

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN YAŞLI
İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ
FARKINDALIKLARI VE İSTİSMARI ARAŞTIRMA
DÜZEYLERİ**

DR. ÖZGE ÖZOKCU GÜREL

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN YAŞLI
İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ
FARKINDALIKLARI VE İSTİSMARI ARAŞTIRMA
DÜZEYLERİ**

DR. ÖZGE ÖZOKCU GÜREL

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:

PROF. DR. AZİZE DİLEK GÜLDAL

YARDIMCI TEZ DANIŞMANI:

UZM. DR. GİZEM LİMNİLİ

İÇİNDEKİLER TABLOSU

İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iv
KISALTMALAR.....	vii
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET	ix
SUMMARY/ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	3
1.3. Hipotezler	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık ve Yaşlı İstismarı.....	4
2.1.1. Yaşlı Tanımı	4
2.1.2. Yaşlılık Bilimi "Gerontoloji-Geriatri"	7
2.1.3. Yaşlılık Dönemi Sorunları	7
2.1.4. İstismar ve İhmal	9
2.1.5. Yaşlı İstismarı ve İhmali.....	9
2.1.6. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Nedenleri.....	10
2.1.7. Yaşlı İstismar ve İhmal Türleri	11
2.1.8. Yaşlı İstismarı ve İhmali Sıklığı.....	13
2.1.9. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Olası Bulguları	15
2.1.10. Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanları Tarafından İstismar ve İhmali Belirleme ve Değerlendirme	17
2.1.11. Hekimlerin İstismar ve İhmali Önleme Uygulamaları	19
2.1.12. Hekimlerin İstismar ve İhmali Önlemede Yaşlı Bireye, Ailesine ve Topluma Yönelik Önerilebileceği Önlemler	23
2.1.13. Ülkemizde Yaşlı Nüfusa Yönelik Hizmetler, Sağlık Politikaları ve Uluslararası Taahhütler	25
2.1.14. Türk Ceza Kanunu'ndaki (TCK) Yaşlı İstismar ve İhmali ile İlgili Maddeler	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Modeli	30
3.2. Evren-Örneklem	30
3.3. Veri Toplama Araçları	30

3.3.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	30
3.3.2. Sosyodemografik Veri Formu	30
3.3.3. İstismar ve İhmale Yönelik Oluşturulan Olgu Formları	31
3.4. Olguların Oluşturulması	31
3.4.1. İstismar ve İhmale Yönelik Olgu Formlarının Oluşturulması	31
3.4.2. Uygun Olmayan İstismar ve İhmale Yönelik Olguların Listedden Çıkarılması ve Ön Deneme	31
3.5. Verilerin Toplanması	32
3.6. Veri Analizi	33
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	35
3.8. İzinler	35
4. BULGULAR	36
4.1. Sosyodemografik Veriler	36
4.2. Hekimlerin Yaşlı İstismarı Konusunda Kendilerini Değerlendirmeleri ve Bu Konudaki Görüşleri	38
4.3. Hekimlerin Olguları Değerlendirmesi	44
4.4. Hekimlerin ve İzledikleri Yaşlı Hastaların Özellikleri ile İstismar Konusundaki Güven ve Tutumlarının Karşılaştırılması	46
4.5. Cinsiyete Göre Toplam Zorluk Puanı ve Toplam Engel Puanının Karşılaştırılması	47
4.6. Çeşitli Parametrelerin İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanı ile Karşılaştırılması	48
4.6.1. Cinsiyete Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması	48
4.6.2. Hekimlerin ve Hasta Popülasyonunun Özelliklerine Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması	49
4.6.3. Hekimlerin Aldıkları Eğitim Durumuna Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması	50
4.6.4. Hekimlerin İstismarı Sorgularken Karşılaştıkları Engellere Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması	50
4.6.5. Hekimlerin İstismarın Yönetiminde Karşılaştıkları Zorluklara Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması	54
4.6.6. Toplam Engel Puanı ve Toplam Zorluk Puanları ile İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanları Arasındaki Korelasyon	57
5. TARTIŞMA	59
Araştırmanın Kısıtlılıkları	67
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	68

7. KAYNAKLAR.....	70
8. EKLER	78
Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	78
Ek 2: Sosyodemografik Veri Kayıt Formu Örneği	79
Ek 3: Literatür Taranarak Araştırmacı Tarafından Oluşturulan Olgular	81
Ek 4: Etik Kurul İzni	83
Ek 5: Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni	85



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Türkiye’de Doğumdan Beklenen Yaşam Beklentisindeki (Yıl) Değişimler

Tablo2: Kıtaların 65 Yaş Üstü Nüfus Sayıları ve Toplam Nüfuslarına Oranları

Tablo 3: Ülkelerin 65 Yaş Üstü Nüfus Sayıları ve Toplam Nüfuslarına Oranları

Tablo 4: Farklı Çalışmalarda Yaşlı İstismar ve İhmal Prevalansı

Tablo 5: İstismar ve İhmal Olgularına Yönelik Öykü Formu

Tablo 6: Hekimlerin Yaş, Meslekteki Yıl ve Karşılaştıkları Yaşlı Hastalar ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo 7: Hekimlerin 100 Yaşlı Hasta Başvurusunda İstismar Düşünme Oranlarının Kategorik Dağılımı

Tablo 8: Hekimlerin İstismar Konusundaki Eğitim Durumlarına ve Eğitim Gerekliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı

Tablo 9: İstismar Vakalarının Tespiti ve Yönetiminde Hekimlerin Kendilerine Olan Güven Durumlarının Dağılımı

Tablo 10: Hekimlerin Yaşlı İstismarı Vakalarının Yönetimi, Sorgulamalarındaki Rahatlık ve İstismarı Akılda Bulundurma Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 11: Hekimlerin Yaşlı İstismarını Sorgularken Karşılaştıkları Engeller Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımları

Tablo 12: Hekimlerin Yaşlı İstismarını Sorgularken Karşılaştıkları Engeller Konusundaki Diğer Düşüncelerine Göre Dağılımları

Tablo 13: Hekimlerin Yaşlı İstismarının Yönetiminde Karşılaştıkları Zorluklar Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımları

Tablo 14: Hekimlerin Yaşlı İstismarının Yönetiminde Karşılaştıkları Zorluklar Konusundaki Diğer Düşüncelerine Göre Dağılımları

Tablo 15: Toplam Engel ve Toplam Zorluk Puanlarının Dağılımları

Tablo 16: Hekimlerin İstismar Düşünme ve Gerekli Adım Atma Sıklığı

Tablo 17: Hekimlerin İstismar ve İhmal Düşündükleri Olgularda İzledikleri Tutum ve Davranışlarına Göre Dağılımları

Tablo 18: Toplam İstismar Düşünme ve Adım Atma Puanlarının Dağılımları

Tablo 19: Hekimlerin İzledikleri Yaşlı Hastaların Özellikleri ile İhmal İstismar Konusunda Kendilerine Duydukları Güven Arasındaki İlişki

Tablo 20: Cinsiyete Göre Toplam Zorluk Puanı ve Toplam Engel Puanının Karşılaştırılması

Tablo 21: Cinsiyete Göre Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 22: Hekimlerin ve Hasta Popülasyonunun Özelliklerine Göre Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 23: Mezuniyet Öncesi Alınan Eğitim Durumuna Göre Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 24: Mezuniyet Sonrası Alınan Eğitim Durumuna Göre Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 25: Hekimlerin İstismarı Sorgularken Karşısındaki Yaşlının Tepkisi ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 26: İstismarı Sorgularken Karşısındaki Fail ile Görüşmesine İzin Verilmemesi ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 27: Hekimlerin İstismarı Sorgularken Nereye Başvuracağını Bilememeleri ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 28: Hekimlerin İstismarı Sorgularken Kişileri Gereksiz Yere Etiketliyor Olma Duygusu ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 29: Hekimlerin İstismarı Sorgularken Kişinin Yakınlarının Tepkisi ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 30: Hekimlerin İstismarı Sorgularken Kurumlardan Yeterince Destek Alamamaları ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 31: Hekimlerin İstismarı Sorgularken Yeterli Zamanlarının Olmaması ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 32: Hekimlerin İstismar ve İhmali Nasıl Sorgulayacağını Bilememek ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 33: Hekimlerin İstismar ve İhmali Bildiren Yaşlılara Destek Sağlamak ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 34: Kötüye Kullanımı Belgelemek ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 35: Fail ile Görüşmek ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 36: İstismar ve İhmali Nereye Bildireceğini Bilememek ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 37: Toplam Engel Puanı ve Toplam Zorluk Puanları ile İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanları Arasındaki Korelasyon

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BB: Birinci Basamak

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

N: Sayı

p: İstatiksel Anlamlılık Değeri

r: Korelasyon Katsayısı

SEDD: Sosyoekonomik Düzeyi Düşük

SEDY: Sosyoekonomik Düzeyi Yüksek

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SS: Standart Sapma

TCK: Türk Ceza Kanunu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Bu tezin planlanmasından, yazımının tamamlanmasına kadar her aşamasında göstermiş olduğu ilgi, sabır, hoşgörü, ulaşılabilirliği ile beni tamamlayan ve kişisel gelişime büyük katkı sağlayan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL'a,

Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitim sürecim boyunca her konuda tecrübe, yardım ve destekleri ile yol gösteren aynı zamanda bu süre zarfında bir aile olduğumuzu her fırsatta hatırlatan, samimiyeti ve ilgisini her zaman hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'a,

Uzmanlık eğitiminin mesleki beceri geliştirmekten ibaret olmadığını her konudaki bilgilerini paylaşarak bizlere yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Vildan MEVSİM'e, Prof. Dr. Mehtap KARTAL'a, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a, Uzm. Dr. M. Neslişah TAN'a, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a,

Bu tezin hazırlık aşamasından bitirmesine kadar yanımda olan bilgisinden faydalandığım sevgili yardımcı tez danışmanım Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ'ye,

Benimle aynı süreci yaşayan, tecrübelerini paylaşarak bana her konuda desteklerini esirgemeyen, asistanlığımı anlamlandıran sevgili arkadaşlarım Asist. Dr. Azer GÜNAYDIN, Asist. Dr. Elifnur KARA ve Asist. Dr. Ayşe AYDEMİR'e,

Ayrıca tüm DEUTF Aile Hekimliği A.D mezunu arkadaşlarıma ve asistanlığı halen devam etmekte olan arkadaşlarıma ve tüm Anabilim Dalı çalışanlarına,

Hayatım boyunca haklarını ödeyemeyeceğim emeklerini, sevgilerini, şefkatlerini, maddi ve manevi yardımlarını üzerimden hiçbir zaman esirgemeyen canım annem Gönül ÖZOKCU, canım babam Abdullah ÖZOKCU ve canım ağabeyim H.Fazlı ÖZOKCU'ya,

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

Yaşamımıza renk, neşe, huzur katan, varlığı ile yorgunluğumu ve üzüntümü gideren her şeyim, canım kızım İrem'ime,

Teşekkür eder, sonsuz saygı ve sevgilerimi sunarım.

Son olarak bu günlere gelmemde katkı sağlayan, üzerimde emeği çok büyük olan, uzmanlığımı ve tezimi hediye etmek istediğim, yeri asla dolmayacak ve her zaman özlemle andığım canım babaannem; seni çok seviyorum, ışıklar içinde uyuman dileğimle.

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK HEKİMLERİNİN YAŞLI İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI VE İSTİSMARI ARAŞTIRMA DÜZEYLERİ

Dr. Özge ÖZOKCU GÜREL

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL

Yardımcı Tez Danışmanı: Uzman Dr. Gizem LİMNİLİ

Amaç: Yaşlılık dönemi; bireylerin bağımlılıklarının arttığı, kazalara açık hale geldikleri, fiziksel ve zihinsel yeteneklerinin azaldığı, pek çok kronik sorunla baş etmek durumunda kalınan bir dönemdir. Bu durumun hem yaşlı birey hem de bakım verenler açısından olumsuz önemli sonuçları mevcuttur. Yaşlı istismarının verdiği zararların önüne geçmenin belki de en etkili yolu, istismarının varlığından şüphelenmek ve bu durumu ortaya çıkarmaktır. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin herhangi bir nedenle kendilerine başvuran yaşlı hastalarda ihmal ve istismar belirtilerini ne kadar fark ettikleri ve bununla ilgili nasıl davrandıklarını saptayabilmektir.

Yöntem: Kesitsel analitik desendeki bu çalışma, 2018 Aralık tarihinde İzmir merkez ilçelerinde çalışan 268 aile hekimi ile gerçekleştirilmiştir. Hekim sayısı 11 ilçenin hekim nüfusuna göre oranlı olarak bölüştürülerek, her ilçede rastgele seçilen ASM'lerdeki doktorlar gönüllülük ilkesine göre dahil edilmiştir. Veri toplama araçları olarak demografik bilgiler ve yaşlı istismarı sorgulama deneyimini içeren bir anket ile istismar ya da ihmal olasılığı içeren olgular hazırlanmıştır. Olgular ile ilgili istismar düşünülüp düşünülmediği, düşünülürse ne yapılacağı araştırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik paket programı kullanılmış; ki-kare, t-testi, korelasyon ile ANOVA testi yapılmıştır. p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 268 katılımcının 115'i kadın (%42,9), yaş ortalaması $49,76 \pm 7,39$ (min:29 maks:67); mesleki yıl ortalaması $24,82 \pm 7,65$ 'tir (min:1 maks:40). 64 katılımcı (%23,8) bu konuda eğitim almıştır. Çalışmanın sonuçları istismarın varlığından şüphe duyma ortalama puanının $7,47 \pm 7,98$ ve $4,79 \pm 3,229$ (min

:0, maks:16) olduğunu göstermiştir. Yaşlı yakınlarının tepkisi, kurum desteğinin eksikliği ve yeterli zaman olmaması sorgulamadaki en önemli engeller olarak görülürken; kötüye kullanımı belgelemek istismar yönetiminde en sık karşılaşılan zorluk olmuştur. 145 katılımcı istismarı tespit etme, yönetme ve sorgulamanın fazla zaman aldığını düşünmüştür.

Sonuç: Çalışmamızda; hekimlerin yaşlı istismarını yeterince sık akıllarına getirmedikleri; akıllarına getirdiklerinde de yeterince müdahale etmedikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı istismarı, ihmal, birinci basamak, aile hekimliği



SUMMARY/ABSTRACT

PRIMARY CARE PHYSICIANS' AWARENESS AND LEVEL OF INVESTIGATION IN ELDER ABUSE AND NEGLIGENCE

Dr. Özge ÖZOKCU GÜREL

Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine the Department of Family
Practice

Supervisor: Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL

Co-supervisor: Uzman Dr. Gizem LİMNİLİ

Aim: Senescence is a period in which individuals' addiction increases, they are more vulnerable to accidents, their physical and mental skills decrease and they need to deal with plenty of chronic diseases. There are significant negative consequences of this period both for the elderly individual and the caretakers of the individual. One of the most effective methods of preventing negative consequences of elder abuse is to suspect the existence of it and try to reveal the abuse. This study aims to investigate primary care physicians' level of awareness in understanding the signs of elder abuse and negligence and their reaction when they are consulted by elderly patients for any particular reasons.

Method: This analytical cross-sectional study was conducted in December 2018 with 268 primary care physicians who worked in central districts of İzmir. The number of physicians was divided proportionally based on physician-to-population ratio in 11 districts and randomly selected physicians in each district participated in the study on voluntary basis. A questionnaire which includes physicians' demographic data and their experience in investigation of elder abuse, and sample cases which consist of the possibility of elder abuse and negligence are prepared as data collection tools. It was investigated that whether the participants would suspect the possibility of the existence of elder abuse and how they would react to given cases. In the analysis and evaluation of research data IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 was utilised and chi-square, t-test, correlation and ANOVA test were conducted. P-value<0.05 was accepted statistically significant.

Findings: 115 of 268 participants were female (%42,9), mean age was $49,76 \pm 7,39$ (min:29 max:67) and mean year of experience was $24,82 \pm 7,65$ (min:1 max:40). 64 of the participants (23,8%) received training about elder abuse. The findings of the study revealed that the mean score of the suspicion of abuse was $7,47 \pm 7,98$ and the mean score of taking actions against them was $4,79 \pm 3,229$ (min :0, max:16) The reaction of the patients' relatives, the lack of institutional support and the lack of time were found as the most significant obstacles and providing evidence was found as the most significant problem for the management of elder abuse. 145 participants stated that identification, management, and investigation of elder abuse and negligence take a lot of time.

Results: In the study, it was found that primary care physicians did not intervene adequately even when they suspected elder abuse and negligence sufficiently frequently.

Key words: Elder abuse, negligence, primary care, family medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Yaşam beklentisindeki artma, beslenme koşullarının ve yaşam standartlarının iyileşmesi, erken tanı ve tedavi olanaklarının artması gibi sebeplerle 20. yüzyılın başlarından itibaren yaşam süresi ve buna bağlı olarak yaşlı nüfus artmaktadır [1], [2]. 2010 yılında yayınlanan 'Birleşmiş Milletler, Dünya Nüfus Beklentileri Raporu'na göre; ortalama ömür, 2010 yılında dünyada 69,31 yıl olarak ölçülmüştür, 2050 yılında ise 75,5 yıla yükseleceği öngörülmektedir [2]. Türkiye'de ise 2010 yılında ortalama ömür 74,60 yıl olarak ölçülmüş, 2050 yılında ise 78,5 yıla yükseleceği öngörülmektedir [2].

Sağlık ve alanında meydana gelen gelişmelerin katkısı ile artan yaşlı nüfus beraberinde toplum ve aile düzeyinde yeni sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur [3]. Yaşlılık insan yaşamının doğal döngüsü içerisinde, bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarda gerileme ile birlikte sağlık ve üretkenliğin kalitesinin azaldığı bir dönemdir. Yaşlılık döneminde; kişiler daha bağımlı hale gelir, kazalar daha sık yaşanır, fiziksel ve zihinsel yetenekler azalır, hastalıklar arttığı için pek çok hastalıkla ve sorunla baş etmek gerekir. Bu durum hem yaşlılarda hem de yakın kişilerde olumsuz sonuçlar doğurur. Örneğin yaşlı bireyin bir başkasına bağımlı olması sonucuna bağlı depresyon, sosyal ilişkilerde azlık ya da kayıp gözlenebilirken; bakım verende ekonomik yük, tükenmişlik görülebilir.

Bu nedenle yaşlılık, yaşlı birey açısından baş edilmesi zor bir süreç olarak tanımlanır ve bu dönemde yaşlı bireylere olan desteklerin azalması ya da kaybı ciddi sonuçlara yol açar [4].

Yaşlılıkta görülen sosyal, ruhsal ve fiziksel sorunların gitgide küçülen aile ortamında çözümlenememesi bu kişilerde bakım sorununu gündeme getirmiştir. Bakım sorununun daha ileri boyutta yaşlı istismarı ve ihmeline zemin hazırlaması ise tüm dünyada tartışılmaya başlanmış ve problemin boyutları, ciddiyeti ortaya konulmuş, önlemler ve düzenlemeler hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu-Dünya Sağlık Örgütü; Toronto Deklarasyonu'nda yaşlı istismarını, 'Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sebep olan bir kez veya yineleyen, uygun olmayan

davranışlarda bulunulması' şeklinde tanımlamıştır [5]. Yaşlı istismarı; fiziksel, duygusal-psikolojik ve ekonomik istismar türlerini kapsar.[6]. Yaşlı istismarının tanımına ilişkin bir görüş birliği yoktur [7],[8],[9],[10]. Günümüzde yaşlıya kötü muamele (mistreatment), yaşlı istismarı (elder abuse) olarak kullanılmaktadır [11].

Yaşlı istismarı, Amerikan toplumunun dikkatini ilk kez 1970'li yıllarda çekmiş, 1979 yılında özel yaşlı istismarı yasası oluşturulmuştur [6].

Yetişkin Koruyucu Hizmetlere rapor edilen çok az miktarda yaşlı ihmal ve istismar vakası bulunmaktadır, ayrıca raporlanan vakalar, istismarın en yaygın ve belirgin şekilde görülen türleridir [12]. Raporlama ve bildirmenin iyileşmesi için, yaşlı ihmal ve istismarının yaygınlığı konusunda yeterli tarama ve farkındalık olmalıdır. Öte yandan, ihmal ve istismarın önlenmesinde belirti ve risk gruplarını bilmek önemlidir. İstismar ve ihmali tüm yaşlılarda görülmekle birlikte motor-mental gerilik, temel ihtiyaçlarını karşılayamama gibi durumlar ile, psikolojik hastalığı bulunan ve hassas olan yaşlı bireyler de risk daha fazladır.

Yaşlı istismarı; travma, yaralanma, tıbbi ihtiyaçların giderilmemesi, temizlik ve hijyen yetersizliği, beslenmenin ve sıvı alımının göz ardı edilmesi, barınma ihtiyacının yeterli derecede karşılanmaması, gelirine el koyma, kişiyi dışarı çıkarmama sürekli evin içinde tutma, terk edilme gibi birçok şekilde ortaya çıkabilir. [13],[14].

İstismar türlerini tanımlamak için geliştirilen çok sayıda tarama aracı vardır [15],[16],[17],[18]. Buna rağmen, yaşlılara karşı yapılan ihmal ve istismar girişimleri sıklıkla topluluk ve kişilerden uzak gizli şekilde yapılır, bu nedenle bu kişilere yönelik önlem alabilmek ve koruyucu hizmet verebilmek güçtür [19].

Birinci basamakta, yaşlı istismarını taramada ve istismara müdahalede hekimler kilit görev üstlenmelidir. Özellikle hekimleri de içine alan çalışan sağlık personelinin istismar ve ihmal belirtilerini tanıması ve istismar varlığını ortaya çıkarması önem taşımaktadır. Hekimlerin öncelikli olarak herhangi bir nedenle kendilerine başvuran yaşlı hastalarda ihmal ve istismar belirtilerini saptayabilecek farkındalık ve bilgiye sahip olması gerekir.

Ülkemizde hem yaşlı istismarı ile ilgili araştırmalar hem de bu konu ile ilgili bilgi kaynakları yetersizdir. Türkiye'de yaşlı ihmal ve istismarı üzerine, ihmal ve istismarın

belirtileri ile çeşitleri konusunda çok sayıda sistematik derlemeler mevcut olmasına karşın hekimlerin ihmal ve istismarı tanımadaki yeterlilikleri, ihmal ve istismar konusundaki farkındalıklarının ölçüldüğü bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Amaç

Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesi ya da olumsuz sonuçlarına müdahale edilebilmesi için öncelikle saptanmaları gerekir. Birinci basamak hekimleri sadece yaşlı bireyleri değil aile ve çevrelerini de tanıdıkları için bu konuda önemli bir görev ve sorumluluk yüklenmişlerdir. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin herhangi bir nedenle kendilerine başvuran yaşlı hastalarda ihmal ve istismar belirtilerini ne kadar fark ettikleri ve bununla ilgili nasıl davrandıklarını saptayabilmektir.

