



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ RİSKİ VE
BELİRTİLERİNİ TANILAMA ÖLÇEKLERİ' NİN GELİŞTİRİLMESİ**

Nesrin ÖZER
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep

2023



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ RİSKİ VE
BELİRTİLERİNİ TANILAMA ÖLÇEKLERİ' NİN GELİŞTİRİLMESİ**

Nesrin ÖZER
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep

2023

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ RİSKİ VE
BELİRTİLERİNİ TANILAMA ÖLÇEKLERİ' NİN GELİŞTİRİLMESİ**

Nesrin ÖZER

Tez Savunma Tarihi: 14.07.2023

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Doktora” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Doktora” tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Doktora” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Prof. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR
Doç. Dr. Ganime CAN GÜR
Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT OLCA

İmzası

.....
.....
.....
.....
.....

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

06.07.2023

Nesrin Özer

TEŞEKKÜR

Doktora Programı'na kabul edildiğim ilk günden itibaren desteğini hiç esirgemeyen, psikiyatri hemşireliği alanında engin bilgi ve tecrübesinden sonsuz faydalandığım, gerek doktora dersleri gerekse araştırma sürecinde bana her konuda rehberlik eden, yorum ve önerileri ile çalışmama önemli katkılar sağlayan, kendisiyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum çok değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ' ye teşekkürlerimi borç bilirim.

Bilgi ve yorumları ile çalışmaya katkı sağlayan kıymetli komite üyelerim, değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT OLCA' ya,

Tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ' e

Bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayan, katkılarıyla çalışmamı zenginleştiren çok kıymetli arkadaşım Dr. Öğretim Üyesi Safiye ÖZGÜÇ'e

Çalışmamın veri tabanını oluşturan değerli sağlık çalışanlarına,

Her an varlığı ile bana büyük destek ve güç veren eşim Zafer ÖZER'e ve varlığı ile hayatımı anlamlandıran oğlum ve kızıma,

Anneme, babama ve kardeşlerime her zaman olduğu gibi doktora eğitimim boyunca da yanımda oldukları, bana güvendikleri, sevgileri ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri, bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nesrin ÖZER

Gaziantep/2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLOLAR LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1.1. Yaşlılık, Yaşlı İstismarı ve İhmali Kavramları	9
2.1.2. Yaşlı İstismarı ve İhmali Yaygınlığı	10
2.1.3. Yaşlı İstismarı İhmali Türleri ve Klinik Belirtileri	12
2.1.4. Yaşlı İstismarı ve İhmalinde Risk Faktörleri	14
2.1.5. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Saptanmasındaki Zorluklar.....	16
2.1.6. Yaşlı İstismarı ve İhmalinde Sağlık Çalışanlarının Yeri ve Önemi	17
2.1.7. Yaşlı İstismarı ve İhmalinde Kullanılan Ölçekler.....	19
2.1.8. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi.....	21
2.2. Ölçek Geliştirme	22
2.2.1. Ölçek Tanımı.....	22
2.2.2. Ölçek Geliştirme	23
2.2.3. Ölçek Geliştirme Aşamaları	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Türü	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.4. Veri Toplama Araçları	29
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.4.2. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri	29
3.4.2.1 Ölçek Geliştirme Aşamaları.....	30
3.5. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeklerinin Puanlandırması.....	31
3.6. Verilerin Toplanması	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	35
4.2. Ölçeklerin Geçerliliğine İlişkin Bulgular	36
4.2.1. Kapsam Geçerlikleri.....	36
4.2.2. Ölçüt Geçerlikleri	37
4.2.3. Yapı Geçerlikleri	38
4.2.3.1. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri’ nin Açıklayıcı Faktör Analizi.....	38
4.2.3.2.Sağlık Çalışanları için Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçekleri’ nin Total Varyans Değerleri:	39
4.2.3.3 Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri’ nin Doğrulayıcı Faktör Analizleri	44
4.3. Ölçeklerin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	51
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	62
5.1. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri’ nin Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	62

5.2. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'nin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	68
5.3. Sonuç ve Öneriler.....	71
5.3.1. Sonuçlar.....	71
5.3.2. Öneriler.....	72
6. KAYNAKLAR	73
7. EKLER	85
ÖZGEÇMİŞ.....	109



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Analizler.....	33
Tablo 2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	35
Tablo 3. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin %27 Alt - % 27 Üst Grup Karşılaştırması	37
Tablo 4. Örneklem Büyüklüğünü Değerlendiren Test Sonuçları (KMO ve Barlett' s Test)	38
Tablo 5. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri	39
Tablo 6. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri	41
Tablo 7. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmali Tanılama Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri	43
Tablo 8. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Doğrulayıcı Faktör Analizleri.....	50
Tablo 9. Doğrulayıcı Faktör Analizine Alınan ve Çıkarılan Maddeler ve Sonuçları	51
Tablo 10. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Alt Boyut Cronbach Alfa Değerleri	52
Tablo 11. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Test- Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Korelasyon Analizi	53
Tablo 12. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Güvenirliliğine İlişkin Diğer Bulgular	53
Tablo 13. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski Tanılama Ölçeği'nin Madde Analizleri	55
Tablo 14. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği'nin Madde Analizleri	57
Tablo 15. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmali Tanılama Ölçeği'nin Madde Analizleri	60

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Grafik 1. YİİRTÖ Yamaç Birikinti Grafiği.....	44
Grafik 2. YİTÖ Yamaç Birikinti Grafiği	44
Grafik 3. YİHTÖ Yamaç Birikinti Grafiği	44
Şekil 1. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski Tanılama Ölçeği (YİİRTÖ) Path Diyagramı	47
Şekil 2. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (YİTÖ) Path Diyagramı	48
Şekil 3. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği (YİHTÖ) Path Diyagramı	49

SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

AFA VK: Açıklayıcı Faktör Analizi Veri Kalitesi

AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index): Düzeltilmiş Uyum İyiği İndeksi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CFI (Comparative Fit Index): Karşılaştırılmalı Uyum İyiği İndeksi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DFA VK: Doğrulayıcı Faktör Analizi Veri Kalitesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GFI (Goodness of Fit Index): Uyum İyiği İndeksi

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

KGI: Kapsam Geçerlik İndeksi

IFI (Incremental Fit Index): Artırmalı Uyum İndeksi

M-TK: Madde Toplam Korelasyonu

NFI (Normed Fit Index): Normlaştırılmış Uyum İndeksi

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation): Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

SEM: Standart Sapma

SRMR (Standardized Root Meansquare Residual): Standardize Ortalama Hataların Karekökü

TLI (Tucker- Lewis Index): Ölçeklendirilmemiş Uyum İndeksi

α : Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ RİSKİ VE BELİRTİLERİNİ TANILAMA ÖLÇEKLERİ' NİN GELİŞTİRİLMESİ

Nesrin ÖZER

Doktora Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı

Danışman: Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Temmuz 2023, Sayfa 120

Metodolojik tasarımla yürütülen çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtileri hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir ölçüm araçları geliştirmektir. Araştırmanın örneklemini Gaziantep'te bulunan Üniversite/Devlet Hastanesi/Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan 667 sağlık çalışanı (hekim, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni ve sağlık memuru) oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22 ve AMOS 24 programları kullanılmıştır. Analizler sonucunda üç farklı ölçek geliştirilmiştir. Bunlar: 1) Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği; 2) Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği; 3) Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği. Ölçeklerin geçerliğini belirlemede; İçerik geçerliği, ölçüt geçerliği ve yapı geçerliği (açıklayıcı ve doğrulayıcı) yapılmıştır. Kapsam geçerliği için KGİ değeri tüm ölçeklerde 0.80'nin üzerindedir. Ölçüt geçerliği için; iç ölçüt geçerliği (tüm ölçeklerde alt-üst grup karşılaştırması $p=0.000$ ve madde-toplam puan korelasyonları 0.418–0.789 aralığındadır) kabul edilebilir değerlerdedir. Açıklayıcı faktör analizinde; “Kaiser Meyer Olkin” ve “Barlett testleri”, özdeğer incelemesi (1.039–17.951), total varyans açıklaması (%49.302-%65.384) incelenmiştir. Tüm ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizinde uyum indeksleri (X^2/sd , RMSEA, SRMR, NFI, TLI, CFI, IFI, GFI, AGFI) kabul edilebilir/mükemmel uyum aralığında bulunmuştur. Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemede; iç tutarlık güvenirlik katsayıları (0.893-0.967), Madde-toplam puan korelasyonları (0.418-0.789), Puanlama tutarlılığı (Sınıf içi korelasyon: 0.893–0.967), Hotelling's T^2 testi ($F=304.003-765.519$, $p=.000$) ve Standart Hata ($SEM \leq SS/2$) çalışılmış olup değerler kabul edilebilir aralıktadır. Test-tekrar test korelasyon değeri ise tüm ölçeklerde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Araştırma

sonucunda geliştirilen üç ölçek, sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtileri hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesinde kullanılabilecek geçerlik ve güvenirlik göstergelerine sahip ölçme araçlarıdır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Çalışanları, Yaşlı İstismarı, Yaşlı İhmali, Geçerlik-Güvenirlik, Psikiyatri Hemşireliği



ABSTRACT

DEVELOPMENT OF ELDERLY ABUSE AND NEGLECT RISK AND SYMPTOMS DIAGNOSTIC SCALES FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS

Nesrin ÖZER

Doctoral Thesis, Nursing Department

Doctoral Program of Nursing

Advisor, Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

July 2022, Page 120

The aim of the study, carried out with a methodological design, is to develop valid and reliable measurement tools that can be used to determine the knowledge and awareness of healthcare professionals about the risk and symptoms of elder abuse and neglect. The sample of the study consisted of 667 healthcare professionals (physicians, nurses, midwives, emergency medical technicians and health officers) working at the University/State Hospital/Family Health Center in Gaziantep. IBM SPSS 22 and AMOS 24 programs were used to evaluate the data. As a result of the analysis, three different scales were developed. These are: 1) The Elderly Abuse and Neglect Risk Diagnosis Scale for Healthcare Professionals; 2) Elderly Abuse Diagnosis Scale for Healthcare Professionals; 3) Elderly Neglect Diagnosis Scale for Healthcare Professionals. In determining the validity of the scales; Content validity, criterion validity and construct validity (explanatory and confirmatory) were conducted. The CVI value for content validity is above 0.80 at all scales. For criterion validity; internal criterion validity (low-upper group comparison $p=0.000$ and item-total score correlations in the range of 0.418–0.789 in all scales) are at acceptable values. In explanatory factor analysis; “Kaiser Meyer Olkin” and “Barlett tests”, eigenvalue analysis (1,039-17,951), explanation of total variance (49,302-65,384%) were analyzed. In the confirmatory factor analysis of all scales, fit indexes (X^2/sd , RMSEA, SRMR, NFI, TLI, CFI, IFI, GFI, AGFI) were found to be in the acceptable/excellent fit range. In determining the reliability of the scales; internal consistency reliability coefficients (0.893-0.967), Item-total score correlations (0.418-0.789), Scoring consistency (Intraclass correlation: 0.893–0.967), Hotelling's T2 test ($F=304.003-765.519$, $p=.000$) and Standard Deviation ($SEM \leq SS/2$) has been studied and the values are within the acceptable range. The test-

retest correlation value was significant in all scales ($p < 0.001$). The three scales developed as a result of the research are measurement tools with validity and reliability indicators that can be used to determine the knowledge and awareness of healthcare professionals about the risk and symptoms of elder abuse and neglect.

Keywords: Healthcare Professionals, Elderly Abuse, Elderly Neglect, Validity-Reliability, Psychiatric Nursing



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden ya da zarar veren herhangi bir davranış yaşlı istismarı olarak değerlendirilir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toronto Deklarasyonu yaşlı istismarını “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması” olarak tanımlamaktadır (2).

Fiziksel, psikolojik veya duygusal, ekonomik, cinsel istismar ve ihmal gibi istismarın çeşitli türleri bulunmaktadır. Fiziksel veya tıbbi ihtiyaçları yerine getirmeme, günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmeyi engelleyen durumları içeren ihmal de bir yaşlı istismarı türüdür (3, 4).

Yaşlılara bakım veren kişilerin (aile fertleri, sosyal kurum görevlileri, özel bakıcılar) yaşlı bireylerin giyinme, ısınma, yeme-içme ve kişisel bakım gibi ihtiyaçlarını yerine getirmemesi ya da getirememesi yaşlı ihmalidir (5, 6). Ayrıca yaşlı ihmali, yaşlı bireylerin hastalık/sakatlık ya da yaşlılık nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini karşılayamaması durumunda gerekli olan hizmeti veya bakımı hiç alamaması ya da yetersiz alması olarak da tanımlanır (1, 7).

Yaşlı nüfus artması ile birlikte Dünyada ve ülkemizde yaşlı istismarı ve ihmali öncelikli kavramlar arasında yerini almaya başlamıştır (8). Yaşlı istismarı, tüm sosyoekonomik grupları, kültürleri, ırkları ve etnik grupları içeren yaşlı kadın ve erkekleri etkilemektedir (9). Korunmasız durumda olan her dört yaşlıdan biri istismar açısından risk altındadır ve sadece bunun küçük bir oranı şu anda tespit edilmektedir (10).

İstismar ve ihmale uğrayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ciddi anlamda risk altındadır. Çünkü bu kişilerin sıklıkla işlevsellikleri, finansal durumları kötüleşmekte, bağımlılıkları artmakta, sağlık algıları zayıflamakta, yalnızlık ve çaresizlik hisleri ve artmış psikolojik distress yaşamaktadırlar. Araştırmalar aynı zamanda istismara uğrayan yaşlıların kronik bir hastalığı veya yaşamı tehdit eden hastalığı olmasa bile diğerlerine göre daha erken yaşta hayatını kaybettiklerini göstermektedir (9). Yaşlı istismarı, artan morbidite, mortalite ve özellikle acil servisler olmak üzere sağlık kaynaklarının

kullanımı nedeniyle bireyler ve toplum için ciddi sonuçları olan dünya çapında bir sorundur (11, 12, 13).

Yaşlı istismarı ve ihmalinin prevelansını belirlemeye yönelik sistematik review çalışmasında, genel toplumdaki yaşlı insanların %6' sının son ayda önemli bir istismar yaşadıkları, evli çiftlerin %5.6' sının son bir yıl içinde fiziksel şiddet bildirdikleri, daha kırılgan/savunmasız yaşlıların yaklaşık dörtte birinin psikolojik istismara maruz kaldıkları, aile bakım vericilerinin %50' sinin bir yılda demanslı bakım alanlara yönelik fiziksel istismar uyguladıkları ve bakım evinde çalışanların %16' sının psikolojik istismarı itiraf ettikleri belirlenmiştir (10). Haziran 2011 tarihinde Avrupa Bölgesi' nde yaşlı istismarını konu alan DSÖ'nün yayınladığı raporun sonuçları ise korkutucu seviyededir. Raporun sonuçlarına göre, Avrupa Bölgesi'nde her yıl dört milyon yaşlı fiziksel istismara, yirmi dokuz milyon yaşlının psikolojik (aşağılama, tehdit etme) istismara, altı milyon yaşlının ekonomik (dolandırılma, parasının elinden alınması) istismara ve bir milyon yaşlının cinsel (cinsel taciz, sarkıntılık, pornografi) istismara maruz kaldıkları görülmektedir (14). Türkiye'de yaşlı istismarına yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, 65 yaş ve üzerinde olan yaşlıların %4.9'u fiziksel, %5.9'u psikolojik ve %0.3' ü cinsel şiddet gördüklerini bildirmişlerdir (15). Diğer bir çalışmada ise yaşlıların en fazla ihmale uğradığı (özellikle fiziksel ihmal) ve fiziksel istismarın bunu takip ettiği görülmüştür (16).

Küresel olarak toplum içinde yaşayan yaşlı insanların (>60 yaş) yaklaşık %15'inin yaşlı istismarından etkilendiği tahmin edilmektedir (17). Yaşlı istismarı sadece bir halk sağlığı sorunu değildir; tıbbın sınırlarının çok ötesine uzanır. Yaşlı istismarı, insan haklarını, adaleti, hukuku, ekonomiyi ve oldukça basit bir şekilde insan olarak kim olduğumuzu içeren bir konudur (18). Toplumdaki yaşlı insanların sayısının eşi görülmemiş bir hızla devam etmesine paralel olarak yaşlı istismarının potansiyel kurban havuzu da artmaktadır (19). Bu nedenle yaşlı insanlara yönelik davranışları değiştirmek için acilen harekete geçilmesi gerekmektedir (18).

Yaşlı istismarı ve ihmali hiçbir şekli kabul edilemez. Bu sebeple alınacak tedbirler ve çeşitli girişimlerle yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesi ve tespit edilmesi gerekmektedir (20). Sağlık profesyonelleri, yaşlı bir yetişkinin evlerinin dışındaki tek temas noktası olabileceğinden, yaşlı istismarını belirleme ve müdahale etme konusunda benzersiz bir konumdadırlar (21, 22). Bu nedenle, sağlık ekibinin tüm üyelerinin,

mağdurlara ve ailelere yardımcı olmak için yürürlükte olan sistemlerin yanı sıra yaşlı istismarının risk faktörlerinin ve belirtilerinin farkında olması gerekir (22). Ancak sağlık hizmeti sağlayıcıları genellikle neyin istismar oluşturduğundan ve ne zaman bildirilmesi gerektiğinden emin değildir (10, 23). Bu nedenle yaşlı bireylerle çalışan sağlık profesyonellerinin özellikle ihmal ve istismar alanında eğitilmeleri çok önemlidir (24).

Yaşlı istismarı ve ihmalinde sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamalarında yeterli bilgi seviyesinde olup olmadığı muhakkak tespit edilmelidir. Ancak bu tespitin yapılabilmesi için, kapsamlı, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracına ihtiyaç vardır. Yapılan literatür taraması sonucu sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmal risk ve belirtileri hakkında bilgi ve farkındalıklarını ölçmek için kullanılan bir ölçeğe rastlanmamıştır. Fakat sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmalini tanıma ve farkındalıklarının araştırıldığı çalışmalarda (25, 26, 27) araştırmacıların literatür taraması sonucu kendi hazırladıkları farklı veri toplama araçlarını (anket, görüşme formu, değerlendirme formu, açık uçlu sorular vb.) kullanmaları bu alanda bir ölçeğe ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir. Ayrıca başarılı bir yaşlı istismarı müdahalesinin ön koşulu, etkili tarama ve teşhis araçlarının mevcudiyetidir (28). Ancak altın standart olarak önerilen tek bir tarama aracı yoktur (29). Yaşlı istismarı ve ihmalin varlığını belirlemede bir dizi tarama aracı (Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi, Geriatrik İstismar Ölçeği, Kendini İhmal Ölçeği vb.) kullanılmaktadır (30). Fakat dikkat çeken nokta yaşlı istismarı ve ihmalini belirlemek ya da değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin verileri çoğunlukla ya yaşlı bireyin kendisinden ya da bakıcısından elde edilmektedir. Alan yazında yaşlı istismarı ve ihmalini belirlemede kilit rol oynayan sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmal belirti ve risklerini tanılamak için kullanılan bir ölçek bulunmamıştır.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda geliştirilecek bu ölçekler sayesinde sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmalinin belirtileri ve risklerinin neler olduğu gibi konulardaki farkındalık düzeyleri kolaylıkla belirlenebilecektir. Ayrıca yaşlı istismarı ve ihmaline yönelik müdahale programları geliştirilmesini ve eğitimler planlanmasını kolaylaştıracaktır. Geliştirilecek olan bu ölçekler sağlık çalışanlarına yaşlı istismarı ve ihmal risk ve belirtilerine yönelik bilgi ve farkındalık kazandıracak eğitimlerde sonuçların geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıyla değerlendirilmesini sağlayacaktır. Tüm bu faydalarının yanında veriler elde edilirken bilimsel olarak geçerli ve güvenilir

yöntemlere dayalı araçlar kullanmanın çalışmaların kalitesini artıracak ve elde edilen verilerin karşılaştırılmasında standart bir yaklaşım sunacak tahmin edilmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'ni geliştirmek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.1. Yaşlılık, Yaşlı İstismarı ve İhmali Kavramları

Sözlükte “Yaşlılık” yaşlı olma, artan yaşın etkilerini gösterme durumu olarak ifade edilmektedir (31). Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri ve sorunları olan bir süreçtir (32).

Yaşlı istismarı, birçok yaşlı yetişkinin insan haklarını olumsuz etkileyen dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur (33). Dünyada insan popülasyonunun %9,1’ i (703 milyon kişi) 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. Bu oranın 2050 yılında %16 olacağı ön görülmektedir (34). Yaşlı popülasyonundaki bu hızlı artışa paralel olarak yaşlı istismarının da artacağı tahmin edilmektedir (33).

Yaşlı istismarı, karmaşık psikososyal ve tıbbi değerlendirmeleri olan yaygın bir sorundur. Genel olarak, yaşlı istismarı, yaşlı bir yetişkine yönelik olarak ya sözde güven konumunda olan bir kişi ya da mağduru yaşına göre hedef alan dışarıdan bir kişi tarafından onlara zarar veren ya da zarar görme veya sakatlık riskine sokan doğrudan bir eylem, eylemsizlik ya da ihmal olarak kabul edilir (4, 35, 36). DSÖ Toronto Deklarasyonu ve Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşuna göre ise “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması” yaşlı istismarı olarak tanımlanmaktadır (2).

Yaşlı ihmali ise bilerek ya da bilmeyerek bakım veren kişinin yaşlıların temel gereksinimlerini karşılamaması veya karşılayamamasıdır. Yaşlı ihmali hem toplumsal alanlarda hem de farklı kurum ve kuruluşlarda (bakımevleri, huzurevleri gibi) gerçekleşebilir (5, 6). Yaşlı ihmali yaşlı kişilerin günlük yaşamını devam ettirmek için gerekli olan besin ve suyun temin edilmemesi, mevsime uygun giyinmeme, hijyen eksikliği, gözlük, işitme cihazı gibi yaşlı bireyin ihtiyaç duyduğu cihazların karşılanmaması gibi farklı türlerde meydana gelebilmektedir (5). İhmale maruz kalan yaşlılarda çoğunlukla kötü bireysel hijyen, kirli giysisiler, uzun ve pis tırnaklar görülmektedir (30).

Yaşlı istismarı; fiziksel istismar, cinsel istismar, ihmal, psikolojik istismar ve ekonomik istismarı içermektedir (37). Bu sosyal fenomen, ailelerin yanı sıra hastanelerdeki terapötik ilişkilerde ve bakım evleri, yatılı bakım ve gündüz bakım tesisleri gibi kurumsal ortamlarda ortaya çıkabilir (38, 39). Yaşlı istismarı hem yakın aile (yetişkin çocuklar ve eşler), akrabalar hem de sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilebilir ve yıkıcı fiziksel ve psikolojik sonuçları vardır (18, 40). Yaşlı istismarı; psikolojik rahatsızlık, sakatlık, artan hastaneye yatış ve acil servis kullanımı ve huzurevlerine kabul ile ilişkilendirilmiştir (17). Ayrıca yaşlı istismarının mağdurlar, bakıcılar ve bir bütün olarak toplum için komplikasyonları bulunmaktadır. Mağdur için fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına, travma sonrası stres bozukluğuna, kötü kontrol edilen kronik hastalığa, yüksek tıbbi faturalara, yaşam kalitesinin düşmesine, güvenin veya ilişkilerin kalitesinin bozulmasına ve hatta erken ölüme yol açtığı gösterilmiştir (35, 41, 42, 43). Bakıcılar ise yaşlı yetiştikine bakarken yüksek bakım yükü, üretkenlik kaybı, çalışma yeteneği kaybı ve mali sıkıntıdan muzdarip olabilir (35). Toplumsal komplikasyonlar arasında, bakım sağlamanın doğrudan maliyeti, yasal ve kolluk kaynaklarının kullanımı sayılabilir (21, 35).

2.1.2. Yaşlı İstismarı ve İhmali Yaygınlığı

Yaşlı istismarı, artan morbidite, mortalite ve özellikle acil servisler olmak üzere sağlık kaynaklarının kullanımı nedeniyle bireyler ve toplum için ciddi sonuçları olan dünya çapında bir sorundur (11, 12, 13). Yaşlı istismarı ne yazık ki yaygındır ve her yıl toplum içinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin %5-10' unu etkilemektedir (37, 44). Dünya nüfusu zaman ilerledikçe hızla yaşlanmaktadır. Buna paralel olarak ortalama yaşam sürelerinin uzaması nedeniyle yaşlı istismarı ve ihmali vakalarının ilerleyen zamanlarda artacağı tahmin edilmektedir (17). 2015 yılında 60 yaş ve üstü istismara maruz kalan yaşlı sayısının dünya çapında yaklaşık 900 milyon olduğu bilinmektedir. 2050 yılında bu sayının iki katına çıkarak yaklaşık iki milyara ulaşacağı ve bunların çoğunluğunun gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana geleceği ön görülmektedir (45).

Topluluk ortamlarında yaşlı istismarının yaygınlığı dünya çapında %16 olarak bildirilmiştir (17). Amerika Birleşik Devletleri'nde, her 10 yaşlı yetişkinden 1' i bir tür yaşlı istismarına maruz kalıyor ve yılda 5 milyon kadar yaşlı yetişkinin istismara uğradığı tahmin ediliyor (22). Yaşlı istismarı ABD ve Kanada' da toplum içinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin tahmini yaygınlığının yaklaşık %10' una sahiptir ve daha yüksek

hastaneye yatış ve önemli ölüm oranları ile ilişkilidir (46, 47). 28 ülkeden 52 araştırmanın incelendiği 2017 yılında yayınlanan bir derlemede ise 60 yaş ve üstü kişilerin %15.7' sinin herhangi bir istismar türü ile karşılaştığı bulunmuştur (17). Pek çok yaşlı istismarı vakası bildirilmediğinden, bu yaygınlık oranının olduğundan daha düşük bir tahmin olması muhtemeldir (48). Yaşlı istismarı vakaların yalnızca 1/24' ü tespit edilmektedir. Yaşlılar korkmaları sebebiyle karşılaştıkları istismar ve ihmal durumlarını aile fertlerine veya ilgili kurum ve kuruluşlara bildirmemektedirler. İstismar ve ihmal bildirimlerinin yetersiz olması yaşlı istismarı yaygınlığının olduğundan daha az hesaplanmasına neden olmaktadır (45). Ayrıca, yaşlı istismarındaki yaygınlık oranlarına ilişkin araştırmalar, ülkeler arasındaki bölgesel ve kültürel farklılıklardan veya kullanılan yaşlı istismarı tanımlarının (örneğin yaş kesme noktasıyla ilgili olarak) farklı olmasından dolayı genellikle heterojenlik göstermektedir (48).

