

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI İHMAL VE
İSTİSMARINA YAKLAŞIMLARI, BİLGİ DÜZEYLERİ VE
TUTUMLARI**

UZMANLIK TEZİ

DR. AYŞEGÜL GÜVEN CEBECİ

TEZ DANIŞMANI:

DOÇ. DR. İSA KILIÇASLAN

ANKARA
(HAZİRAN 2016)

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞLI İHMAL VE
İSTİSMARINA YAKLAŞIMLARI, BİLGİ DÜZEYLERİ VE
TUTUMLARI**

UZMANLIK TEZİ

DR. AYŞEGÜL GÜVEN CEBECİ

TEZ DANIŞMANI:

DOÇ. DR. İSA KILIÇASLAN

ANKARA
(HAZİRAN 2016)

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Ayşegül Güven CEBECİ
Baba Adı	Ramazan
Doğum Yeri/Tarihi	Ankara / 1986
Diploma Tarihi / Diploma No	30.06.2010 / 153561
Mezun Olduğu Fakülte	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Acil Tıp
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 10 (9 Ay Doğum izni ve ücretsiz izin kullanıldı.)
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI:

“Acil Serviste Çalışan Sağlık Çalışanların Yaşlı İhmal ve İstismarına Yaklaşımları, Bilgi Düzeyleri ve Tutumları.”

JÜRİ KARARI:

OY BİRLİĞİ İLE BAŞARILI BULUNMUŞTUR (27.06.2016).

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Doç. Dr. İsa KILIÇASLAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

Doç. Dr. Fikret BİLDİK
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

Doç. Dr. Emine EMEKTAR
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
Acil Tıp Kliniği Baş Asistan

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince hem hekimlik mesleğine hem de hayata yaklaşımlarıyla bizlere örnek olan, bilgisini ve deneyimlerini her zaman cömertçe bizlerle paylaşan değerli hocalarım; Doç. Dr. Ahmet Demircan'a, Doç. Dr. Ayfer Keleş'e, Doç. Dr. Fikret Bildik'e, Doç. Dr. İsa Kılıçaslan'a, Doç. Dr. Mehmet Karamercan'a ve asistanlık hayatım boyunca birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Tezimin oluşum aşamasında her zaman destek olan, bizlere acil tıbbi sevdiren ve öğreten tez danışmanım ve değerli hocam Doç. Dr. İsa Kılıçaslan'a ayrıca saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca her zaman fedakarlık yaparak sevgiyle maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem Gülseren Güven'e ve babam Ramazan Güven'e, ablalarım ve kardeşime teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak her zaman yanımda olan ve bana sabırla, anlayışla, sevgiyle yaklaşan eşim Dr. Süleyman Cebeci'ye ve hayatımıza renk katan canım kızımız Ceren'e teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ayşegül Güven Cebeci

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	IV
ŞEKİL VE TABLO DİZİNİ.....	V
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Yaşlılık Tanımı ve Yaşlı Nüfusun Projeksiyonu	6
2.2. Yaşlı İhmal ve İstismarı	9
2.3. Yaşlı İhmal ve İstismarı Çeşitleri:	11
2.4. Yaşlı İhmal ve İstismarında Epidemiyoloji	12
2.4.1. Dünyada Yaşlı İhmal ve İstismarında Epidemiyoloji.....	12
2.5. Yaşlı İhmal ve İstismarı Nedenleri	15
2.6. Yaşlı İhmal ve İstismarında Bulgular	19
2.7. Yaşlı İhmal ve İstismarında Risk Faktörleri	21
2.8. Yaşlı İhmal ve İstismarında Mortalite ve Morbidite.....	22
2.9. Yaşlı İhmal ve İstismarını Sağlık Çalışanlarının Saptaması ve Yaklaşımı.....	24
2.10. Yaşlı İhmal ve İstismarında Önleme, Girişim ve Koruma.....	30
2.11. Yaşlı İhmal ve İstismarında Destek Hizmetleri	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Evreni.....	36
3.2. Araştırmanın Yöntemi	36
3.3. Anket Özellikleri ve Verilerin Elde Edilmesi	37
3.4. Veri Analizi ve İstatiksel Yöntem.....	38

3.5. Etik Uygunluk.....	39
3.6. Araştırma Zaman Çizelgesi	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
7. KAYNAKLAR.....	81
8. ÖZET	93
9. SUMMARY.....	95
10. EKLER.....	97
EK(1).....	97
EK(2)	101
11. ÖZGEÇMİŞ	106

SİMGELER VE KISALTMALAR

NEAIS	National Elder Abuse Incidence Study (Ulusal Yaşlı İstismar İnsidans Çalışması)
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
NCEA	National Center On Elder Abuse (Yaşlı İstismarı Ulusal Merkezi)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SVO	Serebrovasküler Olay
AMA	American Medikal Association (Amerika Tıp Derneği)
BASE	The Brief Abuse Screen for the Elderly
EAI	The Elder Assessment Instrument
CTS	The Conflict Tastics Scale
LTCOP	Long Term Care Ombudsman Programs

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Dünya nüfusunda yaşlı kişilerin 1900-2050 yılları arasındaki projeksiyonu

Şekil 2. Türkiye İstatistik Kurumu 2008-2025 yılları arasında 65 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranı projeksiyonları

Şekil 3. Türkiye’de 1935-2075 arasında nüfus piramidindeki değişim projeksiyonu

Şekil 4. The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE) testi

Şekil 5. The Elder Assessment Instrument (EAI) testi

Şekil 6. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımını gösteren grafik

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların çalıştığı hastaneye göre günlük başvuran hasta sayısı, yaşlı hasta sayısı ve yaşlı istismarı ile karşılaşma oranları dağılımının karşılaştırılması

Tablo 3. Katılımcıların mesleklerine göre yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma ve konuyla ilgili güncel bilgileri takip etme durumunun karşılaştırılması

Tablo 4. Katılımcıların daha önceden yaşlı istismarı ile karşılaşma durumları, tanı koyma yöntemi, karşılaştıkları istismar tipleri

Tablo 5. Katılımcıların bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevaplar

Tablo 6. Bilgi puanı ortalamalarının, katılımcıların bazı demografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımının karşılaştırılması

Tablo 7. Daha önceden yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili bildirimde bulunma durumunun katılımcıların bazı özelliklerine göre dağılımı

Tablo 8. Katılımcıların mesleklerine göre bildirimde bulunma biçiminin değerlendirilmesi

Tablo 9. Katılımcıların mesleklerine göre yaşlı istismarı ve ihmali konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Tablo 10. Yaşlı istismarı ile karşılaşan ve daha önce hiç bildirimde bulunmamış katılımcıların bildirimde bulunmama sebep ve çekincelerinin değerlendirilmesi

1. GİRİŞ

20. yüzyılın başlamasından itibaren doğurganlık hızının düşmesi, ortalama yaşam beklentisinin artması, insanların sağlığını koruma ve geliştirme konusunda bilinçlenmesi, beslenme koşullarının iyileşmesi, temel halk sağlığı hizmetlerinin gelişmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavi olanaklarının artması ve birçok hastalığın kontrol altına alınması gibi nedenlerle yaşlı nüfusu artmaktadır.¹

Dünyada, 2000 yılı verilerine göre 600 milyon olan yaşlı nüfusunun gelecek 50 yılda 5 kat artacağı tahmin edilmektedir.² Türkiye, yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ülkelerden birisidir. 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi olan yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 olarak saptanmıştır. 2025 yılında ise, 65 yaş ve üzeri nüfus oranının yaklaşık %10'a, 2050 yılında ise %20'ye, 2075 yılında %27'ye yükseleceği tahmin edilmektedir.³

Nüfus yapısındaki bu değişim; yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılması, sağlıklı, güvenli bir çevrede yaşamalarının sağlanması açısından önemlidir. Bu konu Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planında 'Her yerde insanların saygın ve güvenli şekilde yaşlanmalarını ve toplumda bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek' şeklinde ifade edilmiştir. Tüm dünyada artan yaşlı nüfusu, sağlık konusunda da farklı sorunları gündeme getirmektedir. Yaşlı nüfusla ilgili sorunlar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sorunudur.⁴

Yaşlılık döneminde gelişen fiziksel ve sosyal değişimlerle birlikte yaşanan ekonomik zorluklar bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Yaşlı bireyin evde ya da kurumda bakımının yeterince desteklenmediği durumlarda yaşlı istismar ve ihmali gündeme gelmiştir.⁴

Yaşlı ihmal ve istismarı, toplumda ne boyutta olduğu iyi bilinmeyen, çoğu kez gizli kalan, mağdurların da pek fazla dile getirmediği bir sağlık problemidir.⁵ Bu sorunların yeterince dile getirilmemesi ihmal ve istismarın ne boyutta olduğu konusunda doğru verilere ulaşılmasına engel olmaktadır. Yapılan araştırmalara bakıldığında zaman gelişmiş ülkelerde bile resmi bildirimler tahmin edilenden daha düşüktür. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1996 'da Ulusal Yaşlı İstismar Çalışması (NEAIS)'nda bildirimi olmayan ihmal ve istismarın %60'ın üzerinde olduğu saptanmıştır.⁶

Yaşlı istismarının geleneksel aile yapısının ve değerlerinin yitirilmiş olduğu batı ülkelerine özgü olduğu düşünülebilir. Aslında yaşlı istismar ve ihmali tarih boyunca her kültürde varlığını sürdürmüştür. Yaşlı ihmal ve istismarı sık rastlanan sorunlardandır. Genellikle depresyon, kognitif bozukluk, fonksiyonel kapasitede azalma, mortalitede artış ile sonuçlanmaktadır.⁷

Sağlık çalışanları çocuk istismar ve ihmeline karşı uzun zamandır duyarlı olurken, yaşlıların istismarı ancak 1970'li yıllarında toplumun dikkatini çekmiştir. Bu konu ile ilgili olarak ilk örnek ABD 'inde görülmektedir. ABD'nde yaşlı istismarı, 1978 yılında kapılı kapılar arkasından çıkıp, aile içi şiddet konusu

kapsamında ulusal düzeyde duyurulmuştur. 1979 yılında ise özel yaşlı istismar yasası oluşturulmuştur.⁸

Hızlı sanayileşme ve kentleşme sonucu, ekonomik ve sosyal yapıdaki hızlı değişimler, kırsal düzenden kent ve sanayi düzenine doğru geçiş sürecinde geniş haneler çekirdek aileler halinde bölünmeye zorlanmaktadır. Geniş aile yapısından, çekirdek aileye dönüşüme yol açan sosyoekonomik nedenler, bireyler arasındaki geçimsizlikler, bağımsız olma isteği, oturlan evi dar ve yetersiz bulma gibi nedenler ile kendini göstermekte; bireydeki bu yansımalarıyla önemli sağlık ve bakım sorunları yaratmaktadır. Yıllardır aile içerisinde söz sahibi olan yaşlı bireyler, kentleşme ve yaşam koşulların güçleşmesiyle ailelere yük olmaya başlamıştır.⁹ Bu nedenlerle günümüzde yaşlı istismarını, aile yapısındaki bozulma nedeniyle gelişmiş ülkelerin bir sorunu olarak görme eğilimi vardır. Dünyadaki bütün ülkelerde yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlıların yakınları ya da bakımlarını üstlenen kişiler tarafından daha fazla istismar edildikleri görülmektedir. Türkiye’de de yaşlıya karşı uygulanan ihmal ve istismar; araştırmacıların dikkatini çekmeye başlamıştır.⁴ Ülkemizde de olduğu gibi gelişmekte olan diğer ülkelerde; yeterli sosyal güvenlik ve destek sistemlerin olmaması, geniş aile yerini çekirdek aile yapısını alması ile geleneksel aile desteğini kaybeden yaşlılar için yaşlanmanın getirdiği sorunlar daha da ağır hissedilmektedir. Tüm bu olumsuzluklar sonucunda aile desteğinden yoksun kalan yaşlılara yönelik ihmal ve istismar daha çok artmaya başlamıştır. Aile desteğinin olmadığı durumda yerine geçebilecek sosyal destek hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Kötüleşen ekonomik koşullar, artan işsizlik, stresli

yaşam gibi nedenlerle de yük olarak görülen yaşlılara istismarın ve ihmalin artabileceği düşünülmektedir.¹⁰

Yaşlılığın yakın bir gelecekte önemli bir sorun olacağı göz önüne alınırsa bu konuda araştırmaların yapılması ve çözüm önerilerin getirilmesi kaçınılmazdır. Yapılan çalışmalarda öncelikle ihmal ve istismarı etkileyen faktörlerin belirlenmesi sonra da bunu önlemeye yönelik girişimlerde bulunulması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarına bu durumun saptanması konusunda önemli görevler düşmektedir. Türkiye’de poliklinikten randevu alma, muayene sırası bekleme, zaman olmaması gibi nedenlerle yaşlılar daha çok yakınları ya da bakımevleri tarafından daha çok acil servise getirilmektedir. Bu gibi nedenlerle acil servise başvuran hastaların çoğunluğu yaşlı hastalardan oluşmaktadır. Acil servislerde, bakım evlerinde, hastanede yatan ve ayaktan başvuran hastalarda yaşlı istismar ve ihmali yönünden dikkatli olmak gerekmektedir.^{11,12} Acil serviste klinik ortamın uygun olmaması, yoğunluk olması, sağlık çalışanların daha çok klinik problemleriyle ilgilendikleri gibi nedenlerle istismar ve ihmal tanısı atlanabilmektedir, ancak şüphe halinde vakalar tanınabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, yaşlı hastalarda bakıcıların istismar bildirim sıklığı %27 iken hekimlerin aynı hasta grubunda istismarı tanıma oranı %18 olarak bulunmuştur. Yaşlı hasta sayısının artmasıyla istismar oranlarının artması beklenmekte olup, bu nedenle acil servis çalışanları başta olmak üzere tüm hekim ve diğer sağlık personelinin yaşlı istismar ve ihmali vakalarını tanıyacak ve değerlendirecek tarzda eğitilmeleri gerekmektedir. Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve avukattan oluşan bir ekip oluşturularak bu tür hastalar tedavi edilmeli, hastalara gerektiğinde adli ve sosyal destek verilmelidir.¹³

Bu çalışmada; acil serviste çalışan hekim, hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin yaşlı istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin ölçülmesi, bu konudaki tutum ve yaklaşımlarının belirlenmesi ve konu hakkında farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.



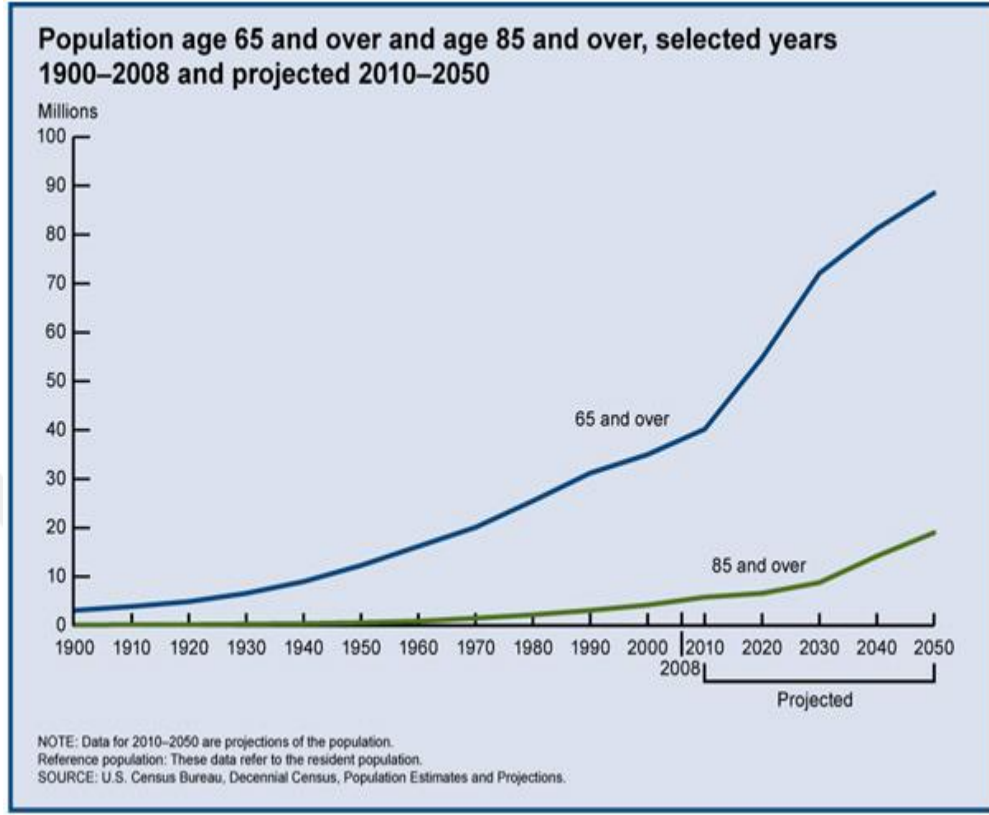
2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık Tanımı ve Yaşlı Nüfusun Projeksiyonu

Yaşlılık kronolojik yaştan ilerlemesiyle birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyolojik boyutlar kazanan süreç olarak tanımlanabilmektedir.¹⁴ Ayrıca yaşlılık, zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama gücü ile organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması şeklinde de tanımlanabilmektedir.¹⁵

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı çevreye uyum yeteneğinin azalması olarak da tanımlamaktadır.¹⁶ DSÖ, insan ömründe yaşlanmaya kronolojik sınırlama getirmiştir ki; bu da 65 yaştır. Ayrıca; 65-74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arası ileri yaşlılık, 85 yaş üstü çok ileri yaşlılık olarak adlandırılmaktadır.¹⁷

Yirminci yüzyılın başlamasından itibaren doğurganlık hızının düşmesi, ortalama yaşam beklentisinin artması, insanların sağlığını koruma ve geliştirme konusunda bilinçlenmesi, beslenme koşullarının iyileşmesi, temel halk sağlığı hizmetlerin gelişmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavi olanaklarının artması ve birçok hastalığın kontrol altına alınması gibi nedenlerle yaşlı nüfusu artmaktadır.¹ Gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresinin 80'li yaşlara kadar uzamıştır. Yapılan projeksiyon çalışmalarında bu artışın gelecekte daha da fazla olacağı tahmin edilmektedir. (Şekil 1)

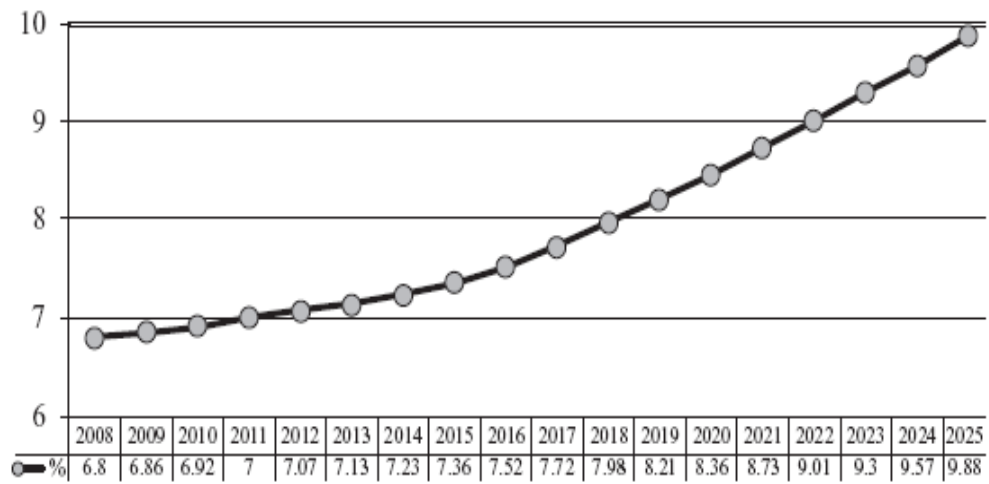


Şekil 1. Dünya nüfusunda yaşlı kişilerin 1900-2050 yılları arasındaki projeksiyonu (erişim adresi: <http://www.ncea.aoa.gov/library/data/>)¹⁸

