



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANKARA'DAKİ ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM
ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE EĞİTİM GÖREN
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI ARAŞTIRMA
GÖREVLİLERİNİN YAŞLI İSTİSMARI HAKKINDAKİ
BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

Dr. Murat AKDAĞ

UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2021

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ANKARA'DAKİ ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM
ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE EĞİTİM GÖREN
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI ARAŞTIRMA
GÖREVLİLERİNİN YAŞLI İSTİSMARI HAKKINDAKİ
BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Dr. Murat AKDAĞ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kamile SILAY

ANKARA, 2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

06 / 02 / 2021

Dr. Murat AKDAĞ

TEŞEKKÜR

Bu tezin planlanmasından, yazımının tamamlanmasına kadar her aşamasında göstermiş olduğu ilgi, sabır, hoşgörü, ulaşılabilirliği, verdiği her türlü katkılarından dolayı değerli hocam tez danışmanım Doç. Dr. Kamile SILAY’a,

Tez sürecinde gösterdiği ilgi, hoşgörü, yönlendirmeleri ve katkılarından dolayı tez danışmanım olan değerli hocam Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ’a,

Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitim sürecim boyunca her konuda tecrübe, yardım ve destekleri ile yol gösteren aynı zamanda bu süre zarfında bir aile olduğumuzu her fırsatta hatırlatan değerli hocalarım Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Doç. Dr. Ahmet KESKİN, Dr. Öğr. Üyesi Basri Furkan DAĞCIOĞLU, Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY’a,

Asistanlık yıllarımın ikinci yarısından itibaren tanıma fırsatı yakaladığım, asistanlıkla ilgili her türlü sıkıntımızla ilgilenen, desteklerini esirgemeyen, Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı olan, değerli hocam Prof. Dr. Adem KARA’ya,

Hayatım boyunca haklarını ödeyemeyeceğim emeklerini, sevgilerini, şefkatlerini, maddi ve manevi yardımlarını üzerimden esirgemeyen sevgili aileme,

Hayatıma girmesiyle huzur ve mutluluk bulduğum, hayatımı güzelleştiren, her daim yanımda olan, içinden geçtiğim her zor dönemde olduğu gibi, tez sürecinde de maddi manevi desteği büyük olan, varlığıyla kendimi hep şanslı hissettiğim, geleceğe güvenle baktığım, sevgili eşim Fahriye HAS AKDAĞ’a,

Yaşamımıza renk, neşe, huzur katan, varlığı ile yorgunluğumu ve üzüntümü gideren, “Hadi baba tez yaz” diyerek bu süreçte beni destekleyen canım kızım Şevval Asyam’a

Teşekkür eder, sonsuz saygı ve sevgilerimi sunarım...

Dr. Murat AKDAĞ

ANKARA 2021

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİL DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xii

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. AİLE HEKİMLİĞİ	5
2.1.1. Aile Hekimliği Tanımlar	5
2.1.2. Aile Hekimliği Tarihçesi	6
2.1.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Gelişimi	8
2.1.4. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği.....	9
2.1.4.1. Aile Hekimliği Disiplinin Özellikleri	10
2.1.4.2. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri	11
2.2. YAŞLILIK	12
2.2.1. Yaşlılığa Genel Bakış.....	12
2.2.2. Toplumsal Değişim ve Yaşlılık	15
2.2.3. Tarihsel Süreçte Yaşlılık	18
2.2.4. Türk Toplumunda Yaşlılık	22
2.3. ÇOK YÖNLÜ GERİATRİK DEĞERLENDİRME	23
2.3.1. Fiziksel Değerlendirme	26
2.3.2. Fonksiyonel Değerlendirme.....	26
2.3.3. Psikolojik Değerlendirme	26
2.3.4. Sosyal Değerlendirme	27
2.3.5. Beslenmenin Değerlendirilmesi.....	28

2.3.6. Uykunun Değerlendirilmesi.....	28
2.3.7. İşitme ve Görmenin Değerlendirilmesi	29
2.3.8. İnkontinansın Değerlendirilmesi.....	29
2.3.9. Düşmenin Değerlendirilmesi	30
2.3.10. Çoklu İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi	30
2.3.11. Ağrının Değerlendirilmesi	31
2.4. YAŞLILARIN SORUNLARI	31
2.4.1. Sağlık Sorunları	32
2.4.2. Psiko-Sosyal Sorunlar	33
2.4.3. Barınma Sorunu	34
2.4.4. Ekonomik Sorunlar	35
2.4.5. Yaşlılıkta Kötü Beslenme	35
2.5. YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMETLER	36
2.6. TÜRKİYE’DE YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMETLER	37
2.7. YAŞLI İSTİSMARI	38
2.7.1. İstismar Türleri.....	41
2.7.1.1. Fiziksel İstismar.....	41
2.7.1.2. Psikolojik (Duygusal) İstismar	42
2.7.1.3. Cinsel İstismar	42
2.7.1.4. Ekonomik İstismar.....	43
2.7.1.5. Yaşlı İhmali	44
2.7.2. Yaşlı İstismarı Risk Faktörleri.....	44
2.7.2.1. Yaşlıya Ait Risk Faktörleri	44
2.7.2.2. İstismarcıya Ait Risk Faktörleri	45
2.7.2.3. Sosyal ve Kültürel Risk Faktörleri	45
2.7.2.4. Kuruma Ait Risk Faktörleri.....	46
2.7.3. Türkiye’de Yaşlı İstismarı	46
2.7.4. İstismarı Saptamadaki Zorluklar	48
2.7.4.1. Kişisel ve Ailevi Engeller	48
2.7.4.2. Bilgi ve Kaynaklara Ulaşmada Yetersizlik	49
2.7.4.3. Sağlık Çalışanları ve Kurumsal Engeller	49
2.7.5. Yaşlı İstismarını Önleme	49

3. GEREÇ VE YÖNTEM	53
3.1. ARAŞTIRMA TİPİ	53
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	53
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	53
3.4. DAHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	53
3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI	54
3.6. ARAŞTIRMA GRUBU İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER	54
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	55
3.8. ETİK KURUL VE KURUMSAL İZİNLER	55
4. BULGULAR.....	56
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR	56
4.2. KATILIMCILARIN YAŞLI İSTİSMARI İLE İLGİLİ, BİLGİLERİNE GENEL TUTUM, DAVRANIŞ VE GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	58
4.3. KATILIMCILARIN YAŞLI İSTİSMARI İLE İLGİLİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SORUMLULUK ALMA, YETKİLİLERE BİLDİRME EĞİTİMİ VE SORGULANMASI HAKKINDA GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	62
4.4. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİNE GÖRE İSTİSMAR HAKKINDAKİ, BİLGİLERİ, TANIMALARI, TUTUM VE DAVRANIŞLARI	66
5. TARTIŞMA.....	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	95
7. KAYNAKLAR	99
8. EKLER.....	109
8.1. Etik Kurul Onayı	109
8.2. Anket Soruları	110
9. ÖZGEÇMİŞ	112

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	56
Tablo 4.2.	Katılımcıların Yaşlarının Ortalama, Ortanca ve Yaygınlık Ölçütlerinin Dağılımı	56
Tablo 4.3.	Katılımcıların mesleki özelliklerinin Dağılımı	57
Tablo 4.4.	Katılımcıların Meslekte Geçirilen Süreye İlişkin Ortalama, Ortanca ve Yaygınlık Ölçütlerinin Dağılımı	57
Tablo 4.5.	Katılımcıların aile ile ilgili özelliklerinin dağılımı.....	58
Tablo 4.6.	Katılımcıların Yaşlı istismarını tanıma ve bildirme durumlarının dağılımı.....	59
Tablo 4.7.	Katılımcıların Yaşlı İstismarı ile İlgili Tıbbi Özellikler ve Yasal Sorumluluklar Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı.....	61
Tablo 4.8.	Katılımcıların Yaşlı İstismar Sorununa ve Büyüklüğüne İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	62
Tablo 4.9.	Katılımcıların İstismar İle İlgili Sorumluluk Alma Ve Bildirimde Bulunma İstekliliğine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	63
Tablo 4.10.	Katılımcıların Yaşlı İstismarı Konusunda Eğitim Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı.....	64
Tablo 4.11.	Katılımcıların Yaşlı İstismarı şüphe indeksi(EASI)'nde ki soruları hastalara sorma sıklığı	65
Tablo 4.12.	Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Sosyal Çevresindeki 65 Yaş Üstü Bireyin İstismarına Şahit Olma Durumları.....	67
Tablo 4.13.	Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Son 12 Ay İçinde Yaşlı İstismarı Bulgularından Herhangi Birini Fark etme Durumları.....	68
Tablo 4.14.	Katılımcıların Çeşitli özelliklerine göre mesleki yaşamlarında istismara uğramış yaşlı hasta ile karşılaşma durumları	69
Tablo 4.15.	Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre bu zamana kadar istismar bildiriminde bulunma durumları	70

Tablo 4.16. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre İstismarın Geriatrik Hastalar Arasında Önemli Bir Sorun Olup Olmadığı Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması	72
Tablo 4.17. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Sağlık Çalışanlarının İstismar Vakalarını Bildirme Sorumluluğu Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi	73
Tablo 4.18. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Meslektaşlarının İstismar Vakalarını Bildirmesi Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi	75
Tablo 4.19. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre İstismar Hakkındaki Ve Yasal Yönergeler Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi.....	76



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler	12
--	----



KISALTMALAR DİZİNİ

WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği
YY.	: Yüzyıl
ABFM	: American Board of Family Medicine
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
AHUD	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
SB	: Sağlık Bakanlığı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu
TAHYK	: Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu
VB.	: Ve benzeri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
BM	: Birleşmiş Milletler
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ÇYDG	: Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme
GYA	: Günlük Yaşam Aktivitesi
GDÖ	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
HHIE	: Hearing Handicap Inventory for the Elderly
STOPP-START	: Screening Tool of Older People's Prescriptions ve Screening Tool to Alert to Right Treatment
FORTA	: Fit For The Aged
ATM	: Automatic Teller Machine
EASI	: Elder Abuse Suspicion Index

ÖZET

Ankara'daki Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde Eğitim Gören Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinin Yaşlı İstismarı Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi

Giriş ve Amaç: Yaşlılık sosyal ve fiziksel işlev kayıplarına bağlı olarak, bağımlılığın arttığı bir dönem olarak bilinmektedir. Bu dönemde, yaşlının ve aile bireylerinin yaşadığı sıkıntıların en başında, yaşlının bakıma ve yardıma muhtaç hale gelmesi yatmaktadır. Bu durum aile içinde sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Aile içinde yaşanan değişim ve sorunların, yaşlıya yansıma biçiminden birisi de yaşlının istismara maruz kalma olasılığıdır. Yaşlılara yaklaşım konuları içerisinde özellikle yaşlı istismarı ve ihmali tüm dünyada tartışılan önemli bir sosyal sorundur. Bu çalışmanın amacı aile hekimliği asistanlarının yaşlı istismarı konusundaki farkındalığını artırmak ve bu konudaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte bir çalışma olup ve 20.07.2020 ile 20.11.2020 tarihleri arasında Ankara ilinde yürütülmüştür. Çalışma evrenini Ankara ilinde eğitim almakta olan 595 aile hekimliği asistanı oluşturmaktadır. Literatür taranarak araştırmacı tarafından amaca uygun anket soruları hazırlandı. Çalışma verileri araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu aracılığı ile toplandı. Çalışma veri toplama aracı olarak kullanılan ankette katılımcılara, sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri, yaşlı istismarı hakkındaki algıları, bilgileri, istismar karşısındaki davranış ve tutumlarına yönelik sorular soruldu. Veriler SPSS (Windows için 22.0 sürüm, SPSS Inc. Chicago, IL) istatistik programında analiz edilmiştir. Tüm incelemelerde hesaplanan $p<0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 283 hekim katılmıştır. Katılımcıların %29,3'ünü (n=83) erkekler, %70,7'sini (n=200) kadınlar oluşturmuştur. Asistan hekimlerin %74,2'sinin (n=210) 30 yaş ve altında, %8,5'u (n=24) 41 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %83'ünün (n=235) tam zamanlı asistan doktor, %17'sinin (n=48) sözleşmeli asistan doktor (SAHU) olarak görev yaptığı

saptanmıştır. Katılımcı hekimlerin %41,7'sinin (n=118) uzmanlık eğitiminin birinci yılında olduğu, %22,6'sının (n=64) ikinci yılında olduğu, %24,7'sinin (n=70) üçüncü yılında olduğu saptanmıştır. Katılımcı hekimlerin %11'inin (n=31) üç yıldan daha uzun süredir asistanlık eğitimine devam ettiği bulunmuştur. Katılımcılara %53,7'si (n=152) mesleki geçmişlerinde istismar mağduru yaşlı hastalarının olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının %3,5'i (n=10) daha önce istismar bildiriminde bulunduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %80,9'u (n=229) “yaşlı istismarı geriatrik hastalar arasında önemli bir sorundur” önermesine katıldığını belirtmiştir. Aile Hekimliği asistanlarının %90,8'i (n=257) “yaşlı istismarı vakalarını bildirmek bir sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” ifadesine katılmadıklarını belirtmiştir. Yaşlı istismarı ve ihmali konusunda daha fazla eğitim verilmelidir düşüncesine sahip olanlar ise %94,3'dü (n=267). Cinsiyet, unvan, birinci basamak tecrübesi, meslekte geçirilen süre, evde sağlık biriminde çalışma durumu, evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu ile son 12 ay içindeki yaşlı istismarı bulgularından herhangi birini fark etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Asistanlık süresi ve istismar bildiriminde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,005$).

Sonuç: Ankara ilinde Aile Hekimliği asistanları ile yaptığımız bu çalışmada Aile Hekimleri, yaşlı istismarının bulguları, belirtileri konusunda ve yasal konularla ilgili yöneltilen önermelere verdikleri cevaplara göre bilgileri iyi seviyedeydi. Ancak istismarın, teşhis ve bildirim için ise aynı durum söylenemezdi. Hekimler istismar konusunda yeterli eğitim aldıklarını düşünmüyorlardı. Aile hekimlerinin sayısı ve birinci basamağa yapılan müracaat sayısı ile aile sağlık merkezlerinin ulaşım kolaylığı dikkate alındığında, Aile hekimleri, şüpheli yaşlı istismarı vakalarına tanı koyma ve müdahale etme açısından ayrıcalıklı bir konuma sahiptirler. Yaşlı istismarı konusunda farkındalık için hizmet içi eğitimler düzenlenmesi faydalı olacaktır. Hekimlere eğitim vermek, güvenliklerinin sağlanması ve şüphelendiklerinde kolay takip edebilecekleri kılavuzlar ile yönergeler hazırlanması, bildirim sayısını arttırabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Aile Hekimliği Asistanları, Yaşlı İstismarı

ABSTRACT

Determination of Knowledge and Attitudes of Research Assistants of the Department of Family Medicine studying at University and Education Research Hospitals in Ankara on Elder Abuse

Objective: Old age is known as a period in which dependency increases due to social and physical function losses. In this period, the primary problem of the elderly and family members is that the elderly need care and assistance. This situation can cause social, psychological and economic problems in the family. One of the ways in which the changes and problems experienced in the family reflect on the elderly is the possibility of the elderly being exposed to abuse. Abuse and neglect of the elderly is an important social problem that is discussed all over the world. The object of this study is to increase the awareness of family medicine residents about elder abuse and to evaluate their knowledge and attitudes on this issue.

Materials and Methods: This study was planned as a cross-sectional study and was conducted between 20.07.2020 and 20.11.2020 in Ankara. The sample for the study consists of 595 family medicine residents studying in Ankara. By going through the literature, survey questions appropriate to the objective were created by the researcher. In the survey, which was used as a data collection tool in the study, the participants were asked about their socio-demographic characteristics, professional characteristics and their perceptions, knowledge, behavior and attitudes towards elder abuse. The data were analyzed in the SPSS (version 22.0 for Windows, SPSS Inc. Chicago, IL) statistics program. The value of $p < 0.05$ calculated in all examinations was accepted as statistically significant.

Results: 283 Family medicine residents participated in the study. 29.3% (n=83) of the participants were men and 70.7% (n=200) were women. It was determined that 74.2% (n=210) of the family medicine residents were 30 years old and younger, and 8.5% (n=24) were 41 years old or older. It was determined that 83% of the participants (n=235) worked as a full-time family medicine resident and 17% (n=48) as a contracted family medicine resident (SAHU). It was determined that 41.7% (n=118) of participating family medicine resident were in their first year of

residency training, 22.6% (n=64) were in their second year, and 24.7% (n=70) were in their third year. It was found that 11% (n=31) of the participating family medicine residents were in their residency training for more than three years. 53.7% (n=152) of the participants stated that in their Professional past, they had attended to elderly patients who had been victim of abuse. 3.5% (n=10) of family medicine residents participating in the study stated that they had reported abuse before. 80.9% of the participants (n=229) stated that they agreed with the statement “Elder abuse is an important problem among geriatric patients”. 90.8% (n=257) of Family Physician medicine residents stated that they disagree with the statement “It is not my responsibility as a healthcare worker to report cases of elder abuse”. The participants who stated that more training should be given about abuse and neglect of the elderly was 94.3% (n=267). No statistically significant relationship ($p>0.05$) was found between noticing signs of elder abuse in the last 12 months and the gender, title, primary care experience, time spent in the profession, living with a family member over 65 years of age, working in the home health unit as a doctor, having a family member with a chronic disease. A statistically significant relationship was found between the duration of assistantship and the reporting of abuse ($p=0.005$).

Conclusion: In this study conducted with family medicine residents in Ankara it was found that, based on their response to the proposed statements, they have sufficient knowledge concerning signs and symptoms of elder abuse and the relating legal matters. However, the same could not be said for the diagnosis and reporting of abuse. Residents did not think they had had adequate training in abuse. Considering the number of family physicians and the number of applications made to primary care and the ease of access to family health centers, family physicians have a privileged position in terms of diagnosing and intervening in suspected cases of elder abuse. It would be beneficial to organize in-service trainings in order to raise awareness about elder abuse. Educating physicians, ensuring their safety and preparing guidelines and instructions that they can easily follow when they suspect abuses could increase the number of cases being reported.

Keywords: Family Medicine, Family Medicine Residents, Elder Abuse

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık insan hayatı için mutlak ve geri dönülmez bir dönemdir. Tıptaki ilerlemeler ve sosyal yaşamdaki değişimler sonucunda, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ortalama insan ömrü artmış ve buna bağlı olarak da yaşlı oranı toplam nüfus içerisinde artış göstermiştir(1). Nüfusun yaşlanması toplumun ekonomi, aile, sağlık ve sosyal güvenlik vb. gibi birçok alanını etkilemektedir. Yaşlanma, artık gelişmekte olan ülkeleri açısından da gelişmiş ülkelere ki kadar önemle değerlendirilmesi gereken bir konudur(2). Teknolojinin hızlı gelişmesi ve toplumsal değişimin niteliği, tüm ilerlemelere rağmen, bazı sosyal sorunların yaşanması engellenememiştir(3). 20. yüzyılın (yy) başlamasıyla beraber, endüstrileşme süreci ve teknolojik gelişmeler, kentlere kırsal kesimden nüfus göçüne yol açmıştır. Bu durum aile yapısını ve toplumu etkilemiştir. Toplumdaki geniş aile tipi yerini çekirdek aile tipine bırakmaya başlamıştır. Yaşlı ebeveynler çocuklarının evden ayrılması ile yalnız ve sorunları çözmede yetersiz kalmaktadır. Böyle bir ortamda yaşlı kişi, kendini çaresiz, desteksiz ve yalnız hissedebilmektedir(4). Yaşlılar için yaşam kalitesi ve yaşamda doyumu sağlama, yaşamı toplumlardan izole olmadan sürdürme, yaşam koşullarının uygunluğu, sağlık hizmetlerini kaliteli olarak ve zamanında alma ile sağlık hizmetlerine kolay ulaşma, arkadaş ve komşularla ilişkileri sürdürme, zamanını kendisi ve toplum için anlam ifade eden uğraşlara ayırma ile ilişkilidir(5). Yaşlılığın sosyal içeriğinin, tüm bu faktörlerle ilişkili görünümü ise yaşlılığın, bir bakım ve muhtaçlık dönemini de barındırmasıdır. Bakım ve muhtaçlık döneminin içeriği gelir, sosyal sınıf, aile eğitim, gibi sosyal faktörlerin etkisine göre farklılık gösterebilmektedir. Daha önceleri kendi bakımını kimseden yardım almadan sağlayabilen yaşlının şimdi temel gereksinimleri için başkasına muhtaç duruma düşmesi, yaşlının kendisi ve toplum üyelerince bir prestij kaybı olarak algılanabilmektedir(2). İnsan yaşamında doğal bir dönem olan yaşlılık yakın zamana kadar ulaşılmak istenilen bir değer olarak görülürken 19. yy ile birlikte neredeyse her sağlıklı bireyin eriştiği, bu nedenle daha çok sorunlarla anılan, kaçınılan bir dönem haline gelmiştir. Yaşlılığa karşı bu bakış açısının oluşmasında sosyoekonomik durumların etkisi çoktur. Nitekim yaşlılık, yaşlanma ve beraberinde getirdiği yaşlılık sorunları çok yeni bir olgudur. Modernleşme ile beraber yaşam

kalitesinin değişmesi, teknolojik ve sağlık alanındaki gelişmelerle bağlantılı olarak insan ömrünün uzaması ve doğum oranlarının azalması yaşlılığı sorun olarak karşımıza çıkaran sebeplerin nde gelenleridir. Bu bakımdan yaşlılığın modern bir olgu olduğunu söylemek inkar edilemeyen bir gerçektir(6). Dünya çapında, 2015 yılında 60 yaş ve üstü yaşayan kişi sayısı 2000 yılında yaşayan 601 milyon kişiye göre yüzde 48'lik bir artışla 901 milyona ulaşmıştır. 2030'a gelindiğinde, 60 yaş ve üzeri insan sayısının %56 oranında artarak 1.4 milyara çıkacağı ve 2050 yılına gelindiğinde, dünyadaki yaşlı sayısının yaklaşık 2.1 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2000 yılında dünya genelinde 80 yaş ve üzeri insan nüfusu 71 milyonu bulmaktaydı. 80 yaş ve üstü yaşlı sayısı 2015 yılında %77 artarak 125 milyona ulaştı ve önümüzdeki 15 yılda yüzde 61 oranında artarak 2030'da yaklaşık 202 milyona ulaşması beklenmektedir. Projeksiyonlar 2050 yılında tüm dünyada 80 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sayısının 434 milyona varacağını ve 2015'ten bu yana üç katına çıkacağı tahmin edilmektedir(7). Türkiye'de yaşlı nüfusu 1935 yılında 628 bin 41 iken 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 1935 yılına göre 2,3 kat artarak 2019 yılında %9,1'e yükseldi. Yapılan nüfus tahminleri de yaşlı nüfusun artışının devam edeceği yönündedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmüştür(8). Yaşlı bağımlılık oranı nüfusun yaşlanması periyodunda dikkat edilen ana değişkenlerden biridir. İlerlemiş ülkelerde bu oran, gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Yaşlı bağımlılık oranı gelişmiş ülkelerde ortalama %15'lerde, gelişmekte olan ülkelerde %7, Afrika lkelerinde %6, Güney Asya lkelerinde %5 dolaylarındadır. İngiltere'de 1930'da 65 ve üzeri kişilerin %8'i alışyorken, bu oran 1980 yılında %4'e düşmüştür. Almanya'da, Fransa'da ve İsveç'te de benzer bir gidişat vardır. Almanya'da 65 ve üzeri kişilerin çalışan toplum arasındaki oranı 1956'dan 1975 yılına gelindiğinde %16,5'den %10'a gerilemiştir. Aynı dönemde bu oran İsveç'te %20,5'den yaklaşık olarak %10,9'a Fransa'da %20,7'den neredeyse 3 kat azalarak %7,1'e, düşmüştür. Yaşlı bağımlılık oranı Türkiye'de 2015 yılında %12,2 iken 2030 yılına gelindiğinde %19,3 olacağı yapılan çalışmalara göre tahmin edilmektedir. Buna göre çalışan her 100 kişi 2015 yılında kabaca 13 yaşlıya bakarken, 2030 yılında 20 yaşlıya bakmak zorunda kalacaktır(9). Sanayi toplumunu yaşlı, yaşlılık ve yaşlı bakımı açısından bir dönüm noktası olarak nitelemek yanlış olmayacaktır. Sanayinin devrimi ile birlikte yaşlı ve yaşlılığa olan

bakış açısı değişikliğe uğramıştır. Yaşanan bu periyotta sosyal güvenlik sisteminin iyi bir duruma gelmesi ve ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusunun artması, yaşlılığa dikkat çekti. Aile yapısının, sanayileşme ile değişmesi yaşlının bakım ihtiyacını karşılama konusunda sıkıntı oluşturmıştır. Bu durum toplumda yeni bir sorunun ortaya çıkmasına neden olmuştur(10). Yaşlılık sosyal ve fiziksel işlev kayıplarına bağlı olarak, bağımlılığın arttığı bir dönem olarak bilinmektedir. Bu dönemde, yaşlının ve aile bireylerinin yaşadığı sıkıntıların en başında, yaşlının bakıma ve yardıma muhtaç hale gelmesi yatmaktadır. Bu durum aile içinde sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Aile içinde yaşanan değişim ve sorunların, yaşlıya yansıma biçiminden birisi de yaşlının istismara maruz kalma olasılığıdır. Yaşlı istismarı, yaşlı kişiye fiziksel, psikolojik, ekonomik veya cinsel yönden zarar vererek ona acı çektirmektir. Son yıllarda, yaşlı nüfusun en önemli sorunlarından biri haline gelen ve aynı zamanda insan hakkı ihlali olan yaşlı istismarına tüm dünyada artan bir ilgi vardır(3). Yaşlı istismarı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Düşük ve orta gelirli 12 ülke dahil olmak üzere farklı bölgelerden 28 ülkede yapılan 52 çalışmadan elde edilen en iyi kanıtlara dayanan 2017 araştırması, geçtiğimiz yıl 60 yaş ve üstü insanların% 15.7'sinin bazı istismar türlerine maruz kaldığını tahmin ediyor(1). Yaşlı istismarında 24 vakadan sadece 1'i rapor edildiğinden, yaşlı insanların istismar vakalarını ailelerine, arkadaşlarına veya yetkililere bildirmekten korktukları için, bu muhtemelen eksik bir tahmin olacaktır(11). Yaşlı istismarı ve ihmali en önemli konu, problemin farkında olamamak ya da saptanmasındaki zorluklardır. Bu zorluklardan biride hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık personelinin yaşlı istismarını ortaya çıkarmada hangi soruları soracağını bilmemesi, konu ile ilgili bilgi eksikliğinin olması, Sağlık personelinin problemi bildirme ve kaydetmede yetersiz ya da isteksiz olması, sağlık çalışanlarının değerlendirme ve eyleme geçmede sorumluluk alma ile ilgili tedirginliğinin olmasıdır(12). Kennedy ve arkadaşlarının 2005 yılında 216 aile hekimi ve 172 dahiliye doktoru üzerinde yaptığı çalışmada çalışmaya katılanların %72 si yaşlıların duygusal, fiziksel yada cinsel istismara maruz kalmadıklarını, yine her iki branş doktorlarının yarısından fazlası istismar belirtisi olan vaka ile karşılaşmadıklarını belirttiler. Ayrıca ankete katılan doktorlar belgelerle ortaya konmuş prevalansın yüzde 25'i kadar istismar oranını tahmin ettiler ve her iki grubunda yüzde 60'ından fazlası hastalara istismara yönelik hiç soru sormadıklarını beyan etmiştir(13). Yaşlılara yaklaşım konuları içerisinde özellikle yaşlı istismarı ve

ihmali tüm dünyada tartışılan önemli bir sosyal sorundur. Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde istismarın ve ihmalin belirtilerini ve risk gruplarını bilmek önemlidir. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin takip ve tedavisinde aile hekimleri önemli bir role sahiptir. Bu çalışmanın amacı aile hekimliği asistanlarının yaşlı istismarı konusundaki farkındalığını artırmak ve bu konudaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ

2.1.1. Aile Hekimliği Tanımlar

Aile Hekimliği bir tıp disiplini olarak 1900'lu yılların başından itibaren ortaya çıkmıştır, ilk tanımı Leeuwenhorst grubu tarafından yapılmıştır, Olesen tarafından tanım geliştirilmiş, 2002 yılında World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)'nın yaptığı tanım ile günümüzdeki halini almıştır(14). Leeuwenhorst tarafından 1974'de yapılan ilk tanım; "Pratisyen hekim, yaşa, cinsiyete ve hastalığa bakılmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine ait nüfusa kişisel, birincil ve sürekli bakım veren lisanslı bir tıp mezunudur. Benzersiz olan bu işlevlerin sentezidir. Hastalarına muayenehanesinde ve evlerinde, bazen bir klinikte veya bir hastanede bakacaktır. Amacı hastalara erken teşhis koymaktır. Sağlık ve hastalıkla ilgili düşüncelerine fiziksel, psikolojik ve sosyal etkenleri dahil ederek bütünleştirecektir. Doktor olarak kendisine getirilen her sorunla ilgili ilk kararı verecek, kronik, tekrarlayan veya ölümcül hastalıkları olan hastalarının sürekli yönetimini üstlenecektir. Uzun süreli temas, her hastaya uygun bir hızda bilgi toplamak ve profesyonel olarak değerlendirebileceği bir güven ilişkisi kurmak için tekrarlanan fırsatları kullanabileceği anlamına gelir. Tıbbi ve tıbbi olmayan diğer meslektaşları ile iş birliği içinde çalışacaktır. Hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirmek için tedavi, önleme ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman müdahale edeceğini bilecektir. Topluma karşı mesleki bir sorumluluğu olduğunu da kabul edecektir"(15). 2000 yılında Olesen aile hekimliğini "Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, medikal sosyoloji ve medikal psikoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme

(palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir” şeklinde tanımlamıştır(16). WONCA 2002 yılında yaptığı tanımda Aile Hekimliğini “Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır” şeklinde tanımlamaktadır(17). Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği (TAHUD)’a göre ise “Aile Hekimliği, birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayırım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılabilen tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır”(18).

2.1.2. Aile Hekimliği Tarihçesi

19. yüzyıl (yy.)’da bilimde yaşanan gelişmelerin tıp alanını da etkilemesiyle, tıpta uzmanlık dallarına ayrılma süreci başlamıştı. Sürecin başında uzmanlaşmanın hastalara zarar verebileceği endişesini yaşayanlar bulunmasına rağmen; bilimsel, sosyal ve ekonomik faktörlerin baskısı ile uzmanlaşma kabul edilen bir gerçek oldu. Özellikle 20.yy.’ın ilk yarısında hızla gelişen uzmanlaşma eğilimi, birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin popülaritelerini yitirmelerine yol açtı(19). Aile hekimliğine olan gereklilik ilk kez 1923 yılında İngiliz hekim Francis Peabody tarafından öne sürülmüştür. Francis Peabody, “modern tıbbın sağlık hizmeti sunumunu çok fazla dallandırdığını ve hızla, kapsamlı ve kişisel hizmet verecek genel pratisyenlik sistemine dönüşmesi gerektiği” yolunda bir fikir ortaya attı. Dr. Peabody’nin bu uyarı niteliği taşıyan fikri erken yapılmış bir açıklama olarak kaldı, uyarı; toplum ve tıp dünyası tarafından algılanamadı ve uzmanlaşma 1950’lere kadar güç kazanarak devam etti(20). Bu gelişmenin nihayetinde zamanla ortaya tedavi edilemeyen ve hiçbir uzmanlık branşı tarafından kabul edilmeyen hastalar ortaya çıktı(19). Bilimdeki gelişmelerin doğrultusunda, hızla uzmanlaşmanın da etkisi ile, tıpta “hasta yoktur, hastalık vardır” görüşü ile, sadece hastalıklar üzerinde duruluyordu. Her hastalığın kişiye göre değişiklikler gösterebileceği zamanla anlaşılmca, olayın sosyal ve psikolojik boyutu ortaya çıktı. Bu gelişmeler bağlamında bugün insanın fizik ve sosyal çevresi ile bir bütün olduğu, insanı bu

bütün içinde değerlendirmek ve sağlının ve hastalıkların bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği görüşü benimsendi. Bu gelişmeler, aile hekimliğinin II. Dünya Savaşı sonrasında gelişmesine olanak sağladı. Birinci basamakta hizmet sunacak hekimlerinde özel eğitim alması gerekliliği anlaşılnca, zamanla bu yaklaşım bir uzmanlık eğitimi şeklinde gelişti. İngiltere’de aile hekimliği/genel pratisyenlik uygulamaları 1947 yılında yapılmaya başlanmıştır, 1952’de ise Royal College of General Practitioners kurulmuştur. Uzmanlık eğitimi 1979 yılında zorunlu hale getirilmiştir(21). 1960’lı yıllarda Amerika’da Aile Hekimliği fikri yayılmaya başlamış, Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından 1966’da yayınlanan Millis ve Willard raporları ile birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” tanınmıştır(3). 1969 yılında da “Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu” (American Board of Family Medicine-ABFM) kurulmuştur(22). Kuzey Amerika kıtasında da benzer süreç olmuştur. 1954 yılında Kanada Aile Hekimliği Koleji kurulmuş, 1966’da ise üniversitelerde aile hekimliği kürsüleri yer almaya başlamıştır(21). Aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul görececek bir tanımının yapılması gerekliliği yaşanan süreçle beraber ihtiyaç olmuştur. 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda, birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu öne çıkarılarak aile hekimliğinin tanımı yapılmıştır(22). Almanya’da mezuniyetten sonra birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan doktorlarda farklı eğitimler varken, 1960’lı yıllardan sonra aile hekimliği uzmanlık eğitimi giderek önem kazanmış ve ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1976 yılında Hannover Tıp Fakóltesi’nde çalışmalarına başlamıştır. Tıp tarihi için önemli adımlardan birisi de 1978’de Alma Ata’da düzenlenen konferansın önemli sonuçlarından biri olan; dünya ölkelerine, çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığı altında toplanan birtakım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmet sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdii ve bunun uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiğinin vurgulanmasıyla, tüm Dünya’da bu konuda olan çalışmalar hız kazanmış ve ölkeler sağlık sistem ve politikalarını bu görüş yönünde yeniden ele almışlardır. Avrupa Konseyi 1986 yılında Avrupa Topluluđu üyesi ölkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda çalışacak hekimlerin tıp fakóltesi mezuniyeti sonrası en az iki yıl aile hekimliği eğitimi almış olması gerektiğine karar vermiş ve bu uygulamaya

başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresi esas olarak üç yıl şeklinde önerilmiştir(23). Dünya Aile Hekimliği Birliği olarak da isimlendirebileceğimiz; aile hekimlerinin dünya çapındaki örgütlenmesi olan; WONCA 1972 yılında kuruldu. 1994 yılında Ontario’da Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve WONCA tarafından ortak düzenlenen konferansın sonuç bildirgesinde; “Aile hekimliğinin, modern tıp eğitiminin karşı karşıya olduğu sorunları çözebilecek, bunun için en iyi eğitimi sağlayabilecek tıp disiplini” olduğu önemle belirtildi(21).

