



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN DAHİLİYE
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN GERİATRİK
HASTALARDA İHMAL, İSTİSMAR DURUMUNUN VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. MEHMET CAN ERİŞEN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. ÖZLEM KARAARSLAN CENGİZ

MERSİN-2024



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN DAHİLİYE
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN GERİATRİK
HASTALARDA İHMAL, İSTİSMAR DURUMUNUN VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. MEHMET CAN ERİŞEN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. ÖZLEM KARAARSLAN CENGİZ

MERSİN-2024

TEŐEKKÖR

Tez danışmanım olarak bu çalışmanın planlanması, sürdürölmesi ve sonuçlandırılmasında büyük desteği ve emeği olan değerli hocam Doç. Dr. Özlern Karaarslan Cengiz'e,

Tıp faköltesi ve asistanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve tecrübelerini benimle paylaştıkları ve gösterdikleri özveri için Mersin Üniversitesi Tıp Faköltesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki saygıdeğer hocalarıma,

Hayat arkadaşım, her zorlukta benimle birlikte mücadele eden canım eşim Dr. Kübra Karaaslan Erişen'e,

Hayatta her zaman ve her koşulda yanımda olup, bugünlere gelmemdeki en büyük paya sahip olan biricik annem Bengi Erişen'e ve sevgili babam Atila Erişen'e,

Teőekkör ve minnetlerimi sunarım.

Dr. Mehmet Can Erişen

İÇİNDEKİLER

ÖZET	5
ABSTRACT	7
1 GİRİŞ VE AMAÇ	9
2 GENEL BİLGİLER.....	10
2.1 Yaşlılık Kavramı.....	10
2.2 Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus.....	10
2.3 Yaşlı İhmali ve İstismarı.....	11
2.4 Geriatrik Sendromlar	28
2.5 Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme.....	31
3 GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1 Örneklem	33
3.2 Veri Toplama Yöntemi	34
3.3 Hastaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Anketler ve Ölçekler	35
3.4 Araştırmanın Etik Yönü.....	51
3.5 İstatistiksel Analiz Yöntemi	52
4 BULGULAR	53
5 TARTIŞMA.....	66
6 SONUÇ ve ÖNERİLER.....	75
KAYNAKLAR.....	77
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	88
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	89
TABLolar DİZİNİ	90

ÖZET

Giriş ve Amaç: İhmal ve istismar yaşlı popülasyonda tespit edilmesi zor olmasına rağmen sık görülen, yaşlıyı klinik ve psikolojik olarak son derece olumsuz etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızda bir üniversite hastanesinin dahiliye polikliniklerine başvuran geriatric hastalarda ihmal ve istismar durumunun ve bu durum ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 30.02.2023 ve 01.01.2024 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları polikliniklerine ayaktan başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan hastalar rastgele örneklem yöntemi ile dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile anket ve ölçekler uygulanmıştır. Tüm hastalara kapsamlı geriatric değerlendirme yapılmıştır. İhmal ve istismar vakalarının değerlendirilmesi için Geriatric İstismar Ölçeği (GİÖ), Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi , İstismara Açıklık Tarama Testi (VASS) uygulanmıştır. İstismar alt tiplerini saptama olanağı verdiği için GİÖ, istismar varlığını belirlemede referans test olarak kabul edilmiştir. Katılımcılar istismar varlığına göre gruplanarak sosyodemografik veriler, klinik özellikler ve geriatric sendromlar açısından karşılaştırılmıştır. Çalışma verileri SPSS 26 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalamaları $70,78 \pm 4,72$ olan 110 hasta (%50,9'u erkek) dahil edilmiştir. GİÖ ölçeği referans alınarak katılımcıların 30'unda (%27,3) istismar tespit edilmiştir. En fazla psikolojik istismar (%20,9) görülürken en az cinsel istismar (%0,9) saptanmıştır. İstismar olan ve olmayan gruplar arasında sosyodemografik veriler açısından fark saptanmamıştır. İstismar saptanan grupta kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı daha yüksek bulunmuştur (sırası ile $p < 0,001$, $p < 0,001$). İstismara uğrayan grupta polifarmasi, malnütrisyon, depresif duygu durum, inkontinans daha yüksek oranda saptanmıştır (sırası ile $p = < 0,001$, $p = 0,003$, $p = < 0,001$, $p = 0,002$). Kronik ağrı varlığı ve düşme öyküsü istismara uğrayan yaşlılarda daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır (sırası ile $p = 0,226$, $p = 0,075$). Gruplar arasında Katz ADL puan ortalamaları açısından fark yokken ($p = 0,075$), IADL puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmıştır. ($p < 0,001$) Toplam GİÖ puanı ile GDS-15 arasında

pozitif; ($r=0,469$; $p=<0,001$), MNA-SF ($r=-0,279$; $p=0,003$), MMSE ($r=-0,295$; $p=0,002$) ve Katz ADL ($r=-0,304$; $p=0,001$) ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Yaklaşık her dört yaşlıdan birinin istismara maruz kaldığı düşünüldüğünde yaşlı ihmal ve istismarı açısından toplumsal farkındalık oluşturulması, risk altındaki bireylerin tanınması ve önleme çalışmaları oldukça önem kazanmaktadır. Çok sayıda kronik hastalığı olan, çok sayıda ilaç kullanan, fonksiyonel kısıtlılığı bulunan, depresyon, malnütrisyon, inkontinans gibi geriatrik sendromlara sahip yaşlı bireyler istismar açısından daha yüksek risk altında olup daha dikkatli değerlendirilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, yaşlı ihmal ve istismarı, Geriatrik İstismar Ölçeği, Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi, İstismara Açıklık Tarama Testi, geriatrik sendrom

ABSTRACT

Aim: Neglect and abuse, though challenging to detect in the elderly population, are prevalent public health issues that have profoundly negative clinical and psychological impacts on older individuals. Our study aimed to evaluate the incidence of neglect and abuse among geriatric patients presenting to the internal medicine clinics of a university hospital, as well as the associated factors with these conditions.

Materials and Methods: Patients who met the inclusion criteria and presented to the Internal Medicine outpatient clinics of Mersin University Hospital between January 30, 2023, and January 1, 2024, were randomly sampled and included in the study. Participants in the study were administered surveys and scales using face-to-face interview techniques. Comprehensive geriatric assessment was conducted for all patients. For the evaluation of neglect and abuse cases, the Geriatric Mistreatment Scale, Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, and Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) were administered. Due to its capability to identify subtypes of abuse, the GMS was considered the reference test for detecting the presence of abuse. Participants were grouped based on the presence of abuse, and comparisons were made in terms of sociodemographic data, clinical characteristics, and geriatric syndromes. The study data were analyzed using the SPSS 26 statistical software package.

Results: The study included 110 patients (50.9% were male) with a mean age of 70.78 ± 4.72 years. Based on the GMS scale as a reference, abuse was identified in 30 participants (27.3%). The highest incidence was observed in psychological abuse (%20,9), while the lowest was noted in sexual abuse (%0,9). No differences were observed between the groups with and without abuse in terms of sociodemographic data. In the group where abuse was detected, the number of chronic illnesses and medications used was found to be higher ($p < 0.001$, $p < 0.001$, respectively). In the abused group, polypharmacy, malnutrition, depressive mood, and incontinence were found to be higher at significant rates (respectively, $p < 0.001$, $p = 0.003$, $p < 0.001$, $p = 0.002$). The presence of chronic pain and a history of falls were higher in elderly individuals who experienced abuse, although the difference did not reach statistical significance (respectively, $p = 0.226$, $p = 0.075$). While there was no difference in mean Katz ADL scores

between the groups ($p=0.075$), a significant difference was observed in mean IADL scores. A positive correlation was found between total GMS score and GDS-15 ($r=0.469$; $p<0.001$), while negative correlations were observed between total GMS score and MNA-SF ($r=-0.279$; $p=0.003$), MMSE ($r=-0.295$; $p=0.002$), and Katz ADL ($r=-0.304$; $p=0.001$) scale scores.

Conclusion: Considering that approximately one in every four elderly individuals is believed to be exposed to abuse, creating societal awareness about elderly neglect and abuse, identifying at-risk individuals, and preventive efforts have become highly crucial. Elderly individuals with a high number of chronic illnesses, extensive medication usage, functional limitations, and geriatric syndromes such as depression, malnutrition, and incontinence are at higher risk of abuse and should be carefully evaluated.

Key Words: Elderly, elderly neglect and abuse, Geriatric Mistreatment Scale, geriatric syndromes, Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, Vulnerability to Abuse Screening Scale

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde modernleşme ile beraber sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda toplumsal bilinç artmıştır. Sürekli gelişen teknoloji sayesinde tıbbi imkanların ve yaşam standartlarının artması, beslenme ve yaşanılan ortam şartlarının göreceli olarak iyileşmesi ortalama yaşam süresini uzatmıştır. Artan yaşam süresine ek olarak doğum hızının azalması ile beraber yaşlıların toplam nüfusa oranı her geçen gün artmaktadır. Genel nüfus içinde yaşlıların payındaki artış ise nüfus yaşlanması olarak adlandırılmaktadır. Yaşlanmanın doğal sonucu olan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, kırılganlık ve sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yaşlının finansal üretkenliğinin azalışı nedeniyle ekonomik gücü de zayıflar. Yaşlı bireyin toplumdaki ve aile içerisindeki rolünün değişmesiyle sosyalleşme sorunları yaşar. Fiziksel değişimler nedeniyle zaten savunmasız durumda olan yaşlılarda sosyoekonomik ve psikolojik olumsuz gelişmeler yaşlıyı daha da savunmasız ve bağımlı hale getirir. Bütün bu olumsuz etkenlerin sonucunda yaşlı bakım sorunu ortaya çıkmakta ve yaşlılar istismara daha açık hale gelmektedirler.¹ Uzun yıllar göz ardı edilen yaşlı istismarı gittikçe artan bir sorun olarak tüm dünyada görülmektedir. Ancak çoğu zaman istismara uğrayan kişi tarafından çeşitli nedenlerle inkâr edilmekte veya öğrenilmiş çaresizlik davranışı ile hayatını bu şekilde sürdürmektedir.

Yaşlı istismarı, ülkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız, bildirimi son derece kısıtlı global bir sorundur. Yaşlı bireyler, utandıklarından, korktuklarından, kötü muameleden kendilerini sorumlu tuttuklarından ve istismarı bildirdikleri takdirde bakım evine yerleştirilme, terk edilme gibi sonuçlardan çekindiklerinden uğradıkları istismarı bildirmeyip aksine gizlemeye çalışabilirler.² Yaşlı istismarı toplumda ve kişide ciddi sonuçlara yol açabilecek önemli bir halk sağlığı sorunudur.³

Çalışmamızda bir üniversite hastanesinin dahiliye polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda ihmal ve istismar sıklığının belirlenmesi, istismara uğrayan yaşlıların hangi istismar türüne maruz kaldıklarının saptanması, ihmal ve istismar durumunun kişilerin demografik özellikleri, sağlık durumları, mevcut geriatrik sendromları ile nasıl bir ilişkisi olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Yaşlılık Kavramı

Yaşlanma biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan ve yapısal ve fizyolojik pek çok değişikliğin olduğu dinamik bir süreçtir. Bu nedenle yaşlılık tanımını yapmak ve yaşlılık döneminin başlangıcını belirlemek zordur. Farklı yaşlılık tanımları mevcuttur. Bir tanıma göre: Yaşlanma, canlı organizmaların bireysel gelişimi boyunca zamanla meydana gelen fizyolojik, dinamik ve geri dönüşümsüz bir süreçtir.⁴ Farklı bir kaynağa göre ise yaşlanma, strese uyum cevabında azalmaya yol açan ve yaşla ilişkili hastalıkların riskinin arttığı, fonksiyonlarda ilerleyici ve yaygın bir bozukluk olarak tanımlanmıştır.⁵ Yaşlılık bu özellikleri sebebiyle farklı boyutlarıyla değerlendirilmesi gereken bir süreçtir ve alt başlıklar ile sınıflandırmak mümkündür.⁶

1)Kronolojik yaşlanma: Kişinin doğumundan bulunduğu zamana kadar geçen yılların toplamıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzerini yaşlılık, 80 yaş ve üzerini ise ileri yaşlılık olarak kabul etmektedir⁷.

2)Biyolojik yaşlanma: Kronolojik yaşlanmayla beraber organizmada doku ve hücrese düzeyde meydana gelen fonksiyonel kayıplardır.⁸ Dokuların rejeneratif potansiyelleri azalır, hastalıkların görülme sıklığı artar.⁹

3)Psikolojik yaşlanma: Kişinin bilişsel fonksiyonlarında, düşünce yapısında ve duygulanımında oluşan değişikliklerdir ve bunlara bağlı olarak meydana gelen davranış değişiklikleri kapsar.^{6,10}

4)Sosyolojik/sosyal yaşlanma: Bireyin toplumsal rollerinin zayıflaması, statüsünün değişmesi, beklentilerinin farklılaşması ve topluma uyum sağlayamamasıdır.^{6,11}

5)Toplumsal yaşlanma: Toplumdaki 65 yaş üzerindeki bireylerin toplum nüfusu içinde aldığı payı ifade eder.¹¹

6)Ekonomik yaşlanma: Aktif çalışma hayatının bitmesi ile gelirin azalmasıdır.¹¹

2.2 Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

20. yüzyılın başlarından itibaren doğurganlık hızının düşmesi, koruyucu ve tedavi edici tıp yöntemlerinin gelişmesi ve bu olanaklara ulaşma imkanlarının artması nedeniyle yaşlı nüfusu artmaktadır.¹²

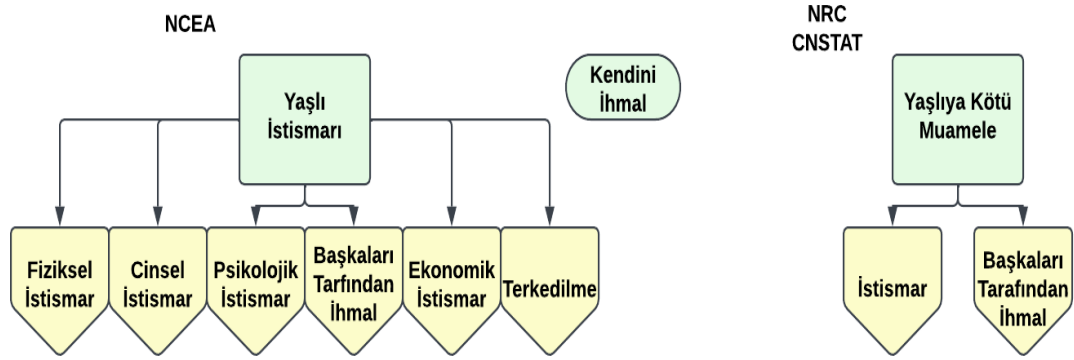
“1950 yılında 60 yaş ve üzerinde bütün dünyada 200 milyon kişi varken 1970 yılında bu sayı 291 milyona, 2000 yılında 400 milyona ulaşmıştır. 2025 yılında ise bu rakamın 1.1 milyara, 2050 yılında ise 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir.”¹³ “Ülkemizde de 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi iken son beş yılda %22,6 artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 verileri, nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağını öngörmektedir.”¹⁴

2.3 Yaşlı İhmali ve İstismarı

Muhtemelen antik çağlardan beri var olmasına rağmen, yaşlı istismarı tıp literatürüne ilk kez 1970'li yıllarda “hırpalanmış yaşlı kadın” (granny battering) terimiyle girmiştir.^{15,16} Yaşlı nüfusunun dünyada ve ülkemizde belirgin artışı neticesinde ihmal ve istismar konusu daha da önem kazanmaya başlamıştır.¹⁷ Yaşlı istismarı ve ihmali gibi klinik bir durumun tanısının güvenilirliği, sıklığının belirlenmesi, belirteçlerin saptanması, nedenlerinin ve risk faktörlerinin ortaya çıkarılması ve ilgililerin aynı dilden konuşması açısından tanımların doğru yapılması önemlidir. Tanımların eksik ya da yanlış yapılması ihmal ve istismarın anlaşılması önündeki önemli bir engeldir. Bu bağlamda iki soru öne çıkmaktadır: Genel tanım nedir? Tanımın kapsadığı başlıca kötü muamele türleri nelerdir? Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Bilimler Akademisi tarafından yayınlanan panel raporunda yaşlı istismarı: “Yaşlıya bakan veya yaşlı ile güven ilişkisi içinde olan bir kişinin, savunmasız bir yaşlıya zarar veren veya ciddi bir zarar verme riski oluşturan (zarar amaçlı olsun veya olmasın) kasıtlı eylemlerde bulunması veya bakıcının yaşlının temel ihtiyaçlarını karşılamaması veya yaşlıyı zarardan korumaması” olarak tanımlanmıştır.¹⁸ Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kurulu ve DSÖ Toronto Deklarasyonu'na göre yaşlı istismarı: “Yaşlının güven beklentisi ile kurduğu herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya yaşlıyı strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır.”¹⁹ NCEA (National Center on Elder Abuse; Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi) tanımı ise bakıcının veya “güvenilen” bir kişinin, savunmasız bir yaşlıya zarar vermesine yol açan veya yol açabilecek kasıtlı veya ihmalkar eylemlerdir.²⁰

2.3.1 Yaşlı İstismarı Türleri

Yaşlı istismarı ve ihmalinin farklı tanımları olduğu gibi farklı sınıflandırmaları da mevcuttur. Örneğin NRC (National Research Council; Ulusal Araştırma Konseyi) tanımları ihmal ve istismarı kötü muamele biçimleri olarak içeren bir modeli yansıtmaktadır. NCEA daha ayrıntılı bir sınıflandırma sunmuştur.



Şekil 1: NCEA (National Center on Elder Abuse; Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi) ve NRC (National Research Council; Ulusal Araştırma Konseyi) (NRC) CNSTAT (Committee on National Statistics; Ulusal İstatistik Komitesi) tarafından oluşturulan kavramsal modeller.

Hem klinik raporlar hem de uluslararası yasal mevzuatların çoğu, aşağıdaki 5 temel kötü muamele türünü kabul etmektedir. Bunlar: Fiziksel istismar, psikolojik istismar, cinsel istismar, ekonomik istismar ve ihmaldir.²¹ Ayrıca istismar; ailesel, kurumsal ve kendi kendini ihmal olmak üzere üç ayrı grupta da incelenebilir. Ailesel yaşlı istismarı, yaşlının kendi evinde ya da kaldığı başka bir evde, kurumsal istismar ise yaşlı bireylerin yaşamlarını sürdürmeleri için oluşturulmuş yerlerde (huzur evleri, yaşlı bakım evleri gibi) kötü muameleye maruz kalmalarıdır. Kendi kendini ihmal de adından anlaşılacağı gibi yaşlının kendi sağlık ya da güvenliğini tehdit eder bir şekilde yaşama davranışını belirtir.¹² İstismar ve ihmal türlerinin neler olduğunu bilmek herhangi bir şikayetle hastaneye başvuran hastaların tanınmasını ve kötü muamele önlemlerinin alınabilmesini kolaylaştıracaktır.

Fiziksel İstismar: Yaşlı bir bireyin acı çekmesine, yaralanmasına veya zorlanmasına neden olan kasıtlı eylem olarak tanımlanır. Nesneli veya nesnesiz şiddet eylemlerini içerebilir. Vurmak, dövmek, tırmalamak, ısırarak, boğmak, itmek, sarsmak, tokat atmak, tekmelemek, ezmek, çimdiklemek ve yakmak bu eylemlerin örnekleridir. Ancak bunlarla sınırlı değildir. Uygunsuz ilaç kullanımı ve fiziksel kısıtlama, sabitleme, kol bükme, saç çekme, zorla besleme ve her türlü fiziksel cezalandırma da fiziksel istismar örnekleridir.^{20,22}

Yaşlı istismarı ciddi fiziksel yaralanmalara ve uzun vadeli psikolojik sonuçlara yol açabilir, işlevsel ve bilişsel durumda kötüleşme, ilerleyici bağımlılık, stres ve psikolojik çöküş, sağlık yardımı ihtiyacında artma ve en önemlisi ölüm riskinde artış gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. İstismar edilen yaşlıların ,en hafif düzeyde bile olsa, istismara uğramamış olanlarla karşılaştırıldığında %300 daha yüksek ölüm riskine sahip olduğu tahmin edilmektedir.²³ Fiziksel istismarın başlıca belirtileri: boyun ve kollardaki ekimoz, cilt lezyonları gibi izler; el ve ayak bileğindeki kamçı ya da halat izleri; yanık izleri; kemik kırıkları; tekrarlanan, açıklanamayan yaralar; yaralanma hakkındaki çelişkili, kaçamak ifadeler ve tutumlar; tekrarlanan yaralanmalarda aynı sağlık kurumuna gitmeyi reddetme gibi durumlardır.²⁴

Duygusal/Psikolojik İstismar: Yaşlının güvendiği konumda olan birisi tarafından kasıtlı olarak ruhsal açıdan acı verme ile sonuçlanan sözlü veya sözsüz davranış duygusal/psikolojik istismar olarak kabul edilir. Duygusal ihtiyaçların göz ardı edilmesi, küçümsenmesi, inkâr edilmesi, bağırarak, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, aşağılamak, saygısızlık yapmak, alay etmek, sosyal ve aile ortamından izole etmek, yardımcı alet ve cihazlarının kullanımını kısıtlamak gibi davranış ve tutumlar duygusal/psikolojik istismarın örnekleridir.^{20,25} Sık görülen psikolojik istismar örneklerinden biri de, kişiyi fiziksel ya da mental durumu gerektirmemesine rağmen huzurevine göndermek ile tehdit etmektir.²⁶

Duygusal istismar birçok biçim alabilir ve beraberinde değersizlik, utanç duygularını taşır; bu da istismar için iyi bilinen bir risk faktörü olan sosyal izolasyonu daha da artırabilir.²³ Başlıca psikolojik istismar belirtileri arasında: Bireyin sorulan sorulara cevap vermemesi, iletişim kurmaması, şüpheli olması ve mantıksız görünen bir korku yaşaması, sosyal ilişkilerinde ilgi eksikliği olması, kronik fiziksel ve psikolojik sağlık problemlerinin olması sayılabilir.²⁵

Cinsel İstismar: Bireyin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanmasıdır.²⁵ Hem fiziksel hem de fiziksel olmayan bileşenleri vardır. Bu bileşenler arasında penis, vulva, anüs veya ağız bölgelerini içeren tamamlanmış ya da teşebbüs edilmiş penetrasyon yada istenmeyen temas; cinsel organlara, anüse, kasıklara, göğüslere, uyluğun iç kısmına veya kalçalara doğrudan veya kıyafet aracılığıyla zorla ve/veya istenmeyen kasıtlı dokunma; cinsel organların veya rektal bölgenin bakımında yersiz, müdahaleci ve/veya acı verici prosedürler uygulamak; yaşlıyı pornografik materyalleri görüntülemeye zorlamak; cinsel tatmin için bir yaşlının fotoğrafını çekmek, gizlice izlemek ve sözlü veya davranışsal cinsel nitelikteki zorla ve/veya istenmeyen temassız eylemler mevcuttur.^{20,23} Tam tersine, ehil kişilerin cinsel ilişkiye girmesini engellemek de bir tür cinsel istismar olabilir.²⁶ Bu istismar tipinin tanınması zor ve bildirim oranı düşüktür.