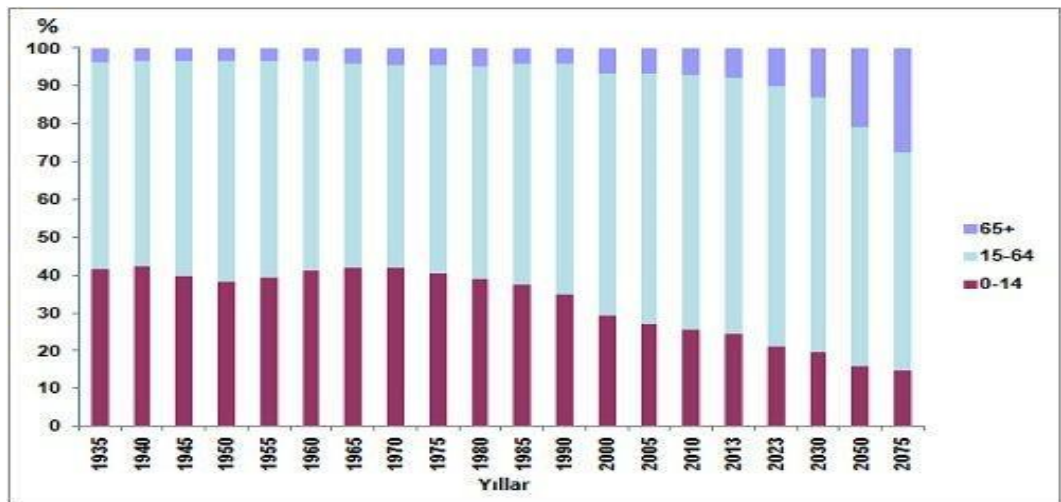
Birleşmiş Milletler (BM) verilerine göre 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş ve üzeri nüfus, 2006 yılında 700 milyon olmuş ve 2050 yılında 2 milyara ulaşarak dünya nüfusunun %22'sini oluşturması beklenmektedir.²

Türkiye, yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ülkelerden birisidir. 1950'lerden bu yana yaşam beklentisinin artması ve doğurganlık hızının düşmesiyle 65 yaş ve üzeri nüfus sürekli artış göstermektedir. 1955 yılında nüfusun %3,4'ü 65 yaş ve üzerindeyken, bu oran 1990 yılı nüfus sayımında %4,3'e, 2000 yılında %5,5'e yükselmiştir. 2000 yılı itibariyle ülkemizde 65 yaş ve üzerinde toplam 3,7 milyon

kişi yaşamaktadır. 2014 yılında ise 6 milyon 192 bin 962 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8 olarak saptanmıştır. 2025 yılında ise, 65 yaş ve üzeri nüfus oranının yaklaşık %10’a, 2050 yılında ise %20’ye, 2075 yılında %27’ye yükseleceği tahmin edilmektedir.³ (şekil 2 ve 3)



şekil 2. Türkiye İstatistik Kurumu 2008-2025 yılları arasında 65 yaş üstü nüfusun genel nüfusa oranı projeksiyonları (TÜİK 2010-c)



şekil 3. Türkiye’de 1935-2075 arasında nüfus piramidindeki değişim projeksiyonu (TÜİK 2010-c)

2.2. Yaşlı İhmal ve İstismarı

Konu ile ilgili tanımlamalara bakılacak olursa:

Yaşlı İstismarı (Elder Abuse): Yaşlının devamlı ilişki içerisinde olduğu kişilerce kasıtlı olarak; fiziksel hasar ya da kısıtlanma (fiziksel istismar), cinsel ilişki (cinsel istismar), duygusal travma (psikolojik istismar) gibi durumlara maruz kalmasıdır. Uluslararası Yaşlı İstismarın Önlenmesi Kurulu ve DSÖ tarafından 2002 yılında yayımlanan Toronto Deklarasyonu ise yaşlı istismarını ‘Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar verme, onu strese sokan uygunsuz eylemlerin bir defa veya tekrarlayan şekilde gerçekleşmesi’ olarak tanımlamıştır.¹⁹ Bazı kaynaklarda ise; “Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış” veya “Belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” şeklinde tanımlanmıştır.²⁰

Yaşlı İhmali (Neglect): Yaşlıyı koruması ve ihtiyaçlarını karşılaması gereken kişi tarafından bu görevlerinin yerine getirilmemesi ve kişiyi yiyecek, giyecek, ilaç, ısınma, tıbbi cihaz (protez, gözlük, işitme cihazı) gibi temel gereksinimlerinden mahrum ederek kişiye duygusal, fiziksel acı, sıkıntı vermek olarak tanımlanmaktadır.

Terk etme (Abandonment): Hassas konumdaki yaşlının bakıcısı tarafından terk edilmesi.

Kendini ihmal etme (Self-neglect): Yaşlının kendi öz bakımı konusunda yetersizlik.

Maddi çıkar sağlama (Financial exploitation): Bakım veren kişi tarafından onayı olmaksızın yaşlının maddi kaynaklarının kendisi için kullanması.

Kötü muamele (Elder mistreatment): Yaşlıya karşı sorumlulukları olan kimselerce gerçekleşen olumsuz eylemlerdir. İki şekilde olur:

1. Toplum kökenli kötü muamele (Domestic mistreatment): Aile ortamında meydana gelen kötü muamele.

2. Kurumsal kötü muamele (Institutional mistreatment): Bakım evinde, hastanede meydana gelen kötü muamele.

Özbakım ve korunma yeterliliği (Capacity for self-care and protection): Yaşlının kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesidir. 2 tipi vardır:

1. Karar verme yetisi (Decisional capacity): Kararını bildirebilme, konuyu kavrama, sonuçları öngörebilme, muhakeme edebilme.²¹

2. Uygulama yetisi (Executive capacity): Kararları eyleme geçirebilme yetisi.²²

Hassas yaşlı (Vulnerable elder): Kognitif, öz bakım ve korunma yetilerini olanaksız kılan bir eksikliği bulunan yaşlı.²³

2.3. Yaşlı İhmal ve İstismarı Çeşitleri:

Yaşlı istismarı genel olarak 5 alt grupta sınıflandırılabilir.

a) Fiziksel İstismar: Yaşlı bireye bakan veya yaşlının güvendiği bir konumda olan kişi tarafından yaşlıya kasıtlı olarak ağrı, acı verici her türlü bedensel uygulama fiziksel istismar olarak kabul edilir. Vurmak, tokatlamak, yakmak, bağlamak, fazla ya da yanlış ilaç vermek fiziksel istismar örnekleridir.²⁰

b) Duygusal / Psikolojik İstismar: Yaşlının güvendiği konumda olan birisi tarafından kasıtlı olarak ruhsal açıdan acı verme duygusal/ psikolojik istismar olarak kabul edilir. Örnek olarak bağırarak, tehdit etmek, aşağılama ve alay etmek, suçlamak, yaşlıyı arkadaşlarından sosyal ortamdan uzaklaştırmak.²⁴

c) Cinsel İstismar: Bireyin kendi rızası olmadan herhangi bir cinsel aktiviteye zorlanmasıdır. Örnek olarak isteği olmadan dokunma, tecavüz, zorla soyundurma, cinsellik içeren fotoğraf çekmek gibi davranışlarda bulunmaktır.²⁵

d) Finansal İstismar: Yaşlı kişilerin sivil ve hukuki haklarının ihlal edilmesi, yasadışı ya da izinsiz olarak mallarının, parasının, banka/emeklilik hesabının ya da diğer değerli varlıklarının kullanılması ve değiştirilmesi, kendi evinden çıkartılması ve hile yolu ile vekâletname alınması, sahte imza ya da kimliğini kullanması gibi nedenler sayılır.²⁴

e) Sağlık İstismarı: Tıbbi bakım sonrası fazla fatura göstermek; reçete, tıbbi tedaviler için rüşvet almak; ilaç fazlası ve eksikliği vermek; tıbbi tedavi için sahte ilaçlar önermek; medikal dolandırıcılık yapmak yaşlının sağlık yönünden istismar edildiğini düşündürür.²⁶

2.4. Yaşlı İhmal ve İstismarında Epidemiyoloji

2.4.1. Dünyada Yaşlı İhmal ve İstismarında Epidemiyoloji

DSÖ'nün 2011 yılında hazırladığı Avrupa raporuna göre 65 yaş ve üzeri kişilerin yılda yaklaşık 4 milyonu yaşlı istismarına maruz kalmaktadır.²⁷ 2008 yılında yapılan bir derlemede (Avrupa, Kore, Amerika ve Kanada'yı kapsayan) yaşlıların %6'sında suistimal bildirilmiştir.²⁸ Ayrıca bakıma muhtaç yaşlıların yaklaşık %25'i psikolojik suistimale maruz kalmaktadır. Medicare 2005 verilerine göre ise, 65 yaş üzeri bireylerin %41'i günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremedikleri için bakıcıya muhtaç durumdadır.²⁹

Çoğu yaşlı birey tıbbi, sosyal ve maddi desteğe bakımın reddedilmesi nedeniyle ulaşamamaktadır. Bazı yaşlılarda ise hastalığının ciddiyetini kavramakta yetersizlik nedeniyle kendini ihmal gelişebilmektedir. Yaşlı bireye yönelik kötü muamele toplum kökenli veya kurumsal olabilmektedir.

Toplum kökenli kötü muamele:

1998 yılında yapılmış olan NEAIS (National Elder Abuse Incidence Study) sonuçlarına göre; toplumda 551 bin erişkinin suistimale veya ihmale (kendini ihmal dahil) maruz kaldığı, vakaların %21'inin bildirildiği ve APS (Adult Protective Services)'lerce doğrulandığı, bildirilenler içerisinde %38'inin kendini ihmal vakası olduğu tespit edilmiştir.³⁰

2004 Yaşlı İstismarı Ulusal Merkezi (NCEA) verilerine göre ise; 65 yaş ve üzeri bireyleri içeren 250 binden fazla bildirimden %39'u kendini ihmal, %21,5'u bakıcı ihmali, 14%'ü maddi çıkar sağlama olarak bulunmuştur.³¹

The National Social Life, Health and Aging Project topluluğunun yapmış olduğu anket sonuçlarına göre; toplumda yaşayan 57-85 yaş arası bireylere kötü muamele deneyimleri sorulmuş. Üç bin katılımcıdan %9 sözel, %3,5 maddi, %0,2 fiziksel zarar gördüğünü bildirmiştir.³² Boston'da yaşayan yaşlılarda %3,2 oranında, Kanada'da ise %4 oranında kötü muamele bildirilmiş.³³

2002 yılında yayınlanmış bir derlemede; DSÖ tarafından Kanada, Finlandiya, ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde %4-6 kötü muamele bildirilmiş. Ancak gelişmekte olan ülkelerdeki oranlar hakkında yeterli bilgi verilmemiştir.²⁰

İngiltere'de demans nedeniyle yönlendirilen 220 yaşlının bakıcıları üzerinde yapılan çalışmada; %34 ara sıra da olsa kötü muamelede bulunduğu (daha çok sözel) ve %1,4 oranında fiziksel saldırıda bulunduğu itiraf edilmiştir.³⁴ Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre ise; 129 demans hastasının %47,3'ünün kötü muameleye (%60 psikolojik, %20 ihmal, %20 fiziksel) maruz kaldığı bildirilmiştir.³⁵

Kurumsal kötü muamele:

2002 ABD verilerine göre; 1,6 milyon insan bakım evlerinden, 900 bin insan evde bakım hizmetinden yararlanmaktadır.²³ Huzur evinde kalan yaşlı oranları

Kanada, İsrail, Güney Afrika ve ABD’de %4-7 arasında; Latin Amerika’da ise %1-4 arasındadır.²⁰

ABD’de 1999-2001 arasında 5000’den fazla bakım evinde kötü muamele olduğu bildirilmiştir.³⁶ 2008 yılında devlet verilerine göre ABD’de yaşlı istismarı ve ihmeline ilişkin 269 bin şikayet alınmış ve bunların yaklaşık %78’i bakım evi ve geri kalanı ise evde bakım hizmetleriyle ilişkiliymiş. Buna göre bakım evlerine yönelik şikâyetlerin içeriğine bakılacak olursa; yardım isteğine cevap verilmemesi (%6,9), nedeni belirsiz yaralanma, düşme, uygunsuz dokunma (%3,2), personelce haysiyete ve saygıya yakışmayan tutum (%4,4), şikayetlere kulak verilmemesi (%2,6), kişisel eşyanın çalınması, kaybolması, başkasınca kullanılması, parçalanması, alıkonulması (%2,2), personel yokluğu (%2), fiziksel saldırı (%1,8), hastalar arası saldırı (%1,3), sözel ve mental saldırı (%1,4), ihmal (%0,9) şeklinde saptanmıştır.³⁷

2.4.2. Türkiye’de Yaşlı İhmal ve İstismar Epidemiyolojisi

Artan ve ark. (1996) tarafından yapılan çalışmada, yaşlı bireylerin %25,6’sının fiziksel istismara maruz kaldığı ve istismar eden kişilerin tamamının yakın akrabadan (% 41,3’ü gelinler) olduğu saptanmıştır. Fiziksel istismar olarak ise tokat atmadan şiddetli dövülme ile cezalandırmaya kadar değişik şekillerde meydana geldiği bildirilmiştir.³⁸

Keskinoglu ve ark. tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada, yaşlı bireylerin %1.5'inin fiziksel istismara, %2.5'inin finansal istismara maruz kaldığı, %3.5'inde kesin ihmal bulgusu olduğu ve %28.9'unda olası ihmal bulgusu olduğu bildirilmiştir.¹⁰

İlhan (2006) ise çalışmasında, yaşlıların %18,2'sinin aile içi yaşlı istismarına uğradığını belirtilmiştir. Bir diğer yayında; yaşlı istismarının %40,5'ini psikolojik istismar, %29,7'sini ihmal, %20,3'ünü ekonomik istismar ve %9,5'ini fiziksel istismar oluşturmuştur.³⁹

Ergin (2012) tarafından yapılan çalışmada ise yaşlı bireylerin, %14,2'sinin bir yıl içinde herhangi tipte bir istismar ve ihmale (%8,1 'i psikolojik, %7,6'sı ihmal, %3,5'i ekonomik, %2,9'u fiziksel, %0,4'ü cinsel istismar) maruz kaldığı bildirilmiştir.³⁹

2.5. Yaşlı İhmal ve İstismarı Nedenleri

Yaşlı istismar ve ihmal nedenlerini dört alt grup içinde toplayabiliriz.

1. Ailesel Nedenler:

- Ailede daha önceden şiddet öyküsü olması
- Bireye bakmakla ilgili kişinin bilgi ve beceri eksikliği
- Stres ya da sosyal izole yaşama

- Yaşlı bireyle ortak yerde yaşamanın ya da bireye bakmanın getirdiği ekonomik yük
- Aile içinde iletişim eksikliği

2. Sosyal ve Kültürel Nedenler:

- Toplumun yaşlılıkla ilgili inançları, değerleri ve yaşlıya gösterdiği saygı, toplumun aile içini özel mesele olarak görmesi
- Kurumlarda yaşayan yaşlıların güçsüz, bakıma muhtaç, incinebilir olması
- Kurumda çalışan personelin düşük ücretli, yetersiz, bilgisiz ve aşırı çalışıyor olabilmemesi
- Kurum yöneticilerinin ve çalışanlarının istismar ve ihmal belirtilerine karşı duyarsızlıkları ve değer, görenekleri, yetiştirilme şekli ve eğitimleri

3. Yaşlı Bireyle İlgili Nedenler:

- İleri yaş olması
- Dul, özellikle de boşanmış kadın olması
- Yaşlı bireyin fiziksel ve zihinsel engelli olması
- Kendini koruma ve kurtarma, kaynağa ulaşmada yetersiz olması
- Gereksinimlerini karşılamada ve maddi açıdan başkalarına bağımlı olması
- Alkol ya da ilaç bağımlılığı ve buna ikincil sürekli düşme sorununun olması
- Yatağa bağımlı ve inkontinansının olması
- Şiddet içeren davranışlarının olması

4. Bakım Verici İle İlgili Nedenler:

- Bakım vericinin hasta olması
- Düşünce ve davranışlarını kontrol edememe gibi kişilik problemlerinin olması
- Üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ya da zorunlu yapması
- Bakım verdiği kişiyle anlaşamaması, ona öfke duyması
- Alkol, ilaç gibi bağımlılığının olması
- İşsizlik, evlilik çatışması, parasal ve tıbbi konularda kişisel krizler yaşaması
- Ekonomik olarak yaşlı bireye bağımlı olması²⁴

Yapılan çalışmalarda yaşlının daha çok eşi, yetişkin çocukları, akrabaları tarafından istismar edildiği gösterilmektedir. Boldy ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında yaşlıların %22'si kızları tarafından istismar edilirken, %21'i oğulları tarafından istismar edilmiştir. Oh ve arkadaşlarının yaptığı (2006) çalışmada, yaşlı istismarının %75-%80'inden fazlasının yaşlının oğulları ya da gelinleri tarafından yapıldığı, evli çocukları ile yaşayan, düşük sosyoekonomik durumda olan, fonksiyonel olarak bağımlı yaşlı kişilerin daha fazla istismara uğradığı bildirilmektedir. Anme (2004)'nin yaptığı çalışmada yaşlıların daha çok gelinleri tarafından istismar edildiği ve ileri yaş, inkontinansı olanların daha çok istismara maruz kaldığı belirtilmiştir. ^{48, 49, 50}

Keskinoğlu ve ark. (2004) yaptığı çalışmada ihmal bulgusu olan yaşlıların yaş ortalamasının 72 yıl, %65'inin kadın, %8'inin kronik bir hastalığının olduğu,

%86'sının sağlığının kötü algıladığı ve %70'inin sosyal ilişkilerinin az olduğu saptanmıştır.¹⁰

Artan (1996) tarafından yapılan çalışmada, yaşlıların, %25'inin fiziksel istismara maruz kaldığı ve istismar eden kişilerin tamamının yakın akrabaları bununda %41'inin gelinleri olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışma sonucunda yaşlı yakınlarının %86,7'sinin yaşlılardan rahatsızlık duyduğu ve yaşlı istismarında bulunmasına rağmen; suç olması, toplum tarafından dışlanma korkusu ve problemin aile içinde tutulmasının istenmesi gibi nedenlerle söylemek istemedikleri bildirilmiştir.³⁸

Türkiye'de ataerkil aile yapısı hakim olduğundan yaşlanan ve bakıma muhtaç hale gelen yaşlılar genellikle erkek çocuklarının yanında bakılmaktadır. Dolayısıyla yaşlı birey geliniyle birlikte yaşamak zorunda kalmaktadır. Bu gibi nedenlerle gelin tarafından istismar edilme oranı daha yüksek olabilmektedir.³⁹

Yaşlı nüfusun artması, çekirdek aile yapısının yaygınlaşması bireyleri yaşlılık döneminde yalnızlığa itmektedir. İnsanlar yaşlılık döneminde, ekonomik durumları, sosyal statüleri, toplum önündeki itibarları göreceli olarak azalmaktadır. Bu durum da yaşlının ihmal ve istismar edilme olasılığını artırmaktadır.⁴

 lhan ve ark. yaptığı çalışmada Türkiye'de yaşlı istismar ve ihmali kadınlarda, 75 yaş ve üzeri yaş grubunda, dullarda, ilkokul mezunu olmayanlarda, çocuğunun yada akrabasının evinde ikamet edenlerde, yalnız yaşayanlarda, hafif/orta bilişsel bozukluğu olanlarda, günlük yaşam etkinliklerinde ve yararlı günlük yaşam etkinlikleri yetersiz olanlarda daha fazla görülmüştür.³⁹

Ergin (2012) tarafından yapılan çalışmada ise; istismar davranışını gösterenlerin %68,1'inin yaşlının çocukları, %12,9'unun eşi ve % 9,5'inin kardeşleri olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda (psikolojik %10,1, ihmal %9,6), erkeklere göre (psikolojik %6,2, ihmal %5,7) psikolojik istismarın ve ihmalin daha fazla olduğu saptanmıştır. Psikolojik istismarın ayrıca geniş ailede yaşayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, fiziksel engeli olanlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Yaşlıların %39,7 'si devletin yaşlılarla daha fazla ilgilenmesini beklediklerini, %22,8'i gençlerin yaşlılara ilgi ve duyarlılıklarının artırılması gerektiğini, %8,8'i yaşlıların kendi ailelerinin yanında bakılmalarının gerektiğini, sadece %2,9'u gerekli durumlarda yaşlının huzurevlerinde bakılabileceğini belirtmiştir.⁹

2.6. Yaşlı İhmal ve İstismarında Bulgular

Fiziksel istismara ait bulgular:

1. Vücudunun her iki tarafında olan yanık, skar gibi izler ve açıklanamayan yaralanmalar olması
2. Kırıklar, burkulmalar, çıkıklar görülebilir. Vertebra kırıkları spontan olarak da görülebilir. Kalça kırıkları ise kaza sonucu ya da kendini ihmal sonucu olabilmekle beraber, uzun kemiklerde spiral kırıklar ve alkol kullanmayan yaşlıda tipik osteoporoz dışı kırıklar şüphe uyandırır.⁴⁰
3. Kullandığı ilaç dozunda düzensizlikler olması
4. Kırık gözlük ve çerçeveler
5. Bileklerinde ip izi, halat izi olması

6. Bakıcının yaşlı ile sağlık çalışanını yalnız bırakmak istememesi

Psikolojik/duygusal istismara ait bulgular:

1. Yaşlının çevreye karşı saldırgan ve agresif tavırlar sergilemesi
2. Çekingen, çaresiz ve korku dolu olması, kendini ifade edememesi
3. Depresyon varlığı
4. Bilinç bulanıklığı ve uyum bozukluğu

Cinsel istismara ait bulgular:

