

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YAŞLI SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**  
**YAŞLI SAĞLIĞI VE BAKIMI DİSİPLİNLERARASI DOKTORA PROGRAMI**

**YAŞLILARDA İHMAL VE İSTİSMAR İLE İLİŞKİLİ**  
**FAKTÖRLER-**  
**İZMİR İLİNDEN BİR ÖRNEK**

**SAADET ÇİSEN ERYİĞİT**  
**DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL**

**AYDIN-2022**

## KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Saadet Çisen ERYİĞİT tarafından hazırlanan “Yaşlılarda İhmal ve İstismar ile İlişkili Faktörler- İzmir İlinden Bir Örnek” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09/05/2022

Üye (T.D.)	Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	Prof. Dr. Nefati KIYLIOĞLU	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	Doç. Dr. Sevnaz ŞAHİN	Ege Üniversitesi
Üye	Doç. Dr. Hüseyin ELBİ	Manisa Celal Bayar Üniversitesi

### ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ..... tarih ve ..... sayılı oturumunda alınan ..... nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

## TEŞEKKÜR

Yaşlı sağlığı ve bakımı doktora eğitimim boyunca, akademik bilgisini ve deneyimini bizimle paylaşan, aynı zamanda tez çalışmamda ilgisini ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım sayın Prof. Dr. Güzel Dişçigil'e teşekkür ederim.

Tez yazım sürecinde katkı ve eleştirileri ile yol gösteren sayın Prof. Dr. Rahşan Çevik Akyıl'a ve sayın Prof. Dr. Nefati Kıyılıoğlu'na teşekkür ederim.

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine teşekkürü bir borç bilirim.

Doktora eğitimim sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen Aydın/ Efeler 7 nolu Aile Sağlığı Merkezi'ndeki değerli çalışma arkadaşlarım sayın Dr. Davut Çetin'e ve sayın Dr. Sebahattin Özdemir'e teşekkür ederim.

Öğrenme sevgisini ve bilimsel düşünme yetisini kazandıran başta ailem olmak üzere, eğitim hayatım boyunca emeği geçen tüm öğretmenlerime sevgi ve saygılarımı sunarım.

Son ve en zorlu dönemde sevgisi, hoşgörüsü ve desteği ile yanımda olan müstakbel eşime teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET .....	ix
ABSTRACT .....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Tanımı, Türleri, Önemi .....	3
2.1.1. Fiziksel İstismar.....	3
2.1.2. Duygusal /Psikolojik İstismar.....	4
2.1.3. Cinsel İstismar .....	4
2.1.4. Ekonomik İstismar.....	4
2.1.5. Yaşlı İhmali .....	5
2.2. Yaşlı İstismar ve İhmali Prevalansı .....	5
2.3. İstismar ve İhmalin Nedenleri ve Risk Faktörleri .....	8
2.3.1. Yaşlı Erişkine Ait Risk Faktörleri .....	8
2.3.1.1. İzolasyon.....	9
2.3.1.2. Fiziksel Yetersizlik .....	10
2.3.1.3. Bilişsel Bozukluk.....	11
2.3.1.4. Bağımlılık .....	11
2.3.1.5. Psikolojik Sağlık Sorunları .....	12

2.3.1.6. Düşük Gelir Düzeyi .....	12
2.3.2. Bakım Veren Kişiyeye Ait Risk Faktörleri .....	14
2.3.3. Toplumsal Risk Faktörleri .....	15
2.3.4. Kurum İçerisindeki İstismar ve İhmalin Nedenleri .....	15
2.4. İstismar ve İhmalin Sonuçları .....	16
2.5. İstismar ve İhmalin Belirtileri .....	16
2.5.1. Fiziksel İstismara Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri.....	16
2.5.2. Psikolojik İstismara Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri .....	16
2.5.3. Cinsel İstismara Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri .....	17
2.5.4. Ekonomik İstismara Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri.....	17
2.5.5. İhmale Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri.....	17
2.7. İstismar ve İhmalin Ölçümü .....	20
2.8. Türkiye’de Yaşlılara Ait Güncel İstatistikler .....	21
2.9. Covid-19 Salgını ve Yaşlı İstismarı .....	22
2.10. İstismar ve İhmalin Önlenmesi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Çalışmanın Amacı .....	26
3.2. Çalışmanın Hipotezi .....	26
3.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi .....	26
3.4. Araştırmanın Yöntemi .....	27
3.4.1. Araştırmanın Türü .....	27
3.4.2. Araştırmanın Tasarımı .....	27
3.4.3. Araştırmaya Katılma ve Dışlanma Kriterleri.....	27
3.5. Kullanılan Ölçekler ve Testler.....	27
3.5.1. İstismar Taraması .....	28
3.5.2. Yalnızlık ve İzolasyonun Ölçümü .....	29

3.5.3. Fonksiyonel Yeterliliğin Değerlendirilmesi .....	30
3.5.4. Bilişsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi .....	30
3.5.5. İstatistiksel Analiz .....	30
4. BULGULAR .....	32
4.1. Çalışmaya Katılan Yaşlıların Özellikleri.....	32
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler .....	32
4.1.2. Yaşlıların Sağlık Profili .....	34
4.1.3. Yaşlıların Bilişsel ve Fonksiyonel Yeterlilikleri .....	35
4.1.4. Yaşlıların Yalnızlık Durumu .....	36
4.1.5. Yaşlıların İstismar ve İhmal Durumu .....	37
4.2. Yaşlıların İstismar ve İhmal Durumu ile İlişkili Faktörler .....	40
4.2.1. İstismar ve İhmalin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi .....	40
4.2.2. İstismar ve İhmalin Yaşlıların Sağlık Profili ile İlişkisi .....	42
4.2.3. İstismar ve İhmalin Bilişsel ve Fonksiyonel Yeterlilik ile İlişkisi .....	44
4.2.4. İstismar ve İhmalin Yalnızlık Durumu ile İlişkisi .....	45
4.2.5. Yaşlıların Yalnızlık Durumu ve İlişkili Faktörler .....	46
4.3. İstismarla İlişkili Bulunan Faktörlerin Risk Analizleri .....	49
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Yaşlılarda Yalnızlık ve Yanlızlığın İstismar-İhmalle İlişkisi.....	50
5.2. Yaşlılarda Demografik Özelliklerin İstismar-İhmalle İlişkisi .....	53
5.2.1. Cinsiyet.....	54
5.2.2. Yaş .....	55
5.2.3. Gelir Düzeyi .....	56
5.2.4. Eğitim Düzeyi.....	57
5.3. Kronik Hastalıkların İstismar ve İhmal ile İlişkisi .....	57
5.4. Fonksiyonel ve Bilişsel Yetersizliğin İstismar ve İhmal ile İlişkisi .....	59

6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER .....	79
Ek 1: Anket Formu .....	79
Ek 2: Saat Çizme Testi .....	81
Ek 3: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	82
Ek 4: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği .....	83
Ek 5: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.....	84
Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	85
Ek 7: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Yazısı.....	88
Ek 8: İzmir Konak İlçe Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni .....	89
BİLİMSEL ETİK BEYANI .....	91
ÖZ GEÇMİŞ.....	92

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ADL</b>	: Activities of Daily Living
<b>AMA</b>	: American Medical Association
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GYA</b>	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>H/S-EAST</b>	: Hwalek&Sengstock Elder Abuse Screening Test
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
<b>NCEA</b>	: National Center of Elder Abuse
<b>SÇT</b>	: Saat Çizme Testi
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>YİYÖ</b>	: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Yaşlı istismarı prevalansı. ....	7
<b>Tablo 2.</b> Yaşlıların sosyodemografik özellikleri.....	33
<b>Tablo 3.</b> Yaşlıların sağlık profili.....	35
<b>Tablo 4.</b> Yaşlıların bilişsel ve fonksiyonel yeterlilik durumu. ....	36
<b>Tablo 5.</b> Yaşlıların yalnızlık durumu. ....	37
<b>Tablo 6.</b> İstismar risk gruplarına göre yaşlıların sosyodemografik verileri.....	39
<b>Tablo 7.</b> İstismar risk gruplarına göre yaşlıların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması. .....	41
<b>Tablo 8.</b> İstismar risk gruplarına göre yaşlıların kronik hastalıkları ve engellilik durumları. .	43
<b>Tablo 9.</b> İstismar risk gruplarına göre yaşlıların bilişsel ve fonksiyonel yeterlilikleri. ....	45
<b>Tablo 10.</b> İstismar risk gruplarına göre yalnızlık ölçeği skorları.....	45
<b>Tablo 11.</b> İstismar risk gruplarına göre yaşlıların yalnızlık durumları. ....	46
<b>Tablo 12.</b> Yalnızlık durumlarına göre yaşlıların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması. .....	47
<b>Tablo 13.</b> Yalnızlık durumlarına göre yaşlıların bilişsel ve fonksiyonel yeterliliklerinin karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 14.</b> Yalnızlık durumlarına göre yaşlıların istismar durumlarının karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 15.</b> İstismarla ilişkili bulunan faktörlerin risk analizleri. ....	49

## ÖZET

### YAŞLIDA İHMAL VE İSTİSMAR İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER- İZMİR İLİNDEN BİR ÖRNEK

**Eryiğit S. Ç. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Yaşlı Sağlığı ve Bakımı Programı, Doktora Tezi, Aydın, 2022.**

**Amaç:** Bu araştırma, bölgemizdeki yaşlılarda ihmal ve istismar risk sıklığını tespit etmek, riskin demografik özellikler, hastanın bilişsel ve fonksiyonel yeterliliği, bağımlılık durumu, yalnızlık/ sosyal izolasyon durumu ile ilişkisini saptamak ve bu faktörlerin riski ne oranda etkilediğini açığa çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı-kesitsel olarak Ekim 2019-Haziran 2021 tarihleri arasında, İzmir ili Konak ilçesi 24 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, 65 yaş ve üzeri 249 gönüllü üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni 1180, örnekleme 308 kişiydi. Yaşlıların demografik özellikleri ve sağlık profilleri bir anket formu ile bilişsel düzeyleri Saat Çizme Testi ile, fonksiyonel yeterlilik/ bağımlılık düzeyleri Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile, yalnızlık düzeyleri Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği ile, istismar riskleri ise Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi ile değerlendirildi. İstismar riskine göre iki gruba ayrılan yaşlıların demografik özellikleri, kronik hastalıkları, engellilik halleri, bağımlılık düzeyleri bilişsel düzeyleri ve yalnızlık durumları karşılaştırıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Chi-square testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U testi kullanıldı. Risk analizi için logistik regresyon modeli kullanıldı. Tüm testlerde  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza 161'i kadın (%64,7), 88'i erkek (%35,3) olmak üzere toplam 249 kişi dâhil edildi. Katılımcıların yaşları 65 ile 92 arasında değişmekteydi ve yaş ortalamaları 75'ti. Eğitim ve gelir düzeyi Türkiye yaşlı nüfus ortalamalarının üzerindeydi. Çalışmamızdaki yaşlıların %32,5'i yalnız, %64,7'si eş ve/ veya çocuklarıyla yaşamaktaydı. %95,2'sinin en az bir kronik hastalığı vardı, %18,5'i engelliydi. Saat Çizme testine göre %60,2'sinin bilişsel düzeyi iyi, %35,3'ününse yetersiz bulundu (%4,5'i değerlendirilemedi). Yaşlıların %94,8'i

fonksiyonel olarak tam bağımsız, %5,2'si bağımlı olarak değerlendirildi. Yaşlıların %39,4'ü kendini yalnız bulmuyor, %55'i kısmi yalnızlık tanımlıyor, %4,4'ü kendini ciddi yalnız, %1,2'si ise çok ciddi yalnız buluyordu. Araştırmaya katılanların 27'sinde (%10,8) istismar riskine rastlandı. Çoklu lojistik regresyon analizleri sonucunda, duygusal ve sosyal yalnızlığın ve solunum sistemi hastalıklarının istismar riskini öngörmeye anlamlı olduğu saptandı. İstismar için en önemli risk faktörü olarak yalnızlık bulundu. Ciddi yalnızlık tanımlayanlarda istismar riskinin yalnızlık tanımlamayanlara göre 3,9 kat artmış olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Yaşlılıkta duygusal ve sosyal yalnızlığın, istismar ve ihmal üzerindeki en önemli risk faktörü olduğu sonucuna ulaşıldı.

**Anahtar kelimeler:** İhmal, İstismar, Yalnızlık, Yaşlı.

## ABSTRACT

### FACTORS RELATED TO NEGLECT AND ABUSE IN THE ELDERLY- A SAMPLE FROM İZMİR

**Eryiğit S. Ç. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Interdisciplinary Elderly Health and Care Program, PhD Thesis, Aydın, 2022.**

**Objective:** This research was carried out to determine the risk of neglect and abuse in the elderly in our region, to determine the relationship between the risk and the demographic characteristics, cognitive and functional competence of the elderly, addiction status, loneliness / social isolation status, and to reveal how these factors affect the risk.

**Material and Methods:** The descriptive-cross-sectional study was carried out on 249 volunteers aged 65 and over, registered in the Family Health Center No. 24 in Konak, Izmir, between October 2019 and June 2021. The population of the research was 1180 people and the sample was 308 people. The demographic characteristics and health profiles of the elderly were determined by a questionnaire, their cognitive levels were determined by the Clock Draw Test, functional competence/dependence levels were determined by Katz's Activities of Daily Living Scale, loneliness levels were determined by the Loneliness Scale for the Elderly, and abuse risks were determined by the Hwalek-Sengstock Elderly Abuse Screening Test. Volunteers were divided into two groups according to the Hwalek-Sengstock Elderly Abuse Screening Test and were compared according to their demographic characteristics, chronic diseases, disability, addiction levels, cognitive levels, and loneliness status. Chi-square test and Fisher's Exact test were used to compare categorical data. The Mann-Whitney U test was used to compare continuous variables that did not fit the normal distribution. Logistic regression model was used for risk analysis.  $P < 0.05$  was considered statistically significant in all tests.

**Results:** A total of 249 people, 161 of whom were female (64.7%) and 88 were male (35.3%), were included in our study. The ages of the participants ranged from 65 to 92, with a mean age of 75. Education and income levels were above the average of the elderly population in Turkey. 32.5% of the elderly in our study lived alone, 64.7% with their spouse and/or children. 95.2% of them had at least one chronic disease, 18.5% of them were disabled. According to the Clock

Drawing test, 60.2% of them had good cognitive levels and 35.3% were found insufficient (4.5% could not be evaluated). 94.8% of the elderly were functionally independent and 5.2% were considered dependent. 39.4% of the elderly did not find themselves alone, 55% described partial loneliness, 4.4% found themselves seriously lonely and 1.2% very seriously lonely. Risk of abuse was found in 27 (10.8%) of the participants. As a result of multiple logistic regression analyzes, emotional and social loneliness and respiratory system diseases were found to be significant in predicting the risk of abuse. Loneliness was found to be the most important risk factor for abuse. It was determined that the risk of abuse was increased 3.9 times in those who defined severe loneliness compared to those who did not define loneliness.

**Conclusion:** It was determined that emotional and social loneliness in elderly is the most important risk factor for abuse and neglect.

**Keywords:** Abuse, Elderly, Loneliness, Neglect.

# 1. GİRİŞ

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yaşlılar hızla artan bir nüfusu oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2021) verilerine göre ülkemizde, 2020 yılında, nüfusun %9,5’i 65 yaş ve üzerindedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9; 2040 yılında %16,3 olması beklenmektedir.

Değişen toplumsal yapı ile geniş aileler yerini çekirdek aileye bırakmış, kadının iş gücüne katılması da eklenince, yaşlılar sıklıkla aile desteğinden yoksun kalmıştır (Keskinoglu, 2004). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yalnız ya da bakıcısı ile birlikte yaşayan yaşlı sayısı artış göstermektedir. Yine de her dört haneden birinde en az bir yaşlı fert bulunmaktadır (TÜİK, 2021). Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı olarak geçirilen yılların uzunluğu, birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bunlardan biri istismar ve ihmaldir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2020 yılı içinde, toplumda 60 yaş üzeri her 6 kişiden birinin istismarın herhangi bir türüne maruz kaldığını belirtiyor (WHO, 2021). Ülkemizde yapılan araştırmalarda yaşlı istismarı sıklığı konusunda farklı rakamlara ulaşılmıştır. Toplumda yaşayan ve kurumlarda kalan yaşlılar arasında da belirgin farklılıklar söz konusudur.

Yaşlı bir kişinin istismara uğrama potansiyelini artırabilecek risk faktörleri, bireysel özelliklere, bireyin ailesi ve yakınları ile olan ilişki durumuna, toplumsal ve sosyo-kültürel özelliklere göre değişkenlik gösterir. Çalışmalar istismara uğrayan yaşlıların çoğunun, kadın cinsiyette, bilişsel olarak zayıf, fiziksel sağlığı kötü ve bir başkasına bağımlı olduklarını göstermektedir (Barker ve Himchak, 2006; Namkee ve James, 2000).

İstismar ve ihmal konusu, gerek kapalı aile yapısı, gerek yaşlının sesini duyurabileceği platformların azlığı nedeniyle üzerinde az çalışılmış; ancak çalışılması gereken bir halk sağlığı sorunudur. Sorunun varlığı çoğu zaman istismara uğrayan yaşlı tarafından, istismarcı tarafından, hatta toplum ve sağlık sunucuları tarafından inkâr edilmekte, gizlenmekte ya da görmezden gelinmektedir (Özçakar, 2017). Oysa yaşlının korunması, konu hakkında toplumsal farkındalığın oluşturulması ve çözüme yönelik projeler geliştirilmesi için önce sorunu, soruna zemin hazırlayan durumları ortaya koymamız ve kimlerin risk altında olduğunu belirlememiz gerekmektedir. Son yıllarda riski belirlemede ölçekler ve tarama testleri geliştirilmeye başlanmıştır; ancak bunlar, pratik kullanıma henüz yeni yeni girmektedir (Özçakar, 2017). Biz de bu ölçeklerden birini kullanarak bölgemizde bir risk belirleme çalışması tasarladık. Yaşlıya

ait demografik özelliklerin, yaşının sağlık profilinin, kronik hastalıklarının, bilişsel ve fonksiyonel yeterliliğinin ve yalnızlık durumunun istismar ve ihmal ile ilişkisini araştırdık. Bu çalışmanın istismar açısından riskli yaşlıların saptanmasında ve istismar ile mücadelede yol gösterici olmasını amaçlıyoruz.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Tanımı, Türleri, Önemi

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toronto Deklarasyonu'na göre yaşlı istismarı “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2002). “Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış” olarak da tanımlanabilmektedir (Uysal, 2002).

Yaşlı ihmali ise bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), yaşlının günlük gereksinmelerini karşılamamasıdır (Keskinoğlu ve diğerleri, 2004; Wolf, 1998). Yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması veya yetersiz alması olarak da tanımlanmaktadır (Pavlik ve diğerleri, 2001).

Yaşlı istismarı farklı şekillerde görülebilmektedir. Bunlar fiziksel istismar, ekonomik istismar, ihmal, kendi kendini ihmal, duygusal istismar, terk etme şeklindedir (Woolf, 1998). Yaşlı istismarı, aynı zamanda insan haklarına da bir saldırı olup fiziksel, cinsel, psikolojik, duygusal şiddeti; ekonomik ve maddi istismarı; terk edilmeyi, ihmali, yaşlının onur ve saygınlığını tehdidi içerir.

WHO'nun da kabul ettiği şekliyle beş alt grup tanımlanır: fiziksel, psikolojik, cinsel, ekonomik istismar ve ihmal (WHO, 2002).

#### 2.1.1. Fiziksel İstismar

Yaşlının güvendiği birisi ya da bakıcısı tarafından yaşlıya ağır ve acı verebilecek her türlü bedensel zarar fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir. Vurmak, tokat atmak, cinsel saldırı, yakmak, bağlamak, bilerek fazla ya da yanlış ilaç vermek fiziksel istismar kapsamındadır (Akdemir ve diğerleri, 2008; National Center of Elder Abuse [NCEA], 1998; Uysal, 2002; WHO, 2002).



### **2.1.2. Duygusal /Psikolojik İstismar**

Yaşlıya güvendiği birisi ya da bakıcısı tarafından bilinçli olarak ruhsal açıdan acı verme duygusal/ psikolojik istismar olarak kabul edilmektedir. Sevgi, şefkat, ilgi, onay, destek gibi duygu ve duygusal ihtiyaçların göz ardı edilmesi, küçümsenmesi, inkâr edilmesini içermektedir. Korkutmak, bağırarak, hakaret etmek, tehdit etmek, suçlamak, utandırmak, huzurevi ya da bakım merkezine göndermekle tehdit etmek psikolojik istismar davranışlarıdır (Akdemir ve diğerleri, 2008; NCEA, 1998; Uysal, 2002).

### **2.1.3. Cinsel İstismar**

Kişinin kendi isteği dışında (rızası olmadan) herhangi bir şekilde cinsel birlikteliğe zorlanmasıdır. Bireyi cinsel içerikli görsellere maruz bırakmak, cinsel içerikli sözel veya fiili girişimlerde bulunmak, taciz, tecavüz ve bireyin eşi dahi olsa isteği olmaksızın cinsel ilişkiye zorlanması olarak da ifade edilebilir (Akdemir ve diğerleri, 2008; NCEA, 1998; Uysal, 2002). Cinsellik ülkemizde bir tabu olarak görüldüğü için bu alanda pek fazla veri yoktur.

### **2.1.4. Ekonomik İstismar**

Yaşlıya ait fon veya kaynakların yasadışı veya uygunsuz sömürü ve / veya kullanımı olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002). Bireyin herhangi bir gelirinin olmamasından kaynaklı olarak parasal açıdan bireyin şiddete maruz bırakılması, yapılan maddi desteğin bireyin onurunu kırarak şekilde kullanılması ayrıca bireyin çalışarak kazandığı parayı özgürce kullanmasına izin verilmemesi olarak da ifade edilebilir.

Zihinsel yetersizliği gösterilmeyen yaşlı kişilerin sivil ve hukuki haklarının ihlal edilmesi, 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 vekâletname alınması ekonomik ve hak istismarı örnekleridir (Gülen ve diğerleri, 2013).

### **2.1.5. Yaşlı İhmali**

Güvendiği birisi ya da bakıcısı tarafından yaşının fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmaması durumudur. Yaşlı ihmali, kişiyi, yiyecek, giyecek, ısınma gibi temel gereksinimlerinden mahrum etmek olarak tanımlanabilir (Uysal, 2002).

Yaşlı istismarı genellikle bu beş veya beşten fazla türden birine girse de, raporlar yaşlı istismarının koşullarında ve kapsamında ciddi kültürel farklılıklar olduğunu belgelemiştir. Örneğin, bazı geleneksel toplumlardaki dullar, mülklerine el konulması ve aileleri tarafından terk edilme riskiyle karşı karşıyadır. Hindistan ve Afrika'nın bazı bölgelerinde, eşlerinin vefatının ardından zorla evlendirilme veya evlerinden atılma gibi davranışlar dul kadınlardan beklenen yas ritüelleri arasında yer alırken, modern dünyada bu davranışlar istismar ve taciz olarak değerlendirilmektedir (Kumari, 2018; McFerson, 2013). Raporlar ayrıca bazı kültürlerde tipik olarak yaşlı kadınlara yönelik cadılık suçlamalarının yıkıcı etkilerini de tespit etmiştir (Kabile ve Kioli, 2013; Schnoebelen, 2009; WHO, 2002). Bu nedenle, yaşlı istismarının ortaya çıktığı bu beş grupta önemli kültürel farklılıklar mevcuttur.

İstismarın türü ne olursa olsun, hepsi yaşının ağrı ve acı çekmesine, yaralanmasına, zarar görmesine, insan hakları ihlaline ve yaşlı kişinin yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Hudson, 1991).

### **2.2. Yaşlı İstismar ve İhmali Prevalansı**

Sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu çocuk ve kadın istismarına duyarlı olmakla beraber yaşlı istismar ve ihmali göz ardı edilebilmektedir. Yaşlıların istismarı ancak 1970'li yıllarda toplumun dikkatini çekmeye başlamıştır. Devlet düzenleyicilerinin bu konu ile ilgilenmesinin ilk örneği Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) görülmektedir. ABD'de yaşlı istismarı, 1978 yılında kapalı kapılar ardından çıkıp, aile içi şiddet konusu kapsamında ulusal düzeyde duyurulmuş ve 1979 yılında özel yaşlı istismarı yasası oluşturulmuştur (Wolf, 2000).

