

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Esma Nur SERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

HUZUREVİNDE ve EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA KENDİNİ İHMAL DÜZEYLERİ ve RİSK FAKTÖRLERİ

Esma Nur SERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HUZUREVİNDE ve EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA
KENDİNİ İHMAL DÜZEYLERİ ve RİSK FAKTÖRLERİ

Esma Nur SERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayşegül ILGAZ

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 12/07/2024

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayşegül ILGAZ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Hasibe KADIOĞLU
Marmara Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Melike CENGİZ

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Esma Nur SERT

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayşegül ILGAZ

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimde bilgi, birikim ve desteği ile yolumu aydınlatan, önemli katkıları olan, akademik serüvenimde sabırla her daim yanımda olduğunu hissettiren, çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ayşegül ILGAZ'a,

Bu süreçte bana çok şey öğreten değerli fakülte hocalarıma ve tez savunma jürimde yer alan değerli hocalarıma,

Veri toplama sürecimde bana destek olan ve beni ağırlayan tüm huzurevleri ve Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Çalışmamıza dahil olup deneyimlerine her zaman başvurduğumuz bizim çınarlarımız olan yaşlı bireylere,

Bugünlere gelebilmem için fedakarca çabalayarak büyük bir paya sahip olan, her zaman yanımda olan, motivasyon kaynağım olan canım aileme,

Bu süreçte benden desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal düzeyleri ve risk faktörlerinin ortaya konularak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı karşılaştırmalı tipteki bu araştırma, Antalya’da bulunan Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na ve belediyelere bağlı üç huzurevinde (108 katılımcı) ve bir Aile Sağlığı Merkezi’nde (170 katılımcı) 60 yaş ve üstü bireylerle yürütülmüştür. Veriler sosyodemografik özellikler soru formu, kendini ihmal risk faktörleri soru formu ve Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği ile toplanmıştır. Risk faktörleri soru formu Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Lawton Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası, Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi, Görsel Ağrı Skalası, Geriatrik Depresyon Ölçeği-15, Lubben Sosyal Ağ Ölçeği’nden oluşmaktadır.

Bulgular: Yaşlı bireylerin Kendini İhmal Tarama Ölçeği toplam puan ortalaması 7.3 ± 2.0 ve %55.8’i kendini ihmal etmektedir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaş ortalaması daha yüksektir. Evde yaşayan yaşlıların huzurevindekilere göre kendini ihmal puan ortalaması anlamlı bir şekilde düşüktür. Huzurevindeki yaşlılarda sosyal ağın zayıf olması kendini ihmalini 0.79 kat ve depresyon riskinin olması 3.51 kat artırmaktadır. Evde yaşayan yaşlılarda ise eğitim düzeyinin düşük olması kendini ihmalini 0.35 kat, sosyal ağın zayıf olması 0.91 kat, ağrı varlığı 1.38 kat ve depresyonun olması 3.66 kat artırmaktadır.

Sonuç: Evde yaşayan yaşlılar huzurevindeki yaşlılara göre kendini daha fazla ihmal etmektedir. Depresyon her iki grupta da önemli bir risk faktörü olup sosyal ağ, eğitim düzeyi ve ağrı varlığı da kendini ihmal açısından önemli risk faktörleridir. Evde yaşayan yaşlıların kendini ihmal açısından risk altında olduğu bu nedenle sağlık profesyonellerinin toplumdaki yaşlılara yönelik kendini ihmal taraması yapması önerilmektedir. Ayrıca depresyon varlığı ve sosyal ağ durumunun değerlendirilmesi ve gerekli girişimlerin planlanması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, huzurevi, ev, kendini ihmal, risk faktörleri

ABSTRACT

Objective: This study aimed to reveal and compare the levels of self-neglect and risk factors in elderly people living in nursing homes and at home.

Method: This descriptive comparative type research was conducted with individuals aged 60 and over in three nursing homes (108 participants) and a Family Health Center (FHC) (170 participants) affiliated with the Ministry of Family and Social Services and municipalities in Antalya. Data were collected with sociodemographic characteristics questionnaire, self-neglect risk factors questionnaire and Elderly Self-Neglect Screening Scale. The risk factors questionnaire consists of Katz Activities of Daily Living Scale, Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale, Mini Nutritional Assessment Test, Visual Pain Scale, Geriatric Depression Scale-15, Lubben Social Network Scale.

Results: The Self-Neglect Screening Scale total score average of elderly was 7.3 ± 2.0 and 55.8% neglected themselves. The average age of the elderly living in nursing homes is higher. The self-neglect score of elderly living at home was significantly lower than those living in nursing homes. In elderly people living in nursing homes, having a weak social network increased self-neglect by 0.79 times and the risk of depression by 3.51 times. Among elderly people living at home, having a low level of education increased self-neglect by 0.35 times, having a weak social network by 0.91 times, having pain by 1.38 times, and having depression by 3.66 times.

Conclusion: Elderly living at home neglect themselves more than elderly people in nursing homes. Depression is important risk factor in both groups, social network, education level, presence of pain are also important risk factors for self-neglect. Elderly living at home are at risk for self-neglect, so it is recommended that health professionals conduct self-neglect screening for the elderly in the community. It is necessary to evaluate the presence of depression and social network status and plan the necessary interventions.

Key words: elderly, nursing home, home, self-neglect, risk factors

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Prevalansı.....	3
2.2. Kendini İhmal.....	3
2.3. Yaşlılarda Kendini İhmal Prevalansı	5
2.4. Yaşlılarda Kendini İhmal Risk Faktörleri	5
2.5. Yaşlılarda Kendini İhmalin Belirtileri	6
2.6. Yaşlılarda Kendini İhmalin Sonuçları.....	8
2.7. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Kendini İhmali Önlemeye Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Politikaları.....	9
2.8. Yaşlının Kendini İhmali ve Halk Sağlığı Hemşireliği	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4. Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri.....	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.6. Verilerin Toplanması	19
3.7. Çalışma Ekibi.....	19
3.8. Ön Uygulama	19
3.9. Veri Toplama Araçları	20

3.10. Verilerin Analizi	25
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	42
5.1. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmal Düzeyleri ve Prevalansları	44
5.2. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Bağımsızlık düzeyi, Beslenme, Depresyon, Ağrı ve Sosyal Ağ Durumları	45
5.3. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmali Etkileyen Risk Faktörleri .	48
5.4. Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmali Etkileyen Risk Faktörleri.....	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	51
KAYNAKLAR	52
EKLER.....	63
EK 1. STROBE Rehberi	
EK 2. Anket Formu	
EK 3. Etik Kurul İzni	
EK 4. Huzurevi İzinleri	
EK 5. ASM Onay Formu	
EK 6. Araştırma Uygulama İzni	
EK 7. Ölçek İzinleri	
EK 8. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
ÖZGEÇMİŞ.....	87

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Tabakalanan huzurevlerine göre örneklem sayısı	18
Tablo 3.2. Veri toplama araçları tablosu	24
Tablo 3.3. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler	25
Tablo 4.1. Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri	29
Tablo 4.2. Katılımcıların kendini ihmal düzeyi, bağımsızlık düzeyi ve beslenme durumu, depresyon, ağrı ve sosyal ağ durumları (n=278)	32
Tablo 4.3. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda risk faktörlerine göre kendini ihmal puanları	37
Tablo 4.4. Lojistik regresyon analizine göre huzurevinde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal etkilleyen faktörler	39
Tablo 4.5. Lojistik regresyon analizine göre, evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal etkilleyen faktörler	40
Tablo 4.6. Lojistik regresyon analizine göre, tüm yaşlılarda kendini ihmal etkilleyen faktörler	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3. 1. Verilerin toplandığı kurumların bulunduğu mahalleler	17
Şekil 3.2. Araştırma planı	19
Şekil 4.1. Huzurevinde ve evde yaşayan katılımcılarda kendini ihmal prevalansı	33
Şekil 4.2. Huzurevinde ve evde yaşayan katılımcılarda nütrisyonel durum	33
Şekil 4.3. Huzurevinde ve evde yaşayan katılımcılarda depresyon riski	34
Şekil 4.4. Huzurevinde ve evde yaşayan katılımcılarda komorbidite durumu	34

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	: Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
LSAÖ-6	: Lubben Sosyal Ağ Ölçeği
NCEA	: Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi
SB	: Sağlık Bakanlığı
STROBE	: The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Günümüzde toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranı her geçen gün artmaktadır. Dünya Bankası 2023 yılı verilerine göre, dünyada yaşlı nüfusun oranı %10'dur (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>, Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2024). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na (2023) göre, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %10.2 olarak belirlenmiş, 2060 yılında %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı öngörülmüştür (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>, Erişim Tarihi: 15 Mart 2024).

Yaşlanan nüfusa sağlıklı, kaliteli ve başarılı bir yaşlanma sağlanması önemlidir. Bu süreçte kendini ihmal, yaşlı bireylerin sağlığını tehdit eden ciddi bir halk sağlığı problemidir (İlhan ve ark., 2018; Özsungur, 2020). Olumsuz sağlık sonuçlarına yol açan kendini ihmal etme, başkalarından bakım almaya karşı çıkmayla birlikte kendine bakamama olarak tanımlanmaktadır (Doron ve ark., 2013). Kendini ihmal, bireyin sağlığını önemli derecede tehlikeye atabilmekte ve mevcut yaşam tarzı olanaklarını azaltabilmektedir (Dahl ve ark., 2020). Aynı zamanda beslenme, kişisel bakım, egzersiz, sosyal aktivite ve tıbbi bakım alma gibi işlevlerini yerine getirememesi söz konusu olabilmekte ve ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (Touza ve Prado, 2019).

Yapılan çalışmalarda yaşlılarda kendini ihmal prevalansları farklılık göstermektedir. Bu prevalans %11-%37 arasında değişmektedir (Dong, 2014; Lee ve Kim, 2014; Yu ve ark., 2019; Yu ve ark., 2021). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, yaşlılarda kendini ihmal prevalansı %16.8 olarak bulunmuştur (İlhan ve ark., 2018). Yapılan diğer bir çalışmada, yaşlıların kendini ihmal etme riskinin düşük olduğu belirlenmiştir (Cicek ve ark., 2024). Ancak Türkiye'de kendini ihmal görülme sıklığını araştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kendini ihmal, yaşlı bireylerin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz etkilerken mortaliteyi ve sağlık hizmetlerini kullanım oranlarını artırmaktadır (Dong ve ark., 2012a; Dong ve ark., 2013a; Dong ve Simon, 2013b; Dong, 2014).

Yaşlılarda kendini ihmali öngören risk faktörlerinin bilinmesi, bunun neden olabileceği olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılması açısından önemlidir. Kendini

ihmal risk faktörleri; ileri yaş, depresyon, demans, hafızanın zayıf olması, tedavi edilmeyen ruh sağlığı problemleri, uzun süren ve tedavi edilmeyen hastalıklar, düşük vitamin ve mineral seviyelerine neden olan kötü beslenme, alkol ve madde bağımlılığı, günlük rutin aktiviteler ve ulaşım için yardıma ihtiyaç duyma, yalnız yaşamak ve yalnız kalma isteği, yoksulluktur (<https://selfneglect.org/self-neglect-facts/self-neglect-basics/causes-risk-factors/>, Erişim Tarihi: 20.03.2024). Ayrıca kadın cinsiyet, yetersiz kişisel bakım ve kötü yaşam koşulları da risk faktörü olarak belirtilmektedir (<https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/self-neglect>, Erişim Tarihi: 25 Ocak 2024).

Kendini ihmal için yaşam alanı önemli bir risk faktörü olabilir. Literatürde huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık, sosyal izolasyon, günlük yaşam aktiviteleri, uyku ve yorgunluk düzeyleri karşılaştırılmıştır (Ağırman ve Gençler, 2017; Parlak Demir, 2017; Kazoğlu ve Yürük, 2020). Türkiye’de evde yaşayan bireylerde kendini ihmalini inceleyen iki çalışmaya ulaşılmış olup (İlhan ve ark., 2018; Cicek ve ark., 2024) huzurevinde bu konuyu araştıran, evde ve huzurevindeki yaşlıların kendini ihmal düzeylerini karşılaştıran ve risk faktörlerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma 60 yaş ve üzerindeki yaşlı bireyler ile gerçekleştirilmiş olup bunun nedeni Birleşmiş Milletler’in yaşlı tanımının dikkate alınması, Türkiye’de huzurevlerine 60 yaş ve üzeri bireylerin kabul edilmesi ve Kendini İhmal Ölçeği’nin bu yaş grubundaki bireylere uygulanmasıdır. Bu çalışmada, huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal düzeyleri ve risk faktörlerinin ortaya konularak karşılaştırılması amaçlanmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

- Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal düzeyleri nedir?
- Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmalini etkileyen risk faktörleri (sosyodemografik özellikler, günlük yaşam aktivitesi, beslenme durumu, komorbidite, ağrı varlığı, depresyon durumu ve sosyal destek varlığı) nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Prevalansı

Birleşmiş Milletler (BM) 60 yaş ve üzerindeki bireyleri yaşlı olarak kabul ederken (UNHCR, 2019) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üzerindeki bireyleri yaşlı olarak değerlendirmektedir (Lohr, 1990; Kowal ve Dowd, 2001; United Nations, 2015; WHO, 2024a; WHO, 2024b). Dünyada yaşlı nüfusun oranı 2023 yılında %10 iken Türkiye’de bu oran %10.2’dir (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>, Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2024; <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>, Erişim Tarihi: 1 Nisan 2024). Nüfus projeksiyonlarına göre, Türkiye’de yaşlı nüfusun oranının 2060 yılında %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı tahmin edilmektedir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>, Erişim Tarihi: 1 Nisan 2024).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde nüfusun hızla yaşlanması, yaşam süresinin uzaması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile yaşlıların sağlıklı ve başarılı yaşlanması önem kazanmıştır. BM, 2021-2030 yılları arasını resmi olarak "Sağlıklı Yaşlanma On Yılı" ilan etmiştir (<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>, Erişim Tarihi: 10 Ocak 2024). Yaşlı bireylerin sağlıklı ve başarılı bir şekilde yaşlanabilmesi için özbakım görevlerini bağımsız olarak yerine getirebilmesinin yanı sıra kendisini ihmal etmemesi de önemlidir. Kendini ihmalin yaşam kalitesini azalttığı ve sağlık üzerinde ciddi olumsuz etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Dahl ve ark., 2020).

2.2. Kendini İhmal

Kendini ihmal, bir kişinin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden temel kişisel bakım gerekliliklerini yerine getirememesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Papaioannou ve ark., 2012). Yaşlı Adalet Yasası’nda (2010) kendini ihmal; “yaşlının fiziksel veya zihinsel bozukluk veya azalan kapasite nedeniyle; temel gıda, giysi, barınak ve tıbbi bakım almak; fiziksel sağlık, zihinsel sağlık veya genel güvenliği sağlamak için gerekli mal ve hizmetleri elde etmek veya kendi mali işlerini yönetmek dahil olmak üzere temel kişisel bakım görevlerini yerine getirememesi” olarak ifade edilmiştir (<https://www.congress.gov/111/plaws/publ148/PLAW-111publ148.pdf>, Erişim

Tarihi:15 Eylül 2023). Kendini ihmal etmenin önemli bir halk sağığı problemi olduğı belirtilirken yaşı bireyin güvenliğini ve bağımsızlığını tehdit edebilecek yaralanmalara, tehlikelere ve tıbbi bakım eksikliklerine neden olabileceğı vurgulanmaktadır (Papaioannou ve ark., 2012; İlhan ve ark., 2018; Özsungur, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki Yetişkin Koruma Hizmet Kuruluşları tarafından görülen ve yaşlılara yönelik kötü muamelenin en yaygın biçimi olan kendini ihmal, sefalet ve güvensiz yaşam koşullarıyla karakterize, çoğunlukla tanınmayan bir geriatrik sendrom olup morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır (Reyes-Ortiz ve ark., 2014). “Senil sefalet sendromu” veya “Diyojen sendromu” adlarıyla da bilinen kendini ihmal, yaşlıların kendi sağığını ve güvenliğini tehdit eden davranışlar şeklinde tanımlanan bir tür istismar olarak kabul edilmektedir (Proctor ve ark., 2021; <https://ncea.acl.gov/elder-abuse#gsc.tab=0>, Erişim Tarihi:14 Şubat 2024). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Yaşı İstismarı Merkezi (NCEA) kendini ihmalin, yaşlının kendi sağığını ve güvenliğini tehdit eden bir davranış olduğunu öne sürmektedir (<https://ncea.acl.gov/elder-abuse#gsc.tab=0>, Erişim Tarihi:18 Nisan 2023). Day (2016) tarafından yapılan bir kavram analizinde; kendini ihmal etmenin hem dış hem de iç kaynaklı olabileceğı söylenmektedir. Buna göre kendini ihmalin çevresel ihmal, hizmet alma reddi, izolasyon, zayıf sosyal ağlar, iş birliğı yapamama, yetersiz öz bakım, sağık ihmali, kötü hijyen, zayıf beslenme, düşük finans gibi kümülatif davranışlardan oluştuğı ve kasıtlı ya da kasıtsız olabileceğı belirtilmektedir (Day, 2016). Kendilerini ihmal eden yaşlıların, gerekli öz bakımlarını sağılama konusunda isteksiz oldukları ya da özbakımlarını gerçekleştiremedikleri bildirilmektedir. Bunun göstergesi olarak şunlar örnek gösterilmiştir:

- Yeterli miktarda yiyecek yememek
- Kirli, yırtılmış veya hava şartlarına uygun olmayan kıyafetler giymek
- Kirli, sağıksız veya tehlikeli koşullarda yaşamak
- Gerekli tıbbi bakımı alamamak (<https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/self-neglect>, Erişim Tarihi: 16 Şubat 2024).

2.3. Yaşlılarda Kendini İhmal Prevalansı

Ülkelere göre yaşlılarda kendini ihmal prevalansı farklılık göstermektedir. Kendini ihmal prevalansının yapılan çalışmalarda %11-37 arasında değiştiği görülmektedir (Dong, 2014; Lee ve Kim, 2014; Dong ve Simon, 2016; İlhan ve ark., 2018; Yu ve ark., 2019; Yu ve ark., 2021; Devaraj ve ark., 2024). Çinli yaşlı yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, toplumda yaşayan yaşlıların %18.2'sinin hafif ve %10.9'unun orta/ağır düzeyde kendini ihmal ettiği belirlenmiştir (Dong, 2014). Yapılan bir derlemede, yaşlılar arasında kendini ihmal prevalansının %18.4 ile %29.1 arasında değiştiği belirtilmiştir (Yu ve ark., 2021). Güney Kore ve Çin'de yapılan çalışmalarda ise yaşlıların kendini ihmal prevalansı yaklaşık %23 olarak bulunmuştur (Lee ve Kim, 2014; Yu ve ark., 2019). Türkiye'de ise kendini ihmale ilişkin iki çalışmaya ulaşılmıştır. İstanbul'da yapılan bir araştırmada, yaşlılarda kendini ihmal prevalansının %16.8 olduğu tespit edilmiştir (İlhan ve ark., 2018). Diğer bir çalışmada ise yaşlıların kendini ihmal etme riskinin düşük olduğu belirlenmiştir (Cicek ve ark., 2024).

2.4. Yaşlılarda Kendini İhmal Risk Faktörleri

Yaşlı bireylerde kendini ihmale neden olabilecek risk faktörlerinin bilinmesi, ortaya çıkabilecek olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılması açısından oldukça önemlidir. Kendini ihmal için risk faktörleri; sosyodemografik, psikolojik, sosyal ve sağlıkla ilgili özellikler olarak belirtilmektedir (Yu ve ark., 2021). Sosyodemografik özellikler; ileri yaş, yalnız yaşamak, yoksulluk gibi faktörlerden oluşmaktadır. Psikolojik özellikler; depresyon, tedavi edilmeyen ruh sağlığı problemleri, alkol ve madde bağımlılığını içermektedir. Sosyal özellik olarak yalnız kalma isteği belirtilmiştir. Sağlıkla ilgili özellikler olarak demans, hafızanın zayıf olması, uzun süren ve tedavi edilmeyen hastalıklar, düşük vitamin ve mineral seviyelerine neden olan kötü beslenme belirtilmektedir. Ayrıca, günlük rutin aktiviteler ve ulaşım için yardıma ihtiyaç duyma da risk faktörleri içerisinde (https://selfneglect.org/self-neglect-facts/self-neglect-basics/causes-risk-factors/, Erişim Tarihi: 3 Mayıs 2023).

Amerika Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bölümü'ne (Washington State Department of Social and Health Services) göre yalnız yaşayan, kadın cinsiyette, depresif ve ilaç problemleri olan, alkol kullanan, kişisel bakımı yetersiz ya da yaşam koşulları kötü olan bireylerin kendini ihmal ettiği belirtilmektedir (https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/self-neglect, Erişim

Tarihi: 27 Şubat 2024). Güney Kore’de yalnız yaşayan yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada, kendini ihmal için risk faktörleri olarak eğitim, medeni durum, çocuk sayısı, günlük yaşam aktiviteleri, enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri, bilişsel bozukluklar, kronik hastalıklar, depresif belirtiler, aile ve arkadaş sosyal ağları, bakım hizmetlerinin daha az kullanımı gibi faktörler sıralanmıştır (Lee ve Kim, 2014). Kore’de yapılan başka bir çalışmada, kendini ihmalin yaşlı yetişkinlerde intihar düşüncesiyle önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmektedir. Kendini ihmalin yaşlı erkeklere kıyasla yaşlı kadınlarda intihar düşüncesiyle daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu da raporlanmıştır (Jeong ve ark., 2022).