2.1.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Gelişimi

1960’dan itibaren Kalkınma Planları ve Sağlık Bakanlığı(SB) politikalarında öncelikli olarak her bireyin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması, toplum sağlığının iyileştirilmesi amaçlansa da, istenilen başarı sağlanamamış ve giderek büyüyen sağlık problemleri ortaya çıkmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin yollarından biri de pratisyen hekimlerin uzmanlaşması idi: Türkiye’de Aile hekimliği kavramı, ilk olarak 1970’lerde tartışılmış ve sağlık ocağı hekiminin görevlerinden biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık dalı olması ise kabul görmemiştir(24). Aile hekimliğinin 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer alması, başlangıç olarak kabul edilirse de, tıp tarihimizde inceleme yapacak olursak; ilginç örneklerle rastlarız. Aile hekimliğini sözcük olarak topluma tanıtan ilk örnek A.S. Desnonsan’ın İ.Edhem Murat tarafınca dilimize çevrilen “Aile Tabibi” kitabıdır. Bu kitap 1891’de Artin Asaduryan Şirket-i Mürettebiye Matbaası tarafından İstanbul’da yayımlandı. II. Dünya Savaşı bittikten sonra ki yıllarda, aile hekimliği ile ilgili yaşanan gelişmelerin paralelinde; 1947 yılında ülkemizde “Genel Sağlık Uzmanlığı” eğitimi başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde basamaklandırmanın olmadığı o senelerde hastane olmayan yaşam alanlarında ki sağlık merkezlerine uzman doktor sağlamayı planlayan bu uygulama 1955’te kaldırıldı(25). Aile Hekimliği 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer aldı ve 1984 senesinde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kuruldu, ancak; aktif duruma geçemedi. Uzmanlık eğitimi SB’ı ve SSK’ya bağlı eğitim hastanelerinde 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de başladı. Bu hastanelerdeki asistanlar disiplinin örgütlenmesinde önemli rol oynadılar(21). Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) 24 Temmuz 1990’da

kuruldu. Derneğin ismi daha sonra Bakanlar kurulu kararı ile 2 Mart 1998’de Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak değiştirilmiştir(16). SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 1992 yılında eylül ayının 1-2’sinde Ankara’da “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Gelişmesi için Aile Hekimliği Eğitimi” konulu grup çalışması düzenlendi. SB tarafından 26-30 Nisan 1993’de Türkiye’de ilk kez “Aile Hekimi Eğitici Kursu” Ankara’da düzenlendi ve 88 aile hekimliği uzmanına eğitici sertifikası verildi. 16 Temmuz 1993’de Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun gördü. 17 Eylül 1993’te Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kuruldu ve SB adına 10 aile hekimliği araştırma görevlisi kadrosu açıldı. 25-26 Kasım 1993 tarihlerinde İstanbul’da I. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi düzenlendi. 1993 yılındaki bu hızlı tempo 1994 yılında da sürdü ve 27 Mayıs 1994 tarihinde bir aile hekimliği uzmanı ilk olarak (Osmangazi Üniversitesi’nde) akademik kadroya atandı. 26 Ekim 1994 tarihinde SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü” kuruldu(25). Aile hekimliği anabilim dalları bugün 53 Devlet ve 10 Vakıf üniversitesinin tıp fakültelerinde yapılmış olup, eğitime ve uygulamalara aktif olarak katılmaktadırlar. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK), (diğer bir ifade ile: “Board”) çalışmalarına ülkemizde öncü olarak başlayan uzmanlık derneklerinden biri olup, çekirdek müfredat ve uzmanlık eğitim müfredatını hazırlamıştır(21). 9 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ve buna dayanılarak çıkarılan 6 Temmuz 2005 tarih ve 25867 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” uyarınca; ilk pilot il Düzce’de geçiş dönemi eğitimleri yapılmıştır. Pilot uygulama 15 Eylül 2005 tarihinde başlamıştır, 2006 yılı sonunda 7, 2007’de 15, 2008’de 32, 2009 sonunda 35 il çapında sistem uygulanmış ve 2010 yılı sonu itibariyle; tüm ülkeye uzanmıştır(25).

2.1.4. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği

WONCA Avrupa Bölgesi tarafından yapılan tanıma göre; Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı bir klinik uzmanlıktır. Terminolojide Genel Pratisyenlik ve Aile Hekimliği birlikte ve

aynı anlamda kullanılsa da burada anlatılmak istenen, mezuniyet öncesi tıp eğitimini tamamlayan ve pratisyen olarak çalışan hekimler olmayıp “en az üç yıl süreli birinci basamak uzmanlık eğitimi almış hekimler”dir(26).

2.1.4.1. Aile Hekimliği Disiplinin Özellikleri

Disiplinin on iki özelliği vardır:

- a. Kişilerin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasıdır; hizmet almak için başvuranlara açık ve sınırsız bir erişim imkânı verir; herhangi bir kriter aramaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Kişilere verilen hizmeti koordine ederek ve gerektiğinde hasta adına savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek tıbbi kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlar.
- c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Hastanın güçlendirilmesinin teşvik edilmesi
- e. Doktor ve hasta arasında zamanla gelişen, kendine özgü bir görüşme süreci vardır.
- f. Aile Hekimi hastanın sağlık gereksinimlerinde devamlılığı sağlamaktan sorumludur.
- g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı zamanda yönetmesi gerekmektedir.
- h. Rahatsızlıkların tanısı belirlenirken toplumdaki insidans ve prevalansı çok belirleyici bir rol almaktadır.
- i. Hastalıkların erken evresinde kesin olarak ayrışmamış olan rahatsızlıkları yönetmekle sorumludur.
- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk sahibidir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır.
- l. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir (27).

2.1.4.2. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri

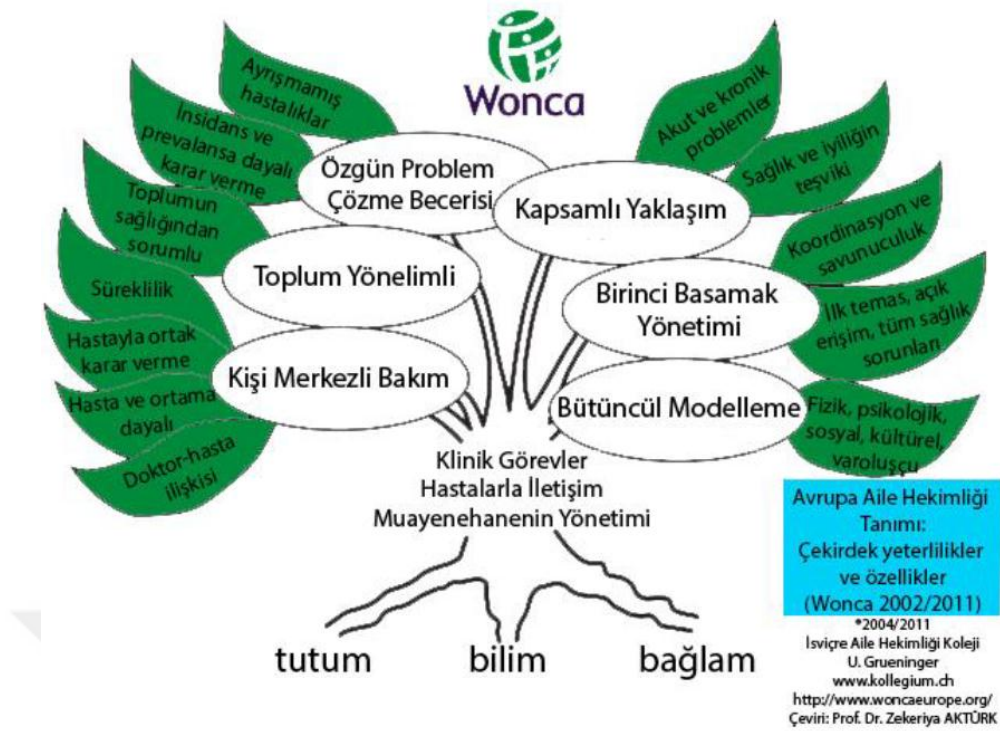
Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımı, doğrudan doğruya Genel Pratisyen / Aile Hekiminin üzerinde taşıması gereken çekirdek yeterliklere işaret etmektedir. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sisteminden bağımsız olarak disiplin için zorunlu olma anlamına gelir. Disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanmıştır.

6 çekirdek yeterlilik şu şekilde sıralanabilir:

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün problem çözme becerisi
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak şu üç özellik, çekirdek yeterliklerin uygulanmasında temeli oluşturur:

- a. Bağlamsal: Hekimler içinde bulundukları çalışma ortamında, kişi, aile, kültür, mali durumlar arasındaki bağlamsal ilişkileri sağlamalıdır.
- b. Tutumsal: Hekimin mesleksel kabiliyetlerine, değerlerine ve etiğe ilişkin tutumlar
- c. Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım sergileme ve devamlı öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme(28).



Şekil 1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler(27)

2.2. YAŞLILIK

2.2.1. Yaşlılığa Genel Bakış

Yaşam süresince kayıpların ve çöküşün görüldüğü bir dönem olan yaşlılık, yaşamın geç dönemindeki gelişmenin devamını ve bireydeki değişimleri ifade eder. Bu aynı zamanda kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerin meydana getirdiği bir sonuçtur(29). WHO ve Bilim İnsanlarının kabul ettiği gerçek yaşı bulmamıza yardımcı olacak yaşlılığın bilimsel anlamda sınıflandırılması şöyledir;

I. Takvim yaşı-yaşlılık; takvim yaşımıza göre yaşlılık sınırı; 64 yaşın sona ermesi, 65 yaşın başlamasıdır... Yaşlılıkta 3 evre vardır:

- 65-75 yaş arası erken yaşlılık evresi
- 75-85 yaş arası; orta yaşlılık evresi
- 85 yaş ve ötesi; ileri yaşlılık evresi

Günümüzde gelişmiş ülke toplumlarında, ihtiyarlık kelimesi kullanım dışı bırakılmıştır.

II. Biyolojik yaş-yaşlılık; hücrelerimizin değişimi, anne karnındayken başlamaktadır. En erken yaşlanan da gözümüzdeki lens hücreleridir. Yaşam şeklimiz, hücrelerimizin yaşlanmasını yavaşlatabildiği gibi hızlandırabilmektedir.

III. Sosyal yaş-yaşlılık; bizimle ilgili kararı, yaşadığımız toplum bireyleri; “çok yaşlanmışsın ya da yaşını göstermiyorsun” yorumları ile vermektedir.

IV. Ekonomik yaş-yaşlılık; emekli olmakla başlayan dönemdir. Emekli olma yaşı, ülkelerin sosyal yapılanmalarına göre değişmektedir. “Sen ne zaman emekli oluyorsun, daha emekli olmadın mı?” sorusunu cevaplarırken ki ruhsal durumumuz çok önemlidir. Bireylerin bu ve benzer sorular karşısında nasıl bir tavır takınması gerektiği konusunda ruhsal olarak, hazırlıklı olmaları gerekir. Mesleksel çalışmalarının yanı-sıra, “hobi” sözcüğü ile anlatılan uğraşlar terapi olarak nitelendirilmektedir.

V. Fizyolojik yaş-yaşlılık; Vücudun fizyolojik olarak yeterliliğinin beklenenden erken yaşlarda kaybolmaya başlamasının sebepleri, yaşama bakış ve yaşamla iletişim yöntemlerinde başarısız olmaktır. Bu bağlamda, profesyonel olarak psikolojik destek almak gerekir.

VI. Psikolojik yaş-yaşlılık; anılarda yaşama, geçmişe özlem, geçmişe takılı kalma, geçmişten kopamama. Geleceğe olan güvensizlik hissinden kaynaklanan korku, kaygı, üzüntü ve benzeri (vb.) duyguların tümü psikolojik çökme yapar. Mutlaka profesyonel anlamda destek alınmalıdır.

VII. Toplumsal yaş-yaşlılık; Bireylerin toplum içindeki hayatında, çalışma ve sosyal iletişimde güç ve yeteneğinin azalarak sonunda kaybolmasıdır. İçer kapanıklık, dış ortamdan uzaklaşmaya ve yalnızlık duygusuna neden olur bütün bunlar için sosyal ve psikolojik destek gerekmektedir(30).

Zamanın geçmesiyle beraber cansız varlıklardaki olumsuz değişimler “eskime” veya “yıpranma” olarak tanımlanırken yaşlanma terimi ise canlı varlıklar için ‘kullanılır. Bunun nedeni canlılarda zamanla olan yaşlanma, yıpranma ve bozulmanın her çeşidini içeren bir durum olmasıyla beraber onarım ve yeniden yapım mekanizmaları devam etmektedir. “Yaşlanma”, her canlının zamanla kat ettiği bir yol olup ölümle sona ermektedir(31). Yaşlılık sağlıklı yaşlanan her kişi için

kaçınılamaz bir durum olmakla birlikte bireyler arasında farklılaşan bir süreçtir. Yaşlılıkta bireyin bilişsel ve fizyolojik özelliklerinde bir gerilemeyle bir arada sosyal yaşantısı, üretkenliği, verimliliği, rol ve statüsü, sosyal çevresi, sosyal desteği, ekonomik düzeyi vb. alanlarda kayıpların bulunduğu bir dönem söz konusu olmaktadır(32). Yaşlılığın başlangıcını fizyolojik açıdan da psikolojik açıdan da kesin olarak belirlemek güçtür. “Her canlının yaşamak zorunda olduğu hayatın bu son evresi olan yaşlılık, kişisel tutum ve algılamalarla çaresiz bir yaşlılık veya olgun bir gençlik olarak yaşanılabilir”. Bu durum her yaşlananın yaşlanma sürecine benzer şekilde tepki vermediğini göstermektedir. Nitekim yaşlılıkta karşılaşılan hastalıklar, ölüm nedeniyle yaşanan kayıplar veya emeklilikle ortaya çıkan bir takım rol-statü, yetenek, düşünme fonksiyonu gibi durumlar ile ilgili kayıpları bazı yaşlılar kolaylıkla kabullenirken bazıları ise kabullenmekte zorluk çekebilmektedir. Bunun sonucunda da yaşlanma sürecinde farklı yaşlı tipleri ortaya çıkmaktadır(29). Sağlık durumunun bozulması yaşlanmanın doğal sonucu değildir. Bununla birlikte yaşlılarda doku ve organların işlevsel kapasitesi, strese yanıt ve çevresel etmenlere uyum gösterme yeteneği azalır, homeostaz bozulur. Yaşla birlikte artan kanser, diyabet, süregen akciğer, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, kaza, ihmal ve istismar gibi riskler bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yeteneklerin çeşitli boyutlarda kaybedilmesiyle yeti yitimine(özürlülük) neden olmakta ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak bağımlı yaşamaya neden olmaktadır(33). Dünya çapında insanlar daha uzun yaşamaya başlamıştır. Günümüzde, çoğu insan altmış seneden daha uzun bir yaşam umabilir. 2050 yılına kadar, 2015’te 900 milyon olan dünya 60 yaş ve üstü nüfusun toplam 2 milyarı bulması beklenmektedir. Bugün 80 yaş ve üzeri 125 milyon insan yaşamaktadır. 2050 yılına gelindiğinde, sadece Çin’de bu sayıda (120 milyon) insan yaşayacak ve dünya çapında bu yaş grubunda 434 milyon insan olması beklenmekte ve tüm yaşlıların %80’i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaları beklenmektedir. Daha uzun bir ömür, sadece yaşlılar ve aileleri için değil, aynı zamanda tüm toplum için de fırsatlar oluşturmaktadır. Beklenen yaşam süresinin uzamasıyla, ileri eğitim, yeni bir kariyer ya da uzun zamandır ihmal edilen bir tutkuyu gerçekleştirme gibi yeni faaliyetler yürütme şansı sağlamaktadır. Yaşlı insanlar ailelerine ve içinde yaşadıkları topluma birçok açıdan katkıda bulunurlar, ancak bunu gerçekleştirebilmeleri sağlıklı olmalarına bağlıdır. Bununla birlikte, bugün yaşlı insanların ömürlerinin uzamasıyla kazandıkları bu ek yılları ebeveynlerinden daha sağlıklı yaşadıklarını gösteren çok az kanıt vardır. Yüksek

gelirli ülkelerde son 30 yılda ciddi özürlülük oranları azalmış olsa da, aynı dönemde hafif ile orta özürlülükte önemli bir değişiklik olmamıştır(34). Sanayileşme ve kentleşmenin hızlı bir şekilde olması sonucu, ekonomik ve sosyal yapıda olan hızlı farklılaşmalar, tarıma endeksli düzenden kent ve sanayinin egemen olduğu bir düzene yönelme, geniş aile yapısının çekirdek aile yapısıyla yer değiştirmesine neden olmuştur. Bu durum, kişilerde geçimsizliklere, bağımsız olma isteğine, yaşanılan evi küçük ve yetersiz bulma gibi sorunları getirmektedir. Yaşlılık dönemindeki fiziksel ve sosyokültürel değişimler ile ekonomik koşullardaki kötüleşme, yaşlının evde veya kurumdaki bakımının yeterince desteklenememesine, istismar ve ihmale sebep olan durumlardır(12).

2.2.2. Toplumsal Değişim ve Yaşlılık

Her insanda yaşlanmakla ölmek arasında devam eden uğraşta, toplum ve kültür tabanlı etkenler büyük bir yer tutar. Toplumdan topluma toplumsal ve kültürel ilişki ve anlayışla oluşturulan yaşlılık farklılık arz eder(31). Modernleşme sürecinin sonradan bir parçası olan toplumlar açısından değişimin boyutu, toplumun bütün katmanlarında eş zamanlı olamamaktadır. Bu sebeple yaşlı bireyden beklenen ve ona atfedilen toplumsal nitelikler, aynı toplumun çeşitli grup, sınıf ve diğer toplumsal kategorilerinde farklı anlamlar barındırır. Yaşlılık, modernleşme sürecinde, toplumun bütün kesimlerinde yaşanan değişimlerin homojenlik derecesine bağlı olarak, yaşlı bireyin biyolojik olarak yetersiz ya da onun toplumun beklentilerine yeterince cevap veremeyecek hale gelmesi şeklinde anlamlandırılır. Modernleşmeyle beraber toplumsal kurumlar ve örgütlenmelerin, artarak birey hak ve özgürlükleri temelinde şekil bulması, yaşlılık sorununun hem biyolojik hem de toplumsal anlamını birbirine yakınlaştırmıştır(35). Bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının %8-10 arasında olması nüfusun “yaşlı”, bu oranın %10’un üzerinde olmasının ise nüfusun “çok yaşlı” olduğu, BM tarafından belirtilmiştir. 2008 yılında en gelişmiş ülkelerdeki 65 yaş ve üzerindeki bireylerin toplam nüfustaki oranı %13’ten %21’e yükselmiştir. 2015 yılı itibarıyla ise dünya nüfusunun %8,5’u yaşlı nüfustan oluşmaktadır. İtalya uzun bir zaman en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülke iken, 2015 yılında %30,4 ile Monako en yaşlı nüfusa sahip ülke olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK,2015). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) %13 yaşlı nüfus oranı ile gelişmiş ülke standartlarına göre oldukça genç bir nüfusa sahip gibi görünse de 1946-1964

yılları arasında doğan “BabyBoomer8” kuşağındaki bireyler, 2010 yılından sonra 65 yaşına varmışlardır. Bundan dolayıdır ki 2030 yılında Amerika’daki yaşlı nüfusun %20’ye artacağı tahmin edilmektedir. Sosyal demografik değişimlerde hızlı biçimde yaşlı nüfusun artması, geniş aile yapısının ve aile bütünlüğünün bozulması, kentleşme, geleneksel yapıdaki değişiklikler nedeniyle, yaşlılık sadece bireyleri ilgilendiren bir sorun olmaktan çıkıp toplumu ilgilendiren bir sorun haline gelmiştir. Toplumdaki sanayileşme, kentlere göçün artması, evlatların ailelerden ve yaşlılardan farklı yerlerde çalışıyor olması, kadınların çalışmaya başlaması, çekirdek aile yapısının artması gibi kültürel değişiklikler ailedeki yaşlıların ve ebeveynlerin bakımını üstlenme durumunu da azaltmaktadır(36). Yaşlı sorunlarına yönelik geleneksel dayanışma ve yardımlaşma azalırken, bireyselleşme artmaktadır. Dolayısıyla modern kurumlar ve kurumsallaşma da önem kazanmaktadır(37). Buna paralel olarak, yaşlılık dönemindeki bakım, toplumların öncelikli sorunlarından biri haline gelmiştir. Böylece zamanla yaşlı bakım hizmeti için ihtiyaç duyulan kaynak miktarını arttırmaktadır. Ayrıca geleneksel geniş aile modelinden çekirdek aile yapısına geçiş, yaşlıların ihtiyaç duyduğu bakım sorumluluğunu aile kurumundan almış ve sosyal güvenlik kurumunun görev ve sorumluluk alanına sokmaya başlamıştır. Bu durum yaşlılarda değersizlik duygusuna içe kapanma durumlarına, aksileşme ve hizmeti reddetme gibi tepkilerine yol açmaktadır(10). Öte yandan yaşlılara verilen hizmetler toplumda yaşlıyla ilgili kültürel ve dini öğelerden, ekonomideki ve aile yapısındaki değişimlerden etkilenmektedir(37). Yaşlılar için diğer bir husus da emeklilik ve emeklilik maaşlarıdır. Genel olarak bu iki durum yaşlılar için son derece önemlidir, ancak özellikle gelişmekte olan ülkelerde emeklilik maaşı genellikle yetersizdir. ABD gibi bazı gelişmiş ülkelerde bile, Sosyal Güvenlik gibi kamu emeklilik programları emeklilik sırasında çoğu insan için yeterli gelir sağlayamayabilir. Bununla beraber bazı toplumlarda aile üyeleri, geleneksel olarak yaşlı insanlar için temel mali destek kaynağı olmuştur ve hala geçerli bir durumdur tersine bir durumda mevcuttur Japonya ve azımsanamayacak sayıdaki bazı ülkelerde yaşlılar 80’li yaşlara gelene kadar genç nesillere kaynak aktarmaya devam eder(38). Gelişmekte olan birçok ülkede hızlı kentleşme çoğu yaşlı için aile desteğinin azalmasıyla sonuçlanmıştır. Genç neslin ebeveynlerine göre daha eğitilmiş olması ve daha yüksek statülere ulaşması sonucunda toplumda yaşlı bireylerin liderlik rolü ve etkisi de azalmıştır. Çocuklarıyla şehirlere göç eden yaşlılar şehir yaşamına ayak uydurmakta zorlanmakta, şehrin yarattığı fırsatlardan

yararlanamamaktadır. Yaşlıların kırsalda yakın arkadaş ve çevre ile ilişkileri sayesinde, psikolojik rahatlık söz konusu olurken, şehir yaşamında ise aile bireylerine daha fazla bağımlı bir yaşam sürdürmesi durumu ortaya çıkmaktadır(36). Bazı yaşlıların torun bakımına ve ev işlerine yardımcı oldukları göz önünde bulundurulduğunda; kuşaklar arası karşılıklı destek ve dayanışmanın sürdüğü söylenebilir. Bununla birlikte toplumumuzda kuşaklar arası ilişkilerde bu maddi manevi dayanışma kadar çatışma ve gerilim de gözükmemektedir(37). Yaşlı bireylerin çocuklarıyla beraber yaşamayı tercih etmesi birçok araştırmada geleneksel aile bağlarının devam ettiğini ilişkin bir ifade olarak anlaşılmaktadır. Yaşlı bireyler ve onların çocukları yaşının ihtiyaçlarının giderilmesi için evde bakımdan yana olsa da bakımın çocuklar ve yakınları tarafından verilmesinin giderek zorlaştığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Sağlığı bozulmuş ileri yaşta ki bireylerin bakımını göğüsleyen aile bireylerinde sosyal ve psikolojik sorunların görüldüğü belirtilmiştir(39). Günümüzde hayatlarını çocuklardan bağımsız yaşama isteğinde olan yaşlılar da görülmektedir. Bu durum bireyselleşmenin getirdiği bir sonuç olacağı gibi, şehirde ki hayatta yaşlıların kendi faaliyetlerini kendi başlarına yapabilmesi sonucunu da ima etmektedir. Diğer taraftan tamamen bireyselleşen ve içe kapanan yaşlıların toplum içinde diğer insanlarla ilişki kuramama durumuyla karşılaşmalarına, yaşlarının getirdiği daha az sorumluluk içeren, gerektiğinde fikrine başvurulana, duygusal tecrübelerini aktaran aile büyüğü konumuna gelememe problemi ortaya çıkmaktadır. Farklı bir durum olarak yaşlanmanın doğallığını kabullenemeyenler, kendi gerçekleri ile toplumun ortaya çıkardığı yaşlılık algısı çelişen ve yetişkinlik döneminden sonra gelen olgunlaşma sürecine ayak uyduramayan bireyler için, toplumsal davranışlar değişik problemleri getirebilmektedir. Böyle kişilerde özellikle ölüm korkusu, toplumdan izole edilme, diğer insanlara ve topluma aykırı olduğunu düşünme gibi takıntılar izlenebilmekte; bu da beraber yaşamayı ve toplum içinde kendisiyle tutarlı bir kişi olmayı zorlaştırmaktadır(40). Yaşlılıkta bakım gereksiniminin sadece aile ile üstesinden gelinemeyecek bir durum olduğu gerçektir. Evde bakım olayı kapsamlı bir durumdur. Evde bakım; doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog hemşire, diyetisyen ve fizyoterapist gibi disiplinlerin çalışmasını gerektiren bu şekilde verilen bakımın kalitesini yükselten bir hizmettir. Gelişmiş ülkelerde yaygın bir hizmet olarak göze çarpan gündüzlü yaşlı merkezleri; kendi evlerinde yalnız başlarına veya çocukları ile yaşayan ve bakacak kimsesi olmayan yaşlıların gündüz ihtiyaçlarının giderilmesine

yönelik bakım ve destek hizmetleri vermektedir. Bu tür gündüzlü yaşlı merkezlerinin ülkemizdeki sayısı oldukça sınırlıdır(36). Batı toplumlarında sosyal, ekonomik ve tıbbi faktörlerin etkisiyle yaşlıların nüfus içinde artan oranı, onları tüketim toplumunun baş rolüne getirirken, aynı zamanda kültürel farklı bakış da getirmiştir. Artık “pozitif yaşlanma” söz konusudur. Yeni/gençleşen yaşlı grubu pozitif yaşlılığın temsilcisidir. Yüksek eğitim seviyesi, iyi mesleklerinin olması, çok miktarda mal varlığı ve bu varlığı arttırma olanaklarına sahip olmaları, yaşam standartlarında pek fazla kaybın yaşanmaması ve yeni bir yaşam tarzı benimsenmesi ile yaşlılığa girmeleri, önemli özelliklerdir. Dünyayı gezen çok seyahat eden, kültürel/sanatsal aktivitelere dahil olan, hatta çeşitli alanlarda hala üretken olabilen bu yeni kuşak yaşlılar, “Unumu eledim, eleğimi astım.” Görüşünün zıddı bir şekilde hareketli bir yaşam tarzına sahiptirler. Bunun temel sebebi yeni yaşlılığın kültürel içeriğinde aktif olmaya, bireyselliğe, gençliğe, fit ve sağlıklı olmaya ilişkin bir sosyal değer vurgusunun bulunmasıdır. “Hissettiğiniz yaştasınız.”, “Yaş sizin aklınızdadır.” gibi söylemler, yaşlılığın, biyolojik bir kategori olmaktan çıkıp, sosyal/kültürel olarak inşa edilen bir kategori olmaya başladığının da bir göstergesidir. Özellikle adı geçen bu grubun içeriğinde “baby boomer” kuşağının olduğu ve bu kuşağın değişen topluma çok daha çabuk uyum göstermesiyle yeni yaşlı kuşağını oluşturdukları belirtilmektedir(2).

2.2.3. Tarihsel Süreçte Yaşlılık

Tarihsel süreçte toplumların ekonomik, kültürel, psiko-sosyal yapısı ve yaşayış tarzı, yaşlılığa ve yaşlılara olan bakış açısını şekillendirmiştir. Örneğin kimi toplumlarda yaşlılar tecrübeli ve saygı duyulan kişiler olarak kabul edilir ailenin ve toplumun bir arada tutulmasında önemli bir işlevleri vardır, kimi toplumlarda ise yük olarak görülmüşlerdir. Yaşlılığa dair tanımlamalar tarih içinde farklı farklı yapılmıştır. Antik dönem düşünürlerinden Aristo (M.Ö. 384-322) “Hastalığı zamansız gelen yaşlılık, yaşlılığı ise doğal bir hastalık” olarak tanımlamıştır. Eflatun, diğer adıyla Platon (M.Ö.427-347), ise yaşlanmanın bireysel yönüne işaret etmiş ve yaşlılık döneminin nasıl yaşanacağını büyük ölçüde gençlik ve erişkinlik çağlarındaki yaşam biçimi tarafından belirlendiğini iddia etmiştir. Galen (M.S. 129-199) Aristo’nun aksine yaşlılığın bir hastalık olarak görülmesinin yanlışlığına vurgu yapmış ve yaşlılığın yaşamın doğal bir süreci olduğunu belirtmiştir. Shakspeare

yaşlılığın her türlü kayıpların yaşandığı bir dönem olduğunu vurgularken, Schopenhauer ve Goethe ise yaşlılığı deneyimlerin zirve noktası olduğunu kabul etmişler, böylece bireyin daha gerçekçi ve mutlu olabileceğini söylemişlerdir. Goethe, Mimar Sinan, Michelanjelo, Picasso ve nice ünlü kişinin en önemli eserlerini yaşlılık döneminde yaptığını göz önünde bulundurursak, yaşlılık dönemimde bireyin üretkenliğinin, topluma katkısının devam ettiği ve yaşlıların tecrübelerini genç nesillere aktarmaya devam etmesi toplum açısından kazanç olarak kabul edilir. Ünlü bir düşünür olan Mevlan Celaledin-i Rumi (1207-1273) “Gençlerin aynada göremediklerini, yaşlılar bir tuğla parçasında okurlar” deyişiyle yaşlıların hayat tecrübesinden dem vurmıştır. Atatürk ise yaşlılar ve toplum ile alakalı şu ifadeyi kullanmıştır; “bir milletin yaşlı vatandaşlarına ve emeklilerine karşı tutumu; o milletin yaşama kudretinin en önemli kıstasıdır”(10). İnsanlık tarihinin başlangıcından, Neolitik Dönemin başına (sekiz bin yıl önce) kadar, kültür ve teknoloji çok yavaş ilerlemiştir. İnsanın genetiğinin belirlediği maksimum ömür potansiyeli 120 olmasına rağmen, avcı-toplayıcılık tarzı yaşam şekli ve yaşam koşullarının zorluklar barındırması sebebiyle, sadece 20-25 yıl kadar ömür uzunluğuna sahip bu dönemin insan gruplarında, bugünkü anlamda yaşlıyı bulmak neredeyse imkansızdır. Günümüzde sanayileşmiş ülkelerde ortalama ömür uzunluğunun 78-80'lere çıktığı hatırlanırsa, yaşlılık kavramının göreceli olduğu böylelikle zamana ve çevresel koşullara göre, yaşlının tanımlandığı görülecektir. Doğa ve yaşam şartlarının zorlu olduğu dönemlerde 20-25 yıllık ortalama bir ömrün olması ihtiyarlık yaşı olarak 20-25 yaşları kabul edilebilir(41). Avcılıkla geçinen veya göçebe olan ilkel toplumlarda hayat hızlı akıyordu. Bir av mevsiminden diğerine etkili ve hızlı bir hareket etme sistemine dayalıydı. Yaşlılar böyle bir toplum düzenine uyum göstermek zorundaydı. Uyum gösteremeyenler bu hızlı değişim gerektiren hayat tarzına engel teşkil ediyor ve topluma yük oluyordu. Hopi gibi göçebe yaşayan kabilelerde ve kuzey Avrupa'daki Lapps'lerde hasta ve çok yaşlı kişiler, göç esnasında ölüme terk edilmekteydi. Ulaşım Eskimolarda ilkel bölgelerde kızaklarla yapılıyordu ve buradaki topluma ayak uyduramayan yaşlı kadınlar yanlarına yiyecek bırakılarak yolda terkediliyorlardı(42). Neolitikten itibaren yerleşik düzenin benimsenmeye başlanması ve tarımın yapılması, yaşamı bir nevi kolaylaştırdığı için yaşlının topluma ayak uydurması daha kolay hale gelmiş ve toplumda kendine yer bulması kolaylaşmıştır. Yerleşik düzene geçmekle, yaşlının taşınması sıkıntısının ortadan kalkması, yaşamı kolaylaştıran tecrübelerini gençlere

öğretmesi, çocukların bakımı ve eğitimine yardımcı olması gibi faaliyetlerinin de, yaşlının yaşamının kolaylaşmasında yadsınamaz bir yeri vardır(41). Hem eski Çin hem de İsrail, yaşlıya saygı ve yaşlılığın bilgelikle ilişkilendirilmesiyle simgelenen toplumlar oldu. Çin'in Taocu dininde insanın nihai hedefi uzun bir yaşamdı ve öğretileri, 60 yaşından sonra insanın dünyevi arzulardan kurtulduğunu ve manevi bir varlık olduğunu belirtti. Eski Yahudiler arasında yaşlılık, erdemin nihai ödülü olarak görülüyordu ve çok yaşlılara, Tanrı'nın aracısı ve seçilmiş kişilerin rolü atfedilmişti(43). Zaman geçtikçe daha sonraki çağlarda, dinin toplumda kendine daha fazla yer bulduğu ve dini esaslara göre yönetilen toplumlarda, yaşlı daha şanslı bir hale gelmiştir. Dini kuralların uygulanmasını denetleyen, buna göre eğitimin şekillenmesini sağlayan ve öbür dünya ile ilgili kavramları duyuran, bağı sağlayan yaşlılardır. Bu gibi nedenlerle mal ve mülkü ellerinde tutmuşlardır. Zengin ve doğaüstü güce sahip gözüktüklerinden, daha rahat ve uzun süre yaşamışlardır. Fakat fakir toplumların yaşlıları, hangi dönemde ve yerde olursa olsun daima kötü kaderlerinden kurtulamamışlardır. Gelişmiş toplumlarda büyü ve hayaletlere inanmanın azalmasına bağlı olarak, yaşlıların topluma olan etkisi ve gücü azalmıştır. Yaşlıların toplumdaki itibarları, tekniğe ve kültüre yaptıkları katkıya bağlı duruma gelmiştir(41). Tarihte Yunan toplumuna baktığımızda yaşlılarda büyük bir canlılık görülür. Filozoflar, tarihçiler ve şairler 60 ve daha fazla yaşlara kadar yaşarlar. Isparta devletinde yirmisekizler konseyi 60 ve daha yaşlı kişilerden oluşmakta olup, büyük nüfuz sahibidirler. Roma imparatorluğunda da Roma senatosu yaşlı kişilerden oluşuyordu(44). ABD'de 17. yy. başından itibaren muhtaç, bakımsız, kimsesiz çocuk, hasta ve yaşlıların korunması, bakılması önemsenmiş bu kıtaya göç eden farklı milletlerden insanların kendi bölgelerindeki hizmetlerden faydalanılması sağlanmıştır. Avrupa'da reform döneminde Martin Luther yaşlılara yardım görüşünün değişmesine öncülük etmiştir. Bundan sonra yaşlı evleri ve güçsüzler yurtlarının idaresi devlet eline alınmıştır. Fransa, Avusturya ve İskandinav ülkelerinde Lutherin önerdiği hizmetlere benzer uygulamalar geliştirilmiştir. İngiltere'de 1814'te Rahip Chalmers'in halktan sağladığı bağışlarla yerel bir yardım yapısı ortaya koymuş ve yardımların kişisel ihtiyaçlara göre yapılması gerekliliğini savunmuştur. 1834'de İngiltere'de yardımla ilgili yasalarda reformlar yapılmıştır, bundan sonra muhtemeldir ki yaşlı, genç, kadın, erkek, yatalak, sakat, hasta ve ruh hastası olanlar farklı kurumlarda bakılmaya başlanmıştır(44). Yirminci yüzyılın ortalarında, 1980'lerde ve 1990'larda yinelenen yaşlanma paniği, demografik

değişim ile kültürel değişim arasında yakın bir bağlantı olduğunu düşündürür. İngiltere ve Fransa'da yirminci yüzyılda birbirine benzer demografik durumlara gösterilen farklı tepkiler, demografi ve kültür arasındaki ilişkinin karmaşık, değişken ve henüz çok az anlaşılmış olduğunu gösteriyor. Britanya'da 18. yy.'da kamu görevlileri için sistematik emeklilik maaşlarının ortaya çıktığı görüldü, ancak itibar verme yerine bu adım hükümetin profesyonelleşmesinin sonucu da olabilir. Emeklilik maaşları, verimliliklerinin azaldığı düşünülen kamu hizmeti görevlilerinden kurtulmak için açıkça kabul edilebilir bir yol sağladı(45). Daha da geriye gidersek, modern yaşlanma siyasetinin biçimlendirici yıllarının kökleri, emeklilik sistemleri kurmak için yaşlı insanlar ve örgütlü çalışmalar ile on dokuzuncu yüzyılın sonlarında ve yirminci yüzyılın başlarında yürütülen kampanyalara dayanmaktadır. Bunlar, yasama taşlarının ilk olarak Bismarc'ın Almanya'sında (1889) atılmasını, ardından gelecek yüzyılın başlarında diğer Batı Avrupa ülkelerinin Almanya'yı takip etmesine, kamudan emekli olanlara emekli maaşı ödenmesinin başlatılmasına katkıda bulundu: Hollanda'da 1901, Birleşik Krallık'ta 1908, 1910 Fransa'da, 1913'te İsveç'te ve 1919'da İtalya ve İspanya'da emekli maaşı uygulamasına geçildi. Birleşik Devletler bunu 1935'te izledi(46). Geleneksel özelliklerini günümüzde devam ettiren doğu toplumlarında ise yaşlıların sosyal statüsü herhangi bir batı toplumundakinden yüksektir(44). Doğu toplumlarında belki de sayıca az oldukları için yaşlılar daha fazla saygı görüyor ve korunuyorlar. Bazı yerlerde en yaşlılar bile saygı duyulacak ve sözü dinlenilecek olarak görülüyor. Kendilerine karşı her türlü özen özellikle ailesi ve akrabaları tarafından gösterilmeye devam ediyor. Doğu Asya halkları: "Yaşlıların aile bakımı ile ilgili Kore ve Çin kültürlerindeki nesiller arası karşılıklı beklentiler Japonya'da bulunanlara büyük ölçüde benziyor, çünkü bu Doğu Asya kültürlerinin üçü de Konfüçyüsçü dindarlığın etik anlayışlarından çok etkilenmiş durumda. Doğu Asyalılar, ailenin dağılması, doğurganlığın azalması ve daha uzun yaşam eğilimlerine karşı koymak için, yaşlanan ebeveynleri destekleme yöntemlerini değiştirirken, aile desteğinin ideolojik temeli olan geleneksel aile dindarlığını - kültürel miraslarını - sürdürmenin alternatif yollarını arıyorlar(47). Özellikle Ortadoğu, dünyanın üç ana dininin çıkış merkezidir. Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam. Bu dinlerin her biri, gönüllülük ve hayırsever bağışlarla ilgili temel fikirler aracılığıyla bir topluluk boyutu sunar. Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesinde yaşayan nüfus, geleneksel kültürel değerlere sahiptir. Nüfusun kültürel değerlerinin

merkezinde, güçlü bir aile vurgusu ve daha da önemlisi, yaşlı insanlara duyulan hayranlık vardır(48).

