



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**PALYATİF BAKIM ALAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA
KIRILGANLIK VE YAŞLI İSTİSMARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Işıl Miray AKYÜREK

Danışman: Doç. Dr. Aygöl Kıssal

Tokat- 2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Aygöl Kıssal danışmanlığında hazırlamış olduğum “Palyatif Bakım Alan 65 Yaş ve Üstü Hastalarda Kırılganlık ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

23/01/2025

Işıl Miray AKYÜREK

TEŞEKKÜRLER

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, öğrencisi olmaktan gururlandığım, her zaman sevgi ve şefkatle yaklaşan, vaktini esirgmeden her daim benimle paylaşan saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Aygöl KISSAL'a sonsuz saygıyla teşekkür ederim.

Eğitimime devam etmem için çabalayan ve yaşamımın her anında bana hep destek olan canım annem Nurgül DİNCEL ve canım babam Zeynel DİNCEL'e ve kardeşime;

Tez çalışmam sırasında bana desteğini esirgemeyen ve yanımda olan eşim Ersoy AKYÜREK'e;

Tezimin istatistiksel analizinde danışmanlık eden Öğr. Gör. Yunus Emre KUYUCU'ya ve katılım sağlayan bütün palyatif bakım alan hastalara, değerli meslektaşlarıma ve bu süreçte destek veren herkese en içten dileklerimle teşekkür ederim.

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Işıl Miray AKYÜREK tarafından hazırlanan “**Palyatif Bakım Alan 65 Yaş ve Üstü Hastalarda Kırılganlık ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 23.01.2025 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Üye (Başkan) : Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer YILDIRIM

Üye : Doç. Dr. Aygül KISSAL

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Suzan YILDIZ

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ÖZET

PALYATİF BAKIM ALAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA KIRILGANLIK VE YAŞLI İSTİSMARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Akyürek, Işıl Miray

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi / Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aygül Kıssal

Ocak 2025, xiii +121 sayfa

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastalarda kırılabilirlik ve yaşlı istismarı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini, 01.05.2023-14.04.2024 tarihleri arasında bir devlet ve bir üniversite hastanesi palyatif bakım ünitesinde yatan hastalar oluşturmuştur. Devlet hastanesinden 68 hasta, üniversite hastanesinden 151 hasta örnekleme alınmıştır. Bu çalışmada veriler Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği (EKÖ), Geriatrik İstismar Ölçeği (GİÖ) ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KATZ GYA) ile toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, yüzde, minimum, maksimum değerler), Student-t testi, Tek Yönlü ANOVA testi, Pearson Korelasyon Analizi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ile değerlendirilmiştir. Yaş ortalaması 74.35 ± 6.06 olan yaşlı hastaların EKÖ puan ortalaması 8.26 ± 2.86 , KATZ GYA puan ortalaması 3.23 ± 1.86 , GİÖ puan ortalaması 0.68 ± 1.55 'dir. Yaşlı hastaların %19.6'sı ihmal, %15.1'i psikolojik, %3.2'si fiziksel, %3.2'si ekonomik istismar ile karşılaştığını ifade etmiştir. Yaşlı hastaların istismarın herhangi bir türü/türlerine maruz kalma oranı %24 saptanmıştır. Yaş, eğitim düzeyi, birlikte yaşanan kişiler, kronik bir hastalık varlığı, idrar/gaita kaçırma durumu, acile başvuru ve düşme sayısı, kullanılan yardımcı araca göre yaşlı bireylerin EKÖ ve KATZ GYA ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yaşlı bireylerde aile ve bakım verici ilişkilerinin fiziksel istismar hariç istismarın tüm türleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bakım evi, çocuk/torunu ile yaşayan yaşlılarda istismar düzeyi yüksek belirlenmiştir. Yaşlı bireylerde EKÖ puanı arttıkça GİÖ puanının arttığı, EKÖ puanı arttıkça KATZ GYA puanının azalmaktadır. Sonuç olarak, yaşlı bireylerin neredeyse dörtte biri istismara uğramaktadır. Kırılabilirlik ve bağımlılık, yaşlı bireyin kiminle yaşadığı istismara uğramada etkilidir. Özellikle palyatif bakım alan yaşlı ve savunmasız istismar ve ihmal yaşayan yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinde farkındalık ve takip oluşturulmalıdır. Konu hakkında toplumsal duyarlılığı artırma çalışmaları, yaşlı istismarı ve ihmali konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve araştırmalar önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Kırılabilirlik, Yaşlı İstismarı, Yaşlı, Hemşire

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN FRAILTY AND ELDER ABUSE IN PATIENTS 65 YEARS AND OLDER RECEIVING PALLIATIVE CARE

Akyürek, Işıl Miray

Tokat Gaziosmanpaşa University Graduate Education Institute

Master's Thesis, Department of Nursing / Program of Public Health Nursing

Advisor: Doç. Dr. Aygül Kıssal

January 2025, xi-121

The aim of this study was to evaluate the relationship between frailty and elder abuse in patients aged 65 years and older receiving palliative care. The population of this cross-sectional study consisted of patients hospitalized in the palliative care unit of a state and a university hospital between 01.05.2023 and 14.04.2024. Samples were taken from 68 patients from the state hospital and 151 patients from the university hospital. In this study, data were collected with the Socio-Demographic Information Form, the Edmonton Frailty Scale (EFS-TR), the Geriatric Mistreatment Scale (GMS) and the KATZ Activities of Daily Living Scale (Katz ADL). The data of the study were evaluated with descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, percentage, minimum, maximum values) Student-t test, One-Way ANOVA test, Pearson Correlation Analysis, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Analysis of Variance. Elderly patients with a mean age of 74.35 ± 6.06 had a EFS-TR mean score of 8.26 ± 2.86 , a mean Katz ADL score of 3.23 ± 1.86 , and a mean GMS score of 0.68 ± 1.55 . Among the elderly patients, 19.6% stated that they had encountered neglect, 15.1% emotional abuse, 3.2% physical abuse, and 3.2% economic abuse. The rate of elderly patients being exposed to any type/types of abuse was determined to be 24%. A statistically significant difference was found between the EFS-TR and Katz ADL scale scores of elderly individuals according to age, education level, cohabitants, presence of a chronic disease, urine/fecal incontinence, number of emergency department applications and falls, and the assistive device used. It has been determined that family and caregiver relationships are associated with all types except physical abuse in elderly individuals. The level of abuse was found to be high in the elderly living in nursing homes with their children/grandchildren. It was determined that as the EFS-TR score increased in elderly individuals, the GMS score increased, and as the EFS-TR score increased, the Katz ADL score decreased. As a result, almost a quarter of older individuals are abused. Frailty and dependency are effective in abusing the older person with whom they live. Awareness and follow-up should be created in health services, especially for the elderly and vulnerable elderly who receive palliative care and who experience abuse and neglect. Studies to increase social awareness on the subject, undergraduate and postgraduate training and research on elder abuse and neglect are recommended.

Keywords: Palliative Care, Frailty, Elder Abuse, Elderly, Nurse

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	ii
TEŞEKKÜRLER	iii
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	7
2.2. Kırılganlık Tanımı	8
2.2.1. Kırılganlığın Epidemiyolojisi	9
2.2.2. Kırılganlığın Türleri.....	11
2.2.3. Kırılganlık Risk Faktörleri.....	12
2.2.4. Kırılganlığı Ölçmeye Yönelik Kullanılan Ölçekler.....	13
2.3. Yaşlı İhmal ve İstismarı	14
2.3.1. Yaşlı İstismarının Tanımı	14
2.3.2. Yaşlı İstismarının Tarihçesi	15
2.3.3. Dünyada Yaşlı İstismarı, İhmali ve Epidemiyolojisi.....	15
2.3.4. Türkiyede Yaşlı İstismarı, İhmali ve Epidemiyolojisi.....	17
2.3.5. Yaşlı İstismarı ve İhmali Türleri.....	18
2.3.6. Yaşlı İstismarı Belirti ve Bulguları	21
2.3.7. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Nedenleri ve Risk Faktörleri	22
2.3.8. Yaşlılara Yönelik İstismara Karşı Önleme ve Müdahale Çalışmaları.....	24
2.4.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Önemi	26