Cinsel istismarın fiziksel belirtileri arasında pelvik yaralanmalar; cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanma; iç uylukta morarma; kanlı, yırtık giysiler; göğüslerdeki yara ve morluklar; açıklanamayan anal veya vajinal kanama ve vajinal enfeksiyonlar yer alır. Cinsel istismarın bazı fiziksel olmayan özellikleri arasında ise yeni başlayan panik atak, travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal veya duygusal izolasyon yer alır.^{12,27}

Ekonomik İstismar: Yaşlı bir bireyin kaynaklarının, bakıcısı veya güven ilişkisi olan başka bir kişi tarafından, kendisi dışındaki birinin yararına; yasa dışı, izinsiz veya uygunsuz kullanımıdır. Yaşlı bireyin kazançlarına, kaynaklarına, eşyalarına veya varlıklarına yasal erişimden, bunlarla ilgili bilgilerden veya bunların kullanımından mahrum bırakılmasını içerir. Ancak bunlarla sınırlı değildir. Uygun yetki veya onay olmaksızın evinden veya hesaplarından para veya eşya almak, mülkü işgal etmek, satmak veya devretmek, yetkisiz kredi veya banka kartı kullanımı, yaşlı adına hizmet satın almak (telefon, kablolu yayın, temel hizmetler vb.), mülk kiralamak, kiraya vermek veya yaşlının kişisel bilgilerini kullanarak kredi hesapları açmak, izin veya yetki olmadan çekleri bozdurmak, tıbbi hizmet almak için sigorta bilgilerinin kullanılması, vasiyetnamesini değiştirmek, mirası üzerinde manipülasyon yapmak, yaşlının paralarına erişiminin engellenmesi veya varlıklarını kontrol etmelerinin engellenmesi örnek verilebilir.²⁷ Ekonomik istismar belirtileri arasında: İlaç, tıbbi bakım, yiyecek, kira veya diğer ihtiyaçlar için ödeme yapamama, açık bir tıbbi neden olmaksızın

yetersiz beslenme, kilo kaybı veya her ikisi olmak üzere çeşitli örnekler verilebilir.²⁴

İhmal: Yaşlı ihmali, yaşlılara yönelik kötü muamelenin en sık bildirilen şeklidir. Mağdurlarda ciddi hatta ölümcül sonuçlara yol açabilir. İhmal, yaşlının bakım sorumluluğunu üstlenen kişi tarafından, yaşlının temel bakımın ve ihtiyaçların sağlanmaması veya sağlanamaması olarak tanımlanmaktadır. Bu sorumluluklar arasında; yiyecek ve sıvı alımı gibi günlük yaşamın temel ihtiyaçlarının sağlanması ve güvenli bir fiziksel ortam sağlama, ilaçları uygulama, kişinin hijyeniyle ilgilenme, tıbbi cihaz sağlama (protez, gözlük, işitme cihazı) ve rahat ve istikrarlı bir yaşam sürdürme becerisi yer alır. İhmal, pasif veya aktif olabilir. Aktif ihmal: Yaşlı bir kişiye gerekli bakımın bilerek sağlanmaması eylemidir. Pasif ihmal: Bakıcının bilgi ve deneyim eksikliği nedeniyle kasıtsız olarak yaşlının ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmasıdır.^{28,29}

İhmal bulguları arasında: Yaşlıların saçlarının kirli olması, kıyafetlerinin değişmemiş olması, ağız ve vücutta kötü koku varlığı gibi öz bakımının kötü olması, dehidratasyon, elektrolit bozuklukları, diş sağlığının ve ağız hijyeninin yetersiz olması, kilo kaybı, yatak yarasının bulunması, ilaç tedavisine uyumsuzluk sonucunda hastalık belirtilerinde artış vb. belirtiler bulunmaktadır.²⁵ Kendini ihmali: Yaşlının güvenlik tedbirlerini, tıbbi tedavisini, öz bakımını, barınma, giyinme, yeterli besin ve su almayı sağlamada başarısız olma veya reddetme davranışı ile kendi sağlığını ve güvenliğini tehlikeye atan davranışlardır. Kendini ihmalin belirtileri arasında; yemek yememe, tuvalet alışkanlığını yerine getirmeme, su içmeme, yıkanmama gibi temel yaşam aktivitelerini yerine getirmeme ve mal varlığını etkin yönetmeme, alışveriş yapmama, yemek hazırlamama, işlerini yapmama, tıbbi tedavisini yapmama veya gereğinden fazla ilaç kullanma vb. enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeme, intihar girişimleri, madde bağımlılığı, sosyal ilişkilerden kaçınma vb. bulunmaktadır.^{20,29}

2.3.2 Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı İhmali ve İstismarı

Literatürde yaşlı istismarının prevalansı çalışma yapılan kültüre, yaşanılan ortama, kullanılan tanımlar ve araştırma yöntemlerine bağlı olarak oldukça geniş bir yelpazede değişmektedir. Kültürel tabular ve inanışlar nedeniyle istismar vakalarının raporlanmasında eksiklikler olabilmektedir. Ek olarak yaşlı

istismarının yaygınlığını tam olarak tespit etmek de oldukça güç olabilmektedir. Yaşlı bireyin bilişsel fonksiyonlardaki bozukluklar nedeniyle maruz kaldığı durumu anlamlandırma, hatırlama ve ifade edebilme yeteneği azalabilmektedir. Kuruma yerleştirilme, terk edilme, yalnız kalma, daha çok istismara maruz kalma şeklinde korkular, utanç gibi duygularla istismarı saklama, yaşlının istismarcısı ile arasındaki bağ vb. durumlar da istismarın yaygınlığını tam olarak saptanmanın önündeki diğer önemli engellerdendir.³⁰

Yaşlı istismarının Türkiye'deki epidemiyolojisini gösteren bazı çalışmaların sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir. Bu çalışmalarda yaşlıların istismara en çok yakın çevresindeki kişiler tarafından (çocukları, eşleri, torunları, çocuklarının eşleri vb.) maruz bırakıldıkları da görülmektedir.¹⁷

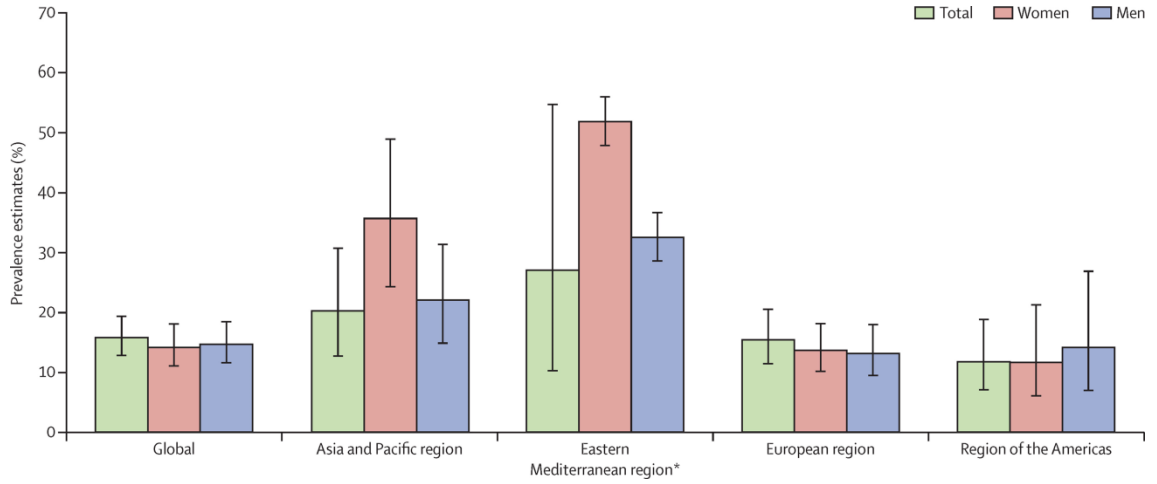
Tablo 1: Yaşlı istismarının Türkiye'deki epidemiyolojisini gösteren bazı çalışmaların sonuçları.

Araştırma	Örneklem Genişliği	Elde Edilen Sonuçlar
Artan'ın (1996) ³¹	113	%26'sının fiziksel istismar
Sözen, İnanıcı, Arıcan ve ark. (1999) ³²	120	%17,5 fiziksel istismar %46 psikolojik istismar Üç yaşlıda cinsel istismar
Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakçıefe M, ve ark(2004) ³³	204	%1,5 fiziksel istismar %2,5 ekonomik istismar %3,5 kesin ihmal bulgusu ve %28,9'unda da ihmal bulgusu
İlhan F. (2006) ³⁴	275	%18,2'sinde aile içi yaşlı istismarı %40,5 psikolojik istismar %29,7 ihmal %20,3 ekonomik %9,5 fiziksel istismar
Özden D, Kelleci M ve Güler N. (2010) ³⁵	306	%4,9'unun fiziksel %5,9'unun psikolojik %2,3'ünün ekonomik %0,3'ünün de cinsel şiddet

S.Ölçer(2012) ³⁶	368	%7,6'sı psikolojik %0,3'ü ekonomik %1,1'i fiziksel istismar cinsel istismara rastlanmamıştır
F.Ergin (2012) ³⁷	756	%8,1'inin psikolojik %7,6'sının ihmal %3,5'inin ekonomik %2,9'unun fiziksel %0,4'ünün cinsel
Kılıç ve Şelimen (2017) ³⁸	360	%1,3'ünün cinsel %6,4'ünün fiziksel istismar
Kendirli ve ark.'nın (2017) ³⁹	253	%2,4'ünün fiziksel %22,1'inin duygusal %5,1'inin ekonomik %0,4'ünün cinsel istismara uğradığı saptanmıştır

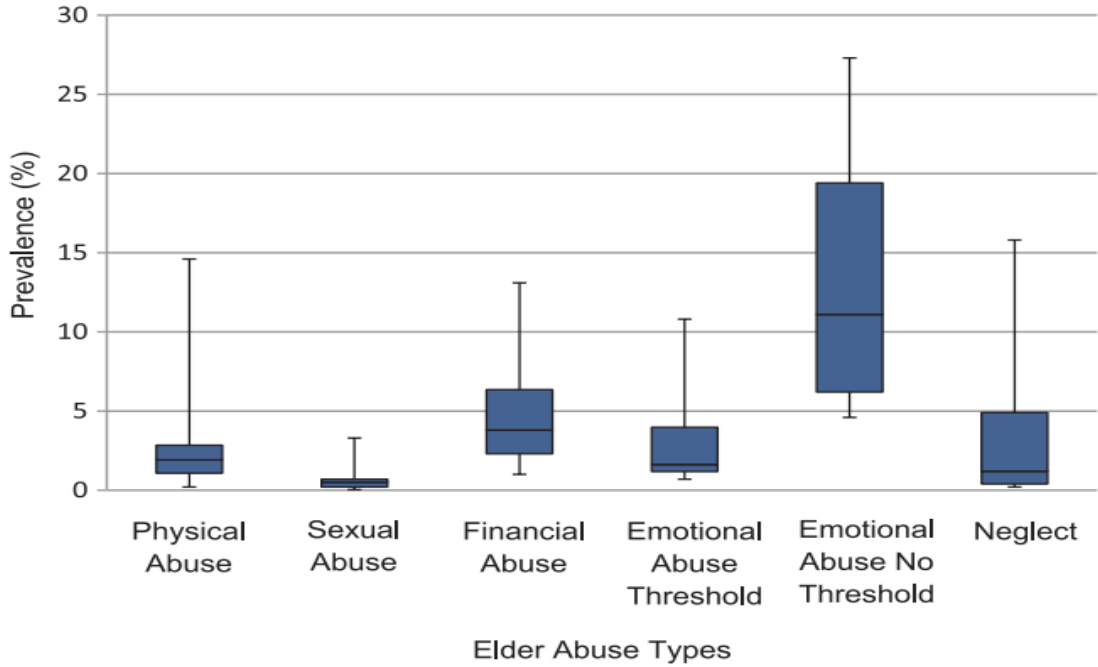
Yaşlı istismarı dünya çapında da ciddi bir sağlık sorunudur. 2015 yılında yapılan bir sistematik derlemede dünyadaki istismar oranları ortaya konmuştur.⁴⁰ Bu çalışmada Kuzey ve Güney Amerika'da yaşlı istismarının, bilişsel açıdan sağlıklı yaşlı yetişkinlerde %10 civarlarında iken demanslı yaşlı yetişkinlerde %47,3'e kadar ulaşabildiği belirtilmiştir. Avrupa'da yaygınlığın %2,2'den (İrlanda) %61,1'e (Hırvatistan) kadar değiştiği bulunmuştur. Asya' da ise Çin'de istismar oranı %36,2'e ulaşırken en düşük oran %14 olarak Hindistan'da saptanmıştır. Afrika'da yürütülen az sayıda çalışma olup istismar yaygınlığı %30 ila %43,7 arasında değişmektedir. Aynı çalışmada azınlıktaki yaşlı yetişkinlerin istismara daha fazla maruz kaldığı, siyahi nüfusta özellikle ekonomik ve psikolojik istismarın daha sık olduğu ve beyaz yaşlı insanlara göre kendini ihmal etme oranının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Hispanikler'de ise istismarın %40 oranlarında olduğu fakat bunların %2 sinin bildirildiği ifade edilmiştir.

2017 yılında yapılan bir meta analizinde 28 ülkede yapılan toplam 52 çalışma dahil edilmiş psikolojik istismar %11,6, finansal kötüye kullanım % 6,8, ihmal % 4,2, fiziksel istismar % 2,6, cinsel istismar % 0,9 oranları ortaya konulmuştur.⁴¹ Kadın ve erkeklerde istismara ilişkin küresel ve DSÖ bölgesel yaygınlık tahminleri aşağıdaki şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2: DSÖ istismar yaygınlık tahminleri.

2016 yılında yayınlanan bir literatür incelemesinde istismar türlerinin uluslararası yaygınlık oranları: Fiziksel istismar ortalama %2,8; cinsel istismar ortalama %0,7; ekonomik istismar ortalama %4,7; duygusal/psikolojik istismar ortalama %8,8; ihmal ortalama %3,1 olarak saptanmıştır. Bu oranlar Şekil 3’de ortalama, uç ve aykırı değerleriyle beraber gösterilmiştir. ⁴²



Şekil 3: Yaşlı istismar türlerinin yaygınlık oranları.

2.3.3 Yaşlı İhmal ve İstismarının Risk Faktörleri, Patofizyolojisi

Kötü muameleye ilişkin etkili önleme programları geliştirilmesi açısından risk faktörlerinin iyi belirlenmesi ve anlaşılması önemlidir. Yaşlı ihmal ve istismarının nedenleri: Ailesel, sosyokültürel, kurumsal, istismarcıya ait ve yaşlı bireyle ilgili faktörler şeklinde sınıflandırılabilir. Bu risk faktörleri Tablo 2’de sınıflandırılarak gösterilmiştir. ^{12,25,30,43}

Tablo 2: Yaşlı ihmal ve istismarının nedenleri.

Yaşlı Bireye Ait Risk Faktörleri
- İleri yaşlarda (70-75 ve üzeri) olma
- Kadın cinsiyet
- Düşük eğitim düzeyi
- Düşük gelir düzeyi
- Depresyon varlığı
- Bağımlılık ve yetersizlik hali (sağlık sorunları, ekonomik nedenler vb)
- Kalabalık aile ortamı içerisinde yaşama
- Statü ve güç kaybına uğrama
- Dul veya boşanmış olma
- Yalnız yaşama veya sosyal izolasyon
- Cazip maddi kaynağının varlığı
- Mental kapasitede azalma
-İnkontinansının olması
-Alkol ya da ilaç bağımlılığı ve buna ikincil sürekli düşme sorununun olması
-Şiddet içeren sözel davranışlarının olması
- Fiziksel veya mental engelin bulunması
İstismarcıya Ait Risk Faktörleri
- Aile üyesi olma
- Üstlendiği bakım rolünü benimsememe ve zorunlu yapma
- Bakım verdiği kişiyle anlaşamama
- Tedavi edilmemiş psikiyatrik sorunların olması
- Parasal ve tıbbi problem varlığı, ekonomik olarak yaşlı bireye bağımlı olması
- Ailevi sorunların olması,
- İşsizlik, evlilik çatışması, parasal ve tıbbi konularda kişisel krizler yaşaması
- İlaç, alkol ya da madde bağımlısı olma
- Şiddet ve istismarı çözüm olarak algılama
Sosyal ve Kültürel Risk Faktörleri
- Sosyal destek eksikliği

- Şiddetin nesiller boyu görülerek öğrenilmesi
- Yaşlı bireyin yaşlılığı algılayışı
- Şiddetle ilgili kültürel inanışlar
Kuruma Ait Risk Faktörleri
- Kurumlarda kalan yaşlıların bakım ihtiyacı
- Çalışanlara düşük ücret verilmesi
- Çalışanların yetersiz ya da çok çalışması
- Çalışanların yaşlı ihmal ve istismarına duyarsız olması
- Çalışanların başkalarının aile içi ilişkilerine karışmak istememesi
- Çalışanların ihmal ve istismarı nasıl bildirecekleri konusunda bilgisizliği
Ailesel Risk Faktörleri
-Bireye bakmakla ilgili bilgi ve beceri eksikliği
-Ailede şiddet öyküsü olması
-Stres ya da sosyal izolasyon yaşama
-Yaşlı bireyle ortak yerde yaşamamanın ya da bireye bakmanın getirdiği ekonomik yük

Risk faktörlerinin belirlenmesi bazı kısıtlılıklar nedeniyle zordur ve belirlenen risk faktörlerinin kanıt düzeyleri birbirinden farklıdır. 2016 yılında da yapılan bir literatür taramasında belirlenen risk faktörleri kanıt gücüne göre bireysel, ilişki, toplum ve sosyokültürel olmak üzere ayrı kategoriler altında incelenmiştir. Mevcut verilere göre koruyucu faktörler de kanıt düzeylerine göre sınıflandırma kategorilerine yerleştirilmiştir. Bu çalışmada elde edilen veriler Tablo 3’de gösterilmiştir.⁴²

Tablo 3: Kanıt gücüne göre yaşlı ihmal ve istismarının sınıflandırılmış risk faktörleri.

Sınıflandırma	Risk Faktörleri	Kanıt Gücü	Koruyucu Faktörler	Kanıt Gücü
Bireysel (Mağdur)	Fonksiyonel bağımlılık/sakatlık	Güçlü	Sosyal Destek	Güçlü
	Kötü fiziksel durum	Güçlü		
	Kognitif bozukluk	Güçlü		
	Zihinsel bozukluk	Güçlü		
	Düşük Gelir	Güçlü		
	Cinsiyet	Potansiyel		
	Yaş	Potansiyel		
	Finansal Bağımlılık	Potansiyel		
	İrk/Etnisite	Potansiyel		

Bireysel (Fail)	Mental Hastalık	Güçlü	Yaşamsal Düzenleme	Güçlü
	Madde Bağımlılığı	Güçlü		
	İstismar ettiği kişiye bağımlılık	Güçlü		
İlişki	Mağdur-fail ilişkisi	Potansiyel		
	Medeni Hal	Potansiyel		
Toplumsal	Coğrafi Konum	Potansiyel		
Sosyal	Yaşlanmaya negatif tutum	Tartışmalı		
	Kültürel Normlar	Tartışmalı		

Güçlü: Önemli kanıtlarla doğrulanan ve çeşitli çalışmaların aynı fikirde olduğu risk faktörleri.

Potansiyel: Kanıtların çelişkili veya sınırlı olduğu risk faktörleri. Tartışmalı: Riskin arttığına ilişkin bir hipotezin bulunduğu ancak hakkında net kanıt bulunmayan risk faktörleri.

Yaşlı ihmal ve istismarı için risk faktörleri arasında en büyük risk faktörü bilişsel fonksiyon bozukluğudur. Fiziksel fonksiyon bozukluğu ise istismar ile ilişkili olduğu gibi psikolojik bozukluk ve sosyal izolasyonla da ilişkilidir.⁴⁰ Demanslı hastalarda bu bozukluğu olmayan kişilere göre daha yüksek oranda fiziksel istismar riski mevcuttur. Muhtemel mekanizma, hastaların bakıcılar için önemli bir stres ve sıkıntı nedeni olması ve yaşlının bakıcısına karşı gösterdiği saldırgan tutum ve davranışlarıdır.

