

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İZMİR'DE BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ
YAŞLILARIN İSTİSMAR VE İHMAL İLE KARŞILAŞMA
DURUMLARI VE ETKİLİ OLAN ETMENLERİN
İNCELENMESİ

AYGÜL KISSAL

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR - 2008

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İZMİR'DE BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ
YAŞLILARIN İSTİSMAR VE İHMAL İLE KARŞILAŞMA
DURUMLARI VE ETKİLİ OLAN ETMENLERİN
İNCELENMESİ

AYGÜL KISSAL

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER

“İzmir’de Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlıların İstismar ve İhmal İle Karşılaşma Durumları ve Etkili Olan Etmenlerin İncelenmesi” konulu bu tez 21.01.2008 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı
Yrd.Doç.Dr. Ayşe BEŞER



Jüri Üyesi
Prof. Dr. Zuhal BAHAR



Jüri Üyesi
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
BÖLÜM I- GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma soruları	6
BÖLÜM II- GENEL BİLGİLER	
2.1. YAŞLILIK DÖNEMİ VE HEMŞİRELİK	
2.1.1. Yaşlılık	7
2.1.2. Yaşlılık Bilimi “Gerontoloji - Geriatri” ve Hemşirelik	8
2.1.3. Yaşlılık Dönemi Sorunları	9
1. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Fizyolojik Sorunlar	9
2. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Psiko-sosyal ve Ekonomik Sorunlar	9
3. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Barınma (konut) Sorunları	10
2.1.4. Ülkemizde Yaşlı Nüfusa Yönelik Hizmetler, Sağlık Politikaları ve Uluslararası Taahhütler	11
3.1. YAŞLI İSTİSMAR ve İHMALİNDE HEMŞİRELİK	
3.1.1. Yaşlı İstismar Tanımı ve Prevelansı	16
3.1.2. Yaşlı İstismar ve İhmal Türleri	20
3.1.3. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Nedeni	21
3.1.4. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Olası Bulguları	22
3.1.5. Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları Tarafından İstismar ve İhmali Belirleme ve Değerlendirme	24
3.1.6. Hemşirenin İstismar ve İhmali Önleme Uygulamaları	26
3.1.7. Hemşirelerin İstismar ve İhmali Önlemede Yaşlı Bireye, Ailesine ve Topluma Yönelik Önerilebileceği Diğer Önlemler	29
3.1.8. Türk Ceza Kanunu’nda Yaşlı İstismar ve İhmali ile İlgili Maddeler	30

BÖLÜM III- GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	33
3.2. Evren-Örneklem.....	33
3.3.Örneklemeden Çıkarma Kriterleri	34
3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.5. Veri Toplama Araçları	34
3.5.1.İstismarı Değerlendirme Soru Formu	34
3.5.2. Sosyo Demografik Özellikler Formu	35
3.5.3. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (ADL)	35
3.5.4. Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	37
3.8. Araştırma Etiği	37
3.9. Kurum İzninin Alınması	37
3.10. Araştırma Bütçesi	38
3.11. Araştırma Planı.....	38

BÖLÜM IV- BULGULAR

4.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri	39
4.2. Yaşlıların İstismar ve İhmal ile Karşılaşma Durumu	41

BÖLÜM V- TARTIŞMA

5.1. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Fiziksel İstismar ile Karşılaşma Durumları	46
5.2.Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Psikolojik İstismar ile Karşılaşma Durumları	46
5.3. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Ekonomik İstismar ile Karşılaşma Durumları	47
5.4. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Cinsel İstismar ile Karşılaşma Durumları	47
5.5. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin İhmal ile Karşılaşma Durumları.....	48
5.6. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Genel İstismar Durumları	49
5.7. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Cinsiyete Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları	49

5.8. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Yaşa Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları	50
5.9. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları	50
5.10. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Ailenin Gelir Durumuna Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları	51
5.11. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları	51
5.12. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Varlığına Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları	52
5.13. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Aile İlişkilerine Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları	53
5.14. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Ev Mülkiyetine Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları	53
BÖLÜM VI - SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	55
6.3. Araştırmacılara Öneriler	56
KAYNAKÇA	
EKLER	
EK 1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu	64
EK 2. İstismar Değerlendirme Soru Formu	65
EK 3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Görüşme Formu	66
EK 4. Eğitimliler İçin Standardize Mini Mental Test.....	67
EK 5. Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test.....	68
EK 6. Eğitimliler İçin Standardize Mini Mental Test Uygulama Klavuzu.....	69
EK 7. Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test Uygulama Klavuzu.....	72
EK 8. Etik Kurul Raporu.....	75
EK 9. İzin Belgesi.....	77

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablonun İsmi	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1	Türkiye’de Doğumdan Beklenen Yaşam Umudundaki (Yıl) Değişimler	8
Tablo 2	Türkiye’de Yaşlılara Hizmet Veren Kuruluşlar ve Kapasiteleri	12
Tablo 3	Farklı Çalışmalarda Yaşlı İstismar ve İhmal Prevelansı	18
Tablo 4	Sık Karşılaşılan İstismar Türleri ve Tanımı	20
Tablo 5	Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Olası Bulguları	22
Tablo 6	Yaşlı İstismar ve İhmalinde Risk Faktörleri	23
Tablo 7	İstismarda Öykü Alma ve Fiziksel Bulgular	25
Tablo 8	Araştırmaya Katılan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	39
Tablo 9	Yaşlı Bireylerin ve Ailesinin Özellikleri	40
Tablo 10	Yaşlı Bireylerin Karşılaştığı İstismar Tipleri Durumu	41
Tablo 11	Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İstismar Durumları	42
Tablo 12	Yaşlı Bireylerin Hastalık Durumu, Aile İlişkisi ve Ev Mülkiyetine Göre İstismar Durumu	44
Tablo 13	Yaşlı ve Ailesinin Özelliklerinin Lojistik Analizi	45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şeklin İsmi	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1	Literatürde Yaygın Olarak Kullanılan İstismar Tipleri.....	3
Şekil 2	Yaşlı İstismar ve İhmal Nedenleri	16
Şekil 3	Örneklem Seçme Yöntemi	33

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin her aşamasında gelişimime katkıda bulunan ve deneyimlerinden yararlandığım hocam Sayın Prof. Dr. Zuhâl BAHAR'a, çalışmalarımnda desteğini, bilgisini ve zamanını esirgemeyen değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e, çalışmam süresince değerli görüşlerinden yararlandığım Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN'e, yaşlı bireylere Mini Mental Test Uygulaması için sahada deneyimlerini paylaşan Sayın Dr. Pembe KESKİNOĞLU'na, verilerimi toplamam için gerekli malzemeleri sağlamama yardımcı olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Abbott Diabetes Care satış uzmanı Sayın Canan EŐREFOĞLU'na, yaşlı bireylerin adres ve durumları ile ilgili bilgilerini paylaşan Konak 30 nolu Esentepe Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına, teşekkürlerimi sunuyorum. Her an varlığı ile bana büyük destek ve güç veren kardeşim Adem KISSAL'a, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bu çalışmada bana evlerini açan ve benimle özel paylaşımlarda bulunan tüm katılımcılara tekrar teşekkür ediyorum. Bu çalışmanın sonuçlarının gelecekte yaşamlarına yarar getirmesini umut ediyorum.

AYGÜL KISSAL

ÖZET

İZMİR'DE BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ YAŞLILARIN İSTİSMAR VE İHMAL İLE KARŞILAŞMA DURUMLARI VE ETKİLİ OLAN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Aygül KISSAL

Bu araştırma Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesinde yakınları ile birlikte yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin istismar durumları ile etkili olan etmenlerin belirlenmesi amacı ile yapılmış, tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemini 331 yaşlı birey oluşturmuştur. Veriler Temmuz – Ekim 2007 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak yaşlı bireyin son 6 ay içinde yaşadığı istismarı belirlemeye yönelik soru formu, sosyodemografik özellikler soru formu, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (ADL) ve Standardize Mini Mental Test (SMMT) formu kullanılmıştır. Veriler ki kare testi ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Yaşlı bireylerin %9,4'ü psikolojik istismar, %8,2'si ihmal, %4,2'si fiziksel istismar, %2,1'i ekonomik istismar, %0,9'u ise cinsel istismar ile karşılaşmıştır. İstismar tiplerinden birini ya da birkaçını aynı anda yaşayan yaşlı bireyler %13,3'tür. Kadın olma, düşük eğitim seviyesi, eş ve çocukları ile birlikte yaşama, aile ilişkilerini "orta ve ortanın altında" olarak algılama istismarı artırmakta iken ($p<0.05$), ileri yaşın, aile gelirinin, kronik hastalık varlığının ve ev mülkiyetinin istismar ile karşılaşmayı etkilemediği saptanmıştır. ($p>0.05$). İstismarın; kadınlarda 3,36($p<0.05$), düşük eğitim düzeyli olanlarda 2,43 ($p>0.05$), eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanlarda 3,94($p<0.05$) ve aile ilişkilerini "orta ve ortanın altında" olarak algılayanlarda 8,72($p<0.05$) kat fazla olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak yaşlı istismarı koruyucu önlemlerin alınması gereken, yaşlı bireyin yaşam kalitesini bozan önemli bir sorundur. Bu nedenle hemşirelik eğitiminin müfredatına ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarına yaşlı istismarının entegre edilmesi, özellikle birinci basamakta çalışan hemşirelerin istismar açısından riskli yaşlıları belirlemeleri, bu yaşlıları sık izlemeleri ve istismarı önlemeye yönelik çalışmalar yapmaları ve toplumsal bilinci artırmak için kitle iletişim araçlarının kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Yaşlı, İstismar, İhmal.

ABSTRACT

ABUSE AND NEGLECT AMONG ELDERLY PEOPLE LIVING IN A PRIMARY HEALTH CARE CENTER AREA IN İZMİR AND EVALUATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH ELDER ABUSE

Aygül KISSAL

This study is a descriptive study and has been carried out to determine whether 65 aged and older elderly people, living with their relative in Esentepe primary health care center area, had experienced abuse and neglect and to evaluate factors associated with elder abuse.

Research sample was consist of 331 older people. Data collection was carried out on July through September, 2007. As a data collection instrument, questionnaire, intended for determining abuse and neglect which older people had experinced during the past six months, socio-demographic characteristic questionnaire, Katz Activities of Daily Living (ADL) Index, The Standardized Mini Mental State Examination (SMMSE) were used. Chi-square test and logistic regression analyses were used in evaluation of data.

It was found that elder adults who had experienced psychologically abuse was 9,4%, neglect was 8,2%, physical abuse was 4,2%, economic abuse was 2,1%, sexual abuse was 0,9%. It was determined that the ratio of older adults experiencing one or more of all types of abuse at the same time was 13,3 %. While being woman, having low education, living with spouse and his/her children, perceiving the family relation as fair or worse than fair were increasing abuse ($p<0.05$), it was determined that advanced age, family income, having a chronic disease and having a house didn't affect experiencing abuse ($p>0.05$). It was determined that abuse was respectively 3,36($p<0.05$), 2,43 ($p>0.05$), 3,94($p<0.05$) and 8,72($p<0.05$) times higher in elderly being women, having low education, living with spouse and his/her children and perceiving the family relation as fair or worse than fair.

In conclusion, elder abuse is an significant problem which preventive precautions should be taken. For this reason, It is suggested that elder abuse should be entegrated in nursing education curriculum and in-service trainings, especially primary health care nurses should identify elders at risk, frequently observe this elders and carry out works to prevent elder abuse and mass communication means should be used to increase the awereness of public.

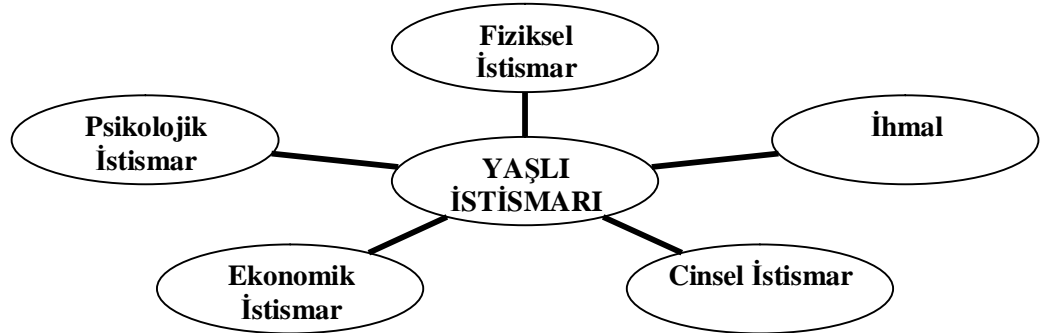
Key words: Nursing, Elder people, Abuse, Neglect.

I. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlı istismar ve ihmali, toplumlarda ne boyutta olduğu iyi bilinmeyen, çoğu kere gizli kalan, mağdurlarının pek fazla dile getirmediği bir sağlık problemidir. Her kültürde ve her ekonomik düzeyde görülen kapsamlı ve karmaşık bir konu olan yaşlı istismarı son otuz yıl içinde tartışılmaya başlanmıştır. Yaşlı istismarının tanımına ilişkin bir görüş birliği yoktur (1, 2, 3, 4). Günümüzde yaşlıya kötü muamele (mistreatment) yaygın olarak yaşlı istismarı (elder abuse) olarak kullanılmaktadır (5).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toronto Deklerasyonu'na göre yaşlı istismarı "Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır" (4, 5, 6). Ayrıca "Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış" olarak da tanımlanabilmektedir (3). Yaşlı istismarı literatürde yaygın olarak aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11, 12).



Şekil 1. Literatürde Yaygın Olarak Kullanılan İstismar Tipleri

Gizli ve sosyal bir sorun olan yaşlı istismarı ile ilgili yeterli ve doğru verilere ulaşmak zordur. Gelişmiş ülkelerde de resmi bildirimler tahmin edilenden daha düşüktür. Amerikada 1996 Ulusal Yaşlı İstismarı İnsidans Çalışmasında, bildirimi olmayan yaşlı istismar ve ihmalinin %60'ın üzerinde olduğu saptanmış ve yaşlının ev içi istismarında 1986–1996 yılları

arasında %150 bir artış (117 binden 293 bine) olduğu görülmüştür (13). Avusturalya’da yapılan bir çalışmada fiziksel istismar %30, psikolojik istismar %55, ekonomik istismar %81, cinsel istismar %4 ve ihmal %25 olarak belirlenmiştir (7). Hollanda’da Comijs ve ark. (1998) 1797 yaşlı üzerinde yaptıkları çalışmalarında istismar prevalansı %5,6; fiziksel istismar %1,2, ekonomik istismar %1,4 ve ihmal %0,2 olarak bildirilmiştir. Kore’de yapılan bir çalışmada toplam istismar prevalansı %6,3 iken fiziksel istismar %1,9, ekonomik istismar %4,1, psikolojik istismar %4,2, ihmal %2,4 olarak bildirilmiştir (15). Japonya’da yapılan bir çalışmada ise istismar prevalansı %17,9 olup ilk sırada ihmal %7,7, ikinci sırada ekonomik istismar %6,4 en düşük cinsel istismar %1,3 olarak saptanmıştır (16). Amerika’da topluma dayalı bir çalışmada istismar ve ihmal prevalansı %1,6 olarak saptanmıştır (17). Literatürde yaşlılarda ihmalin daha fazla olduğu bildirilmektedir (8, 55, 57)

Yaşlı istismar ve ihmalinin oluşmasına risk oluşturabilecek etmenler pek çok araştırmada incelenmiştir. İstismarı etkileyen etmenleri Goodrich (1997) istismar edilen birey, istismar eden birey, çevresel faktörlerle ilgili olmak üzere üç ana başlıkta toplamaktadır.

İstismar ve ihmal edilen bireyle ilgili yaş, cinsiyet, fiziksel sağlık, emosyonel sağlık, ekonomik bağımlılık vb. yer almaktadır. Lachs ve ark. (1997) çalışmasında yaşlı istismarı ile ilgili yaş, cinsiyet, fonksiyonel ve bilişsel yetersizliğin etkili olduğu bulunurken, Shugarman ve ark. (2003) çalışmasında ise yaş, cinsiyet, evlilik durumu, eğitim düzeyi önemli bulunmamıştır. Buchwald ve ark. (2000) çalışmasında fiziksel istismara uğrayan bireylerin kadın ve sağlık problemi olan yaşlı bireyler olduğunu saptanmıştır. Pek çok çalışmada ise ileri yaşta ve kadın olanlarda istismarın arttığı bildirilmektedir (13, 21, 22, 23). Bazı çalışmalar yalnız yaşayanların daha fazla istismara uğradığını belirtirken (82) aksini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (17).

İstismar ve ihmal eden bireylerle ilgili olarak yaşının bakımından sorumlu olan bireylerin fiziksel ve fonksiyonel sınırlılığı, bilgi ve beceri eksikliği, alkol ya da diğer madde alışkanlığı ve ekonomik bağımlılığı gibi faktörler istismar ve ihmalin oluşumunda rol oynadığı belirtilmektedir (6,18, 24).

Çevresel faktörlerle ilgili olarak ise, evin yeri, kullanımı, ev ortamının sağlık koşullarının uygun olmaması istismar ve ihmalde etkili olabilmektedir (18, 25).

Pek çok araştırmada yaşlının sıklıkla eři, yetişkin çocukları, akrabaları tarafından istismar edildiği belirlenmiştir. Boldy ve ark. (2005) araştırmasında yaşlıların %22'si kızları tarafından istismar edilirken %21'i oğulları tarafından istismar edilmiştir. Oh ve ark. (2006) alışmalarında, yaşlı istismarının %75-%80'den daha fazlasını yaşlının oğulları ya da gelinleri tarafından yapıldığı, evli çocukları ile yaşayan, dūřuk eğitim ve ekonomik dūzeyde olan, foksiyonel olarak bağımlı yaşlı kişilerin daha fazla istismara uğradığı bildirilmekte ve cinsiyet, yař, ekonomik bağımlılığın yaşlı istismarını etkilemediği vurgulanmaktadır. Anme (2004) yaşlıların daha çok gelinleri tarafından istismar edildiğini ve ileri yaşta, inkontinansı olanların daha sık istismara uğradığını belirtmektedir.

Bugūne kadar űlkemizde yařlı istismar ve ihmali ile ilgili çalıřmalar sınırlı sayıdadır. űlkemizde huzurevlerinde kalan yařlılarda yapılan bir çalıřmada huzurevine bařvuran yařlıların % 25,7'sinin ailelerinden fiziksel istismar ile karřılařtıkları ve yařlıyı istismar edenlerin bařında gelinlerin (%41,37) geldiđi saptanmıřtır (26). Keskinoglu ve ark. (2004) alıřmasında yařlıların %1,5'unun fiziksel, %2,5'unun ekonomik istismara uđradıklarını bildirmektedir. Dūřuk sosyoekonomik bōlgede fiziksel istismar prevalansı %1,5, ekonomik istismar %2,5 ve ihmali %27,4 olarak bulunurken yűksek sosyoekonomik bōlgede fiziksel istismar % 2, ekonomik istismar %0,3 ve ihmali %11,2 olarak saptanmıřtır (25). Tűrkiye gibi geliřmekte olan űlkelerde yeterli sosyal gűvenlik ve destek sistemlerinin olmaması, giderek geniř aile yapısının yerini çekirdek aile yapısının alması ile yařlının aile desteđini kaybetmesi, kōtűleřen ekonomik kořullar, artan iřsizlik gibi nedenler yařlının her tűrlű istismarını da artırtabileceđi savunulmaktadır (8, 27).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde alışan sağlık personelinin yaşlı istismar ve ihmalini belirlemede űnemli rolű vardır (24). Őzellikle hemşireleri de içine alan sağlık çalışanları yaşlı istismar varlığını ortaya çıkarmada en iyi konumdadırlar (15, 28, 29, 30). űlkemizde hem yaşlı istismarı ile ilgili araştırmalar hem de bu konu ile ilgili bilgi kaynakları yetersizdir. Bu nedenle bu çalışmada yaşlı istismar durumu ve istismarda etkili olan etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları sağlık personelinin űzellikle birincil basamak sağlık hizmetlerinde yaşlılarla daha sık karşılaşan hemşirelerin yaşlı istismarı farkındalıklarının arttırılmasına katkı sağlayacak, riskli olan yaşlıların istismar ve ihmallerinin engellenmesinde yapılacak olan girişimlere ışık tutacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Esentepe sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerde karşılaşılan istismar durumları ile etkili olan etmenlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1.3. Araştırma soruları

- Cinsiyete göre yaşlı istismarı ile karşılaşma durumu bakımından fark var mıdır?
- Yaş gruplarına göre yaşlı istismarı ile karşılaşma durumu bakımından fark var mıdır?
- Eğitim durumuna göre yaşlı istismarı ile karşılaşma durumu bakımından fark var mıdır?
- Aile gelirine göre yaşlı istismarı ile karşılaşma durumu bakımından fark var mıdır?
- Birlikte yaşadığı kişilere göre yaşlı istismarı ile karşılaşma durumu bakımından fark var mıdır?
- Aile ilişkilerine göre yaşlı istismarı ile karşılaşma durumu bakımından fark var mıdır?
- Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre yaşlı istismarı ile karşılaşma durumu bakımından fark var mıdır?
- Ev mülkiyetine göre yaşlı istismarı ile karşılaşma durumu bakımından fark var mıdır?