2.4.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi	28
2.4.3. Palyatif Bakım Ekibi.....	29
2.4.4. Palyatif Bakım ve Kırılganlık	30
2.4.5. Palyatif Bakım ve Yaşlı İstismarı	31
2.4.6. Palyatif Bakımda Kırılganlık ve İstismarı Önlemede Hemşirenin Sorumlulukları	33
3. GEREÇ ve YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Tipi.....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	34
3.3. Evren ve Örneklem	34
3.4. Veri Toplama Araçları	35
3.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	35
3.4.2. Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EKÖ) (Edmonton Frail Scale-EFS)	36
3.4.3. Geriatrik İstismar Ölçeği (GİÖ) (The Geriatric Mistreatment Scale).....	37
3.4.4. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KATZ GYA).....	38
3.4.5. Verilerin Toplanma Süreci.....	38
3.4.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	39
3.5. Verilerin Değerlendirmesi	39
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	40
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA	56
KAYNAKLAR	79
EKLER.....	91
ÖZGEÇMİŞ	103

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- DSÖ (WHO):** Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
- KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- WHPCA:** Dünya Hospis Palyatif Birliği
- DM:** Diabetes Mellitus
- ALS:** Amyotrofik Lateral Skleroz
- SVH:** Serebrovasküler Hastalık
- KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği
- KY:** Kalp Yetmezliği
- HT:** Hipertansiyon
- TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu
- UNFPA:** Birleşmiş Milletler Nüfus Araştırmaları Fonu
- GIÖ:** Geriatrik İstismar Ölçeği
- SPSS:** Statistical Package for Social Sciences
- EFS-TR (EKÖ):** Edmonton Kırılganlık Ölçeği
- KATZ GYA:** KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Kırılgnlık Risk Faktörleri

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Sosyal ve Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4. Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı ve Güvenirlik Analizleri

Tablo 5. Yaşlı Bireylerin Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Sınıflamalarına Göre Dağılımları

Tablo 6. Yaşlı Bireylerin Sosyal ve Demografik Özelliklerinin Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırması

Tablo 7. Yaşlı Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırması

Tablo 8. Yaşlı Bireylerin Sosyal ve Demografik Özelliklerinin Geriatrik İstismar Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı

Tablo 9. Yaşlı Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Geriatrik İstismar Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı

Tablo 10. Yaşlı Bireylerin Tüm Örneklem ve Hastanelerde İstismar Türleri ile Karşılaşma Dağılımları

Tablo 11. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Geriatrik İstismar Ölçeği arasındaki Korelasyon Değerleri

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Palyatif Bakım ve Küratif Tedavinin Entegrasyonu

Şekil 2.2. Palyatif Bakım Multidisipliner Ekibi



1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanların yaşam şartlarının ve sağlık durumlarının iyi olmasına bağlı dünya nüfusu artmaktadır. Yaşlı nüfus oranı ise yaşam süresi uzadıkça orantılı olarak giderek artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde 65 yaş üzeri bireyler yaşlı olarak kabul edilmektedir (UNFPA, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2050 yılına kadar yaşlı nüfusunu bir milyardan iki katına çıkacağını öngörmektedir (DSÖ, 2018). Türkiye İstatistik Kurumu (2024) verilerine göre yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21.4 artmıştır. Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2018 yılında %8.8 iken, 2023 yılında %10.2'ye çıkmıştır (TÜİK, 2024a).

Yaşlılıkla ilgili son yıllarda sıklıkla “kırılganlık/kırılğan” (frailty/frail)” kavramları kullanılmaktadır. Kırılganlık genellikle yaşla beraber ilerleyen bir süreç olarak görülmektedir. “Yaşa bağlı gelişen fizyolojik, metabolik ve immün sistemde fonksiyon kayıpları ve kas sinir sistemi bozulmaları yaşlı bireyi dış streslere karşı birey hassaslaşmıştır, fiziksel performansta azalma, kaslarda güçsüzlük ve beslenme bozukluğu olan kişiler kırılğan yaşlı” olarak tanımlanmaktadır (Şahin ve Cankurtaran, 2010). Kırılganlık yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkmaktadır ve yaş, cinsiyet, kronik hastalık gibi etkenlerden bağımsız yaşın ilerlemesinin verdiği zorluklarla ilişkilidir. Kırılğan yaşlılar, kilo kaybı, düşkünlük, halsizlik ve fiziksel aktivitede azalma olmasıyla günlük ihtiyaçlarını karşılamada çok daha fazla zorlanmaktadır (Chen ve ark., 2014; Elbi ve Özyurt, 2021). Yaşlılık sendromu olarak adlandırılan kırılğanlık; birçok faktörden etkilenmektedir. Başlıca etkenler; biyolojik, fizyolojik, bilişsel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler olarak sayılabilir (Akbaş ve ark., 2020; Birlik ve Balcı,

2022). Kırılğan yaşlıda yetersiz beslenme, uzun yatak istirahati, uyku bozuklukları, inkontinans, basınç yaraları, yürüyüş bozuklukları, halsizlik, isteksizlik, güç kaybı, düşme, polifarmasi, deliryum ve hafıza problemleri görülebilmektedir (Zeng ve ark., 2024; Oksel ve Turan, 2024; Elbi ve Özyurt, 2021; Aygör ve ark., 2013). Kırılğan yaşlılarda hastaneye başvurma ve hastaneye yatış oranı ve mortalite, morbidite diğer yaşlılara göre daha fazladır (Aşiret ve Çetinkaya, 2018). Toplumlarda kırılğanlığın yaygınlığı farklılık göstermektedir. Avrupa'da SHARE projesi kapsamında 65 yaş ve üstü kişilerde kırılğanlığın yaygınlığı %17.0 bulunmuştur (Rochat ve ark., 2010). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde %4-59 arasında değişen kırılğanlık oranları rapor edilmiştir (Collard ve ark., 2012; Rivas-ruiz ve ark., 2019). Elbi ve Özyurt (2021), 65 yaş üzeri 500 yaşlı ile yaptığı kesitsel nitelikteki araştırmasında kırılğanlık oranını %63.2 bulmuştur. Avrupa ADVANTAGE ortak eylem projesi kapsamında yayınlanan bir meta-analizde kırılğanlık ve sosyodemografik faktörler arasındaki ilişki araştırılmış ve kadın cinsiyet ile ileri yaşta kırılğanlığın daha yüksek olduğu belirtilmiştir (O'Caoimh ve ark., 2018). Bir meta-analiz çalışması incelendiğinde 2008 ile 2016 yılları arasında, kadınlarda %23.4, erkeklerde %15 oranında kırılğanlık saptanmıştır (Da Mata ve ark., 2016).

Kırılğanlık, palyatif bakım ihtiyacının bir göstergesi olarak öne sürülmektedir. Kırılğanlığı olan kişilerin yaşamlarının sonundaki bakım gereksinimlerine ilişkin bilgilerin gözden geçirilmesine ihtiyaç vardır. Palyatif bakımın esas amacı yaşam kalitesini artırmak için hasta bireyi, ailesini ve bakım vericilerini temel alarak semptomları gidermek, bakım ve destek sağlamaktır. Palyatif bakım alan yaşlı bireylerin, istismar mağduru olacağı pek fazla akla gelmese de yaşamın bu son evresinde istimarın birden fazla türüne uğrayabilmektedirler (Jayawardena ve Liao,