1.3. Hipotezler

Hipotez1:

H0: Hekimler yaşlı istismarının farkındalar

H1: Hekimler yaşlı istismarının farkında değiller

Hipotez 2:

H0: Hekimler yaşlı istismarı olgularını araştırıyorlar

H1: Hekimler yaşlı istismarı olgularını araştırmıyorlar

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık ve Yaşlı İstismarı

2.1.1. Yaşlı Tanımı

Sözlük anlamı olarak “yaşlılık” artmış yaşın etkilerini gösterme hali, yaşlı olma olarak tanımlanmıştır [20]. Yaşlılıkla birlikte, bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarda gerilik görülür, sağlık ve üretkenliğin kalitesi azalır. Bu dönemde yaşlı bireye olan desteklerin azalması ya da kaybı yaşanır. Yaşlılık, yaşlı birey açısından baş edilmesi zor bir süreç olarak tanımlanır [21],[22]. Yaşlılık intrauterin hayatta başlar, ölümle sonlanır ayrıca kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreçtir. [23]. Bu dönemde kişinin dengesinin kaybolur, verimi azalır, yaşam kalitesi düşer, üstelik bu dönem kişide bedensel olarak da yıkım ve harabiyete neden olur [24]. Yaşlanma; karmaşık bir süreçtir çünkü birbiriyle ilişkili sosyal, ekonomik, biyolojik, fizyolojik ve psikolojik süreçler yaşanır. Anne karnı ile ölüm arasında görülen süreci tanımlar.

Molekülden başlayıp vücudumuzdaki sistemler üzerine zamanın etkisiyle ortaya çıkan, geriye dönüşsüz, yapısal ve fonksiyonel değişiklikler gözlenir. Yaşlanma durumu, tüm işlevlerde azalmaya sebep olan sürekli bir akıştır. Yaşlı kavramı ise birey düzeyinde yapılır, kronolojik yaşa göre tanımlanır. Yaşlılık döneminde görülen fiziksel, psikolojik ve psiko-sosyal değişimler de birbiriyle ilişkilidir [3],[24].

Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (Organization for Economic Co-operation and Development/OECD)’nün 1992’deki tanımlamasına göre yaşlı, “hareket ve gereksinimleri değişen, heterojen bir gruptan oluşan 65 yaş üstü insanları” ifade eder.

DSÖ yaşlılığı bireyin çevreye uyum yeteneğinde azalma şeklinde tanımlamakta ve yaşlılığın başlangıcını 65 yaş, ileri yaşlılık evresini de 80 yaş ve üstü olarak kabul etmektedir [25]. 65 yaş üstü bireyler yaşlı kabul edilmekle birlikte, yaşlılık sınıflandırılması ülkelerin yaşam beklentisine, içinde bulundukları durumlara, sağlık güvence sistemlerine göre değişiklik gösterir. Yaşlı oranı düşük (%4–7) ülkelerde 60 yaş yaşlılık sınırı olarak kabul edilmektedir [24].

Yaşam beklentisi giderek artmış ve 70–75 yıla ulaşmıştır [26]. Türkiye’de son yarım yüzyılda yaşam beklentisi durumları Tablo 1’de görülmektedir [27].

Tablo 1: Türkiye’de Doğumdan Beklenen Yaşam Beklentisindeki (Yıl) Değişimler

Dönem	Erkek	Kadın	Toplam
1955-60	46.5	49.8	48.1
1965-70	53.4	56.5	54.9
1975-80	58.0	62.5	60.3
1985-90	62.2	66.4	64.2
1995-00	66.5	71.7	69.0
2005-10	69.2	74.4	71.7
2015-20	71.4	73.6	73.9
2025-30	73.4	78.4	75.8

Birleşmiş Milletlerin yaptığı araştırmaların sonuçlarına göre kıtaların yaşlı nüfus sayıları ve oranları;

Tablo 2: Kıtaların 65 Yaş Üstü Nüfus Sayıları ve Toplam Nüfuslarına Oranları

KITA	1950 N (%)	2015 N (%)
Avrupa	43742000 (7,96)	130378000 (17,59)
Kuzey Amerika	14096000 (8,16)	52660000 (14,79)
Okyanusya	932000 (7,36)	4336000 (10,96)
Latin Amerika	6009000 (3,55)	48129000 (7,61)
Asya	56608000 (4,03)	334743000 (7,57)
Afrika	7426000 (3,24)	41274000 (3,45)

Tablo 3: Ülkelerin 65 Yaş Üstü Nüfus Sayıları ve Toplam Nüfuslarına Oranları

ÜLKE	1950 N (%)	2015 N (%)
1. İtalya	3770000 (8,09)	13307000 (23,55)
2. Almanya	6764000 (9,66)	17255000 (21,11)
3. Danimarka	385000 (9,02)	1084000 (19,05)
4. İspanya	2028000 (7,22)	8759000 (18,87)
5. Birleşik Krallık	5483000 (10,83)	11851000 (18,12)
6. Hollanda	771000 (7,67)	3035000 (17,91)
7. Romanya	932000 (5,74)	3379000 (16,99)
8. Norveç	312000 (9,55)	848000 (16,30)
9. ABD	13043000 (8,21)	46839000 (14,64)
10. Avusturalya	668000 (8,16)	3261000 (13,70)
11. Rusya	4965000 (4,82)	19409000 (13,48)
12. Tayland	672000 (3,24)	7253000 (10,56)
13. Çin	24557000 (4,42)	135179000 (9,67)
14. Jamaika	54000 (3,84)	267000 (9,29)
15. Brezilya	1606000 (2,97)	16395000 (7,96)
16. Türkiye	640000 (2,98)	6107000 (7,80)
17. Meksika	971000 (3,46)	8160000 (6,48)
18. Hindistan	11812000 (3,13)	73781000 (5,63)
19. Mısır	625000 (3,01)	4748000 (5,06)
20. Etiyopya	554000 (3,05)	3476000 (3,48)
21. Sudan	193000 (3,36)	1336000 (3,45)
22. Suudi Arabistan	104000 (3,33)	964000 (3,05)
23. Yemen	174000 (3,95)	769000 (2,85)
24. Nijerya	1129000 (2,98)	4957000 (2,73)
25. Kenya	239000 (3,93)	1219000 (2,58)

65 yaş üstü birey nüfusları teknoloji ve sağlıktaki gelişmeler nedeniyle gün geçtikçe artmaktadır. Bu artışların oranlarındaki farklar ise ülkelerdeki yaşam kalitesi, sağlık harcamaları, koruyucu sağlık hizmetleri, salgınlara, doğal afet ve savaşlar gibi kitlesel olaylara bağlanmaktadır [28].

Türkiye’de ise doğumda beklenen yaşam süresi gün geçtikçe artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 yılı sağlık istatistiklerine göre ülkemizde, 2002 yılında 72,5 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi, 2010 yılında 76,4 yıla çıkmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 73, kadınlarda ise 78 yıl olarak bulunmuştur [29].

2.1.2. Yaşlılık Bilimi “Gerontoloji-Geriatri”

Gerontoloji yaşlanmanın sebeplerini ve şartlarını, yaşlılık sürecini, yaşla ilgili hastalıkları, yaşlanma sürecinde değişen tutum ve davranış kalıplarını araştıran bir bilim dalıdır. Yaşlanmanın biyolojik, sosyo-ekonomik, ve sosyolojik yönlerini bilimsel metotlarla inceler [23],[30],[31].

Geriatri, yaşlılık dönemindeki kişilerin hasta olmalarını önlemeyi, sağlıklarını korumayı, çok yönlü değerlendirme ve tedaviyi hedef alır [23],[30],[31].

Gerontoloji, yaşlanma süreciyle; geriatri, yaşlılardaki hastalık tedavisi üzerine çalışır. [30],[31].

Ülkemizde geriatri daha çok bilinmektedir (Geriatri Bilim Dalı ve Ünitesi, Geriatri Servisi, Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezleri, Vakıflara bağlı Geriatri Üniteleri gibi) fakat ‘Gerontoloji’ için aynı durumdan bahsedemeyiz. Gerontoloji ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde bilim dalı olarak kabul edilmektedir ve bizim ülkemizde de bir bilim dalı olarak kabul görmelidir [32].

2.1.3. Yaşlılık Dönemi Sorunları

Hekimler, normal yaşlanma süreci ile yaşlanmaya bağlı görülen tüm vücut sistemlerini etkileyen ve her yaşlı kişide görülebilecek değişimlerde oluşabilecek sorunları tanımalıdır ancak bu şekilde yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına yanıt verebilirler.

❖ Yaşlılık Dönemindeki Fizyolojik Sorunlar

Yaşlanma ile kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, immün, endokrin, kas-iskelet sistemleri gibi birçok sistem ile duyu organları ile organların fonksiyonlarında azalma oluşur. Duyu organlarının zayıflamasına bağlı algılama yeteneği ve bilişsel bozukluklar görülür [33],[34].

Yaşlılıkta fizyolojik ve bilişsel becerilerde kısmen gerilemeler olması tıbben olağan karşılanmaktadır. Bu dönemde sağlık sorunları sıklıkla kronik ve dejeneratif hastalıklardır. Kronik hastalıkların neden olduğu yetersizlikler; bireylerin yaşamsal aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik yapabilmektedir. Yaşlanma sürecinde oluşan işlevsellikte gerileme ve kronik hastalıklarda artışın olması, yaşlı bireylerin günlük ihtiyaçlarını yerine getirmelerini azaltıp bağımlılığını artırır [21],[35].

❖ Yaşlılık Dönemindeki Psiko-sosyal ve Ekonomik Sorunlar

Yaşlanma döneminde, bireyin çevresinde olan kayıplar yaşlıda ölüm kaygısının arttırır. Ayrıca; yalnızlık ve terk edilmişlik duygusu da önemli bir problemdir. Çevresinden ve iş yaşamından uzak kalan kişi sosyal ilişkilerini giderek kaybeder. Araştırmalar, yaşlıların önemli bir bölümünün yalnızlıktan ve terk edilmişlikten yakındıklarını göstermiştir [21],[36],[37]. İş yaşamı sonrasında, bireylerdeki üretkenliklerinin azalması sosyal açıdan sıkıntı doğurur. Yaşlı bireylerin kısıtlanması, evde bakım ihtiyaçlarının ortaya çıkması da kendilerini yük olarak görmelerine ve bunun sonucunda depresyona girmelerine sebep olabilmektedir[38].

Umutsuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal ilişkilerde bozulma, güçsüzlük, karar verme yetisinin azalması, yaşlıda sık görülen psikososyal sorunların içindedir [21],[39]. Diğer önemli sorunlar ise; demans, alzheimer, depresyon, özkıym (intihar)dır.

❖ Yaşlılık Dönemindeki Barınma (Konut) Sorunları

Değişen dünyada, toplum yapısı ile birlikte aile yapısı da değişmektedir. Şehirlerde geniş aileden çok çekirdek aile şeklinde yaşamaya ağırlık verilmeye başlanmış bunun sonucunda aile yaşamında yaşlılar yer almamaktadır. Bu durumda yaşlılar kendilerini yalnız ve işe yaramaz hissetmekte ve psikolojik yönden yıpranmaktadır. Ülkemizde sosyal güvence sistemindeki yetersizlikler, sosyal yardım programlarındaki aksaklıklar da yaşlı bakımı konusunda bakım verenlerde ekonomik bir yük oluşturmaktadır [40],[38]. Ailedeki ilişkilerin kötüye gittiğine ilişkin görüş oranı %55,5 olarak bildirilmektedir [41]. Yaşlılar genel olarak kendi yaşamları için kararları kendileri vererek son dönemlerinde yaşamlarını ailesiyle mi aile dışında mı sürdürmek istedikleri konusunda tercih yapmakta özgür olmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TİK) araştırmasına göre yaşlıların %55'i çocuklarını, %17,8'i evinde bakım hizmeti, %9,3'ü huzurevini tercih etmiştir. Huzurevini tercih edenlerin de tercih sebepleri % 55,1 oranında çocuklarına yük olmak istememeleridir [41].

Geçmiş yıllarda yaşlıların özel yaşlı bakımevlerine alınması düşüncesi yaygınken, günümüzde onun yerini sürekli bulunduğu ve alıştığı ortamda, yaşlıya göre düzenlenmiş koşullar altında hayatını devam ettirebilmesine yönelik hizmet

anlayışı almıştır. Bu sebeple, huzurevlerinin yaygınlaştırılması değil, yaşlının kendi evinde bakım ve rehabilitasyonunu alması ön plana çıkmıştır.

2.1.4. İstismar ve İhmal

İstismar, yaş ve cinsiyete bakılmaksızın birinin iyi niyetini kötüye kullanma, o kişiyi sömürme anlamına gelmektedir. İstismar tek bir eylem şeklinde olabilir, tekrarlayabilir [9]. İstismar, özellikle kendini koruması zayıf olan yaşlı ve çocuk grubunda olabileceği gibi kadınlara karşı, eşler arasında ya da kurumlar tarafından çalışanlarına karşı uygulanabilir.

Çocuk ve yaşlıları kapsayan bir ihmal tanımı bulunmamaktadır. İhmal kelime anlamı olarak, gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, önem vermemeyi ifade etmektedir[42]. Bu tanıma bakılarak ihmal, bir yetişkinin ilgi göstermekle yükümlü olduğu kişiye (yaşlı/çocuk) gerekli ilgiyi vermemesi durumu şeklinde açıklanabilir.

2.1.5. Yaşlı İstismarı ve İhmali

Yaşlıya kötü muamele (mistreatment) günümüzde yaşlı istismarı olarak kullanılmaktadır (elder abuse) [11]. İstismar terimi, şiddet ve kötü davranmayı kapsamaktadır. Genel olarak yaşlı istismarı, yaşlı bireyin sağlık ya da iyilik halini tehdit eden ya da zarar veren herhangi bir davranış olarak tanımlanmaktadır [6].

Yaşlı istismarını, Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluğu ve DSÖ Toronto Deklarasyonu “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır” şeklinde tanımlamıştır [10],[43],[44]. “Yaşlı bireyin sağlığını tehdit eden ve bireye zarar veren her türlü” [9] veya “belli bir zaman diliminde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” şeklinde de tanımlanabilmektedir [45].

Yaşlı istismarı tarih boyunca her kültürde ve her zaman var olmuştur. İstismara yönelik olarak devlet yöneticilerinin konu ile ilgilenmesinin ilk örneği ise Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) görülmüştür. ABD’de yaşlı istismarı, 1978 yılında tartışılmaya başlanmış ve 1979 yılında özel yaşlı istismarı yasası oluşturulmuştur [9],[46].

İstismar sadece aile içinde değil, genel nüfusta sağlık hizmetinin verildiği kurumlarda, sosyal hizmetlerin verildiği kurumlarda da görülebilir. Fiziksel ve psikolojik olarak yaşlıya zarar verme ve faydalanma şeklinde yapılan muameleler toplumda ciddi sorun oluşturmaktadır. Ayrıca her toplumda, her kültürde ve her ekonomik düzeyde görülebilir[8]. İstismar ve ihmale uğramak yaşlı bireyin yaşamını tehdit eden sonuçları doğurabilir. İstismara uğramamış ya da kronik bir hastalığı bulunmaya bireylere göre istismara uğrayanların yaşam beklentileri yapılan araştırmalara göre daha düşük saptanmıştır [47].

Yaşlı istismarı, birçok araştırmada dört ana başlıkla gruplandırılmıştır. Bunlar fiziksel istismar, psikolojik istismar, ekonomik istismar ve ihmaldir. Dünya Sağlık Örgütü ve Ulusal Yaşlı İstismar Merkezi bunlar dışında kendini ihmal ve cinsel istismar başlığının da bu sınıflamaya eklenmesini istemiştir [10],[48],[49].

2.1.6. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Nedenleri

Yaşlı nüfusunun artışı, sosyal güvenlik ve destek sistemlerindeki yetersizlik ihmal ve istismar durumunu arttırmaktadır. Fiziksel olarak güçsüz olan, zihinsel engeli olan, depresyonu olan ve ihtiyaçlarını karşılamada başkasına bağımlı olanlar daha çok risk altındadır.

Yaşlı istismar ve ihmalinin nedenleri; ailesel, kültürel, kurumsal, bakım veren ile ilgili ve yaşlı bireyle ilgili faktörler şeklinde sınıflandırılabilir [9],[47],[50],[51].

Ailesel nedenler; yaşlı bireyle aynı yerde yaşamının ve bakmanın ekonomik olarak yük olması, ailede altta yatan şiddet yatkınlığı ya da şiddet öyküsünün bulunması, aile özellikleri, aile dinamikleri, ailedeki ilişkilerin kalitesi, bireyin bakımı ile ilgili beceri ve bilgide yetersizlik, bakım verenin stresli ve asosyal bir yaşam sürmesidir [52]. Kuşaklar arası şiddet aktarım teorisine göre; şiddet ve istismarın öğrenilen bir davranıştır, kuşaktan kuşağa aktarılır [53],[54],[55],[56].

Kültürel nedenler; kültürel değerler, gelenekler, inançlar, göç, toplumun yaşlıya duyduğu saygı, yaşlının yaşlılığı nasıl olarak algıladığı, toplumun yaşlı ile ilgili inançlarıdır [38].

Kurumsal nedenler arasında; kurumda çalışan personellerin maaşlarının yetersiz olup buna karşın mesailerinin uzun ve yorucu olması, burada yaşayan yaşlıların hassas ve güçsüz olması, kurumda çalışan görevli ve yöneticilerin istismar

konusunda bilgi yetersizlikleri ile gördükleri istismar durumlarına karşı duyarsız olmaları yer alır [57].

Bakım veren ile ilgili nedenlere; Bakım veren kişinin stresi/yükü, davranışlarını kontrol edememe gibi kişilik bozukluklarının olması, ilaç ya da alkol bağımlılığı, düşük benlik saygısı, bakım rolünü benimsememesi, bakım verme işini zorunlu ve yük olarak görüp isteksiz davranması, bakım verdiği kişiyle uyumsuzluğunun olması, ekonomik olarak yaşlı bireye bağımlı olması, kişisel hayatında olan aksaklık ve sıkıntılarını bakım verdiği bireye yansıtması gibi birçok durum örnek verilebilir [58].

Yaşlı birey ile ilgili nedenler; yaşlı bireyin motor-mental geriliğinin olması, ihtiyaçlarını karşılamada başkalarına bağımlı olması, güçsüz ve hassas bir yapısının olması, sık sık düşme öyküsünün bulunması, eğitim seviyesinin düşük olması, idrar kaçırma probleminin olması, sık sık şiddet içerikli konuşmalarının olmasıdır [9],[47],[50], [51].

2.1.7. Yaşlı İstismar ve İhmal Türleri

Fiziksel istismar: Yaşlıya, bakım veren veya güvendiği bir kişi tarafından zorla vücuda ağrı verilmesi, zarar verilmesi, fiziksel olarak engel olunması, yetersizliğe yol açılması, zorla beslemesi ve yatakta tutması gibi eylemlerinin olması durumudur. Açıklanamayan yanıklar, yara, bere, çürük ve izleri, tokat, dövme, sarsma, tekrar eden yaralanmalarda aynı sağlık kurumuna gitmeme, kötü niyetli olarak ilaç verme, kaçamak ifadeler ve tutumlar gibi durumlar fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır [59],[60],[61],[62]. Fiziksel istismar prevalansı %1,6 bulunmuş bunların da sadece %31'i kolluk kuvvetlerine bildirilmiştir [63].

Psikolojik/emosyonel istismar: Yaşlının güvendiği bir kişi tarafından sözlü ya da sözlü olmayan yolla ruhsal açıdan strese sokma ya da acı verme durumu olarak tanımlanabilir. Aşağılamak, hakaret etmek, bağırarak, suçlamak, zorla kendi çevresinden ayırmak, göz ardı etmek, utandırmak, sürekli eleştirmek, lakap takmak, ya da korkutmak gibi durumlar psikolojik istismardır. Fiziksel ya da mental olarak başka birine bağımlı olmamasına karşın, yaşlıyı huzurevine göndermekle tehdit etmek de sıkça görülen psikolojik istismar türündendir. Yaşlı birey iletişim kurmuyorsa, cevap vermiyorsa, sosyal ilişkilerinde ilgi eksikliği oluşmaya başlamışsa, sürekli olarak psikolojik ya da fiziksel sağlık problemleri yaşıyorsa,

mantıksız ve şüphe yaratan korkuları varsa psikolojik istismar akılda bulundurulmalıdır [64] . Prevalansı %4,6 olarak bulunmuştur [63].

Cinsel istismar: Bireyin rızası dışında herhangi bir cinsel muamele veya tacize zorlanmasıdır. Bireye tecavüz edilmesi, zorla soyulması, isteği olmadan dokunulması, açık bir şekilde cinsel içerikli fotoğraf çekme ya da izletme durumları cinsel istismar olarak sayılabilir. Açıklanamayan anal ve vajinal kanama, kanlı, yırtık giysiler, göğüslerdeki çürük ve morluklar, cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar ve vajinal enfeksiyonlar [64], [38]. En fazla gizlenen istismar tipi olup polise bildirilme oranı %16'dır. Ayrıca hukuki sistem, sağlık görevlileri ve toplum tarafından da en fazla göz ardı edilen istismar türü olduğu düşünülmektedir [65]. Cinsel istismara kadınların uğrama oranı daha yüksektir. İsveç'te yapılmış bir çalışmada 65 yaş üstü kadınlardaki cinsel istismar oranı %2,2 iken erkeklerde bu oran %1,2'dir [66]

Ekonomik istismar: Yaşlının mal varlığının legal ya da illegal şekilde çalınması veya kötüye kullanılması durumudur. Prevalansı %5,2 bulunmuş, %3,4'ünün parasının harcanması şeklinde olduğu belirtilmişti [63]. Yaşlı bireyin yasadışı veya izinsiz bir şekilde parasının, mallarının, banka hesabının ve diğer değerli eşyalarının kullanılması ya da değiştirilmesi, mental bir yetersizlik bulunmadığı halde sivil ve hukuki haklarının ihlal edilmesi, hileyle vekaletname alınması, kendi evinden çıkartılması ekonomik istismar örnekleri sayılabilir [6],[67],[68],[50]. İstismarı yapan kişi; eş, çocuk, arkadaş, komşu, akraba, sağlık görevlisi, gönüllü yardımcı, hizmetçi, sosyal hizmetler görevlisi, çevredeki başka bir görevli olabilir [47],[50].

Yaşlı ihmali: Bireyi, temel gereksinimlerden olan yiyecek, içecek, giyinme, ısınma gibi ihtiyaçlarından yoksun bırakma durumudur [9]. Yaşlının fiziki ve ruhsal sağlık ihtiyaçlarının karşılanmaması ya da yetersiz karşılanması, bedensel temizlik veya giyinmesine yardım etmeme, sağlık ve güvenliğine zarar verebilecek şeylerden korumada yetersizlik, yaşlı ihmalinin varlığını gösterir. En sık görülen istismar türü olup prevalansı %5.9'dur [63]. Aşırı zayıflama, gözlerde çökme, bası yaraları, dehidratasyon bulguları, bireyin hijyeninin kötü olması, tedavi edilmemiş fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar, yaşlının kıyafetlerinin ya da yatağının temiz olmaması, ilacının alınmaması ya da tedavisinin ertelenmesi yaşlı ihmali gösteren belli başlı belirtiler arasındadır [47].