II. GENEL BİLGİLER

2.1 YAŞLILIK DÖNEMİ VE HEMSİRELİK

2.1.1. Yaşlılık

Yaşlılık genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, saygınlığın, rol ve statünün, bağımsızlığın, arkadaşların, eş ve yakın ilişkisinin, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ve kaybı gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir (31, 32).

Yaşlılık her canlı için intrauterin hayatta başlayıp, ölüme kadar devam eden kaçınılmaz ve geri dönülmez bir süreç olarak tanımlandığı gibi (33), bir kişinin iş veriminin azalmasına, dengesinin kaybolmasına, sağlığının bozulmasına yol açan vücudun yapısal yıkım ve harabiyetine neden olan değişikliklerin yaşandığı yaşam süreci olarak da tanımlanmaktadır (34). DSÖ yaşlılığı bireyin çevreye uyum yeteneğinde azalma olarak ifade etmekte ve 65 yaş yaşlılığın başlangıcı, 80 yaş ve üstünü ileri yaşlılık evresi olarak kabul etmektedir (35).

Genel olarak 65 yaş üstü bireyler yaşlı kabul edilmekle birlikte, yaşlılık sınıflandırılması ülkelerin içinde bulunduğu koşullar, sağlık güvence sistemleri, doğuştan yaşam beklentisine göre değişiklik göstermektedir. Ancak, yaşlı nüfus oranı düşük (% 4–7) olan ülkelerde bu sınır 60 yaş olarak kabul edilmektedir (34).

Son 30–40 yıl içinde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler sağlık hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesine katkı sağlamıştır. Geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması, beslenme alışkanlığının olumlu yönde gelişmesi gibi faktörler ölüm hızını azaltmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler de doğurganlık ve bebek ölüm hızını azaltmıştır. Bütün bunların sonucunda, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış toplam nüfus içinde 65 yaş üzerindeki nüfus artmıştır (31, 36). Dünya'nın 1995'te 542 milyon olan 60 yaş ve üzerindeki nüfusu 2025 yılına kadar yaklaşık 1,2 milyar olacağı tahmin edilmektedir (4). Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde daha görünür olan yaşlanma olgusu, artık gelişmiş ülkeler kadar, gelişmekte olan ülkeler açısından da önemle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerin 1998 – 2020 yılları arasında yaşlı nüfusunun % 240 oranında artacağı düşünülmektedir (37). Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. Ülkemizde 1985 nüfus sayımlarına göre nüfusun % 4,2'sini, 2003 yılında ise % 7'sini 65 yaş

ve üzeri nüfus oluşturmuştur (38). Doğumdan beklenen yaşam umudu geçtiğimiz yarım yüzyılın ortalarında 50 yıl iken giderek artarak 70–75 yıla ulaşmıştır (37). Türkiye’de son yarım yüzyıllık süre içinde doğumdan beklenen yaşam umudu değişimleri Tablo1’de görülmektedir (39).

Tablo 1. Türkiye’de Doğumdan Beklenen Yaşam Umudundaki (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

2.1.2. Yaşlılık Bilimi “Gerontoloji - Geriatri” ve Hemşirelik

Gerontoloji yaşlılık sürecini, yaşlanmanın sebeplerini ve şartlarını, yaşla ilgili hastalıkları, yaşlanma süreci çerçevesinde değişen tutum ve davranış kalıplarını araştıran bir bilim dalıdır. Fizyolojik olarak yaşlanmanın sosyo-ekonomik, biyolojik ve sosyolojik yönlerini bilimsel metotlarla inceleyen bir disiplindir (33, 40, 42)

Basit anlamda yaşlı tıbbı anlamına gelen **Geriatri**, yaşamın ileri yıllarında bireylerin sağlığının korunması, hastalıklarının önlenmesi ve çok yönlü değerlendirme ile tedavisini hedef alan disiplindir (33, 40, 42)

Gerontoloji, daha çok yaşlanma süreciyle ilgilenirken, geriatri daha çok yaşlılarda görülen hastalıkların tedavisi üzerine çalışmalar yapmaktadır (40, 42).

Ülkemizde geriatri kısmen daha fazla tanınmasına (bazı üniversitelerin tıp fakülteleri kapsamında Geriatri Bilim Dalı ve Ünitesi, Geriatri Servisi, Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezleri, Vakıflara bağlı Geriatri Üniteleri gibi) rağmen “gerontoloji” açısından aynı durumdan söz etmek mümkün değildir. Gerontoloji ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de bir bilim dalı olarak kabul edilmelidir (43). Türkiye’de geriatri hemşireliği

Anabilim Dalı eğitimi, görev ve sorumlulukları ile ilgili yasal bir düzenleme yapılamamıştır (32, 44, 45).

2.1.3.Yaşlılık Dönemi Sorunları

Hemşirelerin yaşlı bireylerin gereksinimlerine yanıt verebilmeleri için normal yaşlanma sürecini anlamaları ve yaşlanmaya bağlı olarak görülen tüm vücut sistemlerini etkileyen ve her yaşlı kişi de görülebilecek değişimlerde oluşabilecek sorunları bilmesi yapacağı girişimler bakımından önemlidir.

1.Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Fizyolojik Sorunlar

Yaşlanma süreci ile birlikte kardiyovasküler, solunum, sinir sistemi, gastrointestinal, immün, hematopoetik, endokrin, kas- iskelet sistemleri ile duyu organlarında değişiklikler ve fonksiyonlarında azalmalar ortaya çıkar. Özellikle görme, işitme, tat, koku olma, dokunma duyularının zayıflamasına bağlı algılama niteliğinin azalarak bilişsel bozuklukların görüldüğü belirtilmektedir (45, 54).

Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıklar artmaktadır. Kronik hastalıkların neden olduğu yetersizlikler; fonksiyonel bozukluk, fizyolojik ve anatomik fonksiyonlarda yetersizlik ve kayıplar buna bağlı yaşamsal aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanma süreciyle ortaya çıkan fizyolojik işlevlerde gerileme ve kronik hastalıklar, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede, yeteneğini azaltıp bağımlılığını artırdığı belirtilmektedir (31, 46).

2.Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Psiko-sosyal ve Ekonomik Sorunlar

Yaşlanma tek yönlü olmayıp, biyolojik faktörler (bedensel-fiziksel yetenekler) yanında psikolojik faktörler (bilişsel işlevler), sosya-kültürel faktörler (kayıpla başa çıkma, emeklilik, ölüme yaklaşma gibi) olarak bütüncül çerçevede değerlendirilmelidir.

Yalnızlık ve terkedilmişlik duygusu yaşlılar için çok önemli bir sorundur. Yakın aile çevresinden ve çalışma yaşamından uzak kalan kişi zamanla sosyal ilişkilerini kaybetmeye başlar. Araştırmalar, karmaşık toplumların çoğunda yaşlıların önemli bölümünün yalnızlıktan, terkedilmişlikten yakındıklarını ortaya koymuştur (31, 48, 49).

Özellikle emeklilik yıllarında, aile ve toplum içinde saygınlığı yitirdiğini ve işe yaramadığını düşünen yaşlı birey, yeni konumuna uyum sağlayamadığı için davranış değişimi göstermekte, psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır (32, 34, 50).

Yaşlıda sık görülen psikososyal sorunların içinde umutsuzluk, benlik saygısında azalma, sosyal etkileşimde bozulma, güçsüzlük, karar vermede değişim, rol performansında değişim sayılabilir (31, 50).

Yaşlı nüfusun hızla arttığı toplumlarda demans, alzheimer, depresyon, özkıyım (intihar) yaşlılık dönemi ile ilgili önemli sorunlar arasında gösterilmektedir. Ölüm korkusunun yaşlılar arasında yaygın olduğu düşünülse de pek çok yaşlı ölüm hakkında açıkça konuşabilir, düşüncelerini ifade edebilir. Ancak bazı yaşlı kişiler için yaşamın sonun yaklaşması kaygı kaynağı olabilir (43).

3. Yaşlanma Sürecinde Ortaya Çıkan Barınma (konut) Sorunları

İnsanların temel ihtiyaçlarından birisi de barınmadır. Kentleşme, iç ve dış göçler, kent ve kırsal kesimde yaşayan ailelerin yaşlıya her tür güvence sağlayan geniş aile sayısını azaltarak, çekirdek aileye dönüşümünü artırmaktadır. Kadının çalışma yaşamına katılması, konutların küçülmesi, hızlı toplumsal değişmeye bağlı olarak değerlerin değişmesinin etkisiyle kuşaklar arası çatışmaların şiddetlenmesi ailelerin yaşlı üyelerine karşı olan sorumluluklarını yerine getirmesini engellemektedir. Ayrıca sosyal güvence sistemlerinin kapsamlarının sınırlı olması, sosyal yardım sistemlerinin gelişmemiş olması yaşlının bakımı konusunda aileye altından kalkması zor olan ekonomik yükler getirmektedir (27, 47). Devlet Planlama Teşkilatının ülke genelinde yaptığı aile yapısı çalışmasında hanelerin % 80,7 si çekirdek aile yapısında, % 13 ise geniş aile olarak saptanmıştır. Türkiye genelinde hanesinde sürekli bakıma muhtaç yaşlı bulunan hane oranı %5,8'dir. Aile ilişkilerinin kötüye gittiğine ilişkin görüş oranı %55,5 olarak bildirilmektedir (51). Eğitim düzeyi ve yaşanan yere bağlı olarak, yaşlılar kendi yaşamları için kararları kendileri vererek yaşlılık yıllarında yaşamlarını aile içinde mi yoksa aile dışında mı sürdürmek istedikleri konusunda tercih yapmakta özgürlüklerini kullanmaktadırlar. Türkiye İstatistik Kurumu (TİK) araştırmasına göre yaşlının yaşam tercihinde % 55'i çocukları ile birlikte kalmak, %17,8'i evinde bakım hizmeti almak, %9,3'ünün ise huzur evine gitmek istediği belirtilmektedir. Huzurevini tercih etme sebepleri arasında % 55,1 oranında çocuklarına yük olmak istemediği bildirilmektedir (51).

Geçmişte yaşlıların özel yaşlı bakımevlerine alınarak yaşamlarını sürdürmeleri düşüncesi yaygınken, bu gün artık yaşlının kurumlar yerine kendi içinde bulunduğu ve alıştığı ortamda, daha kolaylaştırılmış ve yaşlıya göre düzenlenmiş koşullar altında hayatını devam ettirebilmesine yönelik hizmet anlayışı hakimdir. Bu nedenle, huzurevlerinin yaygınlaştırılmasından ziyade, yaşlının kendi evinde rehabilitasyon ve bakım uygulamalarının gerçekteştirilmesi ve hemşirelik bakımı ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte, kentleşme ve endüstrileşmeye bağlı olarak hızlı sosyal değişim gereği olarak özellikle büyük kentlerimizde, yaşlıların aile içinde bakımlarının yapılması güçleşmektedir (27, 44).

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

Türkiye’de yaşlılara yönelik hizmetler arasında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’na (SHÇEK) bağlı yatılı hizmet veren kurumlar olan Huzurevi ve Rehabilitasyon merkezleri ile birkaç yaşlı danışma merkezi ile sınırlı olduğu, evinde yaşayan yaşlılara yönelik çok az hizmet verildiği görölmektedir (44). Cumhuriyet’in ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğü giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluğu olan Belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Aynı zamanda çeşitli demekler, azınlıklar ve gerçekte kişiler de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı yaşlı kuruluşları açmıştır (27).

Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Bağlı Huzurevleri: 1963 yılında çıkarılan 225 sayılı yasa 1983 yılında yürürlüğe giren 2828 sayılı yasa ile değiştirilerek SHÇEK kurulmuş tüm yaşlılık hizmetleri ve bakım evlerinin sorumluluğu bu kurum bünyesinde toplanmıştır (41, 45, 52). Yaşamın amacı; sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korumaya, bakıma, yardıma muhtaç yaşlılara devletin denetim ve gözetiminde, halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde hizmet sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda, muhtaç yaşlı kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak için huzurevleri kurulmaya başlanmış, yanı sıra yaşlı dayanışma merkezi, evde yaşlıya yardım projesi, ihtiyarlık maaşı gibi hizmetler de uygulanmaya başlatılmıştır. Bireylerin bu hizmetten yararlanabilmeleri için; 60 yaş ve daha yukarı yaşlarda olmak, günlük yaşam faaliyetlerini (yeme, içme, tuvalet gibi) yapabilecek nitelikte olmak, yatalak ya da tıbbi tedavi ve bakınma ihtiyacı olmamak, beden

fonksiyonlarında kendi ihtiyacını karşılmasına engel hastalığı bulunmamak, ruh sağlığı yerinde olmak, sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak şartları aranmaktadır (34, 52).

Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği hükümleri gereği, 55 ve daha yukarı yaşlarda olup sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan, kurum bakımına ihtiyacı olan yaşlı bireylerin özel huzurevlerinde, özel bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların ise bakımevlerinde bakım ve korunmaları sağlanmaktadır (27, 41).

Ülkemizdeki kurumsal bakım ve yatak kapasitesi 2002 temmuz ayı itibari ile Tablo 2’de görülmektedir (53) .

Tablo 2. Türkiye’de Yaşlılara Hizmet Veren Kuruluşlar Ve Kapasiteleri

KURUM	Tesis Sayısı	Kapasite
SHÇEK	62	6280
Kamu kurumları toplamı	7	2691
Belediyelere ait	23	2282
Dernek ve Vakıflara ait	24	1817
Azınlıklara ait	6	900
Gerçek kişiler ve firmalara ait	34	1154

Yaşlı Dayanışma Merkezleri: SHÇEK yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan, ekonomik-sosyal durumu ne olursa olsun, kendi evlerinde yalnız ya da ailesiyle birlikte yaşayan, ancak yaşlılığı nedeniyle giderek azalan çevresel ilişkilerini güçlendirmek isteyen, yalnızlık duyan ya da evde yalnız kalması istenilmeyen yaşlıların gündüzleri bir araya gelerek yaşlılarıyla birlikte olabilecekleri ve çeşitli etkinliklere katılabilecekleri bir ortam sağlamak üzere kurulan Yaşlı Dayanışma Merkezleri’nde çeşitli sosyal, kültürel, sanatsal, sportif ve bilimsel içerikli çalışmalar yapılmaktadır (34, 41, 52, 54). Yaşlı Dayanışma Merkezine üye olan yaşlılar için ayrıca psikolojik danışmanlık ve küçük çaplı sağlık hizmetleri de verilmektedir (47). Yaşlı dayanışma merkezlerinin nicelik ve nitelik açısından sınırlı oluşları nedeni ile pek çok hizmet yaşlıya sunulamamaktadır (41).

Belediyeler yaşlıya hizmet götüren önemli kamu kurumlarından. Kanun numarası 5215, 2004 kabul tarihli “Belediyeler kanunu” ile yaşlı, düşük, özür ve dar gelirlilere uygun yöntemle sunulan hizmetler ücretsiz olarak verilmektedir. Hizmetin içeriği belediyelere göre değişmekte ve belediyenin sınırları dahilinde olan, başvuruda bulunan kişilere verilmektedir (47, 56). Örneğin Ankara Büyükşehir Belediyesi Eğitim ve Kültür Daire Başkanlığı Yaşlı Hizmetleri şube müdürlüğüne kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi, 60 yaş ve üstü yalnız yaşayan bireylere her türlü temizlik ve bakım hizmetleri sunulmakta, elektrik, su tesisatı onarımı, küçük marangozluk hizmetleri, doktor ve hemşire kontrolünde tansiyon-kan şekeri ölçümü, psikososyal ve hukuki danışmanlık, fatura yatırma, günlük alışveriş hizmetleri verilmeye çalışılmaktadır (41). İstanbul Büyük Şehir Belediyesi Sağlık İşleri ve Hıfzısıhha Müdürlüğüne 1 Haziran–10 Eylül 2005 tarihleri arasında 65 yaş ve üstü 1293 hastaya evde ziyareti, Sosyal Hizmetler ve Özürlüler müdürlüğü uzman muayeneleri, tetkik ve tedavileri, takipleri, hastanelere ulaşım desteği, sosyal aktiviteler (piknikler, evde sosyal hizmet uzmanı ziyaretleri vs), ev tadilatları ve temizlikleri, aşevinden hazır yemek yönlendirmesi gerçekleştirilmiştir (52).

Bazı illerdeki **Halk Eğitim Merkezi Müdürlükleri'nin** katkılarından da yararlanmak suretiyle huzurevindeki yaşlılara temel gereksinimlerinin yanı sıra eliş kursları, kütüphanede kitap okumaları sağlanmakta, özel günler için sosyal aktiviteler düzenlenmekte, psikolojik ve sosyal sorunlar dinlenmekte, gezi ve eğlence tertiplenmektedir (27).

Güçsüzler yurdu veya düşkünlerevi adı ile anılan yatılı kuruluşlardan olan Darülacezeler yalnızca yaşlılara değil düşük olan kişilere ücretsiz bakım hizmeti vermektedir (41).

Sivil Toplum Kuruluşları Geriatri Vakfı, Geriatri ve Gerontoloji Derneği, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi (GEBAM), Geriatri Fizyoterapistleri Derneği, Milli Eğitim Sağlık Eğitimi Vakfı (MESEV), Türkiye Güçsüzler ve Kimsesizlere Yardım Vakfı, Türkiye Yaşlılık Konseyi Derneği (TURYAK) ve Türkiye Aile Planlaması Derneği gibi sivil toplum kuruluşları yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma konusunda çeşitli çalışma ve araştırmalar yapmakta sempozyum, kongre ve toplantılar düzenlemektedir. Türkiye Sakatlar Konfederasyonu, Türkiye İş Kurumu işbirliğinde yaşlı-özür bakım elemanı yetiştirme sertifika programları düzenlenmekte ve bu alanda hizmet sunmaktadırlar. Ayrıca, Ocak 2005 tarihinde, Cumhurbaşkanlığı Genel Sekreterliği, Ankara Valiliği ve ilgili üniversiteler ile sivil

toplum kuruluşları katkıları ile Ulusal Eğitime Destek Kampanyası Yaşlıların Yaşam Kalitesini Yükseltme girişimi adına çalışmalar başlatılmakla birlikte, “Yaşlılar için Temel İlke, Hak ve Beklentiler” isimli bir belge yayınlanmıştır (27).

Türkiye Kızılay Derneği tarafından gayrimenkul bağışında bulunan yaşlılara evde bakım hizmetleri verilmektedir. Evde bakım hizmetleri almak isteyen yaşlılara evlerinde sağlık hizmetleri verilmekte, odun, kömür yakacak ihtiyaçları her türlü masrafları ve bakıcı kadın ücretleri demek tarafından karşılanmaktadır. Derneğe ait Akçakoca, Edremit, Bandırma ve Şişli’de toplam 260 kapasiteli 4 huzurevi bulunmaktadır (27).