2006). Yaşamlarının sonuna yaklaşan kırılğan insanların ihtiyaçlarını anlamak, uygun bakım ve desteği sağlamak için temeldir ve aynı zamanda temel palyatif bakım hizmetlerinin sağlanmasında ne gerekir sorusunu ele almada atılmış bir adım olacaktır (Stow ve ark., 2019). DSÖ'nün tanımına göre; palyatif bakım hastanın ailesinin yaşamını tehdit eden herhangi bir olumsuzluk yaşaması halinde, ağrı yönetiminin yapıldığı, fiziksel psikososyal manevi ihtiyaçların belirlenip karşılandığı, hastanın acı çekmesini önlemek için yaşam kalitesi artırıcı hizmetler sunmaktır (DSÖ, 2016). Toplumsal ve kurumsal alanlarda yaşlı ihmal ve istismar vakalarının görülmesi gittikçe artış göstermektedir (Akkaya ve Çöl, 2022; Yeşil ve ark., 2016). Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve DSÖ temel ihtiyaçlarını karşılamada zorlanan savunmasız yaşlı için yaşlı istismarını “Yaşlının güvendiği kişiler tarafından yaşlıya zara veren yaşlıyı olumsuz yönde etkileyip strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır” olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 2019). Yaşlı ihmali yaşlıya bakmakla yükümlü olan kişilerin, bilerek veya bilmeyerek yaşlının sosyal, fiziksel ve duygusal ve günlük temel ihtiyaçlarından mahrum bırakmaktır (Çiftçi ve ark., 2020; Yeşil ve ark., 2016). Yaşlı bireyler içinden her altı yaşlıdan biri 2020 yılında, ihmal ve istismarın herhangi bir türünün mağduru olduğu belirtilmiştir. Yaşlı küresel nüfus oranı iki katına yükselmesiyle birlikte 2050 yılına kadar 320 milyon yaşlının istismar mağduru olacağı düşünülmektedir (DSÖ, 2021). Yaşlı istismarı, mağdurun kendine yapılan bu kötü durumu bildirmemesi; yapılan istismar olayında suçluluk, utanç ya da korku duymaları, sosyal olarak izole bir yaşam sürmeleri gibi sebeplerden dolayı tespit edilmesi oldukça güç bir sorundur. İstismar sorunu bireyler tarafından yeterince bilinmemekte ve bu sorun bildirilmemektedir (Çiftçi ve ark., 2020). Yapılan araştırmalarda yaşlı ihmal ve istismarı etkileyen faktörler arasında düşük gelir düzeyi

psikolojik sorunlar, yalnız yaşama, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal izolasyon, kırsal bölgede yaşamak, kronik hastalık ve yaşlı bireye bakım verenlerin özellikleri örnek verilebilir (Akkaya ve Çöl, 2022; Arpacı ve Bakır, 2017; Toraman ve ark., 2022). ABD’nde yürütülen toplum temelli bir çalışmada, 70 yaş ve üzerindeki kişilerin %14’ünün istismara maruz kaldığı, %12.1’inin psikolojik istismara ve %1.7’sinin fiziksel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (Rosay ve ark., 2017). ABD’nde yapılan toplum temelli başka bir çalışmada ise, yaşlıların yaklaşık %1.7’si birden fazla istismar türüne maruz kalmıştır (Williams ve ark., 2020). Toplum temelli ve kurum temelli yapılan çalışmalarda, yaşlı bireylerin istismara maruz kalma sıklığı, çalışma grubunun özelliklerine ve araştırmanın kurum ya da toplum temelli olmasına bağlı olarak %2.6 ile %45.7 arasında değişmektedir (Altıntaş ve Aslan, 2020; Carmona-Torres ve ark., 2018). Bölgesel olarak yapılan çalışmalarda en yüksek yaşlı istismarı oranları İran (%45.7), Çin (%36.2), Nijerya (%30.0), İsrail %18.4, Hindistan (%14.0), Avrupa (%10.8), Meksika (%10.3) ve Amerika Birleşik Devletleri (%9.5) olarak sıralanmaktadır (Arab-Zozani, 2018;Yon ve ark., 2017). Bir yıllık istismar prevalansı üzerine 2010 yılında yapılan meta-analizde yaşlıların %5.2’si ekonomik istismar, %4.6’sı duygusal istismar, %1.6’sı fiziksel istismar, %0.6’sı cinsel istismar, %5.1’i ihmal yaşadığı belirtilmiştir. Önceden travmatik olaylar yaşayanlarda ve düşük sosyal destek alanlarda kişilerde istismar oranı daha yüksek bulunmuştur (Acierno ve ark., 2010). Ülkemizde yaşlı ihmal ve istismar çalışmalarının çok sınırlı, önlenmesine yönelik uygulamalar hakkında bilgi açığı olduğu bilinmektedir (Dasbas & Isikhan, 2018). Yaşlı ihmal ve istismarı yaşayan bireylerin bu sorununu erken belirlemek ve bildirmek oldukça önemlidir. Bu sorun fark edilip müdahale edilmezse, ihmal ve istismar mağdurları sağlıkları açısından ciddi olumsuz sorunlarla karşılaşabilirler (Akkaya ve Çöl, 2022). Araştırmalar istismara

uğrayan yaşlılarda yaşamı tehdit eden hastalığı ya da kronik bir hastalığı olmasa bile istismara uğramaları sebebiyle daha erken yaşta hayatını kaybettiklerini göstermektedir (Tanrıverdi, 2016). İstismar bireyin fiziksel ve ruh sağlığını olumsuz etkilemekle birlikte yaşlıda istenmeyen durumlara (ağrı, yaralanma, stres, depresyon, anksiyete, intihar) neden olmaktadır (Akkaya ve Çöl, 2022; Toraman ve ark., 2022).

Yaşlı ihmal ve istismar konulu çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Ayrıca literatürde palyatif bakım alan hastaların kırılganlıkları ve istismar edilme durumlarını ve ilişkisini saptayan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Palyatif bakım alan hastaların kırılgan ve çoğunlukla yaşlı hastalar olması istismara uğrama yönünden risk altında olma sebebidir. Kırılgan hastaların palyatif bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik en uygun çerçeveyi belirlemek için araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışma sağlık profesyonellerine toplumda ve tedavi edici hizmetlerde palyatif bakım hastalarında yaşlı istismarı risk faktörlerine ilişkin farkındalık sağlayabilir. Bunun sonucu olarak alınan tedbirlerin ve sunulan hizmetlerin yaşlıların yaşam kalitesini yükseltmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile hem palyatif hastalarında yaşlı istismarını saptamaya hem de palyatif bakım alan hastaların kırılganlığı ile yaşlı istismarının ilişkisinin belirlenmesi açısından literatürdeki eksikliği gidermeye yardımcı olacağı düşünülmüştür. Bu çalışmanın amacı palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastalarda kırılganlık ve yaşlı istismarı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastaların istismara maruz kalma durumları nedir?
2. Palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastaların kırılganlık düzeyi nedir?
3. Palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastaların bağımlılık düzeyi nedir?

4. Palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastaların sosyodemografik özelliklerine göre istismara uğrama durumları farklı mıdır?
5. Palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastaların bağımlılık düzeyine göre istismara uğrama durumları farklı mıdır?
6. Palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastaların sosyodemografik özelliklerine göre kırılabilirlik düzeyi farklı mıdır?
7. Palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastaların kırılabilirlik ve yaşlı istismarına maruz kalmaları arasında ilişki var mıdır?
8. Palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastaların bağımlılık ve yaşlı istismarına maruz kalmaları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre yaşlılık, çevresel faktörlere uyum yeteneğinin azalmasıdır (WHO, 2015a). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) evrensel yaşlılık tanımını "65 yaş ve üzeri yaştaki bireylerin tecrübe edindiği süreç" olduğu kabul edilmektedir (DSÖ, 2017). Gelişmiş ülkelerde 65 yaş üzeri bireyler yaşlı olarak kabul edilmektedir (UNFPA, 2012). Ülkemizde de 65 yaş üzeri bireyler yaşlı olarak adlandırılmaktadır (Akkaya ve Çöl, 2022). Yaşlılığın üç dönemden oluştuğu belirtilmekte olup 65-74 yaş aralığını genç yaşlılık, 75-84 yaş aralığını ileri yaşlılık, 85 yaş ve üzeri bireyleri çok ileri yaşlı olarak tanımlamaktadır (Toraman ve ark., 2022). Yaşlılık bireyin yaşamının son evresi olup, birçok fiziksel ve biyolojik değişimlerinde yaşandığı bir dönemdir. Yaş artışı yaşlıda bazı olumsuz sonuçları da beraberinde getirir. Vücut kasları zayıflar, vücut işlevlerinde ve reflekslerinde yavaşlamalar görülür, günlük yaşamındaki gereksinimlerini dahi yapmakta zorlanır ve güçsüzlük ortaya çıkar (Şimşek ve Evin, 2024).