ABD'de 1996'da Ulusal Yaşlı İstismarı İnsidans Çalışması'nda bildiri olmayan ihmal ve istismarın %60'ın üzerinde olduğu saptanmıştır. Yaşının ev içi istismarında 1986-1996 yılları arasında % 150'lik artış olduğu görülmüştür. Yaklaşık 450.000 yaşının ev içi ortamlarda istismar ve ihmale maruz kaldığı; kendi kendini ihmal eden yaşlılar da eklendiğinde, sayının

551.000'e ulaştığı görülmüştür. İhmal ve psikolojik istismar en sık rastlanan istismar tipidir. İstismara uğrayan kadınların oranının, ileri yaşlardaki nüfus oranı da dikkate alındığında erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur. 80 yaş ve üzerindeki yaşlıların 2- 3 kat daha fazla istismara ve ihmale uğradığı, istismarın ve ihmalin sorumlularının %90'ının aile üyeleri olduğu ve bunların 2/3'sinin ise yaşlı bireyin yetişkin çocuğu ya da eşi olduğu saptanmıştır. Kendini ihmal kurbanlarınıninsa genellikle depresif, bilişsel olarak düşükün kimseler olduğu görülmüştür (NCEA, 1998).

Dünya Sağlık Örgütü, 2020 yılı içinde, toplumda 60 yaş üzeri her 6 kişiden birinin istismarın herhangi bir türüne maruz kaldığını belirtiyor. Huzurevleri ve uzun süreli bakım tesisleri gibi kurumlarda yaşlı istismarı oranları yüksektir ve her 3 çalışandan 2'si geçen yıl istismar uyguladığını bildirmektedir (WHO, 2021).

Ogg ve Bennett'in Birleşik Krallık'ta yaptığı çalışmada (1992) yaşlıların %5'inin sözel şiddete, %2'sinin fiziksel istismara, %2'sininse ekonomik istismara maruz kaldığı bulunmuştur. Cupitt ve arkadaşlarının Avustralya'da yaptıkları çalışmada (1997) toplam istismar oranı %5,5 bulunmuştur. En sık duygusal istismar görülürken, bunu sırasıyla ekonomik istismar ve ihmal takip etmiştir. Lachs ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları çalışmada (1997) istismar prevalansı %1,6; yine ABD'de Pavlik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2001) %1,3; Oh ve arkadaşlarının Güney Kore'de yaptıkları çalışmada (2006) %6,3 olarak saptanmıştır. Dong, Simon ve Gorbien'in Çin'de yaptığı çalışmada (2007a), kliniğe başvuran 60 yaş ve üzeri 420 hastada istismar oranı %35,2 bulunmuştur.

2017'de farklı bölgelerden 28 ülkede (12'si düşük ve orta gelirli ülkeler) yapılmış 52 çalışmadan elde edilen kanıtlara dayanan bir meta analizde, önceki yılda, 60 yaş ve üzeri kişilerin %15,7'sinin herhangi bir istismar biçimine maruz kaldığı düşünülüyor. Psikolojik istismar için çalışmaların ortalama prevalans değeri %11.6, ekonomik istismar için %6.8, ihmal için %4.2, fiziksel istismar için %2.6 ve cinsel istismar için %0.9 olarak bulunmuştur (Yon ve diğerleri, 2017) (Tablo 1). Bu muhtemelen eksik bir tahmin olacaktır. Çünkü yaşlı insanlar, istismar vakalarını ailelerine, arkadaşlarına veya yetkililere bildirmekten korktukları için 24 vakadan sadece biri rapor edilebilmektedir. Sonuç olarak herhangi bir yaygınlık tahmini muhtemelen gerçeğin altında kalacaktır. Kesin veriler sınırlı olsa da bu prevalans çalışması, farklı türden istismarlardan etkilenen yaşlıların sayısı hakkında mevcut tüm çalışmalara dayanarak tahminler sunması bakımından önemlidir (WHO, 2021).

**Tablo 1.** Yaşlı istismarı prevalansı.

	Toplum içerisinde	Kurumlarda	
	Yaşlı tarafından bildirilen (%)	Yaşlı ve yakınları tarafından bildirilen (%)	Çalışanlar tarafından bildirilen (%)
Toplam prevalans	15,7	*	64,2
Psikolojik istismar	11,6	33,4	32,5
Fiziksel istismar	2,6	14,1	9,3
Ekonomik istismar	6,8	13,8	*
Cinsel istismar	0,9	1,9	0,7
İhmal	4,2	11,6	12,0

\*Yeterli veri yok

Türkiye’de yapılan araştırmalarda yaşlı istismarı sıklığı konusunda farklı rakamlara ulaşılmıştır. Keskinöglü ve arkadaşlarının (2007) İzmir’de yaptığı çalışmada yaşlıların %1,5’inin fiziksel istismar ve %2,5’inin ekonomik istismara maruz kaldığını gösterilmiştir. Yaşlı istismarı sıklığı, İlhan’ın Ankara’da yaptığı çalışmada (2006) %18,2; Ergin’in Aydın’da yaptığı çalışmada (2012) ise %14,2 olarak saptanmıştır. Her iki çalışmada da en sık görülen istismar tipi, duygusal istismarken, ikinci sırada ihmal yer almaktadır (Lök, 2015).

Toplumda yaşayan ve kurumlarda kalan yaşlılar arasında da belirgin farklılıklar söz konusudur. 1996’da Artan tarafından İstanbul’da çeşitli huzurevlerinde yapılan bir çalışmada 60 yaş üzeri 113 yaşlı ile görüşülmüş ve huzurevine gelmeden önce aile içi istismar durumu sorgulanmıştır. Yaşlıların %25,7’sinin fiziksel istismara, %60,3’ünün sözel hakarete maruz kaldığı, %14,7’ sinin parasının alındığı ifade edilmiştir. Yaşlıların yarıdan fazlası, ailesinin kendisi ile yaşamayı istemediğini düşünmektedir. Diğer taraftan huzurevi ya da bakım merkezlerinde kalıyor olup yakınları tarafından hiç ziyaret edilmeyen, ilgi ve destekten yoksun yaşlılar da bulunmaktadır (Artan, 1996). 2012’de Artan tarafından yapılan bir diğer çalışmada, İstanbul’da çeşitli huzurevlerinde kalan 60 yaş üzeri 93 yaşlı ile görüşülmüş ve huzurevine gelmeden önce aile içi istismar durumu sorgulanmıştır. Aile içinde herhangi bir şekilde ihmal ya da istismara maruz kalanların oranı %62,40 bulunmuştur (Artan, 2012).

### 2.3. İstismar ve İhmalin Nedenleri ve Risk Faktörleri

20. yüzyılın başlarından itibaren doğurganlık hızının düşmesi, ortalama yaşam beklentisinin artması, insanların sağlığı koruma ve geliştirme konusunda bilinçlenmesi, beslenme koşullarının iyileşmesi, aşılama ile enfeksiyon hastalıklarından ölümlerin azalması, temel halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavi olanaklarının artması gibi nedenlerle yaşlı nüfus hızla artmaktadır (Çilingiroğlu ve Demirel, 2004). Değişen toplumsal yapı, köyden kente göç, geniş aile yapısının yerini çekirdek aileye bırakması, kadınların istihdama katılımı gibi nedenlerle yaşlılar, geleneksel aile desteğini kaybetmişlerdir. Yeterli sosyal güvenlik ve destek sistemlerinin olmaması ile de istismara ve ihmale açık hale gelmişlerdir (Akdemir ve Görgülü, 2008; Keskinoglu, 2004).

Ülkemizdeki şiddet mağduru yaşlılarla ilgili Şahin ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir çalışmada 2015-2017 yıllarında ulusal basına yansıyan haberler retrospektif olarak incelenmiş, 75-84 yaş grubunda olanların ve kadınların daha sık aile içi şiddete uğradığı tespit edilmiştir.

Yaşlı bir kişinin istismara uğrama potansiyelini artırabilecek risk faktörleri, bireysel özelliklere, bireyin ailesi ve yakınları ile olan ilişki durumuna, toplumsal ve sosyo-kültürel özelliklere göre değişkenlik gösterir. Çalışmalar istismara uğrayan yaşlıların çoğunun, kadın cinsiyette, bilişsel olarak zayıf, fiziksel sağlığı kötü ve bir başkasına bağımlı olduklarını göstermektedir (Barker ve Himchak, 2006; Namkee ve James, 2000).

#### 2.3.1. Yaşlı Erişkinin Ait Risk Faktörleri

- İzolasyon
- Fiziksel yetersizlik
- Bilişsel bozukluk
- Bağımlılık
- Psikolojik sağlık sorunları
- Düşük gelir düzeyi

Fonksiyonel yetersizlik/ bağımlılık, fiziksel sağlığın kötü olması, bilişsel bozukluk, akıllı sağlığının kötü olması ve düşük gelir düzeyi, yaşlıya ait güçlü risk faktörleriyken; cinsiyet, yaş, ırk/etnik köken, ekonomik bağımlılık potansiyel risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Pillemer ve diğerleri, 2016).

### 2.3.1.1. İzolasyon

Yaşlı istismarı için ana risk faktörlerinden biri sosyal izolasyondur (Shugarman, 2003; United Nations, 2013). Yaşlının fiziksel yetersizlikten ötürü evinden çıkamaması; eşinin, kardeşlerinin, akranelarının kaybı, aile üyelerinin evden uzaklaşması, yalnızlığa zemin hazırlar. Değişen yaşam şartları da yaşlıları yalnızlaştırmaktadır. Köyden kente göçün fazla olduğu bölgelerde bu durum daha da hissedilir boyutlardadır. Kırsal kesimde geleneksel aile yapısı içerisinde; aile, yakın çevre, komşu ve diğerlerinden ilgi görerek hayatını sürdüren yaşlılar, büyük kentlerde bu sosyal desteği büyük ölçüde kaybetmektedirler (Keskinoglu, 2004; WHO, 2002).

Yalnızlık, sosyal iyilik halinde yaşanan bozulmanın başlıca göstergelerinden biridir ve derin bir boşluk, terk edilme ve kimsesizlik duygusu ile kendini gösterir. Yalnızlığın ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği düşünülmektedir. Yalnızlık, depresyon, bilişsel fonksiyonlarda gerileme, sağlık kurumlarına başvuru sayısında artış ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili bulunmuştur (Cacioppo ve diğerleri, 2006; Crewdson, 2016; Dong ve diğerleri, 2007b). Yalnızlığın, kardiyovasküler hastalıklar, inme, demans ve erken ölüm riskini artırdığını gösteren yayınlar vardır (Cacioppo, 2002; Fratiglioni ve diğerleri, 2000; Herlitz ve diğerleri, 1998; Momtaz ve diğerleri, 2012; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2020; Turla ve Yılmaz, 2007).

Zayıf bir sosyal desteğe sahip olan yaşlıların istismarın herhangi bir türüne üç kat daha fazla maruz kaldığı bildirilmiştir (Acierno ve diğerleri, 2010). Sosyal destek ağının olmaması, yaşlı kişinin tavsiye veya yardım için başvurabileceği kimsenin olmaması, istismar riskini artırır (Akdemir ve Görgülü, 2008).

Dul, boşanmış, yalnız yaşayan yaşlı kadınların, ekonomik istismara daha sık uğradığı görülmüştür. Güçlü sosyal ağları ve toplumla ilişkisi olan ailelerde, yaşlı istismarının daha az olduğu düşünülmektedir. Bakım evlerinde, aile üyelerinin olmaması ve az sayıda ziyaretçinin olması da, daha fazla kötü muamele ile ilişkili bulunmuştur. Sosyal desteğin yaşlı istismarı için

koruyucu bir etken olduğunu söyleyebiliriz. Böyle bir desteğin, yaşlı istismara uğradığında da depresyon ve kaygı belirtilerini azalttığı düşünülmektedir (WHO, 2011).

Bazı araştırmalara, aynı evde bir arada yaşamının, yaşlı istismarı için önemli bir risk faktörü olduğunu ve yalnız yaşayan insanların düşük risk altında olduğunu göstermektedir. Finansal istismar içinse istisnai bir durum söz konusudur. Yalnız yaşayan yaşlılar finansal istismara daha açıktırlar (New Zealand Families Commission, 2008).

### **2.3.1.2. Fiziksel Yetersizlik**

Fiziksel kısıtlılığı/ engeli olan yaşlının istismar riski fazladır. Yaşlı erişkin, günlük yaşam aktivitelerinde (beslenme, ilaçlarını alma, hareket etme, kişisel bakımını yapma vs.) yardıma ihtiyaç duyduğundan, istismar ve ihmale açık hale gelir. İstismara uğradığında bundan kaçınma veya bunu bildirme şansı da azalmıştır (WHO, 2002).

Multimorbidite, yaşlılar arasında yaygın bir sorundur. 65 yaş üstü bireylerin %90'ında en az bir, %15'inde ise dört veya daha fazla kronik hastalık bulunmaktadır. İleri yaşlarda yaşamı tehdit eden hastalıklar arasında hipertansiyon, diyabet, kanser, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, anemi, solunum sistemi hastalıkları ve demans gibi nörolojik hastalıklar sıralanabilir (Gökçe Kutsal, 2016). Multimorbiditenin istismar ve ihmali riskini artırdığına dair pek çok çalışma vardır (Cupitt, 1997; Kshatri ve diğerleri, 2021; Pillemer ve Finkelhor, 1988).

Fiziksel sağlığın bozulması ve sosyal desteğin zayıf olması, artmış yaşlı istismarı ile ilişkili bulunmuştur (Acierno ve diğerleri, 2010; Johannesen ve LoGiudice, 2013). Yaşlılarda diyabet, kardiyovasküler hastalık ve nörolojik hastalıklar gibi kronik hastalıklar arttıkça, ailede bakım verenlerin sorumluluğu da artar (Wong, 2021). Araştırmalar, bakım sorumluluğunun artması ile istismar riskinin arttığını göstermektedir (Hansberry ve diğerleri, 2005; Reis ve Nahmiash, 1998). Bu, bize yaşlılarda tedavi rejimine uyma konusunda aile desteğinin yeterli olmayabileceğini, diğer kaynaklardan da destek ihtiyacının olabileceğini göstermektedir (Wong ve diğerleri, 2022).

### **2.3.1.3. Bilişsel Bozukluk**

İleri yaşla birlikte hafif bilişsel bozulmadan demansa kadar uzanan nörolojik hastalıklar sıklıkla görülür. Demans, unutkanlık, muhakeme bozukluğu, sosyal ve günlük işlevsellikte azalma gibi çeşitli semptomları kapsayan yaygın bir hastalıktır. Demansın en bilinen formu Alzheimer hastalığı olsa da birçok başka hastalığa bağlı olarak da gelişebilmektedir. Bilişsel bozulma, yaşlı istismarı için güçlü risk faktörlerinden biridir. Bununla birlikte teşhisi konan yaşlı kişilerde daha yüksek istismar oranlarına rastlanmıştır (Dong, Chen ve Simon, 2014; Piña-Escudero ve diğerleri, 2021)

Demansı olan yaşlı bir kişinin uzun süreli yıkıcı ve saldırgan davranışı, bakım verenin giderek daha fazla stresli ve sıkıntılı hale gelmesine sebep olmakta, bu da istismarın önünü açmaktadır. Bir yandan da mağdurların, istismarcı davranışı fark etmesine, kendilerini savunmasına ve davranışı yetkililere bildirmesine engel olmaktadır (Choi ve diğerleri, 2018).

### **2.3.1.4. Bağımlılık**

Yaşlı bir kişinin, fiziksel veya ekonomik olarak başkalarına bağımlı olması, barınma, tıbbi destek, mali durumun idaresi (faturaların ödenmesi, alış-veriş) gibi temel ihtiyaçlar için başkalarına muhtaç olması, onun istismara ve ihmale maruz kalma olasılığını artırır. Bakım verenle arasındaki bu güç dengesizliği nedeniyle yaşlı, gerekli kaynaklara erişimi kaybetme korkusuyla kötü muamele veya istismara karşı sesini yükseltmez (Acierno ve diğerleri, 2010; Burnes ve diğerleri, 2015; Pillemer ve diğerleri, 2016).

Sosyal değiş-tokuş teorisine göre, ilişkide daha az bağımlı olan kişi, güç avantajını sıklıkla karşı tarafı baskılamak ve itaat ettirmek için kullanır ve bu durum istismar şeklinde karşımıza çıkabilir (Dowd, 1975). Bağımlılığın yaşlı istismarı üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar farklı sonuçlar vermektedir. Çoğu çalışma, istismara uğramış yaşlıyı, istismarcıya bağımlı biri olarak tasvir eder. Öte yandan istismarcı da duygusal bağımlılığın yanında; çocuk bakımı, mali yardım, ulaşım ve barınma gibi konularda yaşlıya bağımlı olabilmektedir (Murphy ve diğerleri, 1994; Yan ve Tang, 2004).

Multimorbid hastalarda ekonomik, fiziksel ve bakım bağımlılığını azaltmaya yönelik potansiyel müdahaleler, yaşlı istismarı riskini azaltabilir (Kshatri ve diğerleri, 2021).



### **2.3.1.5. Psikolojik Sağlık Sorunları**

Farklı ülkelerden çalışmalar, bozulmuş mental/ruhsal sağlık ile istismar arasında ilişki olduğunu belirtmektedir (Giraldo-Rodríguez ve Rosas-Carrasco, 2013; Naughton ve diğerleri, 2010; Roepke-Buehler ve diğerleri, 2015). Depresyon ve depresif semptomlar, özellikle duygusal ve fiziksel istismarla ilişkilendirilmektedir (O’Keeffe ve diğerleri, 2007; Podnieks, 1992; Wu ve diğerleri, 2012). Klinik depresyon ve depresif semptomlar, hem yaşlı istismarı için bir risk faktörü, hem de istismarın sonucu olarak karşımıza çıkar (Dong, Chen ve diğerleri, 2013; Vilar-Compte ve diğerleri, 2018).

Alkol bağımlılığı da bir başka psikiyatrik sorundur ve bağımlılık ister yaşlıda, ister yaşlıya bakım veren kişide görülsün, istismar için bir risk faktörüdür (Naughton ve diğerleri, 2010; O’Keeffe ve diğerleri, 2007; WHO, 2002).

Yaşlılarda depresyon ve ruh sağlığı sorunları, istismar davranışını tanıma ve istismarı bildirme olasılığını da azaltabilir. Bu nedenle yaşlı kişilerin gerekli ruh sağlığı bakımına erişiminin sağlanması önemlidir (Homer ve Gilleard, 1990).

### **2.3.1.6. Düşük Gelir Düzeyi**

Yoksulluk, yaşlı istismarı için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Dong ve diğerleri, 2007a).

Düşük gelir düzeyi ve yoksulluğun yaşlı istismarını artırdığını doğrulayan çeşitli çalışmalar vardır. Amerika’da Burnes ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada düşük gelir düzeyi, duygusal ve fiziksel istismarla ilişkilendirilmiştir. Yine bir başka çalışmada Peterson ve arkadaşları (2014) istismar ile düşük gelir düzeyi arasında korelasyon bulmuşlardır. Kanada’da Brozowski ve Hall’ün çalışmasında (2004), kadınların, Aborjin kökenli Kanadalıların ve kentin varoşlarında yaşayan yoksul ve boşanmış yaşlıların, fiziksel ve cinsel istismar açısından daha fazla risk altında oldukları belirtilmektedir.

Özellikle sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan ve maddi güvencesi olmayan, yoksul ve kimsesiz yaşlılar daha sık bakım sorunu ile karşılaşmaktadır. Aileler yoksul ve kimsesiz yaşlıya bakmayı yük olarak görmektedir (Danış, 2009). Kentleşmeyle birlikte ekonomik yükün artması da yaşlı istismarını artırmıştır. Orta ve yüksek gelire sahip bireylerin, aile ilişkileri ve

bağları normal bir şekilde devam ederken, düşük gelire sahip bireylerde ekonomik yetersizliklere bağlı olarak ilişkilerin bozulduğu ve bundan da en çok yaşlıların olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Kalaycı ve Özkul, 2018).

Yaşlıların aile üyeleriyle birlikte yaşaması, gelirini bağımsız kullanamama, aile üyelerinin belirlediği kurallara göre yaşamını sürdürme ve psikolojik bağımlılık gibi sorunlara neden olmaktadır. Yaşlıların ücretli ve sosyal güvenceli bir işte çalışma oranlarının düşük olması, iş bölümüne ait kaynakların eşit dağıtılmaması ve yaşlı bireye karşı istihdam taleplerinin az olması, yaşlı bireylerin yaşamlarını yoksulluk koşullarında sürdürmeye zorlamaktadır (Doğan, 2019; Kalaycı ve Özkul, 2018).

TÜİK gelir ve yaşam koşulları araştırması sonuçlarına göre ülkemizde yaşlı nüfusun yoksulluk oranı 2019 yılında %14,2 olarak tespit edilmiştir. Cinsiyete göre incelendiğinde, yoksul yaşlı erkek nüfus oranı %12,1; yoksul yaşlı kadın nüfus oranı ise %15,9'dur.

İşgücü istatistiklerine göre, yaşlı nüfusun işgücüne katılma oranı %12'dir. Cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı erkek nüfusta bu oran %20,1 iken yaşlı kadın nüfusta %5,6'dır (TÜİK, 2021).

Görüldüğü üzere yaşlılarda yoksulluk oldukça yaygın olup yaşlı kadınlarda durum daha da vahimdir. Araştırmalar da bunu desteklemektedir. Tufan (2006) tarafından yapılan Gero-Atlas araştırmasına göre; yoksulluk yaşlıların en büyük sorunlarından biridir. Toplum içinde en zor durumda olanlar yaşlılar ve dul kadınlardır. Yaşı 75'in üzerinde olan yaşlıların %67'sinin hiçbir geliri yoktur. Bu kişiler çocukları, akrabaları ve komşuları tarafından bakılmakta ve desteklenmektedir (Tufan, 2006).

Ak ve Közleme (2017) tarafında Gümüşhane'de 65 yaş üzeri kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada, yaşlıların %72,8'inin geçimini emekli maaşı ile, %7,2'sinin arazi geliri ve kira ile, %5,6'sının çocuklarının ve yakın çevrenin yardımı ile, %2,8'inin kamu yardımı ile, %0,8'inin vakıf ve dernek yardımı ile, %10,8'inin ise diğer şekilde geçimini sağladığı belirtilmiştir. "Yaşamınızı sürdürmek için başkalarından ekonomik destek alıyor musunuz?" sorusuna yaşlıların %20,8'i "Evet" şeklinde yanıt vermiştir. Yaşlıların %37,2'sinin borcu vardır. Araştırmaya katılan yaşlıların konut durumları incelendiğinde, %72'sinin kendisine ait bir konutunun olduğu, %16,8'inin kiracı olduğu, %11,2'sinin ise aile fertlerine ait bir konutta yaşamını sürdürdüğü görülmektedir.

Yukarıda saydığımız faktörlerin hepsi birbiri ile sarmal bir ilişki içindedir. Yaşlı, fiziksel olarak eve, odasına, yatağa bağlı hale geldikçe sosyal izolasyonun ve depresyonun önü

açılmakta, bunun sonucu olarak bilişsel fonksiyonları daha da bozulmaktadır. Tüm bu durumlar bakım verenin yükünü artırmakta, strese yol açmakta ve bakım alanla veren arasındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkilemektedir.

### **2.3.2. Bakım Veren Kişiyeye Ait Risk Faktörleri**

- Bakım veren kişinin mental bir rahatsızlığının olması,
- Madde ve alkol bağımlılığı,
- Fiziksel bir sağlık probleminin olması,
- Geçmişte travmatik bir deneyim yaşamış olması,
- Şiddetli stres,
- Bakım sorumlulukları için yetersiz veya eğitimsiz olması,
- Yetersiz başa çıkma becerileri,
- Çocukken istismara maruz kalma veya buna tanık olma,
- Bakım verdiği yaşlıya şiddetli finansal ve duygusal bağımlılık,
- Geçmişteki ailevi çatışmalar,
- Olumlu sosyal ilişkiler kuramama veya sürdürmememe,
- Sosyal destek eksikliği (CDC, 2020).

Bakım veren kişinin üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ve zorunlu yapması, bakım verdiği kişiyle zıt olması ve kırgın roller üstlenmesi, şiddet ve istismarı çözüm olarak algılamasına neden olabilir. Ayrıca aile içi dinamiklerin bozulması parasal ve tıbbi problemler, evlilik çatışmaları, işsizlik gibi dış stresler de yaşlının istismara maruz kalmasını arttırabilir. Bakıcının kişilik problemleri (benlik saygısını yitirme, düşünce ve davranışlarını kontrol edememe), madde bağımlısı olması veya kendisinin daha önceden istismara maruz kalması öğrenilmiş bir davranış olarak bakım verdiği yaşlıya istismarda bulunmasına neden olabilmektedir (Oh ve diğerleri, 2006).

### 2.3.3. Toplumsal Risk Faktörleri

Yaşlı istismarını etkileyen sosyal faktörler incelendiğinde, yaşlılık ve yaşlanmaya yönelik negatif tutumlar, etnik ve kültürel durum gibi birçok farklılıklar yaşlı istismarının algılanmasını etkilemektedir.