1982 yılı anayasasının 41. maddesi ailenin korunmasına, 56. maddesi herkesin sağlıklı olma ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğuna, 60. maddesi herkesin sosyal güvenlik hakkının olduğuna, 61. maddesinde de yaşlılara yönelik olarak “Sakat ve yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” hükmü yer almaktadır (47).

Ülkemizde yaşlıların **sağlık hizmetlerinden yararlanma** olanakları çok sınırlı olduğu kadar, olanakları olanların da uzun tedaviyi gerektiren durumlarda yatarak tedavi görebilecekleri hastane yatak sayıları çok az ve geriatri bölümleri sınırlı sayıdadır (47, 54). İstanbul Üniversitesi Cerrah Paşa Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Gülhane Askeri Tıp Fakültesinde İç Hastalıkları Anabilim Dalı içinde Geriatri bilimi yer almaktadır (27, 41). Henüz evde tıbbi bakım, hemşirelik hizmetleri ve ayaktan tedavi ve gündüz hastaneleri Türkiye’de yoktur (41).

Yaşlıların sosyal güvenliğinin sağlanması için 65 yaşını doldurmuş muhtaç, kimsesiz, Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkında kanun uygulamaları 1977 yılından beri devam etmektedir. Sosyal güvenlik kapsamına girebilmiş yaşlılar emeklilik haklarını kazandıkları takdirde bir parasal güvenceye sahiptirler. Böyle bir güvenceden yoksun, herhangi bir gelir kaynağı olmayanlar için 2022 sayılı kanunun öngördüğü (26, 52) ve asgari ücretin dahi bireyin gereksinimlerini karşılayamadığı toplumumuzda asgari ücretin çok altında bir yardım yapılmaktadır (47, 52, 54).

Uluslararası Taahhütler

Dünya Sağlık Örgütü’nün 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temasında 5. hedef doğrudan yaşlı bireyle ilgiliyken, 13. hedef sağlıklı ortam olanağı sağlamaya ilişkin

düzenlemeler getirmektedir. Kahire’de yapılan, Türkiye’nin de katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve nüfusun yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Yine bu konferansta aile üyelerinin yaşlı bireye bakabilmesi için gereken sosyal destek sistemlerinin sağlanması, yaşlı birey için sağlık bakımı, ekonomik ve sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması gibi hedefler belirlenmiştir (27).

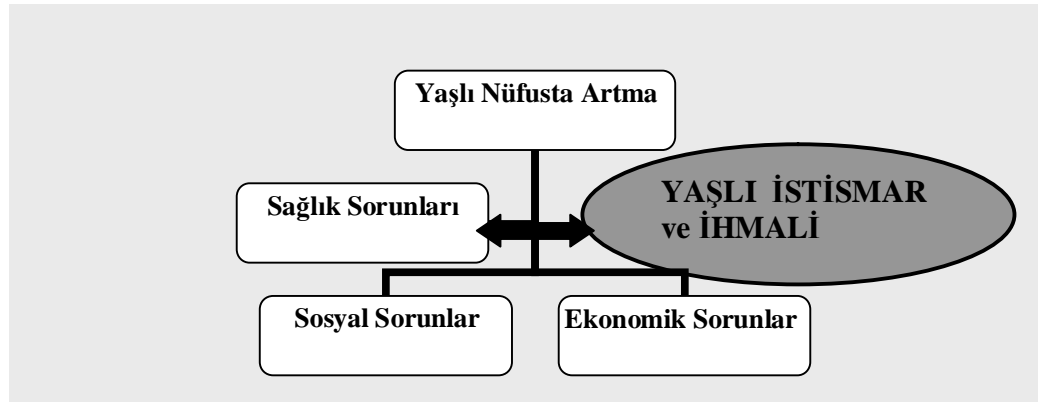
İlk defa 1982 yılında Viyana’da yaşlanma ile ilgili politikaları belirlemek adına 1.Yaşlılık Asamblesi düzenlenmiştir. Asamblede kabul edilen “Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı” aynı Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından da onaylanmıştır. Bağımsız yaşam, katılımcılık, bakım, onurlu yaşam ve kendini gerçekleştirme gibi beş başlıkta özetlenebilecek çıktılar detaylı öneriler sunmuştur (27).

8–12 Nisan 2002 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından Madrid’de düzenlenmiş olan 2. Yaşlılık Asamblesinde ise, yaşlı nüfusun yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, topluma entegrasyonları, geçim ve sağlık problemleri ile tüm yaş gruplarını kapsayan politikalar oluşturulması ekseninde “Uluslararası Eylem Planı” hazırlanmıştır.

Ayrıca, yaşlanma konusuna daha fazla dikkat çekmek amacıyla Birleşmiş Milletler tarafından 1999 yılı Yaşlılar Yılı olarak ilan edilmiştir (27).

Yaşlanma bireysel olmakla beraber her toplumun kendine özgü değerleri ve yaşlılığa atfedilen bu değer, toplumda yaşlıya verilen yeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır. Hızlı sanayileşme ve kentleşme sonucu, ekonomik ve sosyal yapıda hızlı değişimler, tarımsal düzenden kent ve sanayi düzenine doğru hareket geniş haneleri çekirdek aileler halinde bölünmeye zorlamıştır. Aile yapısındaki değişim özellikle yaşlıyı çocuklarından ayrı yaşamaya itmiştir. Bu yeni aile sisteminde kalabilirse de yaşlının ailedeki yeri ve ilişkileri önemli değişikliklere uğramıştır. Geleneksel düzende yaşlının sahip olduğu statü ve saygınlık bu yeni düzende zayıflamış, hatta bazen yok olmuştur. Geniş aile kurumundan çözülmeye, çekirdek aileye dönüşmeye yol açan sosyo-ekonomik nedenler, bireyler arasında geçimsizlikler, bağımsızlık isteği, oturlan evi dar ve yetersiz bulma gibi biçimler şeklinde kendini göstermekte; bireydeki bu yansımalarıyla önemli sağlık ve bakım sorunlarını yaratmaktadır. Yıllardır aile içinde söz sahibi olan yaşlılar,

kentlerde yaşam koşullarının güçleşmesiyle ailelere yük olmaya başlamıştır. Ekonomik koşulların zorlu olduğu ailelerde daha da belirginleşen bu durum aile içindeki samimi duyguların yitmesine ve saygının zayıflamasına neden olmaktadır (27, 50). Yaşlılık dönemindeki fiziksel ve sosyal değişimlerle birlikte yaşanan ekonomik güçlükler yaşlı bireyin evde veya kurumda bakımında bakım ilişkisi yeterince desteklenemediği durumlarda yaşlı istismar ve ihmali gündeme gelebilmektedir (2, 3, 8, 28). Yaşlıların, yakınları veya diğer bakıcılar tarafından istismar ve ihmali giderek artan toplumsal bir sorun olarak kabul görmektedir.



Şekil 2. Yaşlı İstismar ve İhmali Nedenleri

3.1. YAŞLI İSTİSMAR ve İHMALİNDE HEMŞİRELİK

3.1.1. Yaşlı İstismar Tanımı ve Prevelansı

Şiddet günümüz dünyasında gittikçe artan önemli bir problem olarak görülmektedir (4). Şiddetin en sık görülen tipi olan **yaşlı istismarı**, eş istismarı ve aile içi şiddet olayları ile ilgili olan bir olgudur (26, 58). Bazı çalışmalarda şiddet ve istismarın aynı anlamlarda kullanıldığı görülmektedir (26, 28, 59, 85, 86). Yaşlı istismarı terimi şiddet eylemlerini ve kötü davranmayı içine almaktadır. Araştırmalarda yaşlı istismarı kendi evinde oluşan, çoğunlukla yetişkin çocukları ve eşleri tarafından suçun işlendiği ev ve ya kişilerarası şiddet olarak tanımlanmaktadır (28, 59). Yaşlı istismar ve ihmali “hırpalanmış yaşlı kadın” (granny battering) terimi ile literatürde 1970’li yıllardan beri tartışılan bir sorun olmasına rağmen tanımına ilişkin

bir görüş birliği yoktur. Her ÷lke kendi tanımlamasını kullanmaktadır (1, 2, 4, 59). Yaşlıya kötü muamelenin (mistreatment) günümüzde yaygın olarak kullanımı yaşlı istismarıdır (elder abuse) (5).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve DSÖ Toronto Deklerasyonu'na göre yaşlı istismarı “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır” (4, 6, 60). “Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış” (3) veya “belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” şeklinde de tanımlanabilmektedir (26).

Yaşlı ihmali ise bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), yaşlının günlük gereksinmelerini karşılamamasıdır (8, 9, 11) . Ayrıca yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması veya yetersiz alması olarak da tanımlanmaktadır (22).

Herhangi bir yerde meydana gelebilen istismar ve ihmalinin en çok oluşabileceği yerler arasında yaşlının kendi evi, hastane, huzurevleri, günlük bakım evleri sayılmaktadır (4, 30, 61). Bu alanlarda hemşirelerin aktif yer alması bakımından önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Çalışmalar istismar ve ihmalin her toplumda, her ekonomik düzeyde, etnik ve dini yapıda oluşabileceğini göstermektedir (1, 4, 9, 63).

Toplumda yaşayan yaşlı bireylerde yaşlı istismarı prevalansını saptamak amacı ile çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Yaşlı istismarının yaygınlığını inceleyen araştırmalar yaşlıların %4-%10'unun istismarı yaşadığını göstermektedir. Yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili prevalans çalışmaları örnekleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Farklı Çalışmalarda Yaşlı İstismar ve İhmal Prevelansı

	Yıl	Araştırmacı	Yapıldığı Yer	Metod	Örneklem Büyüklüğü	Prevelans
1	1997	Cupitt	Avusturalya	Hemşire ve evde bakım hizmetlerinde çalışanların vakalara ulaşması	65+ 598 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %0,42
2	1997	Lachs ve ark.	ABD	Yaşlı istismar bildirme birimi ile işbirliği 9 yıllık uzunlamasına topluma dayalı çalışma	65+ 2812 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %1,6
3	1998	Comijs, Pot, Smit, Bouter	Hollanda - Amsterdam	Topluma dayalı uzunlamasına çalışma evlerinde görüşme	65+ 1797 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %5,6
4	2001	Pavlik,Hyman, Festa ve Dyer	ABD, Texas	Yaşlı Koruma Servisine kayıtlı vakalara ulaşma	65+ Teksastaki bütün yaşlılar	Toplam istismar ve ihmal %1,3
5	2002	Boldy ve ark.	Batı Avusturalya	Yüz yüze, telefonla, ve e-maile görüşme	60+ 1815 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %0,64
6	2004	Anme	Japonya	Toplumdaki riskli yaşlılara ev ziyareti	60+ 78 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal %17,9
7	2006	Oh ve ark.	Kore, Seoul	Topluma dayalı çalışma, 30 Hemşire ile ev ziyareti	65+ 15.230 yaşlı	Toplam istismar ve ihmal % 6,3
8	1996	Artan	İstanbul, Türkiye	Huzur evine başvuran yaşlılarla yüz yüze görüşme	60+ 113 yaşlı	Fiziksel istismar 25,7% Sözel hakaret %60.30 Parasını alma %14.70
9	2004	Keskinoğlu ve ark.	İzmir, Türkiye	Toplumdaki yaşlılarla yüz yüze görüşme	65+ 204 yaşlı	Fiziksel istismar %1,5 Ekonomik istismar 2,5% İhmal %3.5
10	2007	Keskinoğlu ve ark.	İzmir, Türkiye	Sosyoekonomik düzeyi düşük (SEDD) ve Sosyoekonomik düzeyi yüksek (SEDY) yaşlılarla Evde yüz yüze görüşme	Sosyoekonomik düzeyi düşük 65+ 201 yaşlı Sosyoekonomik düzeyi yüksek 65+ 296 yaşlı	SEDD Fiziksel istismar %1,5 Ekonomik istismar %2,5 İhmal %27,4 SEDY Fiziksel istismar %2 Ekonomik İstismar %0,3 İhmal %11,2

Küresel bir konu olan istismar ve ihmal ile ilgili kişilerin bilinci artmasına rağmen, bu konu, belirlenmesi güç bir halk sağlığı sorunudur. İstismar farklı disiplinlerin birlikte yaklaşımını gerektirmektedir. Ancak hemşireler her zaman yaşlı kişilerle birlikte olmalarından dolayı gerçek ve şüpheli durumları tespit etmede ve bunlara müdahale etmede en önemli konumdadırlar (15, 24, 29, 30, 62). Hemşireler ve diğer sağlık görevlileri yaşlılar istismarın nedeni olarak neye inanıyor, yaşlılar neyi/neleri istismar olarak görüyor ve kurbanları ve tanıkları yardım aramaktan alıkoyan etmenler nelerdir sorularının farkında olmalıdır (59).

Yaşlı istismar ve ihmali en önemli konu problemin farkında olunmaması ya saptanmasındaki engellerdir. **Hemşirelerin yaşlı bireyi değerlendirmede göz önüne almaları gereken bu engellerin nedenleri aşağıda özetlenmiştir.**

A-Kişisel Engeller

Yaşlı kişinin;

- § Bakıcısı tarafından yargılanacağından, suçlanacağından korkması (15, 29, 30).
- § Ailesinin davranışlarından utanması ya da bu olayı birilerine söylediğinde yakınlarının kendisine daha kötü davranabileceğinden ve herhangi bir kuruma gönderebileceğinden korkması (2, 15, 29, 30).
- § Kimsenin kendisine inanmayacağından korkması (2, 28, 64).
- § Sisteme karşı güven eksikliğinin olması (29).
- § Yaşanan durumu kendi suçu olarak görmesi, kimse ile paylaşmak istememesi ya da istismarı bildirmede isteksiz olması (15, 30, 64).
- § Aileyi kutsal sayması, başkaları tarafından aile yaşantısına müdahalede bulunulmasının kabul edilemez olduğunu düşünmesi (2,15, 28).
- § Ailesinde böyle bir problemin olduğunu kabul etmemesi, farkında olmaması ya da nasıl anlatabileceğini bilmemesi (15, 64, 65).
- § Yaşadığı durumu yeterince ciddi olarak değerlendirmemesi (65).

B-Bilgi ve kaynaklara ulaşmada yetersizlik

- § Yaşlının nereden, nasıl yardım alabileceği ile ilgili kaynakların farkında olmaması (59).
- § Yaşlının ekonomik ya da sosyal olarak bağımsız olmaması (65).

C-Sağlık çalışanları ve kurumsal engeller

- § Hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık personelin yaşlı istismarını ortaya çıkarmada hangi soruları soracağını bilmemesi, konu ile ilgili bilgi eksikliğinin olması (2, 24, 28, 59).
- § Sağlık personelinin problemi bildirme ve kaydetmede yetersiz ya da isteksiz olması (2, 15, 24, 28).
- § Sağlık çalışanlarının değerlendirme ve eyleme geçmede sorumluluk alma ile ilgili tedirginliğinin olması (59, 65).

3.1.2.Yaşlı İstismar ve İhmal Türleri

Tablo 4. Sık Karşılaşılan İstismar Türleri ve Tanımı

Tipi	Tanım
Fiziksel İstismar	Yaşlının güvendiği veya yaşlıya bakan birisi tarafından güç kullanarak vücuda zarar verme, ağrı verme, yetersizliğe yol açma, fiziksel olarak engel olma, zorla besleme ve yatakta tutma gibi eylemlerdir. Örnek olarak tekme atma, tokat atma, itme, vurma, sarsma, dövme ya da kötü niyetle ilaç uygulama vb. yer almaktadır.
Emosyonel/ Psikolojik İstismar	Yaşlının güvendiği konumda olan birisi tarafından sözel veya sözel olmayan yolla ruhsal açıdan acı veren veya strese sokan davranışlardır. Örnek olarak sözel saldırı, küçümseme, aşağılama, gözdağı verme, tehdit etme, utandırma, sürekli eleştirme, korkutma, lakap takma, zorla çevresinden ayırma vb. yer almaktadır.
Cinsel İstismar	Yaşlının isteği dışında herhangi bir türde cinsel ilişkiye girilmesidir. Örnek olarak isteği olmadan dokunma, tecavüz, zorla soyunma, açık şekilde cinsellik içeren fotoğraf çekme vb yer almaktadır.
Ekonomik İstismar	Yaşlının güvendiği konumda olan birisi tarafından yasal ve yasal olmayan şekilde parasının veya malının kötüye kullanılması veya çalınmasıdır.
İhmal	Bilerek veya bilmeden yaşlı bireyden yiyecek, içecek, ilaç, tıbbi cihaz gibi (protez, gözlük, işitme cihazı) ihtiyaçlarını esirgemek, bakım vermedeki sorumluluklarını yerine getirmede isteksiz davranarak veya reddederek yaşlıya duygusal, fiziksel acı ve sıkıntı vermektir. Örnek olarak yeme, giyinme, ısınma, kişisel hijyen gibi gereksinimlerin karşılanmaması, duygusal-sosyal uyarının sağlanmaması, uzun zaman yalnız bırakılması vb. yer almaktadır.

(3, 4, 6, 5, 9, 10, 11, 12, 66).

3.1.3.Yaşlı İstismar ve İhmalinin Nedeni

Konunun uzmanları aile şiddeti üzerine görüşlerinde kültürel ve sosyal değerleri, gelenekleri ve inançları ve aile patolojisini içine alan, yaşlı bireylerin istismar ve ihmalini hızlandıran nedenlerin çok ve karmaşık olduğunu bildirmektedir (9, 19, 62). Literatürde yaşlı istismarının neden meydana geldiği ile ilgili farklı teorik açıklamalar yapılmaktadır. İstismar edilen kişinin özellikleri, suçluların özellikleri ya da yaşlı bireylere karşı çatışma ve şiddete neden olan sosyal çevredeki koşullar ve aile durumları gibi genel özellikler üzerinde durulmaktadır (9, 62). İstismar edilen kişinin özelliği üzerine odaklanarak yapılan bir açıklamada, istismar edilen kişilerin yaygın olarak fiziksel ve zihinsel olarak zayıf (17), ekonomik olarak bağımlı (14, 15), ve eğitim seviyesi düşük (15), yaşlı kadınlar olduğu şeklindeki zayıflık ve bağımlılık hipotezini ortaya koymaktadır. Bir diğer açıklama istismarın aile özellikleri, aile dinamikleri, ilişkilerin kalitesi veya istismar eden kişinin kişisel özellikleri gibi, ailenin veya istismar eden kişinin belirli özelliklerinden kaynaklandığı şeklindeki durumu benimsemektedir (15, 65). Bakımverici kişinin stresi/yükü ya da ekonomik krizler gibi faktörler de aynı zamanda yaşlı istismarında önemli faktörler olarak bildirilmektedir (11, 62). Bakıcının ilaç ya da alkol bağımlılığı, kişilik bozukluklarının olduğu durumlarda da istismar ve ihmal ortaya çıkabilmektedir. Kuşaklar arası şiddet aktarım teorisi şiddet ve istismarın öğrenilen bir davranış olarak kuşaktan kuşağa geçtiğini varsaymaktadır (11, 24, 62, 67). Kültürel değerler, gelenekler, inançlar ve göç yaşlı istismar ve ihmalinin nedenlerini anlamada rol oynayan önemli genel faktörler olarak gösterilmektedir. Örneğin göçle ilgili kültürel değerlerin ve sosyoekonomik faktörlerin yaşlı istismar ve ihmaline katkıda bulunduğu bulunmuştur (9). Tek bir etmen değil birkaç farklı etmenin karşılıklı etkileşimiyle istismarın daha fazla tetiklendiğine işaret edilmektedir. Konunun karmaşıklığı ve birbirleri arasında bağlantı olmaması istismar ve ihmal konusunda entegre teorilerin geliştirilmesinin önemine vurgu yapmaktadır (15). Yaşlı istismarı konusunu anlama ve açıklayabilmede güçlüklerle rağmen, yaşlı istismarının yaşlı kişilerde çeşitli türlerde olumsuz sonuçlara neden olduğu yönünde güçlü kanıtlar vardır. Yaşlı istismarının sonucu olarak yaşlılarda hem fiziksel yaralama veya finansal zarar gibi yaralama ya da zararlar hem de depresyon, anksiyete ve fizyolojik stres gibi sonuçlar saptanmıştır (14, 67). Yaşlı istismarının diğer sonuçları içinde öğrenilmiş çaresizlik hissi, suçluluk, utanç, korku, anksiyete ve posttravmatik sendrom belirtmektedir (4, 15, 67).

