) ulaşılmıştır. Ortalama yaş 73.6±6.3'tür (65-94). Yaşlıların %65.2'si kadın, %17.8'nin diploması yok ve %65.2'si evlidir. Katılımcıların %2.4'ü fiziksel, %22.1'i duygusal, %5.1'i ekonomik, %0.4'ü cinsel istismara, %26.1'i ise herhangi bir istismara uğramıştır. Yaşlıların %22.5'inde yakınlarının, %6.7'sinde bakım vericinin, %66.8'inde devletin ihmali, %7.9'unda da kendi kendini ihmal belirlenmiştir. Yapılan Lojistik Regresyon Analizlerinde, diploması olmayanlarda (OR=2.65, %95 GA=1.06-6.62), genel sağlık algısı orta/kötü olanlarda (OR=2.07, %95 GA=1.03-4.16) ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlarda (OR=2.34, %95 GA=1.08-5.09) istismar anlamlı olarak fazladır. Yalnız yaşayanlarda (OR=2.34, %95 GA=1.13-4.85), sosyal aktiviteye katılmayanlarda (OR=2.26,%95 GA=1.15-4.43), son altı ayda doktora gitmeyenlerde (OR=2.26, %95 GA=1.15-4.43) ve genel sağlık algısı orta/kötü olanlarda (OR=2.13, %95

GA=1.01-4.46) yakınlarının ihmali anlamlı olarak fazladır. İleri yaşlarda (OR=1.16, %95 GA=1.06-1.27) ve erkeklerde (OR=6.45, %95 GA=1.34-36.51) bakım vericinin ihmali riski anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Sosyal aktivitelere katılmayanlarda, katılanlara göre kendi kendini ihmal riski 4.5 kat anlamlı olarak fazladır (OR=4.47, %95 GA=1.61-14.17). Kronik hastalık varlığı kendi kendini ihmalden koruyucu olduğu belirlenmiştir (OR=0.27, %95 GA=0.10-0.73). Emekli olmayanlarda (OR=2.16, %95 GA=1.01-4.60), kira ya da çocuk/akrabaya ait evde oturanlarda (OR=2.58, %95 GA=1.05-6.34), sosyal desteği olmayanlarda (OR=3.87, , %95 GA=1.49-10.05) devletin ihmali anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

SONUÇ-ÖNERİLER: Bu çalışmanın sonucunda istismar ve ihmalden etkilenen yaşlı oranının fazla olduğu bulunmuştur. Bu nedenle istismar ve ihmale uğrayan yaşlıların ve sağlık ve sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenebilmesi ve bu hizmetlerinin erişilebilirliğinin sağlanabilmesi için evde izlem programlarının oluşturulması önemlidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Yaşlı, ihmal, istismar

NEGLECT, ABUSE PRESENCE and AFFECTING FACTORS in ELDERS

ABSTRACT

INTRODUCTION and AIMS: Since abuse and neglect are common in all countries and societies and they lead to significant health and social problems in elders, they should be dealt with as a public health matter. The number of individuals affected by abuse and neglect will be higher as population gets old. The aim of this research is to determine factors influencing neglect and abuse presence in elders at 65 years old and above living in İzmir Province Balçova District.

METHODS: It is a cross-sectional research. Its population, aged 65 and above, is 10,069 individuals from İzmir Province Balçova district. Sample size was calculated as 415 with neglect/abuse prevalence of 11%, absolute precision of 4%, 95% confidence level, a design effect of 1.5 and 20% non response rate. In the selection of pattern, each street is accepted as a cluster by cluster sampling method. As the number of individuals is not equal in streets, 30 clusters of 14 persons and a total of 420 people were chosen. Dependent variables are abuse and presence of neglect. Independent variables are those related to socio-demographic, socio-economic, living conditions and health. Data were collected by trained interviewers (psychologists and dieticians) and researcher by face-to-face interview method at their own houses between February-April 2016. Data analysis was performed by using SPSS 15.0. Descriptive findings and categorical variables were presented as percentage distribution; continuous variables were presented as means±standard deviations. In determination of relations of independent variables associated with neglect and abuse, chi square, Fisher exact test were used as univariate analysis; Logistic Regression Analysis was used as multivariate analysis.

RESULTS: A total of 253 old individuals (60.2%) were reached in the study. Average age was 73.6±6.3 (65-94). Of the elders, 65.2% were female, 17.8% had no diploma and 65.2% were married. Among the participants, 2.4% were physically, 22.1% were emotionally, 5.1% were economically, 0.4% were sexually exposed to abuse and 26.1% had any abuse. It was identified that neglect was observed in 22.5% elders by their relatives, 6.7% by caregivers, state neglect was present in 66.8% and 7.9% elders were responsible for self neglect. In Logistic Regression Analysis, abuse was significantly higher in those without diploma (OR=2.65, 95% CI=1.06-6.62), general health perception in mean-poor ones (OR=2.07, 95% CI=1.03-4.16) and those

dependent in daily life activities (OR=2.34, 95% GA=1.08-5.09). Neglect of relatives was observed significantly high in those living alone (OR=2.344, p=0.022, 95% GA=1.133-4.849), not participating in any social activities (OR=2.34, 95% GA=1.13-4.85), not going for doctor's control in the last 6 months (OR=2.26, 95% GA=1.18-4.43) and those with fair-poor health perception (OR=2.13, 95% GA=1.01-4.46). In advanced ages (OR=1.16, 95% GA=1.06-1.27) and males (OR=6.45, 95% GA=1.34-36.51), neglect of caregiver was established to be significantly higher. It was noticed that self neglect was 4.5 times more significant (OR=4.47, 95% GA=1.61-14.17) in those with no social activity compared to those with social activities. Chronic disease presence was determined to be protective against self neglect (OR=0.27, 95% GA= 0.10-0.73). The data of state's neglect were as follows in those who were not retired (OR=2.16, 95 % GA=1.01-4.60), those living in rented houses or children/relatives' houses (OR=2.58, 95% GA=1.05-6.34), those who did not have any social support (OR=3.87, 95% GA=1.49-10.05).

CONCLUSIONS and RECOMMENDATIONS: As a result of this study, the abuse and neglect rate in the elderly was found to be high. Therefore, it is important to establish monitoring programmes at home in order to determine the health and social needs of the elderly exposed to neglect and abuse and have an easy Access to services in question.

KEYWORDS: Elder, neglect, abuse

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Giriş

Tüm dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlılığa ilişkin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar da artmaktadır. Yaşlı nüfusla ilgili sorunlar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sorunudur. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sosyal güvenlik ve destek sistemlerinin yetersiz olması ve geniş ailenin yerini çekirdek aile yapısının alması ile geleneksel aile desteğinin ortadan kalkması, yaşlanmanın getirdiği sorunların daha ağır hissedilmesine neden olmaktadır. Kötüleşen ekonomik koşullar, artan işsizlik gibi nedenlerle yük olarak görülen yaşlının her türlü istismarının da artabileceği savunulmaktadır (1). Sonuç olarak yaşlı istismar ve ihmalinin toplumsal açıdan risk etmenleri; sosyoekonomik yapı, kırsaldan kentlere göç, aile kavramının erozyonu, kültürel değişim olarak sıralanabilir. Ayrıca sosyal destek ağlarının olmayışı/kısıtlılığı, sosyal politikaların olmayışı/yetersizliği ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğindeki engeller yaşlı istismar ve ihmali için risk oluşturmaktadır (2).

Yaşlı istismarı terimi ilk olarak 1975’te İngiliz bilimsel makalelerinde ‘nine dövme’ (*granny battering*) olarak geçmiştir. Ancak asıl ilerlemeler 1980’li yıllarda ABD ve Kanada gibi ülkelerde yapılan araştırmalar sonucu olmuştur (3).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu (International Network for the Prevention of Elder Abuse, INPEA) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 Toronto Deklerasyonu’nda yaşlı istismarını “güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren, onu strese sokan uygunsuz eylemlerin bir defa veya tekrarlayan şekilde gerçekleşmesi” olarak tanımlamıştır (4). İstismar vurmak, tokatlamak, yakmak, bağlamak gibi *fiziksel istismar* şeklinde olabileceği gibi, yaşlıya bağırarak, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, göz ardı etmek ya da aşağılamak gibi *duygusal istismar* olarak da görülebilir. Ayrıca *cinsel istismarda* olduğu gibi kendi rızası olmadan yaşlının herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanması ve *ekonomik istismarda* olduğu gibi yasadışı ya da izinsiz olarak mallarının, parasının, banka/emeklilik hesabının ya da diğer değerli varlıklarının kullanılması ve değiştirilmesi şeklinde de olabilir (5).

Yaşlı ihmali, bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), yaşlının günlük gereksinimlerini karşılamaması, yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması ya da

yetersiz alması olarak da tanımlanmaktadır (2). Bu tanımdan daha ayrıntılı olarak ihmal; yakınlarının, bakım vericinin, kendi kendini ve devletin ihmali olarak dört başlık altında toplanabilir. Yakınlarının ihmali; yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu bakımı yakınları tarafından alamaması ya da yetersiz alması durumudur. Bakım vericinin ihmali; resmi ya da resmi olmayan bakım veren kişinin yaşlıyı yiyecek, giysi, ısınma, bakım gibi gereksinimlerinden ve temel ilaçlarından mahrum bırakmasıdır (5). Kendi kendini ihmal; yaşlının kendi kendine gereken dikkat ve özeni sağlamada yetersiz olmasıdır (5). Devletin ihmali; yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu sağlık ve sosyal hizmeti alamaması ya da yetersiz almasıdır.

Her toplumda, her etnik grupta, her ekonomik seviyede görülüyor olması nedeniyle yaşlı istismarı ve ihmali önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ayrıca kişilerin yaşlılık döneminde fiziksel ve psikolojik olarak daha kırılgan olması istismar ve ihmalin sonucu olan yaralanma, engellilik ve ölüm riskini artırmaktadır. Bununla birlikte istismar ve ihmal anksiyete, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu ve bilişsel fonksiyon kayıpları riskini artırmaktadır (6). Bu konunun önemini artıran bir diğer özellik de geleneksel yapı nedeniyle sorunun aile içinde kalması, yaşlının ev içinde yaşıyor olması, yaşlının bu durumu istismar olarak nitelendirmemesi, istismar bulgusunu ortaya çıkarabilecek kişilerin bilgi ve deneyim eksikliği nedeniyle olguların gizli kalması ve müdahale edilememesidir.

Yaşlı istismarı sorunu özellikle “aile içi şiddet” başlığı altında ele alınmaktadır. Ancak bu konu sadece aile içinde oluşabilecek bir sorun olmayıp, yaşlının yaşadığı her sosyal çevrede karşılaşılabilecek bir sorun olduğu için bütüncül boyutlarda ele alınması gerekmektedir (7).

Yaşlılarda istismar ve ihmal bütün ülkelerde ve toplumlarda yaygın olduğu, yaşlılarda önemli sağlık ve sosyal sorunlara yol açtığı için bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır. Nüfusun yaşlanmasıyla istismar ve ihmalden etkilenen kişi sayısı daha da artacaktır. Bu konuda ülkemizde çok az bilgi olmasına karşın elde edilen sonuçlar çok çarpıcıdır. İstismarı ve ihmali azaltmak, en önemlisi önlemek için öncelikle, yeterli nitelik ve nicelikte araştırmalarla durumun boyutunun ve risk etmenlerinin saptanması, daha sonra uygun girişimlerin planlanması gerekmektedir.

1.2. Amaç

Araştırmanın amacı İzmir İli Balçova İlçesi'nde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde ihmal, istismar varlığı ve etkileyen etmenleri belirlemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanma ve Yaşlılık

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, intrauterin dönemden itibaren gelişen fizyolojik bir süreçtir. Dört grupta incelenebilir:

-Biyolojik yaşlanma: Döllenmeyle başlayıp tüm yaşam boyu süren, zamanla ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik işlev değişiklikleridir.

-Fizyolojik yaşlanma: Biyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan değişikliklerdir.

-Psikolojik yaşlanma: Davranışsal uyum yeteneğinde yaş ile oluşan değişikliklerdir.

-Sosyal yaşlanma: Zaman içinde bireylerin sosyal modellerinin değişmesidir (8).

DSÖ yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı kullanmakta ve “65 yaş ve üzeri” bireyleri “yaşlı” olarak kabul etmektedir (9). Birleşmiş Milletler bu alandaki çalışmalarında emeklilik maaşı almaya başlanan 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır (10). Ancak, ulusal ve uluslararası yaşlılık çalışmalarında genellikle DSÖ’nün tanımı esas alınmaktadır (11).

Yaşlılık dönemi kendi içinde birtakım farklılıklar içerdiği için alt gruplara ayrılmıştır. Yaşı 65-74 arası olanlar “genç yaşlı”, 75-84 arasındakiler “orta yaşlı” ve 85 yaş üzerinde olanlar “ileri yaşlı” olarak sınıflandırılmıştır. Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşam süresinin belirgin şekilde uzaması sonucunda bu gruplandırmaya 100 yıl yaşamış olanlara “asırlık” ve 110 yıl yaşamış olanlara “süper asırlık” olmak üzere iki grup daha eklenmiştir (11).

Yaşlı grupta 75 yaş ve sonrası dönem “bağımlılığa geçiş” dönemi, 80 yaş ve üzeri dönem ise “bakım ihtiyacının ortaya çıktığı” dönem olarak görülmektedir. Bu nedenle bu sınıflandırmanın ayrıca göz önüne alınması önerilmektedir (11).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payına göre toplumların genç ya da yaşlı nüfus yapısına sahip olduğu belirlenebilir. Bir toplumda 65 yaş ve üzeri grubun tüm topluma oranı; %4’ten az ise “genç toplum”, %4-6.9 arasında ise “olgun toplum”, %7-10 arasında ise “yaşlı toplum” ve %10’dan fazla ise “çok yaşlı toplum” olarak adlandırılmaktadır (11).

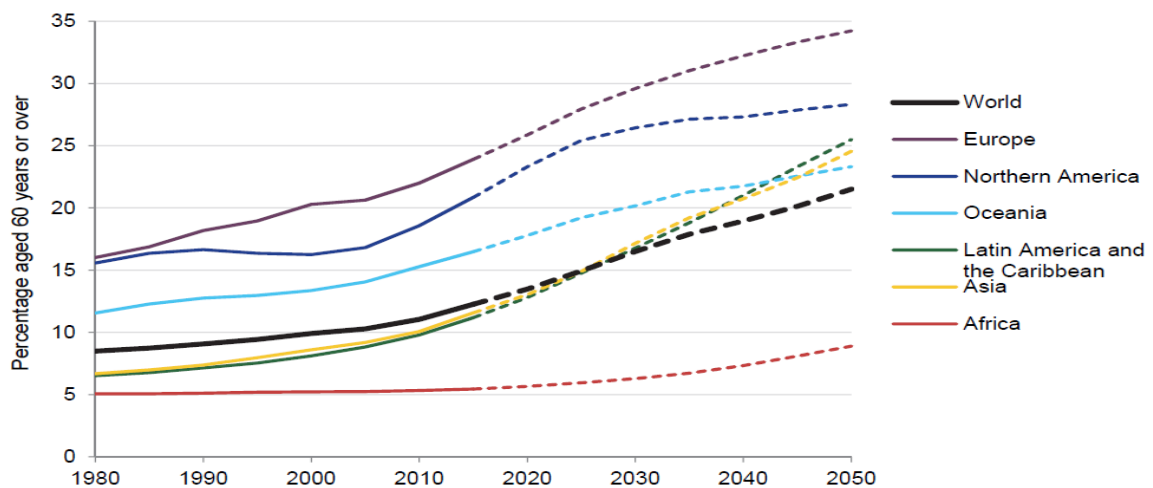
2.2. Dünyada Yaşlılık Epidemiyolojisi

Nüfusların yaşlanması, demografik geçiş sürecinin bir sonucudur ve dünyanın birçok ülkesinde benzerdir (9). Bu durum önce yüksek ölümlülüğün azalması ardından doğurganlığın düşmesi ve beklenen yaşam süresinde artışla açıklanmaktadır (12). Bugün dünyada doğumda beklenen yaşam süresi 70.5 olup kadınlarda (72.5) erkeklere (68.3) göre daha fazladır (13).

Dünyada 2000 yılında 607 milyon 60 yaş ve üzeri insan varken, 2015 yılında %48 artışla 901 milyon kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun 2030 yılında %56'lık artışla 1.4 milyar, 2050 yılında 2015 yılındaki sayının 2 katına çıkıp 2.1 milyara çıkacağı öngörülmektedir (13). Başka bir deyişle dünyada 2015 yılında her sekiz kişiden biri 60 yaş ve üzeridir. Bu oranın 2030 yılına gelindiğinde altıda bir, 2050'ye gelindiğinde beşte bir olması beklenmektedir (13).

Yaşlı nüfus artış hızı, diğer yaş gruplarındaki artış hızlarına göre daha yüksektir. Bu grup içerisinde de 80 yaş ve üzeri kişi sayısı diğer yaşlılara göre daha da hızlı artmaktadır. Yaşı 80 ve üzeri kişilerin sayısı 2015 yılında 125 milyon olup, 2050 yılında 3 katına çıkıp 434 milyon olması beklenmektedir (13).

Grafik 1'de görüldüğü gibi yıllar içerisinde yaşlı nüfus oranı artmıştır. Dünyada 2015 yılında 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranı %12.3'tür. Bölgelere göre bakıldığında yaşlı nüfusun Avrupa (%23.9) ve Kuzey Amerika'da (%20.8) en yüksek, Afrika'da (%5.4) en düşük olduğu görülmektedir (13). Yıl 2025'e gelindiğinde yaşlıların %70'nin gelişmekte olan ülkelerde özellikle de Asya kıtasında yaşayacağı öngörülmektedir (14).



Grafik 1. Dünya ve bölgelerdeki 60 yaş ve üzeri bireylerin yüzdesi, 1980-2050*

*United Nations, World Population Aging, 2015

Yaşlı nüfus yüksek gelirli ülkelerde en fazladır. En yaşlı nüfusa sahip ülke Japonya (%33) olup, Japonya'yı sırasıyla Almanya (%28), İtalya (%28) ve Finlandiya (%27) takip etmektedir. Türkiye %11.2'lik 60 yaş ve üzeri birey oranı ile 84. sıradadır (13).

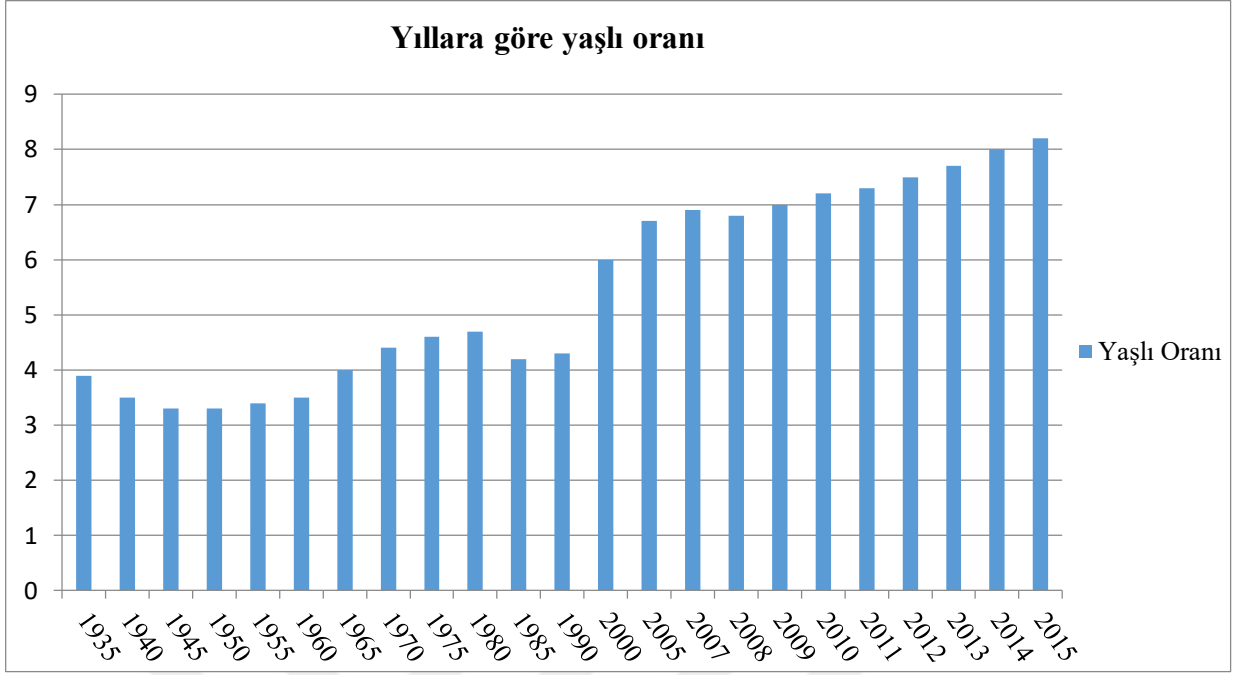
Dünya'da doğuşta beklenen yaşam süresi 71, sağlıklı yaşam yılı beklentisi 62'dir. Doğuşta beklenen yaşam süresi Amerika'da (77) en yüksek ve Afrika'da (58) en düşüktür. Sağlıklı yaşam yılı ise Batı Pasifik Bölgesinde (68) en yüksek, Afrika'da (50) en düşüktür (13).

Dünyada 2015 yılında 65 yaş ve üzeri bireylerde işgücüne katılım erkeklerde %30, kadınlarda %15'tir. Bölgelere göre bakıldığında en düşük Avrupa'da (E=%10.2 ve K=%6.2), en yüksek Afrika'dadır (E=%52.2 ve K=%32.6) (13).

Yasal emeklilik yaşı dünyanın birçok ülkesinde artmıştır. Küresel düzeyde emeklilik yaşı üzerindeki insanların yarısı emekli maaşı alamamakla birlikte, Avrupa ve Kuzey Amerika'da yaşlıların %90'dan fazlası emekli maaşı almaktadır. Emekli maaşı alma oranı Afrika'da %22'dir (13).

2.3. Türkiye'de Yaşlılık Epidemiyolojisi

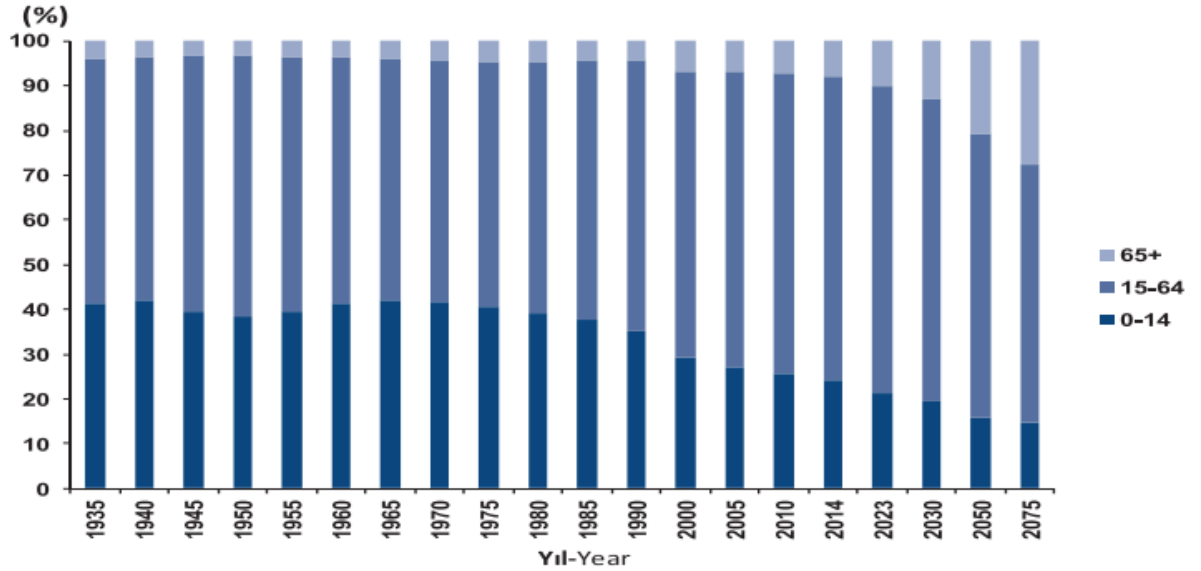
Türkiye dünyadaki birçok ülkedeki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmiş, yaşlı nüfus oranları yıllar içerisinde artmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 1935 yılında %3.9, 2015'de %8.2'dir (12,15). Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye'de de yaşlı yüzyılı olacağını göstermektedir (14).



Grafik 2. Yıllara göre yaşlı nüfus oranları, 1935-2015*

*TÜİK, 2014

Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfusun 2023 yılında %10.2, 2050 yılında %20.8, 2075 yılında %27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (12).



Grafik 3. Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2075* (12)

*TÜİK, 2014

2015 TÜİK verilerine göre;

- Ülkemizde 2015 yılında toplam 6 milyon 495 bin 239 yaşlı varken, %43.8'ini erkek ve %56.2'sini kadın nüfus oluşturmaktadır (15).
- Yaşlı bağımlılık oranı 2014 yılında %11.8'dir. Bu oran 2015 yılında %12.2'ye yükselmiştir (12,15).
- Ülkemizde yaşlılarda öğrenim durumuna bakıldığında, 2014 yılında %43.3'ünün diploması yoktur ve ortaokul ve üzeri mezun olanlar yalnızca %14.6'dır. Yaşlı nüfusun öğrenim durumu cinsiyete göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Erkeklerin öğrenim düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (15).
- Yoksulluk oranı (eşdeğer hane halkı kullanılabilir medyan gelirinin %60'ı) yaşlı nüfus için 2013 yılında %17.9 olup, 2014 yılında %18.3'e yükselmiştir (15).
- Yaşlı nüfusun %11.5'i işgücüne katılmıştır. Bu oran yaşlı erkek nüfusta %19.3, yaşlı kadın nüfusta %5.4'tür. Yaşlılarda işsizlik oranının ise %2.1 olduğu görülmüştür. Çalışan nüfusun %74.1'inin tarım sektöründe, 18.9'unun hizmet sektöründe çalıştığı belirlenmiştir (15).
- Tek kişilik hane halklarının %45.8'ini yaşlılar oluşturmaktadır. Kadınlar (%76.5) erkeklerden (%23.0) daha fazla yalnız yaşamaktadır (15).
- Yaşlıların en sık (%46.7) dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci sırada iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%16.9), üçüncü sırada %12.8 ile solunum sistemi hastalıkları nedeniyle öldüğü belirlenmiştir (15).
- Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlıların oranı 2010 yılında %2.7, 2014 yılında %4.0'dır. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı cinsiyet bazında incelendiğinde, her iki cinsiyette de artış olduğu görülmüştür (15).
- Genel sağlık durumundan memnun olduğunu belirten yaşlı bireylerin oranı 2014 yılında %47.5 iken bu oran 2015 yılında %45.6'ya düşmüştür (15).
- Mutlu olduğunu beyan eden yaşlı bireylerin oranı 2014 yılında %62.8'dir ve 2015 yılında %56.8'e düşmüştür. Kadınlar (%59.5), erkeklere göre (%53,4) daha mutlu olduğunu bildirmişlerdir (15).

2.4. Yaşlılık Dönemi Sorunları

Yaşlanma fizyolojik olarak kaçınılmaz bir süreçtir ve fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, sorun çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini anlatır. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (14).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artması, sağlık, ekonomik, çevre ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir (9).

Gelişmiş olan ülkeler için yaşlılık yeni bir sorun değildir. Çünkü bu ülkeler demografik geçişlerini uzun zaman önce tamamlamışlardır. Ancak Türkiye de dahil gelişmekte olan ülkelerde yaşlılık henüz sıklıkla gündemde olan bir konu haline gelmemiştir. Fakat bu ülkeler doğurganlığın düşmesiyle yakın gelecekte yaşlılık sorunuyla karşı karşıya kalacaklardır.

2.4.1. Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları

Dünyada ve ülkemizde nüfus giderek yaşlanmaktadır. Yaşlanma ile ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler sonucu hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunları çoğunlukla kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, kanser gibi kronik hastalıklar ve beslenme bozukluğu, görme ve işitme bozuklukları, depresyon, düşme ve kazalardan kaynaklanan yaralanmalardır (16).

İş hayatından emeklilik dönemine geçiş, geniş aile tipinin çekirdek aileye dönüşmesi, sevilen insanların kaybı, fiziksel ve zihinsel işlevlerin azalması ve başkalarının varlığına gereksinimin artması gibi değişiklikler insanları yaşlılık dönemlerinde psikolojik açıdan uyumsuz bir ortama sokmaktadır (17). Yaşlılarda sık görülen hastalıklar fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilgili olan hastalıklar olmak üzere iki grupta değerlendirilebilir. Fiziksel sağlıkla ilgili olan hastalıklar en sık hipertansiyon (%60-70) ve kanserdir (%21). Ruhsal sağlıkla ilgili hastalıklar demans, depresyon, alkol kullanımı ve intihar girişimidir (14).