Yaş ayrımcılığı, genel olarak toplumun yaşlı nüfusa karşı olumsuz bakış açısını içerir. Yaşlılara yönelik kalıplaşmış yargılar, yaşlının gündelik yaşantısına yansır. Bunlardan biri olan “işe yaramazlık” yakıştırmaları, yaşlının özgüvenini sarsar, onu çaresizliğe sürükler. Bu yargı, yaşlının çalışma hayatına katılmasını, üretken bir birey olarak yaşamasını engellemenin yanı sıra, yaşlının sosyal hayattaki saygınlığına da gölge düşürür ve onu toplumun dışına iter (Dural, ve Con, 2011).

Yaşlı istismarı riskini etkileyebilecek sosyo-kültürel faktörler şunları içerir:

- Yaşlı yetişkinlerin kırılgan, zayıf ve bağımlı olarak gösterildiği yaş ayrımcılığı klişeleri.
- Ailede kuşaklar arasındaki bağların aşınması.
- Aile içinde gücün ve mülkün dağılımını etkileyen miras ve toprak hakları sistemleri.
- Genç aile üyelerinin kırsaldan kente göçü ile yaşlı insanların geleneksel olarak çocukları tarafından bakıldığı toplumlarda yaşlı ebeveynlerin yalnız kalması.
- Bakım için ödenecek fon eksikliği (Akdemir, 2008; CDC, 2020; Jones ve diğerleri, 1997; Lachs ve diğerleri, 1997; Lanch ve Pillemer, 2004; Koştu, 2005).

### 2.3.4. Kurum İçerisindeki İstismar ve İhmalin Nedenleri

- Yaşlılara bakım veren huzurevi, bakım evi, sağlık kurumları, sosyal yardım kurumlarında hizmet standardının düşük olması.
- Personelin sayıca yetersizliği, fazla mesailer, yetersiz dinlenme ve izin süreleri.
- Personelin eğitim ve ücretlerinin yetersizliği.
- Kurumların fiziksel, çevresel yetersizliği; yeterli kurum olmaması.
- İstismarı engelleyecek politikaların ve düzenlemelerin yetersizliği (Akdemir ve diğerleri, 2008; Erden ve Boz, 2018; Gülen ve diğerleri, 2013; WHO, 2002).

## **2.4. İstismar ve İhmalin Sonuçları**

Amerika’da yapılan bir araştırmada 1995-1997 yıllarında hastaneye başvuran 65 yaş üzeri hastalar, geriatrik değerlendirmeye tabi tutulmuş, aralarında istismar ve ihmale uğrayanlar tespit edilmiştir. İhmal ve istismar mağdurları ile ihmal ve istismara uğramayanlar karşılaştırılmış; ihmal saptananlarda kontrol grubuna göre depresyon riski %62’ye karşı %12 ve demans %51’e karşı %30 istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. İhmal mağdurlarındaki depresyon oranının yüksek olması birkaç sebeple önemlidir. Depresyon, zihinsel işlevlerde gerilemeye neden olur ve bu da hastaların karar verme kapasitelerini bozarak kendi bakımları ile ilgili doğru kararlar vermelerini engeller (Dyer ve diğerleri, 2015).

Mortaliteyi artıran diğer risk faktörlerinin etkisi düzeltildikten sonra, bildirilmiş ve doğrulanmış yaşlı istismarı ve ihmali, diğer faktörlerden bağımsız olarak mortaliteyi artırmaktadır (Lachs ve diğerleri, 1998).

## **2.5. İstismar ve İhmalin Belirtileri**

### **2.5.1. Fiziksel İstismara Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri**

- Vücudun değişik yerlerinde (özellikle kol ve boyunda) morluk ve çürükler,
- Yaşlının el ve ayak bileklerinde bağlanmış olduğunu gösteren izler,
- Açıklanamayan yaralanmalar,
- Vücuttaki herhangi yaralanma ile ilgili çelişkili ve kaçamak açıklamalar,
- Yaralanmanın tekrarı halinde aynı sağlık kurumuna gitmeyi reddetme,
- Vücutta asit, sigara, kesik vb. yara izlerinin varlığı.

### **2.5.2. Psikolojik İstismara Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri**

- İletişim kurmama,
- Cevap vermeme,
- Mantıksız ve şüpheli korku yaşama,

- Sosyal iletişimde ilgi eksikliği,
- Kronik, fiziksel ve psikolojik sağlık problemleri,
- Öfke, korku, çaresizlik, çekingenlik gibi duygu ve davranışlar sergileme,
- İçer kapanma, depresyon bulguları,
- İstismar ve ihmalin varlığını inkâr etme.

### **2.5.3. Cinsel İstismara Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri**

- Göğüs, boyun ve genital bölgede çürük ve morluklar,
- Anal ve vajinal kanama,
- Yırtık ve kanlı giysiler,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar,
- Vajinal enfeksiyonlar vb. sayılabilir.

### **2.5.4. Ekonomik İstismara Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri**

- Yaşlı kişinin düzensiz olarak bankadan para çekmesi,
- Yaşlının mal varlığında nedensiz azalma görülmesi,
- Yaşlı kişiye ait kıymetli takıların veya kişisel eşyalarının kaybı,
- Kredi kartı hesaplarında şüpheli harcamalar,
- Nedensiz olarak harcamalarını karşılayamama durumuyla baş başa kalma,
- Yaşlının bakım seviyesinin geliri veya varlıklarıyla orantılı olmaması sayılabilir.

### **2.5.5. İhmale Maruz Kalmış Olmanın Başlıca Belirtileri**

- Aşırı nedensiz zayıflama,
- Yatak yaraları,
- Dehidratasyon,
- Bireysel hijyenin kötü olması,
- Vücudunun ve elbiselerinin kirli olması,

- Tedavi edilmeyen rahatsızlıklar,
- Görünen yaraları inkâr etme ya da aşırı açıklama yapmaya kalkışma,
- İlacını almayı ya da vermeyi unutma,
- Yaşlıyı sağlık ve güvenlik zararlarına karşı korumada yetersizlik gibi durumları kapsamaktadır (Hoover ve Polson, 2014; Wang ve Brisbin, 2015; WHO, 2002).

Yaşlı ihmal ve istismarı aile içerisinde ya da yaşlının yalnız veya bakım veren ile yaşadığı hane içerisinde olabildiği gibi huzurevleri, bakım merkezleri gibi kurumlarda da olabilmektedir.

Kurumlardaki ihmal ve istismar davranışları, hastaları fiziksel olarak kısıtlamayı, saygınlıklarına gölge düşürmeyi (örneğin, onları kirli giysiler içinde bırakmak), günlük işleri yaparken kasıtlı olarak yetersiz bakım vermeyi (örneğin, yatalak hastalarda basınç yaraları gelişimine yol açmak); hastalara fazla veya eksik ilaç vermeyi, tedavilerini aksatmayı; duyarlı ve şefkatli davranmama şeklindeki duygusal ihmal ve istismarı içermektedir (Lachs, 1998).

Yaşlı istismarı, küçük çizikler ve morluklardan kırık kemiklere ve sakat bırakan yaralanmalara kadar değişen fiziksel yaralanmalara; depresyon ve anksiyete dâhil olmak üzere ciddi, bazen uzun süren psikolojik sonuçlara yol açabilir. Yaşlı insanlar için istismarın sonuçları ciddi olabilir ve iyileşmesi zaman alabilir. Nispeten küçük yaralanmalar bile ciddi ve kalıcı hasara ve hatta ölüme neden olabilir. 13 yıllık bir takip çalışmasında, yaşlı istismarı mağdurlarının, yaşlı istismarı mağduru olmayan kişilere göre erken ölme olasılığının iki kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır (Lachs, 1998).

## **2.6. İstismar ve İhmalin Tespit Edilmesi ve Karşılaşılan Zorluklar**

Amerika Devlet Yetişkin Koruma Hizmetleri'nin 2004 yılında farklı eyaletlerden elde ettiği verilere dayanan “60 Yaş ve Üzeri Yetişkinlerin İstismarı Araştırması”ndan elde edilen verilere göre; istismar ve ihmalin %89,3'ü evde gerçekleşmektedir. İstismarı bildirenlerin %17'si aile üyeleri, %10,6'sı sosyal servis çalışanları, %8'i arkadaşlar ve komşulardır. İstismar uygulayanların %52,7'si kadın, %75,1'i 60 yaşın altındadır. %32,6'sı yaşlının erişkin çocuğu, %21,5'i diğer aile üyeleridir (NCEA, 2006).

İstismar ve ihmal, toplumun tüm kesimlerinde, farklı sosyo-ekonomik gruplarda ve farklı kültürlerde karşımıza çıkabilir. Yaşlı istismarı ve ihtimalinde karşılaşılan en büyük zorluk sorunun fark edilmesi, saptanması ve ortaya çıkarılmasıdır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

Yaşlının kendisine ait nedenler:

- Türkiye'de yaşlılar zamanlarının çoğunu evde geçirmektedir ve nadiren evden dışarı çıkmaktadır.
- İstismar ev içerisinde ve hane halkı tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle istismarı gizleme eğilimi hâkim olmaktadır.
- Yaşlı birey istismarı dikkate almayabilmekte, görmezden gelebilmekte veya bunu yaşlılığın doğal sonucu gibi algılayıp bildirmeyebilmektedir.
- Yaşlı birey bu durumdan utanabilmekte, ifşa edilmek istemeyebilmekte, daha fazla kötü muameleden korkabilmektedir.
- İstismarın nedeninin kendisi olduğunu düşünebilmektedir.

Raporlama ve bildirimdeki zorluklar:

- Yaşlı bir kişinin vücudundaki çürükler, bakım ve hijyen eksikliği, beslenme yetersizliği, depresyon gibi belirtiler sıklıkla dikkatten kaçabilmektedir.
- İstismar ve ihmal konusunda eğitimli sağlık personeli sayısı oldukça yetersizdir.
- İş yükü fazlalığı ve güvenlik kaygıları nedeniyle sağlık personeli sorunu görmeyebilmekte veya görmezden gelebilmektedir (Akdemir, 2008; Cooper ve diğerleri, 2009; Halphen ve diğerleri, 2009; Özçakar ve diğerleri, 2017; Schmeidel ve diğerleri, 2012; Uysal, 2002).

Sağlık çalışanları diğer aile içi şiddet vakalarının aksine yaşlı istismarını raporlamada ve ihbar etmede oldukça tereddütlü davranmaktadır (Ergönen ve diğerleri, 2007; Kıssal ve Beşer 2009). Bu konuda sağlık çalışanlarını gayretlendirecek, yaklaşımlarını değiştirecek, uygun soruları sormalarını sağlayacak algoritmalar geliştirme konusunda çalışmalar vardır (Mandıracıoğlu, 2006; Lök, 2015; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010).



## 2.7. İstismar ve İhmalin Ölçümü

Türkiye’de yaşlıların sağlık problemleri ile ilgili pek çok araştırma olmasına karşın ihmal ve istismar konusunda bahsettiğimiz zorluklar ve çekincelerden ötürü az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda farklı görüşme, değerlendirme ve çalışma metodları kullanılmıştır (Daly, 2005; Fadiloğlu, 2012; Wang, 2015). Bu farklılıklar çalışma sonuçlarını karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Ülkemizde bu amaçla geliştirilmiş ölçeklere ve değerlendirme klavuzlarına ihtiyaç vardır (Özçakar, 2017).

Bu amaçla geliştirilen ölçeklerden biri de Hwalek ve Sengstock (1986) tarafından geliştirilen istismar olasılığını tarama testidir (Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test [H-S/ EAST]). Üç kavramsal kategoriden oluşan ölçekte;

- Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar,
- Savunmasız olan yaşlının özellikleri,
- Potansiyel istismar durumunun belirlenmesi toplam 15 soru ile sorgulanır.

Yine ikilinin içinde oldukları bir ekip tarafından geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Neale ve diğerleri, 1991). Testin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Özmete (2016), Özçakar ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır.

Yaşlılar İçin Kısa İstismar Tarama Testi (Brief Abuse Screen for the Elderly [BASE]), Reis ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir. Fiziksel, ruhsal ve finansal istismar ile ihmal değerlendirilen 5 maddeden oluşur. Eğitimli profesyoneller tarafından uygulanır.

Bakım Veren İstismar Tarama Testi (Caregiver Abuse Screen [CASE]) ise adından anlaşılacağı üzere bakım verenlerin istismar eğilimini taramak için kullanılır (Reis and Nahmiash, 1995).

Yaşlı Değerlendirme Aracı (Elder Assessment Instrument [EAI]) genel, fiziksel, sosyal, tıbbi değerlendirme ve bağımsızlık düzeyini belirleyen 42 maddeden oluşur. Pilot çalışması istismar mağduru yaşlıların ilk karşılandıkları alanlar olan acil serviste, acil hemşireleri tarafından uygulanarak yapılmıştır (Fulmer ve diğerleri, 2000).

İstismara Açıklık İçin Tarama Ölçeği (Vulnerability to Abuse Screening Scale [VASS]): Bu ölçek, yaşlı istismarı riskini değerlendirmek için tasarlanmıştır. 12 maddeden oluşur. Her biri üçer maddeden oluşan dört kavramı sorgular: güvenlik açığı, bağımlılık, reddetme ve

zorlanma. H-S/ EAST ile ortak noktalar taşır. Bu ölçeğin henüz Türkçe uyarlaması, geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmamıştır (Schofield ve diğerleri, 2002).

Yaşlı İstismarı Şüphesi İndeksi (Elder Abuse Suspicious Index [EASI]), Yaffe (2008) tarafından geliştirilmiştir. 5 soru ve 6. madde olarak doktor değerlendirmesini içerir. İndeksin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması henüz yapılmamıştır.

## 2.8. Türkiye’de Yaşlılara Ait Güncel İstatistikler

Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre hala genç bir nüfus yapısına sahip olsa da, yaşlı nüfus sayısal olarak oldukça fazladır. 2020 yılında nüfusun %9,5’u 65 ve üzeri yaş grubudur. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9; 2040 yılında %16,3 olması beklenmektedir (TÜİK, 2021).

2020 yılında 65 yaş üzeri nüfus dağılımı incelendiğinde %63,8’inin 65-74 yaş grubunda, %27,9’unun 75-84 yaş grubunda ve %8,4’ünün 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Yaklaşık her 4 haneden birinde en az bir yaşlı fert bulunduğu görülmektedir. Türkiye’de 1 milyon 478 bin 346 yaşlının tek başına yaşadığı saptanmıştır (TÜİK, 2021).

TÜİK verilerine göre eğitimli yaşlı nüfus oranı da artış göstermektedir. Okuma yazma bilmeyen yaşlı nüfus oranı, 2019 yılında %16,9’dur. Okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranı, 2019 yılında yaşlı erkeklerin oranından 4,8 kat fazladır. Okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranı %26,0 iken yaşlı erkeklerin oranı %5,4’tür. 2019 yılında ilköğretim mezunu olanların oranı %45,5; ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu olanların oranı %7,3; lise veya dengi okul mezunu olanların oranı %7,5; yükseköğretim mezunu olanların oranı ise %7,0’dır. Bitirilen tüm eğitim düzeylerinde yaşlı erkek nüfus oranının yaşlı kadın nüfus oranından daha yüksek olduğu görülmüştür.

2020 yılında yaşlı erkek nüfusun %83,8’i resmi nikâhla evliyken, yaşlı kadın nüfusun %45,8’i resmi nikâhla evlidir. Eşi ölmüş yaşlı kadınların oranı (%48,3), eşi ölmüş yaşlı erkeklerin oranının (%11,9) 4 katıdır. Yaşlı nüfusun yoksulluk oranı %14,2’dir. Cinsiyete göre incelendiğinde, yoksul yaşlı erkek nüfus oranı 2019 yılında %12,1’ken yoksul yaşlı kadın nüfus oranı %15,9’dur.

Banyo yapma/duş almada zorluk yaşayan yaşlı nüfus oranı %22,1’dir. Diğer taraftan, yatağa girme/kalkma veya sandalyeye oturma/kalkmada zorluk yaşayanların oranı 2019 yılında

%20,6'dır. Mutlu olduğunu beyan eden yaşlı bireylerin oranı %57,7'dir. Yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre, yaşlı bireylerin en önemli mutluluk kaynağı %66,9 ile aileleri, %16,9 ile çocukları, %6,8 ile torunları ve %5,4 ile eşleridir (TÜİK, 2021).

## **2.9. Covid-19 Salgını ve Yaşlı İstismarı**

Ortaya çıkan kanıtlar, COVID-19 salgını sırasında hem toplumda hem de kurumlarda yaşlı istismarının yaygınlığının arttığını göstermektedir. ABD'de yapılan bir araştırma, her 5 yaşlıdan birinin istismara uğradığı ve bunun pandemi öncesine göre %83,6'lık bir artışa karşılık geldiği sonucuna ulaşmıştır (Chang ve Levy, 2021).

Covid-19 pandemi sürecini değerlendirmede henüz yeterli araştırma ve değerlendirme olmamakla birlikte gözlemlerimiz evden çalışma, idari izin veya işsizlik gibi sebeplerle aile içi temasların arttığı yönündedir. Bu süreçte yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılar istismar, yalnız yaşayanlarsa ihmal riski altında kalmıştır. Bakımevi, huzurevi gibi kurumlarda kalan yaşlılar ise, ziyaretçi yasakları gibi kısıtlamalarla ciddi boyutta izolasyon yaşamışlardır (United Nations News, 2021).

## **2.10. İstismar ve İhmalin Önlenmesi**

1948 yılında kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi"nden günümüze dek yaşlıların sorunlarının tespiti ve çözümü konusunda önemli uluslararası toplantılar gerçekleştirilmiş, bildirge ve belgeler yayınlanmıştır. 1994 Yılında Kahire'de yapılan, Türkiye'nin de katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve bunun sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu konferansta aile üyelerinin yaşlı bireye bakabilmesi için gereken sosyal destek sistemlerinin sağlanması, yaşlı birey için sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi hedefler belirlenmiştir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012).

1982 yılında Viyana'da yaşlanma ile ilgili politikaları belirlemek adına 1.Yaşlılık Asamblesi düzenlenmiştir. Asamblede kabul edilen "Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı", Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından da onaylanmıştır. Bağımsız yaşam,

katılımcılık, bakım, onurlu yaşam ve kendini gerçekleştirme gibi beş başlıkta özetlenebilecek çıktılar, detaylı öneriler sunmuştur (Çağlar, 2014).

8-12 Nisan 2002 tarihleri arasında Madrid’de Birleşmiş Milletler tarafından 2. Yaşlılık Asamblesi düzenlenmiştir. “Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı”nda, yaşlıların kendileri hakkında alınan kararlar ve sosyal politikalar içerisinde daha merkezi bir yere konumlandırılmasının gerekliliğine vurgu yapılmış; yaşının sağlığının ve iyi hal durumunun ilerletilmesi ve yoksullukla mücadele gibi konularda harekete geçilmesi önerilmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı [DPT], 2007).

Mevcut kanıtlar, hem toplumda hem de kurumsal ortamlarda yaşlı istismarını önlemek için koordineli stratejilere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi’nin de dikkat çektiği gibi şiddet içeren davranışların önlenmesi için bir takım eylem planlarına ihtiyaç vardır. Şiddetin önlenmesine yönelik yaklaşım dört aşamalı bir süreçtir. İlk adım, şiddetin kapsamı ve sonuçları hakkında sistematik veri toplama yoluyla sorunu tanımlamayı içerir. İkinci adım, şiddetin neden oluştuğunu belirlemek ve riski artıran veya azaltan faktörlerin belirlenmesidir. Üçüncü adım, müdahaleleri tasarlayarak, uygulayarak ve değerlendirerek şiddeti önlemek için neyin işe yaradığını keşfetmeyi içerir. Şiddeti önlemeye yönelik halk sağlığı yaklaşımının son adımı, çok çeşitli ortamlarda etkili müdahalelerin uygulanması ve bunların etkisinin ve maliyet etkinliğinin izlenmesidir (Post ve diğerleri, 2010).

Yaşlı istismarını önlemek, istismara karşı harekete geçmek ve istismarın sonuçlarını hafifletmek için birçok strateji uygulanmıştır. Başta yüksek gelirli ülkelerde olmak üzere istismarı önlemek için uygulanan müdahaleler şunlardır:

- Kamunun ve profesyonellerin farkındalığını artırmak için kampanyalar düzenlemek.
- Potansiyel kurbanları ve istismarcıları saptamak için tarama çalışmaları yapmak.
- Okullarda nesiller arası programlar düzenlemek.
- Bakım verenlerin desteklenmesini sağlamak (stres yönetimi ve geçici bakım desteği gibi).
- Bakım standartlarını tanımlamak ve iyileştirmek için kurumsal bakım politikaları belirlemek.
- Demans konusunda bakıcıları eğitmek (DPT, 2007).

Mevcut istismarla mücadele etmek ve daha fazla istismarı önlemek için aşağıdaki gibi girişimler ve müdahaleler gerekmektedir:

- İstismarın yetkililere zorunlu olarak bildirilmesini sağlamak.
- Dayanışma ve yardımlaşma grupları oluşturmak.
- Güvenli evler ve acil durum barınakları oluşturmak.
- İstismarcılar için psikolojik programlar düzenlemek.
- Bilgi ve yönlendirme sağlamak için yardım hatları kurmak.
- Bakıcı destek çalışmaları yapmak (WHO, 2021).

İstismarla mücadelede birden fazla kuruma görev düşmekte ve disiplinler arası işbirliği gerekmektedir. Bu kurumlardan başlıcaları şunlardır:

- Sosyal hizmet kurumları (yasal, mali ve konut desteği sağlanması yoluyla),
- Eğitim kurumları (kamu eğitimi ve bilinçlendirme kampanyaları yoluyla),
- Sağlık kurumları (mağdurların özellikle birinci basamak sağlık çalışanları tarafından saptanması ve tedavisi yoluyla).

Mayıs 2016'da Dünya Sağlık Asamblesi, yaşlanma ve sağlığa ilişkin, yaşlı istismarı konusunda ülkelerde koordineli eylem için rehberlik sağlayan, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile uyumlu, küresel bir strateji ve eylem planını kabul etmiştir.

Küresel strateji doğrultusunda DSÖ ve ortakları, yaşlı istismarını önlemek için, sorunu tanımlamaya, ölçmeye ve sorunla mücadeleye yardımcı olan aşağıdaki girişimler üzerinde işbirliği yapmaktadır:

- Özellikle Güneydoğu Asya, Orta Doğu ve Afrika'daki gibi çok az verinin olduğu, düşük ve orta gelirli ülkelerde, yaşlı istismarının kapsamı ve türleri hakkında (sorunun küresel düzeyde boyutunu ve doğasını anlamak için) kanıtlar oluşturmak.
- Yaşlı istismarını önlemek ve buna yönelik tepkilerini güçlendirmek için üye devletler ve ilgili tüm sektörler için kanıt toplamak ve rehberlik geliştirmek.
- Ülkelere bilgi yaymak ve yaşlı istismarını önlemek için ulusal çabaları desteklemek.
- Sorunun küresel olarak önüne geçmek için uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.

Türkiye'de yaşlılara dair politikalar ağırlıklı olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. 2011 yılında bakanlık bünyesinde, yaşlı hizmetlerinden sorumlu müstakil bir genel müdürlük olan Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

oluşturulmuştur. 2013 yılında Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı oluşturulmuştur. Planda, Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı'nda alınan kararların hemen hemen aynısı dile getirilmiştir.

Ülkemizde sosyal güvencesi olmayan yaşlılara yaşlı maaşı ödenmesi, engelli ve bakıma muhtaç yaşlıların yakınlarına maddi destek verilmesi, hastaneler bünyesinde Geriatri Polikliniklerinin ve Evde Sağlık Ünitelerinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinde yaşlılara öncelik tanınması, belediyeler aracılığı ile ihtiyacı olan yaşlılara gıda yardımı, temizlik ve kişisel bakım yardımı, şehir içi ulaşımında ücret indirimi gibi hizmetler verilmektedir. Yaşlının bedensel ve ruhsal sağlığını iyileştirmeye, onu sosyal hayata dâhil etmeye, yoksulluk sorununu hafifletmeye yönelik bu hizmetler, istismar ve ihmali önlemede önemli bir rol üstlenmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2012). Sağlık hizmeti sağlayıcıları, yaşlı istismarı mağdurlarının tıbbi veya sosyal hizmet kuruluşlarında ilk temas kurduğu kişiler olmaları açısından, sağlık hizmeti sağlayıcılarının yaşlı istismarı ve ihmalinin belirti ve semptomlarını tanıma yeteneği son derece önemlidir (Tan ve diğerleri, 2020). Yaşlı istismarı ve ihmalinin tanılanabilmesi için American Medical Association [AMA] tarafından belirlenmiş yaşlı bireyle her karşılaşmada mutlaka sorulması önerilen bazı sorular bulunmaktadır:

- Herhangi bir birey size zarar veriyor mu?
- İzniniz olmadan herhangi bir birey size dokunuyor mu?
- İstemediğiniz bir şeyi yapmak için zorlama yaşıyor musunuz?
- Sizin izniniz olmadan size ait birey alınıyor mu/alındı mı?
- Size açıklama yapılmadan ya da anlamadığınız bir evrak imzalatıldı mı?
- Evde yalnız kalmaktan korkuyor musunuz?
- Kendinizi yalnız/ihmal edilmiş hissediyor musunuz?
- Herhangi bir konuda yardıma gereksinimiz olduğunda bunu alabiliyor musunuz?