Küresel olarak, 60 yaş ve üzerindeki her 6 kişiden 1' i, toplumda her yıl fiziksel ve zihinsel sağlık, mali ve sosyal açıdan ciddi sonuçları olabilecek yaşlı istismarına maruz kalmaktadır (49). Yine de, yaşlı istismarı düşük bir küresel öncelik olmaya devam etmektedir. Yaşlı istismarı uluslararası ve ulusal kuruluşlardan ve hükümetlerden (50, 51, 52) çok az ilgi görmekte ve çok az kaynak kullanımı bulunmaktadır (50). Örneğin ABD' de federal kurumların yaşlı istismarına yaptığı harcama, kadına yönelik şiddete yaptığı harcamanın yaklaşık %2' sine denk gelmektedir (53). The Lancet Healthy Longevity' de Christopher Mikton ve meslektaşları (2022), dünya çapındaki siyasi gündemlerde yaşlı istismarının düşük önceliğini açıklayan faktörleri analiz etmişlerdir. Sorunun zorlu doğasının, daha geniş bir farkındalığın önündeki ilk büyük engel olduğuna işaret etmişlerdir (49). Gerçekten de yaşlı istismarı, doğru bir şekilde ölçülmesi zor olan karmaşık, çok yönlü bir konudur. Yaşlı istismarının biçimleri o kadar çok, heterojen ve hatta sinsidir ki, tek bir gösterge tüm sonuçları yeterince kapsayamaz ve davranışları iyileştirmeye yönelik müdahaleler için tatmin edici bir şekilde hedef olarak kullanılabilecek tek bir ölçü yoktur. Yaşlı istismarı da büyük ölçüde eksik bildirilmektedir; aslında, tanınmamış bile olabilir (54). Bazı yaşlı insanlar, gördükleri muamelenin yaşlı istismarı veya ihmali olduğunun farkında olmayabilir ve yaşlıların haklarını geçersiz kılan ataerkil davranışlarda bulunan bakıcılar, gerçekten yararlı ve yaşlı kişinin çıkarlarına en iyi şekilde davrandıklarına inanabilirler (18).

Yaşlı istismarının sadece devam eden fiziksel ve psikososyal etkileri hafifletmek için değil, aynı zamanda uzun vadeli etkileri önlemek için derhal tespit edilmesi ve

müdahale edilmesi önemlidir (4, 22, 30, 36). Yaşlı istismarını ortadan kaldırmada herhangi bir ilerleme kaydedilecekse, disiplinler arası yaşlı istismarıyla mücadele etmek için çalışan tüm gruplar arasında uyum şarttır. Sorunu dile getirmeli ve sadece hastanelerde değil, aynı zamanda toplum ve kurumsal ortamda da yaşlı istismarından etkilenen tüm alanlarda davranış ve tutumları değiştirmek için harekete geçilmelidir (18).

2.1.3. Yaşlı İstismarı İhmali Türleri ve Klinik Belirtileri

Yaşlı istismarı beş kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategoriler fiziksel istismarı, duygusal istismarı, ekonomik istismarı, cinsel istismarı ve ihmali içermektedir (21, 22, 30). Yaşlı istismarı kategoriler halinde açıklanırken, mağdurlar genellikle aynı anda birden fazla istismar biçimine maruz kalmaktadır (4).

Bir hastanın öyküsünde olası yaşlı istismarına işaret edebilecek göstergeler arasında açıklanamayan yaralanmalar, tekrarlanan yaralanma öyküsü, hastanın kazaya yatkın olarak adlandırılması, tıbbi hastalık veya benzer yaralanmalar için yaralanma başlangıcı ile tıbbi yardım arama arasındaki gecikme ve acil servise tekrarlayan ziyaretler yer alır (21). Sağlık profesyonellerinin bu işaretleri tanınması ve işaretlerin varlığında yaşlı istismarı açısından yaşlı bireyi daha detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir.

- **Fiziksel İstismar:** Fiziksel yaralanmaya, fiziksel acıya veya bozulmaya neden olabilecek kasıtlı fiziksel güç kullanımıdır. Tokatlamak, vurmak, tekmelemek, itmek, saç çekmek, fiziksel kısıtlamaların kullanımı, zorla besleme, yakma, ev eşyalarını silah olarak kullanma, ateşli silah ve bıçak kullanma örnek olarak verilebilir (37).
- **Fiziksel İstismarın Klinik Belirtileri:** Atipik yerlerde morarma (kemik çıkıntıların üzerinde/yan kollarda, sırtta, yüzde, kulaklarda veya boyunda değil), desenli yaralanmalar (kemer tokası, parmak ucu veya başka bir nesnenin şekliyle tutarlı ısırık izleri veya yaralanma), bilek veya ayak bileği lezyonları veya yara izleri (uygun olmayan kısıtlamayı düşündürür), yanıklar (özellikle çorap/eldiven deseni zorla suya batırmayı veya sigara desenini düşündürür), çoklu kırıklar veya morluklar, travmatik alopesi veya kafa derisi hematomları, Subkonjonktival veya retinal oftalmik kanamalar, ağız içi yumuşak doku yaralanmaları (55, 56, 57).

Yaşlı istismarı ile ilgili fiziksel belirtilerin saptanması ve tanınması karmaşık olabilir çünkü altta yatan hastalıkların belirtilerini ayırt etmek her zaman kolay değildir. Örneğin, yaşa bağlı değişiklikler veya bazı ilaçlar cildi yaralanmaya karşı daha savunmasız hale getirebilir, bu da cilt morarmasının kazara mı yoksa kaza dışı mı olduğunu değerlendirmeyi zorlaştırır. Ayrıca, belirli çocuk istismarı vakalarının aksine, yaşlı istismarının bilinen hiçbir patognomonik fiziksel belirtisi yoktur (57, 58, 59). Yaşlı istismarında fiziksel belirtiler en sık görülen morluklardır ve anatomik olarak ağırlıklı olarak baş, yüz/çene bölgesi, boyun, üst ekstremiteler ve gövdede bulunmaktadır (48). Fiziksel yaşlı istismar mağdurlarını kazara yaralanan yaşlı yetişkinlerle karşılaştıran bir çalışma, istismar mağdurlarının yüzünde, sağ kolun yan tarafında veya arka gövdede daha sıklıkla büyük (> 5 cm) morluklar olduğunu bulmuştur (59). Ayrıca fiziksel taciz ve saldırıya bağlı yaralanmaların en sık baş, boyun ve üst ekstremitelerde meydana geldiği gösterilmiştir (4, 58). Başka bir çalışmanın verileri ise, sol yanak/zigoma, boyun ve ulnar ön kol yaralanmalarının kötüye kullanımda kazadan çok daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir (21, 30).

- **Duygusal/Psikolojik İstismar:** Sözlü ya da sözsüz eylemler yoluyla kasıtlı olarak ıstırap, acı ya da sıkıntı vermek olarak tanımlanabilir. Sözlü azarlama, taciz veya yıldırma, cezalandırma veya mahrum bırakma tehditleri, yaşlı kişiye çocuk gibi davranmak, yaşlı kişiyi diğerlerinden izole etmek örnekler arasında yer alır (21, 30, 37).
- **Duygusal/Psikolojik İstismarın Klinik Belirtileri:** Bu istismar türü, yaşlı bireyin depresyona girmesine, kaygılanmasına, sosyal etkileşimden uzaklaşmasına, sürekli bir korku halinde yaşamasına ve kendisini umutsuz hissetmesine neden olabilir (21, 30).
- **Ekonomik İstismar:** Mağdurun zararına veya failin yararına para, mülk ve diğer varlıklar dahil olmak üzere yaşlı yetişkinin kaynaklarının durdurulmasını veya kötüye kullanılmasını kapsar. Bu istismar türü, doğrudan varlıkların çalınmasını, mağdurun belgelerde veya çeklerde imzasının taklit edilmesini, vasiyetnamenin uygunsuz şekilde değiştirilmesini, mal veya hizmetler için fazla ödeme yapılmasını, mağdurun varlıklarının bilgisi dışında kullanılmasını veya mağdurun failin çıkarına mali değişiklikler yapmaya zorlanmasını içerebilir (6, 21, 30).

- **Ekonomik İstismarın Klinik Belirtileri:** Klinik ortamlarda ekonomik istismarı belirlemek daha zor olabilir. Bireyin daha önce karşılayabileceği reçeteli ilaçları alamaması, doktor randevularına gitmemesi, kronik tıbbi durumlarının açıklanamayan kötüleşmesi, yetersiz beslenme ve kilo kaybı, depresyon ve kaygı, su ve elektrik faturalarını ödeyememesi ekonomik istismar için bazı uyarı işaretleridir (60).
- **Cinsel İstismar:** Yaşlıların cinsel istismarı, mağdurun ya iradesi dışında eyleme zorlandığı ya da cinsel eylemi anlayamadığı ya da rıza gösteremediği, rıza dışı bir cinsel eylem olarak kabul edilir. Cinsel istismar örnekleri arasında tecavüz, zorla çıplaklık, müstehcen fotoğraf çekme, sözlü cinsel yaklaşımlar, uygunsuz bir şekilde kendini kurbana teşhir etme ve istenmeyen dokunma sayılabilir (21, 30, 37).
- **Cinsel İstismarın Klinik Bulguları:** Genital, rektal veya oral travma (eritem, morarma, laserasyonlar dahil), cinsel yolla bulaşan hastalık varlığı, idrar kaçırma ve akıntı cinsel istismar belirtileridir (55, 56, 57).
- **İhmal:** İhmal, kasıtlı veya kasıtsız olabileceği için benzersizdir (6). Genelde bakım verenin yaşlıya karşı yükümlülüklerini yerine getirememesidir. İhmal biçimleri, beslenmeyi, suyu, uygun giysileri, ilaçları vermemeyi veya yeniden temin etmemeyi; uygun tıbbi takibin sağlanamaması ve işitme cihazı, gözlük, takma diş veya yürüteç gibi yardımcı cihazları sağlamamayı içerir (21, 30, 37).
- **İhmalin Klinik Belirtileri:** Kaşeksi/yetersiz beslenme, dehidrasyon, bası yaraları/dekübit ülserleri, kirli, çok yıpranmış giysiler, uzamış el ve ayak tırnakları, kötü ağız hijyeni ile kendini gösterir ve kötü kontrol edilen tıbbi durumlardan kaynaklanan komplikasyonlara yol açabilir (21, 30, 55, 56, 57).

Fiziksel istismarın belirtileri doğrudan gözlemlenebilmektedir. Ancak ekonomik istismar ve ihmal saklı kalabilir. Bu nedenle tespit etmek oldukça zor olabilmektedir. İhmal olgularının tespit edilebilmesi için yaşlıların işlevselliklerinin standart olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Böylece bakım verenlerin yaşlının ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi yapılabilir (61).

2.1.4. Yaşlı İstismarı ve İhmalinde Risk Faktörleri

Yaşlı istismarı, dikkate alınması gereken birçok risk faktörü içeren karmaşık bir olgudur. Bunlar, mağdur ve failin özelliklerini, toplumun algılarını ve çevresel faktörleri içermektedir (37, 62). Buna rağmen, birçok vaka risk faktörlerinin yokluğunda da gerçekleşebilmektedir (21).

Yaşlı istismarı için risk faktörleri arasında yaşlı yetişkinlerde bilişsel bozulma (örn. bunama), kötü sağlık, bakım için başkalarına artan bağımlılık (örn. yemek yemek, banyo yapmak, giyinmek, hareket etmek için), daha düşük eğitim seviyesi ve psikiyatrik hastalık (örn. depresyon, anksiyete) veya alkol ve uyuşturucu kullanımı öyküsü yer almaktadır (22, 63). Özellikle, bilişsel olarak engelli bireylerin mağdur olma olasılığı daha yüksektir (21). Demansı veya diğer bilişsel bozukluğu olan yaşlı yetişkinler, bunaması olmayan yaşlı yetişkinlere kıyasla yaklaşık beş kat daha fazla yaşlı istismarı oranıyla en yüksek risk altındadırlar (21, 30). Yan (2014) ve Fang (2018)'ın yaptıkları araştırmalarda, aile içi ortamlarda yaşlı istismarının, bilişsel ve fiziksel bozukluğu olan yaşlı yetişkinlerde (%42,3 - %62,3) bilişsel ve fiziksel bozukluğu olmayanlara göre daha yaygın olma eğiliminde olduğunu saptamışlardır (64, 65). Orantısız bir şekilde yüksek düzeyde istismara maruz kaldığı tespit edilen diğer gruplar arasında kadınlar, 80 yaşından büyükler, uzun süreli bakım tesislerinde ikamet edenler ve birden fazla yandaş hastalığı olan kişiler yer almaktadır (22, 30, 36). Son olarak, yaşlı bireylerin başkalarına ekonomik olarak bağımlı olması da tehlike işareti olabilir (22).

Yaşlı istismarı ile ilişkili failin özellikleri arasında madde kullanımı, önceki yaşam deneyimleriyle şiddetin normalleştirilmesi, mağdura mali bağımlılık, akıl hastalığı, kişilik bozuklukları, bakıcı yükü ve yaşlı yetişkinle gergin bir hastalık öncesi ilişki öyküsü yer almaktadır (21, 30, 35). Bu faktörlerin her biri, istismarla sonuçlanabilecek artan bakıcı yüküyle baş etmeyi zorlaştırabilir (30).

Yaşlı yetişkin ile fail arasındaki ilişki dikkate alınması gereken önemli diğer bir risk faktörüdür (60, 66, 67). Aile uyumsuzluğu gibi zayıf veya çatışmalı ilişkiler yaygındır (22).

Toplumsal ve çevresel faktörler arasında şiddeti normalleştirebilecek yüksek suç oranları, bakıcılar ve mağdurlar üzerinde artan baskıya neden olan toplum kaynaklarının eksikliği ve yaşlıların istismar kurbanı olma ihtimalinin düşük olduğu inancı yer almaktadır (43). Ayrıca düşük sosyal desteğe sahip olmak, birkaç aile üyesi yanı sıra başkalarıyla yaşamak da risk faktörleri arasındadır (22).

2.1.5. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Saptanmasındaki Zorluklar

Yaşlı istismarı ve ihmali yaygın olup, mağdurlar için ciddi tıbbi ve sosyal sonuçları vardır. Ancak nadiren tespit ve rapor edilir (21). Morbidite ve mortalitenin büyük bir kısmı muhtemelen bunu tespit edip müdahale etmemekten kaynaklanmaktadır (68).

Yaşlı istismarını ve ihmali belirlemek karmaşıktır ve tespit edilmesinin önünde bir dizi engel vardır (22). Yaşlı istismarı gizli bir fenomendir, yani kurbanlar, aileleri ve benzer şekilde failler tarafından gizlenir. Genellikle, kötüye kullanımı bildirmemenin ana nedeni, yaşlı hastaların bilişsel bozukluklarıdır ve bu da kötüye kullanımı bildirmeyi imkânsız hale getirir (69).

Yaşlı yetişkinler, misilleme ve daha fazla istismar korkusu, bakıcı(lar) tarafından reddedilme, olası terk edilme veya hastaneye yatma korkusu nedeniyle genellikle istismarı bildirmek konusunda isteksizdirler (60, 66). Ayrıca suçlanma korkusu; utanç ve mahcubiyet, kendini suçlama, kaygı, kayıp ve çaresizlik duygusu; sosyal hizmet uzmanlarının onlara yardım etme kapasitesi ve yeterliliği hakkında şüpheler, sağlık profesyonellerine ve onların mevcudiyetine güven eksikliği; etkili sosyal destekten yoksunluk, izolasyon, ciddiye alınmama korkusu, tacizi ifşa edilmeye değmeyecek önemsiz bir mesele olarak algılama ve kültürel veya dini inançlar diğer engellerdir (70).

Olumsuz sağlık sonuçlarına rağmen, mağdurlar genellikle yardım istemekten çekinirler ve yaşlı istismarı vakalarının çoğu bildirilmez (70). Bu nedenle, sağlık sisteminin yaşlı istismarı vakalarını tespit etmede ve bildirmede önemli bir rol oynadığına defalarca işaret edilmiştir (71). Bununla birlikte, sağlık hizmeti sağlayıcıları genellikle neyin istismar oluşturduğundan ve ne zaman bildirilmesi gerektiğinden emin değildir (10, 23). Pek çok sağlık profesyoneli, konuyu ele alırken huzursuz hissettiğini ve vakaları yönetme becerilerine güvenmediğini bildirmiştir. Ayrıca, failden misilleme korkusu ve hastalardan olumsuz tepkiler gelmesi endişesi bakım sağlayıcılar arasında yaygındır. (10, 23, 60). Sorumluluğu kabul etme korkusu; istismarla yüzleşmeme veya bu tür meselelere karışmama arzusu ve zaman kısıtlılığının olması sağlık profesyonellerinden kaynaklanan engeller arasında yer almaktadır (72). Ayrıca yaşlı istismarı ve ihmalinin saptanmasındaki zorluklar arasında kurumsal engellerde yer almaktadır. Kurumsal engellere örnek olarak istismarı tespit edecek protokol eksikliği ve bir raporlama sisteminin olmaması verilebilir.

Ek olarak, özellikle kurumsal bakım ortamlarında güvenilir bir tarama aracının olmaması, yaşlı istismarının tespit edilmesindeki ana zorluklardan biridir (73). Yaşlı istismarının etkili bir şekilde taranması için güvenilir ve standartlaştırılmış bir tarama aracı kullanılarak bu tür olayların uygun şekilde araştırılması ve ayrıntılı olarak raporlanması esastır (74).

2.1.6. Yaşlı İstismarı ve İhmalinde Sağlık Çalışanlarının Yeri ve Önemi

Sağlık profesyonelleri, yaşlı bir yetişkinin evlerinin dışındaki tek temas noktası olabileceğinden, yaşlı istismarını belirleme ve müdahale etme konusunda benzersiz bir konumdadır (21, 22). Bu nedenle, sağlık ekibinin tüm üyelerinin, mağdurlara ve ailelere yardımcı olmak için yürürlükte olan sistemlerin yanı sıra yaşlı istismarının risk faktörlerinin ve belirtilerinin farkında olması gerekir (22).

Birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanları, yaşlı istismarını tanıma, bildirme ve engelleme konusunda önemli bir statüdedir (75). Aile hekimleri kendilerine kayıtlı yaşlı bireyleri tanımakta ve onların sağlık geçmişini bilmektedirler. Herhangi bir istismar varlığında şüpheli durumları belirleme ve müdahale etmede anahtar rol oynarlar. Özellikle yapılan ev ziyaretleri sırasında aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları yaşlı istismarı ve ihmali risk ve belirtilerini değerlendirme şansı bulabilirler. Bu nedenle 1. basamak sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali konusunda farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Ayrıca hastane ortamında doktorlar ve hemşireler gibi sağlık profesyonelleri ile etkileşimler, yaşlı istismarını tanımak ve müdahale etmek veya uygun yetkililere sevk etmek için çok önemli fırsatlar sunar (60) . Örneğin, acil servise kabul gibi akut durumlarda yaşlı istismarının belirtileri sıklıkla tespit edilir. Dong ve ark. (2015), iki veya daha fazla yaşlı istismarı yaşayan yaşlı kişilerin önemli ölçüde daha yüksek acil servis kullanım oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (30). Ek olarak, acil servise kabul gibi akut durumlarda yaşlı istismarı belirtilerini gizleme olasılıklarını daha düşük bulmuşlardır (48). İstismarı yaşayan yaşlı bireylerin, yaşamayan yaşlı yetişkinlerle karşılaştırıldığında acil servise gitme olasılıklarının iki kat daha fazla olması nedeniyle acil servis personeli, yaşlılara yönelik istismarı tespit etmek için benzersiz bir konuma sahip olabilir (13). Yaşlılara yönelik istismarın (genellikle ince belirtilerinin) tanınması ilk adımdır ve yalnızca multidisipliner ekip tabanlı bir

yaklaşım (örneğin sağlık görevlileri, hemşireler ve sosyal hizmet görevlileri gibi bir hastayla etkileşimde bulunan sağlayıcılar) mümkün olacaktır (69).

Hemşireler yatak başı bakım sağlar ve tipik olarak hastalar, bakıcılar ve diğer aile üyeleri ile doktorlardan çok daha fazla yüz yüze iletişim kurarlar. Hasta ve bakıcılar arasında daha fazla araştırma gerektiren (4) istismar şüphesi uyandıran bakıcı davranışlarını ve etkileşimlerini gözlemleyebilirler. Bu davranışlar arasında duygusal patlamalar, yaşlı yetişkini sağlık personeli ile yalnız bırakma isteksizliği, yaşlı yetişkinin kendi adına konuşmasına izin vermeden sözünü kesme veya onun adına konuşma yer alır (22). Ayrıca hemşireler genellikle geriatrik hastalar için alt değiştirme de dahil olmak üzere hijyen bakımı sağlar. Bu bakım sırasında dikkatli bir inceleme, gözden kaçan şüpheli fiziksel bulguları belirleyebilir (4). Hemşirelerin yanı sıra görüntüleme incelemeleri yaparken hastaları özel olarak değerlendirme ve onlarla görüşme fırsatına sahip olan radyoloji teknisyenleri de, istismarı ve ihmali tespit etme konusunda özellikle iyi bir konumda olabilir (76).

Akut bakım hemşireleri şüpheli yaşlı istismarı veya ihmal vakalarını değerlendirmek, belirlemek ve bildirmek için çok önemli bir role sahiptir (22). Sağlık hizmeti sağlayıcıları, özellikle hemşireler, farklı ortamlarda yaşlı nüfusla sık sık yakın temasta bulunur ve onlarla terapötik ilişkiler ve güven oluşturma fırsatına sahiptir. Gözlem, iletişim ve güven yoluyla hemşireler, yaşlıların olası istismarın ve failin doğasını açıklamalarına yardımcı olabilir (77). Ayrıca, hasta savunuculuğu hemşirelik etik kurallarındaki ana hükümlerden biridir (78).

Yaşlı istismarını kontrol etmenin zorlu yönlerinden biri, bunun sıklıkla tanımlanamaması ve eksik bildirilmiş olmasıdır (30). Sağlık çalışanlarının yaşlı istismarına ilişkin farkındalık ve bilgi düzeyi hala zayıftır ve tanıma konusunda özel eğitime güçlü bir ihtiyaç vardır (48). Bu nedenle yaşlı istismarını azaltmaya yönelik kampanyalar, sağlık çalışanlarını, bakıcıları, hastaları ve toplumu yaşlı istismarının yaygınlığı, risk faktörleri ve belirtileri ile yardım için mevcut kaynaklar konusunda eğitmeye odaklanmalıdır (30).

Yaşlı istismarının fiziksel ve diğer belirtilerinin erken tespiti ve farkındalığına giden yolda ilerlemek, eğitime yatırım yapmak gerekmektedir. Çocuk istismarı kurbanlarını tanıma ve onlara bakım verme konusunda eğitim almış pediatriistlerin aksine, yaşlı

istismarındaki fiziksel belirtilerin (ve yaşlı istismarının diğer belirtileri, örneğin finansal ve psikolojik istismar) tanınmasına yönelik eğitim, klinik geriatristler ve klinik bakımdaki diğer sağlık profesyonelleri (hemşireler gibi) için henüz yaygın değildir. Van Houten ve ark. (2021) yalnızca klinik geriatristler için değil, aynı zamanda çok sayıda yaşlı hastası olan diğer tüm sağlık profesyonelleri için bu konuda eğitim verilmesini şiddetle tavsiye etmektedir (48).

2.1.7. Yaşlı İstismarı ve İhmalinde Kullanılan Ölçekler

Yaşlı istismarı ve ihmali varlığını belirlemede ilk adım güvenilir ve standartlaştırılmış bir tarama aracı kullanmaktır. Ancak altın standart olarak önerilen tek bir tarama aracı yoktur (29). Yaşlı istismarı ve ihmalin varlığını belirlemede bir dizi tarama aracı mevcuttur (30). Bu amaçla geliştirilen ve yurtdışında kullanılan ölçeklerden bazıları şunlardır;

- 12 maddelik İstismara Açıklık İçin Tarama Ölçeği (Vulnerability to Abuse Screening Scale),
- 5 temel değerlendirme alanı içeren Yaşlı Değerlendirme Aracı (Elder Assessment Instrument),
- 5 maddeden oluşan Yaşlılar İçin Kısa İstismar Tarama Testi (Brief Abuse Screen for the Elderly),
- 15 maddelik Hwalek–Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test),
- 8 maddelik Bakım Veren İstismar Tarama Testi (Caregiver Abuse Screen),
- 8 maddelik Yaşlı İstismarı Şüphesi İndeksi (Elder Abuse Suspicious Index).

Yukarıda yer alan ölçekler yaşlı istismarı ve ihmali belirlemede sıklıkla kullanılanlardır. Bunların yanında;

- 52 maddelik Avrupa bölgesindeki Yaşlıların İstismarı Ölçeği (Abuse of the Elderly in the European region),
- Yaşlı hastalar için 46 madde ve bakıcılar için 44 madde içeren İstismar Göstergeleri (The Indicators of Abuse),
- 22 maddelik Geriatrik Kötü Muamele Ölçeği (Geriatric Mistreatment Scale),

- 13 maddelik Modifiye Bakıcı Zorlanma İndeksi (Modifed Caregiver Strain Index) de yaşlı istismarı ve ihmalini tespit etmek için kullanılırlar (79).

Türkiye’ de kullanılan ölçekler ise ;

- Türkçe’ye uyarlaması Özmete (2016); Özçakar ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (H-S/ EAST) (14, 80),
- Daşbaş ve ark. tarafından 2018 de Türkçeye uyarlanan Geriatrik İstismar Ölçeği (81),
- Özmete (2018) ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeğidir (82).

Ayrıca ülkemizde birçok çalışmada ve tezde yaşlı istismarı ve ihmalini belirlemek için araştırmacılar tarafından hazırlanan anket, görüşme formu, değerlendirme ve çalışma metodları kullanılmıştır (25, 26, 27, 83). Kullanılan bu farklı yöntemler bu alanda yapılan çalışma sonuçlarını karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Yaşlı istismarı ve ihmali konusunda bir standardın oluşturulması için ülkemizde bu amaçla geliştirilmiş ölçeklere ve değerlendirme kılavuzlarına ihtiyaç vardır (80).

Dikkat çeken diğer bir nokta ise yaşlı istismarı ve ihmalini belirlemek ya da değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin verileri çoğunlukla ya yaşlı bireyin kendisinden ya da bakıcısından elde edilmektedir. Yapılan literatür taramasında yaşlı istismarı ve ihmalini belirlemede kilit rol oynayan sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanılamaya yönelik bir ölçeğe rastlanmamıştır. Yaşlı bakım çalışanlarının ve diğer sağlık profesyonellerinin yaşlı istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi ve duyarlılıklarının artırılması istismar ve ihmali önlemede atılacak ilk adım olarak kabul edilmektedir (20). Bu nedenle sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali risk ve belirtileri hakkında bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesini yönelik ölçeklerin geliştirilmesi ve kullanılması istismarın önlenmesine katkı sağlayacaktır.

Çeşitli doğrudan ve dolaylı tarama ve teşhis yöntemleri geliştirilmiş olsa da, bilimsel olarak geçerli yöntemlere dayalı olarak ve çok disiplinli ekipleri dahil ederek yaşlı

istismarı araçlarını geliştirmek ve iyileştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (28).

2.1.8. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

Birçok araştırmacı, klinisyen ve sağlık politika yapıcısı, yaşlı istismarının yaşlı yetişkinlerin sağlığı ve esenliği için büyük bir tehdit olduğunu kabul etmiştir (28). DSÖ tarafından 2002 yılında yaşlı istismarının bütün dünyada önlenbilmesi amacıyla Toronto Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirgeye göre yaşlı istismarı ve ihmali ile yüzleşmek ve azaltmak için, birçok kesimden ve disiplinler arası işbirliğini kapsayan bir yaklaşım gerekli olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Nisan 2002’de Madrid’de “Birleşmiş Milletler Uluslararası Eylem Planı” tüm ölkelerce kabul edilmiş ve Evrensel İnsan Hakları kapsamında ele alınmıştır (84). Bu eylem planı doğrultusunda ölkemizde de Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı oluşturulmuştur. Programda yer alan önemli alanlardan bir tanesi de “Yaşlılıkta nöropsikiyatrik hastalıklar, demans, geriatrik psikiyatri, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularında planlamalar ve etkinlikler yapılması” şeklinde-dir. Bu alana yönelik Hedef ve Stratejiler den üçüncü hedef “Yaşlı istismarının önlenmesi ve tanınması için topluma, ailelere ve kurumlara yönelik önlemlerin alınması” şeklinde-dir. Bu konudaki stratejiler ise şöyle belirlenmiştir:

- Toplumsal duyarlılığın arttırılması,
- Yaşlı sağlığı alanında çalışan otoritelerin, yaşlı istismarı ve ihmali konusunda mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitilmesi ve hizmet sunum kapasitelerinin arttırılması,
- İstismara uğrayan ya da şiddet gören yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin oluşturulmasıdır (85).