Kendini ihmal yaşlıların sağlık, güvenlik ve iyilik durumunu riske atan ciddi bir problem olup yaşam alanı bu problem için önemli bir risk faktörü olabilir (<https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/self-neglect>, Erişim Tarihi: 17 Ocak 2024). Toplumdaki yaşlı popülasyonun yaşam alanı olarak ev ya da huzurevleri başta gelmektedir. Literatürde huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerin kendini ihmal durumlarını karşılaştıran herhangi bir çalışmaya ulaşılamasa da araştırmalarda her iki grubun sağlık durumları karşılaştırılmıştır. Denizli’de yapılan bir çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon durumu, mobilite ve günlük yaşam aktivitelerinin evde yaşayanlara göre daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (Büker ve ark., 2010). Yaşlılarda düşme ile ilişkili risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada, evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşayanlara göre çevre koşullarının düşme açısından daha riskli olduğu, ancak sosyal desteğin evde yaşayanlarda daha fazla olduğu vurgulanmıştır (Bulut Doğan, 2014). Diğer bir çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesinin daha iyi ancak yorgunluğun daha fazla olduğu bulunmuştur (Kazoğlu ve Yürük, 2020). Yapılan çalışma sonuçlarından da anlaşılabacağı üzere her iki gruptaki yaşlıların sağlık durumunda farklılıklar görülmektedir. Depresyon durumu, mobilite, günlük yaşam aktiviteleri, düşme, sosyal destek, uyku kalitesi, yorgunluk gibi faktörler kendini ihmal ile ilgili değişkenler olup huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde risk faktörleri farklılaşabilmektedir.

2.5. Yaşlılarda Kendini İhmalin Belirtileri

Kendini ihmal, genellikle kişinin olağan dışı veya tehlikeli davranışlarının fark edilmesi ile ortaya çıkmaktadır. Ancak bu davranışların ortaya çıkması uzun zaman aldığından yaşlılar ve bakım verenleri kendini ihmali gösteren değişikliklerin ciddi

olduğunu fark edemeyebilir (Burnett ve ark., 2014). Kendini ihmal yalnızca yaşlılıkta ortaya çıkan bir sorun olmayıp aynı zamanda kişinin kayıp ve travmalarının baskın olduğu yaşam öyküsüyle de ilgilidir. Kişinin yaşam biçimi olan kendini ihmal etme aslında gençlikten yaşlılığa kadar eşlik edebilmektedir (Band-Winterstein ve ark., 2012). Kendini ihmali gösteren davranışlar; sosyal izolasyon, içe kapanıklık, tuhaf davranışlar, hizmet sağlayan kişilerin (örneğin kamu hizmeti çalışanları, evde sağlık hizmeti sağlayıcıları) eve girmelerine izin vermemek veya yardım ve önerilerini kabul etmemek (Touza ve Prado, 2019) ve asosyal davranış/başkalarıyla anlaşamamaktır. Ayrıca tehlikeli derecede unutkanlık davranışları (örneğin yanan sobayı bırakıp uyumak), unutilan ya da karmaşada kaybolan faturalar nedeniyle faturaların ödenmemesi de kendini ihmali gösteren davranışlardan bazılarıdır (<https://selfneglect.org/self-neglect-facts/self-neglect-basics/what-is-sn/>, Erişim Tarihi: 25 Nisan 2024; <https://selfneglect.org/resources/picture-lists/sn-signs-and-symptoms-list/>, Erişim Tarihi: 26 Nisan 2024).

Kendini ihmalin yalnızca bir özelliğe sahip olmadığı çeşitli türlerinin de olabildiği belirtilirken yaşlılarda kendini ihmalin dört alt türü (fiziksel/tıbbi, çevresel, küresel ve finansal açıdan kendini ihmal) tanımlanmıştır (Burnett ve ark., 2014). Fiziksel/tıbbi ihmal, ruh sağlığı ihmali, sosyal bağılılık gibi sosyal sorun yaşanması ve zihinsel sağlık sorunu olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Çevresel ihmal, bireylerin yaşam koşullarını ihmal etmesiyle beraber dağınıklığın ve düşme riskinin fazla olduğu durumdur. Küresel ihmal, tek bir alandan ziyade dört alanda da ciddi sorun barındırmasıyla karakterizedir. İrk durumu, daha düşük fizyolojik yeterlilik ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olmakla da bağlantılıdır. Finansal ihmal ise düşük gelir, ağır finansal yükler bulunmasıyla ilgilidir (Burnett ve ark., 2014)

Kendini ihmalin fiziksel görünümle ilgili olan belirtileri; kişisel hijyen yetersizliği, hava şartlarına uygun olan kıyafetler giymemek, dağınık saçlar ve bakımsız tırnaklar ve aşırı kilo kaybı olarak sıralanmıştır. Kendini ihmalin beslenmeyle ilgili belirtileri; yetersiz beslenme, kötü/çürük yiyeceklerle beslenme ve dehidrasyondur. Kendini ihmalin yaşam koşullarıyla ilgili belirtileri; ısınma ve suya erişim problemleri, güvenli olmayan, tehlikeli, kötü kokan, bakımsız (rutubetli, sızdıran duvarlı ve kırık pencere vb.) veya dağınık bir evde yaşamak, evin fare/böcek istilasına uğraması, tuvalet erişiminin olmaması, evsiz olmak, dışkı/idrar kokusu olan kirli bir yaşam

ortamı ve istifçilik şeklindedir (<https://selfneglect.org/resources/picture-lists/sn-signs-and-symptoms-list/>, Erişim Tarihi: 26 Ocak 2024).

Kendini ihmalin sağlıkla ilgili belirtileri; ilaçlarını düzenli kullanmamak, tedavi edilemeyen tıbbi durumlar, ciddi hastalık nedeniyle tıbbi tedavi aramayı reddetme, gözlük, işitme cihazı, takma diş gibi gerekli tıbbi araç-gereçlerin eksikliği ve rutin günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğinde azalma olarak belirtilmiştir. Kendini ihmalin zihinsel belirtileri olarak; muhakeme yeteneğinin azalması, bilinç bulanıklığı, konfüzyon, sanrıların olması, depresyon ve psikoz olarak raporlanmıştır (<https://selfneglect.org/self-neglect-facts/self-neglect-basics/recognizing-self-neglect/>, Erişim Tarihi: 25 Nisan 2024). ABD Ulusal Profesyonel Geriatrik Bakım Yöneticileri Derneği'ne göre en sık görülen altı kendini ihmal etme belirtici şunlardır:

- Kişisel hijyen yetersizliği, banyo veya saç/tırnak bakımı yapmama
- İlaç kullanımını yönetememe veya ilaç almayı reddetme
- Dehidrasyon, yetersiz beslenme gibi sağlık durumlarıyla ilgili göstergeler
- Sağlıksız veya çok kirli yaşam alanları
- Ödenmemiş faturalar nedeniyle elektrik-su kesintilerinin olması
- Evde yeterli yiyeceğin bulunmaması veya kilo kaybı görülmesidir (Boothroyd, 2014).

2.6. Yaşlılarda Kendini İhmalin Sonuçları

Kendini ihmal kişilerin sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde kendini ihmalin tespit edilmesinin güç olması ve yaşlıların çevreden gelen iyileştirici müdahaleleri kabul etmekte direnç göstermeleri de oluşabilecek bu olumsuz sonuçların artmasına neden olabilmektedir (Dong X. ve ark., 2009). Kendini ihmal birçok ciddi probleme neden olurken yaşlılarda erken mortalite açısından bağımsız bir risk faktörüdür. Kendini ihmal genellikle malnütrisyon, fiziksel sağlığın yetersizliği ve kırılabilirliğin artması ile sonuçlanırken düşmeler ve fraktürlerin artmasına neden olmaktadır (Papaioannou ve ark., 2012). Yapılan bir araştırmada, kendini ihmal eden yaşlı bireylerde diğer bireylere kıyasla

fiziksel fonksiyon yetersizliğinin ve yaşam kalitesinin kötü olduğu, depresyon durumunun daha fazla olduğu görülmüştür (İlhan ve ark., 2018).

Erken dönemde tanınması güç olan kendini ihmal, mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır (Naik ve ark., 2008; Dong ve ark., 2009). Sosyal hizmet kurumlarına gönderilen yaşlıların kendini ihmal etmelerinin ve istismarının ölümle bağlantılı olduğu, ayrıca kardiyovasküler, pulmoner, nöropsikiyatrik, endokrin veya metabolik ölüm riskinde artışa ve neoplazmaya bağlı ölüme neden olduğu bildirilmiştir (Dong ve ark., 2009). Kendini ihmal eden yaşlı bireylerde mortalite riski önemli derecede arttığı için onların tıbbi açıdan daha fazla bakıma ihtiyacı olduğu düşünülmektedir (Hildebrand ve ark., 2014).

Kendini ihmal, beraberinde getirdiği sağlık sorunları nedeniyle yalnızca bireyin değil, aynı zamanda içinde yaşanılan toplumun da sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kendilerini ihmal eden yaşlı bireylerin hastaneye yatış oranı önemli ölçüde daha yüksektir. Bu durum kendini ihmal şiddetinin ve yıllık hastaneye yatış oranlarının da artması ile ilişkilendirilmiştir (Dong ve ark., 2012a). Ayrıca kişide ciddi bir sağlık problemi ortaya çıkana kadar kendini ihmal etmenin zor anlaşılması ve başka sebeplerle hastaneye yatışların olması sağlık hizmetlerinin maliyetini ve yükünü artırmaktadır (<https://www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/self-neglect>, Erişim Tarihi: 25 Ocak 2024). Kendini ihmal eden yaşlılarda mortaliteyi azaltmak ve sağlık harcamalarını düşürmek için formal ve informal bakım verenlerin ihmal riskine karşı daha duyarlı olmaları gerekmektedir.

2.7. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Kendini İhmali Önlemeye Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Politikaları

Yaşlılarda kendini ihmalin yönetiminden sadece bir kişi veya meslek sorumlu değildir. Kendini ihmal ile mücadelede koordinasyon, teşhis, tanımlama, önleme, tedavi, konsültasyon ve eğitimi içeren hedeflere ulaşmak için multidisipliner ekiplere ihtiyaç vardır (Dong ve Gorbien, 2005). Bu ekipte doktor, hemşire, gerontolog, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi profesyoneller yer almalıdır (Durğun ve Merde, 2023). Bu profesyoneller kendini ihmali azaltmak için tıbbi problemleri tedavi etmek, yaşam koşullarını düzenlemek ve sosyal desteği iyileştirmek için kişiselleştirilmiş bakım planlarını uygulamalıdır (Dahl ve ark., 2020).

Kendini ihmal ile ilgili Birleşik Krallık'taki politikalara baktığımızda, uygulanan mevzuatlar arasında Bakım Yasası (The Care Act) (2014) bulunmaktadır. Yetişkinlere yönelik oluşturulan bu yasa sayesinde kendini ihmal etme riski altındaki yaşlıların korunmasına yönelik düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Bu düzenlemeler arasında yaşlılara doğru bakım verilmesi ve onların ihtiyaçları doğrultusunda destek sağlanmasıyla ilgili çalışmalar bulunmaktadır (<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/introduction/enacted>, Erişim Tarihi: 30 Nisan 2024). Bir diğer politika olan Zihinsel Kapasite Yasası'nda (Mental Capacity Act) (2005), Koruma Mahkemesi kendini ihmal eden bireyin refahı için bireyin genel durumunun değerlendirilmesini ve uygun girişimlerin uygulanması gerektiğini vurgulamıştır (<https://www.scie.org.uk/self-neglect/at-a-glance/>, Erişim Tarihi: 28 Nisan 2024).

Birleşik Krallık'ta kendini ihmal eden bireylerle çalışan profesyonellerin sorumluluklarını belirlemek amacıyla “Çok Kurumlu Kendini İhmal Stratejisi” tasarlanmıştır. Bu strateji, kendini ihmal etmenin oluşturduğu zorluğa karşı tüm kurumlarda uygulanabilecek bir çerçeve sağlamaktadır. Bu çerçevede; kendini ihmal hakkında gelişmiş bilgi, amaca uygun değerlendirme becerileri, çok kurumlu karar vermede tutarlılık, kültürel farklılıkların bilincinde olma, iletişim becerileri, birey merkezli yaklaşım, etkili multidisipliner çalışma, yaşam öyküsü ve nedensel faktörlerin bilinmesi gibi konulara önem verilmiştir (<https://www.tameside.gov.uk/TamesideMBC/media/adultservices/TASPB-Self-Neglect-Strategy.pdf>, Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

Birleşik Krallık'taki bir Yerel Yetişkin Koruma Kurulu tarafından “Kendini İhmal Politikası ve En İyi Uygulama Rehberliği” yayımlanmıştır. Bu rehberdeki kendini ihmal önlemeye yönelik yapılması gereken müdahaleler; bireyi kendisi için bir şeyler yapmaya teşvik etmek, destekleyici ve sürdürülebilir ilişki kurmak, çözüm odaklı multidisipliner çalışmak ve günlük yaşam aktivitelerini desteklemektir (https://bcssp.bathnes.gov.uk/sites/default/files/2020-07/self-neglect_policy_and_guidance_.pdf, Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024). Ayrıca Birleşik Krallık'ta; kendini ihmal politikası geliştirilirken yetişkin sağlığından sorumlu profesyoneller, yöneticiler ve kendini ihmal önlemeye yönelik hizmetleri kullanan yaşlılar gibi kilit insan gruplarının bakış açıları dikkate alınmıştır. Bu politikada kendini ihmale yönelik uygulamalardan önemli beş madde olan kişilerarası ilişkilerin

önemine, kişiyi tespit etmeye, hukuk okuryazarlığına, yaratıcı müdahalelere ve etkili çok kurumlu çalışmaya vurgu yapılmıştır (<https://www.scie.org.uk/self-neglect/key-research-messages/>, Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

Birleşik Krallığa bağlı Manş adalarından biri olan Jersey'de Koruma Ortaklığı Kurulu tarafından, kendini ihmalle ilgili endişe ve sorulara yanıt vermek amacıyla bakım ve destek ihtiyacı olan yetişkinler için kendini ihmal politikası geliştirilmiştir. Kendini ihmal edenlerle birlikte çalışanlara yönelik olan bu politika ile yaşlılarla çalışan bütün meslek gruplarının ve kuruluşların kendini ihmal sürecini anlamaları hedeflenmiştir. Bu politikadaki temel mesajlar arasında; tüm kurumların rol sahibi olduğu, kişinin kendini ihmal etme sebebinin öğrenilmesi ve yaşadığı çevreyle birlikte değerlendirilmesi gerektiği, bu problemin önceki sağlık deneyimleriyle bağlantılı olabileceği, kişi ve ailesinin risk değerlendirmesinin önemi, kişinin kapasitesine uygun kararlar alınması, kendini ihmalin toplumun her alanında olabileceğinin göz önünde bulundurulması gerektiği yer almaktadır (<https://safeguarding.je/wp-content/uploads/2022/12/Self-Neglect-Policy-FINAL-october-2019-v13.pdf>, Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2024).

Amerika Birleşik Devletleri'nin Washington Eyaleti'nde "Yetişkin Koruma Hizmetleri" kapsamında savunmasız yaşlıların kendini ihmal etmesine ilişkin diğer kurumlarla iş birliği yapılmakta ve kendini ihmali önlemeye yönelik hizmetler sunulmaktadır. Bunlar arasında; ücretsiz evde bakım, konut bakımı, ihmal ve finansal sömürden korunmayla ilgili ipuçları verilmesi, ücretsiz bilgi ve yönlendirme, yaşlıya bakım veren aile ve arkadaşlar için ücretsiz bilgilendirme ve kaynak sağlama gibi hizmetler bulunmaktadır (<https://www.dshs.wa.gov/altsa/adult-protective-services-aps>, Erişim Tarihi: 30 Nisan 2024).

Türkiye'de yaşlı bireylere yönelik sağlık ve sosyal politikalar genel olarak; Sağlık Bakanlığı (SB)'na bağlı evde sağlık ve evde bakım hizmetleri ile Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı'na bağlı gündüz bakım merkezleri bünyesinde gerçekleştirilmektedir (<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42977/evde-saglik-ve-palyatif-bakim-birimi.html>, Erişim Tarihi: 29 Nisan 2024; <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/haberler/gunduz-bakim-merkezleri-ulke-genelinde-yayginlasiyor/>, Erişim Tarihi: 29 Nisan 2024). Belediyeler ve diğer yerel yönetimler de evde yaşayan yaşlılara yönelik evde bakım hizmeti sağlamaktadır

(<https://www.antalya.bel.tr/Hizmetlerimiz/Evde-Bakim-Hizmetleri>, Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2024). Bu kurumlarda kendini ihmal eden yaşlıların belirlenmesine ve bu problemin çözümüne yönelik spesifik bir program mevcut değildir. Kendini ihmal tarama programları oluşturularak ASM'ler ve geriatri polikliniklerinde bu programların uygulanması gerektiği düşünölmektedir.

Türkiye'de kendini ihmale özgü bir politika olmasa da kendini ihmalin önlenmesi ya da azaltılmasına katkı sağlayabilecek bazı yasal düzenlemeler bulunmaktadır. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nın yayınladığı 12. Kalkınma Planı'nda (2024-2028); aktif yaşlanma için yaşlıların, sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması, sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları kazandırılması, ruhsal ve fiziksel hastalıklardan korunması, hayat boyu öğrenme fırsatlarından yararlandırılması ve kuşaklar arası ilişkilerin güçlendirilmesiyle kültürel, ekonomik ve toplumsal hayata dahil olmalarıyla yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi hedeflenmiştir (https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf, Erişim Tarihi: 18 Mart 2024). Ayrıca DSÖ tarafından 2005 yılında başlatılan, amacı kentleri yaşlı nüfus için daha kullanışlı hâle getirmek ve yaşlılara daha çok imkân sağlamak üzere harekete geçirmek olan Yaşlı Dostu şehirler Küresel Ağı'na katılabilen ve Yaşlı Dostu Kent olan Türkiye'deki sayılı şehirlerden biri Antalya'dır (Karakuş, 2018).

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı çeşitli üniversitelerin çatısı altında "60+ Tazelenme Üniversitesi Projesi"ni yürütmekte olup bu proje ile yaşlı bireylerin toplumsal hayata katılımlarının artırılması, aktif, başarılı yaşlanma ve hayat boyu öğrenmenin sağlanması hedeflenmiştir (<https://aile.gov.tr/haberler/bakanimiz-deryayanic-2021-yili-itibariyla-6-tazelenme-universitesinde-toplamda-5665-yaslimiza-egitim-veriliyor/>, Erişim Tarihi:30 Nisan 2024). Ücretsiz olarak sunulan bu tür programlar sayesinde yaşlıların akrabalarıyla ve gençlerle ortak vakit geçirebileceği sosyal ortamlar oluşturulmuştur (https://www.akdeniz.edu.tr/tr/haber/tazelenme_universitesi%E2%80%99nde_ilk_derse_yogun_ilgi-3188, Erişim Tarihi:30 Nisan 2024). Yaşlıların yararlanabildiği diğer yardım ve hizmetler arasında SGK sigorta hizmetleri, emekli aylıkları, emekli dul yetim maaşı, eşi vefat eden yaşlı kadınlara yapılan yardımlar, yaşlılara yönelik ücretsiz veya indirimli seyahat desteği, çeşitli vergi/indirim avantajları, sivil toplum kuruluşları, dernek ve vakıf yardımları vs. sayılabilir (Karakuş, 2018). Bu tür

politikalar ve uygulamalar da yaşlılarda kendini ihmali önlemek ya da azaltmak açısından önemli bir yatırım olabilir.

Yaşlı bireylerde bağımlılık oranı artmakla birlikte kendini ihmali önlemeye yönelik daha fazla uygulamaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun için yaşlıların çalışma hayatında daha fazla yer alması, iş yetilerini kaybetmemesi ve üretkenliğinin devam etmesi önem taşımaktadır (Durğun ve Merde, 2023). Ayrıca yaşlılarda kendini ihmalin önlenmesi için eğitimin büyük bir rolü olduğu bu nedenle yaşlılara eğitim fırsatları sağlanmasının ve yaygınlaştırılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir (Durğun ve Merde, 2023). Yaşlı nüfusa yönelik sunulan Evde Bakım Yardımı (Maaşı), Yaşlı ve Engelli Bakım Projeleri (Vefa Projeleri) ve Yaşlılar için Gündüz ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi Projesi gibi sosyal yardım programları da kendini ihmali önlemek açısından yararlı olabilir (<https://www.aile.gov.tr/haberler/evde-bakim-yardimi-yonetmeligi-resmi-gazetede-yayimlandi/>, Erişim Tarihi: 30 Nisan 2024; <https://izniksydv.gov.tr/yardimlar/yasli-ve-engelli-bakim-projeleri-vefa-projeleri/>, Erişim Tarihi: 30 Nisan 2024; <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/haberler/yasli-lara-yonelik-evde-bakim-ve-gunduz-hizmetlerinin-gelistirilmesi-icin-engelli-ve-yasli-hizmetleri-genel-mudurlugu-tarafindan-yagep-projesi-hazirlaniyor-1/>, Erişim Tarihi: 30 Nisan 2024). Kendini ihmal etme yalnızca yaşlılık döneminde ortaya çıkan bir sorun olmadığı için bunu önlemek adına çocukluk, gençlik ve yetişkinlik dönemlerinden başlayarak bütüncül bir değerlendirme yapılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması gerektiği de düşünülmektedir (Band-Winterstein ve ark., 2012).