3.1.4. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Olası Bulguları

Eğer yaşlı kişi istismar edilmiş ve bundan dolayı korkusu varsa ya da korkutulmuşsa yardım aramak istemeyebilir, olan olayları kimseye anlatmak istemeyebilir. Aşağıda bir kişinin istismar yaşamış olabileceğini gösteren bulgular verilmiştir (Tablo 5).

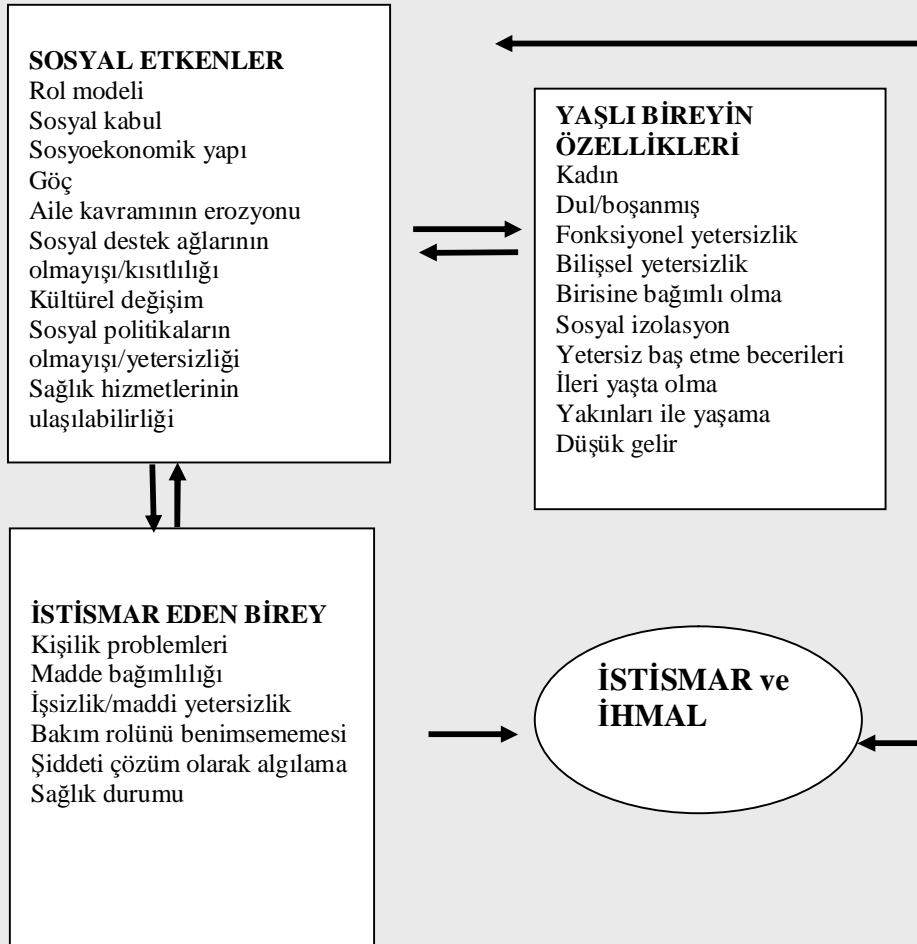
Tablo 5. Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Olası Bulguları

FİZİKSEL İSTİSMAR <ul style="list-style-type: none">- Tıbbi tedavinin gecikmesi-Nedeni açıklanmayan veya iyileşmesi geciken yaralanmalar- Kırıklar, ısırlıklar, ip ve halat izleri-Saç kaybı-Yanıklar (özellikle görünmeyen yerlerde)-Çürükler-Kilo kaybı-Tıbbi tedavilerin uygun kullanılmayışı-Sık sık acile başvurma PSİKOLOJİK İSTİSMAR <ul style="list-style-type: none">-Depresyon-paranoya-Korku-Bilinç bulanıklığı-Çekingenlik-İnkar-red-Düşük benlik saygısı-Sosyal izolasyon-Kızgınlık/öfke-Yeme ve uyku bozukluğu EKONOMİK İSTİSMAR <ul style="list-style-type: none">-Gelirin yeterli olmasına karşın açıklanamayan para kısıtlılığı- Gelirin yeterli olmasına karşın gereksinimlerin karşılanmayışı (beslenme, giyinme vb.)-Ödenmeyen faturalar-Değerli eşyaların kaybı-Parasına ne olduğunu açıklayamama-Banka hesabında beklenmedik ve olağan dışı değişiklik-Çeklerde yaşlı kişinin imzasına benzemeyen imzalar-Yaşlı kişinin bakımına aşırı miktarda para harcanılmasına bakım veren kişinin olağan dışı ilgisi	İHMAL <ul style="list-style-type: none">-Yeteriz hijyen-Yetersiz beslenme ve yetersiz hidrasyon- Kırık yada kayıp gözlük-Güvenli olmayan yaşam koşulları (ısınma,barınma vb.)-Tedavi protokollerinde aksama (aşırı doz /aksatma)-Kirlili yada ıslak yatak ve ya kötü çevre koşulları gibi-Gerekli olmasına karşın gözlük, takma diş, işitme cihazı gibi araçların olmaması CİNSEL İSTİSMAR <ul style="list-style-type: none">-Abdominal, anal bölgede ağrı, zedelenme-Genital bölgede ağrı nedeniyle yürüme, oturmada zorluk-Vajinal yaralar, kanama, bereler- Kronik idrar yolu enfeksiyonu
--	--

(1, 3, 4, 5, 68).

Yapılan incelemelerde istismarın yaşlı birey, istismarcı ve sosyal boyut özellikleri açısından değerlendirildiği görülmektedir. Bu değerlendirmelerin sonucunda istismarla ilgili faktörler Tablo 6'da özetlenmiştir (9, 15, 67, 68).

Tablo 6. Yaşlı İstismar ve İhmalinde Risk Faktörleri



3.1.5. Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları Tarafından İstismar ve İhmali Belirleme ve Değerlendirme

İstismarı değerlendirmede hemşirenin fiziksel değerlendirme becerisinin yanısıra kişilerarası ilişkileri de önemlidir. Halk sağlığı hemşiresinin yardım edici ve tehdit edici olmayan soruları yaşlının güvenini artırabilir. Değerlendirme sırasında istismar olasılığı her zaman düşünülmelidir. Hemşirenin değerlendirmesi sırasında toplayacağı verilerin içinde ayrılmaz bir bölüm olan geçmiş hikaye, fiziksel ve psikolojik değerlendirmede yer almaktadır. Aile ilişkileri, bakım verenin değerlendirilmesi, yaşlının bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi, sistemlerin değerlendirilmesi ve fizik muayenenin yapılması gereklidir (69). İstismar değerlendirmesi sırasında hemşire ve diğer sağlık çalışanları şu noktaları göz önünde bulundurmalıdır.

- § İstismar bütün sosyo-ekonomik ve etnik gruplardaki kadın ve erkekte oluşabilir,
- § İstismar ve ihmali yapanlar sıklıkla yaşlının eşi ya da çocuklarıdır. Ancak ücretli/ücretsiz bakıcılar da olabilir,
- § Bakıcının fiziksel, fonksiyonel, mental yetersizliğinin olması yaşlıya uygun bakımı sağlamasını engelleyebilir,
- § Yaşlının ya da bakıcının alkol, madde kullanımı veya mental hastalığının olması istismar ya da ihmal oluşumu ile ilişkili olabilir,
- § Yaşlının bağımlılığı veya sosyal izolasyonu istismarı artırabilir,
- § Geçmişte yakınlarının istismarı öyküsü varsa gelecekte oluşabilecek istismara yatkınlığı artırabilir. Ekonomik ve diğer ailesel problemler yeterli bakımın sağlanmasını engelleyebilir,
- § Ev koşullarındaki yetersizlik ve güvensiz koşullar yaşlı istismarının oluşmasını artırabilir,
- § Kişiler sıklıkla aynı anda birkaç istismar tipine maruz kalabilir (65).

Hemşirenin gerçek ve olası istismar göstergeleri açısından değerlendirmede kullanabileceği bir öykü formu Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7. İstismarda Öykü Alma ve Fiziksel Bulgular

<p>Problemın saptaması</p> <ul style="list-style-type: none">-Problemın 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 <p>Aile Öyküsü</p> <ul style="list-style-type: none">-Geçmişte ailede şiddet öyküsü-Anne/babanın sorgulatmayan itaat isteği-Alkol ve ya madde bağımlılığı-Ev dışında şiddet-İşsizlik/ekonomik güçsüzlük/yoksulluk-Aile üyelerinin yaşının maddi gücünü kullanması-Biri tarafından katı şekilde ekonomik kontrolün olması <p>Sağlık Öyküsü</p> <ul style="list-style-type: none">-Farklı iyileşme aşamalarında olan kırıklar-Sık sık acile başvurular-Konstipasyon, diyare gibi eliminasyon bozuklukları-Yoğun somatik şikayetler-Yeme bozukluğu-Madde bağımlılığı-Depresyon/intihar girişimi/düşük benlik saygısı/ Posttravmatik stres sendromu-Yalnızlık/umutsuzluk hissetme-Kronik yorgunluk-Apati-Uyku bozuklukları-Psikiyatri kliniğine yatış <p>Kişisel/Sosyal Öykü</p> <ul style="list-style-type: none">-Güçsüzlük hissi-Güvensizlik-Ailedeki büyük kararlara katılmama-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	<p>Genel Görünüş</p> <ul style="list-style-type: none">-Korkulu/Endişeli/Hiper yada Hioaktif- Soruları cevaplarırken 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 <p>Vital Bulgular</p> <ul style="list-style-type: none">-Otonom yanıtlar (Kan basıncında ve nabız hızında yükseklik, fazla terleme ...)-Aşırı zayıf ya da aşırı kilolu olma <p>Deri</p> <ul style="list-style-type: none">-İp veya halat izleri-Ütü, sigara vb yarattığı yanıklar-Yaralar, morluklar, çürükler, ödem, skar izi-Subdural hematom/Saç dökülmesi-Deri bütünlüğü bozukluğu (dekübütis, tedavi edilmemiş yaralar, idrar pişikleri)-Dehidratasyon bulguları <p>Gözler</p> <ul style="list-style-type: none">-Şişlik/ Konjektival-retinal kanama-Göz altlarında morluk-Görme kaybına rağmen gözlüğün olmaması <p>Kulaklar</p> <ul style="list-style-type: none">-İşitme kaybı-İşitme kaybına rağmen işitme cihazının olmaması <p>Ağız</p> <ul style="list-style-type: none">-Yaralanma/laserasyonlar- Diş kayıpları/diş kırıkları-Tedavi edilmemiş diş problemleri <p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none">-İntra-abdominal yaralanmalar <p>Genitoüriner/Rektal</p> <ul style="list-style-type: none">-Vajinal,anal,genital yaralar, çürükler, kanamalar, enfeksiyonlar-Üriner eneksiyon <p>Kas-iskelet</p> <ul style="list-style-type: none">- Farklı iyileşme aşamalarında olan kırıklar-Ekstremitelerde hareket kısıtlılığı-Kontraktürler <p>Nörolojik durum</p> <ul style="list-style-type: none">-Konuşmada bozulma-Konfüzyon-Hiperaktif reflexler/Tremorlar <p>Mental durum</p> <ul style="list-style-type: none">-Korkulu/anksiyeteli/depresif olma-İntihar düşüncesi-Konsantrasyon güçlüğü/hafıza kaybı <p>İlaç Tedavisi</p> <ul style="list-style-type: none">-Reçetelenmemiş veya İstemlenen dozun üzerinde ilaç kullanımı
--	---

(5. 67. 68).

3.1.6. Hemşirenin İstismar ve İhmali Önleme Uygulamaları

Yaşlı istismar ve ihmali önlemede atılacak ilk adım, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgi, tanılal beceri ve duyarlılıklarının arttırmak olduğu kabul edilmektedir (1, 30). Halk Sağlığı Hemşiresinin yaşlıların istismarı ve ihmaliinden korunmasındaki rolü; birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyleri olarak üç basamakta ele alınabilir.

Ø Birincil Koruma: Hangi yaş grubunda olursa olsun, şiddet ve istismarı önlemede toplumsal yaklaşım esastır. Her toplumda şiddet olaylarına karşı hükümet programları, yasal düzenlemeler, medya, resmi ve gönüllü kuruluşlar, eğitim kurumları vb. aracılığı ile açık ve net tavrını koyabilmelidir. Hemşireler diğer meslek grupları ile çalışarak şiddet ve istismara karşı toplumsal tavrın belirlenmesinde önemli bir rol üstlenebilirler (15, 62, 70).

Birincil korumada diğer önemli bir konu ise eğitimidir. Şiddet ve şiddet çeşitleri gibi konularda küçük yaşlarda başlanan eğitimle kişiler hem şiddet olayının farkına varabilecek, alınabilecek önlemler konusunda bilgi sahibi olabilecek hem de yaşlanma sürecinin daha iyi anlayabilecektir. Önemli bir başka konu ise istismar ile karşılaşan ve ya tanık olan kişilerin yardım alabileceği kuruluşların oluşturulmasıdır (2, 4, 62, 63, 68). Bunlar polis, sığınma evleri, bakım yurtları gibi resmi ve gönüllü kuruluşlar olabilir.

Hemşireler özellikle halk sağlığı hemşireleri toplumla birebir ilişki kurabilecek bireyleri kendi ortamlarında değerlendirebilecekleri önemli bir konumda bulunmaları nedeni ile kolaylıkla şiddet ve istismar olaylarını farkedebilecektir. Bunun için hemşirelerin istismara yönelik risk faktörleri konusunda bilgili olmaları önem taşımaktadır. Eğitim ile sağlık personelinin istismara karşı duyarlı hale getirilmesi istismarın erken dönemde fark edilip müdahale edilmesini sağlayacaktır. Ayrıca sağlık personelinin özellikle risk grubundaki çocuk, kadın ve yaşlılara eğitim vermesi bilgilendirilmiş bireyin yardım alma konusunda istekliliğini artırabilir (2, 28, 30, 68, 69, 70).

Bakım veren bireyler ve özellikleri istismara neden olabilecek riskler yönünden izlenerek değerlendirilmeli ve gerekiyorsa kurum bakımı gibi seçenekler araştırılmalıdır. Bakım veren bireylerin bakım verme konusunda yardım ve destek alabileceği seçenekler (sağlık kuruluşları,

sosyal hizmetler, gönüllü kuruluşlar vb.) konusunda bilgilendirilmesi de önem taşımaktadır. Ayrıca bakım veren birey yaşlı bireyin bakım gereksinimleri konusunda deneyimsiz ya da bilgisiz olabilir. Ev ziyaretleri sırasında bunları farkedebilen halk sağlığı hemşiresi bakım veren bireye bakımın nasıl verileceğini öğretebilir. Böylece bilgisizlik ve deneyimsizlikten kaynaklanabilecek istismar ve ihmali ortadan kaldırılabılır. Halk sağlığı hemşiresi ziyaretleri sırasında iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak hem bakım veren için hem de yaşlı için iyi bir rol modeli olabilir (2, 28, 30, 68, 69, 70). Halk sağlığı hemşiresi bireyin yaşadığı gerginliği azaltmada, sosyal desteği artırmada (kimlerle paylaşabilir, kime başvurabilir, kimden yardım alabilir vb.) bireyin başatma becerilerini artırmada (daha atılgan davranma, daha iyi problem çözme, daha sağlıklı olma gibi) ve bireyin benlik saygısını artırmada önemli bir konumdadır. Holistik yaklaşımla, hem istismar mağduru bireyi ve istismara tanık olan bireyi güçlendirmesi hem de öfke ve öfke nedenlerini ele alması, öfkenin uygun yollarla ifade edilmesini sağlaması gerekir. Ev ziyaretlerinde aile krizine müdahalede danışmanlık yaparak istismarı önlemeye yardım eder (71).

Birincil korumada yer alan uygulamalar arasında eğitim seminerleri ve medya, kendini koruma eğitimi, halk duyuruları ve afişleri, gazetelerde makaleler, bilgilendirme için telefon hizmeti, yasal düzenlemeler, yaşlıya kötü davrananlar için katı cezalar, bakımla ilgili düzenlemeler, sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemeler, yaşlıya sık ziyaret, potansiyel istismar vakalarına destek ağlarını güçlendirme, yasal yardım, destek grupları, günlük bakım merkezleri, eve yemek ve taşıma hizmetleri, ailelerine bakım verenlere direkt yardım, toplumdaki davranışsal değişimleri izlem, yaşlıları farklı yerlere yerleştirme alternatifleri, durum saptaması araştırmaları, istismarcıyı tedavi etme, komşu izleme programları ve toplumla işbirliği yapma sayılabilir (1, 4, 30, 63).

Ø İkincil Koruma: İkincil koruma erken dönemde vaka bulmayı ve müdahale etmeyi kapsar.

Erken dönemde tespit edebilmede hemşire gözlem becerisini çok iyi kullanabilmelidir. Ev ziyaretleri sırasında veya herhangi bir yaralanma nedeni ile kuruma gelen yaşlı bireyin ürkek bakışları, kaçamak yanıtları, karamsar, depresif halleri ayrıntılı olarak araştırılarak çok yönlü olarak değerlendirilmelidir. Bununla birlikte yaşlı bireyin aile üyelerinin şüpheli davranışları varsa, sorulara kaçamak yanıtlar veriyor, yaşlı bireyle aşırı ilgili ve fazla koruyucu

davranıyorsa istismar açısından değerlendirilmelidir. Eğer istismardan şüpheleniliyorsa yaşlı birey ile yalnız görüşülmeli ve doğrudan istismara yönelik soru sormaktan kaçınılmalı, tehditkar olmadan ve yargılamadan basit sorular sorularak veri toplanmalıdır. Güven ortamı sağlandıktan sonra muhtemelen doğru yanıtlar alınacaktır. Yaralanmanın ne zaman, nerede ve nasıl olduğu sorulmalı fiziksel ipuçları ile cevaplar arasında tutarsızlık olup olmadığı kontrol edilmelidir. Fizik muayene sırasında deri bütünlüğü değerlendirilerek ezik, morluk, büyüklüğü, görünüşü ve yeri gözlenmelidir. Özellikle sırt ve genital bölge gibi vücudun beklenmedik bölgelerinde travma izi olup olmadığı, bir obje ile vurulmuş gibi olan iz varlığı ya da paralel yaralanmalar (örn: iki kolun üstünde morluklar gibi), sigara, ütü veya suyla haşlanma gibi yanıklar açısından yaşlı birey dikkatle değerlendirilmelidir. İstismar varsa yaşlı aile ile birlikte ele alınmalı ve bireyler değil davranışlar ele alınarak istismarın nedenleri ortaya konularak stresle baş etme ve problem çözmeye yönelik olarak programlar düzenlenebilir. Aileler varsa yardım alabilecekleri kurum ve kuruluşlara nasıl başvurabilecekleri bilgisi ile yönlendirilebilir. Bütün bunlara rağmen istismar önlenemiyor ise yaşlı bireyin güven altına alınması bireyin yardımı kabul edip etmemesine göre hemşirelik planlamaları yapılmalıdır (2, 28, 68, 69, 70, 71).

İkincil korumada yer alan uygulamalar arasında kötü davranışa maruz kalan yaşlının yardım hizmetlerini kullanması, istismar takip birimlerine ya da koruyucu servislere vakaları bildirme, istismar eden ve edileni belirlemede değerlendirme araçlarını kullanma, krize müdahale stratejileri oluşturma ve gerekli ise acil tıbbi tedavi, istismarcıya yasal cezalar, istismar eden ve edilene sık ziyaret, istismar edeni tedavi etme, istismar eden ve edilene ekonomik yardım, koruyucu hizmetler, ev bakım hizmetleri, istismar edenin kısa seyahatleri, yaşlı çiftlere evlilik danışmanlığı yer almaktadır (1, 63).