(Yeşil ve diğerleri, 2016).

İstismar ve ihmalin değerlendirilmesinde tarama testlerinden ve ölçeklerden de faydalanılabilir. Ayrıca istismarı raporlamak ve ilgili birimlere bildirmek de sağlık çalışanlarının görev ve sorumlulukları arasındadır (Arpacı ve Bakır, 2017)

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Çalışmanın Amacı

Çalışmamızın amacı, bölgemizdeki yaşlılarda istismar ve ihmal riskinin sıklığını tespit etmek, bu riskin yaşlının demografik özellikleri, bilişsel ve fonksiyonel yeterliliği, bağımlılık durumu, yalnızlık-sosyal izolasyon durumu ile ilişkisini saptamaktır.

Çalışmanın ikincil amacı ise yaşlılara yönelik ihmal ve istismara dikkat çekmektir.

### 3.2. Çalışmanın Hipotezi

İleri yaşta olmak, kadın olmak, yalnız, eğitimsiz, yoksul olmak; kronik hastalığa sahip olmak, engelli olmak, çok ilaç kullanmak; bilişsel ve fonksiyonel yetersizlik ve kendini yalnız hissetmek, istismar ve ihmal riskini artırır.

### 3.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreni Konak 24 nolu ASM'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerdir (n:1180). G-power'ın otomatik hesaplama programı kullanılarak %95 güvenilirlik, 0.05 alpha değeri ve %80 güç ile örneklem büyüklüğü 281 olarak hesaplanmıştır. Olası fireler de göz önünde bulundurularak %10'luk bir artışla, başlangıçta 308 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir (n:308). Belirlenen sayıda yaşlıya basit rastgele örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır. Pandemi nedeniyle 65 yaş üzerine uygulanan sokağa çıkma kısıtlamaları ve ev ziyaretlerinde yaşanan zorluklar nedeniyle veri toplama süreci 11.10.2019 ile 15.06.2021 arasında tamamlanmıştır. Bu süre içinde 8 yaşlı vefat etmiş, 9 kişi ikamet adresinde bulunamamış ya da çalışmaya katılmak istememiştir. Bir kişi başlangıçta çalışmaya katılmış ancak daha sonra çalışmadan ayrılmak istediğini belirtmiştir. Yaşlılardan 41'i demans, psikiyatrik hastalık, iletişim kurmayı engelleyen işitme kaybı, düşkünlük gibi nedenlerle çalışma dışında bırakılmıştır. Toplam 59 fire verilmiş, 249 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün %88'i; belirlenen hedef nüfusunsa %80'i çalışmaya dâhil olmuştur.

### **3.4. Araştırmanın Yöntemi**

#### **3.4.1. Araştırmanın Türü**

Araştırmamız, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Tek merkezlidir.

#### **3.4.2. Araştırmanın Tasarımı**

Gönüllülere, Aile Sağlığı Merkezi'nde ve evlerinde anket formları, ölçekler ve tarama testleri, yüz yüze görüşme tekniğı ile uygulanmıştır. Anket formunda (Ek 1) yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşayan çocuğunun olup olmadığı, kiminle yaşadığı, göç durumu, sosyal güvencesi, kronik hastalıkları, ilaç kullanımı, engellilik durumu, yardımcı cihaz kullanım durumu sorgulanmıştır. Kooperasyon ve bilişsel fonksiyon yetersizliğini değerlendirmek üzere "Saat Çizme Testi"(Ek 2); fonksiyonel yeterlilik-bağımlılığı değerlendirmek için Katz'ın "Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi"(Ek 3); yalnızlık-sosyal izolasyon durumunu saptamak için "Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeğı"(Ek 4) ve son olarak da Hwalek-Sengstock Yaşlı İstisarı Tarama Testi (Ek 5) uygulanmıştır.

#### **3.4.3. Araştırmaya Katılma ve Dışlanma Kriterleri**

Konak 24 nolu ASM'ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri, iletişim kurulabilecek ve soruları doğru yanıtlayabilecek yeterlilikte olan gönüllü bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Tanı almış demansı, bilişsel bozukluğı neden olabilecek psikoza, zihinsel engeli, testlerin uygulanmasına engel olacak düzeyde ağır işitme kaybı ya da düşkünlüğü olan toplam 41 kişi çalışmanın dışında bırakılmıştır.

### **3.5. Kullanılan Ölçekler ve Testler**

Çalışma grubumuza 14 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Katılımcılara adları, cinsiyetleri, yaşları, eğitim düzeyleri, aylık gelir düzeyleri, sosyal güvenceleri, medeni



durumları, yaşayan çocuk sayıları, kiminle yaşadıkları, memleketlerinde yaşayıp yaşamadıkları, kronik hastalıkları, kaç çeşit ilaç kullandıkları, engellilik durumları ve kullandıkları yardımcı cihazlar sorulmuştur.

### 3.5.1. İstismar Taraması

Hwalek ve Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Günümüze değin yaşlı istismarı konusunda geliştirilen ve kullanılan ilk ölçme araçlarından biridir (Hwalek ve Sengstock, 1986). Testin geçerlilik ve güvenilirlik bakımından incelemesi ve Türkçe uyarlaması Özmete (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği 0.814 olarak belirlenmiştir.

Test üç kavramsal kategoriden (faktör) oluşur: i) kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar, ii) savunmasız olan yaşlının özellikleri, iii) potansiyel istismar durumunun belirlenmesi. Yaşlıya günlük hayatında yardım eden birinin olup olmadığı, kendini üzgün ya da yalnız hissedip hissetmediği, kendi kendine yetip yetemediği sorularak, yaşlının bireysel özellikleri irdelenir. Kişinin yaşamı hakkında kararlara müdahale, onayı dışında davranışlara maruz kalma, yapmak istemediği davranışlara zorlanma ya da kötülük görme durumu ile doğrudan ihmal ve istismar sorgulanır. Yaşlının evde yeterli mahremiyetinin olup olmadığı, herhangi birinden rahatsızlık duyup duymadığı, ailesindeki kişilere güvenip güvenmediği, yakınları tarafından istenip istenmediği, ailede alkol bağımlısı kimsenin olup olmadığı sorularıyla da potansiyel istismar durumu belirlenir (Soruların yer aldığı test, Ek 5'te verilmiştir).

1,6,12 ve14.sorulara verilen “Evet” yanıtı 0, “Hayır” yanıtı 1 puan; 3,5,7,8,9,10,11,13 ve 15.sorulara verilen “Evet” yanıtı 1, “Hayır”yanıtı 0 puan; 4.soruya verilen “Ben” yanıtı 0 puan, “Başka biri” yanıtı 1 puan olarak derecelendirilmiştir.

Testten alınabilecek en yüksek puan 14, en düşük puan 0 olup puanın yükselmesi istismar riskinin arttığı anlamına gelmektedir. Hwalek ve Sengstock testten alınan 3 ve üzerindeki puanların istismarın olduğu şeklinde yorumlanması gerektiğini belirtmişlerdir (Hwalek ve Sengstock,1986). Özçakar ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada da 3 ve üzerindeki puanların istismarın olduğu şeklinde yorumlanması gerektiği belirtilmiştir.

### 3.5.2. Yalnızlık ve İzolasyonun Ölçümü

Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği: Yalnızlık duygusunu ölçmek amacıyla de Jong-Gierveld ve Kamphuis (1985), tarafından geliştirilmiştir. 1999 yılında de Jong-Gierveld ve van Tilburg tarafından revize edilmiş olan ölçek, bilişsel davranışçı yaklaşımı esas alarak geliştirilmiş bir ölçme aracıdır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması Akgül ve Yeşilyaprak (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 85 olarak bulunmuştur.

Ölçek toplamda 11 maddeden oluşur. Her bir ifade, 3'lü likert tipi dereceleme ile belirlenmektedir. Kişiyi en iyi ifade ettiği düşünülen "Evet", "Olabilir", "Hayır" şıklarından biri seçilir. İki alt boyuttan oluşmaktadır:

- i. Ölçekteki 2., 3., 5., 6., 9. ve 10. madde olumsuz duyguları içerir ve duygusal yalnızlığı ölçer.
- ii. 1., 4., 7., 8. ve 11. maddeler ise olumlu önermelerdir ve sosyal yalnızlığı ölçer.

Toplam yalnızlığı hesaplamak için; duygusal yalnızlık skorları ile sosyal yalnızlık skorları toplanmalıdır. Bu iki boyutun toplamı genel yalnızlık puanını oluşturmaktadır (de Jong Gierveld ve van Tilburg, 1999).

Ölçekte yer alan olumlu ifadeler için (1.,4.,7.,8.,11.) "evet" şikkı sıfır puan, "olabilir" ve "hayır" şıkları 1 puan olarak değerlendirilir. Olumsuz ifadeler için (2.,3.,5.,6.,9.,10.) "evet" ve "olabilir" şikkı 1 puan, "hayır" şikkı sıfır puan olarak değerlendirilir. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puansa 11'dir.

Ölçeğin toplam yalnızlık değerlendirmesi şu şekildedir:

- 0-2 puan: Yalnız değil
- 3-8 puan: Orta düzeyde yalnız
- 9-10 puan: Ciddi yalnız
- 11 puan: Çok ciddi yalnız (de Jong Gierveld ve van Tilburg, 1999).

### 3.5.3. Fonksiyonel Yeterliliğin Değerlendirilmesi

Yaşlının fonksiyonel yeterlilik-bağımlılık durumunu değerlendirmek için Katz'ın 6 sorudan oluşan “Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” kullanılmıştır. Tam 6 puan, “bağımsız”; bunun altında kalan puanlar ise “fonksiyonel yetersizlik/ bağımlılık” olarak değerlendirilmiştir.

### 3.5.4. Bilişsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi

Çalışmamızda bilişsel fonksiyonu değerlendirmek üzere Saat Çizme Testi (SÇT)'ni kullandık. SÇT, bilişsel fonksiyon yetersizliklerini saptamada yüksek duyarlılık ve özgüllük değerlerine sahip bir testtir.

Çalışmamızda kişilerden hazır çizili bir çember içerisine saat çizmeleri, rakamları düzgünce yerleştirmeleri ve son olarak da belirtilen zamanı (11'i 10 geçe) işaretlemeleri istenmiştir. Uluslararası literatürde yaygın kullanıma sahip Manos ve Wu puanlama yöntemi kullanılmıştır.

Manos ve Wu (1994) tarafından geliştirilen puanlama yöntemi, literatürde “Ten Point Clock Test” olarak yer almaktadır. Puanlamada 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10 ve 11 rakamları eğer doğru saat dilimi içinde yer alıyorsa her bir doğru rakam için 1 puan verilir. Bir puan, kısa çizgi ile yapılmış 11 rakamını işaret eden akrep ve bir puan uzun çizgi ile yapılmış 2 rakamını işaret eden yelkovan için verilir. Eğer kolların uzunlukları hatalı ise puan verilmez. Puanlama formülü  $[8 (\text{rakamlar}) + 1 (\text{akrep}) + 1 (\text{yelkovan})=10]$  şeklinde ifade edilebilir.

Testten 8 ve üzerinde alınan puanlar normal, 8'in altında kalan puanlarsa bozulmuş bilişsel fonksiyon olarak değerlendirilir (Emek-Savaş ve diğerleri, 2018; Manos, 1998).

### 3.5.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda SPSS-25 istatistik programı kullanılmıştır. İstismar ve ihmal riski açısından iki gruba ayrılan kişilerin demografik özellikleri, bilişsel ve fonksiyonel yeterlilikleri ve yalnızlık durumları incelenmiştir. Sonuçlar ortanca (min-max) ve sayı (oran) olarak sunulmuştur. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Chi-square testi ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normallik testi, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk

testleri ile yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin (yaş, çocuk sayısı, ilaç sayısı, SÇT skoru, GYA skoru, YİYÖ skoru) karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm testlerde  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İstismar ile ilişkisi saptanan değişkenler, çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95 Güven aralıklarıyla beraber verilmiştir.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Çalışmaya Katılan Yaşlıların Özellikleri

#### 4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza 161'i kadın (%64,7), 88'i erkek (%35,3) olmak üzere toplam 249 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşları 65 ile 92 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 75'tir. Gruplara ayırdığımızda 55 kişi (%22,1'i) 65-69 yaş grubunda; 80 kişi (%32,1'i) 70-74 yaş grubunda; 114 kişi (%45,8'i) 75 yaş ve üzeri yaş grubunda toplanmıştır.

Eğitim düzeyleri sorgulandığında 8 kişi (%3,2) okur-yazar değildir, 13 kişi (%5,2) okur-yazardır, 92 kişi (%36,9) ilkokul mezunudur, 35 kişi (%14,1) ortaokul mezunudur, 50 kişi (%20,1) lise mezunudur, 21 kişi (%8,4) yüksekokul mezunudur, 30 kişi (%12) ise üniversite mezunudur. Kişiler ilkokul ve altı öğrenim görenler (113 kişi, %45,4); ortaöğretim görenler (85 kişi, %34,1); yükseköğretim görenler (51 kişi, %20,5) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.

Çalışmaya katılan yaşlıların 70'i (%28,1) asgari ücretin altında bir gelire sahipken 179'u (%71,9) asgari ücretin üzerinde bir gelire sahiptir. Sadece 2 kişinin (%0,8) hiçbir sosyal güvencesi yokken, 242'si (%97,2) SGK'lı, 5 kişi (%2) ise özel sigortalıdır.

Yaşlıların medeni durumları sorulduğunda 6 kişinin (%2,4) hiç evlenmemiş olduğu, 120 kişinin (%48,2) evli veya partneriyle yaşadığı, 123 kişininse (%49,4) dul ya da boşanmış olduğu öğrenilmiştir. Yaşayan çocukları sorgulandığında 19 kişinin (%7,6) çocuk sahibi olmadığı, 43 kişinin (%17,3) tek çocuk sahibi olduğu, 187 kişininse (%75,1) 2 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olduğu öğrenilmiştir. Ortanca yaşayan çocuk sayısı 2'dir.

Çalışmamızdaki yaşlıların %32,5'i yalnız, %41'i eş veya partneri ile, %16,9'u çocuklarıyla, %6,8'i eş ve çocuklarıyla, yani toplamda %64,7'si eş ve/ veya çocuklarıyla yaşamaktadır. %0,4'ü bakıcısı ile, %2,4'ü ise diğer kişilerle yaşamaktadır. Yaşlılarımızın %43,8'inin memleketi İzmir iken, %56,2'sinin memleketi diğer illerdir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Yaşlıların sosyodemografik özellikleri.

<b>Toplam</b>	<b>n (%)</b> <b>249 (100)</b>
<b>Yaş grup</b>	
65-69	55 (22,1)
70-74	80 (32,1)
75 ve üstü	114 (45,8)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	161 (64,7)
Erkek	88 (35,3)
<b>Eğitim düzeyi</b>	
Okuryazar değil	8 (3,2)
Okuryazar	13 (5,2)
İlkokul	92 (36,9)
Ortaokul	35 (14,1)
Lise	50 (20,1)
Yüksekokul	21 (8,4)
Üniversite	30 (12,0)
<b>Eğitim düzeyi grup</b>	
İlkokul ve altı	113 (45,4)
Ortaöğretim	85 (34,1)
Yükseköğrenim	51 (20,5)
<b>Aylık gelir düzeyi</b>	
Asgari ücret altı	70 (28,1)
Asgari ücret üstü	179 (71,9)
<b>Sosyal Güvence</b>	
Yok	2 (0,8)
SGK	242 (97,2)
Özel sigorta	5 (2,0)
<b>Medeni durum</b>	
Bekâr	6 (2,4)
Evli/partner	120 (48,2)
Dul/boşanmış	123 (49,4)
<b>Yaşayan çocuk sayısı grup</b>	
0	19 (7,6)
1	43 (17,3)
2 ve üstü	187 (75,1)
<b>Kiminle yaşıyor</b>	
Yalnız	81 (32,5)
Eş/partner	102 (41,0)
Çocuklar	42 (16,9)
Eş ve çocuklar	17 (6,8)
Bakıcı	1 (0,4)
Diğer	6 (2,4)
<b>Memleketinde mi yaşıyor?</b>	
Evet	109 (43,8)
Hayır	140 (56,2)

#### 4.1.2. Yaşlıların Sağlık Profili

Gönüllülerin kronik hastalıkları sorgulandığında 237'sinin (%95,2) en az bir kronik hastalığı olduğu görülmüştür. En sık görülen kronik hastalık hipertansiyondur, yaşlıların 182'sinde (%73,1) görülmüştür. Bunu 2. sırada kardiyovasküler hastalıklar, 3. sırada Diyabet izlemektedir. Yaşlıların 91'inde (%36,5) kardiyovasküler bir hastalık, 74'ünde (%29,7) diyabet, 45'inde (%18,1) depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk gibi bir psikiyatrik hastalık, 39'unda (%15,7) romatizmal hastalıklar, osteoartrit, skolyoz, intervertebral disk hernileri gibi bir kas-iskelet sistemi bozukluğu, 39'unda (%15,7) tiroid hastalığı, 36'sında (%14,5) serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, epilepsi, multiple skleroz gibi nörolojik bir hastalık, 34'ünde (%13,7) osteoporoz, 17'sinde (%6,8) kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) veya astım gibi kronik bir solunum sistemi hastalığı, 16'sında (%6,4) ise maligniteler yani kanser saptanmıştır (Tablo 3).

Polifarmasi açısından sorgulandığında kullanılan ilaç sayısı günde 0 ile 13 arasında değişmekte, ortalama 4,6 çeşit ilaç kullanılmaktadır (Standart Sapma:  $\pm 3$ ).

Yaşlılarımızın 46'sında (%18,5) engellilik saptanmış olup 25'i (%10) ortopedik engelli, 19'u (%7,6) işitme engelli, 11'i (%4,4) görme engellidir. 161 kişi (%64,7) herhangi bir yardımcı cihaz kullanmaktadır. En sık kullanılan cihaz gözlüktür. 144 kişi (%57,8) gözlük, 25 kişi (%10) işitme cihazı, 37 kişi (%14,9) baston, 3 kişi (%1,2) yürüteç (walker), 3 kişi (%1,2) tekerlekli sandalye kullanmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 3.** Yaşlıların sağlık profili.

	<b>n (%)</b>
	<b>249 (100)</b>
<b>Co-morbidite</b>	<b>237 (95,2)</b>
Hipertansiyon	182 (73,1)
Kalp-damar hastalığı	91 (36,5)
Diyabetes mellitus	74 (29,7)
Solunum sistemi hastalığı	17 (6,8)
Nörolojik hastalık	36 (14,5)
Tiroid hastalığı	39 (15,7)
Osteoporoz	34 (13,7)
Malignite	16 (6,4)
Psikiyatrik hastalık	45 (18,1)
Kas-iskelet sistemi hastalığı	39 (15,7)
Diğer	67 (26,9)
<b>Engellilik</b>	<b>46 (18,5)</b>
Görme	11 (4,4)
İşitme	19 (7,6)
Ortopedik	25 (10,0)
<b>Yardımcı cihaz</b>	<b>161 (64,7)</b>
Gözlük	144 (57,8)
İşitme cihazı	25 (10,0)
Baston	37 (14,9)
Yürüteç	3 (1,2)
Tekerlekli sandalye	3 (1,2)

#### **4.1.3. Yaşlıların Bilişsel ve Fonksiyonel Yeterlilikleri**

Çalışmamızda bilişsel fonksiyonu değerlendirmek üzere Saat Çizme Testi (SÇT) kullanılmıştır. Gönüllülerin 150'si (%60,2) başarılı bulunurken, 88'i (%35,3) başarısız olarak



değerlendirilmiştir. Görme kusuru veya okur-yazarlığı olmadığı için 11 gönüllüye, Saat Çizme Testi uygulanamamıştır.

Yaşlının fonksiyonel yeterlilik-bağımlılık durumunu değerlendirmek için Katz'ın 6 sorudan oluşan "Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi" kullanılmıştır. Yaşlılar min. 1, max 6 olmak üzere ortalama 5,8 ( $\pm 0,6$ ) puan almışlardır. Yaşlıların 236'sı (%94,8) tam bağımsız, 13'ü (%5,2) bağımlı olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Yaşlıların bilişsel ve fonksiyonel yeterlilik durumu.

	<b>n (%)</b>
	<b>249 (100,0)</b>
<b>Bilişsel yeterlilik</b>	
Normal	150 (60,2)
Bozulmuş	88 (35,3)
Engel nedeniyle boş	11 (4,4)
<b>Fonksiyonel yeterlilik</b>	
Tam bağımsız	236 (94,8)
Bağımlı	13 (5,2)

#### 4.1.4. Yaşlıların Yalnızlık Durumu

Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği'ne göre yaşlıların duygusal yalnızlık puan ortalaması 6 üzerinden 2,7( $\pm 1,9$ ); sosyal yalnızlık puan ortalaması 5 üzerinden 1,1 ( $\pm 1,3$ ) olarak bulunmuştur. Toplam yalnızlık puan ortalamaları 11 üzerinden 3,7 ( $\pm 2,8$ ) bulunmuştur (Yalnızlık puanı arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır). Yaşlıların %39,4'ü yalnız, %55'i kısmi yalnız, %4,4'ü ciddi yalnız, %1,2'si ise çok ciddi yalnız olarak değerlendirilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Yaşlıların yalnızlık durumu.

<b>Yalnızlık durumu</b>	<b>n (%)</b>
<b>Toplam</b>	<b>249 (100.0)</b>
Yalnız değil	98 (39,4)
Kısmi yalnız	137 (55,0)
Ciddi yalnız	11 (4,4)
Çok ciddi yalnız	3 (1,2)

#### **4.1.5. Yaşlıların İstismar ve İhmal Durumu**

Yaşlıların istismar ve ihmal durumu Hwalek& Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi ile değerlendirilmiştir. Testten alınan 3 ve üzerindeki puanlar, istismarın olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda H&S-YIT testinden min 0, max 7, ortalama 1,1 ( $\pm 1,6$ ) puan alınmıştır. Yaşlıların 222'sinde (%89,2) teste göre istismar riski saptanmazken, 27'sinde (%10,8) istismar riskine rastlanmıştır.

Çalışmamızda yaşlılar, istismar riski açısından iki gruba ayrılmıştır. Her iki grubun ortanca yaş değeri 74'tür. İstismar riskli gruptakilerin %29,6'sı 65-69 yaş grubunda, %22,2'si 70-74 yaş grubunda %48,1'i 75 yaş ve üzerindedir. İstismarın rastlanmadığı grupta ise bu oranlar sırasıyla %21,2; %33,3 ve %45,5'tir. İstismar riski olanların %66,7'si, istismar riski olmayanların %64,4'ü kadındır (Tablo 6).

İstismar riski olan grupta ilköğretim ve altında öğrenim görenlerin oranı %33,3; ortaöğretim görenlerin oranı %33,3; yükseköğretim görenlerin oranı %33,3'tür. İstismar riski olmayan grupta bu oranlar sırasıyla %46,8, %34,2 ve %18,9'dur. İstismar riski olan grubun %70,4'ü asgari ücretin üzerinde bir aylık gelire sahiptir. Bu oran istismar riski olmayan grupta %72,1'dir. İstismar riskli grupta sosyal güvencesi olmayanların oranı %7,4'ken, risksiz grupta sosyal güvencesi olmayan hiç kimse yoktur (Tablo 6).

İstismar riskli grupta yaşlıların %44,4'ü evli veya partneriyle yaşıyorken, %55,6'sı dul veya boşanmıştır. İstismar riski olmayan grupta yaşlıların %2,7'si bekâr, %48,6'sı evli, %48,6'sı dul/boşanmıştır. İstismar riskli gruptakilerin yaşayan çocuk sayısı min 0, max 4'ken; risksiz grupta min 0, max 7'dir. Her iki grupta yaşayan çocuk sayısı ortanca değeri 2'dir.

İstismar riskli grupta yaşlıların %37'si yalnız, %37'si eş veya partneriyle, %18,5'i çocukları ile %7,4'ü eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Risksiz grupta yaşlıların %32'si yalnız, %41,4'ü eş veya partneriyle, %16,7'si çocuklarıyla, %6,8'i eş ve çocuklarıyla %0,5'i bakıcısıyla, %2,7'si diğerleriyle birlikte yaşamaktadır. İstismar riskli gruptakilerin %40,7'si, risksiz gruptakilerin %44,1'i memleketi olan ilde yaşamaktadır (Tablo 6).