2.2.4. Türk Toplumunda Yaşlılık

Eski Türk toplumlarında aile bu toplumun en küçük yapı taşıdır. Türk sosyal hayatı aile ve akrabalık bağları üzerine inşa edilmiştir. Eski Türk aile yapısının en önemli özelliği birlik ve dayanışma esasına dayanmasıdır. Ailede evlatların en önemli vazifesi babaya ve aileye yardımcı olmalarıdır. Zira “Tay yetişirse at dinlenir, oğul yetişirse baba dinlenir” atasözü Türk aile hayatındaki bu anlayışa işaret eder. Türk toplumunda her dönemde kimsesiz çocuk, sakat, muhtaç ve güçsüz yaşlılara yardım eli uzatıldığı ve toplumsal korunma sağlandığı çok eski kurumların varlığından anlaşılmaktadır Türkler Müslüman olduktan sonra da hem önceki dini inançlarından kısmen esinlenerek hem de yeni dinleri İslâm’a uygun olarak yaşlılara karşı özel önem vermişlerdir. Mesela Yusuf Has Hacib’in 1069’da yazdığı o meşhur eseri Kutadgu Bilig’de anlattığı ideal devletinin dört sembol kişiliğinden Oğurmuş özellikle bilgeliğin, yaşlılığın ve olgunluğun temsilcisi ve simgesidir. Ayrıca Dede Korkut destan kitabındaki hikâyelerde Dede Korkut, toplumun yol göstericisi, akıl hocası, meseleleri çözen ve bilgisine, tecrübesine itibar edilen bir kişidir. Türklerdeki töreye bağlılık ve törenin toplum hayatındaki önemi dikkate alındığında, eski Türklerde, bugün dahi Orta Asya Türk kavimlerinde “aksakal” diye büyük itibar gören yaşlıların bu itibarlarına nelerin kaynaklık yaptığını göstermesi bakımından önemlidir(49). Anadolu’da yaşlılara verilen hizmetlere 11. yy’da Selçuklular zamanında başlandığı görülmektedir. Sivas’da Reha oğulları 1100’de Darulrehayı(Huzurevi) kurdular. Musul’da Erbil Atabey’i Mezaferetin Ebu Sayit Gökbörü Tesislerini: Dört adet Darulacze, bir adet dullar için barındırılma ve bakım yurdu, bir adet çocuklar için Yetimhane, bir adet sokaktan toplanan istenmeyen çocuklara bakım yurdunu kurmuştur. Osmanlıdaki sosyal hizmetler Selçuklu döneminin devamı şeklindedir. Osmanlı döneminde muhtaç yaşlılara yönelik hizmet veren imarethaneler, aşevleri, darülrehalar, vakfiyeler, hastaneler yapılmıştır. Osmanlı döneminde sunulan sosyal hizmetler vakıflar tarafından 19.yüzyıla kadar verilmekte iken; 19. Yüzyıla beraber bu alanda hizmet veren kamu kurum ve kuruluşları ile hayır kurumları kurulmaya başlanmıştır(50). Türk toplumunda ilk sistemli ve kurumsal çalışmalar 2. Abdulhamit zamanında başlamıştır.1895 yılında

kurulan darülaceze Osmanlıdan günümüze varlığını korumaktadır(44). Cumhuriyet'in ilan edilmesinden sonra 1930 tarihinde yürürlüğü giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan Belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme zorunluluğu getirilmesi üzerine, birçok şehirde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi isimlerinde birçok farklı yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Bununla beraber çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı yaşlı kuruluşları açmışlardır(51). Her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve engellilerin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile çalışma gücünden yoksun yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanununun 17. maddesine istinaden 225 sayılı kanunun 4. maddesi ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Böylelikle yaşlı kişilere tarih boyunca yapılan iyilikler yardımlar, dini buyruklar ve hayırsever duygularla kişisel olarak ve değişik mevzuat çerçevesinde kamu ve özel kuruluşlarca ayni ve nakdi yardımlar şeklinde verilen bu plansız ve programsız hizmetlere yeni bir yön verilerek, söz konusu ihtiyaç gruplarına hizmetin bir bütün olarak ve insan onuruna yaraşır bir biçimde bir sistem dahilinde götürülmesi sağlanmıştır. Bu şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı ilk huzurevi; 1966'da Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de açılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kapsamında "İl Sosyal Hizmet Müdürlükleri" 1967 de oluşturularak kurumsal anlamda sosyal hizmet yapılanmasının taşra teşkilatları topluma hizmet vermeye başlamıştır(50). 1982 Anayasanın 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak "Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir" hükmü yer almaktadır(52).

2.3. ÇOK YÖNLÜ GERİATRİK DEĞERLENDİRME

Artan yaşlı nüfusuyla yaşlı hastaların değerlendirilmesi, muayenesi ve bakımı tüm dünyada giderek önem kazanmaktadır. Yaşlılık dönemi birçok sağlık sorununa sahip olunarak geçirilen bir dönemdir. Yaşlının karmaşık ve birbirini etkileyen sorunları sebebiyle, geriatrik değerlendirme özverili ve ciddi interdisipliner ve multidisipliner yaklaşımı gerektirmektedir ve birçok verinin bir araya gelmesini lüzum kılar(53). Yaşlı hastadan öykü alırken klasik tarzımızda birtakım değişiklikler

yapmamız gerekecektir. Karşımızdaki hasta yaşlı bir bireydir ve bu hastanın kültürel değerlerine daha saygılı olunmalıdır, konuşmasında ki yavaşlık gibi özelliklerine karşı kırıncı davranışlarda bulunulmamalıdır(54). Günümüzdeki çok yönlü geriatrik değerlendirme (ÇYDG)'nin temelleri, yaklaşık 75 yıl önce bilim adamı olan İngiliz Warren tarafından atılmıştır. ÇYGD'nin faydaları; yaşam süresinin uzaması, fonksiyonel durumun devamlılığı ve düzelmesi, hastane yatış sıklığında azalma, mali giderlerde azalma, yaşam kalitesinde yükselme, başkalarına günlük işlerde olan bağımlılığında azalmadır(53).

Geriatrik değerlendirmenin Hedefleri:

1. Akut durumlar yerine koruyucu hekimlik üzerine odaklanmak
2. Tam bir tedavinin yerine fonksiyonel yeterliliğin iyileştirilmesi veya yeterliliğin devam ettirilmesi
3. Birçok farklı doktora başvuruyu, acil servise başvurma sıklığını ve hastaneye yatış sıklığını azaltmak, yönetimi zor olan hastalar için uzun vadeli çözümler üretmek
4. Sağlık durumunu bozan kesin hastalık tanısına yardımcı olmak
5. Tedavi ve takip için plan yapmak
6. Uygun bakımın sağlanması için plan yapmak(20)

Yaşlının değerlendirilmesinde interdisipliner ve multidisipliner yaklaşımlar zorunludur(55).

Geriatrik hastaları en iyi şekilde değerlendirip ona göre bakım ve tedavinin ayarlanması, interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu yaklaşımın doktorları (geriatrist, iç hastalıkları uzmanı, iç hastalıkları asistanı, aile hekimi, pratisyen hekim), geriatri hemşiresi, hasta ve hasta yakınları ile bakım elemanları, sosyal hizmet görevlisi, psikolog, beslenme uzmanı, fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti ve konsültan farmakolog olarak sıralanabilir(53). Geriatrik değerlendirmenin multidisipliner yaklaşımında ise yaşlılarda sıklıkla rastlanan sağlık problemleri için ihtiyaç halinde Göz Hastalıkları, KBB, Ortopedi, Kardiyoloji, FTR gibi uzmanlardan destek alınır(55).

ÇYGD'nin bileşenleri aşağıdaki temel unsurlardan oluşmaktadır.

- Fiziksel değerlendirme
- Fonksiyonel değerlendirme
- Bilişsel değerlendirme
- Sosyal değerlendirme
- Günlük temel yaşam aktiviteleri, enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri tespiti
- Beslenmenin değerlendirilmesi ve planlanması
- Görme ve işitmenin değerlendirilmesi
- Yürüyüş, denge ve mobilitenin değerlendirilmesi
- Polifarmasinin önlenmesi ve ilaçlarının ayarlanması
- Üriner ve fekal inkontinansın değerlendirilmesi
- Bası yaralarının değerlendirilmesi(53)

Yaşlı Kişilerle Etkin İletişim Kurmak İçin İpuçları:

- Aydınlanması iyi, sıcaklığı normal, gürültüsüz, oturduklarında rahat hissedecekleri, muayene oldukları masaya kolay ulaşabilecekleri bir ortam hazırlayın.
- Hastanın kullanmak zorunda olduğu gözlük, işitme cihazı, vb., araçları kullandığından emin olduktan sonra hasta ile yüz yüze görüşmeyi tercih edin ve onlarla alçak bir ses tonuyla konuşun.
- Hastanın iletişim becerilerine ve sağlık durumuna göre görüşmenin kapsamını belirleyin, gerektiği takdirde tekrar bir görüşme planlayın.
- Hastaya açık uçlu soruları cevaplaması için ve anlatmak istediği anıları için vakit ayırın.
- İştahsızlık, halsizlik, baş dönmesi, kilo kaybı, ağrı gibi semptomları sebepleri açısından dikkatlice değerlendirin.
- Görüşme bitiminde hastaya verilen yazılı bilgilerin anlaşılır ve okunacak büyüklükte olduğundan emin olun(56).

2.3.1. Fiziksel Değerlendirme

Yaşlılar ile görüşmede klasik öykü alma dışında yaşlılara özgü durumları anlamak için sorularda sorulmalıdır. Bunlar düşme, inkontinans, demans, depresyon vb. durumlardır. ÇYGD'den en fazla yarar gören grup “kırılgan yaşlı” grubudur. Kırılgan yaşlı olarak kabul ettiğimiz grup, bitkinlik, tükenmişlik hissi, kas güçsüzlüğü, yavaş yürüme ve fiziksel fonksiyonlarda azalma gibi beş durumdan üçünü barındıran kişilerdir(53). Kırılganlık için daha geleneksel bir tanımlama ise bireyin sahip olduğu, belli bir işlev dönüm noktasını aşıp sakatlığa neden olabilen alakasız kronik hastalıklar durumudur(57). Hastadan alınacak öyküde cinsiyeti, memleketi, eğitim durumu, medeni hali, eş kaybı, kimlerle ve hangi şartlarda yaşadığı, sosyal güvencesi, adres ve telefon bilgileri gibi demografik bilgiler görüşmeye yön verecek önemli bilgilerdir(53).

2.3.2. Fonksiyonel Değerlendirme

Yaşlı kişilerin bilhassa kronik hastalıkları olanların günlük aktivitelerindeki kapasitelerinin değerlendirilmesi çok önemlidir(56). Beslenme, yıkanma, tuvalet ihtiyacını giderme, mesane ve barsak kontrolü, mobilite ve giyinme gibi özbakımda bağımsız olma temel günlük yaşam aktiviteleri(GYA) testlerinde sorgulanmaktadır. Bunlarda sorun yaşayan yaşlıların hayatını idame ettirebilmek için bakıcı ihtiyacı vardır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan KATZ ve Barthel indeksleri bu amaçla sıklıkla kullanılan testlerdir(55). Daha sonra bir üst basamak olan aletli yaşam aktiviteleri sorgulanabilir. Telefonu kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, evin temizlenmesi, ulaşımın sağlanması, ilaçların alınması gibi aktiviteler aletli günlük yaşam aktivitelerine örnektir. Hastalar öncelikle bana bir gününüzü anlatabilir misiniz şeklinde açık uçlu sorularla değerlendirilebilir, yataktan nasıl kalktınız?, Sonra ne yaptınız ? vb.(56). GYA'lerini yapmakta zorluk yaşayan hastalarda evde sağlık hizmeti sunumu ve sosyal hizmetler sevki düşünülmelidir(20).

2.3.3. Psikolojik Değerlendirme

Hastaları psikolojik açıdan değerlendirirken hasta ve ailesini büyük ölçüde etkileyen bilişsel bozukluk ve depresyon için tarama yapılır(55). Bilişsel fonksiyon için tarama testi olarak “3 kelime ve 5 dakika sonra hatırlama testi” ile “saat çizdirme

testi” de kullanılabilir(53). Depresyonu değerlendirmede “Son 2 hafta boyunca kendini mutsuz, çökkün veya ümitsiz hissettiniz mi?” ve “Son 2 hafta boyunca bir şeyler yaparken ilgi ve keyif alma duygunda çok azalma oldu mu ?” tarzında 2 basit soru, 65 yaştan yaşlı kişilerde majör depresyonun tespit edilmesinde oldukça duyarlıdır. Sorulara onaylayıcı cevap alınması durumunda Geriatrik Depresyon Ölçeği ([http:// www.stanford.edu/yesavage/](http://www.stanford.edu/yesavage/)) veya PHQ-9 (<http://www.depression-primarycare.org>) gibi kapsamlı, yapılandırılmış görüşmeler kullanılabilir(58). Bilişsel fonksiyonların taranmasında üzerinde en çok çalışılmış olan “Mini Mental Durum Değerlendirmesi” orta ve ağır demansı olan hastaların tespit edilmesinde en faydalı yöntemdir. Orjinalinde 30-madde olan Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği’nin (GDÖ) daha kısa versiyonları ile depresyon kolaylıkla taranabilir. GDÖ’nin 5-maddeden oluşan versiyonunda aşağıdaki sorular yer almaktadır:

1. Temel olarak yaşamınızdan memnun musunuz?
 2. Sıklıkla can sıkıntısı hisseder misiniz?
 3. Kendinizi sıklıkla çaresiz hisseder misiniz?
 4. Dışarı çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde kalmayı mı tercih edersiniz?
 5. Şu anki halinizle kendinizi oldukça değersiz hissediyor musunuz?
- İkiden fazla evet cevabı pozitif kabul edilir(20).

2.3.4. Sosyal Değerlendirme

Hasta bireye sosyal, fiziksel ve emosyonel çevresi hakkında sorular sorulmalı ve bu bilgilere önem verilmelidir. Ev ortamı hakkında yeterince bilgi alınmalı, gerekirse eve gidilerek görülmelidir, çünkü daha sonra gelecek olan rehabilitasyon dönemi çok önemli olduğundan bu değerlendirmelere dikkat edilmelidir. Yaşadığı yer değerlendirilirken evinin kaçınca katta olduğu, asansör olup olmadığı, ev içinde merdiven olup olmadığı, oda sayısı, ısınmak için kullanılan yol, aydınlanma ve havalandırma durumu göz önünde bulundurulmalıdır(54). Özellikle düşme riski olan bireylerde bu durumlar daha fazla önem arz eder. Sosyal değerlendirmede bulunurken hastanın finansal stres etmenleri ve bakıcı endişeleri de değerlendirilmeli bunlar ileriye yönelik planlamanın esaslarıdır(20).

2.3.5. Beslenmenin Değerlendirilmesi

Geriatrik değerlendirmenin ayrılmaz bir parçasıdır. Günlük beslenen yiyeceklerin tipi, miktarı ve sıklığı sorulmalıdır, beslenmenin kötü olması iyileşme sürecini uzatabilmektedir. Nutrisyonel durum hakkında önemli bir değerlendirme yapmamızı sağlayacak belirteç son bir ayda istemsiz olarak %5'den fazla veya son altı ayda %10'dan fazla kilo kaybıdır. Hastaların çiğneme ve yutma kabiliyetleri de sorgulanmalıdır yaşlılıkta karşılaşılan ağız kuruluğu bunları bozabilmektedir(20). Yetersiz beslenme yaşla birlikte artan bir durumdur. Klinik randevularında %5-10 oranında, yatan hastalarda ise %30-50 arasında görülmektedir. Kronik rahatsızlıkları olanlarda risk fazladır. Diş kaybı olanlar, ağız hastalıkları ve gastrointestinal problemleri olanlar, depresyon ya da başka psikiyatrik, bilişsel sorunları olanlar ile ilaçlara bağlı iştahı bozulanlarda beslenme problemleri sık gözlenir(56).

Yaşlı bireyin iştah durumu ve kilosu belirlenmeli, son altı ayda kilosunun istemsiz olarak %10'undan fazlasının kaybedilmesi durumunda "Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi" yapılmalıdır. Bu test antropometrik ölçümler, genel değerlendirme, diyet özellikleri ve hastanın beyanlarından yola çıkarak oluşturulmuştur. Hastaların değerleri mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Hastalar özellikle ağız kuruluğu, diş ve diş eti problemleri yeme zorluğu gibi durumlarda diş hekimine yönlendirilmelidir(53).

2.3.6. Uykunun Değerlendirilmesi

Yaşla beraber uykunun kalitesinde ve süresinde fizyolojik değişikliklerin ortaya çıkması muhtemeldir. Yaşlılarda uykuya dalma süresi uzar. Uykunun derin ve dinlendirici fazı (Non-REM 3) kısalmır. Gün içerisinde olan kısa süreli uyuklamalar artar. Bu değişimler haricinde medikal ve psikolojik sebepler de uyku kalitesini bozabilmektedir. Ortopne, obstruktif uyku apnesi, huzursuz bacak sendromu, prostat hastalıklarına bağlı noktüri, depresyon gibi nedenler uyku bozukluğuna yol açmaktadırlar. Kalitesiz ve yetersiz uyku (günde altı saatin altında) uzun vade de demans, kanser, depresyon, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı, gibi sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında etkili olan sebeplerden biri olduğu görülmüştür. Pittsburgh ve Epworth uyku kalitesi ölçekleri tarama amacıyla kullanılabilir(55).

2.3.7. İşitme ve Görmenin Değerlendirilmesi

Yaşa bağlı işitme ve görmedeki bozuklukların taranması optimal fonksiyonun sağlanabilmesi için önemlidir ve 10-dakikalık-Geriatrik Tarayıcıda da mevcuttur. Bir göz kartı kullanımı sayesinde görme fonksiyonu objektif olarak değerlendirilebilir(56). Presbiyopi, katarakt, glokom, diyabete ve hipertansiyona bağlı retinopati ile maküler dejenerasyonlar sık rastlanılan problemler olduğundan senede en az bir defa olmak üzere kontrolü önerilir(53). Snellen eşeli de görme keskinliğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılabilir. Beş yıl ve üzeri diyabetes mellitus tanısı olan hastalara göz hastalıkları uzmanı muayenesi önerilmektedir. İşitme için fısıltı testi tarama amacıyla kullanılan pratik bir testtir. Hastanın yaklaşık bir metre gerisinde durarak hastadan fısıldanan harf ve rakamları tekrarlaması söylenir. Bundan başka HHIE (Hearing Handicap Inventory for the Elderly) ölçeği de işitme kaybı taraması amacıyla beş dakikada uygulanabilir(55).

2.3.8. İnkontinansın Değerlendirilmesi

İnkontinans yaşlı nüfusta kadınların %30 ve erkeklerin %15'ini etkileyen yaygın bir tıbbi sorundur. Yaşlı hastaların birçoğu, utandıkları için ya da bu durumun yaşlılığın normal bir parçası olduğunu düşündüklerinden sağlık çalışanlarına bu durumdan bahsetmezler. Sistemlerin genel sorgulanması sırasında üriner inkontinans doğrudan sorgulanabilir. “Mesanenizle ilgili sıkıntınız var mı? İdrar kaçırdığınız zamanlar oluyor mu? Bu durumdan korunmak için erişkin bezi veya pet kullandığınız veya kullanmayı düşündüğünüz oluyor mu?” gibi sorular sorulabilir(20).

Erkeklerde 80 yaşına kadar prevalans düşüktür, benign prostat hipertrofinin sıklığının yaşlanmayla artmasıyla birlikte erkeklerde aynı seviyede etkilenmeye başlar. Üriner inkontinans, üriner sistem enfeksiyonları, düşmeler, uyku bozuklukları, sosyal çekingenlik ve depresyon ile ilişkilidir ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler hatta bakım evlerine yerleşmenin önemli sebeplerindendir(54). Yapılan tetkiklerin asıl hedefi tedavi edilebilir nedenlere tanı koymak ve tedavi etmek, tedaviye yön verebilmek için üriner inkontinansın tipini belirlemek ve hastanın genel yaşam kalitesini arttırmaktır(20).

2.3.9. Düşmenin Değerlendirilmesi

Düşmeler yaşlılarda farklı nedenlerin etkilerinin biraraya gelmesiyle ortaya çıkabilmektedir(55). Değerlendirmeyi yapan doktor çevresel etmenleri iyi sorgulamalıdır, aydınlanma, halı, kilim, merdiven gibi engelleri, aşınmış ayakkabıları sorgulamalıdır. Kullandığı ilaçları, bilinç kaybını, aritmileri, prodromal semptomları (sersemlik hissi, baş dönmesi vb.) araştırmalıdır(20). Düşmeler yaşlı mortalite ve morbiditesinin en sık sebeplerindendir. Düşmelerin tekrar etmesi, yaşlıda özgüven kaybına neden olur bu da yaşlının günlük aktivitelerini yapmamasına, sosyal izolasyona ve hastanede kalış süresinin uzamasına neden olur. Bilişsel bozukluklar, görme problemleri, denge-yürüme bozuklukları, ayak problemleri diğer düşme nedenleridir(53).

Düşmelere engel olmak amacıyla riskli ilaçların kesilmesi, denge ve direnç egzersizleri, çevresel koşulların düzenlenmesi, yardımcı araç kullanımı, vitamin D desteği, görme sorununun tedavisi gibi girişimler yapılabilir. Düşme riski açısından yaşlıların taranmasında Tinetti ve Berg denge testleri, kalk ve yürü (Up and Go) testi, zamanlamalı kalk ve yürü testi (Timed Up and Go) kullanımları yaygındır(55).

2.3.10. Çoklu İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi

Reçete edilmiş ilaç istatistiklerine bakıldığında 65 yaş üstü hastalara reçete edilen ilaçların oranı toplam reçete edilen ilaçların %30'una denk gelmektedir. Yaşlı hastaların %80'inin en az bir kronik hastalığı vardır ve her gün en az bir tane reçete edilmiş ilaç almaktadır. Ayrıca kaba bir hesaplama 65 yaşından büyük bireylerin %30'u her gün sekizden fazla reçete edilmiş ilaç kullanmaktadır(56). Yaşlı hastalar genel olarak birden fazla hastalıkları olduğundan eş zamanlı olarak farklı doktorlarca takip edilebilmekte, bu nedenle reçete edilen ilaç sayısı artabilmektedir. Uygunsuz ilaç kullanımının yanı sıra endike olduğu halde ilaç kullanmama durumu da sık görülmektedir.

Yaşlı hastanın her başvurusunda ilaçlarının (bitkisel ve alternatif ürünler dahil) endikasyon, doz, uygulama yolu ve yan etkiler açısından değerlendirilmesi önemlidir. Nitekim sadece ilaç yan etkisine bağlı acil servis başvuruları oldukça siktir. Beers kriterleri, STOPP-START (Screening Tool of Older People's

Prescriptions ve Screening Tool to Alert to Right Treatment) kriterleri, FORTA (Fit For The Aged) kriterleri ilaçların uygunluk açısından taranmasına yönelik listelerden bazılarıdır(55). İlaçların istenmeyen etkileri önemli morbidite ve yüksek oranda hastaneye yatış sebebidir. Yaşlı hastaların ilaçları düzenli aralıklarla endikasyon ve yan etkileri ön planda tutarak gözden geçirilmelidir. Hiçbir ilaç, başka bir ilacın yan etkilerini ortadan kaldırmak amacıyla kullanılmamalıdır. İlaç hatalarının azaltılmasında, hekimin sürekliliği kadar eczacının sürekliliği de önem arz eder. Hastalar devamlı olarak aynı eczaneyi kullanmaları konusunda teşvik edilmelidir(20).

2.3.11. Ağrının Değerlendirilmesi

Klinik başvuruların %80'ini ağrı nedeniyledir. Ağrı genellikle sırt ve eklem ağrısı olarak kas iskelet sistemi nedenli şikayetlerden ortaya çıkmaktadır. Baş ağrısı, diyabet ve herpes zoster kaynaklı nevraljiler, gece ortaya çıkan bacak ağrıları ve kanser kaynaklı ağrılarda sıklıkla karşılaşılan durumlardır(56). 65 yaşından büyüklerin %80-85'inde ağrıya yatkınlık yapan en az bir tane sağlık problemi olduğu iddia edilmektedir. Tedavi edilmeyen kronik ağrı, fonksiyonel yeteneklerde azalma, bağımsızlık kaybı, yaşam kalitesinde düşme ve depresyon ile neticelenebilmektedir(59).

Tam olarak özenle yapılmış bir değerlendirme etkili tedavinin temelidir. Hasta her geldiğinde ağrısı sorgulanmalıdır. Geriatrik popülasyonda ağrının değerlendirilmesi güçtür. Hastalar ek testlerin yapılması, maliyetler ve hastalığın ilerlemiş olması endişeleri nedeniyle ağrılarını gizlemeye çalışırlar. Şöyle bir durumda vardır ki hafiften orta şiddete kadar bilişsel bozukluğu olan hastaların verdikleri ağrı semptomlarının güvenilir olduğu kanıtlanmıştır. Ağrının bireyin hayat kalitesini ne kadar etkilediği de değerlendirilmelidir. Çok fazla ağrı kesici kullanılmaması için diğer rahatlatıcı yöntemlerde("thai-chi", akupunktur, masaj ve biofeedback) kullanılabilir(56).

2.4. YAŞLILARIN SORUNLARI

Çağımız toplumlarında yaşam süresinin uzaması çocukluk ve yaşlılık dönemlerinin uzamasına, yaş grupları arasındaki farklılaşmanın artmasına, her yaş

grubunun kendine has toplumsal sorunlarının ortaya çıkmasında sebep olmaktadır. Yaşlıların sorunları dünyanın her yerinde önemi iyi anlaşılmamış ve tanımlanmamış bir husustur. Yaşlılık sorunları daha çok gelişmiş ülkelerde ortaya çıkmaktadır ve gelişmekte olan ülkelerde de ortaya çıkacağı görülmektedir(44).

2.4.1. Sağlık Sorunları

Yaşlanmakla birlikte gözüken fizyolojik değişiklikler; kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, kas-iskelet sistemi, cinsellik, kognitif fonksiyon, işitme, koku tat, ve görme ile alakalıdır. Yaşlanma sürecinin getirdiği bu fizyolojik değişiklikler yaşlı bireyin bir yandan uyumunu bozarken, öte taraftan yaşlıyı endişeye sevk eder(60). Çoğunlukla yaşlanmakla yağ oranı artar ve yağsız kütle ve kemik mineral yoğunluğu azalır. Ayrıca, yağ kütleindeki artış, özellikle kardiyovasküler hastalık ve diyabet ile ilişkili bir alan olan karın bölgesinde dağılır(61).

En önemli fizyolojik değişikliklerden biri görme duyusunda olup, yaşlılar yakın nesneleri görmede sıkıntı yaşamaya başlayabilirler(62). Gözlerde lensin esnekliği ve saydamlığı değişir(63). Bundan başka yaşla birlikte işitme duyusunda da olumsuzluklar gözlenir, konuşulanları anlamakta yaşanan zorlanmalar ve cevap vermede güçlük çekme gibi sıkıntılar da yaşlının yüzleşmek zorunda kaldığı sorunlardandır.

Yaşlanma en açık şekilde kendini ciltteki farklılaşmalar ile gösterir. Ciltte kolaylıkla fark edilen değişimler ise sarkma, incelme, kırışıklık, kuruluk, vb. durumlarıdır(62). Cilt altı dokusunun incelendiği yerlerde kırışıklıklar artar, soğuğa olan tolerans düşer. Yaşlılarda görülen elastik lif kaybı vücudun tüm bağ dokusu içeren bölümlerinde görülür buna bağlı olarak ciltte çürüklerin oluşması kolay hale gelir. Dokunma reseptörlerinde duyarlılık azalmıştır, el ve ayaklarda sıcak, soğuk ve basınç duyularında hafiflemeler olur(64).

Yaşlıların yaşam kalitesini ve yemekten haz alma durumlarını etkileyen diğer fizyolojik değişiklikler ise tat alma, dokunma ve koklama duyularında da ortaya çıkan azalmadır(62). Çiğneme fonksiyonu ve tat duyusu yaşlılarda bozulmuştur.

Tükrük salgısı yaşlılarda azalır(65). Her iki kan basınç türü de yaşla beraber yükselmektedir(66).

Midenin boşalması uzar ve asit salgısı yaşla birlikte azalır, mide kan akımının yaşlanma ile azalması ve mukozanın onarım mekanizmalarında yetersizlik peptik ülserin görülme olasılığını artırmaktadır. Kolonda mukozal değişiklikler, motilite azalması, kas yapısının zayıflaması sebebiyle gaita depolama kapasitesi ve geçiş zamanı uzamaktadır(67).

Kan basıncını sabit tutmaya yardımcı olan baroreseptörler yaşlanma ile daha az hassas hale gelir ki bu da birçok yaşlı insanda ortostatik hipotansiyona neden olur(68). Termoregülasyon mekanizması yaşla birlikte daha az duyarlı hale gelir ve yaşlıları soğuk ortamlarda hipotermiye yatkın hale getirir. Ayrıca ağrı eşiğinde artma da görülür(69). Bu dönemde kas-iskelet sisteminin zayıflaması ve deformasyonlar (romatizmal hastalıklar, kazalar, yaralanmalar vb.) nedeniyle hareket kabiliyetinde azalma da yaşlılık için söz konusu olan en önemli değişim sorunlarından(6).

Mesane kapasitesi ve idrar tutma yeteneği de yaşla azalır(70). İmmün fonksiyonda da yaşa bağlı bir düşüş vardır(71).

2.4.2. Psiko-Sosyal Sorunlar

Yaşlı bireyler, birbirlerini etkileyen biyoloji, psikolojik ve sosyal sorunlarla yüzleşmektedirler. Yaşlanırken yaşadığı kayıplar (statü, iş, eş kaybı, vb.), yaşlıyı kaygı, karamsarlık, umutsuzluk, yalnızlık, vb. duygulara iter(62). Bahsi geçen değişikliklerle uygun şekilde baş edilemediğinde ise yaşlı bireylerde bazı ruhsal problemler görünür. Sıklıkla yaşanan ruhsal problemler; demans, major depresyon ve deliryumdur(72).

Yaşlı bireyin kendine güveni, otoritesinde ve sosyal rolünde kayıplar olabilir ve söz konusu kayıplar işe yaramama, çaresizlik ve yetersizlik duygularının ortaya çıkmasına neden olur. Bu duyguların ilerisinde ise, ölüm korkusu, başkalarına muhtaç olma ve yalnız kalma korkuları da ortaya çıkmaktadır(60). Yaşlılık dönemine gelinmesiyle beraber birey, yeni bir rol ve kimlik sürecine girmektedir. Bu dönemde yaşlanan bireyler sorumluluklarını genç bireylere bırakmaktadırlar. Yaşlı birey

iktidar güçlerini kaybederken genç bireylere de verilen değer artmaktadır. Yaşlılıkta fiziksel güç ve maddi gelir kaybı, sağlık giderlerinin gelire oranla artması, rol ve statü kaybı yaşlı bireyin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir(62).

Yaşlının emekli olması ile birlikte sosyal yaşamını devam ettirecek, gereksinimlerini karşılayacak yeterli kazançlarının olmaması önemli bir sorundur. Gelir düşüklüğü, tüketici konumunda olma sosyal ve psikolojik açıdan verimin düşmesi de yaşlıyı bağımlı ve zayıf yapar. Nihayetinde, uzun süren çalışma hayatından sonra emekliliğe ayrılma ile yaşlılar hem sosyal çevrelerinden hem de meslek yaşamlarından uzaklaşma süreçlerine girerek yalnızlığa itilmektedir(6). Emekliliğe kendini hazırlamayan bireyler kendini boşlukta hissedebilir, bireysel üretkenliğin kaybı, sosyal ilişkilerde sınırlanmalara sebebiyet verir. Bağımlı olma durumu ise yaşlı bireyin özgüveninin sarsılmasına neden olur. Oysaki hayatın hiçbir evresinde insanın büyük sosyal gruplara dâhil olma ihtiyacında bir azalma olmaz. Fakat yaşı ilerlemesiyle birlikte sosyal ve duygusal hayatta değişir. Sosyal çevre daralır, toplum içerisindeki rol değişikliği hem niceliksel hem de niteliksel anlamda bir geriye gidiş halindedir(29).