Ø Üçüncül Koruma: Aile üyeleri ve yaşlıya yönelik rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini kapsar. İstismar davranışını sergileyen bireyler ayıplanma korkusu ile hemşire ile iletişime girmek istemeyebilirler. Ancak hemşire izlemlere devam ederek ve istismara uğrayan bireyin bakımını sağlayarak kendilerine olan güven ve saygıyı kazanmalarına destek olabilir ve aile ile güven ortamını oluşturabilir. Halk sağlığı hemşiresi istismara uğramış bireylerin kullanabileceği toplumsal kaynakları bilmeli ve bu kaynaklarla iletişim içinde olmalıdır (2, 28, 68, 69). Üçüncül korumada yer alan uygulamalar arasında fiziksel, iş ve konuşma terapileri,

günlük yaşam aktiviteleri ve yemekle ilgili yardım, sosyal aktiviteler, günlük programlar, toplumsal aktiviteler, danışmanlık ve psikoterapi, aile danışmanlığı, alternatif yaşam olanakları, ev ortamını düzenleme, destek grupları, eğitim yer almaktadır (1).

3.1.7. Hemşirelerin İstismar ve İhmali Önlemede Yaşlı Bireye, Ailesine ve Topluma Yönelik Önerilebileceği Diğer Önlemler

a-Yaşlı Bireyin Alabileceği Sosyal Önlemler

- Sosyal ilişkilerini sürdürmesi ve arkadaş çevresini geliştirmesi,
- Ayrılmış olsa bile eski arkadaş ve komşuları ile ilişkilerini sürdürmesi,
- Ev dışında arkadaşlık ilişkilerini artırması,
- Arkadaşlarının kendi evinde ziyaret etmelerini istemesi,
- Sosyal ve toplumsal aktivitelere, gönüllü programlara katılması,
- İlerde yetersizlik yaşayabileceği durumlarda yasal açıdan koruyacak birilerini, örneğin kendisini temsil edecek bir avukat veya yasal güçten destek ve öneriler alması,
- Yasal ve sosyal anlamdaki görüşmelerini periyodik olarak devam ettirmesi,
- Banka hesaplarını veya sosyal güvenlik evraklarını kontrol ederek düzenlemeler yapması,
- Yanında güvenilebileceği biri olmadan ve incelemiden herhangi bir doküman veya evrak imzalamaması,
- Evden yalnız ayrılmaması,
- Geçmişinde şiddet veya madde kullanım öyküsü olmayan birisi ile yaşaması,
- Koruyucu hizmetler sunan ajanslar, kurumlar, güvenlik birimleri veya güvenilebileceği birinin (doktoru, arkadaşı...) telefon numarasını sürekli yanında bulundurması (11, 68).

b-Ailelerin Alabileceği Önlemler

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

- o Yaşlı bireyin bağımsızlığına engel olmaması ya da gerekli olmadıkça özeline girmemesi (11, 68).

c-Toplumsal Önlemler

- o Bakımı üstlenen ailelere doğrudan yardım etmeyi sağlayacak yeni yöntemler geliştirme,
- o Yaşlıya hizmet programlarını daha kapsamlı gerçekleştirilecek başka toplum kurumlarını araştırılması,
- o Bakımı üstlenen ailelere yardım etmeleri için hem kamu hem de özel girişimcileri cesaretlendirilmesi,
- o Bakımı vermede mevcut destek servisleri ve mesleklerin ilanlarının verilmesi
- o Vaka yönetimi ve hizmet sunumu ile ilgili kamu çalışanlarına temel eğitim verilmesi,
- o Hizmet çalışanlarına, kapıcılara, topluma eğitimler sağlanması
- o Yasal açıdan suç olan yaşlı istismarının tüm formlarının tanınması (11, 68).

Ek olarak

- o Yaşlılar için gelir, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerinin yeterli olmasının sağlanması,
- o Yaşlı istismarı ve yaşlılarla ilgili konularda halkın farkındalığının ve profesyonel eğitiminin sağlanması,
- o Mental sağlık ve aile danışmanlığı hizmetleri gibi gerekli tüm danışmanlık hizmetlerinin oluşturulması
- o Alkol ve madde kullanımını tedavi etme programlarının oluşturulması,
- o Yaşlı haklarını artırma ve bütün yaşlılara assortiflik ve kendini savunma eğitiminin verilmesi
- o Bakım verenlere eğitimin sağlanması
- o Şiddeti azaltma, çatışmayı çözme ve arabuluculuk programlarının oluşturulması
- o Yaşlanmanın pozitifliği ve üretkenliği ile ilgili bilinçlilik oluşturulması ve eğitim yapılması (11) gibi konularda hemşireler yer almalıdır.

3.1.8. Türk Ceza Kanunu'nda (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 (72).

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 adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur (72).

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 (72).

Ayrıca TCK'da birçok suçun kasten ya da taksirle beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda olan kişiye ve ya çocuğa, ana-babaya, gebe kadında karşı işlenmesi de ağırlaştırıcı sebep olarak kabul edilmiştir (72).

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 (72).

Raporun bildirilmesi gereken kurumlar yaşanan yere göre değişiklik gösterebilir. Özellikle acil durumlarda olayın polise bildirilmesi bir alternatif olarak akılda bulundurulmalıdır.

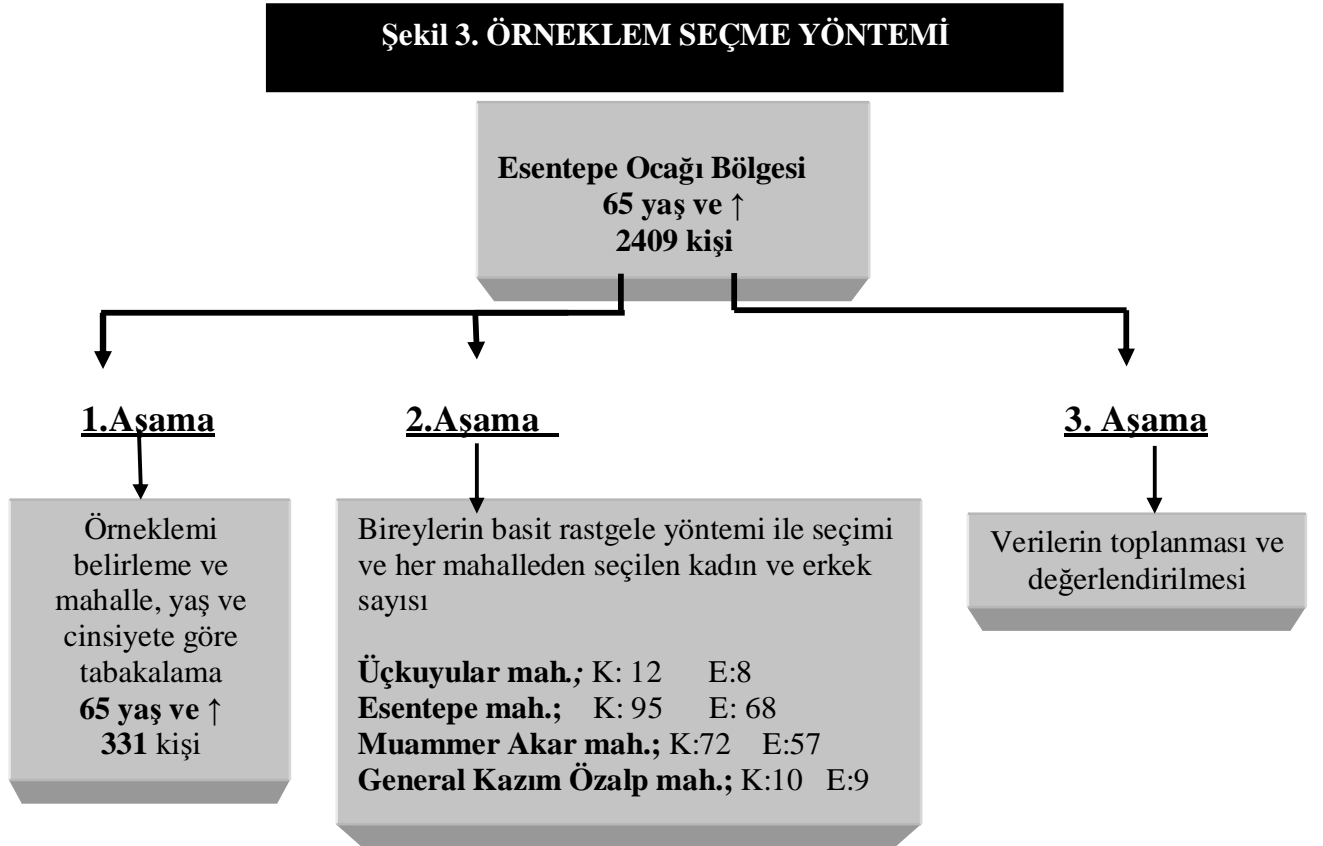
Yaşlı istismarı gittikçe artan bir sorun olmasına karşın uzun yıllar göz ardı edilmiştir. Bazı durumlarda istismar ve ihmali yapan kişiler de bunun bir suç olduğunun farkında değildir. Türkiye’de yasal sistemde istismar ve ihmale ilişkin cezaların az olması, istismarı yapan kişiler için de caydırıcı olmamasından dolayı yaşlının haklarını gözetleyen yasal düzenlemelerle yaptırımlar artırılmalıdır. Böylece hem istismar yaşayan yaşlının bunu dile getirmesinin kolaylaşması, hem de istismarcılar için caydırıcı olabilmesi sağlanabilir. Uzun yıllardır politik olarak etkili olmayan hemşireler diğer meslek grupları ile beraber istismara karşı yasal lobicilik yapmalıdır. İstismar ve ihmal yaşlıları inciten, yaralayan, psikososyal sorunlara yol açan önlenemez bir sorundur. Uygun hemşirelik girişimleri ile istismar ve ihmal döngüsü kırılarak yaşlının yaşam gücü ve kalitesi artırılabilir. Bu nedenle istismar ve ihmali yaşayan bireyin, tanık olan kişinin bu durumu bildirmesi yasal zorunluluk ve sorumluluk kapsamındadır.

III.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2 Evren-Örneklem: Araştırma İzmir ili Esentepe Sağlık Ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Esentepe Ocağı Bölgesi Konak Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 2007 verilerine göre 21200 nüfusa sahip olup araştırmanın evrenini oluşturan 65 yaş ve üzeri nüfus 2409'dur. Araştırmanın örnekleme için %95'lik anlamlılık düzeyi ve 0.05 yanılma payı ile olasılıklı örnekleme yöntemlerinden evreni bilinen örneklem seçme formülü (87) kullanılarak 331 kişi olarak belirlenmiştir.

Esentepe bölgesinde 4 mahalle bulunmaktadır. Altmış beş yaş ve üzerindeki bireyler bağlı oldukları mahalle, cinsiyet ve yaş grubuna göre tabakalanmıştır. Tabaka ağırlığına göre her bir tabakaya düşen örneklem sayıları belirlenmiştir. %20 oranında yedek belirlemesinden sonra belirlenen sayıdaki yaşlıya ev halkı tespit fişlerinden yararlanılarak basit rastgele örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır. Araştırmada 331 bireye ulaşılmıştır.



3.3.Örneklemeden Çıkarma Kriterleri

Türkçe konuşma-anlama problemi, ciddi işitme ve görme kaybı, Demans ya da Alzheimer tanısı olan ve Standardize Mini Mental Test puanı 24'ün altında olan yaşlı bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bölgede yalnız yaşayan yaşlı birey sayısı yetersiz olduğu için yalnız yaşayan bireyler çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.4.Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yaşlı bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanmış ve onam kağıdı imzalatılmıştır. Araştırmanın uygulanacağı kişilere önce, bilişsel bozukluğu olanları tespit edip ayırabilmek için eğitimsizler veya eğitilmişler için Standardize Mini Mental Test (SMMT) uygulanmış, bu testten 24 puan ve üzerinde puan alan kişilere araştırma anketleri uygulanmıştır. Bireyin araştırmaya katılımını artırmak için anket öncesi tansiyon ve kan şekeri ölçümü yapılmıştır. Araştırmaya yalnız yaşayan yaşlı bireyler alınmamıştır. Yaşlı istismarı ile ilgili olan veriler yaşlı ile yalnız kalınabilecek uygun bir odada toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulmuş yaşlı bireyin son 6 ay içinde yaşadığı istismarı belirlemeye yönelik 5 adet açık uçlu sorudan oluşan istismarı değerlendirme soru formu, 15 adet kapalı uçlu sorudan oluşan sosyodemografik özellikler formu (9, 12, 15, 25, 59, 73, 74), Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (ADL), eğitimsizler ve eğitilmişler için Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanılmıştır.

Ön Uygulama: Hazırlanan soruların anlaşılabilirliğini test etmek için araştırma örnekleminde yer almayan on yaşlı birey ile görüşülmüştür. Soruların anlaşılabilirliğinde ve kabul edilebilirliğinde bir problem olmadığına karar verilmiştir.

3.5.1.İstismarı Değerlendirme Soru Formu

Şiddet ve istismarın aynı anlamda kullanıldığı bu çalışmada, araştırmacı tarafından hazırlanan istismar değerlendirme soru formu, yaşlı bireyin son 6 ay içinde yaşadığı fiziksel istismarı, psikolojik istismarı, cinsel istismarı, ekonomik istismarı ve ihmali belirlemeye yönelik 5 adet açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu sorular:

1. Çevrenizdeki bireyler tarafından hiç ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz?
 - Gereksiniminiz olduğu zaman bakımınızın aksatıldığını veya karşılanmadığını düşünüyor musunuz?
 - Hangi gereksinimleriniz aksatılıyor veya karşılanmıyor? Örnek verebilir misiniz?
2. Sizi incitecek, kıracak sözlerle karşılaştığınız oluyor mu?
 - Sizi incitecek, kıracak davranışlarla karşılaştığınız oluyor mu?
 - Bu sözlere-davranışlara örnek verebilir misiniz?
3. İsteğiniz ve izniniz dışında gelirinizden yarar sağlamaya çalışanlar oluyor mu?
 - İsteğiniz ve izniniz dışında mal ve mülkünüzdü yarar sağlamaya çalışanlar oluyor mu?
 - Nasıl yarar sağlamaya çalışıyorlar? Bu konuda örnekler verebilir misiniz?
4. Size yakın olan kişiler tarafından vücudunuzu acıtacak tarzda davrananlar oluyor mu?
 - Bu davranışlara örnek verebilir misiniz?
5. Cinsel açıdan istemediğiniz bir davranışa maruz kaldığınız oluyor mu?

Bu soruların yanıtını evet olarak veren yaşlı bireylerden durumu daha detaylı olarak açıklaması istenmiştir. Yaşlı bireyin verdiği yanıtlara göre araştırmacı istismar ve ihmal var ya da yok olarak değerlendirme yapmıştır. Yaşlı bireyin tüm istismar tiplerinden birini ya da birkaçını aynı anda yaşaması toplam istismar olarak değerlendirilmiştir. İstismar ve ihmal değerlendirmesi yalnızca yaşlı bireyin ifadelerine dayalı olarak yapılmıştır.

3.5.2. Sosyo Demografik Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş form 15 sorudan oluşmaktadır.

Demografik özellikler: Yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, yaşayan çocuk sayısı

Yaşanan ev ile ilgili değişkenler: Evin mülkiyeti

Ekonomik durumla ilgili değişkenler: Algılanan gelir durumu, sosyal güvence varlığı

Yaşlının sağlığı ile ilgili değişkenler: Tanı konulmuş kronik hastalık varlığı araştırılmıştır.

3.5.3. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (ADL)

Katz ve ark. (1963) de geliştirdiği skala banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan

verilerek değerlendirilmektedir. ADL indeksinde 0–6 puan bağımlı, 7–12 puan yarı bağımlı, 13–18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Bu ölçek hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olan, formal bir geçerlilik ve güvenilirliği olmamasına rağmen fonksiyonel yetersizliği değerlendirmede kullanılmaktadır (75, 76, 77).

3.5.4. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Mini Mental Test (MMT) ilk kez Folstein ve ark. tarafından (1975) yayınlanmıştır. SMMT, klinisyenler tarafından bilişsel yıkım derecelerinin ölçülmesi amacıyla gerek tanı, gerekse tedavi sürecinde hastaların izlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra gerek epidemiyolojik araştırmalarda birinci basamak tarama testi, gerekse klinik araştırmalarda incelenenlerin bilişsel yıkım şiddetinin ölçüm aracı olarak yararlanılmaktadır. Mini Mental Test farklı kültürel ve etnik gruplarda kullanılmış ve orijinal dili olan İngilizce'den başka Çince, İspanyolca ve Hindu dili gibi birçok dile daha çevrilmiştir. Mini Mental Test, kısa bir eğitim almış hekim, hemşire ve psikologlarca 10 dakika gibi bir süre içinde, poliklinik koşulları ya da yatak başında uygulanabilir bir testtir. Uygulama esnasında rahatsız edici, utandırıcı veya güçlük verici bir yanı bulunmamaktadır. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. SMMT'in eşik değeri 23, duyarlılığı %87, seçiciliği %82, yanlış pozitiflik %39, yanlış negatiflik % 4.7'dir.

Ülkemizde Güngen ve ark. (2002)'nin beş yıl eğitim almış bireylerle yaptıkları çalışmalarında SMMT'in eşik değerler için 23/24 değerinin 0,91 duyarlık, 0,95 seçicilik, pozitif ve negatif yordayıcı değerler (0.90 ve 0.95) kappa değeri 0.86 saptanmıştır. Uygulayıcılar arası güvenilirlik incelemesinde r:0,99, kappa değeri ise 0,92 olarak elde edilmiştir (78).

Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (SMMT-E)

Folstein ve ark.'nın (1975) orijinal testinin Ganguli ve ark.'nın Eğitim düzeyi düşük Hint toplumu için hazırladıkları sürümden yararlanılarak Ertan ve ark. (1999) Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Testi (SMMT-E) oluşturmuştur. Molly ve ark.'nın (1997) uygulama klavuzları Türkçeleştirilerek ve modifiye edilerek teste uyarlanmıştır (79).

SMMT'den alınan puanlara göre; 0-9 puan ağır kognitif bozukluk, 10-19 puan orta kognitif bozukluk, 20-23 puan hafif kognitif bozukluk, 24-30 puan normal sınırlar olarak değerlendirilmektedir (77, 80, 81).

Araştırmacı sahada Standardize Mini Mental Test (SMMT) uygulamasına yönelik gözlem yapmış ve eğitim almıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.00 paket programı ile değerlendirilmiştir.

1. Cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu, birlikte yaşanan kişiler, kronik hastalık varlığı, aile ilişkileri, ev mülkiyeti ile yaşlı istismarı arasındaki fark ki kare önemlilik testi ile analiz edilmiştir.
2. Yaşlı istismarına etki eden değişkenlerin etkileme kat sayısına bakmak için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır (87, 88).
3. Yaşlı bireylerin eğitim düzeyi ile ilgili denek sayısı gözlerde az olması nedeni ile ki kare analizinde eğitim seviyeleri ilkokul ve altı, ortaokul ve üzeri olarak birleştirilmiştir.
4. Yaşlı bireylerin gelir giderden fazla olanların denek sayısı gözlerde az olması nedeni ile ki kare analizinde gelir gidere eşit ve gelir giderden fazla olanlar birleştirilmiştir.
5. Aile ilişkilerini çok iyi olarak değerlendirenlerin sayısı gözlerde az olması nedeni ile ki kare analizinde çok iyi ve iyi olanlar birleştirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Yaşlının; fiziksel istismarı, psikolojik istismarı, cinsel istismarı, ekonomik istismarı ve ihmali ile toplam istismar

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşayan çocuk sayısı, aile tipi, birlikte yaşanan kişiler, aile ilişkileri, ev mülkiyeti, algılanan gelir, sosyal güvence varlığı, tanı konmuş kronik hastalık, Günlük Yaşam Aktivitelerini (ADL) yerine getirebilme

3.8. Araştırma Etiği: Araştırmaya başlayabilmek için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul izni alınmıştır. Daha sonra araştırmayı kabul eden bireylerden sözlü-yazılı izin alınarak araştırma yürütülmüştür.