Yaşlının kendini ihmali: Yaşlının kişisel bakımına gerekli özeni göstermemesi durumudur. Yaşlının sağlık ihtiyaçlarını karşılamaması, tıbbi tedavisini aksatması, giyim-kuşam ve beslenmesini aksatması, özen göstermemesi kendi kendini ihmaldir.

2.1.8. Yaşlı İstismarı ve İhmali Sıklığı

Yaşlı istismarının prevalansını belirlemek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır ve yaklaşık olarak %4-10 arasında istismara uğrayan yaşlı saptanmıştır. Yaşlı istismar ve ihmali gösteren çalışma örnekleri Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4: Farklı Çalışmalarda Yaşlı İstismar ve İhmal Prevalansı

Yıl	Araştırmacı	Yapıldığı Yer	Örneklem Büyüklüğü	Prevalans
1996	Artan ve Ark.	İstanbul, Türkiye	≥ 60 yaş, 113 yaşlı	Fiziksel istismar %25,7 Sözel hakaret %60,30 Parasını alma %14,70
1997	Cupitt ve Ark.	Avusturalya	≥ 65 yaş, 598 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %0,42
1997	Lachs ve Ark.	ABD	≥65 yaş, 2812 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %1,6
1998	Comijs ve Ark.	Amsterdam,Hollanda	≥65 yaş,1797 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %5,6
2001	Pavlik ve Ark.	Texas, ABD	Texastaki tüm ≥65 yaş yaşlılar	Toplam istismar ve ihmal %1,3
2002	Boldy ve Ark.	Batı Avusturalya	≥60 yaş,1815 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %0,64
2004	Anme ve Ark.	Japonya	≥60 yaş, 78 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %17,9
2004	Keskinoğlu ve Ark.	İzmir, Türkiye	≥65 yaş, 204 yaşlı	Fiziksel istismar %1,5 Ekonomik istismar %2,5 İhmal %3,5
2006	Oh ve Ark.	Seoul, Kore	≥65 yaş, 15.230 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %6,3
2007	Keskinoğlu ve Ark.	İzmir, Türkiye	SEDD: ≥65 yaş, 201 yaşlı SEDY: ≥65 yaş, 296 yaşlı	SEDD→ Fiziksel İstismar %1,5 Ekonomik İstismar %2,5 İhmal %27,4 SEDY→ Fiziksel İstismar %2 Ekonomik İstismar %0,3 İhmal %11,2

İstismar ile ilgili bilgi ve bilinç düzeyi artış göstermesine rağmen belirleme ve sorunu çözme anlamında yetersizliklerin olması nedeniyle halk sağlığı sorunu olarak hala devam etmektedir. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları yaşlıların neyi veya

neleri istismar olarak gördüklerini anlamalılar ve bu kişilerin yardım almasına engel olan nedenlerin ne olduğunu araştırıp farkına varmalıdırlar [69].

İstismara uğrayan kişiyi fark etmek ve bu sorunu yönetebilmek en önemli problemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı bireyleri değerlendirirken hekimlerin akıllarında bulundurmaları gereken engellerin nedenleri aşağıda belirtilmiştir.

A. Kişisel Nedenler:

Yaşlının;

- ✓ Durumun ciddiyetini algılamaması [70].
- ✓ İnsanlara ve yönetime karşı olan güven eksikliği [71].
- ✓ Aile yaşantısına müdahale edilmesinin doğru olmadığını düşünmesi [8], [72], [68].
- ✓ İnsanların yalan söylediğini düşünmeleri [8], [68], [73].
- ✓ Bakım veren ya da ailesi tarafından suçlanacağını, yargılanacağını düşünmesi [72], [71], [74].
- ✓ Ailesinin kötü davranışlarını başkalarına söylediğinde yakınlarının daha kötü davranacağından ya da başka bir kuruma göndereceğinden korkması ve ailesinin bu davranışlarından utanması [8], [72], [71], [74]
- ✓ Yaşananları kimseyle paylaşmak istememesi ve kendi suçu olarak görmesi bu nedenle istismarı bildirmedi isteksiz olması [72], [74], [73].
- ✓ Ailesinin suçlu olduğunu kabullenmek istememesi ve kendini anlatmada yetersiz kalması [72], [73], [70]

B. Sağlık Çalışanları ve Kurumsal Engeller

- ✓ Çalışanların sorunu iletme, bildirme ve yönetmedeki isteksizlikleri [8], [72]. [54], [68].
- ✓ Hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının ortaya çıkarabilecek istismar sorularını bilmemeleri ve bu konuda bilgi yetersizliklerinin olması [8], [54], [68], [69].
- ✓ Sağlık personellerinin sorumluluk almak istememesi [69], [70].

C. Kaynaklara ve Bilgiye Ulaşmadaki Engeller

- ✓ Sosyo-ekonomik olarak yaşlının birine bağımlı olması [70].
- ✓ Yaşlı bireyin alabileceği yardım kaynaklarını ve nereye başvuracağını bilememesi [69].

2.1.9. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Olası Bulguları

İstismara ya da ihmale uğramak yaşlı kişiler açısından zor ve yıpratıcı bir durumdur. Kişi istismara uğradığını korktuğu ya da korkutulduğu için söyleyemeyebilir ve yardım alamayabilir. Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının olası belirti ve bulguları yakalayabilmesi önemlidir [7], [9],[10],[11],[52]

➤ Fiziksel İstismarın Belirti ve Bulguları:

- Sık acil servis başvurusu
- Kırıklar, ısırlıklar, ip ve halat izleri
- Tıbbi tedavinin gecikmesi
- Yanıklar (özellikle görünmeyen yerlerde)
- Çürükler
- Kilo kaybı
- Saç kaybı
- Tıbbi tedavilerin yetersiz ya da uygun olmayan kullanımı
- Sebebi açıklanmayan veya iyileşmesi geciken yaralanmalar

➤ Ekonomik İstismarın Belirti ve Bulguları:

- Parasına ne olduğunu açıklayamama
- Yeterli geliri olmasına rağmen kişinin para sıkıntısı çekmesi, temel ihtiyaçlarını karşılayamaması (yeme, içme, giyinme vs.)
- Değerli eşyaların kaybı
- Ödenmeyen faturalar
- Banka hesabında beklenmedik ve olağan dışı değişiklik
- Çek ve banka işlemlerinde yaşlı bireyin imzasına benzemeyen imzalar
- Yaşlı kişinin bakımına yüksek miktarda para harcanmasına bakıcının ilgi göstermesi

➤ Psikolojik İstismarın Belirti ve Bulguları:

- Depresyon
- Yeme ve uyku bozukluğu
- Paranoya
- Korku
- Kızgınlık/öfke
- Bilinç bulanıklığı
- Çekingenlik
- İnkâr/ret
- Düşük benlik saygısı
- Sosyal olarak geri çekilme

➤ Cinsel İstismarın Belirti ve Bulguları:

- Genital bölgede ağrı nedeniyle yürüme, oturmada zorluk
- Abdominal veya anal bölgede ağrı, tahriş bulguları (kızarıklık vs.)

- Kronik idrar yolu enfeksiyonu
- Vajinal ya da anal bölgede yara, kanama, bere

➤ İhmalin Belirti ve Bulguları:

- Güvenli olmayan yaşam koşulları (ısınma, barınma vs.)
- Yeteriz hijyen
- Yetersiz beslenme ve hidrasyon
- Gerekli olmasına karşın gözlük, takma diş, işitme cihazı gibi araçların olmaması
- Kırık ya da kayıp gözlük
- Tedavide aksama (aşırı doz /aksatma)
- Kirli ya da ıslak yatak veya kötü çevre koşulları gibi

2.1.10. Hekim ve Diğer Sağlık Çalışanları Tarafından İstismar ve İhmali Belirleme ve Değerlendirme

Bir yaşı değerlendirirken istismar ihtimali her daim akılda bulundurulmalıdır. İstismarın değerlendirilmesinde, hekimin klinik bilgileri yanısıra insan ilişkileri de önem taşımaktadır. Yaşlının güvenliğini arttırmak için tehdit edici olmayan ve yardım edici sorular yönlendirilmelidir. Yaşlının bakım gereksinimleri, aile ilişkileri, bakım veren ve sistemler değerlendirilmeli; ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır [75].

İstismar değerlendirilirken göz önünde bulundurulması gerekenler şunlardır:

- ❖ Yetersiz ve güvensiz ev koşulları yaşı istismar olasılığını artırabilir.
- ❖ Yaşlının bir başkasına bağımlı olması ya da sosyal yönden izole yaşaması istismarı artırabilir.
- ❖ Bir kişi aynı anda birden fazla istismar türüne uğrayabilir.
- ❖ Bütün sosyo-ekonomik ve etnik gruplardaki kadın ve erkekte istismar olasılığı akılda bulundurulmalıdır.

- ❖ İster yaşlının ister bakım veren kişinin alkol ve/veya madde kullanımı olması ya da bu kişilerde var olan zihinsel veya psikolojik bir rahatsızlık istismar ya da ihmal ile alakalı olabilir.
- ❖ İstismarı yapan kişinin eşi, çocukları, komşuları, ücretli ya da ücretsiz bakım veren bir kişi olabilir, her şey göz önünde bulundurulmalıdır.
- ❖ Geçmişte yaşanmış istismar durumu gelecekte oluşabilecek istismar riskini arttırabilir. Yaşlı bireyin ailesinin ekonomik güçlük çekmesi ya da diğer problemlerinin olması yaşlı bakımında yetersizlikler doğurabilir.
- ❖ Bakım verendeki fiziksel, fonksiyonel, mental yetersizlik de yaşlı bakımında yetersizlik yaratabilir. [70]

Muhtemel ya da gerçek istismarı bulgularının değerlendirilmesinde hekimlerin kullanabileceği bir istismar öykü formu tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: İstismar ve İhmal Olgularına Yönelik Öykü Formu

Problemin Saptaması -Problemin nedeni ile ilgili belirsizlik -Yaralanma oluşumu ve tedavi arama arasında gecikmelerin olması -Aile üyelerinin veya diğer bakım verenlerin uygunsuz reaksiyonları -Yaralanmanın ciddiyetini önemsememe veya inkar etme -Anlatılanlar ve fizik muayene arasında uyumsuzluk Aile Öyküsü -Geçmişte ailede şiddet öyküsü -Anne/babanın sorgulatmayan itaat isteği -Alkol ve ya madde bağımlılığı -Ev dışında şiddet -İşsizlik/ekonomik güçsüzlük/yoksulluk -Aile üyelerinin yaşlının maddi gücünü kullanması -Birisi tarafından katı şekilde ekonomik kontrolün olması Sağlık Öyküsü	Genel Görünüş -Korkulu/Endişeli/Hiper yada Hipoaktif - Soruları cevaplarken eşine/bakıcısına bakma -Kötü hijyen ve uygunsuz ve yetersiz giyinme -Kötü beslenmiş/ Stres ve yorgunluk bulguları -Yaklaşıldığı ya da dokunulduğunda irkilme -Uygunsuz ve anksiyeteli beden dili Vital Bulgular -Otonom yanıtlar (Kan basıncında ve nabız hızında yükseklik, fazla terleme ...) -Aşırı zayıf ya da aşırı kilolu olma Deri -İp veya halat izleri -Ütü, sigara vb. yarattığı yanıklar -Yaralar, morluklar, çürükler, ödem, skar izi -Subdural hematoma/Saç dökülmesi -Deri bütünlüğü bozukluğu (dekübütüs, tedavi edilmemiş yaralar, idrar pişikleri) -Dehidratasyon bulguları Gözler -Şişlik/ Konjonktival-retinal kanama -Göz altlarında morluk -Görme kaybına rağmen gözlüğün
---	---

-Farklı iyileşme aşamalarındaki kırıklar -Sık sık acile başvurular -Konstipasyon, diyare gibi eliminasyon bozuklukları -Yoğun somatik şikayetler -Yeme bozukluğu -Madde bağımlılığı -Depresyon/intihar girişimi/düşük benlik saygısı - Post-travmatik stres sendromu -Yalnız /umutsuz hissetme -Kronik yorgunluk -Apati -Uyku bozuklukları -Psikiyatri kliniğine yatış Kişisel/Sosyal Öykü -Güçsüzlük hissi -Güvensizlik -Ailedeki büyük kararlara katılamama -Sosyal izolasyon/Ev dışına çıkmada azalma -Bakım verene veya aile üyelerine aşırı bağımlılık -Yoğun korku -Sözel saldırganlık/ Negatif sözel iletişim -Beden imajı bozukluğu -Kronik fiziksel veya psikolojik yetersizlik öyküsü -Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik	olmaması Kulaklar -İşitme kaybı -İşitme kaybına rağmen işitme cihazının olmaması Ağız -Yaralanma/laserasyonlar - Diş kayıpları/diş kırıkları -Tedavi edilmemiş diş problemleri Abdomen -İntra-abdominal yaralanmalar Genito-üriner/Rektal -Vajinal,anal,genital yaralar, çürükler, kanamalar, enfeksiyonlar -Üriner enfeksiyon Kas-İskelet - Farklı iyileşme aşamalarında olan kırıklar -Ekstremitelerde hareket kısıtlılığı -Kontraktürler Nörolojik Durum -Konuşmada bozulma -Konfüzyon -Hiperaktif reflexler/Tremorlar Mental Durum -Korkulu/anksiyeteli/depresif olma -İntihar düşüncesi -Konsantrasyon güçlüğü/hafıza kaybı İlaç Tedavisi -Reçetelenmemiş veya İstenmeyen dozun üzerinde ilaç kullanımı
--	---

2.1.11. Hekimlerin İstismar ve İhmali Önleme Uygulamaları

Yaşlı istismar ve ihmali önlemede ilk yapılacak ve en önemli olan şey istismar konusundaki bilginin ve istismarı tanıma becerisinin artırılmasıdır [7],[74].

İstismarın önlenmesi için öncelikle istismardan şüphelenmek gerekmektedir. İstismar ve ihmalin önlenmesi ve yaşlıların mağduriyetinin giderilmesi birincil, ikincil ve üçüncül koruma ile mümkündür.

Birincil Koruma: Her yaş ve cinsiyette, şiddet ve istismarın önlenmesi konusunda toplumsal açıdan yaklaşım yapılmalıdır. Hekimler, diğer sağlık çalışanları ve diğer meslek grupları istismara ve şiddete karşı toplumu yönlendirme ve toplumsal tavır belirlemede önemli bir role sahiptirler [72],[55],[76].

Eğitim ise birincil korumada diğer önemli konudur. Şiddet ve istismar konusunda küçük yaşlarda başlanan eğitim ile, kişiler hem şiddetin ne olduğunu algılayabilecek hem şiddet ve istismar konusunda ne tür önlemler alabileceğini bilecek hem de yaşlanma sürecini daha iyi anlayıp karşılaştığı istismar vakalarını tanıyıp nasıl davranacağını öğreneceklerdir. İstismara uğrayan ya da istismara tanık olan kişilerin nereye başvuracağını bilmek de diğer önemli konudur [8],[10],[55],[77],[52]. Başvurulacak kuruluşlar arasında polis, bakım yurtları, sığınma evleri gibi resmi ya da gönüllü kuruluşlar vardır.

Özellikle halk sağlığı hekimleri toplumla birebir iletişim kurarak bireyleri kendi ortamlarında değerlendirebilirler böylece istismar ve şiddet vakaları daha kolay fark edilebilir. Eğer risk durumları konusunda yeterli bilgi sahibi olunursa istismar fark edilip müdahale edilebilir. Eğitim ile sağlık personelinin istismara karşı duyarlı hale getirilmelidir. Özellikle risk grubu kişilere yani; çocuk, kadın ve yaşlı grubundaki insanlara eğitim verilmeli ve bu kişilerin şiddet ya da istismar ile karşılaşmaları durumunda nereye başvuracaklarının ve nasıl davranacaklarının öğretilmesi mağduriyeti azaltıp toplum konforunu arttırabilir. [8],[68],[74],[52],[75],[76].

Bakım veren bireyler ve özellikleri istismara neden olabilecek riskler yönünden izlenerek değerlendirilmelidir. Bakım veren bireylerin gerekli bakım ve alabilecekleri yardım açısından bilgilendirilmesi önemlidir. Bakıcının yaşlı bakımı konusundaki bilgi yetersizliği ev ziyaretleri sırasında fark edilebilir ve bu kişilere bakımın nasıl verileceği konusunda eğitim verilebilir. Bilgi ve deneyim eksikliğinden kaynaklanan istismar ve ihmal vakaları bu şekilde önlenabilir. Hekimler ev ziyaretleri sırasında etkin bir iletişim ve problem çözme becerileriyle bakım veren ve yaşlı için iyi bir rol model olabilir [8],[68],[74],[52],[75],[76]. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları bireyin sosyal desteğini arttırmada (sorunu paylaşacağı kişiler kimler olmalı, nereye

başvurmalı, nereden yardım almalı vs.), sorunla baş edebilme yeteneğini arttırmada, stresini azaltmada, bireyin kendisine ve çevresine olan saygınlığını arttırmada önemli bir rol üstlenmiştir. Öfke ve öfke nedenlerinin anlaşılması, istismara uğrayan ve istismara tanıklık eden kişilerin güçlenmesi gerekir. Ev ziyaretleri ile aile içinde yaşanan problemler belirlenir ve ailedeki bireylere danışmanlık verilir böylece istismar önlenmeye çalışılır [78].

Birincil koruma uygulamalarına; sağlık düzenlemeleri, istismarcıları için katı cezalar, bilgilendirme için telefon hizmeti, eğitim seminerleri ve medya, kendini koruma eğitimi, halk duyuruları ve afişleri, bakım verenlere direkt yardım, eve yemek ve taşıma hizmetleri, gazetelerde makaleler, toplumdaki davranışsal değişimleri izlem, yasal düzenlemeler, bakım düzenlemeleri, sık yaşlı ziyareti, potansiyel vakalara daha çok destek sunma, yasal yardım, destek grupları, günlük bakım merkezleri, yaşlıları farklı yerlere yerleştirme alternatifleri, durum saptaması araştırmaları, istismarcıyı tedavi etme ve toplumla işbirliği yapma örnek verilebilir [7],[10],[74],[77].

İkincil Koruma: Vakanın erken dönemde tespit edilmesini ve müdahale edilmesini içerir.

Gözlem ve şüphelenme erken tespit için en önemli parametredir, hekim çok iyi bir gözlemci olmalıdır. Özellikle ev ziyaretlerinde veya herhangi bir nedenle muayene amacıyla başvuran yaşlı bireylerde gözlemlendiği kaçamak yanıtlar, korku dolu bakışlar, depresif ve karamsar duygu durum hekim ve diğer sağlık çalışanları açısından uyarıcı bulgular olmalıdır ve bu gibi durumlarda detaylı araştırma ve değerlendirme yapılmalıdır. Yaşlının ailesindeki fazla korumacı yaklaşım ya da şüpheli cevap ve tavırları da istismarı düşündürmelidir. İstismarın düşünüldüğü durumlarda ise yaşlı ile yalnız görüşme yapılmalı, yaşlıyı yargılayıcı şekilde sorgulamaktan kaçınılmalı, istismara yönelik direk olarak soru sorulmamalı, tehditkar tutumdan uzak durulmalı, basit ve anlaşılır bir dil kullanılarak yeterli veriye ulaşılmaya çalışılmalıdır. Eğer yeterli güven ortamı oluşmazsa doğru yanıtlara ulaşılamaz bu yüzden dikkatli ve özenli davranılmalıdır. Travma ya da yara izleri varsa bunların nasıl ne zaman ve nerede olduğu sorgulanmalı, fizik muayene bulguları ile anamnez arasında uyumsuzluk olup olmadığı değerlendirilmelidir. Fizik muayenede, eziklik, ekimoz, deri bütünlüğü, sırtta travma izleri, genital bölgede

travma, ekstremitelerde oluşan paralel morluklar, yanıklar detaylı bir şekilde incelenmeli ve değerlendirilmelidir. İstismar vakalarında olay birey bazında değil davranış bazında ele alınmalı ve olası istismar nedenleri ortaya çıkarılmalı ve problem çözmeye ve stresle baş etmeye yönelik programlar oluşturulmalıdır. Yardım verebilecek kurum ve kuruluşlar mevcutsa ailelere bu kurumlar hakkında bilgi verilmeli ve yönlendirme yapılmalıdır. Tüm müdahalelere rağmen istismar engellenemiyorsa o zaman yaşlı bireyin güvenli bir ortama alınması ve yardım verilmesi konusunda planlama yapılmalıdır [8],[68],[52],[75],[76],[78].

İkincil korumada; istismar eden ve edileni belirlemede değerlendirme araçlarını kullanma, istismarcıya yasal cezalar, yaşlı çiftlere evlilik danışmanlığı, istismar edeni tedavi etme, istismara uğrayan yaşlının yardım hizmetlerini kullanması, istismar takip birimlerine ya da koruyucu servislere vakaları bildirme, istismar eden ve edilene sık ziyaret, istismar eden ve edilene ekonomik yardım, koruyucu hizmetler, ev bakım hizmetleri, krize müdahale stratejileri oluşturma ve gerekli ise acil tıbbi tedavi, istismar edenin kısa seyahatleri, uygulamaları yer almaktadır [7],[77].

Üçüncül Koruma: Yaşlı ve ailesi için yapılan rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleridir.

Yaşlılara kötü muamele yapan bireyler yaptıkları davranışın ağırlığı sebebiyle sağlık çalışanları ile iletişime girmeye çekinirler. İzlem ve evde bakım sıklığı ile yaşlı bireyin bakımında yardımcı olmak güven ortamını oluşturabilir böylece bu kişilerin kendilerine olan güveni sağlanıp destek oluşturulabilir. İstismara uğrayan bireylerin ulaşabileceği kaynakları sağlık çalışanları bilmeli ve hekimler özellikle bu konuda yol gösterici olmalıdır [8],[68],[52],[75].

Üçüncül korumada yer alan uygulamalara; 29 günlük yaşam aktiviteleri ve yemekle ilgili yardım, fiziksel, iş ve konuşma terapileri, danışmanlık ve psikoterapi, aile danışmanlığı, sosyal aktiviteler, günlük programlar, toplumsal aktiviteler, destek grupları, alternatif yaşam olanakları, ev ortamını düzenleme, eğitim örnek verilebilir [7].