Yaşlı istismarını kontrol etmenin zorlu yönlerinden biri, bunun sıklıkla tanımlanamaması ve eksik bildirilmiş olmasıdır. Yaşlı istismarını azaltmaya yönelik kampanyalar, sağlık çalışanlarını, bakıcıları, hastaları ve toplumu yaşlı istismarının yaygınlığı, risk faktörleri ve belirtileri ile yardım için mevcut kaynaklar konusunda eğitmeye odaklanmalıdır (22).

Yaşlı istismarı ve ihmalinin belirlenmesi ve raporlanmasında sağlık çalışanlarına da önemli sorumluluk düşmektedir. Sağlık alışanları yaşlı istismarı ve ihmali nasıl tespit

edeceği, yaşı istismarı ile karşılaşırsa nasıl davranması gerektiği konusunda eğitilmelidir (7).

Mağdurları ve aileleri daha iyi desteklemek için toplum kaynaklarının geliştirilmesi de gereklidir. Ailelere destek sağlamanın yanı sıra risk faktörlerini belirlemek ve en aza indirmek, istismarın yaygınlığını azaltmaya yardımcı olabilir ve ardından acil tıbbi hizmetler, hastaneler, tıbbi bakım maliyetleri ve uzun süreli bir bakım tesisine yerleştirilme ihtiyacı üzerindeki yükü azaltabilir (30).

Bakımevleri ve huzurevleri gibi uzun süre bakım alınan merkezlerde de yaşı istismarı ve ihmali görülebilmektedir. Bu merkezlerdeki personel sayısını arttırmak, sakin bir çalışma ortamı sağlamak ve hizmet veren personelin takdir edildiğini hissettirmek yaşı istismarının önlenmesine yardımcı olabilir. Bunların yanında zor veya agresif olan yaşlılarla nasıl başa çıkılacağı konusunda personele eğitim vermek istismar riskini en aza indirebilir (6).

2.2. Ölçek Geliştirme

2.2.1. Ölçek Tanımı

Ölçek; sistem, hedeflenen kişı, içerik ya da konu açısından soyut bilgilerin somut ifadelerle değerlendirilmesini sağlayan ölçme aracıdır (86). Merak ettiğimiz özelliği ölçebiliyor ve rakamsal olarak ifade edebiliyorsak, onları bilimsel bir şekilde ele alıp açıklayabiliriz (87). Ölçme, bilimin ön şartı ve bilimlerin ortak inceleme metodudur. Ancak doğa bilimlerinde gözlemlenen değişkenler çoğunlukla somut, sosyal bilimlerde gözlemlenen değişkenler ise çoğunlukla soyut özelliktedir (88).

Psikoloji ve eğitimde kişiler ile ilgili bilgi toplamada ilgi, tutum, kaygı, motivasyon, kişilik vb. psikolojik değişkenlerin ölçülmesinde ölçeklerden faydalanılmaktadır. Ölçekler kişilerin direk olarak gözlenemeyen özelliklerinin ne ve nasıl olduğunu ortaya koymaktadır (89). Doğrudan gözlenemeyen psikolojik özellikleri dolaylı olarak ölçme psikolojik ölçmedir. Ölçek geliştirme süreci de bu özellikler iyi tanınmadan doğru bir şekilde yapılamaz (90).

2.2.2. Ölçek Geliştirme

Ölçek geliştirme, ilgilenilen bir niteliği sayısal ifadelere dönüştürebilmek için güvenilir ve geçerli ölçüm aracını geliştirme sürecidir. Gözlenebilen yapılar (örneğin, kilo, hız vb.) doğrudan ölçülebilirken, gözlemlenemeyen yapılar doğrudan ölçülemez (91).

Psikoloji alanındaki araştırmalar genellikle, özgün veya uyarlama çalışmaları neticesinde kendi kültürümüzde kullanılan psikolojik ölçme araçlarıyla elde edilen verilerden oluşmaktadır. Bu araştırmalar neticesinde bulguların genellenebilirliği ve işlevselliğide kullanılan bu ölçme araçlarının geçerliği ve güvenilirliğiyle benzerlik göstermektedir (92).

Psikolojide ölçek geliştirme, sadece istatistiksel analiz programı kullanmayı ve rakamlardan oluşmaz. Asıl olan ölçülecek özellikle ilgili sağlam bir kavramsal bilgi, litaretüre hâkim olma, analizler sonucu elde edilen verileri ezber ölçütler kullanmak yerine sonuçların ‘ne anlama geldiğini’ ilgili kavramsal yapı ile beraber inceleme gibi çok önemli bir bilişsel etkinlik gerektirir (90).

Yeni bir ölçek geliştirirken, geliştirilen veri toplama aracının standardize olabilmesi ve daha sonrasında uygun bilgiler oluşturma becerisine sahip olması için güvenilirlik ve geçerlik gibi iki özelliğe sahip olması gerekir (86).

Geçerlik: Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir (93). Geçerlik, ölçme aracının, hangi kavramı, ne kadar iyi ölçtüğü ile ilgilenir (87, 93). Geçerlilik ölçeğin neyi ölçmeyi hedeflediğini, ölçebilirliğini ve genel özellikte olduğunu gösterir. Ölçülmesi istenen sonucun doğru olarak ölçüldüğünü gösterir. (94).

Bir ölçeğin geçerliği istenen seviyede değilse, istatistiksel testlerin gücü düşer. Test gücü düşük olan ölçeklerde gruplar arası farkın anlamlı olarak bulunması engellenir ya da çok daha büyük örneklemle araştırmaya devam edilmesine neden olur. Bu durum ise hem maliyet artışına hem de zaman kaybına neden olabilir (93).

Güvenirlik: Güvenirlik, ölçme aracının tutarlı, duyarlı ve tarafsız sonuçlar verebilmesi anlamına gelmektedir. Ölçme aracının tesadüfi hatalardan arınık olma derecesi güvenilirlik olarak tanımlanabilmektedir. Ölçüm araçlarındaki hata oranı arttıkça, ölçeğin güvenilirliği de azalmaktadır (95). Ölçeğin güvenilirliği; ölçümlerin hatasız yapılabildiğini

ve elde edilen verilerin doğru bir şekilde toplanıp toplanmadığını anlamak için incelenir (96). Güvenirlik yalnızca ölçme aracına ait bir özellik değil aynı zamanda ölçme aracı ve aracın sonuçlarına ilişkin bir özelliktir (93).

Güvenilir olmayan veya düşük olan bir ölçek kullanışsızdır (87). Çünkü güvenilirliği düşük bir ölçekle yapılan ölçümler “bias”a neden olabileceğinden, özellikle klinik uygulamalarda bazen hatalı kararlar alınmasına sebep olabilir (93).

2.2.3. Ölçek Geliştirme Aşamaları

Ölçek geliştirme çalışmalarında atılacak ilk adım konu ile ilgili bir ölçeğin olup olmadığının tespit etmektir. Eğer mevcut bir ölçek varsa ölçeğin “ne kadar duyarlı olduğunun” araştırılması gerekmektedir. Varolan ölçeğin duyarlılığının yüksek olması durumunda ise “bir uyarlama çalışması yapmanın mı yoksa yeni bir ölçek geliştirmenin mi daha anlamlı olacağı”na karar verilmelidir (97).

Yeni bir ölçek geliştirmek ya da uyarlamak isteyenlerin, ölçmek istedikleri özelliğin yapısı ve bu özellik ile ilgili kuramsal yapı hakkında bilgili olmaları gerekmektedir (88). Ölçülecek kavramı bilip ölçme işlemini bilmeden ya da ölçülecek kavramı bilmeden ölçek geliştirmeye çalışmak doğru olmaz (89).

Bir ölçeğin bilimsel olarak kabul görebilmesi belirli standartlara uygun olarak geliştirilmesi ya da uyarlanmasını gerektirmektedir. Rastgele hazırlanmış sorular bilimsel çalışmalar için uygun değildir (88).

- **Var olan bir ölçeğin uyarlanması:** Ölçek uyarlama çalışmaları bir ölçeği yalnızca farklı bir dile çevirip kullanmak değildir. Uyarlama yapılacak olan ölçekle ilgili geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin de yapılmasına o ölçeğin başka dil ve kültürlerle uyarlanması denir (93). Belirli bir dilde ve kültürde geliştirilen ölçekler, geliştirilmiş olduğu kültüre ve dile özgü anlama, kavrama özelliklerini yansıtır (98).
- **Yeni bir ölçek geliştirme:** Ölçek geliştirmek isteyen araştırmacıların sekiz aşamayı izlemesi beklenir (99).
 1. Öncelikle “ne ölçülmek istendiği” net bir şekilde tespit edilmeli,
 2. Madde havuzu oluşturulmalı,
 3. Ölçeğin ölçülmek istenen özelliğe göre türüne karar verilmeli,

4. Uzman görüşlerinin alınması,
5. Madde geçerliğinin sağlanması,
6. Taslak ölçeğin örneklem grubuna uygulanması,
7. Madde analizlerinin incelenmesi,
8. Geliştirilen ölçeğe son şeklinin verilmesi aşamaları gelmektedir.

Yukarıdaki aşamalar sırasıyla aşağıda açıklanmıştır:

1. Ölçülecek kuramsal yapının belirlenmesi: İlk yapılması gereken ölçülmek istenen kavramın ya da yapının özelliklerinin ve sınırlarının belirlenmesidir. Alan uzmanları ve literatür kaynakları yardımıyla araştırılmak istenen kavramın yapısal özellikleri ortaya konabilir (100). Erkuş (2012)' a göre ölçek geliştirme aşamasındaki en önemli basamaktır. Bu aşamadaki eksiklikler sonraki adımları da doğrudan etkileyeceğinden araştırmacıların en çok yoğunlaşması ve mesai harcaması gereken kısım ilk adımdır (89).

2. Madde havuzunun oluşturulması: Oluşturulan her madde örtük değişkenin yapısına uygun olmalıdır. Yani, yazılan maddeler birinci basamakta oluşturulan kavramsal yapının dışına çıkmamalıdır (101). Ayrıca her bileşenin ya da tutumun (davranışın) maddeleri kendi içlerinde birbiriyle ilişkini olmalıdır ($10 \leq r \leq .90$) (100).

Madde sayısına önceden karar vermek çok zordur. Bu yüzden olabildiğince fazla madde hazırlamak hedeflenmelidir. Literatürde ölçek için hedeflenen madde sayısının 3 ya da 4 katı kadar madde havuzu oluşturmak kabul gören ölçüttür (100, 101, 102, 103).

Ölçek maddelerini yazarken ölçülecek kavramın özellikleri, ölçek dilinin özellikleri ve hedef kitlenin psiko-sosyal özellikleri dikkate alınmalıdır. Oluşturulan madde havuzu, maddeleri kapsam ve dil bilgisi açısından kontrol edilmelidir (100).

3. Ölçme aracının formatına karar verilmesi: Ölçme aracının formatına karar verilmesinde sonuçların nasıl yorumlanacağı önemlidir. Bu aşamada uygun olan çeşitli ölçek türlerinden birinin seçilmesi (Thurstone, Guttman, Likert vb.) ve cevap kategorilerinin belirlenmesi yer alır (99). Likert tipi ölçekler kullanışlı olmaları nedeniyle en çok tercih edilen ölçek türüdür. Bu tür ölçekler dereceleme düzeyini artırma ile eşit aralık ölçeğinde ölçme sonuçları vermeleri nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir (104).

- 4. Maddelerin uzmanlar tarafından gözden geçirilmesi:** Uzmanlar tarafından gözden geçirme işlemi ölçeğin kapsam geçerliliğine kanıt bulmak amacıyla yapılmalıdır. Uzman görüşünün alınması ölçek puanlarının geçerliliğine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır. Maddeleri gözden geçirirken maddelerin ölçülmek istenen yapıyı ölçüp ölçülmediğine, bilimsel yönden doğru olup olmadığına, dil bilgisi ve yazım hatalarının varlığına, cevaplayıcıların gelişimsel özelliklerine uygun olup olmadığına dikkat edilmelidir (102). Ayrıca maddeler için öneri istenerek uzmanların yapıya ilişkin bakış açıları ortaya konabilir. Çalışma için alan ve ölçe-değerlendirme uzmanlarından alınan dönütler önemli olsa da nihai kararı verecek olan yine araştırmacıdır. Araştırmanın amacına göre uzman görüşlerini dikkate alarak madde havuzunu revize etme işlemi sonlandırılabilir (101). Uzman görüşüne başvurulduktan sonra maddelerin ölçekten çıkarılma kararını alabilmek için Kapsam Geçerliliği Oranı hesaplanır. Kapsam geçerliliği, ölçek geliştirme çalışmalarındaki en kritik noktalardan biridir. Uzman görüşüne başvurularak ölçek maddelerinin geliştirilmesinde maddelerin ölçülmek istenen fenomen veya kavramı ne kadar ölçtüğü konusunda fikirler alınabilir.
- 5. Madde geçerliğinin sağlanması:** Alan uzmanlarının görüşleri doğrultusunda ölçek maddelerine, ölçekleme yöntemine ve ölçek süresine karar verilerek ölçeğin son şekli verilir.
- 6. Ölçeğin uygulanması:** Ölçek geliştirmede örneklem sayısını belirlemek her zaman tartışılan bir konu olmuştur. Nunnally (1978) 300 civarı örneklem büyüklüğünün yeterli olacağını iddia etse de literatürde daha küçük gruplarda uygulanan çalışmaların başarıları ortaya konulmuştur (101). Genel geçer kural olarak 300-400 arası kişiye deneme testi uygulanmalıdır. Yine alan yazında örneklem grubunun uygulanan madde sayısı ile ilişkili olarak belirlenmesine dair ölçütlerde söz konusudur. Ölçek geliştirme/uyarlama çalışmalarında ölçek toplam madde sayısının 5-10 katı sayıda birey seçilebilmektedir (105). Ayrıca araştırılmak istenen evrenin büyüklüğüne ve deneme grubu için olanaklara bağlı olarak deneme örneklemini büyüklüğüne karar verilebilir (102). Bu aşamada seçilen grubun niceliğinden çok niteliğinin de ön plana çıktığı gözlenmektedir. Önemli olan nokta evreni en iyi temsil eden örneklemin seçilmesidir. Evrenin büyüklüğüne ve amaca bağlı olarak örneklem büyüklüğü değişebilir (103).
- 7. Maddelerin değerlendirilmesi:** Uygulamadan sonra maddelerin değerlendirilmesi yani maddelerin performansının incelenmesi söz konusudur.

Yapılan analizlerle madde toplam korelasyonları, madde varyansları, madde ortalamaları, faktör analizi, alfa katsayısı hesaplanabilir (99). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik kanıtlarının sunulmasından sonra ölçeğe son şekli verilebilir.

8. **Ölçeğin son halinin verilmesi:** Faktör analizi sonuçları ve madde analizleri sonrasında maddelerde eleme yapılır (106). Ölçeğe son şeklini verirken ölçeğin uzunluğunun güvenirliğe katkısı göz önüne alınmalıdır. Kötü maddeleri atarak ve güvenirlik katsayısını maksimize ederek ölçek geliştirme süreci tamamlanmalıdır (101).

Ölçek geliştirme aşamaları sonunda elde edilen veriler ve geliştirilen ölçeğin kullanıcı kılavuzu kaynak belirtilerek raporlamalıdır. Ölçek geliştirmenin her bir basamağında neler yapıldığı hangi maddelerin çıkartıldığı ya da yenilendiği tek tek anlatılmalıdır. Ölçeğe son şekli verildikten sonra ölçeğin kullanımına dair bir kılavuz hazırlanmalıdır. Ayrıca ölçek geliştirme makalesinde ölçeğin kullanımına dair bilgiler detaylandırılmalıdır.

Uluslararası ve ulusal literatürde; çok sayıda ölçeğin geliştirme çalışması bulunmaktadır. Ölçek geliştirme zahmetli ve zor bir süreçtir. Ayrıca geliştirilen ölçeklerin ilgili alanlarda gelecekte yapılacak olan çalışmalar için hatalardan arınık sonuçlar elde edilmesini sağlaması açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle ölçek geliştirme çalışmaları titizlikle takip edilmesi gereken süreçlerdir (107).

Ölçek geliştirme çalışmaları bilgi birikimi, araştırma, emek ve zaman isteyen çalışmalardır. Tutarlı, hatadan mümkün olduğunca arındırılmış, geçerli veriler üretebilmek ve “daha duyarlı ölçek” kullanabilme olanaklarının sürekli olarak araştırılması bilime yapılan katkıyı artıracaktır (93).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma metodolojik araştırma türünde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi, Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi, Gaziantep Abdülkadir Yüksel Devlet Hastanesi, Dr. Ersin ARSLAN Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi (hastanelerin dahiliye, cerrahi, nöroloji, ortopedi, geriatri, acil servisler, yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde), Ayla Alevli Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Mehmet Ali Özkara ASM, Binevler ASM, Alleben Rotary ASM, Kavaklık Rotary ASM, Abdulkadir Konukoğlu ASM, Atatürk ASM ve Ünalı ASM’ de 1 Temmuz 2022-30 Nisan 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gaziantep’teki bir Üniversitesi Hastanesi, dört Devlet Hastanesi ve sekiz Aile Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmuştur. Bu evrenden araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan sağlık çalışanları (hekim, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni ve sağlık memuru) örneklemi oluşturmuştur.

Ölçek geliştirme çalışma verileri bir evrene genellenmeyeceği için; genel ve çalışma evreni belirlenmez. Fakat analizlerin yeterli sayıdaki kişi üzerinden yapılması gereklidir. Ölçek geliştirme/uyarlama çalışmalarında ölçek toplam madde sayısının 5-10 katı sayıda birey seçilebilmektedir (105). Bazı araştırmacılar örneklem büyüklüğünün 100’ ün altında olmaması gerektiğini ifade ederken, bu sayının madde sayısının (değişkenlerin) 5 - 10 katı olduğundan bahsedilmektedir (98). Nunally (1978) örneklem sayısı için madde sayısının 10 katını önermektedir. Yine aynı şekilde Tabachnick ve Fidell (2001) faktör analizi için en az 300 örneklemin iyi olduğunu belirtirken, Comrey ve Lee (1992) bir sınıflamaya giderek, 100 örneklemin zayıf, 300 örneklemin iyi, 1000 örneklemin de mükemmel olarak sınıflandırmıştır (108). Bu bilgiler ışığında bu araştırmanın örneklem büyüklüğü değerlendirildiğinde; taslak ölçekteki madde sayısının 5-10 katı olan 460-920 arasındaki örneklem büyüklüğünün yeterli olacağı ön

görülmüştür. Literatür doğrultusunda hareket edilerek 92 maddeden oluşan taslak ölçeklerdeki madde sayısının 7 katına ($92 \times 7 = 644$) ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama süreci sonunda 750 kişiye ulaşılmıştır. Fakat araştırmaya katılmak istemeyen 52 sağlık çalışanı ve hatalı/eksik kodlama yapılan 31 form değerlendirmeye alınmamıştır. Sonuç olarak araştırmamızın örneklemini 667 sağlık çalışanı oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
2. 18 yaş ve üzeri olmak
3. Sağlık çalışanı olmak
4. Türkçe konuşmak
5. İletişime engel bir durumu olmamak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Görüşme için rıza göstermemek
2. Türkçe bilmemek
3. İletişime engel bir durumu olmak
4. 18 yaşından küçük olmak
5. Şizofreni vb. psikotik özellikli ruhsal bozukluğu bulunmak

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1): Bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.4.2. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri (EK-1): Bu araştırmada sağlık çalışanları için yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtilerini tanılamak için tek bir ölçek geliştirmek istenmiştir. Ancak yaşlı istismarı ve ihmalinin çok faktörlü bir yapıya sahip olması her bir faktörün ayrı ayrı değerlendirilmesinin yaşlı istismarı ve ihmali risk ve belirtilerini tanılamada daha etkin olacağı uzman görüşleri ve yapılan analizler sonucu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle tüm faktörleri tanımlayabilmek ve ölçmek için üç farklı ölçek geliştirilmiştir. Bunlar, “Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali

Riskini Tanılama Ölçeği” 3 alt boyut ve 18 maddeden, “Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği” 4 alt boyut ve 28 maddeden ve “Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği” 2 alt boyut ve 14 maddeden oluşan ölçeklerdir. Ölçekler ‘hiç doğru değil,’ ‘pek doğru değil,’ ‘kararsızım,’ ‘oldukça doğru’ ve ‘çok doğru’ şeklinde 5’ li Likert tiptedir. Ölçeklerde ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Her bir ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilir. Yüksek puan ilgili özelliğin fazlalığını gösterir. Ölçeklerden alınan puan yükseldikçe sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtilerini tanılama hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.4.2.1. Ölçek Geliştirme Aşamaları

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeklerini geliştirme aşamaları:

Madde Havuzu Oluşturulması

Araştırmacı tarafından ilgili literatür (7, 20, 31, 109, 110) taranarak yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtilerine yönelik olumlu ve olumsuz 185 maddeden oluşan ölçek madde havuzu oluşturulmuştur. Tez Danışmanı ve Tez İzlem Komitesi üyelerinin görüşleri doğrultusunda bazı maddeler taslak ölçekten çıkartılmıştır. Geriye kalan 128 madde kapsam ve içerik uygunluğunun değerlendirilebilmesi amacıyla 9 alan uzmanının görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü alınan öğretim üyelerinin isimleri EK 2’te sunulmuştur.

Uzman Görüşü

128 maddeden oluşan madde havuzu ölçme amacına uygunluğunu değerlendirmeleri için alan uzmanlarına (9 uzman) sunulmuştur. Araştırmada kapsam geçerlik indeksi, Davis (1992) tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Davis (1992) (111, 112) tekniğinde “a=Uygun, b=Madde hafifçe gözden geçirilmeli, c=Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve d=Madde uygun değil” dörtlü derecelendirme yapılmaktadır. Kullanılan bu teknikte a ve b seçeneklerini tercih eden uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin ‘kapsam geçerlilik indeksi (KGİ)’ elde edilmiştir. Elde edilen bu değer istatistiksel bir kıstasla karşılaştırılmadan 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmiştir (111, 112, 113). Uzmanlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda madde havuzundan 36 maddenin çıkartılmasıyla toplam 92 maddelik taslak ölçek yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca uzmanlar yaşlı istismarı ve ihmali risk ve belirtilerinin

çok faktörlü bir yapı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda yaşlı istismarı, ihmali risk ve belirtilerini ölçmek için hazırlanan madde havuzundan üç farklı ölçek geliştirmenin daha uygun olacağı yönünde görüş bildirmişlerdir. Uzmanların görüşleri dikkate alınarak tek ölçek taslağı şeklinde hazırlanan madde havuzu üç farklı ölçek taslağına dönüştürülmüştür.

Ön Uygulama (Pilot Uygulama)

Uzman görüşü sonrası düzenlenen ölçeğin 30 sağlık çalışanı ile pilot çalışması yapılmıştır. Pilot çalışma sonrası maddeler üzerinde düzeltmeye gerek duyulmamıştır. Pilot çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının verileri araştırmanın örneklemine dahil edilmemiştir.

3.5. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeklerinin Puanlandırması

- **Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği (YİİRTÖ) (EK-3):** Bu ölçek sağlık çalışanları için yaşlı istismarı ve ihmali riski hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçek 18 madde ile doğrulanan ‘bakım verene ait riskler’, ‘sosyo-kültürel riskler’ ve ‘yaşlıya ait riskler’ olmak üzere 3 alt boyuttan oluşan 5’ li Likert tiptedir. YİİRTÖ’nün tüm alt boyutları 6’ şar maddeden oluşmaktadır. Yanıt ölçeğinde; 1 “hiç doğru değil”, 2 “pek doğru değil”, 3 “kararsızım”, 4 “oldukça doğru” ve 5 “çok doğru” şeklinde puanlanmıştır. Ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 18, en yüksek 90’ dır. Elde edilen puanın yüksek olması sağlık çalışanlarının yaşlı istismar ve ihmali riski hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.
- **Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (YİTÖ) (EK-4):** Bu ölçek sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını tanıyabilme düzeylerini ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçek 5’ li Likert tipte olup 4 alt boyut ve 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; psikolojik istismar (7 madde), ekonomik istismar (7 madde), fiziksel istismar (8 madde) ve cinsel istismardır (6 madde). Tüm ölçek maddeleri olumlu ifadeler içermektedir. Yanıt ölçeğinde; 1 “hiç doğru değil”, 2 “pek doğru değil”, 3 “kararsızım”, 4 “oldukça doğru” ve 5 “çok doğru” şeklinde puanlanmıştır. Toplam ölçek puanı 28-140 arasında değişmektedir.

Ölçekten elde edilen puan yükseldikçe sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını tanıyabilme düzeyleri yükselmektedir.

- **Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği (YİHTÖ) (EK-5):** Sağlık çalışanlarının yaşlı ihmali hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini değerlendirmeyi hedeflemektedir. Ölçek, bakım verenin ihmali (9 madde) ve kendini ihmal (5 madde) olmak üzere 2 alt boyut ve 14 maddeden oluşan 5' li Likert tiptedir. Tüm ölçek maddeleri olumlu ifadeler içermektedir. Yanıt ölçeğinde; 1 “hiç doğru değil”, 2 “pek doğru değil”, 3 “kararsızım”, 4 “oldukça doğru” ve 5 “çok doğru” şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 14-70 puan aralığındadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması sağlık çalışanlarının yaşlı ihmali hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Temmuz 2022 - Nisan 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları, araştırmaya katılmaya gönüllü sağlık çalışanları (hekim, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni ve sağlık memuru) ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Cevapların gönüllük esasına dayanarak verilmesi gerektiğinden araştırma kapsamına alınacak olan bireylerin istekli olmalarına özen gösterilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının onamları alınmıştır. Sonrasında tüm örnekleme taslak ölçek uygulanmıştır. Tekrar test çalışması nedeniyle sağlık çalışanlarından kendilerini tanımlayan bir takma ad belirtmeleri ve 2 hafta sonra tekrar aynı takma ad ile anketleri doldurmaları istenmiştir. Örneklem grubundan alınan 50 sağlık çalışanına tekrar test uygulanmıştır. Ölçeklerin ortalama uygulama süresi 20-25 dakikadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science) istatistik paket programı ve AMOS 24 (Analysis of Moment Structures) kullanılarak değerlendirildi. Çalışma neticesinde elde edilen verilerin incelenmesinde kullanılan istatistiksel analizler Tablo 1' de sunuldu.

Tablo 1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Analizler

Özellik	İstatistik Yöntemi
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri faktör gruplarının incelenmesi	Faktör analizi Barlett Test Kaiser-Meyer Olkin Testi
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri iç tutarlılığı	Cronbach α güvenilirlik katsayısı
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri Madde-Toplam-Madde Puan Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu Ayırt Edicilik Analizi (%27' lik alt-üst grup ortalama farkı)
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri Yapı Geçerliliği: Ölçek alt boyutlarının belirlenmesi	Açımlayıcı faktör analizi Doğrulamalı faktör analizi
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeklerinin zamana karşı değişmezliği (Test-Tekrar Test Analizi)	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu Bağımlı gruplarda t testi

Tanımlayıcı istatistiksel analizlerde; katılımcıların tanımlayıcı özellikleri için tanımlayıcı istatistikler (frekans değeri, ortalama değeri, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) kullanılmıştır.