1. Anal- genital alanda ağrı veya kızarıklık olması
2. Vajinal- rektal kanama
3. Oral, anal- genital bölgede cinsel yolla bulaşan hastalıklar olması
4. Vulvada, karında, memede ekimoz ya da laserasyonlar⁴⁰

Finansal istismara ait bulgular:

Yaşlının parasının çalınması, yaşlının medikal tedavisinin, yemek ihtiyaçlarının kısıtlanması, zorla mal varlığını elde edilmeye çalışılması, ailenin maddi destek sağlamaması.⁴⁵

İhmal bulguları:

1. Kilo kaybı, malnütrisyon, dehidratasyon bulguları olması
2. Tedavi edilemeyen fiziksel problemler (örneğin bası yaralanmaları)
3. Sağlıksız yaşam koşulları ve yetersiz öz bakım.
4. Banyo yaptırılmaması, yaşlının kirli bırakılması
5. Hava koşullarına uyumsuz giyindirilmesi
6. Güvensiz yaşam koşulları içinde yaşanılması (örneğin hatalı elektrik tesisatı, yangın tehlikesi olması)
7. Halka açık bir yerde yaşlının kaybolması

Sağlık hizmetini istismar bulguları:

Sabit olan sağlık harcamalarını daha yüksek göstermek, faturaların eksik ödenmesi, kullanılan ilaç miktarlarını eksik ya da fazla göstermek, bakım verilen yerlerde eğitimsiz, düşük ücretle personel çalıştırmak, kapasitenin üzerinde hastanın bakımını üstlenmek.⁴⁶

2.7. Yaşlı İhmal ve İstismarında Risk Faktörleri

Yaşlı istismar ve ihmali belirti ve bulguları genellikle tam net değildir. Bu nedenle tanımak zordur. Hasta kognitif bozukluk nedeniyle olayları aktaramayabilir ya da hatırlasa dahi evden uzaklaştırılma çekincesiyle söylemeyebilir. Yaşlı istismarı ile ilgili olarak bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar:

- İleri yaş (>80)
- Cinsiyet (Kadın cinsiyette terk edilme hariç her türlü kötü muamele daha sık)
- Irk (Afrika-Amerikanlarda sık, İspanyol kökenli ve koyu esmerlerde az)
- Engellilik (günlük vücut aktivitelerini yerine getiremeyenlerde)
- Demans
- Depresyon (kendini ihmalin önemli bir nedeni)
- Kalça kırığı ya da SVO öyküsü
- Sosyal izolasyon
- Düşük sosyoekonomik durum
- Dış etkenler (bakıcının hastalığı, aile bireylerinde ölüm-hastalık)
- Bakıcının olumsuz özellikleri (zihinsel sorun, maddi olarak yaşlıya bağımlı olmak, anti sosyal kişilik bozukluğu, depresyon)
- Finansal çıkar (Maddi istismar açısından yaşlının ödeme gücünde giderek azalma ve onam vermediği halde mal satışı ipucu olabilir)
- İlaç tedavisinde uygunsuz dozlama ve takip yetersizliği olarak sıralanabilir.⁴⁷

2.8. Yaşlı İhmal ve İstismarında Mortalite ve Morbidite

Ölüm nedenleri otopsi verilerinde yeterli olmasa da birçok prospektif çalışmada yaşlı kötü muamelesi ile morbidite ve mortalitede artış arasında ilişki tanımlanmıştır.⁴⁰ Prospektif bir çalışmada toplumda yaşayan 65 yaş ve üzeri erişkinlerin APS (Erişkin Koruyucu Hizmetler) başvurusu ile diğer mortalite

nedenleri de hesaba katıldığında, sağ kalımın azaldığı tespit edilmiş. Kötü muameleye maruz kalanlarda 3,1 kat, kendi kendini ihmal edenlerde 1,7 kat ölüm riski artışı saptanmıştır.⁴¹

Başka bir çalışmada yaşlıların 7 yıl takip edildiği kendi kendini ihmal eden hastalarda ilk yıl için 5,82 kat, sonraki yıllar için 1,39 kat mortalite riski artışı olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada yaşlı suistimalinin 1,39 kat mortalite artışına neden olduğu görülmüş. Bu risk artışının her kognitif ve fiziksel fonksiyon hali için geçerli olduğu gözlenmiştir.⁴²

Women's Health Initiative çalışmasında toplumda 50-79 yaş arası kadınlarda, son bir yıl içerisinde fiziksel suistimal bildirilenlerde en yüksek mortalite oranı görülmüş. Fiziksel ya da sözel saldırı bildirilenlerde, olmayanlara göre mortalitenin yüksek olduğu saptanmıştır.⁴³

Kendi kendini ihmal edenlerde, müdahale edilmediği takdirde, tıbbi sorunların tedavisiz kalması, yetersiz beslenme ve diğer sağlık sorunları ortaya çıkar. ⁴⁴ Ayrıca, sosyoekonomik düzeyi düşük, finansal ve fonksiyonel kapasitesi düşük olan yaşlılar daha çok kötü muameleye maruz kalmaktadır. Bunların sonucunda çoklu hastaneye yatış, sefalet içinde yaşam, basınç yaraları, tıbbi uyumsuzluk, tedavi edilmeyen psikiyatrik ve tıbbi hatalıklar ve düşmeler meydana gelmektedir. Bunlar yaşlının morbiditesi ve daha kötüsü mortalitesi ile sonuçlanır.⁴⁰

2.9. Yaşlı İhmal ve İstismarını Sağlık Çalışanlarının Saptaması ve Yaklaşımı

Yaşlı istismar ve ihmali önemli bir halk sağlığı sorunudur. Klinisyenlerin hastalara sahip çıkma yönünden etik zorunlulukları vardır ve kötü muamele ve normal yaşlanma ayrımını yapacak donanıma sahiptirler. Bu nedenle bu yönde bir farkındalık olmalıdır. Toplumda yaşlı istismarı vakalarının saptanması için tarama yapılması gerektiğini önerenler vardır.⁷ Bazı yazarlar ise toplumun tamamının taranması yerine riskli bireylerin taranmasını önermektedir.⁵¹

1992 yılında AMA (American Medical Association) yaşlı istismarını tanımak için klinisyenler tarafından tarama yapılmasını önermiştir. Tarama formunda yer alan sorular:

- *Evdeki kimse seni yaraladı mı?*
- *İstemediğin halde sana dokunan oldu mu?*
- *Sana sormaksızın sana ait bir şeyi alan oldu mu?*
- *Azarlayan ya da tehdit eden oldu mu?*
- *Anlamadığın bir belgeye imza attın mı?*
- *Evde kendisinden korktuğun kimse var mı?*
- *Sıklıkla evde yalnız kalıyor musun?*
- *İhtiyacın olduğu halde yardımını esirgeyen oldu mu?*⁵²

Aslında tarama için birçok test geliştirilmiştir. Ancak, hastanın kognitif durumuyla etkileşmesi, uzun sürmesi, muhtemel suçlu bakıcıdan net cevap

gerektirmesi, özel eğitim gerektirmesi, farklı toplumlarda uygulanmamış olması nedeniyle güvenilir olmayabilir.⁵³ Kolay ve hızlı uygulanabilen iki test vardır:

- BASE (The Brief Abuse Screen for the Elderly) (**Şekil 4**)
- EAI (The Elder Assessment Instrument) (**Şekil 5**)

BASE: Bir dakika gibi kısa bir sürede uygulanır. Objektiftir bir testtir, suistimal cinsini ve müdahale aciliyetini belirler. Fakat kendini ihmali göstermez.⁵⁴

EAI: Toplam 41 maddeli bir testtir. Suistimal ihtimali skordan bağımsız olarak kategorize edilir. Acil servis hemşireleri uyguladığında %71 duyarlı, %93 özgül olarak saptanmıştır.⁵⁵

Diğer bir test ise CTS (The Conflict Tactics Scale)'dir. Güvenilir içerik nedeniyle kabul edilebilir. Ancak yaşlı istismarına özgü değildir. Bireysel saldırı ya da tehdidi belirlemek için kullanılan bir yöntemdir.⁵⁶

BRIEF ABUSE SCREEN FOR THE ELDERLY (BASE) testi				
Purpose: To help practitioners assess the likelihood of abuse.				
Instructions: Please respond to every question (as well as you can estimate) concerning all clients ____ years or over who are caregivers (give regular help of any kind) or care receivers:				
1. Is the client an older person who has a caregiver? ____ Yes ____ No				
2. Is the client a caregiver of an older person? ____ Yes ____ No				
3. Do you suspect abuse? (see also #4 and #5)				
i) By a caregiver (comments)				
1	2	3	4	5
no, not at all	only slightly, doubtful	possibly, somewhat	probably quite likely	yes, definitely
ii) By a care receiver or other (comments)				
1	2	3	4	5
no, not at all	only slightly, doubtful	possibly, somewhat	probably quite likely	yes, definitely
4. If any answer for #3 except "no, not at all," indicate what kind(s) of abuse(s) is (are) suspected.				
i) physical ____ ii) psychosocial ____ iii) financial ____				
iv) neglect ____ (includes passive and active)				
5. If abuse is suspected, about how soon do you estimate that intervention is needed?				
1	2	3	4	5
immediately	within 24 hrs	24-72 hrs	1 week	2 or more weeks

Şekil 4. Brief Abuse Screen For The Elderly (Base) Testi

Erişim adresi:

<http://www.medicine.uiowa.edu/familymedicine/emscreeninginstruments/>

ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI) testi

ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI) testi

1. Genel Görünüm	Çok iyi	İyi	Kötü	Çok kötü	Değerlendirmek mümkün
a. Giyim					
b. Hijyen					
c. Nutrisyon					
d. Cilt bütünlüğü					
Ek yorum					
2. İstismar Belirteçleri	Kanıt yok	Kanıt olabilir	Kanıt mümkün	Kanıt belli	Değerlendirmek mümkün
a. Yanık					
b. Laserasyon					
c. Fraktür					
d. Çeşitli evrelerde kırık ya da yanıklar					
e. Cinsel istismar kanıtı					
f. Yaşlının istismarı bildirmesi					
Ek yorum					
3. İhmal Belirteçleri	Kanıt yok	Kanıt olabilir	Kanıt mümkün	Kanıt belli	Değerlendirmek mümkün
a. Kontraktür					
b. Dekübit					
c. Dehidratasyon					
d. İshal					
e. Depresyon					
f. Kabızlık					

g. Malnutrisyon					
h. İdrar kaçırma					
i. Kötü hijyen					
j. Hastalık bulgusu					
k. Uygunsuz tedavi (fazla/düşük)					
l. Bakım yetersizliği nedeniyle sık hastaneye başvuru					
m. Yaşlının ihmali bildirilmesi					

4. Sömürü Belirteçleri	Kanıt yok	Kanıt olabilir	Kanıt mümkün	Kanıt belli	Değerlendirmek mümkün
a. Parayı kötüye kullanım					
b. Kanıt					
c. Raporların değişmesi karşılığında mal talep etmek					
d. Mal varlığının hesap edilememesi					
e. Yaşlının sömürüldüğünü bildirilmesi					
Ek yorum					

5. Terk Edilme Belirteçleri	Kanıt yok	Kanıt olabilir	Kanıt mümkün	Kanıt belli	Değerlendirmek mümkün
a. Bakımverenin alternatif düzenlemeler olmadan kendini aniden bakımdan çekmesi					
b. Yeterli destek olmadan yaşlının uzun süre yalnız bırakılması					
c. Yaşlının terk edildiğini bildirmesi					
Ek yorum					
Özet	Kanıt yok	Kanıt olabilir	Kanıt mümkün	Kanıt belli	Değerlendirmek mümkün
İstismar kanıtı					
İhmal kanıtı					
Sömürülme kanıtı					
Terk edilme kanıtı					
Ek yorum:					

Şekil 5. Elder Assessment Instrument (EAI) testi.

Erişim adresi: https://www.medicine.uiowa.edu/uploadedFiles/Departments/FamilyMedicine/Content/Research/Research_Projects/elder.pdf

Çok yönlü geriatrik değerlendirme; hikaye, fizik muayene, kognitif, fiziksel ve psikolojik durumun tespitini sağlar. Bu bir takım işidir ve bu takımda geriatrist, hemşire, sosyal hizmet uzmanı yer almalıdır. Hastayı değerlendirmek zaman alıcı ve zahmetlidir, bazı durumlarda hastayı evinde değerlendirmek gerekebilir. Mental durumun demans ve depresyon yönünden değerlendirilmesi; günlük yaşam aktivitesini yeterliliğine bakılması kişinin kötü muameleye yatkınlığını belirlemek açısından önemlidir.⁵⁷

Hikaye, fizik muayene ve tarama testleri sonucunda duruma müdahale edilmesi etik, ahlaki ve hukuki bir görevdir. ABD’de yaşlıda fonksiyonel kısıtlamaya neden olabilecek tıbbi sorun varlığı, kognitif bozukluk, günlük ihtiyaçları giderememe, görme riski ve gözetim ihtiyacına ve daha az kısıtlayıcı yöntemlerin uygulanabilirliğine göre koruma altına alınmaktadır.⁵⁸

2.10. Yaşlı İhmal ve İstismarında Önleme, Girişim ve Koruma

Yaşlı istismarı gittikçe artan önemli 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 olmamasına neden olmaktadır. Bu nedenle yaşlının haklarını gözetleyen yasal düzenlemelerle yaptırımlar artırılmalıdır. Böylece hem istismar yaşayan yaşlının bunu dile getirmesinin kolaylaşması, hem de istismarcılar için caydırıcı olabilmesi sağlanabilir.⁵

Yaşlı istismar ve ihmeline yönelik tıbbi, sosyal ve hukuki müdahaleler uygulanabilir. Hasta karar verme yetisini koruyorsa yardımı reddedebilir. Ancak karar verecek durumda değilse, durumu aciliyet arz ettiği için hasta koruyucu hizmetler kapsamına alınır. Bu konuda yapılacak girişimler:

Tıbbi girişimler:

- Hastanın yaşadığı ortamın güvenliğinin tespiti
- Depresyon, demans, DM, HT, enfeksiyon vb. sorunların tedavisi
- Evde bakım hizmetleri

Sosyal girişimler:

- Vasi tayini
- İlaçların temin edilmesi
- Hastalıkların takibinin organizasyonu olarak sıralanabilir.

Bildirim: Çoğu ülkede yaşlı kötü muamelesi hasta bildirilmesini istemese bile bildirim zorunlu bir durumdur.

Belgeleme:

- Fotoğraflarla fizik muayene bulguları belgelenir.
- Bakıcının itiraf ettiği durumlarda bizzat kendi sözlerini kaydetmek, kısaca itiraf ettiğini bildirmeye tercih edilir.

Sadece geriatri uzmanlarının değil, yaşlı hasta gören tüm klinisyenlerde farkındalık yaratılması, istismarını tanıma ve bildirme yönünden eğitim toplantıları yapılması gereklidir. Bildirimin önündeki engelleri ortadan kaldırmak (Nereye

bildirilecek?, Hastanın iznini almak mı lazım?, Bildirirsem zarar görür müyüm?) gereklidir.⁵⁹

Ayrıca klinisyen dışında yaşlıyla karşılaşan bireylerin (banka memurları, polisler, bakım evi çalışanları, postacılar vb.) eğitilmesi, bakım evlerinde çalışan personelin sicil kaydının incelenmesi, alarm sistemi kurulması, çalışılan bölümlerin değiştirilmesi ya da işten çıkarma gibi önlemler alınarak yaşlı istismarı ve ihmalinin tanınması ve önlenmesi sağlanabilir.⁶⁰

Bakımevlerinde çalışanların yaşlı istismar ve ihmalini önlemeye yönelik önlemler alınabilir. Bunun için eğitimsiz, alkol ya da ilaç bağımlı, suçlu kişilerden ya da memnuniyetsiz, yaşlıya olumsuz davranabilecek kişilerden uzak tutulabilir. Aşırı iş yükünden, personel/hasta oranının yüksek olması engellenebilir.⁶¹

2.11. Yaşlı İhmal ve İstismarında Destek Hizmetleri

ABD’de yaşlı ihmal ve istismarına yönelik koruyucu ve destekleyici hizmetler mevcuttur. Aynı zamanda çoğu eyalette kendi kendini ihmale karşı da hizmetler mevcuttur. Bu koruyucu hizmetlerin başında Adult Protective Services (APS), Long Term Care Ombudsman Programs (LTCOP) gelmektedir.⁶²

Bu ajanslar mağdurların şikayetlerine cevap vermek, sosyal, hukuki, tıbbi ve maddi yardımları sağlamak için çalışmaktadır. Yaşlıyı zarar veren aile yakınlarından, sosyal kurumlardan, yabancılara karşı istismar ve ihmal açısından koruma altına almaktadır. Ayrıca ABD’nde yaşlı istismarını bildirmek için ücretsiz

“yaşlı istismar hattı” gibi telefon hatları vardır. Bu telefon hattını arayanlar “yaşlı koruma hizmetleri” olarak adlandırılan birimlere yönlendirilmektedir. Buna benzer telefon hatları İngiltere, Avustralya, Yeni Zelanda ve Kanada’da da bulunmaktadır. Şikâyet üzerine “Yaşlı koruma hizmetleri” birimleri yaşlının evini ziyaret ederek yaşlının istismara uğrayıp uğramadığına dair rapor hazırlanır. Ayrıca, <http://www.ncea.aoa.gov/index.aspx> adresinde yaşlıya istismar yapıldığında neler yapılması gerektiği detaylı olarak anlatılmaktadır.

Şiddete maruz kalmış yaşlı bireyler için ülkemizde destek hizmetleri sağlayan kurumlar mevcut olmakla birlikte bu kurumların sayısı azdır. Şiddete maruz kalmış yaşlı bireyler Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna ait huzurevlerinde veya kadın konuk evlerinde korunma ve bakım altına alınmaktadırlar. Bunun yanı sıra Yaşlı Dayanışma Merkezlerinde bireysel hizmetler sunulmaktadır. Belli başlı Yaşlı Dayanışma Merkezleri: İzmir Nebahat Dolman Yaşlı Dayanışma Merkezi, Çanakkale Yaşlı Dayanışma Merkezi, Ankara Emek Yaşlı Dayanışma Merkezi, Ankara Kocatepe Yaşlı Dayanışma Merkezi, Ankara Emek Yaşlı Dayanışma Merkezi, Denizli Yaşlı Dayanışma Merkezi olarak sıralanabilir.

Ülkemizde yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili sorumlu yerler; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Basın ve Yayın Kuruluşları, Sivil Toplum Kuruluşlarıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın ise “Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020” adlı bir programı bulunmaktadır. Bu programdaki amaç; birey ve topluma erişilebilir,

uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak ve bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermektir.⁶³

İstismar ve ihmal Türk Ceza Kanunlarına göre suçtur. Sağlık çalışanının sorumluluğu ise; tespit ettiğinde adli makamlara bildirim zorunludur. Bununla ilgili kanunlar;

Madde 97. (1) Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlölüğu 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 ağırlaşımış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur.

Madde 98. (1) Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hâl ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhâl ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. (2) Yardım veya bildirim yükümlölüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Alo 183 hattı aracılığıyla da kadın, çocuk, engelli ve yaşlı, şehit yakınları ve gazilerle ilgili gelen çağrılar değerlendirilerek rehberlik ve danışmanlık hizmeti verilmektedir. İhmal istismar ve şiddet vakaları veya töre ve namus cinayetlerinin önlenmesi için tedbir mahiyetindeki ihbarlar, durumun aciliyeti göz önünde

tutularak, vakanın bulunduğu ilin acil müdahale ekip sorumlusuna ve/veya kolluk kuvvetlerine bildirilmektedir. Acil müdahale ekibi vakayı değerlendirdikten sonra emniyet veya jandarma birimleri ile koordinasyon sağlayarak, kısa zamanda müdahale edilmesini sağlamaktadırlar.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı epidemiyolojik bir araştırmadır. Çalışma, Ocak ve Nisan 2016 tarihleri arasında yapılmış olup, acil servis çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmaline karşı tutum, davranış ve bilgi düzeyini ölçmek amacıyla anket tarzında dizayn edilmiştir. Anket formundan elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

3.1. Araştırmanın Evreni

Çalışma, Ankara ilinde üçüncü basamak sağlık hizmeti veren toplam 4 hastanedeki (iki üniversite hastanesi ve iki Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere) acil servis sağlık çalışanları üzerinde yapıldı. Bu hastaneler; Ankara Hacettepe Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesidir. Anketin uygulandığı hastaneler seçilirken, Ankara il merkezinde acil servise en çok hasta başvuran hastaneler tercih edildi. Bu hastanelerde görev yapan acil tıp sağlık çalışanları (Uzman Doktor, Araştırma Görevlisi Doktor, Hemşire, Acil Tıp Teknisyeni, Paramedik) sırasıyla; Gazi Üniversitesi 53 kişi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi 64 kişi, Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi 42 kişi, Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi acil servisi 67 kişi olmak üzere toplam 226 kişiden oluşmaktadır. Anketi cevaplamayı kabul eden 184 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın yapılması planlanan hastanelerdeki acil servis sağlık çalışanların sayısı belirlendi. Anketler sağlık çalışanlarına iki yöntemle ulaştırıldı.