2.8. Yaşlının Kendini İhmali ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Halk sağlığı hemşireleri, yaşlıları bizzat kendi yaşam alanlarında değerlendirme fırsatına sahiptir. Hemşireler kendini ihmali önleme ve kendini ihmal eden yaşlıları erken dönemde tespit etme, değerlendirme ve onlara uygun girişimleri planlama konusunda temel ve eşsiz bir konumda yer almaktadırlar (Day ve ark., 2012; Noblett, 2019). Buna örnek olarak Day ve arkadaşları (2015), halk sağlığı hemşirelerinin sıklıkla kendini ihmal vakalarıyla temasa geçtiğini ortaya koymuştur (Day ve ark., 2015). Yaşlılarda kendini ihmal risk faktörlerini bilmeleri, kişiye özel bütüncül ve hümanist bir yaklaşımla yaşlıları değerlendirmeleri ve sorunlarına yönelik uygun girişimlerde bulunmaları gerekmektedir (Burnett ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin, kendini ihmal vakalarıyla başa çıkarken onları anlayabilmek

için yaşlıların yaşam öykülerini, zaman içindeki ailesel ve sosyal gelişimlerini öğrenmeleri gerektiğine değinilmiştir (Band-Winterstein ve ark., 2012). Bu doğrultuda daha etkili ve doğru müdahalede bulunabilmek için hemşirelerin yaşlılar ve aileleri ile yakın bir ilişki kurmalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Yaşlılarda kendini ihmalin erken dönemde tanımlanmadığı ve tedavi edilmediği durumlarda, kolayca önlenebilecek veya kontrol altına alınabilecek olan sağlık durumları daha da kötüleşebilmektedir (Johnson, 2018). Bunun önüne geçebilmek için öncelikle yaşlı bireylerin kendini ihmale karşı sağlığını koruma, geliştirme veya rehabilitasyonunu sağlamada hemşireler birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamaklarını takip edebilir. Birincil koruma, kendini ihmalin ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlayan tüm programları (eğitim, farkındalık çalışmaları gibi) içermektedir (De Donder ve ark., 2015). İkincil korumada, kendini ihmalin erken dönemde tespit edilerek daha kötüye gitmesinin önlenmesi için tarama programları oluşturulmalıdır. Bu aşamada birçok kurumla iş birliği içerisinde kapsamlı bir değerlendirme yapılması önerilmektedir (De Donder ve ark., 2015; Noblett, 2019). Bu değerlendirmede kullanılabilecek olan içeriğinde bireyi biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden sorgulayan çeşitli araçlar mevcuttur. Bunlar arasında “İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği (IMSKendini İhmal Anketi) (İlhan ve ark., 2018), Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği (Özmete ve ark., 2018), Kendini İhmal (SN-37) (Day ve McCarthy, 2016), Kendini İhmal Şiddet Ölçeği (Dyer ve ark., 2006), Yaşlı Kendini İhmal Değerlendirmesi (ESNA) (Iris ve ark., 2014), Abrams Geriatrik Kendini İhmal Ölçeği (Abrams ve ark., 2018), Chicago Sağlık ve Yaşlanma Kendini İhmal Ölçeği (Dong ve ark., 2010c), bulunmaktadır. Üçüncül koruma seviyesinde kendini ihmal tedavi etmek, yaşam ortamını düzenlemek, sosyal desteği güçlendirmek ve kendini ihmalin yeniden gerçekleşmesini önlemek için multidisipliner ekibin sunduğu bireysel bakım planlarının uygulanması önerilmektedir (De Donder ve ark., 2015; Dahl ve ark., 2020). Ayrıca halk sağlığı hemşirelerinin vaka yöneticisi, savunucu ve eğitimci rollerini kullanarak yaşlı bireylerin başvurabileceği toplumsal kaynakları bilmeleri ve bu kaynaklarla irtibat halinde olmaları önemlidir (Yalçın Gürsoy, 2020).

Sağlık profesyonelinin, kendini ihmale yönelik çalışma alanının karmaşıklığını ve müdahale olanaklarını anlamalarına yardımcı olmak için İngiltere’deki Sosyal Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü’nün önerisi olarak konuyla ilgili eğitim, süpervizyon ve

destek almaları gerektiği belirtilmektedir (<https://www.scie.org.uk/self-neglect/at-a-glance/>, Erişim Tarihi: 30 Nisan 2024). Bu enstitü kendini ihmal ile ilgili çalışan sağlık profesyonelleri için bazı görevler belirlemiştir. Bu görevler arasında; risk, kapasite, ergoterapi ve akıl sağlığı değerlendirmesi, yönlendirme, aile ile iletişime geçilmesi, dağınıklığı giderme ve temizlik hizmetleri, yerel ortaklardan yararlanma, mülk yönetimi ve onarımlar konusunda yardım, akran desteği, danışmanlık ve terapiler bulunmaktadır (<https://www.scie.org.uk/self-neglect/at-a-glance/>, Erişim Tarihi: 30 Nisan 2024).

Yaşlı bireylerin kendini ihmal risk faktörlerini belirlemek için hemşirelerin fiziksel, zihinsel ve bilişsel açıdan kapsamlı bir değerlendirme yapması da oldukça önemlidir. Buradaki amaç kendini ihmal eden bireylerin, yaşamlarındaki risk faktörlerini yönetmelerine işbirlikçi bir yaklaşımla yardımcı olmaktır (Braye ve ark., 2011). Hemşirelerin kendini ihmale daha iyi müdahale edebilmeleri için bu konu ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve farkındalık faaliyetlerinin yürütülmesi, yaşlının kendini ihmalini ve risk faktörlerini ortaya koyan daha fazla bilimsel çalışmaların planlanması, sahada kullanabilecek çeşitli tarama ve değerlendirme araçlarının geliştirilmesi önerilmektedir (Yalçın Gürsoy, 2020).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Bu araştırma The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) rehberine göre hazırlanmıştır (Von Elm ve ark., 2007) (EK 1).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Antalya’da bulunan Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na (Fethi Bayçın Huzurevi) ve belediyelere bağlı (Şefkat ve Huzurevi, Antalya Büyükşehir Belediyesi Halil Akyüz Huzurevi) üç huzurevinde ve bir ASM’de (Muratpaşa Meydan ASM) yürütülmüştür. Antalya’da; Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı 2 adet huzurevi, diğer kamu kurumlarına bağlı 3 adet huzurevi ve 9 adet özel huzurevi bulunmaktadır. Antalya’daki Bakanlık ve Belediyelere bağlı huzurevlerine günlük yaşam aktivitelerinde genellikle bağımsız, ekonomik yoksunluğu olan veya olmayan ve ruh sağlığı problemi olmayan yaşlılar kabul edilmekte iken özel huzurevleri ağırlıklı olarak sosyoekonomik düzeyi yüksek olan, ruh sağlığı problemi olan ve olmayan, immobilize/günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı yaşlılara kurumda bakım hizmeti vermektedir. Evde yaşayan yaşlılar ile özel huzurevinde yaşayan yaşlıların bu faktörler açısından benzer koşullarda olmaması nedeniyle özel huzurevleri seçilmemiştir.

Fethi Bayçın Huzurevi Konyaaltı ilçesinin Hurma Mahallesinde, Kepez Belediyesi Şefkat ve Huzurevi Kepez ilçesinin Kütükçü Mahallesi’nde, Antalya Büyükşehir Belediyesi Halil Akyüz Huzurevi Döşemealtı ilçesinin Yeşilbayır Mahallesi’nde, Muratpaşa Meydan Aile Sağlığı Merkezi ise Muratpaşa ilçesinin Meydankavağı Mahallesi’nde yer almaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü ASM, araştırmacının ulaşılabilirliği açısından seçilmiştir. Araştırmanın verileri Kasım 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.



Şekil 3. 1. Verilerin toplandığı kurumların bulunduğu mahalleler

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya il merkezinde bulunan Muratpaşa Meydan ASM'ye kayıtlı olup evde yaşayan 60 yaş ve üstü 728 birey ile huzurevlerinde (Fethi Bayçın Huzurevi (n=68), Kepez Belediyesi Şefkat ve Huzurevi'nde (n=52), Antalya Büyükşehir Belediyesi Halil Akyüz Huzurevi'nde (n=62)) yaşayan 60 yaş ve üstü 182 yaşlı birey oluşturmaktadır.

Araştırma örnekleminin hesaplanmasında evrenin bilindiği durumlardaki formül ($n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot t^2}{d^2 \cdot (N-1) + p \cdot q \cdot t^2}$) kullanılarak, Türkiye'de yapılan bir çalışmadaki yaşlılarda kendini ihmal görülme sıklığı (%16.8) dikkate alınarak örneklem büyüklüğü ASM için 170 ($n = \frac{728 \cdot (0,168) \cdot (0,832) \cdot (1,96)^2}{(0,05)^2 \cdot (727) + (0,168) \cdot (0,832) \cdot (1,96)^2}$), huzurevleri için 108 kişi ($n = \frac{182 \cdot (0,168) \cdot (0,832) \cdot (1,96)^2}{(0,05)^2 \cdot (181) + (0,168) \cdot (0,832) \cdot (1,96)^2}$)

hesaplanmıştır (İlhan ve ark., 2018). Yapılan bu çalışmaya, dört kurumdan (huzurevleri ve ASM) toplam ulaşılabilen 278 yaşlı birey dahil edilmiştir. ASM'den amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak, huzurevlerinden ise bireyler tabaka ağırlıklı olarak seçilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Tabakalanan huzurevlerine göre örnekleme sayısı

Tabaka No	Tabaka Adı	Yaşlı sayısı (N)	Tabaka Ağırlığı	Örnekleme Giren Yaşlı Sayısı
1	Fethi Bayçın Huzurevi	68	$68/182=0.37$	$0.37 \times 108=40$
2	Kepez Belediyesi Şefkat ve Huzurevi	52	$52/182=0.29$	$0.29 \times 108=32$
3	Antalya Büyükşehir Belediyesi Halil Akyüz Huzurevi	62	$62/182=0.34$	$0.34 \times 108=36$
Toplam		182	1	108

3.4. Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

- 60 yaş ve üzeri olması
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen
- Tanı almış psikiyatrik problemi olmaması
- Bilateral işitme ve görme bozukluğu olmaması
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olması (Araştırmaya dahil etmeden önce yaşlılara “Ben kimim, bugün hangi gündeyiz ve neredeyiz?” sorusu yöneltilerek yer ve zaman sorgulaması yapılmıştır, doğru yanıt verenler çalışmaya dahil edilmiştir.)
- Tanısı konulmuş ruhsal problem olmaması (Demans, mental sorunlar gibi)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Kendini ihmal

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik özellikler, risk faktörleri (günlük ve enstrumantal yaşam aktivite durumu, komorbidite, ağrı varlığı, beslenme durumu, depresyon durumu ve sosyal destek varlığı), huzurevinde veya evde yaşama durumu

3.6. Verilerin Toplanması

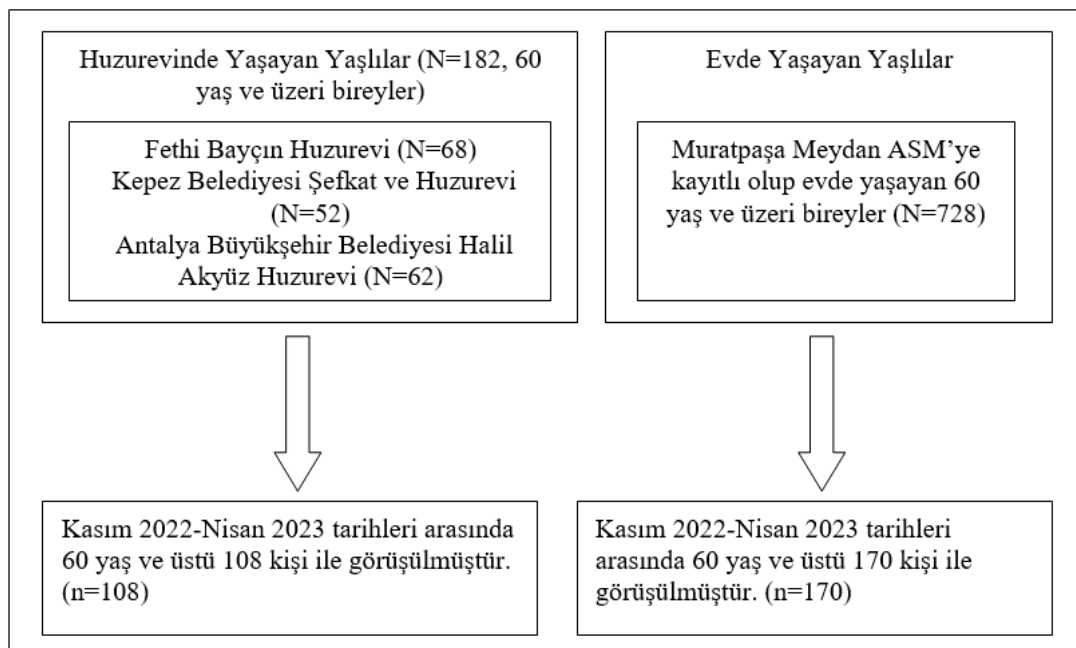
Veriler araştırmacı tarafından huzurevinde ve ASM’de yüz yüze görüşme yöntemi ile kişi başı ortalama 20 dakikada toplanmıştır. ASM’ye kayıtlı olanlar ve huzurevinde yaşayanlar olmak üzere iki gruptaki 60 yaş ve üstünde olan yaşlı bireylerle yapılan görüşmeler sosyal mesafe, maske, hijyen kurallarına uyularak sessiz, iyi aydınlatılmış ve bireylerin kendilerini rahat ifade edebilecekleri uygun bir ortamda yapılmıştır.

3.7. Çalışma Ekibi

Araştırmada kullanılan anket formu (EK 2), hemşirelik lisans mezunu lisansüstü eğitim gören araştırmacı tarafından bireylere yöneltilmiş ve öz bildirim yöntemi ile veriler toplanmıştır. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi’nin doldurulmasına ilişkin huzurevinde çalışan diyetisyen ve hekimin, ASM’de de aile hekiminin görüşleri alınmıştır.

3.8. Ön Uygulama

Verilerinin toplanmasında anket formunda yer alan soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla her iki kurumdan da dahil edilme kriterlerini sağlayan araştırmanın örneklemine dahil edilmeyen iki kişi ile ön uygulama yapılmış ve anket formuna son şekli verilmiştir.



Şekil 3.2. Araştırma planı

3.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik özellikler, ikinci bölümde kendini ihmal risk faktörleri soru formu yer almaktadır. Son bölümde ise bireylerin kendini ihmal düzeylerini belirlemek için İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlıların Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği (IMSKendini İhmal Anketi) kullanılmıştır.

i) Sosyodemografik Özellikler Soru Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bu form ile yaşlı bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu algısı, gelir miktarı, çocuk sayısı, boy, kilo ve kronik hastalık sayısı sorgulanmıştır.

ii) Kendini İhmal Risk Faktörleri Soru Formu: Risk faktörleri soru formunda Katz ve Lawton günlük yaşam aktiviteleri, beslenme durumu, ağrı, depresyon durumu ve sosyal destek ağları sorgulanmıştır. Günlük yaşam aktiviteleri için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Lawton Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası; beslenme durumu için Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi; ağrı için Görsel Ağrı Skalası; depresyon durumu için Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (kısa form); sosyal destek ağları için Lubben Sosyal Ağ Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca evde yaşayan yaşlıların kiminle yaşadığı ve huzurevindeki yaşlıların ise kaç kişilik odada kaldığı sorgulanmıştır.

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği: Katz ve diğerleri (1963) tarafından geliştirilmiş, Arık ve arkadaşları (2015) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Katz ve ark., 1963; Arık ve ark., 2015). Ölçekte bireyin banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacı, hareket, boşaltım, beslenme gibi öz bakım aktiviteleri değerlendirilir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 1 puan, yardım alarak yapıyorsa 0 puan verilmektedir. Toplam puan, 0 (bağımlı) ile 6 (bağımsız) aralığında değişmektedir. Alınan puan arttıkça bireyin bağımsızlığı artmaktadır. Yaşlılar için bu ölçeğin Türkiye'de yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.838 olarak bulunmuştur (Arık ve ark., 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.754 bulunmuştur.

Lawton Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası: Lawton ve Brody (1969) tarafından geliştirilen Lawton EGYA Ölçeği'nin Türkçe tercümesi Yardımcı

(1995) tarafından yapılmıştır (Lawton ve Brody, 1969; Yardımcı, 1995). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, Işık ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır (Isik ve ark., 2020). Ölçeğin; telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım araçlarına binebilme, ilaçları tanıma/kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz bileşeni bulunmaktadır. Bu sekiz bileşenin her birine verilen yanıtlar 0 (yapamaz ya da kısmen yapabilir) veya 1 (yapabilir) olarak kodlanır ve yanıtlar toplanır. Toplam puan, 0 (düşük işlevli, bağımlı) ile 8 aralığında (yüksek işlev, bağımsız) değişmektedir (Lawton ve Brody, 1969). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.843 olarak bulunmuştur (Isik ve ark., 2020). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.785 bulunmuştur.

Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi (kısa ve uzun form): Guigoz (2005) tarafından geliştirilen ve Cohendy ve arkadaşları (2001) tarafından kısa formu oluşturulan mini nütrisyonel testin kısa ve uzun formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması uzmanlık tezi olarak Sarıkaya (2013) tarafından yapılmıştır (Cohendy ve ark., 2001; Guigoz, 2006; Sarıkaya, 2013). Orijinal mini nütrisyonel testte; genel sağlık durumu, nütrisyon, antropometri ve hastanın kendi hakkındaki değerlendirmesiyle ilgili sorular yer almakta ve dört bölümden oluşmaktadır. Bu dört bölüm; antropometrik değerlendirme (beden kitle indeksi, kilo, kol ve baldır çevreleri); genel değerlendirme (hayat tarzı, ilaç, mobilite, depresyon ve demans belirtileri); kısa beslenme değerlendirmesi (öğün sayısı, gıda ve sıvı alımı, beslenmede özerklik) ve subjektif değerlendirmedir (sağlık ve beslenme konusunda benlik algısı). Bu çalışmada, mini nütrisyonel test kısa formu kullanılmıştır. Literatürde yaşlıların nütrisyonel değerlendirmesinin yapıldığı çalışmalar arasında; Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi'nin, hekimler tarafından yaşlı bireylere uygulandığı çalışmaların yer almasının yanı sıra hemşireler tarafından uygulandığı çalışmalar da bulunmaktadır (Sarıkaya, 2013; Taş Gülen ve Özçiftçi Yılmaz, 2017; Yakaryılmaz ve ark., 2021; Dişli ve Samancıoğlu, 2022). Bu form huzurevinde, orada bulunan bir diyetisyenin; ASM'de ise aile hekiminin görüşleri alınarak doldurulmuştur. Bu formda 6 maddeye (vücut kitle indeksi, son 3 ayda kilo kaybı olup olmadığı, son 3 ayda psikolojik stres veya akut hastalık geçirip geçirmediği, mobilite durumu, nöropsikolojik problem varlığı, son 3 ayda iştah durumunda değişiklik olup olmadığı, ve) göre puanlama yapılmaktadır. Puanlamaya göre normal

beslenme durumu (12-14 arası), malnütrisyon riski altında (8-11 arasında) veya belirgin malnütrisyon (<8) olarak sınıflandır. Bireylere önce kısa form uygulanmalıdır. Bu formdan alınan puan 12 ve üstü ise uzun formun uygulanmasına gerek olmadığı belirtilmektedir. Eğer alınan puan 11 veya daha düşük ise malnütrisyon riski taşıdığı kabul edilerek uzun form uygulanmalıdır. Bu formdan da elde edilen sonuca göre 17 puanın altı malnütrisyonu, 17-23,5 puan malnütrisyon riskini ve >23,5 ise normal beslenme durumunu göstermektedir. Beden kitle indeksi hesaplanamayan hastalarda baldır çevresi ölçülebilir (Cohendy ve ark., 2001; Guigoz, 2006; Sarıkaya, 2013). Tüm yaşlı bireylere öncelikle kısa form uygulanmıştır. Bu formdan 12 puanın altında puan alan bireylere ise uzun form uygulanmıştır.

Görsel ağrı skalası: Görsel ağrı skalası Wong Baker yüz skalası olarak bilinmektedir. Alınan puan, 0 ile 10 aralığında değişmektedir. Bu skalada “0 puan” ağrının olmadığını, “9-10 puan” dayanılmaz ağrıyı ifade etmektedir.

Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (kısa form): 1986 yılında Sheikh ve Yesavage tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, 2018 yılında Durmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Sheikh ve Yesavage, 1986; Durmaz ve ark., 2018). Bu ölçek kişinin kendisini son bir haftaya göre değerlendirmesine dayanan, soruya göre değişiklik göstermekle birlikte “evet” ve “hayır” cevaplarını vermesine göre birer puan alınabilen, sonucunda da 0 ila 15 puan arasında toplam skora sahip olan 15 soruluk bir ölçektir. Toplam skorun 5 ve altında olması durumunda “depresyon yok”, 5’in üzerinde olması durumundaysa “depresyon var” olarak değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.920 olarak bulunmuştur (Durmaz ve ark., 2018). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.744 bulunmuştur.

Komorbidite durumu: Komorbidite; 60 yaş ve üzerindeki yaşlı hastalarda, eş zamanlı olarak diyabet, kanser, serebrovasküler hastalık, kardiyovasküler hastalık gibi birden fazla kronik hastalık bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (Dong ve ark., 2010b; Alsuwaidan ve ark., 2021). Bu nedenle yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalık olması “komorbiditesi var” olarak değerlendirilmiştir.

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği- 6 (LSAÖ-6): Lubben (1988) tarafından yaşlı yetişkin popülasyonları arasında kullanılmak için özel olarak geliştirildikten sonra Lubben ve ark. (2006) tarafından Kısaltılmış Lubben Sosyal Ağ Ölçeği (LSAÖ-6) geliştirilmiştir (Lubben, 1988; Lubben ve ark., 2006). Demir Erbil ve Hazer tarafından ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Demir Erbil ve Hazer, 2020). Sosyal ağın büyüklüğü, özel iletişim ve yardım ile ilgili aile bölümünde 3 soru, arkadaş bölümünde 3 soru olmak üzere toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Anketteki her bir ifade altılı likert tipte 0'dan 5'e kadar puanlanmıştır. 0,1,2 kişinin sahip olduğu sosyal ağın azlığına; 3,4,5 ise kişinin sahip olduğu sosyal ağın daha çok olmasına işaret etmektedir. Toplam puan, tüm maddelerin toplamı bulunarak hesaplanmaktadır. LSAÖ-6 için puanlama, 0 ile 30 arasında değişmekte olup, daha yüksek puan daha çok sosyal ağ varlığını göstermektedir. Ölçeğin genele ait Cronbach alfa katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur (Demir Erbil ve Hazer, 2020). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.755 bulunmuştur.

iii) İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlıların Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği (IMSKendini İhmal Anketi): İlhan ve arkadaşları (2018) tarafından Türkçe olarak geliştirilen ölçeğin maddeleri Türk nüfusunun sosyo-demografik özelliklerine göre 60 yaş ve üzeri bireyler için geliştirilmiştir. Kendini ihmal anketi; kişisel hijyen, sağlık alışkanlıkları ve sosyal işlevsellikle ilgili 11 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin cevap seçenekleri "evet" (1 puan) ya da "hayır" (0 puan) şeklindedir. Toplam test puanı, her biri 1 puan olacak şekilde "evet" yanıtlarının toplamıdır. Ölçekten alınabilecek toplam test puanı 0 ile 11 puan arasında değişmektedir. Düşük test puanları, kendini ihmal etme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Toplam puanın 7 veya altında olması yaşlıda kendini ihmal etmeyi yansıtmaktadır. Ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.708'dir (İlhan ve ark., 2018).