Ölçeklerin geçerliğini belirlemek için; İçerik geçerliği, ölçüt geçerliği ve yapı geçerliği (açıklayıcı ve doğrulamalı) yapılmıştır. Ölçüt geçerliği için; iç ölçüt geçerliği (alt-üst grup karşılaştırması ve madde-toplam puan korelasyonları) değerleri çalışılmıştır. Yapı geçerliğini yapmak üzere, açıklayıcı faktör analizinde; “Kaiser Meyer Olkin” ve “Barlett testleri”, özdeğer incelemesi, total varyans açıklaması incelenmiştir. Tüm ölçeklerin doğrulamalı faktör analizinde uyum indeksleri (X^2/sd , RMSEA, SRMR, TLI, NFI, IFI, CFI, GFI, AGFI) ve maddelerin veri kaliteleri değerlendirilmiştir.

Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için ise; iç tutarlık güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa), puanlama tutarlılığı (Sınıf içi korelasyon), madde-toplam puan korelasyonları (Madde ayırtıcılık indeksi), Hotelling's T^2 testi ve SEM (ölçeklerin ölçmedeki

kesinlikleri) incelenmiştir. Ölçeklerin zamana karşı değişmezliğini test etmek için Test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmamız için Gaziantep Üniversitesi Klinik araştırmalar Etik Kurul’undan Etik Kurul onayı alınmıştır. Daha sonra çalışmanın yapılacağı ilgili kurumlardan gerekli izinler alınmıştır (EK-6) (EK-7).

Araştırma Helsinki İlkeler Deklerasyonu’nda belirtilen etik kurallara uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılacak sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler konusunda bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam koşulu (EK-8) bir etik ilke olarak yerine getirilmiştir. “Özerkliğe Saygı” ilkesi, “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi, “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ve “İnsan Onuruna Saygı” etik ilkesi araştırmamıza katılan katılımcılara anlatılmış olup etik ilkeler olarak yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir ilin merkezinde bulunan hastaneler ve ASM’ lerde çalışan sağlık çalışanları ile yürütülmüş olması ve bakımevleri, huzurevleri gibi kurumlarda görev yapan sağlık çalışanlarının araştırmaya dahil edilmemiş olması bu araştırmanın sınırlılıklarıdır. Ayrıca verilerinin toplanmasında, ölçek geliştirmek için yeterli örneklem sayısı kriterleri sağlamasına rağmen, sağlık çalışanlarına ulaşmada güçlük yaşanması, çeşitli nedenlerden dolayı (iş yoğunluğu vb.) çalışmaya katılmada isteksizlik hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşılmada sorunlara neden olmuştur. Bu nedenle araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

4. BULGULAR

Bulgular üç başlık altında değerlendirilmiştir.

1. Tanımlayıcı Bulgular
2. Ölçeklerin Geçerliğine İlişkin Bulgular
3. Ölçeklerin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile ilgili frekans ve yüzdeleri incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalamalarının 31.89 ± 8.77 olduğu, %75.4' ünün kadın, %53.2' nin evli olduğu görülmüştür. Mesleki özelliklerine bakıldığında %60.7'sinin hemşire olduğu, %33.6' sının 11 yıldan fazla süredir görev yaptığı, %48.3' nün devlet hastanesinde çalıştığı görülmüştür. Yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili olarak %76' sının öğrenim süresince yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim almadığı, %89.4' nün mezuniyet sonrasında da herhangi bir eğitime katılmadığı, %17.7' sinin çalışma hayatı boyunca yaşlı istismarı ve ihmali ile karşılaştığı, %45.4' ünün kendisini yaşlı istismarı ve ihmali tanılamada kısmen yeterli bulduğu, %82.8' nin çalıştığı kurumda yaşlı istismarı ve ihmali ile ilişkin talimat ya da prosedür olmadığı belirlenmiştir (n=667) (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		Ort.	SS
Yaş		31.89	8.77
		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	503	75.4
	Erkek	164	24.6
Medeni Durum	Evli	355	53.2
	Bekar	312	46.8
Meslek	Hekim	98	14.7
	Hemşire	405	60.7
	Ebe	79	11.8
	Sağlık Memuru	39	5.8
	ATT-Paramedik	28	4.2
	Diğer	18	2.8
Görev Süresi	1 Yıldan az	92	13.8
	1-5 Yıl	216	32.4

	6-10 Yıl	135	20.2
	11 Yıldan fazla	224	33.6
Kurum	Devlet Hastanesi	322	48.3
	Üniversite Hastanesi	241	36.1
	Aile Sağlığı Merkezi(ASM)	104	15.6
Birim	Acil Servis	33	4.9
	Yoğun Bakım	116	17.4
	Geriatri Servisi	7	1
	Nöroloji Servisi	22	3.3
	Cerrahi Servisi	71	10.6
	Ortopedi	21	3.3
	ASM	110	16.5
	Diğer	287	43
Öğrenim Süresince Yaşlı İstismarı ve İhmali Hakkında Eğitim Alma	Evet	160	24
	Hayır	507	76
Mezuniyet Sonrasında Yaşlı İstismarı ve İhmali Hakkında Eğitim Alma	Evet	71	10.6
	Hayır	596	89.4
Yaşlı İstismarı ve İhmali Olgusu ile Karşılaşma Durumu	Evet	118	17.7
	Hayır	549	82.3
Yaşlı İstismarını ve İhmali Tanılamada Yeterlilik	Çok Yeterli	19	2.8
	Yeterli	160	24
	Kısmen Yeterli	303	45.4
	Yeterli Değil	160	24
	Hiç Yeterli Değil	25	3.8
Çalışılan Birimde Yaşlı İstismarı ve İhmaline Yönelik Talimat ya da Prosedür Varlığı	Evet	115	17.2
	Hayır	552	82.8

4.2. Ölçeklerin Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Kapsam geçerliği için KGİ değeri 0.80 üzeri baz alınmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde; Kaiser Meyer Olkin ve Barlett testleri, toplam varyans incelenmiştir. DFA’ da ise X2/sd, NFI, TLI, CFI, IFI, GFI, AGFI, RMSEA, SRMR uyum değerleri ve maddelerin faktör yükleri incelenmiştir.

4.2.1.Kapsam Geçerlilikleri

Uzmanlar tarafından değerlendirilen Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri’ nin tüm ölçekler için KGİ skoru 0.80’in üzerinde bulunarak kapsam geçerliğinin olduğu belirlenmiştir.

4.2.2. Ölçüt Geçerlikleri

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'nin ölçüt geçerliğini incelemek için iç ölçüt geçerliği yapılmıştır. İç ölçüt geçerliği %27 alt- %27 üst grup karşılaştırması ve madde-toplam puan korelasyonları ile değerlendirilmiştir.

%27 Alt - %27 üst grup karşılaştırması, toplam puan içindeki dağılımın en düşük puana sahip %27'lik (n=180) ve en yüksek puana sahip %27'lik dilimleri (n=180) arasındaki ortalama fark tablo 3'te verilmiştir. Ölçeklerin üst grup ortalamaları ile alt grup ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (p=0.000). Bu ölçeklerin %27' lik alt ve %27' lik üst grupları birbirinden ayırt edebilen ölçekler oldukları görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin %27 Alt - % 27 Üst Grup Karşılaştırması

ÖLÇEKLER	%27 Alt grup (n=180)	%27 Üst Grup (n=180)	İstatistiksel Analiz	
	Ort ± SS	Ort ± SS	t*	p
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği	51.23 ± 7.29	77.58 ± 4.80	76.617	0.000
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği	89.61 ± 15.87	134.62 ± 3.30	47.249	0.000
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği	44.06 ± 6.25	65.34 ± 2.87	74.572	0.000

* Paired Sample t-testi, df = 179

Madde toplam puan korelasyon (Madde ayıricılık indeksi) değerleri incelendiğinde Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği'nin 0.418 ile 0.655 arasında, Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği'nin 0.488 ile 0.789 arasında, Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği'nin 0.519 ile 0.700 arasında değerler aldığı bulunmuştur (Tablo 13-14-15). Ölçüt geçerliği açısından korelasyon katsayılarının tüm ölçekler için anlamlı oldukları belirlenmiştir (p=0.000).

4.2.3. Yapı Geçerlikleri

Yapı geçerliliğini belirlemede faktör analizlerinin yapılması gerekmektedir. Çalışmamızda ölçeklerin yapı geçerliliğini belirlemek için açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır.

4.2.3.1. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Açıklayıcı Faktör Analizleri

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin ayrı ayrı örneklem yeterliliği yönünden KMO değeri ve Barlett testi sonucu değerlendirilmiştir. Ölçeklerin KMO değerlerine göre örneklem büyüklüğü faktör analizi yapmaya uygun ve Barlett testinin sonuçları tüm ölçeklerde $p(\text{sig})=0.000<0.05$ olduğundan anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Örneklem Büyüklüğünü Değerlendiren Test Sonuçları (KMO ve Barlett' s Test)

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri	n	*KMO	Barlett testi değerleri	p
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği	667	0.936	3797.448	0.001
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği	667	0.969	18265.646	0.001
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği	667	0.918	4363.452	0.001

*KMO: Kaiser Meyer Olkin Testi

4.2.3.2. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Total Varyans Değerleri

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği (YİİRTÖ) Total Varyans Değerleri:

YİİRTÖ taslağına Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile Varimax rotasyonu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. 37 maddeden oluşan ölçek ilk analiz sonucunda 8 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin faktör yüklerinin 0.30'ın altında kaldığı, bazı maddelerin 1'den fazla faktöre güçlü yüklendiği ve birkaç maddenin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler R1, R3, R4, R5, R7, R9, R10, R12, R13, R14, R15, R16, R19, R20, R22, R28, R34, R36 ve R37 numaralı maddelerdir. Sonuç olarak 19 madde çıkarıldıktan sonra yapı 18 madde ve 3 faktör ile uygun hale gelmiştir. YİİRTÖ Yamaç birikinti grafiği Grafik-1 de verilmiştir. Ölçekte bulunan 18 maddenin faktör yükleri 0.470-0.716 arasında belirlenmiştir (Tablo 5).

Açıklayıcı faktör analizinde; özdeğeri 6.561 olan Faktör 1, toplam yapının %36.451'ini açıklamakta iken; özdeğeri 1.246 olan Faktör 2 toplam yapının %6.922'sini; özdeğeri 1.067 olan Faktör 3 toplam yapının %5.929'unu açıklamaktadır. Bu 3 faktör ve 18 madde toplam varyansın %49.302'sini açıklamaktadır.

Ölçek maddelerinin kapsamına göre birinci faktör "Bakım Verene Ait Riskler (BVAR)", ikinci faktör "Sosyo-Kültürel Riskler (SKR)" ve üçüncü faktör ise "Yaşlıya Ait Riskler (YAR)" olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 5. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri

Madde No	Faktör 1 (Bakım Verene Ait Riskler)	Faktör 2 (Sosyo- Kültürel Riskler)	Faktör 3 (Yaşlıya Ait Riskler)
R21	.675		
R23	.470		
R24	.690		
R25	.709		
R26	.716		

R27	.573		
R29		.607	
R30		.605	
R31		.675	
R32		.505	
R33		.704	
R35		.513	
R2			.591
R6			.696
R8			.574
R11			.581
R17			.581
R18			.577
Özdeğer	6.561	1.246	1.067
Faktörlerin Açıkladığı Varyans (%)	36.451	6.922	5.929
Açıklanan Toplam Varyans (%)	49.302		

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (YİTÖ) Total Varyans Değerleri:

YİTÖ taslağına Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile Varimax rotasyonu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. 37 maddeden oluşan ölçek ilk analiz sonucunda 5 alt boyuta ayrılmış ancak çalışmamızda uygulanan kesme noktası yönünde faktör yükü .30 altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Yapı dışına çıkarılan maddeler P7, P8 ve P10 numaralı maddelerdir. Sonuç olarak 3 madde çıkarıldıktan sonra yapı 34 madde ve 4 faktörlü hale gelmiştir. YİTÖ Yamaç birikinti grafiği Grafik-2 de verilmiştir. F2 ve F3' üncü maddeler faktör yükü olarak 1. Faktöre daha güçlü yüklenmiş olmasına rağmen kapsam geçerliliği açısından değerlendirildiğinde faktör 3' ün bu maddeler için daha uygun olduğu kararlaştırılmıştır. Ayrıca Faktör 1 altında yer alan C1 ve Faktör 4' te bulunan P9 yüksek faktör yüküne sahip olmasına rağmen kapsam geçerliliği olarak değerlendirildiğinde uygun faktöre atanmamış olduğu görülmüştür. Bu maddeler için kapsam geçerliliği dikkate alınarak tasarlanan ölçek doğrulayıcı faktör analizine (DFA) tabi tutulmuştur.

Açıklayıcı faktör analizinde; YİTÖ taslak ölçekteki maddelerin toplam varyansın %65.384' ünü açıkladığı ve özdeğeri 1'in üzerinde olan dört faktörlü bir yapı sergilediği görülmüştür. Özdeğeri 17.951 olan Faktör 1, toplam yapının %52.796'sını açıklamakta iken; özdeğeri 1.836 olan Faktör 2 toplam yapının %5.408'ini; özdeğeri 1.403 olan Faktör 3 toplam yapının %4.125'ini; özdeğeri 1.039 olan Faktör 4 toplam yapının %3.055'ini açıklamaktadır. Ölçekte bulunan 34 maddenin faktör yükleri .387 ile .784 arasında belirlenmiştir (Tablo 6).

YİTÖ maddelerinin içeriğine göre birinci faktör "Psikolojik İstismar (Pİ)", ikinci faktör "Ekonomik İstismar (EKİ)", üçüncü faktör "Fiziksel İstismar (Fİ)" ve dördüncü faktör "Cinsel İstismar (Cİ)" olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 6. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri

Madde No	Faktör 1 (Psikolojik İstismar)	Faktör 2 (Ekonomik İstismar)	Faktör 3 (Fiziksel İstismar)	Faktör 4 (Cinsel İstismar)
P1	.696			
P2	.629			
P3	.646			
P4	.738			
P5	.763			
P6	.611			
C1	.649			
EK1		.495		
EK2		.544		
EK3		.630		
EK4		.659		
EK5		.696		
EK6		.722		
EK7		.709		
EK8		.771		
EK9		.529		
F1			.564	
F2			.460	
F3			.544	
F4			.559	
F5			.726	
F6			.759	
F7			.636	
F8			.558	
F9			.526	
F10			.541	
F11			.500	
F12			.484	

C2				.619
C3				.692
C4				.739
C5				.670
C6				.698
P9				.460
Özdeğer	17.951	1.836	1.403	1.039
Faktörlerin Açıkladığı Varyans(%)	52.796	5.408	4.125	3.055
Açıklanan Toplam Varyans (%)	65.384			

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği (YİHTÖ) Total Varyans Değerleri

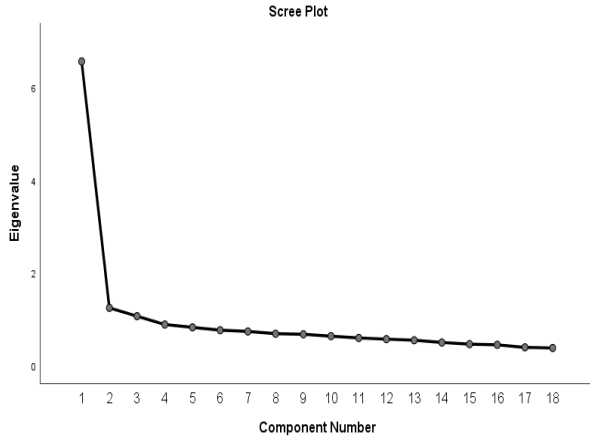
YİHTÖ 18 madde ile Temel Bileşenler Analizi yöntemi ile Varimax rotasyonu kullanılarak açıklayıcı faktör analizine alınmıştır. İlk analiz sonucunda 3 alt boyuta ayrılmış ancak bazı maddelerin 1’den fazla faktöre güçlü yüklendiği, bazı maddelerin tek başına bir faktör oluşturduğu görüldüğünden bu maddeler yapı dışına çıkarılmıştır. Bİ6, Bİ8, Bİ11 ve Kİ2 numaralı maddeler yapıdan çıkarılmıştır. Maddeler çıkarıldıktan sonra yapılan analizde yapı 14 madde ve 2 faktörden oluşmuştur. Analiz sonucunda YİHTÖ Yamaç birikinti grafiğinde veri yapısını belirleyen iki bileşen ortaya çıkmıştır (Grafik-3).

Açıklayıcı faktör analizinde; özdeğeri 6.447 olan Faktör 1, toplam yapının %46.049’ unu açıklamakta iken; özdeğeri 1.387 olan Faktör 2 toplam yapının %9.906’sını açıklamaktadır. Bu 2 faktör ve 14 madde toplam varyansın %55.955’ini açıklamaktadır. Ölçekte bulunan 14 maddenin faktör yükleri .491 ile .800 arasında belirlenmiştir (Tablo 7).

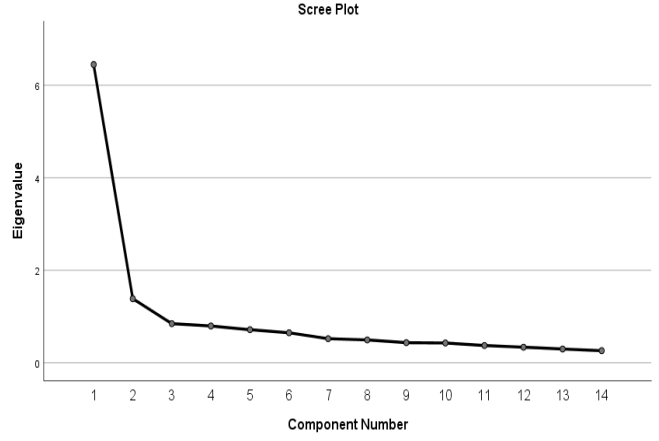
YİHTÖ’ nin içeriğine göre faktör 1 “Bakım Veren İhmal (Bİ)” ve faktör 2 “Kendini İhmal (Kİ)” olarak adlandırılmıştır.

Tablo 7. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri

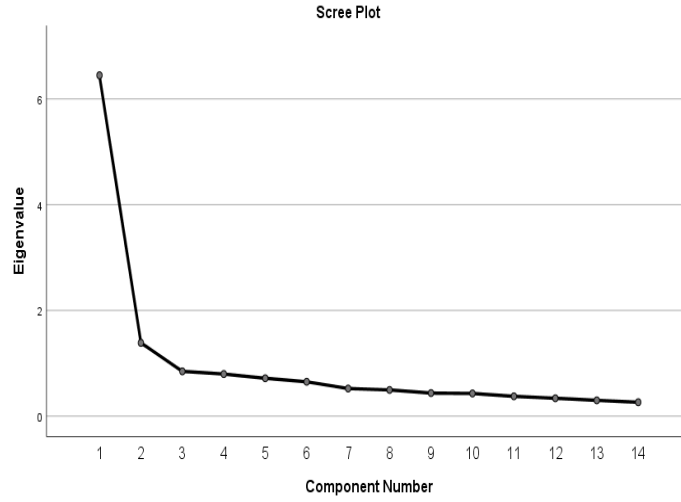
Madde No	Faktör 1 (Bakım Veren İhmal)	Faktör 2 (Kendini İhmal)
Bİ1	.703	
Bİ2	.722	
Bİ3	.759	
Bİ4	.730	
Bİ7	.659	
Bİ9	.634	
Bİ10	.710	
Bİ12	.491	
Bİ5	.666	
Kİ1		.684
Kİ3		.632
Kİ4		.800
Kİ5		.718
Kİ6		.792
Özdeğer	6.447	1.387
Faktörlerin Açıkladığı Varyans (%)	46.049	9.906
Açıklanan Toplam Varyans (%)	55.955	



Grafik-1YİİRTÖ Yamaç Birikinti Grafiği



Grafik-2YİTÖ Yamaç Birikinti Grafiği



Grafik-3YİHTÖ Yamaç Birikinti Grafiği

4.2.3.3 Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Doğrulayıcı Faktör Analizleri

AFA sonucunda ortaya çıkan faktörlerin yapı uygunluğunu test etmek amacıyla DFA gerçekleştirilmiştir. Yapı geçerliği için yapılan DFA sonucu ortaya çıkan ölçeklerin veri kaliteleri, regresyon ağırlıkları ve uyum indeksleri değerlendirilmiştir. Ölçeklerin Path diyagramları Şekil 1-3'te verilmiş olup ölçeklerin son haline yönelik madde numaralarına göre Path diyagramları hazırlanmıştır. Ölçeklerin uyum indekslerinden elde edilen değerler Tablo 8'de ve DFA veri kaliteleri ise Tablo 13-14-15'de verilmiştir.

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski Tanılama Ölçeği (YİİRTÖ)

Doğrulayıcı Faktör Analizleri:

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği 18 madde ile doğrulayıcı faktör analizine (DFA) alınmıştır. DFA analizi sonucunda Bakım Verene Ait Riskler alt boyutunda 6 madde (R21, R23, R24, R25, R26, R27), Sosyo-Kültürel Riskler alt boyutunda 6 madde (R29, R30, R31, R32, R33, R35) ve Yaşlıya Ait Riskler alt boyutunda ise 6 madde (R2, R6, R8, R11, R17, R18) olmak üzere ölçek üç faktörden ve 18 maddeden oluşmuştur. AFA ile elde edilen yapı DFA ile test edilip doğrulanmıştır. DFA sırasında yapıdan madde çıkartılmamıştır. Maddelerin DFA veri kalitesi (estimate) değerleri; 0.489-0.712 aralığındadır. Ölçeğin uyum indekslerinin çoğu kabul edilebilir/mükemmel uyum aralığındadır (Tablo 8). Ölçeklerin son haline yönelik maddeler, bu maddelerin AFA ve DFA veri kalitesi değerleri Tablo 13’ de sunulmuştur.

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (YİTÖ) Doğrulayıcı Faktör Analizleri:

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği 34 madde ile DFA’ ya alınmıştır. Maddelerin DFA faktör yükü neticesinde veri kalitesi .30’ un altında kalan fiziksel istismar alt boyutunda bulunan 4 madde (F2, F3, F5 ve F6) ve ekonomik istismar alt boyutundaki 2 madde (EK4 ve EK7) ölçekten çıkarılmıştır. Geriye kalan maddelere yönelik yeniden DFA uygulanmıştır. AFA ile açıklanamayan C1 ve P9 maddeleri kapsam geçerliliğini sağlamak için sırasıyla cinsel istismar ve psikolojik istismar boyutları altında DFA’ ya alınmıştır. DFA sonucunda ölçek test edilip doğrulanmıştır. Ölçeğin son halinde Psikolojik İstismar alt boyutu 7 maddeden (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9), Ekonomik İstismar alt boyutu 7 maddeden (EK1, EK2, EK3, EK5, EK6, EK8, EK9), Fiziksel İstismar alt boyutu 8 maddeden (F1, F4, F7, F8, F9, F10, F11, F12) ve Cinsel İstismar alt boyutu 6 maddeden (C1, C2, C3, C4, C5, C6) oluşan ölçek toplamda dört faktörden ve 28 maddeden oluşmuştur.

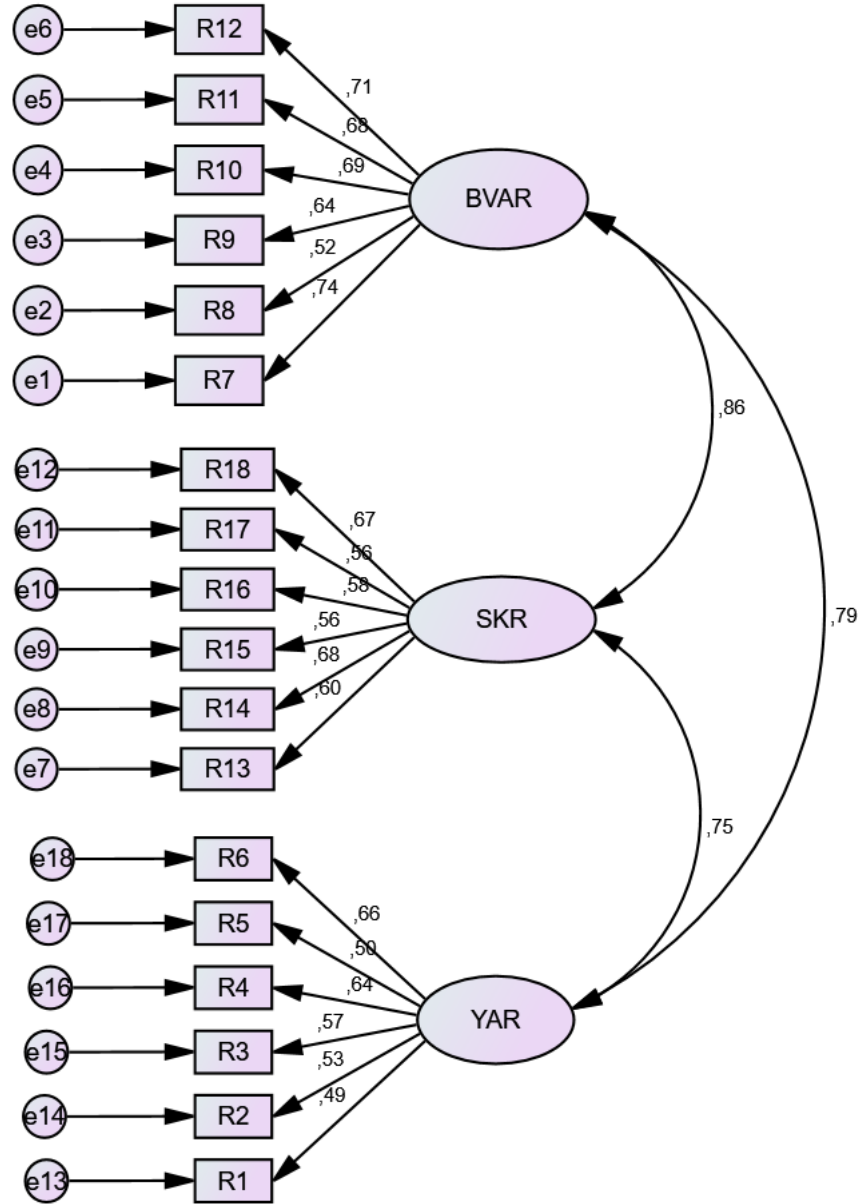
Maddelerin DFA veri kalitesi (estimate) değerleri; 0.535-0.844 aralığındadır. Ölçeğin uyum indekslerinin çoğu kabul edilebilir/mükemmel uyum aralığındadır (Tablo 8). Ölçeklerin son haline yönelik maddeler, bu maddelerin AFA ve DFA veri kalitesi değerleri Tablo 14’ de sunulmuştur.