İlk yöntemde toplam 19 kişiye ‘survey monkey’ üzerinde anket soruları hazırlanarak, e-posta adreslerine ulaşılabilen kişilere e-posta yoluyla gönderilerek yanıt alındı. Geriye kalan 165 kişiye yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırma yürütücüsü tarafından anket uygulandı. Görüşmenin başlangıcında katılımcılara anket ile ilgili bilgi verilerek, çalışmanın amacının onları sorgulamak olmadığı belirtildi. Çalışmada acil servis sağlık çalışanları arasındaki yaşlı istismarı ve ihmali olgularına yönetimi açısından ne gibi eksikliklerin olabileceği, yaklaşımlarda ne gibi problemlerle karşılaştıklarını araştırılması amacıyla yapıldığı açıklandı. Ankete katılım gönüllülük esasına göre yapıldı.

Anketi, 226 acil servis sağlık çalışanından 184 kişi yanıtlamıştır. Araştırmaya internet aracılığıyla ve yüz yüze ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden Acil Tıp Uzman ve Araştırma Görevlisi Doktorlar, Hemşireler, Acil Tıp Teknisyenleri ve Paramedikler dahil edilmiştir. Kalan 42 kişi ise zamanları olmadığından ya da bu konuda görüş bildirmek istemediklerinden ya da izinli oldukları gibi nedenlerle çalışmaya katılmamıştır.

3.3. Anket Özellikleri ve Verilerin Elde Edilmesi

Araştırmada veri kaynağı olarak anket formu kullanılmıştır. Üç bölümden oluşan anket formu toplam 26 sorudan oluşmaktadır (Ek 1). İlk bölümde yer alan 11 soru, bazı demografik ve mesleki özellikler ve eğitim düzeyleri ile ilgili, ikinci bölümde yer alan 9 soru, yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili klinik tecrübeler ve bilgi düzeyi ile ilgili, üçüncü bölümde yer alan 6 soru ise, yaşlı istismar ve ihmaliye karşı tutum ve davranışların değerlendirilmesi ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Anket soruları, çalışmacılar tarafından konuyla ilgili literatür taranarak daha önceki yapılan çalışmalardan derlenerek oluşturulmuştur.

Ankette bilgi düzeyini ölçmek için beşli Likert tipinde düzenlenmiş, 4 soru başlığı altında 21 madde sorulmuştur. Cevap şıkları, 1 den 5'e kadar, "1: Kesinlikle katılmıyorum" "5: Kesinlikle katılıyorum" şiddet aralığında dizayn edilmiştir. 1,2 veya 4,5 seçeneğini işaretleyenlerin soruyu doğru cevapladığı kabul edilmiş olup, 3 seçeneğinin işaretlendiği durumda doğru yanıt verilmiş olarak kabul edilmemiştir. Bu 21 maddeden 8 tanesinde 1,2 doğru yanıt kabul edilirken, 13 tanesinde 4,5 seçeneği doğru yanıt kabul edilmiştir. Her doğru yanıt için 1 puan verilmiştir. Tüm sorular doğru yanıtlandığında 21 puan alınabilecektir. Her katılımcı için buna göre bilgi puanı hesaplanmıştır. 184 katılımcı için bilgi puanı ortalaması $12,36 \pm 3,93$ ve ortancası 13 (1-20) olarak hesaplanmıştır.

Yine anketin ikinci bölümünde de mesleki deneyimleri belirlemek için sorulan sorulardan ikisinde birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği ve açık uçlu olarak yanıtlanabilecek "diğer" seçeneği mevcuttur.

Üçüncü ve son bölümde yer alan 5 soruda ise birden fazla maddenin işaretlenebileceği seçenekler ve katılımcının açık uçlu olarak yanıtlayabileceği "diğer" seçeneği mevcuttur. Son bölümde ki 1 soruda ise "evet, hayır, hatırlamıyorum" şıkları mevcuttur.

3.4. Veri Analizi ve İstatiksel Yöntem

Çalışmaya dahil edilen 184 anket formundaki veriler SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences Inc.®, Chicago, ABD) programına kaydedilerek

analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma, ortanca şeklinde verilmiştir. Bilgi soruları için güvenilirlik analizi yapılmıştır ve Cronbach's Alpha 0,753 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin birbiriyle ilişkisini değerlendirmek için istatistiksel analiz yöntemleri olarak; normal dağılıma uygunluk ve homojenite için Kolmogorov Smirnov testi ve Oneway Anova testi, verilerin karşılaştırılması için, Pearson Ki-kare testi ve Anova testi uygulanmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

3.5. Etik Uygunluk

Araştırma öncesinde, 14.10.2015 tarih ve B.10.4.İSM.4.06.68.49/ sayılı yerel etik kurul onayı alınmıştır (Ek.2). Ayrıca çalışmanın yapıldığı hastanelerin yönetiminden de yazılı izin alınmıştır.

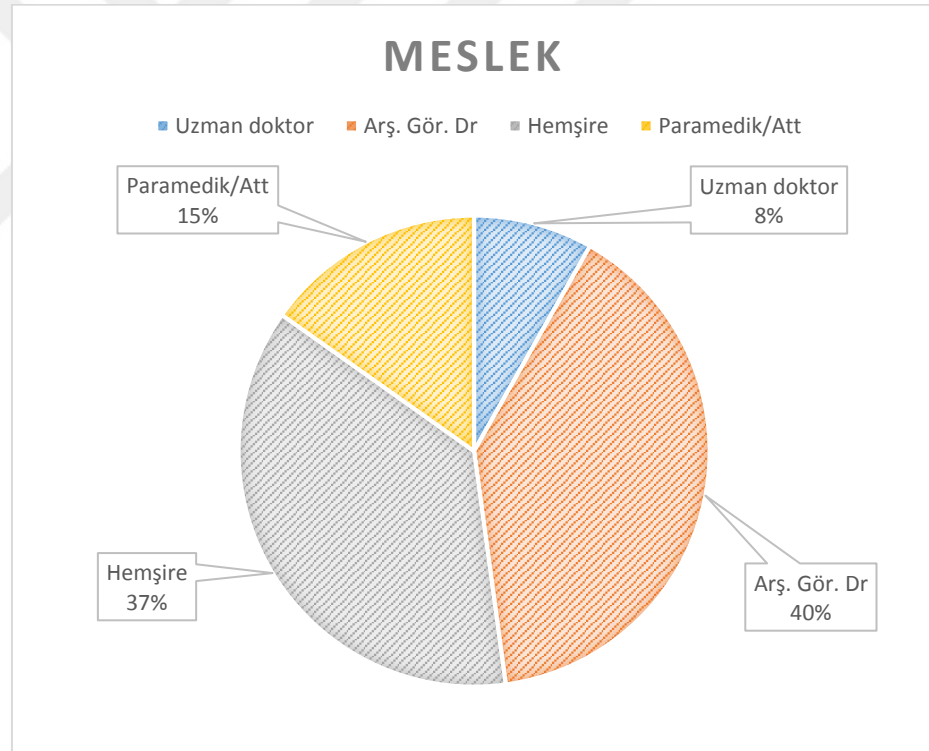
Araştırmaya katılan herkese, araştırmacının kimliği ve araştırmanın amacı açık ve anlaşılır bir dille anlatılmıştır. Bu açıklamalardan sonra araştırmaya katılmak istemeyenler çalışma dışı bırakılmıştır. Sadece gönüllülerle görüşülmüştür.

3.6. Araştırma Zaman Çizelgesi

	Ocak 2016	şubat 2016	Mart 2016	Nisan 2016	Mayıs 2016	Haziran 2016
Literatür tarama	-----					
Anket hazırlama	-----					
Ön deneme		-----				
Verilerin toplanması			-----			
Verilerin analizi				-----		
Rapor hazırlama					-----	
Sunum						-----

4. BULGULAR

Ankara ilinde, ikisi üniversite, ikisi eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere dört üçüncü basamak hastanenin acil servisi sağlık bakımı çalışanları üzerinde, Ocak- Nisan 2016 tarihleri arasında yapılan, yaşlı istismarı ve ihmeline yönelik bilgi ve tutumları ölçmeyi amaçlayan anket çalışmasına ait bulgular aşağıda sunulmuştur. Katılımcıların çalışmaktaki sağlık kurumlarda ki meslek grup dağılımları **Şekil 6** da belirtilmiştir



Şekil 6. Katılımcıların çalışmakta olduğu sağlık kurumlarına göre dağılımı

Çalışmaya 184 acil servis sağlık bakımı çalışanı katılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ve mesleki durumları ve acilde çalışma süreleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların bazı demografik ve mesleki özellikleri

Demografik ve mesleki özellikler		Sayı (n)	Yüzde
Yaş dağılımı	15-24 yaş	30	16,3
	25-34 yaş	123	66,8
	35-44 yaş	27	14,7
	45 ve üzeri	4	2,2
Cinsiyet	Erkek	80	43,5
	Kadın	104	56,5
Meslek	Uzman Doktor	15	8,2
	Araştırma Görevlisi Doktor	73	39,7
	Hemşire	68	37,0
	ATT/ Paramedik	28	15,2
Çalışılan kurum	Üniversite	107	58,2
	Eğitim Araştırma Hastanesi	77	41,8
Acilde çalışma süresi	1 yıl ve daha az	35	19,0
	2-4 yıl	87	47,3
	5-9 yıl	45	24,5
	10 yıl ve daha fazla	17	9,2
Toplam		184	100

Katılımcıların çalıştıkları kuruma başvuran hasta sayısı, yaşlı hasta sayısı ve yaşlı istismarı vakası durumu **Tablo 2**'de izlenmektedir.

Tablo 2: Katılımcıların çalıştığı hastaneye göre günlük başvuran hasta sayısı, yaşlı hasta sayısı ve yaşlı istismarı ile karşılaşma oranları dağılımının karşılaştırılması

	Üniversite Hastanesi		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Genel		Pearson χ^2 / P değeri
	S	%	S	%	S	%	
Günlük başvuran hasta sayısı							
0-50 hasta	3	2,8	0	0	3	1,6	χ^2 : 168
50-100 hasta	14	13,1	0	0	14	7,6	P=0,000
100-200 hasta	73	68,2	2	2,6	75	40,8	
200-500 hasta	15	14,0	0	0	15	8,2	
500 hastadan fazla	2	2,6	75	97,4	77	41,8	
Başvuran yaşlı hastalarda belirtilen istismar ve ihmalle karşılaşma yüzdesi							
%0-1	27	25,2	25	32,5	52	28,3	χ^2 : 6,55
%1-5	46	43,0	24	31,2	70	38,0	P=0,256
%5-10	20	18,7	11	14,3	31	16,8	
%10-25	6	5,6	9	11,7	15	8,2	
%25-50	2	1,9	4	5,2	6	3,3	
%50 üzeri	6	5,6	4	5,2	10	5,4	
Toplam	107	100	77	100	184	100	

Katılımcıların ankette yöneltile sorulara verdikleri cevaplara göre, günlük başvuran hasta sayısının eğitim ve araştırma hastanelerinde, üniversite hastanelerine göre oldukça fazla olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Ankete katılan eğitim ve araştırma hastanesi çalışanlarının %97,4'ü kliniklerine günde 500 hastadan fazla hasta başvurduğunu belirtirken, üniversite hastanesi acil servis çalışanlarının %68,2'si kliniklerine günde 100 ile 200 arası hasta geldiğini belirtmiştir. Anket sorularına verilen yanıtlara göre; eğitim ve araştırma hastanesi acil servisinde çalışan katılımcıların %45,5'i günde 200'den fazla 65 yaş üzeri hasta başvurusu olduğunu bildirirken, üniversite hastanesi acil servis çalışanlarının %52,3'üne göre bu sayı 50-100 civarındadır.

“Acil servise başvuran yaşlı hastaların yüzde kaçında yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaşıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara göre; katılımcıların çoğunluğu %1-5 (katılımcıların %38'i) ve %0-1 (katılımcıların %28,3'ü) yanıtını vermiştir. Katılımcıların %5,4'ü ise acil servise başvuran yaşlı hastalarda %50'den fazla istismar ve ihmali ile karşılaştıkları yanıtını vermiştir. Üniversite ve eğitim araştırma hastanesi arasında yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaşma yüzdesi açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Anketi yanıtlayan acil servis çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrasında yaşlı istismarı ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ve konuyla ilgili güncel bilgileri takip etme durumu **Tablo 3**'te izlenmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların mesleklerine göre yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma ve konuyla ilgili güncel bilgileri takip etme durumunun karşılaştırılması

	Uzman doktor	Arş. Gör. doktor	Hemşire	ATT/ Paramedik	Genel	Pearson χ^2 /p değeri
	%	%	%	%	%	
Mezuniyet öncesi eğitim alma durumu						
Evet	13,3	16,4	35,3	42,9	27,2	χ^2 :18,9
Hayır	86,6	83,6	64,7	57,1	72,8	P=0,004
Mezuniyet sonrası eğitim alma durumu						
Evet	33,3	15,1	7,4	10,7	13	χ^2 :10,56
Hayır	66,7	84,9	92,6	89,3	87	P=0,103
Güncel bilgileri takip etme durumu						
Evet	46,6	12,3	14,7	21,4	17,4	χ^2 :27,06
Hayır	53,3	87,7	85,3	78,6	82,3	P=0,000
Toplam	100	100	100	100	100	

Anketi yanıtlayan acil servis çalışanlarının %27,2'si mezuniyet öncesi yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili eğitim aldığını belirtirken, %13'ü mezuniyet sonrasında yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili eğitim aldığını bildirmiştir. Katılımcıların %17,4'ü yaşlı ihmal ve istismarı konusuyla ilgili güncel bilgileri takip ettiğini belirtmiştir. Mezuniyet öncesi ve sonrasında konuyla ilgili eğitim alma durumu katılımcıların meslekleri ile karşılaştırıldığında; ankete katılan hemşirelerin (%35,3) ve acil tıp

teknisyeni / paramediklerin (%42,9), uzman ve araştırma görevlisi doktorlara göre daha fazla kısmı konuyla ilgili mezuniyet öncesi eğitim aldığını belirtmişlerdir. Mezuniyet sonrası yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim alma durumunda ise uzman doktorların %33'ü diğer acil servis sağlık çalışanları guruplarına göre daha fazla oranda eğitim aldığını belirtmiştir. Ancak oluşan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yine diğer meslek guruplarına göre daha fazla oranda olmak üzere uzman doktorların %46,7'si konuyla ilgili güncel bilgileri takip ettiğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Güncel bilgileri en az takip eden gurup ise %12,3 oranı ile araştırma görevlisi doktorlar olmuştur.

Anket sonuçlarına göre katılımcıların %77,7'si yaşlı istismarı ve ihmali konusunda yeterli eğitim almadığını düşünmektedir. Mezuniyet öncesinde eğitim aldığını belirten katılımcıların %64'ü aldıkları eğitimin yeterli olmadığını belirtirken, mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirten katılımcıların ise %62,5'i aldıkları eğitimi yeterli bulmadığını bildirmiştir.

Yaşlı istismarı olgusuyla karşılaşıldığında tanıma ve bildirimde bulunma açısından; katılımcıların %6,5'i kendini yeterli hissederken, %41,8'i kendini yetersiz hissetmektedir, %51,6 oranda katılımcı da kendini orta düzeyde yeterli hissettiğini bildirmiştir. Anketi yanıtlayan acil servis çalışanlarının daha önceden herhangi bir yaşlı istismarı olgusu ile karşılaşp karşılaşmadıklarını, eğer karşılaştılarsa hangi durumda tanı koydukları ve daha çok hangi tip istismarla karşılaştıkları **Tablo 4**'te izlenmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların daha önceden yaşlı istismarı ile karşılaşma durumları, tanı koyma yöntemi, karşılaştıkları istismar tipleri

<i>*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.</i>	S	%
Yaşlı istismar ve ihmali ile daha önce karşılaştınız mı?		
Evet	144	78,3
Fikrim yok	9	4,9
Hayır	31	16,8
Karşılaştıysanız daha çok nasıl tanı koydunuz?*		
Anamnezde	92	50
Fizik muayenede	85	46,2
Radyolojik görüntülemeye	2	1,1
Laboratuvar sonuçlarına göre	7	3,8
Diğer	7	3,8
En sık hangi tip istismarla karşılaştınız?*		
Fiziksel	124	67,4
Psikolojik	95	51,6
Cinsel	9	4,9
Ekonomik	44	23,9
Diğer	5	2,7

Anketi yanıtlayan acil servis çalışanlarının vermiş oldukları yanıtlara göre, katılımcıların %78,3'ü daha önceden yaşlı ihmal ve istismarı olgusuyla karşılaştıklarını belirtmiştir. Anket sonuçlarına göre katılımcılar “Daha çok nasıl tanı koyarsınız?” sorusuna %50 oranında anamnezde, %46,2 oranında ise fizik muayenede yanıtını vermişlerdir. Bu bulgulara göre katılımcıların yaşlı istismarı tanısını daha çok anamnez ve fizik muayene ile koydukları anlaşılmaktadır. Yine

anket sonuçlarına göre katılımcılar tarafından en sık karşılaşılan istismar türleri; %67,4 fiziksel istismar, %51,6 psikolojik istismar, %23,9 ekonomik istismar olarak belirlenmiştir. Katılımcıların az bir kısmı (%4,9) cinsel istismarla karşılaştığını belirtmiştir.

Hazırlanan anket formunda katılımcılara bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan, 5’li likert tipinde 4 başlık altında toplam 21 soru mevcuttu. Anketi yanıtlayan acil servis çalışanlarının bu sorulara vermiş oldukları cevaplar **Tablo 5**’te izlenmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevaplar

1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum	Doğru yanıt verme oranı**	
	S	%
Bilgi düzeyi soruları*		
Anamnezde şüphe uyandıran durumlar sizce nelerdir?		
➤ Hasta ile yakını arasında tutarsızlık olması ⁺⁺	134	72,8
➤ Hastanın kendini güvende hissetmesi ve kendini rahat ifade edebilmesi ⁺	82	44,5
➤ Hastanın tedavisinin ve bakımının zamanında yapılması ⁺	84	45,7
➤ Anamnez ve fizik muayene bulgularının uyumsuzluğu ⁺⁺	148	80,5
➤ Acil servise sık başvurulması ⁺⁺	98	53,3
Fizik muayenede yaşlı istismarını düşündüren bulgular sizce nelerdir?		
➤ Halat, ip izi, morluk, ezik, yanık olması ⁺⁺	158	85,8
➤ Hastanın temiz bakımlı ve hijyen olması ⁺	131	71,2
➤ Dekübit ülseri, pişik, genital enfeksiyon olması ⁺⁺	123	66,9
➤ Depresyon, apati, uyku bozukluğu olması ⁺⁺	88	47,8
➤ Açıklanamayan vajinal ve rektal kanama ⁺⁺	99	53,8
➤ Dehidratasyon, malnutrisyon bulgusu ⁺⁺	114	61,9
Sizce yaşlılardan hangileri yaşlı istismar ve ihmaline daha çok maruz kalmaktadır?		
➤ Sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlar ⁺	107	58,2
➤ Eğitimli, sosyal, bakımlı kişiler ⁺	115	62,5
➤ Dul, boşanmış kadınlar ⁺⁺	84	45,6
➤ Yatağa bağımlı, inkontinansı olan hastalar ⁺⁺	147	79,9
➤ Kırsal bölgede yaşayan yaşlılar ⁺	35	19,0
Sizce hasta yakınlarından hangisi, yaşlı ihmal ve istismar yapmaya daha meyillidir?		
➤ Kızı ya da oğlu ⁺	67	36,4
➤ Damadı ya da gelini ⁺⁺	99	53,8
➤ Alkol bağımlısı olanlar ⁺⁺	148	80,4
➤ İşsiz, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar ⁺⁺	130	70,6
➤ Sosyal, eğitimli kişiler ⁺	87	47,3

*Cronbach's alpha: 0,753 olarak hesaplanmıştır. **Her soru için doğru yanıt olan 1,2 veya 4,5 toplamaları alınmıştır.
+Doğru cevap: 1,2 ++Doğru cevap: 4,5

Tablo 5’te görülen 4 soru başlığı altındaki beşli Likert tipinde oluşturulmuş, bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan maddeler, katılımcıların verdiği 1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum arasında yanıtlandı. Sorunun doğru cevabını işaret edecek şekilde 1,2 veya 4,5 olarak verilen cevap yüzdeleri toplanarak, o sorunun doğru cevaplanma yüzdesi belirlendi. Katılımcılara yöneltilen bilgi sorularından birincisinde; “Anamnezde şüphe uyandıran durumlar nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; “*hasta ile yakını arasında tutarsızlık olması*” %72,8 oranında doğru olarak cevaplanmıştır. “*Hastanın kendini güvende hissetmesi ve kendini rahat ifade edebilmesi*” %44,5 oranında doğru olarak cevaplanmıştır. “*Hasta bakımının ve tedavisinin zamanında yapılması*” %45,7 oranında doğru olarak cevaplanmıştır. “*Anamnez ve muayene bulgularında uyumsuzluk olması*” ve “*acil servise sık başvuru*” sırasıyla %80,5 ve %53,3 oranında doğru olarak cevaplanmıştır. Görüldüğü gibi acil servis çalışanlarınca en fazla oranda bilinen istismar açısından şüphe uyandıran durum anamnez ve muayene bulgularında uyumsuzluk ile hasta ve hasta yakını arasında tutarsızlık olarak bulunmuştur.