Nüfusun yaşlanma hızı geçmişe göre çok daha hızlı ilerlemektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2050 yılına kadar 60 yaş ve üzerindeki bireylerin yaşlı nüfusunun bir milyardan yaklaşık iki katına çıkacağını öngörmektedir. 60 yaş ve üzeri dünya nüfusunun 2015 ve 2050 yılları arasında yaklaşık iki artarak %12' den %22' ye çıkması beklenilmektedir. 2050 yılına gelindiğinde yaşlıların %80'i milli gelirin düşük ve orta olduğu ülkelerde yaşaması öngörülmektedir. DSÖ, yaşlanma ile birlikte tüm ülkelerin sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının artacağını, yaşlanma ile birlikte bu ihtiyaçları karşılamakta zorluk yaşanacağını belirtmiştir (WHO, 2018). Yaşlı nüfus oranının dünya ortalaması 2023 yılında %10.0 bildirilmiştir (UNFPA, 2024).

Türkiye'nin 2023'de nüfusu 85 milyon 372 bin 377 kişi iken, 8 milyon 722 bin 806 kişi 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır (TÜİK, 2024b). Türkiye'nin yaşlı nüfus oranı %10.2 ile dünya ortalamasının hemen üzerinde görülmektedir. Yaşlı nüfusun 2023 yılındaki yaş grubuna göre dağılımı %64.0'ı 65 yaş ve 74 yaş grubunda, %28.1'i 75 yaş ve 84 yaş grubunda ve %7.9'uda 85 yaş ve üzeri yaş grubunda yer aldığı görülmüştür. Yaşlı nüfusun cinsiyete göre 2023 yılında %44.5'i erkek yaşlılar, %55.5'i kadın yaşlılardan oluşmaktadır (TÜİK 2024a). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10.0'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2023'te yayımladığı nüfus projeksiyonlarına göre, 65 yaş ve daha üzeri nüfus oranı şu anda %10.2 iken 2050 yılında %23.1, 2075 yılında %31.7 ve 2100 yılında ise %33.6 seviyesine ulaşması öngörülmektedir (TÜİK,2024b).

2.2. Kırılgnlık Tanımı

Yaşlı nüfusta en yaygın görülebilen durumlardan birisi kırılgnlıktır. Yaşa bağlı artış ile birlikte fiziksel performans yetilerindeki azalma, sinir kas sistemindeki zayıflama, metabolik ve bağışıklık fonksiyonundaki kayıplar dış strese karşı hassasiyeti azaltır, bu azalma ile birlikte hareket kabiliyeti ve fonksiyonları azalan, beslenme bozukluğu yaşayan kişiler kırılgn yaşlı olarak tanımlanmaktadır (Şahin ve Cankurtaran, 2010). İleri yaş ile birlikte klinik tabloda bozulma, mortalite ve düşme gibi olaylar kırılgnlık yönünden risk taşımaktadır (Aygör ve ark., 2013). Kırılgnlık geriatrik bir sendromdur. Bu sendrom varlığında yaşlı bireyde; kaslarda zayıflama, kilo kaybı, bağışıklık sistemdeki fonksiyon değişiklikleri, fiziksel aktivite de azalma, beslenme sorunları ve günlük yaşam ihtiyaçlarını yerine getirememe görülebilmektedir (Akbaş ve ark., 2020; Oksel ve Turan, 2024). Yaşlı bireyde fiziksel ve bilişsel-psikolojik işlevlerdeki eksiklikler yaşlılarda günlük ihtiyaçlarını karşılamada

zorlanmaya ve yaşlının kendini yeterince değerdendirememesine neden olabilmekte bu durumda yaşlıda sosyal izolasyona yol açabilmektedir. Kırılgnalık yaşam kalitesinde azalma, düşmeler, kronik hastalıklar ve hastaneye yatışla ilişkilidir ve aynı zamanda yaşlının ölümüne sebep olabilir (Zeng ve ark., 2024). Kırılgnalık ileri yaş, cinsiyet, kronik hastalıktan bağımsız yaşlanmanın getirdiğı sorunlar ile ilişki göstermektedir. Kırılgnalık arttıkça vücut çevresel streslere karşı yetersiz kalır. Genetik ve epigenetik etkenler kırılgnalığı etkileyebilmektedir (Chen ve ark., 2014; Oksel ve Turan, 2024).

2.2.1. Kırılgnalığın Epidemiyolojisi

Toplumlarda kırılgnalığın yaygınlığı farklılık göstermektedir Avrupa'da SHARE projesi kapsamında kırılgnalığın yaygınlığı 65 yaş ve üstü kişilerde %17 bulunmuştur (Akın ve ark., 2015). Toplum temelli yapılan bir meta-analiz çalışmasında kırılgnalığın yaygınlığının %4 ile %59.1 arasında değıştiğı bildirilmiştir (Collard ve ark., 2012). Düşük ve orta gelirli ülkelerde toplum içinde yapılan bir sistematik inceleme ve meta-analizde çalışmaların çoğunluğunu üst-orta gelirli ülkeler oluşturmuştur. Burada yaşayan yaşlı yetişkinler arasında genel kırılgnalığın prevalansı %17.4 olduğu bildirilmiştir (Siriwardhana ve ark., 2018).

Kırılgnalığın yaygınlığı üzerine farklı popülasyondaki sistematik çalışmaların nadir görölmesi sonuçların karşılaştırılabilirliğini azaltır (O'Caoimh ve ark., 2018; Rohrmann, 2020). Kırılgnalığın erken dönemde belirlenmesi, gerekli tedavi planlarının oluşturulması ve politikalar geliştirilmesi gerekmektedir. Avrupa'da engelsiz bir ileri yaşı teşvik etmek için kapsamlı bir yaklaşım olan ADVANTAGE JA 22 üye devlet ve 33 örgütün katıldığı hem kişisel hem de toplumsal düzeyde kırılgnalığın farklı bileşenleri konusunda ortak bir anlayış oluşturmak için kırılgnalık alanındaki bilgileri artırmak için çalışmaktadır. ADVANTAGE JA, yaşlılar için sağlık ve sosyal bakım

politikaları ve stratejilerinin planlanması ve geliştirilmesinde katkı sağlamaktadır (Rodríguez Mañas ve ark., 2018).

Türkiye’de yapılan çalışmaların genellikle toplum tabanlı çalışmalar olduğu görülmektedir. Elbi ve Özyurt (2021), 65 yaş üzeri 500 yaşlı ile yaptığı kesitsel nitelikteki araştırmasında kırılma oranını %63.2 olarak bulmuştur. Başka bir kırılma ölçeği kullanılarak, 2013-2017 yılları arasında yapılan çalışmaya 2816 hasta katıldığı yaşlı bireylerin kırılma seviyelerini belirlemek için yapılan bir çalışmada Fried Kırılma Kriterleri kullanılmış ve kırılma prevalansı %28.3 olarak bulunmuştur (Bulut ve ark., 2018). Kars ilinde yapılan bir diğer çalışmada 12 merkez köyden 168 yaşlı birey dahil edilmiştir. Bu çalışmada Fried Kırılma Kriterleri kullanılmıştır. Kırılma prevalansı %7.1 bulunmuştur (Çakmur, 2015). Bir başka çalışmada 13 merkezden 1126 yaşlı birey dahil edilmiştir. Kırılma seviyeleri Fried Kırılma Kriterleri ile değerlendirilmiştir. 1126 yaşlı bireyin katılım sağladığı bir çalışmada kırılma prevalansı %39.2’si kırılma, %43.3’ü kırılma öncesi dönemde olduğu belirtilmiştir (Eyigor ve ark., 2015).