**Tablo 6.** İstismar risk gruplarına göre yaşlıların sosyodemografik verileri.

	<b>İstismar riski var n (%)* 27 (100)</b>	<b>İstismar riski yok n (%)* 222 (100)</b>
<b>Toplam: 249 (%100)</b>		
<b>Yaş grup</b>		
65-69	8 (29,6)	47 (21,2)
70-74	6 (22,2)	74 (33,3)
75 ve üstü	13 (48,1)	101 (45,5)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	18 (66,7)	143 (64,4)
Erkek	9 (33,3)	79 (35,6)
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okuryazar değil	2 (7,4)	6 (2,7)
Okuryazar	1 (3,7)	12 (5,4)
İlkokul	6 (22,2)	86 (38,7)
Ortaokul	4 (14,8)	31 (14,0)
Lise	5 (18,5)	45 (20,3)
Yüksekokul	5 (18,5)	16 (7,2)
Üniversite	4 (14,8)	26 (11,7)
<b>Eğitim düzeyi grup</b>		
İlkokul ve altı	9 (33,3)	104 (46,8)
Ortaöğretim	9 (33,3)	76 (34,2)
Yükseköğretim	9 (33,3)	42 (18,9)
<b>Aylık gelir düzeyi</b>		
Asgari ücretin altı	8 (29,6)	62 (27,9)
Asgari ücretin üstü	19 (70,4)	160 (72,1)
<b>Sosyal Güvence</b>		
Yok	2 (7,4)	0 (0,0)
SGK	25 (92,6)	217 (97,7)
Özel sigorta	0 (0,0)	5 (2,3)
<b>Medeni durum</b>		
Bekar	0 (0,0)	6 (2,7)
Evli/partner	12 (44,4)	108 (48,6)
Dul/boşanmış	15 (55,6)	108 (48,6)
<b>Yaşayan çocuk sayısı grup</b>		
0	3 (11,1)	16 (7,2)
1	2 (7,4)	41 (18,5)
2 ve üstü	22 (81,5)	165 (74,3)
<b>Kiminle yaşıyor</b>		
Yalnız	10 (37,0)	71 (32,0)
Eş/partner	10 (37,0)	92 (41,4)
Çocuklar	5 (18,5)	37 (16,7)
Eş ve çocuklar	2 (7,4)	15 (6,8)
Bakıcı	0 (0,0)	1 (0,5)
Diğer	0 (0,0)	6 (2,7)
<b>Memleketinde mi yaşıyor</b>		
Evet	11 (40,7)	98 (44,1)
Hayır	16 (59,3)	124 (55,9)

\*Sütun yüzdesi

## **4.2. Yaşlıların İstismar ve İhmal Durumu ile İlişkili Faktörler**

### **4.2.1. İstismar ve İhmalin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi**

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi, medeni durum, yaşayan çocuk sayısı, yaşlının kiminle yaşadığı, memleketinde yaşayıp yaşamama durumu ile istismar riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 7).

**Tablo 7.** İstismar risk gruplarına göre yaşlıların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması.

	<b>İstismar riski var n (%)* 27 (100)</b>	<b>İstismar riski yok n (%)* 222 (100)</b>	<b>Toplam n (%) 249(100)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Yaş grup</b>				1,742	0,419
65-69	8 (14,5)	47 (85,5)	55 (100)		
70-74	6 (7,5)	74 (92,5)	80 (100)		
75 ve üstü	13 (11,4)	101 (88,6)	114 (100)		
<b>Cinsiyet</b>				0,053	0,817
Kadın	18 (11,2)	143 (88,8)	161(100)		
Erkek	9 (10,2)	79 (89,8)	88 (100)		
<b>Eğitim düzeyi</b>				7,463	0,280
Okuryazar değil	2 (25)	6 (75)	8 (100)		
Okuryazar	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)		
İlkokul	6 (6,6)	86 (93,4)	92 (100)		
Ortaokul	4 (11,4)	31 (88,6)	35 (100)		
Lise	5 (10)	45 (90)	50 (100)		
Yüksekokul	5 (23,8)	16 (76,2)	21 (100)		
Üniversite	4 (13,3)	26 (86,7)	30 (100)		
<b>Eğitim düzeyi grup</b>				3,416	0,181
İlkokul ve altı	9 (7,9)	104 (92,1)	113 (100)		
Ortaöğretim	9 (10,6)	76 (89,4)	85 (100)		
Yükseköğrenim	9 (17,6)	42 (82,4)	51 (100)		
<b>Aylık gelir düzeyi</b>				0,034	0,853
Asgari ücretin altı	8 (11,4)	62 (88,6)	70 (100)		
Asgari ücretin üstü	19 (10,6)	160 (89,4)	179 (100)		
<b>Sosyal Güvence</b>				17,118	<b>0,008</b>
Yok	2 (100)	0 (0)	2 (100)		
SGK	25 (10,3)	217 (89,7)	242 (100)		
Özel sigorta	0 (0)	5 (100)	5 (100)		
<b>Medeni durum</b>				1,050	0,582
Bekar	0 (0)	6 (100)	6 (100)		
Evli/partner	12 (10)	108 (90)	120 (100)		
Dul/boşanmış	15 (12,2)	108 (87,8)	123 (100)		
<b>Yaşayan çocuk sayısı grup</b>				2,350	0,349
0	3 (15,8)	16 (84,2)	19 (100)		
1	2 (4,7)	41 (95,3)	43 (100)		
2 ve üstü	22 (11,8)	165 (88,2)	187(100)		
<b>Kiminle yaşıyor</b>				1,218	0,926
Yalnız	10 (12,3)	71 (87,7)	81 (100)		
Eş/partner	10 (9,8)	92 (90,2)	102 (100)		
Çocuklar	5 (11,9)	37 (88,1)	42 (100)		
Eş ve çocuklar	2 (11,8)	15 (88,2)	17 (100)		
Bakıcı	0 (0,0)	1 (100)	1 (100)		
Diğer	0 (0,0)	6 (100)	6 (100)		
<b>Memleketinde mi yaşıyor</b>				0,113	0,736
Evet	11 (10,1)	98 (89,9)	109 (100)		
Hayır	16 (11,4)	124 (88,6)	140 (100)		

\*Satır yüzdesi

#### 4.2.2. İstismar ve İhmalin Yaşlının Sağlık Profili ile İlişkisi

Çalışmamızda istismar riskinin olduğu gruptaki 27 yaşlının 26'sında (%96,3'ünde), riskin olmadığı 222 yaşlının 211'inde (%95'inde) kronik bir hastalığa rastlanmıştır. Toplamda komorbidite durumunun varlığı istismar ile ilişkili değilse de tek tek incelendiğinde bazı kronik hastalıklar için anlamlı fark saptanmıştır. İstismar riski saptananların %55,6'sında kalp-damar hastalığı gözlenirken, risk saptanmayanlarda bu oran %34,2'dir. Yine istismar riskli grupta kronik bir solunum sistemi hastalığı görülme oranı %18,5 iken risksiz grupta bu oran sadece %5,4'tür. Özetle istismarın gözlendiği grupta kalp-damar hastalıkları (p: 0,03) ve solunum sistemi hastalıkları (p:0,025) daha sık gözlenmiştir. Ayrıntılar Tablo 8'de yer almaktadır.

İstismar riskli grupta engellilik oranı %33,3; risksiz grupta ise %16,7 bulunmuştur. Engellilik sıklığı istismarın tanımlandığı grupta daha yüksektir (p:0,035).

İstismar riskli grupta kullanılan ilaç çeşidi min 0, max 10, ortanca değer 6'dır. Risksiz grupta min 0, max 13, ortanca değer 4'tür. Çalışmamızda yaşlının kullandığı ilaç sayısı, yardımcı cihaz kullanımı ile istismar riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 8).

**Tablo 8.** İstismar risk gruplarına göre yaşlıların kronik hastalıkları ve engellilik durumları.

		<b>İstismar riski var n (%)* 27 (100)</b>	<b>İstismar riski yok n (%)* 222 (100)</b>	<b>Toplam n (%) 249(100)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Ko-morbidite</b>	Var	26 (96,3)	211 (95,0)	237 (95,2)	0,082	1,000
	Yok	1(3,7)	11 (5,0)	12 (4,8)		
Hipertansiyon	Var	18 (66,7)	164 (73,9)	182 (73)	0,636	0,425
	Yok	9 (33,3)	58 (26,1)	67 (27)		
Kalp damar hastalıkları	Var	15 (55,6)	76 (34,2)	91 (36,5)	4,719	<b>0,030</b>
	Yok	12(44,4)	146 (65,8)	158 (63,5)		
Diyabetes Mellitus	Var	10 (37,0)	64 (28,8)	74 (29,7)	0,777	0,378
	Yok	17(63,0)	158(71,2)	175 (70,3)		
Solunum sistemi hastalıkları	Var	5 (18,5)	12 (5,4)	17 (6,8)	6,507	<b>0,025</b>
	Yok	22(81,5)	210(94,6)	232 (93,2)		
Nörolojik hastalıklar	Var	2 (7,4)	34 (15,3)	36 (14,5)	1,217	0,389
	Yok	25(92,6)	188(84,7)	213(85,5)		
Tiroid hastalıkları	Var	5 (18,5)	34 (15,3)	39 (15,7)	0,187	0,665
	Yok	22(81,5)	188(84,7)	210 (84,3)		
Osteoporoz	Var	4 (14,8)	30 (13,5)	34 (13,7)	0,035	0,772
	Yok	23(85,2)	192(86,5)	215(86,3)		
Malignite	Var	1 (3,7)	15 (6,8)	16(6,4)	0,373	0,541
	Yok	26(96,3)	207(93,2)	233(93,6)		
Psikiyatrik hastalıklar	Var	7 (25,9)	38 (17,1)	45	1,262	0,289
	Yok	20(74,1)	184(82,9)	(18,0)204(82,0)		
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	Var	5 (18,5)	34 (15,3)	39 (15,7)	0,187	0,665
	Yok	22(81,5)	188(84,7)	210(84,3)		
Diğer	Var	4 (14,8)	63 (28,4)	67 (26,9)	2,252	0,133
	Yok	23(85,2)	159(71,6)	182(73,1)		
<b>Engellilik</b>	Var	9 (33,3)	37 (16,7)	46 (18,5)	4,440	<b>0,035</b>
	Yok	18(66,7)	185(83,3)	203(81,5)		

\*Sütun yüzdesi



**Tablo 8.** İstismar risk gruplarına göre yaşlıların kronik hastalıkları ve engellilik durumları (devam).

Görme	Var	1(3,7)	10(4,5)	11 (4,4)	0,037	1,000
	Yok	26(96,3)	212(95,5)	238(95,6)		
İşitme	Var	4 (14,8)	15(6,8)	19 (7,6)	2,218	0,136
	Yok	23(85,2)	207(93,2)	230(92,4)		
Ortopedik	Var	5 (18,5)	20 (9,0)	25 (10)	2,410	0,121
	Yok	22(81,5)	202(91,0)	224(90)		
Yardımcı cihaz	Var	18 (66,7)	143 (64,4)	161 (64,7)	0,053	0,817
	Yok	9(33,3)	79(35,6)	88(35,3)		
Gözlük	Var	14 (51,9)	130 (58,6)	144 (57,8)	0,444	0,505
	Yok	13(48,1)	92(41,4)	105(42,2)		
İşitme cihazı	Var	4 (14,8)	21 (9,5)	25 (10)	0,764	0,328
	Yok	23(85,2)	201(90,5)	224(90)		
Baston	Var	7 (25,9)	30 (13,5)	37 (14,9)	2,932	0,087
	Yok	20(74,1)	192(86,5)	212(85,1)		
Yürüteç	Var	0 (0)	3 (1,4)	3 (1,2)	0,693	1,000
	Yok	27 (100)	219(98,6)	246(98,8)		
Tekerlekli sandalye	Var	1 (3,7)	2 (0,9)	3 (1,2)	1,589	0,208
	Yok	26(96,3)	220(99,1)	246(98,8)		

\*Sütun yüzdesi

#### 4.2.3. İstismar ve İhmalin Bilişsel ve Fonksiyonel Yeterlilik ile İlişkisi

İstismar riski olan ve olmayan grupta Saat Çizme Test skorları min 0, max 10 puandır. Ortanca değer her iki grupta da 8'dir. SÇT'nden alınan puanlar açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur (p:0,27). Bilişsel düzeylerine göre yaşlılar, bilişsel düzeyi iyi olanlar ve olmayanlar olarak sınıflandırıldığında da istismara uğrayan ve uğramayanlar arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0,91) (Tablo 9).

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi skorları istismar riskli grupta min 2, max 6 puan; istismar riskli olmayan grupta min 1, max 6 puandır. Ortanca değer her iki grupta da 6'dır. GYA testinden alınan puanlar açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur (p:0,56).

Fonksiyonel yeterlilik açısından yaşlılar, tam bağımsız ve bağımlı olarak sınıflandırıldığında da istismara uğrayan ve uğramayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0,63) (Tablo 9).

**Tablo 9.** İstismar risk gruplarına göre yaşlıların bilişsel ve fonksiyonel yeterlilikleri.

	<b>İstismar riski var</b> n (%) *	<b>İstismar riski yok</b> n (%) *	<b>Toplam</b> n (%)	$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>27 (10,9)</b>	<b>222 (89,1)</b>	<b>238 (100)</b>		
<b>Bilişsel düzey</b>				0,011	0,915
İyi olanlar	16 (10,7)	134 (89,3)	150 (100)		
İyi olmayanlar	9 (10,2)	79 (89,8)	88 (100)		
<b>Fonksiyonel yeterlilik</b>				0,293	0,639
Tam bağımsız	25 (10,6)	211 (89,4)	236 (100)		
Bağımlı	2 (15,4)	11 (84,6)	13 (100)		

\* satır yüzdesi

#### 4.2.4. İstismar ve İhmalin Yalnızlık Durumu ile İlişkisi

İstismar riski olan ve olmayan grupların yalnızlık ölçeği skorları karşılaştırıldığında tüm kategorilerde iki grup arasında anlamlı fark vardır. İstismar riski yüksek olan grupta gerek duygusal yalnızlık, gerek sosyal yalnızlık, gerekse her ikisinin toplamı olan değerler yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 10).

**Tablo 10.** İstismar risk gruplarına göre yalnızlık ölçeği skorları.

	<b>İstismar riski var</b> (ortanca) (min-max)	<b>İstismar riski yok</b> (ortanca) (min-max)	<b>p</b>
YİYÖ duygusal puan	5,0 (0,0-6,0)	3,0 (0,0-6,0)	<b>0,001</b>
YİYÖ sosyal puan	2,0 (0,0-5,0)	0,0 (0,0-5,0)	<b>&lt;0,001</b>
YİYÖ toplam puan	6,0 (1,0-10,0)	3,0 (0,0-11,0)	<b>&lt;0,001</b>

Yaşlılar yalnızlıkla ilgili alt gruplara ayrıldığında da yalnızlıkla istismar arasında anlamlı bir ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

**Tablo 11.** İstismar risk gruplarına göre yaşlıların yalnızlık durumları.

	<b>İstismar riski var</b> <b>n (%)*</b>	<b>İstismar riski yok</b> <b>n (%)*</b>	<b>Toplam</b> <b>n (%)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>27 (10,9)</b>	<b>222 (89,1)</b>	<b>238(100)</b>		
<b>YİYÖ grup</b>				14,339	<b>0,001</b>
Yalnız değil	4 (4,1)	94 (95,9)	98 (100)		
Kısmi yalnız	18 (13,1)	119 (86,9)	137(100)		
Ciddi ve çok ciddi yalnız	5 (35,7)	9 (64,3)	14 (100)		

\*Satır yüzdesi

#### 4.2.5. Yaşlıların Yalnızlık Durumu ve İlişkili Faktörler

Gönüllüler, “Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği” sonuçlarına göre yalnız olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmış ve demografik özelliklerine göre kıyaslanmıştır. Kendini yalnız hisseden grupta yaş ortalaması daha yüksek; eğitim düzeyi daha düşük; aylık gelir düzeyi daha düşük bulunmuştur (Tablo 12).

**Tablo 12.** Yalnızlık durumlarına göre yaşlıların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması.

	<b>Yalnız n (%)*</b> <b>151 (60,6)</b>	<b>Yalnız değil n (%)*</b> <b>98 (39,4)</b>	<b>Toplam n (%)</b> <b>249(100)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>Yaş grup</b>				6,696	<b>0,035</b>
65-69	33 (60)	22 (40)	55 (100)		
70-74	40 (50)	40 (50)	80 (100)		
75 ve üstü	78 (68,4)	36 (31,6)	114(100)		
<b>Cinsiyet</b>				0,137	0,711
Kadın	99 (61,5)	62 (38,5)	161 (100)		
Erkek	52 (59)	36 (41)	88 (100)		
<b>Eğitim düzeyi</b>				16,041	<b>0,012</b>
Okuryazar değil	8 (100)	0 (0,0)	8(100)		
Okuryazar	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100)		
İlkokul	61 (66,3)	31 (33,7)	92 (100)		
Ortaokul	22 (62,9)	13 (37,1)	35 (100)		
Lise	20 (40)	30 (60)	50 (100)		
Yüksekokul	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (100)		
Üniversite	19 (63,3)	11 (36,7)	30 (100)		
<b>Eğitim düzeyi grup</b>				7,820	<b>0,020</b>
İlkokul ve altı	78 (69)	35 (31)	113 (100)		
Ortaöğretim	42 (49,4)	43 (50,6)	85 (100)		
Yükseköğrenim	31 (60,8)	20 (39,2)	51 (100)		
<b>Aylık gelir düzeyi</b>				6,087	<b>0,014</b>
Asgari ücretin altı	51 (72,9)	19 (27,1)	70 (100)		
Asgari ücretin üstü	100 (55,9)	79 (44,1)	179 (100)		
<b>Sosyal Güvence</b>				4,674	0,097
Yok	2 (100)	0 (0,0)	2 (100)		
SGK	144 (59,5)	98 (40,5)	242 (100)		
Özel sigorta	5 (100)	0 (0)	5 (100)		
<b>Medeni durum</b>				4,908	0,090
Bekâr	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100)		
Evli/partner	67 (55,8)	53 (44,2)	120 (100)		
Dul/boşanmış	82 (66,7)	41 (33,3)	123 (100)		
<b>Yaşayan çocuk sayısı grup</b>				0,465	0,793
0	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)		
1	28 (65,1)	15 (34,9)	43 (100)		
2 ve üstü	112 (59,9)	75 (40,1)	187 (100)		
<b>Kiminle yaşıyor</b>				4,009	0,548
Yalnız	51 (62,9)	30 (37,1)	81 (100)		
Eş/partner	59 (57,8)	43 (42,2)	102 (100)		
Çocuklar	29 (69)	13 (31)	42 (100)		
Eş ve çocuklar	8 (47)	9 (53)	17 (100)		
Bakıcı	1 (100)	0 (0)	1 (100)		
Diğer	3 (50)	3 (50)	6 (100)		
<b>Memleketinde mi yaşıyor</b>				3,447	0,063
Evet	59 (54,1)	50 (45,9)	109 (100)		
Hayır	92 (65,7)	48 (34,3)	140 (100)		

\*Satır yüzdesi

Kendini yalnız hisseden grupta bilişsel düzey ve fonksiyonel yeterlilik açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 13).

**Tablo 13.** Yalnızlık durumlarına göre yaşlıların bilişsel ve fonksiyonel yeterliliklerinin karşılaştırılması.

	<b>Yalnız n (%)</b>	<b>Yalnız değil n (%)</b>	<b>Toplam n (%)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>151 (60,6)</b>	<b>98 (39,4)</b>	<b>249 (100)</b>		
<b>Bilişsel düzey</b>				3,870	0,051
İyi olanlar	83 (55,3)	67 (44,7)	150 (100)		
İyi olmayanlar	60 (68,2)	28 (31,8)	88 (100)		
<b>Fonksiyonel yeterlilik</b>				1,523	0,217
Tam bağımsız	141 (59,7)	95 (40,3)	236 (100)		
Bağımlı	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (100)		

\* satır yüzdesi

Kendini yalnız hisseden grupta istismar riski daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

**Tablo 14.** Yalnızlık durumlarına göre yaşlıların istismar durumlarının karşılaştırılması.

	<b>Yalnız n (%)*</b>	<b>Yalnız değil n (%)*</b>	<b>Toplam n (%)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>151 (60,6)</b>	<b>98 (39,4)</b>	<b>249(100)</b>		
<b>İstismar riski</b>				7,643	<b>0,006</b>
Var	23 (85,2)	4 (14,8)	27 (100)		
Yok	128 (57,6)	94 (42,4)	222 (100)		

\*Satır yüzdesi

### 4.3. İstismarla İlişkili Bulunan Faktörlerin Risk Analizleri

H&S-YIT testine göre yaşlı istismarının varlığını öngörmeye risk faktörlerinin regresyon analizi yapıldığında, solunum sistemi hastalığı olanların olmayanlara göre 3,5 kat; yalnızlık tanımlayanların yalnızlık tanımlamayanlara göre 3,9 kat daha fazla istismar riski taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucuna göre yaşlı istismarını öngörmeye, yalnızlık en güçlü risk faktörüdür (Tablo 15).

**Tablo 15.** İstismarla ilişkili bulunan faktörlerin risk analizleri.

	<b>OR</b>	<b>%95 Güven Aralığı</b>	<b>p</b>
<b>Kalp damar hastalığı</b>			
Var	2,057	0,880-4,812	0,096
Yok (sabit)			
<b>Solunum sistemi hastalığı</b>			
Var	3,543	1,076-11,665	<b>0,037</b>
Yok (sabit)			
<b>Engellilik</b>			
Var	2,062	0,812-5,236	0,128
Yok (sabit)			
<b>YİYÖ grup</b>			
Yalnız	3,928	1,289-11,967	<b>0,016</b>
Yalnız değil (sabit)			

OR; odds ratio

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda yalnızlık, istismar ve ihmal üzerindeki en önemli risk faktörü olarak saptanmıştır. Ayrıca solunum sistemi hastalıkları ile ihmal ve istismar arasında doğrudan bir ilişki mevcuttur. Çalışmamızda elde ettiğimiz çıktılara göre gerek duygusal, gerekse sosyal yalnızlık istismar riskini arttırmakta, yalnızlık tanımlayanlarda istismar riski yalnızlık tanımlamayanlara göre 3,9 kat artmış bulunmaktadır.

### 5.1. Yaşlılarda Yalnızlık ve Yanlızlığın İstismar-İhmalle İlişkisi

Sosyal izolasyon, sosyal iletişimin eksikliği olarak tanımlanabilir. Yalnızlık ise sosyal iletişimden bağımsız olarak hissedilen bir duygudur. Yani bazı kişiler sosyal izolasyon olmadan da kendilerini yalnız hissedebilmektedirler. Yaşlılar, yalnız yaşama, ailenin ve akranlarının kaybı, kronik hastalıklar, duyu kayıpları gibi nedenlerle, yalnızlık ve sosyal izolasyon açısından risk altındadırlar (CDC, 2021).

İngiltere’de yapılan 8 yıllık boylamsal bir çalışmada yaşlıların %9’unun ciddi düzeyde, %30’ununsa ılımlı düzeyde yalnızlık belirtileri sergilediği saptanmıştır (Victor ve Browling, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), aile bağlarının daha güçlü olduğu Hindistan ve Japonya gibi bölgeler de dâhil, tüm dünyada yalnız yaşayan yaşlı sayısının ciddi oranda arttığını bildirmektedir (WHO, 2011).

Bazı çalışmalar yalnız yaşayanların daha fazla istismara uğradığını belirtirken (Cupitt, 1997; Dong ve diğerleri, 2007b); yalnız yaşamının istismar için koruyucu olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Lachs’ın çalışmasında (1997) istismara uğrayanların sadece %19,7’si tek başına yaşarken, istismara uğramayan grupta tek başına yaşayanların oranı %43,1’dir (Lachs ve diğerleri, 1997). İstismar mağdurlarının çoğunun, istismarcısı –ki bu genellikle aile üyelerinden biri veya yaşlının bakıcısıdır- ile birlikte yaşadığı bilinen bir gerçektir (Baron ve Welty, 1996). Pillemer çalışmalarında, yalnız yaşamının istismar riskini azalttığını belirtirken, aile üyelerinden biriyle yaşıyor olmayı bir risk faktörü olarak değerlendirmiştir (Pillemer ve Finkelhor, 1988; Pillemer ve Sutor, 1992). Öte yandan, yalnız yaşayanlarda ekonomik istismara daha sık rastlandığını belirten çalışmalar da vardır (Garre-

Olmo ve diğeri, 2009; O’Keeffe ve diğeri, 2007). Dul, boşanmış, yalnız yaşayan yaşlı kadınların, ekonomik istismara daha sık uğradığı görülmüştür (WHO, 2011). Yeni Zelanda Aile Komisyonunun Ocak 2008 tarihli raporuna göre de yalnız yaşayan yaşlılar finansal istismara daha açıktırlar (New Zealand Families Commission, 2008).