3.9. Kurum İzininin Alınması: Araştırmanın yürütülebilmesi için Esentepe Ocağı Bölgesi Konak Sağlık Grup Başkanlığı'ndan izin alınmıştır.

3.10. Araştırma Bütçesi: Araştırmanın bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.11. Araştırma Planı:

Etik kurul onayı: Mayıs 2007

Verilerin toplanması: 25 Temmuz – 30 Ekim 2007

Verilerin değerlendirilmesi: Kasım 2007

Araştırma raporunun yazılması: şubat 2007 – Aralık 2007

BÖLÜM IV
BULGULAR

4.1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamaları $72,5 \pm 5.60$ 'dır.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	188	56.8
Erkek	143	43.2
Yaş		
65-69	119	36.0
70-74	94	28.4
75 yaş ve üzeri	118	35.6
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	43	13.0
Okur-yazar	42	12.6
İlkokul	121	36.6
Ortaokul	43	13.0
Lise ve üzeri	82	24.8
Sosyal Güvence		
Var	329	99.4
Yok	2	0.6
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eşi	157	47.4
Eşi ve Çocukları	71	21.5
Çocukları (Oğlu ve/veya Kızı)	61	18.4
Diğer(kardeş, yeğen, torun vb)	42	12.7
Aile tipi		
Çekirdek	309	93.4
Geniş	22	6.6
Yaşayan Çocuk Sayısı		
yok	11	3.3
1-4	278	84.0
5 ve üzeri	42	12.7
Toplam	331	100.0

Yaşlı bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 8’de yer almaktadır. Bu araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %56,8’inin kadın, % 43,2’sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin % 36,0’ı 65–69 yaş grubunda, %35,6’sı 75 yaş ve üzeri grupta yer almıştır. Yaşlıların %36,6’sı ilkökul, %24,8’i lise ve üzeri mezunu iken %13,0’ının okuma yazma bilmediği ortaya çıkmıştır. Sosyal güvencesi olan yaşlı bireyler % 99,4’dür. Yaşlıların %47,4’ü eşi ile birlikte yaşarken %12,7’si (kardeş, yeğen, torun vb.) akrabaları ile birlikte yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin %93,4’ü çekirdek aile yapısında iken %6,6’sı geniş aile yapısındadır. Yaşlıların % 84,0’ının 1–4 çocuğu, %12,7’sinin 5 ve üzerinde çocuğu varken, çocuğu olmayanlar %3,3’dür.

Tablo 9. Yaşlı Bireylerin ve Ailesinin Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Kronik Hastalık		
Var	260	78.5
Yok	71	21.5
Günlük Yaşam Aktiviteleri(ADL)		
Bağımsız	326	98.5
Bağımlı	5	1.5
Aile İlişkileri		
Çok iyi	123	37.2
İyi	161	48.6
Orta ve ortanın altı	47	14.2
Ailenin Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	11	3.3
Gelir gidere eşit	162	48.9
Gelir giderden az	158	47.8
Ev Mülkiyeti		
Kendisinin ve/veya eşinin	283	85.5
Çocuklarının	27	8.2
Diğer (kira, yakınlarının)	21	6.3
Toplam	331	100.0

Yaşlı bireylerin ve ailesinin özellikleri Tablo 9’da görülmektedir. Yaşlı bireylerin %78,5’inde en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirenler ise %98,5’dır. Yaşlı bireylerden aile ilişkileri algısını “çok iyi” olarak ifade edenler %37,2, “iyi” olarak ifade edenler %48,6 ve “orta ve ortanın altı”

olarak ifade edenler %14,2'dir. Yaşlı bireylerin %48,9'unun geliri giderine eşit, %47,8'inin geliri giderden az, %3,3'ünün geliri giderinden fazladır. Yaşlı bireylerin %85,5'i kendi evinde yaşamaktadır.

4.2. Yaşlıların İstismar ve İhmal ile Karşılaşma Durumu

Tablo 10. Yaşlı Bireylerin Karşılaştığı İstismar Tipleri Durumu

İstismar Tipi	İSTİSMAR DURUMU					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel İstismar	14	4.2	317	95.8	331	100
Psikolojik İstismar	31	9.4	300	90.6	331	100
Ekonomik İstismar	7	2.1	324	97.9	331	100
Cinsel İstismar	3	0.9	328	99.1	331	100
İhmal	27	8.2	304	91.8	331	100
Toplam İstismar	44	13.3*	287	86.7	331	100

*İstismar tiplerinden bir ya da birkaçını aynı anda yaşayan

Yaşlı bireylerin karşılaştıkları istismar tipleri ve sıklığı Tablo 10'da görülmektedir. Yaşlı bireylerin %9,4'ünde psikolojik istismar, %8,2'sinde ihmal, %4,2'sinde fiziksel istismar, %2,1'inde ekonomik istismar, %0,9'unda ise cinsel istismar saptanmıştır. Yaşlı bireylerin %13,3'ünün tüm istismar tiplerinden birini veya birkaçını aynı anda yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 11. Yaşlı Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İstismar Durumları

	İstismar Var		İstismar Yok		Toplam		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	32	17.0	156	83.0	188	100	4.53*	0.03
Erkek	12	8.4	131	91.6	143	100		
Yaş								
65-69	15	12.6	104	87.4	119	100	0.08	0.96
70-74	13	13.8	81	86.2	94	100		
75 yaş ve üzeri	16	13.6	102	86.4	118	100		
Eğitim Düzeyi								
İlkokul ve altı	34	16.5	172	83.5	206	100	4.17*	0.04
Ortaokul ve üstü	10	8.0	115	92.0	125	100		
Ailenin Gelir Durumu								
Gelir gidere eşit veya fazla	19	11.0	154	89.0	173	100	1.29*	0.26
Gelir giderden az	25	15.8	133	84.2	158	100		
Birlikte Yaşadığı Kişiler								
Eşi	15	9.6	142	90.4	157	100	17.55	0.01
Eşi ve Çocukları	20	28.2	51	71.8	71	100		
Çocukları(Oğlu ve/veya Kızı)	6	9.8	55	90.2	61	100		
Diğer(kardeş,yeğen,turun)	3	7.1	39	92.9	42	100		
TOPLAM	44	13.3	287	86.7	331	100		

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre istismara uğrama durumları Tablo 11’de yer almaktadır. Yaşlı kadınların %17,0’ı istismar ile karşılaşırken erkeklerin % 8,4’ünün istismar ile karşılaştığı saptanmıştır. Cinsiyete göre istismar ile karşılaşma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Yetmiş-yetmişdört yaş grubunda istismar ile karşılaşan yaşlı birey %13,8, 75 yaş ve üzeri istismar ile karşılaşan yaşlı birey % 13,6 iken 65–69 yaş grubunda %12,6'dır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Yaşlıların eğitim durumuna göre istismar ile karşılaşma durumlarında ilkokul ve altında eğitim seviyesinde olan bireylerin %16,5'inin, ortaokul ve üzerinde eğitim seviyesinde olanların ise %8,0'ının istismar ile karşılaştığı belirlenmiştir. Eğitime göre istismar ile karşılaşma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 11).

Ailelerinin geliri giderden az olan yaşlı bireylerin %15,8'i, geliri gidere eşit veya fazla olanların %11,0'ının istismar ile karşılaştığı ve arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin %28,2'sinin, çocukları ile yaşayanların %9,8'inin, eşi ile yaşayanların %9,6'sının, diğer kişilerle yaşayanların %7,1'inin istismar ile karşılaştığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ki kare ileri analizde bu farkın eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 12. Yaşlı Bireylerin Hastalık Durumu, Aile İlişkisi ve Ev Mülkiyetine Göre İstismar Durumu

	İstismar Var		İstismar Yok		Toplam		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Kronik Hastalık								
Var	37	14.2	223	85.8	260	100	0.58*	0.44
Yok	7	9.9	64	90.1	71	100		
Aile İlişkileri								
İyi	24	8.5	260	91.5	284	100	37.78*	0.00
Orta ve ortanın altı	20	42.6	27	57.4	47	100		
Ev Mülkiyeti								
Kendisinin ve/veya eşinin	40	14.1	243	85.9	283	100		
Çocuklarının	2	7.4	25	92.6	27	100	1.24	0.53
Diğer (kira, yakınlarının)	2	9.5	19	90.5	21	100		
TOPLAM	44	13.3	287	86.7	331	100		

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Yaşlı bireylerin hastalık durumu ve aile ilişkisine göre istismar durumu Tablo 12’de görülmektedir. Araştırmaya katılan yaşlılarda en az bir kronik hastalığı olanlarının %14,2’si, kronik hastalığı bulunmayanların %9,9’u istismar ile karşılaşmaktadır. Kronik hastalık durumuna göre istismar ile karşılaşma açısından arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

İstismara uğrayan yaşlı bireylerin %8,5’i aile ilişkilerini “iyi”, %42,6’sı aile ilişkilerini “orta ve ortanın altında” olarak ifade etmektedir. Aile ilişkileri ile istismara uğrama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 12).

İstismara uğrayan yaşlı bireylerin %14,1’i kendisinin veya eşinin, %9,5’i diğerlerinin (kira, yakınları) evinde yaşamakta iken %7,4’ü çocuklarının evinde yaşamaktadır. Ev mülkiyeti ile istismar durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Yaşlı ve Ailesinin Özelliklerinin Lojistik Analizi

Özellikler	Tipleri	Toplam İstismar		
		OR	%95 Güven Aralığı (CI)	p
Cinsiyet	Kadın	3.36	1.342-8.411	0.010
	Erkek	1.00*		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	2.43	0.935-6.319	0.068
	Ortaokul ve üstü	1.00*		
Birlikte yaşadığı kişiler	Eşi ve Çocukları	3.94	1.692-9.175	0.010
	Çocukları (Oğlu ve/veya Kızı)	0.45	0.147-1.407	0.172
	Diğer(kardeş, yeğen, torun vb.)	0.40	0.099-1.646	0.206
	Eşi	1.00*		
Aile ilişkileri	Orta ve ortanın altı	8.72	3.951-19.25	0.000
	İyi	1.00*		

*Referans kategori

Yaşlı bireylerin ve aile özelliklerinin lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 13’de verilmiştir. Erkeklerle göre kadınlar 3,36 kat daha fazla istismara uğramaktadır. Cinsiyete göre istismara uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

İlkokul ve altında eğitim düzeyine sahip olanlar ortaokul ve üstü eğitim düzeyinde olanlara göre 2,43 kat daha fazla istismara uğramaktadır. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Eşi ve çocukları ile yaşayanlar 3,94 kat daha fazla istismar ile karşılaşmakta olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşlı bireylerin aile ilişkilerini “orta ve ortanın altında” olarak ifade edenler aile ilişkilerini “iyi” olarak ifade edenlere göre 8,72 kat daha fazla istismara uğramaktadır. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.05$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Fiziksel İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %4,2'sinde fiziksel istismar saptanmıştır (Tablo 10). Keskinoglu ve ark. (2004) çalışmasında fiziksel istismar % 1,5 iken Keskinoglu ve ark. (2007) çalışmasında ise %1,5-%2 olarak saptanmıştır. Artan (1996) araştırmasında fiziksel istismarı %25,7 olarak bildirmektedir. Lecovich (2005) fiziksel istismarı % 0,43, Oh ve ark. (2006) %1,9, Yan, Tang (2004) %2,5, Anne (2004) 3,8 olarak bulurken, NCEA 1996 araştırması 14,6 (55), NCEA 2004 araştırması %10,7 (57) olarak bildirmektedir. Bu çalışmada yaşlı bireylerin fiziksel istismara uğramaları Keskinoglu ve ark. (2004) ve Keskinoglu ve ark. (2007) çalışmasından daha yüksek olarak bulunmuştur. Keskinoglu ve ark. (2004) çalışmasında istismar sıklıklarının düşük bulunmasının nedenini bu bölgenin göç alması ve geleneksel toplum özelliğini taşımasından kaynaklanabileceği şeklinde açıklanmaktadır. Artan (1996) çalışması ise huzurevine başvuran yaşlılarda yapılması ve toplumu temsil etmemesi nedeni ile sonuçlar bu çalışmadan daha yüksek bulunmuş olabilir. Bu çalışmada fiziksel istismar sıklığının diğer çalışma sonuçlarına göre biraz daha yüksek çıkmasının nedeni istismara uğrayan yaşlı bireylerin ekonomik olarak durumlarının yetersizliği nedeni ile başkalarına bağımlı olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanı sıra bu çalışmada fiziksel istismar sıklığının yüksek olmasının diğer bir nedeni de yaşlıların birlikte yaşadığı bireylerin özelliğinden kaynaklanıyor olabilir. Ancak, bu özelliklerin yaşlı istismarında etkili olabileceğini belirten çalışmalar olmasına karşın bu çalışmada ele alınmamıştır.

5.2. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Psikolojik İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %9,4'ünde psikolojik istismar saptanmıştır (Tablo 10). Artan (1996) çalışmasında sözlü hakaret %60,30 olarak bulunmuştur. Comijs ve ark. (1998) sözel istismarı %3,2, Oh ve ark. (2006) psikolojik istismarı %4,2, sözel istismarı %3,6, Pavlik ve ark. (2001) %7,2, Anne (2004) %9, NCEA 2004 yılı çalışmasında psikolojik istismarı %14,8 (57), Yan, Tang (2004) sözel istismarı %26,8 olarak bildirmektedir. Lecovich

(2005) çalışmasında ise psikolojik istismar prevalansı % 0,42 olarak saptanmıştır. Lecovich (2005) araştırmasında psikolojik istismarın evli, kronik hastalığı olan, bilişsel yetersizliği olan ve fonksiyonel olarak daha bağımlı olan kişilerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bakım veren ve yaşlı arasındaki ilişkiden, yaşlıya bakanların yeterli sosyal destek sistemlerinin olmamasından dolayı psikolojik istismarın artabileceği bildirilmektedir (12, 84). Türk toplumunda yaşlının yeri oldukça önemlidir. Saygı duyulur, değer verilir. Ancak günümüz koşullarında aile yapılarında, kültürel örüntülerde giderek bir değer yitimi olmaktadır. Bu çalışmada psikolojik istismarın yüksek olması bunun yansıması sonucu olabilir. Bunun yanı sıra yaşlı bireylerde genellikle daha alıngan, kırılgan benmerkezci gibi özellikler görülebilmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin algıları da psikolojik istismarın varlığını belirlemiş olabilir.

5.3. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Ekonomik İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %2,1'inde ekonomik istismar saptanmıştır (Tablo 10). Keskinoglu ve ark. (2007) çalışmasında ekonomik istismar düşük sosyoekonomik düzeyde %2,5, yüksek sosyoekonomik düzeyde %0,3 olarak bildirilmektedir. Artan (1996) araştırmasında ise yaşlının parasını alma sıklığı %14,70 olarak saptanmıştır. Comijs ve ark. (1998) %1,4, Oh ve ark. (2006) %4,1, Anme (2004) %6,4, Pavlik ve ark. (2001) %10,1, NCEA 2004 araştırmasında %14,7 (57), Lachs ve ark. (1997) % 17 olarak ekonomik istismarı bildirmektedir. Lecovich (2005) çalışmasında ekonomik istismar %0,41 olarak belirlenmiştir. Evli olmanın ve aile problemlerinin olmasının ekonomik istismarı artırabildiği belirtilmektedir (9). Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük olan kesimde ekonomik istismar daha fazla olarak görülmektedir. Bu çalışmada ise geliri giderden az olanlarda istismar yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar Keskinoglu'nun (2007), Artan'nın (1996) ve yurtdışında yürütülen çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

5.4. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Cinsel İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %0,9'unda cinsel istismar belirlenmiştir (Tablo 10). Yapılan araştırmaların pek çoğu bu çalışmadan daha yüksek sonuçlar ortaya koymaktadır. Boldy ve ark. (2002) çalışmasında %4, Anme (2004) %1,3, NCEA

2004 araştırmasında %1 (57), Pavlik ve ark. (2001) cinsel istismar %0,2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada cinsel istismar sıklığının diğer çalışmalar göre daha düşük bulunmasının nedeni; yaşlı bireyler için konuşulması uygun görülmemiş bir durum olmuş olabilir. Bu çalışmada yaşlı bireyle ayrı odada yalnız olarak görüşülse de diğer aile üyelerinin evde bulunması konuşmasını engellemiş olabilir. Bunun yanı sıra Cinselliği konuşmak mahrem görülen ve kimse ile paylaşılmak istenmeyen bir konu da olabilir. Türk toplumunda cinsel istismarın görülme sıklığını belirleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu durum cinselliğin bir tabu olarak görülmesinin bir yansıması olarak kabul edilebilir. Yurt dışında yapılan çalışmaların bu çalışmanın sonuçlarına göre yüksek çıkmasının nedeni ise kültürel özelliklerden ve cinselliğe bakış açısından kaynaklanıyor olabilir.

5.5. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin İhmal ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %8,2'sinde ihmal belirlenmiştir (Tablo 10). Keskinoglu ve ark (2004) araştırmasında kesin ihmal %3,5 ve olası ihmal %28,9 olarak saptanmıştır. Keskinoglu ve ark (2007) çalışmasında ise sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede ihmal %27,4, sosyoekonomik düzeyi yüksek bölgede ihmal %11,2 olarak bildirilmektedir. Artan (1996) araştırmasında huzurevine başvuran yaşlıların % 38,94'ü çocuk ve akrabalar ile birlikte yaşasa da doktora gitme, alışveriş gibi konularda yardım alamadığını belirten yaşlılar %51,16 iken yardım aldığını belirten %15,92'dir. Oh ve ark. (2006) çalışmasında, Kore'deki yaşlı ihmalinin prevalansının düşük (%2,4) olduğu belirtilmektedir. Bu durumun nedeni konusundaki yaşlı kişilere karşı yapılan zarar verici eylemlerin toplumda tabu olarak görüldüğü şeklindeki geleneksel inanç açıklamasıdır. Lecovich (2005) çalışmasında ihmal %0,44 olarak ve yeni göçmenlerde daha fazla olduğu bildirilmiştir. NCEA 1996 araştırmasında ise ihmal %55 (55) iken NCEA 2004 araştırmasında %20,4 bulunmuştur (57). Anme (2004) ihmali %7,7, Pavlik ve ark. (2001) %14, Lachs ve ark. (1997) %64 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada diğer araştırma sonuçlarına göre ihmalin daha düşük olmasının nedeni yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğunun fonksiyonel olarak bağımsız, sosyal güvencelerini olması, (Tablo 9, Tablo 10) ve yalnız olmamalarından kaynaklanabilir.