Yaşlı kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada dörtte birinin ise kırılma öncesi evrede, %48.6’sının kırılma olduğu saptanmıştır (Ünver ve ark., 2023). 2022 yılında 164 yaşlı birey ile yapılan çalışmada Edmonton Kırılma Ölçeği (EKÖ) kullanılmış, yaşlı bireylerin %22.5’inin kırılma, %29.9’unun görünürde savunmasız, %47.6’sının kırılma olmadığı saptanmıştır (Birlik ve ark., 2022). EKÖ kullanılarak 65 yaş ve üzeri EKÖ kullanılarak 186 yaşlı hastanın %27.4’ünün şiddetli kırılma, %19.9’unun hafif kırılma, %19.4’ünün orta kırılma olduğu saptanmıştır (Aşiret ve Çetinkaya, 2018). EKÖ kullanılarak 68 yaşlının katıldığı bir başka çalışmada ileri derecede kırılma olan yaşlı oranı %32.4’dür (Şişman ark., 2024). EKÖ kullanılarak 111 yaşlı

bireyin katıldığı başka bir araştırmada yaşlıların %35'i kırılğan değil, %22'si görünürde savunmasız, %19.8'inin "şiddetli kırılğan" oldukları bildirilmiştir (Düzgün ve ark., 2021). Kayseri ilinde 2015 yılında yapılan çalışmaya 65 yaş üzeri 906 birey dahil edilmiştir. Kırılğanlık seviyelerini belirlemek için FRAIL ölçeği kullanılmıştır. Kırılğanlık prevalansı %27.8 (kadın %30.4, erkek %25.2), kırılğanlık öncesi %34.8 ve kırılğanlık %37.4 bulunmuştur (Akın ve ark., 2015). 2017 yılında Gaziantep ilinde ülkemizde klinik servislerde yatan yaşlı hastalarda yapılan ilk kırılğanlık prevalansı olarak yapılan çalışmada CHS (Cardiovasküler Health Study), WHAS (Woman's Health and Aging Study) ve Gerontopole kırılğanlık ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmaya 399 yaşlı birey dahil edilmiştir. CHS ölçeği ile %65.5'i, WHAS ölçeği ile %63.1'i ve Gerontopole ölçeğine göre %91.2'si kırılğan olarak bulunmuştur (Özdemir ve ark., 2017). Pala ve Yalçın Gürsoy (2020)'un yaptığı çalışmada ülkemizdeki yaşlıların kırılğanlık düzeyi ortalamasının %44.5 olarak saptandığını belirtmiştir. Kırılğanlık düzeyinde bu kadar değişik yüzdelerin elde edilmesinin bir diğer nedeni de kullanılan ölçek kriterlerindeki ve tanımlardaki farklılıklarla açıklanabilir.

2.2.2. Kırılğanlığın Türleri

Kırılğanlık fiziksel, psikolojik ve sosyal türlerde ortaya çıkmaktadır.

Fiziksel Kırılğanlık: Bireyde fiziksel hareketlerde ve kas gücünde zayıflamalar, düşme, yavaşlamış yürüme hızı, kilo kaybı, geriatrik fiziksel sendromu düşündürür. Bu durumlar mortalite ile ilişkilendirilir (Robertson ve ark., 2016).

Psikolojik Kırılğanlık: Kişinin stres, depresyon, korku, öfke ve kaygılı olma gibi duygu bozuklukları psikolojik kırılğanlık ile ilişkilendirilir. Psikolojik kırılğanlıkta bozulan bilişsel duruma bağlı olarak kişide bağımlılık durumu artabilir (Aydoğan ve ark., 2011; Fitten, 2015). Yaşlının bir kayıp yaşaması, yaşadığı çevreye uyum

sağlayamama, mevcut bulunan hastalıkları bu kırılganlığa etken gösterilebilir (Coelho ve ark., 2015).

Sosyal Kırılganlık; Sosyal izolasyon yaşama, statü eksikliği, sedanter yaşam, kişinin ekonomik durumu, sosyal çevre ile iletişim ve ilişkinin az olması, alkol ve sigara kullanımı sosyal kırılganlık ile ilişkilendirilmektedir (Bunt ve ark., 2017; Tsutsumimoto ve ark., 2017).

2.2.3. Kırılganlık Risk Faktörleri

Yapılan bir sistematik bir derlemede kırılganlıkla ilişkili; beslenme durumu, fiziksel aktivite, mobilite, enerji durumu, kuvvet, kognitif fonksiyon, duygu durum, sosyal ilişkilerin etken olduğu belirtilmiştir (De Vries ve ark., 2011). Kadın ileri yaşta olmanın kırılganlıklığı artırdığı belirtilmiştir (O'Caoimh ve ark., 2018; Da Mata ve ark., 2016). Bir meta-analizde; kadınlarda kırılganlık prevalansı %15–29, erkeklerde %11–20 olup, kadınların daha fazla kırılğan olduğunu göstermektedir (O'Caoimh ve ark., 2021). Ülkemizde yapılan bir çalışma sonucuna göre kadın cinsiyet, polifarmasi, fiziksel hareket azlığı, birden fazla kronik hastalığa sahip olmak, son bir yıldaki hastaneye başvurular, beslenme yetersizliği gibi etkenlerin kırılganlık ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Eyigor ve ark., 2015).

Bizim çalışmamızda kırılganlık sorgulanırken bilişsel durum, genel sağlık, fonksiyonellik, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme, ruh hali, kontinans ve fonksiyonel performans kırılganlık alanları sorgulanarak EKÖ puan ortalamaları bulunmuştur. Genel fiziksel sağlık fonksiyonelliği ve düşük fiziksel performans, bilişsel bozukluğun ihmal ve istismar ile ilişkisinin olduğu belirtilmiştir (Pillemer ve ark., 2016).

Kırılgnalık üzerine yapılan başka bir çalışmada ise, eğitim seviyesinin düşük olması, yaş artışı, gelir düzeyleri, polifarmasi, bir yıldaki düşmeler ile kırılgnalık arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Düzgün ve ark., 2021). Kırılgnalık risk faktörleri aşağıdaki tabloda verilmiştir (Kalyoncuo, 2023; Kapucu ve nver, 2017;Coelho ve ark., 2015).

Tablo 1. Kırılgnalık Risk Faktörleri

Sosyo-Demografik Faktörleri	Risk Faktörleri	Yaşam tarzı ile ilişkili risk Faktörleri	Klinik Risk Faktörleri
• Kadın olmak • Etnik köken • Düşük eğitim düzeyi • İleri yaş • Düşük gelir düzeyi • Sosyoekonomik durum • Yalnız yaşamak ve/veya yalnızlık • Kronik Hastalık	• Sigara ve alkol kullanımı • Beden kitle indeksi • Yetersiz beslenme • Sedanter yaşam • Sosyal izolasyon • Polifarmasi • Stres	• Sarkopeni • Düşme • Dvitamini eksikliği • İnkontinas • Depresyon ve bilişsel sorunlar • Kas ve kemik kütlelerinde azalma • Hastaneye yatış oranı	

Kaynak: (Kalyoncuo, 2023 ; Kapucu & nver, 2017;Coelho ve ark., 2015)

2.2.4. Kırılgnalığı lmeye Yönelik Kullanılan lekler

Kırılgnalığın erken dönemde saptanması yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmada yarar sağlamaktadır. Fakat kırılgnalık seviyelerinin en doğru şekilde nasıl tespit edileceği konusundaki tartışmalar devam etmektedir (Johns Hopkins University, 2016). Kırılgnalık seviyesini ölçmeye yönelik farklı birçok ölçek kullanılmaktadır. Bu leklerin birçoğu fiziksel kırılgnalığı belirlemede daha yaygın kullanılmaktadır. Literatürde kullanılan kırılgnalık ölçekleri belirlemek için 2016 yılında yapılan bir çalışmada 132 makalede 67 farklı kırılgnalık leği belirlenmiştir. Aşağıda en sık kullanılan kırılgnalık ölçek isimleri, yazar ve yılları verilmiştir (Johns Hopkins University, 2016).