2.4.3. Barınma Sorunu

Yaşlanma ile ortaya çıkan sorunlar içinde, önemli sorunlardan biri de şüphesiz yaşlının bakım sorunudur(73). Son iki yüzyıldır olan gelişmeler neticesinde ortalama ömrün uzaması, boşanmaların artması ve kadının kamu yaşamına daha sık girmesi sebebiyle aile yapısı etkilenmekte ve ailenin uygun bir şekilde duruma cevap verememesi sonucunda aile üyeleri birbirinden uzaklaşmaktadır(6). Günümüzde yaşlıların bakımından çoğunlukla sorumlu olan kişiler kadınlar veya kız çocuklarıdır. Ancak aile yapısındaki değişimler, geniş aile yapısının terkedilmesi, kadınların eğitim kurumlarında daha uzun süre bulunmaları, çalışma hayatına daha fazla dahil olmalarıyla bakım sorunu için kurumsallığa gereksinim giderek artacaktır. Ekonomik açıdan üretken olan toplumun bakmakla yükümlü olduğu yaşlı nüfus yıllar içinde artacağı için maddi sorunlar da ortaya çıkacaktır. Ekonomik olarak bağımlı olan yaşlıların daha bağımsız hale gelebilmesi için devletin nüfus ve kalkınma politikalarında düzenlemeler yapma zorunluluğu doğacaktır. Dahası, artan yaşlı nüfus sağlık harcamalarının da artmasına neden olacaktır. Dolayısıyla sağlık

güvencesi ve sosyal güvenlik konularında yasal düzenlemeler gerekecektir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlılık şimdilik sıklıkla gündeme alınan bir konu haline gelmemiştir. Fakat, doğum hızının azalmasıyla Türkiye de dahil olmak üzere bu ülkeler uzak olmayan bir gelecekte yaşlılık problemiyle yüzleşmek zorunda kalacaklardır(33).

2.4.4. Ekonomik Sorunlar

Yaşlı bireylerin yüzleşmek zorunda oldukları en önemli sorunlardan biri gelirden meydana gelen azalmadır. Hemen hemen her toplumda işsizlik oranının artması, yaşlı bireyin yeniden işe girebilme ihtimalini düşürmektedir. Dahası sağlık problemleri, özel bakım, vb. sebeplerle ilişkili olarak artan giderler birçok yaşlı bireyin zihin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kişilerin yaşlanmasıyla üretim kapasitelerinin azalması, sanayileşmenin çok olduğu toplumlarda yaş kavramının ayırt edici bir etmen olarak benimsenmesine neden olmaktadır. Emekli olunca gelirin azalması, nüfusta hızlı artış olması ve makineleşmenin kaynaklı işsizlik sorunu, yaşlılıkta ki sağlık sorunları nedeniyle çalışamama paranın alım gücündeki azalma, hayat pahalılığı, vb. sebeplerle yoksulluk ve ekonomik problemler ortaya çıkmaktadır. İş gücü piyasasında mevcut olan eşitsizlikler, yaşlı yoksulluğuna etki eden en önemli faktörlerden birisidir(62). Gelir yetersizliği sebebiyle birçok yaşlının şehirlerde yoksulluk sınırının altında yaşadığı bilinmektedir. Bu nedenle bilhassa kentlerde, yaşlılara yönelik sosyal ve ekonomik politikaların hazırlanması ve uygulanmasına ihtiyaç vardır. Yaşlılara yönelik sosyal hizmet politika ve uygulamaları, yaşlıların fiziksel ve ruhsal açıdan daha sağlıklı kalmalarına yardımcı olacak koruyucu ve önleyici hizmetleri de kapsamı açısından çok önemlidir(50).

2.4.5. Yaşlılıkta Kötü Beslenme

Toplumda en sağlıksız beslenen kesim yaşlılardır. Yaşlı insanların kötü beslenmesine neden olan gerekçeler; alış veriş merkezlerine ulaşım sorunları, dengeli beslenme konusunda yetersiz bilgi, gıda ürünlerini çeşitlendirme için yeterince satın alma gücüne sahip olamama, beslenmenin daha sağlıklı olmasını sağlayan dışların olmaması ya da takma dişlerde kalite ve uygunluk sorunu, yalnız yaşayan yaşlıların yemek yapma isteği olmaması kaynaklı lezzetli bir yemekten mahrum kalma ve

gereksinimi karşılayacak kadar yemek yapamama gibi sebepler sayılabilir. Bu durum yaşlılar açısından önemli bir sorun alanına işaret etmektedir(50).

2.5. YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMETLER

Yaşlı kişiler için güvende olmak, hissetmek evrensel düzeyde yaygın bir istektir. Güvende olmanın unsurları her toplulukta aynı olmayabilir. Mal, para, toprak bazı toplumlarda güvenlik unsuru olabilirken bazı toplumlarda ise karşılıklı yardımlaşma şeklinde olabilir(44). Dünya nüfusunun demografik yapısının değişmesi sağlık hizmetlerinde zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır, emeklilik döneminde sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlar artmakta ve bu artış 75 yaş üzerinde hızını arttırmaktadır. Bu sebeplerden dolayı yaşlılara sunulacak sağlık ve bakım hizmetleri üstüne düşülmesi gereken bir durum halini almaktadır.

Yaşlılıkta sağlık hizmeti sunumu toplumun tümünün dahil olması ile sağlanmalı, hem yaşlı birey hem de yakınları için ulaşılır, uygulanabilir, karşılanabilir bir maliyete sahip hizmetlerden oluşmalıdır(74). Sosyal devletlerin yaşadığı finansal kriz, sosyal hizmetlere olan talebin artması ve mevcut kaynaklarla talebin karşılanmasında güçlükler yaşanması, devletleri finansal anlamda yeni çözüm arayışlarına itmiştir. Bu durum devleti halk karşısında daha etkisiz ve güvenilmez bir duruma düşürmüş, bu krizin aşılması amacıyla hizmetlerin özelleştirilmesine yönelik adımlar da atılmaya başlanmıştır.

1980'lerden itibaren yerinden yönetim anlayışı bütün dünyada etkin olmaya başlamıştır. Bu yönetim anlayışı merkezi yönetime ait görev ve sorumlulukların yerel yönetimlere devredilmesini içeren bir kavramdır. Dünya Bankası tarafından özellikle gelişmekte olan ülkelerde 1980'lerde yaşanan finansal sorunun çözülebilmesi için önerilen bir yönetim yaklaşımıdır. Yerinden yönetim uygulamaları 1990'larda etkinliği artmıştır. Bu uygulama Yeni Kamu Yönetimi kapsamında hizmetlerde etkinlik ve verimliliğin artırılmasını hedeflemektedir. 1980'lerde sosyal hizmetlerin sunumunda özelleştirme ve yerelleşme dışında "refah çoğulculuğu" ya da "refah karması" anlayışı gelişmiştir. Refah çoğulculuğu yaklaşımı, pek de yeni bir kavram sayılmaz, devletler tarihinden bile eskiye kadar giden bir geçmişi vardır. Bu yaklaşım aile, akrabalık, komşuluk ve gönüllülüğe dayalı olarak ortaya çıkmış bir yardımlaşma modelidir(50).

2.6. TÜRKİYE’DE YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMETLER

Ülkemizde yaşlı nüfus, 1935 yılında 628 041 bin iken 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 1935 yılına göre 2,3 kat artarak 2019 yılında %9,1’e yükselmiştir. Yapılan tahminlere göre yaşlı nüfusun artış eğiliminin devam edeceği düşünülmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü(75).

Yaşlı nüfusunun artmasıyla beraber her ülke kendi politikaları gereği yaşlılara yönelik hizmetler üretmekte ve sunmaktadırlar. Yaşlı bireylere sunulan hizmetlerdeki amaç, yaşlıların başkalarına bağımlı olmalarının önlenerek kendilerine yetmeleri ve yaşam kalitelerinin korunması ve devamlılığının sağlanmasıdır. Bu bağlamda yaşlıların bağımsız ve huzurlu bir şekilde evlerinde yaşamaları; evleri olmayanlara uygun barınak ve yerleşim imkanlarının sağlanması; fiziksel ya da mental hastalıklar için ihtiyaç duyulan tedavi ve bakımlarının sağlanması hasıl olmaktadır. Türkiye’de yaşlı popülasyonun artmasına bağlı olarak yaşlılara sunulan hizmetler artmış ve sunulan hizmetler çeşitlenmiştir. Yaşlılara geçmişten günümüze; resmi kuruluşlar, özel kuruluşlar ve belediyeler vasıtasıyla farklı niteliklerde bakım hizmetleri sağlanmaktadır(59).

1983 tarihinde yürürlüğe giren, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile Türkiye’de sosyal hizmetlerin hukuken tanımı yapılmıştır. Bu kanunun 3. maddesinin a bendine göre “sosyal hizmetler, kişi ve ailelerin kendi bünye ve şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünüdür”(76).

Yaşlıya yönelik hizmetlerin çoğunun devlet tarafından karşılanması gerektiği Birleşmiş Milletlerce ifade edilmektedir(29). Yaşlılara bakım ve yardım etme görevi 1930 yılında çıkarılan 1580’nolu Belediye Kanunu ile tanımlanmıştır. 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nün kurulmasıyla yaşlılara bakım ilk kez kamu hizmetleri arasına katılmıştır(59). Ayrıca

1982 Anayasası'nın 61. Maddesinde “Yaşlılar, Devletçe korunur. Yaşlılara Devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir.” hükmü bulunmaktadır(77). Sosyal Hizmetler Kanunu ile 1983'ten itibaren yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla huzurevleri kurulmaya başlanmış ayrıca yaşlı kulüpleri, yaşlı dayanışma merkezi, evde yaşlıya yardım, yaşlı bakım ve rehabilitasyon projeleri başlatılmıştır(59). Bunlardan başka kurumsal hizmetler kapsamında yaşlı yaşam evleri ve yaşlı hizmet merkezleri; Engelli yaşlılar da dâhil engelli bireyler için de resmî veya özel bakım merkezlerinde bakım hizmetleri verilmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri ve yerel yönetimler ile kısmen özel sektör ve diğer dernek/vakıf yapılanmalarıyla sunulan evde bakım ve gündüzlü bakım hizmetleri de yaşlıların aile ortamında bakımını desteklemektedir.

Nakit yardımlara bakacak olursak 2022 sayılı kanun çerçevesinde verilen engelli ve yaşlı aylığı ile engelli evde bakım ücreti desteği öne çıkmaktadır. Bu yardımlar genel olarak yaşlıların kendi ev aile ortamında yaşamını sürdürebilmesi için yaşlıların kendileri veya aile ve yakın çevresi tarafından sağlanan aile içi bakımı desteklemektedir. Doğrudan yaşlılara sunulan veya çoğunlukla yaşlıların yararlandığı diğer yardım ve hizmetler arasında da SGK sigorta hizmetleri/genel sağlık sigortası, emekli aylıkları, emekli dul yetim maaşı, eşi vefat eden yaşlı kadınlara yapılan yardımlar, yaşlılara yönelik ücretsiz veya indirimli seyahat desteği, çeşitli vergi/indirim avantajları, sivil toplum kuruluşları ve vakıf yardımları vb. sayılabilir(51).

2.7. YAŞLI İSTİSMARI

Yaşlı istismarı geniş anlamda belirli bir zaman aralığında bir yetişkin tarafından bulunduğu kültürdeki kişilerce onaylanmayan eylemlere maruz kalmasıdır(44). Yaşlı istismarı, Dünya Sağlık Örgütü'nce; “Güven duygusunun beklendiği ve yaşlı bir kişiye zararı olan veya sıkıntıya sokan herhangi bir ilişkide meydana gelen, tek sefer veya tekrarları olan eylemlerdir veya uygun eylemin eksik olmasıdır.” şeklinde tanımlar. Bu eylemler insan hakları ihlalidir ve fiziksel, cinsel, psikolojik, duygusal, terk etme, ihmal ve saygısızlık etme gibi tipleri olabilir. Yaşlı istismarı önemli bir halk sağlığı sorunudur. On iki'si dar ve orta gelirli ülke olmak

üzere farklı bölgelerden 28 ülkede yapılan 52 çalışmadan elde edilen en iyi kanıtlara dayanan bir 2017 çalışması, 60 yaş ve üstü insanların % 15,7'sinin bazı istismar türlerine maruz kaldığını tahmin ediyor. Yaşlı istismarının 24 vakasından sadece 1'i rapor edildiğinden, kısmen yaşlı insanların istismar vakalarını ailelerine, arkadaşlarına veya yetkililere bildirmekten korkmaları nedeniyle, bu muhtemelen eksik bir tahmin olacaktır. Sonuç olarak, herhangi bir yaygınlık oranı muhtemelen daha gerçekte olandan düşük olacaktır. Kesin veriler sınırlı olmasına rağmen, çalışma, farklı türden istismarlardan etkilenen yaşlıların sayısı hakkında mevcut tüm çalışmalardan yararlanarak yaygınlık tahminleri sunulmaktadır(11).

Yaşlı istismarı kavramı, bilimsel literatürde ilk olarak 1975 yılında İngiltere'de, bakıma muhtaç bir yaşlının kendisine bakan bir aile üyesi tarafından fiziksel istismara uğramasıyla ortaya çıkmıştır(12). Devlet yöneticilerinin bu konu ile ilgilenmesinin ilk örneği ise ABD'de görülmüştür. ABD'de yaşlı istismarı, 1978 yılında aile içi şiddet konusu kapsamında ulusal düzeyde tartışılmaya başlanmış ve 1979 yılında özel yaşlı istismarı yasası çıkarılmıştır(78).

Yaşlı istismarı yapılan araştırmalarda kendi evinde olan, suçun çoğunlukla yetişkin çocukları ve eşleri tarafından işlendiği ev içi veya kişilerarası şiddet olarak tanımlanmaktadır(79). Yaşlı nüfusunun artması, sosyal destek ve güvenlik sistemlerindeki yetersizlik, ekonomik koşulların kötüleşmesi, vb. nedenlerden dolayı yaşlı ihmal ve istismarı da artmaktadır(62). Yaşlı istismarı, ekonomik düzeyden ve kültürden bağımsız olarak bütün toplumlarda görülebilir. Sadece aile içerisinde veya toplumda değil, sağlık ve sosyal hizmet kurumlarında da var olan ruhsal ve fiziksel olarak yaşlıdan fayda sağlama ve yaşlıya zarar verme şeklinde ortaya çıkan büyük bir toplumsal problemdir(80). Birbirinden farklı bölgelerde bulunan 28 ülkedeki 52 çalışmanın en iyi kanıtlarından yararlanılan, WHO'nun desteklediği ve Lancet Global Health'de yayınlanan yeni bir çalışmada; yaşlıların istismarın herhangi bir türüne maruz kalma (%16) veya ihmal edilme (%4,2) oranlarının azımsanamayacak boyutlarda olduğu ve istismar edilen yaşlıların %6,8'inin ekonomik istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir(81). Sağlık bakım elemanlarından alınan görüşe göre yapılan sistematik bir çalışmada her üç çalışandan birisi istismar vakası tanılamıştır, ama sadece %50'si bu vakaları kayıt altına almışlardır(7). Acil servislerde çalışanlar

üzerinde yapılan benzer bir çalışmada ise tespit edilen istismar vaka oranı %68 iken sadece %27'si rapor edilmiştir (8).

Raporlamanın zorunlu kurallarına rağmen bulunan bütün istismar vakalarının rapor edilmediği düşünülmektedir(82). Büyük Britanya'da geçici bakım çalışanlarıyla yapılan bir araştırma, %45'inin yaşlılarla çalışmaya başladıklarından beri sözlü (%41) veya fiziksel (%14) tacizde bulunduğunu kabul ettiğini ortaya koymuştur. İlginç bir şekilde, hastaların istismar bildirimlerinin sıklığı bakıcılarınkinden daha azdı(83). Oh ve arkadaşlarının Kore'de yaşlı istismarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmalarında, 15.230 katılımcıdan 1319'unun fiziksel istismara, 2550'sinin duygusal istismara, 1814'ünün ekonomik istismara, 2292'sinin sözel saldırıya ve 1625'inin ise ihmale maruz kaldığı belirlenmiştir. Sauza ve arkadaşlarının Brezilya'nın Fortaleza şehrindeki yaşlılara karşı uygulanan şiddete ilişkin kayıtları analiz ettikleri çalışmalarında, 424 kayıttan, 284'ünde (%67) yaşlıların terk edildiği, %38'inin ihmal, %19'unun sözlü saldırı, %1'inin ise fiziksel saldırıya maruz kaldıkları belirlenmiştir(12). Avrupa'nın yedi ülkesini içeren yaşlı istismarı araştırmasında 4467 yaşlı ile yapılan çalışmada; Sırasıyla istismar oranları Almanya'da %30,4, Yunanistan'da %15,6, İtalya'da %12,7, Litvanya'da %26,2, Portekiz'de %27,6, İsveç'te %30,8, şeklindeydi(84). Avustralya'da yapılan bir çalışmada; fiziksel istismarın %30, psikolojik istismarın %55, ekonomik istismarın %81, cinsel istismarın %4 ve ihmalin ise %25 oranında görüldüğü ortaya konmuştur. Comijs ve arkadaşlarının 1998 yılındaki Hollanda'da yaptıkları çalışmada istismar prevalansının %5,6, fiziksel istismarın %1,2, ekonomik istismarın %1,4 ve ihmalin %0,2 olarak görüldüğü bildirilmiştir. Diğer bir araştırma olan Japonya'da ki çalışmada ise; istismar prevalansı %17,9'dur. İhmal olayı %7,7 oranı ile birinci sıradaydı, ikinci sırada; %6,4 oranı ile ekonomik istismar, en düşük olarak %1,3 oranı ile cinsel istismar vakaları bulunmuştur(82). New York Eyaletinde 4000'den fazla yaşlıyla yapılan bir ankette yaşlı istismarı oranı %7,6 olarak bulundu; Laumann ve diğerleri tarafından yapılan ulusal bir ankette, oran %9, ve Acierno ve diğerleri tarafından yapılan ulusal bir telefon anketinde, oran %10'du. Bu rakamların olduğundan düşük olması muhtemeldir.

Bir ankete katılabilen kişilerin kendi bildirdikleri bilgilere güvenmek, demans hastalarını dışarda bırakmak demektir. Araştırmalar, demansın yaşlı kişileri kötü

muamele açısından daha büyük riske attığını göstermiştir. Mevcut kanıtlar dikkate alındığında, yaşlılara yönelik istismarın tahmini genel yaygınlığının yaklaşık %10 olması makul görünmektedir. Bu nedenle, yaşlı yetişkinlere bakan meşgul bir hekim, istismarı fark edip etmemesine bakılmaksızın, sık sık bu tür bir istismarın mağduruyla karşılaşacaktır(85).

2.7.1. İstismar Türleri

Tüm dünyada artan bir sorun olan istismar ve ihmal türlerinin neler olduğunu bilmek herhangi bir şikayetle acil servise veya polikliniklere başvuran hastaların hikayeleri alınırken ve fizik muayene ile tanınmasını ve tedbirlerin alınabilmesini kolaylaştıracaktır(80).

2.7.1.1. Fiziksel İstismar

Yaşlı bireye bakım veren veya yaşlının güvendiği bir konumda olan birisi tarafından yaşlıya bilinçli bir şekilde ağrı, acı verici her tür bedensel uygulamadır fiziksel istismar olarak kabul edilir(86). Toplumda üzerinde en fazla durulan istismar çeşididir. Çoğunlukla istismara uğrayanın ya da istismarı yapanın alkol bağımlısı olduğu görülmektedir. Alkol bağımlısı birinin evde bulunması istismarı arttıran bir faktör olarak karşılaşılmaktadır. Çocuk ve eş istismarında olduğu gibi, yaşlı kişinin fiziksel istismarı da nadiren mahkemelere taşınmaktadır(87). İstismarı yapan kişiler genellikle şiddetin yaşandığı aile ortamında yetişmektedirler. İstismar eylemi, kişilik bozuklukları tanısı bulunan, madde ya da alkol bağımlısı olan veya psikiyatrik hastalığı mevcut olan bireylerde daha çok rastlanmaktadır.

Fiziksel istismar mağduru kişiler genellikle toplumdan izole olurlar. Bunun önde gelen nedeni ise kişilerin tehditle karşılaşması ve fiziksel istismarın oluşturduğu izlerden utanmalarıdır. Ebeveynlerine ya da diğer akrabalarına bağımlı olarak yaşayan yetişkin erkek çocukları işsiz olmaları veya uğraşlarının olmaması, alkol, vb. sebeplere bağlı olarak bilinen en çok fiziksel istismarı uygulayanlardır. Ayrıca fiziksel istismara psikolojik istismar ve ihmal de paralel olarak eşlik eder(62). Sebebi açıklanamayan morlukların varlığı, boğazın sıkılmasını düşündüren ile boyun bölgesindeki parmak izleri; gövdede, kalçada ve genital bölgelerde tekme ya da yumrukla uyumlu izler; kol ve bacaklarda sıkı bir şekilde tutulma sonucu oluşmuş

parmak izleri; ısırık ya da tırnak ile uyumlu izlerin olması, zorla beslenmeyi veya ağız tıkanmasını düşündüren ağız içi ve dudaklarda morluk ya da sıyrıkların olması istismarda sık karşılaşılan belirtilerdendir. Yanıklar kötü muamelenin tipik şeklidir ve kaza ile olandan ayrımının iyi yapılması gerekmektedir. Izgara, radyatör ve ütü gibi sıcak metallerle temas, sıcak sıvıların vücut üstüne dökülmesi sonucu haşlanma, sigara ve kibrit yanıkları, kimyasal madde veya elektrik yanıkları yanığa bağlı en sık görülen istismar şekilleridir. Baş bölgesinde olan yaralanmalar ölüm ya da sakatlık riskini arttırabilir. Kafatası kırıkları, saçlı deride morluk ve hematoma, subaraknoidal kanama, göz çevresinde morluklar, retina kanamaları sıklıkla gözlenen lezyonlardır. Burunda olan kırıklar ve kanamalar, diş kırıkları, kulak yaralanmaları da görülebilen diğer lezyonlardır. Göğüs, karın ve ürogenital bölgelerde oluşan künt ya da kesici delici alet yaraları sonucu oluşan iç organ ve damar yaralanmaları hayatı tehdit edebilir(88).

2.7.1.2. Psikolojik (Duygusal) İstismar

Yaşlıya güvendiği bir kişi tarafından bilerek ve isteyerek ruhsal açıdan acı verilmesi psikolojik istismar olarak kabul edilmektedir. Yaşlı bireyin sevgi, şefkat, ilgi, destek gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması, küçümsemesi, yaşlıya sözlü saldırı yapılması psikolojik istismar kapsamındadır(89). Sık görülen psikolojik istismar örneklerinden biri de, kişiyi fiziksel ya da mental bir durumu gerektirmemesine rağmen huzurevine göndermek ile tehdit etmektir. Yaşlılarda çekingen davranma, sorulara cevap vermeme, diğer kişilerle iletişim kurmak istememe ve depresyon duygusal istismara bağlı gözlenebilen durumlardır.

Başlıca psikolojik istismar belirtileri arasında; bireyin sorulan sorulara cevap vermemesi, iletişim kurmaması, şüpheli ve mantıksız korku yaşamaması, sosyal ilişkilerde ilgi eksikliği olması, kronik fiziksel ve psikolojik sağlık problemlerinin olması sayılabilir(80).

2.7.1.3. Cinsel İstismar

Yaşlının rızası olmaksızın herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanmasıdır. Rıza verme ehliyeti bulunmayan bir kişi ile cinsel ilişki de cinsel istismar olarak değerlendirilir(1). Utandıkları için ve kendilerine bakan kişilerin zarar vermelerinden

korktukları için en çok gizlenen istismar türüdür. Kadınlar cinsel istismara daha çok maruz kalan mağdurlardır. İsveç'te yapılan bir araştırmada 65 yaş üstü erkeklerde cinsel istismar oranı %1,2 iken, kadınlarda %2,2 olarak bulunmuştur. Toplumda, hukuki sistem ve sağlık görevlileri içinde en fazla göz ardı edilen istismar türü olduğu düşünülmektedir(62).

İstismarı genellikle uygulayanlar mağdurun akrabası veya tanıdığıdır. Yaşlının vajinasından kan gelmesi, elbiselerin yırtılmış, lekeli veya üzerinde salgı olması, göğüslerde çürük ve morluklar bulunması, genital bölgede ağrı olması istismarın belirtileri olarak sayılabilir(89). Ayrıca açıklanamayan zührevi hastalık veya genital enfeksiyonları olan yaşlıda da aklımıza cinsel istismar gelmelidir(90). Yürüme veya oturmada güçlük toplanarak ve dokunulma korkusuyla oturmak veya belirli ziyaretçilerden korkmada cinsel istismarda görülebilir(91). Seksüel istismar mağdurları genellikle bayan hastalarda genital ve üriner irritasyon ve yaralanma uyku bozuklukları pozisyon değişikliği banyo veya muayene esnasında agresif tutumlar, depresyon görülmektedir(82).

2.7.1.4. Ekonomik İstismar

Yaşlı bir kişinin fonlarının, mülklerinin veya varlıklarının yasadışı veya uygunsuz kullanımıdır. Bunların haricinde, yetkisiz veya izinsiz olarak çekleri bozdurma; yaşlı bir kişinin imzasını taklit etmek, yaşlı bir kişinin parasını veya malını kötüye kullanmak veya çalmak, yaşlı bir kişiyi bir belgeyi imzalamaya zorlamak veya aldatmak, vesayet veya vekaletnamenin uygunsuz kullanımı gibi örnekler verilebilir(92). Bakım veren kişinin, yaşlı yetişkinin parasını bakımı için harcamayı reddetmesi, yaşlı kişinin gidemeyeceği banka ATM'lerinden parasının çekilmesi, olağan dışı banka hesabı hareketleri, bakımı için olan harcamaların olağan dışı artması. Yaşlı bireye kendi sevgilerini, ifade eden yeni yakınların ortaya çıkması, bakım verenin yaşlının durumunu araştırarak sosyal hizmetler çalışanına sadece para ile ilgili konuları sorması, bakım ile ilgili konuları sormaması, yaşlı kişinin karşılayabileceği konforlu ortamda yaşamaması gibi örnekler uzatılabilir(93).

2.7.1.5. Yaşlı İhmali

Yaşlı bireyden yiyecek, içecek, ilaç, tıbbi cihaz gibi (protez, gözlük, işitme cihazı) ihtiyaçlarını karşılamamak, bakım vermedeki sorumluluklarını yerine getirmede gönülsüz davranarak veya reddederek yaşlıya fiziki olarak ya da duygusal acı ve sıkıntı vermektir(12). İhmalde yaşlıya doğrudan zarar verme kastı olmasa da, yaşlıdan kısa sürede kurtulma gibi örtük amacı kolaylaştıran dolaylı bir zarar verme kastı bulunabilir. Ancak ihmalde çoğunlukla dikkatsizlik ve ihmam eksikliği sonucu yaşlıya bakmakla sorumlu olan kişilerin yaşlıyı gündelik yaşama devamını engeller biçimde eşit hak ve özgürlüklerden yoksun bırakması söz konusudur(7).

Yaşlının kendini ihmal etmesiye yaşlının güvenlik tedbirlerini, tıbbi tedavisini, kişisel bakımını, barınma, giyinme ve beslenme gibi ihtiyaçlarını sağlamada yetersiz kalması veya reddetmesiyle kendi sağlığını ve güvenliğini tehdit edecek davranışları yapmasıdır(89). Terk edilme ise bireyin bakımından sorumlu olan kişi ya da kişilerin yaşlıyı yalnız bırakmasıdır(80).

2.7.2. Yaşlı İstismarı Risk Faktörleri

Yaşlı istismarının hangi sebeple ortaya çıktığı ile ilgili farklı teorik açıklamalar yapılmaktadır. Mağdurun özellikleri, suçluların özellikleri ya da sosyal çevredeki koşullar ve aile durumları gibi genel özellikler üzerinde durulmaktadır(80). Yaşlı bireylerin durumuna bağlı olarak bakıldığında; risk altında yer alan yaşlılar diğerleri ile karşılaştırıldığında daha çok istismara maruz kalmaktadır(87).

2.7.2.1. Yaşlıya Ait Risk Faktörleri

- İleri yaşta (70-75 üzeri) olma
- Kadın olma,
- Düşük eğitim düzeyi,
- Depresyon varlığı,
- Düşük gelir düzeyi,
- Kalabalık aile ortamı içerisinde yaşama

- Cazip maddi kaynağının varlığı,
- Fiziksel veya mental engelin bulunması
- Dul veya boşanmış olma,
- Bağımlılık ve yetersizlik
- Statü ve güç kaybına uğrama
- Sosyal izolasyon(89)

2.7.2.2. İstismarcıya Ait Risk Faktörleri

- Yaşlı bireyden daha genç olma
- Üstlendiği bakım rolünü benimsememe ve zorunlu yapma
- Aile üyesi olma (çocuk ve eşler)
- Bakım verici stresi
- Ciddi dış stresler(İş kaybı, bireysel hastalıklar)
- İlaç ve alkol kullanımı veya bağımlılığı
- Şiddet ve istismarı çözüm olarak algılama.
- Tedavi edilmemiş psikiyatrik problemler(89)

2.7.2.3. Sosyal ve Kültürel Risk Faktörleri

- Şiddetin nesiller boyu görülerek öğrenilmesi
- Sosyal destek eksikliği
- Şiddetle ilgili kültürel inanışlar(89)
- İstimara karşı toplumun göstereceği tepki (dini, ailesel)
- Yaşam tarzı, özel hayatın olmaması
- Aile bireylerinin yaşlıya bakmak konusunda kültürel olarak koşullanması
- Cinsiyet ayrımcılığıdır
- Toplu ve birlikte yaşama(12)

2.7.2.4. Kuruma Ait Risk Faktörleri

- Kurumlarda kalan yaşlıların bakıma muhtaç olması
- Çalışanların düşük ücret alması
- Çalışanların yetersiz çalışması veya fazla çalışmak zorunda kalması
- Çalışanların yaşlı istismar ve ihmali duyarlı olması
- Çalışanların başkalarının aile içi ilişkilerine dahil olmak istememesi
- Çalışanların istismar ve ihmali nasıl bildirecekleri konusunda bilgi eksikliği(89)

2.7.3. Türkiye’de Yaşlı İstismarı

Yaşlı nüfusunun artışı ile beraber yaşlı istismar ve ihmali hem dünyada hem de ülkemizde önemi artmaya başlamıştır. Yaşlanma süreci ile birlikte bireyin baş etmesi gereken toplumsal, fiziksel, psikolojik ve ekonomik süreçler yaşlıyı büyük sıkıntılar yaşatmaktadır. Bu süreçte yaşlı kişilere ihtiyaçları doğrultusunda desteklenmeleri için başta aileleri olmak üzere herkese büyük görevler düşmektedir(94). Türkiye’de yaşlı istismarı alanında yapılan araştırmalara bakıldığında, erişilen ilk bilimsel çalışma Artan’ın 1996 yılında İstanbul ilinde huzurevine başvuran 113 yaşlı ve yaşlı yakını ile yaptığı araştırmadır(89). Araştırmada, çalışmada yer alan yaşlıların %26’sının fiziksel istismara maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel istismara maruz kalanlara istismarı uygulayıcıların neredeyse tamamı akrabalarıdır. Bunların başında %41,37 ile gelinleri gelmektedir, onu %20,70 ile oğulları takip etmektedir. Yaşlı yakınlarının %86,7’si yaşlılardan rahatsızlık duymaktadır. Yaşlı yakınları yaşlıların bildirdiği istismarın aksine kendilerinin böyle bir şey yapmadıklarını söylemiştir(44). 2003 yılında, Dündar E.R.’nin çalışmasında; yaşlılara yönelik ihmal ve istismar oranı %8 çıkmıştır. Sözel istismar %23,6, fiziksel istismarın %14 olduğu görülmüştür. Keskinoglu ve arkadaşlarının 2004 yılındaki çalışmasında ise yaşlıların %1,5’nin fiziksel, %2,5’nin finansal istismar %3,5’inde kesin ihmal bulgusu, %28,9’unda olası ihmal bulgusu olduğuna ulaşılmıştır(82). 2006 yılında İlhanın yaptığı çalışmada, yaşlı bireylerin %18,2’sinin aile içinde istismara maruz kaldığını, %40,5’inin duygusal, %20,3’ünün

ekonomik ve %9,5'inin fiziksel istismara maruz kaldığını ve %29,7'sinin ihmal edildiğini saptanmıştır(7).

Aile içi yaşlı istismarı kadınlarda, 75 ve üzeri olan yaşlılarda, dullarda, ilkokul mezunu olmayanlarda, yaşayan çocuk sayısı 2 ve daha az olanlarda, çocuğunun, akrabasının evinde ikamet edenlerde, yalnız yaşayanlarda, dört ve daha fazla kişi ile birlikte yaşayanlarda, hafif/orta bilişsel bozukluk varlığı olanlarda, günlük yaşam etkinliklerinde ve yararlı günlük yaşam etkinliklerinde yetersiz olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla görülmüştür(94). Yine Artan'ın 2012 yılında huzurevinde kalan 93 yaşlı ile yaptığı çalışmada yaşlıların %62,40'ı herhangi bir şekilde ihmal ya da istismara maruz kaldığı görülmüştür. Yaşlıların en fazla (%30,69) psikolojik istismar olarak nitelendirilebilecek olan sözel hakaretlere maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır. Bunu ekonomik istismar olarak nitelendirilen parasını zorla alma ya da el koyma (%27,27) takip etmiştir. Benzer oranda (%23,86) yaşlının fiziksel istismara maruz kaldığı ve son sırada ise yaşlıların yaklaşık beşte birinin (%18,18) evden kovuldukları saptanmıştır(95).

Erginin 2012 yılında 756 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında ise yaşlı bireylerin, %14,2'si 12 ay içinde herhangi tipte bir istismar ve ihmale (%8,1'i psikolojik, %7,6'sı ihmal, %3,5'i ekonomik, %2,9'u fiziksel, %0,4'ü cinsel istismar) uğramıştır. Birden fazla istismara maruz kalan yaşlı sayısının ise 59 olduğu görülmüştür. İstismarı uygulayanların %68,1'inin çocukları, %12,9'unun eşi ve %9,5'inin kardeşleri olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda (psikolojik %10,1, ihmal %9,6), erkeklere göre (psikolojik %6,2, ihmal %5,7) psikolojik istismarın ve ihmalin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu çalışmada ortaya çıkan bir sonuçta psikolojik istismarın geniş ailede yaşayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, fiziksel engeli bulunanlarda daha fazla görüldüğüdür(94).

2014 yılında yapılan diğer bir çalışmada ise Daşbaşı 309 yaşlı ile yaptığı çalışmada yaşlıların %70,9'unun herhangi bir türde veya birden fazla türde istismara maruz kaldığını saptanmıştır. İstismarın %4,2'si fiziksel, %0,3'ü cinsel, %64,1'i duygusal, %12,6'sı ekonomik ve %26,9'u da ihmal ve terk edilme şeklinde olmuştur. Ekonomik istismar dışındaki tüm istismar türlerinde ve ihmalde kadınların istismara maruz kalma oranının erkeklerden daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır(1). Van'da 368 yaşlıyla yapılan bir araştırmada yaşlıların %7,6'sı psikolojik istismara, %0,3'ü

ekonomik istismara, %1,1'i fiziksel istismara uğradığını belirtirken, cinsel istismara uğradığını belirten olmamıştır(89).