Dünyada 60 yaş ve üzerindeki kişilerde yeti yitimi nedeniyle sağlıksız yaşam yılına en fazla neden olan hastalıkların başında kadınlarda depresyon, erkeklerde işitme kayıpları gelmektedir (Tablo 1) (13).

Tablo 1. Dünyada 60 yaş üzeri bireylerde cinsiyetlere göre engelliliğin ilk 10 nedeni**

	Kadın	YLD* Her 100,000 kişide	Erkek	YLD* Her 100,000 kişide
1	Depresyon	1,465	İşitme kayıpları	1,870
2	İşitme kayıpları	1,427	Sırt ve boyun ağrıları	1,530
3	Sırt ve boyun ağrıları	1,413	Düşmeler	1,347
4	Alzheimer ve diğer demans	1,295	KOAH	1,276
5	Osteoartrit	1,201	Diabetes mellitus	1,121
6	KOAH	1,200	Kırma kusurları	902
7	Diabetes mellitus	1,143	Depresyon	883
8	Kırma kusurları	1,066	Alzheimer ve diğer demans	850
9	Düşmeler	998	Benign Prostat Hiperplazisi	840
10	Katarakt	756	Osteoartrit	739

*YLD= Yeti yitimi nedeniyle sağlıklı yaşam yılı = Years of life lost due to disability

**United Nations, World Population Aging, 2015

Türkiye’de yapılan Kronik Hastalık Sıklığı Çalışmasında 65 yaş ve üzeri kişilerde hipertansiyon %37.5, diabetes mellitus (DM) %30.9, osteoartroz %27.6, kalp damar hastalığı %19.7, osteoporoz %11.8 ve depresyon %9.2, kronik böbrek hastalığı %6.6 bulunmuştur (18).

Nüfus Sağlık Araştırması’na (2012) göre en az bir engeli olan yaşlı nüfus oranı %34.7’dir. Bu oran 75 yaş ve üzerinde %46.5’e çıkmaktadır. Yaşlıların %7.9’u görmede, %8.7’si işitmede, %21.1’i yürümede zorluk yaşadığını bildirmişlerdir. Yaşlıların %31.5’i sürekli gözlük, %5.4’ü işitme cihazı kullanmaktadır (12).

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) açısından değerlendirdiğimizde yaşlıların %16.4’ü yatağa girme, kalkma ve sandalyeye oturma, kalkmada; %15.7’si giyinme, elbise çıkarmada; %15.6’sı tuvalet kullanımında; %18.8’i banyo-duş yapmada sorun yaşamaktadır. Aynı çalışmada yaşlıların %27.8’inin yürüyemediğini, %31.0’ının merdiven inip çıkamadığını, %30.2’sinin eğilemediği bulunmuştur (Tablo 2) (12).

Tablo 2. Yaşlılarda kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken zorluk çekenlerin cinsiyete göre dağılımı, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2012* (12)

Özellik	Toplam nüfus (%)	Erkek (%)	Kadın (%)
Kendi kendine beslenme	9.8	7.7	11.4
Yatağa girme/kalkma ya da sandalyeye oturma/kalkma	16.4	11.3	20.3
Giyinme/elbiselerini çıkarma	15.7	11.3	19.1
Tuvalet kullanımı	15.6	10.1	19.8
Banyo yapma	18.8	12.0	24.0

*TÜİK, 2014

Tablo 3'te görüldüğü gibi Türkiye'de yaşlılarda ölüm nedenlerine bakıldığında ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları (%46.8), ikinci sırada iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%17.7) ve üçüncü olarak solunum sistemi hastalıkları (%11.7) gelmektedir (12).

Tablo 3. Türkiye'de yaşlılarda cinsiyete göre seçilmiş ölüm nedenleri, 2013* (12)

Ölüm nedenleri	Toplam		Erkek		Kadın	
	n	%	n	%	n	%
Dolaşım sistemi hastalıkları	114,315	46.8	51,366	42.1	62,949	51.5
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	43,222	17.7	27,969	22.9	15,253	12.5
Solunum sistemi hastalıkları	28,673	11.7	16,718	13.7	11,955	9.8
Endokrin, beslenme ve metabolizmaya ilgili hastalıklar	15,102	6.2	5,798	4.8	9,304	7.6
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	11,328	4.6	4,865	4.0	6,463	5.3
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	5,398	2.2	2,997	2.5	2,401	2.0
Diğer	26,217	10.7	12,349	10.1	13,868	11.3
Toplam	244,255	100.0	122,062	100.0	122,193	100.0

*TÜİK, 2014

Dünyada yaşlılarda ölüm nedenlerine bakıldığında, erkeklerde en sık ölüm nedenleri, iskemik kalp hastalığı (%17.8), inme (%15.6) ve akciğer hastalıklarıdır (%9.2). Kadınlarda, en

sık inme (%18.6), iskemik kalp hastalığı (% 18.5) ve akciğer hastalığına (%7.4) bağlı ölümlerdir (13).

2.4.2. Yaşlılık Dönemine İlişkin Sosyal ve Ekonomik Sorunlar

Yaşlılığın en önemli sorunu başkalarıyla, çevreyle, yakınlarla, toplumla kurulup sürdürülen iletişimin kaybolmasıdır. Bu kayıp yaşlının çevresinde bulunan eşinin, çocuklarının desteğinin, ilgisinin azalması ya da kişi tarafından bu şekilde yorumlanması biçiminde soyut düzeyde olabileceği gibi, eşin ölümü, çocukların evden ayrılması biçiminde somut düzeyde de olabilir (19). Türkiye’de tek kişilik hane halklarının neredeyse yarısını (%45.8) yaşlılar oluşturmaktadır. Yaşlı kadınlar (%76.5) erkeklere (%23.0) göre daha fazla yalnız yaşamaktadır (15).

Yaşlı bireyi etkileyen sosyal değişimlerden biri de emekliliktir. Kişinin emekli olması, uğraşı alanının bulunmaması ve eski toplumsal ilişkilerini sürdürmemesi toplumsal iletişimi bozmaktadır. Emeklilikle üretkenlik işlevi azalan ya da yok olan yaşlı birey, işe yaramazlık ve değersizlik duygularıyla yalnızlığa gömülmekte, toplumsal statü ve rollerin kaybı nedeniyle ruh sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte, buna bağlı olarak suçluluk, öfke duyguları, depresyon, somatik ve paranoid yakınmalar ortaya çıkabilmektedir (19). Ayrıca gelirin azalması, sosyal güvence yokluğu, sağlıkta sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştırmakta ve tedavisini güçleştirmektedir (11). Türkiye’de 2013 yılında yaşlı nüfusun %17.9’u yoksulken, 2014 yılında bu oran %18.3’e yükselmiştir (15).

2.5. Yaşlı İstismar ve İhmali

2.5.1. Yaşlı İstismar ve İhmali Tanımı

Yaşlı istismarı terimi ilk olarak 1975’te İngiliz bilimsel makalelerinde ‘nine dövme’ (*granny battering*) olarak geçmiştir. Ancak asıl ilerlemeler 1980’li yıllarda ABD ve Kanada gibi ülkelerde yapılan bilimsel araştırmalar sonucu olmuştur (3).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu (INPEA) ve DSÖ 2002 Toronto Deklerasyonu’nda yaşlı istismarını “güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren, onu strese sokan uygunsuz eylemlerin bir defa veya tekrarlayan şekilde gerçekleşmesi” olarak tanımlanmıştır (4).

İstismar dört alt grupta incelenebilir.

**Fiziksel istismar*: Yaşlının tekme atma, tokat atma, itme, vurma, sarsma, dövme gibi güç kullanarak vücuda zarar verme, ağrı verme, yetersizliğe yol açma, fiziksel olarak engel olma, zorla besleme ya da yatakta tutma eylemlerine maruz kalmasıdır (2,20).

**Duygusal istismar*: Yaşlıya sözel veya sözel olmayan yolla ruhsal açıdan acı veren ya da onu strese sokan davranışların uygulanmasıdır. Bağırarak, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, göz ardı etmek ya da aşağılamak gibi eylemlerdir (2,20).

**Ekonomik istismar*: Yaşlının yasadışı ya da izinsiz olarak mallarının, parasının, banka/emeklilik hesabının ya da diğer değerli varlıklarının kullanılması ve değiştirilmesi, kendi evinden çıkartılması ve hile yolu ile vekaletinin alınmasıdır (2,5,20).

**Cinsel istismar*: Bireyin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanmasıdır (2).

Yaşlı ihmali ise bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), yaşlının günlük gereksinmelerini karşılamaması, yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması ya da yetersiz alması olarak tanımlanmaktadır (2).

İhmal türleri dört başlık altında toplanabilir.

**Yakınlarının ihmali*: Yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu bakımı yakınları tarafından alamaması veya yetersiz alması durumudur (5).

**Bakım vericinin ihmali*: Kişinin, yiyecek, giysi, ısınma, temel ilaçlarından veya ihtiyaçlarından mahrum edilmesidir (5).

**Kendi kendini ihmal*: Yaşlının kendi kendine gereken dikkat ve özeni sağlamada yetersiz olmasıdır (5).

**Devletin ihmali*: Yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması ya da yetersiz olmasıdır.

2.5.2. Yaşlı İstismarı ile İlgili Teoriler

Yaşlı istismarını açıklayan teoriler, bireysel, kişilerarası ilişki, sosyokültürel etmenler, toplum ve çevreyi içeren multisistemik teorilerden oluşmaktadır (5).

Yaşlı istismarında en önemli konu yaşlının kendini yeterince savunamamasıdır. Risk ve savunmasızlık modeli ilk olarak 1994 yılında Frast ve Willet tarafından yaşlı istismarına uygulanmıştır. Savunmasızlığa neden olan durumun; yetersiz sağlık durumu, bozuk bilinç,

istismar öyküsü gibi yaşlı istismarına zemin hazırlayan faktörlerin olduğu saptanmıştır. Riskler ise bakım vericilerin sağlık durumu, gelir azlığı, sosyal izolasyon gibi dış çevreden kaynaklanan yaşlı istismarını kolaylaştıran faktörlerdir.

Yaşlı istismarını açıklayan diğer teoriler;

**Durumsal teori (Grunning, Disbrow, 1977)*: Bakım vericinin uzun süreli bakımından dolayı ortaya çıkan stresi ve yaşlıların savunmasız ve zayıf yaşlı bireyler olması sonucu yaşlıların istismara uğramasıdır.

**Psikopatoloji teorisi (Stainmatz, 1990)*: İstismar edenin akıl ve ruh sağlığı bozuklukları, madde kullanımının olmasıdır.

**Değişim teorisi (Homans, 1950; Wolf&Pillemer, 1997)*: İstismara yatkın birey ve yaşlı arasındaki bağımlılık ilişkisinin yetişkinlik boyunca sürdürülmesi ve aile hayatının etkilenmesi sonucu oluşabilmektedir.

**Sosyal öğrenme teorisi (Bandura, 1978; Wolf, 2000)*: Yaşlı ya da istismar eden bireyin her birinin aile yaşamındaki öğrenilmiş davranışlarının tekrar etmesidir.

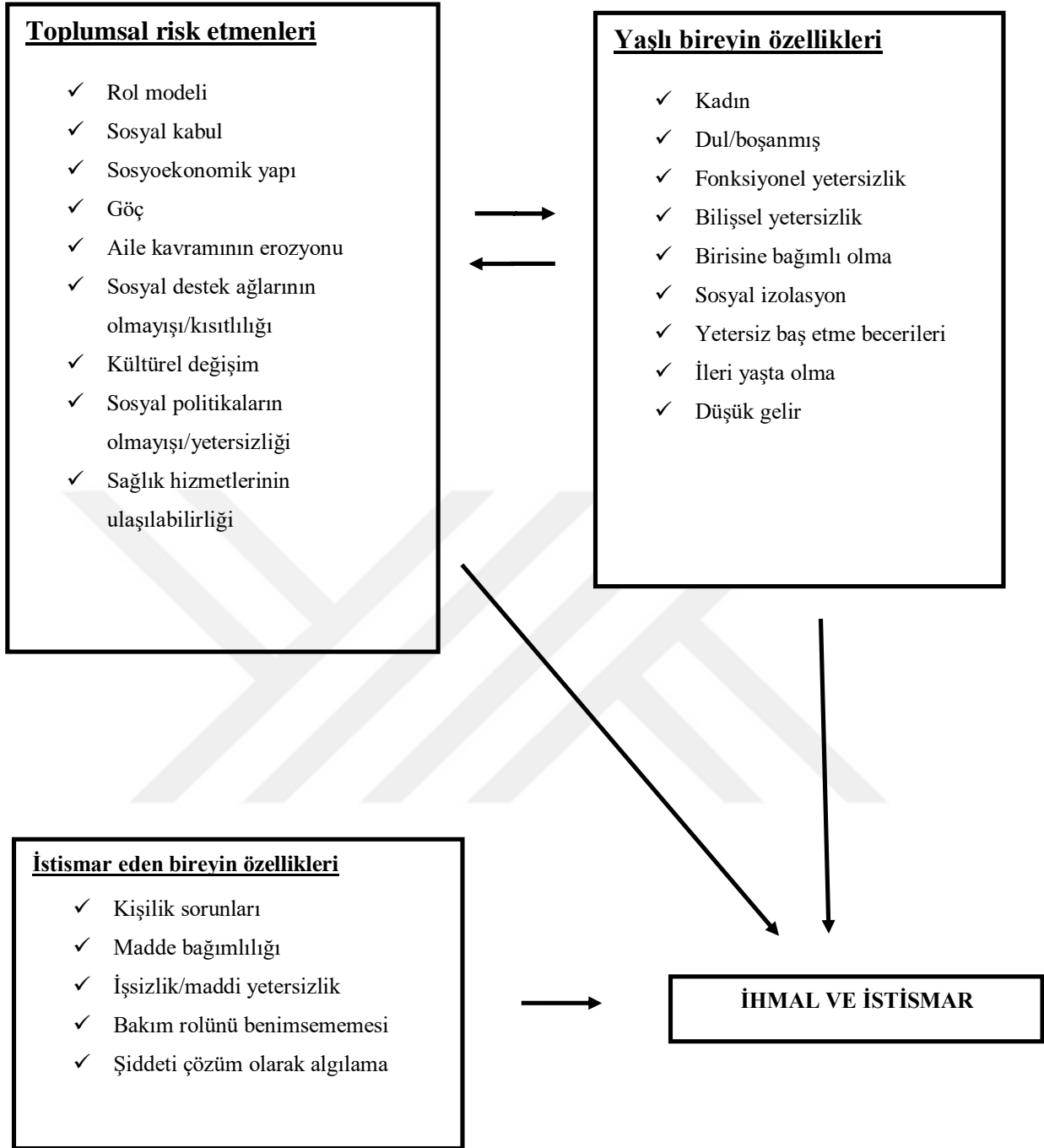
**Feminist teori (Walker, 1990)*: İlişkide güç dengesizliğine dayanır (5).

**Bağımlılık Teorisi*: Hem bakıcının hem bakılan kişinin bağımlı olduğu durumlardır (8).

2.5.3. Yaşlı İstismarının Risk Etmenleri

Yaşlı istismarı ve ihmalinde bireysel ve toplumsal açıdan bazı risk etmenleri bulunmaktadır. Toplumsal açıdan risk etmenleri; sosyoekonomik yapı, kırsaldan kentlere göç, aile kavramının erozyonu, kültürel değişim gibi sıralanabilir. Ayrıca sosyal destek ağlarının olmayışı/kısıtlılığı, sosyal politikaların olmayışı/yetersizliği ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olmayışı yaşlı istismar ve ihmal için önemli risk etmenleridir (2).

Şekil 1’de de görüldüğü üzere yaşlı birey açısından risk etmenleri; kadın olmak, boşanmış, ileri yaşta (75 yaş ve üzeri) ve düşük gelire sahip olmaktır. Ayrıca yaşlının kronik hastalıklara sahip olması, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olması, artan bakım gereksinimleri ve yaşlının mental, fonksiyonel ve bilişsel bozukluklarının olması ve sosyal olarak izole olunması ihmal ve istismar açısından risk etmenidir (5). İstismar eden birey açısından risk etmenleri; bireyin kişilik sorunlarının olması, madde bağımlılığının olması, işsizlik ya da maddi yetersizliğinin olması, bakım rolünü benimsememesi ve şiddeti çözüm olarak görmesidir (5).



Şekil 1. Yaşlı istismarı risk etmenleri* (2)

*Kıssal A.,Beşer A.Yaşlı İstismar ve İhmalinin Değerlendirilmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009: 8(4)

DSÖ'nün 2011 yılında Avrupa Bölgesi için hazırladığı raporda yaşlı istismar ve ihmalinin risk etmenleri "güçlü", "olası" ya da "tartışmalı" olarak gruplandırılmıştır. Tablo 4'te görüldüğü gibi kişinin Alzheimer ve diğer demans türlerine sahip olması istismar ve ihmal

açısından güçlü bir risk etmeniyken, yaş ve cinsiyet ile aralarında güçlü bir ilişki belirtilmemiştir (6).

Tablo 4. Yaşlı istismarının risk etmenleri ve kanıt düzeyleri (6)

Düzye	Risk etmenleri	Kanıtın gücü
Kişisel (Mağdur)	Cinsiyet: Kadın	Olası
	Yaş: 74 ve üzeri	Tartışmalı
	Bağımlılık: Yüksek düzeyde fiziksel ya da mental bağımlılık	Tartışmalı
	Alzheimer ve diğer demans türleri	Güçlü
	Akıl hastalıkları: Depresyon	Olası
	Saldırganlık ve davranış değişiklikleri	Olası
	Kişisel (İstismar eden birey)	Cinsiyet: Fiziksel istismar olgularında erkekler, ihmal olgularında kadınlar
Akıl hastalıkları: Depresyon		Güçlü
Madde kötüye kullanımı: Alkol ve uyuşturucu		Güçlü
Saldırganlık ve düşmanlık		Güçlü
Ekonomik sorunlar		Güçlü
Stres: Bakım vericinin tükenmişliği		Tartışmalı
İlişkiler		İstismar eden kişinin ekonomik olarak yaşlıya bağımlı olması
	İstismar eden kişinin yaşlıya bağımlı olması (duygusal ve barınma konularında)	Güçlü
	Şiddetin kuşaklararası geçişi	Tartışmalı
	Uzun süreli ilişkideki zorluklar	Olası
	Yaşam düzeni	Güçlü
	Toplumsal	Sosyal izolasyon
Sosyal destek yetersizliği		Olası
Diğer ayrımcılık biçimleri: Cinsiyetçilik ve ırkçılık		Olası
Yaşlı ayrımcılığı		Olası
Şiddetin normalleştirilmesi		Olası

* WHO, European report on preventing elder maltreatment, 2011

2.5.4. Yaşlı İstismar ve İhmal Belirtileri

İstismar tiplerine göre değerlendirme ölçütleri değişiklik gösterebilmektedir. Değerlendirmeler bu farklılıklar göz önüne alınarak yapılmalıdır. Yaşlıda istismar ve ihmal durumunu gösteren bulgular;

–Fiziksel istismar: Vücutta çürükler, izler, kırıklar, kanamalar, tedavi edilmemiş yaralar ve gözde morluk olması fiziksel istismar belirtileri olabilir.

–Duygusal istismar: Yaşlılarda alışılmamış kişilik durumları, ajitasyon, hezeyan, demans, depresyon gibi durumların görülmesi durumunda duygusal istismar varlığından şüphelenilmelidir.

–Ekonomik istismar: Yaşlının eline geçen para miktarındaki değişimler, açıklanamayan para çekimleri ya da başka hesaplara transferleri, banka hesap isimlerinde değişimler ve ödenmemiş faturaların olduğu durumlarda ekonomik istismar açısından şüphelenilmelidir.

–Cinsel istismar: Yaşlıda cinsel yolla bulaşan hastalık varlığı, göğüs veya genital bölgedeki morluklar, vajinal kanama, lekeli/yırtık/kanlı kıyafet ya da iç çamaşırı varlığı cinsel istismarın belirtileri olabilir.

–İhmal: Yaşlının yatak yaralarının olması, aşırı zayıflama, kilo kaybı ve gözlerde çökme, dehidratasyon, bireysel hijyenin kötü olması, yatak ya da elbiselerin kirli olması, tedavi edilmeyen mental ya da fiziksel rahatsızlıklar, görünen yaralarını inkar etme ya da fazla açıklama yapma, ilacını almama durumlarında ihmal açısından şüphelenilmelidir (5).

Ayrıca tıbbi tedavilerin gecikmesi, tedavilerin uygun kullanılmayışı, sürekli acile başvurma, tekrarlayan yaralanmalarda aynı sağlık kurumuna gitmeyi reddetme, yaralanma hakkında çelişkili kaçamak ifadeler ve tutumlarda bulunulması ihmal ve istismarın dolaylı bulguları olabilirler (21).

2.5.5. Dünyada ve Türkiye’deki Yaşlı İhmal ve İstismarındaki Durum

Dünya’da ve Türkiye’de istismar ve ihmal sıklığını belirleyen çalışmalar yapılmıştır. Çalışmaların yapıldığı toplumların özellikleri, tanımlamada kullanılan ölçütlerin farklılıkları, çalışmanın yapıldığı yerin hastane, toplum, huzurevi ya da bakımevi olması nedeniyle farklı sıklıklar elde edilmiştir. Ancak kimi araştırmacılara göre bu oranlar buzdağının görünen kısmı

olup aslında yaşlı istismarının görünenin çok daha üzerinde oranlara sahip olduğu düşünülmektedir. Amerika'da 1996 yılında yapılan ulusal çalışmada 60 yaş ve üzeri 449,924 bireyde ihmal ve istismar belirlenmiştir. Ancak bu olguların %16.0'ı devlet kurumuna (APS=Adult Protective Service) bildirilirken, %84.0'ı bildirilmemiştir (22).

DSÖ yaşlı istismarının dünyadaki sıklığını %4-6 olarak belirtmektedir. Sınırlı verilere karşın orta ve yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalar sonucunda, fiziksel istismar sıklığı %0.2-4.9, duygusal istismar sıklığı %0.7-6.3, ekonomik istismar sıklığı %1.0-9.2, cinsel istismar sıklığı %0.04-0.82 ve ihmal sıklığı %0.2-5.5 olarak bildirilmiştir (3).

DSÖ, kurumda yaşayan yaşlılarda istismarın yüksek olduğunu bildirmiştir. ABD'de huzurevinde yapılan bir çalışmada, son bir yılda fiziksel istismar görülme sıklığı %10.0, psikolojik istismar %40.0 ve fiziksel istismara tanık olma %36.0 olarak saptanmıştır (3).

Çalışmanın yapıldığı toplumsal farklılıklar, istismar ve ihmalin tanımlamaları ve araştırma yöntemleri farklılıklarına göre toplumda görülen sıklık değişmektedir. Güney ve Kuzey Amerika'da istismar sıklığı bilişsel fonksiyonları yerinde olan yaşlılarda %10.0 iken, demansı olan yaşlılarda %47.3'e kadar çıkmaktadır. Avrupa'da yapılan çalışmalarda sıklık İrlanda'da %2.2, Hırvatistan'da %61.1'dir. Asya'da bir yıllık prevalansın %36.2 ile en yüksek Çin'de, %14.0 ile en düşük Hindistan'da olduğu görülmektedir. Afrika'da yapılan çalışmalardaki sıklıklar %30.0 ile %43.7 arasında değişmektedir (23).

DSÖ'nün 2011 yılında Avrupa Bölgesi'ndeki yaşlı istismarına yönelik yayımladığı rapora göre DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 60 yaş ve üstü 8300 kişi cinayetten ölmüştür. Her yıl Avrupa Bölgesi'nde 4 milyon yaşlı fiziksel istismara, 29 milyon yaşlı duygusal istismara, 6 milyon yaşlı ekonomik istismara ve bir milyon yaşlı cinsel istismara uğramaktadır. Bağımlılık, engellilik ve bilişsel bozukluklar arttıkça istismarın sıklığı da artmaktadır (6).

O'Keeffe M. ve arkadaşlarının (24) 2006 yılında Birleşik Krallık'ta 66 yaş ve üzeri 2100 bireyde yaptığı çalışmada, yaşlıların %2.6'sının son bir yıl içerisinde ailesi, yakın arkadaşları ya da bakım vericisi tarafından herhangi bir istismara uğradığı belirlenmiştir.

İrlanda'da 2021 yaşlıyla yapılan çalışmada son bir yıldaki ihmal ve istismarın sıklığı %2.2 bulunmuştur. En sık görülen %1.3 ile ekonomik istismardır. Son bir yılda istismar ve ihmale uğrayanların dörtte biri, birden fazla istismar türüne maruz kalmıştır (25).

Avrupa Birliği'ne üye yedi ülkede (Yunanistan, İspanya, Litvanya, Almanya, İtalya, Portekiz ve İsveç) 2010 yılında yapılan "Abuse and Health Among Elderly in Europe" (ABUEL) çalışmasında tüm ülkelerde duygusal istismar %19.4, ekonomik istismar %3.8 ve fiziksel istismar %2.7 bulunmuştur (26).

Bir Afrika kıtası ülkesi olan Nijerya'da 2010 yılında 60 yaş ve üzeri 404 kadının %30'unun son bir yılda herhangi bir istismara uğradığı belirlenmiştir. İstismar türleri arasında en fazla görülen %14.6 ile fiziksel istismardır (27).

Hindistan'da 2013 yılında 60 yaş ve üzeri 897 yaşlı ile yapılan çalışmada son bir yılda katılımcıların %19.2'sinin duygusal, %12.7'sinin ekonomik istismara uğradığı bulunmuştur. Ayrıca yaşlıların %83.4'ü birden fazla istismar türüne uğradıklarını bildirmişlerdir (28).

Chicago'da (ABD) 2013'te 65 yaş ve üzeri 10,333 yaşlıyla yapılan ileriye yönelik bir çalışmada kendi kendini ihmal, istismar riskini 1.75 kat artırmıştır. Ayrıca yaşlının kendi kendini ihmalinden ortalama 3.5 yıl sonra istismara uğradığı belirlenmiştir (29).

İran'da 2015 yılında yapılan aile içi yaşlı istismar çalışmasında, yaşlıların en sık duygusal istismara, en az fiziksel istismara maruz kaldığı bulunmuştur. Yaşı 80 ve üzeri olanlarda, okuma yazması olmayanlarda, eşi dışında biriyle yaşayanlarda ve sosyal güvencesi olmayanlarda istismar anlamlı olarak fazla bulunmuştur (30).

Yaşlı istismar ve ihmaline ilişkin çalışmalar ülkemizde ilk kez 1990'lı yıllarda yapılmaya başlamıştır. Türkiye'de bu alanda yapılan ilk çalışmada Artan (31) İstanbul'da üç huzurevinde kalan yaşlıları değerlendirmiştir. Yaşlıların %25.6'sının huzurevine yerleşmeden önce aile bireyleri tarafından fiziksel istismara uğradığı saptanmıştır. İstismarda bulunanların başında %41.3 ile gelinler yer almaktadır.

Bu konuda alanda yapılan ilk kesitsel çalışma Keskinoglu ve arkadaşları (1) tarafından İzmir'de 2004 yılında 204 yaşlı bireyle yapılmıştır. Yaşlıların %1.5'inde fiziksel, %2.5'inde ekonomik istismar, %3.5'inde kesin ihmal bulgusu saptanmıştır (1).

Ankara'da 2006 yılında İlhan (8) tarafından yapılan tez çalışmasında da yaşlıların %18.2'sinde aile içi yaşlı istismarı saptanmıştır. İstismara uğradığını belirtenlerinde %40.5'inde duygusal istismar, %20.3'ünde ekonomik istismar, %9.5'inde fiziksel istismar

belirlenmiştir. Ayrıca yaşı 75 ve üzeri olanlarda, dullarda, ilkokul mezunu olanlarda çocuğunun/akrabasının evinde kalanlarda istismar riskinin arttığı bulunmuştur.

Malatya'da 2012'de Aslan tarafından (32) yapılan toplum tabanlı çalışmada 451 yaşlı ile görüşülmüştür. Yaşlı bireylerin %1.3'ünün fiziksel istismara, %0.8'nin ekonomik istismara, %2.9'nun cinsel istismara, %5.3'ünün ihmale uğradıkları belirlenmiştir.

İzmir'de 2011 yılında dört farklı bölgede yapılan diğer bir çalışmada da yaşlılarda duygusal istismar %9.4, fiziksel istismar %4.2, ekonomik istismar %2.1, cinsel istismar %0.9 ve ihmal %8.2 olarak bulunmuştur. Ayrıca kadınların, eşleri ve aileleri ile yaşayanların, düşük aile ilişkileri olanların, düşük eğitim düzeyi olanların daha fazla istismar ve ihmale uğradığı belirlenmiştir (33).

Keskinoğlu ve arkadaşlarının (34) İzmir'de sosyoekonomik düzeyi farklı iki bölgede yaptığı çalışmada, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bölgedeki yaşlılarda fiziksel istismar daha fazla görülürken, ekonomik istismar ve ihmal düşük sosyoekonomik düzeydeki bölgede yaşayan yaşlılarda daha fazla belirlenmiştir.