Araştırmaların çoğu, yaşlı kadınların istismar mağduru olma olasılığının yaşlı erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.⁴⁴ Yaşlı yetişkinler arasında, daha genç yaş; duygusal, fiziksel ve ekonomik istismar ve ihmal de dahil olmak üzere sıklıkla daha yüksek istismar riskiyle ilişkilendirilmiştir. Bu bulgunun bir nedeni genç yaşlıların daha çok eşiyle veya yetişkin çocuklarıyla birlikte yaşaması olabilir. Çünkü istismar edenlerin sıklıkla eş ve yetişkin çocuklar olabildiği gösterilmiştir. İstismar etme olasılığını artıran diğer faktörler ise erkek cinsiyet, geçmişte veya devam eden alkol bağımlılığı- madde kullanımı öyküsü, zihinsel veya fiziksel sağlık sorunlarının olması, daha önce yasaları ihlal etmiş olma, sosyal izolasyon, işsizlik veya mali sorunlar yaşama, büyük stres yaşamış ya da yaşıyor olmadır. Ortak yaşam koşulları yaşlı istismarı için önemli bir risk faktörüdür ve yalnız yaşayan kişiler düşük risk altındadır. Bunun nedeni ortak yaşam alanında birlikte yaşanan kişiler ile sürekli etkileşim halinde olma, bunun sonucunda ortaya çıkan çatışma ve gerilimdir. Sosyal izolasyon, ailedeki stres seviyesini yükselterek istismar potansiyelini artırabilir. Dahası izole şekilde

yaşamak, diğer kişilerin varlığı müdahale ve yaptırımlara yol açabileceğinden meşru olmayan davranışlardan gizlenme ihtiyacıyla da ortaya çıkabilir. Faillerin alkol madde bağımlılığı olduğu konusunda ciddi kanıtlar mevcuttur ve depresyon istismarcılarda sık görülmüştür. Ayrıca istismarcıların, kötü muameleye maruz bıraktığı kişilere büyük ölçüde bağımlı olması da göze çarpmaktadır. Bunun nedeni ise mağdurdan kaynak elde etme çabasının olumsuz sonuçlanmasıyla kötü muamelenin ortaya çıkmasıdır.²¹

Klinisyenlerin bu risk faktörlerine hakim olması, ileri araştırma ve değerlendirme yapılması gereken hastaların belirlenmesinde büyük önem arz etmektedir. Toplumlara göre geçerlilik- güvenilirlik çalışmaları yapılmış standardize ölçüm araçlarının kullanılması risk altında olan veya istismara uğrayan yaşlıyı saptamada oldukça yardımcıdır.

2.3.4 Yaşlı İhmal ve İstismarının Belirtileri, Saptanması

Yaşlı ihmal ve istismarında problemin yeterince farkında olunmaması, ihmal ve istismarın saptanmasında kesin tanı ve tarama araçlarının olmayışının yanı sıra saptanmasındaki engellerin oluşu bu antitelerin sıklıkla gözden kaçmasına yol açmaktadır. Bu engeller kişisel ve ailevi nedenler, bilgi ve kaynaklara ulaşmada yetersizlik, sağlık çalışanları ve kurumsal engeller olarak sıralanabilir.²²

Kişisel ve ailesel nedenler: Utanma, korkma, sisteme karşı güvensizlik, kendini suçlama, kendini ifade edememe, ailenin toplumumuzda kutsal sayılmasıdır.

Bilgi ve kaynaklara ulaşmada yetersizlik: Yaşlının nerden nasıl yardım alacağını bilmemesi ya da ekonomik olarak bağımsız olmamasıdır.

Sağlık çalışanları ve kurumsal engeller: Sağlık çalışanlarının problemi bildirme, eyleme geçme konusundaki tedirgin ve isteksiz olmaları, konu hakkındaki bilgi eksikliklerinin olmasıdır.

Bu karmaşık faktörlerden dolayı sağlık profesyonelinin dikkatini çeken ihmal yada istismar düşündürecek herhangi bir pozitif bulgu varlığında kapsamlı değerlendirme yapılmalıdır.²⁴ Öncelikle hastanın yanında bir bakıcı varsa klinisyen hasta ve bakıcısının etkileşimini dikkatli bir şekilde gözlemlemeli, gergin bir ilişkiye dair herhangi bir ipucu olup olmadığını değerlendirmelidir. Yaşlı ihmal veya istismarına ilişkin kaygıyı artıracak gözlemler Tablo 4' te belirtilmiştir⁴⁵

Tablo 4: Yaşlı ihmaline ve istismarına ilişkin kaygıyı artıracak gözlemler.

Şüphe Uyandıran Durumlar
Yaşlı yetişkinin veya bakıcısının olaylarla ilgili çelişkili açıklamalar yapması
Bakıcının, yaşlı yetişkinle ilgilenme konusunda ilgisiz/dikkatsiz görünmesi
Yaşlı yetişkinin bakıcısından korkuyor olması veya ona düşmanca davranması
Bakıcının hastanın bakım ihtiyaçları konusunda bilgi eksikliğinin olması
Bakıcının ve/veya yaşlı yetişkinin alkol veya yasa dışı uyuşturucu kullanıyor olabileceğine dair kanıt olması
Bakıcının yaşlı yetişkinden bunalmış görünmesi
Bakıcının yaşlı yetişkinin sözünü keserek cevap vermesi
Bakıcının yaşlı yetişkin nedeniyle bezgin, yorgun, kızgın veya yük altında görünmesi

Hastadan eksiksiz ve doğru bir tıbbi öykünün alınması ve kapsamlı bir fizik muayene yapılması, istismar veya ihmalin değerlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Öykü hem yaşlı bireyden hem bakıcısından, varsa diğer yakınlarından alınmalıdır. Görüşmeler ayrı odalarda baş başa yapılmalıdır. Değerlendirme sırasında korku, zayıf göz teması, kaygı, düşük özgüven ve çaresizlik gibi yaşlı istismarı ve ihmali düşündüren ipuçları olabilir. Tıbbi kayıtlar detaylıca incelenmelidir. Medikal geçmişinden elde edilebilecek göstergeler Tablo 5'te sunulmuştur.⁴⁵

Tablo 5: Yaşlının tıbbi geçmişinden elde edilebilecek, yaşlı ihmali veya istismarına işaret edebilecek göstergeler.

Göstergeler
Açıklanamayan yaralanmalar
Sık yaralanma öyküsü
Yaşlı yetişkinin kazaya yatkın olarak nitelendirilmesi
Hastalık veya yaralanmanın başlaması ile sağlık yardımı alınması arasındaki sürenin uzun olması

Benzer yaralanmalar nedeniyle tekrarlayan hastane başvuruları
Bakım için tek bir birinci basamak hekimi yerine birden fazla hekimin veya hastanenin tercih edilmesi
İlaç uyumsuzluğu, doktor randevu ve talimatlarına uyulmaması

Acil şartlarında dahi olsa kapsamlı fizik muayene önemlidir. Tırnakları da içeren tam cilt muayenesi faydalı bilgiler verebilir. Ağız içi muayene atlanmamalı ve cinsel istismar şüphesinde hastanın rızası varsa cinsel saldırı muayenesi için adli tıp uzmanından yardım alınmalıdır. Yaşlı ihmal ve istismarı için uyarıcı bulgular Tablo 6'da gösterilmiş olup istismar türlerine has belirtiler istismar türleri konusunda (Bkz. Bölüm 2.3.1 Yaşlı İstismarı Türleri) kendi alt başlıklarından incelenmiştir.^{21,22,24,45,46}

Tablo 6: Yaşlı ihmal ve istismarı düşündürebilecek fizik muayene bulguları.

Genel Görünüm	
	• Kaygı, korku ve çekingen davranışlar • Zayıf göz teması • Konuşurken bakım veren kişiye bakma • Kötü hijyen ve uygun olmayan giyim • Malnütrisyon, dehidratasyon ve deri bütünlüğünde bozulma • Hastalıkla ilişkili olmayan kilo kaybı ve yetersiz beslenme • Fiziki kusur ve sakatlık • Gereksinimi olmasına rağmen gözlük, işitme cihazı, protez ve diğer yardımcı gereçlerinin olmaması • Bedensel hijyen yetersizliğine bağlı ağız ve beden kokusu
Fiziksel Belirteçler	
Deri	• Sıyrılmalar, çizik, ekimoz, berelenmeler ve deri bütünlüğünde bozulmalar olması • Yara izlerinin bulunması • Yaşlının durumuyla uyumlu olmayan basınç ülserlerinin olması • İp, zincir sopa, kamçı vb. izlerinin bulunması • Sigara, asit gibi maddelere bağlı yanık izlerinin olması • Açıklanamayan kırık, travma öyküsünün olması • Saçlarda bölgesel kayıp ve saçlı deride kanama, şişlik olması • El ve ayak bileklerinde fiziksel kısıtlama izlerinin olması

Karın/rektal bölge

- Gerginlik ve şişlik
- İç kanama
- Bağırsak peristaltizminde bozulma (diyare ya da konstipasyon)
- Rektal Kanama

Kas iskelet sistemi

- Kırık ve çıkıklar
- Yanlış kaynakayan kemik kırıkları (radyografide saptanabilir)
- Hareket kısıtlılığı
- Kaslarda gerginlik ve kasılmalar

Genito-üriner sistem

- Vajinada travma ve yara izleri
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Hastalıkla uyumlu olmayan idrar ya da gaita inkontinansı

Sinir sistemi

- Konuşma bozukluğu
- Bilinç bulanıklığı
- Demans

Psiko-sosyal durum

- Çaresizlik
- Konuşmada duraksama ve kararsızlık
- Gerçek dışı öyküler anlatma
- Uyum güçlüğü
- Öfke, gereksiz korku, kuşku
- Depresyon, sıkıntı, anksiyete
- İnkâr

Anamnez ve fizik muayene sonrasında gerekli başvuru sebebine yönelik istenilen radyolojik, biyokimyasal, mikrobiyolojik tetkikler de ihmal ve istismar konusunda bazı dolaylı bilgiler sunabilirler.

Görüntüleme yöntemlerinin ihmal, istismar bulgularını yakalamadaki yararlılığının sınırlı olması, radyologların çoğunun yaşlı istismarı ile ilgili eğitim almamış olmasına rağmen klinisyen, yaşlı istismarı veya ihmaline ilişkin herhangi bir şüpheyi radyoloğa bildirmeli ve ondan görüntüleme bulgularının iddia edilen hasarlanma mekanizması ile tutarlı olup olmadığına odaklanmasını istemelidir.⁴⁷

Primer şikayete yönelik istenilen görüntüleme tetkiklerinin yanı sıra olası çocuk istismarı mağdurlarında rutin olarak gerçekleştirilen iskelet araştırmasına benzer şekilde, akut ve kronik kırıkların değerlendirilmesi için maksillofasiyal bilgisayarlı tomografi taraması ve göğüs röntgeni dahil olmak üzere ek tarama görüntüleme testlerini de değerlendirmek uygun olabilir.^{45,48} Potansiyel olarak yaşlı istismarını düşündüren radyografik bulgular şunlardır: Bildirilen mekanizmayla tutarsız yaralanmalar, özellikle maksillofasiyal bölge ve üst ekstremitelerde iyileşmenin birden fazla fazındaki yaralanmalar, ulnar diyafiz gibi kazara yaralanmalarda nadir görülen yaralanma modelleri, ince bağırsak hematomları.^{49,50}

Laboratuvar, kan veya idrar testi ihmal veya istismarı kesin olarak teşhis etmekte yetersiz kalsada, bazı bulgular şüphe uyandırabilir. İhmal ve istismarla ilişkili olabilecek nedenler Tablo 7’de özetlenmiştir.⁵¹

Tablo 7 : İhmal ve istismar ile ilişkili olabilecek laboratuvar bulguları ve olası nedenleri.

Medikal Durum	Laboratuvar Bulgusu	Olası Nedenler
Dehidratasyon	-Hipernatremi -Yüksek BUN/kreatinin oranı -Artmış ürik asit ve hematokrit	-Yetersiz bakım, sıvı alımının kısıtlanması
Malnütrisyon	-Düşük serum albümini, prealbumin ve transferrin -Anemi -Düşük kolesterol -Düşük lenfosit sayısı	-Yiyecekleri saklamak -Diş sorunlarının görmezden gelinmesi -Kötü ve yetersiz besleme teknikleri/yutma güçlüğü -Yemek alımının kısıtlanması
Hipertermi, Hipotermi	-CK yüksekliği -Anormal tiroid fonksiyon testleri	-Giyim ve ısınma için uygun koşulların sağlanmaması
Rabdomiyoliz	-CK yüksekliği -Hipofosfatemi -Hiperkalemi -Akut böbrek yetmezliği	-Travma -Ciddi malnütrisyon
Toksikoloji	-Reçetesiz ilaç toksinleri	-Zarar verme niyeti -Sakinleştirme ihtiyacı
Enfeksiyon	-Crp yüksekliği -Hematüri, Piyüri	-Cinsel istismar -Zorla besleme

	-Kültür -Görüntüleme bulguları	sonuçlarında -Kişisel ihmal -Hijyen eksikliği -Yatakta besleme
--	-----------------------------------	---

2.3.5 Yaşlı İhmal ve İstismarının Sonuçları ve Önlenmesinin Önemi

Yaşlı ihmal ve istismarının ciddi sonuçlarından kaçınmak için kötü muamelenin önlenmesindeki en önemli nokta birey zarar görmeden önce mevcut olumsuz durumu ortadan kaldırabilmektir. İlk atılması gereken adım ise şiddet içeren, kötü muamele ve ihmal olarak nitelendirilebilecek davranışların yaşlı birey, aile ve toplumca tanınması ve önlemlerin alınmasıdır. Yaşlı kişiye bakımın beraberinde getirdiği ekonomik, psikolojik, sosyal zorluklar göz önünde bulundurarak yaşlının bağımsızlığını en uzun süre sürdürmek için gerekli eğitimlerin sağlanması, destek verilmesi, yaşlı bireyin ve bakım verenlerinin yaşam kalitesinin artırılması önemlidir. Önleme basamakları birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyleri olarak ele alınabilir. Birincil koruma, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ihmal ve istismar durumunun oluşmaması için alınan önlemleri içermektedir. İkincil koruma, kötü muamele vakasını erken saptamaya, hızlı müdahale etmeye, travmayı minimize etmeye ve gerekli girişimleri hemen başlatmaya yöneliktir. Üçüncül düzey koruma ise istismar mağduru yaşlı bireye ve istismar eden aileye yönelik rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini kapsar.

Birincil Koruma: Sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, yaşlılara hizmet veren meslek gruplarının bilinçlendirilmesi, yaşlı bakımı alanında eğitimlerin verilmesi, yaşlılara yönelik hizmet veren kuruluşların sayısının ve niteliğinin artırılması, bu konuda yapılan yasal düzenlemelerdir.

İkincil Koruma: Yaşlılara hizmet veren meslek gruplarının yaşlı istismarına yol açan risk faktörleri hakkında bilinçlendirilmesi ve risk grubundaki yaşlıların sistematik olarak takip edilmesidir.

Üçüncül Koruma: İstismara uğrayan bireyin bakımını sağlayarak kendilerine olan güven ve saygıyı kazanmalarına destek olunabilir ve aile ile güven ortamını oluşturabilir. Üçüncül korumada yer alan diğer uygulamalar arasında fiziksel, iş ve konuşma terapileri, günlük yaşam aktiviteleri ve yemekle ilgili yardım, sosyal aktiviteler, günlük programlar, toplumsal aktiviteler, danışmanlık ve psikoterapi, aile danışmanlığı, alternatif yaşam olanakları, ev ortamını düzenleme, destek grupları ve eğitim yer almaktadır.

İhmal ve istismar önlenmesinde; yaşlı birey, aile ve toplumsal düzeyde de alınması gereken önlemler mevcuttur.

Yaşlının alacağı önlemler: Sosyal ilişkilerini sürdürmek, sosyal ve toplumsal etkinliklere, gönüllülük programlarına katılmak, yalnız kalmamak fakat beraberinde kalacağı kişinin potansiyel istismarcı özelliklerinden uzak olmasını sağlamak, finansal kaynaklarını kontrol etmek ve yasal zeminde güvence altına alacak adımlar atmak, kötü muamele durumunda güvendiği kişilerin ya da kurumların iletişim bilgilerine sahip olmak.

Ailelerin alabileceği önlemler: Ailelerin evde bakım gücü ve potansiyelleri mali kaynaklar değerlendirilmeli. Bunlar yetersiz ise alternatif bakım kaynakları ve yöntemleri tespit edilmeli. Yaşlının da istekleri ve mahremiyeti göz önünde bulundurulmalı.

Toplumsal Önlemler: Bakımı üstlenen ailelere doğrudan yardım etmeyi kötü muamelenin engellenmesini sağlayacak devlet politikaları geliştirilmelidir. Yaşlı bakımı verebilecek profesyoneller ve bakımı kolaylaştıran kamu ve özel destek hizmet birimleri oluşturulmalı, düzenli olarak denetlenmeli, bakım evi kaynaklı istismar risklerinin ortadan kaldırılması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Yaşlılara ve bakım veren ailelere danışmanlık ve sosyal destek hizmetlerinin ve eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır. ^{25,52-56}

2.4 Geriatrik Sendromlar

Geriatrik değerlendirme, yaşlı bir bireyin fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal alanlarının anlaşılmasına odaklanan çok yönlü bir yaklaşımdır. Geriatrik sendromların tanınması ve sorgulanması, geriatrik değerlendirmenin önemli bir bileşenidir.

Geriatrik sendrom, tanımlanabilir stres etkenleri ile altta yatan yaşa bağlı risk faktörleri arasındaki etkileşimi içeren ve çoklu organ sistemlerinde hasara yol açan çok faktörlü bir durumdur.⁵⁷ Atipik semptomlarla kendini gösteren ve hastalık tanımlarına tam uymayan klinik durumları açıklamak için geriatrik sendrom terimi kullanılmaktadır. Geriatrik sendromlar bireyin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahiplerdir. Morbiditeyi ve hastane yatış oranlarını arttırarak hastayı bakıma muhtaç hale getirebilir ve mortalite riskini arttırabilirler.⁵⁸ Sendrom, bir anomaliye bağlı oluşan semptomlar ve/veya bulguların birlikteliği olarak özetlenebilir. Geriatrik sendromlarda ise farklı patolojilerin tek bir

semptoma neden olması nedeniyle klasik sendrom tanımı ile farklılaşır.⁵⁹ Özetlemek gerekirse tanımlanmış ya da tanımlanmamış etyolojik faktörlerin ve patojenik mekanizmaların sonucunda ortaya çıkan tanımlanmış semptomlar bütünü, klasik sendrom tanımıyla ifade edilirken; çeşitli etyolojik faktörlerin ve birbirini etkileyen patojenik mekanizmaların tek bir semptom ile kendini göstermesi geriatrik sendrom olarak tanımlanabilir.⁶⁰ Literatürde çeşitli geriatrik sendromlar belirlenmiş olmasına rağmen sık görülen geriatrik sendromlar şunlardır:⁶¹ Malnütrisyon, sarkopeni, kırılgeanlık, polifarmasi, demans, deliryum, depresyon, bası yaraları, inkontinans, düşme, uyku bozuklukları, ağrı.