“Fizik muayenede yaşlı istismarını düşündüren bulgular nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; “*halat, ip izi, morluk, ezik, yanık olması*”, “*hastanın kirli, bakımsız ve hijyeninin bozuk olması*”, “*dekübit ülseri, pişik, genital enfeksiyon olması*”, “*depresyon apati uyku bozukluğu olması*”, “*açıklanamayan vajinal, rektal kanama olması*”, “*dehidratasyon bulgusu, malnutrisyon*” maddeleri sırasıyla; %85,8, %71,2, %66,9, %47,8, %53,8, %61,9 oranında doğru olarak cevaplanmıştır. Görüldüğü gibi acil servis çalışanlarınca yaşlı istismar ve ihmali

açısından şüphe uyandıracak fizik muayene bulgularından en fazla oranda bilinenler sırasıyla; halat, ip izi, morluk, ezik yanık ve dekübit ülseri, pişik, genital enfeksiyon olması ve dehidratasyon, malnutrisyon bulguları olması olarak sıralanabilir.

Hangi yaşlıların daha fazla istismar ve ihmale maruz kalabileceği ile ilgili soruya verilen yanıtlar incelendiğinde; “sosyoekonomik düzeyi düşük hastalar”, “düşük eğitim düzeyi, zayıf, bakımsız kişiler”, “dul boşanmış kadınlar”, yatalak, inkontinansı olan hastalar”, “kırsal bölgede yaşayan yaşlılar” maddeleri sırasıyla; %58,2, %62,5, %45,6 ve %79,9, %19 oranında doğru olarak cevaplanmıştır. Görüldüğü gibi katılımcılar tarafından en yüksek oranda bilinen yaşlı istismarı risk faktörü, yatalak, inkontinansı olan hastalar olarak bulunmuştur.

Yaşlı insanların en çok hangi yakınları tarafından istismara uğradığı ile ilgili soruya verilen yanıtlar incelendiğinde; “kızı ya da oğlu”, “damadı ya da gelini”, “alkol bağımlısı olanlar”, “işsiz, sosyoekonomik durumu düşük olanlar”, “asosyal eğitimsiz kişiler” maddeleri doğru cevap veren katılımcıların oranı sırasıyla; %36,4,%53,8, %80,4, %70,6, %47,3 oranında doğru olarak cevaplanmıştır.

Ankette yer alan konu ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan 4 sorudaki 21 madde için, her doğru cevap için bir puan verilmiştir. Katılımcıların puan ortalaması 12,36, puan ortancası 13, standart sapma 3,93, en düşük puan 1, en yüksek puan 20 olarak hesaplanmıştır. Yaşlı istismarı ve ihmaline yönelik bilgi puan ortalamalarının katılımcıların bazı demografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımı **Tablo 6**’da verilmiştir.

Tablo 6. Bilgi puanı ortalamalarının, katılımcıların bazı demografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımının karşılaştırılması

Özellikler	S	Ortalama	S. sapma	Min- Max	P değeri*
Cinsiyet					
Erkek	80	11,48	4,0	3-17	0,007
Kadın	104	13,04	3,7	1-20	
Meslek					
Uzman Doktor	15	12,26	3,2	5-17	0,768
Araştırma Görevlisi Doktor	73	12,02	3,7	3-20	
Hemşire	68	12,55	3,8	2-20	
ATT/ Paramedik	28	12,85	4,9	1-20	
Kurum					
Üniversite Hastanesi	107	12,48	4,0	1-20	0,638
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	77	12,20	3,8	3-20	
Yaş					
15-24 yaş	30	13,43	4,4	4-20	0,456
25-34 yaş	123	12,14	3,7	1-20	
35-44 yaş	27	12,22	4,2	3-18	
45 ve üzeri	4	12,25	2,6	10-16	
Çalışma süresi					
1 yıl ve daha az	35	12,11	3,7	2-19	0,383
2-4 yıl	87	12,75	3,8	3-20	
5-9 yıl	45	11,60	4,5	1-18	
10 yıl ve daha fazla	17	12,94	2,9	6-17	
Toplam	184	12,36	3,93	1-20	

*One-way Anova testi uygulandı

Tablo 6’da görüldüğü gibi katılımcıların bilgi puanları, yalnızca cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Anketi yanıtlayan kadın katılımcıların bilgi puanı ortalaması erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bilgi puan ortalaması ile meslek gurupları ve kurum, yaş ve acil serviste çalışma süresi arasında herhangi bir farklılık ortaya çıkmamaktadır.

Katılımcıların yaşlı istismarı ve ihmali konusunda daha önceden bildirimde bulunma durumları ve hangi yolla bildirimde bulunduklarına ilişkin bulgular ve bu durumların katılımcıların bazı özellikleriyle ilişkisine yönelik bulgular **Tablo 7** ve **Tablo 8**’de gösterilmektedir.

Tablo 7. Daha önceden yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili bildirimde bulunma durumunun katılımcıların bazı özelliklerine göre dağılımı

<i>Katılımcıların bazı özellikleri</i>	Daha önceden bildirimde bulundunuz mu?	
	Evet (%)	X²/ p değeri
Meslek		
Uzman Doktor	60,0	
Araştırma Görevlisi Doktor	37,0	15,4/ 0,017
Hemşire	19,1	
ATT/ Paramedik	25,0	
Kurum		
Üniversite Hastanesi	29,9	0,95/ 0,621
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	31,2	
Acil serviste çalışma süresi		
1 yıl ve daha az	5,7	
2-4 yıl	34,5	18,4/ 0,005
5-9 yıl	31,1	
10 yıl ve daha fazla	58,8	
Mezuniyet öncesi eğitim alma durumu		
Evet	32,0	
Hatırlamıyorum	19,4	8,09/ 0,088
Hayır	41,9	
Mezuniyet sonrası eğitim alma durumu		
Evet	66,7	
Hatırlamıyorum	20,6	18,3/ 0,001
Hayır	26,2	
Toplam	30,4	

Anket sonuçlarına göre, çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının %30,4'ü daha önceden yaşlı istismar ve ihmal olgusu ile ilgili bildirimde bulunduklarını bildirmektedir. Ankete katılan acil servis çalışanlarından, uzman doktorların %60'ının daha önceden bildirimde bulunduğu saptandı, bu oran diğer meslek guruplarından daha yüksektir. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Daha önce bildirimde bulunma durumu, çalışılan kuruma göre değerlendirildiğinde anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Acil serviste 10 yıl ve daha uzun süredir çalışan katılımcılarda en yüksek oranda daha önceden bildirimde bulunduklarını belirtmiştir. Daha önceden bildirimde bulunma durumu mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma durumuyla karşılaştırıldığında, mezuniyet öncesi eğitim alanlarda ve almayanlarda anlamlı bir fark izlenmezken, mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirten katılımcıların %66,7'si daha önceden bildirimde bulunduklarını ifade etmiştir, bu oran eğitim almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ankette daha önceden yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaştığını belirten katılımcıların %36,1'i daha önce yaşlı istismar vakası ile ilgili bildirimde bulunduğu belirtmiştir. Yani daha önceden istismar vakası ile karşılaşan acil servis çalışanlarının yaklaşık %64'ü bildirimde bulunmamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların mesleklerine göre bildirimde bulunma biçiminin değerlendirilmesi

Bildirimde bulunma şekli*	Uzman		Arş gör.		Hemşire		ATT/ Paramedik		Genel	
	Doktor		Doktor							
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Adli bildirimde bulunma**	9	60,0	43	58,9	13	19,1	7	25,0	72	39,1
Savcılığa yazılı bildirim	1	6,7	8	11,0	1	1,5	0	0	10	5,4
Sosyal hizmetlere bildirim	4	26,7	16	21,9	22	32,4	5	17,9	47	25,5
Polise haber verme**	7	46,7	17	23,3	19	27,9	16	57,1	59	32,1
Diğer	0	0	2	2,7	5	7,4	1	3,6	8	4,3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler verilmiştir, anlamlılık testi olarak Ki-kare yapılmıştır. **P<0,05

Çalışmaya katılan acil servis çalışanları yaşlı istismarı ve ihmalini nasıl bildirdikleri sorusuna; %39,1 oranında adli bildirimde bulunma, %32,1 oranında polise haber verme, %25,5 oranında sosyal hizmetlere bildirim, %5,4 oranında savcılığa yazılı bildirim ve %4,3 oranında diğer (nasıl bildirimde bulunduklarını bildirmemişler.) olarak cevap vermişlerdir. Uzman ve araştırma görevlisi doktorlar bildirimde bulunma şekliyle ilgili “adli bildirimde bulunma” seçeneğini daha çok tercih ederken, hemşireler “sosyal hizmetlere bildirme” seçeneğini, acil tıp teknisyeni ve paramedikler ise “polise haber verme” seçeneğini daha çok tercih etmişlerdir. Bütün guruplarda en az tercih edilen bildirimde bulunma şekli “savcılığa yazılı bildirim” olarak bulunmuştur.

Daha önceden bildirimde bulunmuş olan sağlık çalışanlarının bildirimde bulunma şekli analiz edildiğinde ise %66,9 oranında “adli bildirimde bulunma” seçeneğinin tercih edilmiş olduğu görülüyor.

Bundan sonraki kısımda çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmaline karşı tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçlayan dört soru, anket sonuçlarına göre analiz edildi (**Tablo 9**). Katılımcıların yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaştıklarında ne gibi zorluklarla karşılaştıklarına ilişkin soruya verdikleri yanıtlara göre; acil servis çalışanlarının %64,1’i hastadan öykü alırken, %30,4’ü fizik muayene yaparken, %26,6’sı kurumlarla iletişim ve yasal süreçlerde, %22,3’ü kayıt tutarken zorluk yaşadığını bildirmiştir. Beş katılımcı ise destek hizmetlerinden, tedavi yaparken gibi durumlarda zorluklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Mesleklere göre zorluklarla karşılaşma oranına bakılacak olursa, uzman doktorların %66,7’si daha çok kurumlarla iletişim ve yasal süreçler konusunda zorluklarla karşılaştığını belirtmiştir. Araştırma görevlisi doktorlar, hemşireler ve paramedikler ise en yüksek oranda öykü alırken zorluk yaşadıklarını belirtmiştir. Öykü alırken zorlukla karşılaştığını bildirme oranı en yüksek grup araştırma görevlisi doktorlar olarak bulunurken, kurumlarla iletişim ve yasal süreçlerde zorluk yaşadığını ise en yüksek oranda uzman doktorlar belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Tablo 9. Katılımcıların mesleklerine göre yaşlı istismarı ve ihmali konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

<i>Sorular*</i>	Uzman Doktor	Arş gör. Doktor	Hemşire	ATT/ Paramed.	Genel
	%/S	%/S	%/S	%/S	%/S
Zorluk yaşanan durumlar					
Öykü alırken ⁺	53,3/ 8	74,0/ 54	52,9/ 36	71,4/ 20	64,1/118
Fizik muayene yaparken ⁺⁺	20/ 3	21,9/ 16	35,3/ 24	46,4/ 13	30,4/ 56
Kayıt tutarken ⁺⁺	20/ 3	19,2/ 14	23,5/ 16	28,6/ 8	22,3/ 41
Kurumlarla iletişim/ yasal süreçler ⁺	66,7/ 10	23,3/ 17	29,4/ 20	7,1/ 2	26,6/ 49
Diğer	6,7/ 1	1,4/ 1	2,9/ 2	3,6/ 1	2,7/ 5
Bildirimde bulunmama sebepleri					
Kendimi yeterli hissetmiyorum ⁺⁺	20,0/ 3	50,7/ 37	35,3/ 24	42,9/ 12	41,3/ 76
Nasıl yapılacağını bilmiyorum ⁺⁺	6,7/ 1	27,4/ 20	35,3/ 24	21,4/ 6	27,7/ 51
Daha çok klinik problemleri ilgilendiriyor ⁺⁺	33,3/ 5	15,1/ 11	13,2/ 9	17,9/ 5	16,3/ 30
Vaktim olmuyor ⁺⁺	13,3/ 2	26,0/ 19	14,7/ 10	7,1/ 2	17,9/ 33
Diğer	26,7/ 4	2,7/ 2	14,7/ 10	7,1/ 2	9,8/ 18
Bildirimde bulunmada yaşanan çekinceler					
Hastanın inkar etmesi ⁺	26,7/ 4	42,5/ 31	47,1/ 32	75,0/ 21	47,8/ 88
Hasta yakınlarını kızdırmak ⁺⁺	26,7/ 4	26,0/ 19	36,8/ 25	21,4/ 6	29,3/ 54
Hasta hekim gizliliğini ihlal etmek ⁺⁺	33,3/ 5	26,0/ 19	13,2/ 9	21,4/ 6	21,2/ 39
Fazladan iş yükü ⁺⁺	26,7/ 4	28,8/ 21	13,2/ 9	21,4/ 6	21,7/ 40
Diğer	0/0	1,4/ 1	11,8/ 8	7,1/ 2	6,0/ 11
Yaşlı istismarını önlemeye yönelik öneriler					
Yasa düzenlemeleri yapılmalı	73,3/ 11	67,1/ 49	52,9/ 36	57,1/ 16	60,9/ 112
Bakımevleri, evde destek birimleri	66,7/ 10	84,9/ 62	61,8/ 42	64,3/ 18	71,7/ 132
Sağlık çalışanlarının eğitilmesi	60,0/ 9	63,0/ 46	47,1/ 32	67,9/ 19	57,6/ 106
Sosyal hizmetlere erişim kolaylığı sağlanmalı	80,0/ 12	63,0/ 46	51,5/ 35	64,3/ 18	60,3/ 111
Diğer	6,7/ 1	0/0	1,5/ 1	7,1/ 2	2,2/ 4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Anlamlılık testi olarak Ki-kare yapılmıştır. ⁺ p<0,05, ⁺⁺ p>0,05

Katılımcılara bildirimde bulunmama nedenleri sorulduğunda; %41,3 oranında kendini yeterli hissetmeme, %27,7 oranında nasıl yapılacağını bilmeme, %17,9 oranında vakit bulamama, %16,3 oranında daha çok klinik problemleri ile ilgilenme olarak cevaplanmıştır. 18 katılımcı ise diğer seçeneği altında '*Emin olmadığım için ve yakınlarını damgalamamak gerektiğini düşündüğüm için yaşlı istismara ait kamera kayıt, bakımevi yerinde görülmeli*', '*Bildirim ve mevzuatın kolaylaştırılması, sosyal yardım ve barınma için devlet ulaşımın kolaylaştırılmalı*', '*Sonuç alınmadığından yasaların yetersizliği nedeniyle yaptırımın olmaması*', '*Acil servis yoğun olduğu için*', '*Hastaların yeterli korunmadığını düşünüyorum*', '*Hastaya daha çok zarar vereceğini düşünüyorum*' gibi nedenlerden bahsetmiştir. Mesleklere göre karşılaştırıldığında uzman doktorlar bildirimde bulunmama nedenleri olarak en çok "hastaların klinik problemleri beni daha çok ilgilendiriyor" seçeneğini işaretlemiştir. Diğer meslek gurupları ise en çok "kendini yeterli hissetmeme" ve "nasıl yapılacağını bilmeme" seçeneklerini işaretlemiştir (p>0,05).

Katılımcılara bildirimde bulunmada yaşadıkları çekinceler sorulduğunda; %47,8 oranında hastanın inkar etmesinden çekindiklerini bildirmiştir. Daha az oranda ise sırasıyla; %29,3 hasta yakınlarını kızdırmaktan, %21,7 oranında fazladan iş yükünden, %21,2 hasta hekim gizliğini ihlal etmekten çekindiklerini bildirmiştir. Altı katılımcı ise '*emin olmadığım için*', '*destek bulamadığım için*' gibi nedenlerden dolayı çekindiklerini bildirmiştir. Meslek guruplarıyla karşılaştırıldığında, hastanın inkar etmesinden %75 oranında en çok paramediklerin çekindiği bulunmuştur (p=<0,05). Uzman doktorlar ise daha çok (%33,3) hasta hekim gizliğini ihlal etmekten çekindiğini bildirmiştir (p>0,05).

Katılımcılara yaşlı istismarını önlemeye yönelik önerileri sorulduğunda; en çok %71,7 oranında yaşlı bakımevleri, kurumlar ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği, sonra sırasıyla; %60,9 oranında yasal düzenlemelerin yapılması gerektiği, %60,3 oranında hastanelerde sosyal hizmetlere ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması gerektiği, %57,6 oranında ise sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca dört katılımcı da '*Yaşlıya saygılı, ön yargılı olunmamalı, öf bile denilmemeli*', '*İnsanlar, yaşlıya saygı, sevgi, merhamet açısından eğitilmeli*', '*Denetimler daha fazla yapılmalı*' gibi önerilerde bulunmuştur.

Ankete katılan acil servis çalışanlarının bildirimde bulunmama ve yaşadıkları çekinceleri daha iyi analiz edebilmek için, daha önceden yaşlı istismarı vakası ile karşılaştığını bildiren ve daha önce hiç yaşlı istismarı bildiriminde bulunmayan 92 katılımcı seçildi. Bu alt grupta bildirimde bulunmama nedenleri ve yaşadıkları çekinceler analiz edildi. (**Tablo 10**)

Yaşlı istismar ve ihmali ile daha önce karşılaşan ve daha önceden hiç bildirimde bulunmayan 92 katılımcının bildirimde bulunmama sebepleri incelendiğinde; %42,4 kendini yeterli hissetmeme, %37 nasıl yapılacağını bilmeme olarak bulunmuştur. Bildirimde bulunmada yaşanan çekincelere bakıldığında ise en çok çekinceler; %41,3 oranında hastanın inkar etmesi ve %34,8 oranında ise hasta yakınlarını kızdırmak olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Yaşlı istismarı ile karşılaşan ve daha önce hiç bildirimde bulunmamış katılımcıların bildirimde bulunmama sebep ve çekincelerinin değerlendirilmesi

<i>Yaşlı istismarı ile karşılaşmış ve bildirimde bulunmamış kişiler</i>	<i>S / %</i>
Bildirimde bulunmama sebepleri	
Kendimi yeterli hissetmiyorum	39/ 42,4
Nasıl yapılacağını bilmiyorum	34/ 37,0
Daha çok klinik problemleri ilgilendiriyor	14/ 15,2
Vaktim olmuyor	21/ 22,8
Diğer	10/ 10,9
Bildirimde bulunmada yaşanan çekinceler	
Hastanın inkar etmesi	38/ 41,3
Hasta yakınlarını kızdırmak	32/ 34,8
Hasta hekim gizliliğini ihlal etmek	19/ 20,7
Fazladan iş yükü	24/ 26,1
Diğer	8/ 8,7
Toplam	92*

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada değişen yaşam koşulları ile birlikte yaşlı nüfusunun hızla artıyor olması, yaşlı ihmal ve istismarının daha fazla önem kazanmasına neden olmuştur. Sağlık çalışanları tarafından uzun zamandan beri çocuk istismarı konusuna yoğunlaşmasına karşın yaşlı istismarı konusu yeterli ilgiyi görmemiştir.³⁹ Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkelerinde bu konuyla ilgili bilimsel araştırmalar ve düzenlemeler 1970’li yıllarda başlamış olmasına rağmen, ülkemizde ilk çalışma 1996 yılında yapılmıştır ve halen doğrudan yaşlı ihmal ve istismarını önlemeye yönelik yeterince çalışma yoktur.³⁹ Bu çalışmanın en önemli özelliği özellikle yaşlı ihmal ve istismarına maruz kalan yaşlı hastaların sağlık kuruluşlarına ilk başvuru yerlerinden biri olan acil servislerde yapılmış olmasıdır.

Küresel bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilen yaşlı ihmal ve istismarı, uzun yıllar göz ardı edilmiştir. Ülkemizde yapılmış olan çalışmalara bakıldığında; Artan tarafından 1996 yılında huzurevlerinde kalan yaşlılara yönelik yapılan çalışmada yaşlıların %25,7’sinin ailelerinde fiziksel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır.⁶⁴ İlhan tarafından 2005 yılında Ankara ili Yenimahalle ilçesi Anadolu mahallesinde 65 yaş üstü 275 kişi üzerinde yaşlı istismarı etkenleri ve sıklığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada yaşlıların %18’inde aile içi yaşlı istismarı saptanmıştır.³⁹ Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ise dünya genelinde yaşlı istismarı sıklığı %1 ila %35 arasında değişmektedir.³⁸ Bu oranların ne ölçüde gerçeği yansıttığı tartışılmaktadır. Yaşlı istismarı ve ihmalini değerlendirmek ve

belirlemek zordur. Bu yüzden mevcut verilerin buz dağının sadece görünen kısmı olabileceği düşünülmektedir.