Aydın'da 2011 yılında yapılan bir alan çalışmasında katılımcıların %14.2'si son 12 ay içinde herhangi bir istismar ya da ihmale maruz kaldıklarını belirtmiştir. Yaşlıların %8.1'i duygusal, %3.5'i ekonomik, %2.9'u fiziksel, %0.4'ü de cinsel istismara ve %7.6'sı ihmale maruz kaldığını belirtmiştir (35).

Manisa merkez ve kırsalda toplam sekiz aile hekimliği merkezine kayıtlı 480 yaşlıda yapılan çalışmada ihmal ve istismar sıklığı %11.3 olarak bulunmuştur. İstismara uğradığını belirten yaşlıların %91.9'u duygusal istismara maruz kalmıştır. Yaşlıların %35.1'i kendi işini kendi yapamadığı, %24.3'ü konuşmalara çok katıldığı ve %10.8'i ev işlerine yardım etmediği için istismara uğradığını düşündükleri belirlenmiştir (36).

Acil servis hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarının istismar belirtileri konusunda anamnez alırken ve fizik bakı sırasında daha dikkatli olmaları gerekmektedir. Bu konuda Gülen ve arkadaşlarının (37) 2014 yılında paylaştıkları olgu sunumunda, 80 yaşında, huzurevinde kalan, travma öyküsü olmadığı söylenen, analjezik sonrası vücutta şişlik ve nefes darlığı nedeniyle acil servise getirilen yaşlı hastanın yapılan fizik muayenede cilt altı amfizemi fark edilip bilgisayarlı toraks tomografisi çekilmiştir. Hastanın pnömotoraksı, pnömomediastinum, kot

fraktüru ve parankim yaralanması tespit edilmiştir. Öykü derinleştirilince, hastanın kaldığı bakımevinde yataktan düştüğü kurum çalışanlarından öğrenilmiştir.

Öztürk ve ark.'nın (38) yaptığı çalışmada bir acil servise darp nedeniyle başvuran 54 yaşlı retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Darp edilen yaşlıların %92.4'ü erkektir ve %55.6'sında tekrarlayan darp tanımlanmıştır ve failer sıklıkla aile bireyleri ya da akrabalar olduğu belirlenmiştir.

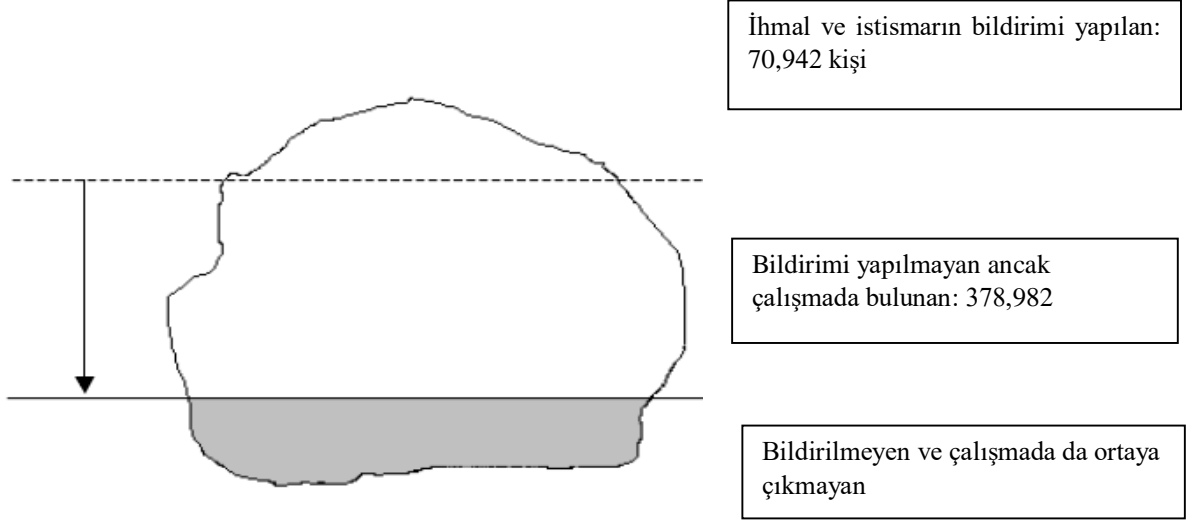
Artan tarafından (39) 2015 yılında kurumda kalan yaşlılarda ekonomik istismar varlığı değerlendirilmiştir. İstanbul'da dört huzurevinde son bir yıldır kalan 60 yaş ve üzeri 100 bireyde yapılan çalışmada, yaşlıların huzurevine girmeden önceki dönemde (%33), girdikten sonraki döneme (%14) göre daha fazla ekonomik istismara uğradıkları, huzurevine girdikten sonraki süreçte ekonomik istismar oranının azalmakla birlikte varlığını önemli ölçüde sürdürdüğü tespit edilmiştir. Yaşlıların istismara en fazla çocukları tarafından uğradığı belirlenmiştir.

Kalaycı ve ark.'ları (40) 2015 yılında yaşlıya uygulanan istismar ve ihmalin nedenlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören 200 yaşlı yakınıyla bir çalışma yapmışlardır. Yaşlı yakınları yaşlı bireyleri, “işe yaramayan, ölmesi istenen, çok konuşan, saygısız, inatçı, cahil ve yük olarak görülen kişiler” olarak gördüğü bulunmuştur. Yaşlıya uygulanan, şiddet nedenlerini ise yaşlının sinirlenmesi, ekonomik çıkar çatışması, yaşlının maaşını çocuklarına vermemesi, evlat ayırımı yapması, yaşlının düşkün olması ve aile üyelerinin cahil olması olarak ifade etmişlerdir.

Türkiye’de yapılan kısıtlı birkaç alan çalışmasında yaşlı istismar ve ihmali değerlendirilmiştir. Çalışmalarda bu sorun “aile içi şiddet” başlığı altında ele alınmıştır. Ancak böylesi ele alış sorunun bütüncül boyutlarda ele alınmasını da engelleyen bir anlayışa doğru bizi sürüklemektedir. Yaşlı istismarı sadece aile içinde oluşabilecek bir sorun olmayıp, yaşlının yaşadığı her sosyal çevrede karşılaşılabilecek bir sorundur (7).

2.5.6. Yaşlı İstismar, İhmal Bildirimi ve Bildirim Sorunları

Amerika’da 1996 yılında yapılan ulusal çalışmada 449,924 60 yaş ve üzeri bireyde ihmal ve istismar belirlenmiştir. Ancak bu olguların %16’sı devlet kurumuna (APS=Adult Protective Service) bildirilirken, %84’ü bildirilmemiştir. Bu durum buz dağı teorisini doğrulamaktadır (22).



Şekil 2. Yaşlı istismar ve ihmaliinde buzdağı teorisi* (22)

*The National Elder Abuse Incidence Study, 1996

Bildirim düşük olmasının nedenleri 2 grupta değerlendirilmektedir.

- Yaşlılar açısından bakıldığında, ailenin kutsal sayılması ve dokunulmaz olduğu, başkaları tarafından aile yaşantısına müdahale edilmesinin kabul edilemez olması bildirim düşükliğünün nedenleri olabilir. Ayrıca yaşlıların probleme kendisinin sebep olduğunu düşünmesi, birisine söylediğinde yakınlarının kendisine daha kötü davranabileceklerinden ve herhangi bir kuruma gönderebileceğinden korkması gibi nedenler de düşükliğe yol açmış olabilir (20).
- Sağlık personelinin istismar ve ihmali bildirme ve kaydetmedeki yetersizlikleri, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı yetersizliği gibi durumlar kurumlar tarafından bildirim düşük olmasına neden olabilir (20).

Araştırmaların yöntem farklılıkları, toplumsal/ kültürel farklılıklar nedeniyle ihmal ve istismar sonuçları farklıdır. Geleneksel aile yapısı nedeniyle sorunun aile içinde kalması, yaşlının ev içinde yaşaması, yaşlının bu durumu istismar olarak nitelendirmemesi ve istismar bulgusunu ortaya çıkarabilecek kişilerin bilgi ve deneyim eksikliği nedeniyle yaşlı istismar ve ihmal sıklıkları genelde gerçek sıklıklarından daha düşük bulunmaktadır.

2.5.7. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Önlenmesi

Yaşlı ihmal ve istismarı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlı nüfusun artışıyla bu sorun daha dikkat çekici bir hal alacaktır. Bu nedenle istismar ve ihmalin belirlenmesi, bildirilmesi önlenmesi de son derece önemlidir. Bu konuda yapılması gerekenler şöyle sıralanabilir;

- Öncelikle yaşlı istismar ve ihmal ile yüzleşmek gerekmektedir (Ulusal ve toplumsal düzeyde).
- Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik ulusal politika, programlar yapmak ve geliştirmek gerekmektedir.
- Ulusal Yaşlı İstismar Merkezi kurulmalıdır ve istismar, ihmal ihbarı için yardım hatları kullanılmalıdır.
- Mevcut durum hakkında verilerin toplanması ve konu hakkında sürveyans çalışmaları yapılmalıdır. İstismara uğrayan ve uğramayan kimselerin uzun dönemli izlendiği ve girişimlerin değerlendirildiği çalışmalar yapılmalıdır.
- Çok-sektörlü ve çok-disiplinli yaklaşım gerekmektedir. Sağlık bakanlığı liderliğinde Adalet, Eğitim, Çalışma ve Çevre Bakanlıkları arasında işbirliği oluşturulmalıdır. Ayrıca Sosyal Hizmetler (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) konunun yasal ve finansal durumunu sahiplenmelidir. Eğitim konusunda halkın farkındalığını artırıcı kampanyalar düzenlenmelidir.
- İstismara uğrayan yaşlılara verilen sağlık ve sosyal hizmetlerin güçlendirilmesi gerekmektedir.
- Okullarda kuşaklar arası programlar geliştirilmelidir.
- Eşitsizliklerin önlenmesi çok önemlidir.

Ancak yaşlıların giyecek, barınma, güvenlik, bakım ve sağlık hizmeti gibi temel ihtiyaçları karşılanmadığı müddetçe sorunun çözümü zordur (3,6,41).

Yaşlı istismarını önleme girişimleri dünya genelinde hızlı bir gelişme göstermiş olup, 1997 yılında altı kıtanın temsili ile “Yaşlı İstismarını Önleme Uluslararası Ağı” (INPEA) kurulmuştur. Ülkemizde ise henüz doğrudan yaşlı istismar ve ihmalini önlemeye yönelik bir düzenleme yapılmamıştır (39). T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın 2013 yılında hazırladığı Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı’nda yaşlılara yönelik istismar, ihmal ve şiddet konusu ele alınmıştır. Bu plana göre yaşlılarla ilgili

mesleklerde çalışan kişilere yönelik yaşlılık, yaşlı istismarı ve ihmaline yönelik hizmet içi eğitim verileceği ve yasal düzenlemelerin yapılacağı belirtilmiştir. Ayrıca ihmal, istismar ve şiddet konusunda yaşlıda bilinç yaratacak, toplumda farkındalık oluşturacak programlar yapılacak, ihbar ile ilgili mekanizma kurulacağı belirtilmiştir (41). Günümüzde yalnızca Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Alo 183 hattı ile konuya ilişkin ihbarlar değerlendirilmektedir.

İhmal ve istismarın önlenmesi üç düzeyde koruma basamakları ile şu şekilde de ele alınabilir;

Birincil Koruma: Bu basamakta ihmal ve istismarı önlemeye yönelik atılacak adımlar belirlenmektedir. Burada toplumsal yaklaşım çok önemlidir. Ulusal düzeyde politika yapıcılar konu ile ilgili uygulanabilir programlar ve yasal düzenlemeler yapmalıdır. Medya, sivil toplum kuruluşları ve eğitim kurumlarında yaşlı ihmal ve istismarına yönelik afişler, gazete makaleleri, bilgilendirme için telefon hizmeti gibi yöntemler kullanılarak kişilerin farkındalıkları artırılmalıdır. Bu konuda sadece halk değil, sağlık ve sosyal hizmetlerde çalışanların da konu hakkında hizmet içi eğitimlerle bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle burada birinci basamakta çalışan sağlık personeline önemli bir görev düşmektedir. Sosyal hizmetler açısından bakıldığında, kurumların daha etkin denetlenmesi, gündüz bakım merkezleri, eve yemek taşıma hizmetleri, yaşlılara bakım verenlere doğrudan yardım da alınabilecek birincil koruma önlemleri arasında yer almaktadır (2,3,6,41).

İkincil Koruma: Bu basamakta olguları erken dönemde bulmak ve müdahale etmek önemlidir. Ulusal Yaşlı İstismar Merkezi kurulmalı ve yaşlıların istismar ve ihmal ihbarı için yardım hatları kullanılmalıdır (2,3,41). Yaşlılar ev ziyaretlerinde ya da yaralanma nedeniyle kuruma başvurduklarında istismar ve ihmal açısından da değerlendirilmelidir. Şüpheli durumlarda yaşlılarla yalnız ve ayrıntılı anamnez alınmalıdır (2).

Üçüncül Koruma: Aile üyeleri ve yaşlıya yönelik rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini kapsar. İstismar edilen bireylere yönelik sosyal aktiviteler, programlar yapılmalıdır. Hem istismar eden hem de istismar edilen bireyler için danışmanlık, psikoterapi ve aile danışmanlığı verilmelidir. İstismar edilen yaşlılar için ayrıca alternatif yaşam olanakları ya da evlerinin düzenlenmesi önemlidir (2).

2.5.8. Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlı İstismar ya da İhmali ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Türkiye’de yaşlılar anayasanın teminatı altındadır. 1982 Anayasasının 61. maddesinde “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” ifadesi yer almaktadır (42).

Medeni Kanun’da (1926) ailede yaşlı, çocuk ve engellilerin korunması için gereken önlemlerin alınması gerektiği bildirilmektedir. 1580 sayılı Belediyeler Kanunu (1930) yaşlıların barınmasının sağlanması, çamaşırhane ve banyoların açılması görevini yerel yönetimlere vermiştir. 225 sayılı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü Kanununa göre, korunmaya muhtaç çocuk, engelli ve yaşlıların bakımı ve rehabilitasyonu ve yoksulların sosyal güvenliğini sağlama görevi bu kuruma verilmiştir (43).

Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) pek çok madde bulunmaktadır.

- Madde 86’ya göre kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişilerin bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırıldığı belirtilmektedir (44).
- Madde 97’de yaşlı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi haline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır denmektedir (44).
- Madde 232’ye göre aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimsenin, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmektedir (44).
- Bireyler olarak da kişilerin ihmal ve istismarının bildirim zorunluluğu vardır. Madde 98’e göre bildirmeyen kişiler bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır (44).
- Bildirim zorunluluğu sağlık çalışanları için de çok önemlidir. Sağlık çalışanının yaşlı istismarını göz ardı etmesi, tanıyı atlaması malpraktis olarak değerlendirilebilir. TCK’nın 280. maddesinde “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” denmektedir (44).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir Balçova İlçesinde 1 Şubat 2016-30 Nisan 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni, Örneği ve Örnek Seçim Yöntemi

Araştırmanın evreni; TÜİK 2014 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne göre İzmir İli Balçova İlçesi merkezinde yaşayan 65 yaş ve üstü 10,069 bireydir (45).

Örnek büyüklüğü; Türkiye'de 2015 yılı Mayıs ayında Manisa'da yapılan araştırmaya göre yaşlı istismar ve ihmal sıklığı %11 kabul edilerek, %95 güven düzeyi, %4 yanılma payıyla Epi info programı kullanılarak 230 kişi olarak hesaplanmıştır (36). Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanıldığından desen etkisi 1.5 alındığında ulaşılması gereken en az örnek büyüklüğü 345 kişi olmuştur. Yedek %20 kabul edilip en az 415 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir.

Örnek seçimi; küme örnekleme yöntemi kullanılarak her sokak bir küme kabul edilmiştir. Sokaklarda birey sayıları eşit olmadığı için 14 kişiden oluşan 30 küme seçilmiştir. Toplam örnek büyüklüğü 420 hesaplanmıştır. Kümelerin (sokaklar) seçiminde önce mahallelere göre tabakalama yapıp, sonra her mahalleden büyüklüklerine orantılı küme (sokak) seçilmiştir. Her mahalledeki ve sokaktaki 65 yaş ve üzeri birey sayıları Balçova Belediyesi'nden alınmıştır. Mahallelerdeki sokaklar listelenmiş, rasgele sayılar tablosundan gidilecek sokaklar saptanmıştır. Onur Mahallesi'nden 8, Korutürk Mahallesi'nden 6, Eğitim Mahallesi'nden 5, Fevzi Çakmak Mahallesi'nden 5, Çetin Emeç Mahallesi'nden 3 ve Teleferik Mahallesi'nden 3 küme (sokak) seçilmiştir. İnciraltı ve Bahçelerarası Mahallelerinde yaşlı sayısı çok az olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Formu

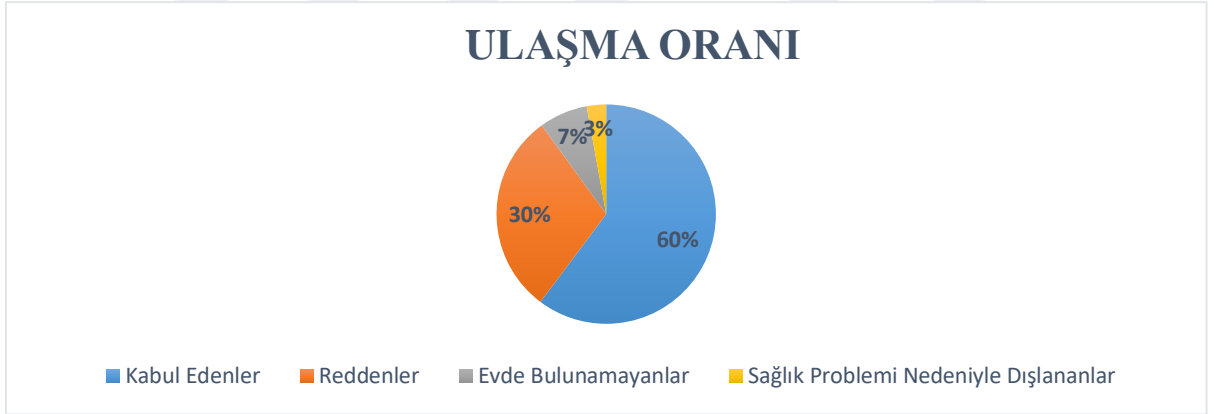
Veri toplama formu literatür bilgileriyle önceden hazırlanmıştır (1,8,25,35,46-48). Pilot çalışması örneğe girmeyen 10 yaşlı üzerinde denenip, yeniden düzenleme yapılmıştır (EK-1).

3.5. Ulaşma Oranı

Araştırma sonunda 253 kişiye ulaşılmıştır ve ulaşma oranı %60.2'dir. Örneğe seçilen katılımcıların araştırmaya katılma durumlarına göre dağılımları Tablo 5'de gösterilmiştir. Sonuç olarak toplam 253 kişi çalışmaya katılmayı kabul ederken, 125 kişi reddetmiştir. Üç kez gidilmesine karşın 30 kişi evde bulunamamıştır. Üç kişinin ağır işitme kaybının, 4 kişinin alzheimerının, 3 kişinin geçirilmiş serebrovasküler olayının olması, bir kişinin çok yaşlı olması ve bir kişinin de dil bilmemesi nedeniyle çalışmadan dışlanmışlardır.

Tablo 5. Ulaşma oranı özellikleri

Durum	n	%
Kabul Edenler	253	60.2
Reddenler	125	29.8
Evde Bulunamayanlar	30	7.1
Sağlık Problemi Nedeniyle Dışlananlar	12	2.9
Toplam	420	100.0



Şekil 3. Araştırma örneğinin araştırmaya katılma durumuna göre dağılımı

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

- İstismar varlığı
 - Fiziksel istismar
 - Duygusal istismar
 - Ekonomik istismar
 - Cinsel istismar
- İhmal varlığı
 - Yakınlarının ihmali
 - Bakım vericinin ihmali
 - Kendi kendini ihmal
 - Devletin ihmali

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- En uzun süre yapılan iş
- Sosyal güvence varlığı
- Gelir-gider algısı
- Evin mülkiyeti
- Evde yaşayan kişi sayısı
- Ev ortamını paylaştığı kişiler
- Kendine ait özel oda varlığı

- Yaşayan çocuk sayısı
- Engellilik varlığı
- Kronik hastalık varlığı
- Genel sağlık algısı
- Sosyal destek varlığı
- Sosyal aktivitelere katılım durumu

3.6.3. Bağımlı Değişkenlerin Tanımlanması

Yaşlı İstismarı: Dört ayrı tipe göre belirlenmiştir.

-Fiziksel istismar: Literatürden derlenen 2 soruyla sorgulanmıştır. Kişiye 65 yaşından sonra sürekli vakit geçirdiği kişilerden birinin (aile, bakıcı, komşu vs.)

1. Tokat atma, sopayla vurma, itme, dövme gibi şiddet şekillerinden herhangi birini uygulayıp uygulamadığı
2. Tokat atma, sopayla vurma, itme, dövme gibi şiddet şekillerinden herhangi birini uygulamaya yeltenip yeltenmediği sorulmuştur.

Herhangi bir soruyu olumlu yanıtlayanlarda fiziksel istismar var kabul edilmiştir. İstismar olan kişilerde kim tarafından uygulandığı sorgulanmıştır (8,25).

-Duygusal istismar: Literatürden derlenen 3 soruyla sorgulanmıştır.

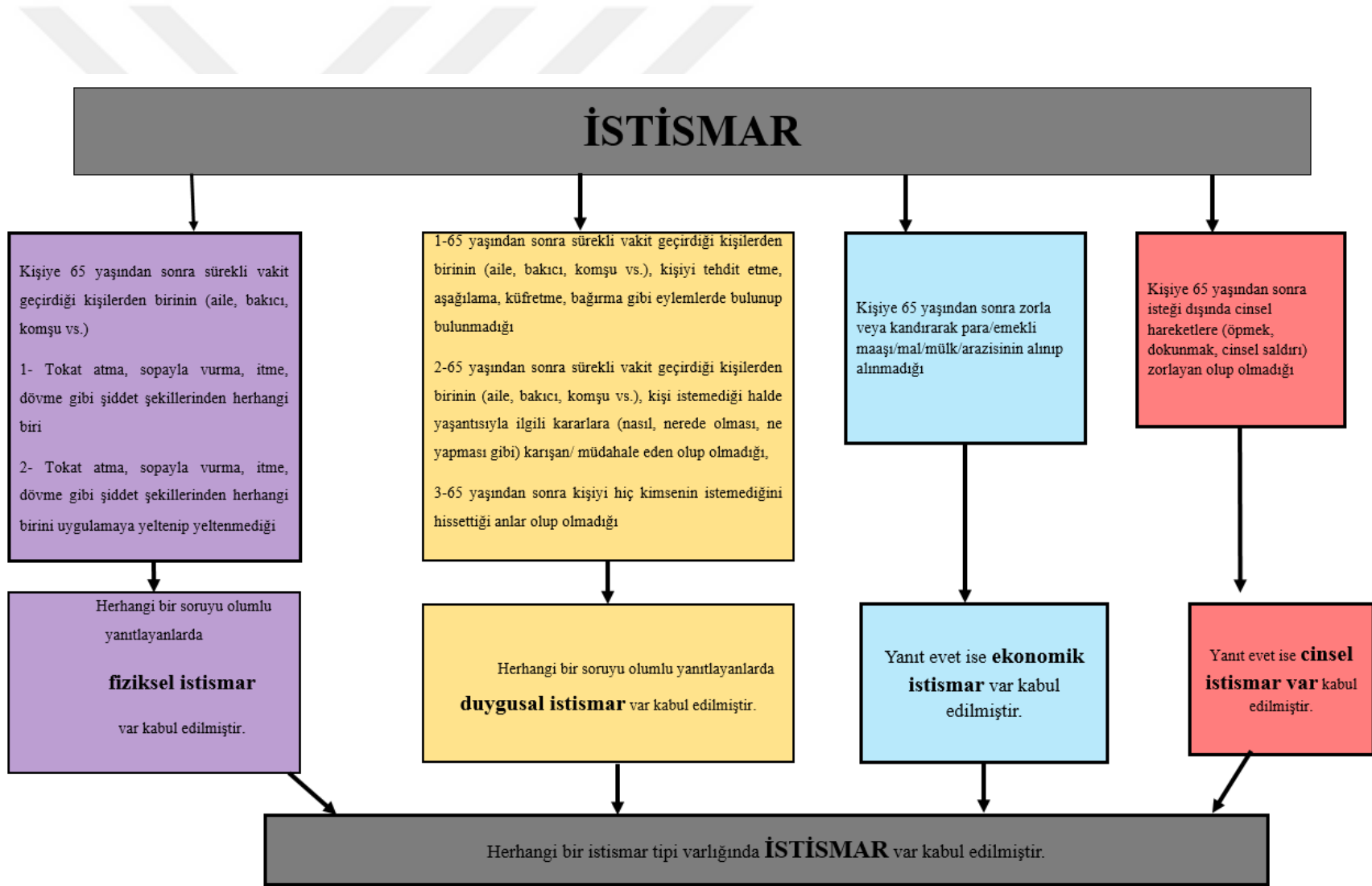
1. 65 yaşından sonra sürekli vakit geçirdiği kişilerden birinin (aile, bakıcı, komşu vs.), kişiyi tehdit etme, aşağılama, küfretme, bağırma gibi eylemlerde bulunup bulunmadığı
2. 65 yaşından sonra sürekli vakit geçirdiği kişilerden birinin (aile, bakıcı, komşu vs.), kişi istemediği halde yaşantısıyla ilgili kararlara (nasıl, nerede olması, ne yapması gibi) karışan/müdahale eden olup olmadığı
3. 65 yaşından sonra kişiyi hiç kimsenin istemediğini hissettiği anlar olup olmadığı sorgulanmıştır.

Herhangi bir soruyu olumlu yanıtlayanlarda duygusal istismar var kabul edilmiştir. İstismar olan kişilerde kim tarafından uygulandığı sorgulanmıştır (8,25).

-Ekonomik istismar: Kişiyeye 65 yaşından sonra zorla veya kandırarak para/emekli maaşı/mal/mülk/arazisinin alınıp alınmadığı sorulmuştur. Yanıt evet ise ekonomik istismar var kabul edilmiştir ve kim olduğu sorgulanmıştır (25).

-Cinsel istismar: Kişiyeye 65 yaşından sonra isteği dışında cinsel hareketlere (öpmek, dokunmak, cinsel saldırı) zorlayan olup olmadığı sorulmuştur. Yanıt evet ise cinsel istismar kabul edilip, kim tarafından uygulandığı sorgulanmıştır (25,46).





Şekil 4. İstismar tanısı

İhmal: Kişinin yakınlarının, bakım vericisinin ihmali, kendi kendini ihmali ve devletin ihmali olarak dört ayrı başlıklar altında değerlendirilmiştir.