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği (YİHTÖ) Doğrulayıcı Faktör Analizleri:

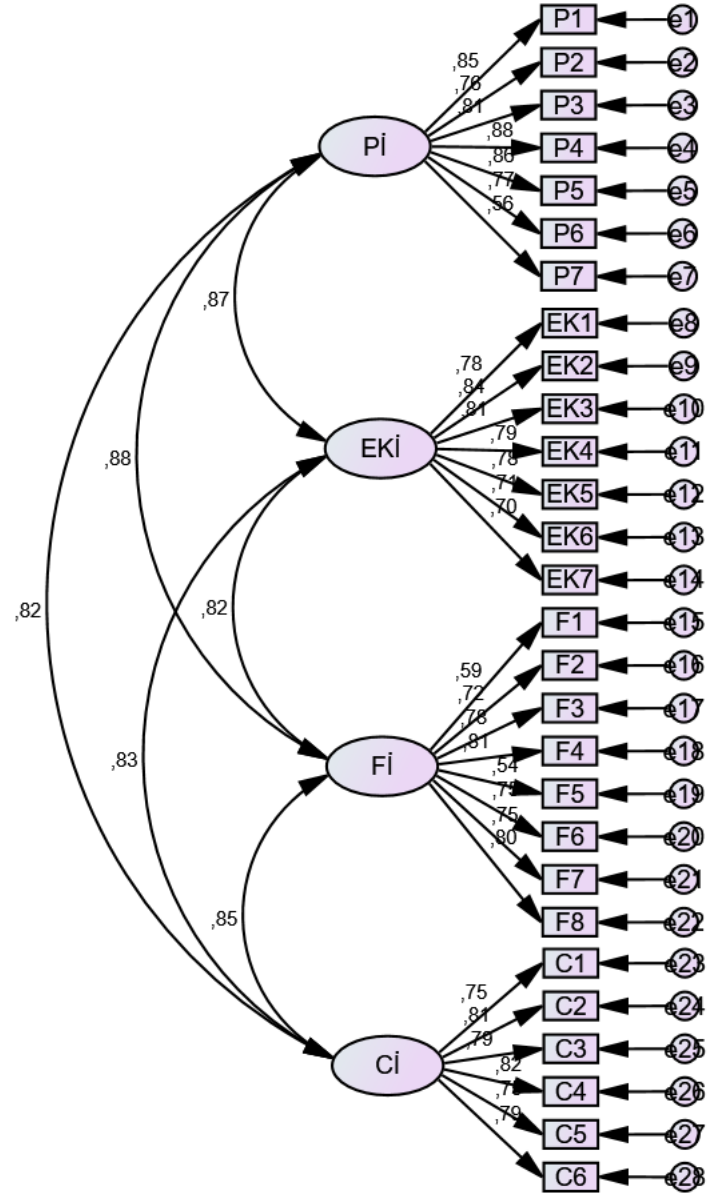
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği 14 madde ile doğrulayıcı faktör analizine (DFA) alınmıştır. DFA sonucu ölçeğin 2 faktörlü 14 maddelik yapısı doğrulanmıştır. Bakım Veren İhmal alt boyutunda 9 (Bİ1, Bİ2, Bİ3, Bİ4, Bİ5, Bİ7, Bİ9, Bİ10, Bİ12) ve Kendini İhmal alt boyutunda 5 (Kİ1, Kİ3, Kİ4, Kİ5, Kİ6) madde yer almaktadır. Ölçek maddelerinin DFA veri kalitesi (estimate) değerleri; 0.602-0.819 aralığındadır. Ölçeğin uyum indekslerinin çoğu kabul edilebilir/mükemmel uyum aralığındadır (Tablo 8). Ölçeklerin son haline yönelik maddeler, bu maddelerin AFA ve DFA veri kalitesi değerleri Tablo 15’ de sunulmuştur.



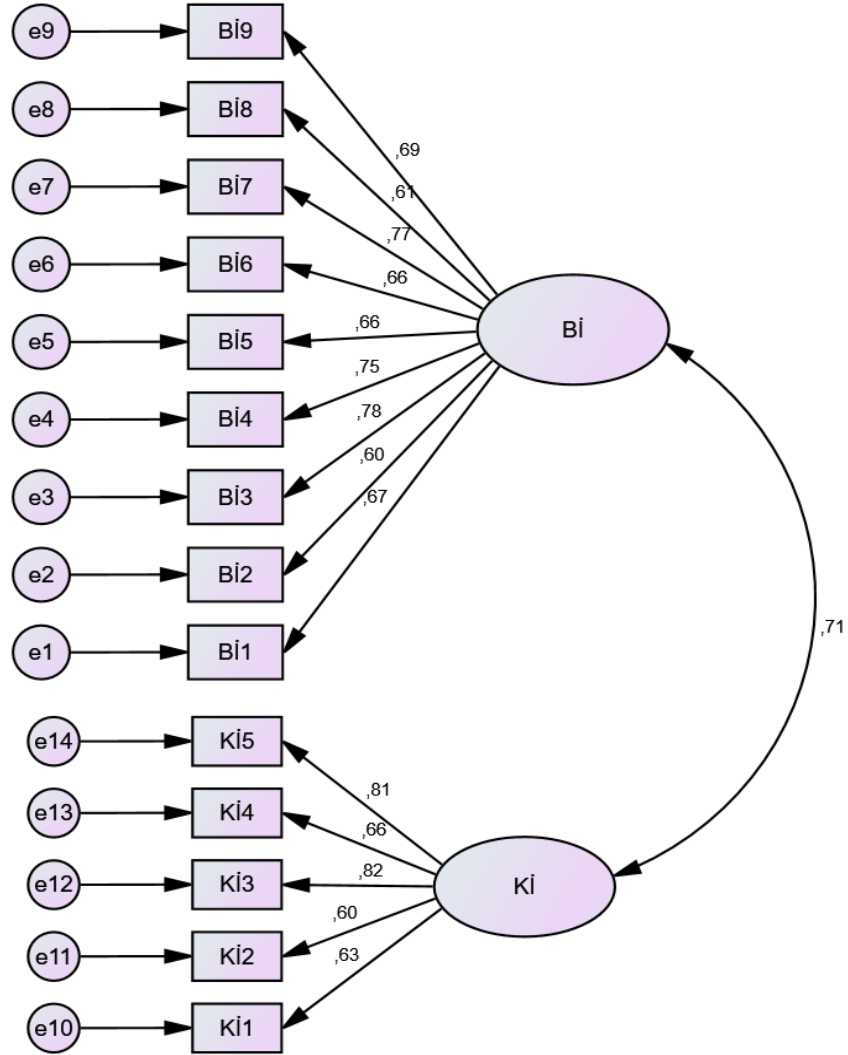
Şekil 1. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski Tanılama Ölçeği (YİİRTÖ) Path Diyagramı



Şekil 2. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (YİTÖ) Path Diyagramı



Şekil 3. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği (YİHTÖ) Path Diyagramı



Tablo 8. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Doğrulayıcı Faktör Analizleri

ÖLÇEKLER	UYUMLULUK DEĞERLERİ								
	χ^2/sd	RMSEA	SRMR	NFI	TLI	CFI	IFI	GFI	AGFI
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği	2	0.04	0.03	0.92	0.94	0.95	0.95	0.95	0.94
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği	4	0.07	0.03	0.89	0.90	0.91	0.91	0.85	0.82
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği	5	0.08	0.04	0.90	0.89	0.91	0.91	0.91	0.88
Kabul Edilebilir Uyum Değerleri									
$0^{114} < \chi^2/sd \leq 3^{114-115}, \leq 5^{100-114-115}$									
$0.90 < NFI \leq 1.0^{98-116}$									
$0.90 \leq TLI (NNFI) \leq 1.0^{116}$									
$0.90 \leq, 0.80 \leq CFI \leq 1.0^{117-118}$									
$0.80 \leq IFI \leq 1.0^{115-119-120-121}$									
$0.90 <, 0.85 \leq GFI \leq 1.0^{115-121}$									
$0.85 <, 0.80, 0.70 <, \leq AGFI \leq 1.0^{115-119-121}$									
$0.00 < RMSA < 0.10^{122-115-119} < 0.08^{123-120}$									
$0.00 < SRMR < 0.10^{115-121-124}$									

Tablo 9. Doğrulayıcı Faktör Analizine Alınan ve Çıkarılan Maddeler ve Sonuçları

Ölçekler	Maddeler	Çıkarılan Maddeler	Kalan Maddeler
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği	R2, R6, R3, R8, R11, R17, R18, R21, R23, R24, R25, R26, R27, R29, R30, R31, R32, R33	-	R2, R6, R3, R8, R11, R17, R18, R21, R23, R24, R25, R26, R27, R29, R30, R31, R32, R33
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9, C1, C2, C3, C4, C5, C6, EK1, EK2, EK3, EK4, EK5, EK6, EK7, EK8, EK9	F2, F3, F5, F6, EK4, EK7	F1, F4, F7, F8, F9, F10, F11, F12, P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9, C1, C2, C3, C4, C5, C6, EK1, EK2, EK3, EK5, EK6, EK8, EK9
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği	Bİ1, Bİ2, Bİ3, Bİ4, Bİ5, Bİ7, Bİ9, Bİ10, Bİ12, Kİ1, Kİ3, Kİ4, Kİ5, Kİ6	-	Bİ1, Bİ2, Bİ3, Bİ4, Bİ5, Bİ7, Bİ9, Bİ10, Bİ12, Kİ1, Kİ3, Kİ4, Kİ5, Kİ6

4.3. Ölçeklerin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için iç tutarlık güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa), puanlama tutarlılığı (Sınıf içi korelasyon), Hotelling's T², maddeler arası korelasyon katsayılarının ortalaması, madde-toplam puan korelasyonu (Madde ayırıcılık indeksi), test-tekrar test analizi ve SEM (ölçeklerin ölçmedeki kesinlikleri) testleri yapılmıştır.

İç Güvenirlik Katsayısı: Ölçeklerin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısına bakıldığında; Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı; bakım verenlere ait riskler alt boyutunda .823, sosyo-kültürel riskler alt boyutunda .779 ve yaşlıya ait riskler alt boyutunda .738, toplamda ise .893 olarak bulunmuştur.

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı toplamda .967 olup, psikolojik istismar alt boyutunda .916, ekonomik istismar alt boyutunda .911, fiziksel istismar alt boyutunda .890 ve cinsel istismar alt boyutunda .905 olarak bulunmuştur.

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı; bakım verenin ihmali alt boyutunda .889 ve kendini ihmal alt boyutunda .824 toplamda ise .908 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Alt Boyut Cronbach Alfa Değerleri

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri	Cronbach Alfa
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği (Toplam)	.893
Bakım Verenlere Ait Riskler Alt Boyutu	.823
Sosyo-kültürel Riskler Alt Boyutu	.779
Yaşlıya Ait Riskler Alt Boyutu	.738
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (Toplam)	.967
Psikolojik İstismar Alt Boyutu	.916
Ekonomik İstismar Alt Boyutu	.911
Fiziksel İstismar Alt Boyutu	.890
Cinsel İstismar Alt Boyutu	.905
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği (Toplam)	.908
Bakım Verenin İhmali Alt Boyutu	.889
Kendini İhmal Alt Boyutu	.824

Sınıf İçi Puanlama Tutarlılığı: Sınıf içi korelasyon değerlerine bakıldığında; YİİRTÖ' nin .893, YİTÖ' nin .967 ve YİHTÖ' nin ise .908 aldığı bulunmuştur (Tablo 12).

Maddeler Arası Korelasyon Katsayılarının Ortalamaları: YİİRTÖ' nin .322, YİTÖ' nin .516 ve YİHTÖ' nin ise .416 değerlerini aldığı görülmüştür (Tablo 12).

Hotelling's T² testi: Üç ölçekte bu değer madde ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu göstermektedir (p=.000) (Tablo 12).

Test-Tekrar Test Analizi: Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin güvenirliğini belirlemek için test-tekrar test uygulaması örneklem grubundaki sağlık çalışanlarından 50 kişiye iki hafta arayla uygulanmıştır. Test-tekrar test korelasyon alt boyutlarının değerleri Tablo 11' de gösterilmiştir. Üç ölçekte de iki ölçüm sonucu arasında çok ileri derecede anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 11. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Test- Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Korelasyon Analizi

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri		X	SS	r	p
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği	Test	65.37	10.96	r: 0.625	p: 0.000
	Tekrar Test	67.47	10.13		
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği	Test	114.51	19.22	r: 0.586	p: 0.000
	Tekrar Test	123.76	10.24		
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği	Test	55.06	8.76	r: 0.794	p: 0.000
	Tekrar Test	57.98	6.15		

Standart Hata: Ölçeklerin ölçmedeki kesinliklerinde önerilen $SEM \leq S/2$ değeri dikkate alınarak hesaplama yapılmıştır. Hesaplamalarda $SEM \leq S/2$ denkleme olan uygunlukları görülmüş olup; YİİRTÖ' nin $1.17 < 5.48$, YİTÖ' nin $0.76 < 9.61$ ve YİHTÖ' nin ise $0.736 < 4.38$ olarak hesaplanmıştır ($[SEM = (ss \times \sqrt{1-\alpha})]$) (Tablo 12).

Tablo 12. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin Güvenirliliğine İlişkin Diğer Bulgular

Ölçekler	*Ort ± SS	Maddeler Arası Korelasyon Katsayılarının Ortalamaları	Sınıf İçi Korelasyon	Hotelling's T ²	SEM Değeri $SEM \leq S/2$
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği	65.37 ± 10.96	0.322	r: 0.893 F: 9.337 p: 0.000	397.593 p: 0.000	$1.17 < 5.48$
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği	114.51 ± 19.22	0.516	r: 0.967 F: 30.354 p: 0.000	765.519 p: 0.000	$0.76 < 9.61$
Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği	55.06 ± 8.76	0.416	r: 0.908 F: 10.843 p: 0.000	304.003 p: 0.000	$0.736 < 4.38$

*Ort ± SS = Madde puan ortalaması ± standart sapma, **r: Pearson Korelasyon Değeri

Madde toplam puan korelasyon katsayısı (Madde ayırıcılık indeksi): YİİRTÖ' nin 0.418 ile 0.655 arasında; YİTÖ' nin 0.488 ile 0.789 arasında ve YİHTÖ' nin ise 0.519 ile 700 arasında değer almıştır (Tablo 13-14-15). Ölçüt geçerliği açısından korelasyon katsayılarının tüm ölçekler için anlamlı oldukları belirlenmiştir ($p=0.000$).



Tablo 13. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski Tanılama Ölçeği'nin Madde Analizleri

Yeni No	İlk No	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski Tanılama Ölçeği Maddeleri	X±SS	AFA VK	DFA VK	M-TK	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
		Bakım Verene Ait Riskler					
R7	R21	Parasal ve tıbbi problem, evlilik çatışması, işsizlik gibi dış stresörleri olan bakım verenlerin yaşlıyı istismar ve ihmal etme olasılığı daha yüksektir.	3.70±0.94	.603	.736	.655	.884
R8	R23	Bakım verenin kendisinin istismar ve ihmale uğramış olması yaşlı istismarı ve ihmali artırır bir etmendir.	3.42±1	.351	.519	.471	.889
R9	R24	Bakım veren kişinin davranış kontrolünün zayıf olması yaşlı istismarı ve ihmali önemli bir etkidir.	3.83±0.86	.542	.639	.566	.887
R10	R25	Bakım verenlerin sosyal desteğinin olmaması yaşlı istismarı ve ihmali yol açabilmektedir.	3.59±1	.587	.694	.599	.885
R11	R26	Bakım verenin yaşlıya bakmakla ilgili bilgi ve beceri eksikliği yaşlı istismarı ve ihmali açısından bir risk faktörüdür.	3.76±0.96	.580	.682	.584	.886
R12	R27	Bakım verenin yaşlıya bakmasına bağlı yaşadığı stres ya da sosyal yaşamındaki olumsuzluklar yaşlı istismarı ve ihmali açısından bir risk etkenidir.	3.83±0.96	.546	.712	.647	.884
		Sosyo-Kültürel Riskler					
R13	R29	Bakım vericinin ekonomik olarak yaşlı bireye bağımlı olması yaşlı istismarı (ekonomik istismar) ve ihmali artırabilir.	3.45±1.06	.464	0.6	.527	.887

R14	R30	Bakım vericinin işsizliği yaşlı istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.	3.51±1.02	.532	.682	.602	.885
R15	R31	Eğitim düzeyi düşük bakım verenler yaşlıları daha fazla istismar ve ihmal ederler.	3.41±1.11	.495	.559	.477	.889
R16	R32	Aile içinde yaşananların özel olduğuna inanma, yaşlının istismar ve ihmali bildirmesini engelleyen bir faktördür.	3.64±1.01	.392	.577	.527	.887
R17	R33	Yaşlının yeni bir yere yerleşmesi ve adaptasyon süreci yaşlıyı istismar ve ihmale açık hale getirebilir.	3.38±0.99	.542	.562	.488	.889
R18	R35	Yaşlı bireyin kendisine destek olan kişi/kişileri kaybetmesi (eşi, çocuk, arkadaş vb.) istismar ve ihmale uğrama olasılığını artırır.	3.64±0.99	.478	.671	.606	.885
		Yaşlıya Ait Riskler					
R1	R2	Dul veya boşanmış yaşlılarda istismar ve ihmal daha fazladır.	3.68±1.04	.397	.489	.418	.891
R2	R6	Gelir düzeyi düşük yaşlıların istismar ve ihmale uğrama olasılığı yüksektir.	3.54±1.15	.529	.527	.441	.891
R3	R8	Mental yetersizlik ve/veya engellilik olması yaşlının istismar ve ihmale uğrama olasılığını artırır.	3.88±1.17	.421	.574	.484	.889
R4	R11	Yaşlı birey, barınma ve ekonomik açıdan bakım verene bağımlıysa, istismar ve ihmal edilme olasılığı artar.	3.91±0.96	.485	.641	.544	.887
R5	R17	İstismarcıların çoğunluğu yaşlıların aile üyeleri ve genellikle bakım veren rolündeki kişilerdir (çoğunlukla eşler, çocuklar, torunlar vb.)	3.39±1.04	.384	.501	.422	.891
R6	R18	Bakım verenin üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ve zorunlu yapması yaşlı istismarı ve ihmali artırır bir faktördür.	3.73±1.03	.547	.665	.567	.886

*X±SS= Ortalama ve Standart Sapma, KM=Korelasyon Matrix, AFA VK=Açıklayıcı Faktör analizi Veri Kalitesi, DFA= Doğrulamalı Faktör analizi Veri Kalitesi, M-TK= Madde Toplam Puan Korelasyonu

Tablo 14. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği'nin Madde Analizleri

Yeni No	İlk No	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Maddeleri	X±SS	AFA VK	DFA VK	M-TK	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
		Psikolojik İstismar					
P1	P1	Bağırarak, hakaret etmek, suçlamak ya da göz ardı etmek gibi davranışlar psikolojik istismardır.	4.22±0.93	.734	.846	.789	.965
P2	P2	Yaşlının kısıtlanması ve tecrit edilmesi psikolojik istismar kapsamında değerlendirilebilir.	4.12±0.95	.607	.759	.712	.966
P3	P3	Yaşlının sevgi, şefkat, ilgi, destek gibi duygusal ihtiyaçlarının giderilmemesi psikolojik istismargöstergesidir.	4.11±0.93	.665	0.81	.752	.966
P4	P4	Yaşlıların bir takım özellikleriyle (İşitme, görme, yürüme gibi) alay etme, aşağılama, ad takma psikolojik istismardır.	4.25±0.90	.765	.877	.789	.965
P5	P5	Yaşlıları öldürmekle ya da terk etmekle tehdit etme psikolojik istismardır.	4.34±0.89	.784	.861	.780	.965
P6	P6	Yaşlının eve kilitlenmesi, arkadaşlarını ve yakınlarını ziyaret etmesine izin verilmemesi istismardır.	4.14±0.99	.637	.772	.737	.966
P7	P9	Yaşlıların çekingen, çaresiz ve korku dolu olması, kendini ifade edememesi psikolojik istismara ait bulgulardır.	3.95±0.85	.426	.558	.588	.967
		Ekonomik İstismar					
EK1	EK1	Yaşlı bireyin mal varlığında nedeni açıklanamayan bir azalmanın olması ekonomik istismarı düşündürmelidir.	4.13±0.91	.653	.777	.750	.966
EK2	EK2	Yaşlı bireyin izni olmadan banka kartına el konması veya para çekilmesi ekonomik istismardır.	4.32±0.91	.690	.844	.773	.965
EK3	EK3	Yaşlı bireyin istemediği halde mali işler için yetki vermesi ya da verdiği yetkilerin kötüye	4.25±0.89	.691	.808	.736	.966

		kullanılması ekonomik istismarı akla getirmelidir.					
EK4	EK5	Yaşlı bireyin parasının çalınması ekonomik istismarı akla getirmelidir.	4.18±0 .93	.703	.792	.696	.966
EK5	EK6	Yaşlıya ait kıymetli takıların ve kişisel eşyalarının kaybolması ekonomik istismarı akla getirmelidir.	4.14±0 .92	.718	.784	.705	.966
EK6	EK8	Yaşlı bireyin gelir durumu iyi olmasına rağmen, ihtiyaçlarının (beslenme, barınma, giyim, vb.) karşılanmasındaki yetersizlik ekonomik istismarı düşündürmelidir.	4.06±0 .90	.713	.711	.639	.966
EK7	EK9	Yaşlı bireyin gelir durumu iyi olmasına rağmen, açıklanamayan harcama kısıtlılığı, parasına ne olduğuna cevap verememesi ekonomik istismara uğradığını akla getirmelidir.	3.89±1	.539	.696	.679	.966
		Fiziksel İstismar					
F1	F1	Deri bütünlüğünün bozulmuş olması, kesiler, çürükler, küçük yara ve ekimozlar (morluklar) fiziksel istismarın belirtileridir.	3.63±1 .11	.442	.586	.544	.967
F2	F4	Fiziksel istismarda; yüzde, gövdede, kalçada ve genital bölgelerde tekme ya da yumrukla uyumlu izler görülebilir.	4.19±0 .87	.663	.718	.687	.966
F3	F7	Özellikle sebebi açıklanamayan düşme ve yaralanmalar sonrası oluşan kırıklarda fiziksel istismar şüphesi üzerinde durulmalıdır.	3.95±0 .94	.651	.779	.712	.966
F4	F8	Yaralanma hakkındaki çelişkili, kaçamak ifadeler ve tutumlar fiziksel istismarı akla getirmelidir.	4.10±0 .89	.675	.815	.749	.966
F5	F9	Fiziksel istismara uğrayan yaşlı tekrarlanan yaralanmalarda aynı sağlık kurumuna gitmeyi reddetmektedir.	3.57±1 .02	.387	.535	.488	.968
F6	F10	Yaralar hakkında inkârcı davranış veya ifadeler fiziksel istismarı akla getirmelidir.	4±0.87	.595	.752	.704	.966
F7	F11	Yaşlı bireye yaklaştığında, dokunulduğunda, seslenildiğinde; sıçraması, irkilmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir.	3.98±0 .96	.576	.746	.695	.966

F8	F12	Basit düşme, çarpma ile açıklanamayacak yaralanmalar ve sık düşme hikâyesinin varlığı yaşlı istismarı ve ihmali akla getirmelidir.	3.98±0 .96	.628	0.8	.752	.966
		Cinsel İstismar					
C1	C1	Yaşlının isteği dışında açık bir şekilde cinsellik içeren fotoğraflarını çekme, dokunma, zorla soyma, tecavüz, vb. cinsel istismardır.	4.40±0 .89	.712	.748	.767	.965
C2	C2	Yaşlının genital ya da anüs bölgesinde ağrı, kanama, yaralar ve çürüklerin varlığı cinsel istismarı akla getirmelidir.	4.17±1	.671	0.81	.739	.966
C3	C3	Cinsel istismara uğrayan yaşlıda yürüme ve oturmada zorluk görülebilir.	4.07±0 .94	.688	.789	.704	.966
C4	C4	Yırtık ya da kanlı giysiler; yırtılmış, lekelenmiş ya da kanlı iç çamaşırları yaşlıda cinsel istismarı düşündürmelidir.	4.13±0 .96	.757	.824	.725	.966
C5	C5	Yaşlıda oral, anal- genital bölgede cinsel yolla bulaşan hastalıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	4.06±0 .97	.648	.752	.675	.966
C6	C6	Yaşlıda meme bölgesinde morluklar ve yaralar cinsel istismarı akla getirmelidir.	4.04±0 .96	.713	.785	.708	.966

* X±SS= Ortalama ve Standart Sapma, KM=Korelasyon Matrix, AFA VK=Açıklayıcı Faktör analizi Veri Kalitesi, DFA= Doğrulamalı Faktör analizi Veri Kalitesi, M-TK= Madde Toplam Puan Korelasyonu

Tablo 15. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği'nin Madde Analizleri

Yeni No	İlk No	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği Maddeleri	X±SS	AFA VK	DFA VK	M-TK	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
		Bakım Veren İhmal					
Bi1	Bi1	Hastalıkla ilgili olmayan kilo kaybı, malnütrisyon ve dehidratasyon bulgularının olması yaşlının ihmal edildiğini gösterir.	3.92±0.96	.544	.673	.621	.901
Bi2	Bi2	Bası yaralanmaları gibi fiziksel problemlerin olması yaşlı ihmalinin sonucu olabilir.	3.78±0.91	.525	.602	.529	.904
Bi3	Bi3	Yaşlının hava koşullarına uygunsuz ve yetersiz giyimi ihmalin bulgularındandır.	4.02±0.86	.651	.775	.699	.898
Bi4	Bi4	Yaşlı bireyin banyo yaptırılmaması, kirli bırakılması ve dışkı/idrar kokusunun olması ihmalini düşündürmelidir.	4.25±0.85	.606	.754	.669	.899
Bi5	Bi7	Yaşlının yatağının veya odasının kirli olması yaşlı ihmalini akla getirir.	3.92±0.91	.517	.664	.614	.901
Bi6	Bi9	İlaç kullanımında dozların yetersiz veya aşırı olması, tedavi dışı ilaç kullanımı yaşlı ihmalinin belirtilerindendir.	3.94±0.95	.506	.662	.618	.901
Bi7	Bi10	Yaşlı için gerekli olmasına rağmen gözlük, protez diş, işitme cihazı, yürüteç gibi araçların temin edilmemesi yaşlının ihmal edildiğini gösterir.	4.08±0.91	.493	.768	.700	.898
Bi8	Bi12	Yaşlıya karşı kızgınlık ya da utanç duygularının olması yaşlının ihmal	3.84±0.95	.617	.611	.599	.902

		edilme olasılığını artırır.					
Bi9	Bi5	Yaşlının yaşam koşullarının kötü olması, güvenli olmaması bir ihmal göstergesidir.	4.04±0.91	.439	.686	.615	.901
		Kendini İhmal					
Ki1	Ki1	Yaşlının ilacını almayı reddetmesi kendini ihmal olarak değerlendirilebilir.	3.76±0.97	.522	.629	.549	.904
Ki2	Ki3	Alkol/Madde bağımlılığı olan yaşlılarda kendini ihmal akla gelmelidir.	3.77±0.96	.455	.604	.519	.905
Ki3	Ki4	Ciddi hastalıklar için tıbbi önerileri yerine getirmeme yaşlının kendini ihmal etmesinin göstergesi olabilir.	3.94±0.89	.712	.819	.660	.900
Ki4	Ki5	Yaşlı bireyin kendi bakımına gerekli dikkat ve özeni göstermemesi yaşlı ihmali kapsamındadır.	3.78±0.97	.550	0.66	.534	.904
Ki5	Ki6	Yaşlının kronik hastalığına bağlı diyetine uymaması kendini ihmal belirtisidir.	3.97±0.91	.696	.806	.648	.900

* X±SS= Ortalama ve Standart Sapma, KM=Korelasyon Matrix, AFA VK=Açıklayıcı Faktör analizi Veri Kalitesi, DFA= Doğrulamalı Faktör analizi Veri Kalitesi, M-TK= Madde Toplam Puan Korelasyonu

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtileri hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir ölçüm araçları geliştirmektir.