5.6. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Genel İstismar Durumları

Bu araştırmada tüm istismar tiplerinden birini veya birkaçını aynı anda yaşayan yaşlılar %13,3 olarak saptanmıştır (Tablo 10). Keskinoglu (2007) araştırmasında %1,5- %27,4, Keskinoglu (2004) araştırmasında ise %1,5–3,5 istismar sıklığını bildirilmektedir. Lachs ve ark. (1997) topluma dayalı bir çalışmada %1,6, Comijs ve ark. (1998) çalışmada %5,6, Oh ve ark. (2006) araştırmasında %6,3, Pavlik ve ark. (2001) çalışmada %1,3, Cuppit (1997) çalışmada istismar ve ihmal prevalansı %5,5 olarak bildirilmektedir. Lecovich (2005) çalışmada yaşlı istismar prevalansı diğer çalışmalara göre daha düşük olarak %0,05 bulunmuştur. Literatürde istismar sonuçlarını daha yüksek bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Anme (2004) çalışmada istismar prevalansı %17,9 olarak saptanmıştır. Yan, Tang (2004) araştırmasında en az bir istismar davranışını yaşayan yaşlı bireyi %27,5 olarak bildirmektedir. Aynı çalışmada diğer çalışmalarda istismarın düşük çıkma nedenini veri toplama yöntemlerinin uygun olmaması şeklinde açıklamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim, aileler arası ilişkilerinin giderek bozulması ve sağlığını kötü algılanması gibi risk faktörleri yaşlı istismar ve ihmal prevalansını artırabilmektedir (15, 25). Türkiye İstatistik Kurumu araştırmasında aile ilişkilerinin kötüye gittiğine ilişkin görüş bildirenler %55,5 (51), bu çalışmada ise aile ilişkilerini “orta ve ortanın altında” olarak ifade edenler %14,2’dir. Türkiyede yaşlı istismarı bulguları geleneksel yaşlı değerinin bozulduğunu gösteren batı toplumlarına benzemektedir. Bu çalışmada yalnız yaşayan yaşlılar örnekleme alınmamıştır. Başkaları ile birlikte yaşıyor olmak istismarı artırmış olabilir yanı sıra kültürel farklılıklar ya da aile yapısındaki değişimler neden olmuş olabilir.

5.7. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Cinsiyete Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların %17,0’ının, erkeklerin % 8,4’ünün istismar ile karşılaştığı saptanmıştır (Tablo 11). Kadınlar erkeklere göre 3.36 kat daha fazla istismara uğramaktadır (Tablo 13). Bu çalışmada cinsiyete göre istismara uğrama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11, 13). Bu araştırmanın sonucuna benzer şekilde Türkiye’de Keskinoglu (2004) ve Keskinoglu (2007) çalışmada da kadınların daha fazla istismar edildiği saptanmıştır. Dünya’da kadınların

daha fazla istismara uğradığını gösteren (14, 22, 57) çalışmalar yanı sıra cinsiyet ve istismar arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da (12, 15, 19) görülmektedir. Oh ve ark. (2006) çalışmasında ise erkeklerin daha fazla istismara uğradığı saptanmıştır. Bu çalışmada yaşlı kadınlarda istismarın daha fazla görülmesinin nedeni; sorunlarını daha kolay paylaşabilmesinden dolayı istismar durumlarını daha rahat aktarabilmesinden, istismara boyun eğici olmasından, kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olması ve ekonomik olarak bağımlı olmalarından kaynaklanmış olabilir.

5.8. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Yaşa Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan 70-74 yaş grubunda istismara uğrayan yaşlı birey %13,8 iken 75 yaş ve üzeri grupta %13,6 ve 65-69 yaş grubunda %12,6 olarak saptanmıştır. Yaşlı bireylerin yaşa göre istismar ile karşılaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 11). Literatürde yaşlı istismar ve ihmalinin yaşın ilerlemesiyle arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (9, 17, 19, 22, 82). Yaşlı istismar ve ihmalinin oluşumunda ileri yaşın etkili olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra (8, 15, 16, 17, 22, 82) yaşın istismar ve ihmal oluşumunda etkili olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (12, 19). Bu çalışmada yaşın etkili bulunmamasının nedeni; araştırmaya katılan yaşlıların ileri yaşına rağmen fonksiyonel olarak bağımsız olması, bilişsel bir sorununun olmaması ve büyük bir çoğunluğunun sağlık güvencesinin olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.9. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları

İlkokul ve altında eğitim seviyesinde olan yaşlıların %16,5'inin, ortaokul ve üzerinde eğitim seviyesinde olanların ise %8,0'ının istismar ile karşılaştığı belirlenmiştir (Tablo 11). İlkokul ve altında eğitim seviyesinde olan yaşlılar 2.43 kat daha fazla istismar ile karşılaşmaktadır (Tablo 13). Bu çalışmada eğitime göre istismar ile karşılaşma arasındaki ki kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken (Tablo 11), lojistik regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 13). Literatürde yaşlı istismarının eğitim seviyesi düşük olanlarda daha fazla görüldüğü ile ilgili çalışmaların (15, 17, 25) yanı sıra eğitimin önemli olmadığını bildiren

araştırmalar (19) da bulunmaktadır. Bu çalışmada istismara uğramada eğitim seviyesi lojistik regresyonda anlamlı olarak bulunmasa da dūřuk eğitim seviyesinde istismarın fazla olduğu görülmektedir. Dūřuk eğitim seviyesinde istismarın daha fazla görülmesinin nedeni; eğitim bireylerin sağlık davranışlarında, hak arama davranışlarında kendilerini ifade edebilme özelliklerinde etkili olabilmektedir. Bu çalışmada eğitim düzeyi dūřuk olan yaşlılarda daha fazla istismar görülmesinde bu özellikler belirleyici olabilir. Bunun yanı sıra bu bireylerin ekonomik olarak bağımlı olması istismar davranışlarının yüksek olmasında belirleyici olmuş olabilir.

5.10. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Ailelerinin Gelir Düzeyine Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin geliri giderden az olanların %15,8'inin, geliri gidere eřit veya fazla olanların %11,0'ının istismar ile karşılaştığı ve arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 11). Literatürde yaşlı istismar ve ihmalinin gelir düzeyinin dūřmesi ile arttığını (17, 25), gelir düzeyinin artmasının istismarı arttırdığını (15) ve gelir düzeyinin etkili olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (12, 19). Bu çalışmada gelir durumunun etkili bulunmamasının nedeni yaşlıların büyük bir çoğunluğunun kendi evlerinin ve sosyal güvencelerinin olması etkilemiş olabilir.

5.11. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları

Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan yaşlı bireyler daha fazla istismara uğramaktadır (Tablo 11). Diğerleri ile yaşayanlara göre eşi ve çocukları ile yaşayanlar 3,94 kat daha fazla istismar ile karşılaşmaktadır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 13). Kısacık (2005) alışmasında araştırmaya katılan yaşlıların %83,5'u birinci derecede yakınları ile birlikte kalmaktadır. Bu grup içerisinde en yüksek oran eşi ile birlikte kalan yaşlılar (%34,5) oluşturmaktadır. Bunu sırayla eşi ve çocukları ile (%26,6) ve sadece çocukları ile kalanlar (%22,4) izlemektedir. Artan (1996) araştırmasında yaşlıların en çok gelini, oğlu ve kızı tarafından istismar edildiği saptanmıştır. Keskingl (2004) ve Keskingl (2007) alışmasında ise yaşlıların oğlu ve eşi tarafından fiziksel olarak istismar edildiği bildirilmektedir. NCEA 2004 çalışmasında, %32,6'sı çocukları, %21,5'i

diğer aile üyeleri, %11,3'ü eşleri tarafından istismar edildiğini bildirirken (57), Yan, Tang (2004) araştırmasında yaşlı bireylerin %88'i çocukları, %25 i eşleri, %9 torunları tarafından istismara uğradığı bildirilmektedir. Boldy ve ark. (2005) araştırmasında yaşlıların %22'si kızları tarafından istismar edilirken %21'i oğulları tarafından istismar edilmiştir. Gelişmiş ekonomisi olan ülkelerde deneysel ve klinik çalışmalar yaşanan yerin paylaşılmasının yaşlı istismar konusunda temel bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (4, 17). Çalışmalar bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin daha fazla istismara uğramasının nedeni; aile ilişkilerinde bozulma, birlikte yaşamada iletişim kurma ve problem çözmede becerilerinde yetersizlikler olmuş olabilir. Bu çalışmada aile bireyleri ve yaşlılar arasında ilişkiler ayrıntılı olarak değerlendirilmemiştir.

5.12. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Varlığına Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan yaşlılarda en az bir kronik hastalığı olanlarının %14,2'si, kronik hastalığı bulunmayanların %9,9'u istismar ile karşılaşmaktadır. İstismar ile karşılaşma açısından kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 12). Keskinoglu ve ark. (2004), Keskinoglu ve ark. (2007) çalışmasında kronik hastalık varlığı ile ihmal arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Wang (2006) kronik hastalığı olanların daha fazla psikolojik istismara maruz kaldığını bildirirken, Lachs ve ark. (1997) çalışmasında ikiden daha fazla kronik hastalığa sahip olanlar arasında istismara uğrama açısından fark bulunmamıştır. Cuppit (1997) çalışmasında en az iki sağlık problemi olanlarda istismarın en az iki tipinin görüldüğü saptanmıştır. Buchwald ve ark. (2000) çalışmasında sağlık problemi sayısı arttıkça yaşlının fiziksel istismara uğramasının arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmada istismara uğrama ile kronik hastalık durumunun anlamlı bulunmamasının nedeni; kronik hastalığın yaşlıda fonksiyonel olarak yetersizliğe ya da bağımlılığa yol açmamış olmasından kaynaklanabilir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin % 98,5'i günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızdır (Tablo 9).

5.13. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Aile İlişkilerine Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan ve istismara uğrayan yaşlı bireylerin %8,5'i aile ilişkilerini "iyi", %42,6'sı aile ilişkilerini "orta ve ortanın altında" olarak ifade etmektedir (Tablo 12). Yaşlı bireylerin aile ilişkileri "orta ve ortanın altında" olarak ifade edenler, aile ilişkileri "iyi" olarak ifade edenlere göre 8.72 kat daha fazla istismara uğramaktadır (Tablo 13). Aile ilişkilerine göre istismar ile karşılaşma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo12,13). Kısacık (2005) çalışmasında araştırmaya katılan yaşlıların %75,1 ilişki düzeyini "İyi", %17,5'i "Ne iyi ne kötü" ve %3,6'sı ise ilişkilerini "Kötü" şeklinde tanımlamıştır. Oh ve ark. (2006) çalışmalarında algılanan aile ilişkisi kötüleştikçe istismar artmaktadır. Bu çalışmada aile ilişkisi kötüleştikçe istismarın artması beklenen bir durumdur. Olumlu aile ortamında sorunlar paylaşılır, bireyler birbirlerine destek olur, karşılıklı sevgi ve saygı vardır. Bu özellikler bozulduğunda birey için olumsuz olabilmektedir. Bu araştırmada aile ortamında ilişkilerin bozulması bireyi geliştirici ve destekleyici özelliklerin zarar verici boyuta dönüşmesine neden olmuş ve istismar davranışlarını artırmış olabilir.

5.14. Araştırmaya Katılan Yaşlı Bireylerin Ev Mülkiyetine Göre İstismar ile Karşılaşma Durumları

Araştırmaya katılan ve istismara uğrayan yaşlı bireylerin ev mülkiyeti ile istismar durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 12). Keskinöğlü (2007) çalışmasında ihmal oluşumunda ev mülkiyetinin etkili olmadığı saptanmıştır. Lecovich (2005) çalışmasında ev sahibi olmamanın istismar ile karşılaşmada önemli bir belirleyici olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada ev mülkiyetinin istismar oluşumunda anlamlı bulunmamasının nedeni yaşlı bireylerin çoğunluğunun (%85,5) evlerinin kendisine veya eşine ait olmasından kaynaklanabilir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Esentepe sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireylerin istismar durumları ile etkili olan etmenlerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Ü Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %9,4'ü psikolojik istismar, %8,2'si ihmal, %4,2'si fiziksel istismar, %2,1'i ekonomik istismar, %0,9'u ise cinsel istismar ile karşılaşmıştır.
- Ü Yaşlı bireylerin %13'ü tüm istismar tiplerinden birini ya da birkaçını aynı anda yaşamıştır.
- Ü Yaşlı bireyin kadın olması istismara uğramasını artırmaktadır.
- Ü Yaşlı bireyin eğitim düzeyinin düşük olması istismara uğramasını artırmaktadır.
- Ü Yaşlı bireyin eşi ve çocukları ile beraber yaşıyor olması istismara uğramasını artırmaktadır.
- Ü Yaşlı bireyin aile ilişkilerini “orta ve ortanın altında” olarak algılanması istismara uğramasını artırmaktadır.
- Ü Bu çalışmada ileri yaş, kronik hastalık varlığı, ailenin gelir düzeyi ve ev mülkiyeti istismara uğramada etkili faktörler olarak bulunmamıştır.
- Ü Kadın olma 3,36 kat ($p<0.05$), düşük eğitim düzeyinde olma 2,43 kat ($p>0.05$), eşi ve çocukları ile birlikte yaşama 3,94 kat ($p<0.05$), aile ilişkilerini “orta ve altında” olarak algılama 8,72 kat ($p<0.05$) istismarı artırmaktadır.

6.2. Öneriler

Bu araştırmada kadınlarda, eğitim düzeyi dūřük, aile ilişkilerini “orta ve ortanın altında” olarak belirten ve eři-çocukları ile birlikte yaşayan yaşlılarda istismarın daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Bu nedenle hemşireler bu risk gruplarının farkında olmalı ve bu grupları istismar ve ihmal bakımından izlemelidirler. Yapılan izlemlerde yaşlıları istismar ve ihmali önlemeye yönelik bilinçlendirmelidirler.

Hemşireler istismar kadınlarda daha fazla görüldüğü için cinsiyet eşitliğinin yaygın hale getirilmesine yönelik toplum bilinçlendirilmesi çalışmalarına katılmalı, kadınlara eğitim seviyesini ve ekonomik bağımsızlığını artırmaya yönelik çalışmalar planlamalı ve gerekli kurumlarla işbirliği yapmalıdır.

Hemşire istismar ve ihmale uğrayan yaşlı bireylerin nereden yardım alabileceği hakkında danışmanlık yapmalı, gerekli durumlarda kurumlara yerleştirilmesi konusunda sektörler arası işbirliğinde bulunmalıdır.

Halk sağlığı hemşiresi ve diğer sağlık çalışanları yaşlı istismar ve ihmalin önlenmesi için istismarın nedenlerinin, sonuçlarının ve önlenmesinin araştırılmasına katkıda bulunmalıdır. Örneğin sağlık ocaklarında istismar ile ilgili düzenli kayıt ve izlem sistemleri oluşturulabilir.

Hemşireler farklı özellik gösteren yaşlıların gereksinimlerine yönelik ülke koşullarına uygun evde yaşlı bakım ve izlem modellerinin geliştirilmesine yönelik projelerde yer almalıdır.

Hemşirelik eğitiminin müfredatına yaşlı istismarı konusu entegre edilmelidir. Ayrıca mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarında da yaşlı istismarı konusuna yer verilmelidir.

6.3. Araştırmacılara Öneriler

Tanımlayıcı olan bu çalışmanın sonuçları yalnızca yaşlı bireylerin ifadelerine dayanmaktadır. Araştırmada yer alan yaşlı insanlarla evlerinde ayrı bir odada yüz yüze görüşme ile elde edilen veriler kullanılmıştır. Görüşmeler esnasında ev halkının diğer üyeleri evde olduğu zaman, yaşlı kişiler bir şekilde yaşlı istismarından bahsetmede tamamen özgür olmamış olabilir. Literatürde yaşlı istismar ve ihmali konusunda etkili olan faktörler arasında gösterilen istismarı yapan kişinin özellikleri ya da durumla ilgili stres bu araştırma kapsamına alınmamıştır. İstismarcının özellikleri gözardı edilmiştir. Yapılacak araştırmalarda çalışma bu yönlerden göz önüne alınabilir. İleriye yönelik uzunlamasına çalışmalar ve kalitatif çalışma yöntemleri kullanılarak (örn.odak grup görüşmeleri) ayrıntılı veriler elde edilebilir.

KAYNAKÇA

1. Hogstel MO, Curry LC. Elder abuse. Journal of Gerontological Nursing. 1999; 25(7),10-18
2. Koştu N. Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. Özveri Dergisi. 2005; 4 <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ou3/ou3makaleler.htm>: Erişim:06.10.2006
3. Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi. 2002; 5 (2),43–49
4. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds) World report on violence and health. World Health Organization. 2002, Geneva
5. Neno R, Neno M. Identifying abuse in older people. Nursing Standard. 2005; 20 (3), 43–47
6. O' Connor K, Rowe J. Elder abuse. Reviews in Clinical Gerontology. 2005; 1–8
7. Boldy D, Webb M, Horner B, Davey M, Kingsley B. Elder abuse in Western Australia. Centre for Research into Aged Care Services.2002
8. Keskinöglü P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R.Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. Türk Geriatri Dergisi. 2004; 7(2), 57–61
9. Lecovich E. Elder abuse and neglect in Israel: A comparison between the general elderly population and elderly new immigrants. Family Relations. 2005; 54(3),436–447
10. Matheson S, Mattern G, Twomey EM, Governor's Commission on domestic and sexual violence: elder abuse: domestic violence protocol. State of New Hampshire.1999
11. Woolf LM. Elder abuse and neglect. 1998.
Available at: <http://www.webster.edu/~woolfm/abuse.html> accessed: 20.8.2006
12. Yan EC, Tang CS. Elder Abuse by caregivers: A study of prevalence and risk faktors in Honkong Chinese Families. Journal of Family Violonce. 2004; 19(5), 269–277
13. National Center on Oder Abuse. The national elder abuse incidence study. 1998
Available at: http://apa.gov/eldefam/elder_Rights/Elder_Abuse/AbuseReport_full.pdf.
accessed 18.09.2006

14. Comijs HC, Pot AM, Smith JH, Bouter LM, Jonker C. J. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of The American Geriatrics Society*. 1998; 46(7),885-888
15. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies* . 2006; 43, 203–214
16. Anme T. A study of elder abuse and risk faktors in japanese families: focused on the social affiliation model. *Geriatric and Gerontology International*. 2004; 4,262–263
17. Lachs MS, William C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*. 1997; 37(4),469–474
18. Goodrich CS. Result of National survey of state protective services programs: Assessing risk and defining victim outcomes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*; 1997; 9(1),69–85
19. Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practice. *Journal of American Geriatrics Society*. 2003; 51(1), 24–31
20. Buchwald D, Tomita S, Hartman S. Furman R. Dudden M, Manson SM. Physical abuse of urban Native American. *Journal of General Internal Medicine*. 2000; 15, 562–564
21. Nagpaul K. Elder abuse among Asian Indians: Traditional versus modern perspectives. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1997; 9(2), 77-92
22. Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Dyer CB. Quantifying the Problem of abuse and neglect in adults-analysis of statewide database. *Journal of American Geriatrics Society*. 2001;49(1),45-48
23. Boldy D, Horner B, Crouchley K, Davey M. Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing*. 2005; 24(1), 3-8
24. Levine JM. Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians. *Geriatrics*. 2003; 58 (10), 37-44

25. Keskinoglu P, Pıçakcıefe M, Bilgic N ve ark. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. *International Psychogeriatrics*. 2007; 16, 1-13
26. Artan T. Aile içi fiziksel yaşlı istismarı. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1996
27. Tıktık A. Türkiye’de yaşlıların durumu ve ulusal eylem planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007.
<http://www.sp.gov.tr/documents/TurkiyedeYaslilarinDurumuveYaslanmaEylemPlani.pdf> erişim:11.10.2007
28. Bilgili N. Yaşlı istismarı ve ihmali. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999; 6 (1-2), 67-77
29. Kuzeyli Yıldırım Y. Yaşlı istismarı ve önlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 21 (1), 167-174
30. Baker MW, Heitkemper MM. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*. 2005; 53(5),253-259
31. Karaca A. Düzce il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bakım gereksinimlerinin saptanması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2003
32. Büyükoçşkun A. Yaşlı Bireylerin sorunları ve bakım gereksinimlerinin saptanması. Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1990. Ankara.
33. Koçar H. Yaşlı dünyada, yaşlılık ve geriatik tıp. I. Ulusal Geriatri Kongresi. 30 Ekim-3 Kasım 2002; 3-6, Antalya.
34. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık olgusu: Sivas huzurevi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005; 29(1), 23-63
35. WHO: Man ageing and health achieving health across the life span. 2001. Geneva
36. Büken N. Büken E. Yaşlanma olgusu ve tıp etiği. *Geriatri*.2003; 6(2), 75-79
37. Daştan A. Sağlıklı yaşlanmak. TC Sağlık Bakanlığı Yayın Organı. SB Diyalog. 2005;11
38. TNSA 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2.pdf> erişim 18.9.2006

39. Bilir N. Türkiye’de ve dünyada yaşlılarda demografik özellikler. (Ed. Arıoğul S). Geriatri ve Gerontoloji. 2006; 3-9
40. Onat Ü. Gerontoloji, geriatri ve sosyal hizmet. I. Ulusal Geriatri Kongresi. 30 Ekim- 3 Kasım 2002; 50-52, Antalya
41. Onat Ü, Çevik BB. Türkiye’de yaşlılara yönelik hizmet veren kuruluşlar ve özellikleri. (Ed. Arıoğul S). Geriatri ve Gerontoloji. 2006; 61-67
42. Onat Ü, Çevik BB. Yaşlının sosyal hizmet uzmanı tarafından değerlendirilmesi. (Ed. Arıoğul S). Geriatri ve Gerontoloji. 2006; 197-203
43. Cangöz B, Uluç S. Yaşlının psikolog tarafından değerlendirilmesi. (Ed. Arıoğul S). Geriatri ve Gerontoloji. 2006; 221-229
44. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi I. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5(1),33-39
45. Büyükoçşkun A. Yaşlılık ve hemşirelik yaklaşımları. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, (Ed: Erefe İ). 1998. Birlik Ofset. İstanbul
46. Keskinöğlu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, Uçku R. İzmir Çamdibi-1 Nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. 2003; Geriatri 6 (1),27-30
47. Akdemir N, Özdemir L. Evde bakım sistemleri ve ülkemizde yaşlı sağlığı hizmetleri. (Ed. Arıoğul S). Geriatri ve Gerontoloji. 2006;25-35
48. Koç M. Gelisim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim. Sosyal bilimler Enstitüsü Dergisi. 2002; 12, 287-304
49. Kısacık, A. Sivas il merkezinde ikamet eden 60 yaş ve üzeri yaşlıların demografik, ekonomik, sosyal, sağlık ve duygusal durumları. 2005.
<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/yasliarastirmasi>. Erişim:18.9.2007
50. Öz F. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz dergisi. 2002 ;10(2), 17-28
51. TİK. Aile Araştırması. 2006.<http://www.tuik.gov.tr>. erişim: 15.8.2007
52. Dönümcü Ş. Yaşlı ve sosyal hizmetler. Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2006; 52(Özel Ek A), A42-46
53. Boyacıoğlu H. Geriatrik Bakım Merkezleri ve TC. Emekli Sandığı örneği. I. Ulusal Geriatri Kongresi. 30 Ekim-3 Kasım 2002; 132-135, Antalya.