2019 yılında Ünlü'nün 385 yaşlı ile yaptığı çalışmada yaşlıların %63,1'i ekonomik istismara maruz kaldığını belirtmiştir(62). Başbuğun 2020 yılında Ankara'da üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğinde 65 yaş üstü 230 hasta ile yaptığı çalışmada ise yaşlı istismarı oranı %28,3 bulunmuştur. Çalışmada istismar oranı kadın cinsiyette, sosyal güvencesi olmayanlarda, eşi vefat etmiş olanlarda, protezi olanlarda ve işitme cihazı kullananlarda, öğrenim seviyesi düşük olanlarda, sosyal hayatı zayıf olanlarda yüksek bulunmuştur(96).

2.7.4. İstismarı Saptamadaki Zorluklar

Yaşlı istismarının önlenmesi, saptanması ve müdahale edilmesi yaşlı insanların refahı için çok önemlidir(97). Yaşlı istismarı ve ihmalinde en önemli konu, problemin farkında olamamak ya da saptanmasındaki zorluklardır. Sağlık personelinin yaşlıyı değerlendirirken göz önünde bulundurması gereken zorlukların nedenleri; kişisel ve ailevi nedenler, bilgi ve kaynaklara ulaşmada yetersizlik, sağlık çalışanları ve kurumsal engeller olarak sıralanabilir(12).

2.7.4.1. Kişisel ve Ailevi Engeller

Ailenin kutsal sayılması, dokunulmaz olarak görülmesi ve başkaları tarafından aile yaşantısına müdahale edilmesinin kabul edilemez olmasıdır. Bu sorun özellikle geleneksel toplumlarda daha belirgin olarak gündeme gelmektedir(12). Yaşlı bireylere, aileleri ya da akrabaları tarafından yapılan istismar, ailenin diğer üyeleri tarafından gizlenmekte, aile üyeleri istismar ve ihmal uyguladığını kabul etmemektedir(7). Yaşlı istismarı hapsediği ev içerisinde gerçekleşir. Yaşlı birey çok az ev dışına çıkabilir bazen de hiç evin dışına çıkamayabilir. Bundan dolayı yaşlıya uygulanan istismarın, dışardan saklanması kolaydır. Böyle bir durumda istismar fark edilemeyebilir(12). İstismara uğrayanın; ailesinin davranışlarından utandığından ya da bu olayı birilerine söylediğinde yakınlarının kendisine daha kötü davranması ve herhangi bir kuruma gönderilme korkusundan, durumu gizlemesine neden olabilir. Yaşlının sisteme ve kişilere karşı güven eksikliğinin olması ya da yaşananları kendi suçu olarak kabul edip kimse ile paylaşmak istememesi de tanımı

geciktirebilir(80). Yine yaşlının kimsenin kendisine inanmayacağından korkması, yaşadığı durumu yeterince ciddi olarak değerlendirmemesidir(79). Ayrıca yaşlıda kognitif bozukluğun olması kendini ifade edebilmesine engel olabilir(7).

2.7.4.2. Bilgi ve Kaynaklara Ulaşmada Yetersizlik

Yaşlının nereden, nasıl yardım alabileceği ile ilgili kaynakların farkında olmaması. Yaşlının ekonomik ya da sosyal açıdan bağımsız olmaması(79).

2.7.4.3. Sağlık Çalışanları ve Kurumsal Engeller

Doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık personelinin yaşlı istismarını ortaya çıkarmada hangi soruları soracağı bilmemesi, konu ile ilgili bilgi eksikliğinin olması veya sağlık personelinin problemi bildirme ve kaydetmede yetersiz ya da gönülsüz olması sağlık çalışanlarından kaynaklanan sıkıntılardır(72). Sağlık çalışanlarının değerlendirme ve faaliyette bulunmada sorumluluk alma ile ilgili tedirginliğinin olmasıdır(12). Kurumsal engeller ise huzurevleri ve bakımevlerindeki denetimin eksik olması ve özenli yapılmaması, kurum çalışanları ve yaşlıların çeşitli kaygıları nedeniyle sorunların görmezlikten gelinmesidir(80).

2.7.5. Yaşlı İstismarını Önleme

Yaşlı istismarı çabalandığında önlenebilen, yaşlı ile iletişimde bulunma ve yaşlıların sağlık durumunu, bakım kalitesini ve duygusal olarak iyi olmalarını değerlendirmede aile üyelerine yardım edilebilmektedir. Zaman zaman günlük olarak telefon etme veya personel ziyaretlerine ihtiyaç duyulabilir(86). Yaşlı istismarının önlenmesinde asıl hedef yaşlı bireyi korumak ve daha ileri boyutta olabilecek istismarı önlemektir(82). Sağlık çalışanları tarafından istismar ve ihmalin önlenmesine yönelik atılacak en büyük adım, istismar ve ihmalin tanınması ve uygulanacak önleyici girişimlerin belirlenmesidir(80).

Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları toplumla birebir ilişki kurabildikleri için ve bireyleri kendi ortamlarında değerlendirebilme şansları yüksek olması nedeni ile kolaylıkla şiddet ve istismar olaylarını fark edebilirler. Dolayısıyla istismara yönelik risk faktörlerini iyi bilmek önem taşımaktadır. Eğitim ile sağlık

personelinin istismara karşı hassas hale getirilmesi istismarın erken dönemde anlaşılıp müdahale edilmesine imkân sağlayacaktır. Ayrıca sağlık personelinin risk grubundaki çocuk, kadın ve yaşlılara eğitim vermesi bilgilendirilmiş kişinin yardım isteme ihtimalini arttırabilir(79).

Bireyler yetişkinliklerinden itibaren sağlıklı yaşlanma konusunda bilinçlendirilmelidir. Bireyler, sağlıklı beslenme, beden kitle indeksini normal sınırlarda tutma, fiziksel aktivitesi sürdürme, mental kapasiteyi güçlendirme, kitap okuma, yeni bilgiler öğrenme, yaşamın içinde aktif olarak yer alma, stresle baş etme yöntemlerini bilme ve uygulama; sigara, alkol ve diğer zararlı alışkanlıkları terk etme, sağlık kontrollerine düzenli olarak gitme, yetişkin bağışıklamasına ve erken tanı uygulamalarına katılma gibi, sağlıklı yaşam tarzlarını benimseyerek sağlıklı yaşlanabilirler. Sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemenin yanı sıra iş kazalarına karşı önlemler alarak, emniyet kemeri takılı ve alkolsüz araç kullanarak engelli olma nedenlerinden bazılarını karşı kendilerini korumuş olurlar. Eğer bireyler bu şekilde sağlıklı olarak yaşlanırlarsa istismar ve ihmal riskleri de azalmış olur. Bireyin fiziksel, mental, ve ekonomik yönden bağımlı olmadan yaşayabilmesi istismardan korunma adına en temel durumdur(7).

Fiziksel, duygusal, ekonomik istismarın nasıl gerçekleştiğini ve bunların dışarıdan çok hoş görünen insanlar tarafından da yapılabileceğini anlatmakla yaşlıları bilgilendirmeye ve eğitime başlanabilir ve mağdur olmamak için onlara şu ipuçları verilebilir: Sosyal ve aktif olun, komşularla ve arkadaşlarla ilişkinizi koparmayın, yeni şeyler yapın ve sağlık kontrollerinizde devamlı olun. Değerli eşyalarınızı güvenli bir yerde saklayın ve çok güvendiğiniz kişiler haricinde yerini kimseye söylemeyin. Paranızı orta yerde bırakmayın ve kaybettiğinizi düşündüğünüzde polisi arayın. Kendiniz için bir bakıcı ayarlamadan önce paranız ve gelecek planlarınız için bir avukatla görüşün. Mal varlığınızla ilgili bir belgeye güvendiğiniz bir kişiye onaylatmadan imza atmayın. İstismar durumlarında yardım alabileceğiniz yerleri önceden öğrenin. Önemli telefon ve isimleri bir yere not edin(1). Ayrıca, madde kullanım öyküsü olan ve geçmişinde şiddet içeren eylemlerde bulunmuş olan birisi ile yaşamaması, arkadaşlardan kendisini, evinde ziyaret etmelerini istemesi, sosyal ve toplumsal etkinliklere, gönüllü programlara katılması önerilebilir(82).

Ailelerin uzun dönemdeki evde bakım gücü ve potansiyelleri değerlendirilmelidir. Aile, bakımın ekonomik boyutunu ve sorumlulukları üstlenmek ve istemleri karşılamak için yetersiz ise yaşlının kişisel bakımı için ısrar etmeyip destek almalıdır. Aile, yaşlı bireyin bağımsızlığına engel olmamalı ve gerekli olmadıkça özeline girmemelidir(80).

Yaşlıya yönelik istismar ve ihmalin önlenmesi için, istismar ve ihmal kapsamında olan davranışların ve bu davranışlarla karşılaşıldığında nelerin yapılması gerektiği önemlidir ve toplumdaki herkese öğretilmelidir(89). Yaşlıya sevgi ve saygı bilincinin kazandırılmasında ailelere ve eğitim kurumları önemli sorumluluk sahibidir. Bu bağlamda ilköğretim, lise ve üniversitelerin dahil edildiği planlamalar yapılmalıdır(88). Yaşlı istismarı, özellikleri ve nedenleri konusunda medyanın bilgilendirici programlara yer vermesi, pek çok kişiye ulaşmak açısından yararlı olabilir. İstismar ve ihmal yönünden risk taşıyan yaşlı bireylere bakım veren kişilere sorumluluklarını yerine getirirken ihtiyaç duydukları bilgi ve becerinin sağlanması için eğitim, danışmanlık ve sosyal destek hizmetlerinin verilmesi önemlidir böylelikle istismar ve ihmal azalabilir(89). Yaşlı istismar bildiriminin yapılabileceği bir telefon hattı oluşturulabilir, mental sağlık ve aile danışmanlığı hizmetleri gibi ihtiyaç duyulan tüm danışmanlık hizmetlerini faaliyete geçirilebilir. Yaşlılar için, sosyal ve sağlık hizmetlerinin sağlanması ve sürdürülmesi, alkol ve madde kullanımını tedavi etme programlarının oluşturulması, yaşlı haklarını artırma ve bütün yaşlılara hak arama ve kendini savunma eğitiminin verilmesi de sağlanabilir(82).

Yaşlıların İstismarı ile ilgili kanunlara bakacak olursak Türk Ceza Kanununa 97. Maddesinin 1. fıkrasında; “Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”, 97. maddenin 2. fıkrasında ise; “Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlanmış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur.” hükümleri yer almaktadır.

Türk Ceza Kanununun 98. maddesinde 1. fıkrasında; “Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da

durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır” ve 2. fıkrasında; “Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur” hükümleri bulunur.

Türk Ceza Kanunun 279. maddesinde “Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” hükmü bulunurken. Sağlık çalışanları ile ilgili olan 280. maddede ise “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” hükmü bulunmaktadır(98).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA TİPİ

Bu tez çalışması kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 20.07.2020 ile 20.11.2020 tarihleri arasında Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana bilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara Eğitim Araştırma Aile Hekimliği Kliniği, Dışkapı Eğitim Araştırma Aile Hekimliği Kliniği, Gülhane Eğitim Araştırma Aile Hekimliği Kliniği ve Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniklerinde internet aracılığıyla anket doldurma yöntemi ile yürütülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışma evrenini Ankara ilinde eğitim almakta olan 595 aile hekimliği asistanı oluşturmaktadır. Çalışmaya Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi asistanları (SAHU) ve tam zamanlı Aile Hekimliği asistanları birlikte dahil edilmiştir. Etik kurula başvurulduğu sırada Ankara'daki 595 Aile Hekimliği asistanı üzerinden yapılan power analizi sonucunda %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile 234 Aile Hekimliği asistanının çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiş toplam 283 Aile Hekimliği asistanı çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. DAHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Araştırmaya Ankara ilinde bulunan aile hekimliği klinikleri ve anabilim dallarında eğitim alan asistan hekimler dahil edildi. Mevcut kliniklerde görev almakta olan ancak herhangi bir sebepten ötürü ulaşılamayan ya da araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan hekimler çalışma dışında tutuldu.

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler araştırmacının oluşturduğu anket aracılığıyla toplandı. Veri toplama aracı olarak anket formunun oluşturulması için ilgili literatür tarandı, amaca uygun araştırma soruları belirlendi. Anket formu araştırmanın amacı, alan bilgisi, çalışmaya uygunluğu, dili vb. açılardan değerlendirmek üzere biri aile hekimliği alanı uzmanı, biri geriatri alanı uzmanı olmak üzere iki uzmandan görüş alındı. Uzman görüşü sonrası revize edilen ön anket formu aracılığıyla 20 hekime pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulama sonrası anket formunda tam anlaşılamayan sorular revize edilerek anket formuna son şekli verilerek toplam 49 soru barındıran, üç kısımdan oluşan üç sayfa uzunluğundaki anket formu oluşturuldu. Formun birinci kısmı dokuz adet çoktan seçmeli, üç adet açık uçlu toplam 12 sorudan oluşmakta olup demografik bilgilere ilişkindir. İkinci kısım katılımcıların yaşlı istismarı hakkında farkındalık, tutum ve bilgi düzeylerini ölçen sorulardan oluşmakta olup toplam 32 sorudur. Üçüncü kısım ise Türkçeye uyarlanmış olan Yaşlı İstismarı Şüphe endeksi (EASI)'nin Türkçe versiyonunun hastalara sorulan beş soruluk bölümünden oluşmaktadır.

3.6. ARAŞTIRMA GRUBU İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Aile hekimliği asistanlarının;

- Bazı sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum)
- Mesleki özellikleri (unvan, uzmanlık eğitimi yılı, birinci basamak tecrübesi, meslekte geçirdiği süre, evde sağlık biriminde çalışma durumu, geriatri servisi veya polikliniğinde çalışma durumu)
- Aile ile ilgili özellikleri (Evde birlikte yaşadığı 65 yaş üstü aile bireyi olma durumu, ailede herhangi birisinde kronik hastalık bulunma durumu)
- Yaşlı istismarı farkındalık durumları
- Yaşlı istismarını anlamak için tarama testi varlığını bilme ve bu testi kullanma durumu
- Yaşlı istismarı ile ilgili bilgi düzeyi ve konu ile ilgili yasal sorumlulukları hakkında görüşler

- Yaşlı istismarının büyüklüğünü kavrama durumu
- Sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ile ilgili sorumluluğu ve bildirimde bulunma istekliliği hakkında görüşler
- Yaşlı istismarı ile ilgili eğitim alma durumları
- Yaşlı istismarı şüphe indeksi (EASI) ölçeğini kullanma durumları

Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI):

Hasta muayenesi sırasında yaşlı istismarının varlığını anlamak için hekim kullanımına yönelik kısa bir araç geliştirmeyi ve doğrulamayı amaçlayan Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI), Yaffe ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. MMSE skoru 24 veya üzeri olan 65 yaş ve üstü hastalara aile hekimleri tarafından yüz yüze sorgulama için onaylanmıştır. EASI altı sorudan oluşmaktadır. Soruların ilk beşi doktor tarafından sorulur ve hasta tarafından EVET / HAYIR formatında cevaplanır. Altıncı soru, hasta hakkındaki gözlemlerine göre doktor tarafından cevaplanır(99).

Ölçeğin Türkçe versiyonu Güldal İzbirak tarafından geliştirilmiştir(100).

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler SPSS (Windows için 22.0 sürüm, SPSS Inc. Chicago, IL) istatistik programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler: kategorik verilerde sıklık (sayı ve yüzde) şeklinde verilmiştir. Kategorik veriler arasındaki ilişkiler Ki Kare Testi veya duruma göre Fisher's Exact Testi ile incelenmiştir. Tüm incelemelerde hesaplanan p değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel anlamlılık kabul edilmiştir.

3.8. ETİK KURUL VE KURUMSAL İZİNLER

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan 2020-146 araştırma koduyla 09.07.2020 tarihli ve 36 karar no'lu etik kurul izni alındıktan sonra anket Ankara İlinde bulunan Aile Hekimliği Klinikleri ve Anabilim dallarında görevli olan hekimlere 20.07.2020-20.11.2020 tarihleri arasında uygulandı.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya toplam 283 hekim katılmıştır. Katılımcıların %29,3'ünü (n=83) erkekler, %70,7'sini (n=200) kadınlar oluşturmuştur. Asistan hekimlerin %74,2'sinin (n=210) 30 yaş ve altında, %8,5'u (n=24) 41 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Araştırmaya dahil edilen hekimlerin %57,6'sı (n=163) medeni durumunu evli, %42,4'ü (n=120) bekar olarak belirtmiştir. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de ve katılımcıların yaşlarının ortalama, ortanca ve yaygınlık ölçütlerinin dağılımı 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=283)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	200	70,7
Erkek	83	29,3
Yaş		
30 yaş ve altı	210	74,2
31-40 yaş	49	17,3
41 yaş ve üzeri	24	8,5
Medeni Durum		
Evli	163	57,6
Bekar	120	42,4

Tablo 4.2. Katılımcıların Yaşlarının Ortalama, Ortanca ve Yaygınlık Ölçütlerinin Dağılımı

	Ortalama±Std. sapma	Ortanca(min-max)
Yaş(Genel)	30,27±6,01	28,00(24-56)
Yaş (Kadın)	29,48±5,31	28,00(24-56)
Yaş (Erkek)	32,19±7,11	30,00(25-54)

Katılımcıların %83'ünün (n=235) tam zamanlı asistan doktor, %17'sinin (n=48) sözleşmeli asistan doktor (SAHU) olarak görev yaptığı saptanmıştır. Katılımcı hekimlerin %41,7'sinin (n=118) uzmanlık eğitiminin birinci yılında olduğu, %22,6'sının (n=64) ikinci yılında olduğu, %24,7'sinin (n=70) üçüncü yılında

olduğu saptanmıştır. Katılımcı hekimlerin %11'inin (n=31) üç yıldan daha uzun süredir asistanlık eğitimine devam ettiği bulunmuştur. Birinci basamak tecrübesi olan hekimler katılımcıların %51,6'sını (n=146) oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilen hekimlerin meslekte geçirdikleri süre sorusuna verdikleri cevaba göre ise %74,2'sinin (n=210) meslekte geçirdikleri süre beş yıl veya daha az şeklinde tespit edilmiştir. Evde Sağlık biriminde çalışma durumlarına göre ise hekimlerin %36,4'ü (n=104) bu birimde çalıştığını ifade etmiştir, geriatri poliklinik veya servisinde daha önce çalışmış olanların oranı ise %25,8 (n=73) bulunmuştur. Katılımcıların mesleki özellikleriyle ilgili bulgular Tablo 4.3 ve 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların mesleki özelliklerinin Dağılımı (n=283)

Mesleki Özellikler	Sayı	Yüzde
Unvan		
Tam zamanlı	235	83
Sözleşmeli	48	17
Uzmanlık Eğitim Yılı		
1.yıl	118	41,7
2.yıl	64	22,6
3.yıl	70	24,7
3 yıl üzeri	31	11,0
Birinci Basamak Tecrübesi		
Var	146	51,6
Yok	137	48,4
Mesleğinin Geçirdiği Süre		
5 yıl ve altı	210	74,2
5 yıl üzeri	73	25,8
Evde Sağlık Biriminde Çalışma Durumu		
Çalışan	103	36,4
Çalışmayan	180	63,6
Geriatri servis veya Polikliniğinde Çalışma Durumu		
Çalışan	73	25,8
Çalışmayan	210	74,2

Tablo 4.4. Katılımcıların Meslekte Geçirilen Süreye İlişkin Ortalama, Ortanca ve Yaygınlık Ölçütlerinin Dağılımı

	Ortalama±std.sapma	Ortanca (min-max)
Genel	5,48±6,09	3,00 (1-32)
Tam zamanlı Aile hekimliği	3,38±2,43	3,00(1-20)
Sözleşmeli Aile hekimliği	15,75±7,97	14,50(3-32)

Araştırmaya katılan aile hekimlerine istismar konusunda hassasiyete etkisi olup olmadığı açısından, birlikte yaşanan geriatrik popülasyona dahil bir aile üyesi ya da kronik hastalığı olan bir aile üyesinin olup olmadığı soruları sorulmuştur. Katılımcıların %10,2'si (n=29) “evde birlikte yaşadığınız 65 yaş üstü aile üyesi var mıdır?” sorusuna “var” yanıtını vermiştir. Katılımcıların 89,8'i (n=254) ise bu soruya “yok” cevabını vermiştir. Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının “ailenizde herhangi birinde kronik hastalığı olan var mıdır?” sorusuna %76,3'ü (n=216) “var” cevabını vermiştir. Katılımcıların %23,7'si (n=67) bu soruya “yok” yanıtını vermiştir. Katılımcıların aile ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların aile ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=283)

Aile ile ilgili Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü aile üyesi olma durumu		
Var	29	10,2
Yok	254	89,8
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu		
Var	216	76,3
Yok	67	23,7

4.2. KATILIMCILARIN YAŞLI İSTİSMARI İLE İLGİLİ, BİLGİLERİNE GENEL TUTUM, DAVRANIŞ VE GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcılardan %25,1'i (n=71) “çevrenizde 65 yaş üstü bireyin istismar edildiğine şahit oldunuz mu?” sorusuna “evet”, %61,5'i (n=174) “hayır”, %13,4 (n=38) “fikrim yok” cevabını vermiştir. Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarına son 12 ay içerisinde hastalarında, yetersiz göz teması, içe kapanık mizaç, yetersiz beslenme, hijyen sorunları, kesikler, çürükler, uygun olmayan giyim veya ilaçla tedaviye uyumsuzluk gibi yaşlı istismarı bulgularından herhangi birini fark edip fark etmedikleri sorulduğunda, katılımcıların %31,1'i (n=88) “evet”, %65,7'si (n=186) “hayır”, %3,2'si (n=9) “fikrim yok” cevabını vermiştir. Katılımcılara “geriye dönüp baktığınızda istismar edildiğini düşündüğünüz hastanız oldu mu?” diye sorulduğunda %53,7'si (n=152) “evet”, %34,6'sı (n=98) “hayır” yanıtını vermiştir. Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının “bugüne kadar istismar bildiriminde bulundunuz mu?” sorusuna %3,5'i (n=10) “evet”, %94,7'si (n=268) “hayır” cevabını vermiştir. Katılımcılara “yaşlı istismarını anlamak için

tarama testi var mıdır?” sorusu yöneltildiğinde %10,6’sı (n=30) “evet”, %12,4’ü (n=35) “hayır”, %77’si (n=218) “fikrim yok” cevabını vermiştir. Katılımcıların “böyle bir test olsa kullanır mısınız?” sorusuna %90,8’i (n=257) “evet”, %2,8’i “hayır”, %6,4’ü (n=18) “fikrim yok” yanıtını vermiştir. Katılımcıların Yaşlı istismarını tanıma ve bildirme durumlarının dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Yaşlı istismarını tanıma ve bildirme durumlarının dağılımı (n=283)

Özellik	Sayı(n)	Yüzde(%)
Çevresinde 65 yaş üstü bireyin istismar edildiğine şahit olma durumu		
Evet	71	25,1
Hayır	174	61,5
Fikrim Yok	38	13,4
Son 12 ay içerisinde yaşlı istismarı ile ilgili bulgulardan herhangi birini fark etme durumu		
Evet	88	31,1
Hayır	186	65,7
Fikrim Yok	9	3,2
Geriye dönüp bakıldığında istismar edildiğini düşündüğü hastası olma durumu		
Evet	152	53,7
Hayır	98	34,6
Fikrim Yok	33	11,7
Bugüne kadar istismar bildiriminde bulunma durumu		
Evet	10	3,5
Hayır	268	94,7
Fikrim Yok	5	1,8
Yaşlı istismarını anlamak için tarama testi varlığını bilme durumu		
Evet	30	10,6
Hayır	35	12,4
Fikrim Yok	218	77,0
Böyle bir test olsa kullanma durumu		
Evet	257	90,8
Hayır	8	2,8
Fikrim Yok	18	6,4

Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının yaşlı istismarı hakkındaki bilgi düzeyleri de incelenmiştir. Katılımcıların %13,1'i (n=37) "yaşlı kişiler fiziksel ve mental özelliklerinden dolayı acil servise sık başvuru yaparlar" önermesine "katılmıyorum" cevabını vererek doğru yanıtlamışlardır. "Yaşlı kişinin vücudunda gözlenen morluklar ile bunların nasıl oluştuğu ile ilgili öykü arasındaki tutarsızlık olması yaşlı istismarını düşündürür" önermesine katılımcıların %95,1'i (n=269) "katılıyorum" cevabını vererek doğru yanıtlamışlardır. "Yaşlı kişi ve bakıcı tarafından yapılan açıklamaların çelişmesi istismarı düşündürür" önermesine asistan hekimlerin %95,8'i (n=271), "İstismara maruz kalan yaşlı kişinin tedavi için sağlık kuruluşuna başvurması gecikir" önermesine katılımcıların %96,1'i (n=272) "katılıyorum" cevabını vererek doğru yanıtlamışlardır. "Morarma, yaşlıların ciltlerinin ince olması ve dolaşım problemleri nedeniyle yaşlı istismarının bir göstergesi olarak kullanılamaz" önermesine katılımcıların %66,1'i (n=187) "katılmıyorum" cevabını vererek doğru yanıtlamıştır. "Yaşlılarda yatak yaraları (dekübitus ülserleri) istismar veya ihmal belirtisi değildir" önermesine araştırmaya katılan asistan hekimlerin %68,6'sı (n=194), "cinsel tacize uğradığını iddia eden yaşlının genellikle mental sağlığı bozuktur" önermesine katılımcıların %73,1'i (n=207) "katılmıyorum" cevabını vererek doğru yanıtlamıştır. "Türkiye'deki tüm sağlık kuruluşlarında çalışan kişilerin yaşlı istismarını bildirmeleri yasal zorunluluktur" önermesine katılımcıların %70,3'ü (n=199), "Türkiye'de yaşlı istismarının yetkililere bildirilmemesinin cezai yaptırımı vardır" önermesine araştırmaya katılan asistan hekimlerin %39,2'si (n=111) "katılıyorum" cevabını vererek doğru yanıtlamıştır. "İstismarın yaşlı kişinin rızası olmadan bildirilmesi kişisel haklarının ihlalidir" önermesine katılımcıların %57,2'si (n=162) "katılmıyorum" cevabını vererek doğru yanıtlamıştır. Katılımcıların yaşlı istismarı ile ilgili tıbbi özellikler ve yasal sorumluluklar hakkındaki görüşlerinin dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Yaşlı İstismarı ile İlgili Tıbbi Özellikler ve Yasal Sorumluluklar Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Önergeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Yaşlı kişiler fiziksel ve mental özelliklerinden dolayı acil servise sık başvuru yaparlar.	234	82,7	37	13,1	12	4,2
Yaşlı kişinin vücudunda gözlenen morluklar ile bunların nasıl oluştuğu ile ilgili öykü arasındaki tutarsızlık olması yaşlı istismarını düşündürür.	269	95,1	7	2,5	7	2,5
Yaşlı kişi ve bakıcı tarafından yapılan açıklamaların çelişmesi istismarı düşündürür.	271	95,8	5	1,8	7	2,5
İstismara maruz kalan yaşlı kişinin tedavi için sağlık kuruluşuna başvurması gecikir.	272	96,1	2	0,7	9	3,2
Morarma, yaşlıların ciltlerinin ince olması ve dolaşım problemleri nedeniyle yaşlı istismarının bir göstergesi olarak kullanılamaz.	24	8,5	187	66,1	72	25,7
Yaşlılarda yatak yaraları (dekübitus ülserleri) istismar veya ihmal belirtisi değildir.	46	16,3	194	68,6	43	15,2
Cinsel tacize uğradığını iddia eden yaşlının genellikle mental sağlığı bozuktur.	21	7,4	207	73,1	55	19,4
Türkiye’deki tüm sağlık kuruluşlarında çalışan kişilerin yaşlı istismarını bildirmeleri yasal zorunluluktur.	199	70,3	4	1,4	80	28,3
Türkiye’de yaşlı istismarının yetkililere bildirilmemesinin cezai yaptırımı vardır.	111	39,2	9	3,2	163	57,6
İstismarın yaşlı kişinin rızası olmadan bildirilmesi kişisel haklarının ihlalidir	24	8,5	162	57,2	97	34,3
Bildirdiğim istismar vakasının asılsız çıkması halinde hakkımda dava açılabilir.	45	15,9	107	37,8	131	46,3

n : sayı, % : yüzde

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin yaşlı istismarı büyüklüğüne ilişkin algıları da değerlendirilmiştir. “Çoğu yaşlı istismarı vakası bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı tarafından fark edilmez” önermesine katılımcıların %68,2’si (n=193) “katılıyorum” cevabını vermiştir. Katılımcıların %80,9’u (n=229) “yaşlı istismarı

geriatrik hastalar arasında önemli bir sorundur” önermesine katıldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin %27,9’u (n=78) “Yaşlı istismarı kırsal alanda kentsel alanlara göre daha yaygındır” önermesine katıldığını, %34,6’sı (n=98) katılmadığını belirtmiştir. “Türkiye’de yaşlı istismarının ciddi bir sorun olmadığını düşünüyorum” önermesine katılımcıların %7,7’si (n=22) katıldığını, %63,3’ü (n=179) katılmadığını, %29’u (n=82) fikri olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların Yaşlı İstismar Sorununa ve Büyüklüğüne İlişkin Görüşlerinin Dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Yaşlı İstismar Sorununa ve Büyüklüğüne İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

İstismar büyüklüğüne ilişkin algılar	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Çoğu yaşlı istismarı vakası bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı tarafından fark edilmez	193	68,2	44	15,5	46	16,3
Yaşlı istismarı geriatrik hastalar arasında önemli bir sorundur.	229	80,9	4	1,4	50	17,7
Yaşlı istismarı kırsal alanda kentsel alanlara göre daha yaygındır	78	27,9	98	34,6	107	37,8
Türkiye’de yaşlı istismarının ciddi bir sorun olmadığını düşünüyorum.	22	7,7	179	63,3	82	29,0

n : sayı, % : yüzde

4.3. KATILIMCILARIN YAŞLI İSTİSMARI İLE İLGİLİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SORUMLULUK ALMA, YETKİLİLERE BİLDİRME EĞİTİMİ VE SORGULANMASI HAKKINDA GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının sağlık çalışanlarının istismar ile ilgili sorumluluğu ve bildirimde bulunma istekliliği konusundaki düşüncelerini belirtmeleri de istenmiştir. Katılımcıların %14,1’i (n=40) “İstismarı bildirip bildirmeme durumum istismarın şiddetine bağlıdır” önermesine katıldığını, %71,2’si (n=202) katılmadığını belirtmiştir. “İstismarı bildirme durumum yasal olarak güvenliğimin sağlanmasına bağlıdır” önermesine araştırmaya katılan hekimlerin

%55,8' i (n=158) katıldığını, %20,1'i (n=57) bu konuda fikri olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %18'i (n=51) "İstismarı bildirmem halinde durumda herhangi bir değişiklik olmayacaktır" ifadesine katıldığını, %48,4'ü (n=137) katılmadığını belirtmiştir. "Bu tür konuların aile içinde çözülmesi en iyisidir" önermesine aile hekimliği asistanlarının %85,5'i (n=242) katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %90,8'i (n=257) "yaşlı istismarı vakalarını bildirmek bir sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir" ifadesine katılmadıklarını belirtmiştir. "Yaşlı istismarı doktorların etkili bir şekilde müdahale edebileceği bir sorundur" önermesine hekimlerin %66,1'i (n=187) katıldığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının %46,3'ü (n=131) "İstismar edilen kişiyi bir bakım evine yerleştirmek sorunun çözümüne yardımcı olur" önermesine katıldığını, %27,9'u (n=79) katılmadığını belirtmiştir. "Meslektaşlarımın çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirmediğini düşünüyorum" ifadesine araştırmaya katılan hekimlerin %69,3'ü (n=196) katıldığını, %28,6'sı (n=81) bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların istismar ile ilgili sorumluluk alma ve bildirimde bulunma istekliliğine ilişkin görüşlerinin dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Katılımcıların İstismar İle İlgili Sorumluluk Alma Ve Bildirimde Bulunma İstekliliğine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Önermeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	n	%	N	%	n	%
İstismarı bildirip bildirmeme durumum istismarın şiddetine bağlıdır.	40	14,1	202	71,4	41	14,5
İstismarı bildirme durumum yasal olarak güvenliğimin sağlanmasına bağlıdır.	158	55,8	68	24,0	57	20,1
İstismarı bildirmem halinde durumda herhangi bir değişiklik olmayacaktır.	51	18,0	137	48,4	95	33,6
Bu tür konuların aile içinde çözülmesi en iyisidir.	14	5,0	242	85,5	27	9,5
Yaşlı istismarı vakalarını bildirmek bir sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir.	6	2,1	257	90,8	20	7,1
Yaşlı istismarı doktorların etkili bir şekilde müdahale edebileceği bir sorundur.	187	66,1	42	14,8	54	19,1
İstismar edilen kişiyi bir bakım evine yerleştirmek sorunun çözümüne yardımcı olur.	131	46,3	79	27,9	73	25,8
Meslektaşlarımın çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirmediğini düşünüyorum.	196	69,3	6	2,1	81	28,6

n : sayı, % : yüzde

Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının yaşlı istismarı ile ilgili eğitim konusunda düşünceleri de sorgulanmıştır. Katılımcıların “Sağlık çalışanlarına yaşlı istismarı ve ihmali konusunda daha fazla eğitim verilmelidir” önermesine %94,3’ü katıldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin %88,7’si (n=251) yaşlı istismarı ve ihmalinin tedavisine tıp eğitiminde daha fazla önem verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Katılımcıların %85,2’si (n=241) “yaşlı istismarını ve ihmali teşhis etme konusunda yeterli eğitim almadığımı düşünüyorum” ifadesine katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların yaşlı istismarı konusunda eğitim hakkındaki görüşlerinin dağılımı Tablo 4.10’da verilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Yaşlı İstismarı Konusunda Eğitim Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı

Önermeler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim Yok	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık çalışanlarına yaşlı istismarı ve ihmali konusunda daha fazla eğitim verilmelidir.	267	94,3	3	1,1	13	4,6
Yaşlı istismarı ve ihmalinin tedavisine tıp eğitiminde daha fazla önem verilmelidir.	251	88,7	12	4,2	20	7,1
Yaşlı istismarını ve ihmali teşhis etme konusunda yeterli eğitim almadığımı düşünüyorum.	241	85,2	21	7,4	21	7,4

n : sayı, % : yüzde

Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (EASI)’nde ki soruları hastaları için kullanıp kullanmadıkları da sorgulanmıştır. Katılımcıların %7,4’ü (n=21) “Şunlardan herhangi birisi için başkalarına bel bağladığınız oldu mu: yıkanma, giyinme, alışveriş, banka işlemleri veya yemek?” sorusunu hastalarına her zaman, %57,2’si (n=162) bazen sorduklarını, %35,3’ü (n=100) ise hiçbir zaman sormadığını belirtmiştir. “Herhangi bir kişi yemek yemenizi, giyinmenizi, ilaç almanızı, gözlük takmanızı, işitme cihazı kullanmanızı, tıbbi bakım almanızı veya istediğiniz kişilerle birlikte olmanızı engelledi mi?” sorusunu katılımcıların %2,5’i (n=7) her zaman sorduğunu, %63,3’ü (n=179) hiçbir zaman sormadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerden %66,8’i (n=189)

“Herhangi bir kişi sizinle, kendinizi utanmış veya tehdit edilmiş gibi hissettirecek şekilde konuştuğu için üzüldünüz mü?” sorusunu hiçbir zaman hastalarına yöneltmediklerini belirtmiştir. Katılımcıların %66,8’i (189) “Herhangi bir kişi sizi, istemediğiniz halde, kâğıt imzalamaya veya paranızı kullanmaya zorlamaya çalıştı mı?” sorusunu hiçbir zaman hastalarına sormadıklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin %62,2’si (n=176) “Herhangi bir kişi sizi korkuttu mu, istemediğiniz şekilde size dokundu mu veya size fiziksel olarak zarar verdi mi?” şeklindeki soruyu hastalarına hiçbir zaman yöneltmediklerini bildirmiştir. Katılımcıların Yaşlı İstismarı şüphe indeksi (EASI)’nde ki soruları hastalara sorma sıklığı dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Yaşlı İstismarı şüphe indeksi(EASI)’nde ki soruları hastalara sorma sıklığı

Sorular	Her Zaman		Bazen		Hiçbir zaman	
	n	%	n	%	n	%
Şunlardan herhangi birisi için başkalarına bel bağladığınız oldu mu: yıkanma, giyinme, alışveriş, banka işlemleri veya yemek?	21	7,4	162	57,2	100	35,3
Herhangi bir kişi yemek yemenizi, giyinmenizi, ilaç almanızı, gözlük takmanızı, işitme cihazı kullanmanızı, tıbbi bakım almanızı veya istediğiniz kişilerle birlikte olmanızı engelledi mi?	7	2,5	97	34,3	179	63,3
Herhangi bir kişi sizinle, kendinizi utanmış veya tehdit edilmiş gibi hissettirecek şekilde konuştuğu için üzüldünüz mü?	7	2,5	87	30,7	189	66,8
Herhangi bir kişi sizi, istemediğiniz halde, kâğıt imzalamaya veya paranızı kullanmaya zorlamaya çalıştı mı?	11	3,9	83	29,3	189	66,8
Herhangi bir kişi sizi korkuttu mu, istemediğiniz şekilde size dokundu mu veya size fiziksel olarak zarar verdi mi?	9	3,2	98	34,6	176	62,2

n : sayı, % : yüzde

4.4. KATILIMCILARIN BAZI ÖZELLİKLERİNE GÖRE İSTİSMAR HAKKINDAKİ, BİLGİLERİ, TANIMALARI, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Asistanlık süresinin birinci yılında olan katılımcıların %17,8'i (n=21), asistanlık süresi ikinci yılında olan katılımcıların %21,9'u (n=14), asistanlık süresinin üçüncü yılında olan katılımcıların %32,9'u (n=23), asistanlık süresinin üç yıl ve üzeri olan katılımcıların %41,9'u (n=13) çevresinde 65 yaş üstü bireyin istismarına şahit olduğunu belirtmiştir. Asistanlık yılı ile çevresinde 65 yaş üstü bireyin istismarına şahit olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,014). Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarından geriatri polikliniğinde çalışanların %35,6'sı (n=26), geriatri polikliniğinde çalışmayanların %21,4'ü (n=45) çevresinde 65 yaş üstü bireyin istismarına şahit olduğunu belirtmiştir. Geriatri polikliniğinde çalışma ile çevresinde 65 yaş üstü bireyin istismarına şahit olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,016). Cinsiyet, ünvan, birinci basamak tecrübesi, meslekte geçirilen süre, evde sağlık biriminde çalışma durumu, evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu ile çevresinde 65 yaş üstü bireyin istismarına şahit olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre sosyal çevresindeki 65 yaş üstü bireyin istismarına şahit olma durumları Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Sosyal Çevresindeki 65 Yaş Üstü Bireyin İstismarına Şahit Olma Durumları

Özellikler	Çevresinde 65 yaş üstü bireyin istismarına şahit olma durumu				
	Evet		Hayır		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Kadın	53	26,5	147	73,5	0,30
Erkek	18	21,7	65	62,2	
Unvan					
Sözleşmeli aile hekimliği	11	35,4	31	64,6	0,07
Tam zamanlı Aile hekimliği	54	23,0	181	77,0	
Birinci basamak tecrübesi					
Evet	37	25,3	109	74,4	0,919
Hayır	34	24,8	103	75,2	
Meslek geçirilen süre					
5 yıl ve altı	48	22,9	162	77,1	0,142
5 yıldan uzun	23	31,5	50	54,7	
Asistanlık süresi					
1 yıl	21	17,8	97	82,2	0,014
2 yıl	14	21,9	50	78,1	
3 yıl	23	32,9	47	67,1	
3 yıl üzeri	13	41,9	18	58,1	
Evde Sağlık biriminde çalışma durumu					
Evet	28	27,2	75	72,8	0,534
Hayır	43	23,9	137	76,1	
Geriatri polikliniğinde çalışma durumu					
Evet	26	35,6	47	64,4	0,016
Hayır	45	21,4	165	78,6	
Evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olma durumu					
Evet	11	37,9	18	62,1	0,092
Hayır	60	23,6	194	76,4	
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu					
Evet	57	26,4	159	73,6	0,365
Hayır	14	20,9	53	79,1	

Ki kare testi yapılmıştır.