2.1.12. Hekimlerin İstismar ve İhmali Önlemede Yaşlı Bireye, Ailesine ve Topluma Yönelik Önerilebileceği Önlemler

a. Yaşlı Bireyin Alabileceği Sosyal Önlemler

- Evden yalnız ayrılmaması,
- Yasal ve sosyal olarak kendini kısıtlamaması, sosyal çevresiyle düzenli aralıklarla görüşmesi,
- Koruyucu hizmetler sunan ajanslar, kurumlar, güvenlik birimleri veya güvенеbileceği birinin (doktoru, arkadaşı...) telefon numarasını sürekli yanında bulundurması,
- Düzenli olarak banka hareketlerini ve evraklarını kontrol etmesi ve düzenlemeler yapması,
- İleri dönemde yetersiz kalabileceği durumları öngörerek kendini koruyabilecek ve haklarını savunabilecek birinden yardım ve öneriler alması,
- Arkadaşlarının kendi evinde ziyaret etmelerini istemesi,
- Eski arkadaş ve komşuları ile ilişkilerini sürdürmesi,
- Sosyal ilişkilerini aktif olarak sürdürmesi ve arkadaş çevresini geliştirmesi,
- Ev dışında arkadaşlık ilişkilerini artırması,
- Sosyal ve toplumsal aktivitelere, gönüllü programlara katılması,
- Yanında güvенеbileceği biri olmadan ve incelemeden herhangi bir döküman veya evrak imzalamaması,
- Geçmişinde şiddet veya madde kullanım öyküsü olmayan birisi ile yaşaması, [53],[52]

b. Ailelerin Alabileceği Önlemler

- Yaşlı bireyin bağımsızlığına engel olmaması ya da gerekli olmadıkça özeline girmemesi,

- Ekonomik boyutunu ve sorumlulukları üstlenmek ve talepleri karşılamak için yeterli olmadığı halde evde kişisel bakımı tercih etmemesi,
- Alternatif bakım kaynaklarını keşfetmesi,
- Yaşlı komşuları ve arkadaşları ile yakın ilişkiler kurması,
- Uzun dönem evde bakımı sağlamada ailesinin gücünü ve becerisini incelemesi,
- Potansiyel yeteneklerini önceden belirlemesi ve yaşlının isteğine dayalı tartışma yapmayı planlaması,
- Sınırlılıklarını ve olumlu yönlerini göz ardı etmemesi,[53][52]

c. Toplumsal Önlemler

- Yaşlı istismarının tüm formlarının tanınması,
- Kamu çalışanlarına temel eğitim verilmesi,
- Bakımı üstlenen ailelere yardım etmeleri için hem kamu hem de özel girişimcilerin cesaretlendirilmesi,
- Bakımı üstlenen ailelere doğrudan yardım etmeyi sağlayacak yeni yöntemler geliştirme,
- Yaşlıya hizmet programlarını daha kapsamlı gerçekleştirebilecek başka toplum kurumlarını araştırılması,
- Bakımı vermede mevcut destek servisleri ve mesleklerin ilanlarının verilmesi,
- Hizmet çalışanlarına ve topluma eğitimler sağlanması, [53],[52]

Ayrıca;

- Yaşlanma konusunda bilinç oluşturmak amacıyla eğitimler düzenlenmesi,
- Şiddetin önlenmesi, istismarın azaltılması ve arabuluculuk konusunda programlar yapılması,

- Bakıcılar için gerekli eğitimlerin sağlanması,
- Yaşlı haklarını arttırma ve yaşlının kendi kendini savunabilmesi açısından eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi konusunda programların yapılması,
- Danışmanlık hizmetlerinin oluşturulması,
- Yaşlı istismarı konusunda toplumun bilinçlenmesi açısından halk eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Yaşlıların yeterli gelir ve sosyal hizmet almasının sağlanması, gibi çalışmalar yapılabilir. Bu çalışmaların bir ucunda da hekimler ile diğer sağlık çalışanları görev üstlenebilir [53].

2.1.13. Ülkemizde Yaşlı Nüfusa Yönelik Hizmetler, Sağlık Politikaları ve Uluslararası Taahhütler

Türkiye’de yaşlılara verilen hizmet sınırlı olmakla birlikte ; Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’na (SHÇEK) bağlı yatılı hizmet veren kurumlar olan Huzurevi ve Rehabilitasyon merkezleri ve bazı yaşlı danışma merkezleri az sayıdaki kurumlar arasındadır [79]. 1930 tarihinde yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmiştir. Bunun üzerine birçok ilde güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı kuruluşlar hizmet vermeye başlamıştır. Çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet sunmak amacıyla yatılı yaşlı kuruluşları açmıştır [40].

Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Bağlı Huzurevleri: Amacı; devletin denetim ve gözetiminde sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korumaya, bakıma, yardıma muhtaç yaşlılara hizmet sunmaktır. Bu amaçla; muhtaç yaşlıların gereksinimleri için huzurevleri kurulmaya başlanmıştır. Ayrıca evde yaşlıya yardım projesi, yaşlı dayanışma merkezi, ihtiyarlık maaşı gibi hizmetler de uygulanmaya konulmuştur. 60 yaş ve üzeri olanlar, günlük aktivitelerini (yeme, içme, tuvalet gibi) yapabilenler, yatalak ya da tıbbi tedavi ve bakınma ihtiyacı olmayanlar, kendi ihtiyacını karşılamasına engel hastalığı bulunmayanlar, ruh sağlığı yerinde olanlar,

sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptananlar bu hizmetten faydalanabilirler. [24],[67].

55 ve üzeri yaşlarda özel bakıma ihtiyaç duyan bireylerin bakım ve korunmaları ise özel huzurevlerinde sağlanmaktadır [40],[31].

Yaşlı Dayanışma Merkezleri: Yatılı bakımına ihtiyaç duymayan, yalnız ya da ailesiyle yaşayan sosyo-ekonomik düzeyi ne olursa olsun, yaşlılığı nedeniyle azalan sosyal ilişkilerini güçlendirmek isteyen, yalnızlık hisseden veya evde yalnız kalması istenilmeyen yaşlıların gündüzleri bir araya gelerek yaşlılarıyla birlikte oldukları ve çeşitli etkinliklere katılabildikleri bir ortam sağlamak için kurulmuşlardır. Bu merkezlerde çeşitli sanatsal, sportif, sosyal, kültürel ve bilimsel içerikli çalışmalar yürütülmektedir [21],[80],[67],[34]

Türkiye’de Yaşlı Dayanışma Merkezi Ankara’da 2 adet, İzmir’de 1 adet, Çanakkale’de 1 adet toplamda 4 adettir. Bu merkezlerde korolar ile müzik çalışmalarında bulunulup, sosyal ve kültürel geziler planlanmakta ayrıca çeşitli alanlarda yetkili kişiler tarafından danışmanlık hizmeti verilmektedir.

Belediyeler: Yaşlıya hizmet götüren önemli bir kamu kurumudur. “Belediyeler kanunu” ile özür, düşük, yaşlı ve dar gelirli vatandaşlara sunulan hizmetler ücretsiz verilmektedir. Belediyelere göre hizmetin içeriği değişmekte ve hizmet verilen kişilerde belediyenin sınırları dahilinde olması şartı aranmaktadır [38],[81].

Güçsüzler Yurdu veya Düşkünlerevi: Hem yaşlılara hem düşük olan kişilere bakım hizmetini ücretsiz olarak sunmaktadır [80].

Sivil Toplum Kuruluşları: Sempozyum, toplantı ve kongreler düzenlemektedirler. Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma konusunda çeşitli çalışma ve araştırmalar yapmaktadır. Yaşlı-özür bakım elemanı yetiştirme sertifika programları düzenlenmekte ve bu alanda hizmet sunmaktadırlar. Bu hizmetleri Türkiye Sakatlar Konfederasyonu, Türkiye İş Kurumu iş birliğinde yapmaktadırlar.

Türkiye Kızılay Derneği: Gayrimenkul bağışında bulunan yaşlılara evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Bu yaşlılara odun, kömür gibi yakacak ihtiyaçları, her türlü masrafları ve bakıcı kadın ücretleri dernek tarafından karşılanmaktadır.

Türkiye’de, yaşlıların uzun tedavi gerektiren durumlarında yatarak tedavi görebilecekleri hastane yatak sayıları çok az ve geriatri bölümleri sınırlı sayıdadır [38],[34].

1977 yılından itibaren 65 yaşın doldurmuş kimsesiz, muhtaç, Türk vatandaşlarına aylık bağlanmasına yönelik kanun uygulamaları devam etmektedir. Herhangi bir şekilde sosyal güvenlik kapsamına girmiş yaşlılar emeklilikten itibaren parasal güvenceye sahiptirler. 2022 sayılı kanunla, güvencesi olmayan yaşlılar için [45],[67] ülkemizde geçimin asgari ücretle sağlanmasının zor olmasına rağmen asgari ücretin çok altında bir yardım yapılmaktadır [38],[67],[34].

Uluslararası Taahhütler

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, dünya nüfusundaki giderek artan yaşlı oranı ile yaşlanmaya bağlı oluşan sosyal ve ekonomik etkilerden bahsedilmiş, toplum kalkınmasında yaşlı bireyin öneminden bahsedilmiştir. Ayrıca bakım verene gerekli ve yeterli sosyal desteğin sağlanması, bireylerin sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi yaşlılara yönelik önemli hedefler oluşturulmuştur [40].

Birleşmiş Milletler tarafından yaşlanma konusuna daha fazla önem verilmiş ve dikkat çekmek amacıyla 1999 yılı Yaşlılar Yılı olarak ilan edilmiştir [40].

Yaşlanma bireyseldir fakat toplumda yaşlıya veriler yer ve değer her toplumun kendine özeldir. Bu sebeple yaşlılığa hem toplumsal hem de kültürel olarak bakmak gerekir. Günümüzde şehirleşmenin artması ve çekirdek aile yapısının daha çok benimsenmesi yaşlıyı çocuklarından ayrı yaşamaya itmiştir. Bu nedenlerden ötürü yaşlı bireylerin çocukları ve çevresi üzerinde olan statü ve saygınlığı zayıflamış, hatta bazen yok olmuştur. Sosyo-ekonomik nedenler, bireyler arasında geçimsizlikler, bağımsızlık isteği, oturulan evi dar ve yetersiz bulma gibi durumlar sağlık ve bakımda sorun oluşturmaya başlamıştır. Yaşlılık döneminde meydana gelen fiziksel ve sosyal değişimlerle birlikte özellikle ekonomik güçlük yaşayan yaşlı bireylerin evde bakım ve rehabilitasyon ihtiyacının tam olarak karşılanamadığı durumlarda yaşlı istismar ve ihmali gündeme gelebilmektedir [8],[9],[35],[82],[68]. Yaşlı ihmal ve istismarı, kişinin yakınları veya diğer bakıcılar tarafından olabilmekte ve giderek artan toplumsal bir sorun olarak kabul görmektedir.

2.1.14. Türk Ceza Kanunu'ndaki (TCK) Yaşlı İstismar ve İhmali ile İlgili Maddeler

MADDE 97.

(1) Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi hâline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur [83].

MADDE 98.

(1) Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hâl ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhâl ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır.

(2) Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur [83].

MADDE 232.

(1) Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse, iki aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İdaresi altında bulunan veya büyütme, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan kişiye, bir yıla kadar hapis cezası verilir [83].

Ayrıca TCK'da birçok suçun kasten ya da taksirle beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda olan kişiye veya çocuğa, ana-babaya, gebe kadında karşı işlenmesi de ağırlaştırıcı sebep olarak kabul edilmiştir [83].

Adli vaka boyutu olan ve bildirim zorunlu durumlar için, aile içinde şiddetin içinde yer alan çocuk ve eş istismarının yanı sıra yaşlı istismarı da bulunmaktadır.

MADDE 280.

(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır [83].

Rapor verilmesi gereken kurumlar yaşanan koşullara göre değişiklik gösterir. Örneğin; acil servise başvuran bir istismar vakasında öncelikli bildirilmesi gereken yer polistir.

Yaşlı istismarı ve ihmali her daim var olan bir problem olmasına karşın her zaman göz ardı edilmiştir. Bazen istismar yapan kişi yaptığı davranışın suç ve istismar olduğunun farkında değildir. Ülkemizde yaşlı hakları kısıtlı, istismara yönelik cezalar ise az ve hafiftir. Yaşlı haklarının artması, cezaların ise caydırıcı olması istismar ve ihmal vakalarını önemli ölçüde azaltacaktır. Yaşlılar istismar ile incinen, kırılan, ezilen ve giderek toplumda yok olan taraftır. Uygun girişimler ile yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşama gücü arttırılabilir hekimler ise bu noktada kilit görev üstlenmelidir. İstismar ve ihmalin bildirilmesi yasal olarak zorunludur ve sorumluluk kapsamındadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma kesitsel analitik bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Evren-Örneklem

Araştırmamız İzmir il merkezindeki ilçelerde çalışan aile hekimleri arasında yapılmıştır. Toplam 875 aile hekimi arasından $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$ formülü kullanılarak; %50 prevalans, %95 güven düzeyi ve güven aralığı 5 olarak belirlenen hesaplamada 268 aile hekimine ulaşılması gerektiği saptanmıştır. Bu hekim sayısı 11 ilçenin hekim nüfusuna göre oranlı olarak bölüştürülerek, her ilçede rasgele seçilen ASM'lerdeki doktorlar gönüllülük ilkesine göre çalışmaya dahil edilmiştir. Katılmayan hekimler göz önüne alınarak her ilçede en az üçer ASM yedek olarak seçilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu formda araştırmacının amacı ve araştırmada uygulanacak yöntemler hakkında gönüllülere bilgi verilmektedir. Gönüllülerin, açıklanan bilgileri öğrendikten sonra çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda doldurdıkları ve çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalarının yer aldığı bölümlerden oluşmaktadır. (Ek 1)

3.3.2. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla hekimlerin ihmal ve istismarı tanıma, yönetme gibi özellikleri etkileyebileceği düşünülerek hazırlanan ve sosyodemografik bilgiler (yaş, cinsiyet, mesleki yıl) ile istismar ve ihmal konusunda hiç eğitim alıp almadığı, bu konuda eğitim almayı gerekli görüp görmediği, bir günde başvuran ortalama 65 yaş ve üzeri hasta sayısı, nüfusunda dahil olan 65 yaş üzeri hasta sayısı, gelen hastaların % kaçında istismar ve ihmalden şüphelendiği, istismarı belirleme ve yönetmede hekimin kendisine ne kadar güven duyduğu, istismar ve ihmal olgularının sorgulama, tespit ve yönetiminin ne kadar zaman aldığı, herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları muayene ve tedavi sırasında yaşlı istismarını ne sıklıkta

düşündükleri, istismardan şüphelendikleri hastaları sorgulama konusunda kendilerini ne kadar rahat hissettikleri, istismar vakalarını yönetme ve sonrasında bildirme konusunda yaşadığı zorluklar sorulmuştur. (Ek 2)

3.3.3. İstismar ve İhmale Yönelik Oluşturulan Olgu Formları

3.4. Olguların Oluşturulması

3.4.1. İstismar ve İhmale Yönelik Olgu Formlarının Oluşturulması

Araştırmamızda hekimlere yöneltilecek sorular oluşturulurken yaşlı istismarı ve ihmali ile alakalı mevcut literatürde ulaşılabilen çalışmalar incelenmiştir [84],[85],[86],[87],[88]. Ayrıca adli tıp anabilim dalında çalışmakta olan akademisyenlerden de olguları hazırlama aşamasında sık karşılaşılan, gözden kaçırılan ve şüphe duyulması gereken konular detaylandırılmış ve fikir alınmıştır. Çalışmalarda yaşlı istismarı genel olarak dört başlık altında ele alınmıştır: fiziksel istismar, duygusal/psikolojik istismar, ekonomik istismar ve cinsel istismardır. Bizim araştırmamızda da bu istismar türleri ele alınmış ayrıca ihmalin alt türleri (tedavi, güvenlik, terk etme, temizlik) ve yaşlının kendi kendini ihmali de madde havuzuna eklenmiştir. Maddeler düzenlenirken, kapsamlı, anlaşılır ve sade olanlar belirlenmiş ayrıca kültüre uygunluk da göz önünde bulundurulmuştur. Toplam 26 maddelik olası istismar ve ihmali düşündüren olgular oluşturulmuştur. İstismar ve ihmalin her türünden olgu olmasına özellikle özen gösterilmiştir. Oluşturulan olguların ilk ayağında hekimlere istismar ya da ihmal düşündürüp düşündürmediği sorulmuş ikinci ayağında ise; istismar düşünmüşse ne tür bir yol izleyeceklerini belirtmeleri istenmiştir.

3.4.2. Uygun Olmayan İstismar ve İhmale Yönelik Olguların Listedene Çıkarılması ve Ön Deneme

Araştırmamızda oluşturulan olguların değerlendirilmesi ve çalışmamıza katkı sağlaması açısından hazırlanan olgular rastgele seçilen hekimlere sunulmuştur. Ön deneme, asıl uygulamaya geçilmeden önce maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının belirlenmesi amacıyla yapılır. Bu uygulamayla gelen geri bildirimler doğrultusunda, uygun olmayan ve anlaşılmayan maddeler sadeleştirilebilir.

Bizim çalışmamızın ön denemesi Temmuz 2018 tarihinde rastgele seçilmiş Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde çeşitli kliniklerde çalışan asistan hekimlere

ve periferde hâlihazırda uzman olarak çalışan toplam 20 hekime yapılmıştır. Yapılan anket ve ön analiz sonucunda önerilerin de doğrultusunda olgularda değişiklikler yapılmış açık olmayan, anlaşılması güç olan ifadeler veri formundan çıkarılmıştır. Yapılan ön deneme sonucunda hazırlanan olguların asıl çalışma grubuna uygulanabilir nitelikte olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anketin 2. bölümünde yer alan olgularda hekimlerin istismar veya ihmal olabileceğini düşündükleri ifadeleri işaretlemeleri istenmiştir.

İstismar ya da ihmal düşündükleri durumlarda sonraki aşamada atacakları adımlar şıklarla ifade edilmiş olup

A. Ne yapılmasını bilmediğim için herhangi bir adım atmam

B. Ne yapılması gerektiğini bilsem de engeller nedeni ile adım herhangi bir girişimde bulunmam

C. Gereken adımları atarım (Sosyal hizmetleri ararım / Polisi ararım / Ailesi veya ilgili kurum amirliği (Bakım evi, Huzur evi vb.) ile görüşüp problemi çözmeye çalışırım)

Bu şıklardan kendileri için en uygun olanı, olguların karşılarında verilen bölmede işaretlemeleri istenmiştir.

Böylece hekimlerin istismar ve ihmali ne kadar araştırıp, belirti ve bulguların ne kadar farkında oldukları ve sonrasında nasıl bir yol izledikleri belirlenmeye çalışılmıştır. (Ek 3)

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından hekimler ile yüz yüze görüşülerek ASM ortamında toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklanmış ve onam kâğıdı imzalatılmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin ihmal ve istismarı tanıma, yönetme gibi özellikleri etkileyebileceği düşünülerek hazırlanan ve sosyodemografik bilgiler (yaş, cinsiyet, mesleki yıl) sorulmuş, aynı zamanda istismar ve ihmal konusunda hiç eğitim alıp almadığı, bu konuda eğitim almayı gerekli görüp görmediği, bir günde başvuran ortalama 65 yaş ve üzeri hasta sayısı, nüfusunda dahil olan 65 yaş üzeri hasta

sayısı, gelen hastaların % kaçında istismar ve ihmalden şüphelendiğini belirtmeleri istenmiştir.

İstismarı belirleme ve yönetmede hekimin kendisine ne kadar güven duyduğu vizüel (görsel) analog skalası kullanılarak [0 (Hiç Güvenmem) ila 10 (Çok Güvenirim) arası]] değerlendirilmiştir.

İstismar ve ihmal olgularının sorgulama, tespit ve yönetiminin ne kadar zaman aldığı, herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları muayene ve tedavi sırasında yaşlı istismarını ne sıklıkta düşündükleri, istismardan şüphelendikleri hastaları sorgulama konusunda kendilerini ne kadar rahat hissettikleri likert tarzında hazırlanan sorularla sorulmuş ve değerlendirilmiştir.

İstismar vakalarını yönetme ve sonrasında bildirme konusunda yaşadığı zorluklar şıklar hazırlanarak sorulmuş ayrıca ilave etmek istedikleri sorunlar varsa belirtmeleri istenmiştir.

Anketin 2. bölümünde hazırlanan olgular hekimlere yöneltilmiş böylece hekimlerin istismar ve ihmali ne kadar araştırıp, belirti ve bulguların ne kadar farkında oldukları ve sonrasında nasıl bir yol izledikleri belirlenmeye çalışılmıştır.

3.6. Veri Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

- Araştırmada tanımlayıcı istatistikler için ortalama ve standart sapma, sayı ve yüzdeler kullanılmıştır.
- Hipotez testleri olarak kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, kategorik ve sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi ile ANOVA testleri yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise korelasyon analizleri yapılmıştır. p değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.
- Tanımlayıcı istatistiklerde daha açıklayıcı olabileceği düşünülerek bazı veriler kategorize edilmiştir ancak hipotez testleri sırasında sürekli

veriler olarak kullanılmıştır. Bu verilerin nasıl kategorize edildiği aşağıda belirtilmiştir:

- “Klinik ortamınıza gelen 100 yaşlı hastadan, kaçının ihmal veya istismar olabileceğini düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlar kategorize edilmiştir. (a: %0- b:%1-%5 arası- c: %6-%10 arası d: %11 - %25 arası – e: %26 ve üzeri)
- “İstismarı olan yaşlı hastaları tespit etmede kendinize ne kadar güvenirsiniz?” sorusu ile “İstismarı olan yaşlı hastaların yönetiminde kendinize ne kadar güvenirsiniz?” sorusu vizüel analog skalasına göre 10 üzerinden sorulmuş; verilen yanıtlar kategorize edilmiştir. (0,1, 2, 3: Güvenmem; 4, 5, 6: Kararsızım; 7, 8, 9, 10: Güvenirim)
- “Herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları muayene ve tedavi sırasında yaşlı istismarı ne sıklıkta aklınıza gelir?” sorusundaki sonuçlar yanıtlara göre yeniden kategorize edilmiştir. (Hiçbir Zaman ve Nadiren yanıtları birleştirilerek: Nadiren; Genellikle ve Her Zaman yanıtları birleştirilerek : Genellikle)
- “İstismarı sorgulama, tespit etme ve yönetmenin ne kadar zaman aldığını düşünüyorsunuz? ” sorusu ile “ İstismardan şüphelendiğiniz hastaları sorgulama konusunda kendinizi ne kadar rahat hissediyorsunuz?” sorusundaki sonuçlar yanıtlara göre yeniden kategorize edilmiştir. (Çok Az / Az: Az; Fazla / Çok Fazla: Fazla)
- Hekimlerin toplam istismarı düşünme ve toplam adım atma puanları istismar düşünme durumunda ve adım atma konusunda evet yanıtı için “1” hayır yanıtı için “0” puan verilerek hesaplanmıştır. Bu durumda en yüksek istismar düşünme puanı “16” ve eyleme geçme puanı “16” iken; en düşük sırası ile “0” ve “0” olarak hesaplanmıştır.