54. Durmaz P. Yaşlılara verilen hemşirelik hizmetinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2001. İzmir
55. National Center On Elder Abuse, 2005 Available at:http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/pdf/basics/fact1.pdf accessed: 19.9.2006
56. Belediye Kanunu 2004. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5215.html> erişim:18.10.2007
57. National Center On Elder Abuse, 2006 Abuse of Adults Aged 60+ 2004 Survey of Adult Protective Services Available at: <http://www.nasua.org/pdf/2-14-06%2060FACT%20SHEET.pdf> accessed: 19.9.2006
58. Walsh CA, Ploeg J, Lohfeld L, Horne J, MacMillan HL, Lai D. Violence across the lifespan: Interconnections among forms of abuse as described by marginalized Canadian elders and their caregivers. *British Journal of Social Work*.2007; 37, 491–514
59. Erlingsson CL, Saveman B, Berg AC. Perceptions of elder abuse in Sweden: Voices of older persons. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2005; 5(2),213-227
60. Neno R, Neno M. Identifying abuse in older people. *Nursing Standard*. 2005; 20 (3), 43-47
61. Irish Nurses Organisation.Guidelines for Nurses in the Understanding and Prevention of Elder Abuse. Dublin: INO. 2004. Available at:[http://www.ino.ie/Desktop Modules/articles/Documents/Prevention %20of%20Elder%20Abuse.pdf](http://www.ino.ie/Desktop Modules/articles/Documents/Prevention%20of%20Elder%20Abuse.pdf). accessed 15.07.2007
62. Windham DA. The millennial challenge: Elder abuse. *Journal of Emergency Nursing*. 2000;26,444-7.
63. Callaghan J. Elder abuse • n done community's response. *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services*. 1998; 11(2), VI–XI
64. <http://www.counselandcare.org.uk> Older people at risk of abuse: information from counsel and care: 20.2006. accessed 19.9.2006

65. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R et all. Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder abuse and neglect. American Medical Association.2003. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/elderabuse.pdf> accessed 15.10.2007
66. Lachs MS, Pillemer K, Elder abuse. The Lancet. 2004; 364(9441),1263–1272
67. Boyd MA, Nihart MA. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia. 1998.
68. Sayan A, Durat G. Yaşlı istismarı ve ihmali: önleyici girişimler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;7 (3), 97-106
69. Smith CM, Maurer FA. Community Healt Nursing: Theory and Practice. 2 nd Edition. W.B. Saunders Company. 2000
70. Stanhope M, Lancaster J (Edt) Community Health Nursing . Champbell J, Candenburger K. Violence and human abuse. Fourth Edition. Mosby Year Book Inc. 1996;743-750
71. Tel H. Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2002; 6 (2), 1-9
72. Türk Ceza Kanunu. 2004. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>. erişim:11.10.2007
73. Allen MC, Mitchell KM. The many colors of elder abuse. Northeast Florida Medicine.2005;34-38
74. Bass, DM, Anetzberger, GJ, Ejaz, FK, Nagpaul, K. Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. Journal of Elder Abuse and Neglect, 2001; 13(2), 23-38.
75. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of İndependence in Activitiesof Daily Living. Journal of Gerontological Nursing. 1999;25(3),8-9.
76. Tel H, Şahbaz M. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2006; 9 (2), 85-93
77. Rakel RE, Testbook of Family Practice. 5.th Edition.WB. Saunders Company. 1995

78. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13 (4), 273-281
79. Ertan T, Eker E, Güngen C ve ark. The Standardized Mini Mental State Examination for illiterate Turkish elderly population. 2th International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders, August 28-30 1999, Bursa, Turkey.
80. Molloy DW, Standish TIM. Mental status and neuropsychological assessment a guide to the Standardized Mini-Mental State Examination. *International Psychogeriatrics*.1997; 9 (1),87-94
81. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2001; 12(4): 251-259
82. Cupitt M. Identifying and addressing the issues of elder abuse: A rural perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1997; 8(4),21-30
83. Adak N. Gayri Resmi Bakıcılar: Kadınlar. Aile ve Toplum. Başbakanlık; Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayını. 2003; 2(6)
84. J Wang. Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006; 42(3),307-318
85. Gorgen T, Nagele B. Domestic elder abuse and neglect –conclusions from the evaluation of model project. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2005; 38(1), 4-9
86. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O. ve ark. Aile içi şiddet. <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/6.html>. erişim: 28.3.2007
87. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Özdemir Yayıncılık, Ankara.1994; 264-265
88. Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri, SPSS uygulamaları, Emek ofset, III. Baskı, Ankara. 2005

EK 1

Anket no:.....

Mahalle:.....

Hane no:.....

Tarih:.....

A-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Doğum tarihi:.....

Yaşı:.....

2. Cinsiyeti:

a) Kadın b)Erkek

3. Medeni durumu:

a)Evli b)Bekar

4. Eğitim Düzeyi:

a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise f)Yüksekokul

5. Sosyal Güvencesi:

a)Yok b)Emekli Sandığı c)SSK d)Bağ-kur e)Yeşil Kart f)Yaşlılık aylığı

6. Yaşının Gelir durumu:

a)Bağımsız b) Bağımsız- çocuklarını destekliyor
c)Kısmen çocukları destekliyor d)Tamamen bağımlı

7. Çocuk durumu:

a)Var b)Yok

8. Var ise sayısı?.....

9. Aile Tipi:

a)Çekirdek b)Geniş

10. Şu an birlikte yaşanan bireyler:

a)Eşi b)Kızı c)Oğlu d) Eşi ve çocukları e)Diğer.....

11. Şuan yaşadığımız evin mülkiyeti:

a) Kendisinin b) Çocuklarının c)Eşinin d) Kira e)Diğer.....

12. Ailenin gelir durumu:

a)Gelir giderden fazla b)Gelir gidere eşit c)Gelir giderden az

13. Aile ilişkilerini nasıl değerlendirdi:

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e)Çok kötü

14. Sürekli bir hastalığımız varlığı: a)Var b)Yok

15.

Hastalığın adı	Var	Yok
Şeker hastalığı		
Hipertansiyon		
Kalp ve damar hastalığı		
Diğer		

EK 2

B- İSTİSMAR DEĞERLENDİRME SORULARI

2. Çevrenizdeki bireyler tarafından hiç ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz?
 - Gereksiniminiz olduğu zaman bakımınızın aksatıldığını veya karşılanmadığını düşünüyor musunuz?
 - Hangi gereksinimleriniz aksatılıyor veya karşılanmıyor? Örnek verebilir misiniz?
2. Sizi incitecek, kıracak sözlerle karşılaştığınız oluyor mu?
 - Sizi incitecek, kıracak davranışlarla karşılaştığınız oluyor mu?
 - Bu sözlere-davranışlara örnek verebilir misiniz?
3. İsteğiniz ve izniniz dışında gelirinizden yarar sağlamaya çalışanlar oluyor mu?
 - İsteğiniz ve izniniz dışında mal ve mülkünüzden yarar sağlamaya çalışanlar oluyor mu?
 - Nasıl yarar sağlamaya çalışıyorlar? Bu konuda örnekler verebilir misiniz?
4. Size yakın olan kişiler tarafından vücudunuzu acıtacak tarzda davrananlar oluyor mu?
 - Bu davranışlara örnek verebilir misiniz?
5. Cinsel açıdan istemediğiniz bir davranışa maruz kaldığınız oluyor mu?

EK 3**C-GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ GÖRÜŞME FORMU**

	<u>Puan</u>
1- BANYO	
a-Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme	(3)
b-Hiç yardıma ihtiyacı yok	(3)
c-Sadece vücudun bir kısmını temizlemede yardım gerekli	(2)
d-Vücutun birden fazla kısmını yıkamada yardım gerekli	(2)
e-Hiç banyo yapamıyorum	(1)
2- GIYİNME	
a-Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak	(3)
b-Kıyafetini alıp yardımsız giyinebiliyor	(3)
c-Kıyafetini alıp giyinebiliyor,ayakkabı bağlamaya yardım gerekli	(2)
d-Kıyafetlerini alıp giyinmede yardım,veya kısmen tamamen giyinmemiş kalıyor	(1)
3- TUVALET	
a-Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve eşyalarını hazırlayabiliyor	(3)
b-Destek için baston,sandalye kullanıyor	(3)
c-Tuvalete gitmede, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor	(2)
d-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor	(1)
4-HAREKET	
a-Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor	(3)
b-Destek için baston, yürüme aracı kullanabilir	(3)
c-Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor	(2)
d-Yataktan çıkamıyor	(1)
5-KONTİNANS	
a-İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor	(3)
b-Ara sıra kaçırma oluyor	(2)
c-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor	(1)
6-BESLENME	
a-Yardımsız kendisi beslenebiliyor	(3)
b-Kendisi beslenebiliyor etleri kesme ve ekmek yağlamada yardım alıyor	(2)
c-Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor	(1)

.....toplam puan

EK 4

D- EĞİTİMLİLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Meslek:

Eğitim (yıl):

Aktif El:

Toplam Puan:.....

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaçını..... ()
Hangi gündeyiz ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

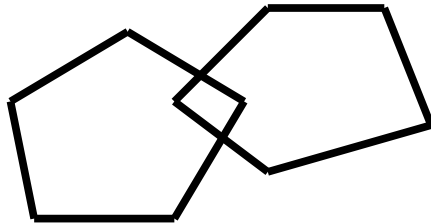
HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)..... ()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



EK 5

E-EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Aktif El:

Toplam Puan:.....

Oryantasyon-10 puan- Her madde için 1 puan

- 1-Hangi yıl içindeyiz?.....()
- 2-Hangi mevsimdeyiz?..... ()
- 3-Hangi aydayız?..... ()
- 4-Hangi gündeyiz?..... ()
- 5-Şu an sabah mı, öğlen mi, akşam mı?..... ()
- 6- Hangi ülkede yaşıyoruz?..... ()
- 7-Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?..... ()
- 8- Şu an bulunduğunuz semt neresidir?..... ()
- 9-Şu an bulunduğunuz bina neresidir?..... ()
- 10-Şu an bu binada kaçınca kattasınız?..... ()

11- Kayıt hafızası-3 puan-20 saniye süre tanımır, her bir doğru için 1 puan.

Size birazdan söyleyeceğim 3 kelimeyi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayın: **Masa, bayrak, elbise**....()

12- Dikkat ve hesap yapma- 5 puan- Toplam 5 günü sırayla doğru sayması gerekir- Her gün için 1 puan

Haftanın günlerini geriye doğru doğru sayar mısınız? (Örneğin, pazardan önce cumartesi gelir, ondan önce ne gelir?).....()

13- Hatırlama-3 puan- Her doğru isim için 1 puan

Yukarıda tekrar ettiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin..... ()

Lisan- 9 puan

14. Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir?

(saat ve kalem gösterilecek 20 saniye süre tanımır, her doğru için 1 puan.....()

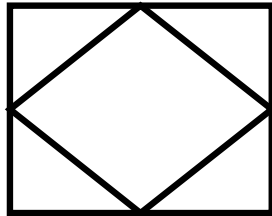
15. Şimdi söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. (10 sn. süre tanımır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir) “Eğer ve fakat istemiyorum”.....()

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın(30 saniye süre tanımır,her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam 3 puan) “Masada duran kağıdı sağ/sol elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”.....()

17. Şimdi yüzi me bakın ve yaptığının aynısını yapın. (Doğru işlem için 1 puan verilir) (Gözlerinizi kapatın).....()

18. Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30 sn. süre tanımır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir) ()

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 dak. süre tanımır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)........()



EK 6

F-EĞİTİMLİLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST UYGULAMA KLAVUZU BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçimde iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler,bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin kare figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

YÖNELİM

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir.

2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.

2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

DİKKAT ve HESAP

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

HATIRLAMA

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsizdir.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2)

2. Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır. (Toplam puan 1) .

3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elinin öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın

uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmelidir.

4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir. (Toplam puan 1)

5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır).

6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir. (Toplam 1 puan)

EK 7

G-EGİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST UYGULAMA KLAVUZU

BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınmazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözümler için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin kare figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.
6. "Pazartesi mi yoksa Salı mı" gibi kararsızlık içeren yanıt alındığında hastaya biri hakkında karar vermesi söylenir. Tekrar aynı tür yanıt alındığında puan verilmez.

ORYANTASYON BÖLÜMÜ

1. Hangi yılda olduğu sorulduğunda, yılbaşının bir iki gün sonrasında bulunuyorsa bir önceki yıl doğru olarak kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir. Son günlerde sıra dışı bir hava durumu var ise örneğin yazın yağmur yağıyor ise “yağmurlu mevsim” yanıtı kabul edilmez. “Lütfen yılın hangi mevsiminde olduğumuzu söyler misiniz?” sorusu tekrarlanır. Mevsim dönümlerinde “yaz sonbahar arası” gibi yanıtlar kabul edilir.

Ay sorulduğunda ayın son günü ise, yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. “Haftanın ikinci günü” gibi bir yanıt kabul edilmez. Hastadan günün isminin söylenmesi istenir. Günün bölümü sorulduğunda denek bulunulan gün dilimine uygun olarak “sabah öğle arası” ya da “öğlen akşam arası” gibi yanıtlar veriyorsa yanıt doğru olarak kabul edilir. “Saat 10” gibi bir yanıt alındığında “saati değil günün hangi kısmında olduğumuzu soruyorum, yani sabah mı, öğlen mi, akşam mı” sorusu tekrarlanır. Tekrar “saat 10” gibi bir yanıt alınırsa puan verilmez.

2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur. Kırsal alanda bulunuluyor ise bu sıra “ülke, şehir, köy, bina, kat” şeklinde sorulur. Bina için ev yanıtı alınırsa “kimin evi” sorusu sorulur.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi(masa, bayrak, elbise) tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.

2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır. Deneğe bu kelimeleri akılda tutması, kendisine bir süre sonra tekrar sorulacağı uyarısında bulunulur.

DİKKAT ve HESAP

Hastadan haftanın günlerini geriye doğru sayması istenir. Burada yardımcı olmak amacı ile “Örneğin Pazardan önce Cumartesi gelir. Ondan önce ne gelir? Sırası ile devam edin” denir. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru gün söylenerek devam edilmesi istenir. Örneği hasta “Cuma” ile başlamalıdır. Perşembeden başlar ise düzeltilir ve 1 puan düşülür. Denek toplam 5 gün sayıncaya kadar beklenir.

HATIRLAMA

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2)
2. Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır. (Toplam puan 1) .
3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" denir. 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmeli-dir.(Toplam 3 puan)
4. Hastaya "Şimdi dikkatlice yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını ben bitirdikten sonra yapın" cümlesi söylenir ve ardından uygulayıcı gözlerini yumar ve tekrar açar. (Toplam 1 puan)
5. Hastaya "Evinizle ilgili bir şey söyleyin" cümlesi söylenir. Hasta "ne söyleyeyim" derse "Önemli değil aklınıza gelen bir şey söyleyin" denir. 30 sn süre tanınır. Bir cümle yeterlidir. Hastanın devam etmesi halinde teşekkür edilerek sözü kesilir. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir.(Özne, yüklem, nesne bulunmalıdır)(Toplam 1 puan)
6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen bir kare içine başka bir kareyi kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Karelerin kenar sayılarının tam olmasına ve birbiri ile temas etmesine dikkat edilir. Hasta önce beceremem derse "Önemli değil güzel olması gerekmiyor, yapabildiğiniz kadar yapın" denir. İkinci kez reddettiğinde soru geçilir.(Toplam 1 puan)

EK 8



**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**



Sayı : B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/ 558
Konu: Etik Kurul Kararı

5.6.2007

Sayın, Yard.Doç.Dr.Ayşe BEŞER

Etik Kurulumuzun 1 Haziran 2007 tarih ve 27/2/07 sayılı toplantısında, 600 kayıt numaralı evrak ile görüşülen yüksek lisans öğrencisi Aygül KISSAL'ın "İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlıların İstismar ve İhmal ile Karşılaşma Durumları ve Etkili Olan Etmenlerin İncelenmesi" konulu tez önerisi ile ilgili etik kurul kararı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Müdür

Ek : 1

DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı - İZMİR (35340) 278 46 19 Faks: (0.232) 278 46 06
<http://www.deu.edu.tr>

EK 8

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI	
Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/546	Tarih: 01/06/2007
<p><u>Etik Kurul Üyeleri</u> Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan) Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan Yrd.) Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye) Doç.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)</p> <p><u>Etik Kurul Sekreteri</u> Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK</p>	<p>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE</p> <p>Etik Kurulumuzun 1 Haziran 2007 tarih ve 27/2/07 sayılı toplantısında, 600 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Ayşe BEŞER'in danışmanlığını yürüttüğü yüksek lisans öğrencisi Aygül KISSAL'ın "İzmir'de Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlıların İstismar ve İhmal ile Karşılaşma Durumları ve Etkili Olan Etmenlerin İncelenmesi" konulu tez önerisinin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur. Oy birliği ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p></p> <p>Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN Etik Kurul Başkanı</p>

EK 9

**T.C
İZMİR İLİ
KONAK İLÇESİ
SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI**

SAYI : B104ISM4356535 / 8500
KONU : Tez Çalışması

27.06.2007

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
İNCİRALTI- İZMİR**

İLGİ:14.06.2006 tarih ve 1445 sayılı yazınıza;

İlgi yazınızla gönderilen çalışmanızın Esentepe Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yapılması Başkanlığımızca uygun görülmüştür. Bilgilerinizi arz ederim.


Dr.İbrahim PADİR
Sağlık Grup Başkanı

*Dr. İsmail
28.06
[Signature]*

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**
Kayıt Tarihi: **28 Haziran 2007**
Kayıt No: **120**
Dosya No: **120**