Yaşlı ihmal ve istismarının tanınması ve değerlendirilmesinde genelde hasta ile ilk karşılaşan ekip olan acil servis sağlık çalışanları önemli rol oynamaktadır. Aynı zamanda 24 saat hizmet veren acil servisler yaşlı istismarı ve ihmali gibi sosyal konularla ilgili vakalar için ana giriş kapısını oluşturmaktadır. Maalesef, aşık fiziksel yaralanma bulguları olmadığında yaşlı ihmal ve istismarını tanımak sıklıkla güçtür. Tanınsa bile yaklaşım her zaman basit değildir. Bu konudaki bilgi eksikliği istismar vakalarının kolaylıkla atlanabilmesine neden olabilmektedir. Bu çalışmada aynı zamanda acil servis sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal ve istismarı konusunda bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları belirlenmiştir.

Ülkemizde ve dünyada daha önceden yapılmış olan benzer çalışmalar mevcuttur. 2006 yılında yayınlanmış olan; İzmir ilinde, çalışmamızla benzer özellikte iki üniversite ve iki eğitim ve araştırma hastanesi acil servis sağlık çalışanları üzerinde yaşlı ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyi ve klinik tecrübeleri inceleyen çalışmaya katılan 125 kişinin %55,2'si doktorlardan, %40,8'i hemşirelerden, %4'ü diğer acil servis sağlık çalışanlarından oluşmaktadır.⁶⁵ Yine dünyada, birinci basamak sağlık çalışanları, geriatri uzmanları, kadın doğum uzmanları üzerinde yapılmış olan yaşlı istismarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları belirlemeye yönelik çalışmalar mevcuttur.^{66,67,68}

Çalışmamıza Ankara il merkezinde hasta başvuruların daha fazla olduğu eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri seçilmiştir. Acil servise

günlük başvuran yaşlı hasta sayısına bakıldığında katılımcıların verdiği yanıtlara göre, gelen hasta sayısı ile paralel olarak eğitim ve araştırma hastanelerinde daha fazla yaşlı hasta başvurduğu kabul edilirse burada çalışan personelin daha fazla yaşlı istismarı olgusuyla karşılaşması beklenebilir. Bununla birlikte başvuran hasta sayısının fazla olması nedeniyle yaşlı ihmal ve istismarı tanınması göz ardı edilebilir. Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının⁶⁵ çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Yaşlı istismarı üzerine yakın bir zamanda yapılmış olan derleme çalışmasının sonuçlarına göre; ABD’de yaşlıların %10’u çeşitli şekillerde istismara uğramaktadır, aynı zamanda demansı olan yaşlılarda bu oran %47,3’e çıkmaktadır. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre; Avrupa ülkelerine bakıldığında %2,2 ile en az İrlanda’da, %61,1 ile en fazla Hırvatistan’da yaşlı istismarına rastlanılmaktadır. Asya ülkelerine bakıldığında, %36,2 ile Çin’de en fazla, %14 ile Hindistan’da en düşük sıklıkta görülmektedir.⁶⁹ Bu veriler yaşlı istismarının önemli bir toplumsal sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Yine ülkemizde Lök tarafından 2015 yılında yapılmış olan sistematik derleme çalışması da yaşlı ihmal ve istismarının boyutlarını ortaya koyan önemli sonuçlar içermektedir.³⁹

Çalışmamızda acil servise başvuran yaşlı hastalarda yaşlı ihmal ve istismarının görülme sıklığı sorusuna verilen yanıt incelendiğinde; katılımcıların %66,3’ü %5’in altında olduğunu düşündüğü görülmektedir. Türkiye’de ve dünyada yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre bu oranların çok daha yüksek olması beklenebilir. Aynı şekilde Mandıracıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan

çalışmada da katılımcıların %74,4'ü yaşlı ihmal ve istismarının Türkiye'de sık görülen bir durum olmadığını düşünmüşlerdir.⁶⁵ Almogue ve arkadaşlarının çalışmasında 'Yaşlıların yaşlı ihmal ve istismara çok az sayıda uğradıklarını mı düşünüyorsunuz' sorusuna katılımcıların %64'ü evet olarak yanıtlamıştır.⁷⁰ Kennedy'inin yapmış olduğu birinci basamak hekimlerinin yaşlı istismarı konusundaki bilgi düzeyi ve tutumlarını inceleyen çalışması sonuçlarına göre, katılımcıların ancak ¼'ünde kendi hasta popülasyonunda yaşlı istismarının önemli bir problem olduğunu belirtirken, yalnızca %18'i yaşlı istismarının aile içi şiddet ve çocuk istismarı kadar sık olabileceğini düşündüğünü belirtmiştir.⁷¹ Bizim çalışmamızda ve literatürdeki benzer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında; bu durum yaşlı ihmal ve istismarının sağlık çalışanları tarafından görülme sıklığının tam olarak bilinmediği ve yaşlı istismarının çok az görüldüğü düşüncesinde olunduğunu sanılmaktadır.

Literatürde daha önceden yapılan, yaşlı istismarı ve ihmali karşı bilgi düzeyi, tutum ve yaklaşımları araştıran benzer çalışmalarda ^{65,71,72} yaşlı ihmal ve istismarının tanınması ve yönetilmesinde büyük oranda yetersizlikler olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda katılımcılar yeterli eğitim almadıklarından dolayı kendilerini yeterli hissetmediklerini vurgulamışlar.

Tıp eğitiminde yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili eğitimin durumu incelendiğinde; acil servis çalışanlarının %27,2'si mezuniyet öncesi aldığını belirtirken, %13'ü mezuniyet sonrasında yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili eğitim aldığını bildirmiştir. Katılımcıların yalnızca %17,4'ü yaşlı ihmal ve istismarı

konusuyla ilgili güncel bilgileri takip ettiğini belirtmiştir. Bu oranlar oldukça düşük görünmektedir.

Literatür incelendiğinde, Malezya’da çok yakın zamanda doktor ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, doktorların %90’ının, hemşirelerin %50’sinin daha önceden yaşlı istismar ve ihmali konusunda herhangi bir eğitim almadığı rapor edilmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre; hemşirelerin 2/3’ü konuyla ilgili makaleleri takip ederken, doktorların yaklaşık %15’i konuyla ilgili güncel bilgileri takip ettiğini bildirmiştir.⁷² Bu çalışmanın aksine, çalışmamızda ise uzman doktorların yaklaşık %50’si güncel bilgileri takip ettiğini belirtirken, araştırma görevlisi doktorların yalnızca %12,3’ü konuyla ilgili güncel bilgileri takip ettiğini belirtmiştir. Araştırma görevlisi doktorların yaşlı ihmali ve istismarı hakkında güncel bilgileri daha düşük oranda takip etmelerinin nedeni özel bir hasta grubu olan yaşlı ihmal ve istismar hastalarının eğitim müfradatında geri planda olması olabilir. Bu açıdan ele alındığında yaşlı ihmal ve istismarı olgularının tanınması, bildirilmesi, raporlanması ve konunun öneminin vurgulanması açısından uzman doktor ve öğretim üyelerinin sorumluluğu artmaktadır. Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların %24’ü daha önceden mezuniyet öncesi veya sonrasında herhangi bir eğitim almadıklarını bildirmiştir.⁶⁵ İngiltere’de Thomson ve ark. geriatri asistanları üzerinde yaptığı bir çalışmada ise, geriatri uzmanlık eğitimi kapsamında bile yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili yeterli eğitimin alınmadığı ve bu yüzden yaşlı istismarı vakalarını tanımada ve raporlamada kendilerine güvenmedikleri ortaya çıkmıştır. Çalışmaya katılan geriatri asistanlarının %80’i konuyla ilgili aldığı eğitimin kalite ve süresini yetersiz

bulmuştur.⁶⁷ Birinci basamak hekimleri üzerinde ABD’de Wagenaar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, aile hekimi, dahiliye uzmanı ve acil tıp uzmanından oluşan 222 hekimin %51’i uzmanlık eğitimi sırasında yaşlı istismarı ile ilgili herhangi bir eğitim almadıklarını bildirirken, %38’i 1-5 saat, %12’si 6 saat üzerinde eğitim aldığını bildirmiştir. Yine bu çalışmada katılımcı hekimlerin %67’si çalışmamıza paralel olarak aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını belirtmiştir.⁶⁶

ABD’de aile hekimi ve dahiliye uzmanları üzerinde yapılan benzer bir çalışmada da katılımcıların %13’ü asistanlık döneminde, %9’u mezuniyet sonrasında konuyla ilgili eğitim aldıklarını bildirmiştir.⁷¹ ABD’de Jones ve arkadaşları tarafından acil tıp uzmanları üzerinde yaşlı istismarı ile ilgili yapılan ulusal anket çalışması incelendiğinde asistanlık döneminde yaşlı istismarı ile ilgili yalnızca %25 oranında eğitim alındığı, buna karşın aile içi şiddet konusunda %63, çocuk istismarı konusunda ise %87 gibi yüksek bir oranda eğitim alındığı ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi seminerlerinde de yaşlı istismarı konusuna, aile içi şiddet ve çocuk istismarı konularına göre daha az yer verildiği ortaya çıkmıştır.⁷³

Çalışmamızda anket sonuçlarına göre; katılımcıların %77,7’si yaşlı ihmal ve istismarı konusunda yeterli eğitim almadıklarını, mezuniyet öncesinde eğitim aldığını belirten katılımcıların %64’ü, mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirten katılımcıların ise %62,5’i aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu düşündükleri göz önüne alınırsa, yaşlı ihmal ve istismarı eğitimlerinin tekrar gözden geçirilmesi ve verimliliğin artırılması düşünülebilir. Bu konuda ülkemizde ve daha gelişmiş ülkelerde yaşlı istismar ve ihmaline yönelik eğitim faaliyetleri gerek mezuniyet

öncesi dönemde, gerekse sürekli tıp eğitimi kapsamındaki seminerlerde gereken yeri bulamamıştır. Çocuk istismarı, yaşlı istismarına göre daha üzerinde durulan ve farkındalığın daha yüksek olduğu bir konu olduğu görülmektedir. Yukarıda bahsedildiği gibi yaşlı istismarı da çocuk istismarı kadar hatta daha fazla olduğu düşünülen bir durum olmasına karşın bu konuyla ilgili yeterli düzeyde eğitim verilmemektedir.

Ankete katılanların %41,8 oranında yaşlı ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaşıldığında tanıma ve bildirimde bulunmada kendilerini yetersiz bulduklarını bildirmişlerdir. Thomson ve ark. geriatri asistanları üzerinde yapılan çalışmasında ise çalışmamızla benzer olarak katılımcıların yalnızca %5,4'ü kendini yeterli hissettiğini ifade etmiştir.⁶⁷ Kennedy'inin çalışmasında ise birinci basamak hekimlerinin %80'i yaşlı ihmal ve istismarı konusunda kendilerini yeterli hissetmediklerini ifade etmiştir.⁷¹ Bu konu ile ilgili olarak yaşlı ihmal ve istismarı konusunda yeterli eğitim ve destek hizmetleri verilerek bu sorun önenebilir.

Sağlık çalışanların yaşlı ihmal ve istismar ile karşılaşma oranları incelendiğinde; Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %13,6'sı yaşlı istismarı olgusu ile daha önceden karşılaşmadıklarını bildirmiştir.⁶⁵ Jones ve arkadaşları tarafından ABD'de acil servis çalışanları üzerinde yapılan ulusal anket çalışmasının sonuçlarına göre; çalışmamızla benzer olarak katılımcıların %79'u son bir yıl içinde yaşlı ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaştığını, %32'si ise son bir yılda ikiden fazla, %15'i ise yılda sekiz vakadan fazla istismar vakasını değerlendirdiğini bildirmiştir.⁷³ Ahmed ve arkadaşlarının

doktor ve hemşirelerden oluşan başka bir çalışma gurubunda ise son bir yılda yaşlı istismarı vakasıyla karşılaşma oranı %26 olarak bulunmuştur.⁷² Bizim alışmamızda ise %16,8'i daha önceden hiç yaşlı istismarı olgusu ile karşılaşmadığını %78,3'ünün ise daha önceden yaşlı istismarı olgusuyla karşılaştığını bildirmişlerdir.

Hangi çeşit yaşlı ihmal ve istismarına maruz kalındığına dair yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde; Jones ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada daha önce yaşlı ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaşmış olan acil servis doktorlarının %91'i ihmal, %69'u dövülme ve fiziksel istismar, %68'i duygusal istismar, %49'u ekonomik istismar, %14' cinsel istismar ile karşılaştıklarını bildirmiştir.⁷³ Bond ve Butler'in yayınlamış olduğu makalede yaşlı istismar türlerine ve bunların sıklığına bakıldığında; ihmal (%48,7), psikolojik istismar (%35,4), ekonomik istismar (%30,2), fiziksel istismar (%25,6), cinsel istismar (%1), terk etme (3,6) olarak bildirilmiştir. Eslami ve ark. yaptığı başka bir prevalans çalışmasında da; 7 Avrupa ülkesinde yaşam boyu yaşlı istismarına uğrama prevalanslarına bakıldığında istismar türlerine göre sıklık; %34 psikolojik istismar, %18,5 ekonomik istismar %11,5 fiziksel istismar, %5 seksüel istismar olarak bildirilmiştir.⁷⁵ Yaşlı istismarı ile ilgili Pillemer ve ark. yaptığı derleme çalışmasının sonuçlarına göre ise en sık emosyonel istismar, ikinci sıklıkla ekonomik istismar, üçüncü sıklıkta ihmal yer alırken fiziksel istismar daha geride kalmıştır.⁷⁶ İlhan tarafından 2006 yılında ülkemizde yapılan çalışmanın sonuçlarına göre de; duygusal istismar tüm istismar türleri içerisinde %40,5 oranıyla en fazla görülürken, ihmal tüm istismarların %26'sını, ekonomik istismar %20,3'n,

fiziksel istismarın ise yalnızca %9,5'ini oluşturduğu bildirilmiştir.³⁹ Çalışmamızda; katılımcıların %67,4'ü fiziksel istismarla, %51,6'sı psikolojik istismarla, %23,9'u ekonomik istismarla ve %4,9'u cinsel istismar vakasıyla karşılaştığını bildirmişlerdir. Çalışma verilerine göre en sık fiziksel istismar, en az cinsel istismar vakasıyla karşılaşıldığı görülmektedir. Katılımcıların yanıtları incelendiğinde genel olarak fiziksel istismarın daha sık görüldüğü dikkati çekmektedir. Bu durum acil servis sağlık çalışanların yaşlı hasta başvurularında objektif hasta şikayetine yönelmesi, hastanın medikal sorunlarına öncelik vermesi nedeniyle fizik muayene bulguları daha çok öne çıkması nedeniyle daha çok fiziksel istismarı göz önüne aldığı, psikolojik, ekonomik, cinsel istismarı dikkate almadıkları düşünülebilir.

Katılımcıların yaşlı ihmal ve istismarı olgusuyla karşılaştıklarında nasıl tanı koyduklarını ve nasıl yaklaştıkları incelendiğinde; en sık anamnez ve fizik muayene bulgularıyla tanı koyduklarını belirtmişlerdir. Yaşlı istismar ve ihmalini tanımak için öncelikle anamnez ve fizik muayenede şüphe uyandıran özellikleri ve risk faktörlerini bilmek gereklidir. Kıssal ve Beşer'in 2009 yılında yapmış olduğu derleme çalışmasında ihmal ve istismara ait anamnez ve fizik muayene bulguları kabaca; problemin nedeninde belirsizlik, aile üyelerinin uygunsuz reaksiyonları, yaralanmanın ciddiyetini önemsememe ve başvuruda gecikme olması, fizik muayene ile anamnez arasında uyumsuzluk olması, sık acile başvuru, farklı iyileşme evresindeki kırıklar, yeme bozukluğu, somatik şikayetler, korkulu, endişeli görünüm, kötü hijyen, anksiyete, deride ip ve halat, yanık izleri, yaralar, morluklar, dehidratasyon, görme ve işitme kaybına karşın gözlük ve ya işitme cihazı olmaması, tedavi edilmemiş diş problemleri, genital yaralar ve enfeksiyon,

konuşmada bozulma, uygunsuz ilaç kullanımı gibi durumlar olarak sıralanmıştır. Yine aynı çalışmada risk faktörleri incelenmiş ve yaşlıya ait risk faktörleri olarak; kadın cinsiyet, dul/boşanmış olmak, fonksiyonel yetersizlik, bilişsel yetersizlik, bağımlı olma, sosyal izolasyon, ileri yaş, düşük gelir, yakınlarıyla yaşama olarak sıralanmıştır. İstismar eden bireye ait risk faktörleri ise; kişilik problemleri, madde bağımlılığı, işsizlik, maddi yetersizlik, sağlık sorunu olması olarak belirtilmiştir.⁵

Yaşlı ihmal ve istismarı tanısında anamnezde şüpheli bulgulara yönelik yanıtlar incelendiğinde; %80,5 oranında “*anamnez ve muayene bulgularında uyumsuzluk olması*”, %72,8 oranında “*hasta ile yakını arasında tutarsızlık olması*”, seçeneklerinin anamnezde yaşlı ihmal ve istismarına yönelik şüphe uyandıran durumlar olduğu görülmektedir. “*Acil servise sık başvuru*” seçeneği katılımcıların %53’ü tarafından şüphe uyandıran bir durum olarak nitelendirilmiştir. Ancak, anamnezde şüphe uyandırmayan %44,5 oranında “*hastanın kendini güvende hissetmesi ve kendini rahat ifade edebilmesi*” ve %45,7 oranında “*hasta bakımının ve tedavisinin zamanında yapılması*” seçenekleri katılımcılar tarafından şüphe uyandıran durumlar olarak görülmüştür. Bu duruma, katılımcıların bir kısmının seçenekleri okuma hatasından dolayı yanlış olarak değerlendirmiş olmasının neden olduğu düşünülmüştür. Mandıracioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcılar tarafından, yaşlı ihmal ve istismarına yönelik olarak en fazla belirtilen risk faktörleri, bakım verenin stres altında olması ve yaşlının bağımlılık düzeyi olarak belirlenmiştir.⁶⁵ Anamnez yaşlı istismarından şüphelenmede en önemli basamaktır. Jones ve arkadaşları katılımcıların %84’ünün hastalara anamnez sırasında yaşlı istismarına yönelik direkt sorular sormadığını bildirmiştir.⁷³

“Fizik muayenede yaşlı istismarını düşündüren bulgular nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; acil servis çalışanlarınca yaşlı ihmal ve istismarı açısından şüphe uyandıracak fizik muayene bulgularından en fazla oranda bilinenler sırasıyla; dekübit ülseri, halat, ip izi, morluk, ezik yanık ve, pişik, genital enfeksiyon olması ve dehidratasyon, malnutrisyon bulguları olması olarak sıralanabilir. Görülme sıklıkları anketimizde değerlendirilmemiştir. Depresyon, apati, uyku bozukluğu olması katılımcıların 47,8’i tarafından risk faktörü olarak değerlendirilmemiştir. Austin ve Rinker tarafından yapılan çalışmada katılımcılar tarafından en çok belirtilen istismar düşündüren fizik muayene bulguları, dekübit ülserleri, hırpalanmış bebek sendromu benzeri lezyonlar, ciltte sıyrık ve yanıklar olarak bildirilmiştir.⁷⁷

Yatağa bağımlı ve inkontinansı olan yaşlılar yaşlı ihmal ve istismarına daha fazla maruz kalmaktadır. Çalışmamızda ‘Sizce yaşlılardan hangisi yaşlı ihmal ve istismara daha fazla maruz kalmaktadır’ sorusuna katılımcıların %79.9 oranında yatağa bağımlı, inkontinansı olan bakıma muhtaç hastaların riskte olduğu şeklinde yanıtlamışlardır. İlhan 2006 yılında yayınladığı çalışmasında; aile içi yaşlı istismarının kadınlarda, 75 yaş üzeri yaş gurubunda, dullarda, okula gitmemiş olanlarda, iki ya da daha az çocuğu olanlarda, çocuğunun akrabasının evinde ikamet edenlerde, bilişsel bozukluğu olanlarda anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğünü bildirmiştir.³⁹

Yaşlı insanların en çok hangi yakınları tarafından istismara uğradığı ile ilgili soruya verilen yanıtlar incelendiğinde; Katılımcıların %70,6’sı sosyoekonomik

durumu düşük, %80'ü madde bağımlısı olma gibi istismar edene yönelik risk faktörleri yüksek oranda doğru bilinirken, herhangi bir risk faktörü olmayan sosyal ve eğitilmiş kişiler seçeneğini katılımcıların %47,3'ü gibi daha düşük bir oranda bir risk faktörü olarak değerlendirmiştir. Yine katılımcılar yaşlının damadı ya da gelini tarafından , kızı ya da oğluna oranla daha fazla istismara uğradığını belirtmişlerdir. Artan tarafından yapılan çalışmaya göre yaşlı bireye en çok yakın akrabaları tarafından şiddet uygulandığını ve bu akrabaların en sık (%41) gelinler olduğunu bunu erkek çocukların, damatların, kardeş, kız çocukları ve son sırada torunların takip ettiği görülmüştür.⁶⁴ Ergin'in çalışmasına göre istismara maruz kalan yaşlının %68,1'inin çocukları, %12,9'unun eşi, %9,5'inin kardeşleri tarafından kötü muameleye maruz kaldığı bulunmuştur.⁹

Yapılan bazı çalışmalarda sağlık çalışanların yaşlı ihmal ve istismarı ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı vurgulanmıştır. Malezya'da 148 doktor ve hemşire üzerinde yapılan çalışmada, çoğu doktor ve hemşire bulguları anlamada ve bildirimde bulunma konusunda yetersiz bilgiye sahip olarak raporlanmıştır. Aynı çalışmada, yaşlı ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyi doktorlarda daha yüksek bulunurken, çalışılan yıl arasında fark saptanmamıştır.⁷² Almogue ve arkadaşlarının çalışmasında hemşireler ve doktorlar arasında ve doktorlar arasında pratisyen, dahiliye ve geriatri uzmanları arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark bulunmadığı raporlanmıştır. Aynı çalışmada protokol ve kanunları bilme düzeyi hemşirelerde doktorlara göre daha yüksek çıkmıştır.⁷⁰ Sağlık ve insan bilimleri öğrencilerinin yaşlı ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan ve mevcut müfredattaki yerini değerlendiren Policastro ve ark. yaptığı çalışmada,

öğrencilerin bilgi düzeyi son derece yetersiz ve mevcut müfredatta bu konuya yeterli yer verilmediği raporlanmıştır.⁷⁸ Görüldüğü gibi, gerek çeşitli branşların uzmanları (acil tıp, dahiliye, geriatri, aile hekimi), gerek pratisyen hekimler, gerek hemşireler olsun, yapılan bu çalışmalarda yaşlı ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyleri yetersiz olduğu görülmektedir. Genel olarak genelde istismar olgularını ilk aşamada tanınması gereken acil tıp uzmanlarının yaşlı ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyinin yeterli seviyede olmadığı görülmektedir.