Tablo 3.2. Veri toplama araçları tablosu

		Soru Sayısı	Min-Max Değeri	Cronbach Alfa Değeri	Ölçeğin sınıflandırması
Veri Toplama Araçları	Sosyodemografik Özellikler Formu	12	-	-	-
	Kendini ihmal risk faktörleri soru formu	Araştırmacı tarafından oluşturulan sorular	3	-	-
		Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	6	0-6	0 puan=bağımlı 6 puan=bağımsız
		Lawton Brody Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	8	0-8	-
		Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi (kısa form)	6	0-14	- Alınan puan 12-14 arası ise “normal beslenmiş” 8-11 arasında ise “risk altında” <8 ise belirgin malnütre
		Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi (uzun form)	12	0-16	- Kısa ve uzun form toplamı; 17 puanın altında ise “malnütrisyon” 17-23,5 puan arası ise “malnütrisyon riski” >23,5 ise “normal durum”
		Görsel ağrı skalası	1	0-10	-
		Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (kısa form)	15	0-15	0.920 Toplam skor 5 ve altında ise “depresyon yok” 5’in üzerinde ise “depresyon var”
		Lubben Sosyal Ağ Ölçeği- 6 (LSAÖ-6)	6	0-30	0.74 -
	İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği (IMSKendini İhmal Anketi)	11	0-11	0.708	Toplam puan 7 veya altında ise “yaşlı kendini ihmal ediyor”

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin analizi lisanslı SPSS 22.0 (Statistical Package For Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde değerleri ile sunulmuştur. Araştırmada kullanılan istatistiksel testler Tablo 3.3.'te yer almaktadır. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda risk faktörlerine göre kendini ihmal puanlarının karşılaştırılmasında korelasyon analizi yapılmış olup korelasyon katsayısının 0-0.19 arasında olması çok düşük, 0.20-0.39 arasında olması düşük, 0.40-0.59 arasında olması orta, 0.60-0.79 arasında olması güçlü ve 0.80-1.00 arasında olması çok güçlü ilişkiyi göstermektedir (Dodge, 2008). Kendini ihmal etkilleyen faktörleri belirlemek için ikili karşılaştırmalarda anlamlı bulunan değişkenler ($p < 0.05$ olan tüm değişkenler) regresyon modeline dahil edilmiştir. Regresyon modelinde eş zamanlı olarak tüm değişkenler “enter” metoduyla analiz edilmiştir. Veriler %5 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Tablo 3.3. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler

Değişkenler	İstatistiksel Yöntemler
Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (kategorik ve sürekli değişken)	Kikare testi ve Mann Whitney U Testi
Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların kendini ihmal düzeyi, bağımsızlık düzeyi ve beslenme durumu, depresyon, ağrı ve sosyal ağ durumlarının karşılaştırılması (sürekli değişkenler için)	Bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U Testi
Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal, beslenme durumu, depresyon ve komorbidite durumlarının karşılaştırılması (kategorik değişkenler için)	Kikare testi
Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların tanımlayıcı özelliklerinin düzeyleri ile kendini ihmal ölçeği puanı arasındaki ilişkinin belirlenmesi	Bağımsız gruplarda t testi ve Varyans analizi
Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda risk faktörlerine göre kendini ihmal puanlarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi, Varyans analizi, Pearson korelasyon testi, Spearman korelasyon testi
Huzurevindeki ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal etkilleyen faktörlerin incelenmesi	Lojistik regresyon analizi

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Tarih: 16.02.2022 Karar No: KAEK-93) (EK 3). Araştırmanın Fethi Bayçın Huzurevi'nde yürütülebilmesi için Antalya

Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nden (Tarih: 06.07.2022 Sayı: E-84459573-605.01[605.01]-4102814), Şefkat ve Huzurevi'nde yürütülebilmesi için Kepez Belediyesi'nden (Tarih: 14.06.2022 Sayı: E-55591659-622.03-416-13247) ve Halil Akyüz Huzurevi'nde yürütülebilmesi için Antalya Büyükşehir Belediyesi'nden (Tarih: 14.10.2022 Sayı: E-35851230-819-202107) kurum izinleri alınmıştır (EK 4). Araştırmanın Muratpaşa Meydan ASM'de yürütülebilmesi için ASM'den onay alınmıştır (EK 5). Araştırmanın yapılabilmesi için Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma uygulama izni alınmıştır (Tarih: 15.11.2022 Sayı: E-67910779-799) (EK 6). Verilerin toplanmasında kullanılacak olan ölçekler için ölçeği geliştiren araştırmacılardan elektronik posta ile ölçek izni alınmıştır (EK 7). Araştırmaya katılan bireyler çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra yazılı onamları alınmıştır (EK 8).

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sınırlılıkları olarak sadece bir Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüş olması, soruların cevaplarının yaşlıların kendi beyanları doğrultusunda elde edilmesidir. Kendini ihmalî tarama ölçeğinin kullanımı henüz yaygın olmamakla birlikte yeni geliştirilen bu ölçekte bazı maddelerin Türk kültürüne uygun hale getirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; bireylerin yaş ortalaması 71.1 ± 7.8 bulunmuş olup %70.1'inin 60-74 yaş aralığında, %61.5'inin erkek ve %57.6'sının eğitim düzeyinin ortaokul ve üstü olduğu belirlenmiştir. Yaşlıların %56.1'inin bekar, %62.6'sının emekli ve %66.9'unun algılanan gelir durumunun “gelir gideri karşılıyor veya gelir giderden fazla” olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.).

Araştırmaya katılan bireylerin %80.2'sinin kronik hastalığı var iken en fazla görülen kronik hastalıkların HT, DM, KVB ve hiperlipidemi olduğu belirlenmiştir. Evde yaşayan yaşlıların %17.1'i tek başına yaşamaktadır. Yaşlıların çocuk sayısı ortalaması 2.3 ± 1.4 , beden kitle indeksi 28.0 ± 5.4 bulunmuştur. Yaşlı bireylerin huzurevindeki odada kalan birey sayısı ortalaması 2.1 ± 0.3 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların tanımlayıcı özellikleri karşılaştırılmıştır. Yaşlının yaşadığı yer ve yaş aralığı açısından anlamlılık saptanmıştır ($p=0.007$). Anlamlılığın nereden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni testine göre 60-74 yaş aralığı ve 85 yaş ve üzeri gruplarda anlamlılık saptanmıştır. Huzurevindeki yaşlılarda evde yaşayanlara göre 85 yaş ve üzeri olan birey sayısı daha fazlayken, evde yaşayan yaşlılarda ise 60-74 yaş aralığındaki birey daha fazla bulunmuştur. Ayrıca yaş ortalaması evde yaşayan yaşlılara göre huzurevinde daha yüksek saptanmıştır. Huzurevinde yaşayan bireylerde erkeklerin oranı daha yüksek belirlenmiştir. Evde yaşayan yaşlılarda ortaokul ve üstü eğitim düzeyinde olanların oranı daha yüksek saptanmıştır. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda bekar olanların oranı anlamlı şekilde daha yüksektir. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Anlamlılığın “çalışmıyor” ve “emekli” grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda çalışmayanların oranı daha yüksek iken evde yaşayan yaşlılarda emekli olanların oranı daha yüksek belirlenmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda evde yaşayanlara göre “geliri gideri karşılıyor ya da geliri giderinden fazla” olanların oranı daha fazladır. Evde yaşayan yaşlılarda beden kitle indeksi ortalaması daha

yüksek belirlenmiştir ($p=0.029$). Kronik hastalık varlığı hem huzurevinde hem de evde yaşayan yaşlılarda benzer oranda bulunmuştur ($p=0.082$) (Tablo 4.1).



Tablo 4.1. Yaşlıların tanımlayıcı özellikleri

		Toplam (n=278)		Huzurevinde yaşayan yaşlılar (n=108)		Evde yaşayan yaşlılar (n=170)		x ²	p***
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	60-74 yaş	195	70.1	67	62.0	128	75.3	9.988	0.007
	75-84 yaş	61	21.9	26	24.1	35	20.6		
	85 yaş ve üzeri	22	7.9	15	13.9	7	4.1		
Cinsiyet	Kadın	107	38.5	26	24.1	81	47.6	15.501	<0.001
	Erkek	171	61.5	82	75.9	89	52.4		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	118	42.4	64	59.3	54	31.8	20.437	<0.001
	Ortaokul ve üstü	160	57.6	44	40.7	116	68.2		
Medeni durum	Evli	122	43.9	2	1.9	120	70.6	126.709	<0.001
	Bekar*	156	56.1	106	98.1	50	29.4		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	91	32.7	50	46.3	41	24.1	16.191	<0.001
	Çalışıyor	13	4.7	2	1.9	11	6.5		
	Emekli	174	62.6	56	51.9	118	69.4		
Gelir durumu	Gelir gideri karşılıyor ya da gelir giderden fazla	186	66.9	81	75.0	105	61.8	5.225	<0.001
	Gelir gideri karşılamıyor	92	33.1	27	25.0	65	38.2		
Kronik hastalık varlığı	Var	223	80.2	81	75.0	142	83.5	3.028	0.082
	Yok	55	19.8	27	25.0	28	16.5		
Bireylerde var olan kronik hastalıklar **	Hipertansiyon	132	47.5	37	34.3	95	55.9	-	-
	Diyabetes Mellitus	108	38.8	32	29.6	76	44.7		
	Kardiyovasküler hastalık	68	24.5	27	25	41	24.1		
	Hiperlipidemi	62	22.3	10	9.3	52	30.6		
	Bening prostat hiperplazisi	26	9.4	10	9.3	16	9.4		
	Astım	25	9.0	10	9.3	15	8.8		
	KOAH	20	7.2	11	10.2	9	5.3		
	Romatoid artrit	18	6.5	9	8.3	9	5.3		
	Kanser	8	2.9	2	1.9	6	3.5		
Kiminle yaşadığı (n=170)	Tek başına	29	17.1	-	-	29	17.1	-	-
	Bir başkası ile	141	82.9	-	-	141	82.9		
		ort	ss	ort	ss	ort	ss	z	p****
Yaş		71.1	7.8	73.7	8.2	69.5	7.1	-4.19	<0.001
Çocuk sayısı		2.3	1.4	2.3	1.7	2.2	1.1	-0.04	0.969
Beden kitle indeksi		28.0	5.4	27.3	5.3	28.4	5.3	-2.17	0.029
Huzurevindeki oda kapasitesi (birey sayısı)		-	-	2.1	0.3	-	-	-	-

*Bekar; hiç evlenmemiş, boşanmış, eşinden ayrı yaşayan veya dul bireyleri kapsamaktadır.

**Bireylerde birden fazla kronik hastalık mevcuttur.

*** Kikare testi

****Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan bireylerin IMS Kendini ihmal Tarama Ölçeği toplam puan ortalaması 7.3 ± 2.0 , Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği toplam puan ortalaması 6.7 ± 1.8 , Geriatrik Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 4.7 ± 3.0 ve Lubben Sosyal Ağ Ölçeği- 6 13.8 ± 6.2 bulunmuştur. Bireylerin Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği toplam puan ortalaması 5.6 ± 0.7 ve medyanı 6.0 belirlenmiştir. Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi (kısa form) toplam puan ortalaması 13.2 ± 1.2 ve medyanı 14.0, bu testin uzun formunun ortalaması 22.6 ± 1.9 ve medyan değeri 22.8 olarak saptanmıştır. Görsel Ağrı Skalası toplam puan ortalaması 2.0 ± 1.4 ve medyanı 1.0 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.).

Araştırmaya katılan bireylerin %55.8'inin kendini ihmal ettiği belirlenmiştir. Mini nütrisyonel durum açısından incelendiğinde, yaşlı bireylerin %92.8'inin normal beslenme durumunda ve %7.2'sinde malnütrisyon riski olduğu bulunmuştur. Depresyon durumu değerlendirildiğinde bireylerin %31.7'sinde depresyon riski olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %56.5'inin komorbiditesi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılar; kendini ihmal düzeyi, bağımsızlık düzeyi ve beslenme durumu, depresyon, ağrı ve sosyal ağ durumları açısından karşılaştırılmıştır. Evde yaşayan yaşlı bireylerin huzurevindeki yaşlılara göre kendini ihmal puan ortalaması anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p < 0.001$). Evde yaşayan yaşlıların huzurevindekilere göre Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek belirlenmiştir ($p < 0.001$). Evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşayanlara göre Lubben Sosyal Ağ puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır ($p < 0.001$). Evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşayan yaşlılara göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi (kısa form) medyanı anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Ancak evde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalaması, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Mini nütrisyonel değerlendirme ölçeği (uzun form), Görsel Ağrı Skalası medyanları benzer bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.2.).

Kendini ihmal etme durumu açısından huzurevinde ve evde yaşayan bireyler karşılaştırılmıştır. Evde yaşayan bireylerde kendini ihmal edenlerin oranı huzurevindeki bireylere göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Huzurevinde yaşayan bireylerde malnütrisyon riski yüksek olanların oranı daha fazla

bulunmuştur ($p=0.013$). Mini Nütrisyonel durum uzun formuna göre her iki grupta malnütriyon riski altında olanların oranı benzerdir ($p>0.05$). Hem evde yaşayan yaşlılarda hem de huzurevindeki yaşlılarda depresyon riski açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Evde yaşayan yaşlıların huzurevindeki yaşlılara göre komorbidite varlığı anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.006$) (Tablo 4.2.).



Tablo 4.2. Katılımcıların kendini ihmal düzeyi, bağımsızlık düzeyi ve beslenme durumu, depresyon, ağrı ve sosyal ağ durumları (n=278)

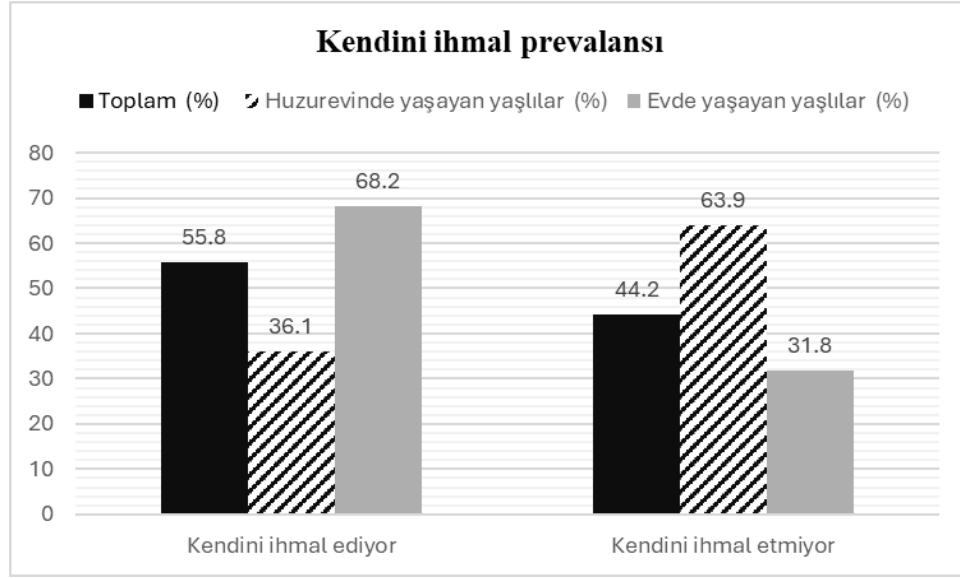
		Toplam (n=278)		Huzurevinde yaşayan yaşlılar (n=108)		Evde yaşayan yaşlılar (n=170)			
		ort (ss)		ort (ss)		ort (ss)		t*	p
IMS Kendini İhmal Tarama Ölçeği		7.3 (2.0)		8.2 (1.9)		6.7 (1.8)		-6.75	<0.001
Lawton Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği		6.7 (1.8)		5.6 (2.2)		7.4 (1.0)		7.86	<0.001
Geriatrik Depresyon Ölçeği		4.7 (3.0)		4.8 (3.3)		4.6 (2.8)		-0.58	0.565
Lubben Sosyal Ağ Ölçeği- 6		13.8 (6.2)		11.0 (5.4)		15.7 (6.0)		6.72	<0.001
		ort (ss)	medyan (min-max)	ort (ss)	medyan (min-max)	ort (ss)	medyan (min-max)	z**	p
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği		5.6 (0.7)	6.0 (2.0-6.0)	5.5 (0.9)	5.5 (3.0-6.0)	5.7 (0.5)	6.0 (5.0-6.0)	-1.42	0.157
Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi (kısa form) (0-14 puan) (n=278)		13.2 (1.2)	14.0 (9.0-14.0)	13.0 (1.4)	13.0 (9.0-14.0)	13.5 (1.0)	14.0 (9.0-14.0)	-5.22	<0.001
Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi (uzun form) (0-30 puan) (n=24)		22.6 (1.9)	22.8 (18.5-26.0)	23.0 (2.1)	23.0 (18.5-26.0)	22.4 (1.5)	22.5 (19.5-24.5)	-0.37	0.742
Görsel Ağrı Skalası		2.0 (1.4)	1.0 (1.0-6.0)	1.8 (1.3)	2.0 (1.0-6.0)	2.1 (1.5)	1.0 (1.0-1.5)	-1.48	0.137
		n	%	n	%	n	%	X²***	p
Kendini ihmal durumu	Kendini ihmal ediyor	155	55.8	39	36.1	116	68.2	27.628	<0.001
	Kendini ihmal etmiyor	123	44.2	69	63.9	54	31.8		
Nutrisyonel durum****	Normal beslenme durumu	258	92.8	95	88.0	163	95.9	6.204	0.013
	Malnutrisyon riski	20	7.2	13	12.0	7	4.1		
Depresyon riski	Depresyon riski var	88	31.7	35	32.4	53	31.2	0.046	0.830
	Depresyon riski yok	190	68.3	73	67.6	117	68.8		
Komorbidite durumu	Komorbidite var	157	56.5	50	46.3	107	62.9	7.444	0.006
	Komorbidite yok	121	43.5	58	53.7	63	37.1		

*Bağımsız gruplarda t testi

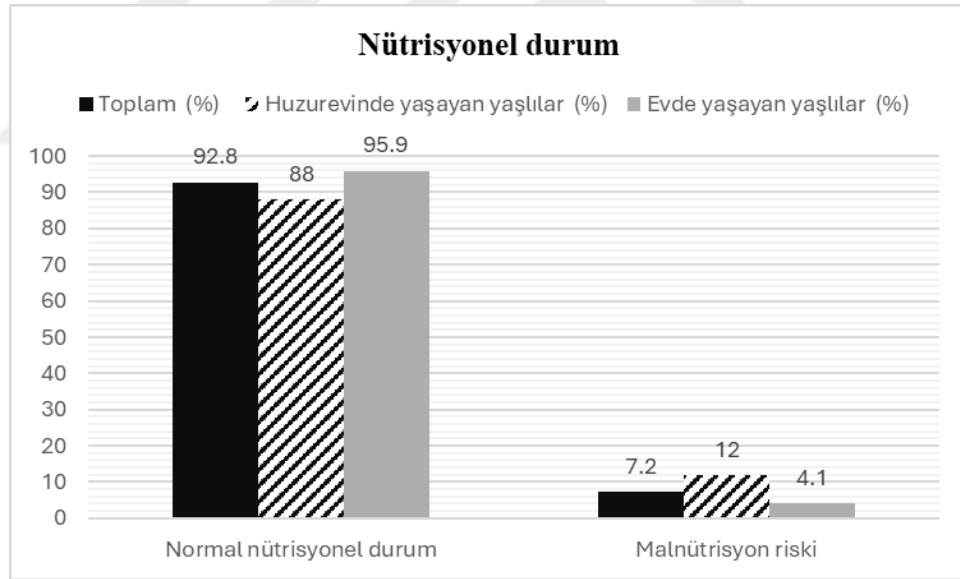
**Mann Whitney U testi

***Kikare testi

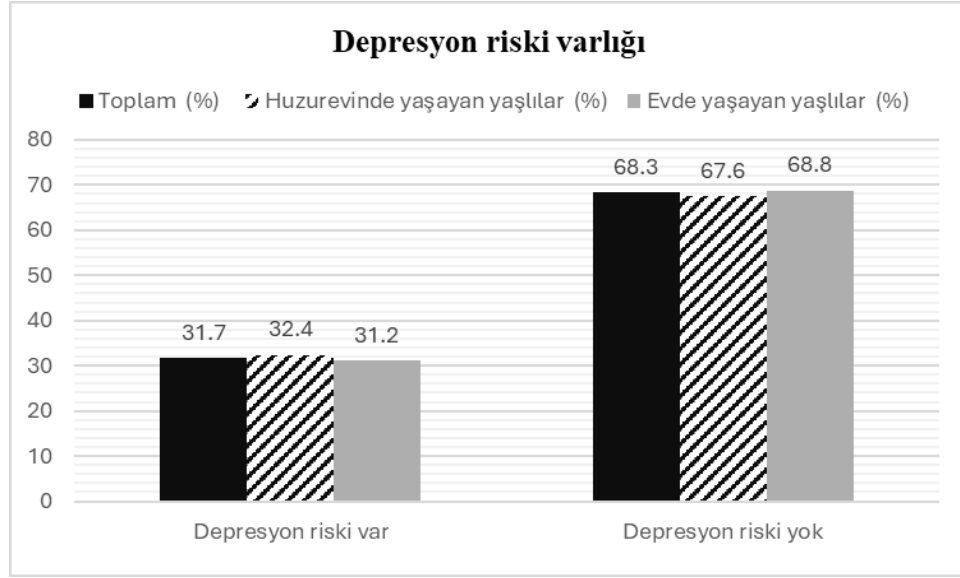
**** Mini nutrisyonel durum, kısa form ve uzun form uygulanan tüm katılımcıları kapsamaktadır.