-Yakınların ihmali: Literatürden derlenen 4 soruyla sorgulanmıştır. Kişinin 65 yaşından sonra

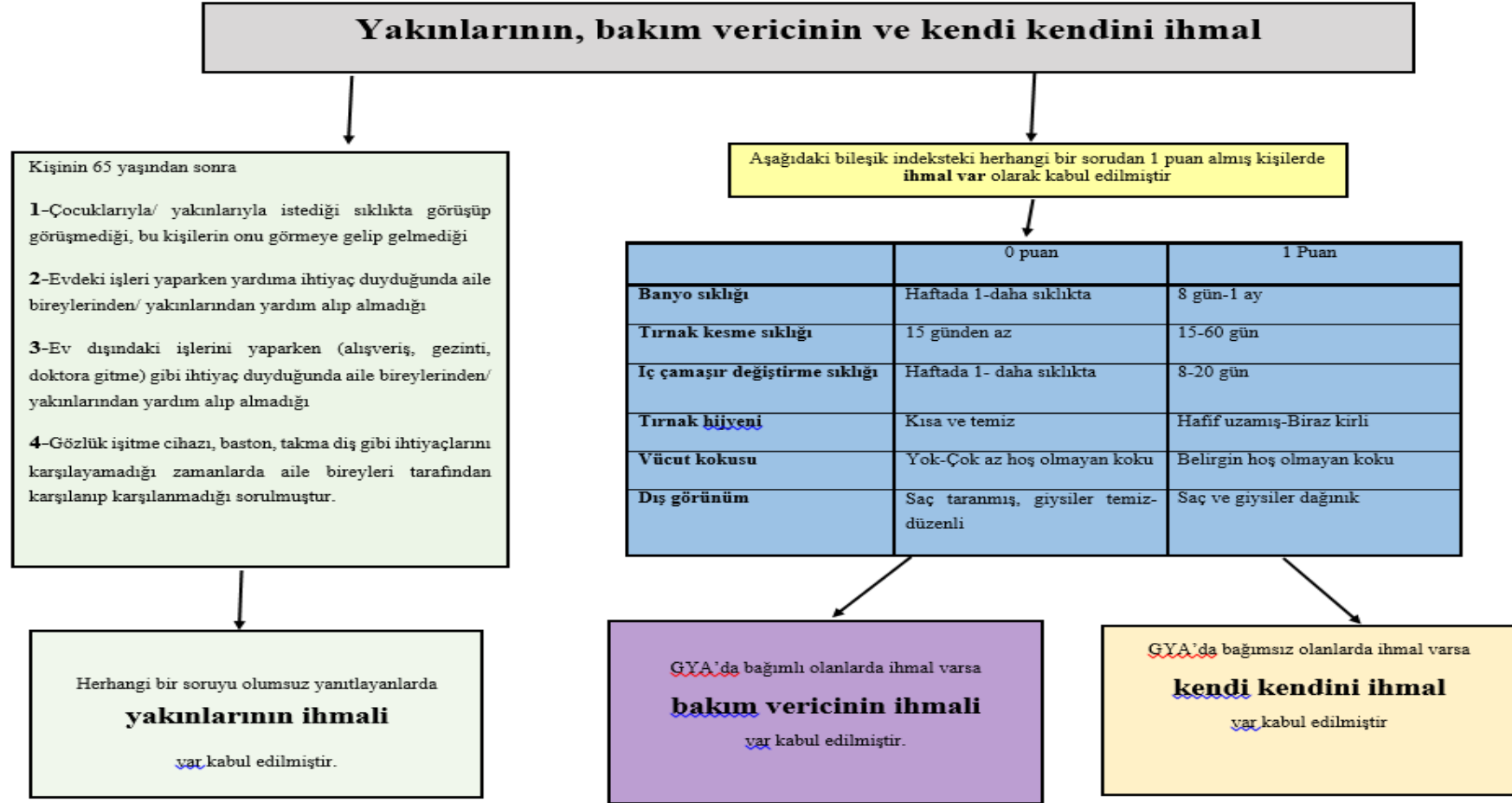
1. Çocuklarıyla/ yakınlarıyla istediği sıklıkta görüşüp görüşmediği, bu kişilerin onu görmeye gelip gelmediği
2. Evdeki işleri yaparken yardıma ihtiyaç duyduğunda aile bireylerinden/ yakınlarından yardım alıp almadığı
3. Ev dışındaki işlerini yaparken (alışveriş, gezinti, doktora gitme) gibi ihtiyaç duyduğunda aile bireylerinden/ yakınlarından yardım alıp almadığı
4. Gözlük işitme cihazı, baston, takma diş gibi ihtiyaçlarını karşılayamadığı zamanlarda aile bireyleri tarafından karşılanıp karşılanmadığı sorulmuştur. Yanıtlar evet/hayır olarak alınıp herhangi bir soruya hayır cevabı verildiğinde ihmal var olarak değerlendirilmiştir (8,35).

-Bakım vericinin ihmali ya da kendi kendini ihmal

Aşağıdaki bileşik indeksteki herhangi bir sorudan “bir” puan almış kişilerde ihmal var olarak kabul edilmiştir. Daha önceden yapılan Katz indeksine göre GYA’da bağımlı olanlarda ihmal varsa bakım vericinin ihmali, Katz indeksine göre GYA’da bağımsız olanlarda ihmal varsa kendi kendini ihmal var kabul edilmiştir (8,48).

İhmalin tanımlaması için bileşik gösterge (1)

	0 puan	1 Puan
Banyo sıklığı	Haftada 1-daha sıklıkta	8 gün-1 ay
Tırnak kesme sıklığı	15 günden az	15-60 gün
İç çamaşır değiştirme sıklığı	Haftada 1- daha sıklıkta	8-20 gün
Tırnak hijyeni	Kısa ve temiz	Hafif uzamış-biraz kirli
Vücut kokusu	Yok-çok az hoş olmayan koku	Belirgin hoş olmayan koku
Dış görünüm	Saç taranmış, giysiler temiz-düzenli	Saç ve giysiler dağınık



Şekil 5. Yakınlarının, bakım vericinin ve kendi kendini ihmal tanısı

-**Devletin ihmali:** İki değişkenle değerlendirilmiştir.

*Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi

*Karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimi

Bu hizmetlerden en az bir kriter belirlenmişse devletin ihmali var kabul edilmiştir.

***Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi:** Kişinin sağlık hizmet gereksinimi üç kriterle (değişkenle) belirlenmiştir (47). Herhangi bir kriter varlığında karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi var olarak kabul edilmiştir.

1. Genel sağlık algısı: Mükemmel, çok iyi, iyi, orta, kötü olarak sorgulanmıştır. Kişinin genel sağlık algısı orta ve kötü olduğu halde 6 aydan uzun süredir reçete yazdırmak dışında herhangi bir sağlık hizmeti almamışsa karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi var olarak kabul edilmiştir.

2. Kronik hastalık varlığı: Doktor tarafından tanı konan sürekli kontrol altında olmasını ya da tedavi almasını gerektiren bir hastalığı, yok/kalp hastalığı/yüksek tansiyon/ şeker hastalığı/kanser/kronik obstrüktif akciğer hastalığı/parkinson/depresyon/diğer şeklinde sorgulanıp ve birden fazla seçenek şaretlenmiştir. Kişinin bir ya da daha fazla kronik hastalığı olmasına karşın 6 aydan uzun süredir reçete yazdırmak dışında herhangi bir sağlık hizmeti almamışsa karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi var olarak değerlendirilmiştir.

3. Günlük yaşam aktivite durumu: Kişinin temel yaşam aktiviteleri banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme gibi 6 temel aktivite ile değerlendirilmiştir. Herhangi bir aktivite puanı "bir" olan kişiler GYA'da bağımlı olarak kabul edilmiştir. Eğer bu kişiler herhangi bir aktivitede bağımlı ve 6 aydan uzun süredir reçete yazdırmak dışında herhangi bir sağlık hizmeti almamış ise karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi var olarak değerlendirilmiştir (47). Ayrıca kişiler GYA'dan herhangi birinde bağımlı ise bu aktiviteleri kimin yaptırdığı sorulmuştur.

***Karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimi:** Bu durum sosyal yardım ve sosyal bakım olmak üzere iki başlıkta belirlenmiştir. Sosyal yardım iki soru ile değerlendirilmiştir. Geliri gelirinden az olanlarda;

1. Devlet kurumlarından yardım alma durumu hayır/65 yaş aylığı/engelli aylığı/bakım parası/diğer şeklinde sorgulanmıştır.

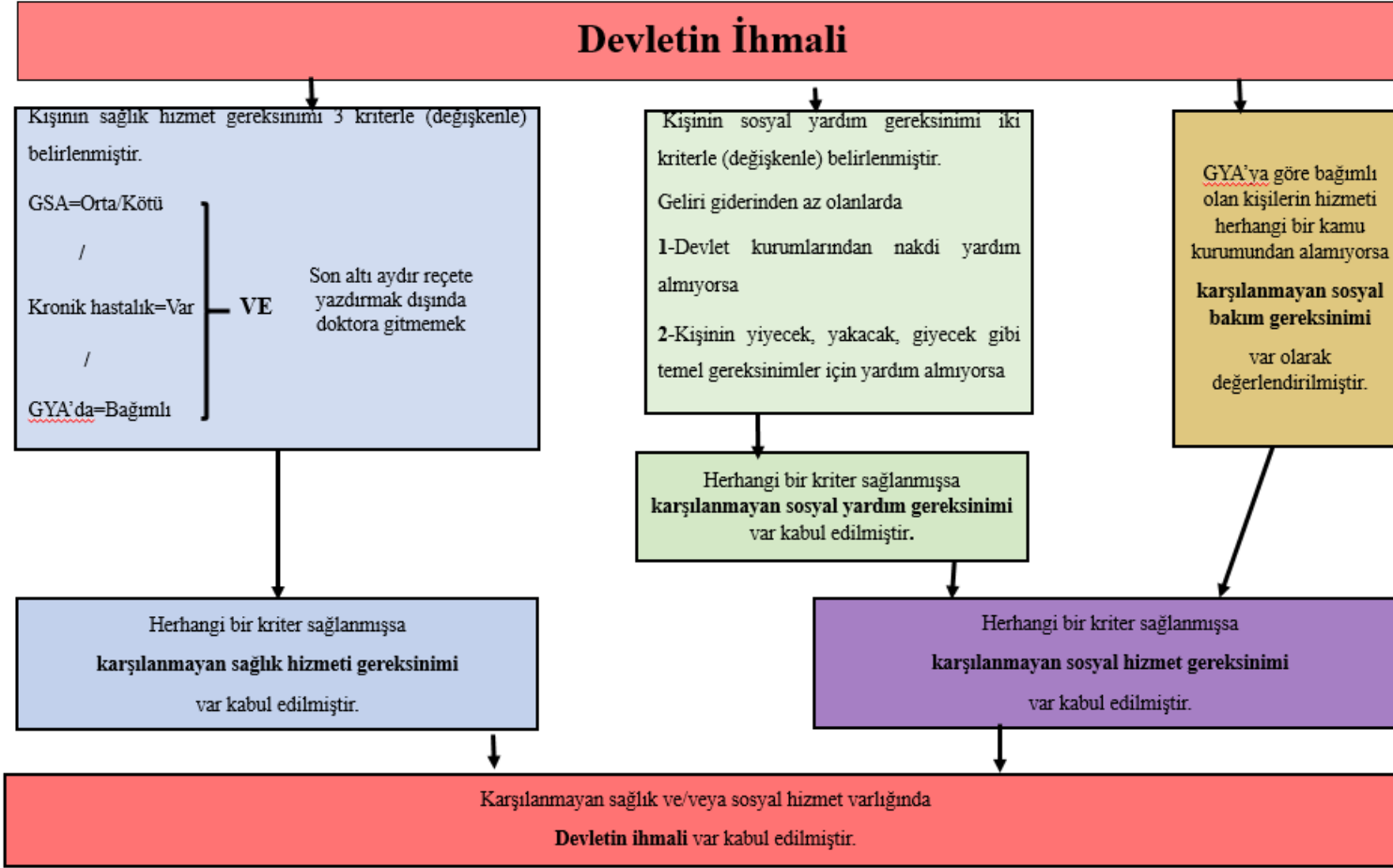
2. Kişinin yiyecek, yakacak, giyecek gibi temel gereksinimler için yardım alma durumu hayır/Belediye/Kaymakamlık ve diğer olarak sorgulanmıştır.

Kişinin geliri giderinden az olduğu halde yardım alma sorusundan herhangi birine yanıtı hayır ise *karşılanmayan sosyal yardım gereksinimi* var olarak değerlendirilmiştir.

GYA'ya göre bağımlı olan kişilerin bağımlı olduğu hizmeti herhangi bir kamu kurumundan alamıyorsa (belediye, sosyal hizmet kurumu) *karşılanmayan sosyal bakım gereksinimi* var olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlıda karşılanmayan sosyal yardım ya da karşılanmayan sosyal bakım gereksiniminin herhangi birinin varlığında *karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimi* var olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlıda karşılanmayan sağlık hizmeti ya da sosyal hizmet gereksiniminin herhangi birinin varlığında *devletin ihmali* var olarak değerlendirilmiştir.



Şekil 6. Devletin ihmali tanısı

3.6.4. Bağımsız Değişkenlerin Tanımlanması

Yaş: Yaşlının doğum tarihi gün, ay ve yıl olarak kaydedilmiştir.

Cinsiyet: Yaşlının cinsiyeti kadın veya erkek olarak veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Medeni durum: Hiç evlenmemiş, ayrı yaşıyor, evli, boşanmış ve eşi ölmüş olarak sorgulanmıştır.

Öğrenim durumu: Mezun olunan okula göre belirlenmiştir. Okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üzeri şeklinde sorgulanmıştır.

Çalışma durumu: Emekli, çalışıyor/emekli, çalışmıyor/emekli değil, çalışıyor/emekli değil, çalışmıyor olarak sorgulanmıştır.

Kişinin en uzun süre yaptığı iş: İşsiz/ ara sıra iş buldukça çalışıyor ya da çalıştı/ özelde ya da kamuda bir başkasının işinde ücretli –maaşlı olarak çalışıyor veya çalıştı/ kendi işine sahip ve yanında başkasını çalıştırmıyor ya da çalıştırmadı/ kendi işine sahip ve yanında başkasını çalıştırıyor ya da çalıştırdı/ topraksız köylü ve başkasının toprağında çalışıyor ya da çalıştı/ kendi toprağı var, kendisi işliyor ya da işledi/ kendi toprağı var ve işçide çalıştırıyor ya da çalıştırdı/ çalışmıyor ya da ev kadını şeklinde sorgulanmıştır.

Sosyal güvence: Yok, SSK, BAĞKUR, Emekli Sandığı, muhtaçlık aylığı, gazi maaşı ve diğer şeklinde sorgulanmıştır.

Evin mülkiyeti: Yaşlının yaşadığı evin kime ait olduğu kira, kendisinin/eşinin, çocuklarının ve akrabasının olarak sorgulanmıştır.

Evde yaşayan kişi sayısı: Evde toplam kaç kişi yaşadığı veri toplama formuna kaydedilmiştir.

Kimle yaşadığı: Birlikte yaşadığı kişiler yalnız, eşyle, eşi ve çocuklarıyla, çocukları ve torunlarıyla, eş/çocuk/torunlarıyla, akrabasıyla, arkadaşıyla ve diğer olarak sorgulanmıştır.

Kendine ait özel oda varlığı: Kişinin kendine ait özel oda varlığı var/yok şeklinde sorgulanmıştır.

Yaşayan çocuk sayısı: Yaşlının yaşayan çocuk sayısı kadın ve erkek ayrı olarak veri toplama formuna kaydedilmiştir

Yaşlının engellilik durumu: Yok, görme kaybı, işitme kaybı, bedensel özür olarak sorgulanmıştır.

Sosyal destek varlığı: Yardıma gereksinimi olduğunda arayabileceği ve yaşlıya destek olabilecek biri varlığı var/yok şeklinde sorgulanmıştır.

Sosyal aktivitelere katılım durumu: Sosyal aktivitelere (kahvehane, spor, geziler, arkadaşlarla toplantı) katılıp katılmama durumu evet/hayır olarak sorgulanmıştır.

3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Anket formu ve yöntemine ilişkin standart eğitim verilen ve sağlık alanında eğitim alan (psikoloji ve diyetisyenlik) anketörler ve araştırmacı tarafından Şubat –Nisan 2016 tarihinde kişilere ulaşılmıştır. Belirlenen her bir sokağın ilk binası ve ilk numarasından başlayarak evlerde 65 yaş üzeri bireylere ulaşılmaya çalışılmıştır. Önceden hazırlanan anket formu ile yaşlıların evlerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır. Belirlenen sokakta 65 yaş üstü 14 birey yaşamıyorsa, belirlenen sokağa coğrafi olarak en yakın sokak seçilerek sayı 14'e tamamlanmıştır. Evde olmayan ya da gidildiğinde uygun olmayanlara en az üç kez giderek ulaşmaya çalışılmıştır. Ulaşılamayanlar evde yok kabul edilmiştir. Görüşmenin yaşlı ile görüşmecinin yalnız kalabileceği bir odada gerçekleştirilmesi planlanmıştır; ancak güvenlik gerekçesiyle bu koşul her zaman sağlanamamıştır.

3.8. Veri Analizi

Veri analizi SPSS 15.0 kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular, kategorik değişkenler için yüzde dağılımları; sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma biçiminde sunulmuştur. Bağımsız değişkenlerin ihmal ve istismar ile ilişkilerini belirlemede tek değişkenli analiz olarak ki-kare, Fisher'in Kesin Testi; çok değişkenli analiz olarak Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Lojistik modele tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler ve literatüre göre risk etmeni olabilecek değişkenler alınmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Kesitsel çalışma olması nedeniyle neden-sonuç ilişkisini açıklamada kanıt değeri görece düşüktür.
- Ulaşma oranının düşük olması (%60.2) sonuçların evrene genellenmesi açısından kısıtlılık yaratmıştır.
- Aile üyelerinden birinin görüşme sırasında ortamda bulunması yaşlı istismarı ile ilgili sorulara doğru cevap alınmasında sıkıntı yaşanmasına neden olmuştur.

1.10. Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.12.2015 tarih ve 2015/27-11 numaralı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır (EK 2). Her mahalledeki ve sokaktaki 65 yaş ve üzeri birey sayılarını alabilmek için Balçova Belediyesi'nden kurum izni alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma araştırmacının kendi olanaklarıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmayı destekleyen herhangi bir kuruluş ve araştırma fonu yoktur.

3.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2015										2016									
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Konu seçimi	■																			
Kaynak inceleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Hazırlık-ön çalışma	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■										
Veri toplama											■	■	■							
Veri girişi											■	■	■	■						
Çözümleme															■	■	■	■	■	
Yazım															■	■	■	■	■	

4. BULGULAR

Bulgular ulaşılan 253 kişinin özelliklerine göre sunulmuştur.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Değişkenlerle İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma grubundaki yaşlıların ortalama yaşı 73.6 ± 6.3 'tür (65-94). Yaşlıların %65.2'si kadın, %34.8'i erkektir. ğrenim durumuna bakıldığında %60.8'si ilkokul ve altı öğrenim düzeyindedir (Tablo 6). Cinsiyetlere göre öğrenim durumu, diploması olmama oranı erkeklerde %6.8, kadınlarda %23.6, lise ve üzeri düzeyde öğrenim alma erkeklerde %51.2, kadınlarda %18.2'dir. Katılımcıların %65.2'si evlidir (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

zellikler (n=253)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	165	65.2
Erkek	88	34.8
Yaş grubu		
65-74	150	59.3
75-84	85	33.6
85+	18	7.1
ğrenim durumu		
Okuryazar değil	27	10.7
Okuryazar	18	7.1
İlkokul	109	43.0
Ortaokul	24	9.5
Lise	48	19.0
Üniversite ve zeri	27	10.7
Medeni durum		
Evli	165	65.2
Dul	75	29.6
Hiç evlenmemiş	7	2.8
Boşanmış	6	2.4

Katılımcıların %37.9'u alışmıyor ve emekli değildir, en uzun süre yapılan işe bakıldığında %45.9'u özelde ya da kamuda maaşlı alışmışken, %39.5'i çalışmamış ya da ev kadınıdır. Yaşlıların %85.4'ünün sosyal güvencesi varken, %14.6'sının sosyal güvencesi yoktur. Yaşlıların sadece %1.6'sı (n=4) gelirinin giderinden fazla olduğunu düşünürken,

%47.0'ı gelirinin giderinden daha az olduğunu belirtmiştir (Tablo 7). Yaşlıların sadece %3.2'si devlet kurumlarından yardım alırken, temel gereksinimler (giyecek, yiyecek, yakacak gibi) için yardım alanların oranı % 4.3'tür.

Tablo 7. Yaşlıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler (n=253)	n	%
Çalışma durumu		
Emekli, çalışıyor	4	1.6
Emekli, çalışmıyor	147	58.1
Emekli değil, çalışıyor	6	2.4
Emekli değil, çalışmıyor	96	37.9
En uzun süre yapılan iş		
Özelde ya da kamuda bir başkasının işinde çalışan	116	45.9
Çalışmayan / ev kadını	100	39.5
İşveren	15	5.9
İşsiz ya da düzensiz işte çalışan	12	4.7
Kendi hesabına çalışan	10	4.0
Sosyal güvence		
Yok	37	14.6
SSK	110	43.5
Emekli Sandığı	82	32.4
Bağ-kur	24	9.5
Gelir-gider algısı		
Gelirim giderimden çok	4	1.6
Gelirim giderime eşit	130	51.4
Gelirim giderimden az	119	47.0

Yaşlıların %46.2'si sadece eşiyile yaşarken, %19.4'ü yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların % 80.2'sinin kendisi ya da eşinin evi varken, %8.7'si kirada oturmaktadır. Yaşlıların %18.6'sının sosyal desteği yoktur ve %41.9'u sosyal aktivitelere katılmamaktadır (Tablo 8).

Evde yaşayan ortalama kişi sayısı 2.2±1.0'dır (0-12). Yaşlıların yaşayan ocuk sayısı ortalaması 2.8±1.5 (1-6), ortancası 3.0'dır.

Tablo 8. Yaşlıların yaşam koşulları özelliklerine göre dağılımı

zellikler (n=253)	n	%
Kiminle yaşadığı		
Yalnız	49	19.4
Eşiyle	117	46.2
Eşi+ ocuk ve/ ya da torun	44	17.4
ocuk ve/ ya da torun	32	12.6
Kardeş	6	2.4
Eşi+Anne	4	1.6
Bakıcı	1	0.4
Evin mülkiyeti		
Kendinin/eşinin	203	80.2
ocuklarının	25	9.9
Kira	22	8.7
Akrabaların	3	1.2
Kendine ait oda varlığı		
Var	249	98.4
Yok	4	1.6
Yaşayan ocuk sayısı		
0-2	117	46.2
3+	136	53.8
Sosyal destek varlığı		
Evet	206	81.4
Hayır	47	18.6
Sosyal aktivitelere katılım		
Evet	147	58.1
Hayır	106	41.9

Yaşlıların genel sağlık algısı sorgulandığında %10.7'sinin kötü, %50.6'sının orta ve %33.6'sının iyi olduğu bulunmuştur. Yaşlıların sağlık durumu ile ilgili özelliklerine bakıldığında %31.6'sının en az bir engeli vardır. En sık engellilik görme kaybı (%55.0), daha sonra işitme kaybı (%47.5) ve bedensel engeldir (% 13.8). Katılımcıların %79.4'nde kronik hastalık olup, %62.8'inde hipertansiyon, %28.5'inde DM, %26.5'inde kalp hastalığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Yaşlıların sağlık durumu ile ilgili özelliklere göre dağılımı

Özellikler	n	%
Genel sağlık algısı (n=253)		
Mükemmel	2	0.8
Çok iyi	11	4.3
İyi	85	33.6
Orta	128	50.6
Kötü	27	10.7
Engellilik varlığı (n=253)		
Yok	173	68.4
Var	80	31.6
Engellilik dağılımı (n=80)*		
Görme kaybı	44	55.0
İşitme kaybı	38	47.5
Bedensel özür	11	13.8
Kronik hastalık varlığı (n=253)		
Yok	52	20.6
Var	201	79.4
Kronik hastalık dağılımı (n=201)*		
Hipertansiyon	159	62.8
Diabetes Mellitus	72	28.5
Kalp hastalığı	67	26.5
Astım+ KOAH	19	7.5
Hiperkolesterolemi	16	6.3
Depresyon	10	4.0
Kanser	9	3.6
Guatr	8	3.2
Benign prostat hiperplazisi	8	3.2
Osteoporoz	7	2.8
Romatolojik hastalıklar	6	2.4
Kronik böbrek yetmezliği	4	1.6
Glokom	4	1.6
Sinir sistemi hastalıkları	4	1.6
Gastrointestinal sistem hastalıkları	3	1.2
Parkinson	2	0.8
Son altı aydır doktora gitme durumu		
Evet	178	70.4
Hayır	75	29.6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katz GYA Ölçeği'ne göre yaşlıların %13.4'ü yardımsız duş alamazken, %11.1'i idrar ve dışkısını kaçırdığını belirtmiştir. Yaşlıların %19.8'inin banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme gibi altı temel yaşam aktivitelerinden en az birinde bağımlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerine göre dağılımı

Özellikler (n=253)		n	%
Yardımsız duş alabilme ve banyo yapabilme	Evet	219	86.6
	Hayır	34	13.4
Yardımsız giyinip soyunabilme	Evet	239	94.5
	Hayır	14	5.5
Tek başına tuvalete gidip ihtiyaçlarını karşılayabilme	Evet	246	97.2
	Hayır	7	2.8
Tek başına sandalyeden, yataktan kalkıp oturabilme	Evet	247	97.6
	Hayır	6	2.4
Çok nadir kazalar dışında idrarını ve dışkısını kaçırmadan tutabilme	Evet	225	88.9
	Hayır	28	11.1
Tek başına yemek yiyebilme ve su içebilme	Evet	249	98.4
	Hayır	4	1.6
Günlük yaşam aktivitelerine göre	Bağımlı	50	19.8
	Bağımsız	203	80.2

4.1.2. İstismar ve İhmal ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular

İstismar sıklıklarına bakıldığında yaşlıların %2.4'ü fiziksel, %22.1'i duygusal, %5.1'i ekonomik, %0.4'ü cinsel istismara maruz kalmıştır. Katılımcıların %26.1'nin herhangi bir istismara uğradığı belirlenmiştir (Tablo 11).

Altı fiziksel istismar olgusunun 3'nün (%50.0) eşler, 2'sinin (%33.3) komşular ve 1'nin (%16.7) oğlu tarafından uygulandığı bulunmuştur. Duygusal istismara bakıldığında, yaşlıların 11'inin (%50.0) eşleri, 4'ünün (%18.2) komşuları ve 2'sinin (%9.1) oğulları tarafından aşağılama, küfretme ve bağırma gibi eylemlere maruz kaldığı belirlenmiştir. Yaşlıların 11'i eşi, 4'ü kızı ve 2'si oğlu tarafından yaşantısı ile ilgili kararlara kendileri istemedikleri halde karışıldığını belirtmişlerdir. Katılımcılardan 3'ü eşi, 3'ü oğlu ve 3'ü de kızının kendini istemediğini hissettiği anlar olduğunu söylemişlerdir. Ekonomik istismara uğrayan 13 kişiden 5'i (%38.5) özel şirketler, 3'ü (%23.1) birinci derece akrabaları (çocukları, torun, kardeş) tarafından olduğunu belirtmiştir. Bir cinsel istismarın, yaşlının tanımadığı kişi tarafından olduğu belirtilmiştir.