Acil servislerde yaşlı ihmal ve istismarı ile sık karşılaşılmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların %78,3 ü ise daha önceden yaşlı istismarı olgusuyla karşılaştığını bildirmiştir. Dong'un yaptığı çalışmada yaşlı ihmal ve istismarı sanılanın aksine sık görülmesine rağmen, yalnızca her 14 vakadan birinin raporlandığı bildirilmiştir.⁷⁹ Çalışmamızda ise katılımcıların %78'i daha önceden yaşlı istismarı vakası ile karşılaşmasına rağmen % 64 u bildirimde bulunmamıştır. Ahmed'in doktorlar ve hemşireler üzerinde yapılan anket çalışmasında; genellikle ilgili bir çekinceleri olmadığında hemşirelerin %80'i, doktorların ise %60'ı kesinlikle raporlamayı düşündükleri rapor edilmiştir.⁷² Rinker ve ark. yaptığı çalışmaya katılan doktorların ise %89'u yaşlı ihmali ve istismarı ile karşılaşıldığında kesinlikle bildirilmesinin gerektiğini vurgulamışlardır.⁷⁷ Çalışmamızda acil servis çalışanları içerisinde uzman doktorların ve 10 yıldan fazla çalışan katılımcıların daha çok vaka bildiriminde bulunduğu görülmektedir. Bu da uzmanların bilgi deneyimleri ve tecrübelerinin daha fazla olduğu üzerine yorumlanmıştır. Mandıracioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların yaşlı istismarını bildirme istekliliği belirlenmiş. Acil servis hemşirelerinin

doktorlara göre anlamlı ölçüde bildirme konusunda daha istekli olduğu tespit edilmiş.⁶⁵ Daha önceden bildirimde bulunma durumu mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma durumuyla karşılaştırıldığında, mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirten katılımcıların %66,7'si daha önceden bildirimde bulunduklarını ifade etmiştir, bu da mezuniyet sonrası alınan eğitimin, farkındalığı ve bilgi düzeyini artırarak bildirimde bulunma yüzdesini arttırdığı düşünülmüştür.

Yaşlı ihmal ve istismarı bildirilmesi zorunludur. Yaşlı ihmal ve istismarının bildirilmesi konusunda; çoğu ülkede bazı düzenleme ve programlar mevcutken, ABD ve İsrail gibi bazı ülkelerde hukuki olarak bildirilmesi zorunlu bir durumdur.⁷⁰ Ancak yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının kanunlardan, yaşlı ihmal ve istismarını tanıyacak ve raporlayacak medikal protokollerden habersiz olduğu görülmektedir.^{70,73,80}

Richard ve Kennedy'nin yapmış oldukları çalışmada katılımcı birinci basamak hekimlerin %69'u son bir yılda hiç yaşlı istismarı ile ilgili raporlamada bulunmadıklarını bildirmişlerdir. Raporlamama nedenleri olarak, yaşlı istismar ve ihmalinin gizli belirtiler içermesi, yaşlının yalanlaması, tam olarak emin olamama, kanunların, protokollerin bilinmemesi ve kurumlara nasıl ulaşılacağıının bilinmemesi olarak belirlenmiştir.⁷¹ Çalışmamızda katılımcıların yaşlı ihmal ve istismarı ile karşılaştıklarında %64,1'i öykü alırken zorlukla karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan acil servis çalışanların yaşlı ihmal ve istismarını bildirimde bulunmaları incelendiğinde; %39,1 oranında adli bildirimde bulunma ve

%32,1 oranında polise haber verme olarak yanıt vermişlerdir. Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da “Yaşlı ihmal ve istismarı ile karşılaşırsanız ne yaparsınız?” sorusuna en sık adli bildirimde bulunma olarak yanıt verildiği bildirilmiştir.⁶⁵

Sağlık çalışanların yaşlı ihmal ve istismarını raporlamama nedenleri arasında Almogue ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; çoktan aza doğru, yasal açıdan sorumlu olmamak, kanunları bilmemek, kurbanın yalanlaması, tam olarak tanımlayamama, ne yapacağını bil(e)meme olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %59’u raporladıkları zaman hasta-hekim ilişkisinin zedeleneyeceğinden, %41’i hasta yakınını kızdırmaktan çekindiğini bildirmiştir.⁷⁰ Mandıracıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların çoğunluğu yaşlı istismarı ile karşılaştığında ne yapılması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir. Jones ve arkadaşları ise katılımcıların şüpheli yaşlı istismarı olgusunu raporlamama nedenlerini çoktan aza doğru; küçük yaralanmalar ve aşık olmayan belirtiler olması, yaşlının yalanlaması, nasıl raporlanacağını bilmemesi, kanunları bilmeme, yetkililerin yetersiz ilgisi, hasta hekim ilişkisinin zedelenmesi olarak sıralamışlardır.⁷³ Çalışmamızda katılımcıların yaşlı ihmal ve istismarı olgusuyla karşılaştıklarında; %41,3 oranında kendini yeterli hissetmeme, %27,7 oranında nasıl yapılacağını bilmeme, %17,9 oranında vakit bulamama, %16,3 oranında daha çok klinik problemleri ile ilgilenme şeklinde cevaplamışlardır. Katılımcıların yaşlı ihmal ve istismar olgusuyla karşılaştıklarında %47,8’i hastaların inkar etmesinden ve %29,3’ü hastanın yakınlarını kızdırmaktan korktukları gibi çekincelerinin olduklarını belirtmişlerdir.

Yaşlı ihmal ve istismarı, yaşlı bireyi inciten, yaralayan, yaşama alanını daraltan önemli bir sorundur. Yaşlı ihmali ve istismarı yalnızca kriminal yönden değil, aynı zamanda sosyal ve medikal yönden de değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Önlenebilir bir toplumsal problemdir. İstismar ve ihmalin önlenmesinde ilk adım, şiddet içeren kötü muamele ve ihmal olarak nitelendirilebilecek davranışların yaşlı birey, aile ve toplumca tanınması ve önleyici girişimlerin uygulanmasıdır. Bunlar yaşlı bireyin yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik sosyal girişimler, yasal düzenlemeler, aileler ve topluma yönelik eğitimler olarak sıralanabilir.⁸¹ Ayrıca yaşlı istismar ve ihmali sadece evlerde aile içinde olmamaktadır. İstismar ve ihmal vakalarına huzurevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi sosyal hizmet kuruluşlarının yanı sıra sağlık kurumlarında da meydana gelebilmektedir.³⁸ Buna yönelik düzenlemeler ve denetimler yapılarak bu durumun önüne mümkün olduğunca geçilmesi sağlanmalıdır.

Katılımcılara yaşlı istismarını önlemeye yönelik önerileri sorulduğunda; en çok yaşlı bakımevleri, kurumlar ve evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği, sonra sırasıyla; yasal düzenlemelerin yapılması gerektiği, hastanelerde sosyal hizmetlere ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması gerektiği ve sağlık çalışanlarının eğitilmesi gerektiği ön plana çıkmaktadır. Bu açıdan ülkemizde yaşlı bakımının takibi ve yaşlılara bakım olanaklarının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılması düşünülebilir. Aynı zamanda özellikle yaşlı hasta başvurularının çok sık olduğu acil servislerde sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmesi gerekmektedir.

Yaşlı istismarı ve ihmali kesinlikle rapor edilmesi gereken bir durumdur. İstismar edilen birey genellikle bu durumu gizlemeyi tercih eder. Gelişmiş ülkelerde birinci basamak sağlık kuruluşları ve acil servislerde yaşlı istismarının tespiti için çeşitli risk skalaları ve algoritmaları belirlenmiştir.^{82,83} Özellikle ABD’de 1970’li yıllarda başlayan yaşlı istismarı ve ihmali konusundaki bilimsel araştırmalar ve koruyucu tedbirlerin ülkemiz açısından henüz başlangıç aşamasında olduğusöylenebilir.³⁸

Yaşlı istismarı ve ihmali, yaşlı birey üzerinde önemli psikososyal bozukluklar oluşturduğu gibi, yaşlı morbidite ve mortalitesine neden olmaktadır. Aynı zamanda prematür mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmiştir⁶⁹

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servis çalışanları yaşlı istismarı ve ihmeline yönelik şüpheli vakaları tanımada ideal bir pozisyonudadır. Ancak yaşlı ihmali ve istismar vakalarını tanımak, değerlendirmek ve raporlamak için yeterli bilgi birikimi, beceri ve donanımına sahip olmalıdır.

Bu çalışmada, Acil servis sağlık çalışanlarının % 78,3'ü daha önceden yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaşmasına rağmen, %64'ü daha önceden istismar vakasını raporlamadıkları ortaya çıkmıştır. Diğer önemli bir nokta ise sağlık çalışanlarının %16,3'ünün daha önceden hiç yaşlı istismarı vakası ile karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Yine bu çalışma katılan acil servis sağlık çalışanlarının yaşlı istismar ve ihmeline yönelik anamnez, fizik muayene özellikleri ve risk faktörleriyle ilgili konularda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları bulunmuştur. Katılımcıların yaşlı istismarı ve ihmali tanıma ve raporlama hususunda %41,3 oranında kendini yeterli hissetmediği ve %27,7 oranında nasıl yapılacağını tam olarak bilmediği ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda raporlama hususunda özellikle yaşlının durumu inkar etmesinden korkma gibi bazı çekinceleri olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada acil sağlık çalışanlarının yaşlı ihmal ve istismarı açısından az oranda tanı koydukları tanı konulanların ise az rapor edildiği, rapor edilme süresinde ise acil servis çalışanların yasal süreç sırasında çekinceleri nedeniyle yaşlı ihmal ve istismarından imtina ettiği görülmektedir. Bu nedenle bu çalışmamızda

olduğu gibi Őehir merkezlerinde özellikle hasta başvuruların çok fazla olduğu acil servislerde sosyal hizmetler uzmanlarının istihdam edilmesi d Ő n lmelidir. Ek olarak yaşlı ihmal ve istismar ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Yaşlı ihmal ve istismarı önlenebilir bir medikal ve sosyal sorundur.  nlenebilmesi için aile, toplum ve sağlık  alıŐanlarında konuyla ilgili farkındalık oluŐması gerekmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin topluma kazandırılması, maddi yönden ihtiyaçlarının karŐılanmasına yönelik düzenlemeler ve sosyal sorumluluk projeleri geliŐtirilmelidir ve konuda caydırıcı hukuki düzenlemeler yapılmalıdır.

Yaşlı ihmal ve istismarını tanımada ve gerekli bildirimde bulunma konusunda çok önemli bir pozisyonda bulunan acil servis sağlık çalışanlarının gerek mezuniyet öncesi gerek mezuniyet sonrası dönemde yaşlı istismarı ve ihmali hakkında yeterli düzeyde bir eğitim almadığı veya aldığı eğitimi yeterli bulmadığı tespit edilmiştir. Yaşlı ihmal ve istismarını tanımada ve gerekli bildirimde bulunmada önemli pozisyonda bulunan sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin artırılmasına yönelik lisans eğitimi müfredatında konuyla ilgili yeterli kalitede ve sürede eğitimin verilmesi ve bunun mezuniyet sonrasında da sürekli tıp eğitimi içerisinde pekiŐtirilmesi gereklidir. Aynı zamanda özellikle acil servislerde yaşlı istismarı ve ihmali vakalarını daha kolay tanınması ve yönetilmesini sağlayacak protokoller geliŐtirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Bongaarts J, Feeney G. How Long Do We Live? 2002 ; 28(1):13–29.
2. Mba CJ. Population ageing in ghana: research gaps and the way forward. J Aging Res. 2010;2010:672157
3. Ünal T. The status of old age population in Turkey. The Turkish Journal Of Population Studies, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara. 2002; Volume: 22, pp. 3-22.
4. Nuran Akdemir P, Ülkü Görgülü A, Fatma İlknur Çınar Y, Yaşlı İstismarı ve İhmali. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008; 68–75
5. Kıssal A.,Beşer A.. Identifying and Evaluating Elder Abuse and Neglect. TAF Prev Med Bull. 2009;8(4):357–64.
6. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçife M, Bilgiç N. Türk Geriatr Derg. 2004;7(2):57–61.
7. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. Lancet, 2004; 364(9441);1263–72.
8. Uysal A. Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı Ve İhmali. Aile ve Toplum. 2002;5(2):1303
9. Ergin F. Aydın merkezinde yaşlı istismar/ihmal prevalansı ve ilişkili faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2-6 Ekim 2012, Bursa, Türkiye. Kongre kitabı, s1079-1081.

10. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N. Türk Geriatr Derg. 2004;7(2):57–61.
11. Tierney MC, Snow WG, Charles J, Moineddin R, Kiss A. Neuropsychological predictors of self-neglect in cognitively impaired older people who live alone. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15(2):140–8.
12. Mosqueda L, Dong X. Elder abuse and self-neglect: I don't care anything about going to the doctor, to be honest. 2011;306(5):532–40.
13. Kutsal G. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. Geriatri, TTB yayını, Ankara, 2007, pp:13-19
14. Beğer H, Yavuzer T. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012;25(3):1–3.
15. Emiroğlu V. Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. Turkish J Forensic Med:1995;24(2):15-28.
16. World Health Organisation. WHO | Ageing and life-course. Ageing and lifecourse 2013. Erişim adresi: <http://www.who.int/ageing/en/>
17. WHO Psychogeriatric, Rep a WHO Sci Gr. GENEVA; 1972;14(1):9–21.
18. U.S. Dept. of Commerce, U.S. Census Bureau. (2011). The Older Population: 2010. Erişim adresi: <http://www.ncea.aoa.gov/library/data/>.

19. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse.
(updated 17 november 2002, cited 19september 2012) Erişim adresi:
www.who.int/hpr/ageing.
20. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Lancet (2002) : 360 (9339): Pages: 1083-1088.
21. Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. N Engl J Med. 2007;357:1834–40.
22. Naik AD, Lai JM, Kunik ME, Dyer CB. Assessing capacity in suspected cases of self-neglect. Geriatrics. 2008;63(2):24–31.
23. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. National Research Council (US) Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect; Bonnie RJ, Wallace RB, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003.
24. American Psychiological Association, elder abuse and neglect in search of solution, (2016). Erişim Adresi: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.aspx>.
25. McAlpine CH. Elder abuse and neglect. Age Ageing . 2008 ;37(2):132–3.
26. Lawrence Robinson, Joanna Saisan, MSW, Jeanne Segal. Elder Abuse and Neglect. Warning Signs, Risk Factors, Prevention, and Reporting Abuse Last updated: June 2016. Erişim adresi: <http://www.helpguide.org/articles/>

abuse/ elder-abuse-and-neglect.)

27. Dinesh Sethi E, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Iborra Marmolejo I, et al. European report on preventing elder maltreatment. World Health organization, Regional office for Europe. 2011. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.
28. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. 2008;37(2):151–60.
29. Disability and Activity Limitations. A Profile of Older Americans: 2007. Erişim adresi [www.aoa.gov/ AoAroot/ Aging_Statistics/ Profile/ 2007/ docs/ 2007profile.pdf](http://www.aoa.gov/AoAroot/Aging_Statistics/Profile/2007/docs/2007profile.pdf).
30. Tatara T. The National Elder Abuse Incidence Study. The National Center on ElderAbuse,1998. Erişim adresi: [www.ncea.aoa.gov/ ncearoot/ Main_Site/ Library/ Statistics_Research/ National_Incident.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/Library/Statistics_Research/National_Incident.aspx) (Accessed on March 09, 2009).
31. Teaster, PB, Dugar, TA, Mendiondo M. The 2004 Survey of State Adult Protective Services: Abuse of Adults 60 Years of Age and Older. 2006;26.
32. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder Mistreatment in the United States.2008;63(4):S248–54.
33. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. Gerontologist. 1988;28(1):51–7.

34. Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizzard R, Livingston G. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. 2009;338:b155.
35. Wigglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia. 2010;58(3):493–500.
36. Wei S, Herbers E, Wei GS, Herbers JE. Reporting elder abuse: a medical, legal, and ethical overview. J Am Med Womens Assoc. 2004;59(4):248.
37. U.S. Government Accounting Office. (2008). Nursing Homes: Federal Monitoring Surveys Demonstrate Continued Understatement of Serious Care Problems and CMS Oversight Weaknesses. Erişim adresi: <http://www.ncea.aoa.gov/library/data/problem.elder.abuse>.
38. Artan T. Huzurevinde Kalmakta Olan Yaşlılarda Yaşlı İştismarının Bir Türü Olarak Ekonomik İştismar. Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg. 2016;3(1):48.
39. Lök N. Türkiye’de Yaşlı İştismarı ve İhmali: Sistematik Derleme - Elder Abuse and Neglect in Turkey: A Systematic Review. Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry. 2015;7(2):149–56.
40. Boldy D, Horner B, Crouchley K, Davey M, Boylen S. Addressing elder abuse: Western Australian case study. Australas J Ageing. 2005;24(1):3–8.
41. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. Int J

Nurs Stud. 2006;43(2):203–14.

42. Anme T. A study of elder abuse and risk factors in Japanese families: Focused on the Social Affiliation Model. *Geriatr Gerontol Int*. Blackwell Science Pty; 2004;4(s1):S262–3.
43. Dyer CB, Connolly MT, McFeeley P. The Clinical and Medical Forensics of Elder Abuse and Neglect. In: National Research Council (US) Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect; Bonnie RJ, Wallace RB, editors. *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98800/>
44. Peterson JC, Burnes DPR, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Wells MT, et al. Financial Exploitation of Older Adults: A Population-Based Prevalence Study. *J Gen Intern Med*. 2014;29(12):1615–23.
45. Robinson L, Saisan J. Elder abuse and neglect. Erişim adresi: [http://www.helpguide.org/articles/abuse/elder-abuse-and-neglect.htm#types. elder abuse and neglect](http://www.helpguide.org/articles/abuse/elder-abuse-and-neglect.htm#types.elder%20abuse%20and%20neglect).
46. Abrams RC, Lachs M, McAvay G, Keohane DJ, Bruce ML. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1724–30.
47. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer K a, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998;280(5):428–32.

48. Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 2009 Aug 5;302(5):517–26.
49. Baker MW, Lacroix AZ, Wu C, Cochrane BB, Wallace R, Woods NF. Mortality risk associated with physical and verbal abuse in women aged 50 to 79. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(10):1799–809.
50. Dyer CB, Pickens S, Burnett J. Vulnerable elders: When it is no longer safe to live alone. Vol. 298, *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2007. p. 1448–50.
51. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *AnnInternMed*. 2004;140(5):387–96.
52. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R, Fulmer TT, Holder E, Lachs M, et al. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med*. 1993;2(4):371–88.
53. National Research Council (US) Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect; Bonnie RJ, Wallace RB, editors. *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. 6, Screening and Case Identification in Clinical Settings. Erişim adresi:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98789/>

54. Reis M, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist*. 1998;38(4):471–80.
55. Fulmer T, Paveza G, Abraham I, Fairchild S. Elder neglect assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2000;26(5):436–43.
56. Straus M. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam*. 1979;41(1):75–88.
57. Naik AD, Burnett J, Pickens-Pace S, Dyer CB. Impairment in instrumental activities of daily living and the geriatric syndrome of self-neglect. *Gerontologist*. 2008;48(3):388–93.
58. Judicial Determination of Capacity of Older Adults in Guardianship Proceedings. American Bar Association Commission on Law And Aging- American Psychological Association 2006.

Erişim Adresi: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/judges-diminished.pdf>(accessed on april 28,2009)
59. Halphen JM, Varas GM, Sadowsky JM. Recognizing and reporting elder abuse and neglect. *Geriatrics*. 2009;64(7):13–8.
60. Rosen T, Pillemer K, Lachs M. Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. Vol. 13, *Aggression and Violent Behavior*. 2008. p. 77–87.

61. Natan MB, Lowenstein A, Eisikovits Z. Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *Int Nurs Rev.* 2010;57(1):113–20.
62. Stiegel L, Klem E. Types Of Abuse :Provisions And Citation İn Adult Protective Services Laws,By State(laws current as of 12/31/06/. American Bar Association Commission On Law And Aging 2007.
- Erişim adresi:<http://www.abanet.org/aging/about/elderabuse.shtml>
63. şencan İ, Keskinılıç B. ve ark. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı Ve Uygulama Programı 2015-2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. s70.
- Erişim Adresi::[http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlıklı Yaş. 2015-2020 Pdf.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlıklı_Yaş.2015-2020_Pdf.pdf)
64. Gülen M, Aktürk A, Acehan S, Seğmen MS, Açıkalın A, Bilen A. Elder Abuse and Neglect. *Arch Med Rev J.* 2013;22(3):393–407.
65. Mandiracioglu A, Govsa F, Celikli S, Yildirim GO. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. *Arch Gerontol Geriatr.* 2006;43(2):267
66. Wagenaar DB, Rosenbaum R, Page C, Herman S. Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. *J Am Osteopath Assoc.* 2010;110(12):703–11.
67. Thomson AM, Beavan JR, Lisk R, McCracken LC, Myint PK. Training in

- elder abuse: the experience of higher specialist trainees in Geriatric Medicine in the UK. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;51(3):257–9.
68. Leddy MA, Farrow VA, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' knowledge, attitudes, and practice regarding elder abuse screening. *Womens Health Issues.* 2016;24(4):e455–64.
 69. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(6):1214–38.
 70. Almogue A, Weiss A, Marcus E-L, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;51(1):86–91.
 71. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med* 2016 J;37(7):481–5.
 72. Ahmed A, Choo W-Y, Othman S, Hairi NN, Hairi FM, Mydin FHM, et al. Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey. *J Elder Abuse Negl.* 2016;1–15.
 73. Jones JS, Veenstra TR, Seamon JP, Krohmer J. Elder mistreatment: national survey of emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 1997 Oct;30(4):473–9.
 74. Eslami B, Viitasara E, Macassa G, Melchiorre MG, Lindert J, Stankunas M, et al. The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. *Int J Public Health* 2016;1–11.

75. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016 Apr;56 Suppl 2:S194–205.
76. Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med*. 2013 Feb;29(1):257–73.
77. Rinker AG. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;48(1):110–5.
78. Policastro C, Payne BK. Assessing the level of elder abuse knowledge preprofessionals possess: implications for the further development of university curriculum. *J Elder Abuse Negl* . 2014;26(1):12–30.
79. Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med*. 2005;21(2):293–313.
80. Clark-Daniels CL, Daniels RS, Baumhover LA. Abuse and neglect of the elderly: are emergency department personnel aware of mandatory reporting laws? *Ann Emerg Med*. 1990 ;19(9):970–7.
81. Sayan A, Durat G. Yaşlı İstismarı Ve İhmali: Önleyici Girişimler. *J Anatolia Nurs Heal Sci*. 2004;7(3).
82. Hoover RM, Polson M. Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014 ;89(6):453–60.

83. Eulitt PJ, Tomberg RJ, Cunningham TD, Counselman FL, Palmer RM. Screening elders in the emergency department at risk for mistreatment: a pilot study. *J Elder Abuse Negl.* 2014;26(4):424–35.



8. ÖZET

Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Yaşlı İhmal Ve İstismarına Yaklaşımları, Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları

Giriş ve Amaç:

Yaşlı ihmal ve istismarı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlı nüfusu yıllar içinde giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2050 yılında yaşlı nüfusu, dünya nüfusunun %20'sine ulaşacaktır. Yaşlanan nüfusla birlikte yaşlı istismar ve ihmali de artmaktadır. Acil servis sağlık çalışanları yaşlı istismarı ve ihmaline yönelik şüpheli vakaları tanımada ideal bir pozisyonundadır Acil servislerde yaşlı istismarı ve ihmali tahmin edilenden fazla olmasına rağmen yaşlı istismar ve ihmali tanımlama ve raporlama daha azdır.

Bu çalışmada; acil serviste çalışan hekim, hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin yaşlı istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin ölçülmesi, bu konudaki tutum ve yaklaşımlarının belirlenmesi ve konu hakkında farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

Metod:

Ankara ilinde üçüncü basamak sağlık hizmeti veren toplam 4 hastanedeki (iki üniversite hastanesi ve iki eğitim ve araştırma hastanesi olmak üzere) acil servis sağlık çalışanları üzerinde yapıldı. Acil serviste çalışan uzman doktorlar, araştırma görevlisi doktorlar, hemşireler ve paramediklerden oluşan 184 kişi çalışmaya dahil

edildi. Toplam 26 sorudan ve 3 bölümden oluşan anket formu hazırlandı. SPSS 15.0 programı kullanılarak veriler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular:

Katılımcıların %78 'i yaşlı istismar ve ihmaliyle karşılaşmasına rağmen %64'ü daha önceden yaşlı ihmal ve istismarına yönelik bildirimde bulunmamıştır. Bildirimde bulunmama sebeplerine bakıldığında, katılımcıların %41'i kendini yeterli hissetmemekte, %27'si ise nasıl yapılacağını bilmemektedir. Ayrıca, yaşlı ihmal ve istismarı konusunda; katılımcıların %73'ünün mezuniyet öncesi eğitim ve %87'sinin mezuniyet sonrası herhangi bir eğitim almadıkları görülmektedir.

Sonuç:

Bu çalışmada acil servis çalışanların yaşlı istismar ve ihmali ile sık karşılaşmalarına rağmen az oranda tanı koydukları, tanı konulanların ise az rapor edildiği görülmektedir. Bu duruma acil servis sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgi eksikliği olması ve dolayısıyla kendini bu konuda yeterli hissetmemesi neden olmaktadır.

Anahtar kelimeler: yaşlı istismar, yaşlı ihmali, acil servis, bilgi düzeyi

9. SUMMARY

Attitudes and Knowledge of Emergency Medicine Health Care Professionals Toward Elder Abuse and Neglect

Introduction:

Elder abuse is a significant public health problem. The population of elder people is increasing steadily. According to World Health Organization (WHO), by the year 2050, it is expected that the number of elder people would have come up to 20 percent of world population. Although the elder abuse and neglect prevalence is higher than supposed, it is much lower to identify and report these cases, especially in emergency medicine departments. The aim of this study is to assess the knowledge and attitudes of emergency medicine health care professionals toward the identification and management of elder abuse and neglect cases.

Methods:

This cross-sectional descriptive study was performed in two universities and two training and research hospitals' emergency departments in Ankara. The research tool was a 26-item questionnaire that was applied on 184 emergency medicine health care professionals including doctors, nurses, emergency medicine technicians. Analysis was completed with SPSS 15.0.

Results:

Although 78% of participants had identified an abuse elder person before, 64% of them have never reported about elder abuse. The main reasons of not reporting are not to feel proficient (41%) and not know how to do that (27%). Significant percent of responders answered that they haven't had any education about elder abuse and neglect in undergraduate education (73%) and post-graduate education (87%).

Conclusion:

This study indicates that emergency medicine health care professionals confronts with abused elder frequently but they abstain from reporting these cases because they feel lack of knowledge about elder abuse and neglect especially.

Key words:_ elder abuse, elder neglect, emergency medical service, attitudes

10.EKLER

EK(1)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırma Etik Kurulu

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.68.49/
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

14.10.2015

**KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA
ETİK KURULU**

“Acil Servis Çalışanlarının Yaşlı İstismar Ve İhmali İle İlgili Farkındalık, Bilgi Düzeylerinin Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi İle İlgili Anket Çalışması” adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe,amaç,yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Op.Dr. Ömer Faruk TANER
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servis Çalışanlarının Yaşlı İstismar Ve İhmali İle İlgili Farkındalık, Bilgi Düzeylerinin Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi İle İlgili Anket Çalışması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-AKAEK-15
	AÇIK ADRESİ:	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1117
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurulkeah@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsa KILIÇASLAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Acil Tıp		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ahmet DEMİRCAN		
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☒ Uzmanlık Tezi	
	Diğer ise belirtiniz			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanını.
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

GİRİDİR
Z. İsmail GİRİDİR
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servis Çalışanlarının Yaşlı İstismar Ve İhmali İle İlgili Farkındalık, Bilgi Düzeylerinin Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi İle İlgili Anket Çalışması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:999	Tarih: 14.10.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Op.Dr.Ömer Faruk TANER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Op.Dr.Ömer Faruk TANER Bşk.	Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Baran ACAR Bşk. Yardımcısı	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Derun Taner ERTUĞRUL Bilgilendirmede görevli üye	Endokrinoloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr Ahmet ERGÜN	Fizyoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

ULI GİBİDİR
Zehra Zülal G.
Keçiören Eğitim ve Araştırma Tı
Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Sec

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Acil Servis Çalışanlarının Yaşlı İstismar Ve İhmali İle İlgili Farkındalık, Bilgi Düzeylerinin Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi İle İlgili Anket Çalışması							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN	Tıbbi Genetik	Gazi Ünv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa N. İLHAN	Halk Sağlığı, İş Ve Meslek Hastalıkları	Gazi Ünv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Ecz. Dr. Işıl ÖZAKCA	Farmakoloji (PhD)	Ankara Ünv.Ecz.Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Nermin ÇAPAN	Göğüs Hastalıkları	Atatürk Göğüs Hst.Ve Göğüs Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Op. Dr. Selim Şakir Erkmen GÜLHAN	Göğüs Cerrahisi	Atatürk Göğüs Hst.Ve Göğüs Cer.E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Semih DEĞERLİ	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Şamil HIZLI	Çocuk Gastroenteroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Selma UYSAL RAMADAN	Radyodiagnostik	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Av. Abdullah Emin TEKİN	Avukat	Serbest	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Necmettin TEKİN	Din Görevlisi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı.
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

ETİK KURULU
Zeliha ÖZBİLGE
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sekreteri

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

EK(2)

ANKARA İL MERKEZİNDE ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARIN YAŞLI İSTİSMAR VE İHMALİ İLE İLGİLİ YAKLAŞIMLARINI VE TUTUMLARINI DEĞERLENDİRMEK AMACIYLA YAPILAN BİR ÇALIŞMADIR.

Yapmış olduğumuz bu anket çalışması bir tez çalışması olup; Acil Serviste çalışan sağlık çalışanlarının yaşlı istismar ve ihmaline yaklaşım ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada adınızı belirtmek zorunda değilsiniz. Size ayrıca iş yükü binmeyecektir. Toplam 26 soru 3 bölümden oluşmaktadır. Anket süresi ortalama yaklaşık 5-10dk'dır. Şimdiden katılımlarınız için teşekkür ederim.

DR. Ayşegül Güven CEBECİ
Gazi Üni. Tıp Fakültesi Acil Tıp Araştırma Grv.

ANKET NO:1

1. Cinsiyet:

- ☐ Kadın
☐ Erkek

2. Meslek :

- ☐ Uzman Doktor
☐ Araştırma Görevlisi Doktor
☐ Hemşire
☐ ATT/Paramedik

3. Çalıştığınız Kurum :

- ☐ Üniversite
☐ Eğitim Araştırma Hastanesi

4. Yaşınız:

- ☐ 15-24
☐ 25-34
☐ 35-44
☐ 45 yaş üstü

5. Acilde Çalışma Süreniz :

- ☐ ≤ 1 yıl
☐ 2-4 yıl
☐ 5-9 yıl
☐ ≥ 10 yıl

6. Çalıştığınız acil servise günde kaç hasta başvurmaktadır?

- ☐ 0-50
☐ 50-100
☐ 100-200
☐ 200-500
☐ 500 üstü

7. Çalıştığınız acil servise günde kaç yaşlı(65 yaş üstü) hasta başvurmaktadır?

- ☐ 0-25
☐ 25-50
☐ 50-100
☐ 100-200
☐ 200 üstü

8. Acil servise başvuran yaşlı hastaların yüzde kaçında yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaşıyorsunuz?

- ☐ %0-<1
☐ %1-<5
☐ %5-<10
☐ %10-<25
☐ %25-<50
☐ %50 ve üstü

9. Yaşlı ihmal veya istismar ile ilgili mezuniyet öncesi eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hatırlamıyorum
☐ Hayır

10. Yaşlı ihmal veya istismar ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hatırlamıyorum
☐ Hayır

11. Yaşlı istismarı veya ihmali ile ilgili güncel bilgileri takip ediyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Fikrim yok
☐ Hayır

ANKET NO:2

Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

12. Yaşlı ihmal ve istismarı ile daha önceden karşılaştınız mı?

- ☐ Evet
☐ Fikrim yok
☐ Hayır

13. Yaşlı ihmal ve istismarı ile karşılaştıysanız daha çok hangi durumda tanı koydunuz?

- ☐ Anamnezde
☐ Fizik muayenede
☐ Radyolojik görüntülemeye
☐ Laboratuvar sonuçlarına göre
☐ Diğer: _____

14. Yaşlı ihmal veya istismar ile ilgili yeterli eğitimi aldığınızı düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hatırlamıyorum
☐ Hayır

15. Yaşlı istismar ve ihmal ile karşılaştığınızda bilgi düzeyinizi ve bildirim bulunmada kendinizi nasıl buluyorsunuz?

- ☐ Düşük
☐ Orta
☐ Yüksek

16. Daha çok hangi tip istismarla karşılaşıyorsunuz?

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Fiziksel
☐ Psikolojik
☐ Cinsel
☐ Ekonomik
☐ Diğer: _____

17. Anamnez bulgularından hangisi/hangileri ile karşılaştığınızda yaşlı ihmal ve istismarından şüpheleniyorsunuz?

Aşağıdaki ifadeleri 1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum olacak şekilde size uygun şekilde yanıtlayınız.
Her satırda yalnızca bir şıkki işaretleyin.

	1	2	3	4	5
Hasta ile yakını arasında tutarsız olması	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanın kendisi güvende hissetmesi ve kendini rahat ifade edebilmesi	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanın tedavisinin ve bakımının zamanında yapılması	☐	☐	☐	☐	☐
Anamnez ve fizik muayene bulgularının uyumsuz olması	☐	☐	☐	☐	☐
Acil servise sık başvurusu	☐	☐	☐	☐	☐

18. Aşağıdaki fizik muayene bulgularından hangisi/ hangileri size istismar ve ihmali düşündürüyor?

Aşağıdaki ifadeleri 1; Kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum olacak şekilde size uygun şekilde yanıtlayınız.

Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5
Halat izi, ip izi, morluk, ezik,, yanık olması	☐	☐	☐	☐	☐
Hastanın temiz bakımlı, hijyen olması	☐	☐	☐	☐	☐
Dekübit ülseri, pişik, genital enfeksiyon olması	☐	☐	☐	☐	☐
Depresyon, apati, uyku bozukluğu olması	☐	☐	☐	☐	☐
Açıklanamayan vajinal kanama rektal kanama	☐	☐	☐	☐	☐
Dehidratasyon bulgusu, malnütrisyon	☐	☐	☐	☐	☐

19. Sizce yaşlılardan hangi/hangileri yaşlı istismar ve ihmaline daha çok maruz kalmaktadır?

Aşağıdaki ifadeleri 1; Kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum olacak şekilde size uygun şekilde yanıtlayınız.

Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5
Sosyoekonomik olarak yüksek hasta grubu	☐	☐	☐	☐	☐
Eğitilmiş, sosyal, bakımlı kişiler	☐	☐	☐	☐	☐
Dul, boşanmış kadınlar	☐	☐	☐	☐	☐
Yatağa bağımlı, inkontinansı olan hastalar	☐	☐	☐	☐	☐
Kırsal bölgede yaşayan yaşlılar	☐	☐	☐	☐	☐

20. Sizce hasta yakını /yakınlarından hangisi /hangileri yaşlı ihmal ve istismar yapmaya daha eğilimlidir?

Aşağıdaki ifadeleri 1; Kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum olacak şekilde size uygun şekilde yanıtlayınız.

Her satırda yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

	1	2	3	4	5
Kızı yada oğlu	☐	☐	☐	☐	☐
Damadı yada gelini	☐	☐	☐	☐	☐
Alkol bağımlısı olanlar	☐	☐	☐	☐	☐
İşsiz, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar	☐	☐	☐	☐	☐
Sosyal, eğitilmiş kişiler	☐	☐	☐	☐	☐

ANKET NO:3

21. Yaşlı ihmal ve istismar ile karşılaştığınızda bildirimde bulundunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hatırlamıyorum
- ☐ Hayır

22. Eğer yaşlı istismar ve ihmali bildiriyorsanız ;nasıl bildirimde bulunuyorsunuz?

- ☐ Adli bildirimde bulunma
- ☐ Savcılığa yazılı bildirim
- ☐ Sosyal Hizmetlere bildirim
- ☐ Polise haber verme
- ☐ Diğer: _____

23. Yaşlı istismar ve ihmalle karşılaştığınızda ne gibi zorluk/zorluklarla karşılaşıyorsunuz?

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Öykü alırken
- ☐ Fizik muayene yaparken
- ☐ Kayıt tutarken
- ☐ Kurumlara iletişim yada yasal süreçte bildirim yaparken
- ☐ Diğer: _____

24. Eğer bildirimde bulunmadığınızı veya az bildirimde bulunduğunuzu düşünüyorsanız bunun sebepleri nelerdir?

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Yaşlı istismar konusunda kendimi yeterli hissetmiyorum
- ☐ Nasıl yapılacağını bilmiyorum
- ☐ Beni daha çok klinik problemleri ilgilendiriyor
- ☐ Vaktim olmuyor
- ☐ Diğer: _____

25. Eğer bildirimde bulunmadığınızı veya az bildirimde bulunduğunuz hususunda ne gibi çekinceleriniz olabilir?

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Hastanın inkar etmesinden
- ☐ Hastanın yakınlarını kızdırmaktan
- ☐ Hasta hekim gizliliğini ihlal etmekten
- ☐ Fazladan iş yükü binmesinden
- ☐ Diğer: _____

26. Yaşlı istismar ve ihmali engellemek için nelerin yapılması gerektiğini düşünüyorsunuz?

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

- ☐ Yasa düzenlemeleri yapılmalı
- ☐ Yaşlı bakım evleri,kurumlar evde bakım destek birimleri geliştirilmeli
- ☐ Sağlık çalışanları eğitilmeli
- ☐ Hastanelerde sosyal hizmetlerine ulaşılabilirliği kolaylaştırılmalı
- ☐ Diğer: _____

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı: Ayşegül

Soyadı: Güven Cebeci

Doğum Yeri ve Tarihi: Elmadağ/ 1986

Eğitimi:

- 2013-2016 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
- 2012-2013 Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği
- 2011-2012 Etlik İhtisas ve Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği
- 2004-2010 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 1997-2004 Kırıkkale Anadolu Lisesi
- 1992-2004 Kırıkkale Mustafa Necati İlköğretim Okulu

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

- Acil Tıp Derneği
- Atuder
- Türk Kardiyoloji Derneği

Katılmış olduğu Bilimsel Etkinlikler:

- Kanıta dayalı acil travma yönetimi, 2012, Eskişehir
- Acil tıp asistan sempozyumu, 2013, Rize/Ayder
- İleri kardiyak yaşam desteği kursu, 2013, Eskişehir

- İnvaziv- noninvaziv mekanik ventilasyon kursu, 2013, Eskişehir
- Acil tıp kongresi, 2013, Eskişehir
- ASYOD eğitim programları olgular ile solunum acilleri, 2014, Ankara
- Çocuk acil tıp kongresi, 2014, Ankara
- Temel ultrasonografi eğitim kursu, 2014, Ankara
- Klinik toksikoloji sempozyumu, 2014, İzmir
- Tıpta iletişim becerileri temel eğitim, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015, Ankara
- İleri ultrasonografi eğitim kursu, 2016, Ankara
- İleri EKG kursu, 2016, Ankara