- Engeller ve zorluklar ile ilgili sorular için de evet yanıtı için “1” hayır yanıtı için “0” puanı verilerek toplam puanlar elde edilmiştir. Böylece engeller için en düşük puan “0”, en yüksek puan “7” iken; zorluklar için en düşük puan “0”, en yüksek puan “5” olarak hesaplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler, hekimlerin istismar ve ihmal vakalarını fark etme ve araştırma davranışları

Bağımsız değişkenler, bağımlı değişkeni etkilediği düşünülen hekimlerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, mesleki yıl) ile istismar ve ihmal konusunda hiç eğitim alıp almadığı, bu konuda eğitim almayı gerekli görüp görmediği, bir günde başvuran ortalama 65 yaş ve üzeri hasta sayısı, nüfusunda dahil olan 65 yaş üzeri hasta sayısı, gelen hastaların % kaçında istismar ve ihmalden şüphelendiği, istismarı belirleme ve yönetmede hekimin kendisine ne kadar güven duyduğu, istismar ve ihmal olgularının sorgulama, tespit ve yönetiminin ne kadar zaman aldığı, herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları muayene ve tedavi sırasında yaşlı istismarını ne sıklıkta düşündükleri, istismardan şüphelendikleri hastaları sorgulama konusunda kendilerini ne kadar rahat hissettikleri, istismar vakalarını yönetme ve sonrasında bildirme konusunda yaşadığı zorluklardır.

3.8. İzinler

Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 26.07.2018 tarih ve 2018/19-11 karar no ile onay (Ek 4) ve İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 21.09.2018 tarih ve 77597247-604.02-390 sayı no ile izin alınmıştır (Ek 5). Daha sonra araştırmayı kabul eden bireylerden sözlü yazılı izin alınarak araştırma yürütülmüştür.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Araştırmaya katılan 268 hekimin 115'i kadın (%42,9), 153'ü erkektir (57,1). Katılımcıların yaş ortalaması $49,76 \pm 7,39$ 'dur (min:29 maks:67).

Araştırmaya katılan hekimlerin mesleki yıl ortalaması $24,82 \pm 7,65$ 'tir (min:1 maks:40).

Hekimlerin nüfuslarına kayıtlı 65 yaş ve üzeri hasta sayısı ortalaması $391,54 \pm 202,10$ (min:46 maks:1215); bir günde başvuran ortalama 65 yaş ve üzeri hasta sayısı $21,69 \pm 11,10$ 'dur (min:3 maks:68).

Bulgular tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6: *Hekimlerin Yaş, Meslekteki Yılları ve Karşılaştıkları Yaşlı Hastalar ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları*

Değişkenler	Ortalama	Ortanca	Std. Sapma	Min.	Max.
Yaş	49,76	50	7,397	29	67
Meslek Yılı	24,82	25,5	7,652	1	40
>65 Yaş Hasta Sayısı	391,54	332	202,102	46	1215
Günlük Ortalama Yaş >65 Hasta Sayısı	21,69	20	11,107	3	68
Başvurularda Düşünülen İstismar Yüzdesi	8,24	4	12,746	0	80

Başvurularda hekimlerin düşündüğü istismar yüzdesi ortalama %8,24±12,74 (min:0 maks:80) olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: *Hekimlerin 100 Yaşlı Hasta Başvurusunda İstismar Düşünme Oranlarının Kategorik Dağılımı*

Düşünülen İstismar Yüzdesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç düşünmem	31	11,6
1- 5'inde Düşünürüm	146	54,5
6- 10'unda Düşünürüm	53	19,8
11- 25'inde Düşünürüm	16	6
26 ve daha fazla düşünürüm	22	8,2
Toplam	268	100

21 hekim (%7,8) mezuniyet öncesinde, 43 hekim (%16) mezuniyet sonrasında olmak üzere toplam 64 hekim (23,8) yaşlı istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldığını belirtmiş; 229 katılımcı (%85,4) bu konuda eğitimin gerekli olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8: *Hekimlerin İstismar Konusundaki Eğitim Durumlarına ve Eğitim Gerekliliği Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımı (N=268)*

İstismar- İhmal Eğitimi		Evet		Hayır	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim Aldım	Mezuniyet Öncesi	21	7,8	247	92,2
	Mezuniyet Sonrası	43	16	225	84
	Toplam	64	23,8	204	76,2
Eğitim Almadım		204	76,2	64	23,8
Eğitim Gerekliliği		229	85,4	39	14,6

4.2. Hekimlerin Yaşlı İstismarı Konusunda Kendilerini Değerlendirmeleri ve Bu Konudaki Görüşleri

İstismarı olan yaşlı hastaları tespit etmede hekimlerin %20,5 i kendilerine güvenmediğini, %44,8'i bu konuda kararsız olduğunu bildirmişlerdir. İstismarı olan yaşlı hastaların yönetiminde ise hekimlerin %25,4'ü kendilerine güven duymadığını, %42,5'i bu konuda kararsız olduğunu söylemişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9: *İstismar Vakalarının Tespiti ve Yönetiminde Hekimlerin Kendilerine Olan Güven Durumlarının Dağılımı*

Kendine Güven (VAS'a göre)	Güvenmem		Kararsızım		Güvenirim		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İstismar ve İhmal Olan Hastaları Tespit Etmede Kendinize Ne Kadar Güvenirsiniz?	55	20,5	120	44,8	93	34,7	268	100
İstismar ve İhmal Olan Hastaların Yönetiminde Kendinize Ne Kadar Güvenirsiniz?	68	25,4	114	42,5	86	32,1	268	100

Hekimlerin 175'i (%65,3) istismar vakalarını sorgulama tespit etme ve yönetmenin fazla zaman aldığını düşünmüş; istismardan şüphelendikleri vakaları sorgulamada 95 hekim (%35,4) rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Herhangi bir nedenle başvuran yaşlı hastaların muayenesinde yaşlı istismarının hekimlerin akıllarına nadiren geldiği bildirilmiştir (%73,5) (Tablo 10).

Tablo 10: *Hekimlerin Yaşlı İstismarı Vakalarının Yönetimi, Sorgulamalarındaki Rahatlıklarına ve İstismarı Akılda Bulundurma Durumlarına Göre Dağılımları*

	Çok Az / Az		Fazla / Çok Fazla		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İstismarı Sorgulama, Tespit Etme ve Yönetmenin Ne Kadar Zaman Aldığını Düşünüyorsunuz?	93	34,7	175	65,3	268	100
İstismardan Şüphelendiğiniz Hastaları Sorgulama Konusunda Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissediyorsunuz?	173	64,6	95	35,4	268	100
	Hiçbir Zaman / Nadiren		Genellikle / Her Zaman		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Herhangi Bir Nedenle Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Hastaları Muayene ve Tedavi Sırasında Yaşlı İstismarı Ne Sıklıkta Aklınıza Gelir?	197	73,5	71	26,5	268	100

Yaşlı yakınlarının tepkisi, kurum desteğinin eksikliği ve yeterli zaman olmaması sorgulamadaki en önemli engeller olarak görülmektedir (Tablo 11).

Tablo 11: *Hekimlerin Yaşlı İstismarını Sorgularken Karşılaştıkları Engeller Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımları*

İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşlının Tepkisi	86	32,1	182	67,9	268	100
Fail ile Görüşmeye İzin Verilmemesi	43	16	225	84	268	100
Nereye Başvuracağımı Bilememek	93	34,7	175	65,3	268	100
Kişileri Gereksiz Yere Etiketliyor Olma Duygusu	86	32,1	182	67,9	268	100
Kişinin Yakınlarının Tepkisi	153	57,1	115	42,9	268	100
Kurumlardan Yeterince Destek Alamamak	110	41	158	59	268	100
Yeterli Zamanın Olmaması	160	59,7	108	40,3	268	100
Diğer	20	7,5	248	92,5	268	100

Hekimlerin karşılaştıklarını belirttikleri diğer engeller tablo 12’te gösterilmiştir.

Tablo 12: *Hekimlerin Yaşlı İstismarını Sorgularken Karşılaştıkları Engeller Konusundaki Diğer Düşüncelerine Göre Dağılımları*

İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller (Diğer)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam	
			Sayı (n)	Yüzde (%)
1- Herhangi Bir Fikrim ve Bilgim Yok	3	1,1	20	7,5
2- Bilgim Yetersiz	1	0,4		
3- Bir Çözüm Bulunacağına ve Faydalı Olunacağına İnanmıyorum, Boşuna Uğraşmak İstemiyorum	3	1,1		
4- Herhangi Bir Engelle Karşılaşmadım	4	1,5		
5- İstismarla Karşılaşmadığım İçin Yorum Yapamıyorum	6	2,2		
6- Kendi Güvenliğimin Endişesi ve Saldırı İhtimali	2	0,7		
7- Sorgulamadığım İçin Bilmiyorum	1	0,4		

Kötüye kullanımı belgelemek istismar yönetiminde en sık karşılaşılan zorluk olmuştur (Tablo 13).

Tablo 13: *Hekimlerin Yaşlı İstismarının Yönetiminde Karşılaştıkları Zorluklar Konusundaki Düşüncelerine Göre Dağılımları*

İstismarın Yönetiminde Karşılaşılan Zorluklar	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İstismarını ve İhmalini Nasıl Sorgulayacağını Bilememek	102	38,1	166	61,9	268	100
İstismar ve İhmal Yaşadığını Bildiren Yaşlılara Destek Sağlamak	108	40,3	160	59,7	268	100
Kötüye Kullanımı Belgelemek	125	46,6	143	53,4	268	100
Fail ile Görüşmek	54	20,1	214	79,9	268	100
İstismar ve İhmali Nereye Bildireceğini Bilememek	112	41,8	156	58,2	268	100
Diğer	30	11,2	238	88,8	268	100

Hekimlerin yaşı istismarı ile karşılaştıkları diğer zorluklar tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14: *Hekimlerin Yaşlı İstismarını Yönetirken Karşılaştıkları Zorluklar Konusundaki Diğer Düşüncelerine Göre Dağılımları*

İstismarın Yönetiminde Karşılaşılan Zorluklar (Diğer)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Toplam	
			Sayı (n)	Yüzde (%)
* Bilgim, Eğitimim ve Fikrim yok	7	2,6	30	11,2
* Bilgim Yetersiz	1	0,4		
* Herhangi Bir Zorlukla Karşılaşmadım	2	0,7		
* İstismarla Karşılaşmadığım İçin Yorum Yapamıyorum	6	2,2		
* Sorgulamadığım İçin Bilmiyorum	2	0,7		
* Kurumlardan Destek Alamamak	4	1,5		
* Zaman Yetersizliği	3	1,1		
* Ailenin Tepkisi, Fail İnkârı, Aile İlişkilerinde Taraf Olmanın Riskleri	3	1,1		
* İstismarın Çoğunlukla Mobbing Şeklinde Olması	1	0,4		
* Sorunu Çözememenin Bir Parçası Olmanın Verdiği Vicdan Azabı	1	0,4		

Toplam engel puanı ortalama 2,73 (Std Sapma:1,646) ve toplam zorluk puanı ortalama 1,87 (Std Sapma: 1,240) olarak hesaplanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15: *Toplam Engel ve Toplam Zorluk Puanlarının Dağılımları*

	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Max.
Toplam Engel Puanı	2,73	1,646	0	7
Toplam Zorluk Puanı	1,87	1,24	0	5

4.3. Hekimlerin Olguları Değerlendirmesi

İstismar ve ihmal belirtileri daha belirgin olan ifadelerde hekimlerin istismar düşünme ve adım atma oranları daha yüksek bulunurken; tüm olgular için adım atma durumu istismar düşünme durumundan daha düşük saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16: Hekimlerin İstismar Düşünme ve Gerekli Adımı Atma Sıklığı

Olgular	İstismar ya da İhmal Düşünürüm		Gerekli Adım Atarım	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yoğun Şekilde İdrar Kokusu	227	84,7	132	58,1
Son Dönemde İçine Kapanma ve Endişeli Görünüm	156	58,2	66	42,3
Bakıcının Yaşlıyı Yıkarken Banyodan Garip Sesler Duyulması	246	91,8	201	81,7
Yaşlının, Komşusunun Çok Konuşmasından Şikâyetçi Olması	80	29,9	46	57,5
82 Yaşındaki Bireyin Araba Kullanmasını Engellemek İçin Çocuklarının Anahtarı Saklamaları	39	14,6	15	38,5
Oğlu İlaçlarını Yazdırmaya Gitmediği İçin Yaşlı Bir Hastanın 3 Haftadır İlaçlarını Kullanamaması	235	87,7	161	68,5
Vajinal Kaşıntı ve Akıntı Şikâyeti ile Muayenede Genital Bölge ve Anüs Çevresinde Kızarıklık	166	61,9	127	76,5
1 Haftadır Yalnız Yaşayan ve Bilinci Konfüze Bir Şekilde Başvurusu Olan Hasta	184	68,7	134	72,8
Yaşlı Bireyin Kızının, Torunları ile İlgili Konularda Kendisinden Çok Damadına Danışması	36	13,4	17	47,2
Kızı ve Oğlunun Hasibe Hanım'ın Söylediklerini Dikkate Almaması, Genelde Kızı ile Damadının Konuşması	146	54,5	74	50,7
Yalnız Yaşayan, Düzenli Heparin Kullanımı Olan ve Düşüğünü Belirten Hastanın İki Dizinde Olan Morluk	85	31,7	58	68,2
Tek Başına Yaşayan, Emekli Öğretmen Hastanın Eski ve Yırtılmış Kıyafetleriyle Muayeneye Gelmesi	174	64,9	125	71,8
Bilinç Bulanıklığı ve Ajitasyonu Olan Hastanın Yatak Parmaklığının İnik Olması	152	56,7	99	65,1
Demans Başlangıcı Olan Hastanın, Evrakları ve Banka İşlemlerinin, Oğlu Tarafından Yönetilmesi	48	17,9	21	43,8
Çoklu İlaç Kullanımı Olan Hastanın Kızının İlaçlarını Vermek İçin Her Gün Belli Saatlerde Uykusundan Uyandırması	17	6,3	5	29,4
Bireyin Çocuklarının Yemeklerden Sonra Takma Dişlerini Çıkarıp Ağızını Çalkalamasını İstemeleri	12	4,5	4	33,3

Hekimlerin istismar düşündükleri hastalarda ne tür yol izlediklerine baktığımızda ise; istismar ve ihmal belirtilerinin çok belirgin olduğu olgularda hekimlerin prosedürleri uygulayıp (Sosyal hizmetleri ararım / Polisi ararım / Ailesi veya ilgili kurum amirliği (Bakım evi, Huzur evi vb.) ile görüşüp problemi çözmeye çalışırım) sorunu çözmeye çalıştıkları; fakat karşılaştıkları vakaların büyük bir kısmında ise istismar ya da ihmal düşünseler bile gerekli adımları atmadıkları görülmüştür (Tablo 17).

Tablo 17: *Hekimlerin İstismar ve İhmal Düşündükleri Olgularda İzledikleri Tutum ve Davranışlarına Göre Dağılımları*

Olgular	A		B		C	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yoğun Şekilde İdrar Kokusu	45	16,8	50	18,7	132	49,3
Son Dönemde İçine Kapanma ve Endişeli Görünüm	43	16	47	17,5	66	24,6
Bakıcının Yaşlıyı Yıkarken Banyodan Garip Sesler Duyulması	26	9,7	19	7,1	201	75
Yaşlının, Komşusunun Çok Konuşmasından Şikayetçi Olması	20	7,5	14	5,2	46	17,2
82 Yaşındaki Bireyin Araba Kullanmasını Engellemek İçin Çocuklarının Anahtarı Saklamaları	17	6,3	7	2,6	15	5,6
Oğlu İlaçlarını Yazdırmaya Gitmediği İçin Yaşlı Bir Hastanın 3 Haftadır İlaçlarını Kullanamaması	43	16	31	11,6	161	60,1
Vajinal Kaşıntı ve Akıntı Şikâyeti ile Muayenede Genital Bölge ve Anüs Çevresinde Kızarıklık	23	8,6	16	6	127	47,4
1 Haftadır Yalnız Yaşayan ve Bilinci Konfüze Bir Şekilde Başvurusu Olan Hasta	23	8,6	27	10,1	134	50
Yaşlı Bireyin Kızının, Torunları ile İlgili Konularda Kendisinden Çok Damadına Danışması	12	4,5	7	2,6	17	6,3
Kızı ve Oğlunun Hasibe Hanım'ın Söylediklerini Dikkate Almaması, Genelde Kızı ile Damadının Konuşması	41	15,3	31	11,6	74	27,6
Yalnız Yaşayan, Düzenli Heparin Kullanımı Olan ve Düşüğünü Belirten Hastanın İki Dizinde Olan Morluk	18	6,7	9	3,4	58	21,6
Tek Başına Yaşayan, Emekli Öğretmen Hastanın Eski ve Yırtılmış Kıyafetleriyle	24	9	25	9,3	125	46,6

Muayeneye Gelmesi						
Bilinç Bulanıklığı ve Ajitasyonu Olan Hastanın Yatak Parmaklığının İnik Olması	29	10,8	24	9	99	36,9
Demans Başlangıcı Olan Hastanın, Evrakları ve Banka İşlemlerinin, Oğlu Tarafından Yönetilmesi	16	6	11	4,1	21	7,8
Çoklu İlaç Kullanımı Olan Hastanın Kızının İlaçlarını Vermek İçin Her Gün Belli Saatlerde Uykusundan Uyandırması	9	3,4	3	1,1	5	1,9
Bireyin Çocuklarının Yemeklerden Sonra Takma Dişlerini Çıkarıp Ağzını Çalkalamasını İstemeleri	6	2,2	2	0,7	4	1,5
A. Ne yapılmasını bilmediğim için herhangi bir adım atmam B. Ne yapılması gerektiğini bilsem de engeller nedeni ile herhangi bir girişimde bulunmam C. Gereken adımları atarım (Sosyal hizmetleri ararım / Polisi ararım / Ailesi veya ilgili kurum amirliği (Bakım evi, Huzur evi vb.) ile görüşüp problemi çözmeye çalışırım)						

Toplam istismar düşünme puanı ortalama 7,47 (Std Sapma:2,798) ve toplam eyleme geçme puanı ortalama 4,79 (Std Sapma:3,229) olarak hesaplanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18: Toplam İstismar Düşünme ve Adım Atma Puanlarının Dağılımları

	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Max.
Toplam İstismar Düşünme Puanı	7,47	2,798	0	16
Toplam Adım Atma Puanı	4,79	3,229	0	16

4.4. Hekimlerin ve İzledikleri Yaşlı Hastaların Özellikleri ile İstismar Konusundaki Güven ve Tutumlarının Karşılaştırılması

Yaş ve meslekteki yılın artması ile istismarı tespit etmede kendine güven arasında anlamlı ancak zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Bir günde başvuran 65 yaş üzeri hasta sayısı ile istismarı tespit etmede kendine olan güven arasında da zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

İstismarı tespitte kendine güven ile yönetmedeki güven arasında güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$).

Hekimler ve izledikleri yaşı nüfusun özelliklerine göre istismar konusundaki kendilerine duydukları güven ve tutumlarının karşılaştırması tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19: *Hekimlerin İzledikleri Yaşlı Hastaların Özellikleri ile İhmal İstismar Konusunda Kendilerine Duydukları Güven Arasındaki İlişki*

		Yaş	Meslek Yılı	>65 Yaş Hasta Sayısı	Ortalama >65 Yaş Hasta Sayısı	İstismarı Tespitte Kendine Güven (VAS'a göre)	İstismarı Yönetmede Kendine Güven (VAS'a göre)
İstismarı Tespitte Kendine Güven (VAS'a göre)	r	0,136	0,156	0,089	0,171	1	0,815
	p	0,026	0,011	0,145	0,005		0,000
İstismarı Yönetmede Kendine Güven (VAS'a göre)	r	0,102	0,108	0,011	0,102	0,815	1
	p	0,096	0,076	0,859	0,095	0,000	

4.5. Cinsiyete Göre Toplam Zorluk Puanı ve Toplam Engel Puanının Karşılaştırılması

Cinsiyete göre toplam engel puanları ve toplam zorluk puanları karşılaştırıldığında; kadınların toplam zorluk puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Toplam engel puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kadınların toplam zorluk ortalama puanları 2,06 saptanırken, erkeklerin 1,73 bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20: Cinsiyete Göre Toplam Zorluk Puanı ve Toplam Engel Puanının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam Engel Puanı	Kadın	115	2,88	1,697	1,301	266	0,194
	Erkek	153	2,61	1,602	1,29	237,866	
Toplam Zorluk Puanı	Kadın	115	2,06	1,245	2,208	266	0,028
	Erkek	153	1,73	1,221	2,202	243,123	

4.6. Çeşitli Parametrelerin İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanı ile Karşılaştırılması

4.6.1. Cinsiyete Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyete göre toplam istismar düşünme puanları ve toplam adım atma puanları karşılaştırıldığında; kadınların toplam istismarı düşünme puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Adım atma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kadınların istismar düşünme ortalama puanları 8,12 saptanırken, erkeklerin 6,99 bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 21: Cinsiyete Göre Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Kadın	115	8,12	2,636	3,348	266	0,001
	Erkek	153	6,99	2,826	3,381	253,911	
Toplam Adım Atma Puanı	Kadın	115	4,74	3,261	- 0,244	266	0,807
	Erkek	153	4,84	3,215	- 0,244	243,815	

4.6.2. Hekimlerin ve Hasta Popülasyonunun Özelliklerine Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması

Bir günde hekimlere başvuran >65 yaş hasta sayısının fazla olması ile hem istismar düşünme puanı arasında hem de harekete geçme puanı arasında zayıf ilişki saptanmıştır ($p<0,005$).

İstismarı tespit etmede hekimlerin kendilerine olan güvenleri ile istismar düşünme puanı arasında çok zayıf ilişki saptanmış; harekete geçme puanı ile arasında ilişki bulunamamıştır.

Benzer olarak istismarın yönetiminde hekimlerin kendilerine olan güvenleri ile istismar düşünme puanı arasında çok zayıf ilişki saptanmış; harekete geçme puanı ile arasında ilişki bulunamamıştır.

Yaş, meslek yılı ve hekimlerin nüfuslarına kayıtlı >65 yaş bireyler ile toplam istismar düşünme ve toplam adım atma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Veriler tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Hekimlerin ve Hasta Popülasyonunun Özelliklerine Göre Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması

		Yaş	Meslek Yılı	>65 Yaş Hasta Sayısı	Ortalama >65 Yaş Hasta Sayısı	İstismarı Tespitte Kendine Güven	İstismarı Yönetmede Kendine Güven
Toplam istismar düşünme puanı	r	0,016	0,019	0,079	0,221	0,027	0,063
	p	0,796	0,754	0,196	0	0,655	0,307
Toplam adım atma puanı	r	0,027	0,034	0,077	0,157	0,133	0,155
	p	0,66	0,575	0,21	0,01	0,03	0,011

4.6.3. Hekimlerin Aldıkları Eğitim Durumuna Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması

Hekimlerin istismar ve ihmal konusunda aldıkları mezuniyet öncesi eğitim ile toplam istismar düşünme puanları ve toplam harekete geçme puanlarının karşılaştırılmış fakat anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 23).

Tablo 23: *Mezuniyet Öncesi Alınan Eğitim Durumuna Göre Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Mezuniyet Öncesi Eğitim	21	8,05	2,819	0,979	266	0,329
	Eğitim Almadım	247	7,43	2,797	0,972	23,474	
Toplam Adım Atma Puanı	Mezuniyet Öncesi Eğitim	21	5,67	3,022	1,291	266	0,733
	Eğitim Almadım	247	4,72	3,241	1,369	24,083	

Hekimlerin istismar ve ihmal konusunda aldıkları mezuniyet sonrası eğitim ile toplam istismar düşünme puanları ve toplam adım atma puanlarının karşılaştırılmış fakat anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 24).