Tablo 11. Yaşlılarda fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel istismar sıklıkları

Özellikler (n=253)		n	%
Tokat atma, sopayla vurma, itme, dövme gibi şiddet şekillerinden herhangi birini uygulama	Evet	6	2.4
	Hayır	247	97.6
Tokat atma, sopayla vurma, itme, dövme gibi şiddet şekillerinden herhangi birini uygulamaya yeltenme	Evet	4	1.6
	Hayır	249	98.4
Fiziksel istismar	Var	6	2.4
	Yok	247	97.6
Aşağılama, küfretme, bağırma ya da tehdit etme	Evet	21	8.3
	Hayır	232	91.7
İstemediği halde yaşantısıyla ilgili kararlara (nasıl, nerede olması, ne yapması gibi) karışma/müdahale etme	Evet	19	7.5
	Hayır	234	92.5
Hiç kimsenin yaşlıyı istemediğini hissettiği anların olması	Evet	30	11.9
	Hayır	223	88.1
Duygusal istismar	Var	56	22.1
	Yok	197	77.9
Zorla veya kandırarak para/ emekli maaş/ mal/mülk/ arazinin alınması	Evet	13	5.1
	Hayır	240	94.9
Ekonomik istismar	Var	13	5.1
	Yok	240	94.9
İsteği dışında cinsel hareketlere (öpmek, dokunmak, cinsel saldırı) zorlayan olması	Evet	1	0.4
	Hayır	252	99.6
Cinsel istismar	Var	1	0.4
	Yok	252	99.6
Herhangi bir istismar varlığı	Var	66	26.1
	Yok	187	73.9

Yaşlıların %22.5'i yakınları tarafından ihmale uğradığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Yakınların ihmali sıklığı ve özellikleri

Özellikler (n=253)		n	%
Çocuklarıyla/yakınlarıyla istediği sıklıkta görüşebilme/ ziyaret etme	Evet	229	90.5
	Hayır	24	9.5
Evdeki işleri yaparken yardıma ihtiyaç duyduğunda aile bireylerinden/ yakınlarından yardım alma	Evet	223	88.1
	Hayır	30	11.9
Ev dışındaki işlerini yaparken (alışveriş, gezinti, doktora gitme) gibi ihtiyaç duyduğunda aile bireylerinden/ yakınlarından yardım alma	Evet	226	89.3
	Hayır	27	10.7
Gözlük, işitme cihazı, baston, takma diş gibi ihtiyaçlarını karşılayamadığı zamanlarda aile bireyleri tarafından karşılanması	Evet	219	86.6
	Hayır	34	13.4
Yakınların ihmali	Var	57	22.5
	Yok	196	77.5

Bakım vericinin ya da kendi kendini ihmalin varlığını değerlendirmede bileşik indeks kullanılmıştır. Yaşlıların %7.1'inin banyo sıklığı 10 gün-1 ay arasında, %4'ünün tırnak kesme sıklığı 15-60 gün arasında olduğu bulunmuştur. Anket uygulayanın değerlendirmesine göre %8.3'ünün saç ve giysileri dağınıkken, %3.6'sının tırnak hijyeni kötü ve %1.2'sinde belirgin hoş olmayan vücut kokusu belirlenmiştir Bileşik indekse göre yaşlıların %14.6'sı ihmal edilmiştir. Bakım vericinin ihmali %6.7, kendi kendini ihmal %7.9 olarak belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Yaşlıların bileşik indekse ait özellikleri, bakım vericinin ve kendi kendini ihmal sıklıkları

Özellikler (n=253)		n	%
Banyo sıklığı	Haftada 1-daha sıklıkta	235	92.9
	8 gün-1 ay	18	7.1
Tırnak kesme sıklığı	15 günden az	243	96.0
	15-60 gün	10	4.0
İç çamaşır değiştirme sıklığı	Haftada 1 ve daha sıklıkta	250	98.8
	8-20 gün	3	1.2
Tırnak hijyeni	Kısa ve temiz	244	96.4
	Hafif uzamış-biraz kirli	9	3.6
Vücut kokusu	Yok-çok az hoş olmayan koku	250	98.8
	Belirgin hoş olmayan koku	3	1.2
Dış görünüm	Saç taranmış, giysiler temiz-düzenli	232	91.7
	Saç ve giysiler dağınık	21	8.3
Bileşik indekse göre ihmal	Var	37	14.6
	Yok	216	85.4
Bakım vericinin ihmali	Var	17	6.7
	Yok	236	93.3
Kendi kendini ihmal	Var	20	7.9
	Yok	233	92.1

Devletin ihmali, karşılanmayan sağlık ve/veya da sosyal hizmet varlığı olarak değerlendirilmiştir. Genel sağlık algısına %13.0, kronik hastalığa %19.2 ve günlük yaşam aktivitelerine bağlı %0.4 karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi belirlenmiştir. Toplam karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi %22.5'dir. Yaşlıların %46.6'sında karşılanmayan sosyal yardım, %19.8'inde karşılanmayan sosyal bakım gereksinimi bulunmuştur. Katılımcıların %55.3'ünde karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimi bulunmuştur. Yaşlıların %66.8'inde devletin ihmali saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Devletin ihmali sıklığı ve özellikleri

Özellikler (n=253)		n	%
Genel sağlık algısı orta ve kötü olup son altı aydır doktora gitmeme	Var	33	13.0
	Yok	220	87.0
Kronik hastalığı olup son altı aydır doktora gitmeme	Var	50	19.8
	Yok	203	80.2
GYA’larda bağımlı olup son altı aydır doktora gitmeme	Var	9	3.6
	Yok	244	96.4
Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi	Var	57	22.5
	Yok	196	77.5
Geliri giderinden az olanlarda devlet kurumlarından yardım alma durumu	Var	115	45.5
	Yok	138	54.5
Geliri giderinden az olanlarda temel gereksinimler için yardım alma durumu	Var	110	43.5
	Yok	143	56.5
Karşılanmayan sosyal yardım gereksinimi	Var	118	46.6
	Yok	135	53.4
Karşılanmayan sosyal bakım gereksinimi	Var	50	19.8
	Yok	203	80.2
Karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimi	Var	140	55.3
	Yok	113	44.7
Devletin ihmali	Var	169	66.8
	Yok	84	33.2

4.2. Nedensel Bulgular

4.2.1. İstismarı etkileyen değişkenlerle ilgili bulgular

Yaşlılarda cinsiyet ($p=0.374$), yaş grubu ($p=0.405$) ve medeni durum ($p= 0.129$) istismar varlığını anlamlı olarak etkilememektedir. Öğrenim düzeyi arttıkça istismar anlamlı olarak azalmıştır ($p=0.004$) (Tablo 15).

Tablo 15. Sosyo-demografik değişkenlerin istismar varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	İstismar var		İstismar yok		p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	46	27.9	119	72.1	0.374*
Erkek	20	22.7	68	77.3	
Yaş grubu					
65-79	56	27.2	150	72.8	0.405*
80+	10	21.3	37	78.7	
Öğrenim durumu					
Diploması yok	20	44.4	25	55.6	0.004**
İlkokul mezunu	28	25.7	81	74.3	
Ortaokul ve üzeri mezun	18	18.2	81	81.8	
Medeni durum					
Evli	38	23.0	127	77.0	0.129*
Evli değil	28	31.8	60	68.8	

*Ki kare Analizi ** Eğimde Ki kare Analizi

Sosyo-ekonomik değişkenler ve istismar arasındaki ilişkiye bakıldığında emekli olmayanlar (%33.3), emekli olanlara (%21.2) göre anlamlı olarak daha fazla istismara uğramıştır (p=0.031). Geliri giderinden daha az olanlarda, geliri giderine eşit ya da fazla olanlara göre istismar anlamlı olarak fazla bulunmuştur (p=0.010) (Tablo 16).

Tablo 16'de görüldüğü üzere en uzun süre yapılan iş (p=0.524) ve sosyal güvence varlığı (p=0.162) istismarı anlamlı olarak etkilememiştir.

Tablo 16. Sosyo-ekonomik değişkenlerin istismar varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	İstismar var		İstismar yok		p
	n	%	n	%	
Çalışma durumu					
Emekli	32	21.2	119	78.8	0.031*
Emekli değil	34	33.3	68	66.7	
En uzun süre yapılan iş					
İşsiz ya da ev kadını	33	29.5	79	70.5	0.524**
Üretim araçlarına sahip değil	6	26.1	17	73.9	
Üretim araçlarına sahip	27	22.9	91	77.1	
Sosyal güvence varlığı					
Var	52	24.4	161	75.6	0.162*
Yok	14	35.0	26	65.0	
Gelir-gider algısı					
Geliri giderine eşit ya da fazla	26	19.4	108	80.6	0.010*
Geliri giderinden az	40	33.6	79	66.4	

*Ki kare Analizi ** Eğimde Ki kare Analizi

Yaşam koşulları ile istismar ilişkisine bakıldığında, istismar sıklığı yaşayan çocuk sayısı üç ve üzeri olanlarda %32.4, iki ya da daha altında olanlarda %18.8 bulunmuştur. Bu fark anlamlıdır (p=0.014). Evin mülkiyeti, yaşlının kimle yaşadığı, sosyal destek varlığı ve sosyal aktivitelere katılım istismarı anlamlı olarak etkilememiştir (p>0.05) (Tablo 17).

Tablo 17. Yaşam koşulları değişkenlerinin istismar varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	İstismar var		İstismar yok		p*
	n	%	n	%	
Evin mülkiyeti					
Kira ya da çocuk/akrabaya ait	17	34.0	33	66.0	0.155
Kendine/eşe ait	49	24.1	154	75.9	
Kimle yaşadığı					
Yalnız	16	32.7	33	67.3	0.326
Eş/Eş+çocuk/Eş+çocuk+torun	36	22.9	121	77.1	
Diğer	14	29.8	33	70.2	
Yaşayan çocuk sayısı					
0-2	22	18.8	95	81.2	0.014
3+	44	32.4	92	67.6	
Sosyal destek varlığı					
Var	49	23.8	157	76.2	0.081
Yok	17	36.2	30	63.8	
Sosyal aktivitelere katılım					
Evet	32	21.8	115	78.2	0.065
Hayır	34	32.1	72	67.9	

*Ki kare Analizi

Sağlık durumu ile istismar ilişkisine bakıldığında, genel sağlık algısı orta ve kötü olanların (%32.9), mükemmel/çok iyi/ iyi olanlara (%15.3) göre anlamlı olarak daha fazla istismara uğradığı belirlenmiştir (p=0.002). GYA'da bağımlı olanların (% 44.0), bağımsız olanlara (% 21.7) göre daha fazla istismara maruz kaldığı saptanmıştır ve bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0.001) (Tablo 18).

Kronik hastalık varlığı (p=0.841) ve engellilik varlığı (p=0.114) istismarı anlamlı olarak etkilememiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Sağlıkla ilgili değişkenlerin istismar varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	İstismar var		İstismar yok		p*
	n	%	n	%	
Genel sağlık algısı					
Orta/kötü	51	32.9	104	67.1	0.002
Mükemmel/çok iyi/iyi	15	15.3	83	84.7	
Kronik hastalık varlığı					
Var	53	26.4	148	73.6	0.841
Yok	13	25.0	39	75.0	
Engellilik varlığı					
Var	26	32.5	54	67.5	0.114
Yok	40	23.1	133	76.9	
Günlük yaşam aktiviteleri					
Bağımlı	22	44.0	28	56.0	0.001
Bağımsız	44	21.7	159	78.3	

* Ki kare Analizi

Yapılan çok değişkenli analizin sonuçları Tablo 19’da gösterilmiştir. Lojistik Regresyon Analizi modeline tek değişkenli analizlerde istismar varlığı ile anlamlı ilişkisi bulunan değişkenlerle birlikte literatür bilgisinden yola çıkılarak cinsiyet ve yaş alınmıştır.

Modele

- Yaş sürekli değişken,
- Yaşayan çocuk sayısı sürekli değişken,
- Cinsiyet erkek, kadın (referans grup; erkek),
- Öğrenim düzeyi; ortaokul ve üzeri mezun, ilkokul mezunu ve diploması yok (referans grup; ortaokul ve üzeri mezun),
- Çalışma durumu emekli, emekli değil (referans grup; emekli),
- Gelir gider algısı, geliri giderine eşit ya da fazla, geliri giderinden az (referans grup; geliri giderine eşit ya da fazla)
- Genel sağlık algısı mükemmel/çok iyi/iyi, orta/kötü (referans grup; mükemmel/çok iyi/iyi),
- Günlük yaşam aktiviteleri bağımsız, bağımlı (referans grup; bağımsız) olarak alınmıştır.

Tablo 19’da görüldüğü gibi;

- Diploması olmayanlarda, öğrenim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlara göre istismar riski 2.6 kat anlamlı olarak fazladır (OR=2.647, p=0.037, %95 GA=1.059-6.619).
- Genel sağlık algısı orta/kötü olan grupta, mükemmel/çok iyi/iyi olan gruba göre istismar riski 2.1 kat anlamlı olarak fazladır (OR=2.073, p=0.040, %95 GA=1.034-4.157).
- Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olanlarda bağımsız olanlara göre istismar riski 2.3 kat anlamlı olarak fazladır (OR=2.339, p=0.032, %95 GA=1.075-5.090).
- Yaş, yaşayan çocuk sayısı, cinsiyet, çalışma durumu ve gelir gider algısı istismar riskini anlamlı olarak etkilememektedir.

Tablo 19. Tüm grupta bazı değişkenlerin istismar varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları

Özellik (Referans grup)		İstismar var		
		p	OR	%95 GA
Yaş (Sürekli)		0.346	0.975	0.925-1.028
Yaşayan çocuk sayısı (Sürekli)		0.387	0.911	0.739-1.125
Cinsiyet (Erkek)	Kadın	0.484	0.768	0.367-1.607
Öğrenim düzeyi (Ortaokul ve üzeri)	İlkokul mezunu	0.399	1.369	0.660-2.839
	Diploması yok	0.037	2.647	1.059-6.619
Çalışma durumu (Emekli)	Emekli değil	0.615	1.205	0.583-2.491
Gelir gider algısı (Geliri giderine eşit ya da fazla)	Geliri giderinden az	0.097	1.701	0.909-3.183
Genel sağlık algısı (Mükemmel/çok iyi/iyi)	Orta/kötü	0.040	2.073	1.034-4.157
Günlük yaşam aktiviteleri (Bağımsız)	Bağımlı	0.032	2.339	1.075-5.090

4.2.2. İhmali Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular

4.2.2.1. Yakınların İhmalini Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular

Sosyo-demografik değişkenlerin yakınlarının ihmaline etkisi incelendiğinde, cinsiyet, yaş grubu, öğrenim durumu ve medeni durumun yakınlarının ihmalini anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 20).

Tablo 20. Sosyo-demografik değişkenlerinin yakınların ihmali varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Yakınların ihmali var		Yakınların ihmali yok		p*
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	41	24.8	124	75.2	0.227
Erkek	16	18.2	72	81.8	
Yaş grubu					
65-79	46	22.3	160	77.7	0.874
80+	11	23.4	36	76.6	
Öğrenim durumu					
Diploması yok	9	20.0	36	80.0	0.869
İlkokul mezunu	26	23.9	83	76.1	
Ortaokul ve üzeri mezun	22	22.2	77	77.8	
Medeni durum					
Evli	33	20.0	132	80.0	0.187
Evli değil	24	27.3	64	72.7	

* Ki kare Analizi

Çalışma durumu, en uzun süre yapılan iş, sosyal güvence varlığı ve gelir-gider algısının yakınların ihmali varlığını anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 21)

Tablo 21. Sosyo-ekonomik değişkenlerinin yakınların ihmali varlığına etkisi

Özellikler(n=253)	Yakınların ihmali var		Yakınların ihmali yok		p*
	n	%	n	%	
Çalışma durumu					
Emekli	35	23.2	116	76.8	0.764
Emekli değil	22	21.6	80	78.4	
En uzun süre yapılan iş					
İşsiz ve ev kadını	26	23.2	86	76.8	0.973
Üretim araçlarına sahip değil	5	21.7	18	78.3	
Üretim araçlarına sahip	26	22.0	92	78.0	
Sosyal güvence varlığı					
Var	46	21.6	167	78.4	0.412
Yok	11	27.5	29	72.5	
Gelir-gider algısı					
Geliri giderine eşit ya da fazla	25	18.7	109	81.3	0.118
Geliri giderinden az	32	26.9	87	73.1	

*Ki kare Analizi

Yalnız yaşayanlarda yakınların ihmali sıklığı %34.7, biriyle yaşayanlarda %19.6 olup bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0.023). Sosyal aktivitelere katılmayanlarda (%31.1), katılanlara (%16.3) göre anlamlı olarak daha fazla yakınların ihmali belirlenmiştir (p=0.005) (Tablo 22).

Evin mülkiyeti (p=0.512) ve yaşayan çocuk sayısı (p=0.272) yakınların ihmali varlığını anlamlı olarak etkilememiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Yaşam koşulları değişkenlerinin yakınların ihmali varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Yakınların ihmali var		Yakınların ihmali yok		p*
	n	%	n	%	
Evin mülkiyeti					
Kira ya da çocuk/akrabaya ait	13	26.0	37	74.0	0.512
Kendine/eşe ait	44	21.7	159	78.3	
Kimle yaşadığı					
Yalnız	17	34.7	32	65.3	0.023
Biriyle yaşayanlar	40	19.6	164	80.4	
Yaşayan çocuk sayısı					
0-2	30	25.6	87	74.4	0.272
3+	27	19.9	109	80.1	
Sosyal aktivitelere katılım					
Evet	24	16.3	123	83.7	0.005
Hayır	33	31.1	73	68.9	

* Ki kare Analizi

Yakınların ihmali genel sağlık algısı orta/kötü olanlarda %27.1, mükemmel/çok iyi/iyi olanlarda %15.3 olup bu fark anlamlı bulunmuştur (p= 0.029). Son 6 ay içerisinde doktora gitmeyenlerde yakınların ihmali %30.7, gidenlerde %19.1'dir ve bu fark anlamlıdır (p=0.044) (Tablo 23).

Sağlıkla ilgili diğer değişkenlerden olan kronik hastalık (p=0.916), engellilik varlığı (p=0.107) ve günlük yaşam aktiviteleri (p=0.512) yakınların ihmali varlığını anlamlı olarak etkilememiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Sağlıkla ilgili değişkenlerin yakınların ihmeline etkisi

Özellikler (n=253)	Yakınların ihmali var		Yakınların ihmali yok		p*
	n	%	n	%	
Genel sağlık algısı					
Orta/kötü	42	27.1	113	72.9	0.029
Mükemmel/çok iyi/iyi	15	15.3	83	84.7	
Kronik hastalık varlığı					
Var	12	23.1	40	76.9	0.916
Yok	45	22.4	156	77.6	
Engellilik varlığı					
Var	34	19.7	139	80.3	0.107
Yok	23	28.8	57	71.3	
Günlük yaşam aktiviteleri					
Bağımlı	13	26.0	37	74.0	0.512
Bağımsız	44	21.7	159	78.3	
Son altı ay içerisinde doktora gitme durumu					
Hayır	23	30.7	52	69.3	0.044
Evet	34	19.1	144	80.9	

* Ki kare Analizi

Yapılan çok değişkenli analiz sonuçları Tablo 24’te gösterilmiştir. Lojistik Regresyon Analizi modeline tek değişkenli analizlerde yakınların ihmali varlığı ile anlamlı ilişkisi bulunan değişkenlerle birlikte literatür bilgisinden yola çıkılarak yaş, cinsiyet ve günlük yaşam aktiviteleri alınmıştır.

Modele

- Yaş sürekli değişken,
- Cinsiyet erkek, kadın (referans grup; erkek),
- Kiminle yaşadığı; biriyle yaşayanlar, yalnız (referans grup; biriyle yaşayanlar),
- Sosyal aktivitelere katılım; evet, hayır (referans grup; evet),
- Genel sağlık algısı mükemmel/çok iyi/iyi, orta/kötü (referans grup; mükemmel/çok iyi/iyi),
- Son altı ayda doktora gitme; evet, hayır (referans grup; evet),
- Günlük yaşam aktiviteleri bağımsız, bağımlı (referans grup; bağımsız) olarak alınmıştır.

Tablo 24'te görüldüğü gibi;

- Yalnız yaşayanlarda, biriyle yaşayanlara göre yakınların ihmali riski 2.3 kat anlamlı olarak fazladır (OR=2.344, p=0.022, %95 GA=1.133-4.849).
- Sosyal aktiviteye katılmayanlarda, katılanlara göre yakınların ihmali riski 1.9 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur (OR=1.921, p=0.047, %95 GA=1.009-3.659).
- Son altı ayda doktora gitmeyenlerde, doktora gidenlere göre yakınların ihmali 2.3 kat anlamlı olarak fazladır (OR=2.256, p=0.018, %95 GA=1.147-4.434).
- Genel sağlık algısı açısından orta/kötü olanlarda, mükemmel/çok iyi/iyi olanlara göre yakınların ihmali riski 2.1 kat anlamlı olarak fazladır (OR=2.125, p=0.046, %95 GA=1.013-4.458).
- Yaş, cinsiyet ve günlük yaşam aktiviteleri yakınların ihmali varlığını anlamlı olarak etkilememektedir.

Tablo 24. Tüm grupta bazı değişkenlerin yakınların ihmali varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları

Özellik (Referans grup)		Yakınların ihmali var		
		p	OR	%95 GA
Yaş (Sürekli)		0.445	0.979	0.928-1.033
Cinsiyet (Erkek)	Kadın	0.282	1.475	0.727-2.993
Kiminle yaşadığı (Biriyle yaşayanlar)	Yalnız yaşayanlar	0.022	2.344	1.133-4.849
Sosyal aktivitelere katılım (Evet)	Hayır	0.047	1.921	1.009-3.659
Son altı ayda doktora gitme (Evet)	Hayır	0.018	2.256	1.147-4.434
Genel sağlık algısı (Mükemmel/çok iyi/iyi)	Orta/kötü	0.046	2.125	1.013-4.458
Günlük yaşam aktiviteleri (Bağımsız)	Bağımlı	0.986	1.008	0.433-2.343

4.2.2.2. Bakım Vericinin İhmalini Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular

Katılımcılardan 80 yaş ve üzeri grupta (%17.0), 65-79 yaş grubuna (%4.4) göre anlamlı olarak daha fazla bakım vericinin ihmali belirlenmiştir (p=0.005). Diğer sosyo-demografik değişkenlerden olan cinsiyet (p=0.963), öğrenim durumu (p=0.425) ve medeni durum (p=0.271) bakım vericinin ihmali varlığını anlamlı olarak etkilememiştir (Tablo 25).

Tablo 25. Sosyo-demografik değişkenlerin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Bakım vericinin ihmali var		Bakım vericinin ihmali yok		p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	11	6.7	154	93.3	0.963*
Erkek	6	6.8	82	93.2	
Yaş grubu					
65-79	9	4.4	197	95.6	0.005**
80+	8	17.0	39	83.0	
Öğrenim durumu					
Diploması yok	5	11.1	40	88.9	0.425**
İlkokul mezunu	6	5.5	103	94.5	
Ortaokul ve üzeri mezun	6	6.1	93	93.9	
Medeni durum					
Evli	9	5.5	156	94.5	0.271*
Evli değil	8	9.1	80	90.9	

*Ki kare Analizi **Fisher'in Kesin Testi

Sosyo-ekonomik değişkenler ve bakım verici arasındaki ilişkiye bakıldığında emekli olmayanlar (%10.8), emekli olanlara (%4.0) göre anlamlı olarak daha fazla bakım vericinin ihmaline uğramıştır (p=0.034). En uzun süre yapılan iş grupları arasında da bakım vericinin ihmali arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.049) (Tablo 26).

Sosyal güvence varlığı (p=0.713) ve gelir gider algısı (p=0.131) bakım vericinin ihmali anlamlı olarak etkilememiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Sosyo-ekonomik değişkenlerin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Bakım vericinin ihmali var		Bakım vericinin ihmali yok		p
	n	%	n	%	
Çalışma durumu					
Emekli	6	4.0	145	96.0	0.034*
Emekli değil	11	10.8	91	89.2	
En uzun süre yapılan iş					
İşsiz ya da ev kadını	12	10.7	100	89.3	0.049*
Üretim araçlarına sahip değil	4	3.4	114	96.6	
Üretim araçlarına sahip	1	4.3	22	95.7	
Sosyal güvence varlığı					
Var	14	6.4	204	93.6	0.713**
Yok	3	8.6	32	91.4	
Gelir-gider algısı					
Gelirim giderime eşit ya da fazla	6	4.5	128	95.5	0.131*
Gelirim giderimden az	11	9.2	108	90.8	

*Ki kare Analizi** Fisher'in Kesin Testi

Kirada ya da çocuk/akrabaya ait evde oturanlarda bakım vericinin ihmali (%14.0), kendine/eş e ait evde oturanlara (%4.9) göre anlamlı olarak daha fazla bakım vericinin ihmaline uğradığı belirlenmiştir (p=0.022). Sosyal aktivitelere katılmayanlarda bakım vericinin ihmali sıklığı %12.3, katılanlarda %2.7 olup bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0.003) (Tablo 27).

Tablo 27'de görüldüğü üzere kimle yaşadığı (p=0.723), yaşayan çocuk sayısı (p=0.149) ve sosyal destek varlığı (p=0.530) bakım vericinin ihmali anlamlı olarak etkilememiştir.

Tablo 27. Yaşam koşulları değişkenlerinin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Bakım vericinin ihmali var		Bakım vericinin ihmali yok		p
	n	%	n	%	
Evin mülkiyeti					
Kira ya da çocuk/akrabaya ait	7	14.0	43	86.0	0.022*
Kendine/eşe ait	10	4.9	193	95.1	
Kimle yaşadığı					
Yalnız	4	8.2	45	91.8	0.723*
Eş/Eş+çocuk/Eş+çocuk+torun	9	5.7	148	94.3	
Diğer	4	8.5	43	91.5	
Yaşayan çocuk sayısı					
0-2	5	4.3	112	95.7	0.149*
3+	12	8.8	124	91.2	
Sosyal destek varlığı					
Var	13	6.3	193	93.7	0.530**
Yok	4	8.5	43	91.5	
Sosyal aktivitelere katılım					
Evet	4	2.7	143	97.3	0.003*
Hayır	13	12.3	93	87.7	

*Ki kare Analizi** Fisher'in Kesin Testi

Genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, engellilik varlığı ve son altı aydır doktora gitme durumu bakım vericinin ihmali varlığını anlamlı olarak etkilememiştir ($p>0.05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Sağlıkla ilgili değişkenlerin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Bakım vericinin ihmali var		Bakım vericinin ihmali yok		p
	n	%	n	%	
Genel sağlık algısı					
Orta/kötü	14	9.0	141	91.0	0.065*
Mükemmel/çok iyi/iyi	3	3.1	95	96.9	
Kronik hastalık varlığı					
Var	16	8.0	185	92.0	0.210**
Yok	1	1.9	51	98.1	
Engellilik varlığı					
Var	9	11.3	71	88.8	0.050*
Yok	8	4.6	165	95.4	
Son altı aydır doktora gitme durumu					
Evet	14	7.9	164	92.1	0.262*
Hayır	3	4.0	72	96.0	

*Ki kare Analizi** Fisher'in Kesin Testi

Yapılan çok değişkenli analiz sonuçları Tablo 29’da gösterilmiştir. Lojistik Regresyon Analizi modeline tek değişkenli analizlerde bakım vericinin ihmali ile anlamlı ilişkisi bulunan değişkenlerle birlikte literatür bilgisinden yola çıkılarak cinsiyet ve engellilik varlığı alınmıştır.

Modele

- Yaş sürekli değişken,
- Cinsiyet kadın, erkek (referans grup; kadın),
- Çalışma durumu emekli, emekli değil (referans grup; emekli),
- En uzun süre yapılan iş kendi üretim araçlarına sahip, kendi üretim araçlarına sahip değil, ev hanımı ya da işsiz (referans grup; kendi üretim araçlarına sahip)
- Sosyal aktivitelere katılım evet, hayır (referans grup; evet),
- Engellilik varlığı yok, var (referans grup; yok) olarak alınmıştır.

Tablo 29’da görüldüğü gibi;

- Yaşın her bir yıllık artışı bakım vericinin ihmali riskini 1.2 kat anlamlı olarak arttırmaktadır (OR=1.158, p=0.001, %95 GA=1.058-1.268).
- Erkeklerde kadınlara göre bakım vericinin ihmali riski 6.5 kat anlamlı olarak fazladır (OR=6.448, p=0.035, %95 GA=1.339-36.512).

Tablo 29. Tüm grupta bazı değişkenlerin bakım vericinin ihmali varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları

Özellik (Referans grup)		Bakım vericinin ihmali var		
		p	OR	%95 GA
Yaş (Sürekli)		0.001	1.158	1.058-1.268
Cinsiyet (Kadın)	Erkek	0.035	6.448	1.339-36.512
Çalışma durumu (Emekli)	Emekli değil	0.158	3.128	0.641-15.252
En uzun süre yapılan iş (Üretim araçlarına sahip)	Üretim araçlarına sahip değil	0.821	1.319	0.120-14.504
	Ev kadını ya da işsiz	0.278	3.195	0.392-26.028
Sosyal aktivitelere katılım (Evet)	Hayır	0.056	3.692	0.968-14.080
Engellilik varlığı (Yok)	Var	0.862	0.901	0.276-2941

4.2.2.3. Kendi Kendini İhmal Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular

Sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyet, yaş, öğrenim durumu ve medeni durumun kendi kendini ihmal varlığını anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Sosyo-demografik değişkenlerin kendi kendini ihmal varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Kendi kendini ihmal var		Kendi kendini ihmal yok		p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	12	7.3	153	92.7	0.610*
Erkek	8	9.1	80	90.9	
Yaş grubu					
65-79	16	7.8	190	92.2	0.772**
80+	4	8.5	43	91.5	
Öğrenim durumu					
Diploması yok	2	4.4	43	95.6	0.931*
İlkokul mezunu	12	11.0	97	89.0	
Ortaokul ve üzeri mezun	6	6.1	93	93.9	
Medeni durum					
Evli	14	8.5	151	91.5	0.640*
Evli değil	6	6.8	82	93.2	

*Ki kare Analizi ** Fisher'in Kesin Testi

Çalışma durumu, en uzun süre yapılan iş, sosyal güvence varlığı, gelir-gider algısının kendi kendini ihmal anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Sosyo-ekonomik değişkenlerin kendi kendini ihmal varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Kendi kendini ihmal var		Kendi kendini ihmal yok		p
	n	%	n	%	
Çalışma durumu					
Emekli	9	6.0	142	94.0	0.163*
Emekli değil	11	10.8	91	89.2	
En uzun süre yapılan iş					
İşsiz ve ev kadını	9	8.0	103	92.0	0.594*
Üretim araçlarına sahip değil	8	6.8	110	93.2	
Üretim araçlarına sahip	3	13.0	20	87.0	
Sosyal güvence varlığı					
Var	16	7.3	202	92.7	0.495**
Yok	4	11.4	31	88.6	
Gelir-gider algısı					
Geliri giderine eşit ya da fazla	8	6.0	126	94.0	0.226*
Geliri giderinden az	12	10.1	107	89.9	

*Ki kare Analizi **Fisher'in Kesin Testi

Sosyal aktivitelere katılmayanlarda (%14.2), katılanlara (%3.4) göre anlamlı olarak daha fazla kendi kendini ihmal belirlenmiştir (p=0.002). Ancak evin mülkiyeti (p=0.084), yaşlının kimle yaşadığı (p=0.536), yaşayan çocuk sayısı (p=0.559) ve sosyal destek varlığı (p=0.547) kendi kendini ihmal anlamlı olarak etkilememiştir (Tablo 32).