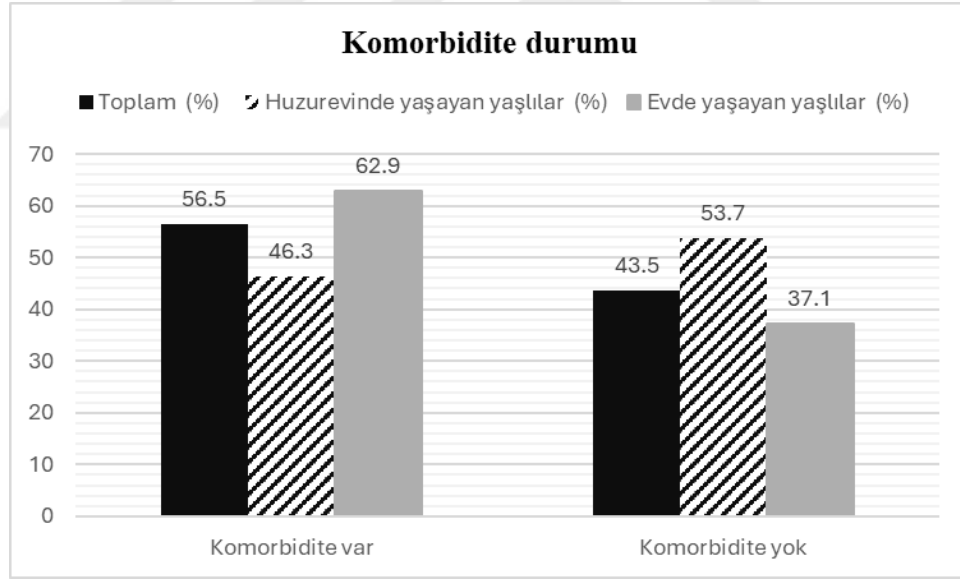
Şekil 4.1. Huzurevinde ve evde yaşayan katılımcılarda kendini ihmal prevalansı



Şekil 4.2. Huzurevinde ve evde yaşayan katılımcılarda nütrisyonel durum



Şekil 4.3. Huzurevinde ve evde yaşayan katılımcılarda depresyon riski



Şekil 4.4. Huzurevinde ve evde yaşayan katılımcılarda komorbidite durumu

Huzurevinde ve evde yaşayan bireylerde kendini ihmal etkilleyen faktörler incelenmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal ölçeği puanı ile yaş grupları açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Anlamlılığın nereden kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni testine göre, ileri yaşlı grubundaki bireylerin kendini ihmal puanları genç yaşlı grubundakilere göre anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan kadın yaşlıların kendini ihmal ölçeği puanı erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha düşük saptanmıştır. Eğitim düzeyi ilkokul altı olanların ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindekilere göre kendini ihmal ölçeği puanı daha düşük belirlenmiştir. “Geliri gideri karşılayan ya da geliri giderinden fazla olan” huzurevindeki yaşlı bireylerin kendini ihmal puanı anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Kronik hastalığı olan yaşlıların olmayanlara göre kendini ihmal puanı daha düşük saptanmıştır. Mini nütrisyonel durum açısından huzurevindeki yaşlılar arasında malnütrisyon riski olan bireylerin kendini ihmal puanı anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur. Depresyon riski olan yaşlıların kendini ihmal puanı düşük bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda medeni durum, çalışma durumu, nütrisyonel durum ve komorbidite varlığı açısından kendini ihmal puanları benzer bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.3.).

Huzurevinde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal ölçeği puanı ile yaş arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ($r=-0.413$, $p<0.001$). Enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanı arttıkça kendini ihmal ölçeği puanının arttığı, pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.503$, $p<0.001$). Geriatrik depresyon ölçeği puanı ile kendini ihmal ölçeği puanı arasında ters yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.430$, $p<0.001$). Huzurevinde yaşlılarda Lubben sosyal ağ ölçeği puanı ile kendini ihmal ölçeği puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0.492$, $p<0.001$). Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanı arttıkça kendini ihmal ölçeği puanının arttığı, pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür ($\rho=0.400$, $p<0.001$) (Tablo 4.3.).

Evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal puanı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan yaşlıların ortaokul ve üzerine göre kendini ihmal puanı anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Evde yaşayan yaşlılarda depresyon riski olan bireylerin kendini ihmal puanı anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p=0.001$). Evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal ölçeği puanı ile yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu gibi

diğer değişkenler açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.).

Evde yaşayan yaşlılarda çocuk sayısı ile kendini ihmal puanı arasında negatif yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.243$, $p=0.001$). Benzer şekilde evdeki yaşlılarda beden kitle indeksi ile kendini ihmal puanı arasında ters yönlü düşük bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.305$, $p<0.001$). Enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanı arttıkça kendini ihmal puanının arttığı, pozitif yönde düşük bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.253$, $p=0.001$). Depresyon ölçeği puanı ile kendini ihmal ölçeği puanı arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.392$, $p<0.001$). Sosyal ağ ölçeği puanı ile kendini ihmal puanı arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.411$, $p<0.001$). Ayrıca ağrı puanı ile kendini ihmal ölçeği puanı arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.280$, $p<0.001$). Evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal ölçeği puanı ile yaş ve Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda risk faktörlerine göre kendini ihmal puanları

		Huzurevinde yaşayan yaşlılar (n=108)			Evde yaşayan yaşlılar (n=170)		
		ort (ss)	t*/f**	p	ort (ss)	t*/f**	p
Yaş	60-74 yaş (genç yaşlı grubu)	8.6 (1.9)	5.795**	0.004	6.7 (1.8)	0.004**	0.996
	75-84 yaş (orta yaşlı grubu)	7.9 (1.9)			6.7 (1.8)		
	85 yaş ve üzeri (ileri yaşlı grubu)	6.9 (1.6)			6.7 (1.6)		
Cinsiyet	Kadın	7.5 (8.4)	-2.230*	0.028	6.7 (1.8)	0.227*	0.820
	Erkek	8.4 (1.9)			6.6 (1.8)		
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	7.7 (2.0)	-3.378*	0.001	6.0 (1.5)	-3.742*	<0.001
	Ortaokul ve üstü	8.9 (1.6)			7.0 (1.8)		
Medeni durum	Evli	8.0 (1.4)	-0.136*	0.892	6.8 (1.7)	1.038*	0.301
	Bekar	8.2 (1.9)			6.4 (1.9)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	8.3 (2.0)	0.153**	0.858	6.2 (1.8)	2.481**	0.087
	Çalışıyor	8.5 (2.1)			7.4 (2.0)		
	Emekli	8.1 (1.9)			6.8 (1.7)		
Gelir durumu	Gelir gideri karşılıyor ya da gelir giderden fazla	7.9 (1.9)	-2.594*	0.011	6.9 (1.8)	1.774*	0.078
	Gelir gideri karşılamıyor	9.0 (2.0)			6.4 (1.6)		
Kronik hastalık varlığı	Var	8.0 (2.0)	-2.101*	0.038	6.6 (1.7)	-1.586*	0.115
	Yok	8.9 (1.9)			7.1 (2.0)		
Kiminle yaşadığı (n=170)	Tek başına	-	-	-	6.7 (1.8)	0.102*	0.919
	Bir başkası ile				6.7 (1.8)		
Mini nütrisyonel durum*****	Normal beslenme/nütrisyon durumu	8.3 (1.9)	2.082*	0.040	6.65 (1.8)	-0.084*	0.933
	Malnütrisyon riski	7.2 (1.8)			6.7 (1.5)		

Depresyon riski	Depresyon riski var	7.1 (1.9)	4.163*	<0.001	6.0 (1.8)	3.355*	0.001
	Depresyon riski yok	8.7 (1.7)			7.0 (1.7)		
Komorbidite varlığı	Komorbidite var	7.9 (1.8)	-1.430*	0.156	6.5 (1.7)	-1.481*	0.140
	Komorbidite yok	8.4 (2.0)			6.9 (1.9)		
			Kendini ihmal ölçeği puanı				
			Huzurevinde yaşayan yaşlılar (n=108)		Evde yaşayan yaşlılar (n=170)		
			r***	p	r***	p	
Yaş			-0.413	<0.001	-0.017	0.824	
Çocuk sayısı			-0.009	0.929	-0.243	0.001	
Beden kitle indeksi			-0.107	0.271	-0.305	<0.001	
Huzurevindeki oda kapasitesi (birey sayısı)			-0.073	0.451	-	-	
Lawton Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği			0.503	<0.001	0.253	0.001	
Geriatrik Depresyon Ölçeği (depresyon riski)			-0.430	<0.001	-0.392	<0.001	
Lubben Sosyal Ağ Ölçeği- 6			0.492	<0.001	0.411	<0.001	
			ρ****	p	ρ****	p	
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği			0.400	<0.001	0.101	0.191	
Görsel Ağrı Skalası			-0.008	0.935	-0.280	<0.001	

*t = Bağımsız gruplarda t testi

**f= Varyans analizi

***r=Pearson korelasyon testi

**** ρ= Spearman korelasyon testi

***** Mini nütrisyonel durum, kısa form ve uzun form uygulanan tüm katılımcıları kapsamaktadır.

Lojistik regresyon modeline tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler dahil edilmiştir. Hosmer and Lemeshow testinde significant değerinin 0.05 in üzerinde olması modelin uyumlu olduğunu gösterir. Modele alınan bağımsız değişkenler, bireylerin kendini ihmal etme durumundaki varyansın %50'sini açıklamaktadır. Huzurevinde yaşayan yaşlılardan depresyon riski olanların, depresyon riski olmayanlara göre 3.51 kat daha fazla kendini ihmal ettiği belirlenmiştir (%95 GA:1.10-11.16). Lubben Sosyal Ağ Ölçeği'nden alınan puan azaldıkça kendini ihmal durumu 0.79 kat artmaktadır (%95 GA:0.69-0.91). Ancak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ve mini nütrisyonel durum gibi değişkenlerin kendini ihmal etmede etkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Lojistik regresyon analizine göre huzurevinde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal etmeye etki eden faktörler

	Huzurevinde Yaşayan Yaşlılar						
	B	Standart hata	Wald	OR	%95 GA		p
					Düşük	Yüksek	
Lubben Sosyal Ağ Ölçeği- 6	-.235	.071	11.000	0.79	0.69	0.91	.001
Depresyon riski	1.256	.590	4.526	3.51	1.10	11.16	.033
Constant	-.251	3.743	.005	0.78			.947
Hosmer and Lemeshow test: $X^2= 3.766$, $p=0.878$, Nagelkerke R^2 : 0.50							

*Modele alınan bağımlı değişken: kendini ihmal; bağımsız değişkenler: yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, depresyon riski, enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri, Lubben sosyal ağ, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, Mini nütrisyonel durum

Modele alınan bağımsız değişkenler, bireylerin kendini ihmal etme durumundaki varyansın %34'ünü açıklamaktadır. Evde yaşayan yaşlılardan depresyon riski olanların, depresyon riski olmayanlara göre 3.66 kat daha fazla kendini ihmal ettiği belirlenmiştir (%95 GA:1.46-9.16). Eğitim düzeyi "ilkokul ve altı" olanların “ortaokul ve üstü” olanlara göre 0.35 kat daha fazla kendini ihmal ettiği saptanmıştır (%95 GA:0.13-0.96). Lubben Sosyal Ağ Ölçeği'nden alınan puan azaldıkça kendini ihmal durumu 0.91 kat artmaktadır (%95 GA:0.85-0.98). Ağrı puanı ile kendini ihmal etme durumu arasında sınırdan anlamlılık saptanmıştır (OR=1.38, %95 GA:1-1.91). Ancak çocuk sayısı, beden kitle indeksi, enstrumantal günlük yaşam aktivitelerinin kendini ihmal üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Lojistik regresyon analizine göre, evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmali etkileyen faktörler

	Evde Yaşayan Yaşlılar						
	B	Standart hata	Wald	OR	95% GA		p
					Düşük	Yüksek	
Eğitim düzeyi	-1.056	.520	4.129	0.35	0.13	0.96	.042
Lubben Sosyal Ağ Ölçeği- 6	-.093	.035	7.130	0.91	0.85	0.98	.008
Görsel Ağrı Skalası	.323	.165	3.808	1.38	1.00	1.91	.051
Depresyon riski	1.297	.468	7.682	3.66	1.46	9.16	.006
Constant	2.513	2.640	.906	12.35			.341
Hosmer and Lemeshow test: $X^2=13.502$, $p=0.096$, Nagelkerke R^2 : 0.337							

*Modele alınan bağımlı değişken: kendini ihmal; bağımsız değişkenler: eğitim düzeyi, çocuk sayısı, beden kitle indeksi, enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri, depresyon riski, Lubben sosyal ağ, ağrı.

Hem huzurevinde hem de evde yaşayan yaşlı bireylerin tek bir grup olarak değerlendirildiği bir model oluşturulmuş, kendini ihmal etmeye etkileyen faktörleri belirlemek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bu modele ikili karşılaştırmalarda (hem huzurevi hem de ev) anlamlı bulunan tüm değişkenler dahil edilmiştir. Bu değişkenlerin yanı sıra yaşanan yer (huzurevi ve ev) bağımsız bir değişken olarak modele eklenmiştir. Modeldeki bağımsız değişkenler, bireylerin kendini ihmal etme durumundaki varyansın %47'sini açıklamaktadır. Evde yaşayan yaşlıların huzurevindekilere göre 30.45 kat daha fazla kendini ihmal ettiği belirlenmiştir (%95 GA:11.16-83.13). Tüm yaşlılardan depresyon riski olanların, depresyon riski olmayanlara göre 3.20 kat daha fazla kendini ihmal ettiği saptanmıştır (%95 GA:1.46-9.16). Eğitim düzeyi "ilkokul ve altı" olanların "ortaokul ve üstü" olanlara göre 2.62 kat daha fazla kendini ihmal ettiği bulunmuştur (%95 GA:1.27-5.62). Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nden alınan puan azaldıkça kendini ihmal durumu 0.63 kat (%95 GA:0.48-0.82), Sosyal Ağ Ölçeği'nden alınan puan azaldıkça 0.88 kat artmaktadır (%95 GA:0.83-0.93). Kronik hastalık varlığı ile kendini ihmal etme durumu arasında sınırda anlamlılık saptanmıştır (OR=2.19 GA:1-4.83). Ancak yaş, cinsiyet, gelir durumu, mini nütrisyonel durum, Katz günlük yaşam aktiviteleri, çocuk sayısı, beden kitle indeksinin kendini ihmal üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Lojistik regresyon analizine göre, tüm yaşlılarda kendini ihmal etmeye etkileyen faktörler

	Tüm Yaşlılar						
	B	Standart hata	Wald	OR	95% GA		p
					Düşük	Yüksek	
Eğitim düzeyi	.960	.390	6.063	2.62	1.27	5.62	.014
Kronik Hastalık Varlığı	.785	.402	3.802	2.19	1.00	4.83	.051
Lawton Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	-.474	.139	11.616	0.63	0.48	0.82	.001
Lubben Sosyal Ağ Ölçeği- 6	-.134	.031	18.755	0.88	0.83	0.93	.000
Depresyon riski	1.162	.361	10.354	3.20	1.58	6.49	.001
Yaşadığı Yer	3.416	.512	44.443	30.45	11.16	83.13	.000
Constant	.793	2.752	.083	2.21			.773
Hosmer and Lemeshow test: X ² =4.287, p=0.831, Nagelkerke R ² : 0.47							

*Modele alınan bağımlı değişken: kendini ihmal; bağımsız değişkenler: yaşadığı yer (huzurevi, ev), yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, Mini nütrisyonel durum, depresyon riski, enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri, Lubben sosyal ağ, Katz günlük yaşam aktiviteleri, çocuk sayısı, beden kitle indeksi, ağrı.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal düzeyleri ve risk faktörleri araştırılmıştır. Ayrıca her iki gruptaki kendini ihmal seviyesinin yanı sıra bağımsızlık düzeyi, beslenme durumu, depresyon, ağrı ve sosyal ağ düzeyleri de karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası kendini ihmal ederken, evde yaşayan yaşlılarda huzurevindekilere kıyasla kendini ihmal prevalansı daha fazladır. Tüm yaşlıların birlikte ele alındığı regresyon analizinde, evde yaşamak kendini ihmal açısından en önemli faktördür. Çalışmadan elde edilen bulgular, araştırma soruları doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlası kendini ihmal etmektedir. Güney Kore’de yapılan bir çalışmada, yalnız yaşayan yaşlı bireylerin en az %22.8’inin kendini ihmal ettiği bildirilmektedir (Lee ve Kim, 2014). Amerika’da Çinli yaşlılar ile yapılan bir çalışmada, orta düzey kendini ihmal prevalansı %37.2 bulunmuştur (Dong ve Simon, 2016). Hindistan’da yapılan bir çalışmada ise kendini ihmal görülme sıklığının yaşlılarda %21.1 olduğu bulunmuştur (Devaraj ve ark., 2024). Çalışmamızda kullanılan Kendini İhmal Ölçeği’nin kullanıldığı İstanbul’da yürütülen bir çalışmada, kendini ihmal prevalansı %16.8 (kadınlarda %20.6 ve erkeklerde %10.7) olarak belirlenmiştir (İlhan ve ark., 2018). Bizim çalışmamızdaki kendini ihmal görülme sıklığı, İstanbul’da yürütülen çalışmadaki bulgudan üç kat daha fazladır. Bu bulgular ışığında yalnız yaşayan bireyler ve göçmen yaşlılar gibi kırılgan gruplarda dahi kendini ihmal prevalansının bizim çalışmamıza göre düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni çalışmamızın verilerinin Covid-19 pandemisinin yoğun yaşandığı dönemin sonrasında toplanması ve insanların pandemi sonrasındaki davranış ve rutinlerinin değişmesi olabilir. Ayrıca bilişsel fonksiyonu normal ve günlük yaşam aktivitelerinde birçoğunun bağımsız olduğu bu yaşlı popülasyonunda kendini ihmalin bu kadar yaygın olmasının, yıllar içerisinde yaşlılarda yalnız yaşama oranının artmasıyla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda bulduğumuz kendini ihmal prevalansının literatüre göre oldukça yüksek olmasının nedeni, kendini ihmal belirlediğimiz ölçüm aracının özelliklerinden ve ölçek maddelerinin Türk kültürüne yeterince uygun olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

IMSKendini İhmal Anketi; literatürdeki diğer kendini ihmal ölçekleri arasında kısa ve kullanışlı olması açısından uygun bir ölçüm aracı olması nedeniyle avantajlı yönünün yanında, ölçek maddelerinin cevap seçeneklerinin evet/hayır şeklinde olması sonucu alınan toplam puana bakıldığında bu ölçeğin kendini ihmali hassas değerlendirmede bazı noktalarda yetersiz kalmış olabileceği izlenimi oluşturabilmektedir. Türkiye’de yaşlılarla yapılan çalışmalarda bu tarz dikotom ölçeklerin kullanılması, uygulanabilirlik açısından kolay, işlevsel ve pratiktir. Fakat bu ölçek maddelerinin Türk kültürüne daha uygun bir hale getirilmesi, likert tipi bir ölçek haline getirilmesi ya da uluslararası alanda kabul görmüş daha ayrıntılı olan başka bir kendini ihmal ölçüm aracının Türk kültürüne uyarlanması daha hassas, duyarlı ve kapsamlı bir değerlendirme yapmak açısından önemlidir. Örneğin ölçek maddelerinden birisinde sinema, tiyatro, konser gibi sanatsal etkinliklere katılım sorgulanmaktadır. Fakat Türkiye’deki yaşlıların genelinin bu faaliyetlere katılım oranları düşüktür. Buna karşılık Türk kültüründe bununla ilgili farklı kültürel normlar bulunmaktadır. Örneğin düğün, sünnet düğünü, mevlüt, cenaze töreni gibi faaliyetler yaşlıların oldukça aktif katılım sağladığı sanatsal ve sosyal yönden gelişme yöntemlerindendir. Bu nedenlerle çalışmamızda bulunan kendini ihmal prevalansının değerlendirilmesinde, kullanılan ölçüm aracının yukarıda bahsedilen sınırlamaları olduğu dikkate alınmalıdır. Ayrıca İstanbul’da yürütülen kendini ihmal ölçeğinin geliştirildiği çalışmada, araştırmanın örneklemini geriatri polikliniğine başvuran yaşlıların oluşturması, bu bireylerin toplumdaki bireylere kıyasla daha fazla sağlık sorumluluğu olan bilinçli yaşlılar olabileceği ve kendilerini daha az ihmal edebileceklerini düşündürmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda kendini ihmal ölçek maddelerinin gözden geçirilmesi önerilmektedir. Ayrıca Türkiye’de yaşayan yaşlılarda ve farklı yaşlı popülasyonlarında kendini ihmal görülme sıklığının araştırılması ve kendini ihmali önlemeye yönelik girişimsel çalışmalar yapılması önemlidir.

5.1. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmal Düzeyleri ve Prevalansları

Huzurevinde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal puan ortalaması evde yaşayan yaşlılara göre daha yüksektir. Buradan anlaşılabacağı üzere evde yaşayan yaşlıların, huzurevindekilere oranla kendini ihmal düzeyi daha fazladır. Huzurevinde yaşayan yaşlıların üçte birinden fazlası kendini ihmal etmekteyken evde yaşayan yaşlıların üçte ikisinden fazlası kendini ihmal etmektedir. Ayrıca regresyon analizi evde yaşamanın huzurevinde yaşamaya göre kendini ihmali 30.5 kat artırdığını göstermiştir. Yine de huzurevindeki bireylerin üçte birinin kendini ihmal ettiği göz önüne alındığında buradaki girişimlerin yaşlıların kendini ihmal etmesini önlemede yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Bunun için farklı politikaların oluşturulması ve sosyokültürel faaliyet sayısının ve bu faaliyetlere katılım oranlarının artırılması gerekmektedir.

Evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal prevalansı literatürde %11-37 arasında değişmektedir (Dong, 2014; Lee ve Kim, 2014; Dong ve Simon, 2016; İlhan ve ark., 2018; Devaraj ve ark., 2024). Yapılan bir derlemeye göre; toplumdaki yaşlılar arasında kendini ihmal prevalansı %18.4 ile %29.1 arasında değişmektedir (Yu ve ark., 2021). Bu bulgulardan hareketle bizim çalışmamızda toplumdaki yaşlılarda kendini ihmal görülme sıklığı yüksektir.