Yaşlı istismarı ve ihmaline ilişkin alan yazında kullanılan ölçeklerde veriler doğrudan yaşlı bireylere uygulanarak elde edilmektedir. Oysaki yaşlı bakım çalışanları ve diğer sağlık personelinin istismar ve ihmal ile ilgili bilgi, tanısal beceri ve farkındalıklarının artırılması yaşlı istismar ve ihmali önlemede atılacak ilk adım olarak kabul edilmektedir. Yapılan literatür taramasında yaşlı istismarı ve ihmali tanılamada ve önlemede önemli yeri olan sağlık çalışanlarına yönelik yaşlı istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanılamada kullanılabilecek bir ölçeğe rastlanmamıştır. Literatürdeki bu eksiklikten yola çıkılarak yapılan bu çalışmada yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtilerini çok yönlü analiz etmek amacıyla üç ölçüm aracı geliştirilmiştir. Bunlar; Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği, Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği ve Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmali Tanılama Ölçeğidir. Literatürde ilk defa yapılan bu çalışmanın, yaşlı istismarı ve ihmali risk ve belirtilerini tanımada sağlık çalışanlarına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma bulguları iki başlık altında tartışılmıştır:

- 5.1.Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'nin Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 5.2. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'nin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'nin Geçerliliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ve tam olarak ölçekbilmesigeçerlik olarak tanımlanmaktadır (125, 126). Araştırmamızda kapsam geçerliliği için iç ölçüt ve yapı geçerliği kullanılmıştır.

Kapsam Geçerliği (KGİ): Ölçekler ölçme amacına uygunluğunu değerlendirmeleri için 9 alan uzmanına sunulmuştur. Tavşancıl (2006)' a göre ölçek uyarlama ve geliştirme araştırmalarında görüşü alınan uzman sayısı 3-20 arasında olabilmektedir. Bu bilgi ışığında araştırmamızda görüşü alınan uzman sayısının yeterli olduğu kanaatine varılmıştır. Araştırmamızda uzman görüşleri Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ), Davis (1992) tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Davis (1992) (111, 112) tekniğinde “a=Uygun, b=Madde hafifçe gözden geçirilmeli, c=Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve d=Madde uygun değil” dörtlü derecelendirme yapılmaktadır. Kullanılan bu teknikle a ve b seçeneklerini tercih eden uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin ‘KGİ’ elde edilir. Ölçek ve madde kapsam geçerliklerinin yeterli olması için KGİ değerinin 0,80 ve üzeri olması gerekmektedir (111, 112, 113). Araştırmada üç ölçeğin ve üç ölçekteki maddelerin KGİ değerleri 0.80 ve üzerinde hesaplanmış olup ölçeklerin kapsam açısından geçerli olduğu bulunmuştur.

Ölçüt Geçerliği: Ölçeklerin ölçüt geçerliliğini değerlendirmek için iç ölçüt geçerliliği incelenmiştir. İç ölçüt geçerliği kapsamında %27 Alt - %27 üst grup karşılaştırması ve madde-toplam puan korelasyonları çalışılmıştır.

%27 Alt - %27 Üst Grup Karşılaştırması: Ölçeklerin iki zıt grubu birbirinden ayırt edebilmesi için %27’lik alt ve %27’lik üst grupların madde puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olması beklenmektedir (89,104). Araştırmamız sonucunda geliştirilen üç ölçeğin %27’lik alt ve %27’lik üst grupları birbirinden ayırt edebilen ölçekler oldukları bulunmuştur.

Madde-Toplam Puan Korelasyonları (Madde Ayırıcılık İndeks Değerleri): Ölçekteki her maddenin aldığı değer ile ölçeğin tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişki madde toplam puan korelasyonlarını verir (89). Madde seçiminde ya da uygunluğunu değerlendirmede “madde-toplam puan korelasyonlarının” düzeyi önemli bir ölçüttür (101, 106, 108). Madde-toplam puan korelasyon katsayısının en az 0.20 veya 0.25 olması istenmekte olup (125); 0.30 ve üzeri olan maddelerin bireyleri iyi ayırt ettiği 0.40 üstünün ise çok iyi ayırt edici olduğu belirtilmektedir (108, 126). Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmal Riski Tanılama Ölçeğinin (0.418-0.655 aralığında), Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeğinin (0.488-0.789 aralığında) ve Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeğinin (0.519-0.700 aralığında) toplam- madde korelasyon katsayısı değerleri 0.40’ın üzerindedir.

Geliştirilen bu üç ölçeğin ölçüt yönünden geçerli olduğu görülmektedir. Tüm ölçeklerin ölçüt geçerliği bakımından korelasyon katsayılarının anlamlı oldukları belirlenmiştir ($p=0.000$).

Yapı Geçerliliği: Yapı geçerliliği, geçerliliğin belirlenmesinde bir diğer ölçüttür. Birbirleriyle ilişkili olduğu düşünülen belirli yapıların veya yapılar arasındaki ilişkilerin oluşturduğu örüntü yapı geçerliliğini oluşturmaktadır. Yapı geçerliliğinin hedefi, belirli bir yapıyı diğer yapılarla karıştırmadan ölçebilen maddeleri belirleyerek, kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturmaktır (127). Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin yapı geçerliliğini belirlemek için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizinden önce örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunun ve verilerin faktör analizi için uygunluğunun incelenmesi gerekmektedir (98). Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin faktör yapısı değerlendirilmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla KMO ve Bartlett's Testi uygulanmıştır. (128). KMO gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO değeri 0.50'nin altında olduğunda kabul edilemez, 0.50-0.59 arasında olduğunda zayıf, 0.60- 0.69 arasında olduğunda orta, 0.70-0.79 arasında olduğunda iyi, 0.80-0.89 arasında olduğunda çok iyi ve 0.90-1.00 olduğunda ise mükemmel olarak kabul edilir (129). Bu çalışmada Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin ayrı ayrı örneklem yeterliliği yönünden KMO değeri incelenmiştir. YİİRTÖ'nün KMO değeri 0.936, YİTÖ' nün KMO değeri 0.969 ve YİHTÖ' nün KMO değeri 0.918 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular örneklem sayısının faktör analizi için mükemmel düzeyde yeterli olduğunu göstermektedir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında Barlett's testinin de anlamlı çıkması istenmektedir. Bu çalışmada da Barlett's test sonucu her üç ölçek içinde $p=0.001$ olarak bulunmuştur. Bu bulgular, verilerin normal dağılım gösterdiğini, ölçüm sonuçlarının örneklem büyüklüğünden etkilenmediğini göstermektedir. Ayrıca araştırmanın örnekleminin faktör analizi için yeterli ve uygun büyüklükte olduğunu göstermektedir.

Ölçeklerin yapı geçerliliğini belirlemek için açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA): Faktör analizi, aynı yapıyı ölçen çok sayıda değişkenden, az sayıda ve tanımlanabilir özellikte anlamlı değişkenler elde etmeye yönelik çok değişkenli bir istatistiktir (130). AFA yöntemi temelde iki amaç için kullanılır. Bunlardan biri yapıyı açıklamakta yeterli katkısı olmayan maddeleri eleyip veri indirgemesi yapmak, diğeri ise maddeler arasındaki örtük ilişkileri bulup yeni yapıları tespit etmektir (100). Bu araştırmada açıklayıcı faktör analizinde madde faktör yükleri, açıklanan varyans oranı ve özdeğer ölçütünden yararlanılmıştır.

Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. AFA’ da dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan bir diğeri ise faktör yüklerinin en alt sınırlarının alanyazın ile uyumlu olmasıdır (131). Bir değişkenin 0.3'lük faktör yükü, faktör tarafından açıklanan varyansın %9 olduğunu gösterir. Bu seviyedeki varyans dikkat çekicidir. Genel olarak 0.30-0.59 arası yük değeri orta, 0.60 ve üstü yük değeri yüksek düzeyde büyüklükler olarak tanımlanabilir. Bu düzeyler değişken çıkartmada dikkate alınır (130). Bu çalışma için 0.30 faktör yükü en alt değer olarak kabul edilmiş olup 0.30 altında faktör yükü olan maddeler çıkartılmıştır. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmal Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri’ nin faktör analizlerinde faktör yükleri; YİİRTÖ’ de bulunan 18 maddenin faktör yükleri 0.470-0.716 arasında, YİTÖ’ de bulunan 34 maddenin faktör yükleri 0.387 ile 0.784 arasında ve YİHTÖ’ de bulunan 14 maddenin faktör yükleri 0.491 ile 0.800 arasında değişmektedir. Buna göre faktör yükleri büyüklük bakımından değerlendirildiğinde yük değerlerinin çoğunluğunda yüksek olduğu görülmektedir.

Varyans oranı, toplam varyansın ardışık faktörler tarafından açıklanan belirlenmiş bir birikimli yüzdesine dayanmaktadır. AFA’ da elde edilen birikimli varyans oranları ne kadar büyükse faktör yapısının da o kadar güçlü olduğunu gösterir. Açıklanan varyans oranı, ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında %30 ve üzeri ölçüt olarak alınmaktadır (126, 132). Araştırmamız sonucunda geliştirilen üç ölçeğinde açıklanan varyans oranı % 30’ un üzerindedir. Açıklanan varyans oranları YİİRTÖ, YİTÖ ve YİHTÖ’ de sırasıyla %49.302, %65.384 ve %55.955’ dir. Geliştirilen ölçeklerin yapı geçerliğinin uygun bir düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Öz değer katsayısı (eigenvalues) her bir faktörün, faktör yüklerinin kareleri toplamıdır. Özdeğer arttıkça, faktörün açıkladığı varyans artmaktadır. Genel olarak özdeğeri 1’den büyük olan faktörler “önemli faktörler” olarak dikkate alınırken 1’den küçük olan faktörler “önemsiz faktörler” olarak belirtilmektedir (106, 122, 123, 129). Bu

araştırmada üç ölçek için ayrı ayrı yapılan AFA' da; YİİRTÖ' nün özdeğeri 1' in üzerinde olan üç faktörlü bir yapı sergilediği; YİTÖ' nün özdeğeri 1' in üzerinde olan dört faktörlü bir yapı sergilediği ve YİHTÖ' nün de özdeğeri 1' in üzerinde olan 2 faktörlü bir yapı sergilediği görülmüştür. Araştırmanın amacı doğrultusunda yaşlı istismarı ve ihmali risk ve belirtileri göz önünde bulundurularak yapılan AFA sonucunda üç ölçekte tasarlanan yapıya uygun faktörleşme sergilemiştir. Ancak YİTÖ' de yer alan faktörleşmede C1 ve P7 maddelerinin kapsam geçerliliğine uygun faktör altında yer almadığı görülmüştür. Bu nedenle AFA sonucu tasarlanan ölçeğe uygun bulunmamış olup, tasarlanan ölçek doğrulayıcı faktör analizine (DFA) tabi tutulmuştur.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): Yapılan AFA sonuçlarının, teorik çerçeve ile uygunluğunu değerlendirmek üzere, DFA yöntemine başvurulmuştur. DFA aslında araştırmacının aklındaki kuramı test etmede kullanılır, yani araştırmacı ölçek sorularının neyi ölçtüğünü kuramsal olarak bilmesi gerekir. Ölçek çalışmalarında DFA yaparken model kurma kavramı ölçek maddelerinin hangi alt boyutta olacağına karar vermektir (133, 134).

Yapının elemanlar arasında nasıl olduğu ya da yapıda kaç faktörün bulunduğu ve hangi unsurların faktörleri ölçtüğü tam olarak bilinmediğinde AFA kullanılırken, o yapı hakkında güçlü bir teori olduğunda DFA kullanılır (135). Yani Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), önceden belirlenen faktör yapılarının doğru olup olmadığını test etmek için kullanılır (114). Bazı uzmanlar ölçek geliştirme çalışmalarında yapısal geçerliliğin belirlenmesinde tek başına AFA'nın yetersiz kalabileceğini bu nedenle AFA ile birlikte DFA'nın da yapılması gerektiğini savunmaktadırlar (89). Araştırmamızda geliştirilen ölçeklerden YİİRTÖ ve YİHTÖ' nün AFA ile oluşturulan alt boyutları DFA ile test edilmiş ve doğrulanmıştır. Ancak YİTÖ' nün AFA ile elde edilen alt boyutlarında bulunan C1 ve P7 maddesinin içerik bakımından uygun faktörün altında yer almadığı görülmüştür. Bu nedenle DFA' da bu maddeler içerik açısından uygun faktöre atanmıştır. Oluşturulan bu yapı DFA ile test edilip doğrulanmıştır. Böylece üç ölçeğin DFA sonucu uyum indeksleri kabul edilebilir aralıkta bulunmuştur.

Literatürde faktör analizi sonucunda her bir maddenin faktör yüklerinin 0.30 ve üzeri olması ve iki faktör arasındaki yük farkının 0.10'dan fazla olması gerektiği belirtilmektedir (136, 137). Bu bilgi doğrultusunda ilk ölçümdeki estimate değerleri ve faktör yükleri 0.3' ün altında kalan (YİTÖ' den 6 madde) maddeler çıkarılmıştır.

DFA' da tek bir testin sonucuna göre değil, çeşitli uyum indeksi sonuçlarına göre modelin teori ile uyumlu olup olmadığı kararı verilir (138, 139). Çalışmamızda DFA sonucu ortaya çıkan uyum indekslerinden CMIN/DF (X^2 /sd), RMSEA, SRMR, NFI, TLI, CFI, IFI, GFI, AGFI değerlendirilmiştir.

DFA model uyum indekslerinden en sık kullanılan ölçütlerden biri Ki-kare (X^2 /sd) değeridir (114). Bu değerinin üç veya altında olması iyi uyum, beş veya altında olması ise kabul edilebilir bir uyum olduğunu göstermektedir (115). Geliştirdiğimiz ölçeklerin CMIN/DF (X^2 /sd) değerinin YİİRTÖ için 2; YİTÖ için 4 ve YİHTÖ için 5 olduğu görülmektedir. Bu değerler ölçüm araçlarının kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir.

RMSEA (Yaklaşık hataların ortalama karekökü) kriteri sıklıkla kullanılan en güçlü model uyumu indekslerinden biri olup ileri sürülen modelin gerçeğe ne kadar yaklaştığını göstermektedir (140). RMSEA değeri, 0.05'e eşit veya küçük ise iyi uyumu; 0.08 veya daha küçük ise kabul edilebilir uyumu gösterir (115, 119, 120, 122). Bu çalışmada ölçeklerin değerleri YİRTÖ için 0.04, YİTÖ için 0.07 ve YİHTÖ için 0.08 bulunmuştur. Bu bulgular ölçüm araçlarının kabul edilebilir/iyi uyumunu göstermektedir.

SRMR (Ortalama Hataların Karekökü) değeri, 0.10 veya daha küçük ise kabul edilebilir uyumu, 0.05' e eşit veya küçük ise iyi uyumu gösterir (115, 121, 124). Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin SRMR değerleri YİİRTÖ ve YİTÖ için 0.03 ve YİHTÖ için 0.04 olarak bulunmuştur. SRMR değerleri tüm ölçekler için iyi uyumu göstermektedir.

NFI (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)'nin serbestlik derecesi dikkate alınarak hesaplanmış halidir. NFI değerinin 0.90 ve üzeri olması kabul edilebilir uyumu göstermektedir (98, 116). Bu çalışmada YİİRTÖ, YİTÖ ve YİHTÖ için sırasıyla 0.92, 0.89 ve 0.90 olarak bulunmuştur.

TLI (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi); NFI'nin serbestlik derecesi dikkate alınarak hesaplanmış halidir. Bu değer 0.90 ve üzeri olması kabul edilebilir uyumu göstermektedir (116). YİİRTÖ ve YİTÖ 0.90 ve üzerindedir. YİHTÖ' nün TLI değeri 0.89' dur. YİTÖ' den elde edilen NFI değeri ($0,89 \leq 0,90$) ile YİHTÖ' den elde edilen TLI değeri ($0.89 \leq 0.90$) eşik değerlerin altında bulunmuştur. Fakat bu değerlerinin eşik değerlerin altında veya eşik değerlere oldukça yakın olmasının nedeni örneklemin büyük olmasından kaynaklanmakta olup modelin uyum iyiliğini bozmamaktadır (139).

Ayrıca DFA sonucunun kabul edilebilir olması için elde edilen çoğu indeksin iyi uyum değerlerine sahip olması yeterli görülmektedir (139).

0.90'nın üzerindeki CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) değerleri iyi model uyumunu temsil eder (117, 118). Çalışmamızda bu değer üç ölçekte de 0.90'ın üzerinde bulunmuştur. Bu değerler ölçeklerin uyumunun iyi olduğunu göstermektedir.

IFI (Artırmalı Uyum İndeksi) değeri 0.90 ve üzeri kabul edilebilir uyumu, 0.95 ve üzeri ise iyi uyumu gösterir (115, 119, 120, 121). Ölçeklerimizde IFI değeri 0.90 üzerinde olup uyumludur.

GFI (Uyum İyiliği İndeksi) değeri 0-1 arasında değişir. GFI değeri 0.85 ve üzeri kabul edilebilir uyumu, 0.90 ve üzeri ise iyi uyumu göstermektedir (115, 121). Araştırmamızda GFI değeri tüm ölçeklerde 0.90 üzeri bulunmuştur. Bu değerler ölçüm araçlarının iyi uyumunu göstermektedir.

AGFI (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi), GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğini gidermek amacıyla kullanılan bir indekstir. Değeri 0-1 arasında değişir ve 0.80'nin üzerinde olması uyumluluğu gösterir (115, 119, 121). Bu çalışmada tüm ölçeklerin AGFI değeri 0.80 üzerindedir, bu da ölçeğin uyumluluğunu göstermektedir.

DFA' da elde edilen uyum iyiliği indekslerinin tek başına yorumlanarak tasarlanan modelin reddedilmesi ya da iyi olduğuna karar verilmesi sakıncalıdır. Bir modeli reddetme ya da kabul etme noktasında birden fazla indeksin birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (128). Sonuç itibarıyla Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmal Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin model modifikasyonları sonrası uyum iyiliği indeksi değerlerinin hepsi birlikte değerlendirildiğinde kabul edilebilir uyum ile mükemmel uyum değerleri arasında yer aldığı görülmektedir.

5.2. Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmal Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'nin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçek geliştirmede bir başka önemli noktada güvenilirliktir. Esasında güvenilirlik geçerliliğin de ön şartlarından biridir (141). Güvenirlilik; değişmezliğin, yeterliliğin, eşdeğerliğin, tutarlılığın, doğruluğun ve kararlılığın sağlanmasını anlatır. Ölçme aracındaki değişmezlik, tutarlılık, aracın yinelemeli ölçümlerde benzer sonucu verme; doğruluğu ise gerçek ölçüm değerini belirleme yeteneğini gösterir (133). Güvenilir olmayan ya da güvenilirliği düşük olan bir ölçüm aracının bilimsel değeri de düşük

olarak kabul edilmektedir (113). Ölçeklerin güvenilirliklerinin belirlenmesinde çeşitli yollar kullanılmaktadır. Bu araştırmada ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için iç tutarlık güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa), puanlama tutarlılığı (Sınıf içi korelasyon), Hotelling's T^2 , maddeler arası korelasyon katsayılarının ortalaması, madde-toplam puan korelasyonu (Madde ayırıcılık indeksi), test-tekrar test analizi ve SEM (ölçeklerin ölçmedeki kesinlikleri) testleri yapılmıştır.

Cronbach Alfa (α) Katsayısı: Ölçek geliştirme çalışmalarında güvenilirliğin sağlanmasında sıklıkla iç tutarlılık katsayısı olarak Cronbach alfa değeri kullanılmaktadır. Alpar (2018), Cronbach alfa katsayısını ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının bir göstergesi olarak tanımlamaktadır (129). Cronbach Alpha katsayısı dereceleme türü (likert) ölçeklerde sıklıkla güvenilirlik belirlemede tercih edilmektedir. Cronbach Alpha katsayısının hesaplanması ile ölçekte yer alan maddelerin arasındaki uyum belirlenmektedir (122). Alpha katsayısının yüksek olması ölçekteki maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü ifade etmektedir. Yaygın olarak kabul edilen değer 0.70 ve üzeridir (106). Araştırma sonucunda geliştirilen üç ölçeğin cronbach alfa değerleri 0.893, 0.908 ve 0.967 olarak bulunmuştur. Bu bulgu üç ölçeğinde güvenilir ölçüm araçları olduğunu göstermiştir.

Sınıf İçi Puanlama Tutarlılığı: Numerik ölçümlerde sınıf içi korelasyona bakılarak değerlendirilir. İki ölçüm arası tutarlılık değerleri 0.60-0.80 arası güvenilirliğin iyi, 0.80 üzerindeki değerlerin ise mükemmel derecede olduğunu gösterir (89, 104). Sınıf içi korelasyon değerlerine bakıldığında; YİİRTÖ' nin .893, YİTÖ' nin .967 ve YİHTÖ' nin ise .908 aldığı bulunmuştur. Bu doğrultuda her üç ölçeğinde mükemmel derecede güvenilir olduğu saptanmıştır.

Hotelling's T^2 : Bu analiz ile madde ortalamalarının birbirlerine eşit olup olmadıkları test edilir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ölçekleri doldururken toplumun veya araştırmacının baskısı altında kalıp kalmadıkları Hotelling's T^2 testi ile belirlenmiştir (142). Hotelling's T^2 testine göre, ölçekleri doldururken cevap yanlılığının olmadığı ve soru ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.000$).

Maddeler Arası Korelasyon Katsayılarının Ortalamaları: Bu analizde ölçeğin toplam puanları hesaplamaya katılmaz. Yalnız maddeler arasında korelasyon analizleri yapılır. Elde edilen korelasyon katsayılarının ortalaması alınır. Bu analiz ölçek maddelerinin ne ölçüde birbiriyle ilişkili olduğunu gösterir (94). Maddeler arası

korelasyon katsayılarının ortalaması tüm ölçeklerde 0.30'un üzerinde bulunmuştur. YİİRTÖ' nin .322, YİTÖ' nin .516 ve YİHTÖ' nin ise .416 değerlerini aldığı görülmüştür. Tüm ölçeklerin maddelerinin birbiri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Madde- toplam puan korelasyon katsayıları (Madde ayıricılık indeksi): Madde-toplam puan korelasyonları, bir havuzdaki tek tek öğeler arasındaki ilişkileri incelemektedir. Maddeler arası korelasyonlar, bir maddedeki puanların bir ölçekteki diğer tüm maddelerdeki puanlarla ne ölçüde ilişkili olduğunu inceler (143). Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğini yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte Karasar 0.50' den büyük, Öner ise 0.30' un üzerinde olması gerekliliğini belirtmiştir (127, 144). YİİRTÖ' nin 0.418 ile 0.655 arasında; YİTÖ' nin 0.488 ile 0.789 arasında ve YİHTÖ' nin ise 0.519 ile 0.700 arasında değerler aldığı bulunmuştur. Ölçüt geçerliği açısından korelasyon katsayılarının tüm ölçekler için anlamlı oldukları belirlenmiştir ($p=0.000$). Bu sonuç maddelerin benzer davranışlar sergilediğini ve iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmamızdaki üç ölçeğin madde toplam madde korelasyon puanları güvenilir aralıktadır.

Test- Tekrar Test Yöntemi: Güvenirlik ölçümlerinden bir diğeri ise test-tekrar test güvenilirliğidir. Test-tekrar test güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (122, 123). Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan test-tekrar test uygulaması örneklem grubundaki sağlık çalışanlarından 50 kişiye iki hafta arayla tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test korelasyon değerleri tüm ölçekler için incelenmiştir. Her iki ölçüm sonucu arasında tüm ölçeklerde ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Üç ölçeğinde zamana göre değişmezlik gösterebilme gücünün yüksek olduğu söylenebilir.

Standart Hata (SEM: Ölçeklerin Ölçmedeki Keskinlikleri): SEM'in standart sapmanın yarısından küçük ya da eşit olması ölçmede kabul edilebilir bir kesinlik ölçüsü olarak alınmıştır (145). Araştırmamızda ölçeklerin ölçmedeki keskinlikleri $SEM \leq S/2$ oranı dikkate alınarak; YİİRTÖ' nin $1.17 < 5.48$, YİTÖ' nin $0.76 < 9.61$ ve YİHTÖ' nin ise $0.736 < 4.38$ olarak hesaplanmıştır.

Güvenilirlik analizi sonuçları incelendiğinde Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri' nin güvenilir birer araç oldukları görülmektedir.

5.3. Sonuç ve Öneriler

5.3.1. Sonuçlar

Bu çalışma, Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'ni geliştirmek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Araştırmaya katılanların toplam puan ortalaması YİRTÖ için 65.37 ± 10.96 , YİTÖ için 114.51 ± 19.22 ve YİHTÖ için 55.06 ± 8.76 bulunmuştur.
- Ölçeklerin geçerlikleri; kapsam geçerliği ($0.80 \leq KGI$), iç ölçüt geçerliği (%27 alt grup ve %27 üst grup karşılaştırması), KMO ve Barlett testleri, AFA veri kaliteleri, öz değer incelemesi ve total varyans açıklaması değerlendirilerek elde edilmiş olup yapılan testlerin istendik geçerlik değerlerinde olduğu saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde ise; X^2/sd , RMSEA, SRMR, NFI, TLI, CFI, IFI, GFI, AGFI uyum iyilik değerleri incelenmiştir. Uyum iyiliği indeksi değerlerinin hepsi birlikte değerlendirildiğinde kabul edilebilir uyum ile mükemmel uyum değerleri arasında yer aldığı görülmektedir.
- Ölçeklerin güvenirlikleri; iç tutarlık güvenirlik katsayıları, madde toplam puan korelasyonları, puanlama tutarlılığı, standart hata ($SEM \leq SS/2$), Hotelling's T^2 testi ve test- tekrar test ölçümleri ile doğrulanmıştır.
- Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'nin geçerlik ve güvenilir analizleri sonucunda YİİRTÖ, YİTÖ ve YİHTÖ olmak üzere üç ölçek geliştirilmiştir. Her bir ölçek ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Ölçekler 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi ölçeklerdir. Her bir ölçek (YİİRTÖ, YİTÖ ve YİHTÖ) madde sorusuna cevaben 1 "hiç doğru değil" , 2 "pek doğru değil", 3 "kararsızım", 4 "oldukça doğru" ve 5 "çok doğru" gibi cevap seçeneklerden birinin işaretlenmesi gerekmektedir. YİİRTÖ 18 madde ve 'bakım verene ait riskler', 'sosyo-kültürel riskler' ve 'yaşlıya ait riskler' olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. YİİRTÖ' nün tüm alt boyutları 6' şar madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan en

düşük 18, en yüksek 90' dır. YİTÖ 4 alt boyut ve 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları; psikolojik istismar (7 madde), ekonomik istismar (7 madde), fiziksel istismar (8 madde) ve cinsel istismardır (6 madde). Toplam ölçek puanı 28-140 arasında değişmektedir. YİHTÖ ise bakım verenin ihmali (9 madde) ve kendini ihmal (5 madde) olmak üzere 2 alt boyut ve 14 maddeden oluşmaktadır. Ölkeden alınabilecek toplam puan 14-70 puan aralığında olduğu bulunmuştur. Geliştirilen her bir ölçek ayrı olarak kullanılabilir.

- YİİRTÖ, YİTÖ ve YİHTÖ' nün uzman görüşleri ve istatistiksel analizler sonucunda yüksek geçerlilik-güvenilirliğe sahip oldukları ve sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtileri hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının belirlenmesinde kullanılabilir ölçekler olduğu belirlenmiştir.

5.3.2. Öneriler

- Yaşlı istismarı ve ihmali risk ve belirtilerine yönelik sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemede ölçeklerin kullanılması,
- Sağlık çalışanlarına yönelik yaşlı istismarı ve ihmali risk ve belirtilerine yönelik bilgi ve farkındalık kazandıracak eğitimlerin hazırlanma sürecinde geliştirilen ölçeklerin bu alandaki yetersizliklerin tespitinde kullanılması,
- Sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali riski hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerini artırmayı hedefleyen deneysel çalışmalarda değerlendirme aracı olarak geliştirilen ölçeklerin kullanılmaları,
- Bu araştırma ile geçerliliği ve güvenirliği kanıtlanan Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri'nin kültürler arası karşılaştırmaların yapılabilmesi için farklı dil ve kültürlerle uyarlanması önerilir.