Cinsiyet, unvan, birinci basamak tecrübesi, meslekte geçirilen süre, evde sağlık biriminde çalışma durumu, evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu ile son 12 ay içinde yetersiz göz teması, içe kapanık mizaç, yetersiz beslenme, hijyen sorunları, kesikler, çürükler, uygun olmayan giyim veya ilaçla tedaviye uyumsuzluk gibi yaşlı istismarı bulgularından herhangi birini fark etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre son 12 ay içinde yaşlı istismarı bulgularından herhangi birini fark etme durumları Tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Son 12 Ay İçinde Yaşlı İstismarı Bulgularından Herhangi Birini Fark etme Durumları

Özellikler	Son 12 ay içinde yaşlı istismarı bulgularından herhangi birini fark etme durumu				P
	Evet		Hayır		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Kadın	60	30,0	140	70,0	0,537
Erkek	28	33,7	55	66,3	
Unvan					
Sözleşmeli aile hekimliği	15	31,3	33	68,8	0,980
Tam zamanlı Aile hekimliği	73	31,1	162	68,9	
Birinci basamak tecrübesi					
Evet	38	26,0	108	74,0	0,057
Hayır	50	36,5	87	63,5	
Meslek yılı					
5 yıl ve altı	65	31,0	145	69,0	0,930
5 yıldan uzun	23	31,5	50	68,5	
Asistanlık süresi					
1 yıl	29	24,6	89	75,4	0,066
2 yıl	28	43,8	36	56,3	
3 yıl	21	30,0	49	70,0	
3 yıl üzeri	10	32,3	21	21,4	
Evde Sağlık biriminde çalışma durumu					
Evet	35	34,0	68	66,0	0,428
Hayır	53	29,4	127	70,6	
Geriatri kliniğinde çalışma durumu					
Evet	28	38,4	45	61,6	0,120
Hayır	60	28,6	150	71,4	
Evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olma durumu					
Evet	11	37,9	18	62,1	0,401
Hayır	77	30,3	177	69,7	
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu					
Evet	64	29,6	152	70,4	0,339
Hayır	24	35,8	43	64,2	

Ki kare testi yapılmıştır.

Cinsiyet, unvan, birinci basamak tecrübesi, meslekte geçirilen süre, asistanlık süresi, evde sağlık biriminde çalışma durumu, geriatri kliniğinde çalışma durumu, evde birlikte yaşanılan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu ile geriye dönüp baktığında istismar edildiğini düşündüğü hastası olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre mesleki yaşamlarında istismara uğramış yaşlı hasta ile karşılaşma durumları Tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların Çeşitli özelliklerine göre mesleki yaşamlarında istismara uğramış yaşlı hasta ile karşılaşma durumları

Özellikler	Geriye dönüp baktığında istismar edildiğini düşündüğü hastası olma durumu				P
	Evet		Hayır		
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Cinsiyet					
Kadın	110	55,0	90	45,0	0,499
Erkek	42	50,6	41	49,4	
Unvan					
Sözleşmeli aile hekimliği	30	62,5	18	37,5	0,180
Tam zamanlı Aile hekimliği	122	51,9	113	48,1	
Birinci basamak tecrübesi					
Evet	78	53,4	68	46,6	0,921
Hayır	74	54,0	63	46,0	
Meslek yılı					
5 yıl ve altı	109	51,9	101	48,1	0,302
5 yıldan uzun	43	58,9	30	41,1	
Asistanlık süresi					
1 yıl	61	51,7	57	48,3	0,319
2 yıl	30	46,9	34	53,1	
3 yıl	41	58,6	29	41,4	
3 yıl üzeri	20	64,5	11	35,5	
Evde Sağlık biriminde çalışma durumu					
Evet	58	56,3	45	43,7	0,507
Hayır	94	52,2	86	47,8	
Geriatri kliniğinde çalışma durumu					
Evet	45	61,6	28	38,4	0,115
Hayır	107	51,0	103	49,0	
Evde birlikte yaşanılan 65 yaş üstü birey olma durumu					
Evet	15	51,7	14	48,3	0,821
Hayır	137	53,9	117	46,1	
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu					
Evet	116	53,7	100	46,3	0,997
Hayır	36	53,7	31	46,3	

Ki kare testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan kadın aile hekimliği asistanlarının %1,5'i (n=3), erkek hekimlerin %8,4'ü (n=7) bugüne kadar istismar bildiriminde bulunduklarını belirtmiştir. Cinsiyet ile istismar bildiriminde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,008). Katılımcılardan asistanlık süresi üç yılın altında olanların %1,1'i (n=2), asistanlık süresi üç yıl ve üzerinde olanların %7,9'u (n=8) bugüne kadar istismar bildiriminde bulunduklarını belirtmiştir. Asistanlık süresi ve istismar bildiriminde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,005). Unvan, birinci basamak tecrübesi, meslekte geçirilen süre, evde sağlık biriminde çalışma durumu, geriatri kliniğinde çalışma durumu, evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu ile bugüne kadar istismar bildiriminde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre bu zamana kadar istismar bildiriminde bulunma durumları Tablo 4.15.'de verilmiştir.

Tablo 4.15. Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre bu zamana kadar istismar bildiriminde bulunma durumları

Özellikler	Bugüne kadar istismar bildiriminde bulunma durumu				p*
	Evet		Hayır		
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Cinsiyet					
Kadın	3	1,5	197	98,5	0,008
Erkek	7	8,4	76	91,6	
Unvan					
Sözleşmeli aile hekimliği	3	6,3	45	93,8	0,381
Tam zamanlı Aile hekimliği	7	3,0	228	97,0	
Birinci basamak tecrübesi					
Evet	8	5,5	138	94,5	0,105
Hayır	2	1,5	135	98,5	
Meslek yılı					
5 yıl ve altı	7	3,3	203	96,7	0,721
5 yıldan uzun	3	4,1	70	95,9	
Asistanlık süresi					
3 yıl altı	2	1,1	180	98,9	0,005
3 yıl ve üzeri	8	7,9	93	92,1	
Evde Sağlık biriminde çalışma durumu					
Evet	6	5,8	97	94,2	0,178
Hayır	4	2,2	176	97,8	

Tablo 4.15'in devamı...

Özellikler	Bugüne kadar istismar bildiriminde bulunma durumu				p*
	Evet		Hayır		
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Geriatri kliniğinde çalışma durumu					
Evet	5	6,8	68	93,2	0,132
Hayır	5	2,4	205	97,6	
Evde birlikte yaşanılan 65 yaş üstü birey olma durumu					
Evet	2	6,9	27	93,1	0,273
Hayır	8	3,1	246	96,9	
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu					
Evet	6	2,8	210	97,2	0,254
Hayır	4	6,0	63	94,0	

Fisher exact testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan kadın hekimlerin %85,5'i (n=171), erkek hekimlerin %69,9'u (n=58) yaşlı istismarının geriatrik hastalarda önemli bir sorun olduğunu düşünmektedir. Cinsiyet ve yaşlı istismarının geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun olduğunu düşünme konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,002). Araştırmaya katılan hekimlerden meslekte geçirdiği süre beş yıl ve daha az olanların %85,2'si (n=179) yaşlı istismarının geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun olduğunu düşünürken, %14,8'i (n=31) bu konuda fikri olmadığını beyan etmiştir. Katılımcıların meslekte geçirdiği süre beş yıldan uzun olanların %68,5'i (n=50) yaşlı istismarının geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun olduğunu düşünürken, %31,5'i (n=23) bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. Meslekte geçirilen süre ile yaşlı istismarının geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun olduğunu düşünme konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,002). Unvan, birinci basamak tecrübesi, evde sağlık biriminde çalışma durumu, geriatri polikliniğinde çalışma durumu, asistanlık süresi, evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu ile yaşlı istismarının geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun olduğunu düşünme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Analiz yapılamadığı için katılmıyorum cevapları fikrim yok cevaplarına dahil edilmiştir. Katılımcıların Çeşitli özelliklerine göre istismarın geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun olup olmadığı hakkındaki düşüncelerinin karşılaştırılması Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre İstismarın Geriatrik Hastalar Arasında Önemli Bir Sorun Olup Olmadığı Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Yaşlı istismarı geriatrik hastalar arasında önemli bir sorundur				
	Katılıyorum		Fikrim Yok/katılmıyorum		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Kadın	171	85,5	29	14,5	0,002
Erkek	58	69,9	25	30,1	
Unvan					
Sözleşmeli aile hekimliği	35	72,9	13	27,1	0,122
Tam zamanlı Aile hekimliği	194	82,6	41	17,4	
Birinci basamak tecrübesi					
Evet	114	78,1	32	21,9	0,210
Hayır	115	83,9	22	16,1	
Meslek yılı					
5 yıl ve altı	179	85,2	31	14,8	0,002
5 yıldan uzun	50	68,5	23	31,5	
Asistanlık süresi					
1 yıl	96	81,4	22	18,6	0,664
2 yıl	49	76,6	15	23,4	
3 yıl	57	81,4	13	18,6	
3 yıl üzeri	27	81,4	4	12,9	
Evde Sağlık biriminde çalışma durumu					
Evet	82	79,6	21	20,4	0,672
Hayır	147	81,7	33	18,3	
Geriatri kliniğinde çalışma durumu					
Evet	60	82,2	13	17,8	0,748
Hayır	169	80,5	41	19,5	
Evde birlikte yaşamılan 65 yaş üstü birey olma durumu					
Evet	24	82,8	5	17,2	0,790
Hayır	205	80,7	49	19,3	
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu					
Evet	178	82,4	38	17,6	0,252
Hayır	51	76,1	16	23,9	

Ki kare testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekiliği asistanlarından kadın hekimlerin %93,5'i (n=187), erkek hekimlerin %84,3'ü (n=70) “yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” önermesine “katılmıyorum” yanıtını vermiştir. Cinsiyet ile “yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” ifadesine katılma durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,015$). Araştırmaya katılan sözleşmeli aile hekimliği asistanlarının %85,4'ü ($n=41$), tam zamanlı aile hekimliği asistanlarının %91,9'u ($n=216$) “yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” ifadesine katılmadıklarını belirtmiştir. Katılımcılardan meslekte geçirdiği süre beş yıl ve daha az olanların %93,3'ü ($n=196$), meslekte geçirdiği süre beş yıldan uzun olanların %83,6'sı ($n=61$) “yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” ifadesine katılmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların meslekte geçirdiği süre ile “yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” ifadesine katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,013$). Birinci basamak tecrübesi, evde sağlık biriminde çalışma durumu, geriatri kliniğinde çalışma durumu, asistanlık süresi, evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu ile “yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” ifadesine katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Analiz yapılamadığı için katılıyorum cevapları fikrim yok cevaplarına dahil edilmiştir. Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre sağlık çalışanlarının istismar vakalarını bildirme sorumluluğu hakkındaki görüşleri Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Sağlık Çalışanlarının İstismar Vakalarını Bildirme Sorumluluğu Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi

Özellikler	Yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir				
	Katılıyorum/Fikrim yok		Katılmıyorum		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Kadın	13	6,5	187	93,5	0,015
Erkek	13	15,7	70	84,3	
Unvan					
Sözleşmeli aile hekimliği	7	14,6	41	85,4	0,17
Tam zamanlı Aile hekimliği	19	8,1	216	91,9	
Birinci basamak tecrübesi					
Evet	14	9,6	132	90,4	0,809
Hayır	12	8,8	125	91,2	

Tablo 4.17'nin devamı...

Özellikler	Yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir				
	Katılıyorum/Fikrim yok		Katılmıyorum		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Meslek yılı					
5 yıl ve altı	14	6,7	196	93,3	0,013
5 yıldan uzun	12	16,4	61	83,6	
Asistanlık süresi					
1 yıl	8	6,8	110	93,2	0,125
2 yıl	4	6,3	60	93,8	
3 yıl	8	11,4	62	88,6	
3 yıl üzeri	6	2,8	25	80,6	
Evde Sağlık biriminde çalışma durumu					
Evet	13	12,6	90	87,4	0,130
Hayır	13	7,2	167	92,8	
Geriatri kliniğinde çalışma durumu					
Evet	6	8,2	67	91,8	0,740
Hayır	20	9,5	190	90,5	
Evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olma durumu					
Evet	2	6,9	27	93,1	0,652
Hayır	24	9,4	230	90,6	
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu					
Evet	19	8,8	197	91,2	0,683
Hayır	7	10,4	60	89,6	

Ki-kare yapılmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarından meslekte geçirdiği süre beş yıl ve daha azı olanların %73,3'ü (n=154) “meslektaşlarımın çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirmediğini düşünüyorum” ifadesine katıldığını belirtirken, %26,7'si (n=56) bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. Katılımcılardan meslekte geçirdiği süre 5 yıldan uzun olanların %57,5'i (n=42) “meslektaşlarımın çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirmediğini düşünüyorum” ifadesine katıldığını belirtirken, %42,5'i (n=31) bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir. Meslekte geçirilen süre “meslektaşlarımın çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirmediğini düşünüyorum” ifadesine katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,012). Cinsiyet, unvan, birinci basamak tecrübesi, evde sağlık biriminde çalışma durumu, geriatri kliniğinde çalışma durumu, asistanlık süresi, evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu ile “meslektaşlarımın çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirmediğini düşünüyorum” ifadesine katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Analiz yapılamadığı için katılmıyorum cevapları fikrim yok cevaplarına dahil edilmiştir. Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre meslektaşlarının istismar vakalarını bildirmesi hakkındaki görüşleri Tablo 4.18’de verilmiştir.

Tablo 4.18. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Meslektaşlarının İstismar Vakalarını Bildirmesi Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi

Özellikler	Meslektaşlarının çoğunun yaşı istismarı vakalarını bildirmediğini düşünüyorum				
	Katılmıyorum/Fikrim Yok		Katılıyorum		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Kadın	57	28,5	143	71,5	0,204
Erkek	30	36,1	53	63,9	
Unvan					
Sözleşmeli aile hekimliği	16	33,3	32	66,7	0,669
Tam zamanlı Aile hekimliği	71	30,2	164	69,8	
Birinci basamak tecrübesi					
Evet	47	32,2	99	67,8	0,585
Hayır	40	29,2	97	70,8	
Meslekte geçirdiği süre					
5 yıl ve altı	56	26,7	154	73,3	0,012
5 yıldan uzun	31	42,5	42	57,5	
Asistanlık süresi					
1 yıl	34	28,3	84	71,2	0,425
2 yıl	17	26,6	47	73,4	
3 yıl	27	38,6	43	61,4	
3 yıl üzeri	9	29,0	22	71,0	
Evde Sağlık biriminde çalışma durumu					
Evet	36	35,0	67	65,0	0,246
Hayır	51	28,3	129	71,7	
Geriatri kliniğinde çalışma durumu					
Evet	22	30,1	51	69,9	0,89
Hayır	65	31,0	145	69,0	
Evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olma durumu					
Evet	8	27,6	21	72,4	0,697
Hayır	79	31,1	175	68,9	
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu					
Evet	64	29,6	152	70,4	0,464
Hayır	23	34,3	44	65,7	

Ki-kare yapılmıştır.

Cinsiyet, unvan, birinci basamak tecrübesi, meslekte geçirilen süre, evde sağlık biriminde çalışma durumu, geriatri kliniğinde çalışma durumu, asistanlık süresi, evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olması ve ailesinde herhangi birinde

kronik hastalık olma durumu istismar bildirimi durumu ile yasal yönergeler ve istismar bilgi düzeyine ilişkin sorulara beşten az veya fazla soruya doğru yanıt vermekle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre İstismar Hakkındaki Ve Yasal Yönergeler Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Özellikler	İstismar bilgi düzeyi ve yasal yönergeler				
	5 ve altı soruya doğru yanıt veren		5den fazla soruya doğru yanıt veren		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Kadın	46	23,0	154	77,0	0,843
Erkek	20	24,1	63	75,9	
Unvan					
Sözleşmeli aile hekimliği	14	29,2	34	70,8	0,293
Tam zamanlı Aile hekimliği	52	22,1	183	77,9	
Birinci basamak tecrübesi					
Evet	38	26,0	108	74,0	0,266
Hayır	28	20,4	109	79,6	
Meslek geçirilen süre					
5 yıl ve altı	50	23,8	160	76,2	0,742
5 yıldan uzun	16	21,9	57	78,1	
Asistanlık süresi					
1 yıl	32	27,1	86	72,9	0,418
2 yıl	16	25,0	48	75,0	
3 yıl	13	18,6	57	81,4	
3 yıl üzeri	5	16,1	26	83,9	
Evde Sağlık biriminde çalışma durumu					
Evet	24	23,3	79	76,7	0,995
Hayır	42	23,3	138	76,7	
Geriatri polikliniğinde çalışma durumu					
Evet	13	17,8	60	82,2	0,196
Hayır	53	25,2	157	74,8	
Evde birlikte yaşanan 65 yaş üstü birey olma durumu					
Evet	8	27,6	21	72,4	0,566
Hayır	58	22,8	196	77,2	
Ailesinde herhangi birinde kronik hastalık olma durumu					
Evet	47	21,8	169	78,21	0,264
Hayır	19	28,4	48	71,6	
İstismar bildiriminde bulunma durumu					
Evet	3	30	7	70	0,16
Hayır	63	23,1	210	76,9	

Ki-kare yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma yaşlanan dünya nüfusunun ve değişen toplum yapısının meydana getirdiği toplumsal ve tıbbi bir sorun olan yaşlı istismarına dikkat çekebilmek ve farkındalık oluşturabilmek amacıyla yapılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Türkiye’deki aile hekimleri üzerinde yaşlı istismarı farkındalığı, bilgi düzeyi ve aile hekimlerinin bu konudaki tutumlarıyla ilgili yapılan ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Aile Hekimleri, hastaların sağlık hizmetleri ile ilk temas noktasını oluşturur, kendilerine atanan ve kendilerini aile hekimi olarak seçen belirli bir nüfusun genel sağlık problemlerinin teşhisi, tedavisi, takibi ve olabildiğince çözümünden sorumludur. Bilindiği üzere yaşlı istismarının tespiti her zaman kolay değildir. Özellikle ekonomik istismar ve psikolojik istismar gibi bazı türleri daha da zor tespit edilir. Bu istismar türlerinin tanınması zaman ve tekrarlayan görüşmeler gerektirebilir. Aile hekiminin sorumlu olduğu nüfusla düzenli olarak belli aralıklarla görüşmesi hasta hekim ilişkisini güçlendirir ve bu ilişkiyi sağlık sisteminin geri kalanından özel kılar. Aile hekimleri bahsi geçen niteliklerinden dolayı her türlü istismarın şüphelenilmesi, tanınması ve ortaya çıkarılmasında muazzam bir pozisyonadadır. Literatürde farklı uzmanlık dallarındaki doktorlar, sağlık çalışanları ve aile hekimleri üzerinde yaşlı istismarının farkındalığı, teşhisi ve yetkililere bildirilme oranları üzerine yapılmış bazı çalışmalar vardır. Biz de Türkiye’deki aile hekimlerine yaşlı istismarının büyüklüğü ve yaygınlığı, tıbbi ve yasal konulardaki bilgi düzeylerini değerlendiren anket uygulayarak literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

Katılımcılara yöneltilen EASI’nin “Son 12 ay içerisinde yaşlı istismarı ile ilgili hastalarında, yetersiz göz teması, içe kapanık mizaç, yetersiz beslenme, hijyen sorunları, kesikler, çürükler, uygun olmayan giyim veya ilaçla tedaviye uyumsuzluk gibi istismar bulgularından herhangi birini fark edip etmediği” sorusuna %31,1 evet cevabı vermiştir. Mayıs 2016’da Malezya’da yapılan benzer bir çalışmada ise son 12 ay içerisinde doktorların karşılaştıkları yaşlı istismarı oranı %14 bulunmuştur(101). Buradaki fark kültürler arası farklılığa bağlı olabilir toplum yapısına bağlı olarak istismar algıları farklı olabilir. Bazı davranışlar bir toplumda psikolojik istismar olarak kabul edilirken bazılarında kabul edilmeyebilir, nesilden nesile aktarılan

kültürel şiddet anlayışı bu konuda önemlidir. Türkiye toplumunda geniş ailede yaşayan yaşlı hastalar emeklilik maaşı, yaşlılık aylığı gibi gelirlerini, çekebilecekleri banka kartlarını ailenin farklı bir bireyinde kalmasını isteyebilir ve kendisine yatan maaşı çekmesini ve bu parayı aile ekonomisi için kullanılmasını isteyebilir. Bu durum başka bir toplumda ekonomik istismar olarak kabul edilebilir. Ayrıca bazı toplumlarda fiziksel güç isteyen işlerde yaşlı bir çalışana düşük ücret verilebilir, bu durum toplumdan topluma farklı olarak algılanabilir. Bazı toplumlar bu durumu olağan kabul ederken, bazıları istismar kabul edebilir. Malezya’da ki çalışma da istismarın alt tiplerine yönelik spesifik cevaplar istenmişti, bizim çalışmamızda istismarın alt tiplerine ait spesifik bir cevap istenmemiştir, bu durumun da bu farkın oluşmasına katkı sağlamış olması muhtemeldir. Yaşlı hastalarda gözlenen, kesikler, çürükler, uygun olmayan giyim veya ilaçla tedaviye uyumsuzluk gibi bazı bulgular ev içi istenmeyen kazaların sonucu ya da fiziksel veya psikolojik hastalıklarla ilişkili olarak yorumlanıyor olabilir. Türkiye’de yaşlılarla istismar sıklığını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda ise farklı farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. 2014 yılında Daşbaşı’nın 309 yaşlı ile yaptığı çalışmada yaşlıların %70,9’unun herhangi bir türde veya birden fazla türde istismara maruz kaldığı saptanmıştır(1). 2019 yılında Ünlü’nün 385 yaşlı hasta ile yaptığı çalışmada yaşlıların %63,1’inin ekonomik istismara maruz kaldığı sonucu ortaya çıkmıştır(62). Baştuğun 2020 yılında Ankara’da üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğinde 65 yaş üstü 230 hasta ile yaptığı çalışmada ise yaşlı istismarı oranı %28,3 bulunmuştur(96). Artan’ın 1996 yılında İstanbul ilinde huzurevine girmek için başvuran 113 yaşlı ve yaşlı yakını ile yaptığı araştırmada yer alan yaşlıların %25,66’sının fiziksel istismara maruz kaldığı saptanmış, %60,3’ünün sözlü hakarete uğradığı saptanmıştır(44). Ergören ve ark.’nın jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda yaşlı istismarını saptamaya yönelik yaptıkları çalışmada, katılımcıların %22,6’sı yakınlarının onları yaralamaya ve zarar vermeye çalıştıklarını belirtmiştir(102). Bu çalışmalar ışığında son on iki ayda yaşlı istismarı bulgularına sahip hastaları fark ettiğini belirten aile hekimi oranının düşük olduğu söylenebilir. Bunun sebebi aile hekimliği asistanlarının yaşlı istismarı farkındalığının az olmasına yönelik yorumlanabilir. Ayrıca katılımcıların istismar algısı farklı olabilir, sadece fiziksel istismar tipini istismar olarak yorumlamış olabilirler, aile içinde yaşanan psikolojik, ekonomik ve diğer istismar çeşitlerini yaşlı bireye yönelik istismar olarak kabul etmemiş olabilirler. Diğer bir sebep olarak da çalışmanın yürütüldüğü dönemde 8 aydır devam

etmekte olan, tüm Dünya'yı saran ve şiddetli bir şekilde etkileyen covid-19 pandemisi akla gelebilir. Pandemi süresince hastanelere ve aile sağlığı merkez(ASM)'lerine başvuran hasta sayısının azalmasının yanı sıra hekimlerin covid-19 virüsüne yakalanma endişesine bağlı olarak doğrudan hastaların başvurularında ki şikayete odaklanmaları, öykü alma süresinin ve kapsamlı fiziksel muayenenin azalmasının da payı olduğu düşünülebilir. Sağlık sistemindeki rutin işleyişin değişmesi pek çok aile hekimliği asistanının covid-19 hastalarının olduğu poliklinik ve servislere ve filyasyon hizmetlerine görevlendirilmesine sebep olmuştur. Bu nedenle muayene edilen yaşlı hasta sayısı azalmıştır, bu da son 12 ayda fark edilen yaşlı istismarı oranının düşük olmasına katkı sağlamış olabilir. Aile Hekimliği asistanları "Geçmişe dönüp baktığınızda istismar edildiğini düşündüğünüz hastanız oldu mu" sorusuna ise %53,7 ile evet yanıtını vermiştir. Bu oran son 12 aydaki istismar bulgularını fark etme oranından yüksek olması sorgulanan hasta muayene geçmişinin daha uzun zamanı kapsamasına bağlı olarak muayene edilen hasta sayısının artması ile ilişkili olabilir. Ayrıca istismar bulgularını fark etme dışında hastalarda ihmal edilme ve ekonomik istismar ile duygusal istismara uğrama gibi belirtilerinin daha zor fark edildiği durumları göz önünde bulundurmuş olabilirler. Daha önce hiç istismar bildiriminde bulundunuz mu sorusuna hekimlerden %3,5'i (n=10) evet demiştir. Bu sonuç literatürdeki bilgilerle paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda da doktorların bildirim oranı düşük bulunmuştur. Ahmed ve arkadaşlarının çalışmasında hiçbir doktor istismar bildiriminde bulunmamıştır(101). Kennedy'nin aile hekimleri ve dahiliye doktorları üzerinde yaptığı çalışmada istismar şüphesi olan yaşlı hastaları ile ilgilendiklerini söyleyen doktorların %94'ü istismarı kanıtlayamadıklarını veya yetişkin koruma merkezine bildirmemeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir(13). Oswald ve arkadaşlarının aile hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada ise doktorların %49'u son 12 ayda yaşlı istismarı vakası ile karşılaştığını bildirmiş ve bu doktorların %54'ü geçen yıl gördükleri tüm yaşlı istismarı vakalarını Iowa İnsan Hizmetleri Birimi'ne bildirmiştir(103). Bu oran literatüre göre yüksektir ve Iowada'ki yasalar ve prosedürlerle ilgili olması muhtemeldir, ayrıca Iowada'ki aile hekimlerinin yaşlı istismarı hakkında farkındalığı ve bilgi düzeyinin de bu sonuca katkı sağlamış olması muhtemeldir. Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının İzmir'de acil servis hizmeti veren iki devlet hastanesi ile iki üniversite hastanesinde doktorlar ve diğer sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %86.4'ünün daha önce istismar teşhisinde

bulunduğunu belirtmiştir(7). Bu durumu istismara uğrayan hastaların acil servise daha sık başvurması ve acile başvuran istismar vakalarının şiddetinin fazla olması ile açıklamak mümkün olabilir. Bunların sonucunda acil servis personelinin de istismar konusunda hassasiyeti artmış olabilir.

Çalışmada “Yaşlı istismarını anlamak için tarama testi var mıdır?” sorusuna ise evet diyen katılımcı oranı %10’du, fikrim yok diyenler ise %77 idi. Buda katılımcıların tarama testinin varlığı hakkında yetersiz bilgiye sahip olduklarını gösterir. Yaşlı istismarı için EASI, AMA (American Medical Association- Amerikan Tıp Birliği), HS-EAST (Hwalek- Sengstock Yaşlı İstismar Tarama Testi) gibi yaygın kullanılan tarama testleri vardır. Bu testler yaşlı istismarından şüphelenilen durumlarda potansiyel istismar riskini sağlık çalışanlarının daha sağlıklı değerlendirmesini sağlar. Ayrıca hastanın gerekli merkezlere sevk konusunda daha çabuk karar verilmesine olanak tanır. Hasta hekim mahremiyeti çerçevesinde sorulan tarama soruları, hastanın hekime olan güvenini artırır, daha rahat hissettirerek samimi ve açık cevaplar vermesini ve istismarın daha kolay ortaya çıkmasını sağlar. Bu sebeple belirtileri zayıf olan istismar durumlarını ortaya çıkarabilmek için tarama sorularını bilmek ve istismar için risk faktörlerine sahip hastalara en ufak şüphe durumunda bu soruları sormak önemlidir. Hastayı muayene ederken dikkat edilecek husus herhangi bir istismar şüphesi bulgusu saptandığında, hastaya istismar şüphesini netleştirmek için sorular sorulmalıdır. Bunu yaparken toplumun kültürel ve sosyal yapısı göz önünde bulundurularak istismar teşhisi konulmalıdır. Tüm dünyada kabul görecektir ortak bir istismar tanımı oluşturmak zordur. Hastaya zarar vermeyen ve toplumca anormal görülmeyen davranışlar istismar olarak tanımlanmamalıdır. Yaşlı istismarı tarama testinin varlığı durumunda bu testi kullanacağını belirten katılımcı oranı %90,8’dir. Bu sonuç aile hekimliği asistanlarının istismarı ortaya çıkarmak konusunda istekli olduklarını gösterir. Bu durum yaşlı istismarı sorununun yaygınlığının ortaya çıkması ve genel sağlık politikalarının ve sosyal devlet düzeninin yaşlı istismarı sorununa yönelik önemli adımlar atması açısından değerlidir.

Katılımcılara yaşlı istismarı bilgi düzeylerini anlamaya yönelik sorular da yöneltilmiştir. Katılımcıların %82,7’si “Yaşlı kişiler fiziksel ve mental özelliklerinden dolayı acil servise sık başvuru yaparlar” önermesine katılıyorum

cevabını vermişlerdir. İstismara uğrayanlarda acile başvuru sıklığı artar, eğer yaşlı kişilerin acil servise başvurma sebebi fiziksel ve mental özelliklerine dayandırılırsa olası yaşlı istismarı vakalarının atlanmasına neden olur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%95,1) “Yaşlı kişinin vücudunda gözlenen morluklar ile bunların nasıl oluştuğu ile ilgili öykü arasındaki tutarsızlık olması yaşlı istismarını düşündürür” önermesine katılıyorum cevabını vermişlerdir. Mandıracıoğlunun çalışmasında da benzer önermeyi sağlık çalışanlarının çoğu istismarla kuvvetli şekilde ilişkilendirmiştir(104). Aile hekimliği asistanlarına yöneltilen diğer bir önerme ise “Yaşlı kişi ve bakıcı tarafından yapılan açıklamaların çelişmesi istismarı düşündürür” idi. Hekimlerin yüzde 96,1’i bu önermeye katıldıklarını ifade etmiştir. Bu cevap hekimlerin yaşlı bireylerin şikayetlerini dikkate aldığını ve yaşlıların mental kapasitelerinin yeterli olduğunu göz önünde bulundurduklarını gösterir. Katılımcılar “İstismara maruz kalan yaşlı kişinin tedavi için sağlık kuruluşuna başvurusunun gecikeceği” konusunda bilinçli bulunmuşlardır. Aile Hekimlerinin istismar bulgularını ve şüphelenilecek durumları bildikleri ancak hastaların sağlık merkezlerine başvurularında yaşlı istismarını öncelikli olarak düşünmedikleri görülmüştür.