Literatürde huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde kendini ihmali araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılar yaşam kalitesi, düşme riski, beslenme durumu ve sosyal destek gibi başka faktörler açısından karşılaştırılmıştır. İtalya’da yapılan bir çalışmada, huzurevindeki bireylerde fiziksel sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin evde yaşayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Scocco ve Nassuato, 2017). Slovenya’da yapılan çalışmada da benzer şekilde huzurevindeki yaşlıların yaşam kalitesi toplum içinde yaşayanlara göre daha düşük bulunmuştur (Lorber ve ark., 2023). İran’da yapılan bir çalışmada, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin toplumda yaşayanlara göre daha düşük beden kitle indeksine sahip olduğu, yetersiz beslenme olasılığının ve bilişsel işlevlerde bozulma ve fiziksel performansta bozulma riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Saghafi-Asl ve Vaghef-Mehrabany, 2017). Bu çalışmaların aksine Türkiye’de yapılan bir çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlıların evde yaşayanlara göre yaşam

kalitesinin daha iyi olduğuna ulaşılmıştır (Kurt, 2019). Yaşlılarda düşme ile ilişkili risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada, evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşayanlara göre çevre koşullarının düşme açısından daha riskli olduğu, ancak sosyal desteğin evde yaşayanlarda daha fazla olduğu vurgulanmıştır (Bulut Doğan, 2014). Yapılan bir çalışmada, huzurevinde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesinin daha iyi ancak yorgunluğun daha fazla olduğu belirlenmiştir (Kazoğlu ve Yürük, 2020). Diğer ülkelere kıyasla Türkiye’de huzurevlerinde sunulan hizmetler doğrultusunda bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek, düşme riskinin daha az olduğu ancak evde yaşayan bireylerin sağlığının risk altında olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, evde yaşayan yaşlılar huzurevinde yaşayanlara göre kendini daha fazla ihmal etmektedir. Ayrıca regresyon analizi evde yaşamının kendini ihmal açısından en önemli faktör olduğunu göstermiştir. Bunun sebebi, huzurevindeki yaşlıların orada düzenlenen fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı iyileştirici çeşitli faaliyetlere katılma imkanlarının olması fakat evde yaşayan bireylerin bunlar için fırsat bulamaması olabilir. Huzurevinin işleyişi ve orada yaşlılara sunulan sağlık hizmeti ve psikososyal hizmetler yaşlıların kendini ihmal etmesini önlemesine yardımcı olabilmektedir. Evde yaşayan yaşlılar ise çoğu zaman kendi beslenmesine ve kişisel hijyenine özen göstermeyebilir. Gitgide artan yaşlı sayısı göz önüne alındığında, yapılan çalışma sonuçlarından yola çıkarak yaşlı popülasyonun sağlıklı olarak varlığını sürdürebilmesi oldukça önemlidir. Türk toplumunun kültürel özelliklerden kaynaklı olarak bazı yaşlılar huzurevine gitmek istememektedir. Bunun için, yaşlıların kendi yaşadıkları ortamda gerekli çevresel düzenlemeler yapılarak olabildiğince bağımsız yaşayabilecekleri şekilde onların hem daha fonksiyonel hem de daha sosyal hale getirilmesi sağlanabilir.

5.2. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Bağımsızlık düzeyi, Beslenme, Depresyon, Ağrı ve Sosyal Ağ Durumları

Evde yaşayan yaşlıların huzurevindekilere göre enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri daha iyidir. İspanya’da yapılan bir çalışmaya göre huzurevindeki yaşlıların evde yaşayan yaşlılara göre işlevsel bağımlılık oranı daha fazladır (Molist-Brunet ve ark., 2022). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, fiziksel aktivite bakımından huzurevinde yaşayanların kendi evinde yaşayanlara göre daha inaktif olduğu görülmüştür (Söyleyici ve Salici, 2020). Başka iki çalışmada ise huzurevindekilerde evde yaşayan yaşlılara göre günlük yaşam aktivitelerini yapabilme becerisinin daha

yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Kazoğlu, 2019; Kazoglu ve Yuruk, 2020). Çalışmamızda enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamasının evde yaşayanlarda daha yüksek olmasının sebebi ev işi, alışveriş, yemek hazırlama, çamaşır yıkama ve ulaşım araçlarını kullanma gibi faaliyetlerin daha fazla ve bir başkasının yardımı olmaksızın yapılması olabilir. Huzurevindeki bireylerin de bunları yapabilme imkanları olmasına rağmen bazen başkaları tarafından bu hizmetlerin yapılmasını tercih ediyor olabilirler.

Çalışmamızda evde yaşayan yaşlıların huzurevindekilere göre sosyal ağ durumları daha iyidir. Çin’de yapılan bir çalışmada, evde yaşayanlar ile karşılaştırıldığında huzurevindeki yaşlıların sosyal ağ ve sosyal destek düzeylerinin daha düşük, kronik hastalık oranları ve yalnızlık düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur (Chen ve ark., 2023). Türkiye’de yapılan bir çalışmada benzer şekilde, huzurevinde yaşayan yaşlılar evde yaşayanlara göre daha fazla yalnızlık hissetmektedir (Erbatu, 2017). Huzurevindeki yaşlı bireylerin kendi yaşlıları ile arkadaşlık kuramadığı ve aile, akraba ve kendi yaşamlarındaki arkadaşların özlemi olduğu düşünülmektedir. Türk kültüründe evde yaşayan yaşlıları ziyaret eden akrabalar sayesinde onların sosyal ağları güçlüdür. Huzurevlerinde aile ve akraba buluşmaları için daha fazla etkinlik düzenlenmesi ve kendi yaşlıları ile iletişimlerini güçlendirecek girişimlerin planlanması bu problemin çözümüne katkıda bulunabilir. Aslında bu kurumlarda yürüyüş, egzersiz, yoga, pilates gibi sportif; piknik, şehir gezileri, hobi atölyeleri, taş oyunları gibi sosyal; müzik, dans, film, el sanatları, boyama, takı/çanta/maket tasarımı gibi sanatsal birtakım etkinlikler yürütülmekte olup bu etkinliklere az sayıda yaşlı katılım göstermektedir. Yaşlı bireylerin isteğini artıracak ve onların tercih ettiği etkinlikler yapılması yararlı olabilir.

Huzurevinde yaşayan bireylerde malnütrisyon riski evdeki yaşlılara göre daha yüksektir. İran’da yapılan bir çalışmada, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin toplumda yaşayanlara göre yetersiz beslenme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Saghafi-Asl ve Vaghef-Mehrabany, 2017). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)’ndeki bir çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlıların, evde yaşayanlara göre daha fazla oranda malnütrisyon riski olduğu, evde yaşayanlar arasında da tek başına yaşayanların ailesiyle birlikte yaşayanlara göre daha fazla oranda malnütrisyon riski olduğu saptanmıştır (Arıkel, 2019). Türkiye’de yapılan bir çalışmada benzer şekilde, huzurevindeki yaşlıların evdeki yaşlılara göre

malnütrisyon riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Şimşek ve ark., 2021). Diğer iki çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlılarda hem malnütrisyon riski hem de malnütrisyon görülme oranı daha yüksektir (Kaya ve Şahin, 2015; Kablan ve ark., 2020). Bu bulgular, huzurevlerindeki yaşlıların yetersiz beslenme sorununu ortaya koymaktadır. Yaşlıların yeterli enerji ve besin alımı, beslenme durumunun korunmasında, iyileştirilmesinde ve malnütrisyonun önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle malnütrisyonu önlemek amacıyla huzurevlerindeki yaşlı bireylerin beslenme durumu tarama araçları kullanılarak düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir (Ongan ve Rakıcıoğlu, 2015). Yaşlılara kendi ihtiyaçları ve hastalıkları doğrultusunda özel menüler hazırlanması ve buna uyumuna teşvik edilmesi de oldukça önemlidir. Bu konuda huzurevindeki çalışan hemşirelerin diyetisyen ile işbirliği içerisinde çalışması ve malnütrisyonun önlenmesi gerekir.

Hem evde yaşayan yaşlılarda hem de huzurevindeki yaşlılarda depresyon durumu benzerdir. Yapılan bir çalışmada, buna benzer şekilde huzurevinde kalanlar ile evde tek başına veya yakınlarıyla yaşayan yaşlıların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Aypak ve ark., 2019). Diğer bir çalışmaya göre, huzurevinde yaşayan yaşlıların ölüm kaygısı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin evde yaşayan yaşlılardan daha yüksek olduğu, yaşam doyumlarının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Arpacıoğlu ve ark., 2021). Başka bir çalışmada, huzurevinde kalan yaşlıların, evde yakınları ile birlikte kalan yaşlılara göre daha yüksek depresif semptomları olduğu belirlenmiştir (Taycan ve ark., 2014). Bazı çalışmalarda her iki grupta depresyon riski benzer iken bazı çalışmalarda huzurevindeki bireylerde depresyon riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda depresyon riskinin her iki grupta benzer bulunması yaşlı bireyin yaşadığı yer fark etmeksizin depresyonun ele alınması gereken bir durum olduğunu göstermektedir. Özellikle depresyonla başa çıkma yöntemleri hakkında belli aralıklarla yaşlılara, yakınlarına ve hemşirelere eğitim verilmelidir. İnsanlarla iletişimi kuvvetlendirerek depresif belirtilerle başa çıkabilmek için yaşlıların telekomünikasyon teknolojilerini kullanmalarının desteklenmesi gerektiği önerilmekle birlikte ruhsal bozuklukların erken teşhisi için tarama programlarının kapsamlı bir şekilde yapılması da önerilmektedir (Arpacıoğlu ve ark., 2021). Tarama programlarına ek olarak izleme, tedavi ve bakım programlarının uygulanması önemlidir.

Çalışmamızdaki evde yaşayan yaşlıların huzurevindeki yaşlılara göre komorbidite varlığı daha yüksektir. Slovenya’da yapılan bir çalışmada bu bulguya benzer şekilde komorbidite varlığı oranı toplumdaki yaşlılarda huzurevindekilere göre daha fazladır (Lorber ve ark., 2023). Ancak literatürde farklı bulgular da mevcuttur. Türkiye’deki iki farklı ilin dahil edildiği bir çalışmada komorbidite varlığı oranı huzurevinde yaşayan yaşlılarda daha yüksek bulunmuştur (Kazoglu ve Yuruk, 2020). Yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz bulgunun sebebi, evde yaşayan yaşlıların sağlık kuruluşlarına erişiminin önündeki engeller veya sağlık taramalarını yaptırmayı ihmal etmesi nedeniyle hastalıklarının geç farkedilmesi olabilir. Evde yaşayan bazı yaşlılar refakatçi bulamaması ve randevu alamaması gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna gitmemektedir. Ancak huzurevinde çalışan hekim, hemşire, diyetisyen, sosyolog ve psikolog gibi profesyoneller sayesinde yaşlıların sağlık sorunlarına zamanında müdahale edilebilmesinin ve tıbbi tedavilerinin kontrol altında olmasının komorbiditenin önlenmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

5.3. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmali Etkileyen Risk Faktörleri

Çalışmamızdaki kendini ihmali etkileyen faktörler için yapılan ikili karşılaştırmalarda, huzurevinde yaşayanlarda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, mini nutrisyonel durum, Katz ve enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ağ ve depresyon riski gibi faktörler kendini ihmali etkilemektedir. Ancak regresyon analizine göre, depresyon riski kendini ihmal için önemli bir risk faktörü olup kendini ihmali 3.51 kat artırırken sosyal ağın zayıflığı da 0.79 kat kendini ihmali olumsuz etkilemektedir. Texas’ta yapılan bir çalışmada, depresyonun kendini ihmal etmeyle güçlü bir şekilde bağlantılı olduğu ve tedavi edilmediğinde sağlık ve işlevsel sonuçların yönetimini ciddi bir şekilde karmaşık hale getirdiği belirtilmektedir (Hansen ve ark., 2016). Ancak literatürde huzurevinde yaşayan bireylerde kendini ihmal seviyesi ve risk faktörlerini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu durum kendini ihmale yönelik yeterli literatür bilgisinin olmadığını göstermektedir. Çalışma bulgumuza göre, huzurevindeki yaşlılarda depresyon riski ne kadar yüksek ise kendini ihmal etme durumunun daha yüksek, aile ve arkadaş açısından sosyal ağı ne kadar kuvvetliyse kendini ihmal etme durumunun daha az olduğu görülmektedir. Bu nedenle huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde sosyal ağı zayıf ve depresyonu olan yaşlıların belirlenmesi ve kendini ihmal açısından taranması önerilmektedir.

5.4. Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmali Etkileyen Risk Faktörleri

Bu çalışmada evde yaşayan yaşlı bireylerde ikili karşılaştırmalarda eğitim düzeyinin, çocuk sayısının, beden kitle indeksinin, enstrumantal günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon riskinin, sosyal ağ durumu ve ağrının kendini ihmali etkilediği görülmüştür. Ancak lojistik regresyon analizine göre; depresyon riskinin olması kendini ihmali 3.66 kat, ağrı varlığı 1.38 kat, sosyal ağın zayıf olması 0.91 kat ve eğitim düzeyinin düşük olması 0.35 kat artırmaktadır. Literatürde toplumda yaşayan yaşlı bireyler ile yapılan çalışmalarda; ileri yaşta (Dong, 2016), kadın cinsiyette (Dong ve ark., 2009; Dong ve ark., 2010a; Dong ve ark., 2012b; Lien ve ark., 2016; İlhan ve ark., 2018), düşük eğitim düzeyinde (Dong ve ark., 2010b; Dong, 2016), düşük gelir durumunda (Dong ve ark., 2010b; Dong ve ark., 2012b; Lee ve Kim, 2014; Zhao ve ark., 2017; Yu ve ark., 2019; Dong ve Sun, 2022; Cicek ve ark., 2024), bekar/dul olan ya da yalnız yaşayanlarda (Lee ve Kim, 2014; Zhao ve ark., 2017; Yu ve ark., 2019; Yu ve ark., 2021) ve çocuk sayısı fazla (Lee ve Kim, 2014) ya da az olanlarda (Yu ve ark., 2021) kendini ihmalin yüksek olduğu raporlanmıştır. Ayrıca toplumdaki yaşlılarda sosyal desteğin zayıf (Dong ve ark., 2010b; Lee ve Kim, 2014; Dong ve Sun, 2022) ve enstrumantal günlük yaşam aktiviteleri puanının düşük olması (İlhan ve ark., 2018) ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyulması (Dong ve Sun, 2022) kendini ihmali artıran faktörler olarak belirtilmiştir. Bu faktörlerin yanı sıra depresyonu ya da depresif semptomları olan yaşlıların kendini ihmal etme olasılığının yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Lee ve Kim, 2014; İlhan ve ark., 2018; Yu ve ark., 2021; Dong ve Sun, 2022). Ayrıca daha fazla sayıda kronik hastalık ya da ağrı varlığı da kendini ihmal için önemli risk faktörlerinden bazılarıdır (Yu ve ark., 2021).

Çalışmamızda evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal için en önemli risk faktörü huzurevindeki yaşlılarda olduğu gibi depresyon riskinin olmasıdır. Literatürdeki iki çalışmada, bizim çalışmamızda kullanılan depresyon ölçeğinin aynısı kullanılmış olup bu çalışmalarda daha düşük depresyon puanları bulunmuştur (Lee ve Kim, 2014; Dong ve Sun, 2022). Depresyon puanlarının yüksek olmasına benzer şekilde kendini ihmal görülme sıklığı da literatüre göre daha yüksektir. Evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmali en çok etkileyen faktörün depresyon olması nedeniyle Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan sağlık profesyonellerinin evde yaşayan yaşlı bireylere depresyon taraması yapması önerilmektedir.

Evde yaşayan bireylerde ağrının olması kendini ihmali etkileyen önemli risk faktörlerindendir. Ağrı, evde yaşayan yaşlılar için kendini ihmali etkileyen önemli bir faktör iken huzurevindekiler için değildir. Bunun nedeni huzurevinde yaşlılara sunulan sağlık hizmetleri olabilir. Evde yaşayan yaşlı bireylerin ağrılarını azaltmak için problemin tespit edilmesi ve sağlık kurumlarına yönlendirilmeleri önemlidir. Eğitim düzeyinin düşük olması da evde yaşayan yaşlılar için kendini ihmali etkileyen önemli bir faktör iken huzurevindekilerde eğitim düzeyi kendini ihmal için bir risk faktörü değildir. Evde yaşayan eğitim düzeyi düşük olan birey kendini ihmal ettiğinin farkında olmayabilir. Ancak huzurevinde çalışan meslek profesyonelleri (hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, gerontolog, psikolog) yaşlıları kendini ihmal etmek açısından değerlendirebilmekte ve kendini ihmal etme durumunun gözlenmesi durumunda gerekli girişimler zamanında başlatılabilmektedir.

Sosyal ağın zayıflığı evde yaşayan yaşlıların kendini ihmal etmesi için diğer bir risk faktörüdür. Literatürdeki çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (Dong ve ark., 2010b; Lee ve Kim, 2014; Dong ve Sun, 2022). Evde yaşayan sosyal ağı zayıf olan yaşlı bireyler sosyokültürel faaliyetlere katılmamakta ve yetersiz ya da dengesiz beslenmesi söz konusu olabilmektedir. Sağlık profesyonelleri toplumdaki eğitim düzeyi düşük, ağrısı olan ve sosyal ağı zayıf yaşlılar ile etkili bir şekilde iletişim kurmaya çalışmalı, aileyle iletişime geçmeli, akran desteği sağlamalıdır (<https://www.scie.org.uk/self-neglect/at-a-glance/>, Erişim tarihi: 20.05.2024).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Kendini ihmal yaşlılarda yaygın olarak görülen ancak karmaşık sebepleri olan ve erken dönemde tanılanmayan ciddi bir halk sağlığı problemi olup morbidite ve mortaliteyi artırabilmektedir. Çalışmamız sonucuna göre, evde yaşayan yaşlılar huzurevindeki yaşlılara göre kendini daha fazla ihmal etmektedir. Hem huzurevindeki hem de evdeki yaşlılarda kendini ihmal için en önemli risk faktörü depresyon riskidir. Ayrıca her iki grupta sosyal ağın zayıflığı da kendini ihmali olumsuz yönde etkilemektedir. Evde yaşayan yaşlılarda ağrı varlığı ve düşük eğitim düzeyi de kendini ihmali artıran faktörler arasındadır.

Evde yaşayan yaşlıların kendini ihmal açısından risk altında olduğu bu nedenle Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezleri gibi kurumlarda çalışan sağlık profesyonellerinin toplumdaki yaşlılara yönelik kendini ihmal taraması yapması önerilmektedir. Ayrıca depresyon varlığı ve sosyal ağ durumunun değerlendirilmesi ve uygun girişimlerin planlanması gereklidir. Evde yaşayan yaşlı bireyler ağrıları nedeniyle kendini ihmal riski taşıdığı için ağrının azaltılmasına yönelik sağlık kurumlarına yönlendirilmeleri sağlanmalıdır. Kendini ihmali önlemeye yönelik olarak Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve belediyeler gibi kurumların bir araya gelerek “Kendini ihmal ile mücadele politikası ve rehberler oluşturması” gereklidir. Ayrıca multidisipliner ekip olarak kendini ihmal riskinin ve ruh sağlığının değerlendirilmesi ve problemin çözümü için gerekli girişimlerin planlanması hem yaşlıların hem de toplum sağlığına katkıda bulunabilir. Yaşlı bireyler ile çalışan sağlık profesyonellerinin kendini ihmal açısından farkındalıklarını artırmak ve kendini ihmal programında süreci etkili bir şekilde yönetmelerini sağlamak için eğitimler verilmelidir. Aynı zamanda gelecekte kendini ihmali derinlemesine araştıran kalitatif ya da karma yöntem araştırmaları yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abrams RC, Reid MC, Lien C, Pavlou M, Rosen A, Needell N, Eimicke J, Teresi J. The abrams geriatric self-neglect scale: Introduction, validation and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018;33: e73-e84.
- Ağırman E, Gençer MZ. Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. ağdaş Tıp Dergisi. 2017;7: 234-240.
- Alsuwaidan S, Algharbi A, Alyami S, Almukhlifi N, Alsalamah S. Prevalence of comorbidity among elderly. *Global Journal of Aging & Geriatric Research*. 2021;1: 1-4.
- Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, Kizilarıslanoglu MC, Sumer F, Kuyumcu ME, Yesil Y, Halil M, Cankurtaran M. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015;61: 344-350.
- Arıkel E. KKTC’de Gazimağusa Blgesinde Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DA) Lisansst Eğitim, ğretim ve Araştırma Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, KKTC (Danışman: Doç. Dr. E Yıldız).
- Arpacıoğlu S, Yalçın M, Türkmenoğlu F, Ünübol B, elebi akıroğlu O. Mental health and factors related to life satisfaction in nursing home and community-dwelling older adults during COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychogeriatrics*. 2021;21: 881-891.
- Aypak C, Serin K, Görpelioğlu S. Yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre yaşam kalitesi ve geriatrik depresyon leği sonuçlarının karşılaştırılması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2019;23: 150-156.

- Band-Winterstein T, Doron II, Naim S. Elder self neglect: A geriatric syndrome or a life course story? *Journal of Aging Studies*. 2012;26: 109-118.
- Boothroyd K. Elder self-neglect is a growing and largely hidden problem. *American Society Aging [e-journal]* posted online October. 2014;9.
- Braye S, Orr D, Preston-Shoot M. Conceptualising and responding to self-neglect: The challenges for adult safeguarding. *The Journal of Adult Protection*. 2011;13: 182-193.
- Bulut Doğan Z. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda düşme ile ilişkili risk faktörleri. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. N Kırdı).
- Burnett J, Achenbaum WA, Hayes L, Flores DV, Hochschild AE, Kao D, Halphen JM, Dyer CB. Increasing surveillance and prevention efforts for elder self-neglect in clinical settings. *Aging health*. 2012;8: 647-655.
- Burnett J, Dyer CB, Halphen JM, Achenbaum WA, Green CE, Booker JG, Diamond PM. Four subtypes of self-neglect in older adults: Results of a latent class analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62: 1127-1132.
- Büker N, Altuğ F, Kavlak E, Kitiş A. Huzurevi ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda moral ve depresyon düzeyinin fonksiyonel durum üzerine etkisinin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2010;3: 44-53.
- Chen Y, Zhou Y, Li M, Hong Y, Chen H, Zhu S, Zhou Y, Yang S, Wu X, Wang D. Social capital and loneliness among older adults in community dwellings and nursing homes in zhejiang province of china. *Frontiers in Public Health*. 2023;11: 1150310.
- Cohendy R, Rubenstein LZ, Eledjam JJ. The mini nutritional assessment-short form for preoperative nutritional evaluation of elderly patients. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2001;13: 293-297.