Türkiye’de yaşlıların %18,2’si tek başına yaşarken (TÜİK, 2021), bizim çalışma grubumuzda yaşlıların %32,5’i yalnız yaşamakta; %60,6’sı ise kendini yalnız hissetmekteydi. Yaşlılarımızın %55’i hafif düzeyde, %4,4’ü ciddi düzeyde, %1,2’si çok ciddi düzeyde yalnızlık tanımlamaktaydı. Yani yaşlılarımızın ciddi bir kısmı aileleri ile yaşamasına karşın kendini yalnız hissetmektedir. Bununla beraber yalnızlık duygusu ile medeni durumları, çocuk sayıları, kiminle yaşadıkları arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Yalnızlığın sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğunu kanıtlayan birçok çalışma vardır. Yalnızlık, doğrudan hastalık riskini artırmakta; ayrıca fiziksel aktivitede azalma, yetersiz veya yanlış beslenme, alkol kötüye kullanımı gibi, hastalıklara zemin hazırlayan olumsuz alışkanlıklara neden olmaktadır (Newall ve diğeri, 2013; Umberson, 1992; Umberson ve diğeri, 2010).

Fransa’da yapılan SOLINUT çalışması, 70 yaş üzeri kişilerde, yalnızlığın malnutrisyon üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Yalnız yaşayan yaşlılarda, yetersiz beslenme oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Kalori miktarındaki yetersizliğin yanı sıra vitamin ve minerallerin, alınması gereken miktarın altında olduğu bulunmuştur (Ferry ve diğeri, 2005).

Yaşlılar arasında oldukça yaygın bir diğer sorun, hem fiziksel hem de mental sağlığı olumsuz etkileyen uyku bozukluklarıdır. Geriatrik popülasyonun neredeyse yarısı uyku apnesi ve insomni gibi uyku bozukluklarından muzdariptir (Rodriguez ve diğeri, 2015). Yalnızlıkla gece uykusuzluğu ve gündüz uyuklamaları arasında da ilişki saptanmıştır (Aanes ve diğeri, 2011). Yalnızlığın, sağlık açısından olumsuz bir başka etkisi de alkol kötüye kullanımındaki artıştır (Farragher ve diğeri, 1994; Sim ve diğeri, 2004).

Motor fonksiyonlarda gerileme, mobilitede ve günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya neden olur ve bağımlılığın yaygın bir sebebidir. Yalnızlığın motor gerileme için bir risk faktörü olduğunu iddia eden çalışmalar vardır (Buchman ve diğeri, 2010; Perissinotto ve diğeri, 2012). Azalmış mobilitenin sosyal izolasyon, dolayısıyla yalnızlık ile bariz bir ilişkisi vardır. Ancak bu çalışmalar ile elde edilen veriler iki yönlüdür: yalnızlık mobilite azlığı için risk faktörü olduğu gibi, mobilite azlığının sebebi de olabilir (Crewdson, 2016).



Malezya’da yapılan bir çalışmada yalnızlığın, akut miyokard enfarktüsü ve serebrovasküler olay gibi akut vasküler hastalıklara da neden olan, yükselmiş kan basıncı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Momtaz ve diğerleri, 2012). Bu çalışma, yaşa bağlı kan basıncı yüksekliğinin, yalnız yaşlılarda daha fazla olduğunu gösteren önceki çalışmaları da desteklemektedir (Cacioppo, 2002).

Kötü sosyal ilişkilerin, kalp hastalıkları riskini %29, inme riskini %32 oranında artırdığı saptanmıştır. Kalp yetmezliği olan hastalarda mortaliteyi 4 kat; hastaneye yatışı %68, acil servise başvuruları ise %57 oranında artırmaktadır. Sosyal izolasyon, bir kişinin tüm nedenlerden dolayı erken ölüm riskini önemli ölçüde artırmaktadır (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2020).

İsveç’te yapılan bir başka çalışmada, koroner arter by-pass ameliyatı öncesinde uygulanan hayat kalitesi anketine göre kendini yalnız hissedenlerde, kısa ve uzun dönem mortalitenin artmış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Herlitz ve diğerleri, 1998).

Yalnızlığın insan biyokimyası üzerine etkisiyle ilgili araştırmalar henüz başlangıç aşamasında olmakla birlikte immün sistem üzerine etkisi bir miktar bilinmektedir. Yalnız yaşayanlarda proinflamatuvar yanıtta artış olurken anti-inflamatuvar yanıtta ve immün sistem etkinliğinde azalma olmaktadır (Hackett ve diğerleri, 2012; Kiecolt-Glaser ve diğerleri, 1984). Bir başka çalışmada yalnızlığın grip aşısına karşı antikor üretimini azalttığı belirtilmektedir (Pressman, 2005).

Yalnızlığın depresyon, kaygı bozukluğu, bilişsel fonksiyon yetersizliği gibi mental sağlık üzerinde de etkileri vardır (Crewdson, 2016). Yalnızlık ve depresyon arasındaki ilişki, uzun yıllardır çalışılmakta ve kabul görmektedir. Ancak hangisinin sebep, hangisinin sonuç olduğunu ayırt etmek zordur. Finlandiya’da yapılan 10 yıllık bir kohort çalışması, yalnızlığın depresyon için bir risk faktörü olduğunu doğrulamıştır (Heikkienen ve Kauppinen, 2004). 2015’te yapılan bir başka boylamsal çalışmada ise geniş ve canlı bir sosyal ağın, depresyona karşı koruduğu, hatta genel mortaliteye karşı da koruyucu olduğu saptanmıştır (Ellwardt ve diğerleri, 2015). Bir başka çalışmada ise yalnızlığın, intihar oranlarını artırdığı belirtilmektedir (Stravynski ve Boyer, 2001). Yalnızlığın, anksiyete bozukluğu için de bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (van der Veen ve diğerleri, 2015).

Zayıf bir sosyal ağa sahip olanların, demans geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır. Fratigioni ve arkadaşlarının yaptığı Cohort çalışmasında

yalnız yaşayan ve yakın sosyal bağları olmayan yaşlı bireylerde demans gelişme riskinin arttığı saptanmış; sosyal çevresi ile seyrek de olsa iletişimi devam edenlerde ise, ilişkinin tatmin edici olması durumunda, demans riskininin artmadığı belirtilmiştir (Fratiglioni ve diğerleri, 2000). Zhou ve arkadaşlarının Çin’de yaptıkları çalışmada da benzer şekilde, başlangıçta yalnızlık düzeyi yüksek olan yaşlı erkeklerde zaman içinde bilişsel fonksiyonlarda gerileme izlenmiştir (Zhou ve diğerleri, 2019). 2013’te Ellwardt ve arkadaşlarının Hollanda’da yaptıkları çalışmada duygusal desteğin, yaşlılarda yalnızlık duygusunu azalttığı ve bilişsel gerilemeye karşı koruyucu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ellwardt ve diğerleri, 2013).

Dong ve arkadaşlarının 2007’de, Çin’de, 412 yaşlı katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada yalnızlık skorları ile istismar arasında korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların belirttiği durumlardan özellikle “Sık sık yakın bir arkadaşın eksikliğini hissetme” ve “Zaman zaman hayattan dışlanmış hissetme” durumu, istismarla ilişkili bulunmuştur ve yalnızlığın yaşlı istismarı için bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yalnızlık duygusunun hangi mekanizmayla istismarı artırdığı net olarak bilinmemekle birlikte, kırılabilirliği ve bağımlılığı artırarak, istismara yol açacak koşulları hazırladığı düşünülmektedir (Dong ve diğerleri, 2007b). Farklı olarak istismarın yalnızlığa yol açtığını iddia eden çalışmalar da mevcuttur. İran’da yapılan bir çalışma, yaşlılık- istismar- yoksunluk üçlüsünün, yaşlılarda yalnızlık deneyimine eşlik eden duygusal acıyı arttırdığını söylemektedir (Heravi-Karimooi ve diğerleri, 2011).

Görüldüğü gibi diğer sağlık sorunlarından ve stres gibi değişkenlerden arındırarak yalnızlığın tek başına etkisini ölçmek bir hayli güçtür. Yalnızlık, diğer risk faktörleri ile sinerjik bir etkileşim içindedir. Bu nedenle anlık bilgi sağlayan kesitsel çalışmalardan daha güvenilir bir nedensel ilişki kurulmasına yardımcı olan boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Crewdson, 2016).

## **5.2. Yaşlılarda Demografik Özelliklerin İstismar-İhmalle İlişkisi**

Literatürde farklı çalışmalarda yaşlıya ait yaş, cinsiyet, ırk, eğitim düzeyi, yoksulluk gibi farklı demografik özelliklerin istismar ile ilişkileri araştırılmış ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır.

### 5.2.1. Cinsiyet

Bizim çalışmamızda cinsiyet ile istismar ve ihmal arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu konuda farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur.

Dünyada birçok çalışmada, kadınların daha çok istismara uğradığı belirtilmektedir (Boldy, 2002; Dong ve diğerleri, 2007b; Gil ve diğerleri, 2015; NCEA, 2006; Pavlik ve diğerleri, 2001). Amerika’da Yetişkin Koruma Hizmetleri’nin 2004 yılında 50 eyaletten elde ettiği verilere dayanarak hazırladığı “60 Yaş ve Üzeri Yetişkinlerin İstismarı Araştırması”ndan elde edilen rakamlara göre, mağdurların %65,7’sini kadınlar oluşturmaktadır (NCEA, 2006).

Makedonya’da yapılan bir araştırmaya göre kadınlar, erkeklere oranla 1.6 kat fazla istismar ve ihmale uğramaktadırlar (Markovik ve Pesheva, 2014). İspanya çalışmasında kadın kurbanların sayısı erkeklerin neredeyse iki katıdır (%63.2-%36,8) (Marmolejo, 2008).

İngiltere’de bir araştırmada, kadınların erkeklere oranla kötü muamele deneyimlemeye belirgin ölçüde daha fazla maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır. Kadınların %3,8’i ve erkeklerin %1,1’i son bir yılda kötü muameleyle maruz kaldığını söylemiştir. Kadınlar, fiziksel, psikolojik, cinsel istismara ve ihmale daha çok maruz kalırken ekonomik istismar olasılığı her iki cinsiyet için benzer bulunmuştur (Biggs ve diğerleri, 2009).

Türkiye’de yapılan çalışmaların bir kısmında da kadın cinsiyet, istismar ve ihmal için risk faktörüdür (Fadıloğlu, 2006; Fadıloğlu ve Şenuzun Aykar, 2012; İlhan, 2006; Keskinoglu, 2004 ve 2007; Kıssal, 2008).

Kadınların daha düşük sosyal statüye sahip olduğu bazı kültürlerde cinsiyetler arasındaki fark daha belirgindir. Özellikle dul kadınlar daha yüksek ihmal ve ekonomik istismar (mallarına el koymak gibi) riski altındadırlar. Kadınlar ayrıca kalıcı ve şiddetli istismar ve yaralanma biçimleri açısından da yüksek risk altında olabilirler (WHO, 2002).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke ekonomilerindeki yapısal eşitsizlikler, düşük ücretlere, yüksek işsizlik oranlarına, kötü sağlık hizmetine, eğitimde fırsat eşitsizliğine ve kadınlara karşı ayrımcılığa sebep olmaktadır. Tüm bunlar, kadınların daha yoksul ve daha savunmasız hale gelmesi ile sonuçlanabilmektedir (WHO, 2002). Türkiye’de kadınlar erkeklere oranla daha eğitimsiz ve daha yoksuldurlar. 2019 yılı rakamlarına göre yaşlı erkeklerde yoksulluk oranı %12,1’ken yaşlı kadınlarda bu oran %15,9’dur. Okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranı, yaşlı erkeklerin oranından 4,8 kat fazladır. Okuma yazma bilmeyen yaşlı

erkeklerin oranı %5,4'ken, yaşlı kadınların oranı %26,0'dır (TÜİK, 2021). Cinsiyetler arasındaki bu eşitsizlik arttıkça, kadınlarda istismara daha sık rastlamamız sürpriz olmayacaktır. Ayrıca sıkıntılarını anlatma konusunda daha açık sözlü ve istekli olan kadınların istismarı kabul etmeleri ve dile getirmeleri de daha olasıdır (Browning ve Dutton, 1986). Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada da (O'Keeffe ve diğerleri, 2007) kadınların istismarı bildirme olasılığı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

Tüm bu sonuçlardan farklı olarak Oh ve arkadaşlarının (2006) Kore'de yaptıkları çalışmada ise erkeklerin her tip istismara kadınlardan daha çok uğradığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra cinsiyetle istismar arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Lachs ve diğerleri, 1997; Shugarman ve diğerleri, 2003; Yan ve Tang, 2004).

### 5.2.2. Yaş

Literatürdeki çalışmaların çoğu yaşın ilerlemesiyle istismar ve ihmalin arttığını göstermektedir. İleri yaşın, fiziksel ve zihinsel işlevlerin bozulduğu, bağımlılık potansiyelinin arttığı, izolasyona daha sık rastladığımız bir yaş olması nedeniyle, bu yaştakilerin ihmal ve kötü muameleye daha açık olduğu düşünülmektedir (Gil ve diğerleri, 2015; Giraldo-Rodríguez ve Rosas-Carrasco, 2013; Keskinoglu ve diğerleri, 2004; Lachs ve diğerleri, 1997; Naughton ve diğerleri, 2010; Yan ve Tang, 2004). Amerika Ulusal Yaşlı İstismar Merkezi'nin "60 Yaş ve Üzeri Yetişkinlerin İstismarı Araştırması"na göre, istismar mağdurlarının %42.8'ini, 80 yaş ve üzerindeki oluşturmaktadır (NCEA, 2006).

Aksini iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır. Amerika'da yapılan bir çalışmada, yaşlı grup içinde daha genç olanların her tür istismara daha açık olduğu iddia edilmektedir (Acierno ve diğerleri, 2010). Burnes ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da sonuçlar duygusal istismar ve ihmalin, genç yaşlılarda daha sık gözlemlendiği şeklindedir. Asya'da yapılan bazı çalışmalarda ileri yaşın istismara karşı koruyucu olabileceği belirtilmektedir. Oh ve arkadaşlarının (2006) Kore'de yaptıkları araştırma sonucu 80 yaş üzerindeki grubun genç yaşlılara göre daha az istismara maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Dong ve Simon'un Çin'de yaptıkları araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Dong ve Simon, 2010, 2013). Bu bulgu, oldukça çelişkilidir ve daha fazla araştırılmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Olası bir açıklama, 80 yaşın üzerindeki yaşlıların tekrarlayan istismar maruziyeti sonrası, öğrenilmiş bir çaresizlikle, istismarı artık algılamamaya veya ifade etmemeye başlamalarıdır (Oh ve diğerleri, 2006).

Yaşın, istismar ve ihmal oluşumunda etkili olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Kıssal, 2008; Shugarman ve diğerleri, 2003). Bizim çalışmamızda da yaş ve istismar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bölgemizde yalnız yaşayan ileri yaştaki birçok kişinin gündüz bakıcısı bulunmaktadır. Bu durum bakım yükünün paylaşılmasını da sağlamaktadır. Bu konuda niteliksel araştırmalarla daha ayrıntılı bilgi edinmek mümkün olabilir.

### 5.2.3. Gelir Düzeyi

Çalışmamızda gelir düzeyi ile istismar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durumu nüfusun ekonomik açıdan orta-gelir grubuna ait insanlardan oluşması ile açıklanabilir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun bir emekli maaşı veya sabit gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Yaşlıların %71,9'unun aylık geliri, asgari ücretin üzerindedir. Yaşlılarımızın sadece %0,8'i sosyal güvenceden yoksundur.

Literatüre bakıldığında yoksulluğun istismar için bir risk faktörü olabileceğini doğrulayan çalışmalar olduğu gibi (Burnes, 2015; Dong ve diğerleri, 2007a; Lachs ve diğerleri, 1997; Oh, 2006), gelir düzeyinin etkili olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Kıssal, 2008; Shugarman ve diğerleri, 2003; Yan ve Tang, 2004). Her türlü bağımlılığın istismarı artırdığını ileri süren bağımlılık teorisine göre finansal bağımlılığın da, yaşlı istismarı ve ihmali ile ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalar çoğunluktadır (Lachs ve Pillemer, 2004; Olofsson ve diğerleri, 2012; Pillemer ve Finkelhor, 1988; Pot ve diğerleri, 1996).

Keskinoğlu ve arkadaşlarının İzmir'de sosyoekonomik düzeyi farklı iki ayrı bölgede yürüttükleri çalışmada, sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu bölgede, düşük ücret ve düşük eğitim seviyesi ihmalle ilişkili bulunurken; sosyoekonomik düzeyin yüksek olduğu bölgede gelir seviyesi ile ihmal arasında ilişki bulunmamıştır (Keskinoğlu ve diğerleri, 2007).

Gelir düzeyinin yüksek olmasının ekonomik istismar için bir risk faktörü olabileceği de bildirilmiştir. Genel olarak bir eve sahip olan ve gözle görülür bir mal varlığı olan yaşlıların, daha sık ekonomik istismara uğradığı belirtilmektedir (Choi ve diğerleri, 1999; Choi ve Mayer, 2000; Wilber ve Reynolds, 1996).

#### 5.2.4. Eğitim Düzeyi

Çalışmamızda, istismar ve ihmal ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu durumu, bölge nüfusunun görece eğitim düzeyi yüksek bir nüfus olması ile açıklamak mümkündür. Türkiye’de okuma yazma bilmeyen yaşlı nüfusun oranı %16,9’ken, çalışma grubumuzda bu oran sadece %3,2’dir. Orta öğretim mezunu yaşlıların oranı, Türkiye’de %14,8’ken, çalışma grubumuzda %34,1’dir. Yükseköğrenim mezunlarının oranı da %20,5 ile Türkiye oranı olan %7,0’nin bir hayli üzerindedir (TÜİK, 2021).

Literatürde yaşlı istismarının eğitim seviyesi düşük olanlarda daha fazla görüldüğünü bildiren araştırmaların (Dong ve diğerleri, 2007a; Keskinoglu ve diğerleri, 2007; Lachs ve diğerleri, 1997; Oh ve diğerleri, 2006; Shiferaw ve diğerleri, 1994) yanı sıra eğitimle ilişkili olmadığını bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (Shugarman, 2003).

Kıssal’ın tez çalışmasında ilkokul ve altında eğitim seviyesinde olan yaşlıların 2.43 kat daha fazla istismar ile karşılaştıkları bulunmuş; ancak eğitim seviyesi, istismarı öngörmede bir risk faktörü olarak değerlendirilmemiştir (Kıssal, 2008).

#### 5.3. Kronik Hastalıkların İstismar ve İhmal ile İlişkisi

Çalışmamızda istismar açısından riskli bulunan grupta, solunum sistemi hastalıklarının, kalp-damar sistemi hastalıklarının ve engellilik halinin daha sık olduğu gözlenmiş; çoklu lojistik regresyon analizleri sonucunda solunum sistemi hastalıklarının istismar riskini yordamada anlamlı olduğu saptanmıştır. Herhangi bir solunum sistemi hastalığına sahip olan yaşlılar incelendiğinde; bu kişilerde engellilik, bağımlılık veya yalnızlık açısından hastalığa sahip olmayanlara göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Dolayısıyla çalışmamıza göre solunum sistemi hastalıkları ile istismar riskinin ilişkili olduğu söylenebilir.

1997’de Avustralya’da yapılan, 598 yaşlının dâhil olduğu bir çalışmada, istismar insidansının, yaşlının sağlık sorunlarıyla birlikte arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada en az iki kronik hastalığa sahip yaşlılar, istismarın en az iki türüne maruz kalmıştır (Cupitt, 1997). Buchwald ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında sağlık problemi sayısı arttıkça yaşlının fiziksel istismara uğrama şansının arttığı belirlenmiştir. Benzer olarak Wang (2006), kronik hastalığı olanların daha fazla psikolojik istismara maruz kaldığını bildirmiştir.

Fiziksel sağlığın ktu olması ile istismar riskinin arttığını doğrulayan pek çok çalışma vardır (Chokkanathan ve Lee, 2005; Giraldo-Rodrıguez ve Rosas-Carrasco, 2013; Lowenstein ve diğerleri, 2009; Naughton ve diğerleri, 2010; O’Keeffe ve diğerleri, 2007; Pillemer ve Finkelhor, 1988). Dong ve Simon çalışmalarında (2015), metabolik sendrom tanısının istismar kurbanı yaşlılarda (%22,4), istismara uğramayanlara (%10,7) göre daha sık raporlandığını göstermiştir.

Hindistan’da yapılan bir araştırmada da benzer şekilde, multimorbidite ile yaşlı istismarının ilişkili olduğu saptanmıştır. Multimorbiditeden istismara uzanan yolda, fonksiyonel bağımlılığın etkili olabileceği düşünülmektedir (Kshatri ve diğerleri, 2021). Ktu sağlık profili, ihmal ile de ilişkili bulunmaktadır (Acierno ve diğerleri, 2010; Burnes ve diğerleri, 2015; Pillemer ve Finkelhor, 1988).

48 farklı çalışmanın değerlendirildiği, 390,785 rneklemlı bir meta-analizde 20 farklı kronik hastalık sorgulanmış ve bunlar, endokrin sistem hastalıkları, kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve diğer kronik hastalıklar olmak üzere dört başlık altında gruplandırılmıştır. Grupların tamamı yaşlı istismarı ile ilişkili bulunurken nörolojik hastalıklar en yüksek riskli grubu oluşturmaktadır. Onu kalp hastalıkları takip etmektedir. Özellikle emosyonel istismar incelendiğinde nörolojik hastalıklar çok daha anlamlı bir risk oluşturmaktadır. Nörolojik hastalıklar ilerledikçe yaşlının fonksiyonel bağımlılığı artmakta, bilişsel fonksiyonları gerilemekte, izolasyon durumu gelişmekte ve bu da yaşlıyı istismara elverişli hale getirmektedir (Wong ve diğerleri, 2022).

Yaşlının bakım verene bağımlılığı, istismarın günlük bir rutin olarak kanıksandığı bir ğrenilmış çaresizliğe yol açabilir. Bu da istismar kurbanının, bakım vereni bildirme, polisi arama veya koşulları değiştirme konusundaki motivasyonunu düşürür. Çaresizlik rnts, yaşlıda kaygıya, depresif belirtilere ve korkuya sebep olur; bu da yaşlılara ktu muamele riskini artırır (Wong, 2021).

Lachs ve arkadaşlarının (1997) alışmasında ikiden daha fazla kronik hastalığa sahip olanlar arasında istismara uğrama açısından fark bulunmamıştır. Türkiye’den Keskinğlu ve arkadaşları (2004, 2007) ve Kıssal (2008) alışmalarında da kronik hastalık varlığı ile ihmal arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

#### 5.4. Fonksiyonel ve Bilişsel Yetersizliğin İstismar ve İhmal ile İlişkisi

Çalışmamızda fonksiyonel yeterlilik ve bilişsel düzeyle istismar riski arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Chicago’da yapılan bir araştırmada 1993-2010 yılları arasında sosyal hizmet kurumuna başvurmuş 143 istismar mağduru yaşlı incelenmiş ve azalmış fiziksel yeterlilik ve artmış fiziksel bağımlılığın istismarı artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Dong ve diğerleri, 2012; Kshatri ve diğerleri, 2021). Birçok çalışmada fonksiyonel bağımlılığı ya da fiziksel engeli olan yaşlıların daha çok istismar riski taşıdığı belirtilmektedir (Acierno ve diğerleri, 2010; Burnes ve diğerleri, 2015; Gil ve diğerleri, 2015; Peterson ve diğerleri, 2014).

Yetersizlik ve bağımlılık hipotezine göre istismara en açık yaşlıların, fiziksel ve mental yetersizliği olan kadınlar olduğu iddia edilmektedir (Lachs ve Pillemer, 1995; Pillemer ve Suitor, 1992). Çalışmalar yaşlılarda artmış kırılganlığın ve bilişsel işlevlerde gerilemenin, bakım verende stresi tetiklediği; hem yaşlının hem de bakım verenin sosyal ilişkilerini kısıtladığı ve böylece istismarı artırdığı şeklindedir (Dong ve diğerleri, 2014; Lay, 1994; Piña-Escudero ve diğerleri, 2021).

Lachs’ın çalışmasında (1997) yeni başlayan fonksiyonel ve bilişsel bozulmanın yaşlı istismarı ve ihmali ile ilişkili olabileceği saptanmıştır (Lachs ve diğerleri, 1997).

Farklı ülkelerden çalışmalar, yaşlıdaki bozulmuş mental/ruhsal sağlık ile istismar arasında ilişki olduğunu belirtmektedir (Dong ve diğerleri, 2008; Giraldo-Rodríguez ve Rosas-Carrasco, 2013; Naughton ve diğerleri, 2010). Depresyon ve depresif semptomlar, özellikle duygusal ve fiziksel istismarla ilişkilendirilmektedir (O’Keeffe ve diğerleri, 2007; Podnieks, 1993; Wu ve diğerleri, 2012).