Bu çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarının çoğunluğu yaşlı istismarı ile ilgili yasal konularla ilgili önermelerin yarısından fazlasına doğru cevaplar verdiler, ancak bilgi eksikliğinin olduğu önemli önermelerde vardı. Katılımcıların %70’i istismarı bildirmenin yasal zorunluluk olduğunu düşünüyorken hekimlerin yarısından fazlası şüpheli yaşlı istismarını bildirmemenin cezai yaptırım olup olmadığı konusunda fikirlerinin olmadığını belirttiler. Literatürde pek çok çalışmada sağlık profesyonelleri yasalar konusunda yetersiz bilgiye sahipti. Türkiye’de ki acil servis sağlık çalışanları yasal yükümlülüklerini bilme ve vakaları bildirme konularında iyi puan almamışlardır, İsrail’de 2010’da yapılan çalışmada da sağlık çalışanları yaşlı istismarı sorunları ve ilgili yasa ve yönetmelikler hakkında düşük düzeyde bilgi sahibiydi(104,105). Bunun önemli sebeplerinden birisi tıp fakültesinde yaşlı istismarı üzerine ders almamakla beraber, belirlenen net istismar prosedürlerinin olmaması ve yaşlı istismarının hem tıp camiasında hem de basında yeterince yer almaması olabilir.

Katılımcıların çoğunluğu (%70) “Türkiye’de tüm sağlık kuruluşlarında çalışan kişilerin yaşlı istismarını bildirmeleri yasal zorunluluktur” önermesine katıldığını belirtirken %39,2’si istismarı bildirmemenin cezai yaptırımını olduğuna katılıyordu. Bu iki önermedeki örtüşmeme de yasal konulardaki bilgi eksikliğini gösteriyordu. “Yaşlı istismarını yaşlı kişinin rızası olmadan bildirilmesi kişisel hakların ihlalidir” önermesine ise %57,2’si katılmadığını belirtmiştir. Bu şekilde düşünen katılımcılar istismarın bir suç olduğunu ve istismara uğrayanların mağdur ve zor durumda olup yardım bekleyen, arayan kişiler olduklarını düşünmeleri kaynaklı olabilir. Karşıt düşünceyi belirtenler ise 65 yaşın üzerindeki birçok kişinin kendilerini ifade edebilecek kişiler olup kendilerini savunacak güçleri olduğunu da düşünüyor olabilirler. Son düşünceyi benimsemeleri Aile Hekimlerinin istismar bildiriminde bulunmayı mağdurun kendisi yapabilecek iken doktorların yapmasının kişisel hak ihlaline girdiğini düşünüyor da olabilirler.

Hekimlerden %15,9’u “Bildirdiğim istismar vakasının asılsız çıkması halinde hakkımda dava açılabilir” önermesine katıldığını beyan etmiştir ve %46,3’ü ise fikri olmadığını söylemiştir. Bu konuyla alakalı dava açılmaz diye mevzuatta açık bir hüküm bulunamamıştır. Ancak Türk Ceza Kanu’nun kamu çalışanlarını ilgilendiren 279. maddesi ve sağlık çalışanlarını ilgilendiren 280. maddelerinde kamu görevlisinin işlenen bir suçu bildirmemesi durumunda hapis cezası alabileceği hükümleri mevcuttur. Bu bağlamda şüpheli bir durumda sağlık çalışanının istismarı düşündürülen semptom ve bulgular sonucunda istismara yönelik sorular sormalı, durumun gerçek bir istismar olup olmadığını, istismar olarak bildirmesi gerekip gerekmediğini, acil müdahale gerektirip gerektirmediğine karar vermeli bulguları ve şüpheleri belgelendirerek kolluk kuvvetlerine istismar şüphesini herhangi bir şahsı hedef almadan bildirmesi uygun bir davranış olacaktır. Aksine işlenen bir suçu bildirmemek hem etik olarak uygun değildir hem de yasalar önünde suçtur.

Katılımcıların istismar büyüklüğüne ilişkin algılarına yönelik önermelere verdiği cevaplara bakıldığında “Çoğu yaşlı istismarı vakası bir doktor veya başka sağlık çalışanı tarafından fark edilmez” İfadesine katılımcıların %68,2’si katıldığını belirtmiştir. Bu sonuç literatürdeki bazı çalışmalarla uyumluydu ve bu çalışmalarda benzer önermeye katılan doktorların oranı katılmayanlardan fazlaydı(101,103,106,107). Yaşlı istismarının geriatrik hastalar arasında önemli bir

sorun olduğunu düşünenlerin oranı ise %80,9' idi. Katılımcıların böyle yüksek bir oranda geriatrik hastalar arasında büyük bir sorun olduğunu düşünüp, yine tezat oluşturacak şekilde yaşlı istismarını doktor ve sağlık çalışanı tarafından fark edilmediğini düşünmeleri bilgi eksikliğinin yanı sıra yaşlı istismarının öncelikli olarak tıbbi bir sorun olarak görülmeyip, sosyal bir sorun olarak algılanmasına bağlı olabilir. Sağlık çalışanlarına düzenli aralıklarla eğitim verilmesi ile bu durum olumlu yönde değiştirilebilir.

Aile hekimlerinin, toplumdaki prevalansına uygun olarak her hastalığı görmesi ve ulaşımı kolay bir konumda olması sebebiyle, yaşlı istismarı hakkında tıbbi ve yasalarla ilgili eğitim almaları sonrasında gerçek yaşlı istismarı sıklığını ortaya koymada ve mücadelede eşsiz bir rollerinin olacağı yadsınamaz. Kennedy ve arkadaşlarının çalışmasında dahiliye doktorlarından daha fazla aile hekimi yaşlı istismarı vakasını belirlemişler ve istismarı önemli bir sorun olarak algılamışlardır(13). Mc. Creadie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaları tanıyan ve son iki haftada ev ziyareti yapan pratisyen doktorların istismar tespiti koyma olasılığı daha yüksekti(108).

Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarının %27,9'u yaşlı istismarının kırsal alanda kentsel alanlara göre daha fazla olduğunu düşünüyordu. Türkiye'de bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Dündar ER.'nin 2003 yılında Manisa kırsalında yaptığı çalışmada yaşlı istismarı sıklığı %8 bulunmuştur(82). Bu sonuç Türkiye'de büyük çoğunlukla kentlerde yapılan diğer yaşlı istismarı çalışmalarında bulunan istismara uğrayan yaşlı yüzdesine göre düşüktür. Kırsal ve kentsel ayrımını yapabilmek için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Ahmed ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin çoğu, yaşlı istismarının kırsal alanlarda daha yaygın olduğunu düşünmemiş ve doktorların çoğu kırsal alanda daha yaygın olduğundan emin olamamışlardır(1). Çalışmamızda da doktorların %37,8'inin bu konuda fikri yoktu. Bu çalışmada kırsalda yaşlı istismarının daha az olduğunu düşünen katılımcılar yaşlıların kırsalda sosyal hayatının daha fazla olduğunu, benzer yaştaki erişkinler ile sık sık görüştiklerini sohbet ettiklerini düşünmüş olabilirler. Kırsal alanda yaşlılar otoritelerini yaşlanmalarına rağmen korurlar ve aile büyüğü olarak danışılan pozisyonda olduklarından saygınlıkları yüksektir. Ayrıca yapılacak kötü davranış küçük merkezlerde tüm yöre halkına

hızlıca yayılacağından istismarcı açısından yöre halkının da olumsuz tepkisi ile karşılaşılma durumu istismarı azaltan bir faktör olabilir. Kırsal alanda daha fazla istismar olduğunu düşünenler ise kırsaldaki yaşlıların kamu hizmetlerinin verildiği binalara daha az gitmek durumunda kalması istismara uğrayan bir yaşlının kamu görevlisi tarafından görülmesinin ve istismarın fark edilmesinin daha zor olacağını düşünmüş olabilirler. Bu iddia sağlık hizmetlerinin verildiği alanlar için gerçekçi olmayabilir. Jogerst ve arkadaşları çalışmalarında kırsal alanda (2.500'den az nüfus) çalışan hekimlerin yaşlı istismarını bildirme olasılıklarının arttığını gösteren bir sonuca ulaşmışlardır(109). Yaşlı istismarının çoğunlukla yaşlının yakınları tarafından yapıldığı birçok çalışmada ulaşılan sonuçtur. Kırsal alanda yaşlıların daha yüksek oranda çocukları ve diğer akrabaları ile birlikte yaşadığı da bir gerçektir. Bu da kırsalda istismarın daha yüksek olduğu düşüncesini destekler. Önemli noktalardan birisi de yöre halkının istismar kapsamına giren davranışları, olağan davranışlar olarak kabul etme eğilimi olabilir. Bu yüzden yaşlı istismarı sadece tıbbi bir sorun değil, sosyal ve toplumsal sorun olarak görülmelidir.

Katılımcıların %63,3'ü yaşlı istismarının Türkiye'de ciddi bir sorun olmadığına katılmıyorlardı. Bu düşünce Mandıracıoğlu'nun dört hastanenin acil servis sağlık çalışanları ile yaptığı 2006 yılındaki çalışmayla uyumlu değildir. Mandıracıoğlu'nun çalışmasında acil servis çalışanlarının %75'i Türkiye'de yaşlı istismarının yaygın olmadığını düşünüyorlardı(104). Bu farklılığın sebebi acil servislerin çok yoğun olması fiziksel istismar dışındaki psikolojik ve ekonomik istismar türlerine odaklanacak zamanın olmaması olabilir. Aynı hastayı daha sakin ortamda ve yeterince zaman ayırarak görme fırsatı olan aile hekimleri bu konuda avantajlıdır. Pek çok istismar durumunda belirtiler aşık ar olmayabilir, ayırıcı tanıda istismar olasılığı akılda tutulmalı ve detaylı bir sorgulama yapılmalıdır. Bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını ciddi bir sorun olarak görse de kendi hasta popölasyonlarında önemli bir sorun olarak görmemiştir ve bazı çalışmalarda katılımcıların azınlığı yaşlı istismarını yaygın bir sorun olarak görüyordu(13,105,110). Bizim çalışmamızda ise bu çalışmalardan farklı olarak aile hekimliği asistanları istismarın yaygın bir problem olduğunu düşünüyordu.

Çalışmamıza katılan aile hekimliği asistanları "istismarı bildirip bildirmeme durumum istismarın şiddetine bağlıdır" önermesine %71,4 oranında katılmadıklarını

belirtmişlerdir. Ahmed ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer bir önermede istismarı bildirmenin şiddetine bağlı olmadığını belirten doktor sayısı, şiddetine bağlı olduğunu söyleyenin yaklaşık iki katıydı(101). İstismarı bildirme durumum yasal olarak güvenliğimin sağlanmasına bağlıdır diyenlerin oranı %55,8'dir. İstismar konusunun aile içinde çözülmesi en iyisidir diyen aile hekimliği asistanı oranı ise %4,9 idi ve %85,5'i bu ifadeye katılmıyordu. Bu bağlamda aile hekimliği asistanlarının çoğunluğunun istismarı görmezden gelmeyeceği söylenebilir. İstismarı aile içinde halledilebilecek bir durum olarak kabul etmemeleri uzun süre devam eden istismar durumunun morbidite ve mortalite oranlarını arttırdığı düşünüldüğünde önem arz etmektedir.

Aile hekimliği asistanlarının %90,8'i yaşlı istismarının bildirilmesinin kendilerinin sorumluluklarında olduğunu düşünüyordu. Buna rağmen istismarı bildirme sıklığı %3,5' idi. İstismarın bu derece az bildirilmesinin sebebi, öncelikle istismarı tanıyamama ve istismarla ilgili yasal prosedürlerdeki bilgi eksikliği olabilir. Bunun dışında bildirmeye istekli olmalarına rağmen hukuk sürecine dahil olmak istememeleri, mağdurun istismarı inkar edeceğinden çekinmeleri, istismarcı tarafından tehdit edilme olasılığı ve can güvenliklerinin tehlikeye girmesi konusunda kaygılanmaları da sebepler arasında olabilir. Hekimlerin istismarı bildirmesi durumunda bunun istismarı uygulayan kişiyi daha da kızdıracak ve sonucunda mağdurun durumunun daha da kötüleşeceğinden korkmaları da bildirmemenin olası sebeplerinden biridir. İstismar ile karşılaşmış bile olsa yaşlının yakınları ile konuşarak sorunu çözmeye çalışmış olabilir. Bildirim yapması durumunda aile ile olan hekim hasta ilişkisini bozulabileceğinden ve olayların kötüye gideceğinden de hekimler çekinmiş olabilir.

Kennedy ve arkadaşlarının çalışmasında istismara uğradığından şüphelendikleri vakalarının olduğunu belirten doktorların neredeyse %94'ü, istismarın gerçekleştiğini kanıtlayamadıklarını veya sonuçlarını bir yetişkin koruma hizmetleri kurumuna bildirmemeyi seçtiklerini bildirmiştir. Kötü muameleyi bildirmeme nedenleri, istismarın net olmayan belirtiler içermesi (%44); mağdurun kötü muameleyi reddetmesi (%23) ve hekimin prosedürleri bilmemesi (%21) ve yasaları, tanımları bildirme veya topluluk kaynaklarına nasıl erişileceği konusunda kararsız olması (%10) diğer nedenler (%2) olarak sıralanmıştı(13). İtalya'da

Graziamaria Corbi ve arkadaşlarının iki üniversite hastanesinde de Geriatri ve İç hastalıkları servislerinde çalışan personel üzerinde yaptığı çalışmada şaşırtıcı bir şekilde, hem şüpheli hem de tanık vakalarda, sağlık personeli herhangi bir işlem yapmamış, olayı kamu makamlarına veya yetişkin koruyucu hizmet kuruluşlarına bildirmemiştir. Böyle bir sonucu bilginin yokluğu ve personelin yasal olarak dahil olma korkusuna bağlamışlardır(111). Almogue A. ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların çoğu, şüpheli vakaları bildirmemenin ana nedeninin yasal olarak dahil olma isteksizliği olduğuna inanıyordu(105). Oswald RA'nın çalışmasında hekimlerin yaşlı istismarı bildirmemelerinin en sık öne sürdükleri nedenler mağdurun istismarı reddetmesi, diğer yetkililer tarafından istismar bildirilmesi, ziyaret sırasında istismar belirtilerinin tanınmaması ve mağdurun bağımlı bir yetişkin olmamasıydı(103). 65 yaş üzerindeki istismara uğrayan yaşlı toplumda fonksiyonel, kognitif ve ekonomik olarak bağımsız yaşıyor ise, hekim istismarı yetkililere bildirmenin hastanın kendi sorumluluğunda olduğunu düşünebilir. Türkiye'de acil servis çalışanları ile yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının çoğu, istismarla ilgili semptomlarını bildirmenin yaşlı kişinin sorumluluğu olduğuna inanıyordu, Iowa'da ki çalışmada aile hekimleri mağdurun bağımlı bir yetişkin olmamasını istismarı bildirmeme sebeplerinden biri olarak belirtmişlerdir(103,104). Bu tarz vakaların tıbbi bir durum olmadığı görüşüne hâkim olan doktorlar istismarla ilgilenme sorumluluğunun devletin başka kurumlarına ait olduğu fikrine sahip olabilirler. Bu etmenlerin sonucunda istismar bildirimi ve yönetimi ile ilgili sade anlaşılır kılavuzlara ihtiyaç vardır. Sağlık çalışanları arasında ve kamu çalışanları arasında merkeziyetçi bir yapının altında işbirliğine dayalı bir sistem oluşturulmalıdır. Tek bir merkezde istismar verilerinin toplanması istenilen bildirim sayısına ulaşılmasını en azından sayının artmasını sağlayabilir. ABD'de Mukherjee D.'nin yaptığı 2011 yılında yaptığı çalışmada eyaletlerdeki yaşlı istismarını bildirme sistemleri incelenmiştir. Çalışmada merkeziyetçi sistem, merkezi olmayan sistem ve karma sistem incelenmiştir. Ayrıca multidisipliner çalışma sisteminin de etkileri incelenmiştir. Merkezi bir yaşlı istismarı raporlama modeline sahip eyaletler, tüm eyaletin raporları alması için tek bir yardım hattı numarası verir. Merkezi olmayan bir modelde, şehir, ilçe ve bölgesel düzeylerde raporları alan ve bağımsız olarak çalışan birden çok sistem ve yardım hattı vardır. Bazı durumlarda, merkezi olmayan kuruluşlar, bildirilen vakalarının çetelesini herhangi bir merkezi otoriteye veya diğer merkeziyetçi kuruluşlara bile paylaşmaz. Karma model, kötüye kullanım vakaları hakkında çeşitli bilgiler elde

etmek için merkezi olmayan mekanizmalarla merkezi bir koordinasyon sistemini asimile ederek hem merkezi hem de merkezi olmayan sistemlerden en iyi olanı içerir. Çocuk istismarı bildirim sistemlerine ilişkin literatür, hizmet sunumunun merkezileştirilmesinin, raporlama oranlarını iyileştirdiğini ve yetkilendirilmiş rapor bildirenler ile raporlama otoriteleri arasındaki koordinasyonu geliştirdiğini göstermektedir. Hibrit ve merkezi raporlama modeli arasındaki raporlama oranı modellerinde pek bir fark bulamadı. Hibrit veya merkezi raporlama modelini izleyen eyaletlerin çoğuna rağmen, bildirilen yaşlı istismarı vakalarının ulusal ortalaması, düşük kalmaktadır. Bunun sebebi yaşlılara adli, yasal, sosyal ve sağlık hizmetleri sunan zorunlu bildirim kuruluşları arasında yaşlı istismarının tanımı konusundaki anlaşmazlık boyutunda yatmaktadır. Bu tanımsal değişiklik, hizmet sağlayıcılar arasındaki koordinasyonu engeller ve böylece raporlama oranlarını düşürür. APS(Yetişkin Koruma Hizmetleri)'nin, sorunun evrensel bir tanımı üzerinde kendileri mutabık kalmadıklarında çeşitli hizmet sağlayıcılar arasında raporlamayı koordine etmesi zorlaşır. Multidisipliner ekipleri istihdam eden ilçeler de bildirilen taciz vakalarının daha yüksek oranlarını kaydetti. Multidisipliner ekiplere sahip ilçeler, multidisipliner ekipler istihdam etmeyen ilçeler için 1.000 yaşlı yetişkin başına 4.8 olan raporlama oranına kıyasla, ortalama olarak belirli bir bölgedeki 1.000 yaşlı yetişkin başına 9,4 yaşlı istismarı bildirme oranına sahipti(112). Bu sonuçlar doğrultusunda sistemlerin verimliliği ve multidisipliner ekiplerin etkinliği hala araştırılan bir konudur. Türkiye’de resmi kurumların tek bir merkezden yönetilmesi sebebiyle, istismarı rapor edebilecek kurumlar arası koordinasyonu sağlayan tek ve kolay anlaşılan bir tanım oluşturmak nispeten daha kolaydır. Uygulaması kolay olan raporlama yönergesi ve tek bir merkezi sistem ortaya konması yaşlılarda istismarı ele alma ve yönetmede, doktorların yanı sıra diğer sorumlu devlet kurumu yetkililerince bildirim oranını arttırabilir. Katılımcıların %48,4’ü istismarı bildirmeleri durumunda değişiklik olmayacağı önermesine katılmıyorlardı bulgularımız literatür ile uyumluydu. Corbi ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ve Ahmed ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da doktorlar istismarı bildirmenin bir işe yaramayacağı önermesine benzer oranda katılmıyorlardı(101,111).

Çalışmamızda %66,1’lik bir grup ise yaşlı istismarını doktorların etkili bir şekilde müdahale edebileceği bir sorun olarak görüyorlardı. Kennedy ve arkadaşlarının çalışmasında yanıt veren hekimlerin %75’inden fazlası yaşlı

istismarının hekimlerin etkili bir şekilde müdahale edebileceği bir sorun olduğunu düşünüyor ve %78'i birinci basamak hekimlerinin diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarından (diğer tüm doktor olmayan tıbbi sağlayıcılar dahil) daha iyi aile içi şiddeti ortaya çıkaracağını düşünüyordu, ayrıca, hekimlerin yalnızca %65'i, birinci basamak hekimlerinin yaşlılara kötü muamele mağdurlarını en iyi şekilde yönetebilecekleri konusunda hemfikirdi(13). Ahmed ve arkadaşlarının çalışmasında da doktor ve hemşirelerin yaşlı istismarı ile etkili bir şekilde mücadele edeceğini düşünen doktor sayısı, düşünmeyenlerin iki katından fazlaydı(101). Pek çok çalışmada sağlık çalışanları ve doktorlar istismar sorunu ile etkin mücadele edebileceğini belirtiyor. Bu durum dikkate alınarak istismar konusunda hekimlere ve sağlık çalışanlarına yönelik mücadele yönlerini etkili kılmak için eğitim, istismar yönetimi kılavuzları oluşturulması ve yasal konular gibi durumlarda önemli adımlar atılmalıdır.

Araştırmamıza katılan aile hekimliği asistanlarının %94,3'ü sağlık çalışanlarına yaşlı istismarı konusunda daha fazla eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyordu. İstismarı ve ihmal teşhis etme konusunda yeterli eğitim almadığını ifade edenlerin oranı ise %85'2 idi. Bu sonuç katılımcılardaki bilgi eksikliği olabileceği düşüncesini destekliyordu. Ahmed'in ve arkadaşlarının çalışmasında da hem doktorlar hem de hemşireler arasında bilgi düzeyleri ile çalışılan yıl süresinde korelasyon yoktu, iş deneyimi süresiyle telafi edilemeyen yaşlı istismarı ve ihmal konusundaki yetersizlik eğitim eksikliğini vurgulamaya devam ediyordu(101). Saveman ve arkadaşlarının İsveç'te pratisyen hekimler üzerinde yaptığı çalışmada da hekimlerin yaşlı istismarı hakkında bilgi eksikliği, pratisyen hekimlerin çoğunluğunun istismar konusunda verilecek eğitimin faydalı olacağını düşünmeleri gibi benzer bulgular vardı. Saveman ve arkadaşları "Yaşlı istismarı pratisyen hekimler için yüksek bir öncelik olmasa bile, doktorlar bu tür istismarı tespit etmek için benzersiz bir durumdadır. Şüpheli bir vakayı başka birine, ona yüksek öncelik verebilecek ve harekete geçme sorumluluğu olan birine havale edebilmeleri faydalı olabilir" kanısındaydılar(113). Kennedy'nin çalışmasında hekimlerin neredeyse tamamı (%98) yaşlılarda kötü muamele konusunda hekimleri eğitmek için daha fazla şey yapılması gerektiğini belirtirken, % 96'sı yaşlı istismarının tedavisi ve uzun vadeli yönetimi konularının tıp eğitimine dahil edilmesi gerektiğini belirtmiştir(13). İtalya'da ki çalışmada çalışmayı yürütenler eğitim ve öğretimin, yaşlı istismarını

önlemek, onurlu ve anlamlı bir yaşam hakkını teşvik etmek için hala en iyi araç olduğu sonucuna varmışlar(111). Cooper ve arkadaşlarının 2012 yılında Psikiyatri stajyerleri üzerinde yapmış oldukları müdahale çalışmasında, katılımcılar başlangıca göre KAMA (Yaşlı İstismarı Bilgi ve Yönetimi)'da daha yüksek puanlar aldılar ve müdahaleden hemen sonra daha kesin olarak istismar ve muhtemel istismar içeren durumları belirlediler. Yaşlı istismarının nasıl yönetileceği ve tespit edileceğine dair bilgi, eğitim müdahalesinden sonra önemli ölçüde arttı ve istismarı yönetme konusundaki güveni de müdahaleden üç ay sonra, üç ay öncesine göre daha yüksekti. Bununla birlikte eğitim müdahalesi sonrası kursiyerlerin konu hakkında daha çok bilgi sahibi olmasına rağmen yaşlılara ve bakıcılarına istismar hakkında soru sorma sıklığında artış yoktu. Bu sonuç müdahalelerin kısa ve öğretici olmasına rağmen bilgi ve farkındalığı değiştirdiğini, ancak davranışı değiştirmediğini gösteriyordu(114). Buradan hekimlere istismarın bildirimi konusunda bilgi eğitimi verilirken, beceri eğitiminin de verilmesi gerekliliği anlaşılabılır.

Bu çalışmaya katılan aile hekimliği asistanları EASI'deki soruları hastalarına sorma oranları ilk soru hariç kalan 4 soru için %62,2 ile %66,8 aralığında hiçbir zaman sormuyorum şeklindeydi. Yine aynı soruların aile hekimliği asistanları tarafından her zaman sorulma oranı %2,5 ile %3,9 aralığındaydı. EASI'nin ilk sorusu ise tam olarak istismarı ortaya çıkarmaktan ziyade hasta için büyük bir risk faktörü olan hastanın başkasına bağımlılığını ölçmeye yönelik bir soru olduğu için her zaman soruyorum diyen hekim oranı %7,4 iken hiçbir zaman sormuyorum diye yanıtlayan katılımcı oranı ise ilk 4 soruya göre çok daha düşüktü ve %35,3 idi. Bizim çalışmamıza katılan hekimler içinde sonuç benzerdi ve yaşlı istismarı düşünülüyor olsa bile sorgulanmıyordu. Bu durum yaşlı istismarının hekimler tarafından ciddi ve yaygın bir sorun olarak algılanmasına rağmen bildirim oranının çok düşük olmasını açıklayabilecek faktörlerden birisidir. Kennedy ve Jones J.' nin çalışmalarında da doktorların çok azı rutin olarak yaşlılara istismar hakkında doğrudan sorular soruyordu.(13,107) Oswald RA. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile hekimlerinin yüzde 78'i şüpheli aile içi yaşlı istismarı vakalarını ve %63'ü kurumsal yaşlı istismarı vakalarını nereye bildireceğini biliyordu. Hekimlerin %49'u geçen yıl içinde yaşlı istismarı vakaları gözlemlemiştir ve bu doktorların %54'ü geçen yıl gördükleri tüm yaşlı istismarı vakalarını Iowa İnsan Hizmetleri Birimi'ne bildirmiştir. Yanıt veren hekimlerin yüzde 92'si istismar bildiriminin zorunlu olduğu

Iowa eyaletinde, bildirim için gerekli eğitime katılmıştır. Hastalara yaşlı istismarı hakkında doğrudan sorular sormak ve bilgi ölçeğine göre tahmin edilen yaşlı istismarı bilgisi, hekimin yaşlı istismarını bildirmesiyle anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Yaşlı istismarı ile ilgili eyalet yasaları ve yetkileri hakkındaki bilgi, görülen yaşlı istismarı vakalarını bildirme olasılığıyla ilişkili olsa da, bu bilgi bir doktorun tespit ettiği yaşlı istismarı vakalarının sayısını artırmıyor şeklindeydi. Yaşlı istismarı vakalarının belirlenmesinde ve bildirilmesinde en önemli faktör, yaşlı istismarı hakkında bilgi sahibi olmak değil, tüm yaşlı hastalara yaşlı istismarı ile ilgili doğrudan sorular sorma gibi görünmektedir(103).

Literatürden ulaştığımız çalışmaların sonuçlarından çıkardığımız fikir şu ki, tıbbi ve yasal bilgi istismarı belirlemede ve bildirmede önemlidir. Tıp camiasında giderek büyüyen bir sorun olan yaşlı istismarına daha fazla yer verilmelidir, tıp eğitiminde yaşlı istismarı konusu yeterli ilgiyi görmeli ve dersleri verilmelidir. Tek başına bilgi ise ne sadece istismarı belirlemede ne de bildirim oranını istenilen seviyeye çıkarmada yeterli değildir. Risk faktörü altında olan yaşlıları bilmek önemlidir ve istismara yönelik sorgulama yapmak pek çok istismarın ortaya çıkmasında en önemli adımdır. Hastalarla muayene ve öykü alma esnasında yalnız kalmak istismarın açığa çıkması için önemli olabilir, böylece hastalara istismar hakkında daha rahat soru sorulabilir ve cevap alınabilir. Hekimlerin hastaları ve yakınlarını gücendirmeden ve rahatça sorgulama yapabilmesi için yaşlı istismarının toplum sorunu olarak basında ve kamuoyunda ve tıp eğitiminde daha fazla yer alması gereklidir. Mezuniyet sonrası da belli aralıklarla sağlık çalışanlarının eğitiminde yaşlı istismarına yönelik eğitimler vermek hekimlerin süreci kendilerine güvenerek yönetmelerinde şüphesiz katkı sağlayacaktır. Ayrıca hekimlerin yasal sürece daha az dahil olmasını sağlayacak, istismar durumları için özel kurulacak ve asıl sorumluluğu ve süreci üstlenecek kamu merkezlerinin açılması istismar sürecine ve hekimlerin istismarı bu merkeze bildirmesine önemli ölçüde katkı ve fayda sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılan hekimlerin çevrelerinde 65 yaş üstü istismara uğrayan bireye şahit olma durumu asistanlık süresi ve geriatri kliniğinde çalışma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p=0,016$) buna karşılık meslekte geçirilen süre ile anlamlı ilişki bulunmamıştır Almague ve arkadaşlarının İsrail’de birisi genel hastane diğeri geriatri hastanesi olmak üzere iki farklı hastanede hemşireler ve doktorlar

üzerinde yaptıkları çalışmada yaşlı istismarı hakkında iyi düzeyde bilgi sahibi olan kişiler, yaşlı istismarı ile ilgili kanunlar ve protokoller hakkında da iyi düzeyde bilgiye sahipti. Mesleki deneyim, geriatrik deneyim, yaşlı istismarına yönelik bilgi ve tutumlar arasında veya bilgi ve tutumlar arasında başka bir ilişki bulamamışlardı. Ancak, geriatrik hastane çalışanları genel hastane çalışanlarına göre daha iyi tutumlara sahipti(105). Asistanlıkta daha fazla süre geçirmiş, eğitim almış kişiler aile hekimliği yaklaşımını kazanmasının yanı sıra, asistanlık eğitiminde geçen süreyle ilişkili olarak geriatride rotasyon eğitimi alanların sayısı daha fazladır. Böylece aile hekimliği kimliğinin yanına geriatrist yaklaşımının eklenmesi, geriatrik hastaya yaklaşımda artılar kazandırmıştır diyebiliriz.

Çalışmamızda cinsiyet, birinci basamak tecrübesi, meslekte geçirilen süre, evde sağlık biriminde çalışma durumu, geriatri kliniğinde çalışma durumu ve asistanlıkta aldıkları eğitim süreleri, evde yaşayan 65 yaş üstü bireyin olması ile son 12 ay içinde istismar bulguları olan bir hasta fark etme durumu arasında istatistiksel bir anlamlılık çıkmamıştır. Bu sonuç İtalya'daki çalışmayla benzerlik taşıyordu, o çalışmada da meslekler, genel ve geriatrik hastane çalışanları veya yılların deneyimi arasında önemli bir fark bulunmadı(111). Burada dikkat edilecek husus bir önceki önermede çevrelerindeki 65 yaş üzerinde istismara uğrayanı fark etme ile geriatri kliniğinde çalışma ve asistanlıktaki süreleri arasında anlamlı ilişki çıkarken hastalarında istismar bulgularını tespit etmede anlamlı ilişki çıkmamasıdır. Bunu da asistanların yoğun iş stresi altında hastaneye gelen yaşlıların asıl olarak tıbbi sorunlarına ve geliş şikayetlerine yoğunlaşmalarından ve istismarı sorgulamamalarından kaynaklanıyor olabilir. Aile hekimi asistanları çok sayıdaki hastayı muayene edebilmek ve işlerini yetiştirmek için acele etmek durumunda kalıyor olabilirler. Ahmed ve arkadaşlarının çalışmasında doktorların %41'i istismarı sorgulamak için yeterli zamanları olmadığını belirtmişti(101). Ayrıca istismarı hala öncelikli olarak tıbbi bir sorun kabul etmeme durumları da var olabilir. Fiziksel istismar dışındaki istismar bulgularının daha belirsiz olması, ortaya çıkması için sorgulamaya ihtiyaç duyulması, hekimlerin açık şekilde belli olmayan istismarı hastalarına karşı sorgulamada isteksiz olması gibi durumlar bu sonuçlarda etkili olmuş olabilir. Covid-19 pandemisinin patlak vermesi ile muayeneye gelen hasta sayısının azalması ve muayenelerin daha kısa tutulmasının da rol oynadığı yadsınamaz.

Asistanlık süresi üç yıl ve üzeri olan asistanların istismar vakalarını bildirme oranı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0,005$). Bildirimde bulunan 10 kişiden sekiz tanesi asistanlık eğitimlerinin üç yıl ve üzerinde bir süresinde yer alıyorlardı. ve meslek süreleri göz önünde bulundurulduğunda ise bildirimde bulunan kişilerin yedi tanesinin meslek tecrübesi beş yıl ve daha az şeklindeydi. Asistanların mesleki deneyimlerinin beş yıldan daha az bir süre olmasına rağmen asistanlık eğitimlerinin 3. Yılı ve üzerinde olmasına bakılacak olursa asistanlık eğitiminin istismar bildirimini pozitif yönde etkilediği kabul edilebilir.

Katılımcıların istismar bildirme durumları cinsiyet durumuna göre erkeklerin bildirme oranı daha yüksekti ve istatistiksel olarak anlamlı çıktı ($p=0,008$). Cinsiyet konusundaki istatistiksel anlamlılık için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Yaşlı istismarı geriatrik hastalar arasında önemli bir sorundur önermesinde kadın cinsiyet lehine istatistiksel bir anlamlılık söz konusuydu ($p=0,002$) bunu toplumsal dinamikler altında çocuklar ve geriatrik ebeveynler ile ilgili bakımı ve sorumluluğu daha çok kız evlatların, kadın eşlerin ve gelinlerin üstlenmesi olabilir. Daşbaşı S.'nin çalışmasında ve literatürde bakıldığında bulunan çalışmalarda aile ortamında yaşlının bakımı konusunda yaşlı bireyin eşi ve çocukları üzerinde odaklanıldığı ve yaşlının bakımını birincil olarak üstlenenlerin yaşlı bireyin eşi, kız çocukları ve gelinlerinin olduğu görülmektedir(1).

Meslekte geçirilen süreyle ilgilide beş yıl ve daha az sürede olanların yaşlı istismarını geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun görmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0,002$). Bu durum tıp fakültesinden mezun olmalarından fazla süre geçmemesi bilgilerinin hala taze olması ve üzerine asistanlık eğitimi eklemeleri ile alakalı olabilir. Karşıt olarak beş yıldan uzun süre mesleki tecrübeye sahip asistanların çoğunluğu da istismarı önemli bir sorun olarak görüyor. İstismarı beş yıldan az süre mesleki deneyimi olan aile hekimliği asistanlarına göre daha az önemli sorun görmelerinin sebebi, daha uzun yıllar hizmet vermelerine rağmen istismar vakalarını yeterince tespit edememiş olmaları olabilir.