6. KAYNAKLAR

1. Akdemir, N. Yaşlı istismarı ve ihmali. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2008; 15(1), 68-75.
2. WHO. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva, World Health Organization, University of Toronto, Ryerson University, INPEA, 2002, p.1-4. http://www.who.int/ageing/publications/toronto_declaration/en/ Erişim Tarihi: 28.05.2023
3. Phelan A. Elder abuse in the emergency department. International Emergency Nursing 2012; 20: 214-20.
4. Rosen T, Hargarten S, Flomenbaum NE, PlattsMills TF. Identifying elder abuse in the emergency department: Toward a Multidisciplinary TeamBased Approach Ann Emerg Med. 2016; 68: 378–382.
5. Johnson MJ, Fertel H. Elder abuse. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560883/> Erişim Tarihi: 22.06.2023
6. Mileski M, Lee K, Bourquard C, Cavazos B, Dusek K, Kimbrough K, Sweeney L, McClay R. Preventing the abuse of residents with dementia or alzheimer's disease in the long-term care setting: a systematic review. Clin Interv Aging. 2019; 14: 1797-1815.
7. Erden Ş, Boz H. Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2018; 71(3), 100-105.
8. Lök N. Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistematiik derleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015; 7(2): 149-156. doi: 10.5455/cap.20140714124315
9. Tanrıverdi D. The elder abuse, neglect and psychiatric nursing. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2016;2(2):63-76
10. Cooper C, Selwood A, Livingston G. Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. Am J Geriatr Psychiatry 2009;17(10):826-38.
11. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. JAMA 1998; 280(5):428– 432. <https://doi.org/10.1001/jama.280.5.428>

12. Dong X, Chen R, Chang ES, Simon M. Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy—a mini review. *Gerontology* 2013; 59(2):132– 142. <https://doi.org/10.1159/000341652>
13. Dong X, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Intern Med* 2013; 173(10):911–917. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.238>
14. Özmete, E. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016; 17.
15. Özden D, Kelleci M, Güler N. Yaşlı bireylerin ruh sağlığının şiddete maruz kalma ve bazı özellikler açısından incelenmesi. *HEMAR-G* 2010; 12(3):5-13.
16. Yalçinkaya A, Mandiracioğlu A, Turan F. Turkey: a pilot study of elder mistreatment in a convenience sample. *J Elder Abuse Negl* 2006;18(2-3):105-21.
17. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017; 5: 147–56.
18. Ecarnot, F. Do unto others: what we do about elder abuse will be our legacy. *The Lancet Healthy Longevity* 2022; 3(8): 516-517. DOI: 10.1016/S2666-7568(22)00153-2
19. Stankunas M, Avery M, Lindert J, Kalediene R, Edwards I, Di Rosa M, Soares J. Abuse in the elderly—cost driver in a health care system? *Popul Health Manag* 2016; 19: 224–25.
20. Arpacı F, Bakır B. Yaşlı istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* Aralık-2017.
21. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med*. 2018 Aug;34(3):435-451. DOI: 10.1016/j.cger.2018.04.007
22. Mion LC, Momeyer MA. Elder abuse. *Geriatr Nurs*. 2019 Nov-Dec;40(6):640-644.
23. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *J Elder Abuse Negl*. 2012;24(1):17–36.
24. Gökçe N. Yaşlı istismarı ve ihmali. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 2017, 2(2): 100-111.

25. Özdemir S, Katıpoğlu B, Evrın T, Özdemir F. A, Kaykısız E. K, Ertürk Z. K, Korkmaz A. Evaluation of the awareness of the physicians on negligence and abuse of the elderly patients admitted to emergency department. *Disaster and Emergency Medicine Journal* 2018; 3(3), 82-90.
26. Kutsal Y. G, Aslan D, Aydos T. R, Altuğ K. U. T, Özen N. E, Saygun M, Karahan S. Hekimlerin yaşlı ihmal ve istismarı konusundaki farkındalığına yönelik kısa bir değerlendirme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2022; 31(2), 81-89.
27. Güven Cebeci A.. Acil servis sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal ve istismarına yaklaşımları, bilgi düzeyleri ve tutumları. 2016, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara(Doç. Dr. İsa KILIÇASLAN).
28. Naderi Z, Gholamzadeh S, Ebadi A, Zarshenas L. Development and psychometric properties of the hospitalized elder abuse questionnaire (HEAQ): a mixed methods study. *BMC geriatrics*, 2022; 22(1), 1-15.
29. Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KP. Prevention and early identification of elder abuse. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(4):743–759.
30. Dong XQ. Elder abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Jun;63(6):1214-38.
31. Yeşil P, Taşcı S, Öztunç G. Yaşlı istismarı ve ihmalı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016; 6(2), 128-134.
32. Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmalı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2002; 5(5).
33. Botngard A, Eide AH, Mosqueda L, Malmedal W. Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–12.
34. United Nations (2019). World Population Prospects 2019 Highlights. p:3-37. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_DataBooklet.p
35. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 16;2016(8):CD010321.
36. Dong X, Simon MA. Vulnerability risk index profile for elder abuse in a community-dwelling. *J Am Geriatr Soc*. 2014 Jan;62(1):10-5.
37. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet* 2004;364:1263–72.

38. Agunbiade OM. Explanations around physical abuse, neglect and preventive strategies among older Yoruba people (60+) in urban Ibadan Southwest Nigeria: a qualitative study. *Heliyon*. 2019;5(11):e02888.
39. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. The world report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
40. Simmons J, Motamedi A, Ludvigsson M, Swahnberg K. Testing an educational intervention to improve health care providers' preparedness to care for victims of elder abuse: a mixed method pilot study. *BMC medical education* 2022; 22(1), 1-16. DOI: 10.1186/s12909-022-03653-8
41. Rodriguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med*. 2006 Sep-Oct;4(5):403-9. DOI: 10.1370/afm.575
42. Lee M, Rosen T, Murphy K, Sagar P. A new role for imaging in the diagnosis of physical elder abuse: results of a qualitative study with radiologists and frontline providers. *J Elder Abuse Negl* 2019 Mar-May;31(2):163-180. DOI: 10.1080/08946566.2019.1573160
43. Bows H. The other side of late-life intimacy? Sexual violence in later life. *Australas J Ageing*. 2020 Jun;39 Suppl 1:65-70. DOI: 10.1111/ajag.12728
44. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. *N Engl J Med* 2015;373:1947–56 DOI: 10.1056/NEJMr1404688
45. WHO 2020 Elder Abuse Fact Sheet <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elderabus> Erişim Tarihi: 25.06.2023
46. Mercier E, Nadeau A, Brousseau AA, Emond M, Lowthian J, Berthelot S, Cameron M A. Elder abuse in the out-of-hospital and emergency department settings: a scoping review. *Ann Emerg Med* 2020;75: 181–191.
47. Cimino-Fiallos N, Rosen T. Elder abuse-a guide to diagnosis and management in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2021; 39: 405–417.
48. Van Houten M. E, Vloet L. C, Pelgrim T, Reijnders U. J, Berben S. A. Types, characteristics and anatomic location of physical signs in elder abuse: a systematic review: Awareness and recognition of injury patterns. *European geriatric medicine* 2021;33:53-85 <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00550-z>
49. Mikton C, Campo-Tena L, Yon Y, Beaulieu M, Shawar Y. R. Factors shaping the global political priority of addressing elder abuse: a qualitative policy

- analysis. *The Lancet Healthy Longevity* 2022; 3(8), e531-e539. DOI: 10.1016/S2666-7568(22)00143-X
50. Teaster PB, Lindberg BW, Zhao Y. Elder abuse policy, past, present, and future trends. In: Phelan A, ed. *Advances in elder abuse research*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2017: 53–71.
 51. Yon Y, Lam J, Passmore J, Huber M, Sethi D. The public health approach to elder abuse prevention in Europe: progress and challenges. In: Phelan A, ed. *Advances in elder abuse research*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2017: 223–37.
 52. WHO. *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: World Health Organization, 2014.
 53. Dong X. Advancing the field of elder abuse: future directions and policy implications. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 2151–56.
 54. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist* 2016; 56 (suppl 2): S194–205
 55. Collins KA. Elder maltreatment: A review. *Arch Pathol Lab Med* 2006;130:1290–6.
 56. Speck PM, Hartig MT, Likes W, Bowdre T, Carney A. Y, Ekroos R. A, Faugno D. K. Case series of sexual assault in older persons. *Clin Geriatr Med* 2014;30:779–806.
 57. Palmer M, Brodell RT, Mostow EN. Elder abuse: dermatologic clues and critical solutions. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68:e37–42. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.03.016>
 58. Murphy K, Waa S, Jafer H, Sauter A, Chan A. A literature review of findings in physical elder abuse. *Can Assoc Radiol J* 2013; 64(1):10–14. <https://doi.org/10.1016/j.carj.2012.12.001>
 59. Wigglesworth A, Austin R, Corona M, Schneider D, Liao S, Gibbs L, Mosqueda L. Bruising as a marker of physical elder abuse. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(7):1191–1196. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02330.x>
 60. Lachs M. S, Pillemer K. A. Elder abuse. *The New England Journal of Medicine*, 2015; 373(20), 1947–1956. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1404688> PMID:26559573
 61. Edward W. Champion. Elder abuse. *N Engl J Med* 2015;373:1947-56. DOI: 10.1056/NEJMr140468

62. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, Kilpatrick DG. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health* 2010; 100:292–7
DOI: 10.2105/AJPH.2009.163089
63. Nickel C. H, Nissen S. K. Still under our radar: elder mistreatment. *European Journal of Emergency Medicine* 2022; 29(2), 97-98.
64. Yan, E. Abuse of older persons with dementia by family caregivers: results of a 6-month prospective study in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2014; 29(10), 1018–1027. <https://doi.org/10.1002/gps.4092>
65. Fang B, Yan E, Chan K. L, Ip, P. Elder abuse and its medical outcomes in older Chinese people with cognitive and physical impairments. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2018; 33(8), 1038– 1047.
<https://doi.org/10.1002/gps.4890>
66. Kahan FS, Paris BEC. Why elder abuse continues to elude the health care system. *Mt Sinai J Med.* 2003;70:62–68.
67. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing.* 2013;42(3):292–2
68. Roskos ER, Wilber ST. 210: the effect of future demographic changes on emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2006; 48(4):65
69. Beach SR, Carpenter CR, Rosen T, Sharps P, Gelles R. Screening and detection of elder abuse: research opportunities and lessons learned from emergency geriatric care, intimate partner violence, and child abuse. *J Elder Abuse Neglect.* 2016;28(4–5):185–216
70. Fraga Dominguez S, Storey JE, Glorney E. Help-seeking behavior in victims of elder abuse: a systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2021;22(3):466–80.
71. Touza GC. Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: An exploratory systematic review. *Psychosoc Interv.* 2017;26(2):73–91.
72. Bruggemann AJ, Persson A. Using forum play to prevent abuse in health care organizations: A qualitative study exploring potentials and limitations for learning. *Educ Health (Abingdon).* 2016;29(3):217–22.

73. Phelan A, Treacy MP. A review of elder abuse screening tools for use in the Irish context: National Centre for the Protection of Older People (NCPOP); 2011.
74. Pisani LD, Walsh CA. Screening for elder abuse in hospitalized older adults with dementia. *J Elder Abuse Neglect*. 2012;24(3):195–215.
75. Ferreira M, dos Santos CL, Vieira DN. Detection and intervention strategies by primary health care professionals in suspected elder abuse. *Acta Med Port*. 2015;28(6):687-94.
76. Murray L, DeVos D. The escalating problem of elder abuse. *Radiol Technol* 1997; 68:351–3.
77. Phelan A. The role of the nurse in detecting elder abuse and neglect: Current perspectives. *Nursing: Research and Reviews*, 2018; 8, 15–22. <https://doi.org/10.2147/NRR.S148936>
78. Schuessler Z. Nurses Role in Identifying Elder Financial Abuse. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 2022; 53(1), 30-34.
79. Schofeld MJ. Screening for elder abuse: tools and effectiveness: *Elder Abuse* Springer; 2017. p. 161–99.
80. Özçakar N, Toprak Ergöner A, Kartal M, Baydur H. Adaptation, reliability, and validity study of the Hwalek–Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST): A Turkish version. *Turkish Journal of Medical Sciences* 2017; 47(6), 1894-1902.
81. Daşbaşı S, Koçoğlu Tanyer D, Kesen N. F. The Geriatric Mistreatment Scale: The Validity And Reliability Of Its Turkish Adaptation. *Turkish Journal Of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 2019; 22(1).
82. Özmete E, Duru S, Yildirim H. Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2018;19.
83. Özer N, Tanrıverdi D. "Determining depression, abuse, and neglect in elderly individuals." *Psychogeriatrics* (2023); 23(4): 690-700. doi: 10.1111/psyg.12979.
84. Ertin H, Özkaya H. Etik açıdan yaşlıya kötü muamele/istismar ve Toronto Bildirgesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History-Special Topics* 2016; 2(2), 77-84.

85. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı Ve Uygulama Programı 2021-2026. Ankara-2021.
86. Carpenter S. Ten Steps in Scale Development and Reporting: A Guide for Researchers, 2017 <https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>, 12(1), 25–44. <https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583>
87. Ercan İ, İsmet K. A. N. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 30(3), 211-216.
88. Çüm S, Koç N. Türkiye’de Psikoloji Ve Eğitim Bilimleri Dergilerinde Yayımlanan Ölçek Geliştirme Ve Uyarlama Çalışmalarının İncelenmesi. Journal Of Educational Sciences & Practices 2013;12(24).
89. Erkuş A. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-1 temel kavramlar ve işlemler. Pegem Akademi (3. Baskı), Ankara, 2012.
90. Acar Güvendir M, Özer Özkan Y. Tüm yönleriyle ölçek geliştirme süreci. Pegem Akademi. 1. Baskı: Ekim 2022, Ankara(ss:1-5)
91. Jebb A. T, Tay L. Introduction to time series analysis for organizational research: Methods for longitudinal analyses. Organizational Research Methods. 2017; 20(1). 61-94.
92. Erkuş A. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. Türk Psikoloji Bülteni, 2007; 13(40), 17-25.
93. Karakoç A. G. D. F. Y, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası 2014; 13(40), 39-49.
94. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012; 11(3).
95. Yurdabakan İ, Çüm S. Davranış bilimlerinde ölçek geliştirme (açıklayıcı faktör analizine dayalı). Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2017; 11(2). 108- 126.
96. Çay M, Daşbaşı S. Kanıta dayalı uygulama ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Çay, M. ve Daşbaşı, S. Kanıta dayalı uygulama ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Toplum ve Sosyal Hizmet 2020;31(4):1514-1546.
97. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel yayınevi, 1.baskı, 2002.

98. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri ve spss uygulamaları. 3.Baskı, Emek Ofset, Ankara, 2003.
99. DeVellis R. F. Scale development theory and applications (Second Edition). SAGE Publication 2003 Inc
100. Özdamar, K. Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. Eskişehir: Nisan Yayıncılık, 2016.
101. DeVellis R.F. Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık,2017.
102. Atılğan H, Kan A, Doğan N. Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık.,2017
103. Şeker H, Gençdoğan B. Psikolojide ve eğitimde ölçme aracı geliştirme (2. Basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.2014
104. Tezbaşaran A. Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.1997.
105. Talbot LA. Principles and practice of nursing research. st.louis:Mosby-year book.1995:s.378
106. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayıncılık.2014.
107. Şahin M. G, Öztürk N. B. Eğitim alanında ölçek geliştirme süreci: bir içerik analizi çalışması. Kastamonu Eğitim Dergisi 2018;26(1), 191-199.
108. Erkuş A. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I. ISBN: 978-605-364-311-1. 2014. Ankara
109. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar F. Yaşlı istismarı ve ihmali. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008; 15(1), 68-75.
110. Gökçe N. Yaşlı istismarı ve İhmali. Kastamonu Sağlık Akademisi 2017; 2(2), 100-111.
111. Davis L. L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied nursing research1992; 5(4), 194-197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
112. Yurdugül H, Bayrak F. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerlik ölçüleri kapsam geçerlik indeksi ve kappa istatistiğinin karşılaştırılması. H. Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi, Özel Sayı 2012; 2, 264-271.

113. Polit D. F, Beck C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* 2006; 29(5), 489-497. doi: 10.1002/nur.20147.
114. Subaş A, Çetin M. Güvenirlilik ve geçerlilik çalışması, *The Journal of Social Science*, Yıl:4, Sayı:11, Haziran 2017, 160-181.
115. Karagöz Y. Spss 23 ve amos 23 uygulamalı istatistiksel analizler. Nobel Akademik Yayıncılık, 2016. ISBN: 978-605-320-547-0.
116. Meydan C. H, Şeşen H. Structural equation modeling: Amos applications. (2nd Edition). Ankara: Detay Publishing, 2015
117. Todd F. Lewis Evidence Regarding the Internal Structure: Confirmatory Factor Analysis, Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 2017; 50:4, 239-247, DOI: 10.1080/07481756.2017.1336929.
118. Hernandez Sanchez S, Abat F, Hidalgo M. D, Cuesta-Vargas A. I, Segarra V, Sanchez-Ibañez J. M, & Gomez-Conesa A. Confirmatory factor analysis of VISA-P scale and measurement invariance across sexes in athletes with patellar tendinopathy, *Journal of Sport and Health Science* 6, 2017 365-371. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.01.020>.
119. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu S.Y. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2013;33(1), 210-223.
120. İlhan M, Çetin B. LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (yem) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology* 2014; 5 (2) , 26-42 . DOI: 10.21031/epod.31126
121. Seçer İ. SPSS ve LISTREL ile pratik veri analizi. (3.Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık 2017.
122. Seçer İ. Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci spss ve lisrel uygulamaları. (2. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık, 2018.
123. Gliner J.A, Morgan G.A, Leech N.L. Uygulamada araştırma yöntemleri desen ve analizi bütünleştiren yaklaşım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık, 2015.
124. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 2003; 8(2), 23-74.

125. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006.
126. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. ankara: pegem atıf indeksi, 2018.
127. Öner N. Türkiye’de kullanılan psikolojik testler. 2. Baskı, Boğaziçi Matbaası, İstanbul, 2009: ss.520-525.
128. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi 2, 10. Baskı. Eskişehir, Nisan Kitabevi, 2018:219-23, 251-4.
129. Alpar R. Spor, Sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenirlik. (5. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık, 2018
130. Büyüköztürk Y. D. D. Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2002; 32 (32), 470-483. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kuvey/issue/10365/126871>
131. Ayre C, Scally AJ. Critical values for lawshe’s content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. January 2014;47(1):79-86.<https://doi.org/10.1177/0748175613513808>
132. Alış S. Adaptation of the transition scale to turkish: validity and reliability study. Paper presented at the 3rd İnternationalMultidiciplinary Eurasian Congress, Barselona, 2017, İspanya. 282-292. <http://toad.haliekxi.net/sites/default/files/pdf/gecisolceğitoad.pdf>
133. Erdoğan B. Z, Torun T, Gönüllüoğlu S. Effects of materialism and religious values on attitudes towards cause-related marketing. Social Business2014;4(2), 153-168.
134. Çapık C. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizin kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi2014; 17(3),196-205.
135. Orçan F. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: ilk hangisi kullanılmalı? Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology, 2018; 9(4);413-421. ISSN: 1309-6575.
136. Tabachnick B.G, Fidell L.S. Using multivariatestatistics (5. Ed.). NeedhamHeight: Allyn&Bacon/Pearson Education,2007

137. Gündüz M.A, Akarçay Ö. Yapısal eşitlik modellemesi, amos ve lisrel uygulama örnekleri. aslan ş. (ed.) sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri nicel, nitel ve karma tasarımlar için bir rehber içinde. Konya: Eğitim Yayınevi, 2019ISBN:9786057557384.
138. Munro BH. Statistical methods for health care research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.351-76.
139. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler ve lisrel uygulamaları. Ankara: Ekinoks; 2007. p.4-22.
140. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. Electron J Bus Res Methods 2008, 6:53–60.
141. Güngör D. Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. Türk Psikoloji Yazıları. 2016;19(38):104-12.
142. Şencan H. Sosyal davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2005.
143. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer front. Public Health 2018; 6:149. doi: 10.3389/fpubh.2018.00149.
144. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi: geçerlilik ve güvenilirlik yöntemleri. 7. Baskı, Ankara 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık, 1995; ss.89-200.
145. Pontes H. M, Griffiths M. D. Measuring DSM-5 internet gaming disorder: development and validation of a short psychometric scale. Computers in Human Behavior 2015; 45, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>.

7. EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu ve Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri (İlk Hali)

Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Bu anket formu bilimsel amaçlı bir araştırma içindir. Bilimsel amaçlarla yapılan bu araştırmada isminiz istenmemektedir. Bilgiler grup halinde değerlendirilecek ve bireysel incelemeler yapılmayacaktır. Elde edilen kişisel bilgiler kesinlikle bir başkasıyla paylaşılmayacaktır. Burada sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları bulunmamaktadır. Önemli olan sizin yaşadıklarınızı ve düşündüklerinizi ifade edebilmenizdir. Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanları için yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtilerini tanılama ölçeklerinin geliştirilmesidir. Bu çalışmaya katılarak siz de bu amacın gerçekleşmesine katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

1.Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz:

a) Evli b) Bekar c) Dul(eşi vefat etmiş) d) Boşanmış

4. Mesleğiniz:

a)Hekim b)Hemşire c)Ebe d)Sağlık Memuru e)ATT-Paramedik f)Diğer (Lütfen belirtiniz).....

5. Bu meslekte kaç yıldır görev yapıyorsunuz?

a) 1 Yıldan Az b) 1-5 Yıl c)6-10 Yıl d) 11 Yıldan Fazla

6. Çalışmakta olduğunuz kurum:

a)Devlet Hastanesi b)Üniversite Hastanesi c)Aile Sağlığı Merkezi (ASM)

7. Çalışmakta olduğunuz birim:

a) Acil Servis b) Yoğun Bakım c) Geriatri Servisi d) Nöroloji Servisi
e) Cerrahi Servis f) Ortopedi e) ASM d) Diğer(Lütfen belirtiniz)...

8. Öğreniminiz süresince yaşlı istismarı ve ihmaline yönelik eğitim aldınız mı?

a)Evet b) Hayır

9. Mezuniyet sonrası yaşlı istismarı ve ihmaline yönelik eğitim(seminer, konferansa katılım)aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

10. Çalıştığınız sürede yaşlı istismarı olgusuyla karşılaştınız mı?

a) Evet b) Hayır

11. Yaşlı istismarı ve ihmal risk ve belirtilerini tanılamada kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?

a)Çok yeterli b)Yeterli c)Kısmen yeterli d)Yeterli değil e)Hiç yeterli değil

12. Çalıştığınız kurumda yaşlı istismarına ilişkin talimat ve prosedür var mı?

a) Evet b) Hayır

	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski Tanılama Ölçek Taslağı (İlk Hali)	Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok doğru
R1	Yaşlı istismarı ve ihmali kadınlara erkeklerle göre dezavantajlıdır					
R2	Dul veya boşanmış yaşlılarda istismar ve ihmal daha fazladır.					
R3	Yalnız yaşayan ve/veya izole olan yaşlılarda istismar ve ihmal riski daha düşüktür.					
R4	Yaşlıların ileri yaşlarda (70-75 ve üzeri) olmaları istismar ve ihmale uğrama olasılığını etkilemez.					
R5	Eğitim düzeyi düşük olan yaşlılar, daha fazla istismar ve ihmal edilir.					
R6	Gelir düzeyi düşük yaşlıların istismar ve ihmale uğrama olasılığı yüksektir.					
R7	Fiziksel engeli olan yaşlının istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
R8	Mental yetersizlik ve/veya engellilik olması yaşlının istismar ve ihmale uğrama olasılığını artırır.					
R9	Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki yetersizlik yaşlı istismarı ve ihmali için bir risk faktörü değildir.					
R10	Yaşlı birey günlük aktivitelerini yerine getirmede bakım verene bağımlıysa, istismar ve ihmal edilme riski artar.					
R11	Yaşlı birey, barınma ve ekonomik açıdan bakım verene bağımlıysa, istismar ve ihmal edilme olasılığı artar.					
R12	Yaşlının alkol/madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığının olması istismar ve ihmale uğrama riskini artırır.					
R13	Yaşlı istismarı ve ihmali sadece yatağı bağımlı yaşlılarda görülür.					
R14	Yaşlı istismarı hassas ya da hasta yaşlı bireylerin başına gelir.					
R15	Kendi evinde ya da ailesiyle kalan yaşlıda istismar ve ihmale rastlanmaz.					
R16	Yaşlı istismarı ve ihmali sadece bakımevi ve kurumlarda kalan yaşlılarda görülür.					
R17	İstismarcıların çoğunluğu yaşlıların aile üyeleri ve genellikle bakım veren rolündeki kişilerdir (çoğunlukla eşler, çocuklar, torunlar vb.)					
R18	Bakım verenin üstlendiğı bakım rolünü benimsememesi ve zorunlu yapması yaşlı istismarı ve ihmali arttıran bir faktördür.					