Bizim çalışmamızda da olduğu gibi, çoğu toplum bazlı yaşlı istismarı çalışmasında, bilişsel bozukluğu olanlar dışlansa da diğer çalışmalar demans veya tanımlanmış bir bilişsel yetersizliği olanların daha çok kötü muameleye maruz kaldığı yönündedir. Bilişsel yetersizlik, yaşlı istismarı için güçlü bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Lachs ve diğerleri, 1997; WHO, 2011).

2018’de Alzheimer hastalığı ve buna bağlı demans tanısı konmuş kişi sayısı yaklaşık 50 milyon iken, bu sayının 2050’de yaklaşık 152 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir



(Patterson, 2018). Bu artışın yüksek gelirli ülkelere kıyasla, düşük-orta gelirli ülkelerde önemli ölçüde daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir (Wimo ve Prince, 2010).

Hali hazırda bilişsel fonksiyonlardaki bozulmayı düzelten etkili bir tedavi yöntemi olmadığından, değiştirilebilir faktörlerin belirlenmesi ve buna yönelik önleyici düzeltmelerin yapılması kritik öneme sahiptir (Zhou ve diğerleri, 2019). Son zamanlarda yapılan araştırmalar, yalnızlık duygusunun düşük bilişsel fonksiyon ve demans ile ilişkili olduğunu kanıtlamaktadır (Holwerda ve diğerleri, 2014; Zhong ve diğerleri, 2017). Bu durumda yaşlının sağlığını korumak ve yaşlıyı istismardan korumak için öncelikle yalnızlıkla mücadele yöntemleri üzerinde çalışmamız gerekmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza 161'i kadın (%64,7), 88'i erkek (%35,3) olmak üzere toplam 249 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşları 65 ile 92 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 75'tir. Eğitim düzeyleri sorgulandığında 8 kişi (%3,2) okur-yazar değil, 13 kişi (%5,2) okur-yazar, 92 kişi (%36,9) ilkokul mezunu, 35 kişi (%14,1) ortaokul mezunu, 50 kişi (%20,1) lise mezunu, 21 kişi (%8,4) yüksekokul mezunu, 30 kişi (%12) ise üniversite mezunudur. Çalışmaya katılan yaşlıların 70'i (%28,1) asgari ücretin altında bir gelire sahipken 179'u (%71,9) asgari ücretin üzerinde bir gelire sahiptir. Sadece 2 kişinin (%0,8) hiçbir sosyal güvencesi yokken, 247'si (%99,2) sigortalıdır.

Yaşlıların medeni durumları sorulduğunda 6 kişinin (%2,4) hiç evlenmemiş olduğu, 120 kişinin (%48,2) evli veya partneriyle yaşadığı, 123 kişininse (%49,4) dul ya da boşanmış olduğu öğrenilmiştir. Yaşayan çocukları sorgulandığında 19 kişinin (%7,6) çocuk sahibi olmadığı, 43 kişinin (%17,3) tek çocuk sahibi olduğu, 187 kişininse (%75,1) 2 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olduğu öğrenilmiştir. Ortanca yaşayan çocuk sayısı 2'dir. Çalışmamızdaki yaşlıların %32,5'i yalnız, %41'i eş veya partneri ile, %16,9'u çocuklarıyla, %6,8'i eş ve çocuklarıyla, yani toplamda %64,7'si eş ve/veya çocuklarıyla yaşamaktadır. %0,4'ü bakıcısı ile, %2,4'ü ise diğer kişilerle yaşamaktadır. Yaşlılarımızın %43,8'inin memleketi İzmir iken, %56,2'sinin memleketi diğer illerdir.

Gönüllülerin kronik hastalıkları sorgulandığında 237'sinin (%95,2) en az bir kronik hastalığı olduğu görülmüştür. En sık görülen kronik hastalık hipertansiyondur, yaşlıların 182'sinde (%73,1) görülmüştür. Bunu 2. sırada kardiyovasküler hastalıklar, 3. sırada Diyabet izlemektedir. Polifarmasi açısından sorgulandığında kullanılan ilaç sayısı günde 0 ile 13 arasında değişmekte, ortalama 4,6 çeşit ilaç kullanılmaktadır (Standart Sapma:  $\pm 3$ ). Yaşlılarımızın 46'sında (%18,5) engellilik saptanmış olup 25'i (%10) ortopedik engelli, 19'u (%7,6) işitme engelli, 11'i (%4,4) görme engellidir. 161 kişi (%64,7) yardımcı cihaz kullanmaktadır. En sık kullanılan cihaz gözlüktür; 2. sırada baston, 3. sırada ise işitme cihazıdır.

Gönüllülerin 150'si (%60,2) Saat Çizme Testinde başarılı bulunurken, 88'i (%35,3) başarısız bulunmuştur. Görme kusuru veya okur-yazarlığı olmadığı için 11 gönüllüye, Saat Çizme Testi uygulanamamıştır. Fonksiyonel yeterlilik açısından değerlendirildiğinde yaşlıların 236'sı (%94,8) tam bağımsız, 13'ü (%5,2) bağımlı olarak değerlendirilmiştir.

Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği'ne göre yaşlıların duygusal yalnızlık puan ortalaması 6 üzerinden 2,7( $\pm 1,9$ ); sosyal yalnızlık puan ortalaması 5 üzerinden 1,1 ( $\pm 1,3$ )'dir. Toplam yalnızlık puan ortalamaları 11 üzerinden 3,7 ( $\pm 2,8$ )'dir. Yaşlıların %39,4'ü kendini yalnız bulmamakta; %55'i kısmi, %4,4'ü ciddi, %1,2'si ise çok ciddi yalnızlık tanımlamaktadır.

Araştırmaya katılanların 27'sinde (%10,8) istismar riskine rastlanmıştır. Çoklu lojistik regresyon analizleri sonucunda, duygusal ve sosyal yalnızlığın ve solunum sistemi hastalıklarının istismar riskini öngörmede anlamlı olduğu saptanmıştır. İstismar için en önemli risk faktörü olarak yalnızlık bulunmuştur. Ciddi yalnızlık tanımlayanlarda istismar riskinin yalnızlık tanımlamayanlara göre 3,9 kat artmış olduğu belirlenmiştir.

Yaşlılıkta duygusal ve sosyal yalnızlığın, istismar ve ihmal üzerindeki en önemli risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yaşlıya yönelik kötü muameleyi önleyecek; yaşlının insan haklarına uygun, saygın ve sağlıklı bir şekilde yaşamasını sağlayacak tedbirler şu şekilde sıralanabilir:

- İstismar için en büyük risk faktörü olarak bulduğumuz yalnızlık ve sosyal izolasyonla mücadele edilmelidir. Bunun için yaşlının topluma aktif katılımı sağlanmalı, arkadaş ve komşularıyla sosyal ilişkilerini sürdürmesi desteklenmeli, sosyal etkinliklere (yetiştirme yurdu ziyaretleri, gönüllülük programları, sivil toplum kuruluşları veya vakıflar için çalışma) katılımı teşvik edilmelidir.
- Evden çıkamayan yaşlılar için kurumlar ve gönüllüler tarafından, özellikle duygusal desteği artıracak ziyaretler düzenlenmelidir.
- Yaşlının kendini kimsesiz ve çaresiz hissetmesinin önüne geçilmeli; koruyucu hizmetler sunan ajanslara, kurumlara, güvenlik birimlerine veya güvendiği birine (doktoru, arkadaşı vb.) ait telefon numarasını, sürekli yanında bulundurması sağlanmalıdır.
- Yaşlının bağımlılığını artıracak kronik hastalıklarla mücadele edilmelidir.
- Yaşlı insanlarla çalışan doktorların ve sağlık personelinin, yaşlı istismarına karşı uyanık olmaları sağlanmalıdır. Sağlık personeli, istismarı önleme, risk faktörlerini değerlendirme; istismar gelişmesi halinde erken dönemde farketme ve süreci doğru yönetme konusunda eğitilmelidir. Sağlık kurumlarının bu konuda, ilgili kurumlarla birlikte çalışması sağlanmalıdır (Akdemir ve diğerleri, 2008; Gülen ve diğerleri, 2013; McAlpine, 2008; Sayan ve Durat, 2004).

## KAYNAKLAR

- Aanes, M. M., Hetland, J., Pallesen, S., Mittelmark, M. B. (2011). Does loneliness mediate the stress-sleep quality relation? The Hordaland Health Study. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 994–1002.
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292-7.
- Ak, M. ve Közleme, O. (2017). Yaşlı yoksulluğu. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AE SBED)*, 3(2), 197-208.
- Akdemir, N., Görgülü,  .,  ınar, F.  . (2008). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 15(1), 68-75.
- Akgül, H. ve Yeşilyaprak, B. (2015). “Yaşlılar için yalnızlık  l eği”nin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlilik ve güvenirlilik  alışması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8(1), 34-45.
- Arpacı, F., Bakır, B. (2017). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 21(3), 691-703.
- Artan, T. (1996). *Aile içi fiziksel yaşlı istismarı*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.
- Artan, T. (2012). Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda aile içi istismar. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24(2), 109-122.
- Barker, N. N., Himchak, M. V. (2006). Environmental issues affecting elder abuse victims in their reception of community based services. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(1- 2), 233–255.
- Baron, S., Welty, A. (1996). Elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 25(1/2), 33-57.

- Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M., Erens, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the First National Prevalence Study, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(1), 1-14.
- Boldy, D., Horner, B., Crouchley, K., Davey, M. (2005). Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australian Journal on Ageing*, 24(1), 3-8.
- Browning, J., Dutton, D. (1986). Assessment of wife assault with the Conflicts Tactics Scale: Using couple data to quantify the differential reporting effect. *Journal of Marriage and Family*, 48(2), 375–379.
- Brozowski, K., Hall, D. R. (2004). Growing old in a risk society: Elder abuse in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(3), 65–81.
- Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., James, B. D., Leurgans, S. E., Arnold, S. E., Bennett, D. A. (2010). Loneliness and the rate of motor decline in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study. *BMC Geriatrics*, 10(77). doi: 10.1186/1471-2318-10-77
- Buchwald, D., Tomita, S., Hartman, S., Furman, R., Dudden, M., Manson, S. M. (2000). Physical abuse of urban native Americans. *Journal of General Internal Medicine*, 15(8), 562-564.
- Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P., Mason, A., Henderson, C. R., Lachs, M. S. (2015). Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(9), 1906-12.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407–417.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. doi:10.1037/0882-7974.21.1.140
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2021 April). *Loneliness and social isolation linked to serious health conditions*. Division of Population Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 17.11.2021'de, <https://www.cdc.gov/aging/publications/features/lonely-older-adults.html> adresinden erişildi.

- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). *Risk and protective factors*. National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention 26.09.2021'de, <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html> adresinden erişildi.
- Chan, K. (2012). *Preventing family violence: A multidisciplinary approach*. Hong Kong University Press.
- Chang, E. S., Levy, B. R. (2021). High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(11), 1152-1159.
- Choi, H., Jung, Y. I., Kim, H. (2018). Factors related to aggressive behaviors among older adults in nursing homes of Korea: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 9-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.014
- Choi, N. G., Kulick, D. B., Mayer, J. (1999). Financial exploitation of elders: Analysis of risk factors based on county adult protective services data. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10(3/4), 39–62.
- Choi, N. G., Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2), 5–25.
- Chokkanathan, S., Lee, A. E. (2005). Elder mistreatment in urban India: A community based study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(2), 45–61.
- Çağlar, T. (2014). Yaşlılık ve sosyal hizmet: yaşam destek merkezi örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 25(2), 145-162.
- Çilingiroğlu, N. ve Demirel, S. (2004). Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4), 225-230.
- Cooper, C., Selwood, A., Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-83.
- Crewdson, J. A. (2016). The effect of loneliness in the elderly population: A review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 8, 1-8.

- Cupitt, M. (1997). Identifying and addressing the issues of elder abuse: A rural perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 8(4), 21-30.
- Daly, J. M., Jogerst, G. J. (2005). Readability and content of elder abuse instruments. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(4), 31-52.
- Danış, M. Z. (2009). Türkiye’de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20, 67-83.
- De Jong-Gierveld, J., Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289–299.
- De Jong-Gierveld, J., Van Tilburg, T. G. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam Vrije Universiteit, Department of Social Research Methodology. 27.02.2022’de, [https://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual\\_loneliness\\_scale\\_1999.html](https://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html) adresinden erişildi.
- Devlet Planlama Teşkilatı [DPT]. (2007). *Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (Yayın no: 2741)*. DPT, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. 27.03.2022’de <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/34232/0/turkiyede-yaslilarin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planipdf.pdf> adresinden erişildi.
- Doğan, N. (2019). Göz ardı edilen bir durum: Yaşlı istismarı ve etkileyen faktörler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(4), 306-313.
- Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy--a mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-42.
- Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., Simon, M. (2014). Elder abuse and dementia: a review of the research. *Health Affairs*, 33(4), 642-9.
- Dong, X., Simon, M. A. (2010). Is impairment in physical function associated with increased risk of elder mistreatment? Findings from a community-dwelling Chinese population. *Public Health Report*, 125 (5), 743–753.
- Dong, X., Simon, M. A. (2013). Urban and rural variations in the characteristics associated with elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(2), 97–125.

- Dong, X., Simon, M. (2015). Association between elder abuse and metabolic syndromes: findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology*, 61(5), 389- 398.
- Dong, X., Simon, M., Evans, D. (2012). Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), 1922-28.
- Dong, X., Simon, M. A., Gorbien, M. (2007a). Elder abuse and neglect in an urban Chinese population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(3-4), 79-96.
- Dong, X., Simon, M. A., Gorbien, M., Percak, J., Golden, R. (2007b). Loneliness in older Chinese adults: A risk factor for elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(11), 1831-1835.
- Dong, X., Simon, M. A., Odwazny, R., Gorbien, M. (2008). Depression and elder abuse and neglect among a community-dwelling Chinese elderly population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(1), 25-41.
- Dowd, J. J. (1975). Aging as exchange: a preface to theory. *Journal of Gerontology*, 30(5), 584-94.
- Dural, B., Con, G. (2011). *Türkiye’de sosyal devlet ve yaşlı hakları üzerine bir inceleme* [Yazılı bildiri]. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu III., Kocaeli, 483-96.
- Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., Hyman, D. J. (2015). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
- Ellwardt, L., Aartsen, M., Deeg, D., Steverink, N. (2013). Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life? *Social Science & Medicine*, 98, 116-124.
- Ellwardt, L., van Tilburg, T., Aartsen, M., Wittek, R., Steverink, N. (2015). Personal networks and mortality risk in older adults: A twenty-year longitudinal study. *PLoS One*, 10(3):e0116731.
- Emek-Savaş, D. D., Yerlikaya, D., Yener, G. G. (2018). Saat çizme testinin iki farklı puanlama sisteminin Türkiye normları ve geçerlik-güvenirlik çalışması. *Türk Nöroloji Dergisi*, 24, 143-152.



- Erden, Ş. ve Boz, H. (2018). Elder Abuse and Neglect in Turkey. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 71(3),100-105.
- Ergin, F. (2012, Ekim 2-6). *Aydın merkezinde yaşlı istismar/ihmal prevalansı ve ilişkili faktörler* [Yazılı bildiri]. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Türkiye. Kongre kitabı, s1079-1081.
- Ergöner, A. T., Can, İ. Ö., Toprak, G. (2007). Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda yaşlı istismarı. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 13-18.
- Fadıloğlu, Ç. ve Şenuzun Aykar, F. (2012). Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*, 51, 69-77.
- Farragher, B., Wrigley, M., Veluri, R. (1994). Alcohol related problems in elderly people—a prospective study. *Irish Medical Journal*, 87(6), 172–173.
- Ferry, M., Sidobre, B., Lambertin, A., Barberger-Gateau, P. (2005). The SOLINUT study: analysis of the interaction between nutrition and loneliness in persons aged over 70 years. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 9(4), 261–268.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355 (9212), 1315–1319.
- Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I., Fairchild, S. (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 436-443.
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Juvinya, D., Vilà, A., Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 815–822.
- Gil, A. P., Kislaya, I., Santos, A. J., Nunes, B., Nicolau, R., Fernandes, A. A. (2015). Elder abuse in Portugal: Findings from the First National Prevalence Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(3), 174-195.
- Giraldo-Rodríguez, L., Rosas-Carrasco, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(2), 466–474.
- Gülen, M., Aktürk, A., Acehan, S. ve Seğmen, M. S. (2013). Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(3), 393-407.

- Gökçe Kutsal, Y. (2016). Sağlık ve Yaşlılık. H. Ceylan (Ed.), *Yaşlılık Sosyolojisi* içinde (1. bs., ss. 61-75). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37(11), 1801–1809.
- Halphen, J. M., Varas, G. M., Sadowsky, J. M. (2009). Recognizing and reporting elder abuse and neglect. *Geriatrics*, 64(7), 13-18.
- Hansberry, M. R., Chen, E., Gorbien, M. J. (2005). Dementia and elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), 315- 332.
- Heikkinen, R-L., Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(3), 239–250.
- Heravi-Karimooi, M., Rejen, H., Foroughan, M., Vaismoradi, M. (2011). Experience of loneliness in Iranian abused elders. *International Nursing Review*, 59(1), 139–145.
- Herlitz, J., Wiklund, I., Caidahl, K., Hartford, M., Haglid, M., Karlsson, B.W., Karlsson, T. (1998). The feeling of loneliness prior to coronary artery bypass grafting might be a predictor of short-and long-term postoperative mortality. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 16(2), 120– 125.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M.L., Jonker, C., Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 85(2), 135–142.
- Homer, A. C., Gilleard, C. J. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301(6765), 1359–62.
- Hoover, R. M., Polson M. (2014). Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *American Family Physician*, 89(6),453-460.
- Hudson, M. F. (1991). Elder Mistreatment: A Taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3(2), 1-20.
- Hwalek, M., Sengstock, M. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: Toward the development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology*, 5(2), 153-173.

- İlhan, F. (2006). *Ankara ili Yenimahalle ilçesi Anadolu Mahallesi'nde aile içi yaşlı istismarının saptanması*. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.B.D., Ankara.
- Johannesen, M., LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*, 42(3), 292- 298.
- Jones, J. S., Holstege, C., Holstege, H. (1997). Elder abuse and neglect: Understanding the causes and potential risk factors. *American Journal of Emergency Medicine*, 15(6), 579-83.
- Kabole, A. L., Kioli, F. N. (2013). The social context of abuse of elderly people in Emuhaya district, Kenya. *Sociology and Anthropology*, 1(2), 76–86.
- Kalaycı, I., Özkul, M. (2018). Modernleşme sürecinin toplumsal mağdurları olarak yaşlılar: Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmali. *SDÜ FenEdebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43, 92-119.
- Keskinoğlu, P., Giray, H., Pıçakçıefe, M., Bilgiç, N., Uçku, R. (2004). Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(2), 57–61.
- Keskinoğlu, P., Pıçakçıefe, M., Bilgiç, N., Giray, H., Karakuş, N., Uçku, R. (2007). Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. *International Psychogeriatrics*, 19(4), 719- 731.
- Kıssal, A., Beşer, A. (2009). Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 8(4), 357-364.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Ricker, D., George, J., Messick, G., Speicher, C. E., Garner, W., Glaser, R. (1984). Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency, and loneliness in psychiatric inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 46(1), 15–23.
- Koştü, N. (2005). Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. *Özveri Dergisi*, 2(2), 527-534.
- Kshatri, J. Y., Bhoi, T., Barik, S. R., Palo, S. K., Pati, S. (2021). Is multimorbidity associated with risk of elder abuse? Findings from the AHSETS study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 413.
- Kumari Gupta, S., Sekher, T. V. (2018). Are elderly widows more vulnerable to abuse and violence? Findings from Jharkhand, India. Shankardass, M., Irudaya Rajan, S. (Eds.), *Abuse and Neglect of the Elderly in India* (pp:139-156). Singapore: Springer.

- Lachs, M. S., Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *The New England Journal of Medicine*, 332(7), 437-443
- Lachs, M. S., Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364(2), 1263-72. doi:10.1016/S0140-6736(04)17144-4
- Lachs, M. S., William, C., O'Brien, S., Hurst, L., Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37(4),469–474.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer K. A., Charlson, M. E. (1998). Mortality of elder mistreatment. *JAMA*, 280(5), 428-432.
- Lay, T. (1994). The flourishing problem of elder abuse in our society. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 5(4), 507– 515.
- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 253–277.
- Lök, N. (2015). Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(2), 149-156.
- Mandıracıoğlu, A., Govsa, F., Çelikli, S., Yıldırım, G. O. (2006). Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43(2), 267-276.
- Manos, P. J., Wu, R. (1994). The ten point clock test: a quick screen and grading method for cognitive impairment in medical and surgical patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24(3), 229-244.
- Manos, P. J. (1998). 10-Point clock test screens for cognitive impairment in clinic and hospital settings. *Psychiatric Times*, 15(10)
- Markovik, M., Peshevska, D. J. (2014). Gender as individual risk factor for elderly abuse: findings from first national prevalence study in Macedonia. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 2(2), 373-78.
- Marmolejo, I. I. (2008). Elder abuse in the family in Spain. *Fundacion de la Comunitat Valenciana (Valencia: The Queen Sofia Center Study)* 26.09.2021'de [http://inpea.net/images/Spain\\_Report\\_2008\\_Elder.pdf](http://inpea.net/images/Spain_Report_2008_Elder.pdf) adresinden erişildi.

- McAlpine, C. H. (2008). Elder abuse and neglect. *Age and Ageing*, 37(2), 132-3.
- McFerson, H. M. (2013). Poverty among women in Sub-Saharan Africa: A review of selected issues. *The Journal of International Women's Studies*, 11(4), 50–72.
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., Yusoff, S., İbrahim, R., Chai, S. T., Yahaya, N., Abdullah, S. S. (2012). Loneliness as a risk factor for hypertension in later life. *Journal of Aging Health*, 24(4), 696–710.
- Murphy, C., Meyer, S., O’Leary, D. (1994). Dependency characteristics of partner assaultive men. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 729-735.
- Namkee, G. C., James, M. (2000). Elder abuse, neglect and exploitation: risk factors and prevention strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2), 5-25.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: National Academies Press (US), 2020 Feb 27. doi: 10.17226/25663
- National Center of Elder Abuse [NCEA]. (2006). *The 2004 Survey of State Adult Protective Services: Abuse of Adults 60 Years of Age and Older*. 27.11.2021’de, [https://vtdigger.org/wp-content/uploads/2011/08/20110807\\_surveyStateAPS.pdf](https://vtdigger.org/wp-content/uploads/2011/08/20110807_surveyStateAPS.pdf) adresinden erişildi.
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M. P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., Quin, S., O’Loughlin, A., Delaney, L. (2010). *Abuse and neglect of older people in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. National Centre for the Protection of Older People, Dublin.
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., Sengstock, M. C., Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-418.
- New Zealand Families Commission (2008). *Elder Abuse and Neglect, Exploration of Risk and Protective Factors: A Report for the New Zealand Families Commission* (Research Report No: 1/08). 02.10.2021, <https://www.ageconcern.org.nz/files/EANP/Elder%20Abuse%20and%20Neglect,%20Exploration%20of%20Risk%20and%20Protectvie%20Factors,%20Families%20Commis sion,%202008.pdf> adresinden erişildi.

- Newall, N. E. G., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., Stewart, T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology, 32*(8), 921–924.
- Ogg, J., Bennett, G. C. J. (1992). Elder abuse in Britain. *British Medical Journal, 305*, 998-9. doi:10.1136/BMJ.305.6860.998
- Oh, J., Kim, H. S., Martins, D., Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies, 43*(2), 203–214.
- O’Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreddie, C., Scholes, S., Constantine, R., Erens, B. (2007). *The UK study of abuse and neglect of older people: Prevalence survey report*. National Centre for Social Research, London.
- Olofsson, N., Lindqvist, K., Danielsson, I. (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65-84 years. *Public Health, 126*(4), 358-364.
- Özçakar, N., Toprak Ergönen, A., Kartal, M., Baydur, H. (2017). Adaptation, reliability, and validity study of the Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST): A Turkish version. *Turkish Journal of Medical Sciences, 47*(6), 1894-1902.
- Özmete, E. (2016). Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17*(Ek.1), 45-52.
- Patterson, C. (2018). *World Alzheimer Report 2018*. The State of the Art of Dementia Research: New Frontiers. Alzheimer’s Disease International, London, UK. 14.11.2021’de <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2018-09/apo-nid260056.pdf> adresinden erişildi.
- Pavlik, V. N., Hyman, D. J., Festa, N. A., Dyer, C. B. (2001). Quantifying the problem of abuse and neglect in adults-analysis of statewide database. *Journal of American Geriatrics Society, 49*(1), 45-48.
- Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine, 172*(14), 1078–84.
- Peterson, J. C., Burnes, D. P., Caccamise, P. L., Mason, A., Henderson, C. R. Jr, Wells, M. T., Lachs, M. S. (2014). Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. *Journal of General Internal Medicine, 29*(12), 1615-23.