Tablo 24: *Mezuniyet Sonrası Alınan Eğitim Durumuna Göre Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Mezuniyet Sonrası Eğitim	43	6,79	2,242	-1,754	266	0,081
	Eğitim Almadım	225	7,6	2,878	-2,076	71,3	
Toplam Adım Atma Puanı	Mezuniyet Sonrası Eğitim	43	5,23	2,793	0,97	266	0,333
	Eğitim Almadım	225	4,71	3,305	1,087	66,583	

4.6.4. Hekimlerin İstismarı Sorgularken Karşılaştıkları Engellere Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması

Hekimlerin istismarı sorgularken karşılaştıkları engeller ile ilgili düşünceleri sorulmuş, toplam istismar düşünme ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış;

yaşlının tepkisi ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 25).

Tablo 25: *Hekimlerin İstismarı Sorgularken Karşısındaki Yaşlının Tepkisi ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller: Karşımdaki Yaşlının Tepkisi	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	86	7,23	2,76	-0,97	266	0,333
	Hayır	182	7,59	2,817	-0,978	169,946	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	86	4,73	3,482	-0,216	266	0,829
	Hayır	182	4,82	3,112	-0,208	151,124	

Hekimlerin fail ile görüşmesine izin verilmemesi ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam adım atma ve toplam istismar düşünme puanı ile fail ile görüşmesine izin verilmemesi arasında istatistiksel bir anlamlılık çıkmamıştır (Tablo 26).

Tablo 26: *Hekimlerin İstismarı Sorgularken Fail ile Görüşmesine İzin Verilmemesi ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller: Fail ile Görüşmeme İzin Verilmemesi	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	43	7,37	2,591	-0,26	266	0,795
	Hayır	225	7,49	2,841	-0,277	62,892	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	43	5,07	3,453	0,609	266	0,328
	Hayır	225	4,74	3,19	0,577	56,533	

Hekimlerin istismarı sorgularken karşılaştıkları engeller ile ilgili düşünceleri sorulmuş, toplam istismar düşünme ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; nereye başvuracaklarını bilememeleri ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 27).

Tablo 27: *Hekimlerin İstismarı Sorgularken Nereye Başvuracağını Bilememeleri ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller: Nereye Başvuracağını Bilememek	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	93	7,73	2,699	1,098	266	0,273
	Hayır	175	7,34	2,848	1,116	196,653	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	93	4,68	3,372	-0,433	266	0,665
	Hayır	175	4,86	3,158	-0,424	177,365	

Kişileri gereksiz yere etiketliyor olma duygusu ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam adım atma ve toplam istismar düşünme puanı ile kişileri gereksiz yere etiketliyor olma duygusu arasında istatistiksel bir anlamlılık çıkmamıştır (Tablo 28).

Tablo 28: *Hekimlerin İstismarı Sorgularken Kişileri Gereksiz Yere Etiketliyor Olma Duygusu ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller: Kişileri Gereksiz Etiketleme Duygusu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	86	7,48	2,253	0,011	266	0,99
	Hayır	182	7,47	3,028	0,013	217,575	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	86	4,95	3,162	0,552	266	0,581
	Hayır	182	4,72	3,266	0,559	171,803	

Kişinin yakınlarının tepkisi ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam adım atma ve toplam istismar düşünme puanı ile kişinin yakınlarının tepkisi arasında istatistiksel bir anlamlılık çıkmamıştır (Tablo 29).

Tablo 29: *Hekimlerin İstismarı Sorgularken Kişinin Yakınlarının Tepkisi ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller: Kişinin Yakınlarının Tepkisi	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	153	7,37	2,66	-0,727	266	0,468
	Hayır	115	7,62	2,978	-0,716	229,745	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	153	4,65	3,205	-0,863	266	0,389
	Hayır	115	4,99	3,265	-0,861	243,235	

Hekimlerin kurumlardan yeterince destek alamaması ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı ile hekimlerin kurumlardan yeterince destek alamaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 30).

Tablo 30: *Hekimlerin İstismarı Sorgularken Kurumlardan Yeterince Destek Alamamaları ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller: Kurumlardan Yeterince Destek Alamamak	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	110	7,42	2,539	-0,271	266	0,786
	Hayır	158	7,51	2,973	-0,279	255,046	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	110	4,86	3,123	0,291	266	0,771
	Hayır	158	4,75	3,31	0,294	242,98	

Hekimlerin yeterli zamanlarının olmaması ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı ile hekimlerin yeterli zamanlarının olmaması arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 31).

Tablo 31: *Hekimlerin İstismarı Sorgularken Yeterli Zamanlarının Olmaması ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarı Sorgulamada Karşılaşılan Engeller: Yeterli Zamanının Olmaması	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	160	7,47	2,699	-0,036	266	0,971
	Hayır	108	7,48	2,953	-0,036	215,546	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	160	4,81	3,235	0,109	266	0,913
	Hayır	108	4,77	3,234	0,109	229,813	

4.6.5. Hekimlerin İstismarın Yönetiminde Karşılaştıkları Zorluklara Göre İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanlarının Karşılaştırılması

İstismar ve ihmali nasıl sorgulayacağını bilememek ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı ile istismar ve ihmali nasıl sorgulayacağını bilememek arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 32).

Tablo 32: *Hekimlerin İstismar ve İhmali Nasıl Sorgulayacağını Bilememek ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarın Yönetiminde Karşılaşılan Zorluklar: İstismar ve İhmali Nasıl Sorgulayacağını Bilememek	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	102	7,43	2,953	-0,195	266	0,846
	Hayır	166	7,5	2,707	-0,191	199,649	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	102	4,30	3,429	-1,961	266	0,051
	Hayır	166	5,1	3,071	-1,91	195,97	

Hekimlerin istismar ve ihmali bildiren yaşlılara destek sağlaması ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı ile istismar ve ihmali bildiren yaşlılara destek sağlamak arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 33).

Tablo 33: *Hekimlerin İstismar ve İhmali Bildiren Yaşlılara Destek Sağlamak ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarın Yönetiminde Karşılaşılan Zorluklar: İstismar ve İhmali Bildiren Yaşlılara Destek Sağlamak	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	108	7,56	2,599	0,392	266	0,695
	Hayır	160	7,42	2,932	0,401	247,102	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	108	4,76	3,244	-0,148	266	0,883
	Hayır	160	4,82	3,229	-0,148	229,053	

Hekimlerin kötüye kullanımı belgeleme prosedürü ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı ile kötüye kullanımı belgelemek arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 34).

Tablo 34: *Kötüye Kullanımı Belgelemek ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarın Yönetiminde Karşılaşılan Zorluklar: Kötüye Kullanımı Belgelemek	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	125	7,26	2,609	-1,149	266	0,252
	Hayır	143	7,66	2,951	-1,158	265,961	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	125	4,78	3,189	-0,051	266	0,959
	Hayır	143	4,8	3,274	-0,051	262,89	

Hekimlerin faille görüşmek ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam adım atma puanı ve toplam istismar düşünme puanı ile faille görüşmek arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 35).

Tablo 35: *Fail ile Görüşmek ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarın Yönetiminde Karşılaşılan Zorluklar: Fail ile Görüşmek	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	54	7,61	2,838	0,403	266	0,688
	Hayır	214	7,44	2,794	0,399	80,893	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	54	4,22	3,202	-1,461	266	0,145
	Hayır	214	4,94	3,227	-1,468	82,309	

Hekimlerin kötüye kullanımı nereye bildireceğini bilememesi ile toplam istismar düşünme puanı ve toplam adım atma puanı karşılaştırılmış; toplam adım atma puanı ile istismar ve ihmali nereye bildireceğini bilememek arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 36).

Tablo 36: *İstismar ve İhmali Nereye Bildireceğini Bilememek ile İlgili Düşüncelerinin Toplam İstismar Düşünme Puanları ve Toplam Adım Atma Puanlarının Karşılaştırması*

	İstismarın Yönetiminde Karşılaşılan Zorluklar: İstismar ve İhmali Nereye Bildireceğini Bilememek	N	Ortalama	Std. Sapma	t	df	p
Toplam İstismar Düşünme Puanı	Evet	112	7,25	2,68	-1,11	266	0,268
	Hayır	156	7,63	2,878	-1,123	248,807	
Toplam Adım Atma Puanı	Evet	112	4,11	3,059	-2,998	266	0,003
	Hayır	156	5,29	3,267	-3,03	248,076	

4.6.6. Toplam Engel Puanı ve Toplam Zorluk Puanları ile İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanları Arasındaki Korelasyon

Toplam zorluk puanı ile toplam adım atma puanı arasında zayıf bir ilişki bulunmuş; toplam istismar düşünme puanı ile ilişki saptanamamıştır.

Toplam istismar düşünme puanı ile toplam harekete geçme puanı arasında zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı.

Toplam engel puanı ile toplam zorluk puanı arasında güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($p < 0,05$) (Tablo 37).

Tablo 37: Toplam Engel Puanı ve Toplam Zorluk Puanları ile İstismar Düşünme ve Harekete Geçme Puanları Arasındaki Korelasyon

		Toplam İstismar Düşünme Puanı	Toplam Adım Atma Puanı	Toplam Engel Puanı	Toplam Zorluk Puanı
Toplam İstismar Düşünme Puanı	r	1	0,326	-0,027	0,006
	p		0,000	0,658	0,922
Toplam Adım Atma Puanı	r	0,326	1	0,097	0,129
	p	0,000		0,112	0,035
Toplam Engel Puanı	r	-0,027	0,097	1	0,632
	p	0,658	0,112		0,000
Toplam Zorluk Puanı	r	0,006	0,129	0,632	1
	p	0,922	0,035	0,000	

Ayrıca; “İstismarı Sorgulama, Tespit ve Yönetimin Ne kadar Zaman Aldığını Düşünüyorsunuz?”, “Herhangi Bir Nedenle Başvuran Yaşlılarda İstismar Aklınıza Ne Sıklıkla Gelir?”, “İstismardan Şüphelendiğiniz Olguları Sorgularken Kendinizi Ne Kadar Rahat Hissedersiniz?” sorularına verilen yanıtlar ile istismar düşünme ve harekete geçme puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.



5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan 268 aile hekiminin yaş ortalamasına bakıldığında yaş ortalaması $49,76 \pm 7,39$ (min:29 maks:67) olarak görülmüş; meslekte çalışma yıllarının ortalaması $24,82 \pm 7,65$ 'tir (min:1 maks:40) saptanmıştır. Kayseri'de aile hekimleriyle yapılan başka bir araştırmada, hekimlerin %66,4'ü 40-49 yaş aralığında saptanmıştır [89]. 45-55 yaş aralığında aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim sayısının 60 benzer araştırmalarda da yüksek çıkması, aile hekimlerinin il merkezleri ve nitelikli yerlerde çalışabilmeleri için mesleki hizmet puanlarının yüksek olması gerektiğini akla getirmiştir. İstanbul Üniversitesi'nde çocuk istismarı olgularına yönelik hekimlerin yaklaşımını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada yaş ortalaması 33 saptanmış [90]; Kara tarafından yapılan bir diğer tez çalışmasında da yaş ortalamaları benzer bulunmuştur [91]. Bu durum 30-35 li yaşlarda çalışan aile hekimlerinin ise evlilik, uzmanlık eğitiminin erken yaşta başlayıp bitmesi ya da sağlık problemleri nedeni ile il merkezinde olduğu düşündürmüştür.

Çalışmamızda erkek hekim oranı fazladır (%57,1), ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da erkek hekim oranları kadınlara göre yüksek saptanmıştır [89][92]. Yaptığımız çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık durumları sorgulanmamış olup, ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında çoğunluğun pratisyen olduğu görülmüştür [93].

Araştırmaya katılan hekimlerin nüfuslarına kayıtlı 65 yaş ve üzeri hasta sayısı ortalaması $391,54 \pm 202,10$ (min:46 maks:1215); bir günde başvuran ortalama 65 yaş ve üzeri hasta sayısı $21,69 \pm 11,10$ olarak bulunmuştur (min:3 maks:68). Görülen yaşlı hastalar arasındaki farkın bu kadar fazla olması İzmir ilinin merkez ilçelerindeki popülasyon desenlerindeki çeşitlilikten ve fazla göç alan ilçelerin mevcut olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Başvurularda hekimlerin düşündüğü istismar yüzdesi ortalama $\%8,24 \pm 12,74$ (min:0 maks:80) olarak bulunmuştur. Malezya'da benzer yapılmış bir çalışmada katılımcıların yaklaşık % 26'sı (7 doktor ve 34 hemşire) son 12 ay içinde muhtemel istismar vakalarıyla karşılaştıklarını söylemiş fakat oran belirtmemişlerdir [88]. Yurt dışında yapılmış olan benzer bir çalışmada ihmal en sık tanınan ve bildirilen vaka çeşidi olmuştur [94]. Austin ve ark. yaptığı çalışmaya göre "inanılan" ile "rapor edilen"

arasındaki belirsizlik olduğu belirtilmiş; ankete katılanların %95'inden fazlası yaşlılar arasında istismar, ihmal ve aile içi şiddetin nadir bir olay olmadığını düşünmüşlerdir [95].

Araştırmamızda istismar olasılığının bu kadar düşük akla gelmesinin bir nedeni 65 yaş üzeri hasta sayısı ile ilgili olabilir. Nitekim Hekimlerin ilgilendiği nüfustaki toplam >65 yaş hasta sayısı ile başvuran hastalarda istismar olasılığını düşünme arasında korelasyon bulunmaktadır. Bir günde başvuran 65 yaş üzeri hasta sayısı ile istismarı tespit etmede kendine olan güven, toplam istismar düşünme ve toplam adım atma puanı arasında korelasyon bulunmaktadır. Elde ettiğimiz bu bulgular hekimin ilgilendiği yaşlı oranının fazla olmasıyla birlikte tecrübe ettiği hasta sayısının fazla olmasıyla ve ilgilendiği popülasyonun alt yapısıyla alakalı olabileceğini düşündürmektedir.

Bir başka neden de hekimlerin ilgilendikleri toplumdaki sosyo-ekonomik ve kültürel düzeye bağlı istismarın az görülmesinden kaynaklanabilir. Ancak araştırmamızda böyle bir sonuca ulaşabileceğimiz bir veri bulunmamaktadır.

Aynı zamanda bu konuda eğitim almamış olmak istismarın gözden kaçmasına ve hiç akıllarına gelmemesine neden olmuş olabilir. Ülkemizde çocuk ihmal ve istismarı, aile içi şiddet gibi sosyal konularda hekimlere sık eğitimler düzenlenmesine rağmen yaşlı istismarına yönelik eğitimlere nadir rastlanmaktadır. Yaptığımız çalışmaya göre 64 hekim (%23,8) yaşlı istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldığını belirtmiş; 229 hekim (%85,4) bu konuda eğitimin gerekli olduğunu bildirmiştir. Wagenaar ve arkadaşları tarafından yapılan benzer çalışmada hekimlerin yaklaşık %51'inin yaşlı istismarı konusunda eğitim almadığını belirtmişlerdir (89) Malezya'da yapılan bir araştırmada ankete katılan hekimlerin hepsi çocuk istismarı veya aile içi şiddet için eğitim almış olmasına rağmen, hiçbirisi yaşlı istismarı konusunda özel bir eğitim almamıştır [87]. Ahmed ve ark. yaptığı çalışmada iş tecrübesi ile istismara yönelik bilgi puanları arasında negatif korelasyon görülmüş bu da eğitim eksikliğine bağlanmıştır [88].

Cooper ve arkadaşlarının istismara yönelik yeni başlayan hekimlere yaptığı bir müdahale çalışmasında yapılan eğitim müdahalesi ile yaşlı istismarı konusundaki farkındalığın artırılabilceği gösterilmiştir [86].

Socular çalışmasında hekimlerin istismara yaklaşımlarında verilen periyodik eğitimin olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir [96].

Ancak araştırmamızda eğitim ile başvuran yaşlı hastada istismarı düşünme arasında bir ilişki gösterilememiştir. Bu durum eğitimin niteliği ile ilgili olabilir. Yine Wagenar ve ark. eğitimin uzunluğu ile niteliğinin istismarı tespit ve yönetimi etkilediğini, ayrıca istismarın belirti ve bulgularını algılama ve tanıma yeteneklerinde fark yarattığını söylemişlerdir [97]. Romanya'da sağlık çalışanlarının istismar belirtilerini tanıma ve tespitine yönelik yapılmış bir çalışmanın sonucunda eğitimin yaşlı istismarı konusundaki farkındalığı arttırmamasından dolayı yeni eğitim alanları istismardan daha çok şüphelenilmesine ve daha çok müdahale yöntemlerinin gelişmesine katkı sağlayacağı belirtilmiştir [98].

Eğitim alma ile istismarı düşünme arasında bir ilişki bulamamak da çalışmamızdaki hekimlerin çoğu eğitimin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Kore'deki hemşirelerin yaşlı istismarını bildirme konusundaki görüşlerinin sorulduğu benzer bir çalışmada hemşirelerin %21'i istismara yönelik eğitime katılmış, yaşlı istismarı yasası hakkındaki bilgi seviyesini artırmak için Koreli hemşirelere daha fazla eğitim programının sağlanmasını, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları iş oryantasyonu sırasında yaşlılara yönelik istismar eğitimi alıp ve her 5 yılda bir eğitim eğitimin tekrarlamasını ancak bu şekilde farkındalığın ve müdahale yöntemlerinin artacağı savunulmuştur [99]. Avustralya'da yapılmış bakım ortamındaki istismar ve ihmal vakalarının yönetimi ve tespiti konulu çalışmanın sonucunda da yaşlı istismarı konusunda farkındalığı artırmak için eğitim ve mesleki gelişim programlarının oluşturulması gerektiği savunulmuştur [100].

Çalışmamızda istismarı tespit etmede hekimlerin %65,3'ü, istismarın yönetilmesinde ise hekimlerin %67,9'u kendilerine güven duymadığını ya da bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum başvuranlarda yaşlı istismarını neden çok düşük oranda akıllarına geldiğinin bir başka nedeni olabilir. Malezya'da istismar konusunda 10 hekimle yapılan nitel bir araştırmada da hekimler yaşlı ihmali ve istismarı vakalarına karşı hazırlıksız hissettiklerini ve bu vakaları tanımlamak ve yönetmek için kendilerine güvenlerinin olmadığını vurgulamışlardır. Ayrıca klinik eğitimlerinin, yaşlıları istismar ve ihmali ile başa çıkma konusunda yetersiz olduğunu bu alanda araştırma ve yönetim konusundaki bilgi ve becerilerinin yetersizliği

nedeniyle yaşı istismarı vakalarına müdahale etmekte yetersiz kaldıklarını belirtmişlerdir[87]. Yaşı istismarın hafif belirtilerini tanıyamama, birinci basamak hekimleri için önemli bir eksikliktir. Hekimlerin morluklar veya kırıklar için alternatif açıklamalar yapması, bakıcıların bu yaralanmalara neden olmuş olabileceği fikrinden daha kolay olabilmektedir [97]. Sağlık çalışanları ihmal istismarın belirtilerinin belli olmaması sebebiyle gözden kaçabileceğini söylemişlerdir. Ehliyetlerin ve ellerinde bulunan ateşli silahların yaşlılardan alınması hekimler tarafından istismardan ziyade önlem olarak algılanmıştır [95]. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları istismarı ve ihmal fiziksel bir hastalık olarak görmeye başlamalı ve tıpkı kalp rahatsızlığı olan hastaların taranması gibi bu durumdan rahatsız olan hastalar taramalıdır [95].

BB hekimlerinin yaşı istismarını tespit etme ile ilgili zafiyetlerinin bir başka nedeni de bu konuda belirttikleri engeller ve zorluklar olabilir.

Hekimlerin 175'i (%65,3) istismar vakalarını sorgulama tespit etme ve yönetmenin fazla zaman aldığını düşünmüş; istismardan şüphelendikleri vakaları sorgulamada 95 hekim (%35,4) rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Günümüzde yapılan poliklinik sayısının artması, istismar vakalarının zor ve yönetiminin ağır olması, ülkemizde hukuksal yönden net bir prosedürün bulunmaması böyle bir sonuçla karşılaşmamıza neden olmuş olabilir.

Yaşı yakınlarının tepkisi, kurum desteğinin eksikliği ve yeterli zaman olmaması sorgulamadaki en önemli engeller olarak görülürken; kötüye kullanımı belgelemek istismar yönetiminde en sık karşılaşılan zorluk olmuştur. Aynı zamanda çalışmamızın bulgularına göre; istismar ve ihmal vakalarını hekimin nereye bildireceğini bilememesi de istismar vakaları konusunda hekimin gereken adımı atmamasına ve geri planda durmasına neden olmuştur. Bu durumun ülkemizde istismar vakalarına karşı hekimlerin izleyebileceği bir algoritma olmamasından, yasal bir süreç başladığında hekimlerin suçlu ve yalnız pozisyona düşmekten korkmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Birinci basamak hekimlerine yapılmış benzer bir çalışmada da hekimler istismarın saptanmasında ve yönetiminde karşılaştıkları engelleri “yaşı, istismara uğradığının farkında olmayabilir; istismara uğruyorsa bile çocuğuna ve ailesine utanç getireceği düşüncesi sebebiyle bunu saklayabilir, yaşı, istismar konusunda kendini suçlayabilir, yatağa bağımlı olmak veya yaşlının kendini ifade edememesi istismar ve ihmal açığa çıkarmadaki başlıca

problemlerdendir” şeklinde ifade etmişler aynı zamanda istismar vakalarının nereye yönlendirileceği ve bu gibi durumlarda nereye başvurulacağı tam bir kaos olarak görüldüğünden ve istismar vakalarını bildirme konusunda hekimler arasında tutarlılık bulunmadığından bahsetmişlerdir [87]. Yurt dışı çalışmalarında da benzer sonuçlarla karşılaşmıştır. Örneğin Mydin ve arkadaşlarının yaptığı hekimlerin bu konudaki fikirlerinin öne sürüldüğü bir çalışmada, hekimler yaşlı istismarı ve ihmalini tespit ve yönetme sürecinin de zaman alıcı olduğunu belirtmişler; hasta yükünün fazla olduğu kliniklerde, yaşlı istismarı ve ihmalinin tespiti veya değerlendirilmesi için fırsatlar son derece sınırlı olduğunu dile getirmişlerdir. O yüzden bu hekimlerin tercih önceliği genellikle bilinen hastalıklara veya tedavi edilebilir fiziksel rahatsızlıklar olmuş, hekimler daha kolay yönetilebilir ve daha az zaman alan vakalara daha fazla odaklanmışlardır [87].

Araştırmamızda ortaya çıkan bir diğer bulgu ise; zaman problemi olmuştur. Hekimlerin yeterli zamanlarının olmaması ile istismar düşünme durumları arasında ilişki bulunmuştur. İstismar ve ihmal vakalarının sorgulanması, yönetimi ve sonrasındaki sürecin fazla zaman alması hekimlerin istismar vakalarını yönetme konusunda isteksizliğe sürüklemiştir. Leddy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre de birçok hekim istismar vakalarının fazla zaman aldığını ve o kadar zamanlarının olmadığını belirtmişlerdir [101].