R19	Yaşlıya bakım verenin kişilik problemlerinin (düşük benlik saygısı, düşünce ve davranışlarının kontrol edememe) veya ruhsal sorunlarının olması yaşlı istismarı ve ihmalini etkilemez.					
R20	Bakım vericide fiziksel veya işlevsel(kronik hastalıklar) problemlerin olması yaşlı istismarı ve ihmalini arttıran etkenlerdir.					
R21	Parasal ve tıbbi problem, evlilik çatışması, işsizlik gibi dış stresörleri olan bakım verenlerin yaşlıyı istismar ve ihmal etme olasılığı daha yüksektir.					
R22	Bakım vericilerin alkol ya da ilaç/madde bağımlısı olması, yaşlı istismar ve ihmal açısından bir risk etkenidir.					
R23	Bakım verenin kendisinin istismar ve ihmale uğramış olması yaşlı istismarı ve ihmalini arttıran bir etmendir.					
R24	Bakım veren kişinin davranış kontrolünün zayıf olması yaşlı istismarı ve ihmalinde önemli bir etkenidir.					
R25	Bakım verenlerin sosyal desteğinin olmaması yaşlı istismarı ve ihmaline yol açabilmektedir.					
R26	Bakım verenin yaşlıya bakmakla ilgili bilgi ve beceri eksikliği yaşlı istismarı ve ihmal açısından bir risk faktörüdür.					
R27	Bakım verenin yaşlıya bakmasına bağlı yaşadığı stres ya da sosyal yaşamındaki olumsuzluklar yaşlı istismarı ve ihmal açısından bir risk etkenidir.					
R28	Bakım vericinin yaşlıya bakmanın getirdiği ekonomik yük ile yaşlı istismarı ve ihmal arasında bir ilişki yoktur.					
R29	Bakım vericinin ekonomik olarak yaşlı bireye bağımlı olması yaşlı istismarı (ekonomik istismar) ve ihmalini arttırabilir.					
R30	Bakım vericinin işsizliği yaşlı istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
R31	Eğitim düzeyi düşük bakım verenler yaşlıları daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
R32	Aile içinde yaşananların özel olduğuna inanma, yaşlının istismar ve ihmalini bildirmesini engelleyen bir faktördür.					
R33	Yaşlının yeni bir yere yerleşmesi ve adaptasyon süreci yaşlıyı istismar ve ihmale açık hale getirebilir.					
R34	Yaşlı bireyin rol kaybı yaşaması (emekli olma, fiziksel veya psikolojik güç kaybı, çocukların evden ayrılması vb.) yaşlı istismarı ve ihmal açısından bir risktir.					
R35	Yaşlı bireyin kendisine destek olan kişi/kişileri kaybetmesi (eşi, çocuk, arkadaş vb.) istismar ve ihmale uğrama olasılığını artırır.					
R36	Yaşlının bakımı için dışarıdan yardım almayı (bakıcı gibi) uygun					

	görmeyen bakış açılarının olması istismar ve ihmali arttıran bir faktördür.					
R37	Aile bireylerinin yaşlıya bakmak konusunda kendisini kültürel olarak zorunlu hissetmesi yaşlı istismarını arttıran bir etkidir.					
	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçek Taslağı	Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok doğru
F1	Deri bütünlüğünün bozulmuş olması, kesiler, çürükler, küçük yara ve ekimozlar (morluklar) fiziksel istismarın belirtileridir.					
F2	Fiziksel istismarda; boğazın sıkılması, kol ve bacaklarda elle sıkıca tutma sonucu oluşmuş parmak izleri; ısırık ya da tırnak ile uyumlu izler görülebilir.					
F3	Fiziksel istismarda; el ve ayak bileklerinde ip, halat, zincir izleri veya sopa izleri görülebilir.					
F4	Fiziksel istismarda; yüzde, gövdede, kalçada ve genital bölgelerde tekme ya da yumrukla uyumlu izler görülebilir.					
F5	Ağız içi ve dudaklarda morluk ya da sıyrıklar yaşlının zorla beslendiğini düşündürmelidir.					
F6	Eski iyileşmiş kırık izlerinin (röntgen filmlerinde görülebilir) varlığı fiziksel istismarı akla getirmelidir.					
F7	Özellikle sebebi açıklanamayan düşme ve yaralanmalar sonrası oluşan kırıklarda fiziksel istismar şüphesi üzerinde durulmalıdır.					
F8	Yaralanma hakkındaki çelişkili, kaçamak ifadeler ve tutumlar fiziksel istismarı akla getirmelidir.					
F9	Fiziksel istismara uğrayan yaşlı tekrarlanan yaralanmalarda aynı sağlık kurumuna gitmeyi reddetmektedir.					
F10	Yaralar hakkında inkârcı davranış veya ifadeler fiziksel istismarı akla getirmelidir.					
F11	Yaşlı bireye yaklaşıldığında, dokunulduğunda, seslenildiğinde; sıçraması, irkilmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
F12	Basit düşme, çarpma ile açıklanamayacak yaralanmalar ve sık düşme hikâyesinin varlığı yaşlı istismarı ve ihmali akla getirmelidir.					
P1	Bağırarak, hakaret etmek, suçlamak ya da göz ardı etmek gibi davranışlar psikolojik istismardır.					
P2	Yaşlının kısıtlanması ve tecrit edilmesi psikolojik istismar kapsamında değerlendirilebilir.					
P3	Yaşlının sevgi, şefkat, ilgi, destek gibi duygusal ihtiyaçlarının giderilmemesi psikolojik istismar göstergesidir.					
P4	Yaşlıların bir takım özellikleriyle (İşitme, görme, yürüme gibi) alay					

	etme, aşağılama, ad takma psikolojik istismardır.					
P5	Yaşlıları öldürmekle ya da terk etmekle tehdit etme psikolojik istismardır.					
P6	Yaşlının eve kilitlenmesi, arkadaşlarını ve yakınlarını ziyaret etmesine izin verilmemesi istismardır.					
P7	Endişe, korku ve çekingenlik, zayıf göz teması, konuşurken bakım veren kişiye bakma yaşlının istismar ve ihmale uğradığının göstergesi olabilir.					
P8	Yaşlının çevreye karşı saldırgan ve agresif tavırlar sergilemesi psikolojik istismarı düşündürmelidir.					
P9	Yaşlıların çekingen, çaresiz ve korku dolu olması, kendini ifade edememesi psikolojik istismara ait bulgulardır.					
P10	Yaşlılardaki depresif belirtiler psikolojik istismarın göstergesi olabilir.					
C1	Yaşlının isteği dışında açık bir şekilde cinsellik içeren fotoğraflarını çekme, dokunma, zorla soyma, tecavüz, vb. cinsel istismardır.					
C2	Yaşlının genital ya da anüs bölgesinde ağrı, kanama, yaralar ve çürüklerin varlığı cinsel istismarı akla getirmelidir.					
C3	Cinsel istismara uğrayan yaşlıda yürüme ve oturmada zorluk görülebilir.					
C4	Yırtık ya da kanlı giysiler; yırtılmış, lekelenmiş ya da kanlı iç çamaşırları yaşlıda cinsel istismarı düşündürmelidir.					
C5	Yaşlıda oral, anal- genital bölgede cinsel yolla bulaşan hastalıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
C6	Yaşlıda meme bölgesinde morluklar ve yaralar cinsel istismarı akla getirmelidir.					
EK1	Yaşlı bireyin mal varlığında nedeni açıklanamayan bir azalmanın olması ekonomik istismarı düşündürmelidir.					
EK2	Yaşlı bireyin izni olmadan banka kartına el konması veya para çekilmesi ekonomik istismardır.					
EK3	Yaşlı bireyin istemediği halde mali işler için yetki vermesi ya da verdiği yetkilerin kötüye kullanılması ekonomik istismarı akla getirmelidir.					
EK4	Yaşlı bireyin kendi evinden çıkartılması ve hile yolu ile vekâletname alınması ekonomik istismardır.					
EK5	Yaşlı bireyin parasının çalınması ekonomik istismarı akla getirmelidir.					
EK6	Yaşlıya ait kıymetli takıların ve kişisel eşyalarının kaybolması ekonomik istismarı akla getirmelidir.					
EK7	Gelir düzeyi iyi olan yaşlı bireyin çok sayıda ödenmemiş faturasının bulunması ve kiranın geciktirilmesi ekonomik istismarı					

	düşündürmelidir.					
EK8	Yaşlı bireyin gelir durumu iyi olmasına rağmen, ihtiyaçlarının (beslenme, barınma, giyim, vb.) karşılanmasındaki yetersizlik ekonomik istismarı düşündürmelidir.					
EK9	Yaşlı bireyin gelir durumu iyi olmasına rağmen, açıklanamayan harcama kısıtlılığı, parasına ne olduğuna cevap verememesi ekonomik istismara uğradığını akla getirmelidir.					
	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçek Taslağı	Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok doğru
Bİ1	Hastalıkla ilgili olmayan kilo kaybı, malnütrisyon ve dehidratasyon bulgularının olması yaşlının ihmal edildiğini gösterir.					
Bİ2	Bası yaralanmaları gibi fiziksel problemlerin olması yaşlı ihmalinin sonucu olabilir.					
Bİ3	Yaşlının hava koşullarına uygunsuz ve yetersiz giyimi ihmalin bulgularındandır.					
Bİ4	Yaşlı bireyin banyo yaptırılmaması, kirli bırakılması ve dışkı/idrâr kokusunun olması ihmalî düşündürmelidir.					
Bİ5	Yaşlının yaşam koşullarının kötü olması, güvenli olmaması bir ihmal göstergesidir.					
Bİ6	Halka açık bir yerde yaşlının kaybolması yaşlı ihmalî kapsamında değerlendirilmez.					
Bİ7	Yaşlının yatağının veya odasının kirli olması yaşlı ihmalini akla getirir.					
Bİ8	Yaşlının tedavisinin aksatılması yaşlı ihmalinin bir işareti değildir.					
Bİ9	İlaç kullanımında dozların yetersiz veya aşırı olması, tedavi dışı ilaç kullanımı yaşlı ihmalinin belirtilerindendir.					
Bİ10	Yaşlı için gerekli olmasına rağmen gözlük, protez diş, işitme cihazı, yürüteç gibi araçların temin edilmemesi yaşlının ihmal edildiğini gösterir.					
Bİ11	Yaşlının uzun süre yalnız bırakılması bir yaşlı ihmalî belirtisi değildir.					
Bİ12	Yaşlıya karşı kızgınlık ya da utanç duygularının olması yaşlının ihmal edilme olasılığını artırır.					
Kİ1	Yaşlının ilacını almayı reddetmesi kendini ihmal olarak değerlendirilebilir.					
Kİ2	Yaşlı ihmalî sadece yaşlının bakıcısı ya da yakınları tarafından gerçekleştirilir.					

Kİ3	Alkol/Madde bağımlılığı olan yaşlılarda kendini ihmal akla gelmelidir.					
Kİ4	Ciddi hastalıklar için tıbbi önerileri yerine getirmeme yaşlının kendini ihmal etmesinin göstergesi olabilir.					
Kİ5	Yaşlı bireyin kendi bakımına gerekli dikkat ve özeni göstermemesi yaşlı ihmali kapsamındadır.					
Kİ6	Yaşlının kronik hastalığına bağlı diyetine uymaması kendini ihmal belirtisidir.					



EK-2: Uzman Görüşü Alınan Öğretim Üyelerinin Listesi

Prof. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Prof. Dr. Havva TEL

Prof. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ

Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR

Doç. Dr. Ganime Can GÜR

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Doç. Dr.Seda PEHLİVAN

Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT OLCA

EK-3: Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski Tanılama Ölçeği (YİİRTÖ)

	Madde No	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği Maddeleri	Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok doğru
Yaşlıya Ait Riskler	R1	Dul veya boşanmış yaşlılarda istismar ve ihmal daha fazladır.					
	R2	Gelir düzeyi düşük yaşlıların istismar ve ihmale uğrama olasılığı yüksektir.					
	R3	Mental yetersizlik ve/veya engellilik olması yaşlının istismar ve ihmale uğrama olasılığını artırır.					
	R4	Yaşlı birey, barınma ve ekonomik açıdan bakım verene bağımlıysa, istismar ve ihmal edilme olasılığı artar.					
	R5	İstismarcıların çoğunluğu yaşlıların aile üyeleri ve genellikle bakım veren rolündeki kişilerdir (çoğunlukla eşler, çocuklar, torunlar vb.)					
	R6	Bakım verenin üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ve zorunlu yapması yaşlı istismarı ve ihmali arttıran bir faktördür.					
Bakım Verene Ait Riskler	R7	Parasal ve tıbbi problem, evlilik çatışması, işsizlik gibi dış stresörleri olan bakım verenlerin yaşlıyı istismar ve ihmal etme olasılığı daha yüksektir.					
	R8	Bakım verenin kendisinin istismar ve ihmale uğramış olması yaşlı istismarı ve ihmali arttıran bir etmendir.					
	R9	Bakım veren kişinin davranış kontrolünün zayıf olması yaşlı istismarı ve ihmaliinde önemli bir etkenidir.					
	R10	Bakım verenlerin sosyal desteğinin olmaması yaşlı istismarı ve ihmaliine yol açabilmektedir.					
	R11	Bakım verenin yaşlıya bakmakla ilgili bilgi ve beceri eksikliği yaşlı istismarı ve ihmali açısından bir risk faktörüdür.					
	R12	Bakım verenin yaşlıya bakmasına bağlı yaşadığı stres ya da sosyal yaşamındaki olumsuzluklar yaşlı istismarı ve ihmali açısından bir risk etkenidir.					
Sosyo-Kültürel Riskler	R13	Bakım vericinin ekonomik olarak yaşlı bireye bağımlı olması yaşlı istismarı (ekonomik istismar) ve ihmali arttırabilir.					
	R14	Bakım vericinin işsizliği yaşlı istismar ve ihmaliine yol açan bir faktördür.					
	R15	Eğitim düzeyi düşük bakım verenler yaşlıları daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
	R16	Aile içinde yaşananların özel olduğuna inanma, yaşlının istismar ve ihmali bildirmesini engelleyen bir faktördür.					
	R17	Yaşlının yeni bir yere yerleşmesi ve adaptasyon süreci yaşlıyı istismar ve ihmale açık hale getirebilir.					
	R18	Yaşlı bireyin kendisine destek olan kişi/kişileri kaybetmesi (eşi, çocuk, arkadaş vb.) istismar ve ihmale uğrama olasılığını artırır.					

Kullanım Yönergesi: Ölçek 5’ li Likert tipte olup tüm ölçek maddeleri olumlu ifadeler içermektedir. Yanıt ölçeğinde; 1 “hiç doğru değil”, 2 “pek doğru değil”, 3 “kararsızım”, 4 “oldukça doğru” ve 5 “çok doğru” şeklinde puanlanmıştır. Toplam ölçek puanı 18-90 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puan yükseldikçe sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali riskini tanıyabilme düzeyleri yükselmektedir.



EK-4: Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (YİTÖ)

	Madde No	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Maddeleri	Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok doğru
Psikolojik İstismar	P1	Bağırarak, hakaret etmek, suçlamak ya da göz ardı etmek gibi davranışlar psikolojik istismardır.					
	P2	Yaşlının kısıtlanması ve tecrit edilmesi psikolojik istismar kapsamında değerlendirilebilir.					
	P3	Yaşlının sevgi, şefkat, ilgi, destek gibi duygusal ihtiyaçlarının giderilmemesi psikolojik istismar göstergesidir.					
	P4	Yaşlıların bir takım özellikleriyle (İşitme, görme, yürüme gibi) alay etme, aşağılama, ad takma psikolojik istismardır.					
	P5	Yaşlıları öldürmekle ya da terk etmekle tehdit etme psikolojik istismardır.					
	P6	Yaşlının eve kilitlenmesi, arkadaşlarını ve yakınlarını ziyaret etmesine izin verilmemesi istismardır.					
	P7	Yaşlıların çekingen, çaresiz ve korku dolu olması, kendini ifade edememesi psikolojik istismara ait bulgulardır.					
Ekonomik İstismar	EK1	Yaşlı bireyin mal varlığında nedeni açıklanamayan bir azalmanın olması ekonomik istismarı düşündürmelidir.					
	EK1	Yaşlı bireyin mal varlığında nedeni açıklanamayan bir azalmanın olması ekonomik istismarı düşündürmelidir.					
	EK2	Yaşlı bireyin izni olmadan banka kartına el konması veya para çekilmesi ekonomik istismardır.					
	EK3	Yaşlı bireyin istemediği halde mali işler için yetki vermesi ya da verdiği yetkilerin kötüye kullanılması ekonomik istismarı akla getirmelidir.					
	EK4	Yaşlı bireyin parasının çalınması ekonomik istismarı akla getirmelidir.					
	EK5	Yaşlıya ait kıymetli takıların ve kişisel eşyalarının kaybolması ekonomik istismarı akla getirmelidir.					
	EK6	Yaşlı bireyin gelir durumu iyi olmasına rağmen, ihtiyaçlarının (beslenme, barınma, giyim, vb.) karşılanmasındaki yetersizlik ekonomik istismarı düşündürmelidir.					

	EK7	Yaşlı bireyin gelir durumu iyi olmasına rağmen, açıklanamayan harcama kısıtlılığı, parasına ne olduğuna cevap verememesi ekonomik istismara uğradığını akla getirmelidir.					
Fiziksel İstismar	F1	Deri bütünlüğünün bozulmuş olması, kesiler, çürükler, küçük yara ve ekimozlar (morluklar) fiziksel istismarın belirtileridir.					
	F2	Fiziksel istismarda; yüzde, gövdede, kalçada ve genital bölgelerde tekme ya da yumrukla uyumlu izler görülebilir.					
	F3	Özellikle sebebi açıklanamayan düşme ve yaralanmalar sonrası oluşan kırıklarda fiziksel istismar şüphesi üzerinde durulmalıdır.					
	F4	Yaralanma hakkındaki çelişkili, kaçamak ifadeler ve tutumlar fiziksel istismarı akla getirmelidir.					
	F5	Fiziksel istismara uğrayan yaşlı tekrarlanan yaralanmalarda aynı sağlık kurumuna gitmeyi reddetmektedir.					
	F6	Yaralar hakkında inkârcı davranış veya ifadeler fiziksel istismarı akla getirmelidir.					
	F7	Yaşlı bireye yaklaşıldığında, dokunulduğunda, seslenildiğinde; sıçraması, irkilmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
	F8	Basit düşme, çarpma ile açıklanamayacak yaralanmalar ve sık düşme hikâyesinin varlığı yaşlı istismarı ve ihmalini akla getirmelidir.					
Cinsel İstismar	C1	Yaşlının isteği dışında açık bir şekilde cinsellik içeren fotoğraflarını çekme, dokunma, zorla soyma, tecavüz, vb. cinsel istismardır.					
	C2	Yaşlının genital ya da anüs bölgesinde ağrı, kanama, yaralar ve çürüklerin varlığı cinsel istismarı akla getirmelidir.					
	C3	Cinsel istismara uğrayan yaşlıda yürüme ve oturmada zorluk görülebilir.					
	C4	Yırtık ya da kanlı giysiler; yırtılmış, lekelenmiş ya da kanlı iç çamaşırları yaşlıda cinsel istismarı düşündürmelidir.					
	C5	Yaşlıda oral, anal- genital bölgede cinsel yolla bulaşan hastalıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
	C6	Yaşlıda meme bölgesinde morluklar ve yaralar cinsel istismarı akla getirmelidir.					

Kullanım Yönergesi: Ölçek 5' li Likert tipte olup tüm ölçek maddeleri olumlu ifadeler içermektedir. Yanıt ölçeğinde; 1 "hiç doğru değil", 2 "pek doğru değil", 3 "kararsızım", 4 "oldukça doğru" ve 5 "çok doğru" şeklinde puanlanmıştır. Toplam ölçek puanı 28-140 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puan yükseldikçe sağlık çalışanlarının yaşlı istismarını tanıyabilme düzeyleri yükselmektedir.

EK-5: Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği (YİHTÖ)

	Yeni No	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İhmalini Tanılama Ölçeği Maddeleri	Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok doğru
Bakım Veren İhmal	Bi1	Hastalıkla ilgili olmayan kilo kaybı, malnütrisyon ve dehidratasyon bulgularının olması yaşlının ihmal edildiğini gösterir.					
	Bi2	Bası yaralanmaları gibi fiziksel problemlerin olması yaşlı ihmalinin sonucu olabilir.					
	Bi3	Yaşlının hava koşullarına uygunsuz ve yetersiz giyimi ihmalin bulgularındandır.					
	Bi4	Yaşlı bireyin banyo yaptırılmaması, kirli bırakılması ve dışkı/ıdrar kokusunun olması ihmali düşündürmelidir.					
	Bi5	Yaşlının yatağının veya odasının kirli olması yaşlı ihmalini akla getirir.					
	Bi6	İlaç kullanımında dozların yetersiz veya aşırı olması, tedavi dışı ilaç kullanımı yaşlı ihmalinin belirtilerindendir.					
	Bi7	Yaşlı için gerekli olmasına rağmen gözlük, protez diş, işitme cihazı, yürüteç gibi araçların temin edilmemesi yaşlının ihmal edildiğini gösterir.					
	Bi8	Yaşlıya karşı kızgınlık ya da utanç duygularının olması yaşlının ihmal edilme olasılığını artırır.					
	Bi9	Yaşlının yaşam koşullarının kötü olması, güvenli olmaması bir ihmal göstergesidir.					
Kendini İhmal	Ki1	Yaşlının ilacını almayı reddetmesi kendini ihmal olarak değerlendirilebilir.					
	Ki2	Alkol/Madde bağımlılığı olan yaşlılarda kendini ihmal akla gelmelidir.					
	Ki3	Ciddi hastalıklar için tıbbi önerileri yerine getirmeme yaşlının kendini ihmal etmesinin göstergesi olabilir.					
	Ki4	Yaşlı bireyin kendi bakımına gerekli dikkat ve özeni göstermemesi yaşlı ihmali kapsamındadır.					
	Ki5	Yaşlının kronik hastalığına bağlı diyetine uymaması kendini ihmal belirtisidir.					

Kullanım Yönergesi: Ölçek 5' li Likert tipte oluşturm ölçek maddeleri olumlu ifadeler içermektedir. Yanıt ölçeğinde; 1 “hiç doğru değil”, 2 “pek doğru değil”, 3 “kararsızım”, 4 “oldukça doğru” ve 5 “çok doğru” şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 14-70 puan aralığındadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması sağlık çalışanlarının yaşlı ihmali hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

EK- 6: Etik Kurul Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2021/374							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/374		Tarih: 23.02.2022						
	Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ olan "Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof.Dr.Yasemin ZER							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Yasemin ZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Muradiye NACAK	Tıbbi Farmakoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Seval KUL	Biyoistatistik	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Osman BAŞPINAR	Çocuk Kardiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr.Suzan TABUR	Endokrinoloji ve Metabolizma	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Beltinç DEMİRCİOĞLU KILIÇ	Çocuk Nefroloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR	Psikiyatri Hemşireliği	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. İlhan BAHŞI	Anatomi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Fatih ŞARİ	Protetik Diş Tedavisi	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. Şengül ŞAHİN	Psikiyatri	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Burak YAMAN	Fizyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Uzm.Dr.Melih HANGÜL	Pediyatrik Göğüs Hastalıkları	Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Emine Aybiken YILDIRIM	Hukukçu	Gaziantep Barosu	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Zeki EKİNCİ	Şahinbey Belediye Başkan Yardımcısı	Şahinbey Belediyesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
* Toplantıda Bulunma									
Etik Kurul Başkanı'nın Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Yasemin ZER									
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.									

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmal Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2021/374

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800
	FAKS	-
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözetimsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yerleşim Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Açıklama	
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYolojik MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı Prof. Dr. Yasemin ZER

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-7: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazıları



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GAZİANTEP
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
23.06/2022 36.54 - E.87825162 - 774.99 - 1957



00168055701

Sayı : E-87825162-774.99
Konu : Nesrin ÖZER'in Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim üyesi olarak görev yapan Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ danışmanlığında çalışmayı yürütecek Nesrin ÖZER, "Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını Ayla Alevli ASM, Mehmet Ali Özkara ASM, Binevler ASM, Alleben Rotary ASM, Kavaklık Rotary ASM, Abdulkadir Konukoğlu ASM, Atatürk ASM ve Ünalı ASMleri'nde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Hüseyin ÖZKAN
Sağlık Hizmetleri Başkanı V.

Ek:
Nesrin ÖZER'in Uygunluk Yazısı Hk.

Dağıtım:
Şahinbey Kavaklık Rotary Aile Sağlığı Merkezi
Mehmet Ali Özkara Aile Sağlığı Merkezi
Gaziantep Şahinbey Binevler Aile Sağlığı Merkezi
Atatürk Aile Sağlığı Merkezine
Gaziantep Şahinbey Ünalı Aile Sağlığı Merkezi
Gaziantep Şehitkamil Abdulkadir Konukoğlu Aile Sağlığı Merkezi
Gaziantep Şahinbey Ayla Alevli Aile Sağlığı Merkezi
Gaziantep Şahinbey Alleben Rotary Aile Sağlığı Merkezi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Do. rulama Kodu: 19628dfa-3f08-45bb-ba5b-bb9c2dcaab9 Belge Do. rulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Kayaönü Mahallesi, 42035 Sk. 27500 Şehitkamil/Gaziantep

Bilgi için: Halime YAKUT

Telefon: Faks No:

MEMUR

e-Posta: halime.yakut@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon No: (0 342) 220 96 14



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı : 21.06.2022 / 102

Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi :

Nesrin ÖZER

Çalışma Adları :

"Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi"

(Şehitkamil Devlet Hastanesi, Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ayla Alevli ASM, Mehmet Ali Özkara ASM, Binevler ASM, Alleben Rotary ASM, Kavaklık Rotary ASM, Abdulkadir Konukoğlu ASM, Atatürk ASM ve Ünalı ASMleri'nde)

Komisyon Kararı :

adlı başvuru sahibine ait "Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak çalışma izni için gerçekleştirilecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile çalışmanın belirtilen sağlık tesislerinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Uzm. Dr. Burcu GÜNSOY

Kamu Ha
Hizmetler

Uzm. Dr. Levent SAĞLAM

Halk Sağlığı

Hizmetleri Başkanı

Dr. Hüseyin ÖZKAN

Sağlık Hizmetleri Başkan V.

Dr. Ümit Mutlu TIRYAKI

İl Sağlık Müdürü



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-30545443-774.99
Konu : Nesrin ÖZER'in Araştırma İzni Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA

İlgi : 12/05/2022 tarihli ve 87825162-774.99-99-2677 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazı ile Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim üyesi olarak görev yapan Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ danışmanlığında çalışmayı yürütecek Nesrin ÖZER, Müdürlüğümüze bağlı Şehitkamil Devlet Hastanesi, Abdulkadir Yüksel Devlet Hastanesi, 25 Aralık Devlet Hastanesi, Dr. Esin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde "Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışması için izin talebi Başkanlığımızca incelenmiş olup, uygun görüldüğü hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Burcu GÜNŞOY
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 640cac14-3f60-4350-9dbd-7d544a761f3d Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Telefon: Faks No:

e-Posta: sinem.gezici@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Sinem GEZİCİ

TABİP

Telefon No: (0 342) 220 96 14



EK-8: Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

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

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

“Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçeklerini” geliştirmektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için aşağıdaki kriterleri karşılamanız gerekir.

- Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Sağlık çalışanı olmak
- Türkçe konuşmak
- İletişime engel bir durum olmaması gerekir.

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

(Araştırmada gönüllüye uygulanacak tedaviler/(varsa invaziv girişimler belirtilerek) yöntemler hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.)

Çalışma sırasında araştırmacılar tarafından bireylere; bireylerin tanıtıcı özelliklerinin bulunduğu Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riski ve Belirtilerini Tanılama Ölçekleri Taslağı uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorumluluğumuz bulunmamaktadır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 600'dür.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre anketleri doldurma süresince (15-30 dakika) bulunmanız yeterli olacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bireyin katılımı ile gerçekleştirilen bu çalışma sonucunda elde edilen bilgiler gelecekteki araştırmalarda kullanılacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışma herhangi bir risk taşımamaktadır. Sadece anket formları uygulanacaktır.

GEBELİK

Bu çalışma gebelik durumunda herhangi bir risk taşımamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCA OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI Herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Çalışma kriterlerini karşılamadığınız ve çalışmaya gönüllü olmadığınız takdirde araştırma dışı bırakılabileceksiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışmaya özgü ek bir tedavi yoktur.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

YENİ BULGULAR

Araştırma sürecinde yapılan tedavi/uygulamaya yönelik sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma süresi boyunca, sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için..... no.lu telefondan Nesrin ÖZER'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Bu araştırma için herhangi bir gidere ihtiyaç duyulmamaktadır.

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

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

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

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

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

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

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Nesrin ÖZER	
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



ÖZGEÇMİŞ

İlköğretim ve liseyi Gaziantep’te tamamladıktan sonra 2002 yılında Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu’nda öğrenime başladı ve 2006 yılında mezun oldu. 2003 yılında Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi servisinde hemşire olarak çalıştı. 2007 yılında Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım hemşireliği yaptı. Aynı yıl Burç Sağlık Ocağına hemşire olarak atandı. 2010 yılında Alleben Rotary Aile Sağlığı Merkezinde Aile Sağlığı Elemanı olarak göreve başladı. 2012 yılında Gaziantep Şahinbey Toplum Sağlığı Merkezinde Eğitim Şubede çalışmaya başladı. 2013 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliğinde Yüksek lisansı tamamladı. 2014-2021 tarihleri arasında Gaziantep İl Sağlı Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Kanseri Şubede aktif kanser kayıtçılığı yaptı. Aynı zamanda 2018 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programına başladı. 2021 yılı itibarıyla Gaziantep İl Sağlı Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı İzleme, Değerlendirme ve İstatistik biriminde hemşire olarak çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.