Malnütrisyon, protein, kalori, vitamin vb. gibi dokuların gereksinimi olan makro veya mikro besin öğelerinden yoksun kalması sonucunda organlarda fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkması olarak tanımlanabilir. Yaşlanmanın getirdiğı tat duyusunda azalma, gastrointestinal sistem motilitesinde azalma gibi fizyolojik değışiklikler, hastalıklar, diş ve ağız sağlığı sorunları, polifarmasi, günlük yaşamsal aktivitelerde bağımlı olma ve çevresel etkenler malnütrisyonu neden olabilen faktörlerdir. Malnütrisyon pek çok diğeri geriatrik sendromun gelişimine de zemin hazırlar, morbidite ve mortalite artışında önemli bir risk faktörüdür.^{58,62}

Sarkopeni, “sarx (kas)” ve “penia (kayıp)” kelimelerinin birleşiminden oluşur. Geniş çapta kabul görmüş bir tanımı olmamasına rağmen fiziksel yetersizlik, düşük yaşam kalitesi ve ölüm gibi kötü sonuçlara yol açabilen, jeneralize ve progresif kas kütlesi ve kuvvet kaybı ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmıştır. ⁶³ Sarkopeni ilişkili olduğu düşünülen birçok risk faktörü mevcuttur. Malnütrisyon, immobilizasyon, artmış kas döngüsü, kas hücre sayısında azalma, hormonal disregölasyon, nöromüsküler değışiklikler, mitokondriyal disfonksiyon, kronik hastalıklar, organ yetmezlikleri, psikiyatrik sorunlar, ilaçların katabolik etkileri bu risk faktörlerinden bazılarıdır.⁶⁴

Polifarmasi yaşlılarda çoklu ilaç kullanımını ifade eder. Tanımı konusunda kesin fikir birliğı olmamakla birlikte literatürde birden fazla farklı tanımı mevcuttur. Bu tanımlamalardan bazıları: İki ya da daha fazla ilacın en az 240 gün süre ile bir arada kullanımı;⁶⁵ iki ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımı;⁶⁶ beş ya da daha fazla ilacın bir arada kullanımıdır.⁶⁷ Polifarmasi tedaviye uyumu azaltır. İlaç yan etkilerini, ilaç etkileşimlerini ve hastaneye yatış oranlarını artırır. Diğeri geriatrik sendromlarla yakın ilişkilidir.⁶⁸

Demans bilişsel işlevlerin beyindeki bir bozukluğa bağlı olarak kayıdır. Çeşitli bilişsel bozukluklar, kişilik değişiklikleri, bellek, düşünme, yönlendirme, anlama, hesaplama, öğrenme kapasitesi, dil ve muhakeme gibi yüksek kortikal fonksiyonların bozulduğu çeşitli ve değişkenlik gösteren psikiyatrik ve davranışsal semptomların bir arada görüldüğü ilerleyici bir bozukluktur.⁶⁹

Deliryum bilinç değişikliğinin yanında dikkat, algı, düşünce, bellek, devinim, duygu-durum ve uyku-uyanıklık döngüsü bozukluklarının eşlik ettiği, özgül olmayan organik beyin sendromu olarak tanımlanabilir. Tek başına bir hastalık değil başka patolojik durumlara bağlı ortaya çıkan bir sendromdur.⁷⁰ Postoperatif dönemde, yoğun bakım hastalarında, dahiliye servislerinde prevalansı yüksektir. Sistemik hastalık, santral sinir sistemi hastalıkları, metabolizma bozukluğu, toksik madde maruziyeti, sıvı elektrolit dengesizlikleri, enfeksiyonlar, dokulara oksijen sunumunu azaltacak problemler deliryum için önemli risk etmenleridir. Deliryum hastanede kalış süresini uzatmakla kalmayıp, mortalite ve morbidite oranlarını da arttırmaktadır.^{71,72}

Depresyon yaşlılık döneminde duygusal acının en önemli nedenlerinden biridir. Yaşlılık döneminde, depresyon veya depresif semptomlar sık görülmektedir. Depresif yaşlılarda duygudurum bozukluğunun yanında belirgin derecede azalmış işlevsellik ve yaşam kalitesi görülebilir. Depresyonla beraber kronik hastalıkların sıklığı artmakta ve hastalık prognozu kötü seyretmektedir.⁷³ Yaşlılar daha çok somatik problemlerinden bahsettiklerinden depresif semptomlar gözden kaçabilmektedir. Bu bağlamda ileri yaş depresyonu, hem intihar hem de hastalıkların prognozunu kötü olmasından kaynaklanan mortalite oranlarının artması ile ilişkilendirilebilir.⁷⁴

Ağrı yaşlının sık problemlerinden bir tanesidir.⁷⁵ Çeşitli nedenlerden kaynaklanabileceği gibi kas iskelet ve nöropatik ağrılar yaygın görülür. Altta yatan nedenin tedavisiz kalması veya ağrının palye edilmemesi sonucunda diğer geriatrik sendromlara yol açarak yaşlının sağlığını tehdit edebilir.⁷⁶

Bası yarası deri veya deri altı dokularda, sıklıkla kemik çıkıntıların üzerinde basınç ve/veya makaslama (yırılma) ve sürtünme kuvveti ile oluşan doku hasarı olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde ve immobil hastalarda sık görülür. Hareketsizlik, ileri yaş, ciltte kuruluk, enfeksiyonlar, hipotansiyon, malnütrisyon, sarkopeni, nörolojik hastalıklar, anemi, üriner ve fekal inkontinans, bilinç bulanıklığı bası yarası için risk faktörleridir.⁵⁸ Yüksek risk altındaki

hastaların bası yarası gelişiminin önlenmesi için ve geliştirse erken fark edilmesi için sık sık değerlendirilmesi gerekmektedir.⁷⁷

İnkontinans miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçıma durumu üriner inkontinans olarak tanımlanır.⁷⁸ Üriner inkontinans sıklığı yaşla beraber artmaktadır. Üriner inkontinansı olan yaşlılarda yaşam kalitesi bozulur ve mobilizasyon azalır. Buna bağlı kronik hastalık sıklığı artar, sosyal izolasyon, depresyon ve düşme riskinde de artış görülür. İnkontinansın kendisinden çok neden olduğu sonuçlar mortalite ve morbidite riskini arttırmaktadır.⁷⁹

Düşme, kişinin dikkatsizlik ya da kaza nedeni ile yere ya da kendisinden daha alt bir düzeyde uzanır duruma gelmesi olayı olarak tanımlanmıştır.⁸⁰ Ortopedik problemler, nörolojik hastalıklar, yardımcı cihaz kullanımı, depresyon, ortostatik hipotansiyon, kognitif fonksiyon bozuklukları, görme sorunları, polifarmasi düşme ile ilişkilidir.⁸¹ Düşme sonucunda kırıklar ve kafa içi kanama gibi önemli komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonlar gelişmese dahi, düşme korkusu nedeniyle hareket kısıtlılığı ve depresyon görülebilir.⁸²

2.5 Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme

Kapsamlı geriatrik değerlendirme, yaşlı bireylerin çoklu sorunlarının ortaya çıkarıldığı, tanımlandığı ve mümkünse açıklandığı, kişinin kaynakları ve güçlü yönlerinin kategorize edildiği, ihtiyaçlarının değerlendirildiği ve kişinin sorunlarına odaklanacak şekilde koordine edilmiş bir bakım planının geliştirildiği multidisipliner bir değerlendirme olarak tanımlanır.⁸³

Öykü ve fizik muayene ile beraber ilaçlar, beslenme, ağız ve dişler, işitme, görme, ağrı, üriner inkontinans, bilişsel durum, duygudurum, manevi durum, fonksiyonel durum, denge ve yürüyüş, düşmeler, ev ve çevre güvenliği, sosyal durum, finansal durum, bakım tercihleri kapsamlı geriatrik değerlendirmenin bileşenleridir. Amaç tüm problemlerinin tanımlanması, gizli kalabilecek hastalıkların tespiti, ihtiyaçların belirlenmesi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon planlarının oluşturulması bu bağlamda yaşlı sağlığının iyileştirilmesi ve korunmasıdır.⁸⁴

Geriatrik değerlendirme amacıyla sık kullanılan değerlendirme araçlarından bazıları şunlardır:⁸⁵⁻⁸⁷

Nöropsikiyatrik Testler: Mental durum, kognitif kapasite, duygu durum değerlendirilir.

- Kognitif Testler: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, Saat Çizme Testi, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği, Alzheimer Hastalığı Skalası, Global Detoriasyon Skalası, Klinik Demans Derecelendirme Skalası.
- Kognitif Olmayan Testler: Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası, Beck Depresyon Envanteri, Cornell Demansta Depresyon Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği.

Nöropsikiyatrik Olmayan Testler: Fiziksel, psikolojik, çevresel faktörler değerlendirilir.

- Fonksiyonellik Değerlendirilmesi: Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi, Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası, Modifiye Bartel İndeksi.
- Düşme ve mobilite bozuklukları: Zamanlı Kalk ve Yürü Testi, Tinetti Denge ve Yürüme Testi, Anormal İstemsiz Hareket Skalası.
- Beslenme durumu değerlendirilmesi: Mini Nütrisyonel Değerlendirme, Subjektif Global Değerlendirme.
- Kontinans değerlendirilmesi: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği, Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Anketi.
- Kırılganlık değerlendirilmesi: Basitleştirilmiş Modifiye Fried Kırılganlık Ölçeği, FRAIL İndeksi.

3 GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi dahiliye polikliniklerine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda ihmal ve istismar durumunun belirlenmesi ve bu durum ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan kesitsel, tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler anket, ölçek ve veri toplama formu ile toplanmıştır.

3.1 Örneklem

30.02.2023 ve 01.01.2024 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi dahiliye polikliniklerine ayaktan başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar rastgele örneklem yöntemi ile çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilecek hasta sayısı çalışmada kullanılan en uzun ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 katı olması kuralına uygun olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda kullanılan en uzun ölçek Geriatrik Kötü Muamele Ölçeği olup bu ölçek 22 maddeden oluştuğu için 110 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.⁸⁸

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 65 yaş veya üzerinde olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
- Dışlama kriterlerine sahip olmamak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- 65 yaşın altında olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- İşitme kaybı, konuşma bozukluğu gibi iletişim engeli olması
- Genel durum bozukluğu olması (şiddetli ağrı, kritik nefes darlığı, bilinç değişikliği, tıbbi acil gibi)
- Bilinç bulanıklığı olması
- Mental retardasyon olması
- Demans tanısı ile izleniyor olması
- Aktif psikiyatrik hastalık varlığı (majör depresyon, psikotik atak, bipolar bozukluk) olan hastalar
- Anket sorularına rahat ve doğru cevap veremeyecek durumda olması

3.2 Veri Toplama Yöntemi

Görüşmeler yaşlıların muayene olmak üzere polikliniğe başvurdıkları günde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilmeleri için yaşlı yakınları da kısaca bilgilendirilmiş ancak görüşme odasına alınmamıştır. Yaşlıya araştırmanın amacı açıklanmış, paylaşacağı bilgilerin gizli kalacağı belirtilmiştir. Onamı alınan hasta ile görüşmeler, muayene yapılan polikliniklerden ayrı, sadece araştırmacı ve katılımcının olduğu uygun bir odada yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formunda yer alan bütün sorular yaşlılara tek tek okunarak sorulmuş ve yaşlılardan gelen cevaplar doğrultusunda araştırmacı tarafından form üzerinde işaretleme yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür. Görüşme sonunda tespit edilen medikolegal problemlere yönelik yaşlıya bilgilendirme yapılmıştır.

Katılımcıların demografik verileri, medikal hastalıkları, kullandıkları ilaçların listesi veri formunda bulunan sorular vasıtasıyla ve hasta dosyalarından elde edilmiştir. Beş ve üzerinde ilaç kullanmak polifarmasi varlığı olarak kabul edilmiştir. Hastaların eğitim durumu okur yazar olmamak ile yüksek lisans veya doktora arasında bir skalada eğitim yılına göre değerlendirilmiştir. Hastaların boy, kiloları ölçülüp vücut kitle endeksleri (VKI), kg cinsinden ağırlıkları metre kare cinsinden boyun karesine bölünerek (kg/m^2) hesaplanmıştır. Sigara alkol kullanım süre ve miktarları sorgulanmıştır. Kronik ağrı şikayetini, düşme öyküsünü, inkontinans varlığını değerlendirmek amacıyla hastalara anket yoluyla sorular sorulmuştur. Altı aydan fazla süredir aynı bölgede devam eden ağrı şikayeti olan hastaların kronik ağrısının olduğu kabul edilmiştir. Miktarından bağımsız her türlü istemsiz idrar kaçırma şikâyeti olan hastalarda üriner inkontinans olduğu kabul edilmiştir. Düşme, kişinin dikkatsizlik ya da kaza nedeni ile yerde ya da kendisinden daha alt bir düzeyde uzanır duruma gelmesi olayı olarak tanımlanmıştır.⁸⁰ Hastalara son bir yıl içinde düşüp düşmedikleri ve düştülerse kaç kere düştükleri sorulmuştur. Tüm katılımcılara kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılmıştır. hastaların temel günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Katz ADL (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living; Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi), aletli günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Lawton-Brody IADL (Lawton - Brody

Instrumental Activities of Daily Living Scale; Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası), beslenme durumlarını değerlendirmek için MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short Form; Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Form), duygudurumlarını değerlendirmek için GDS-SF (Geriatric Depression Scale Short Form; Geriatrik Depresyon Skalası Kısa Form), ağrı derecelerini belirlemek için VAS (Visual Analogue Scale; Vizüel Ağrı Skalası), bilişsel fonksiyonlarını değerlendirmek üzere MMSE (The Mini Mental State Examination; Standart Mini Mental Test), ihmal ve istismar durumlarının değerlendirilmesi için Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (HSYİTT) (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test), Geriatrik İstismar Ölçeği (GİÖ) (Geriatric Mistreatment Scale), VASS (Vulnerability to Abuse Screening Scale; İstismara Açıklık Tarama Testi) uygulanmıştır. Tüm hastaların değerlendirilmesinde ve verilerin toplanmasında kullanılan anketler ve ölçekler aynı araştırmacı tarafından uygulanmış ve verilen cevaplara göre hasta verileri veri toplama formuna kaydedilmiştir.

3.3 Hastaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Anketler ve Ölçekler

3.3.1 Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı değerlendirmek için Katz ADL İndeksi kullanıldı. Ölçek Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir.⁸⁹ 2015 yılında Türkçe versiyonunun Türk geriatrik hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını ölçmede güvenilir ve geçerli olduğu ortaya konulmuştur.⁹⁰ Ölçek giyinme, tuvalete gitme, yer değiştirme, inkontinans ve beslenmeyi içeren 6 alt başlık içermektedir. Her bir soru 0 ve 1 puan şeklinde puanlanır. En yüksek puan 6 olup tam bağımsızlığı, 4 puan orta miktarda bağımlılığı, 2 puan ve altı ciddi düzeyde bağımlılığı göstermektedir.⁹¹ Ölçek Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi.

Banyo yapma	(1 Puan) Kendi kendine banyo yapabilme ya da sadece sırt, genital bölge gibi vücudun bir bölümünü ya da engelli bir uzvunu yıkarken yardıma ihtiyaç duyma	(0 Puan) Vücudun birden fazla bölgesini yıkarken yardım alma ihtiyacı ya da duşa veya küvete girerken veya çıkarken yardım alma, tüm banyo boyunca ihtiyaç duyma
Giyinme	(1 Puan) Elbiselerini dolabından veya çekmecedan alabilme ve elbise ve diğer giysilerini tamamıyla ilikleyerek giyebilme (Ayakkabılarını bağlarken yardım alabilir)	(0 Puan) Kendi kendine giyinirken yardım ihtiyacı ya da tamamen başkası tarafından giydirilme ihtiyacı duyma
Tuvalet	(1 Puan) Yardım almadan; tuvalete gidebilme, kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilme ve giysilerini düzenleyebilme ve genital bölgeyi temizleyebilme	(0 Puan) Tuvalete giderken yardım ihtiyacı çekme, kıyafetlerini çıkarıp giyinirken yardım alma, sürgü vb. malzemelere ihtiyaç duyma, genital bölge temizliğinde yardım alma
Hareket Yeteneği	(1 Puan) Yataktan kalkabilme ya da sandalyeye yardım almadan oturabilme (Mekanik destek aletlerini kullanabilir)	(0 Puan) Yataktan kalkarken ya da sandalyeye otururken tamamıyla destek alma
İdrar ve Gaita Kontrolü	(1 Puan) İdrar ve gaita kontrolünü sağlama	(0 Puan) Kısmen ya da tamamen bağırsak ve mesane fonksiyonlarına hakim olamama
Beslenme	(1 Puan) Yemeği tabağından alıp ağzına götürebilme	(0 Puan) Kısmen ya da tamamen beslenirken destek ihtiyacı duyma ya da parenteral

	(Yemeğin hazırlanması başka insanlar tarafından yapılabilir)	olarak beslenme
--	--	-----------------

3.3.2 Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Katılımcıların günlük enstrümental yaşam aktivitelerini değerlendirmek için Lawton Brody IADL ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek 1969'da Lawton ve Brody tarafından geliştirilmiştir.⁹² 2020 yılında Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması da yapılmıştır.⁹³ Test sekiz parametreden oluşmaktadır, bunlar: Telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, yolculuk yapabilme, ilaçlarını kullanabilme ve mali işlerini yapabilmedir. Ölçekteki sekiz maddenin her birine verilen yanıtlar "0" (yapamıyor ya da kısmen yapabiliyor) ya da "1" (yapabiliyor) olarak puanlanmaktadır. Testten alınan puanın azalması işlevselliğin düşük olduğunu bağımlılığın arttığını göstermektedir. Ölçek Tablo 9' da gösterilmiştir.

Tablo 9: Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.

Telefonu kullanma	Çamaşır
Telefonu rahatlıkla kullanabilir- 1	Kişisel çamaşırlarını tamamen kendisi yıkar- 1
Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir- 1	Çorap, mendil gibi küçük şeyleri yıkayabilir- 1
Telefona cevap verir ancak arayamaz- 1	Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır- 0
Telefonu hiç kullanamaz- 0	Yolculuk
Alış- Veriş	Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır- 1
Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar- 1	Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz- 1
Küçük alışverişini kendisi yapar- 0	Başkalarının yardımı ile toplu taşıma

	araçlarından faydalanabilir- 1
Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar- 0	Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır- 0
Alışveriş yapamaz- 0	Yolculuk yapamaz- 0
Mali işler	İlaçlarını kullanabilme
Bağımsız olarak tüm mali işlerin üstesinden gelebilir- 1	İlaçlarını zamanında ve uygun dozda alabilir- 1
Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde/banka işlerinde yardıma ihtiyaç duyar- 1	İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir- 0
Mali işlerini takip edemez- 0	İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz- 0
Yemek hazırlama	Ev temizliği
Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir- 1	Tek başına veya çok az destekle işlerin üstesinden gelir- 1
Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir- 0	Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işlerin üstesinden gelir- 1
Hazır yemeği ısıtır ve sunar/ yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz- 0	Hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz- 1
Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır- 0	Tüm ev işlerinde yardıma ihtiyaç duyar- 0

3.3.3 Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği

Katılımcıların nutrisyonel durumlarının değerlendirilmesi için MNA-SF kullanılmıştır.⁹⁴ Testin Türkçe validasyonu Sarıkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.⁹⁵ MNA-SF; gıda alımı, kilo kaybı, hareketlilik, psikolojik stres ve akut hastalık, depresyon ve demans ile ilgili 6 soruluk kısa bir ölçektir. 14 puan üzerinden değerlendirilen ölçekten 12 ve üzeri puan alınması normal, 8-11 puan alınması malnütrisyon riski ve 0-7 puan alınması malnütrisyon olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamızda MNA- SF' den 11 puan ve altında alan hastalar malnütrisyonu mevcut olarak kabul edilmiştir. MNA-SF Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Mini Nütrisyonel Değerlendirme Ölçeği- Kısa Form.

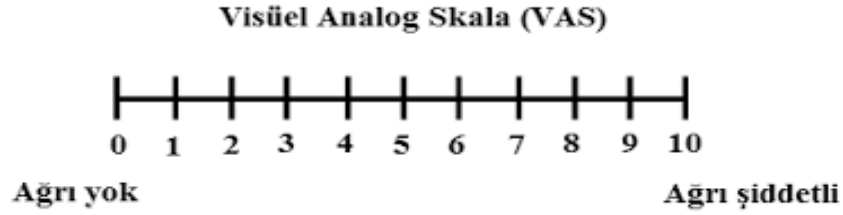
	0	1	2	3	Puan
Vücut kitle indeksi	<19	19- 21	21- 23	>23	
Kilo kaybı (son 3 ayda)	>3 kg	Bilmiyor	1-2 kg	Yok	
Son 3 ayda psikososyal bir stres veya akut bir hastalık geçirdiniz mi?	Evet		Hayır		
Mobilite	Yatak ya da tekerlekli sandalyeye bağımlı	Ev dışına çıkamıyor	Düzenli olarak dışarı çıkabiliyor		
Nöropsikolojik problemler	Ciddi demans veya depresyon	Hafif demans veya depresyon	Problem yok		
Son 3 ayda iştah kaybına bağlı gıda alımında azalma var mı? (sindirim, çiğneme veya yutma problemi)	Ciddi iştah kaybı var	Orta dereced e iştah kaybı var	İştah iyi		

3.3.4 Vizüel Analog Skala.

Kronik ağrı şikayeti olan hastaların ağrılarının şiddeti, kronik ağrı değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm metodu olan VAS ile yapılmıştır.⁹⁶ VAS'a göre ağrı şiddeti için "ağrı yok" 0 puan ve "hayal edilebilecek en kötü ağrı" 10 puan olarak derecelendirilir ve hastalardan 10 cm'lik ölçek üzerinden bir puan vermeleri istenir.

Ağrı şiddeti alınan puana göre belirlenmektedir. Skala puanı <3 ise hafif ağrı, 3-6 ise orta şiddette ağrı, >6 ise şiddetli ağrı olarak kabul edilmektedir.⁹⁷ Ölçek Tablo11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Vizüel Analog Skala



3.3.5 Geriatrik Depresyon Skalası

Katılımcılarda depresif duygu durum varlığı GDS-15 ile değerlendirilmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği'nin (GDS) 30 maddeden oluşan başlangıç formu Yesavage JA ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir⁹⁸. GDS-30'un Türkçe validasyonu 1997 yılında Ertan T ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.⁹⁹ GDS-30 hem klinisyenler hem de hastalar için zaman alıcı bir tarama aracı olmasından doğan ihtiyaçla, depresyon tanısı koymada daha basit, kısa ve zaman açısından etkili olan GDS'nin 15 maddeden oluşan kısa formu (GDS-15) Burke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.¹⁰⁰ Bu kısa formun Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2018 yılında yapılmış ve GDS-15'in tıpkı GDS-30 gibi yaşlılarda depresyonun belirlenmesinde faydalı bir ölçek olduğu, Türk yaşlı popülasyonunda kullanılabileceği kanıtlanmıştır. Ölçek evet/hayır şeklinde cevaplanan bir ölçektir 1, 5, 7, 11 ve 13. maddelerindeki depresyon lehine verilen hayır cevabı ve diğer sorulara verilen evet cevabı bir puan kazandırır. Skalada 0-15 arasında bir puan alınmaktadır. Ölçekte alınan puanların yüksekliği, geriatrik depresyonun yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin kesme noktası 5'tir.¹⁰¹ Testten ≥ 5 puan alan katılımcılarda depresyon var kabul edilmiştir. GDS-15 Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12: Geriatrik Depresyon Skalası-15.

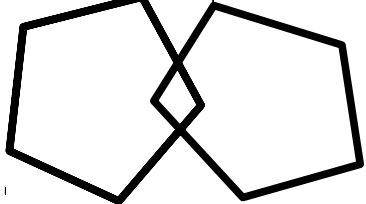
	Evet	Hayır
1) Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	☐	☐
2) Aktivitelerinizin ve ilgi alanlarınızın çoğundan uzaklaştınız mı?	☐	☐
3) Hayatınızın boş/anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
4) Çoğunlukla canınız sıkılır mı?	☐	☐
5) Çoğu zaman moraliniz iyi midir?	☐	☐
6) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	☐	☐
7) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	☐	☐
8) Sıklıkla kendinizi çaresiz/yardıma muhtaç hissediyor musunuz?	☐	☐
9) Dışarıya çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde kalmayı oturmayı tercih ediyor musunuz?	☐	☐
10) Hafızanızla ilgili olarak çoğu kişiden daha fazla probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
11) Şu anda yaşıyor olmanın güzel bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
12) Son zamanlarda kendinizi değersiz hissediyor musunuz?	☐	☐
13) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz ?	☐	☐
14) Durumunuzun ümitsiz olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
15) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐

3.3.6 Mini Mental Durum Değerlendirmesi

Kognitif durumu değerlendirmek amacıyla katılımcılara uygulanan MMSE testi Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir.¹⁰² Türk yaşlı popülasyonu için hafif demans tanısı için yüksek geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu gösterilmiştir.¹⁰³ Eğitimliler ile eğitimsizler için iki farklı çeşidi vardır. Eğitimsizler için de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁰⁴ MMSE: Yönelim (10 puan), kayıt hafızası (3 puan), dikkat ve hesap yapma (5 puan), hatırlama (3 puan) ve lisan (9 puan) olmak üzere beş ana başlık altında toplanmaktadır. Ölçek toplamda 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Geleneksel olarak 24 ila 30 arasındaki puanlar normal kabul edilmektedir.