Bizim çalışmamızda da hekimler en çok “Yoğun Şekilde İdrar Kokusu, Son Dönemde İçine Kapanma ve Endişeli Görünüm, Bakıcının Yaşlıyı Yıkarken Banyodan Garip Sesler Duyulması, Oğlu İlaçlarını Yazdırmaya Gitmediği İçin Yaşlı Bir Hastanın 3 Haftadır İlaçlarını Kullanamaması, Vajinal Kaşıntı ve Akıntı Şikâyeti ile Muayenede Genital Bölge ve Anüs Çevresinde Kızarıklık, 1 Haftadır Yalnız Yaşayan ve Bilinci Konfüze Bir Şekilde Başvurusu Olan Hasta, Kızı ve Oğlunun yaşlı annelerinin Söylediklerini Dikkate Almaması, Genelde Kızı ile Damadının Konuşması, Tek Başına Yaşayan, Emekli Öğretmen Hastanın Eski ve Yırtılmış Kıyafetleriyle Muayeneye Gelmesi, Bilinç Bulanıklığı ve Ajitasyonu Olan Hastanın Yatak Parmaklığının İnik Olması” şeklindeki önermelerde istismardan şüphelenmişlerdir. Daha sık karşılaşılan ve belirtileri daha belirgin olan fiziksel istismar, cinsel istismar, psikolojik istismar ve ihmal durumlarında hekimler daha çok şüphe duymuşlar; belirtilerin daha masum ve non-spesifik olduğu durumlarda ise başka tıbbi nedenlere kaymışlardır. Yaşlılık döneminin hassas ve bir o kadar da

suistimale açık olması nedeniyle hekimlerin gelen her türlü vakada istismarı akıllarında bulundurmaları yaşlı bireyin yararına olacaktır.

Yaşlı istismarının araştırılmasında hekimler açısından bir diğer sorunu da bizzat istismara uğrayan kişiler yaratabilmektedir. Yaşlı insanlar, çoğu zaman yakın aile üyeleri olan başkalarıyla ya da faillerle istismarı tartışmanın sonuçlarından korkmaktadır bu yüzden istismara uğradığını söylememektedir. Daha yaşlı yetişkinler ailelerinden ayrılmaya ve bilinmeyen bir ortama gönderilmeye istekli olmayabilir [102]. İstismar ve ihmalin bildirilmemesi ülkelerin kültürlerine, inanışlarına, aile yapılarına göre değişiklik göstermektedir. Kültürel değerler ve bireyin onurunu koruma düşüncesi yaşlı istismarı ve ihmalinin belirlenmesinin ana engeli olarak görülmüştür [103]. Hindistan'da yapılmış bir çalışmaya göre ise; istismar veya ihmal mağdurlarının birçoğunun, istismarın kötü ebeveynlik becerilerinin bir sonucu olduğuna inandıklarını ve yaşlıların kendini suçladıklarını o şekilde sorulara cevap verdiklerini belirtmişlerdir. Araştırmalar ayrıca Hindistan'da, mevcut durumun geçmişteki eylemlerin bir ürünü olduğunu iddia eden bir Hindu doktrini olan Karma'ya ilişkin dini inançların, istismara uğrayanların yardım aramalarına engel teşkil ettiğini göstermiştir [104]. Benzer şekilde, Malezya'daki yaşlı insanlar, istismar deneyimlerinin ayrıntılarını açıklayarak ailelerine utanç getirmek yerine, genellikle sessizlikte acı çekmeyi tercih etmektedirler [105]. Güney Kore'de aile kimliği önemlidir ve kişinin bireysel kimliğinin ailesinden ayırt edilmesi zor olabilir; bu yüzden böyle bir durum bireyin utancı aynı zamanda ailenin utancı olarak kabul edilir [106]. Ayrıca, Doğu Asya kültüründe evlatlık görevine derinden ve büyük saygı duyulmaktadır. Bu kültüre göre, ebeveynler çocuklarının ebeveynlerine karşı evlatlık dindarlığı uygulamalarını sağlamak için disipline etmelidir; bu kişisel bir davranış kuralıdır. Bu nedenle, yaşlı istismarı bir ailenin utancı olarak kabul edilir ve ailede özel olarak çözülmesi gerektiği düşünülür [107].

Hekimler ayrıca demans, felç ve bakıcıya sosyoekonomik bağımlılık gibi yaygın yaşlı engellerinin sağlık uzmanlarına sınırlı erişimine neden olduğunu, bu durumun da istismarın tespitini güçleştirdiğini savunmuşlardır [108]. Evde bakım hizmetleri istismarın tespiti ve değerlendirilmesi için bu durumda önem kazanmaktadır. Mobil sağlık hizmetleri, sağlık merkezine gelemeyen yaşlı nüfusa ulaşmak için bir platform olarak kullanılmalıdır. Krueger ve ark. yaptıkları araştırmada istismarın tanınmasının önündeki engelleri istismarın reddedilmesi, müdahaleye direnme, yardım için nereye

başvuracaklarını bilmeme, istismarın değerlendirilmesine ve yanıtlanmasına ilişkin protokollerin bulunmaması, gizliliğe ilişkin kılavuz ilkelerinin bulunmaması, misilleme korkusu olarak bulmuşlar, yönetiminde ise en sık olarak yaşlı istismarı davaları için arayacak bir ajans, yaşlılar için bir hizmet rehberi, yaşlı istismarı konusunda tavsiyede bulunacak kaynak kişilerin bir listesi, yaşlı istismarı tespiti ve yönetimi için profesyonel rehberler veya protokollerin eksikliğinden bahsedilmiştir [109]. Hasta gizliliğini korumak hekimler için önemli olduğundan hekimlerin bir kısmı gizliliği bozmak istemediği için istismar vakasını bildirmemektedir [103]. Hekimler açısından raporlama ve bildirimdeki isteksizliğin bir başka yaygın nedeni, istismarı bildirenin korunma konusundaki belirsizliğidir. ABD’de yapılmış bir çalışmada; yaşlı istismarın hafif belirtilerini tanıyamama, birinci basamak hekimleri için bir engel olmaya devam ettiği, doktorların morluklar veya kırıklar için alternatif açıklamalar yapması, bakıcıların bu yaralanmalara neden olmuş olabileceği fikrinden daha kolay olabileceği vurgulanmıştır [97]. Yaşlı istismarı raporlama sistemi, hangi istismar vakalarının bildirileceğini açıkça belirtilmelidir [110]. Yaşlı istismarı tespit ve tedavisinin başarısı için kritik öneme sahip unsurlardan biri mağdur avukatlığıdır. Fiziksel istismar kanıtı olmayan daha yaşlı yetişkinler, bakıcıların elinde yaşadıkları istismar hakkında konuşmakta isteksiz olabilir, çünkü misilleme veya terk edilme korkusu vardır. Birinci basamak hekimlerini yaşlı istismarı hakkında açık, tehditkâr olmayan bir şekilde sorma konusunda eğitmek, bir güvenlik atmosferi sağlamak için kritik öneme sahiptir [48]. Yaşlı istismarı hakkındaki kamu bilgilendirmesi ve savunuculuk kampanyaları, toplumu yaşlı istismarı tehlikeleri ve erken teşhisin önemi konusunda eğitmek için de yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda hekimlerin %50’sinden fazlasının istismardan şüphe ettikleri durumlarda bile gerekli adım atacağını belirtenlerin oranı daha az olarak saptanmıştır. Tüm olgular için adım atma durumu istismar düşünme durumundan daha düşük saptanmıştır (Toplam istismar puanı ortalama 7,47 ve toplam eyleme geçme puanı ortalama 4,79 saptanmıştır. Bu durum hekimlerin yaşlının yakınlarından tepki göreceğini düşünmelerinden, kurumlardan yeterli desteği bulamamalarından, yeterli zamanlarının olmamasından, bir çözüm bulunacağına ve faydalı olacağına inançlarının olmamasından, kötüye kullanımı belgelemenin zor olmasından, bildirim nereye yapılacağını bilmemelerinden, istismara uğrayan yaşlılara nasıl destek sağlayacaklarını bilememelerinden ve bu konudaki

tecrübelerinin eksikliğinden kaynaklanmış olabilir. Malezya'da Hekimler ayrıca, bu vakaların resmi makamlara nasıl yönlendirileceğinden emin olmadıklarını da ifade etmişlerdir [87].

Yaptığımız çalışmada kadınların toplam istismarı düşünme puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Adım atma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Benzer olarak, Henderson ve ark. yaptığı 3.256 hastaya 138 ABD aile hekimi tarafından sağlanan bakımda, erkek veya kadın doktorlar tarafından cinsiyet açısından hiçbir fark gözlenmemiş fakat kadın doktorların sağlık danışmanlığı ve farkındalığı erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır [111]. Akçay'ın çalışmasında, kadın hekimlerin ve kıdemli hekimlerin istismar vakalarına yaklaşım ve bildirim hakkındaki istekliliği, diğer hekimlere göre anlamlı oranda yüksek saptanmıştır [112]. Hall ve ark. yaptığı çalışmada kadın hekimlerin hastalara daha uzun vakit ayırdığı, daha çok gülümsedikleri ve daha çok dinlediklerini ifade etmişlerdir [113]. Kadın hekimler, konu ile ilgilenme, bilgi edinme ve bildirim yapma konusunda pek çok araştırmada erkek hekimlere göre yüksek başarı oranına sahiptir.

Yaş ve meslekteki yılın artması ile istismarı tespit etmede kendine güven arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Eskici ve ark. çocuk istismarına yönelik hekimlerin durumunu saptadıkları çalışmada da benzer olarak 21 yıl ve üstü hekimlik yapan ve çocuk istismarı ile karşılaşan hekimlerin ihmal vakasını tanıma oranları istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır [93]. Bizim çalışmamızın aksine Malezya'da hekimler üzerine yapılan bir çalışmada ise, iş tecrübesi ile istismara yönelik bilgi puanları arasında negatif korelasyon görülmüş bu da eğitim eksikliğine bağlanmıştır [88]. Çalışmamızdaki bulgular, meslek hayatı uzun olan hekimlerin, ihmal ve istismar vakalarını tanıma, bu vakaları yönetmede kendilerine olan güvenlerinin, zaman ve tecrübe ile kazanılan birer yeti olduğu akla getirmektedir.

İstismarı tespit etmede güven ile yönetimde kendine olan güven ve toplam adım atma puanı arasında ilişki bulunmuştur. Konu ile alakalı bilgi beceri sahibi olmak ve ne yapacağını bilmek, bu vakaların ortada kalmamasını ve durumla ilgili hekimlerin yasal işleme başvurmalarını kolaylaştırmış olabilir.

Hekimlerin ilgilendiği nüfustaki toplam >65 yaş hasta sayısı ile başvuran hastalarda istismar olasılığını düşünme arasında korelasyon bulunmaktadır. Bir

günde başvuran 65 yaş üzeri hasta sayısı ile istismarı tespit etmede kendine olan güven, toplam istismar düşünme ve toplam adım atma puanı arasında korelasyon bulunmaktadır. Elde ettiğimiz bu bulgular hekimin ilgilendiği yaşlı oranının fazla olmasıyla birlikte tecrübe ettiği hasta sayısının fazla olmasıyla ve ilgilendiği popülasyonun alt yapısıyla alakalı olabileceğini düşündürmektedir.

İstismarı tespit etmede güven ile yönetimde kendine olan güven ve toplam adım atma puanı arasında ilişki bulunmuştur. Konu ile alakalı bilgi beceri sahibi olmak ve ne yapacağını bilmek, bu vakaların ortada kalmamasını ve durumla ilgili hekimlerin yasal işleme başvurmalarını kolaylaştırmış olabilir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Yaptığımız araştırma İzmir merkez ilçelerinde yapılmış olup sonuçlar ülke genelinde değerlendirilmemelidir.

Ülkemizde ekonomik istismar çok ciddi boyutta olduğu için alt verilerle değerlendirmek gerekebilir.

İstismar başvurmayanlarda daha büyük bir sorun olabileceği için hekimlerin ev ziyaretini yapıp yapmadıkları ve bu ziyaretlere ne kadar önem verdikleri “Ne kadar ev ziyaret ediyorsun, ev ziyaretlerinin sebepleri nelerdir?” şeklinde sorularla sorulmamıştır. Bir sonraki çalışmalarda bu tür durumlar göz önünde bulundurulabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İzmir ili merkez ilçelerindeki birinci basamak hekimlerinin yaşlı istismarı ve ihmali konusundaki farkındalıkları ve istismarı araştırma düzeylerini araştıran bu çalışmanın sonucuna göre;

Erkek hekimlerin sayıca fazla olmasına rağmen; kadın hekimler erkeklere göre yaşlı hastalarda istismar düşünme konusunda daha duyarlı olup ilgilendikleri nüfusta bu durumu daha fazla sorgulamışlardır. Hekimler yaşlı istismarı ve ihmali konusunda çoğunlukla eğitim almamışlar ve eğitim almanın gerekliliğini savunmuşlardır.

İstismarı tespit etme ve yönetmede hekimlerin kendilerine olan güvenleri sorulmuş ve büyük bir kısmı bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca istismar vakalarını sorgulama, tespit etme ve yönetmenin fazla zaman aldığını ve çalışma koşullarında yeterli zamanlarının olmadığını belirtmişlerdir.

Hekimlerin büyük bir kısmı en az bir olguda ihmal istismar düşünürken; ihmal ve istismar düşünenlerin daha az bir kısmı eyleme geçeceğini belirtmiştir. Daha sık karşılaşılan ve belirtileri daha belirgin olan fiziksel istismar, cinsel istismar, psikolojik istismar ve ihmal durumlarında hekimler daha çok şüphe duymuşlar; belirtilerin daha masum ve non-spesifik olduğu durumlarda ise başka tıbbi nedenlere kaymışlardır. Yaşlılık döneminin hassas ve bir o kadar da suistimale açık olması nedeniyle hekimlerin gelen her türlü vakada istismarı akıllarında bulundurmaları yaşlı bireyin yararına olacaktır.

Kurumlardan yeteri kadar destek göremediklerini belirten hekimler, bu nedenle istismar ve ihmal vakaları konusunda istismarı düşünme ve harekete geçmede çekingen kalmışlardır. Konuyla alakalı yasal bir süreç başladığında hekimlerin suçlu ve yalnız pozisyona düşmekten korkması önemli bir engel olarak görülebilir ve bu duruma yeni düzenlemeler getirilebilir.

Hekimlerin istismar ve ihmal vakalarının sorgulanmasında karşılaştıkları engeller ile istismar düşünme ve harekete geçme puanları karşılaştırılmış; fakat anlamlı sonuçlar saptanamamıştır.

Hekimlerin istismar ve ihmal vakalarının yönetiminde karşılaştıkları zorluklar ile istismar düşünme ve harekete geçme puanları karşılaştırılmış;

istismar ve ihmal vakalarının nereye bildirileceğinin bilinmemesi ile toplam harekete geçme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır.

Çalışmamızın ilginç bir sonucu da toplam zorluk puanı ile toplam adım atma puanı arasındaki korelasyondur. Bu sonuç bize istismar ve ihmal konusunda gereken adımları atan hekimlerin, zorlukların da farkında olduğunu göstermektedir.

Yaşlı bireyler, hastaneye yatırılma ve ölüm gibi istenmeyen sonuçlara daha yatkındır. Artmış sağlık problemleri olan yaşlı nüfusta, özellikle yaşlılığın ileri dönemlerinde kırılabilirlik riski fazladır. Yaşlılıkta kırılabilirliği anlamak ve bilmek, hastaları takip etmede ve uygulanacak tedavi seçiminde sağlık ekibine büyük kolaylık sağlayacaktır.

Aynı zamanda fail olarak tanımlanan bakıcının yükü de ele alınmalıdır. Daha önceki literatür, ilgili her iki tarafın ihtiyaçlarını ele almanın sorunun çözümünde hayati önem taşıdığını belirtmiştir. Literatürde yaşlı istismar ve ihmali konusunda etkili olan faktörler arasında gösterilen istismarı yapan kişinin özellikleri ya da durumla ilgili stres bu araştırma kapsamına alınmamıştır [114]. Bakıcının özellikleri göz ardı edilmiştir. İleriye yönelik uzunlamasına çalışmalar ve kalitatif çalışma yöntemleri kullanılarak (örn.odak grup görüşmeleri) ayrıntılı veriler elde edilebilir.

Çalışmamızın bulgularına dayanarak, Türkiye'deki istismar ve ihmale uğrayan yaşlıların koşullarını iyileştirmeye gerçek bir ihtiyaç vardır. Klinik düzeyde, ana odak nokta halk ve sağlık çalışanları arasında farkındalığın artırılması yönünde olmalıdır. Hekimlerin bilgi ve becerilerini geliştirmek, klinikte tespit oranını artıracaktır. Yerel düzenlemelere göre klinik rehberler ve yönetim protokolleri geliştirilmelidir, böylece hekimler yaşlı istismarı ve ihmal durumlarına müdahale ederken buna göre davranacaktır.

Yaşlılara özel tanımlamaya ihtiyaç vardır. Çünkü yaşlılar istismar veya ihmale uğradığının farkında olmayabilir, yaşadıklarını doğal kabul ediyor olabilir ya da unutup olabilir. Yaşlıların neyi şiddet olarak algıladıkları sorgulanmalıdır. Şüpheli ve gerçekte bildirilen yaşlı istismarı vakaları arasındaki farklar hakkında da çok az şey bilinmektedir; bu farklılıklar hakkında bilgi de gelecekteki araştırmalar için önem taşımaktadır.

Hekimlere yardımcı olacak bir algoritmanın hazırlanması bu çalışmanın bir sonraki aşamasıdır.

7. KAYNAKLAR

- [1] D. S. Çilingiroğlu N, “Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı,” *Türk Geriatr. Derg.*, pp. 225–230, 2004.
- [2] “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Programı,” *Aile ve Sos. Polit. Bakanl.*, 2013, [Online]. Available: www.eyh.gov.tr/upload/Node/8638/files/blob.docx.
- [3] Y. H. Beğen T, “Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi,” *Klin. Gelişim*, pp. 1–3, 2012.
- [4] K. B. Polat Ü, “Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki,” *Fırat Tıp Derg.*, pp. 213–8, 2013.
- [5] “The Global Prevention of Elder Abuse,” *World Heal. Organ. Toronto Declar.*, 2002.
- [6] et al. Tatar T, Kuzmeskus E, Duckhorn E, Bivens L, Thomas C, Gertig J, “The National Elder Abuse Incidence Study Final Report.”
- [7] C. L. Hogstel MO, “Elder abuse. Journal of Gerontological Nursing,” 1999.
- [8] K. N., “Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. Özveri Dergisi,” *Özveri Derg.*, 2006.
- [9] U. A, “Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali,” *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Derg.*, pp. 43–49, 2002.
- [10] K. E. D. L. M. J. Z. A. L. R, “World report on violence and health,” *World Heal. Organ.*, 2002.
- [11] N. M. Neno R, “Identifying abuse in older people. Nursing Standard,” 2005.
- [12] K. A. Teaster, P. B., Dugar, T. A., Mendiondo, M. S., Abner, E. L., & Cecil, “The 2004 survey of state adult protective services: Abuse of adults 60 years of age and older,” *Washington, DC Natl. Cent. Elder Abus. Adm. Aging, Dep. Heal. Hum. Serv.*
- [13] Y. E. M. Turla A, “Yaşlılıkta istismar ve ihmali,” *Adli Psikiyatr. Derg.*, pp. 27–35, 2007.
- [14] P. J. McCallum J, “Preventing growth in abuse of the elderly australian and new zealand,” *J. Public Health (Bangkok).*, pp. 413–415, 2002.
- [15] “Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. In R. J. Bonnie, & R. B. Wallace eds, Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America.,” 2003.

- [16] T. Fulmer, T., & Wetle, "Elder abuse screening and intervention. The Nurse Practitioner," pp. 33–38, 1986, doi: 10.1097/00006205-198605000-00005.
- [17] M. J. Lehning, A. J., Mss, E. K., & Austin, "Instruments for assessing elder mistreatment: Implications for adult protective services. Evidence for Practice," pp. 1–4, 2007.
- [18] B. Yaffe, M. J., & Tazkarji, "Understanding elder abuse in family practice. Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien," pp. 1336–40, 2012, [Online]. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23242889>.
- [19] B. D. Gordon R M, "The abuse and neglect of the elderly. International Journal of Law and Psychiatry," pp. 183–197, 2001.
- [20] A. B. Akduman GG, Korkusuz İ, "Yaşlı ihmal ve istismarı.," *Adli Psikiyatr. Derg.*, pp. 3–8, 2006.
- [21] K. A., "Düzce il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bakım gereksinimlerinin saptanması.," Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2003.
- [22] B. A., "Yaşlı Bireylerin sorunları ve bakım gereksinimlerinin saptanması.," Hacettepe Üniversitesi, 1990.
- [23] K. H., "Yaşlı dünyada, yaşlılık ve geriatik tıp.," 2002.
- [24] Ç. Y. Konak A, "Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği," *Cumhur. Üniversitesi Sos. Bilim. Derg.*, pp. 23–63, 2005.
- [25] "Man ageing and health achieving health across the life Spain.," WHO, 2001.
- [26] D. A., "Sağlıklı Yaşlanmak," *TC Sağlık Bakanl. Yayın Organı*, p. 11, 2005.
- [27] B. N., "Türkiye’de ve dünyada yaşlılarda demografik özellikler," *Geriatr. ve Gerontoloji.*, pp. 3–9, 2006.
- [28] K. P. He W, Goodkind D, "An Aging World : 2015 International Population Reports. Aging.," Washington, DC, 2016.
- [29] Ö. T. Aygün A, Başara BB, Güler C, Soytutan İ, "Sağlık İstatistikleri Yıllığı," *Ankara Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanl. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü*, 2015.
- [30] O. Ü, "Gerontoloji, geriatri ve sosyal hizmet," 2002.
- [31] Ç. B. Onat Ü, "Yaşlının sosyal hizmet uzmanı tarafından değerlendirilmesi.," *Geriatr. ve Gerontoloji.*, pp. 197–203, 2006.
- [32] U. S. Cangöz B, "Yaşlının psikolog tarafından değerlendirilmesi," *Geriatr. ve*

- Gerontoloji*, pp. 221–229, 2006.
- [33] B. A., “Yaşlılık ve hemşirelik yaklaşımları,” *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*, 1998.
- [34] D. P., “Yaşlılara verilen hemşirelik hizmetinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi,” Dokuz Eylül Üniversitesi, 2001.
- [35] U. R. Keskinoglu P, Bilgiç N, Pıçakçioğlu M, “İzmir Çamdibi-1 Nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı,” 2003.
- [36] K. M., “Gelişim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim,” *Sos. Bilim. Enstitüsü Derg.*, pp. 287–304, 2002.
- [37] K. A., “Sivas il merkezinde ikamet eden 60 yaş ve üzeri yaşlıların demografik, ekonomik, sosyal, sağlık ve duygusal durumları,” 2005, [Online]. Available: <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yasliarastirmasi>.
- [38] Ç. F. Akdemir N, Görgülü Ü, “Yaşlı İstismarı ve İhmali,” *acettepe Üniversitesi*, 2008.
- [39] Ö. F., “Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme,” *Kriz Derg.*, pp. 17–28, 2002.
- [40] T. A., “Türkiye’de yaşlıların durumu ve ulusal eylem planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü,” 2007.
- [41] “TİK:Aile Araştırması,” 2006.
- [42] “Türk Dil Kurumu,” 2019. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GT%0AS.59dd63db743492.42198936.
- [43] R. J. O’ Connor K, “Elder Abuse,” *Rev. Clin. Gerontol.*, pp. 1–8, 2005.
- [44] “Irish Nurses Organisation.Guidelines for Nurses in the Understanding and Prevention of Elder Abuse.,” 2004.
- [45] A. T., “Aile içi fiziksel yaşlı istismarı,” *İstanbul Üniversitesi*, 1996.
- [46] W. RS, “The nature and scope of elder abuse.,” 2007.
- [47] “Elderly abuse and neglect: in search of solutions.,” 2007.
- [48] D. XQ., “Systematic Review and Implications for Practice.,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, pp. 1214–38, 2015.
- [49] Z. M. Dong X, “The Association between Filial Piety and Perceived Stress among Chinese Older Adults in Greater Chicago Area.,” *J. Geriatr. Palliat. Care*, 2016.