1. Edmonton Frail Scale (Rolfson ve ark., 2006)
2. FRAIL Scale (Van Kan ve ark., 2008)
3. Clinical Frailty Scale (Rockwood ve ark., 2005)
4. Modified Frailty Phenotype, with Cognition (Rothman ve ark., 2008)
5. Deficit Accumulation Index (commonly called the Frailty index) (Mitnitski ve ark., 2001)
6. FI-CGA (Frailty Index based on Comprehensive Geriatric Assessment) (Jones ve ark., 2004)
7. Gait speed as a single frailty measure (Abellan Van Kan ve ark., 2009)
8. Study of Osteoporotic Fractures (SOF) index (Ensrud ve ark., 2008)
9. Survey of Health, Aging and Retirement in Europe Frailty Index-SHARE-FI (SantosEggimann ve ark., 2009)
10. Groningen Frailty Indicator (GFI) (Schuermans ve ark., 2004)
11. Clinical Global Impression of Change in Physical Frailty (CGIC-PF) instrument (Studenski ve ark., 2004)
12. Static / Dynamic Frailty instrument (Puts ve ark., 2005)

2.3. Yaşlı İhmal ve İstismarı

2.3.1. Yaşlı İstismarının Tanımı

Yaşlı istismarı, Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kurulu ve DSÖ Toronto Deklarasyonu “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2019). Yaşlıya zarar veren ve sağlığını kötü yönde etkileyen bir davranışta bulunulmasıdır (Arpacı ve Bakır, 2017; Yeşil ve ark., 2016). Yaşlı ihmal ve istismarı küresel olması ve toplumu ilgilendiren bir durum olması nedeniyle karşımıza daha çok çıkmaktadır. Bu sorun önemli ve önlenebilir bir halk sağlığı ve insan hakkı sorunudur (Garg ve ark., 2021). Ancak uluslararası ve ulusal araştırmalarda yaşlıların istismar ve ihmal oranları birbirinden farklı bildirilmektedir. Toplumsal ve kurumsal alanda yapılan çalışmalarda istismar oranları %1-%35 arasında değişmektedir (Zhang,

2022; Yon ve ark., 2017). Araştırmalarda Türkiye’de istismar yaygınlığının %13,6 ile %32,5 arasında değiştiği bildirilmiştir (Pak, 2020; Altıntaş ve Korkmaz., 2020; Lök, 2015). Genellikle bildirim yapılmadığı için istismar ve ihmalin yapısını ve kapsamını ortaya çıkarmak için gerekli istatistiksel rakamlar doğrulanamamaktadır.

2.3.2. Yaşlı İstismarının Tarihçesi

Yaşlı istismarı “Granny Battering Büyükanneye Yönelik Şiddet” kavramıyla ilk olarak İngiltere’de 1975 yılında tanımlanmıştır. Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım ihtiyacı olan yaşlıyı fiziksel istismar ile karşı karşıya bırakmasıyla tespit edildiği bildirilmiştir (Yeşil ve ark, 2016).

2.3.3. Dünyada Yaşlı İstismarı, İhmali ve Epidemiyolojisi

2011 tarihinde Avrupa’da yaşlı istismarını konu alan DSÖ’nün yayınladığı raporun sonuçları korkutucu seviyededir. Raporun sonuçlarına göre, Avrupa’da her yıl dört milyon yaşlı fiziksel istismar mağduru olduğu, 29 milyon yaşlının psikolojik (aşağılama, tehdit etme) istismara, altı milyon yaşlının ekonomik (dolandırılma, parasının elinden alınması) istismara ve bir milyon yaşlının cinsel (cinsel taciz, sarkıntılık, pornografi) istismara maruz kaldıkları görülmektedir (Özmete, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri ciddi bir durum olan yaşlı ihmal ve istismar sorununun %80’lik bir kısmının rapor edilmediği belirtilmektedir (DSÖ, 2015). Korede 3.106 yaşlı birey ile yapılan çalışmada yaşlılara yönelik istismarın genel oranı %8.5 olarak tespit edilmiştir (Son & Cho, 2022). Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşlılara yönelik istismarın yaygınlığı, yaşlı bireyin ırkına, sağlık durumuna ve eğitim düzeyine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Normal bilişsel işleve sahip yaşlı bireylerde yaşlı istismarının yaygınlığı %10 iken, demans hastalığı olan yaşlı bireylerde bu oran %47.3’tür (Acierno, 2010).

Kırsal alanda yaşayan yaşlılarda yapılan meta-analiz çalışmasında yaşlılara yönelik istismar ve ihmalin yaygınlığı %4.5 ile %61.7 arasında değiştiği belirtilmiştir. Fiziksel istismarın yaygınlığı %7, ekonomik istismarın yaygınlığı %5, psikolojik/duygusal istismarın yaygınlığı %17, ihmalin yaygınlığı %26 olduğu bildirilmiştir (Zhang ve ark., 2022). İranda yaşlı istismarı üzerine yapılan bir metaanaliz çalışmasında genel yaşlı istismarı için yaygınlık %45.7 bildirilmiştir. İranda yapılmış başka bir metaanalizde benzer sonuçlar olarak yaşlı istismarının genel yaygınlığı %48.3 bulunmuştur (Abdi ve ark., 2019). Sahra altı Afrika ülkelerinde 2123 yaşlı birey dahil edilerek yapılan bir meta-analiz çalışmasında yaşlı istismarı genel yaygınlığı oranı %46.73 bildirilmiştir. Bu araştırmada istismar yaygınlığı 2018 sonrası yapılan çalışmalarda artmaya başladığı, istismar oranının Etiyopya'da en yüksek olduğuna dikkat çekmiştir (Gedfew ve ark., 2023). Gelişmiş ülkelerinde dahil edildiği başka bir çalışmada ise en yüksek istismar yaygınlığı gelişmiş ülkelere rapor edilmiştir. İspanya'da genel olarak %44.6 oranında istismar şüphesi yaygınlığı var iken, gelişmekte olan ülkelere bu oran %13.5-%28.8 arasında değişmektedir ve en çok yaygınlık psikolojik istismar ve ekonomik istismar, en az yaygınlık fiziksel istismar türündedir (Sooryanarayana ve ark., 2013). Mohseni ve arkadaşlarının 2019 yılında İran'da yaptığı çalışmada yaşlı istismar oranı %11.5 olarak bildirilmiştir. 2017 yılında hem toplum hem de kurumsal ortamlarda yaşlı istismarının küresel yaygınlığına ilişkin ilk meta-analiz, yaşlı yetişkinler tarafından bildirildiğinde %10, bakıcılar veya üçüncü taraflar tarafından bildirildiğinde %34.3 olarak tahmin edilmiştir (Ho ve ark., 2017).

Kurumsal ortamlarda yaşlılara yönelik istismarın yaygınlığı üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasında Çek Cumhuriyeti, İsrail, Slovenya ve ABD, Almanya gibi ülkeler dahil edilmiştir. İstismar yaygınlığı psikolojik istismar %33.4, fiziksel istismar

%14.1, ekonomik istismar %13.8, ihmal %11.6 ve cinsel istismar %1.9 olarak bildirilmiştir (Yon ve ark., 2019).

Yaşın ilerlemesi yaşlının kendini ihmal etmesini artıran bir unsur olarak tahmin edilmektedir (Mardan ve ark., 2014). Amerika Birleşik Devletleri Yaşlı Koruma Merkezleri'ne (APS) sevk edilen istismara uğramış yaşlı bireylerin %50'sinin kendini ihmal vakası olduğu belirtilmiştir (McGee & Urban, 2020). Literatürde 19 çalışmanın sonuçlarını içeren bir sistematik bir derlemede yaşlıların kendini ihmal yaygınlığının %18.4-%29.1 aralığında olduğu bildirilmiştir (Yu ve ark., 2021). Güney Kore'de 2014 yılında yapılmış bir çalışmada kendini ihmal %22.8 (Lee & Kim, 2014), Chicago'da bir çalışmada %29.1 bildirilmiştir (Dong ve ark., 2014). İhmal ve istismarcılar, genellikle yaşlının kendi ailesi içindeki (kızı, oğlu, gelini, eşi) bireyler veya yaşlı bakımı hizmeti veren kurum çalışanları ve sağlık personeli içinde olabilir (Garg ve ark., 2021).

2.3.4. Türkiyede Yaşlı İstismarı, İhmali ve Epidemiyolojisi

Türkiye'de yaşlı istismarı alanında ilk bilimsel çalışma 1996 yılında İstanbul ilinde huzurevine girmek için müracaat eden 113 yaşlı ve yaşlı yakınları ile yapılan "Aile İçi Fiziksel Yaşlı İstismarı" konulu araştırmadır. Araştırma sonuçlarına göre; huzurevine girmek için başvuran yaşlıların %25.6'sının fiziksel istismara maruz kaldığı ve yaşlı yakınlarından %86.7'sinin yaşlılardan rahatsızlık duydukları belirlenmiştir. Bu durum sonucunda yaşlılarda üzüntü, çaresizlik, yalnızlık ve nefret duygularına neden olmuştur. Fiziksel istismarda bulunan kişilere bakıldığında ilk sırada gelinler, sırayı oğulları, damatları ve kızları gelmektedir (Artan, 1996).