Tablo 32. Yaşam koşulları değişkenlerinin kendi kendini ihmal varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Kendi kendini ihmal var		Kendi kendini ihmal yok		p
	n	%	n	%	
Evin mülkiyeti					
Kira ya da çocuk/akrabaya ait	7	14.0	43	86.0	0.084**
Kendine/eşe ait	13	6.4	190	93.6	
Kimle yaşadığı					
Yalnız	5	10.2	44	89.8	0.536*
Eş/eş+çocuk/eş+çocuk+torun	13	8.3	144	91.7	
Diğer	2	4.3	45	95.7	
Yaşayan çocuk sayısı					
0-2	8	6.8	109	93.2	0.559*
3+	12	8.8	124	91.2	
Sosyal destek varlığı					
Var	15	7.3	191	92.7	0.547**
Yok	5	10.6	42	89.4	
Sosyal aktivitelere katılım					
Evet	5	3.4	142	96.6	0.002*
Hayır	15	14.2	91	85.8	

* Ki kare Analizi**Fisher'in Kesin Testi

Kronik hastalığı olmayanlarda kendi kendine ihmal sıklığı %17.3, olanlarda %5.5 olup bu fark anlamlıdır (p=0.009). Ancak engellilik durumu ile kendi kendini ihmal arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.401) (Tablo 33).

Tablo 33. Sağlıkla ilgili değişkenlerin kendi kendini ihmal varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Kendi kendini ihmal var		Kendi kendini ihmal yok		p
	n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı					
Var	11	5.5	190	94.5	0.009**
Yok	9	17.3	43	82.7	
Engellilik durumu					
Var	8	10.0	72	90.0	0.401*
Yok	12	6.9	161	93.1	

*Ki kare Analizi**Fisher'in Kesin Testi

Yapılan çok değişkenli analizin sonuçları Tablo 34'te gösterilmiştir. Lojistik Regresyon Analizi modeline tek değişkenli analizlerde kendi kendini ihmal varlığı ile anlamlı ilişkisi bulunan değişkenlerle birlikte literatür bilgisinden yola çıkılarak cinsiyet alınmıştır. Günlük

yaşam aktiviteleri ve engellilik durumunun ikisi birden modele alınmamış, model için günlük yaşam aktivite durumu tercih edilmiştir

Modele

- Yaş sürekli değişken,
- Cinsiyet kadın, erkek (referans grup; kadın),
- Sosyal aktivitelere katılım evet, hayır (referans grup; evet)
- Kronik hastalık varlığı yok, var (referans grup; yok)

Tablo 34'te görüldüğü gibi;

- Sosyal aktivitelere katılmayanlarda, katılanlara göre kendi kendini ihmal riski 4.5 kat anlamlı olarak fazladır (OR=4.471, p=0.005, %95 GA=1.606-14.168).
- Kronik hastalık varlığı kendi kendini ihmalden koruyucu olduğu belirlenmiştir (OR=0.271, p=0.009, %95 GA= 0.101-0.726).

Tablo 34. Tüm grupta bazı değişkenlerin kendi kendini ihmal varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları

Özellik (Referans grup)		Kendi kendini ihmal var		
		p	OR	%95 GA
Yaş (Sürekli)		0.468	1.028	0.955-1.106
Cinsiyet (Erkek)	Kadın	0.337	0.612	0.224-1.668
Sosyal aktivitelere katılım (Evet)	Hayır	0.005	4.471	1.606-14.168
Kronik hastalık varlığı (Yok)	Var	0.009	0.271	0.101-0.726

4.2.2.4. Devletin İhmalini Etkileyen Değişkenlerle İlgili Bulgular

Devletin ihmali yaşı 80 ve üzeri olanlarda (%83.0), 65-79 yaş grubuna (%63.1) göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p=0.009). Yaşlıların öğrenim düzeyi azaldıkça devletin ihmalinin anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (p=0.016). Cinsiyetin (p=0.826) ve medeni durumun (p=0.367) devletin ihmali varlığını anlamlı olarak etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 35).

Tablo 35. Sosyo-demografik değişkenlerin devletin ihmali varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Devletin ihmali var		Devletin ihmali yok		p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	111	67.3	54	32.7	0.826*
Erkek	58	65.9	30	34.1	
Yaş grubu					
65-79	130	63.1	76	36.9	0.009*
80+	39	83.0	8	17.0	
Öğrenim durumu					
Diploması yok	37	82.2	8	17.8	0.016**
İlkokul mezunu	72	66.1	37	33.9	
Ortaokul ve üzeri mezun	60	60.6	39	39.4	
Medeni durum					
Evli	107	64.8	58	35.2	0.367
Evli değil	62	70.5	26	29.5	

*Ki kare Analizi ** Eğimde Ki Kare Analizi

Emekli olmayanlar (%77.5), emekli olanlara (%59.6) göre anlamlı olarak daha fazla devletin ihmeline uğramıştır (p=0.003). En uzun süre yapılan iş grupları ile devletin ihmali arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.028). Sosyal güvencesi olmayanlarda devletin ihmali sıklığı %82.9, olanlarda %64.2'dir ve bu fark anlamlıdır (p=0.030) (Tablo 36).

Tablo 36. Sosyo-ekonomik değişkenlerin devletin ihmali varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Devletin ihmali var		Devletin ihmali yok		p
	n	%	n	%	
Çalışma durumu					
Emekli	90	59.6	61	40.4	0.003*
Emekli değil	79	77.5	23	22.5	
En uzun süre yapılan iş					
İşsiz ve ev kadını	85	75.9	27	24.1	0.028**
Üretim araçlarına sahip	15	65.2	8	34.8	
Üretim araçlarına sahip değil	69	58.5	49	41.5	
Sosyal güvence varlığı					
Var	140	64.2	78	35.8	0.030*
Yok	29	82.9	6	17.1	

* Ki kare Analizi ** Eğimde Ki Kare Analizi

Evin mülkiyeti kendine ya da eşine ait olmayanlarda, olanlara göre devletin ihmali anlamlı olarak fazla görülmüştür (p=0.001). Araştırmaya katılan yaşlılarda sosyal desteği olmayanlar (%87.2), sosyal desteği olanlara (%62.1) göre anlamlı olarak daha fazla devletin

ihmaline uğramıştır (p=0.001). Benzer şekilde sosyal aktivitelere katılmayanların, katılanlara göre anlamlı olarak daha fazla devletin ihmaline uğradığı belirlenmiştir (p=0.001) (Tablo 37).

Tablo 37’de görüldüğü gibi yaşlının kiminle yaşadığı (p=0.541) ve yaşayan çocuk sayısı (p=0.168) devletin ihmalini anlamlı olarak etkilememiştir.

Tablo 37. Yaşam koşulları değişkenlerinin devletin ihmal varlığına etkisi

Özellikler (n=253)	Devletin ihmal var		Devletin ihmal yok		p*
	n	%	n	%	
Evin mülkiyeti					
Kira ya da çocuk/akrabaya ait	43	86.0	7	14.0	0.001
Kendine/eşe ait	126	62.1	77	37.9	
Kimle yaşadığı					
Yalnız	34	69.4	15	30.6	0.541
Eş/eş+çocuk/eş+çocuk+torun	101	64.3	56	35.7	
Diğer	34	72.3	13	27.7	
Yaşayan çocuk sayısı					
0-2	73	62.4	44	37.6	0.168
3+	96	70.6	40	29.4	
Sosyal destek varlığı					
Var	128	62.1	78	37.9	0.001
Yok	41	87.2	6	12.8	
Sosyal aktivitelere katılım					
Evet	86	58.5	61	41.5	0.001
Hayır	83	78.3	23	21.7	

*Ki kare Analizi

Yapılan çok değişkenli analizin sonuçları Tablo 38’de gösterilmiştir. Lojistik Regresyon Analizi modeline tek değişkenli analizlerde kendi kendini ihmal varlığı ile anlamlı ilişkisi bulunan değişkenlerle birlikte literatür bilgisinden yola çıkılarak yaş ve cinsiyet alınmıştır. En uzun süre yapılan iş ile çalışma durumunun her ikisi birden modele alınmamış, model için en çalışma durumu tercih edilmiştir.

Modele

- Yaş sürekli değişken,
- Cinsiyet erkek, kadın (referans grup; erkek),
- Öğrenim durumu, ortaokul ve üzeri mezun, ilkokul mezunu, diploması yok (referans grup; ortaokul ve üzeri mezun),
- Çalışma durumu, emekli, emekli değil (referans grup; emekli),

- Sosyal güvence var, yok (referans grup; var)
- Evin mülkiyeti kendine ve eşine ait olanlar, kira ya da çocuk/akrabaya ait olanlar (referans grup; kendine ve eşine ait olanlar),
- Sosyal destek varlığı; var, yok (referans grup; var),
- Sosyal aktivite varlığı; var, yok (referans grup; var) olarak alınmıştır.

Tablo 38’de görüldüğü gibi;

- Emekli olmayanlarda, emekli olanlara göre devletin ihmali riski 2.2 kat anlamlı olarak fazla belirlenmiştir (OR=2.155, p=0.047, %95 GA=1.009-4.602).
- Kira ya da çocuk/akrabaya ait evde oturanlarda, evin mülkiyeti kendine/eşine ait olanlara göre devletin ihmali riski 2.6 kat anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (OR=2.581, p=0.039, %95 GA=1.050-6.344).
- Sosyal desteği olmayanlarda, olanlara göre devletin ihmali riski 3.9 kat anlamlı olarak fazladır (OR=3.87, p=0.005, %95 GA=1.491-10.047).
- Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence varlığı ve sosyal aktivite devletin ihmali anlamlı olarak etkilememektedir.

Tablo 38. Tüm grupta bazı değişkenlerin devletin ihmali varlığına etkisi-Lojistik Regresyon Analizi sonuçları

Özellik (Referans grup)		Devletin ihmali var		
		p	OR	%95 GA
Yaş (Sürekli)		0.111	1.041	0.991-1093
Cinsiyet (Erkek)	Kadın	0.184	0.634	0.323-1.242
Öğrenim durumu (Ortaokul ve üzeri mezun)	İlkokul mezunu	0.877	0.950	0.498-1.813
	Diploması yok	0.187	1.925	0.728-5.088
Çalışma durumu (Emekli)	Emekli değil	0.047	2.155	1.009-4.602
Sosyal güvence varlığı (Var)	Yok	0.341	1.698	0.571-5.052
Evin mülkiyeti (Kendine ya da eşe ait)	Kira ya da çocuk/akrabaya ait	0.039	2.581	1.050-6.344
Sosyal destek (Var)	Yok	0.005	3.870	1.491-10.047
Sosyal aktivite (Var)	Yok	0.128	1.632	0.868-3.066

Özellik	İstismar OR (% 95 GA)	Yakınlarının ihmali OR (% 95 GA)	Bakım vericinin ihmali OR (% 95 GA)	Kendi kendini ihmal OR (% 95 GA)	Devletin ihmali OR (% 95 GA)
Cinsiyet (Erkek*/kadın**)			6.5 (1.339-36.512)		
Yaş (Sürekli)			1.2 (1.058-1.268)		
Öğrenim durumu (Ortaokul ve üzeri*/ diploması yok)	2.6 (1.059-6.619)				
Çalışma durumu (Emekli*/emekli değil)					2.2 (1.009-4.602)
Evin mülkiyeti (Kendine/eşe ait*/kira ya da çocuk/akraba)					2.6 (1.050-6.344)
Kimle yaşadığı (Biriyle yaşayanlar*/yalnız yaşayanlar)		2.3 (1.133-4.849)			
Sosyal destek varlığı (Var*/yok)					3.9 (1.491-10.047)
Sosyal aktivitelere katılım (Evet*/hayır)		1.9 (1.009-3.659)		4.5 (1.606-14.168)	
Genel sağlık algısı (Mükemmel/çok iyi/iyi*/orta/kötü)	2.1 (1.034-4.157)	2.1 (1.013-4.458)			
Kronik hastalık varlığı (Yok/var)				0.3 (0.101-0.726)	
Günlük yaşam aktiviteleri (Bağımsız*/bağımlı)	2.3 (1.075-5.090)				
Son altı aydır doktora gitme (Evet*/hayır)		2.3 (1.147-4.434)			

*Referans grup

**Bakım vericinin ihmali için referans grup

Şekil 8. İstismar ve ihmali etkileyen değişkenlerle ilgili bulgular-Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

5. TARTIŞMA

Şiddet her toplumda, sıklıkla görülen bir olgudur. Ancak yaşlılara yönelik şiddet diğer risk gruplarına (kadın ve çocuk) göre en az konuşulan ve araştırıldır. Son zamanlarda nüfusun giderek yaşlanmasıyla yaşlı istismar ve ihmali daha fark edilir bir hal almıştır. Konu Batı Avrupa ve Amerika gibi ülkelerde 1970’li yıllarda başlayan çalışmalarla önemli yol almışken, ülkemizde henüz başlangıç aşamasındadır. Bu çalışmada İzmir İli Balçova İlçesi’nde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerde istismar, ihmal varlığı ve etkileyen etmenler belirlenmiştir.

5.1. Sosyo-demografik Değişkenlerle İlgili Özellikler

Çalışmaya katılan yaşlıların ortalama yaşı 72.6 ve ortancası 73.0’dır. Yaşlılarla yapılan diğer alan çalışmalarındaki yaş ortalamalarına (70.0-72.8) benzerdir (1,33,35,49,50). Katılımcıların yaş gruplarındaki dağılımına göre bakıldığında % 59.3’ü 65-74 yaş grubunda, %33.6’sı 75-84 yaş arasında, %7.1’i 85 yaş ve üzerindedir ve Türkiye’deki oranlarla (sırasıyla %60.9, %31.4, %7.7) benzerlik göstermektedir (12).

Çalışmamızdaki kadın oranı (%65.2) Türkiye’deki orandan (%56.2) daha yüksek bulunmuştur (15). Diğer alan çalışmalarında da kadınların oranı erkeklerden fazladır (8,33,34,49,50). Bunun nedeni yaşlı nüfus içindeki kadın oranının ve toplumda yapılan çalışmalarda kadınların evde bulunma olasılığının erkeklere göre daha yüksek olmasıdır. Dünyada farklı toplumlarda yapılan çalışmalara da kadınlar daha fazla katılmıştır (25,51,52).

Medeni durumuna göre bakıldığında yaşlıların %65.2’si evlidir. Yaşlılarda ihmal ve istismar sıklığını belirlemek amacıyla toplum tabanlı yapılan Aydın’daki çalışmada yaşlıların %68.7’si ve Ankara’daki çalışmada %65.0’ı evlidir ve sonuçlar bizim çalışmamızla benzerdir (8,35).

Ülkemizde yaşlılarda öğrenim durumuna bakıldığında, 2014 yılında %43.3’ünün diploması yoktur ve ortaokul ve üzeri mezun olanlar yalnızca %14.6’dır (12). Ancak bizim çalışmamızda diploması olmayanların oranı %17.8’dir ve Türkiye ortalamasından düşüktür. İzmir’in başka bir ilçesi olan Bornova’da 2016 yılında 65 yaş üzeri nüfustaki fonksiyonel bağımlılık oranlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada diploması olmayanların oranı yalnızca %2.6 bulunmuştur (18). İzmir ve Aydın’da yapılan çalışmalarda diploması olmayanların oranı yaklaşık %26.0’dır (33,35). İstismar ve ihmal için önemli bir değişken olan öğrenim durumu araştırmanın yapıldığı yere göre çok büyük farklılıklar göstermektedir.

Ülkemizde kadınların öğrenim düzeyi erkeklere göre çok daha düşüktür. Bu çalışmada yaşlı nüfusun öğrenim durumu cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde diploması olmama oranı %6.8, kadınlarda %23.6'dır. Türkiye'de bölgeler arasındaki sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılığın öğrenim durumunu da etkilediği düşünülmektedir (12). Yaşlılarda öğrenimin olmaması ya da okuryazar olmama sağlık eşitsizlikleri açısından risk etmenidir ve her tür hizmete erişim, aktivitelere katılım açısından dezavantajdır; bu çalışmada da görüldüğü gibi yaşlı kadınlar daha dezavantajlıdır (53).

Çalışmamızda emekli ve çalışmayanların sıklığı %58.1'dir ve Balçova'da 2014 yılında 65-79 yaş aralığındaki yaşlılarda sarkopeni riski ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmayla benzerdir (49). Katılımcıların %37.9'u emekli değildir ve herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bu oranın yüksek olmasının nedeni çalışmamıza katılan ev kadını oranının fazlalığı olabilir. Ayrıca yaşlıların %4.0'ının halen çalışmakta olduğu bulunmuştur. Bu oran Türkiye'de %12.3'dür ve bu çalışmadan yüksektir (12). Yaşlıların %45.9'u özelde ya da kamuda başkasının işinde çalışmıştır. Balçova'da 2014 yılında yapılan çalışmada başkasının işinde çalışma oranı (%73.0) bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur (49).

Yaşlıların %14.6'sının sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır ve bu önemli bir bulgudur. Bu oran Türkiye'de yapılan diğer alan çalışmalarında bulunan değerden (%0.6-9.9) oldukça yüksektir (33,35,49). Ancak İzmir'de sosyoekonomik olarak daha düşük bir bölgede yapılan çalışmada dört yaşlıdan birinin sosyal güvencesinin olmadığı bulunmuştur (1).

Yaşlanmayla birlikte iş hayatının sona ermesi ve emekli maaşlarının düşüklüğü de yoksulluğu ve eşitsizlikleri artırmaktadır. Türkiye'deki yaşlıların %18.0'ı yoksuldur (12). Önemli bir sosyoekonomik gösterge olan gelir gider algısına bakıldığında, yaşlıların neredeyse yarısı gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. İzmir'in Bornova ilçesinde 2011'de yaşlılarda ihmal ve istismarı belirlemek amacıyla yapılan toplum tabanlı çalışmada da yaşlıların yarısı gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir (33). İzmir'de yapılan başka bir alan çalışmasında da yaşlıların dörtte birinin ekonomik algısı kötü ya da çok kötüdür (50). Çalışmada geliri giderinden az olan yaşlı oranı yüksek bulunmasına karşın yaşlıların sadece %3.2'si devlet kurumlarından maddi yardım alırken, temel gereksinimler (giyecek, yiyecek, yakacak gibi) için yardım alanların oranı ise %4.3'tür.

Yaşlılarda sağlık açısından önemli risk etmenlerinden ikisi yalnız yaşama ve sosyal destek eksikliğidir. Çalışmaya katılan yaşlıların %19.4'ü yalnız yaşıyorken, %18.6'sının sosyal desteği bulunmamaktadır. İzmir'de yapılan alan çalışmasında yaşlıların %14.3'ü yalnız yaşıyorken, %8.6'sının sosyal desteği yoktur (49). Türkiye'de yapılan bazı alan çalışmalarında yalnız yaşayanların oranı bizim çalışmamızdan düşüktür (34). Manisa'da 2013 yılında 240 yaşlıyla yaşlılık ile ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada %16.6'sının, Denizli'de yaşlılarda depresif belirti durumlarını belirlemek amacıyla yapılan toplum tabanlı çalışmada da %18.3'ünün yalnız yaşadığı belirlenmiştir (54,55). İstanbul'da huzurevlerinde yapılan çalışmada, yaşlıların %56.0'ı huzurevlerine gelmeden önce yalnız yaşadıklarını bildirmişlerdir. Huzurevlerinde yaşayanlarda elde edilen bu sonuç bizim çalışmamızdan oldukça yüksektir (39). Bu sonuç yalnız yaşayan yaşlıların huzurevlerinde yaşamaya daha çok yönlendirilmiş olmasından kaynaklanabilir. Yalnız yaşam sıklığındaki bu farklılıklar aile yapısı, sosyokültürel ve ekonomik durum, gelenek ve görenek farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca çalışmamızda yaşlılar en sık eşiyle (%46.2) yaşamaktadır. Bu durum İzmir'de (%47.4) ve Ankara'da (%42.2) yapılan çalışmalarla benzerdir (8,33).

Yaşlılarda ekonomik eşitsizlikleri belirlemede kullanılan önemli bir değişken evin mülkiyetidir (56). Çalışmaya katılan yaşlıların yaklaşık beşte birinin evinin mülkiyeti kendisi ya da eşi dışındaki kişilere aittir. Kiracı olanların oranı Türkiye'deki oranla neredeyse aynıdır (12).

Çalışmada katılımcıların yaşadığı evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 2.2'dir. Yaşlıların %95.3'ünün çocuğu vardır. Yaşayan çocuk sayısı ortalama 2.8'dir. Ankara'da yapılan çalışmada ortalama 4.0 ile daha yüksektir, Aydın'da yapılan çalışmada ise 2.9 olup bizim çalışmamızla benzerdir (8,35).

Yaşlıların yaklaşık beşte dördünde kronik hastalık saptanmıştır. En fazla hipertansiyon (%62.8), DM (%28.5) ve kalp hastalığı (%26.5) olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan alan çalışmalarında yaşlıların kronik hastalık sıklıkları çalışma sonuçlarıyla benzerdir (8,33,35,50). Ankara'da hastaneye başvuran yaşlı hastalarla yapılan bir çalışmada en sık kronik hastalık hipertansiyon, ikinci olarak koroner arter hastalığı, üçüncü olarak DM bulunmuştur (57). İzmir'de yapılan alan çalışmasında yaşlılarda benzer şekilde en sık hipertansiyon ve DM olduğu belirlenmiştir (50). İzmir'de yapılan başka bir alan çalışmasında da benzer olarak hipertansiyon en fazladır; ancak sıklığı diğer çalışmalarda bulunan değerlerin neredeyse yarısıdır (18).

Yaşlıların sağlık durumu ile ilgili özelliklerine bakıldığında yaklaşık üçte birinin en az bir engeli vardır. Bu oran Türkiye'deki sıklıkla benzer ancak Aydın'daki çalışmadan yüksektir (12,35). Katılımcıların %17.4'ünde görme kaybı, %15.0'ında işitme kaybı ve %4.3'ünde bedensel engel bulunmuştur.

GYA'lara göre katılımcıların beşte birinin herhangi bir temel yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu bulunmuştur. İzmir'de yapılan çalışmada yaşlıların %1.5'i bağımlı, başka bir çalışmada ise %48.0'ı yarı bağımlı ya da bağımlı bulunmuştur (18,33). Bu farklı sonuçlar ölçüm ve değerlendirme yöntemlerinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmaya katılan her on yaşlıdan biri genel sağlık algısını kötü olarak belirtmiştir ve bu sıklık Türkiye'deki sıklıktan düşüktür.

5.2. İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler

5.2.1. Fiziksel İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmaya katılan yaşlıların 6'sı (%2.4) fiziksel istismara uğradığını bildirmişlerdir. Türkiye'de yapılan alan çalışmalarında sıklık %1.3-5.4 arasında bulunmuştur (1,8,32,33,35). Malatya ve İzmir'de düşük sosyoekonomik düzeyde olan bir bölgede sıklıklar (%1.3-1.5) en düşük görülmüştür (1,32). Bu durum gelenekçi aile yapısının fiziksel istismara karşı koruyucu olabileceğini düşündürmektedir.

Artan'ın (31) İstanbul'da huzurevinde yaptığı çalışmada yaşlıların yaklaşık dörtte birinin huzurevine yerleşmeden önce aile üyeleri tarafından fiziksel istismara uğradığı bulunmuştur. Bu yüksek oran çalışmanın kurumda yapılmış olması ya da kurumda kalma nedeninin istismar olabileceğiyle açıklanabilir.

DSÖ'ye göre dünyadaki fiziksel istismar sıklığı %0.2-4.9 arasındadır (3). Avrupa Birliği'ne bağlı 7 ülkede (Almanya, Yunanistan, İtalya, Litvanya, Portekiz, İspanya, İsveç) 2011 yılında 60-84 yaş arasında yaşlılarda yapılan çalışmada (ABUEL), tüm ülkelerde fiziksel istismar sıklığı %2.7 olup en sık İsveç (%4.0) ve Litvanya'da (%3.8) bulunmuştur (26). Hırvatistan'da 2009'da 65 yaş ve üzeri 303 yaşlıyla yapılan toplum tabanlı çalışmada yaşlıların %4.4'ünün fiziksel istismara uğradığı belirlenmiştir (58). Japonya'da aile bireyleri tarafından bakılan 589 engelli yaşlıda fiziksel istismar %4.5'tir (59). Sonuçlar bizim çalışmamızla benzerdir.

Bazı gelişmemiş ülkelerde yapılan toplum tabanlı çalışmalarda fiziksel istismar sıklığı Hindistan'da (% 12.3-14.2), Nijerya'da (% 14.6) ve Mısır'da (%5.7) bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur (27,28,52,60). Gelişmiş ülkelere olan Birleşik Krallık (%0.04) ve İrlanda'da (%0.5) yapılan ulusal sıklık çalışmalarındaki oranlar oldukça düşüktür (24,25). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2010 yılında yapılan toplum tabanlı çalışmada fiziksel istismar sıklığı %1.8, ABD'de yaşayan düşük sosyoekonomik düzeye sahip Latin Amerikalı göçmenlerde bu oran %10.7'dir (61,62). Bu sonuçlar bize sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının kimi toplumda fiziksel istismar için önemli bir risk etmeni olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmaların yöntem, yapıldığı yer, tanı ölçütleri ya da toplumsal farklılıkları da prevalansı etkilemiş olabilir.

Çalışmada altı fiziksel istismar olgusunun 3'ünün eşler, 2'sinin komşu ve 1'inin oğlu tarafından uygulandığı bulunmuştur. Benzer olarak Hırvatistan'da yapılan çalışmada istismara en sık eşler tarafından uğrandığı belirlenmiştir. Bu durum Türkiye'deki çalışmalardan farklıdır. İlhan'ın (8) 2006 yılında 65 yaş ve üzeri 275 yaşlıyla yaptığı çalışmada (%30.4) ve Artan'ın (31) 1996 yılında İstanbul'da üç huzurevine yerleşen yaşlılarda yaptığı çalışmada, huzurevine yerleşmeden önce en fazla fiziksel istismarın gelinler tarafından uygulandığı bulunmuştur. Ancak bu çalışmada gelinleriyle yaşayan yaşlı sayısı oldukça düşüktür. Bu durum yıllar içerisinde geniş aile yerini çekirdek aile almasına bağlı toplum yapısının değişmesiyle ilgili olabilir.

5.2.2. Duygusal İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Ulusal ve uluslararası çalışmalardakilere benzer olarak bu çalışmada istismar alt tipleri arasında en sık duygusal istismar (%22.1) bulunmuştur. Ancak bulunan bu oran bugüne kadar Türkiye'de yapılan alan çalışmalarından çok daha yüksektir. Türkiye'de yapılan alan çalışmalarında duygusal istismar sıklığı %8.1-10.9 arasındadır (8,33,35). Bu çalışmada daha yüksek çıkması tanı ölçüt yönteminin farklılığına bağlı olabileceği gibi diğer çalışmalardan farklı olarak tüm yaşlılık dönemini kapsıyor oluşuyla da açıklanabilir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda son altı ya da 12 aylık süreler sorgulanmıştır.

DSÖ'ye göre duygusal istismar sıklığı %0.7-6.3 arasındadır (3). Birleşik Krallık'ta 2006 yılında yapılan çalışmada %0.04 olup çok düşüktür (63). ABUEL çalışmasında duygusal istismar sıklığı %19.4'dür ve bizim çalışmamızdaki sıklığa benzerdir. Duygusal istismar en sık

İsveç'te (%29.7) ve Almanya'dadır (%27.1) (26). Bir Avrupa ülkesi olan Hırvatistan'da 65 yaş ve üzerindeki bireylerle yapılan çalışmada sıklık %24.1 bulunmuştur (58). Bir Asya kıtası ülkesi olan Hindistan'da yapılan toplum tabanlı çalışmalarda sıklık %10.8-19.2 olarak saptanmıştır (28,60). Çin'in üç kırsal bölgesinde 2010 yılında 60 yaş ve üzeri 2039 bireylerle yapılan çalışmada duygusal istismar sıklığı %27.3'tür (64). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerdir.

İrlanda'da 65 yaş ve üzeri 2331 yaşlıya bakan aile üyeleriyle yapılan görüşmeler sonucunda %35.9'unun yaşlıya duygusal istismarda bulunduğu belirlenmiştir (65). Japonya'da aile bireyleri tarafından bakılan engelli yaşlılarda bir çeşit duygusal istismar olan görmezden gelme %13.6 bulunmuştur (59). Duygusal istismar sıklığı ABD'de yapılan çalışmalarda %1.9-13.5, bir Güney Amerika ülkesi olan Bolivya'da %32.4'tür (61,66,67). Nijerya'da kır ve kentte yaşayan 60 yaş ve üzeri kadınlarla yapılan çalışmada sıklık %11.1'dir (27).

Çalışmalarda farklı toplumlarda sıklıklar çok geniş aralıklarda bulunmuştur. Bu durum toplumsal ve yöntemsel farklılığa bağlı olabilir. Örneğin aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda dahi kesim noktalarının farklı olması sıklıklar arasında farklar oluşmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızda üç soruyla değerlendirilen duygusal istismarın kim tarafından uygulandığı değerlendirildiğinde; yaşlıların 11'inin eşleri, 4'ünün komşuları ve 2'sinin oğulları tarafından aşağılama, küfretme ve bağırma gibi eylemlere maruz kaldığı belirlenmiştir. Yaşlıların 11'i eşi, 4'ü kızı ve 2'si oğlu tarafından istemedikleri halde yaşantısı ile ilgili kararlara karışıldığını belirtmişlerdir. Katılımcılardan 3'ü eşi, 3'ü oğlu ve 3'ü de kızının kendini istemediğini hissettiği anlar olduğunu söylemişlerdir. Sonuç olarak çalışmamızda yaşlıların sıklıkla eşleri tarafından duygusal istismara uğradığı bulunmuştur.