- Pillemer, K., Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51–57.
- Pillemer, K., Suito, J. (1992). Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers. *Journal of Gerontology*, 47(4), 165–172.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl 2), 194–205.
- Piña-Escudero, S. D, Chodos, A., Weinstein, C. A., Allen, I. E., Ávila-Funes, J. A., Ritchie, C. (2021). Subjective cognitive decline and elder mistreatment in Mexican community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 92, 104242. doi: 10.1016/j.archger.2020.104242.
- Podnieks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 4(1-2), 5–58.
- Post, L., Page, C., Conner, T., Prochorov, A., Fang, Y., Biroscak, B. J. (2010). Elder abuse in long-term care: types, patterns, and risk factors. *Research on Aging*, 32(3), 323-348.
- Pot, A. M., van Dyck, R., Jonker, C., Deeg, D. J. (1996). Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4), 156-162.
- Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology: Official Journal of Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(3), 297–306.
- Reis, M., Nahmiash, D., Schrier, R. (1993). The brief abuse screen for the elderly. *The 22nd Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Association on Gerontology*, Montreal, Quebec.
- Reis, M., Nahmiash, D. (1995). Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, 14, 45-60.
- Reis, M., Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist*, 38(4), 471- 480.
- Rodriguez, J. C., Dzierzewski, J. M., Alessi, C. A. (2015). Sleep problems in the elderly. *Medical Clinics of North America*, 99(2), 431–439.

- Roepke-Buehler, S. K., Simon, M., Dong, X. (2015). Association between depressive symptoms, multiple dimensions of depression, and elder abuse: a cross-sectional, population-based analysis of older adults in urban Chicago. *Journal of Aging and Health*, 27(6), 1003-25.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010 (Yayın No: 781)*. Ankara.
- Sayan, A. ve Durat, G. (2004). Yaşlı istismarı ve ihmali: önleyici girişimler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 97-106.
- Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., Jogerst, G. J. (2012). Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(1), 17-36.
- Schnoebelen, J. (2009). *Witchcraft allegations: Refugee protection and human rights: A review of the evidence* (Research Paper No.169). Geneva, Switzerland: UNHCR, Policy Development and Evaluation Service.
- Schofield, M. J., Reynolds, R., Mishra, G. D., Powers, J. R., Dobson, A. J. (2002). Screening for vulnerability to abuse among older women: Women's health Australia study. *Journal of Applied Gerontology*, 21(1), 24-39.
- Shiferaw, B., Mittelmark, M. B., Wofford, J. L., Anderson, R. T., Walls, P., Rohrer, B. (1994). The investigation and outcome of reported cases of elder abuse: the Forsyth County Aging Study. *Gerontologist*, 34(1), 123-5.
- Shugarman, L. R., Fries, B. E., Wolf, R. S., Morris, J. N. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practice. *Journal of American Geriatrics Society*, 51(1), 24-31.
- Sim, M. G., Hulse, G., Khong, E. (2004). Alcohol and other drug use in later life. *Australian Family Physician*, 33(10), 820-824.
- Stravynski, A., Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32-40.
- Şahin, H., Erkal, S., Demirel, B. (2017). Yazılı basında aile içi şiddet mağduru yaşlılar. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(54), 635-640.



- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2012). *Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı*. Ankara.
- Tan, S. G., Soysal, P. (2020). Sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı konusundaki algısı ve farkındalığının araştırılması. *Geriatik Bilimler Dergisi*, 3(3), 132-137.
- Tufan, İ. (2006). *Yaşlılıkta bakıma muhtaçlık ve yeni bir bakım kültürü*. Antalya: Gero Yayınları, 41.
- Turla, A., Yılmaz, E. M. (2007). Yaşlılıkta istismar ve ihmal. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 4, 27-35.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2021). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2020 (Sayı:37227)*. 07.10.2021’de, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227> adresinden erişildi.
- Umberson, D. (1992). Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science & Medicine*, 34(8), 907-17.
- Umberson, D., Crosnoe, R., Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across life course. *Annual Review of Sociology*, 36, 139–157.
- United Nations, (2013). *Neglect, abuse and violence against older women*. New York. 09.11.2021’de, <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/neglect-abuse-violence-older-women.pdf> adresinden erişildi.
- United Nations News (2021, Haziran) *Violence against elderly has risen during COVID, UN expert warns*. 14.09.2021’de, <https://news.un.org/en/story/2021/06/1093962> adresinden erişildi.
- Uysal, A. (2002). Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 5(2), 43–49.
- Van der Veen, D. C., van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., Comijs, H. C., Oude Voshaar, R. C. (2015). Comorbid anxiety disorders in late-life depression: results of a cohort study. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1157–65.
- Victor, C. R., Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *Journal of Psychology*, 146(3), 313–331.

- Vilar-Compte, M., Giraldo-Rodríguez, L., Ochoa-Laginas, A., Gaitan-Rossi, P. (2018). Association between depression and elder abuse and the mediation of social support: A cross-sectional study of elder females in Mexico City. *Journal of Aging and Health*, 30(4), 559-583.
- Wang, J. J. (2006). Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(3), 307-318.
- Wang, X. M., Brisbin, S. (2015). Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *Canadian Medical Association Journal*, 187(8), 575–581.
- Wilber, K. H., Reynolds, S. L. (1996). Introducing a framework for defining financial abuse of the elderly. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 8(2), 61–80.
- Wimo, A., Prince, M. J. (2014). *World Alzheimer Report 2010: The global economic impact of dementia*. Alzheimer's Disease International, London, UK.
- Wolf, R. S. (1998). Domestic elder abuse and neglect. Nordhus, I. H., VandenBos, G. R., Berg, S., Fromholt, P. (Eds.), *Clinical Geropsychology* (161–165). American Psychological Association. doi.org/10.1037/10295-013
- Wolf, R. S. (2000). The Nature and Scope of Elder Abuse. *Generations*, 24(2), 7-13.
- Wong, R. T., Cafferky, B. M., Alejandro, J. P. (2022). Chronic disease and elder mistreatment: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(1). doi: 10.1002/gps.5640
- World Health Organization [WHO]. (2002). *World report on violence and health, abuse of the elderly*. Geneva, 123-143.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen, Denmark. 16.11.2021'de, [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf) adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Elder abuse*. World Health Organization. 11.11.2021'de, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> adresinden erişildi.

- Wu, L., Chen, H., Hu, Y., Xiang, H., Yu, X., Zhang, T., Cao, Z., Wang, Y. (2012). Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: A cross-sectional study. *PLoS one*, 7(3), e33857.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), 276-300.
- Yan, E. C., Tang, C. S. (2004). Elder Abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Honkong Chinese Families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269–277.
- Yeşil, P., Taşçı, S., Öztunç, G. (2016). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2),128-134.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 5(2), 147-156.
- Zhong, B. L., Chen, S. L., Tu, X., Conwell, Y. (2017). Loneliness and cognitive function in older adults: Findings from the Chinese longitudinal healthy longevity survey. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 72(1), 120–128.
- Zhou, Z., Mao, F., Zhang, W., Towne, S. D., Wang, P., Fang, Y. (2019). The association between loneliness and cognitive impairment among older men and women in China: A nationwide longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2877.

# EKLER

## Ek 1: Anket Formu

### ANKET FORMU

Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar **tamamen gizli tutulacak**, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Uzm. Dr. Saadet isen ERYİĞİT'e uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla ([ciseneriyigit@hotmail.com](mailto:ciseneriyigit@hotmail.com)) veya telefonla ( 0 553 7766138 ) sorabilirsiniz.

Anketi cevaplama süremiz yaklaşık 5 dakika, ölçekleri doldurma süremiz yaklaşık 30 dakika sürmektedir.

**Ad-Soyad:** .....

**Cinsiyet:** 0) Kadın 1) Erkek

**Yaş:** .....

**Eğitim Düzeyi:**

0) Okur-yazar değil 1) Okuryazar 2)İlkokul 3)Ortaokul 4) Lise 5) Yüksekokul 6)Üniversite

**Aylık Gelir Düzeyi:** 0) Açlık sınırının altı 1) Açlık sınırı - Asgari ücret arası 1) Asgari ücretin üzeri

(Haziran 2019'da Asgari Ücret: 2020,90TL Açlık sınırı: 4 kişilik bir aile için 2067,17TL olup kişi başı 516TL'ye denk gelmektedir.)

**Sosyal Güvencesi :** 0)Yok 1)SGK 2) Özel Sigorta

**Medeni Durumunuz:** 0)Bekar 1) Evli veya partneri var 2)Dul/Boşanmış

**Yaşayan Çocuk Sayısı:** .....

**Kiminle yaşıyorsunuz?** 0) Yalnız 1) Eş veya partner 3)Çocuklarımla 4) Eş ve çocuklar 5) Bakıcı

6) Diğer (Kardeş, yeğen, akraba, arkadaş...)

**Memleketinizde mi yaşıyorsunuz?** 0) Evet 1) Hayır

**Kronik Hastalığınız var mı?** (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- 0) Yok
- 1) Hipertansiyon
- 2) Kalp-Damar Hastalığı (Aterosklerotik Kalp Hast., Kalp Yetmezliği, Kapak Hastalığı, Periferik Damar Hastalığı...)
- 3) Diyabet
- 4) Solunum sistemi hastalığı (Astım, KOAH,...)
- 5) Nörolojik Hastalık a) Demans b) Parkinson c) Serebrovasküler Hastalık (İnme, Geçici İskemik Atak,...) e)Diğer (Epilepsi, MS, Migren,vs . şeklinde hastalığınızı yazınız. ).....
- 6) Tiroid Hastalıkları
- 7) Osteoporoz (Kemik erimesi)
- 8) Kanser

- 9) Psikiyatrik Hastalık a) Depresyon b) Anksiyete Bozukluğu c) Kronik Psikoz d) Diğer (lütfe hastalığınızı yazınız).....
- 10) Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları (Romatizmal Hastalıklar, Osteoartrit, Skolyoz, İntervertebral Disk Hernileri,vs...)
- 11) Diğer ( Benign Prostat Hipertrofisi, Üriner İnkontinans, vs...).....

**Kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz?.....**

**Engellilik durumunuz var mı?**

- 0)Yok 1) Görme engelli 2) İşitme engelli 3) Ortopedik engelli (Ampute, plejik, parezik, DKÇ, artroz, kas hastalığı, vs neye bağlı olduğu yazılacak.).....

**Yardımcı cihaz / Ortez kullanıyor musunuz?**

- 0)Hayır 1) Gözlük 2) İşitme cihazı 3) Baston 4) Yürüteç (Walker) 5) Tekerlekli sandalye 6)Diğer.....

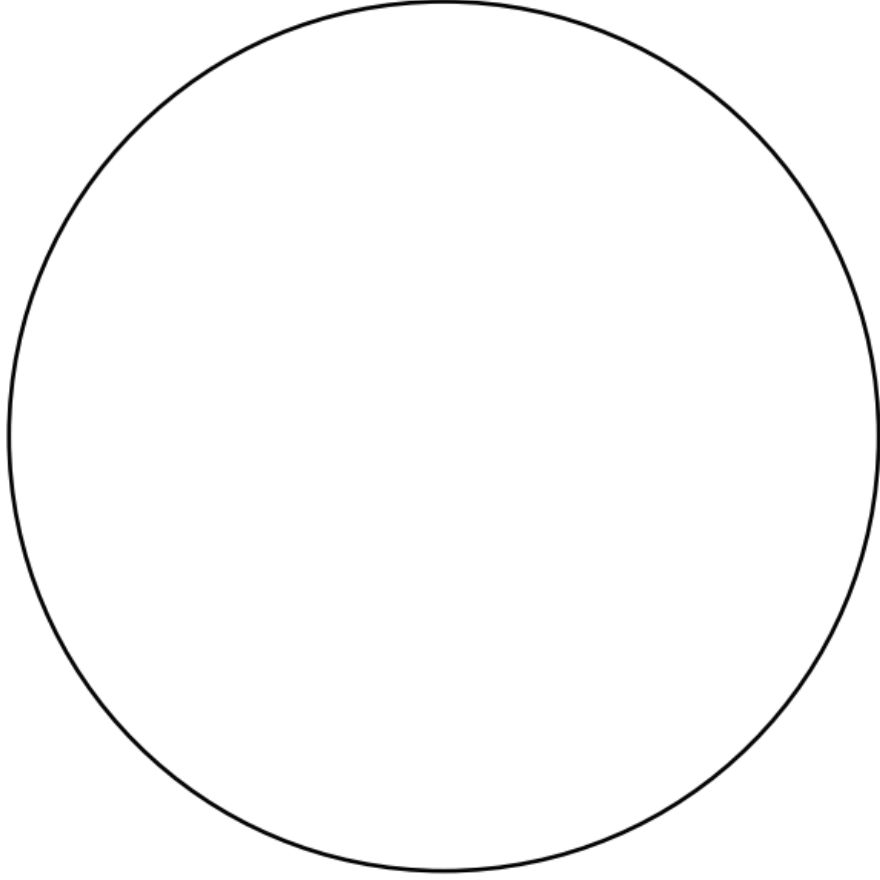
## Ek 2: Saat Çizme Testi

# Saat Çizme Testi (Clock Drawing Test)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bu test vizüospasyal algı ve beceri düzeyini hızlı değerlendirmeyi amaçlar.

Uygulanışı: Hastadan "saat 11'i 10 geçe" yi çizmesi istenir. Bu kurgu hastanın idrak yeteneğini, motor becerisini ve ihmal fenomenini değerlendirir.



### Ek 3: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

## Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

### Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1 Puan)	Bağımlı (0 Puan)
Banyo yapma	_____	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor
Giyinme	_____	Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir).	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	_____	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. aktiviteleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer	_____	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans	_____	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme	_____	Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir).	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç

Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist, 10(1), 20-30.

**Toplam Puan:** \_\_\_\_\_ (6 puan: hasta bağımsız / 0 puan: hasta tam bağımlı)

## Ek 4: Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği

### YAŞLILAR İÇİN YALNIZLIK ÖLÇEĞİ (YİYÖ)

**Açıklama:** Lütfen aşağıdaki 11 ifadeyi okuyunuz ve o duruma ilişkin olarak şu anda ne hissettiğinizi değerlendiriniz. Şu an hissettiğiniz duruma uygun olan cevabın karşısındaki parantezin içine çarpı işareti koyunuz.

	Evet	Olabilir	Hayır
1-Her zaman günlük sorunlarımı konuşabileceğim birisi var.	( )	( )	( )
2-Gerçekten yakın bir arkadaşına sahip olmayı özleyorum.	( )	( )	( )
3- Hayatımda genel bir boşluk duygusu hissediyorum.	( )	( )	( )
4- Bir problemim olduğunda destek alabileceğim birçok kişi var.	( )	( )	( )
5- Başkalarıyla birlikte hoş vakit geçirmeyi özleyorum.	( )	( )	( )
6- Çevremdeki tanıdık ve dostlarımla çok az sayıda olduğunu düşünüyorum.	( )	( )	( )
7- Tam anlamıyla güvenebileceğim birçok kişi var.	( )	( )	( )
8- Kendimi yakın hissettiğim yeterince kişi var.	( )	( )	( )
9- Etrafımda çok sayıda insan olduğu durumları özleyorum.	( )	( )	( )
10- Sık sık reddedildiğimi hissediyorum.	( )	( )	( )
11- Ne zaman ihtiyaç hissetsem arkadaşlarımı arayabilir ve görüşebilirim.	( )	( )	( )



## Ek 5: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih: /./...

### Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

1. Sizinle zaman geçiren, sizi alışverişe ya da doktora götüren birisi var mı? Evet-0 Hayır-1
3. Sık sık üzgün ya da yalnız mısınız? Evet-1 Hayır-0
4. Yaşamınız hakkında kararları kim verir? Örneğin, nasıl ve nerede yaşamamız gerektiği gibi. Ben-0 Başka biri-1
5. Ailenizde herhangi birisinden rahatsızlık hissediyor musunuz? Evet-1 Hayır-0
6. Kendi ilaçlarınızı kendiniz alabiliyor musunuz, kendinize yetebiliyor musunuz? Evet-0 Hayır-1
7. Kimsenin sizi çevresinde istemediğini düşünüyor musunuz? Evet-1 Hayır-0
8. Ailenizde herhangi birisi fazla alkol içer mi? Evet-1 Hayır-0
9. Ailenizde birisi siz hasta olmadığınızı bildiğiniz halde size hasta olduğunuzu ve yatakta kalmanız gerektiğini söyler mi? Evet-1 Hayır-0
10. Sizi yapmak istemediğiniz şeyleri yapmaya zorlayan herhangi birisi var mı? Evet-1 Hayır-0
11. Herhangi birisi sizin izniniz olmadan size ait olan şeyleri alır mı? Evet-1 Hayır-0
12. Ailenizdeki insanların çoğuna güvenir misiniz? Evet-0 Hayır-1
13. Herhangi birisi size, sizin onlara rahatsızlık/zahmet verdiğinizi söylüyor mu? Evet-1 Hayır-0
14. Evde yeterli mahremiyete/gizliliğe sahip misiniz? Evet-0 Hayır-1
15. Son zamanlarda size yakın herhangi birisi size kötülük yapmayı veya zarar vermeyi denedi mi? Evet-1 Hayır-0

## Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**Araştırmanın Adı : Yaşlılarda İhmal ve İstismarla İlişkili Faktörler-İzmir İlinden Bir Örnek**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (FORM 3)**

#### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

#### **ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşlılar hızla artan bir nüfusu oluşturmaktadır. 2018'de nüfusun %8,8'ini 65 ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Ömrün uzaması ve değişen sosyal yapı ile birlikte yaşlı nüfusun önemli bir kısmı bazı sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlardan biri de yaşlıların ihmal edilmesi veya istismara maruz kalmasıdır. Bazı risk faktörlerinin yaşlı istismarını artırdığı öngörülmektedir. Çalışmamızın amacı bölgemizde yaşayan 65 yaş ve üzeri nüfusun istismar riskini değerlendirmek ve bunun kişinin özellikleri, sağlık durumu, bedensel ve bilişsel becerileri, yaşam koşulları ile ilişkisi olup olmadığını araştırmaktır.

#### **KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 65 yaşını doldurmuş ve gönüllü olmanız gerekir.

#### **NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Araştırmamızda size kişisel bilgilerinizi ve sağlık durumunuzu içeren bir anket formu doldurulacaktır. Ayrıca zihinsel fonksiyonlarınızı, günlük yaşamda kendi kendinize ne kadar yetebildiğinizi, kendinizi yalnız hissedip hissetmediğinizi ve ihmal ve istismar riski taşıyıp taşımadığınızı gösteren soru-cevap şeklinde ölçekler uygulanacaktır. Sonrasında tüm gönüllülerden toplanan bilgilerin istatistiksel analizleri yapılacaktır.

#### **SORUMLULUKLARIM NEDİR?**

Araştırma ile ilgili olarak doğru bilgiler vermek sizin sorumluluklarınızdır.

#### **KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık olarak 300'dür.

#### **ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?**

Bu araştırma için öngörülen süre 2 yıldır.

#### **GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yaklaşık olarak 30 dakikadır.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu değil; ancak size bir farkındalık kazandırabilir. Ayrıca bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar, yaşlıların ihmal ve istismara uğramaması için bir takım kişisel-toplumsal önlemler alınmasında, politikalar oluşturulmasında yol gösterici olabilir.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Size bu araştırmada anket ve ölçekler uygulanacaktır. Bu uygulamalar herhangi bir risk içermez. Kişisel verilerinizin gizliliği korunacaktır. Kişisel bilgileriniz bildirim zorunlu yasal suçlar içermediği müddetçe üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

#### **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Verdiğiniz bilgilerin doğruluğu ile ilgili şüphe uyanması durumunda, araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

Tarih/ Versiyon: 23.07.2019

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 3	11.07.2019/ADÜTF GOEK07	1/3

**Araştırmanın Adı : Yaşlılarda İhmal ve İstismarla İlişkili Faktörler-İzmir İlinden Bir Örnek**

**ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?**

Çalışma Aydın ili Adnan Menderes Üniversitesi Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalında doktora öğrencisi olan Uzm. Dr. Saadet Çisen ERYİĞİT'in doktora tezi olarak planlanmıştır. Tez danışmanı Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL'dir.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Tarih/ Versiyon: 23.07.2019

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 3	11.07.2019/ADÜTF GOEK07	2/3

**Araştırmanın Adı : Yaşlılarda İhmal ve İstismarla İlişkili Faktörler-İzmir İlinden Bir Örnek**

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2(iki) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Uzm. Dr. Saadet Çisen ERYİĞİT	
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/ Versiyon: 23.07.2019

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 3	11.07.2019/ADÜTF GOEK07	3/3

# Ek 7: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/08/2019-E.51022



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04  
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Güzel DİŞÇİGİL  
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.08.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 5 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

**e-İmzalıdır**

Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR  
Kurul Başkanı

## KARAR 5

Protokol No : 2019/123  
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Güzel DİŞÇİGİL  
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Güzel DİŞÇİGİL'in "**Yaşlılarda ihmal ve istismar ile ilişkili faktörler –İzmir ilinden bir örnek**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınıp, izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/8ABF4KM>

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Tıp Fakültesi Merkez Kampüsü Kepez  
Mevki 09010 Efeler/Aydın  
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69  
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:  
<http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/>

Bilgi İçin: Tülay Şahin

Unvan: Sağlık Teknikeri

## Ek 8: İzmir Konak İlçe Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.  
KONAK KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Sağlık Müdürlüğü

İZMİR KONAK İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR  
KONAK İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
07/10/2019 09:10 - E-25013584 - 604.02 - E 6942



Sayı : 25013584-604.02  
Konu : Dr.Saadet ÇiŖen ERYİĞİT'in  
Araştırma İzni

KONAK 24 NOLU HATAY AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ  
Dr. Saadet ÇiŖen ERYİĞİT  
(3519118 Nolu AHB)

İlgi : 30/09/2019 tarihli ve 77597247-604.02-521 sayılı yazı.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Güzel DİŞÇİGİL sorumluluğunda tarafınızca yapılması planlanan **"Yaşlılarda İhmal ve İstismar İle İlişkili Faktörler- İzmir İlinden Bir Örnek"** konulu araştırma ile ilgili başvuru evraklarınız Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstlenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araŖtırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir hükmü yer almaktadır." "Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araŖtırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve

Konak İlçe Sağlık Müdürlüğü -Eşrefpaşa Caddesi No: 213 Cici Park İçi

Telefon: Faks No: 0232 255 84 67

e-Posta: eda.yildiz@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Belge Doğrulama Kodu: 20c74ea8-ca46-41a9-a6da-5ab8c6cfe66f

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Eda YILDIZ

MEMUR

Telefon No: (0232) 261 21 80 / 151

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.” denilmektedir.

Yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla çalışmanın yapılması uygun bulunmuş olup, çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. İbrahim PADIR  
İlçe Sağlık Müdürü

Ek:  
İl Sağlık Müdürlüğü Üst Yazısı  
Tebliğ Tebellüğ Belgesi

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Yaşlılarda İhmal ve İstismar ile İlişkili Faktörler- İzmir İlinden Bir Örnek” başlıklı Doktora tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Saadet Çisen ERYİĞİT

09/05/2022



## ÖZ GEÇMİŞ

<b>Soyadı, Adı:</b>	ERYİĞİT, Saadet Çisen
<b>Uyruk:</b>	T.C.
<b>Doğum yeri ve tarihi:</b>	Denizli/ 09.04.1979
<b>E-mail:</b>	ciseneryigit@hotmail.com
<b>Yabancı Dil:</b>	İngilizce

## EĞİTİM

<b>Derece</b>	<b>Kurum</b>	<b>Mezuniyet tarihi</b>
Doktora	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı	2022
Tıpta Uzmanlık Eğitimi	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	2008
Lisans/Y. Lisans	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi	2003

## İŞ DENEYİMİ

<b>Yıl</b>	<b>Yer/Kurum</b>	<b>Unvan</b>
2004-2008	İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Asistan Hekim
2008-2009	Bitlis Güroymak İlçe Hastanesi	Uzman Hekim
2009-2010	Manisa Köprübaşı İlçe Hastanesi	Uzman Hekim
2010-2010	Aydın Yenipazar Sağlık Ocağı	Uzman Hekim
2010-2016	Aydın Efeler 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Uzman Hekim
2016-2017	İzmir Menemen 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Uzman Hekim
2017-...	İzmir Konak 24 Nolu Aile Sağlığı Merkezi	Uzman Hekim

## AKADEMİK YAYINLAR

### 1. MAKALELER

Öksüzokyar, M. M, Eryiğit, S. Ç., Öğüt Düzen, K., Erdoğan Mergen, B., Sökmen, Ü. N., Öğüt, S. (2016). Biyolojik yaşlanma nedenleri ve etkileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 34-41.