Ülkemizde yaşlı ihmal ve istismarı konulu çalışmalar yeterli olmadığından bu küresel sorunun kapsamı da yeterince bilinmemektedir. Türkiye'de yaşlı istismarına yönelik yaklaşık 20 yıl öncesi yapılan bir çalışmada yaşlıların en fazla ihmale uğradığı

(özellikle fiziksel ihmal) ve fiziksel istismarın bunu takip ettiği görülmüştür (Yalçınkaya, 2006). Ülkemizde yaşlı bakımı sıklıkla aile bireyleri tarafından yapılmaktadır bu kişiler genellikle yaşlının çocuklarıdır. Aile bireylerinin bakamadığı veya yetersiz kaldığı durumlarda ise kurum bakımına gereksinim duyulduğu bilinmektedir. Bu süreçte ortaya çıkan sorunlarda yaşlı birey etkilendiği kadar yaşlıya bakan kişilerde etkilenebilmektedir (Yeşil ark., 2016). Ülkemizdeki metropol bir şehirde yapılan bir çalışmada yaşlıların kendini ihmal prevelansı %16.8 olarak bildirilmiştir (İlhan ve ark., 2020). Yaşlanma Çalışma Derneği'nin 2021 yılı Eylül ayı raporunda 209 vakada ihmal, istismar, hak ihlali, şiddet, yaşlı ayrımcılığı türleri tespit edilmiştir. Bu vakaaların %54'ünün ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir (Arun, 2021). Türkiye'den verilerinde bulunduğu 2007 ve 2022 yılları arasında taramaları içeren bir sistematik derlemede yaşlı istismarının küresel yaygınlığının tahmini aralığı %1.1 ve %78 arasında değişmektedir. İstismar türlerine göre yaygınlık tahminleri ise fiziksel istismar için %0.1-67.7, psikolojik istismar için %1.1-78.9, ekonomik istismar için %0.7-78.3, ihmal için %0-81,8 ve cinsel istismar için %0-59.2 arasında değiştiği bildirilmiştir (Juhász ve ark., 2024). Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçlarındaki farklılık nedeni yaşanan coğrafyanın kültürel özelliklerinin farklılığından veya yapılan çalışmalarda kullanılan farklı ölçüm araçları kullanılmasından kaynaklı olabilir. Kültürel olarak yaşlıya verilen değer, değişen yaşam şekilleri ve aile yapısı, toplumsal roller yaşlının kendini ihmalinde sebep olmuş olabilir.

2.3.5. Yaşlı İstismarı ve İhmali Türleri

Literatürdeki çalışmalarda yaşlı ihmal ve istismar türleri fiziksel istismar, emosyonel/ psikolojik istismar, cinsel istismar, ekonomik istismar, ihmal ve yaşlının kendini ihmali olarak gösterilmektedir (Arpacı ve Bakır, 2017; Yeşil ve ark., 2016).

2.3.5.1. Fiziksel İstismar: Yaşlı bireye bakmakla yükümlü kişiler başta olmak üzere yaşlının bakımı ile ilgilenen diğer kişiler tarafından fiziksel kuvvet kullanarak yaşlı bireyin bedenine zarar verme, yaşlıyı zor kullanarak beslemek, ağrı oluşturan davranışlarda bulunmak, yetersizliğe yol açma, fiziksel olarak engel olma veya oluşturma ve zorla yatak içinde tutma gibi fiziksel davranışlar istismar olarak adlandırılmaktadır. Bu tür davranışlar yaşlıya kasıtlı acı veren durumları içermektedir. Bir eşyayla kasten vurmak, dövmek, tokat atmak, sarsmak, itip kalkmak, yaşlıyı bağlamak örnek verilebilir. Bu davranış sonrası zarar gören yaşlının vücudunda çürükler, kesikler, yanıklar ve yaralar da gözlenebilir (Yeşil ve ark., 2016).

2.3.5.2. Psikolojik İstismar: Sözlü ya da sözsüz eylemler yoluyla kasıtlı olarak ıstırap, acı ya da sıkıntı vermek olarak tanımlanabilir. Sözlü azarlama, hakaret etmek, korkutmak, suçlamak, göz ardı etmek taciz veya yıldırma, cezalandırma veya mahrum bırakma tehditleri, yaşlı kişiye çocuk gibi davranmak, yaşlı kişinin diğer insanlarla görüşmesini engellemek, gibi örnekler psikolojik istismar olduğunu göstermektedir (Arpacı ve Bakır, 2017; Dong, 2015).

2.3.5.3. Cinsel İstismar: Yaşlı bireyin istek dışı cinsel ilişkiye zorlanması, cinsellik içeren fotoğraf çekme ve şantaj yolu ile bu kişilerden cinsel açıdan faydalanılması, cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (Arpacı & Bakır, 2017). Göğüs veya genital bölgedeki morluklar, ezikler ve ağrı, seksüel yolla bulaşan hastalık varlığı, yürümede ve oturmada güçlük, cinsel organlardan veya anal yoldan gelen kanama, lekeli yırtık kanlı iç çamaşırı cinsel istismarı düşündürmektedir (Yeşil ve ark., 2016).

2.3.5.4. Ekonomik İstismar: Yaşlı bireyin bakım vericileri ve güven ilişkisi olan bir kişinin parasına, mal varlığına tehdit, zor kullanma, kandırma yolu ile yaşlı bireyin rızası olmadan parasının veya malının el konularak kötüye kullanılması,

hırsızlık yapılması, çalışmaya zorlanması ekonomik istismar olarak tanımlanmaktadır. Yaşlıya karşı yapılan ekonomik istismarı belirlemek bazen zorlaşabilmektedir. Yaşlıya bakım veren kişilerde ekonomik yönden yetersizliklerinin olması, yaşlıya ait evin, arabanın, paranın, emekli maaşının kullanılması durumunda, yaşlı ekonomik istismara uğratılmaktadır. Yaşlı birey aile bireyler bu yapılan olumsuz olaylar sonucunda zihinsel ve duygusal sorunlar yaşayabilmektedir (Aktaş, 2024; Karadakovan, 2014).

2.3.5.5. Yaşlı İhmal: İhmal, yaşlıya bakmakla yükümlü bireylerin, yaşlının sosyal, fiziksel, duygusal ihtiyaçlarını bilinçli veya bilinçsiz şekilde karşılamamasıdır. Bu durum duygusal, fiziksel acı ve sıkıntı vermektir. Örnek olarak yeme, giyinme, ısınma, kişisel hijyen gibi gereksinimlerin karşılanmaması, duygusal-sosyal uyarının sağlanmaması, uzun zaman yalnız bırakılması vb. yer almaktadır (Arpacı ve Bakır, 2017; Yeşil ve ark., 2016). Bu ihmal, yaşlının kendi evinde, bakım verenlerin evinde ya da bakım kuruluşlarında olabilir. Yaşlı birey beslenme, giyim, su, hijyen sağlama, ilaçlarını temin etme ve kullanma, yaşadığı yerin koşulları ve kendisine yönelik güvenlik önlemleri almada kişinin kendine bakım ve koruma sağlamayı kendi isteği ile yapmaması durumunda kendi kendini de ihmal edebilmektedir (Dong, 2017).

2.3.6. Yaşlı İstismarı Belirti ve Bulguları

Yaşlı istismarı ve ihmalini uyarıcı belirteçleri aşağıda sunulmuştur (Karadakovan, 2014).