5.2.3. Ekonomik İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmamızda 13 yaşlının (%5.1) ekonomik istismara uğradığı belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan alan çalışmalarında sıklık %0.3-5.5 arasında bulunmuştur (1,8,32,34,35). Keskinoglu ve arkadaşlarının (34) İzmir'de farklı iki sosyoekonomik bölgede yaptığı çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlarda ekonomik istismar sıklığı (%2.5), yüksek sosyoekonomik düzeye sahip (%0.3) olanlardan yüksek bulunmuştur.

Artan'ın (39) İstanbul'da 4 huzurevinde ekonomik istismarı belirlemek için yaptığı çalışmada yaşlıların huzurevine girmeden önceki dönemde (%33.0) daha fazla ekonomik

istismara uğradıkları, huzurevine girdikten sonraki süreçte (%14.0) ekonomik istismar oranının azalmakla birlikte varlığını önemli ölçüde sürdürdüğü tespit edilmiştir. Bu oranların toplum tabanlı çalışmalardan yüksek bulunmasının nedeni yaşlıların kurumlarda soruları daha rahat yanıtlayabileceği ya da istismara uğradığı için daha fazla kurumda kalmayı istemesiyle açıklanabilir.

DSÖ'ye göre ekonomik istismar sıklığı %1.0-9.2 olup bizim çalışmamızda da bu sıklıktadır (3). ABUEL çalışmasında ekonomik istismar sıklığı %3.8'dir (26). En yüksek sıklık Portekiz (%7.8), ikinci olarak İspanya'da (%1.3) bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki değer Portekiz'deki değerden daha düşük bulunmuştur (26).

Ekonomik istismar sıklığı Birleşik Krallık'ta 2006'da %0.6, başka bir Avrupa ülkesi olan Hırvatistan'da %6.4 olarak saptanmıştır (58,63). Amerika'da 2010 yılında yapılan çalışmada son bir yıl içerisinde yaşlıların %5.2'sinin ekonomik istismara uğradığı bulunmuştur (61).

Hindistan'da yapılan çalışmalarda sıklık %11.8-12.7, Nijerya'da %13.1 olarak saptanmıştır (27,28,60). Bu değerler Türkiye ortalamasından oldukça yüksek olup ekonomik olarak bu ülkelere daha iyi durumda olduğumuzla açıklanabilir.

Türkiye'de yapılan alan çalışmalarında ekonomik istismarın en çok yaşlıların çocukları tarafından uygulandığı bulunmuştur (8,39). İstismara bütüncül olarak bakmak istediğimizden dolayı diğer çalışmalardan farklı olarak yalnızca yakınların değil, yabancılar tarafından yapılan istismar da çalışmaya dahil edilmiştir. Bu yüzden bizim çalışmamızda istismara uğrayanların yaklaşık beşte dördünün, günümüzde çok yaygın olan, özel şirket ve dolandırıcılar, beşte birinin ise birinci derece akrabaları (çocukları, torun, kardeş) tarafından ekonomik olarak istismara uğradığı belirlenmiştir.

5.2.4. Cinsel İstismarla İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmamızda yalnızca bir yaşlı (%0.4) tanımadığı kişi tarafından cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Türkiye'de yapılan alan çalışmalarında sıklık %0.4-2.9 arasında bulunmuştur (32,33,35).

DSÖ'ye göre sıklık %0.04-0.82 arasında olup sonuçlar dünyadaki sıklıkla benzerdir (3). Avrupa'da yapılan alan çalışmalarında sıklık %0.05-0.7 arasındadır (25,26,63). Amerika'da 2010 yılında yapılan çalışmada da cinsel istismar sıklığı %0.3'dir (61). Bu sonuçlarla ve

Türkiye'deki sıklık birbirine benzerdir. Ancak Hırvatistan'da 2009'da yapılan çalışmada %2.1'i cinsel istismara uğradığı belirlenip, bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (58).

Gerek ulusal gerek uluslararası çalışmalarda istismar türlerinden sıklığı en az bulunan cinsel istismardır. Genel anlamda istismar bildiriminin düşük olduğu düşünülürse, cinsel istismar gibi mahrem olduğu düşünülen bir konunun sıklığının düşük bulunması da olağandır.

Bu çalışmada herhangi bir istismar varlığında istismar var kabul edilip yaklaşık her dört yaşlıdan birinin (%26.1) istismara uğradığı belirlenmiştir. İstismar alt gruplara göre incelendiğinde; %2.4'ünün fiziksel, %22.1'inin duygusal, %5.1'inin ekonomik, %0.4'ü cinsel istismara maruz kaldığı bulunmuştur. Birden fazla istismara uğrayanların sıklığı %4.0 bulunmuştur.

Çalışmalarda bulunan yalnızca istismar sıklıkları birbirinden çok farklıdır. Türkiye'de Manisa'da 2015 yılında hem kır hem de kentte yaşayan yaşlılarla yapılan çalışmada %11.3'ünün istismara maruz kaldığı bulunmuştur (kentsel=%13.0, kırsal=%9.6) (36). Bu durum, bu çalışmada ihmal ya da istismarın sadece aile içi şiddet olarak değil, bütüncül olarak ele alınması ve son bir yıllık değil, tüm yaşlılık dönemini kapsıyor oluşuyla açıklanabilir.

Birleşik Krallık'ta 2006'da 2111 yaşlıyla yapılan ulusal çalışmada istismar sıklığı (%1.6) çok düşük bulunurken, İrlanda'da 65 yaş üstü 2311 yaşlıya bakan aile üyeleriyle görüşüldüğünde üçte birinin yaşlıları istismar ettiğini saptanmıştır (24,25). Hırvatistan'da 2009 yılında 303 yaşlıyla yapılan çalışmada yaşlıların %62.0'nın ailesi tarafından herhangi bir istismara uğradığı belirlenmiştir (58). Meksika'da uzun süre engelliği olan ancak bilişsel fonksiyonları yerinde olan yaşlılarda yapılan çalışmada istismar sıklığı %32.1 bulunmuştur (68).

Yaşlı istismarı ile ilgili yapılmış çalışmalarda farklı sıklıkların saptanmış olması, yöntemsel faktörlere (hedef gruplardaki farklılıklar, istismar değerlendirme araçlarındaki farklılıklar) ya da bölgesel ve kültürel farklılıklara (toplum tarafından konunun algılanışı, bilgi eksikliği, aile yapısı vb.) bağlanabilir.

5.3. İhmal ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler

5.3.1. Yakınlarının İhmali ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmada yaşlıların %22.5'inin yakınları tarafından ihmale uğradığı belirlenmiştir. İlhan'ın (8) Ankara'da bir mahallede 65 yaş ve üzeri kişilerde yaptığı çalışmada yaşlıların %8'inde, İzmir'de yapılan çalışmada yaşlıların %8.2'sinde ve Malatya'da %5.3'ünde ihmal belirlenmiştir (32,33). Bizim çalışmamızda daha yüksek sıklıkta bulunması zaman geçtikçe geniş aile yerini çekirdek aile alması ve yaşlıların geleneksel aile yapılarını kaybetmesiyle açıklanabilir.

İstanbul'da huzurevine yerleşen yaşlılarda yapılan çalışmada huzurevlerine yerleşmeden önce %84.4'ünün yakınları tarafından ihtiyacı olduğu durumlarda (doktora gitme ve alışveriş yapma) yardım alamadığı belirlenmiştir. Yaşlılar gereksinim duyduğu halde yardım alamamalarından dolayı huzurevine yerleştiklerini bildirmişlerdir (31).

Kore'de 1999 yılında yapılan toplum tabanlı 15,230 yaşlıyla yapılan çalışmada 65 yaş üzeri ihmal sıklığı %2.4 ve Birleşik Krallık'ta 2006 yılında yapılan ilk ulusal sıklık çalışmasında 66 yaş ve üzeri yaşlılarda ihmal sıklığı son bir yılda %1.1 bulunmuştur (63,69). Çalışmalardaki sıklıklar bizim çalışmamıza göre oldukça düşük bulunmuştur. Bolivya'da 60 yaş ve üzeri yaşlılarla yapılan toplum tabanlı çalışmada ihmal sıklığı %21.9 bulunmuştur (67). İsrail'de 2005 yılında yapılan ulusal çalışmada yaşlıların %24.0'ının ihmale uğradığı belirlenmiştir (70). Bu değerler bizim çalışmamızla çok benzerken Mısır'da yapılan çalışmada sıklık %42.4 olup bizim çalışmamızın neredeyse iki katıdır (52). Sonuç olarak toplumsal farklılıklar, tanı ölçütlerinin ve yöntemlerin farklı olması nedeniyle sonuçlar birbirinden çok farklı bulunmuş olabilir.

5.3.2. Bakım Vericinin İhmali ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Bu çalışmada yaşlıların %6.7'sinin bakım vericisi tarafından ihmale uğradığı belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ihmal sıklıkları %8.2 ve %8.1'dir ve bizim çalışmamızla benzerdir (33,35).

Bakım vericinin ihmali ABD'de yaşayan Latin Amerikalılarda %11.7, Çin'de 2010 yılında yapılan toplum tabanlı çalışmada %15.8 bulunmuştur (62,64). Çin'de hastaneye başvuran 60 yaş ve üzerinde 412 yaşlının %47.6'sında bakım vericinin ihmali saptanmıştır (71).

Hastaneye başvuranlardaki prevalansın toplum tabanlı çalışmalardan yüksek bulunması doğaldır.

Japonya’da aile bireyleri tarafından bakılan 398 engelli yaşlılarda ihmal sıklığı %34.9 olarak saptanmıştır (59). Kore’de engelli yaşlılara bakan aile bireyleriyle yapılan çalışmada, yaşlıya bakanların %78.6’sı beklenildiği üzere kadındır ve yaşlılar en fazla (%42.0) gelinleri tarafından bakılmaktadır. Çalışmaya göre bakıcıların %18.0’ı yaşlıları odaya hapsedmiştir ve %9.3’ünün yaşlıya yemek vermediği belirlenmiştir (72). Dünyada genellikle bakım vericinin ihmali çalışmalarında bizim çalışmamızdan farklı olarak bilişsel ve fiziksel engelliği olan yaşlılara bakan aile bireyleriyle görüşülmüştür. Ancak bu çalışmaya bilişsel fonksiyonları bozuk olan yaşlılar dahil edilmemiştir. Bu yüzden sıklığımız diğer çalışmalardan düşük bulunmuş olabilir.

5.3.3. Kendi Kendini İhmal ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Bu çalışmada GYA’da bağımlı olmayanlarda ihmal belirlenmişse kendi kendini ihmal var kabul edilmiştir; bu tanımlamaya göre yaşlıların 20’sinde (%7.9) kendi kendini ihmal belirlenmiştir. Bu oran Chicago’da yapılan bir kohort çalışmasındaki sonuçtan (%16.6) düşük bulunmuştur. Chicago çalışmasında kendi kendini ihmal bireylerin sağlık çalışanları, akrabalar, komşular ve arkadaşlar tarafından sosyal hizmet çalışanlarına bildirilmesi ve sosyal hizmet çalışanlarının tanıyı doğrulaması ile belirlenmiştir (29). Kendi kendini ihmal varlığının bildirimine dayalı olması nedeniyle bu oran daha yüksek bulunmuş olabilir. Ayrıca toplumsal farklılıklara da bağlı olabilir.

5.3.4. Devletin İhmali ile İlgili Tanımlayıcı Özellikler

Bu çalışmada devletin ihmali hem sağlık hem sosyal hizmetler bir arada değerlendirilerek belirlenmiştir. Her ne kadar yurt dışı çalışmalarda yaşlıların karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi değerlendirilse de bugüne kadar yapılan gerek ulusal gerekse uluslararası çalışmalarda bu araştırmada olduğu gibi konu kapsamlı olarak araştırılmamış ve devletin ihmali tanımlaması kullanılmamıştır. Bu anlamda bu konudaki ilk çalışma sayılabilir.

Çalışmada devletin ihmali, karşılanmayan sağlık ya da sosyal hizmet varlığı olarak değerlendirilmiştir. Yaşlıların da %22.5’inde karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi, %55.3’ünde karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimi bulunmuş; birlikte değerlendirildiğinde üçte ikisinde devletin ihmali saptanmıştır.

Karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi, kişilerin ihtiyacı olduğu halde sağlık hizmetini alamamasıdır. Sağlık hizmetlerine ulaşım için bir ölçüdür (73).

Çalışmada genel sağlık algısına %13.0, kronik hastalığa %19.8 ve günlük yaşam aktivitelerine bağlı %3.6 karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Toplamda karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinim sıklığı %22.5 olarak bulunmuştur.

Barselona'da 1991 yılında 1315 yaşlıyla karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi ve mortalite ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir kohort çalışmasında genel sağlık algısına %9.9, kronik hastalıklara %12.4, GYA'lara bağlı karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi %25.0 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda GYA'lara bağlı karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi bu çalışmadan oldukça düşüktür (47).

Fransa'da 2010 yılında yaşlılarda karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimini tanımlamak ve ilişkili faktörleri belirlemek için bir çalışma yapılmıştır. Gereksinimi olduğu halde diş, kulak burun boğaz, göz ya da pratisyen hekime bir yıldan uzun süredir gitmeyenler karşılanmayan sağlık hizmeti var kabul edilmiştir; yaşlıların yaklaşık dörtte birinde karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi belirlenmiştir (73).

Yaşlılarda sosyal hizmet gereksinimi de diğer yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında daha fazladır. Bu çalışmada yaşlıların yarısından fazlasında, sosyal yardım ve sosyal bakımı birlikte ele alan, karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimi belirlenmiştir. Sadece sosyal bakım olarak bakıldığında, Birleşik Krallık'ta 2010 yılında yaklaşık 800,000 yaşlının karşılanmayan gereksinimi olduğu, 2014 yılında artarak 1,004,000 ulaştığı belirlenmiştir. Yaşlıların yaklaşık üçte birinin günlük yaşam gereksinimlerinde (yemek yeme, banyo yapma, kıyafetlerini giyme, tuvalete gitme, yataktan kalkma, ilaçlarını alma) zorlanmalarına karşın kurumlar, bakım vericiler, aile bireyleri, arkadaşları ya da komşularından bu bakımı alamadığı saptanmıştır (74). Bu çalışmadaki kadar yüksek olmasa da Birleşik Krallık'ta da oldukça yüksek bir karşılanmayan bakım gereksinimi olduğu görülmektedir. Bu nedenle yaşlılarda yapılan ihmal çalışmalarında devletin ihmali sağlık ve sosyal gereksinimler birlikte değerlendirilerek ele alınmalıdır.

5.4. İstismarı Etkileyen Değişkenlerle İlgili Tartışma

Bu çalışmada herhangi bir istismar (fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel) varlığında istismar var kabul edilip yaklaşık her dört yaşlıdan birinin istismara uğradığı belirlenmiş ve yapılan analizlerde bu sıklık üzerinden değerlendirilmiştir.

Çalışmada, çoklu analiz sonrası, istismar varlığı diploması olmayanlarda, öğrenim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlara göre 2.6 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Ülkemizde Ankara ve İzmir’de yapılan çalışmalarda düşük öğrenim düzeyinin istismar riskini artırdığı saptanmıştır (8,33). Meksika’da 2010 yılında 1089 engelli yaşlı bireyle yapılan çalışmada da düşük öğrenim düzeyine sahip olanlarda istismar anlamlı olarak fazla bulunmuştur (68). Amerika’da sosyoekonomik düzeyi düşük olan Latin Amerikalı göçmenlerle yapılan çalışmada düşük öğrenim düzeyine sahip olanlarda istismar 5.6 kat fazla bulunmuştur (62). Düşük öğrenim düzeyi yaşlıları ekonomik ve sosyal açıdan daha bağımlı hale getirip istismar riskini artırabilir. Ayrıca öğrenimin bireylerin sağlık davranışlarında, hak arama davranışlarında kendilerini ifade edebilme özelliklerinde etkili olabilmektedir.

Genel sağlık algısı orta/kötü olanlarda, mükemmel/çok iyi/iyi olanlara göre istismar riski 2.1 kat fazla bulunmuştur. Benzer olarak Meksika’da yapılan çalışmada da istismar bizim çalışmamıza benzer olarak kötü sağlık algısı olanlarda daha fazla bulunmuştur (68).

Yük olarak görülen yaşlıların beraberinde günlük yaşam aktivitelerinde de bağımlı olması istismar riskini arttırabilir. Bu çalışmada GYA’larda bağımlı olanların, olmayanlara göre 2.3 kat fazla istismara uğradığı bulunmuştur. Amerika’da 60 yaş ve üzeri 902 bireyle yapılan çalışmada da GYA’larda bağımlı olanlarda ekonomik istismar 4.0 kat, duygusal istismar 3.1 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur (75). Yapılan bir derlemede de kurumda kalanlarda, bilişsel ve fiziksel yetmezliği olanlarda cinsel istismar fazla belirlenmiştir (76).

Bizim gibi gelişmekte olan ülkeler için sosyoekonomik değişkenlerden olan gelir gider algısı istismar açısından önemli risk etmenlerinden biridir. Bu çalışmada tekli analizlerde geliri giderinden daha az olanlarda, geliri giderine eşit/fazla olanlara göre istismar anlamlı olarak fazla bulunmasına karşın çoklu analizlerde bu anlamlılık kaybolmuştur. Benzer şekilde Tayland’da 2010 yılında 233 yaşlıyla yapılan toplum tabanlı çalışmada da geliri giderinden az olanlarda istismar riski fazla bulunmuştur (77).

Her ne kadar bu çalışmada cinsiyetle istismar arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da ülkemizde Aydın ve Ankara’da yapılan alan çalışmalarında kadınların erkeklere göre istismara daha fazla maruz kaldığı belirlenmiştir (8,35). Erkek egemenliğinin olması, kadınların düşük öğrenim düzeyi ve ekonomik olarak bağımlılıklarının fazla olması ve sosyal destekten yoksun olmaları daha çok istismara uğramasını açıklayabilir. Ancak ABUEL çalışmasında ekonomik istismar açısından erkekler kadınlara göre daha riskli bulunmuştur (26).

Yaygın literatür bilgisine göre ileri yaşlardaki bireyler daha fazla istismara uğramaktadır. Ancak bu çalışmada yaş grupları ile istismar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Aydın’da 65 yaş ve üzeri 756 bireyde yapılan bir çalışmada 75 yaş üzerinde olanlarda ekonomik istismar genç yaşlılardan 3.6 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur (35).

Çalışmamızda medeni durum ile istismar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Türkiye’de İlhan’ın (8) yaptığı çalışmada dul olanlarda özellikle fiziksel istismar 12.6, Ergin’in ve arkadaşlarının (35) yaptığı çalışmada ekonomik istismar 3.6 kat fazla saptanmıştır. Ancak ABUEL çalışmasında fiziksel istismar evlilerde 5.3 kat fazla belirlenmiştir (26). Çalışmanın yapıldığı topluma göre risk değişmektedir.

Yaşlının kimle yaşadığı ile istismar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Meksika’da 2010 yılında engelli yaşlılarla yapılan çalışmada eşiyile yaşayanların daha çok istismara uğradığı bulunmuştur (68). Çin’de yapılan çalışmada da yalnızlığın istismar ve ihmali 2.7 kat arttırdığı belirlenmiştir (71).

Çalışmamızda sosyal destek ile istismar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Acierno ve arkadaşlarının (61) Amerika’da 2010 yılında yaptığı çalışmada düşük sosyal desteğin cinsel istismarı ve fiziksel istismarı anlamlı olarak arttırdığı belirlenmiştir. Amerika’da 2008’de 4400 yaşlıyla yapılan başka bir çalışmada da duygusal olarak savunmasız kişilerde (depresyonu olanlar ya da sosyal ihtiyaçlarını karşılamayanlarda) bir tür ekonomik istismar olan dolandırıcılık üç kat daha fazla bulunmuştur (78).

Sosyal ağlar ve sosyal destek eksikliği ihmal ve istismar açısından önemli risk etmenleridir. Amerika’da 1997 ve 2010 yıllarında yapılan çalışmalarda sosyal desteğin olmamasının yaşlı istismarını anlamlı olarak arttırdığı bulunmuştur ve yaşlılarda sosyal ağların artırılması gerektiği belirtilmiştir (22,61). Amerika’da 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan başka bir çalışmada da algılanan sosyal destek varlığının ekonomik istismar için koruyucu olduğu

bulunmuş; sosyal ağların fazla olmasının (aile dışındaki kişilerden iki haftada birden fazla görüştüğü kişi sayısı) ekonomik istismar riskini arttırdığı belirlenmiştir. Sosyal desteğin düşük olması ve aile dışındaki kişilerle sosyal ağların kuvvetli olması ekonomik istismar riskini arttırmıştır (79).

5.5. İhmali Etkileyen Değişkenlerle İlgili Tartışma

Bu çalışmada ihmal yakınlarının ihmali, bakım vericinin ihmali, kendi kendini ihmal ve devletin ihmali şeklinde sorgulanmıştır ve etkileyen etmenler bu başlıklarda değerlendirilmiştir.

Çalışmada yalnız yaşamamanın, sosyal aktivitelere katılmamanın, son altı ayda doktora gitmemenin yakınlarının ihmali açısından risk oluşturduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar yalnız yaşayan ve izole yaşlıların yakınlarından beklentilerinin daha fazla olabileceğinden de kaynaklanabilir. Ancak doktora gidememenin yakınlarının ihmaline yol açması yanında yakınları tarafından ihmal edilen kişilerin doktora gidemeyeceği yönündeki nedensellik de akılda tutulmalıdır.

Bu çalışmada genel sağlık algısı açısından orta/kötü olanlarda, mükemmel/çok iyi/iyi olanlara göre yakınların ihmali riski 2.1 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Aydın'da yapılan toplum tabanlı çalışmada fiziksel engeli olan yaşlıların 2.4 kat fazla ihmale uğradığı belirlenmiştir (35). Ancak bu çalışmada engellik ve kronik hastalık varlığı ile yakınlarının ihmali arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Bu çalışmada yakınlarının ihmali ile cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre yakınlarının ihmaline daha fazla maruz kaldığı bulunmuştur (32,35). Erkek egemen yapı, kadınların öğrenim düzeyinin düşük, ekonomik olarak bağımlılıklarının fazla olması ve sosyal destekten yoksun olmaları daha fazla ihmale uğramasını açıklayabilir.

Ankara'da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada dul/boşanmışlarda ihmal 4.9 kat fazladır (8). Malatya'da dört aile hekimliği bölgesine bağlı 451 yaşlıda ve Aydın'da dört mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri 756 bireyle yapılan çalışmalarda da benzer olarak evli olmayanlarda ihmal anlamlı olarak fazla bulunmuştur (32,35). Ancak bu çalışmada medeni durum ile yakınlarının ihmali arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Bakım vericinin ihmali etkileyen değişkenlere bakıldığında, çalışmamızda yaşın her bir yıllık artışının bakım vericinin ihmali riskini 1.2 kat arttırdığı bulunmuştur. Amerika'da 60 yaş ve üzeri bireylerle yapılan çalışmada yaşı 70'in üzerinde olanlarda bakım vericinin ihmali 2.1 kat daha fazla bulunmuştur (75). Ayrıca bu çalışmada erkeklerde kadınlara göre bakım vericinin ihmali riski 6.5 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Çin'de 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan toplum tabanlı çalışmada da benzer olarak erkeklerde kadınlara göre bakım vericinin ihmali anlamlı olarak daha fazla belirlenmiştir (64).

Kore'de engelli yaşlılara bakan aile bireyleriyle yapılan çalışmada en dikkat çeken nokta yaşlıların formal (üç resmi kurum; evde bakım hizmeti, bakım parası ve gündüz bakım için yardım alma) ya da informal (ikinci bir bakım vericinin olması) ve sosyal desteğin olmamasının demansı olan yaşlılarda bakım vericinin ihmali riskini artırdığı bulunmuştur. Sonuç olarak bakım vericinin tükenmişliğinin olması da yaşlılarda ihmal ve istismar riskini artırmaktadır. Bu yüzden gerek formal gerek informal bakım vericiye verilen sosyal desteğin, bakım vericilerin tükenmişliğini önleyerek ihmali azaltacağını düşündürmektedir (72).

Kişilerin yaşlılık döneminde fiziksel ve psikolojik olarak daha kırılgan olmalarından dolayı diğer yaş gruplarına göre yaralanma, engellilik ve ölüm riski daha fazladır (6). Yaşlı ihmal ve istismarının mortaliteye etkisini değerlendirmek amacıyla Amerika'da APS'ye ihmal ve istismar nedeniyle başvuran 1670 yaşlı beş yıl boyunca izlenmiştir. Bütün karıştırıcı faktörler düzeltildikten sonra ölüm en fazla bakım vericinin ihmali olanlarda görülmüştür (80).

Kendi kendini ihmal yaygın, ancak hakkında çok az şey bilinen geriatrik sendromlardandır (29). Dünya'da yapılan çalışmalarda sorgulanmasına rağmen, ülkemizde yeterince ele alınmamıştır; bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Türkiye'de kendi kendini ihmali değerlendiren ikinci çalışmadır.

Bu çalışmada sosyal aktivitelere katılmayanlarda, katılanlara göre kendi kendini ihmal riski 4.5 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Yaşlılarda kendi kendini ihmalin, depresyon ile güçlü ilişkisi olduğu, morbite ve mortaliteyi arttırdığı bilinmektedir (81).

Amerika'da 1996 yılında yapılan ulusal çalışmada, kendi kendini ihmal sıklıkla depresyonu olanlarda, kadınlarda ve ileri yaşta olanlarda anlamlı olarak daha fazla belirlenmiştir (22). Ancak bu çalışmada cinsiyet ve yaş ile kendi kendini ihmal arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda kronik hastalık varlığının kendi kendini ihmalden koruyucu

olduğu belirlenmiştir. Bu durum kronik hastalığı olan yaşlıların kendine daha çok dikkat ettiği ve hastalıkları daha çok onemsediğiyle açıklanabilir ya da kendi kendini ihmal eden yaşlılarda var olan kronik hastalıklara tanı konmamış olabilir.

Amerika’da 2012 yılında yapılan bir kohort çalışmasında kendi kendini ihmal edenler, etmeyenlere göre 2.6 kat fazla huzurevine yerleşmişlerdir. Aynı zamanda kendi kendini ihmali olanların (ortalama 2.4 yıl) olmayanlara (ortalama 7.4 yıl) göre huzurevine yerleştikten daha kısa süre sonra öldüğü belirlenmiştir (82).

Chicago’da yapılan kohort çalışmasında kendi kendini ihmali olanlarda, olmayanlara göre bir yıllık mortalite riski 5.8 kat fazla bulunmuştur. Mortalite riski kendi kendini ihmal ortaya çıktıktan bir yıl sonra çok yüksektir (29). Bu yüzden erken dönemde fark edilip önlem alınması çok önemlidir.

Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan yaşlı ilkelerinde, yaşlının aile ve toplum tarafından desteklenmesi, gereksinimi olanlara uygun bakım hizmetleri sağlanması ve yaşlıya yönelik hizmetlerin çoğunun devlet tarafından sağlanması gerektiği bildirilmektedir. Ülkemizde 1982 Anayasası’nın 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir. Bu amaçlarla gerekli teşkilat ve tesisleri kurar veya kurdurur” hükmü yer almaktadır (19). Bu durumda yaşlıların her türlü gereksinimleri devlet tarafından ayırım yapılmaksızın yerine getirilmelidir.

Yaşla birlikte morbidite de artmaktadır. Ayrıca yaşlı nüfusun artması sonucu hastalık yükü ve beraberinde sağlık ve sosyal hizmet gereksinimi de artmaktadır (83).

Çalışmada devletin ihmali riski emekli olmayanlarda, emekli olanlara göre 2.2 kat, kira ya da ocuk/akrabaya ait evde oturanlarda, evin mülkiyeti kendine/eşine ait olanlara göre 2.6 kat anlamlı olarak daha bulunmuştur. Beklenildiği üzere sosyoekonomik değişkenler devletin ihmalinde önemli rol oynamaktadır.

Bu çalışmada sosyal desteği olmayanlarda, olanlara göre devletin ihmali riski 3.9 kat anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Ailesinden ya da çevresinden sosyal destek almayan yaşlılar sağlık ya da sosyal hizmetlere gereksinimi olduğu halde ulaşamayabilir.