Tablo 13: Mini Mental Durum Değerlendirmesi. (Eğitimli Bireyler İçin)

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)			
A. Zaman	Puan	B. Mekan (Sadece tam doğru cevaba puan verin)	Puan
Hangi yıldayız?		Hangi ülkede yaşıyoruz?	
Hangi mevsimdeyiz?		Hangi kentteyiz?	
Bugün ayın kaçı?		Bulunduğunuz semtin adı nedir?	
Hangi gündeyiz?		Bulunduğunuz bina neresidir?	
Şu anda günün hangi bölümündeyiz?		Bu binada kaçınıcı kattasınız?	
Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan)			
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayınız: “Masa, bayrak, elbise.” (20 sn süre tanınır.) Her doğru isim 1 puan			
Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam 5 puan)			
100’den geriye doğru 7 çıkartarak gidiniz. Dur deyinceye kadar devam ediniz. 100, 93, 86, 79, 72, 65. Her doğru işlem 1 puan			
Hatırlama (Toplam 3 puan)			

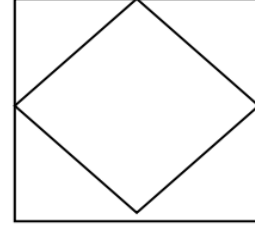
Biraz önce tekrar ettiğiniz isimleri söyleyin "Masa, bayrak, elbise." Her doğru isim 1 puan.
Lisan (Toplam 9 puan)
- Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? Kol saati, kalem. (20 sn süre tanınır.) Her yanıt 1 puan, toplam 2 puan. - Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin. Ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum." (10 sn süre tanınır.) Doğru yanıt 1 puan - Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (20 sn süre tanınır.) Her işlem 1 puan, toplam 3 puan - Şimdi size bir cümle göstereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. Bir kâğıda "gözlerinizi kapatın" yazıp hastaya gösterin. Doğru yanıt 1 puan - Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. Doğru yanıt 1 puan - Size göstereceğim şeklin aynısını çizin; (Aşağıdaki şekil arka sayfaya çizilecek.) Doğru yanıt 1 puan
Toplam Puan: 

Tablo 14: Mini Mental Durum Değerlendirmesi. (Eğitimsiz Bireyler İçin)

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)			
A. Zaman	Puan	B. Mekan (Sadece tam doğru cevaba puan verin)	Puan
Hangi yıldayız?		Hangi ülkede yaşıyoruz?	
Hangi mevsimdeyiz?		Hangi kentteyiz?	

Bugün ayın kaçı?		Bulunduğunuz semtin adı nedir?	
Hangi gündeysiniz?		Bulunduğunuz bina neresidir?	
Şu anda günün hangi bölümündeyiz?		Bu binada kaçınıcı kattayız?	
Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan)			
Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayınız: "Masa, bayrak, elbise." (20 sn süre tanınır.) Her doğru isim 1 puan			
Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam 5 puan)			
Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin pazardan önce cumartesi gelir, ondan önce ne gelir? Devam edin. Hastanın toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün 1 puan			
Hatırlama (Toplam 3 puan)			
Biraz önce tekrar ettiğiniz isimleri söyleyin "Masa, bayrak, elbise." Her doğru isim 1 puan.			
Lisan (Toplam 9 puan)			
- Bu gördüğünüz nesneleri isimleri nedir? Kol saati, kalem. (20 sn süre tanınır.) Her yanıt 1 puan, toplam 2 puan. - Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin. Ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum". (10 sn süre tanınır.) Doğru yanıt 1 puan - Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (20 sn süre tanınır.) Her işlem 1 puan, toplam 3 puan - Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın) Doğru yanıt 1 puan - Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin (30 sn süre tanınır) Anlamli cümle 1 puan - Size göstereceğim şeklin aynısını çizin; (Aşağıdaki şekil arka sayfaya çizilecek.) Doğru yanıt 1 puan			

Toplam Puan:



3.3.7 Geriatrik İstismar Ölçeği

Geriatrik İstismar Ölçeği 2013'de Giraldo-Rodriguez ve Rosas-Carrasco tarafından yaşlılara yönelik fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel istismarı ve ihmali değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.¹⁰⁵ Serap Daşbaşı ve arkadaşları tarafından 2018 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 22 sorudan oluşmaktadır ve maddelerin her biri iki kategorili yanıt şeklinde cevaplandırılmaktadır (0=hayır=istismar gerçekleşmedi, 1=evet=istismar gerçekleşti). Ölçeğin puanlaması 22 maddenin toplamı şeklinde yapılabileceği gibi istismarın türleri için ayrı ayrı da yapılabilmektedir. Son 12 ayda en azından bir "evet" yanıtı bireyin istismara uğradığı anlamına gelir. Her bir soruda geçtiğimiz bir yıl içinde gerçekleşen bir kötü muamele olup olmadığı; olduysa türü, kim tarafından yapıldığı, kaç defa gerçekleştiği ve ne zamandır devam ettiği sorgulanmaktadır.¹⁰⁶ Ölçeğin Türkçe uyarlaması Doç. Dr. Serap Daşbaşı'dan izin alınarak kullanılmıştır. Ölçek Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15: Geriatrik İstismar Ölçeği.

Geriatrik İstismar Ölçeği					
	A	B	C	D	E
	Cevabınız evet ise B'ye geçiniz	Bu kötü muamele kaç defa gerçekleşti?	Bu durum ne zamandır devam ediyor?	Sorumlusu kim?	Cinsiyeti nedir?

Geçtiğimiz yıl (Geçtiğimiz 12 ay) içinde	0 Hayır 1 Evet→ *Cevap verilmedi	1. Bir defa? 2. Bazen? 3. Her zaman? 4. cevap verilmedi	1. Bir yıl ve daha az 2.hatırlamıyor	<i>İstismar eden kişi ile yakınlık derecesi (kocas,ı, kızı, gelini, vb.)</i>	1. Erkek 2. Kadın
FİZİKSEL					
1. Size vuruldu mu?					
2. Size yumruk ya da tekme atıldı mı?					
3. İtildiniz mi ya da saçınız çekildi mi?					
4. Size bir cisim fırlatıldı mı?					
5. Bıçaklı ya da jiletli saldırıya uğradınız mı?					
PSİKOLOJİK					
6. Aşağılandınız mı ya da sizinle alay edildi mi?					
7. Size karşı ilgisiz davranıldı mı ya da görmezden gelindiniz mi?					
8. Tecrit edildiniz mi ya da evden kovuldunuz mu?					
9. Birisi sizi korkuttu mu?					

10. Kararlarınızın saygı görmediği oldu mu?					
11. Dışarı çıkmanız ya da ziyaret edilmeniz yasaklandı mı?					
İHMAL					
12. Kıyafet, ayakkabı vb. şeyleri almanızı engelleyen oldu mu?					
13. İhtiyacınız olan ilaçları almanızı engelleyen oldu mu?					
14. Korunmaya ihtiyacınız olduğunda bundan mahrum bırakıldınız mı?					
15. Yaşadığınız eve alınmadığınız oldu mu?					
EKONOMİK					
16. Birisi rızanız olmadan sizin paranızı kullandı mı ya da kullanıyor mu?					

17. Paranız elinizden alındı mı?					
18. Birisi size ait herhangi bir şeyi (eşyayı) sizin izniniz olmadan aldı mı?					
19. Herhangi bir mal varlığınız sizin rızanız olmadan satıldı mı?					
20. Sahibi olduğunuz evin ya da diğer mal varlığınızın artık size ait olmadığı konusunda baskıya maruz kaldınız mı?					
CİNSEL					
21. İstemediğiniz halde cinsel ilişkiye zorlandınız mı?					
22. Sizin rızanız olmadan birisi cinsel organlarınıza dokundu mu?					
Toplam puan	Toplam puan ≥ 1 ise istismar var, puan 0 ise istismar yok				

3.3.8 Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

1986 yılında Melanie A. Hwalek ve Mary C. Sengstock tarafından yaşlı istismarını tarama amaçlı 15 maddeden ve 3 kavramsal faktörden oluşan tarama

testi geliştirilmiştir.¹⁰⁷ Test, alınan puan arttıkça ihmal ve istismar riskinin arttığı anlamına gelecek şekilde kurgulanmıştır. Bu test en iyi bilinen yaşlı istismarı ölçme araçlarından biridir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2016 yılından yapılmıştır.¹⁰⁸ Türkçe formunda da özgün formda olduğu gibi üç alt kavramsal kategoriden oluşmaktadır. Bu üç kategori; savunmasız olan yaşlının özellikleri, potansiyel istismar durumunun belirlenmesi, kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismarı olarak ortaya çıkmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda 14 madde yer alır ve 0-14 arasında skorlanır. Puanın fazla olması yaşlı istismarı riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Hwalek ve Sengstock testinden 3 veya daha yüksek puan alan yaşlıların ihmal ve istismar açısından yüksek risk altında olduğu belirtilmiştir.¹⁰⁹

Ölçeğe verilen evet/hayır cevapları 1 ve 0 puan şeklinde kurgulanmış olup, 1, 5, 11 ve 13. sorulara verilen hayır cevapları 1 puan, 3. soruya verilen başkası cevabı 1 puan, diğer sorulara verilen evet cevapları 0 puan şeklinde değerlendirilmektedir.¹⁰⁸ Testin Türkçe uyarlanması Prof. Dr. Emine Özmete'den izin alınarak kullanılmıştır. Test Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.

MADDELER	EVET	HAYIR
1.Sizinle zaman geçiren, sizi alışverişe ya da doktora götüren birisi var mı?	0	1
2.Sık sık üzgün ya da yalnız mısınız?	1	0
3.Yaşamınız hakkında kararları kim verir- Örneğin nasıl ve nerede yaşamanız gerektiği gibi.	Ben 0	Başkası 1
	EVET	HAYIR
4.Ailenizde herhangi birisinden rahatsızlık hissediyor musunuz?	1	0
5.Kendi ilaçlarınızı kendiniz alabiliyor musunuz, kendinize yetebiliyor musunuz?	0	1
6.Kimsenin sizi çevresinde istemediğini düşünüyor musunuz?	1	0
7.Ailenizde herhangi birisi fazla alkol içer mi?	1	0

8.Ailenizde birisi siz hasta olmadığınızı bildiğiniz halde size hasta olduğunuzu ve yatakta kalmanız gerektiğini söyler mi?	1	0
9.Sizi yapmak istemediğiniz şeyleri yapmaya zorlayan herhangi birisi var mı?	1	0
10.Herhangi birisi sizin izniniz olmadan size ait olan şeyleri alır mı?	1	0
11.Ailenizdeki insanların çoğuna güvenir misiniz?	0	1
12.Herhangi birisi size, sizin onlara rahatsızlık/zahmet verdiğinizi söylüyor mu?	1	0
13.Evde yeterli mahremiyete/gizliliğe sahip misiniz?	0	1
14. Son zamanlarda size yakın herhangi birisi size kötülük yapmayı ya da zarar vermeyi denedi mi?	1	0

3.3.9 İstismara Açıklık Tarama Testi

12 maddeden oluşan VASS ölçeği Schofield ve arkadaşları tarafından 2002 yılında Avustralya'da yaşlı kadınlara yönelik istismarı belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.¹¹⁰ Katılımcılar ölçekteki sorulara kendilerine uygun olduğunu düşündükleri şekilde “evet/hayır” şeklinde yanıt verirler. Yüksek puan istismarın varlığını gösterir. Bir çalışmada suistimale açıklığın varlığı (puan ≥ 3) ve yokluğu (puan <3) olacak şekilde kategorize edilmiştir.¹¹¹ Ölçek her biri 3 maddeden oluşan 4 alt ölçek içermektedir bunlar: Bağımlılık, keyifsizlik, kırılganlık ve zorlamadır. Duygusal, psikolojik ve sözlü istismar gibi aile içi istismarın çeşitli biçimleri hakkında bilgi sağlar. Türkçe uyarlaması 2017 yılında Güler Duru ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹¹²

Tablo 17: İstismara Açıklık Tarama Testi.

	Evet	Hayır
1. Ailenizde korktuğunuz herhangi bir kişi var mı?		
2. Son zamanlarda yakınlarınızdan biri sizi incitmeye ya da zarar vermeye çalıştı mı?		

3. Son zamanlarda yakınlarınızdan size lakap takan, sizi aşağılayan ya da kendinizi kötü hissetmenize yol açan birileri oldu mu?		
4. Yaşadığınız evde yeterince mahremiyet alanınız var mı?		
5. Ailenizdeki çoğu kişiye güvenir misiniz?		
6. İlaçlarınızı kendiniz temin edip düzenli olarak kullanabiliyor musunuz?		
7. Sıklıkla kendinizi üzgün ya da yalnız hisseder misiniz?		
8. Çevrenizdeki kişilerin sizi etrafta görmekten rahatsız olduğunu hisseder misiniz?		
9. Ailenizdeki herhangi biri ile beraberken rahatsızlık hisseder misiniz?		
10. Hasta olmadığınız halde ailenizden birisi hasta olduğunuzu söyleyerek yatakta kalmanızı ister mi?		
11. Çevrenizdeki herhangi biri sizi istemediğiniz bir şeyi yapmaya zorlar mı?		
12. Çevrenizdeki herhangi biri size ait olan eşyaları sizin izniniz olmadan alıyor mu?		

3.4 Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 15.02.2023 tarihinde 107 numaralı karar ile etik açıdan uygun bulunduktan sonra başlanmış ve çalışma kapsamındaki tüm katılımcılar çalışmaya katılmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilmiş ardından katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Çalışma süresi boyunca Kasım 2013'te açıklanan Helsinki Bildirgesinde belirtilen etik kurallara uyulmuştur.

3.5 İstatistiksel Analiz Yöntemi

Çalışma verileri SPSS 26 paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler minimum, maksimum değer, sayı (n) ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Normallik varsayımına uyum kontrolü Shapiro-Wilk ile test edilmiştir. İstismar olan ve olmayan gruplarda cinsiyet, eğitim, gelir vb gibi kategorik özelliklerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Ayrıca istismar olan ve olmayan iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki tespiti için Spearman korelasyon testi ve istismar grupları arasında risk tahmini için Lojistik Regresyon (Enter Yöntemi) kullanıldı. Elde edilen tüm sonuçlar için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4 BULGULAR

Çalışmaya 65 yaş ve üzeri 110 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların %50,9'u erkek, %49,1'i kadın ve yaş ortalamaları $70,78 \pm 4,72$ 'dir (en düşük 65, en yüksek 85 yaş). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 18' de verilmiştir.

Tablo 18: Tüm hastalara ait demografik veriler.

	n (%)	Min-Maks	Ort±Ss
Yaş		65-85	$70,78 \pm 4,72$
Cinsiyet			
Kadın	54 (49,1)		
Erkek	56 (50,9)		
Eğitim			
Okuryazar değil	13 (11,8)		
İlkokul	43 (39,1)		
Ortaokul	23 (20,9)		
Lise	24 (21,8)		
Üniversite	7 (6,4)		
Çalışma durumu			
Evet	3 (2,7)		
Hayır	45 (40,9)		
Emekli	62 (56,4)		
Gelir düzeyi			
Kendime ait gelirim yok	36 (32,7)		
Düşük	45 (40,9)		
Orta	25 (22,7)		
Yüksek	4 (3,6)		
Hane geliri			
Gelir giderden az	41 (37,3)		
Gelir gidere eşit	56 (50,9)		
Gelir giderden fazla	13 (11,8)		
Medeni durum			
Evli	77 (70)		
Bekar	24 (21,8)		
Boşanmış	9 (8,2)		
Çocuk			
Yok	8 (7,3)		
Var	102 (92,7)		
Çocuk sayısı		1-7	$3,13 \pm 1,45$
Yaşadığı yer			
Kendi evim	57 (51,8)		

Eşimin evi	19 (17,3)		
Çocuklarımla evi	3 (2,7)		
Kiralık ev	29 (26,4)		
Huzur evi	2 (1,8)		
Yaşadığı kişi			
Tek	25 (22,7)		
Eşiyle	47 (42,7)		
Eş ve çocuklarıyla	22 (20,0)		
Sadece çocuklarıyla	13 (11,8)		
Uzak akrabalarıyla	1 (0,9)		
Huzur evi	2 (1,8)		
Sigara			
Evet	30 (27,3)		
Hayır	72 (65,5)		
Bıraktım	8 (7,3)		
Sigara maruziyeti (paket/yıl)	7-90	33,43±17,38	
Sigara bırakıldıktan sonra geçen süre (yıl)	1-45	26,40±13,79	
Alkol			
Hayır	104 (94,5)		
Evet	5 (4,5)		
Bıraktım	1 (0,9)		

Min- maks: Minimum- maksimum, Ort±Ss: ortalama ± standart sapma

Katılımcıların kronik hastalık sayısı en az 0 en çok 7 olup (ortalama 2,29±1,19) kullandıkları ilaç sayısı 0-9 arasında değişmektedir (ortalama 3,30±2). En sık görülen komorbidite oranı %60 ile hipertansiyondur. Tüm katılımcılara ait klinik özellikler, kapsamlı geriatrik değerlendirme test sonuçları ve mevcut geriatrik sendromlar Tablo 19'da sunulmuştur.

Tablo 19: Tüm hastalara ait klinik özellikler ve geriatrik sendrom değerlendirmesi.

	n (%)	Min-Maks	Ort±Ss
Kronik hastalık sayısı		0-7	2,29±1,19
Kronik hastalıklar			
Yok	6(5,4)		
Hipertansiyon	66(60)		
Diyabet	61(55,4)		
Hiperlipidemi	36(32,7)		
Kronik böbrek hastalığı	38(34,5)		

Aterosklerotik kalp hastalığı	32(29)		
Konjestif kalp yetmezliği	17(15,4)		
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı/ astım	12(11)		
Serebrovasküler hastalık	19(17,2)		
Malignite	6(5,4)		
Tiroid hastalıkları	23(21)		
Osteoporoz	43(39)		
Diğer hastalıklar	37(33)		
Kullanılan ilaç sayısı		0-9	3,30±2
Polifarmasi			
Yok	75 (68,2)		
Var	35 (31,8)		
VAS puanı		1-5	2,74±1,24
Kronik ağrı varlığı			
Ağrı var	31 (28,2)		
Ağrı yok	79 (71,8)		
GDS-15 puanı		0-15	5,26±4,23
Depresif duygu durum yok	60 (54,5)		
Depresif duygu durum var	50 (45,5)		
MNA-SF puanı		1-14	11,39±2,59
Normal	66 (60)		
Malnütrisyon riski	37 (33,6)		
Malnütrisyon	7 (6,4)		
MMSE puanı		7-30	26,11±4,22
Testin kesme noktasının üzerinde	86 (78,2)		
Testin kesme noktasının altında	24 (21,8)		
Katz ADL puanı		1-6	5,54±0,83
Bağımlılık yok	105 (95,5)		
Orta bağımlılık	2 (1,8)		
Ciddi bağımlılık	3 (2,7)		
IADL		0-8	6,66±1,88
Yürümeye yardımcı araç			
Yok	76 (69,1)		
Baston	29 (26,4)		
Walker	3 (2,7)		
Tekerlekli Sandalye	2 (1,8)		
Son bir yılda düşme durumu			
Evet	21 (19,1)		
Hayır	89 (80,9)		
Son bir yılda düşme sayısı		1-2	1,11±0,32
İnkontinans			
Var	34 (30,9)		
Yok	76 (69,1)		

Katz ADL: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, IADL: Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam

Aktiviteleri, MMSE: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, MNA-SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme- Kısa Form, GDS-15: Geriatrik Depresyon Skalası-15, VAS: Vizüel Analog Skala.

HSYİTT, VASS ve GİÖ ölçeklerinin kesme değerinin üzerinde puan alan katılımcı sayısı sırası ile 27 (%24,5), 21(%19,1) ve 30'dur (%27,3). En sık görülen istismar türü %20,9 ile psikolojik istismardır. En az görülen istismar türü ise %0,9 ile cinsel istismardır. Tüm katılımcılara ait istismar görülme oranları ve istismar ölçeklerinin sonuçları Tablo 20'de sunulmuştur.

Tablo20: İstismar görülme oranları ve istismar ölçeklerinin sonuçları.

	N	%
HSYİTT		
<3 Puan	83	75,5
≥3 Puan	27	24,5
VASS		
<3 Puan	89	80,9
≥3 Puan	21	19,1
GİÖ toplam		
İstismar yok(0 puan)	80	72,7
İstismar var (≥1 puan)	30	27,3
Fiziksel istismar		
Yok	104	94,5
Var	6	5,5
Psikolojik istismar		
Yok	87	79,1
Var	23	20,9
İhmal		
Yok	104	94,5
Var	6	5,5
Ekonomik istismar		
Yok	102	92,7
Var	8	7,3
Cinsel istismar		
Yok	109	99,1
Var	1	0,9

HSYİTT: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi, VASS: İstismara Açıklık Tarama Testi, GİÖ: Geriatrik İstismar Ölçeği.