- [50] "Yaşlı istismarı," 2007.
- [51] Ş. S. Uçkul R, "Yaşlı suistimali," 2007.
- [52] D. G. Sayan A, "Yaşlı İstismarı ve İhmali: Önleyici Girişimler," *Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg.*, pp. 97–106, 2004.
- [53] W. LM, "Elder abuse and neglect," 1998.
- [54] L. JM, "Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians," *Geriatrics*, pp. 37–44, 2003.
- [55] W. DA, "The millennial challenge: Elder abuse," *J. Emerg. Nurs.*, pp. 444–7, 2000.
- [56] N. M. Boyd MA, "Psychiatric Nursing Contemporary Practice," *Lippincott-Raven Publ.*, 1998.
- [57] O. M. Dursun R, "Yaşlı İstismarı ve İhmali," *J. Clin. Anal. Med. Clin. Anal. Med.*, pp. 427–437, 2016.
- [58] A. Ş. F. Fadiloğlu Ç, "Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım," *Ege Tıp Derg.*, pp. 69–77, 2012.
- [59] B. A. Kissal A, "Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi," pp. 357–64, 2009.
- [60] H. GM, "Yaşlı suistimali ve yaşlıda iyatrojenik problemler," *Geriatr. ve gerontoloji. Ankara Med.*, pp. 1073–82, 2006.
- [61] A. ŞÖ, "Yaşlı istismarı ve ihmali.," *II. Uluslararası ve VI. Ulus. Psikiyatr. Hemşireliği Kongresi*, pp. 27–30, 2012.
- [62] P. B. . Kingston P, "Elder abuse and neglect: issues in the accident and emergency department," *Accid Emerg Nurs*, pp. 122–8, 1995.
- [63] A. A. Acierno R, Hernandez MA and et al. Resnick H, Steve K, Muzzy W, "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 Heal.*, pp. 292–7, 2010.
- [64] J. Med, "Ethics Law Hist-Special Topics," *Türkiye Klin.*, 2016.
- [65] K. A. Malmedal W, Iversen MH, "Sexual abuse of older nursing home residents: a literature review," *Nurs Res Pr.*, 2015.
- [66] L. L. Kristensen K., "OFREDAD: om våld och övergrepp mot äldre personer. Visby, Sweden: Region Gotland, Socialförvaltningen;," 2013.
- [67] D. Ş., "Yaşlı ve sosyal hizmetler," *Türk Fiz. Tıp ve Rehabil. Derg.*, pp. 42–46,

- 2006.
- [68] B. N., "Yaşlı istismarı ve ihmali.," *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.*, pp. 67–77, 1999.
- [69] B. A. Erlingsson CL, Saveman B, "Perceptions of elder abuse in Sweden: Voices of older persons. Brief Treatment and Crisis Intervention," pp. 213–227, 2005.
- [70] B. R. et all. Aravanis SC, Adelman RD, "Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder abuse and neglect," *Am. Med. Assoc.*, 2003.
- [71] K. Yıldırım, "Yaşlı istismarı ve önlenmesi.," *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg.*, pp. 167–174, 2005.
- [72] K. H. Oh J, Kim HS, Martins D, "A study of elder abuse in Korea," *Int. J. Nurs. Stud.*, pp. 203–214, 2006.
- [73] "Older people at risk of abuse: information from counsel and care," 2006. <http://www.counselandcare.org.uk>.
- [74] H. M. Baker MW, "The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment," *Nurs. Outlook*, pp. 253–259, 2005.
- [75] M. F. Smith CM, "Community Health Nursing: Theory and Practice. 2 nd Edition.," *W.B. Saunders Co.*, 2000.
- [76] L. J. Stanhope M, "Violence and human abuse," *Fourth Ed. Mosby Year B. Inc.*, pp. 743–750, 1996.
- [77] C. J, "Elder abuse," *Int. J. Health Care Qual. Assur. Inc. Leadersh. Health Serv.*, pp. VI–XI, 1998.
- [78] T. H., "Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımlarıGizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları," *Cumhur. Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg.*, pp. 1–9, 2002.
- [79] K. N. Akın B, Seviğ Ü, "Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi," *Cumhur. Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.*, pp. 33–39, 2001.
- [80] Ç. B. Onat Ü, "Türkiye’de yaşlılara yönelik hizmet veren kuruluşlar ve özellikleri.," *Geriatr. ve Gerontoloji.*, pp. 61–67, 2006.
- [81] "Belediye Kanunu," 2004. .
- [82] U. R. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçife M, Bilgiç N, "Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme," *Türk Geriatr. Derg.*, pp. 57–61, 2004.
- [83] "Türk Ceza Kanunu," 2004. .

- [84] M. C. and S. Shinan-Altman, "A cross-cultural study of nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes," *Int. Psychogeriatr. Assoc.*, pp. 23:8, 1213–1221, 2011.
- [85] C. W. P. Dr. Mark J. Yaffe MD and MCISc , Deborah Weiss MSc and & M. L. MSW, "Detection and Prevalence of Abuse of Older Males: Perspectives from Family Practice," *J. Elder Abuse Negl.*, pp. 47–60, 2007.
- [86] L. H. and G. L. Claudia Cooper, "The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse," *Int. Psychogeriatrics*, pp. 24:9, 1447–1453, 2012.
- [87] F. H. M. Mydin and and S. Othman, "Elder Abuse and Neglect Intervention in the Clinical Setting: Perceptions and Barriers Faced by Primary Care Physicians in Malaysia," *J. Interpers. Violence*, pp. 1–26, 2017.
- [88] S. O. P. Ayesha Ahmed MPH, Wan-Yuen Choo PhD, F. H. M. Noran Naqiah Hairi PhD, Farizah Mohd Hairi DSc, and M. Mf. & S. N. I. J. MNsc, "Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey," *J. Elder Abuse Negl.*, pp. 28:3, 163–177, 2016.
- [89] B. Z. ve Ark., "Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler," *Türkiye Aile Hekim. Derg.*, vol. 18(3), pp. 122–133, 2014.
- [90] Ş. Ö., "Çocuk İstismarına Hekimlerin Yaklaşımı," İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2009.
- [91] K. Ö., "Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları Ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri Ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması," Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.
- [92] D. H., "Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık Ve Tutumlarının Belirlenmesi," Edirne Trakya Üniversitesi, 2012.
- [93] M. E., "AİLE HEKİMLERİNİN ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI VAKALARINA YAKLAŞIMLARI VE BİLDİRME DURUMLARI," Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 2016.
- [94] R. D. Kennedy, "Elder abuse and neglect: The experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians," *Fam. Med.*, vol. 37(7), pp. 481–485, 2005.

- [95] A. G. R. Jr., "Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers," *Arch. Gerontol. Geriatr.*, vol. 48, pp. 110–115, 2009.
- [96] S. RR., "Physician knowledge of child sexual abuse," *Child Abus. Negl.*, vol. 20(8), pp. 783–790, 1996.
- [97] P. Deborah B. Wagenaar, DO, MS; Rachel Rosenbaum, DO, MS, RD; Connie Page, PhD; and Sandra Herman, "Primary Care Physicians and Elder Abuse: Current Attitudes and Practices," *JAOA*, vol. 110, 2010.
- [98] C. C. Caciula I, Livingston G, Caciula R, "Recognition of elder abuse by home care workers and older people in Romania," *Int. Psychogeriatrics*, vol. 22, pp. 403–408, 2010.
- [99] P. Chungmee Ko, PhD, Chin-Kang Koh, "Research Article Factors Related to Korean Nurses' Willingness to Report Suspected Elder Abuse," *Asian Nurs. Res. (Korean. Soc. Nurs. Sci.)*, pp. 115–119, 2012.
- [100] L. J. P. & S. P. MSW, "Responding to a 'Window of Opportunity': The Detection and Management of Aged Abuse in an Acute and Subacute Health Care Setting," *Soc. Work Health Care*, vol. 48, pp. 702–714, 2009.
- [101] J. Leddy M. A., Farrow V. A., & Schulkin, "Obstetrician-gynecologists' knowledge, attitudes, and practice regarding elder abuse screening," *Women's Heal. Issues*, vol. 24(4), pp. 455–464, 2014, doi: 10.1016/j.whi.2014.04.006.
- [102] H. Jones, J. S., Holstege, C., & Holstege, "Elder abuse and neglect: Understanding the causes and potential risk factors," *Am. J. Emerg. Med.*, vol. 15, pp. 579–583, 1997.
- [103] B. A. Vandsburger, E., Curtis, V. S., & Imbody, "Professional preparedness to address abuse and neglect among elders living in the rural south: Identifying resiliency where stress prevails," *Ageing Int.*, vol. 37, pp. 356–372, 2012.
- [104] J. Chokkanathan, S., Natarajan, A., & Mohanty, "Elder abuse and barriers to help seeking in Chennai, India: A qualitative study," *J. Elder Abuse Negl.*, vol. 26, pp. 60–79, 2014.
- [105] W. Esther, E., Shahrul, K., & Low, "Elder abuse: A silent cry," *Malaysian J. Psychiatry*, vol. 14(1), pp. 29–34, 2006.
- [106] P. C. Yang, S., & Rosenblatt, "Shame in Korean families," *J. Comp. Fam. Stud.*, vol. 32, pp. 361–375, 2001.

- [107] D. Moon, A., & Benton, "Tolerance of elder abuse and attitudes toward thirdparty intervention among African American, Korean American, and White elderly," *J. Multicult. Soc. Work*, vol. 8, pp. 283–303, 2000.
- [108] R. Merican, I., & bin Yon, "Health care reform and changes: The Malaysian experience. Asia-Pacific," *J. Public Health (Bangkok)*, vol. 14, pp. 17–22, 2004.
- [109] M. Paul Krueger, PhD; Christopher Patterson, "Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care," *CAN MED ASSOC J*, p. 157(8), 1997.
- [110] R. Doe, S. S., Han, H. K., & McCaslin, "Cultural and ethical issues in Korea's recent elder abuse reporting system," *J. Elder Abus. Negl.*, vol. 21, pp. 170–185, 2009.
- [111] C. S. Henderson, J.T., & Weisman, "Physician gender effects on preventive screening and counseling : An analysis of male and female patients' health care experiences," *Med. Care*, vol. 39, pp. 1281–1292, 2001.
- [112] A. Ş, "İstanbul Üniversitesine Bağlı Tıp Fakültelerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalları ile Travma ve Acil Cerrahi Birimlerinde Görev Yapan Son Dönem Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi, Deneyim ve Davranışların," *istanbul üniversitesi tıp fakültesi*, 2008.
- [113] H. L. Hall, J.A., Irish, J.T., Roter, D.L., Ehrlich, C.M., & Miller, "Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting," *Heal. Psychol.*, vol. 13, pp. 384–392, 1994.
- [114] M. Bradley, "Caring for older people: Elder abuse," *Br. Med. J.*, vol. 313, pp. 548–550, 1996.

8. EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu İzmir il merkezindeki aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin yaşlı istismar ve ihmali konusunda bilgi düzeyi ve farkındalığını öğrenmek amacıyla yapılan tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneğin sonundaki seçeneği yuvarlak içine alınız. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Özge

Soyadı: ÖZOKCU GÜREL

Tel:

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

Ek 2: Sosyodemografik Veri Kayıt Formu Örneği

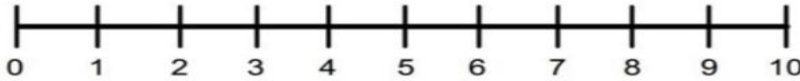
SOSYODEMOGRAFİK VERİ KAYIT FORMU

Değerli Katılımcı, İzmir ilindeki aile hekimlerinin yaşlı istismarı ve ihmalinin ne kadar farkında oldukları ne kadar araştırdıkları ve bu vakaları nasıl yönettiklerini araştırdığımız bu çalışmaya verdiğiniz katkılar için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
2. Yaşınız: (.....)
3. Meslekteki Yılıınız: (.....)
4. İlgilendiğiniz nüfusta 65 Yaş ve Üzeri Hasta Sayısı: (.....)
5. Bir Günde Size Başvuran Ortalama 65 yaş ve Üzeri Hasta Sayısı: (.....)
6. Yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?
 - a. Mezuniyet öncesi eğitim aldım
 - b. Mezuniyet sonrası eğitim aldım
 - c. Eğitim almadım
7. İstismar konusundaki eğitimin gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?
 - a. Düşünüyorum
 - b. Düşünmüyorum
8. Klinik ortamınıza gelen 100 yaşlı hastadan, kaçının ihmal veya istismar olabileceğini düşünüyorsunuz?: (.....)
9. İstismarı olan yaşlı hastaları tespit etmede kendinize ne kadar güvenirsiniz?
(0=Hiç Güvenmem 10= Çok Güvenirim)



10. İstismarı olan yaşlı hastaların yönetiminde kendinize ne kadar güvenirsiniz?
(0=Hiç Güvenmem 10= Çok Güvenirim)



11. İstismarı sorgulama, tespit etme ve yönetmenin ne kadar zaman aldığını düşünüyorsunuz?

Çok Az	Az	Fazla	Çok Fazla
--------	----	-------	-----------

12. Herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları muayene ve tedavi sırasında yaşlı istismarı ne sıklıkta aklınıza gelir?

Hiçbir Zaman	Nadiren	Genellikle	Her Zaman
--------------	---------	------------	-----------

13. İstismardan şüphelendiğiniz hastaları sorgulama konusunda kendinizi ne kadar rahat hissediyorsunuz?

Çok Az	Az	Fazla	Çok Fazla
--------	----	-------	-----------

14. Yaşlı istismarını sorgularken hangi engeller ile karşılaşıyorsunuz?

- a. Karşımdaki yaşlının tepkisi
- b. Fail ile görüşmeme izin verilmemesi
- c. Olası bir istismar olgusunda nereye başvuracağımı bilememek
- d. Kişileri gereksiz yere etiketliyor olma duygusu
- e. Kişinin yakınlarının tepkisi
- f. Kurumlardan yeterince destek alamamak
- g. Yeterli zamanımın olmaması
- h. Diğer (.....)

15. İstismara uğradığından şüphelendiğiniz olguların yönetiminde ne tür zorluklarla karşılaşıyorsunuz?

- a. Yaşlı istismarını ve ihmalini nasıl sorgulayacağımı bilememek
- b. İstismar ve ihmal yaşadığını bildiren yaşlılara destek sağlamak
- c. Kötüye kullanımı belgelemek
- d. Fail ile görüşmek
- e. İstismar ve ihmali nereye bildireceğini bilememek
- f. Diğer (.....)

Ek 3: Literatür Taranarak Araştırmacı Tarafından Oluşturulan Olgular

Aşağıda belirtilen cümlelerden istismar veya ihmal olabileceğini düşündüğünüz ifadeleri işaretleyiniz. İstismar ya da ihmal düşündüğünüz durumlarda sonraki aşamada aşağıdaki adımlardan hangisini atacağınızı belirten şıkki ifadelerin karşısında yer alan kutularda belirtiniz. A. Ne yapılmasını bilmediğim için herhangi bir adım atmam B. Ne yapılması gerektiğini bilsem de engeller nedeni ile herhangi bir girişimde bulunmam C. Gereken adımları atarım (Sosyal hizmetleri ararım / Polisi ararım / Ailesi veya ilgili kurum amirliği (Bakım evi, Huzur evi vb.) ile görüşüp problemi çözmeye çalışırım) İhmal ya da istismar düşünmüyorsanız atılması gereken adım kısmını atlayıp lütfen bir sonraki soruya geçin.		
İFADELER	İSTİSMAR / İHMAL DÜŞÜNÜR MÜSÜNÜZ?	ATILMASI GEREKEN ADIM
1. Parkinson hastası 68 yaşında Fadime Hanım, oğlu ve gelini ile birlikte yaşamaktadır. Hastanızın muayeneye her gelişinde yoğun bir şekilde idrar koktuğunu fark ediyorsunuz.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
2.75 yaşındaki diyabet hastası olan hastanızın son dönemde içine kapandığını ve endişeli olduğunu fark ediyorsunuz. Sorguladığınızda ekonomik durumu bozulan kızının ailesi ile birlikte onun evine taşınacaklarını ve damadının da biraz ters olduğundan bahsediyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
3. Ağır demanslı 82 yaşında Şerife Hanım bakım evinde yaşamaktadır. İlaç raporu için oda arkadaşının eşliğinde size başvuruyor. Oda arkadaşı, bakıcısının Şerife Hanım'ı yıkamak için banyoya götürdüğünde bakıcıdan garip sesler geldiğini ifade ediyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
4. Kuzeni ve kuzeninin eşi ile yaşayan 70 yaşındaki hastanız İsmail Bey'in evde bakımına gittiğinizde size, kuzeni ve eşinin çalıştığını, kendisinin yalnız kalmaması için her saat başı komşuya uğraması için rica ettiklerini, komşunun çok konuştuğunu belirtiyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
5. 82 yaşındaki Hüseyin Bey, çocuklarının arabanın anahtarını kendisinden sakladıklarını söyleyerek kullanmasını engelledikleri konusunda serzenişte bulunuyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
6. Tansiyon hastası olan ve ilaç kullanan yaşlı bir hastanız size geldiğinde 3 haftadır ilaçlarını kullanmadığını, ilaçlarını alması gereken oğlunun sürekli ertelediğini, baş ağrıları çok arttığı için bugün zar zor gelebildiğini belirtiyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
7. 67 yaşında tek başına yaşayan Aysel Hanım vajinal kaşıntı ve akıntı şikâyeti ile size başvuruyor. Muayenenizde genital bölge ve anüs çevresinde hiperemi saptıyorsunuz.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐

8. ASM’de çoğu kez gördüğünüz 70 yaşındaki Hüseyin Bey’i bu sefer bilinci konfüze bir şekilde görüyorsunuz. Öyküsünden 1 hafta öncesine kadar kızı ile birlikte yaşadığı, 1 haftadır da yalnız yaşadığını öğreniyorsunuz.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
9. Kızı ve damadı ile yaşayan 68 yaşında Memnune Hanım kızının torunları ile ilgili konularda kendisinden çok damadına danıştığını belirtiyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
10. Sürekli olarak evde bakıma gittiğiniz çocukları ile birlikte yaşayan 85 yaşındaki Hasibe Hanım’ı son ziyaretinizde, kızı ve oğlunun Hasibe Hanım’ın söylediklerini dikkate almadıklarını genelde kızı ile damadının konuştuğunu fark ediyorsunuz.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
11.Yalnız yaşayan ve düzenli heparin kullanan 75 yaşındaki Murat Bey kontrol amaçlı muayeneye geliyor, muayene sırasında her iki dizinde morluk gözünüze çarpıyor. Dün ayağı takılıp düştüğünü belirtiyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
12. Emekli öğretmen olan ve tek başına yaşayan 76 yaşında Süleyman Bey bel ağrısı nedeniyle size başvuruyor. Kıyafetlerinin eski ve yırtılmış şekli dikkatinizi çekiyor. Daha önce verdiğiniz ilaçları da düzenli kullanmamış.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
13. Bilinci hafif bulanık ve ajitasyonu olan 72 yaşında Kİ Hulusi Bey’i evde ziyarete her gittiğinizde yatağının önündeki parmaklığın inik olduğunu görüyorsunuz.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
14. Demans başlangıcı olan 83 yaşında Aliye Hanım karın ağrısı şikayeti ile size başvuruyor. Oğlu ile birlikte gelen Aliye Hanım’ın evrakları ve banka işlemlerinin , oğlu tarafından yönetildiğini öğreniyorsunuz.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
15. Hipertansiyon, diyabet ve KOAH tanıları olan ve çoklu ilaç kullanan 85 yaşındaki Hayati Bey ilaç yazdırmak için size geliyor ve kızının ilaçlarını vermek için her gün belli saatlerde onu uykusundan uyandırdığını belirtiyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐
16. 80 yaşında, kızı ve damadı ile yaşayan Hayri Bey, çocuklarının yemeklerden sonra takma dişlerini çıkarıp ağzını çalkalamasını istediklerini belirtiyor.	Düşünürüm ☐ Düşünmem ☐	A ☐ B ☐ C ☐

Ek 4: Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Azize Dilek GÜLDAL
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	
FAKS	
E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4171-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Birinci Basamak Hekimlerinin Yaşlı İhmal Ve İstismarı Konusundaki Farkındalıkları Ve İhmal/İstismarı Araştırma Düzeyleri
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Azize Dilek GÜLDAL Aile Hekimliği A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/19-11	Tarih:26.07.2018
	Prof.Dr. Azize Dilek GÜLDAL'ın sorumlusu olduğu "Birinci Basamak Hekimlerinin Yaşlı İhmal Ve İstismarı Konusundaki Farkındalıkları Ve İhmal/İstismarı Araştırma Düzeyleri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Ali Rıza ŞİŞMAN (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒

Ek 5: Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ BULAĞICI
OLMAYAN HASTALIKLAR VE KRONİK DURUMLAR
BİRİNCİ SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT
BİRİMİ
17-10-2018 09:46 - 77597247 - 604.02 - E.481



Sayı : 77597247-604.02
Konu : Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL'ın
Araştırma Başvurusu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)

İlgi : 21/09/2018 tarihli ve 77597247-604.02-390 sayılı yazı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL sorumluluğunda yapılmak istenen “ **Birinci Basamak Hekimlerinin Yaşlı İhmal ve İstismarı Konusundaki Farkındalıkları ve İhmal /İstismarı Araştırma Düzeyleri**” konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından yapılan değerlendirme neticesinde;

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

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca aile hekimlerinin iletişim bilgilerinin verilmeyeceği ancak araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara

ulaşması durumunda araştırmanın yapılabilceği kararına varılmıştır.

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur." denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
MÜDÜR a.
Başkan

Ek: Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr. Azize Dilek GÜLDAL)