Türkiye’de bu konuyu tam karşılama da yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal hizmetlerin değerlendirildiği nitel çalışmalar mevcuttur. Konya İli’ne bağlı bir ilçede yaşlılarla yapılan nitel çalışmada sağlık hizmetlerinin yetersizliği dikkat çekmiştir. Yaşlıların devletten beklentileri belediyelerin yaşlı ve düşkünlere özellikle de kışın sıcak yemek yardımı yapması ve devletin verdiği nakdi yardımların arttırılmasıdır (84). Ergin ve arkadaşlarının (35) Aydın’da yaptığı çalışmada, beklenti sorularını yanıtlayan on yaşlıdan dördü hükümetlerin yaşlılarla daha fazla ilgilenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Yaş arttıkça karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimi artmaktadır (73,85). Bu çalışmada da tekli analizlerde yaşı 80 ve üzerinde olanlarda, yaşı 65-79 yaş olanlara göre devletin ihmali anlamlı olarak fazla bulunsa da çoklu analizlerde anlamlılığını yitirmiştir.

Bu çalışmada cinsiyetin devletin ihmali anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Ancak Hindistan’da yapılan çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi olduğu belirlenmiştir (85).

Barselona’da 1991 yılında 1315 yaşlıyla karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimini ve mortalite ilişkisini belirlemek amacıyla kohort çalışması yapılmıştır. GYA’lara bağlı karşılanmayan sağlık hizmet gereksiniminin mortalite riskini 2.6 kat, kronik hastalıklara bağlı karşılanmayan sağlık hizmet gereksiniminin mortalite riskini 1.8 kat arttırdığı belirlenmiştir. Özellikle kurumda yaşamayanlardaki ölüm riski daha fazla bulunmuştur (47). Bu nedenle karşılanmayan sağlık hizmet gereksinimi yaşlılarda önemli bir sorun olarak ele alınmalıdır.

Karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimine sosyo-demografik değişkenlerin etkisine bakıldığında İngiltere’de 2015 yılı verilerine göre kadınlarda (%65.0) erkeklere (%59.0) göre daha fazla karşılanmayan sosyal hizmet gereksinimi bulunmuştur. Yaşı 85-89 olanlarda (%78.0) 65-69 olanlara (%65.0) göre, bekar/dul yada boşanmış olanlarda partneri ya da eşiyile yaşayanlara göre daha fazla saptanmıştır (83).

Evden çıkmama, düşük fiziksel aktivitenin ve sosyal aktivitelere daha az katılımın belirleyicisi olabilir. Bizim çalışmamızda da tekli analizlerde, sosyal aktiviteye katılmayanlarda katılanlara göre devletin ihmali anlamlı olarak fazla bulunsa da çoklu analizlerde anlamlılığını yitirmiştir. Evden dışarı çıkmamak sağlık hizmetlerine ulaşımı engelleyebilir ya da sağlık sorunlarını daha da artırabilir. Yayınlanmış çalışmaların çoğu karşılanmayan sağlık hizmeti gereksinimlerinin en önemli nedenini masrafların karşılanamaması olarak belirtmektedir (73).

Toplumda yaşayan yaşlılarda istismar ve ihmali belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı ulaşma oranının düşük olmasıdır (%60.2). Bu durum araştırmanın sonuçlarının evrene genellenmesini zorlaştırmaktadır. Ulaşma oranındaki bu düşüklüğün önemli bir nedeni kişilerin güvenlik sorunları nedeniyle araştırmacıyı evlerine almak istememesi ve kandırılarak özel bilgilerinin alınacağını düşünmeleridir. Evde yalnız yaşayan, büyük olasılıkla ihmali ve istismara uğramış olan yaşlılar daha fazla reddetmiş olabilir. Ayrıca sağlık sorunları nedeniyle ( kişi ağır işitme kaybı, 4 kişinin alzheimerının, 3 kişinin geçirilmiş serebrovasküler olayının olması, 1 kişinin çok yaşlı olması) alışmaya dahil edilmeyen 11 kişide de ihmali ve istismarın olacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak ihmali ve istismar sıklıkları gerçek değerlerden oldukça düşük bulunmuş olabilir.

Bir diğer kısıtlılık yaşlılarla yalnız görüşmenin her zaman mümkün olmamasıdır. Aile yelerinden birinin görüşme sırasında ortamda bulunması yaşlı istismarı ile ilgili sorulara doğru cevap alınmasında sıkıntı yaşanmasına neden olmuştur.

Çalışmanın güçlü yönlerinden birisi istismar ve ihmalin tüm alt başlıklarının alanda kapsamlı olarak incelenmiş olmasıdır. Özellikle bugüne kadar ülkemizde yapılan çalışmalarda hiç ele alınmayan yabancı literatürde çok az yer bulan devletin ihmali ve kendi kendine ihmali de değerlendirilmiştir. Çalışmanın bir diğer güçlü yönü yaşlı istismarının sadece “aile içi şiddet” başlığı altında ele alınmayıp bütüncül yaklaşılmasıdır. Çünkü yaşlı istismar ve ihmali sadece aile içinde oluşabilecek bir sorun olmayıp, yaşlının yaşadığı her sosyal çevrede karşılaşılabilecek bir sorundur.

6. SONUC VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Çalışmaya katılan yaşlıların %2.4'ü fiziksel, %22.1'i duygusal, %5.1'i ekonomik, %0.4'ü cinsel istismara uğradığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların %22.5'inde yakınlarının ihmali, %6.7'sinde bakım vericilerinin ihmali, %7.9'unda kendi kendini ihmal, %66.8'inde devletin ihmali saptanmıştır.
- Öğrenim düzeyinin düşüklüğü, genel sağlık algısının orta/kötü olması ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olmak yaşlı istismarını anlamlı olarak artırmaktadır
- Yalnız yaşayanlarda, genel sağlık algısı orta/kötü olanlarda, sosyal aktiviteye katılmayanlarda ve son altı aydır doktora gitmeyenlerde yakınlarının ihmali anlamlı olarak fazladır.
- İleri yaşta ve erkeklerde bakım vericinin ihmali anlamlı olarak fazladır.
- Sosyal aktivitelere katılmayanlarda, katılanlara göre kendi kendini ihmal anlamlı olarak fazla belirlenmiştir. Ancak kronik hastalık varlığının kendi kendini ihmale karşı koruyucu olduğu bulunmuştur.
- Emekli olmayanlarda, kira ya da çocuk/akrabaya ait evde oturanlarda ve sosyal desteği olmayanlarda devletin ihmali riski anlamlı olarak fazla belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Genel sağlık algısı ve günlük yaşam aktiviteleri gibi sağlık durum değişkenlerinin ihmal ve istismarı etkilediği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının özellikle bu risk gruplarındaki istismar ve ihmali ortaya çıkartabilmesi için eğitimler verilmeli ve farkındalıkları artırılmalıdır. Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik yaklaşım çok-sektörlü ve çok disiplinli olmalıdır. Özellikle yalnız yaşayan ve sosyoekonomik durumu düşük olan yaşlılar için sağlık ve sosyal hizmet çalışanları tarafından evde izlem programları oluşturulmalıdır. Sosyal hizmetlerle ilişkili kamu kurumları ve yerel yönetimler yaşlıların sağlık ve sosyal hizmete ulaşmasını sağlayıcı girişimlerde bulunmalı, yaşlıların sosyal aktivitelere katılımlarını kolaylaştırmalıdır. Ayrıca yaşlıların uzun dönemli izlendiği kohort ve girişim çalışmaları yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçıfe M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlılarda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (2): 57-61.
2. Kıssal A, Beşer A. Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 2009;8(4):357-364.
3. WHO. Elder abuse, 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en> Erişim Tarihi: 11.08.2016
4. WHO. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. 2002, http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf Erişim Tarihi: 20.08.2016
5. Fadiloğlu Ç, Şenuzun AF. Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. Ege Tıp Dergisi 2012;51: 69-77
6. WHO. European report on preventing elder maltreatment, 2011. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf Erişim Tarihi: 03.02.2014
7. Duyan G. Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açından Yaşlılık. Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 151-169
8. İlhan F. Ankara İli Yenimahalle İlçesi Anadolu mahallesinde aile içi yaşlı istismarının saptanması [Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2006.
9. Aslan D. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler, 2012. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasl%C4%B1saglgiyeni16.7.2012.pdf Erişim Tarihi: 22.07.2016
10. WHO. Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> Erişim Tarihi: 22.07.2016
11. Bilir N, Erbaydar NP. Yaşlılık Sorunları. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 1528-1540
12. TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar 2014. www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=265 Erişim Tarihi: 05.03.2014
13. United Nations. World Population Ageing 2015. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf Erişim Tarihi: 01.08.2016
14. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Derg. 2012;25(3):1-3.

15. TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>
Erişim Tarihi: 01.08.2016
16. Şengelen M. Yaşlılarda sık görülen hastalıklar; korunma ilkeleri ve hastalıkların erken tanısı konusunda öneriler. Türk Geriatri Derneği. Geriatri ve Gerontoloji, 2010
http://www.geriatrihernegi.org.tr/pdf/geriatri_gazetesi.pdf Erişim Tarihi:06.08.2016
17. Kanuncu S. Yaşlanma ve sosyal sağlık. Türk Geriatri Derneği, Geriatri ve Gerontoloji Haberleri, 2010. http://www.geriatrihernegi.org.tr/pdf/geriatri_gazetesi.pdf Erişim Tarihi: 06.08.2016
18. Şahin S, Boyacıoğlu H, Taşar PT, Kozan E. ve ark. Bornova ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri nüfustaki fonksiyonel bağımlılık oranları. Ege Tıp Dergisi 2016;55(2):65
19. Bahar G, Bahar A, Savaş HA. Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg. 2009;4(12):85–98.
20. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar Fİ. Yaşlı istismarı ve ihmali. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008;15(1):68–75
21. Gulen M, Acehan S, Kaplan D, Icme F, Segmen MS, Avci A. Is It Anaphylaxis or Elder Abuse? J Acad Emerg Med Case Rep. 2015;6(1):4–6.
22. NCEA, APHSA. The National elder abuse incidence study, 1998. http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf Erişim Tarihi: 09.08.2016
23. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. J Am Geriatr Soc. 2015; 63(6):1214–38.
24. O’Keeffe M, Hills A, Doyle M, McCreadie C, et al. UK study of abuse and neglect of older people Prevalence survey report, 2007. <https://www.newcastle.gov.uk/wwwfileroot/legacy/socialservices/adults/AEApvalencestudy.pdf> Erişim Tarihi: 09.08.2015
25. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. Age Ageing. 2012 Jan 1;41(1):98–103.
26. WHO. Abuse and health among elderly in Europe, 2010. <http://www.hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/ABUEL.pdf>. Erişim Tarihi:04.02.2014
27. Cadmus EO, Owoaje ET. Prevalence and correlates of elder abuse among older women in rural and urban communities in South Western Nigeria. Health Care Women Int. 2012;33(10):973–84.
28. Chokkanathan S. Factors associated with elder mistreatment in rural Tamil Nadu, India: a cross-sectional survey. Int J Geriatr Psychiatry. 2014;29(8):863–9.

29. Dong X. Elder Self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 2009;302(5):517.
30. Morowatisharifabad MA, Rezaeipandari H, Dehghani A, Zeinali A. Domestic elder abuse in Yazd, Iran: a cross-sectional study. *Health Promot Perspect*. 2016;6(2):104–10.
31. Artan T. Aile içi fiziksel yaşlı istismarı [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]:İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 1996.
32. Aslan H. Yaşlıların istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve etkileyen faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. [Malatya]:İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği; 2012.
33. Kıssal A, Beşer A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in İzmir, Turkey. *Soc Work Health Care*. 2011;50(2):158–75.
34. Keskinoglu P, Pıçakçife M, Bilgiç N, Giray H, et al. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in İzmir, Turkey. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(4):719.
35. Ergin F, Kiraz ED, Saruhan G, Benli C, et al. Prevalence and risk factors of elder abuse and neglect in a western city of Turkey: a community based study. *Bull Transylvania Univ Braşov Ser VI Med Sci*. 2012;5(54):33–50.
36. Şahin BB, Özyurt C. Manisa’da kırsal ve kentsel iki bölgede yaşayan yaşlılarda istismar sıklığı ve etkileyen faktörler. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 1087,2015, Konya.
37. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen MS ve ark. Yaşlı istismarı ve ihmali. *Arşiv Kaynak Tarama Derg* 2013;22(3).
38. Öztürk YK, Düzenli E, Karali C, Öztürk F. Yaşlılarda fiziksel şiddet: Acil servise başvuruların analizi. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 2016 .
39. Artan T. Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda yaşlı istismarının bir türü olarak ekonomik istismar. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg*. 2016;3(1):48.
40. Kalaycı I, Yazıcı SÖ, Şenkaynağı A. Yaşlı yakınlarının şiddet algısı (Süleyman Demirel Hastanesi Örneği). *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2015(1):22-33
- 41.WHO. World report on violence and health, 2002. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf Erişim Tarihi: 10.08.2016
42. Toğlu Z. Yeni Türk anayasa taslağının 1982 Anayasası ile karşılaştırılması: Yeni eklenen maddelerin değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2009. <http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/1792> Erişim Tarihi 15.08.2016
43. T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü. Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, 2013. eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/blob.docx. Erişim Tarihi: 15.08.2016

44. Türk Ceza Kanunu. <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5237.htm> Erişim Tarihi: 16.08.2016
45. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2014. [//www.tuik.gov.tr/VeriTabanlari.do?ust_id=109&vt_id=28](http://www.tuik.gov.tr/VeriTabanlari.do?ust_id=109&vt_id=28) Erişim Tarihi: 18.08.2015
46. Martínez JLO. Elder Abuse in the Family in Spain http://www.inpea.net/images/Spain_Report_2008_Elder.pdf Erişim Tarihi: 10.08.2015
47. Alonso J, Orfila F, Ruigomez A, Ferrer M, et al. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *Am J Public Health*. 1997;87(3):365–370.
48. Yardımcı E. İstanbul’da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]:İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı;1995.
49. Erkoyun İE. İzmir İli Balçova İlçesi’nde yaşayan 65-79 yaş bireylerde sarkopeni riski ve etkileyen etmenler [Uzmanlık Tezi]. [İzmir]:Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2015.
50. Keskin HŞ. Toplumlarda yaşayan yaşlılarda sarkopeni ve risk etmenleri [Doktora Tezi]. [İzmir] Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2016.
51. Lindert J, Luna J, Torres-Gonzales F, Barros H, et al. Abuse and neglect of older persons in seven cities in seven countries in Europe: a cross-sectional community study. *Int J Public Health*. 2013;58(1):121–32.
52. Abdel Rahman TT, El Gaafary MM. Elder mistreatment in a rural area in Egypt: EM in a rural area in Egypt. *Geriatr Gerontol Int*. 2012;12(3):532–7.
53. Şimşek H, Doğanay S, Budak R, Uçku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol INT*. 2014;14(4):960–8.
54. Özyurt BC, Tunç B, Hatipoğlu S. Yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumları: Manisa’da bir kentsel ve kırsal bölge örneği. *Akad Geriatri Derg*. 2013.
55. Çınar Ö, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Prev Med Bull*. 7(5):399–404.
56. Şimşek H, Kılıç B. Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Turk J Public Health*. 2012;10(2):116.
57. Erdoğan T, Tunca H. Dahiliye polikliniğine başvuran geriatric hastaların çok yönlü fonksiyonel değerlendirilmesi ve beslenme durumlarının irdelenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016;38.
58. Ajdukovic M, Ogresta J, Rusac S. Family violence and health among elderly in Croatia. *J Aggress Maltreatment Trauma*. 2009;18(3):261–79.

59. Sasaki M, Arai Y, Kumamoto K, Abe K, et al. Factors related to potentially harmful behaviors towards disabled older people by family caregivers in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(3):250–7.
60. Yadav UN, Paudel G. Prevalence and associated factors of elder mistreatment: a cross sectional study from urban Nepal. *Age Ageing*. 2016; 1–5
61. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 2010;100(2):292–297.
62. DeLiema M, Gassoumis ZD, Homeier DC, Wilber KH. Determining prevalence and correlates of elder abuse using promoters: Low-income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(7):1333–9.
63. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, et al. Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *J Elder Abuse Negl*. 2009;21(1):1–14.
64. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in people's Republic of China: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2012;7(3):e33857.
65. Lafferty A, Fealy G, Downes C, Drennan J. The prevalence of potentially abusive behaviours in family caregiving: findings from a national survey of family carers of older people. *Age Ageing*. 2016;1-5.
66. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, et al. Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population-based study. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(9):1906–12.
67. Carmona-Torres JM, López-Soto PJ, Coimbra-Roca AI, Gálvez-Rioja RM, et al. Elder abuse in a developing area in Bolivia. *J Interpers Violence*. 2015; 1–18
68. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Mino-León D. Abuse in Mexican older adults with long-term disability: National prevalence and associated factors. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(8):1594–600.
69. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(2):203–14.
70. Lowenstein A, Eisikovits Z, Band-Winterstein T, Enosh G. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first National prevalence survey in Israel. *J Elder Abuse Negl*. 2009;21(3):253–77.
71. Dong X, Simon MA, Gorbien M, Percak J, et al. Loneliness in older Chinese adults: A risk factor for elder mistreatment: loneliness and elder mistreatment in urban China. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(11):1831–5.

72. Lee M. Caregiver stress and elder abuse among Korean family caregivers of older adults with disabilities. *J Fam Violence*. 2008;23(8):707–12.
73. Herr M, Arvieu J-J, Aegerter P, Robine J-M, et al. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):808–13.
74. Age UK love Later Life. Older people with care needs not getting crucial help <http://www.ageuk.org.uk/latest-press/archive/older-people-care-needs-not-getting-help/>
Erişim Tarihi:09.09.2016
75. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, et al. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: The South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence*. 2011;26(15):2947–72.
76. Fileborn B. Sexual assault and justice for older women: A critical review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2016;1-12.
77. Chompunud MS, Charoenyooth C, Palmer MH, Pongthavornkamol K, et al. Prevalence, associated factors and predictors of elder abuse in Thailand. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2010;14(1):283–296.
78. Lichtenberg PA, Stickney L, Paulson D. Is psychological vulnerability related to the experience of Fraud in older adults? *Clin Gerontol*. 2013;36(2):132–46.
79. Beach SR, R. S, Sneed R. Associations Between Social Support, Social Networks, and Financial Exploitation in Older Adults. *J Appl Gerontol*. 2016;1-22
80. Burnett J, Jackson SL, Sinha AK, Aschenbrenner AR, et al. Five-year all-cause mortality rates across five categories of substantiated elder abuse occurring in the community. *J Elder Abuse Negl*. 2016;28(2):59–75.
81. Hansen MC, Flores DV, Coverdale J, Burnett J. Correlates of depression in self-neglecting older adults: A cross-sectional study examining the role of alcohol abuse and pain in increasing vulnerability. *J Elder Abuse Negl*. 2016;28(1):41–56.
82. Dong X, Simon MA. Association between elder self-neglect and hospice utilization in a community population. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(1):192–8.
83. Mortimer J, Green M. Briefing: The health and care of older people in England [http://www.cpa.org.uk/cpa/docs/AgeUK-Briefing-The Health and Care of Older People in England-2015.pdf](http://www.cpa.org.uk/cpa/docs/AgeUK-Briefing-The%20Health%20and%20Care%20of%20Older%20People%20in%20England-2015.pdf) Erişim Tarihi:09.09.2016
84. Küçük M. Problems encountered by the Senior Local Population in rural Areas: A research on Konya Province Derebucak District. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sos Bilim Derg*. 2016;18(1):29–48.
85. Kshetri DBB, Smith WCS. Self-reported health problems, health care utilisation and unmet health care needs of elderly men and women in an urban municipality and a rural area of Bhaktapur District of Nepal. *Aging Male*. 2011;14(2):127–31.

8. EKLER

EK 1: Veri Toplama Formu

“YAŞLILARDA İHMAL, İSTİSMAR VARLIĞI VE ETKİLEYEN ETMENLER” ÇALIŞMASI

Veri Toplama Formu

Sayın katılımcı; bu çalışma Balçova ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerde istismar, ihmal varlığı ve etkileyen etmenleri belirlemek için yapılmaktadır. Çalışmaya katılım zorunlu değildir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz durumda size sosyoekonomik özelliklerinize, ihmal ve istismara ilişkin sorular sorulacaktır. Veriniz toplanırken ad-soyad kaydedilmeyecektir. İstedığınız aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Veriyi toplayan kişinin adı- soyadı:

Sıra no:

Tarih:

1. Cinsiyet 1. Kadın 2. Erkek

2. Doğum tarihiniz (*kimliğe bakarak yazılacaktır*)

3. Öğrenim durumunuz (*bitirdiği okula göre işaretleyiniz*)

1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite ve üzeri

4. Medeni durumunuz

1. Evli 2. Dul 3. Boşanmış 4. Hiç evlenmemiş

5. Çalışma durumunuz

1. Emekli, çalışıyor 2. Emekli, çalışmıyor 3. Emekli değil, çalışıyor 4. Emekli değil, çalışmıyor

6. Hayatınız boyunca en uzun süre yaptığınız iş

1. İşsiz, ara sıra iş buldukça çalışıyorum/çalıştım
2. Özelde ya da kamuda bir başkasının işinde ücretli-maaşlı olarak çalışıyorum/çalıştım
3. Kendi işine sahip ve yanında başkasını çalıştırmıyorum/çalıştırmadım
4. Kendi işine sahip ve yanında başkasını çalıştırıyorum/çalıştırdım
5. Topraksız köylü ve başkasının toprağında çalışıyorum/çalıştım
6. Kendi toprağım var, kendim işliyorum/işledim
7. Kendi toprağım var ve işçi de çalıştırıyorum/çalıştırdım
8. Çalışmıyorum/ ev kadınıyım

7. Sosyal güvenceniz nedir?

1. Yok 2. SSK 3. BAĞ KUR 4. Emekli sandığı 5. 65 Yaş aylığı (Muhtaçlık aylığı)
6. Gazi maaşı 7. Diğer....

8.Geliriniz ihtiya clarınızı karŐılıyor mu?

1. Gelirim giderimden çok 2. Gelirim giderime eşit 3. Gelirim giderimden az

9. Herhangi bir devlet kurumlarından(kaymakamlık vb.) yardım alıyor musunuz?

- 0.Hayır 1. 65 yaş aylığı 2. Engelli aylığı 3. Bakım parası 4. Diğer.....

10.Devletten giyecek, yakacak, yiyecek gibi temel gereksinimler için yardım alıyor musunuz?

- 0.Hayır 1. Belediye 2.Kaymakamlık 3.Diğer.....

11. YaŐadıđınız ev kimin?

- 1.Kira 2. Kendimin/eŐimin 3.  ocuklarımın 4. Akrabaların

12.Evde yaşayan kişi sayısı

13. Kiminle yaŐıyorsunuz?

1. Yalnız 2. EŐimle 3. EŐimle ve çocuklarımla 4. Çocuklarım ve torunlarımla
5.EŐim, ocuklarım ve torunlarım 6. Akrabalarımla 7. ArkadaŐımla
8. Diğer(belirtiniz)

14. Kendine ait özel odanız var mı? 1. Var 2.Yok

15. Yaşayan kaç çocuğunuz var..... (..... kadın, erkek)

16. Yardıma gereksinimiz olduğunda arayabileceğiniz, size destek olabilecek biri var mı?

1. Evet 2. Hayır

17. Genelde sosyal aktivitelere (spor, kahvehane, geziler, arkadaşlarla toplantı) katılır mısınız?

- 1.Evet 2.Hayır

18.Doktor tarafından tanısı konan herhangi bir  z r n z var mı? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

0. Yok 1. Görme kaybı 2. İŞitme kaybı 3. Bedensel  z r

19. Doktor tarafından tanı konan sürekli kontrol altında olmanızı ya da tedavi almanızı gerektiren bir hastalığınız var mı? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

0. Yok
1. Kalp hastalığı
2. Yüksek tansiyon
3. Őeker hastalığı
4. Kanser
5. Alzheimer/Demens (unutkanlık)
6. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
7. Parkinson

8. Depresyon
9. Diğer (belirtiniz).....

20.Son 6 ay içerisinde reçete yazdırmak dışında doktora gittiniz veya evde sağlık hizmeti aldınız mı?

0.Hayır 1.Evet

21. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4.Orta 5.Kötü

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	0 PUAN (BAĞIMSIZ)	1 PUAN (BAĞIMLI)	Kim yapıyor 1.Aile bireyleri 2.Bakım veren 3.Kamu Kurumu (Sosyal hizmet, Belediye)
22.Yardımsız duş alabiliyor veya banyo yapabiliyor musunuz?	0.Evet(vücudun sadece bir bölümü için yardım alınabilir)	1.Hayır	23.
24.Yardımsız giyinip soyunabiliyor musunuz?	0.Evet(Ayakkabı bağlamak için yardım alınabilir)	1.Hayır	25.
26.Tek başınıza tuvalete gidip ihtiyaçlarınızı karşılayabiliyor musunuz?	0.Evet (baston veya yürüteç desteği, gece sürgü olabilir)	1.Hayır	27.
28.Tek sandalyeden, başınıza yataktan kalkıp oturabiliyor musunuz?	0.Evet(baston ve yürüteç kullanılabilir)	1.Hayır	29.
30.Çok nadir kazalar dışında idrarınızı ve dışkıınızı kaçırmadan tutabiliyor musunuz?	0.Evet	1.Hayır	31.
32.Tek başınıza yemek yiyip, su içebiliyor musunuz?	0.Evet(Et kesmek veya ekmeğe yağ sürmek için yardım alınabilir)	1.Hayır	33.

Aşağıdaki indeksteki ilk üç soru yaşlıya sorulacak son üç sorunun yanıtı sizin gözleminizle doldurulacak.

	0 puan	1 Puan
34.Banyo sıklığı	Haftada 1-daha sıklıkta	8 gün-1 ay
35.Tırnak kesme sıklığı	15 günden az	15-60 gün
36. İç çamaşır değiştirme sıklığı	Haftada 1- daha sıklıkta	8-20 gün
37. Tırnak hijyeni	Kısa ve temiz	Hafif uzamış-Biraz kirli
38.Vücut kokusu	Yok-Çok az hoş olmayan koku	Belirgin hoş olmayan koku
39.Dış görünüm	Saç taranmış, giysiler temiz-düzenli	Saç ve giysiler dağınık

-65 yaşınızdan sonra

	1.Evet 2.Hayır
40.Çocuklarınızla/ yakınlarınızla istediğiniz sıklıkta görüşebiliyor musunuz, onlar sizi görmeye geliyor mu?	1.Evet 2.Hayır
41.Evdeki işleri yaparken yardıma ihtiyaç duyduğunuzda aile bireylerinden/yakınlarınızdan yardım alabiliyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
42.Ev dışındaki işlerinizi yaparken(alışveriş, gezinti, doktora gitme) gibi ihtiyaç duyduğunuzda aile bireylerinden/yakınlarınızdan yardım alabiliyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
43.Gözlük, işitme cihazı, baston, takma diş gibi ihtiyaçlarınız karşılayamadığınız zamanlarda aile bireyleri tarafından karşılanıyor mu?	1.Evet 2.Hayır

İSTİSMAR SORULARI

- 65 yaşınızdan sonra ailenizden, bakıcınız, komşunuz gibi sürekli vakit geçirdiğiniz kişilerden biri
- Evet ise, Kimdi?

	1.Evet 2.Hayır	Kim (Birden çok seçenek işaretlenebilir) 1.Eşi 2.Kızı 3.Oğlu 4. Gelini 5. Damadı 6. Komşusu 7. Bakıcısı 8. Arkadaşı 9.Akraba olmayan (yaşlının bildiği kimseler) 10. Evdeki yardımcı 11. Tıbbi uzmanlar 12. Diğer.....
44.Tokat atma, sopayla vurma, itme, dövme gibi şiddet şekillerinden herhangi birini size uyguladı mı?		45.
47.Tokat atma, sopayla vurma, itme, dövme gibi şiddet şekillerinden herhangi birini size uygulamaya yeltendi mi?		48.
50.Aşağılayan, küfreden bağırان veya tehdit eden oldu mu?		51.
53.Siz istemediğiniz halde yaşantınızla ilgili kararlara(nasıl, nerede olmanız, ne yapmanız gibi)karışıyor/müdahale ediyor mu?		54.
56.Sizi hiç kimsenin istemediğini hissettiğiniz anlar oluyor mu?		57.
59.Zorla veya kandırarak paranız/emekli maaşınız/mal/mülk/arazinizi aldı mı?		60.
62.İsteğiniz dışında sizi cinsel hareketlere (öpmek, dokunmak, cinsel saldırı) zorlayan oldu mu?		63.

EK-2. Etik Kurul Onay Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/27-11	Tarih: 03.12.2015
Doç.Dr.Hatice Şimşek KESKİN'in sorumlusu olduğu "Yaşlılarda İhmal, İstismar Varlığı ve Etkileyen Etmenler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	*Toplantıda bulunmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU çalışmada yardımcı araştırmacı olduğundan araştırma dosyası görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.