HSYİTT'den alınan minimum puan 0 ve maksimum puan 8 olup ölçeğe ait puan ortalaması $1,65 \pm 1,81$ 'dir. Ölçeğe ait Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,622'dir. VASS skoruna ait minimum ve maksimum puanlar 0-6, puan ortalaması

1,28±1,43, güvenirlik katsayısı ise 0,511'dir. Fiziksel istismar minimum ve maksimum puanlar 0-5, puan ortalaması 0,16±0,75 ve güvenirlik katsayısı 0,897'dir. Psikolojik istismar minimum ve maksimum puanlar 0-4, puan ortalaması 0,34±0,75 ve güvenirlik katsayısı 0,544'tür. İhmal istismar puanından alınan minimum ve maksimum puanlar 0-2, puan ortalaması 0,08±0,36 ve güvenirlik katsayısı 0,518'dir. Ekonomik istismar puanına ait minimum ve maksimum puanlar 0-4 ve puan ortalaması 0,13±0,54, güvenirlik katsayısı 0,678'dir. Cinsel istismar puanına ait minimum ve maksimum puanlar 0-2, puan ortalaması 0,02±0,19 ve güvenirlik katsayısı 1'dir. GiÖ toplam puanına ait minimum ve maksimum puanlar 0-14, puan ortalaması 0,73±1,86 ve güvenirlik katsayısı 0,839'dur. Çalışmada yer alan geriatrik istismar ölçeklerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21: Geriatrik istismar ölçeklerinin tanımlayıcı istatistikleri.

	Madde sayısı	Min-Maks	Ort±Ss	Cronbach's Alpha (α)
HSYİTT	14	0-8	1,65±1,81	0,622
VASS	12	0-6	1,28±1,43	0,511
GiÖ (Toplam)	22	0-14	0,73±1,86	0,839
Fiziksel istismar	5	0-5	0,16±0,75	0,897
Psikolojik istismar	6	0-4	0,34±0,75	0,544
İhmal	4	0-2	0,08±0,36	0,518
Ekonomik istismar	9	0-4	0,13±0,54	0,678
Cinsel istismar	2	0-2	0,02±0,19	1,000

HSYİTT: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi, VASS: İstismara Açıklık Tarama Testi, GiÖ: Geriatrik İstismar Ölçeği, Min- maks: Minimum- maksimum, Ort±Ss: ortalama ± standart sapma

Katılımcılar istismar varlığına göre istismar olanlar ve olmayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. İstismar olan grupta yaş ortalaması 72±5,86, istismar olmayan gruptaki yaş ortalaması ise 70,33±4,17 olup yaş ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,267). İstismar olmayan gruptaki yaşlıların %47,5 i kadın, istismar olan grubun ise %53,3'ü kadındır. İstismar varlığı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

yoktur (p=0,586). Tablo 22'de istismar varlığına göre katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tablo 22: İstismar varlığına göre katılımcıların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması.

	İstismar yok n=80	İstismar var n=30	P**
Yaş (Ort±Ss)	70,33±4,17	72±5,86	0,267*
Cinsiyet n (%)			
Kadın	38 (47,5)	16 (53,3)	0,586
Erkek	42 (52,5)	14 (46,7)	
Eğitim n (%)			
Okuryazar değil	6 (7,5)	7 (23,3)	0,098
İlkokul	30 (37,5)	13 (43,3)	
Ortaokul	20 (25)	3 (10)	
Lise	18 (22,5)	6 (20)	
Üniversite	6 (7,5)	1 (3,3)	
Çalışma durumu n (%)			
Evet	2 (2,5)	1 (3,3)	0,913
Hayır	32 (40)	13 (43,3)	
Emekli	46 (57,5)	16 (53,3)	
Gelir düzeyi n (%)			
Kendime ait gelirim yok	24 (30)	12 (40)	0,251
Düşük	31 (38,8)	14 (46,7)	
Orta	21 (26,3)	4 (13,3)	
Yüksek	4 (5)	0 (0)	
Hane gelir n (%)			
Gelir giderden az	26 (32,5)	15 (50)	0,036
Gelir gidere eşit	41 (51,3)	15 (50)	
Gelir giderden fazla	13 (16,3) ^a	0 (0) ^b	
Medeni durum n (%)			
Evli	58 (72,5)	19 (63,3)	0,646
Bekar	16 (20)	8 (26,7)	
Boşanmış	6 (7,5)	3 (10)	
Çocuk n (%)			
Yok	7 (8,8)	1 (3,3)	0,330
Var	73 (91,3)	29 (96,7)	
Çocuk sayısı (Ort±Ss)	3,04±1,42	3,34±1,52	0,381*
Yaşadığı yer n (%)			
Kendi evim	44 (55)	13 (43,3)	0,033
Eşimin evi	15 (18,8)	4 (13,3)	

Çocuklarımla evi	0 (0) ^a	3 (10) ^b	
Kiralık ev	20 (25,0)	9 (30,0)	
Huzur evi	1 (1,3)	1 (3,3)	
Yaşadığı kişiler			
Tek	19 (23,7)	6 (20,0)	
Eşyle	35 (43,8)	12 (40)	
Eşi ve çocuklarıyla	16 (20)	6 (20)	0,827
Sadece çocuklarıyla	8 (10)	5 (16,7)	
Uzak akrabalarıyla	1 (1,3)	0 (0)	
Huzurevi	1 (1,3)	1 (3,3)	
Sigara n (%)			
Evet	21 (26,3)	9 (30)	
Hayır	51 (63,8)	21 (70)	0,198
Bıraktım	8 (10)	0 (0)	
Alkol n (%)			
Hayır	75 (93,8)	29 (96,7)	
Evet	4 (5)	1 (3,3)	0,768
Bıraktım	1 (1,3)	0 (0)	
Yürüme araç n (%)			
Yok	58 (72,5)	18 (60)	
Baston	17 (21,3)	12 (40)	0,153
Walker	3 (3,8)	0 (0)	
Tekerlekli sandalye	2 (2,5)	0 (0)	

****:** Ki Kare testi, *****: Mann Whitney U testi, **a** ve **b**: birbirinden farklılık gösteren grupların harflendirmesi, **Ort±Ss**: ortalama ± standart sapma

İstismar olmayan gruptaki yaşlıların %16,3'ünün geliri giderinden fazla olup bu oran istismar görülen yaşlılarda sıfırdır. İstismar ile hane gelir düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı görünmesine rağmen ($p=0,036$) bu durum geliri giderinden fazla olan yaşlı oran dağılımından kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde yaşanan yer ile istismar durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı görünmesine rağmen ($p=0,033$) bu durum çocuklarının evinde yaşayan yaşlıların oran dağılımından kaynaklanmaktadır.

GlÖ sorularına verilen yanıtlar tek tek gözden geçirildiğinde 9 kişinin (9/30, %30,0) birden fazla istismar türüne uğradığı ve 6 kişinin (6/30, %20,0) en az bir istismar türüne her zaman maruz kaldığı görüldü. Çalışma popülasyonunun neredeyse tamamına yakınının (107 hasta, 107/110, %97,3) yalnız, eşi ile ve/veya yakın aile bireyleriyle yaşadığı ve bu sebeple saptanan istismar vakalarının %90,0'ının (27 hasta, 27/30) aile içinde gerçekleştiği sonucuna

ulaşıldı. Huzurevinde yaşayan 2 hasta vardı (2/110, %1,8) ve bu iki hastadan birinin (1/30, %3,3) istismara maruz kaldığı görüldü.

İstismar olmayan gruptaki yaşlıların kronik hastalık sayısı ortalama $1,91 \pm 0,90$, istismar olan gruptakilerin ise $3,30 \pm 1,29$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). İstismar olmayan gruptaki yaşlıların kullandıkları ilaç sayısı ortalama $2,89 \pm 1,92$, istismar olan gruptaki yaşlıların ise $4,40 \pm 1,79$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). İstismara uğrayan grupta polifarmasi, malnütrisyon, depresif duygu durumu, inkontinans varlığı istatistiksel olarak daha yüksek oranda saptanmıştır. (sırası ile $p = < 0,001$, $p = 0,003$, $p = < 0,001$, $p = 0,002$). Kronik ağrı varlığı ve düşme öyküsü istismara uğrayan yaşlılarda daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. (sırasıyla $p = 0,226$, $p = 0,075$) Gruplar arasında Katz ADL puan ortalamaları açısından fark yokken ($p = 0,075$), IADL puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$). İstismar varlığına göre grupların klinik özellikler, kapsamlı geriatrik değerlendirme test sonuçları ve mevcut geriatrik sendromlar açısından karşılaştırılması Tablo 23'te yer almaktadır.

Tablo 23: İstismar varlığına göre grupların klinik özellikler ve geriatrik sendromlar açısından karşılaştırılması.

	İstismar yok n=80	İstismar var n=30	P
Kronik Hastalık Sayısı (Ort±Ss)	1,91±0,90	3,30±1,29	<0,001*
Kullanılan ilaç sayısı (Ort±Ss)	2,89±1,92	4,40±1,79	<0,001*
Polifarmasi n (%)			
Yok	63 (78,8)	12 (40)	<0,001
Var	17 (21,3)	18 (60)	
Kronik ağrı varlığı n (%)			
Ağrı yok	60 (75)	19 (63,3)	0,226**
Ağrı var	20 (25)	11 (36,7)	
Kronik ağrı puanı (Ort±Ss)	2,70±1,38	2,82±0,98	0,865*
GDS-15	3,99±3,31	8,67±4,57	<0,001*

Depresif duygu durumu yok	52 (65)	8 (26,7)	<0,001**
Depresif duygu durumu var	28 (35)	22 (73,3)	
MNA SF	11,83±2,31	10,23±2,97	0,003*
Normal	54 (67,5) ^a	12 (40) ^b	
Malnütrisyon			0,005**
riski	24 (30)	13 (43,3)	
Malnütrisyon	2 (2,5) ^a	5 (16,7) ^b	
MMSE	26,79±3,43	24,30±5,50	0,003*
Testin kesme noktasının üzerinde	66 (82,5)	20 (66,7)	0,073**
Testin kesme noktasının altında	14 (17,5)	10 (33,3)	
ADL	5,66±0,71	5,20±1,03	0,075*
Bağımlılık yok	78 (97,5)	27 (90)	
Orta bağımlılık	1 (1,3)	1 (3,3)	0,224**
Ciddi bağımlılık	1 (1,3)	2 (6,7)	
IADL	6,89±1,65	6,07±2,32	<0,001*
Düşme			
Evet	12 (15)	9 (30)	
Hayır	68 (85)	21 (70)	0,075
İnkontinans n			
(%)			
Evet	18 (22,5)	16 (53,3)	0,002
Hayır	62 (77,5)	14 (46,7)	
HSYİTT	0,93±1,10	3,6±1,9	<0,001*
<3	74 (92,5)	9 (30)	<0,001
≥3	6 (7,5)	21 (70)	
VASS	0,69±0,87	2,87±1,43	<0,001*
<3	76 (95)	13 (43,3)	<0,001
≥3	4 (5)	17 (56,7)	
Geriatrik İstismar Ölçeği			
Fiziksel istismar	0±0	0,60±1,35	<0,001*
Psikolojik	0±0	1,23±0,97	<0,001*
istismar			
İhmal	0±0	0,30±0,65	<0,001*
Ekonomik	0±0	0,47±0,97	0,102*
istismar			
Cinsel istismar	0±0	0,07±0,37	0,267*

*: Mann Whitney U testi, **: Ki Kare testi, ADL: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, IADL: Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam, Aktiviteleri, MMSE: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, MNA-SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme- Kısa Form, GDS-15: Geriatrik Depresyon Skalası, Ort±Ss: ortalama ± standart sapma, HSYİTT: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi, VASS: İstismara Açıklık Tarama Testi, a ve b harflendirmesi: her satırdaki farklılığın sebep olduğu grupları ifade ediyor yani MNA SF için istismar olan ve olmayanlardaki normal ve malnütrisyon görülenlerin oranlarından kaynaklanmış farklılık

Toplam GIÖ puanı ile GDS-15 arasında pozitif ($r=0,469$; $p<0,001$), MNA-SF ($r=-0,279$; $p=0,003$), MMSE ($r=-0,295$; $p=0,002$) ve Katz ADL ($r=-0,304$; $p=0,001$) ölçek puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 24'te yer almaktadır.



Tablo 24: Geriatrik değerlendirme ölçekleri ve geriatrik istismar ölçekleri arasındaki korelasyonlar.

		GDS-15	MNA SF	MMSE	ADL	IADL	HS	VASS	Fiziksel	Psikolojik	İhmal	Ekonomik	Cinsel	GIO
GDS-15	r	1	-0,488**	-0,288**	-0,458**	-0,416**	0,484**	0,547**	0,249**	0,402**	0,111	0,220*	-0,073	0,469**
	p	-	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	<0,001	0,250	0,021	0,450	<0,001
MNA-SF	r		1	0,153	0,490**	0,381**	-0,388**	-0,401**	-0,008	-0,286**	-0,112	-0,149	0,064	-0,279**
	p		-	0,111	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,932	0,002	0,244	0,120	0,504	0,003
MMSE	r			1	0,279**	0,495**	-0,290**	-0,340**	-0,078	-0,262**	-0,184	-0,099	-0,011	-0,295**
	p			-	0,003	<0,001	0,002	<0,001	0,418	0,006	0,055	0,302	0,912	0,002
ADL	r				1	0,356**	-0,266**	-0,311**	-0,217*	-0,212*	-0,067	-0,165	0,070	-0,304**
	p				-	<0,001	0,005	0,001	0,023	0,026	0,484	0,085	0,466	0,001
IADL	r					1	-0,237*	-0,324**	0,133	-0,241*	-0,062	0,005	0,089	-0,154
	p					-	0,013	0,001	0,165	0,011	0,522	0,963	0,355	0,107
HSYİTT	r						1	0,943**	0,331**	0,518**	0,362**	0,313**	0,169	0,654**
	p						-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,077	<0,001
VASS	r							1	0,358**	0,557**	0,333**	0,330**	0,170	0,680**
	p							-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,076	<0,001
Fiziksel	r								1	0,306**	0,308**	0,247**	0,410**	0,494**
	p								-	0,001	0,001	0,009	<0,001	<0,001
Psikolojik	r									1	0,196*	0,349**	0,227*	0,841**
	p									-	0,040	<0,001	0,017	<0,001
İhmal	r										1	0,098	0,387**	0,417**
	p										-	0,308	<0,001	<0,001
Ekonomik	r											1	-0,027	0,492**
	p											-	0,781	<0,001
Cinsel	r												1	0,206*
	p												-	0,031
GIO	r													1
	p													-

** : $p < 0,010$, * : $p < 0,05$, r : Spearman korelasyon katsayısı, ADL: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, IADL: Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam, Aktiviteleri, MMSE: Mini

Mental Durum Değerlendirmesi, MNA-SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme- Kısa Form, GDS-15: Geriatrik Depresyon Skalası, HSYİTT: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı

Tarama Testi, VASS: İstismara Açıklık Tarama Testi, GIO: Geriatrik İstismar Ölçeği

İstismar toplam puanındaki (GİÖ) bir birimlik artış fiziksel istismar puanında 3,33 birimlik artışa neden olmaktadır ($\beta=3,33$, $p<0,001$). İstismar toplam puanındaki (GİÖ) bir birimlik artış psikolojik istismar puanında 1,47 birimlik artışa neden olmaktadır ($\beta=1,47$, $p<0,001$). İstismar toplam puanındaki (GİÖ) bir birimlik artış ihmal puanında 2,65 birimlik artışa neden olmaktadır ($\beta=2,65$, $p<0,001$). İstismar toplam puanındaki (GİÖ) bir birimlik artış ekonomik istismar puanında 1,80 birimlik artışa neden olmaktadır ($\beta=1,80$, $p<0,001$). İstismar toplam puanındaki (GİÖ) bir birimlik artış cinsel istismar puanında 2,61 birimlik artışa neden olmaktadır ($\beta=2,61$, $p<0,001$). Dolayısıyla istismar puanı fazla olan yaşlılar en çok fiziksel istismara uğramıştır diyebiliriz. İstismar varlığı ile istismar alt tiplerinin ilişkisi Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25: İstismar varlığı ile istismar alt tiplerinin ilişkisi.

$R^2=0,863$, $p<0,001$	B (Se)	P	%95 GA
Fiziksel	3,33 (0,34)	<0,001	2,66; 4,01
Psikolojik	1,47 (0,18)	<0,001	1,10; 1,83
İhmal	2,65 (0,33)	<0,001	2; 3
Ekonomik	1,80 (0,29)	<0,001	1,23; 2,37
Cinsel	2,61 (0,83)	0,002	0,97; 4,26

İstismar olan grupta GDS-15 puanı 1,33 kat daha fazla iken MNA-SF puanı 0,80, MMSE puanı 0,88, IADL puanı 0,81 kat daha azdır. ADL puanı istismar olan grupta 0,64 kat daha az olmakla beraber istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. İstismar varlığı ile geriatrik sendrom ölçekleri ve yaşlı istismarı ölçeklerinin ilişkisi Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26: İstismar varlığı ile geriatrik sendrom ölçekleri ve yaşlı istismarı ölçeklerinin ilişkisi.

	B	OR	P	%95 GA
HSYİTT	1,17 (0,24)	3,23	<0,001	2,02; 5,15
VASS	1,56 (0,30)	4,75	<0,001	2,65; 8,52
GDS-15	0,28(0,06)	1,33	<0,001	1,18; 1,49
MNA-SF	-0,23 (0,09)	0,80	0,008	0,67; 0,94
MMSE	-0,13 (0,05)	0,88	0,014	0,79; 0,97

ADL	-0,64	0,53	0,024	0,30; 0,92
IADL	-0,22 (0,11)	0,81	0,048	0,65; 0,99

İstismar olan grupta inkontinans 3,94 kat daha fazla, polifarmasi 5,56 kat daha fazla, kronik hastalık sayısı 3,34 kat daha fazla, kullanılan ilaç sayısı 1,5 kat daha fazla, depresif duygudurum varlığı 5,11 kat daha fazla bulunmuştur. İstismar varlığı ile klinik özelliklerin ilişkisi tablo 27' de gösterilmiştir.

Tablo 27: İstismar varlığı ile klinik özelliklerin ilişkisi.

	B	OR	P	%95 GA
İnkontinans	1,37 (0,45)	3,94	0,003	1,62; 9,57
Kronik Hastalık Sayısı	1,21 (0,27)	3,34	<0,001	1,98; 5,63
Kullandığı İlaç Sayısı	0,40 (0,12)	1,50	0,001	1,18; 1,89
Polifarmasi	1,72 (0,46)	5,56	<0,001	2,25; 13,75
Depresif Duygudurum	1,63 (0,48)	5,11	<0,001	2,01; 12,95

5 TARTIŞMA

İhmal ve istismar yaşlı popülasyonda tespit edilmesi zor olmasına rağmen sık görülen, yaşlıyı klinik ve psikolojik olarak son derece olumsuz etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızda Mersin Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Poliklinikleri'ne ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların ihmal ve istismara uğrama sıklığının, istismara maruz kalan yaşlıların hangi istismar türüne hangi ortamlarda maruz kaldıklarının ve bu durum ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda HSYİTT, VASS ve GİÖ olmak üzere 3 ayrı istismar ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeklerin seçiminde geçerlilik-güvenilirlik ve Türkçe uyarlama çalışmalarının olması etkili olmuştur. İstismar alt tiplerini belirleyebildiği ve literatürdeki çalışmalarda sık kullanıldığı için GİÖ referans alınmıştır. Bu ölçekten elde ettiğimiz verilere göre her 4 yaşlıdan en az birinin istismara uğradığı görülmüştür. İstismar saptanan grupta en fazla %20,9 oranı ile psikolojik istismar gelmektedir. İstismara maruz kalma durumu ile kronik hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı, depresyon, malnütrisyon, üriner inkontinans gibi geriatrik sendromlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Yaşlı ihmal ve istismar prevalansı çalışmanın yapıldığı bölgeye, kültürel özelliklere, çalışmada kullanılan tanım ve ölçek farklılıklarına bağlı olarak değişiklik göstermekle ve literatürde %2 ile %62 arasında bildirilmektedir.^{113,114} Dünya genelinde istismar görülme oranı ortalama %15,7 olup her 6 yaşlıdan birinin istismara maruz kaldığı bilinmektedir⁴⁰. Çalışmamızda GİÖ ölçeğine göre %27,3, HSYİTT'e göre %24,5, VASS ölçeğine göre %19,1 oranında istismar riski altında olan yaşlı saptamıştır. Ülkemizde H. Sert ve F. Baş'ın Isparta'da aile sağlığı merkezinde 150 hasta ile HSYİTT kullanarak yaptığı tez çalışmasında katılımcıların %17,3'ünün istismar riski altında olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁵ Samsun'da HSYİTT kullanılarak aile hekimliği sistemine kayıtlı 200 yaşlının dahil edildiği farklı bir çalışmada ise istismar riski %5 saptanmıştır.¹¹⁶ Toplum temelli yapılan bu çalışmada saptanan düşük istismar oranı çalışma yapılan bölgenin sosyokültürel ve sosyoekonomik açıdan diğer bölgelere göre daha iyi olması ile açıklanmıştır. İstanbul'da aile hekimliği polikliniğine başvuran 329 katılımcıyla GİÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada ise istismar oranı %10,6 olarak saptanmıştır.¹¹⁷ Bizim çalışmamızda yaşlı hastalarda istismar oranının dünyadaki geniş dağılım aralığının içerisinde yer aldığı fakat ülkemizde yapılan diğer

alışmalara göre biraz daha yüksek saptandığı dikkat çekmektedir. Çalışmamıza dahil ettiğimiz popülasyonun niversite hastanesine başvuran, yani birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvuran hastalardan daha çok sayıda ve/veya klinik olarak daha ağır hastalıklara sahip olan kişilerden oluştuğu düşünüldüğünde, çalışmamızdaki katılımcıların istismara daha açık halde olması bu sonucun sebebi olabilir.