“Yaşlı istismarı vakalarını bildirmenin sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” önermesinde mesleki deneyimde istatistiksel anlamlılık

bulunmuştur($p=0,013$). Mesleki deneyimi 5 yıldan uzun olan asistanlar %83,6 oranında katılmıyorum derken, fikrim yok diyenlerin oranı ise %16,4 tür, 5 yıldan kısa olanlar ise %93,3 oranında katılmıyorum demiştir, fikri olmadığını belirten ise %6,7'dir. Beş yıldan daha uzun süre çalışmış olan hekimlerin mesleki tecrübesi ve mesleki yıpranma durumunun daha fazla olduğu düşünülecek olursa, daha fazla mesleki sorumluluk kabul etmek istemiyor olabilirler. Aile hekimlerinin istismar gibi hem tıbbi hem de sosyal sorun olarak kabul edilecek durumlarla mücadelede daha fazla ve etkin bir şekilde rol alabilmesi için aile hekimlerinin akla gelebilecek ilk sorunu olan çok sayıdaki çeşitli sağlık raporları gibi iş yüklerinde düzenlemeler yapılabilir. Kadın cinsiyetin büyük çoğunluğu erkek cinsiyete göre daha yüksek bir oranda istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,015$) olarak yaşlı istismarı vakalarını bildiriminin sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir önermesine katılmıyordu. Bugüne kadar istismar bildiriminde bulunma önermesine verilen cevaplarda istismar bildirimini erkek cinsiyet lehine anlamlıydı, bu durumun açıklanabilmesi için bu konu hakkında yapılacak araştırmalara gerek vardır.

Katılımcılara yöneltilen “Meslektaşlarımdan çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirdiğini düşünmüyorum” önermesinde meslekte geçirilen sürede istatistiksel anlamlılık çıkmıştır($p=0,012$). Beş yıldan uzun süre mesleki deneyimi olanlar %57,5 katılmıyorum demiştir, beş yıldan kısa süre mesleki deneyimi olan katılımcılar %73,3 oranında katılmıyorum şeklinde yanıtlamıştır. Bunun da sebebi meslekte geçirilen süre ile doğru orantılı olarak istismar bildirimini yapan sağlık çalışanı ile karşılaşma ihtimallerinin artması düşünülebilir.

İstismar bulguları, algıları ve yasal yönergelerle ilgili bilgi düzeylerinde ise mesleki deneyim, unvan, birinci basamakta çalışmak, geriatri kliniğinde ve evde sağlık hizmetlerinde çalışmayla alakalı istatistiksel bir anlamlılık çıkmamıştır.

Türkiye’de 2018 yılındaki sağlık bakanlığı verilerine göre 26.252 aile hekimliği birimi bulunmaktadır. 2018 yılında aile hekimliğine müracaat sayısı 258.436.607 olmuştur. Bu sayı 2018 yılındaki sağlık merkezlerine yapılan tüm müracaatların yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. 2014 yılındaki aile hekimlerine yapılan başvuru sayısı 214.120.750’dir. Dört senede aile hekimliğine yapılan müracaat sayısı yaklaşık olarak %21 artmıştır(115). Aile hekimliği sisteminin ve aile hekimlerinin sağlık sistemindeki payı artmaktadır. Bu istatistikler ışığında Aile

Hekimlerinin istismar konusunda mesleki yeterliliklerini ve bilgi seviyesini iyileştirmek, hukuksal alanda yapılacak olan düzenlemeler ve istismarın bildirimi için oluşturulacak kurumlar veya var olan ilgili kurumlardaki iyileştirmeler ile birlikte, Aile Hekimleri böyle bir sorunla mücadele de kilit rol oynayacaktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların dörtte biri sosyal çevrelerinde 65 yaş üstü bireyin istismar edildiğine şahit olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarının yaklaşık üçte biri son 12 ay içerisinde hastalarında, yetersiz göz teması, içe kapanık mizaç, yetersiz beslenme, hijyen sorunları, kesikler, çürükler, uygun olmayan giyim veya ilaçla tedaviye uyumsuzluk gibi yaşlı istismarı bulgularının bazılarını fark ettiğini beyan etmiştir. Katılımcıların Türkiye'deki istismar oranını göz önünde bulundurduğumuzda istismar teşhis oranı düşüktü. Teşhis oranını arttırmaya yönelik adımların atılmasının gerekliliği ortadadır.

Araştırmaya katılan aile hekimliği asistanlarından bugüne kadar istismar bildiriminde bulunma sıklığı literatürdeki çalışmalarla benzer olarak düşüktü. Bildirimlerin artırılması için öncelikle istismar teşhisinin öncelikli tıp sorunu olarak ele alınması ve sorgulanmasının artırılması gereklidir, teşhis ve bildirim için eğitimin yanı sıra, merkezi ve multidisipliner bir sisteme ihtiyaç vardır. Yaşlı istismarının tek bir merkezden yürütülmesini sağlayacak kurumların kurulması faydalı olabilir. Yönergeler oluşturulmalı ve aile hekimlerinin muayene odalarında gerekirse bulunmalıdır.

Katılımcıların çoğunluğu güvenliklerinin sağlanması halinde bildirim yapacaklarını söylemektedir. Hekimlerin istismar bildiriminden sonra ki süreçte mümkün olduğunca yasal süreçten uzak tutulması ve güvenlikleri hukuki olarak sağlanmalıdır. Bu adımlar yaşlı istismarını bildirmenin sorumluluklarında olduğunu bilen ve istismarla etkili mücadele edebileceklerini düşünen aile hekimlerinin istismarın teşhisini ve bildirilmesini yükseltebilir. Böylece tıbbi ve toplumsal sorun olan yaşlı istismarı ile daha etkili bir mücadele yapılabilir.

Aile hekimliği asistanlarının çoğunluğu, yaşlı istismarı vakalarının genellikle bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı tarafından fark edilmeyeceğini düşünüyordu. Yaşlı istismarı konusunun tıp eğitiminde, toplumda ve basında yeterince yer almaması, bu duruma zemin hazırladığı düşünülebilir. Aynı zamanda sosyal bir sorun olması sebebiyle toplumda farkındalık da artırılmalı, basında daha fazla yer almalıdır.

Katılımcıların çoğunluğu yaşlı istismarı tarama testinin varlığını bilmiyordu, büyük çoğunluğu EASI'deki soruları hastalarına hiçbir zaman sormadıklarını belirtmiştir. Hekimlerin tarama sorularını bilmemesinin sorgulamalarının az olmasına neden olduğu söylenebilir. Aile Hekimliği asistanlarının büyük bir çoğunluğu yaşlı istismarını anlamak için tarama testi olduğu takdirde bu testi kullanacaklarını belirtmiştir. İstismar sorularının hastalara sorulması teşhisin en önemli ayaklarından biridir. Yaşlı istismarının sorgulanmasının azlığı paralel olarak teşhisinde azlığına neden olur. Hekimler istismarın ortaya çıkması için poliklinik şartlarında fazla vakit almayan ve hatırlanması kolay olan tarama sorularını sorabilirler. Hekimler bu konuda teşvik edilmelidir. Hastayı değerlendirirken, istismar olasılığını hatırlamak ve hastalara istismara yönelik soru sorarken kolaylık açısından poliklinikte ya da bilgisayarda tarama sorularının göz önünde bulundurulması faydalı olabilir.

Aile Hekimleri kendilerini özel kılan kurdukları hekim hasta ilişkisi ve bütüncül yaklaşım gereği, istismar şüphesi durumunda, istismar olayını etraflıca ele almalı, bildirmeye yönelik bir adım atmadan önce, istismarı uygulayan kişilerin durumunu da değerlendirmelidir. İstismarı uygulayan kişilerin psikolojik veya keyif verici maddelere bağımlılık problemleri olabilir. Mümkünse bu durumu tedavi ederek veya uygun bir yolla çözmeli çözemediği durumlarda gerekli yönlendirmeleri yapacak donanıma sahip olmalıdır. Aile ile bu durumun çözümü hakkında motivasyonel görüşmeler planlayabilir.

Her ne kadar Aile Hekimliği asistanları, yaşlı istismarı bilgisini ölçmeye yönelik önermelere çoğunlukla doğru yanıt verilmiş olsa da, istismar teşhis oranı düşüktü, önermelere doğru cevap verilmesi tek başına bilgi seviyesinin iyi olduğunu yansıtmadığı söylenebilir. Tıp fakültelerinde ve meslek hayatında eğitim gerekliliği katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından belirtilmiştir, bu sebeple aile hekimliği asistanlarının istismar konusunu yönetmekte kendilerine güvenmedikleri şeklinde yorum yapılabilir.

Asistanlık süresi daha uzun olanların kısa süre çalışanlara göre, geriatri kliniğinde çalışmış olanların çalışmayanlara göre çevresinde 65 yaş üstü bireyin istismarına şahit olduğunu ifade etme durumunun da arttığı bulunmuştur. Geriatri rotasyonunun hekimlere geriatrik hastaya yaklaşım ve istismarı tanıma konusunda

faydalı olduğu ve asistanlık eğitimiyle beraber mesleki yeteneklerinin iyileştiği söylenebilir.

Cinsiyet ile istismar bildiriminde bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Cinsiyetle ilgili bu istatistiksel anlamlılık durumu için yaşlı istismarı ile ilgili tutumlar konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Asistanlık eğitiminde geçirilen zamanla bildirim arasında pozitif bir ilişki vardı, asistanlık eğitiminin yaşlı istismarı vakalarına yaklaşıma katkı sağladığı düşünülebilir.

Cinsiyet ve yaşlı istismarının geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun olduğunu düşünme konusunda, kadın cinsiyet lehine istatistiksel anlamlılık vardı. Toplumsal dinamikler gereği kadın cinsiyetin aile içi çocuk ve yaşlı bakımı ile daha fazla alakadar olması bu sonucun çıkmasına neden olduğu yorumlanabilir, daha net bir yorum için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Meslekte geçirilen süre ile yaşlı istismarının geriatrik hastalar arasında önemli bir sorun olduğunu düşünme konusunda ters oranda bir ilişki saptanmıştır. Meslekte daha deneyimli olan hekimlerin yılların verdiği tecrübe ile bu konuda daha doğru bir fikir beyan etmiş olabilir ancak meslekte geçirilen süre ile istismar teşhisi arasında bir ilişki bulunmamış olması bu konuda soru işareti bırakmaktadır. Nihayetinde iki grupta istismarı önemli bir sorun olarak görüyordu. Meslek hayatında hekimlere tekrarlayan eğitimlerin verilmesi meslekteki geçirilen süreyle istismar sorunun yaygınlığı ve ciddiyeti konusunda hekimlerin daha iyi bir görüş beyan etmesi olasılığını arttıracaktır.

Katılımcıların meslekte geçirdiği süre ile “yaşlı istismarı vakalarını bildirmek sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir” ifadesine katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Meslekte geçirilen süre istatistiksel olarak anlamlıydı, farklılığın sebebi mesleki yıpranmışlık ile alakalı olabilir. Aile Hekimlerinin iş yüklerindeki düzenleme ile işteki verimliliğin artırılması sağlanabilir. İstismar durumları için asistanlık eğitimlerinde adli tıp rotasyonu getirilebilir ve geriatri rotasyonunun süresi uzatılabilir.

Meslekte geçirilen süre “meslektaşlarımın çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirmediğini düşünüyorum” ifadesine katılma oranı azalıyordu. Meslekte geçirilen süre ile istismar bildirimini ile karşılaşılma ihtimali doğal olarak artmaktadır bu sonuç böyle açıklanabilir, daha sağlıklı bir yorum yapabilmek için istismar teşhis oranının yüksek seviyelere çıkarılabilmesi lazımdır.

Özetleyecek olursak, Ankara ilinde Aile Hekimliği asistanları ile yaptığımız bu çalışmada Aile Hekimleri, istismarın bulguları, belirtileri konusunda ve yasal konularla ilgili yöneltilen önermelere verdikleri cevaplara göre bilgileri iyi seviyedeydi. Ancak istismarın teşhisi, bildirimini için aynı şey söylenemezdi. Hekimler istismar konusunda yeterli eğitim aldıklarını düşünmüyorlardı. Katılımcıların çoğunluğu tıp fakültesinde istismar eğitiminin olması gerektiğini belirttiler. Aile hekimlerinin sayısı ve birinci basamağa yapılan müracaat sayısı ve aile sağlık merkezlerinin ulaşım kolaylığı dikkate alındığında Aile hekimleri, şüpheli yaşlı istismarı vakalarına tanı koyma ve müdahale etme açısından ayrıcalıklı bir konuma sahiptirler. Aynı zamanda, tarama ve erken tanı açısından da primer muhataptırlar ve istismarın ipuçlarını gözden kaçırmamaları ve bildirim mekanizmalarına da vakıf olmaları beklenmektedir. Eğitimlerde hekimlere, muayene esnasında hastalara baş başa iken istismara yönelik doğrudan sorular sorulmasına yönelik hatırlatmalar önemli olacaktır. Bu doğrultuda, yaşlı istismarı konusunda farkındalık için hizmet içi eğitimler düzenlenmesi çok önemlidir. İstismar bildirim oranını arttırmak ne tür adımlar atılması konusuna öncelik ve önem verilmelidir. Bildirimi arttırabilmek için hekimlerin yasal süreçten uzak tutulması, güvenliklerinin sağlanması ve şüphelendiklerinde kolay takip edebilecekleri kılavuzlar ve yönergeler hazırlanması, bildirim yapabilecekleri yaşlı istismarı üzerine spesifik bir merkezin oluşturulması gibi adımlar atılabilir. Hekimler ile birlikte diğer sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler verilmesi ve iş birliğinin arttırılması hekimlerin ve sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı konusunda elini güçlendirecektir. Cinsiyet ve meslekteki sürelerle ilgili çıkan anlamlı sonuçlar için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar öncesinde yaşlı istismarı ile ilgili önerdiğimiz adımların atılması çalışmaların sonuçlarını daha anlamlı kılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Daşbaşı S. 65 Yaş Üstü Bireylerin Aile İçi Yaşlı İstismarı Konusundaki Değerlendirmeleri. 2014 [a.yer 21 Ekim 2020]; Erişim adresi: <http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/2539>
2. Nazlı A. Yaşlanma, birey ve toplum: Yaşlanmaya sosyolojik bakış. Ege Tıp Derg [İnternet]. 01 Eylül 2016 [a.yer 19 Ağustos 2020];55(0). Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.19161/etd.344195>
3. Artan T. Türkiye de Yaşlı İstismarına Genel Bir Bakış. 2013 [a.yer 08 Kasım 2020]; Erişim adresi: <https://avesis.istanbulc.edu.tr/yayin/13235126-4507-4306-a420-1aa6f80b8e56/turkiye-de-yasli-istismarina-genel-bir-bakis>
4. Softa H. EVDE VE HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARIN FİZYOLOJİK, PSİKOLOJİK VE SOSYAL YÖNDEN İNCELENMESİ. Yaşlı Sorunları Araşt Derg. 20 Aralık 2015;8(2).
5. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ. Yaşlı Sorunları Araşt Derg. 15 Haziran 2015;8(1).
6. Özyer H. Yaşlılık sorunu ve bir çözüm olarak huzurevi (Konya Dr. İsmail Işık huzurevi örneği) [İnternet] [Thesis]. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2016 [a.yer 23 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/4367>
7. yaslanma_teorileri_ve_geriatrik_degerledirme.pdf [İnternet]. [a.yer 22 Ekim 2020]. Erişim adresi: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/yaslanma_teorileri_ve_geriatrik_degerledirme.pdf
8. yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf [İnternet]. [a.yer 11 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
9. Çuhadar SG, Lordoğlu K. DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE YAŞLANMA VE SORUNLAR. :18.

<https://www.turkiyeklinikleri.com/journal/aile-hekimligi-ozel-konular/191/tr-index.html>

22. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Derg. 2012;51(1):21-9.
23. ÜNLÜOĞLU İ. Aile Hekimliği Disiplininde Örgütlülük ve Kazanımlar.
24. Çağlayaner H. Aile hekimliği. Çağaloğlu, İstanbul: İletişim Yayınları; 1995.
25. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C.,. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. Musa Dayı Sok. No: 7 Kat: 3 Dölek İş Merkezi Mecidiyeköy / İstanbul: Akademi Yayınevi; 2012.
26. Aile Hekimliği Nedir? - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği [İnternet]. [a.yer 23 Aralık 2020]. Erişim adresi: <https://www.tahud.org.tr/page/aile-hekimli%C4%9Fi-nedir>
27. Definition EURACTshort version revised 2011.pdf [İnternet]. [a.yer 24 Aralık 2020]. Erişim adresi: <https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%202011.pdf>
28. WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Derneği Yayın – 4. 2011;
29. Yerli G. YAŞLILIK DÖNEMİ ÖZELLİKLERİ VE YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL HİZMETLER. J Int Soc Res. 25 Ekim 2017;10(52):1278-87.
30. Turkish Journal of Geriatrics [İnternet]. [a.yer 17 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <http://geriatri.dergisi.org/text.php?&id=310>
31. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. :3.
32. Şenol D, Erdem S. YAŞLILIK VE YAŞLI KADINLARDA HUZUREVİ ALGISI: NİTEL BİR ÇALIŞMA. Kırıkkale Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2017;7(2):31-50.
33. TEZCAN S, SEÇKİNER P. Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi. Yaşlı Sağlığı. 2012;1.

34. Ageing and health [Internet]. [a.yer 18 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
35. KALAYCI İ, ÖZKUL M. GELENEKSEL KALABİLSEM MODERN OLABİLSEM: MODERNLEŞME SÜRECİNDE YAŞLILIK DENEYİMLERİ. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg. 2017;8(18):90-110.
36. Bulduk EÖ. YAŞLILIK VE TOPLUMSAL DEĞİŞİM. 2014;8.
37. Müftüler HG. İstanbul’da Yaşlılık ve Yaşlılığın Yapısal Değişimi. 2018;23.
38. Bloom DE, Jimenez E, Rosenberg L. Social protection of older people. Glob Popul Ageing Peril Promise. 2012;83.
39. Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. 2011;26.
40. Akyüz N, Çapcıoğlu İ. Din sosyolojisi: el kitabı. Grafiker; 2012.
41. Galip AKIN|1. Turkish Journal of Geriatrics. Turk J Geriatr [Internet]. 01 Aralık 2001 [a.yer 21 Ağustos 2020];5(2). Erişim adresi: <http://geriatri.dergisi.org/abstract.php?lang=en&id=128>
42. Tezcan M. Toplumsal değişme ve yaşlılık. Ank Üniversitesi Eğitim Bilim Fakültesi Derg. 1982;15(2):169-77.
43. Victor CR. Old Age in Modern Society: A textbook of social gerontology. Springer; 2013. 270 s.
44. ARTAN TANER. AİLE İÇİ FİZİKSEL YAŞLI İSTİSMARI [YÜKSEK LİSANS TEZİ]. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı; 1996.
45. Thane P. Social histories of old age and aging. J Soc Hist. 2003;37(1):93-111.
46. Binstock RH, George LK, Cutler SJ, Hendricks J, Schulz JH. Handbook of Aging and the Social Sciences. Elsevier; 2011. 542 s.
47. PhD DVLB, PhD K-DK, PhD GM, PhD K-SE. Aging in East and West: Families, States, and the Elderly. Springer Publishing Company; 2000. 313 s.
48. Halsall JP, Cook IG. Ageing in the Middle East and North Africa: A Contemporary Perspective. Popul Horiz. 2017;14(2):39-46.

49. Sarıkavak K. Türk-İslam Geleneğinde Yaşlılara Verilen Değer. Ahi Evran Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 24 Aralık 2017;3(2):281-7.
50. ARTAN DDT. YAŞLILIK VE SOSYAL HİZMET. Erişim adresi: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/sosyalhizmetler_ao/yaslilikvesoshiz.pdf
51. Müdürlüğü TCA Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı | Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İnternet Hizmetleri Şubesi, Başkanlığı BİD. Engelli ve Yaslı Hizmetleri [İnternet]. [a.yer 02 Eylül 2020]. Erişim adresi: <http://ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/yayinlar/raporlar/engelli-ve-yasli-hizmetleri/>
52. Tuncel G, Uzun H. TÜRKİYE’DE YAŞLILARA YÖNELİK SOSYAL POLİTİKALAR ÜZERİNE BİR İNCELEME. Fırat Üniversitesi Uluslar İktisadi Ve İdari Bilim Derg. 31 Aralık 2019;3(2):309-34.
53. Küçükardalı Y. SEMİYOLOJİ. 2. bs. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 477-501 s.
54. Kayısı A. İç hastalıkları (semyoloji). 6. bs. İstanbul: Alfa; 2010.
55. Çiftçi A. Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı ve Tedavi. 1. bs. C. 1. Ankaara: Nobel tıp; 985-989 s.
56. Bickley LS, Szilagyi PG, Karan MA. Bates’ fizik muayene ve anamnez alma kılavuzu. 2015.
57. Sloane PD. Aile Hekimliğinin Esasları. 6. bs. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2015.
58. Papadakis MA. 2016 GÜNCEL Tıbbi Tanı ve Tedavi LANGE. 54. bs. Halk sk. 5/ A Yenışehir/ ANKARA: AKADEMİSYEN TIP KİTABEVİ;
59. temel_gerontoloji.pdf [İnternet]. [a.yer 01 Eylül 2020]. Erişim adresi: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/temel_gerontoloji.pdf
60. Eyüboğlu C, Kartal M, Şişli Z. Yaşam Döngüsünde Yaşlılığın Psikolojik Boyutu. J Turk Fam Physician. 10 Mart 2012;3(1):18-22.
61. St-Onge M-P, Gallagher D. Body composition changes with aging: the cause or the result of alterations in metabolic rate and macronutrient oxidation? Nutrition. 2010;26(2):152-5.

62. Ünlü D. Yaşlıların ekonomik istismara maruz kalma durumlarının incelenmesi: İstanbul Bahçelievler örneği. Examination of the cases of economic abuse of the elderly: İstanbul Bahçelievler example [Internet]. 2019 [a.yer 12 Ekim 2020]; Erişim adresi: <http://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12436/1468>
63. Owsley C. Aging and vision. Vision Res. 2011;51(13):1610-22.
64. Karakaş S. Yaşlanmanın anatomisi. J Turk Fam Physician. 2012;3(1):23-9.
65. An R, Wilms E, Masclee AAM, Smidt H, Zoetendal EG, Jonkers D. Age-dependent changes in GI physiology and microbiota: time to reconsider? Gut. 01 Aralık 2018;67(12):2213-22.
66. Radovits T, Szabó G, Merkely B. Ageing-associated changes in cardiovascular structure and function in apparent health. Interv Med Appl Sci. 01 Mart 2011;3(1):27-31.
67. AKDENİZ M, KAVUKCU E, TEKSAN A. Yaşlanmaya Bağlı Fizyolojik Değişiklikler ve Kliniğe Yansımaları. Turk Klin Fam Med-Spec Top. 2019;10(3):1-15.
68. Alama MN. Aging-Related Changes of the Cardiovascular System. J Health Environ Res. 2017;3(2):27.
69. Physiological Features of Aging Persons | Geriatrics | JAMA Surgery | JAMA Network [Internet]. [a.yer 07 Eylül 2020]. Erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/395665>
70. Durso SC, Bowker LK, editörler. Oxford American handbook of geriatric medicine. New York: Oxford University Press; 2010. 786 s. (Oxford American handbooks).
71. Ono S, Aosasa S, Tsujimoto H, Ueno C, Mochizuki H. Increased monocyte activation in elderly patients after surgical stress. Eur Surg Res. 2001;33(1):33-8.
72. Özen Çınar İ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Prev Med Bull [Internet]. 2008 [a.yer 12 Ekim 2020]; Erişim adresi: <http://acikerisim.pau.edu.tr:8080/xmlui/handle/11499/27508>

73. Kurt G, Erkol DZ. YAŞLILARIN SORUNLARI VE YAŞAM MEMNUNİYETİ. Turk J Forensic Med. 24(2):8.
74. GÜRER A, ÇIRPAN FK, ÖZLEN NA. Yaşlı Bakım Hizmetleri. Sağlık Hizmetleri Ve Eğitimi Derg. 2013;3(1):1-6.
75. yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf [İnternet]. [a.yer 18 Şubat 2021]. Erişim adresi: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>
76. 1.5.2828.pdf [İnternet]. [a.yer 16 Ekim 2020]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2828.pdf>
77. anayasa_2018.pdf [İnternet]. [a.yer 15 Ekim 2020]. Erişim adresi: https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf
78. AKDEMİR N. Yaşlı istismarı ve ihmali. Hacet Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg. 2008;15(1):68-75.
79. Kıssal A, Beşer A. Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull. 2009;8(4):357-64.
80. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen MS, Açıkalin A, Bilen A. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 01 Eylül 2013;22(3):393-407.
81. Abuse of older people on the rise – 1 in 6 affected [Internet]. [a.yer 27 Ekim 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
82. Fadiloğlu Ç, Şenuzun Aykar F. Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. Ege Tıp Derg. 01 Ekim 2012;51:0-0.
83. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, vd. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. Am J Public Health. 2010;100(2):292-7.
84. Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-González F, Ioannidi-Kapolou E, Melchiorre MG, vd. Elder abuse and socioeconomic inequalities: a multilevel study in 7 European countries. Prev Med. 2014;61:42-7.

85. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. N Engl J Med. 12 Kasım 2015;373(20):1947-56.
86. YILDIRIM YK. Yaşlı istismarı ve önlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşire Fakültesi Derg. 2005;21(1):167-74.
87. Turhan S, Güncan F, Ercan M, Erkoyuncu G. YAŞLI İHMALİ VE İSTİSMARI. Sos Araştırmalar Ve Önetim Derg. 01 Nisan 2019;(1):28-43.
88. Yaşar N. YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ. Sağlık Akad Kastamonu. 28 Ağustos 2017;2(2):100-11.
89. Erden Ş, Boz H. Türkiye’de Yaşlı İstismarı ve İhmali. Ank Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecn. 2018;71(3):100-5.
90. Tatara T, Kuzmeskus LB, Duckhorn E, Bivens L, Thomas C, Gertig J, vd. The National Elder Abuse Incidence Study. :136.
91. Blundell B. Elder Abuse Protocol: Guidelines for Action. 2017 Ara.
92. National Elder Abuse Incidence Study (1998) | ACL Administration for Community Living [Internet]. [a.yer 21 Ekim 2020]. Erişim adresi: <https://acl.gov/programs/elder-justice/national-elder-abuse-incidence-study-1998>
93. Longfellow HW. For age is opportunity no less than youth itself, though in another dress. And as the evening twilight fades away The sky is filled with stars, invisible by day. :30.
94. Lok N. Elder Abuse and Neglect in Turkey: A Systematic Review. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry. 2014;1.
95. Artan T. HUZUREVİNDE KALMAKTA OLAN YAŞLILARDA AİLE İÇİ İSTİSMAR. J Soc Soc Work. 2013;24(2).
96. Baştuğ E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş Üstü Hastaların Yaşlı İstismarı Açısından Değerlendirilmesi [İnternet]. 2020 [a.yer 18 Ocak 2021]. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
97. Çiftçi H, Daştan NB, Kaya F. ACİL SERVİSİN BİLİNMEYEN-GÖRÜLMİYENİ: YAŞLI İSTİSMARI. STED Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 10 Haziran 2020;29(3):213-20.

98. T [Internet]. [a.yer 04 Kasım 2020]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm>
99. MCISc MJYM, PhD CW, MSW ML, MSc DW. Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. J Elder Abuse Negl. 12 Haziran 2008;20(3):276-300.
100. Elder Abuse Suspicion Index © (EASI) [Internet]. Department of Family Medicine. [a.yer 19 Ocak 2021]. Erişim adresi: <https://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder>
101. Ahmed A, Choo W-Y, Othman S, Hairi NN, Hairi FM, Mohd Mydin FH, vd. Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey. J Elder Abuse Negl. 2016;28(3):163-77.
102. Ergöner AT, Can İ, Toprak G. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda yaşlı istismarı. Adli Psikiyatri Derg. 2007;4(2):13-8.
103. Oswald RA, Jogerst GJ, Daly JM, Bentler SE. Iowa family physician's reporting of elder abuse. J Elder Abuse Negl. 2005;16(2):75-88.
104. Mandiracioglu A, Govsa F, Celikli S, Yildirim GO. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. Arch Gerontol Geriatr. 2006;43(2):267-76.
105. Almogue A, Weiss A, Marcus E-L, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. Arch Gerontol Geriatr. 01 Temmuz 2010;51(1):86-91.
106. Clark-Daniels CL, Daniels RS, Baumhover LA. Abuse and neglect of the elderly: are emergency department personnel aware of mandatory reporting laws? Ann Emerg Med. 1990;19(9):970-7.
107. Jones JS, Veenstra TR, Seamon JP, Krohmer J. Elder mistreatment: national survey of emergency physicians. Ann Emerg Med. 1997;30(4):473-9.
108. McCreadie C, Bennett G, Tinker A. General practitioners' knowledge and experience of the abuse of older people in the community: report of an exploratory research study in the inner-London borough of Tower Hamlets. Br J Gen Pract. 1998;48(435):1687-8.

109. Jogerst GJ, Dawson JD, Hartz AJ, Ely JW, Schweitzer LA. Community characteristics associated with elder abuse. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(5):513-8.
110. Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V. Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(3):403.
111. Corbi G, Grattagliano I, Sabbà C, Fiore G, Spina S, Ferrara N, vd. Elder abuse: Perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. *Intern Emerg Med.* 2019;14(4):549-55.
112. Mukherjee D. Organizational structures of elder abuse reporting systems. *Adm Soc Work.* 2011;35(5):517-31.
113. Saveman B-I, Sandvide Å. Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. *Scand J Caring Sci.* 2001;15(3):244-9.
114. Cooper C, Huzzey L, Livingston G. The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(9):1447.
115. Bakanligi TCS. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Yayınlanmıştır. [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanligi. [a.yer 27 Şubat 2021]. Erişim adresi: /TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html

8. EKLER

8.1. Etik Kurul Onayı



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ



Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği bölümü akademisyenlerinden Dr.Murat Akdağ'ın, Ankara'daki Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde Eğitim Gören Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinin Yaşlı İstismarı Hakkındaki Bilgi Ve Tutumlarının Belirlenmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir.(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.



Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.



Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.



AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2020 – 346
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	16.06.2020
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	09.07.2020 – 36
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

İMZA

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

Üye

Prof. Dr. Tekin AKDEMİR

Üye

Prof. Dr. Muharrem KILIÇ

Üye

Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR

Üye

Doç. Dr. Behlül TOKUR

Üye

Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nimet YILDIRIM TIRGİL

Üye

8.2. Anket Soruları

ANKARA'DAKİ ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE EĞİTİM GÖREN AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN YAŞLI İSTİSMARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Ankara'daki eğitim araştırma ve üniversite hastanelerindeki eğitim gören aile hekimliği araştırma görevlilerinin yaşlı istismarı hakkındaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Araştırmaya katılmanız tamamen isteğinize bağlıdır. Sorulara samimiyetle yanıt vermeniz ve soruların tümünü cevaplamanız, araştırma sonuçlarının doğruluğu için önemlidir.

Vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak, yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Araştırma Ekibi

Arş. Gör. Dr. Murat Akdağ

Tez Danışmanları: Doç. Dr. Kamile Sılay

Doç. Dr. Aylin Baydar Artantaş

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum () Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum ()

1.Asistanlık durumunuz? Tam zamanlı () Sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı ()

2.Cinsiyet Kadın () Erkek ()

3.Yaşınız.....

4.Medeni durumunuz Evli () Bekar ()

5.Çalışmakta olduğunuz kurum.....

6.Mesleğinizin kaçınıcı yılındasınız?.....

7.Daha önce 1.basamak sağlık kuruluşunda görev yaptınız mı? Evet () Hayır ()

8.Aile hekimliği asistanlığınızın kaçınıcı yılındasınız?

0-1 () 1-2 () 2-3 () 3 ve üzeri ()

9.Asistanlığınız süresince evde sağlık hizmeti biriminde çalıştınız mı? Evet () Hayır ()

10.Asistanlığınız süresince Geriatri polikliniğinde veya servisinde çalıştınız mı? Evet () Hayır ()

11.Evde birlikte yaşadığınız 65 yaş üstü aile üyesi var mı? Evet () Hayır ()

12.Ailenizde herhangi birinin kronik rahatsızlığı var mı? Evet () Hayır ()

	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum
31.Yaşlı istismarı geriatrik hastalar arasında önemli bir sorundur.			
32.Yaşlı istismarı kırsal alanda kentsel alanlara göre daha yaygındır			
33.Türkiye'de yaşlı istismarının ciddi bir sorun olmadığını düşünüyorum			
34.İstismarı bildirip bildirmeme durumum istismarın şiddetine bağlıdır.			
35.İstismarı bildirme durumum yasal olarak güvenliğin sağlanmasına bağlıdır.			
36.İstismarı bildirmem halinde durumda herhangi bir değişiklik olmayacaktır.			
37.Bu tür konuların aile içinde çözülmesi en iyisidir.			
38.Yaşlı istismarı vakalarını bildirmek bir sağlık çalışanı olarak benim sorumluluğumda değildir			
39.Yaşlı istismarı doktorların etkili bir şekilde müdahale edebileceği bir sorundur.			
40.İstismar edilen kişiyi bir bakım evine yerleştirmek sorunun çözümüne yardımcı olur.			
41.Meslektaşlarının çoğunun yaşlı istismarı vakalarını bildirmedeğini düşünüyorum.			
42.Sağlık çalışanlarına yaşlı istismarı ve ihmali konusunda daha fazla eğitim verilmelidir.			
43.Yaşlı istismarı ve ihmalinin tedavisine tıp eğitiminde daha fazla önem verilmelidir.			
44.Yaşlı istismarını ve ihmali teşhis etme konusunda yeterli eğitim almadığımı düşünüyorum			

Aşağıdaki soruları 65 yaş ve üstü hastalara sorma sıklığınızı belirtiniz.

	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
45.Şunlardan herhangi birisi için başkalarına bel bağladığınız oldu mu: yıkanma, giyinme, alışveriş, banka işlemleri veya yemek?			
46.Herhangi bir kişi yemek yemenizi, giyinmenizi, ilaç almanızı, gözlük takmanızı, işitme cihazı kullanmanızı, tıbbi bakım almanızı veya istediğiniz kişilerle birlikte olmanızı engelledi mi?			
47.Herhangi bir kişi sizinle, kendinizi utanmış veya tehdit edilmiş gibi hissettirecek şekilde konuştuğu için üzüldünüz mü?			
48.Herhangi bir kişi sizi, istemediğiniz halde, kâğıt imzalamaya veya paranızı kullanmaya zorlamaya çalıştı mı?			
49. Herhangi bir kişi sizi korkuttu mu, istemediğiniz şekilde size dokundu mu veya size fiziksel olarak zarar verdi mi?			

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz...

9. ÖZGEÇMİŞ

Murat AKDAĞ 1987 yılında Kütahya'nın Simav ilçesinde doğmuştur. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimlerini Simav'da tamamlamıştır. 2005 yılında Balıkesir Üniversitesi Necatibey Eğitim Fakültesi Matematik Öğretmenliği Bölümüne başlamış, buradaki eğitiminden 2008 yılında ayrılmıştır. 2008 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesinde Tıp eğitimine başlamıştır. Tıp Fakültesindeki eğitimini 2014 yılında tamamlayıp, mezun olmuştur. 2014 yılında mecburi hizmet görevi için Kütahya'nın Domaniç ilçesine atanmıştır. Buradaki görevinden 2015 yılı mart ayında ayrılmıştır. 2015 yılının kasım ayında mecburi hizmet görevi için Ağrı'nın Hamur ilçesine atanmıştır. Buradaki görevinden 2016 yılında ayrılıp Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalına başlamıştır. 2016-2018 yıllarında burada çalışmıştır. 2018 yılında Anatomi Anabilim Dalı görevinden ayrıldıktan sonra Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında göreve başlamıştır. 2018 yılından itibaren aynı görevde hizmet vermeye devam etmektedir. Evli ve bir kız çocuk babasıdır.