- Cicek B, Sahin H, Erkal S. Factors affecting the risk of self neglect and loneliness level of the older adults: A case study from Turkey. *Educational Gerontology*. 2024;50: 62-75.
- Dahl N, Ross A, Ong P. Self-neglect in older populations: A description and analysis of current approaches. *Journal of Aging & Social Policy*. 2020;32: 537-558.
- Day MR. Nursing concept analysis: Applications to research and practice. In: Fitzpatrick JJ, McCarthy G, eds. *Elder self-neglect: A concept analysis*. New York: Springer Publishing Company; 2016.
- Day MR, McCarthy G. Self-neglect: Development and evaluation of a Self-Neglect (SN-37) Measurement Instrument. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30: 480-485.
- Day MR, McCarthy G, Leahy-Warren P. Professional social workers' views on self-neglect: An exploratory study. *British Journal of Social Work*. 2012;42: 725-743.
- Day MR, Mulcahy H, Leahy-Warren P, Downey J. Self-neglect: A case study and implications for clinical practice. *British Journal of Community Nursing*. 2015;20: 110-115.
- De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E, Verte D. Learning to detect and prevent elder abuse: The need for a valid risk assessment instrument. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;191: 1483-1488.
- Demir Erbil D, Hazer O. “Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6 (LSAÖ-6)”’nin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*. 2020;6: 399-410.
- Devaraj V, Rose A, Abraham VJ. Nature, prevalence, and risk factors for self-neglect among older people: A pilot study from Vellore, South India. *BMC Public Health*. 2024;24: 948.
- Dişli E, Samancıoğlu S. Geriatrik hastalarda malnütrisyon ve düşme riski arasındaki ilişki. *Karya Journal of Health Science*. 2022;3: 24-29.

- Dodge Y. The concise encyclopedia of statistics. Springer Science & Business Media; 2008.
- Dong L, Sun L. Self-neglect among older adults with disabilities in Liaoning Province during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*. 2022;13: 1072110.
- Dong X-Q, Simon M, Evans D. Cross-sectional study of the characteristics of reported elder self-neglect in a community-dwelling population: Findings from a population-based cohort. *Gerontology*. 2010a;56: 325-334.
- Dong X. Self-neglect in an elderly community-dwelling U.S. Chinese population: Findings from the Population Study of Chinese Elderly in Chicago study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62: 2391-2397.
- Dong X. Sociodemographic and socioeconomic characteristics of elder self-neglect in an US Chinese aging population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2016;64: 82-89.
- Dong X, Gorbien M. Decision-making capacity: The core of self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2005;17: 19-36.
- Dong X, Simon M. Prevalence of elder self-neglect in a Chicago Chinese population: The role of cognitive physical and mental health. *Geriatrics & Gerontology International*. 2016;16: 1051-1062.
- Dong X, Simon M, De Leon CM, Fulmer T, Beck T, Hebert L, Dyer C, Paveza G, Evans D. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 2009;302: 517-526.
- Dong X, Simon M, Evans D. Elder self-neglect is associated with increased risk for elder abuse in a community-dwelling population: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Journal of Aging and Health*. 2013a;25: 80-96.
- Dong X, Simon MA. Association between elder self-neglect and hospice utilization in a community population. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2013b;56: 192-198.

- Dong X, Simon MA, Evans D. Elder self-neglect and hospitalization: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012a;60: 202-209.
- Dong X, Simon MA, Evans DA. Prevalence of self-neglect across gender, race, and socioeconomic status: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology*. 2012b;58: 258-268.
- Dong X, Simon MA, Wilson RS, Mendes de Leon CF, Rajan KB, Evans DA. Decline in cognitive function and risk of elder self-neglect: Finding from the Chicago Health Aging Project. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010b;58: 2292-2299.
- Dong X, Wilson RS, Mendes de Leon CF, Evans DA. Self-neglect and cognitive function among community-dwelling older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010c;25: 798-806.
- Doron II, Band-Winterstein T, Naim S. The meaning of elder self-neglect: Social workers' perspective. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2013;77: 17-36.
- Durğun A, Merde E. Türkiye'de yaşlılara yönelik sosyal politika ve sosyal hizmet analizi. *Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi (SKAD)*. 2023;9: 38-62.
- Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik AT. Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *North Clin Istanbul*. 2018;5: 216-220.
- Dyer CB, Kelly PA, Pavlik VN, Lee J, Doody RS, Regev T, Pickens S, Burnett J, Smith SM. The making of a self-neglect severity scale. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2006;18: 13-23.
- Erbatu B. Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin Karşılaştırılması. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Kırklareli (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İM Akten).

- Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-What does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2006;10: 466-485.
- Hansen MC, Flores DV, Coverdale J, Burnett J. Correlates of depression in self-neglecting older adults: A cross-sectional study examining the role of alcohol abuse and pain in increasing vulnerability. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2016;28: 41-56.
- Hildebrand C, Taylor M, Bradway C. Elder self-neglect: The failure of coping because of cognitive and functional impairments. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2014;26: 452-462.
- İlhan B, Bahat G, Saka F, Kılıç C, Oren MM, Karan MA. A new screening tool for self-neglect in community-dwelling older adults: IMSelf-neglect questionnaire. *The Aging Male*. 2018;23: 388-395.
- Iris M, Conrad KJ, Ridings J. Observational measure of elder self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2014;26: 365-397.
- Isik EI, Yilmaz S, Uysal I, Basar S. Adaptation of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale to Turkish: Validity and reliability study. *Annals of Geriatric Medicine and Research*. 2020;24: 35-40.
- Jeong K, Jang D, Nam B, Kwon S, Seo E. The moderating effect of gender on the relationship between self-neglect and suicidal ideation in older adults of Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2022;55: 436-443.
- Johnson YO. Home care nurses and self-neglect. An issue for health and social care. MR Day, G McCarty, JJ Fitzpatrick Eds.: Springer Publishing Company; 2018.
- Kablan Ş, Metin D, Arıkan A, Garipağaoğlu M. Kurumda ve kendi evinde yaşayan bir grup yaşlı bireyin beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5: 222-233.

- Karakuş, B. Türkiye’de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu. 1. Basım, Ankara: Ertem Basım Yayın Dağıtım San. ve Tic. Ltd. Şti.; 2018, s: 48-49.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185: 914-919.
- Kaya PS, Şahin G. Samsun'da evinde ve huzurevinde kalan 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;5: 22-27.
- Kazoglu M, Yuruk ZO. Comparison of the physical fitness levels in nursing home residents and community-dwelling older adults. Archives of gerontology and geriatrics. 2020;89: 104106.
- Kazoğlu M. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Uyku Kalitesi, Ağrı, Yorgunluk ve Fiziksel Uygunluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Ankara (Doç. Dr. ZÖ Yürük).
- Kazoğlu M, Yürük ZÖ. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda uyku kalitesi ve yorgunluk düzeylerinin incelenmesi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation. 2020;7: 145-153.
- Kowal P, Dowd JE. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. World Health Organization, Geneva, doi. 2001;10: 5188.9286.
- Kurt Ç. 60 Yaş Üstü Bireylerde Huzurevinde Yaşamanın Yaşlanma Tutumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Edirne (Prof. Dr. B Tokuç).
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The gerontologist. 1969;9: 179-186.

- Lee M, Kim K. Prevalence and risk factors for self-neglect among older adults living alone in South Korea. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2014;78: 115-131.
- Lien C, Rosen T, Bloemen EM, Abrams RC, Pavlou M, Lachs MS. Narratives of self-neglect: Patterns of traumatic personal experiences and maladaptive behaviors in cognitively intact older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64: e195-e200.
- Lohr KN. Medicare: A strategy for quality assurance, volume 1. 1990.
- Lorber M, Kmetec S, Davey A, Mlinar Reljić N, Fekonja Z, Kegl B. Associations between sleep quality, frailty, and quality of life among older adults in community and nursing home settings. *International journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20: 4937.
- Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, Stuck AE. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*. 2006;46: 503-513.
- Lubben JE. Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. 1988;11: 42-52.
- Molist-Brunet N, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juventeny E, Bajo-Peñas L, Cantizano-Baldo I, Cabanas-Collell L, Espauella-Panicot J. Individualized medication review in older people with multimorbidity: A comparative analysis between patients living at home and in a nursing home. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19: 3423.
- Naik AD, Burnett J, Pickens-Pace S, Dyer CB. Impairment in instrumental activities of daily living and the geriatric syndrome of self-neglect. *The Gerontologist*. 2008;48: 388-393.
- Noblett K. Clinical implications of self-neglect among patients in community settings. *British Journal of Community Nursing*. 2019;24: 524-526.

- Ongan D, Rakıcıoğlu N. Nutritional status and dietary intake of institutionalized elderly in Turkey: A cross-sectional, multi-center, country representative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015;61: 271-276.
- Özmete E, Duru S, Yıldırım H. Yaşlılarda kendini İhmal ölçeği: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19: 87-95.
- Özsungur F. Gerontechnological factors affecting successful aging of elderly. *The Aging Male*. 2020;23: 520-532.
- Papaioannou E-SC, Räihä I, Kivelä S-L. Self-neglect of the elderly. An overview. *The European Journal of General Practice*. 2012;18: 187-190.
- Parlak Demir Y. Kendi evinde yaşayan ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2017;16: 19-28.
- Proctor C, Rahman S. Diogenes syndrome: Identification and distinction from hoarding disorder. *Case Reports in Psychiatry*. 2021;2021: 2810137.
- Reyes-Ortiz CA, Burnett J, Flores DV, Halphen JM, Dyer CB. Medical implications of elder abuse: Self-neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2014;30: 807-823.
- Saghafi-Asl M, Vaghef-Mehrabany E. Comprehensive comparison of malnutrition and its associated factors between nursing home and community dwelling elderly: A case-control study from Northwestern Iran. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2017;21: 51-58.
- Sarıkaya D. Geriatrik Hastalarda Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Doç. Dr. MG Halil).
- Scocco P, Nassuato M. The role of social relationships among elderly community-dwelling and nursing-home residents: Findings from a quality of life study. *Psychogeriatrics*. 2017;17: 231-237.

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. 1986;5: 165-173.

Söyleyici Z, Salici O. Huzurevi ile kendi evinde yaşayan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite çerçevesinde incelenmesi: Isparta örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;11: 334-341.

Şimşek H, Uçar A. Association between quality of life and nutritional status of nursing home residents or community dwelling elderly. *Erciyes Medical Journal*. 2021;43: 244-250.

Taş Gülen Ş, Özçiftçi Yılmaz P. KOAH’da nutrisyonel durumun değerlendirmesinde mini nutrisyonel anketin kullanılabilirliği ve solunum fonksiyon parametreleriyle ilişkisi. *Kocaeli Medical Journal*. 2017;6: 38-42.

Taycan SE, Kaya FD, Taycan O. Psikiyatri polikliniğine başvuran bir grup yaşlıda huzurevi ya da aile ile kalmanın depresyon ve anksiyete düzeyine etkisi. *Turkish J Clin Psy*. 2014;17: 73-82.

Touza C, Prado C. Detecting self-neglect: A comparative study of indicators and risk factors in a Spanish population. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2019;5: 2333721418823605.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). New measures of population ageing. 2019. Retrieved from https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/29/session1/EGM_25Feb2019_S1_SergeiScherbov.pdf.

United Nations (UN). World population ageing 2015. 2015. Retrieved from <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210578547/read>.

Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*. 2007;370: 1453-1457.

WHO. Ageing and health. 2024a. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

WHO. Healthy ageing. 2024b. Retrieved from <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/programmes/healthy-ageing>.

Yakaryılmaz FD, Pembegül İ, Balseven Ö. Yaşlı hemodiyaliz hastalarında malnütrisyon değerlendirmesi; tek merkez verileri/Malnutrition evaluation in elderly hemodialysis patients; single center data. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2021;16: 160-168.

Yalçın Gürsoy M. İhmal edilen bir sorun: Yaşlının kendini ihmali ve halk sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2020;2: 223-231.

Yardımcı AE. İstanbul’da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sonuçlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 1995, İstanbul.

Yu M, Gu L, Jiao W, Xia H, Wang W. Predictors of self-neglect among community-dwelling older adults living alone in China. *Geriatric Nursing*. 2019;40: 457-462.

Yu M, Gu L, Shi Y, Wang W. A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*. 2021;25: 2179-2190.

Zhao Y, Hu C, Feng F, Gong F, Lu S, Qian Z, Sun Y. Associations of self-neglect with quality of life in older people in rural China: A cross-sectional study. *International psychogeriatrics*. 2017;29: 1015-1026.

EKLER

EK 1. STROBE Rehberi

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	i, ii
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	i, ii
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	1, 2
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	2
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	16
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	16-26
Participants	6	(a) Cohort study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up Case-control study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls Cross-sectional study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	16-26
		(b) Cohort study—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed Case-control study—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	18-19
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there	19-26

		is more than one group	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	17
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	16-18
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	18-19
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	25
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	25-26
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) Cohort study—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed Case-control study—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed Cross-sectional study—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(e) Describe any sensitivity analyses	24,25
Results			
Participants	1 3 *	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	
		(c) Consider use of a flow diagram	
Descriptive data	1 4 *	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	27-41
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	
		(c) Cohort study—Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	
Outcome data	1 5 *	Cohort study—Report numbers of outcome events or summary measures over time	
		Case-control study—Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	

		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures	
Main results	1 6	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	27-41
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	29,32, 37, 38
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	1 7	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	39-41
Discussion			
Key results	1 8	Summarise key results with reference to study objectives	42-43
Limitations	1 9	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	44-50
Interpretation	2 0	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	44-50
Generalisability	2 1	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	44-50
Other information			
Funding	2 2	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

EK 2. Anket Formu**Sosyodemografik Özellikler Formu**

Yaşınız?	Çalışma durumunuz?	
Cinsiyet a) Kadın b) Erkek	a) Çalışmıyor b) Çalışıyor c) Emekli	
Eğitim düzeyiniz nedir? a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite g) Yüksek Lisans h) Doktora	Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Eşinden ayrı yaşıyor e) Eşini kaybetmiş	
	Çocuk sayısı?	Boy.....cm Kilo.....kg
Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız? a) Gelir gideri karşılıyor b) Gelir gideri karşılamıyor c) Gelir giderden fazla	Gelir miktarınız nedir?	
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır	Kronik hastalıklarınız?	

Kendini İhmal Risk Faktörleri Soru Formu

Evde yaşayanlarda: Kiminle yaşıyorsunuz? a) Tek başına b) Bir başkası ile (.....)	Huzurevinde ise kaç kişilik odada kalıyorsunuz?
--	--

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Testi

Etkinlikler	PUAN	Bağımsız (1 Puan)	Bağımlı (0 Puan)
		Gözetim, yönlendirme ve yardım ihtiyacı YOK	Gözetim, yönlendirme ve yardım ihtiyacı VAR
Banyo yapma		Tamamen kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun tek bir parçasının (sırt, genital bölge, disabilitesi olan ekstremiteler gibi) yıkanması için yardım alıyor	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun birden fazla parçasının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor
Giyinme		Kendi başına dolaptan kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir. Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir.	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma		Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, kıyafetlerini düzeltme etkinliklerini kendi başına yapabiliyor	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor
Transfer		Yataktan sandalyeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston, walker gibi cihaz ile yapabiliyor	Yataktan sandalyeye veya tersi etkinliği bir başkası olmadan yapamıyor ya da tamamen bağımlı
Kontinans		Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme		Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor. (Yemeğin hazırlanması, kesilmesi gibi işlemleri başkası yapabilir)	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç

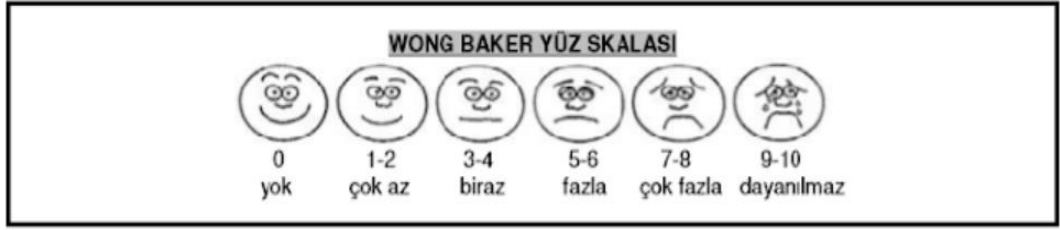
Toplam:.....(6 puan: hasta bağımsız/0puan: hasta tam bağımlı)

Lawton Enstrumantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası (Lawton EGYA)

Puanlama: Her kategori için, kişinin en yüksek fonksiyonel seviyesine en uygun öge tanımını daire içine alın (0 veya 1).			
	Puan:		Puan:
A. Telefon Kullanabilme Becerisi		E.Çamaşır	
1-Kendi inisiyatifiyle telefon kullanır;numaraları arayıp bulur ve arar vb.	1	1-Çamaşır işlerinin tamamen kendisi yapar	1
2-Birkaç iyi bilinen numarayı arar.	1	2-Küçük malzemeleri yıkar; çorapları durular vb.	0
3-Telefona cevap verir, ancak arayamaz.	1	3-Bütün çamaşır işleri başkaları tarafından yapılmalıdır.	
4-Telefonu hiç kullanamaz.	0		
B. Alışveriş		F.Ulaşım Yöntemi	
1-Tüm alışveriş ihtiyaçlarını bağımsız olarakkarşılar.	1	1-Toplu taşıma araçlarında bağımsızca seyahat eder ya da kendi arabasını kullanır.	1
2-Küçük alışverişlerini bağımsız	0	2-Taksi ile seyahat eder ama toplu taşıma araçlarını kullanamaz.	1
3-Tüm alışverişlerde refakat edilmesine ihtiyaçduyar.	0	3-Birinin eşliğinde ya da yardımla toplu taşıma araçlarıyla seyahat eder.	1
4- Hiç alışveriş yapamaz.	0	4-Başkasının yardımıyla taksi veya otomobille sınırlı seyahat eder.	0
		5-Hiçbir şekilde seyahat edemez.	0
C. Yemek Hazırlama		G. Kendi İlaçlarını Kullanma Sorumluluğu	
1- Yeteri kadar yemeği bağımsızca planlar,hazırlar ve servis eder(sunar).	1	1-Doğru zamanda doğru dozajda ilaç alır	1
2- Gerekli malzemeler sağlanırsa yeteri kadaryemeği hazırlar	0	2-Eğer ilaç önceden ayrılmış dozda hazırlanmışsakullanma sorumluluğuna sahiptir.	0
3-Hazırlanmış yemeği ısıtır ve servis eder veyayemekleri hazırlar ancak yeteri kadar beslenemez	0	3-Kendi ilacını hazırlayamaz	0
4- Yemeklerin hazırlanıp servis edilmesineihtiyaç duyar.	0		
D. Ev İşleri		H. Mali işleri İdare Etme Becerisi	
1-Yalnız veya ara sıra yardımla evin üstesinden gelir.	1	1-Bağımsız olarak tüm mali işleri yönetir(bütçelendirir; çekler yazar, kira öder, bankaya gider), gelirleri toplar ve takip eder.	1
2-Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi hafif günlük işleri yerine getirir.	1	2-Günlük mali işleri yönetir ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaçduyar.	1
3-Günlük hafif işleri yapar ancak yeterliseviyede temizliği	1		

sağlayamaz.			
4-Bütün ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç duyar.	1	3-Para idaresini yapamaz	0
5-Hiçbir ev temizlik işine katılamaz.	0		
Skor		Skor	
Toplam Skor: _____			

Görsel Ağrı Skalası



Beslenme Durum Değerlendirmesi:

MİNİ NUTRİSYONEL DEĞERLENDİRME (MNA)		
AD:	SOYADI:	CİNSİYET:
YAŞ:		
AĞIRLIK (KG):	BOY (CM):	TARİH
1-TARAMA (Mini Nutrisyonel Değerlendirme Kısa Form)	2-DEĞERLENDİRME (Mini Nutrisyonel Değerlendirme Uzun Form)	
A. Son Üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu? ☐ 0=besin alımında şiddetli düşüş ☐ 1=besin alımında orta derece düşüş ☐ 2=besin alımında düşüş yok	G. Bağımsız yaşıyor (bakımevinde veya hastanede değil) ☐ 1=Evet ☐ 0=Hayır	
	H. Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma ☐ 0=Evet ☐ 1=Hayır	
	I. Bası yarası veya deri ülseri var ☐ 0=Evet ☐ 1=Hayır	

B. Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu ☐ 0=3 kg'dan fazla kilo kaybı ☐ 1=Bilinmiyor ☐ 2= 1-3 kg arasında kilo kaybı ☐ 3= Kilo kaybı yok	J. Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor? ☐ 0=1 öğün ☐ 1=2 öğün ☐ 2=3 öğün
C. Hareketlilik ☐ 0=Yatak veya sandalyeye bağımlı ☐ 1=Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor ☐ 2= Evden dışarı çıkabiliyor	K. Protein alımı için seçilen besinler * Günde en az bir porsiyon süt ürünü Evet ☐ Hayır ☐ (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor * Haftada iki veya daha fazla porsiyon Kuru baklagil veya yumurta tüketiyor Evet ☐ Hayır ☐ * Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet ☐ Hayır ☐ ☐ 0.0=Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise ☐ 0.5=Eğer evet sayısı 2 ise ☐ 1.0=Eğer evet sayısı 3 ise
D. Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu? ☐ 0=Evet ☐ 2=Hayır	L. Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor. ☐ 0= Hayır ☐ 1= Evet
E. Nöropsikolojik problemler ☐ 0=Ciddi bunama veya depresyon ☐ 1=Hafif düzeyde bunama ☐ 2=Hiçbir psikolojik problem yok	M. Her gün kaç bardak sıvı (su,meyve suyu,kahve,çay, süt vb.)tüketiyor? ☐ 0.0=3 bardaktan az ☐ 0.5=3-5 bardak ☐ 1.0=5 bardaktan fazla
F. Vücut Kitle İndeksi (VKİ)= (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metre)² ☐ 0=VKİ 19'dan az (19 dahil değil) ☐ 1=VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil) ☐ 2= VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil) ☐ 3= VKİ 23 ve üzeri	N. Yemek yeme şekli nasıl? ☐ 0=Yardımsız yemek yiyemiyor ☐ 1=Güçlkle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor ☐ 2=Sorunsuz bir şekilde kendi kendine yiyor

Tarama Puanı (Tamamı en çok 14 puan):	O. Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi ☐ 0=Kötü beslendiğini düşünüyor ☐ 1=Kararsız ☐ 2=Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor
12-14 puan : Normal nutrisyonel durum 8-11 puan :Malnütrisyon riski altında 0-7 puan :Malnütrisyonlu	P. Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor? ☐ 0.0=İyi değil ☐ 1.0=İyi ☐ 0.5=Bilmiyor ☐ 2.0=Çok iyi
Dikkat:Eğer Tarama Puanı 11 veya altında ise Malnutrisyon Gösterge Puanı ‘nı elde etmek için değerlendirme bölümüne devam edin.	Q. Kol Çevresi (cm) ☐ 0.0=21cm’den az ☐ 0.5=21cm-22 cm ☐ 1.0=22cm veya daha fazla
	R. Baldır Çevresi(cm) ☐ 0=31’den az ☐ 1=31 veya daha fazla
	Değerlendirme Puanı (En Fazla 16 Puan): Tarama Puanı: Toplam Puan (en fazla 30 puan):
	Malnütrisyon Gösterge Puanı 24-30 puan arası ☐ Normal nutrisyonel durum 17-23,5 puan arası ☐ Malnütrisyon riski altında 17 puandan aşağı ☐ Malnütrisyonlu

Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (kısa form)

Geçtiğimiz 7 gün boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan **EVET** ya da **HAYIR** cevabını veriniz.