Yaşlı istismarı fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere alt tiplere ayrılmaktadır. 28 farklı ülkede yapılan 52 farklı çalışmayı değerlendirmeye alan bir sistematik derlemede, birleştirilmiş yaygınlık tahminlerinde en sık %11,6 ile psikolojik istismar görüldüğü ortaya konmuştur.⁴¹ Aynı derlemede sırasıyla ekonomik istismar (% 6,8), ihmal (% 4,2), fiziksel istismar (%2,6) gelmekte ve en az sıklıkta cinsel istismar (%0,9) görüldüğü belirtilmektedir. Ülkemizde de Aylaz R. ve arkadaşlarının aile sağlığı merkezine başvuran 290 yaşlı katılımcı ile yaptığı bir çalışmada psikolojik istismar %23,4, fiziksel istismar %6,2, cinsel istismar %1,0 ekonomik istismar %11,0, ihmal %15,9 oranında saptanmıştır.¹¹⁸ çalışmamızda dünyadaki ve ülkemizdeki çalışmalarla benzer olarak psikolojik istismar en fazla oranda görülürken en az sıklıkta cinsel istismar saptanmıştır. İstismar tespit edilmesi zor bir olgu iken cinsel istismar belki de alt tipler arasında tespit edilmesi en zor olanıdır. Hem sağlık profesyonelleri tarafından tanınması g olup hem de istismara maruz kalan kişi tarafından dile getirilmesinin zor olması nedeniyle cinsel istismar çok rahatlıkla gözden kaçabilir ya da göz ardı edilebilir. Toplumumuzun kültürel değerleri, cinsellikle ilgili konuların sorgulanması ve konuşulması konusundaki bakış açısı da göz önüne alındığında cinsel istismarın en az sıklıkta saptanması şaşırtıcı bulunmamıştır. Çalışmamızda istismara maruz kalan bireylerin %30'unun birden fazla istismar türüne uğradığı ve %20'sinin de bir istismar türüne her zaman maruz kaldığı görüldü. Çalışma popülasyonunun neredeyse tamamına yakınının yalnız, eşi ile ve/veya yakın aile bireyleriyle yaşadığı ve bu sebeple saptanan istismar vakalarının %90,0'nının aile içinde gerçekleştiği sonucuna ulaşıldı. Ülkemizde yayınlanan bir derlemede yaşlıların istismara en çok yakın çevresindeki kişiler tarafından (ocukları, eşleri, torunları, çocuklarının eşleri vb.) maruz bırakıldıkları vurgulanmıştır.¹⁷

Çalışmamızda kişilerin sosyodemografik özelliklerinden olan yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, medeni durum, ocuk sahibi olup

olmama, sigara kullanımı, alkol kullanımı, yaşadığı yer, kimlerle yaşadığı bilgileri tek tek sorgulanmış ancak sosyodemografik veriler ile istismar durumu arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Literatürde yaşlı istismarı ile ilişkili faktörleri inceleyen çalışmaların dahil edildiği iki derleme incelendiğinde sosyodemografik özelliklerin yaşlı istismarı ile ilişkisi arasında çelişkili sonuçlar göze çarpmaktadır.^{44,119} Haziran 2020 tarihinde yayınlanan; Amerika, Asya, Avrupa kıtalarında yapılmış, genellikle 60 yaş üzeri ,nadiren 65 ve 75 yaş üzeri, katılımcıların dahil edildiği, farklı istismar ölçeklerinin kullanıldığı, çoğunluğunu kesitsel çalışmalardan olmak üzere 27 çalışmanın bulunduğu sistematik derlemenin sonuçlarına bakıldığında iki makale 70 yaşın altında olmanın istismar için bir risk faktörü olduğunu belirtirken, farklı iki makale ise bu yaşın istismardan koruma sağladığını belirtmiştir. 3 farklı makalede kadın olmak risk faktörüken bir makalede erkek olmak risk faktörü olarak değerlendirilmiştir.¹¹⁹ Mayıs 2013 tarihli yaşlı istismarı ve risk faktörlerini konu edinen 49 çalışmanın dahil edildiği sistematik gözden geçirmenin sonuçlarına bakıldığında ise düşük gelir sahibi olmanın, kadın olmanın istismar ilişkili risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar çoğunlukta olup tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur⁴⁴. Diğer sosyodemografik verilerle ilgili de çelişkili sonuçlar mevcuttur. Ülkemizde 65 yaş üzeri 331 katılımcı ile yapılan bir çalışmada kadın olmak, eş veya çocuklarla yaşamak, düşük eğitim düzeyine sahip olmak risk faktörüken; yaş ve gelir düzeyi risk faktörü olarak saptanmamıştır.¹²⁰ Literatürdeki çelişkili verilere rağmen özellikle kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi ve düşük eğitim düzeyinin risk faktörü olduğu yönündeki çalışmalar sayıca daha fazladır. Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyi nitel sorular ile hasta beyanına dayanarak belirlenmiş ve istismara uğrayan grubun %86,7'si gelir kaynağınız nedir sorusuna “kendime ait gelir kaynağım yok” ya da “düşük” cevabını vermiştir. Çalışmanın evrenindeki yaşlılarda geliri giderinden fazla olan grup azınlıkta olup istismara uğrayan yaşlı sayısı bu grupta sıfırdır. Yine eğitim durumuna bakıldığında istismara maruz kalan grubun %76,6 oranında ortaokul veya daha altında eğitim düzeyine sahip olduğu, istismara uğrayan grupta yalnızca 1 kişinin üniversite mezunu olduğu göze çarpmaktadır. Bu oranlara bakıldığında istismara uğrayan grubun çoğunluğunun düşük gelir ve eğitim seviyesindeki yaşlılardan oluştuğu görülmektedir. Literatür ile çalışmamız arasındaki bu farkın öncelikle çalışmamızdaki hasta sayısının az olması, her eğitim ve gelir düzeyinden yeterli

katılımcı olmaması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Ek olarak çalışmaların yapıldığı ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, kültürleri, çalışmanın yapıldığı zaman dilimi, aile yapıları, katılımcıların yaş ortalaması gibi faktörler de istismar ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkide belirleyici olmaktadır.

Yaşlılarda ihmal ve istismar, önemli klinik sonuçlar doğurabilen morbidite ve mortalitede artışa sebep olabilen bir problemdir. Yaşlının yaşam kalitesini ve sağlığını ciddi ölçüde olumsuz etkiler. Çalışmamızda istismar varlığı ile hastanın klinik durumu, özellikle de geriatrik sendromlar arasındaki ilişki de incelenmiştir. Kronik hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı ve polifarmasi varlığı ile istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İstismar olan grupta polifarmasi 5,56 kat daha fazla, kronik hastalık sayısı 3,34 kat daha fazla, kullanılan ilaç sayısı 1,5 kat daha fazla saptanmıştır. Yaşlanmayla beraber kişilerin kronik hastalık ve kullandıkları ilaç sayısında artış olması beklenen bir durumdur. Kronik hastalıkların varlığı ve sayısı yaşlıya bakım veren kişi üzerindeki stresi ve yükü arttırabildiği gibi hasta kişinin bakımını da daha zor hale getirebilmekte, diğer yandan da yaşlıyı savunmasız bırakıp, bağımlılığını arttırabilmektedir. Bunlara ek olarak ihmal ve istismar durumunun kendisi de mevcut hastalıklarının daha da ilerlemesine ve daha fazla ilaç ile kontrol edilmeye çalışılmasına sebep olabilmektedir. Ayrıca gereksiz ve endikasyon dışı ilaç kullanımı kişinin nitelikli bir sağlık hizmetinden mahrum kalmasıyla da ilişkili olabilmektedir. Literatürde de çalışmamızla uyumlu biçimde kronik hastalık ve kullanılan ilaç sayısı ile istismar arasında ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar vardır. Türkiye’de kırsal kesimde 65 yaş üzeri 152 hastanın HSYİTT ile değerlendirildiği bir çalışmada kronik hastalık varlığı ile istismar arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır.¹²¹ Daşbaş ve Işıksan’ın Ankara Üniversite Geriatri Kliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 309 hasta ile yaptıkları çalışmada yaşlılardan kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri istenmiş ve sağlık durumlarını “tolere edilebilir” ve “çok kötü” şeklinde değerlendiren hastaların istismar açısından risk altında olduğu sonucuna varılmıştır.¹²²

Çalışmamızda istismar olmayan gruptaki yaşlıların %22,5’inde, istismar olan gruptaki yaşlıların %53,3’ünde üriner inkontinans saptanmış ve üriner inkontinans ile istismar arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde sonuçlar mevcuttur. İran’da 60 yaş üzeri 250 kişiyle yapılan bir çalışmada üriner inkontinans ile istismar arasındaki ilişki istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur.¹²³ 75 yaş ve üzerindeki hastalarda yapılan başka bir çalışmada üriner inkontinansın istismar için bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir.¹²⁴ Sebebi ve cinsi ne olursa olsun inkontinans hem yaşlı açısından hem bakım veren açısından yönetmesi ve katlanması zor bir durumdur. Yaşlıda utanç, aşağılanma gibi duygusal problemlere sebep olabileceği gibi bakım veren kişilerde de duygusal ve fiziksel tükenme, idrar veya gaitaya fiziksel temas ve kötü kokudan kaynaklanan tiksime duygusu, inkontinansı olan bireye verilmesi gereken bakım zorunluluğunun bakıcıya getirdiği kısıtlanma hissi gibi olumsuz durumlara sebep olabilir. Ayrıca inkontinansın doğası (koku, görüntü vb.), sosyal tabular ve kültürel normların getirdikleri sonucunda yaşlı birey toplumdan uzaklaşabilir, kendi isteğiyle veya bakıcısı vasıtasıyla çevresinden izole edilebilir, bakım veren kişide ise duygusal bir yük ve öfke oluşturabilir. Hem yaşlıya hem de bakım verene ait bu olumsuz durumların istismar için bir zemin oluşturabileceği düşünülmüştür.

En önemli geriatrik sendromlardan biri olan depresyon ile istismar arasında ilişkiyi değerlendirmek üzere çalışmamıza dahil edilen katılımcılara GDS-15 uygulanmıştır. İstismar ile depresif duygu durum varlığı arasında anlamlı ilişki ve GDS-15 puanları ile GİÖ puanları arasında da pozitif korelasyon olduğu da görülmüştür. Çalışmamızla benzer biçimde 65 yaş üzeri 310 hastayla GDS-15 ve HSYİTT kullanılarak yapılan bir çalışmada GDS-15 ve HSYİTT puanları arasında kuvvetli pozitif korelasyon saptanmıştır.¹²⁵ Çalışmamızda istismar olan yaşlıların %73,3'ünde GDS-15 kesme değerin üzerinde saptanmıştır ve istismar olan grupta GDS-15 puanı 1,33 kat daha fazladır. Japonya'da 1737 kişi ile yapılan bir çalışmada depresyonun istismarın hem nedeni hem sonucu olduğu sonucuna varılmıştır.¹²⁶ 211 katılımcı ile Edirne'de İstismar ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada istismar ile GDS-15 ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.¹²⁷ Depresif duygu durumunda olan bir yaşlının fiziksel ve zihinsel yetenekleri, karar verebilme becerileri olumsuz yönde etkilenebilir, bireylerin kendini savunabilme yetenekleri azalabilir. Bu durum yaşlı bireyi daha savunmasız, manipülasyona ve istismara daha açık hale getirebilir. Depresyon nedeniyle kendisini çevresinden izole etmiş, içine kapanık ve bakıcısı ile iş birliği içinde olmayan yaşlı, bakım veren kişide de duygusal ve fiziksel strese yol açabilir. Bakım verenin yaşadığı stres yaşlıya istismar olarak yansıyabilir. Duygusal ve/veya fiziksel ihtiyaçları karşılanmayan yani ihmale uğrayan veya

istismara maruz kalan yaşlıda bu sebeplerle de depresyon gelişebilir. İstismara uğrayan yaşlı depresif duygu durumundan kaynaklı istismarı bildirme ve yardım arama konusunda daha az istekli olabileceği gibi zihinsel fonksiyonları ve karar verebilme yetisindeki zayıflamadan ötürü istismara uğradığının farkına bile varamayabilir. Ayrıca öz saygıda, öz bakımda azalma, değersizlik hissi ve suçluluk duyguları; yaşlının kendi ihtiyaçlarını karşılamama, yaşam kalitesine dikkat etmeme veya ihtiyaçlarının karşılanmasında daha az talepte bulunmasına yol açabilir. Depresyonun istismar için bir risk faktörü olmasının yanı sıra istismarın da bir sonucu olabileceği akılda tutulmalıdır.

Literatürde malnütrisyon ile istismar arasındaki ilişkiyi destekleyen pek çok çalışma vardır.^{51,128,129} 65 yaş ve üzeri 386 hastanın dahil edildiği MNA testi ile istismar ilişkisinin incelendiği bir çalışmada ikisi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır.¹²⁹ Çalışmamızda istismara uğrayan grupta malnütrisyon oranı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda MNA SF puanının GİÖ ve psikolojik istismar alt grubu puanları ile negatif yönlü bir korelasyon içinde olduğu görülmüştür. İstismarın, özellikle de ihmalin sonucunda yetersiz beslenmeye bağlı olarak malnütrisyon gelişebileceği gibi, malnütrisyonun sonucunda da hastanın mevcut kliniğinin bozulacağı, geriatrik sendrom görülme sıklığı ve dolayısıyla bağımlılığı artacağı için istismara daha açık hale geleceği düşünülebilir. Hangisinin sonuç hangisinin sebep olduğunun belirlenmesi açısından daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. İspanya'da 460 katılımcı ile yapılan bir çalışmada istismara uğrayan yaşlıların fizik muayenesinde malnütrisyon bulgularına rastlanması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.¹²⁸ Malnütrisyon, yaşlı istismarı açısından şüphe uyandırması gereken klinik durumlardan biridir. Yaşlıda saptanan dehidratasyon, düşük albümin düzeyi, düşük BMI gibi göstergeler malnütrisyon, dolayısıyla da istismar riski açısından bir gösterge olabilir.⁵¹

Kognitif fonksiyonlarda azalma yaşlı istismarı ile ilişkisi iyi bilinen bir risk faktörüdür.⁴² Çalışmamızda istismar görülen ve görülmeyen gruptaki yaşlıların MMSE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İstismar olan grupta MMSE puanının 0,88 kat daha az olduğu ve MMSE puanının HSYİTT, VASS, Psikolojik ve GİÖ toplam puanları ile negatif yönlü bir korelasyon içinde olduğu bulunmuştur. Amerika'da 8932 kişilik yaşlı nüfus arasında 238 istismara uğrayan katılımcının dahil edildiği çalışmada MMSE de alınan puan

azaldıkça istismar riski önemli derecede arttığı sonucu elde edilmiştir.¹³⁰ Bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamıza benzerdir. İhmal ve istismara maruz kalan bireyin yaşadığı üzüntü, kafa karışıklığı, korku ve anksiyete gibi duygular bireyin dikkatini toplama ve teste koopere olma durumunu etkileyebilir. İstismara maruz kalan bireyde gelişen depresif duygu durumuna bağlı olarak MMSE puanları daha düşük saptanmış olabilir. Demans, mental retardasyon ve aktif psikiyatrik hastalığı olan bireylerde ihmal ve istismar riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ancak bizim çalışmamızda bu hastalıkları olan bireyler iletişim güçlükleri ve testlere koopere olamayacakları düşüncesi ile çalışma dışı bırakılmıştır. Dolayısıyla istismara uğrama durumu ile MMSE puanları arasındaki anlamlı ilişkinin görünenden bile daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ek olarak bilişsel fonksiyonlarındaki azalma; yaşının hafıza, hesap yapma, sorun çözme gibi yeteneklerini etkileyebileceği için bu kişileri istismara daha açık hale getiriyor olabilir.

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun istismar için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir.⁴² Amerika'da Katz ölçeği kullanılarak yapılan 143 hastanın dahil edildiği bir çalışmada Katz ADL ölçeğinden düşük puan almanın istismar ile anlamlı istatistiksel ilişki içinde olduğu saptanmıştır.¹³¹ Bizim çalışmamızda da yaşlı bireylerin bağımlılık durumlarının göstergesi olarak Katz ADL ve Lawton-Brody IADL ölçekleri kullanılmıştır. İstismar görülen ve görülmeyen gruptaki ADL puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmamakla birlikte aradaki fark istatistiksel anlamlılığa düzeyine yakındır. Ek olarak ADL puanı ile HSYİTT, VASS, fiziksel, psikolojik ve GİÖ toplam puanları ile arasında zayıf da olsa anlamlı negatif korelasyon görülmüştür. Bununla birlikte çalışmamızdaki hastaların ADL puan ortalamaları zaten $5,54 \pm 0,83$ olup hastaların tamamına yakını (%95) tam bağımsızdır. Dolayısıyla ADL ve istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanamaması, çalışma evrenimizin küçük ve yeterli sayıda bağımlı hasta içermemesinden kaynaklı olabilir. Çalışmamızda istismar görülen ve görülmeyen gruptaki IADL puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. İstismar olan grupta IADL puanı 0,81 kat daha az bulunmuştur. IADL puanının HSYİTT, VASS ve psikolojik istismar puanları ile negatif korelasyon içinde olduğu görülmüştür. 211 katılımcı ile ülkemizde yapılan farklı bir çalışmada günlük yaşam aktiviteleri BI-ADL (Barthel Index for Activities of Daily Living; Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi) ve

IADL ölçekleri ile değerlendirilmiş ve istismar ile ilişkisi incelenmiş olup her iki günlük yaşam aktiviteleri ölçeğiyle de arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.¹²⁷ Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız şekilde yerine getiremeyen yaşlı yetişkinler bakımını sağlayan kişiler tarafından daha kolay istismar edilebilirler ve ihtiyaçlarının bir başkası tarafından karşılanmasına muhtaç olan yaşlı istismara uğrasa bile bunu kabullenmek zorunda kalabilir.

Çalışmamızda istismar ile ilişkili olabilecek tüm geriatrik sendromların taranması hedeflenmiş ve bu amaçla sık görülen geriatrik sendromlardan olan kronik ağrı varlığı ve düşme de sorgulanmıştır. Hem kronik ağrı şikayeti hem de düşme öyküsü, istismara uğrayan grupta daha yüksek oranda olmasına karşın aradaki fark anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Literatürde de kronik ağrı ile istismara uğrama durumu arasında çelişkili sonuçlar vardır. Malezya'da yapılan bir çalışmada istismar edilen yaşlı yetişkinlerin kronik ağrıya sahip olma olasılığı fazla bulunmasına rağmen, kronik ağrı ile istismar arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.¹³² 60 yaş ve üzeri toplumda yaşayan kadınları dahil eden farklı bir çalışmada ise kronik ağrı varlığı istismar ile ilişkili bulunmuştur.¹³³ Kolombiya'da 2000 kişilik bir çalışmada istismar öyküsü ile düşme arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.¹³⁴ Kronik ağrı şikayeti yaşlının fonksiyonelliğinde azalma olmasına, mevcut kronik hastalıkların kontrolünün bozulmasına yol açabilir. Hastada polifarmasi, depresyon, malnütrisyon, sarkopeni ve düşme gibi diğer geriatrik sendromlar gelişmesine katkıda bulunabilir. Düşme de benzer şekilde pek çok geriatrik sendromun ve fonksiyonel kısıtlılığın hem sebebi hem de sonucu olabilir. Bağımlılık, çoklu ilaç kullanma, geriatrik sendrom geliştirme riskinde artış da yaşlıyı istismara daha açık hale getirebilir.

Beklendiği üzere HSYİTT, VASS ile GİÖ ölçekleri arasında çok yüksek düzeyde ve pozitif yönlü bir korelasyon olduğu görülmüştür. Yaşlıda ihmal ve istismar durumunu değerlendiren çalışmalarda HSYİTT en sık kullanılan ölçek olmakla birlikte istismar alt türlerini göstermediği için çalışmamızda GİÖ referans alınmıştır. Bununla birlikte üç ölçek ile de birbirine yakın istismar oranları elde edilmiştir. GİÖ ile tespit edilen istismar oranları HSYİTT ve VASS ile tespit edilenlerden biraz daha fazladır. Bu durumun GİÖ ölçeğinde yer alan soruların daha spesifik olmasından ve hastalar tarafından daha net anlaşılmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Sağlık kurumu ve/veya klinisyen kendi imkanları doğrultusunda bu ölçeklerden birini tercih edebilir. Hepsinden

önemlisinin geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış evrensel istismar ölçekleri ile yaşlıların ihmal ve istismar açısından taranması olduğu sonucuna varılmıştır.



6 SONUÇ ve ÖNERİLER

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılan bu tez çalışmamızda iç hastalıkları polikliniklerine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda ihmal ve istismara uğrama sıklığını, istismara maruz kalan yaşlıların hangi istismar türüne hangi ortamlarda maruz kaldıklarını ve bu durum ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesini amaçladık. Çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

- Yaşlı istismarı bizim örneklemimizde %27,3 oranında saptanmıştır.
- En sık görülen istismar alt tipi %20,9 (n=23) ile psikolojik istismar, en az görülen ise %0,9 (n=1) ile cinsel istismardır.
- Sosyodemografik özellikler ile istismar arasında ilişki saptanmamıştır.
- İstismara maruz kalan bireylerin önemli bir oranı birden fazla istismar türüne pek çok defa maruz kalmakta ve istismar vakaları sıklıkla aile içinde gerçekleşmektedir.
- İstismar ile kullanılan ilaç sayısı, kronik hastalık sayısı, polifarmasi, depresyon, malnütrisyon ve inkontinans varlığı ilişkili bulunmuştur.

İhmal ve istismar yaşlılarda sık görülen ancak göz ardı edilebilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. İstismar; pek çok tıbbi, psikolojik, sosyoekonomik problemlere yol açabilmekte, yaşlının mortalite ve morbiditesini arttırabilmektedir. İstismar toplumun her kesimini etkileyebilmekte ve her türlü sosyodemografik özellikteki yaşlı birey istismara maruz kalabilmektedir. Yaklaşık her dört yaşlıdan birinin istismara maruz kaldığı düşünüldüğünde yaşlı ihmal ve istismarı açısından toplumsal farkındalık oluşturulması, risk altındaki bireylerin tanınması ve önleme çalışmaları oldukça önem kazanmaktadır. Bu bağlamda özellikle sağlık hizmet sağlayıcılarının ihmal ve istismar konusunda farkındalığının, bilgi ve becerisinin artırılması önemlidir.

Risk faktörlerinin doğru belirlenmesi ve risk altındaki yaşlılar için daha detaylı değerlendirmelerin yapılması ile gözden kaçan istismar olguları en aza indirilebilir. Çok sayıda kronik hastalığı olan, çok sayıda ilaç kullanan, fonksiyonel kısıtlılığı bulunan, depresyon, malnütrisyon, inkontinans gibi geriatrik sendromlara sahip yaşlı bireyler istismar açısından daha dikkatli değerlendirilmelidir. Başta yüksek riski olan savunmasız yaşlılar olmak üzere tüm

yaşlıların geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış evrensel istismar ölçekleri ile taranması son derece önemlidir. İstismar ile ilişkili bulunan klinik özellikler ve geriatrik sendromlar arasındaki ilişkinin çift yönlü yani bu durumların hem istismarın sonucu hem kolaylaştırıcı faktörü olabileceği akılda bulundurulmalı, dolayısıyla da her ikisi için de önleme stratejileri belirlenmelidir.



KAYNAKLAR

1. Doğan N. Göz ardı edilen bir durum: Yaşlı istismarı ve etkileyen faktörler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2019;28(4):306-313.
2. Joosten M, Vrantsidis F, Dow B. Understanding elder abuse: A scoping study. 2017.
3. Akkaya B, Meltem Ç. Halk Sağlığı Bakışıyla Yaşlı İstismarı ve İhmali. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2022;16(2):456-464.
4. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. Ann Agric Environ Med. 2014;21(4):835-838.
5. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. Arch Gerontol Geriatr. Nov-Dec 2015;61(3):344-350.
6. Bölüktaş RP. Temel gerontoloji: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi; 2019.
7. Organization WH. Men, ageing and health: Achieving health across the life span: World Health Organization;2001.
8. Troen BR. The biology of aging. Mt Sinai J Med. Jan 2003;70(1):3-22.
9. Khan SS, Singer BD, Vaughan DE. Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. Aging Cell. Aug 2017;16(4):624-633.
10. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. Journal of Turgut Ozal Medical Center. June 2008;15(3):219-224.
11. Diktaş Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Journal of International Social Research. 10/25 2017;10:1278-1287.
12. Akdemir P, Görgülü A, Çınar Y. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Yaşlı İstismarı ve İhmali. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 15 (1), 68-75. 2008.
13. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(4):225-230.

14. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar(Mart 2023).
15. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk Factors for Reported Elder Abuse and Neglect: A Nine-Year Observational Cohort Study1. The Gerontologist. 1997;37(4):469-474.
16. Burston GR. Letter: Granny-battering. British Medical Journal. 1975;3(5983):592.
17. Lök N. Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistematik derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(2):149-156.
18. National Research Council Panel to Review R, Prevalence of Elder A, Neglect. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In: Bonnie RJ, Wallace RB, eds. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright © 2003, National Academy of Sciences.; 2003.
19. Organization WH. The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. Geneva: WHO. 2002;3.
20. Hall JE, Karch DL, Crosby A. Uniform definitions and recommended core data elements for use in elder abuse surveillance. Version 1.0. 2016.
21. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. The Lancet. 2004;364(9441):1263-1272.
22. Yeşil P, Taşçı S, Öztunç G. Yaşlı istismarı ve ihmali. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. August 2016;6(2):128-134.
23. Van Den Bruele AB, Dimachk M, Crandall M. Elder Abuse. Clin Geriatr Med. Feb 2019;35(1):103-113.
24. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. New England Journal of Medicine. 2015;373(20):1947-1956.
25. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen MS, Açıkalin A, Bilen A. Yaşlı istismarı ve ihmali. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013;22(3):393-407.
26. Kleinschmidt KC. Elder Abuse: A Review. Annals of Emergency Medicine. 1997/10/01/ 1997;30(4):463-472.
27. Geroff AJ, Olshaker JS. Elder abuse. Emerg Med Clin North Am. May 2006;24(2):491-505, ix.
28. del Carmen T, LoFaso VM. Elder Neglect. Clinics in Geriatric Medicine. 2014;30(4):769-777.

29. Kalaycı I, Özbek Yazıcı S, Şenkaynağı A. Yaşlı Yakınlarının Şiddet Algısı (Süleyman Demirel Hastanesi Örneği). Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. July 2015;8(1).
30. Erden Ş, Boz H. Elder abuse and neglect in Turkey. Ankara Universites Tıp Fakultesi Mecmuası= Journal of Ankara University Faculty of Medicine. 2018;71(3):100.
31. Artan T. Aile içi fiziksel yaşlı istismarı (Yüksek lisans tezi) İstanbul, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 1996.
32. Artan T. Huzurevinde Kalmakta Olan Yaşlılarda Aile İçi İstismar. Toplum ve Sosyal Hizmet. October 2013;24(2):109-122.
33. Keskinöglü P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. Türk Geriatri Dergisi. 2004;7(2):57-61.
34. İlhan F. Ankara İli Yenimahalle İlçesi Anadolu Mahallesinde Aile İçi Yaşlı İstismarının Saptanması (Yüksek lisans tezi) 2005https. tez. yok. gov. tr/UlusalTezMerkezi/adresinden edinilmiştir.
35. Özden D, Kelleç M, Güler N. Yaşlı Bireylerin Ruh Sağlığının Şiddete Maruz Kalma ve Bazı Özellikler Açısından İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. December 2010;12(3):5-13.
36. Ölçer S, Polat O, Polat N, Turan SG. Van İlinde Yaşlı İstismarına Yönelik Bir Alan Çalışması. Paper presented at: 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi2012.
37. Ergin F. Aydın Merkezinde Yaşlı İstismar/İhmal Prevalansı ve İlişkili Faktörler. Paper presented at: 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi2012.
38. Kılıç Ü, Şelimen D. Yaşlıları Huzurevi Yaşamını Seçmeye Zorlayan Nedenlerin Belirlenmesi. GOP Taksim EAH JAREN. 2017;3(2):73-82.
39. Kendirli B, Keskin H, Uçku R. Yaşlılarda İstismar Varlığı ve Etkileyen Etmenler, 19. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Antalya, s. 2017;348.
40. Dong XQ. Elder abuse: Systematic review and implications for practice. Journal of the American Geriatrics Society. 2015;63(6):1214-1238.
41. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health. 2017;5(2):e147-e156.

42. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*. 2016;56(Suppl_2):S194-S205.
43. Carney A. Epidemiology of elder abuse and neglect. *Elder Abuse*: Elsevier; 2020:1-17.
44. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*. 2013;42(3):292-298.
45. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and initiating intervention for elder abuse and neglect in the emergency department. *Clinics in geriatric medicine*. 2018;34(3):435-451.
46. Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2002;5(5).
47. Lee M. Expanding the role of radiology in the detection of physical elder abuse 2018.
48. Çiftçi H, Daştan NB, Fadime K. Acil servisin bilinmeyen-görülmeeni: yaşlı istismarı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020;29(3):213-220.
49. Wong NZ, Rosen T, Sanchez AM, et al. Imaging Findings in Elder Abuse: A Role for Radiologists in Detection. *Canadian Association of Radiologists Journal*. 2017;68(1):16-20.
50. Rohringer TJ, Rosen TE, Lee MR, Sagar P, Murphy KJ. Can diagnostic imaging help improve elder abuse detection? *The British Journal of Radiology*. 2020;93(1110):20190632.
51. LoFaso VM, Rosen T. Medical and Laboratory Indicators of Elder Abuse and Neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2014;30(4):713-728.
52. Sayan A, Durat G. Yaşlı İstismarı ve İhmali: Önleyici Girişimler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2004;7(3).
53. Arpacı F, Bakır B. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. December 2017;21(3):691-703.
54. Toraman H, Özkaya F, Bulut M, Ayşenur Ü, Kesen N, Daşbaşı S. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Önlenmesine Yönelik Uygulamalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2022;13(34):642-658.
55. Peri K, Fanslow J, Hand J, Parsons J. Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect. 2009.

56. Alon S, Berg-Warman A. Treatment and prevention of elder abuse and neglect: Where knowledge and practice meet—A model for intervention to prevent and treat elder abuse in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2014;26(2):150-171.
57. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. *Medical Clinics*. 2015;99(2):263-279.
58. Keskinler MV, Tufan F, Oğuz A. Geriatrik sendromlar. *Okmeydanı tıp dergisi*. 2013;29(2):41-48.
59. Şahin S, Cankurtaran M. Geriatrik sendromlar. *Ege Tıp Dergisi*. 2010;49.
60. Leiber B. Leiber-Die klinischen Syndrome: Syndrome, Sequenzen und Symptomenkomplexe. 1. Krankheitsbilder: Urban & Schwarzenberg; 1990.
61. Cesari M, Marzetti E, Canevelli M, Guaraldi G. Geriatric syndromes: How to treat. *Virulence*. 2017;8(5):577-585.
62. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical nutrition*. 2019;38(1):10-47.
63. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and ageing*. 2010;39(4):412-423.
64. Dişçigil G, Sökmen ÜN. Yaşlılıkta sarkopeni. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2017;8(2):49-54.
65. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM-d. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Family practice*. 2000;17(3):261-267.
66. Bjerrum L, Søgaaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy: correlations with sex, age and drug regimen A prescription database study: A prescription database study. *European journal of clinical pharmacology*. 1998;54:197-202.
67. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of clinical epidemiology*. 2002;55(8):809-817.
68. Stevenson JM, Davies JG, Martin FC. Medication-related harm: a geriatric syndrome. *Age and ageing*. 2020;49(1):7-11.

69. Yılmaz G, Karaca KE. Demans Tanısı Alan ve Almayan Geriatrik Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021;15(3):521-530.
70. Dönmez MC, Gündoğar D, Demirci S. Deliryum: nedenleri ve klinik yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:718-724.
71. Hsieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the elderly. Clinics in geriatric medicine. 2020;36(2):183-199.
72. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, et al. Delirium. Nature Reviews Disease Primers. 2020;6(1):90.
73. Casey DA. Depression in older adults: a treatable medical condition. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2017;44(3):499-510.
74. Delibaş DH. Sarkopeni ve Depresyon; Karşılıklı Bir İlişki Var mı? Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics. 2017;3(3):163-169.
75. Bicket MC, Mao J. Chronic pain in older adults. Anesthesiology clinics. 2015;33(3):577-590.
76. Phongtankuel V, Amorapanth PX, Siegler EL. Pain in the geriatric patient with advanced chronic disease. Clinics in geriatric medicine. 2016;32(4):651-661.
77. Sullivan N, Schoelles KM. Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review. Annals of internal medicine. 2013;158(5_Part_2):410-416.
78. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. Textbook of Female Urology and Urogynecology: CRC Press; 2010:1098-1108.
79. Searcy JA. Geriatric urinary incontinence. Nursing Clinics. 2017;52(3):447-455.
80. WHO. World Health Organisation. "Falls" Erişim. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls> Erişim tarihi: 14.12.2023.
81. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared Risk Factors for Falls, Incontinence, and Functional Dependence: Unifying the Approach to Geriatric Syndromes. JAMA. 1995;273(17):1348-1353.

82. Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation research*. 2013;16(2):105-114.
83. Solomon DH. Geriatric Assessment: Methods for Clinical Decision Making. *JAMA*. 1988;259(16):2450-2452.
84. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. *Ege Tıp Dergisi*. 2010;49(3):19-30.
85. Palmer RM. Geriatric assessment. *Medical Clinics of North America*. 1999;83(6):1503-1523.
86. Yavuz B. Geriatrik değerlendirme ve testler. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2007;14(1):5-17.
87. Rosen SL, Reuben DB. Geriatric Assessment Tools. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*. 2011;78(4):489-497.
88. Bryman A, Cramer D. Quantitative data analysis with SPSS release 10 for Windows: A guide for social scientists: Routledge; 2002.
89. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. *J Gerontol Nurs*. Mar 1999;25(3):8-9.
90. Pehlivanoğlu EFÖ, Özkan MU, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. *Ankara Medical Journal*. 2018;18(2):219-223.
91. Shelkey M, Wallace M. Katz index of independence in activities of daily living (ADL). *International Journal of Older People Nursing*. 2012;2(3):204-212.
92. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. Autumn 1969;9(3):179-186.
93. Isik EI, Yilmaz S, Uysal I, Basar S. Adaptation of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale to Turkish: Validity and Reliability Study. *Ann Geriatr Med Res*. Mar 2020;24(1):35-40.
94. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-

- nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. Jun 2001;56(6):M366-372.
95. Sarikaya D, Halil M, Kuyumcu ME, et al. Mini nutritional assessment test long and short form are valid screening tools in Turkish older adults. Arch Gerontol Geriatr. Jul-Aug 2015;61(1):56-60.
96. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain. 1976/06/01/ 1976;2(2):175-184.
97. Arslan M, Albaş S, Küçükerdem HS, Pamuk G, Can H. Vizüel analog skala ile kanser hastalarında palyatif ağrı tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Family Practice & Palliative Care. 2016;1(1):5-8.
98. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982;17(1):37-49.
99. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri arşivi. 1997;34(2):62-71.
100. Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. J Geriatr Psychiatry Neurol. Jul-Sep 1991;4(3):173-178.
101. Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. North Clin Istanbul. Sep 2018;5(3):216-220.
102. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975;12(3):189-198.
103. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. Türk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry. 2002;13(4):273-281.
104. Babacan-Yıldız G, Ur-Özçelik E, Kolukısa M, et al. Eğitimsizler için modifiye edilen Mini Mental Testin (MMSE-E) Türk Toplumunda Alzheimer Hastalığı tanısında geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Derg. 2015;27:41-46.

105. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O. Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatr Gerontol Int.* Apr 2013;13(2):466-474.
106. Daşbaşı S, Tanyer D, Kesen NF. The Geriatric Mistreatment Scale: The Validity and Reliability of its Turkish Adaptation. *The Turkish Journal of Geriatrics.* 2019.
107. Hwalek MA, Sengstock MC. Assessing the Probability of Abuse of the Elderly: Toward Development of a Clinical Screening Instrument. *Journal of Applied Gerontology.* 1986;5(2):153-173.
108. Özmete E. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2016;17.
109. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology.* 1991;10(4):406-418.
110. Schofield MJ, Reynolds R, Mishra GD, Powers JR, Dobson AJ. Screening for vulnerability to abuse among older women: Women's Health Australia Study. *Journal of Applied Gerontology.* 2002;21(1):24-39.
111. Dantas RB, Oliveira GL, Silveira AM. Psychometric properties of the Vulnerability to Abuse Screening Scale for screening abuse of older adults. *Rev Saude Publica.* Apr 10 2017;51:31.
112. Duru Aşiret G, Bağcivan G, Özcan M, Başak Eröksüz B, Akbayrak N, Akdemir N. Cross-cultural adaptation and psychometric assessment of the Turkish version of the Vulnerability to Abuse Screening Scale. *Turkish journal of medical sciences.* 2017;47 4:1223-1228.
113. Ajdukovic M, Ogresta J, Rusac S. Family violence and health among elderly in Croatia. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma.* 2009;18(3):261-279.
114. Naughton C, Drennan J, Lyons I, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age and ageing.* 2012;41(1):98-103.
115. Sert H. Yaşlı istismarı riski ile günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2022.

116. Çubukçu M. Samsun Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastaların yaşlı istismarı açısından değerlendirilmesi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi,2022.
117. Uzdil S. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş üstü yetişkinlerde kırılabilirlik ve yaşlı istismarı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi,2021.
118. Aylaz R, Pekince H, Işık K, Aktürk Ü, Yıldırım H. The correlation of depression with neglect and abuse in individuals over 65 years of age. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020;56(2):424-430.
119. Santos MABd, Moreira RdS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VdL. Factors associated with elder abuse: a systematic review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:2153-2175.
120. Kissal A, Beşer A. Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. *Social work in health care*. 2011;50(2):158-175.
121. Pak M. The prevalence and associated risk factors of elder abuse among older people applied to the family health center in the rural district of Turkey. *Social work in health care*. 2020;59(4):236-256.
122. Dasbas S, Isikhan V. Elder abuse in Turkey and associated risk factors. *Journal of social service research*. 2018.
123. Morowatisharifabad MA, Rezaeipandari H, Dehghani A, Zeinali A. Domestic elder abuse in Yazd, Iran: a cross-sectional study. *Health Promotion Perspectives*. 2016;6(2):104.
124. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, et al. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(5):815-822.
125. Şen F, Meriç M. Determination of abuse and depression in the elderly. *Journal of elder abuse & neglect*. 2020;32(1):60-71.
126. Koga C, Tsuji T, Hanazato M, Suzuki N, Kondo K. Elder Abuse and Depressive Symptoms: Which is Cause and Effect? Bidirectional Longitudinal Studies From the JAGES. *Journal of Interpersonal Violence*. 2022;37(11-12):NP9403-NP9419.

127. Sezer Ö, Ataş CA, Dağdeviren N. The prevalence and associated factors of elderly abuse: a cross-sectional study. *Konuralp Medical Journal*. 2021;13(3):570-575.
128. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez J, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2009;49(1):132-137.
129. Alexa ID, Ilie AC, Pislaru AI, et al. Elder abuse and associated factors in eastern romania. *Psychogeriatrics*. 2020;20(2):196-205.
130. Dong X, Simon M, Rajan K, Evans DA. Association of Cognitive Function and Risk for Elder Abuse in a Community-Dwelling Population. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2011;32(3):209-215.
131. Dong X, Simon M, Evans D. Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(10):1922-1928.
132. Yunus RM, Hairi NN, Choo WY, et al. Elder abuse and chronic pain: Cross-sectional and longitudinal results from the preventing elder abuse and neglect initiative. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(6):1165-1171.
133. Fisher BS, Regan SL. The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*. 2006;46(2):200-209.
134. Reyes-Ortiz CA, Ocampo-Chaparro JM, Campo-Arias A, Holmes H, Halphen J. Association Between History of Abuse and Falling in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. Aug 2018;66(8):1603-1607.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BI-ADL: Barthel Index for Activities of Daily Living; Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GDS: Geriatrik Depresyon Skalası

GİÖ: Geriatrik İstismar Ölçeği

HSYİTT: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

Katz ADL: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Lawton-Brody IADL: Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası

Maks-Min: Maksimum-Minimum

MNA-SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme- Kısa Form

MMSE: Mini Mental Durum Testi

NCEA: National Center on Elder Abuse; Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi

NRC: National Research Council; Ulusal Araştırma Konseyi

Ort±SD: Ortalama ± Standart sapma

VAS: Vizüel Analog Skala

VASS: İstismara Açıklık Tarama Testi

VKİ: Vücut kitle indeksi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: NCEA (National Center on Elder Abuse; Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi) ve NRC (National Research Council; Ulusal Araştırma Konseyi) (NRC) CNSTAT (Committee on National Statistics; Ulusal İstatistik Komitesi) tarafından oluşturulan kavramsal modeller.....	12
Şekil 2: DSÖ istismar yaygınlık tahminleri.....	18
Şekil 3: Yaşlı istismar türlerinin yaygınlık oranları.	18



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Yaşlı istismarının Türkiye'deki epidemiyolojisini gösteren bazı çalışmaların sonuçları.	16
Tablo 2: Yaşlı ihmal ve istismarının nedenleri.	19
Tablo 3: Kanıt gücüne göre yaşlı ihmal ve istismarının sınıflandırılmış risk faktörleri.	20
Tablo 4: Yaşlı ihmeline ve istismarına ilişkin kaygıyı artıracak gözlemler.	23
Tablo 5: Yaşlının tıbbi geçmişinden elde edilebilecek, yaşlı ihmali veya istismarına işaret edebilecek göstergeler.	23
Tablo 6: Yaşlı ihmal ve istismarı düşündürebilecek fizik muayene bulguları. ...	24
Tablo 7 : İhmal ve istismar ile ilişkili olabilecek laboratuvar bulguları ve olası nedenleri.	26
Tablo 8: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi.	35
Tablo 9: Lawton Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.	37
Tablo 10: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği- Kısa Form.....	39
Tablo 11: Vizüel Analog Skala	40
Tablo 12: Geriatrik Depresyon Skalası-15.	40
Tablo 13: Mini Mental Durum Değerlendirmesi. (Eğitimli Bireyler İçin).....	42
Tablo 14: Mini Mental Durum Değerlendirmesi. (Eğitimsiz Bireyler İçin).....	43
Tablo 15: Geriatrik İstismar Ölçeği.	45
Tablo 16: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.	49
Tablo 17: İstismara Açıklık Tarama Testi.	50
Tablo 18: Tüm hastalara ait demografik veriler.	53
Tablo 19: Tüm hastalara ait klinik özellikler ve geriatrik sendrom değerlendirme.	54
Tablo20: İstismar görülme oranları ve istismar ölçeklerinin sonuçları.	56
Tablo 21: Geriatrik istismar ölçeklerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	57
Tablo 22: İstismar varlığına göre katılımcıların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması.	58
Tablo 23: İstismar varlığına göre grupların klinik özellikler ve geriatrik sendromlar açısından karşılaştırılması.	60

Tablo 24: Geriatrik değerlendirme ölçekleri ve geriatrik istismar ölçekleri arasındaki korelasyonlar.	63
Tablo 25: İstismar varlığı ile istismar alt tiplerinin ilişkisi.....	64
Tablo 26: İstismar varlığı ile geriatrik sendrom ölçekleri ve yaşılı istismarı leklerinin ilişkisi.....	64
Tablo 27: İstismar varlığı ile klinik özelliklerin ilişkisi.	65