	Evet	Hayır
1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	0	1
2. Aktivitelerinizin ve ilgi alanlarınızın çoğundan uzaklaştınız mı?	1	0
3. Hayatınızın boş/anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
4. Çoğunlukla canınız sıkılır mı?	1	0
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir?	0	1
6. Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz? Kendinize kötü bir şeyler olacağını düşünerek korkar mısınız?	1	0
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	0	1
8. Sıklıkla kendinizi çaresiz/yardıma muhtaç hissediyor musunuz?	1	0
9. Dışarı çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde oturmayı tercih ediyor musunuz?	1	0
10. Hafızanızla ilgili olarak çoğu kişiden daha fazla probleminiz olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
11. Şu anda yaşıyor olmanın güzel bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1
12. Son zamanlarda kendinizi değersiz hissediyor musunuz?	1	0
13. Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	0	1
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
Toplam Puan:		

Kesme Noktası: 5/15

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği - 6 (LSAÖ-6)

AİLE: Ailede çocuğunuzu, eşinizi, anne, babanızı göz önünde bulundurduğunuzda...	Puan
1. Ayda en az bir kere ailenizden kaç kişi ile görüşüyor veya konuşuyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +	
2. Ailedeki kaç kişi ile özel konularınızı konuşurken kendinizi rahat hissediyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +	
3. Size yardım etmesi için arayabileceğiniz ailede kaç kişiyi yakın hissediyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +	
ARKADAŞLAR: Mahallenizde yaşayanlar da dahil olmak üzere tüm arkadaşlarınızı göz önünde bulundurduğunuzda....	
4. Ayda en az bir kere arkadaşlarınızdan kaç kişi ile görüşüyor veya konuşuyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +	
5. Arkadaşlarınız arasında kaç kişi ile özel konularınızı konuşurken kendinizi rahat hissediyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +	
6. Size yardım etmesi için arayabileceğiniz kaç arkadaşını yakın hissediyorsunuz? (0) yok (1)bir (2) iki (3)üç veya dört (4)beş-sekiz (5)dokuz +	

IMSKendini İhmal Anketi (İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlıların Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği)

	Evet	Hayır
1- Düzenli olarak (haftada bir ve ya daha fazla) banyomu yaparım		
2- Düzenli olarak (on beş günde bir ya da daha kısa sürede) tırnaklarımı keserim		
3- Sağlık kontrollerimi aksatmamaya gayret ederim		
4- İlaçlarımı zamanında alırım		
5- Kıyafetlerimin ve çamaşırlarımın temiz olmasına özen gösteririm		
6- İmkanlarım ölçüsünde beslenmeme özen gösteririm		
7- Yürüyüş, egzersiz gibi beden sağlığımı koruyucu aktiviteler yaparım		
8- Sağlığım için yapılan uyarılara uygun beslenirim ve yaşarım		
9- Komşu-akraba ziyaretine gitme yada misafir kabul etme, turistik amaçlı gezilere katılma gibi sosyal etkinliklerde bulunurum		
10- Sinema, tiyatro, konser gibi sanatsal etkinliklere katılırım		
11- Ev içerisinde bulmaca çözme, kitap okuma, örgü örme gibi bir uğraşlarım var		

EK 3. Etik Kurul İzni



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

09.03.2022

Sayı : 70904504/ 94
Konu : Kurul Kararı

Sayın
Dr.Öğr.Üyesi Ayşegül ILGAZ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
“Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmal Düzeyleri ve Risk Faktörleri” adlı
çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta :

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2022

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA	
	TELEFON	0 (242) 249 69 54	
	FAKS	0 (242) 249 69 03	
	E-POSTA		
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Ayşegül ILGAZ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmal Düzeyleri ve Risk Faktörleri	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 93	Tarih: 16.02.2022	
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.		

EK 4. Huzurevi İzinleri

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.07.2022-401846



T.C.
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : E-84459573-605.01[605.01]-4102814

Konu : Veri Toplama (Esmâ Nur SERT)

DAĞITIM YERLERİNE

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Esmâ Nur SERT'in "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmal Düzeyleri ve Risk Faktörleri" konulu tez çalışmasını Antalya Fethi Bayçın Huzurevinde yapabilme talebi Bakanlık Makamının ekteki Onayı ile uygun görülmüştür.

Gereğini rica ve bilgilerinize arz ederim.

Ahmet Abdullah SEZEN
Bakan a.
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanı V.

Ek:

- 1 - Makam Onayı (1 Sayfa)
- 2 - Taahhütname (1 Sayfa)

Dağıtım:

Gereği:

ANTALYA VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal
Hizmetler İl Müdürlüğü)
Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğüne
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Bilgi:

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: C49B1282-D44B-4C89-B5B1-19B3CB00C58D

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ashb-ebys>

Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27 Posta Kodu: 06510

Bilgi için: Cemalettin ULUFER

Çankaya/ Ankara

(312)705 57 00

(312)705 57 57

KEP Adresi: ashb@hsil.kcp.tr

Sosyal Çalışmacı



Bu belge, güvenli elektronik imza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Evrak sorgulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/evrak-sorgulama?evrakId=5543&evrakNo=BSA76A3EFZ&evrakSeri=401846> adresinden yapılabilir. (PIN:69982)

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.11.2022-493139

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.10.2022-480287



T.C.
ANTALYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı



Sayı : E-35851230-819-202107
Konu : Tez Çalışması Hk.

12.10.2022

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 07.09.2022 tarihli ve 50913635-302.14.01.08.01-E.443885 sayılı yazı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Esmâ Nur SERT "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmal Düzeyleri ve Risk Faktörleri" yüksek lisans tezini Yaşlı Hizmetleri Şube Müdürlüğü bünyesinde hizmet veren Döşemealtı Halil Akyüz Huzurevinde yapabilmek talebi Başkanlık Makamının 07.10.2022 tarih ve E-35851230-806.01.03-200517 sayılı oluru ile uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Mustafa GÜRBÜZ
Başkan a.
Genel Sekreter Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: gqkbzq-rGlgOw-6UfLn+-k514+d-zq/QPTRC Doğrulama Linki: <https://www.turkiye.gov.tr/icisleri-belediye-ehys>

Yüksekalan Mahallesi Adnan Menderes Bulvarı No:20 07310 Muratpaşa/Antalya
Telefon No: (242)249 50 00 Faks No: (242)249 52 75
e-Posta: info@antalya.bel.tr İnternet Adresi: <https://www.antalya.bel.tr>
Kep Adresi: abb@hs01.kep.tr

Bilgi için: Özlem AZİZOĞLU

Telefon No:



1

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd7eK=5543&eD=BSL7V27D02&eS=480287> adresinden yapılabilir. (PIN:39622)

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.06.2022-382091



T.C.
KEPEZ BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Müdürlüğü

Sayı : E-55591659 - 622.03 - 416 - 13247
Konu : Esmâ Nur SERT

14.06.2022

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi : 09.06.2022 tarih ve 369258 sayılı yazınız.

İlgi yazıya istinaden Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Esmâ Nur SERT'in "Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal düzeyleri ve risk faktörleri" konulu tezini müdürlüğümüze bağlı Şefkat ve Huzurevinde yapabilir.
Bilgilerinize rica ederim.

Mustafa ÖZSOY
Belediye Başkan Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu:3578163-OTY0NDgxMjY4MQ== Belge Doğrulama Adresi: <https://ebelediye.kepez.bld.gov.tr/webportal/webportal/ehyidkontrol.php?ehyid=3578163-OTY0NDgxMjY4MQ==&BelgeyiliretenIdare=KepezBelediyesi&BelgeSayisi=&BelgeDogrulamaKodu=3578163-OTY0NDgxMjY4MQ==>

Teomanpaşa Mah. Yeşilirmak Cad. No:4 KEPEZ/ANTALYA
Tel: 02423105858 / 2003 Fax: (0242) 338-2929
www.kepez-bld.gov.tr - EBYS Evrak No : 3578163

İrtibat : H.DEVECİ - Hemşire
Tel: 0242 338 11 22 : 113
info@kepez-bld.gov.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd7eK=5543&eD=BSM748DLT2&eS=382091> adresinden yapılabilir. (PIN:16852)

EK 5. ASM Onay Formu

ANTALYA MURATPAŞA MEYDAN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ KARARI

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim elemanı Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ILGAZ'ın sorumluluğunda ve yüksek lisans öğrencisi olan araştırmacı Esmâ Nur SERT tarafından yapılması planlanan "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmal Düzeyleri ve Risk Faktörleri" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının Muratpaşa Meydan Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılması tarafımızca uygun görülmüştür.

Aile Hekimi Adı Soyadı
1- Dr. Aycan AKTAŞ
2- Dr. Gül DURSUN

EK 6. Araştırma Uygulama İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.11.2022-504023



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-67910779-799
Konu : Komisyon Kararı (Dr. Öğr. Üyesi
Ayşegül ILGAZ)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ILGAZ'ın 11.11.2022 tarih ve E-12394646-50034 sayılı dilekçesi.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeye istinaden, Müdürlüğümüzün 18.05.2018 tarih ve 69174694 sayılı Oluru ile oluşturulan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde 11.11.2022 tarihinde toplanmış ve söz konusu çalışma yapılırken **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun** hasta mahremiyetinin korunması ve gizliliğe yönelik ilgili maddeleri dikkate alınarak "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Kendini İhmal Düzeyleri ve Risk Faktörleri" konulu bilimsel çalışmanın onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiş olup, Komisyon Onayı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Hacer NUR YÜCE
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Kararı

Adres: Hüsnü Karakaş Mah. Güneş Cad. No:124 Kepez/ANTALYA

Telefon: 0 (242) 228 48 48 Faks No:

e-Posta:

İnternet Adresi: Toplum Sağlığı Birimi Sıvı
tüketiminizi arttırınız, su içmek için susamayız beklemeyiniz.

Bilgi için: Gülşüm GÖZLEK

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: (0 242) 320 60 00

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5543&eD=BSVFBHK9F3&eS=504023> adresinden yapılabilir. (PIN:79552)

EK 7. Ölçek İzinleri

Günlük Yaşam Aktivitelerinde Katz Bağımsızlık İndeksi Kullanım İzni

Günlük yaşam aktivitelerinde Katz bağımsızlık indeksi

Gelen Kutusu x



Esmâ Nur SERT

Alıcı:

11:46 (5 saat önce)



Sayın Hocam,

Yaşlılarla ilgili yapmayı planladığımız yüksek lisans tezimde sizlerin, Türk yaşlı yetişkinler üzerinde doğrulanmasını yaptığınız "Günlük yaşam aktivitelerinde Katz bağımsızlık indeksi"ni kullanmak için izninizi istiyorum. Benimle bu değerli ölçeğinizin "Türkçe formunu, cevap seçeneklerini ve puanlama sistemini" de paylaşmanızı istiyorum. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Esmâ Nur SERT



BURCU BALAM YAVUZ

Alıcı: ben

14:22 (2 saat önce)



Merhaba

İlginize teşekkür ederiz. Bu ölçek geriatri polikliniğimizde de rutin olarak uyguladığımız pratik bir ölçektir. Ekte size ölçeği ve makalesini gönderiyorum. Refere ederek tabii ki kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim

Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Kullanım İzni

Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği



Esmâ Nur SERT

Alıcı:

31 Ocak Pzt 14:53 (2 gün önce)

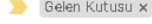


Sayın Hocam,

Yaşlılarla ilgili yapmayı planladığımız yüksek lisans tezimde, Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız "Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği"ni kullanmak için izninizi istiyorum. Benimle bu değerli ölçeğinizin "Türkçe formunu, cevap seçeneklerini, ölçeğin puanlama ve değerlendirme sistemini" de paylaşmanızı istiyorum. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Esmâ Nur SERT

Lawton 



Emir Ibrahim Isik

Alıcı: ben

31 Ocak Pzt 15:57 (2 gün önce)



Hocam merhaba,

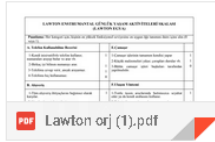
Ölçeğin bir kopyası ektedir.

Ölçeğin uygulanması: Ölçekteki sekiz bileşenin her birine verilen yanıtlar 0 (yapamaz ya da kısmen yapabilir) veya 1 (yapabilir) olarak kodlanır ve yanıtlar toplanır. Toplam puan, 0 (düşük işlevli, bağımlı) ile 8 aralığında (yüksek işlev, bağımsız) değişmektedir (Lawton ve Brody 1969).

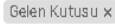
Not: Çalışma için literatür tarama sürecinde literatürde (özellikle Türkiye'de yapılan çalışmalarda) farklı şekilde puanlamalarla karşılaşmıştık. Örneğin 17 puan üzerinden hesaplanan yayınlar gördük. Fakat bütün yayınlar Lawton ve Brody (1969)'a atıf yapmış ve bu çalışmada da yukarıda belirttiğim 8 puan üzerinden uygulanan bir skorlama yapılmıştı. Ayrıca ölçeğin bir cut-off puanı bulunmamaktaydı.

Kolaylıklar dilerim

Emir Ibrahim IŞIK



Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Kullanım İzni

Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi 



Esmâ Nur SERT

Alıcı:

23 Ocak Paz 23:12 (10 gün önce)



Sayın Meltem Hocam,

Yaşlılarla ilgili yapmayı planladığımız yüksek lisans tezimde, Türkçe geçerlilik çalışmasında sizin danışman olduğunuz "Mini nutrisyonel testin kısa ve uzun formu"nu kullanmak için izninizi istiyorum. Derya Sankaya hocamızın iletişim bilgilerine ulaşamadığım için sizinle iletişime geçmek istedim.

Benimle bu değerli ölçeğinizin Türkçe formunu, cevap seçeneklerini, ölçeğin puanlama ve değerlendirme sistemini de paylaşmanız önemlidir.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Akdeniz Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Esmâ Nur SERT



Alıcı: ben



24 Ocak Pzt 23:51 (9 gün önce)



Tabii kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar

Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (kısa form) Kullanım İzni

Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (kısa form) Gelen Kutusu x



Esma Nur SERT
Alıcı:
Sayın Ahmet Hocam,

Yaşlılarla ilgili yapmayı planladığımız yüksek lisans tezimde sizin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliğinde sorumlu yazar olduğunuz "Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (kısa form)"i kullanmak için izninizi istiyorum. Benimle bu değerli ölçeğinizin Türkçe formunu, cevap seçeneklerini, ölçeğin puanlama ve değerlendirme sistemini de paylaşmanız önemlidir. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.
Saygılarımla.

Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Esma Nur SERT

20 Ara 2021 Pzt 17:42 ★ ↩ ⋮

Ahmet Turan Isik 25 Ara 2021 Cmt 17:35 ★ ↩ ⋮



Ahmet Turan Isik
Alıcı: ben ▼
Sayın Sert,
Çalışmanızda Yesavage Geriatri Depresyon Skalası-15 (kısa form) türkçe versiyonunu "Busra Durmaz, Pinar Soysal,Hulya Ellidokuz, Ahmet Turan Isik: Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. North Clin Istanb 2018;5(3):216–220 doi: 10.14744/nci.2017.85047" şeklinde atıfta bulunarak akademik amaçla kullanabilirsiniz.

İyi Çalışmalar

Ahmet Turan ISIK, M.D.

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği - 6 (LSAÖ-6) Kullanım İzni

Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6 (LSAÖ-6) Gelen Kutusu x



Esma Nur SERT
Alıcı:
Sayın Hocam,

Yaşlılarla ilgili yapmayı planladığımız yüksek lisans tezimde; sizlerin, Türk kültürüne uyarlanması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Lubben Sosyal Ağ Ölçeği-6 (LSAÖ-6)"ı kullanmak için izninizi istiyorum. Benimle bu değerli ölçeğinizin "Türkçe formunu, cevap seçeneklerini, ölçeğin puanlama ve değerlendirme sistemini de paylaşmanızı istiyorum. Katkılarınız için teşekkür ederim.
Saygılarımla.

Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Esma Nur SERT

31 Oca 2022 18:55 (2 gün önce) ★ ↩ ⋮

Didem DEMİR 1 Şub 2022 12:35 (1 gün önce) ★ ↩ ⋮



Didem DEMİR
Alıcı: ben ▼
Merhaba Esma Hanım,
Ölçeği kullanman bizi mutlu eder. Ekte ölçek bilgilerini gönderiyorum.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Dr. Didem Demir Erbil

IMSKendini İhmal Anketi (İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği) Kullanım İzni

IMSelf-neglect questionnaire  Gelen Kutusu x



Esmâ Nur SERT

17 Ocak Pzt 23:30   

Alıcı:

Sayın Birkan İLHAN,

Yapmayı planladığımız yüksek lisans tezimde sizlerin, toplumda yaşayan yaşlıların taranması amacıyla 2018 yılında geliştirdiğiniz 11 soruluk "İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği " (IMSelf-neglect questionnaire)'ni kullanmak için izninizi istiyorum. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Esmâ Nur SERT



Birkan İlhan

 18 Ocak Sal 21:54   

Alıcı: ben 

Merhaba,
Tabii kullanabilirsiniz.
Daha önce de mail atmistiniz diye hatırlıyorum.
Ekte çalışmamızda kullandığımız Türkçe halini iletiyorum.

Kolaylıklar dilerim.
Dr. Birkan İlhan

EK 8. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



6

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda kendini ihmal düzeyleri ve risk faktörleri

b. Araştırmanın İçeriği: Dünya çapında yaşlılarda yaygın olarak görülen ve olumsuz sağlık sonuçlarına yol açan kendini ihmal, yaşlı bireylerin sağlığını tehdit eden, ölüm ve sakatlanmada artışa neden olabilen ciddi bir halk sağlığı problemidir. Sağlık profesyonelleri kendini ihmal riski taşıyan yaşlıları belirleme ve değerlendirme adına anahtar bir konudur. Yaşlılarda kendini ihmal öngören risk faktörlerinin bilinmesi, bunun neden olabileceği olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılması açısından önemlidir. Kendini ihmal risk faktörleri; erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük ekonomik durum, etnik köken, düşük eğitim düzeyi, medeni durum ve daha az çocuk sayısı, bilişsel bozukluk, düşük fiziksel işlev, beslenme durumunun kötü olması, komorbidite ve ağrı, depresyon, yalnız yaşama, düşük sosyal ağlar gibi sosyal özelliklerdir.

Giderek yaşanan bir toplum göz önüne alındığında sağlık ve sosyal alanda hizmet veren tüm kurum ve kuruluşlar, kendini ihmal eden bireyleri ve risk faktörlerini belirlemeli, sorunu çözmek için kapsamlı girişimler başlatmalıdır. Huzurevinde ve toplumda yaşayan yaşlı bireylerin kendini ihmal oranları ve risk faktörleri farklılık gösterebilir. Bu çalışmanın huzurevi ve toplumdaki yaşlılara hizmet veren sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonellerinin ve yaşlı bireylerin farkındalıklarının artmasına, kendini ihmalini önlemeye yönelik gelecekte girişimsel çalışmaların planlanabilmesine ve yaşlı sağlığı alanında literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

c. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada, huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların kendini ihmal düzeyleri ve risk faktörlerinin tanımlanması ve karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(X) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: Gerekli izinler alındıktan sonra yaklaşık 12 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: Yapılması planlanan çalışmaya 60 yaş ve üstü yaklaşık 278 kişi alınması hedeflenmektedir.

g. Araştırmada İzlenecek Deneyisel İşlemler: Yok

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşılabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir risk veya rahatsızlık beklenmemektedir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Bu araştırmada huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların kendini ihmal düzeyleri ve risk faktörlerinin tanımlanması ve karşılaştırılması yapılacaktır. Çalışma sonunda elde edilen sonuçların yaşlıların kendini ihmal konusunda farkındalıklarının artmasına, yaşlı bireylerin kendini ihmalini önlemeye yönelik girişimsel çalışmalar, müdahale programları ve stratejiler geliştirilmesine, yaşlıların otonomilerinin artırılmasına yönelik planlanacak eğitimlere ve uygulamalara kaynak olması hedeflenmektedir. Bu yönüyle yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkılar getirebilir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile hakların konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Esma Nur SERT

Ayşegül ILGAZ



6

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın araştırmacı tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma: Katılımcı çalışmayı bırakmak istediği zaman araştırmadan çekilebilir.

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının

Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: Esma Nur SERT

İmzası:

Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esma Nur	Uyruğu	T.C.
Soyadı	SERT	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Dr. İlhami Tankut Anadolu Lisesi (2012-2015) Antalya Falez Fen Bilimleri Temel Lisesi (2015-2016)	2016
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2020
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar:

Uluslararası bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

İlgaz, A., Sert, E., Gozum, S., & Oncel, S. (2023). Experiences of elderly people living alone during the COVID-19 pandemic: Phenomenological research. European Journal of Public Health, 33(Supplement_2), ckad160-352.