Genel Görünüm

- Kaygı, korku ve çekingen davranışlar
- Zayıf göz teması
- Konuşurken bakım veren kişiye bakma
- Kötü hijyen ve uygun olmayan giyim
- Malnutrisyon, dehidratasyon ve deri bütünlüğünde bozulma
- Hastalıkla ilişkili olmayan kilo kaybı ve yetersiz beslenme
- Fizik kusur ve sakatlık
- Gereksinimi olmasına karşı, gözlük, işitme cihazı, protez ve diğer yardımcı gereçlerin olmaması
- Bedensel hijyen yetersizliğine bağlı ağız ve beden kokusu

Fiziksel Belirteçler

Deri:

- Sıyrılmalar, çizik, ekimoz ve berelenmeler biçiminde deri bütünlüğünde bozulmalar olması
- Yara izlerinin bulunması
- Yaşlının durumuyla uyumlu olmayan basınç ülserlerinin olması
- İp, zincir sopa, kamçı vb. izlerinin bulunması
- Sigara, asit gibi maddelere bağlı yanık izlerinin olması
- Açıklanamayan kırık, travma öyküsünün olması
- Saçlarda bölgesel kayıp ve saçlı deride kanama, şişlik

Karın/rektal bölge:

- Gerginlik ve şişlik
- İç kanama
- Bağırsak peristaltizminde bozulma (diyare ya da konstipasyon)

Kas iskelet sistemi:

- Kırık ve burkulmalar
- Yanlış kaynaklı kırık izleri (radyografide saptanabilir)
- Hareket kısıtlılığı
- Kaslarda gerginlik ve kasılmalar

Genito-üriner sistem:

- Vajinada travma ve yara izleri
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Hastalıkla uyumlu olmayan idrar ya da gaita inkontinansı

Sinir sistemi:

- Konuşma bozukluğu
- Bilinç bulanıklığı

Psiko-sosyal durum:

- Çaresizlik
 - Konuşmada duraksama ve kararsızlık
 - Gerçek dışı öyküler anlatma
 - Uyum güçlüğü
 - Öfke, gereksiz korku, kuşku
 - Depresyon, sıkıntı
 - Inkâr
-

2.3.7. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Nedenleri ve Risk Faktörleri

- Literatürde yaşlı istismar ve ihmalinin nedenleri ve riskleri yaşlı birey, bakım verici, ailesel, sosyal ve kültürel, kurumsal nedenler başlıkları altında ele alınmaktadır (Arpacı ve Bakır, 2017; Dasbas & Isikhan, 2018; Yeşil ve ark., 2016; Çiftçi ve ark., 2020).

2.3.7.1. Yaşlı Bireye Ait Risk faktörleri

- Bağımlılık ve yetersizlik (sağlık sorunları, ekonomik nedenler vb),
- Kalabalık aile ortamı içerisinde yaşaması, statü ve güç kaybına uğraması,
- Dul veya boşanmış olması,
- Yalnız yaşaması ve izole olması,
- Maddi yetersizlik,
- Bilişsel yetersizliğinin ve engel durumu olması,
- İleri yaşlarda olmasıdır.

2.3.7.2. Bakım Vericiye Ait Risk faktörleri

- Üstlendiği bakım rolünü benimsememesi ve zorunlu yapması,
- Bakım verdiği kişiyle zıt olması ve kırgın roller üstlenmesi,
- Kişilik problemleri (düşük benlik saygısı, düşünce ve davranışlarının kontrol edememe),

- Parasal ve tıbbi problem, evlilik çatışması, işsizlik gibi dış stresörler,
- Madde bağımlısı olması,
- Şiddet ve istismarın çözüm olarak algılanması

2.3.7.3. Sosyal ve Kültürel Özellikler

- Toplu ve birlikte yaşama

- Maddi problemler (işsizlik)
- Aile içi şiddet ve uyumsuzluk
- Sosyal destek eksikliği
- Yaşam tarzı, özel hayatın olmaması
- Şiddetin nesiller boyu görülerek öğrenilmesi
- İstimara karşı toplumun göstereceği tepki (dini, ailesel)
- Aile bireylerinin yaşlıya bakmak konusunda kültürel olarak koşullanması
- Şiddetle ilgili kültürel inanışlar
- Cinsiyet ayrımcılığıdır (Arpacı ve Bakır, 2017; Dasbas & Isikhan, 2018;

Yeşil ve ark., 2016).

2.3.7.4. Yaşlılar İstismar Edildiklerini Bildirememe Nedenleri

- Tekrar istismar edilmekten korkma
- Evden kovulacağını ve başka yere yerleştirileceğini düşünme (Huzurevi,

Bakımevi vb.)

- İstismarcının aile üyesi ise sıkıntı çekeceğinden endişelenme
- İnkar etme
- İstismar edilmekten utanma
- Bakım verenlere yük olmaktan kendilerini sorumlu tutma
- Özgüvende bozulma ve istismarı hak ettiği duygusu
- Bilişsel bozukluk veya engel durumu sebebiyle etkin iletişim kuramama
- Bildirim kaynakları hakkında bilgi sahibi olmama

2.3.7.5. Ailesel Nedenler

- Ailede içi şiddet öyküsü,

- Bireye bakmakla ilgili bilgi ve beceri eksikliği,
- Stres ya da sosyal izolasyon yaşama,
- Yaşlı bireyle birlikte yaşamak
- Yaşlıya bakmanın getirdiği ekonomik yük sayılabilir.

2.3.7.6. Kurumsal Nedenler

- Kurumlarda yaşayan yaşlıların kırılgan olması
- Kurumda çalışan personelin düşük ücretli, yetersiz ve çok fazla süreli çalışması
- Kurum yöneticilerinin ve çalışanlarının istismar ve ihmal belirtilerine karşı dikkatsiz davranması veya bilmemesi
- İstismarı bildirdiğinde güvenliğinden endişe duyma
- Zorunlu raporlama yasalarını bilmeme
- Kurum çalışanlarının yetiştirilme şekli
- Kurum çalışanlarının eğitimleri (Arpacı ve Bakır, 2017; Çiftçi ve ark., 2020; Yeşil ve ark., 2016).

2.3.8. Yaşlılara Yönelik İstismara Karşı Önleme ve Müdahale Çalışmaları

Yaşlı istismarı yaygın ve evrensel olmasına rağmen, yaşlı istismarı mağdurlarına yardımcı olmak için kanıta dayalı birkaç önleme ve müdahale stratejisi geliştirilmiştir. Yaygın müdahale programı biçimleri arasında savunuculuk hizmeti müdahalesi, destek grupları, bakım koordinasyonu ve kamu eğitimi yer alabilir. Sağlık çalışanının risk grubundaki bu yaşlı kişilere eğitim verilmesi bilgilendirilmiş kişinin yardım isteme ihtimalini arttırabilir. Yaşlı istismarına yönelik müdahaleler toplum

temelli katılımcı araştırma ve multidisipliner ekip (M-Team) yaklaşımlarını kullanabilir. Toplum temelli katılımcı araştırma yaklaşımının uygulanmasıyla, yaşlı istismarına müdahale programları toplumdaki güçlü yönler ve kaynaklar üzerine inşa edilebilir. Çeşitli ırksal ve etnik popülasyonlarda yaşlı istismarının insidansını, riskini ve koruyucu faktörlerini ve sonuçlarını daha iyi tanımlamak için ulusal uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç vardır. Sağlık profesyonelleri, özellikle yüksek riskli popülasyonlarda, klinik uygulamada yaşlı istismarının rutin taramasını entegre etmeyi düşünmelidir. Savunmasız popülasyonları korumak için hasta merkezli ve kültürel olarak uygun tedavi ve önleme stratejileri başlatılmalıdır. Yaşlı istismarı alanında büyük boşluklar kalmasına rağmen, ulusal düzeyde birleşik ve koordineli çabalar, savunmasız yaşlanan popülasyonların insan haklarını korumaya ve korumaya devam etmelidir (Dong, 2015).

Nüfusun yaşlanmaya başladığı bu dönemde kırılgan yaşlıların strateji ve politikalar düzenlenerek güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu güçlendirme çalışmaları ile yaşlı bireylere özgüven kazandırma, beceri ve yeteneklerini keşfetmeye olanak sağlama, motivasyonlarını artırmaya katkıda bulunabilir. Yaşlı bireyleri, sadece yapabildikleri beceriler üzerinden güçlendirme çalışmaları yapılmaktadır. Grup çalışmaları desteklenerek tecrübeler ile güçsüzlüklerin paylaşılması sağlanır. Yaşlı bireyler ihmal, istismar gibi nedenlerle güçsüzleştirilmektedir. İhmal ve istismara gerekli önem verilmediğinde bu sorunun önemi azalmakta ve sorunun farkına varılması güçleşmektedir (Aktaş, 2024).

Yaşlı istismarı ve ihmalini önlemek ve durumu kontrol altına alabilmek için; sorunun kapsamını, neden olan faktörleri, belirlemeye yönelik daha fazla ve çok yönlü araştırmalar yapılmalıdır. Gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı; istismar bildirim sistemleri güçlendirilmeli, istismara uğrayan yaşlılara yönelik yaşam alanları

arttırılmalı, yardım hattı gibi hizmetler, ayrıca huzurevleri gibi yaşlıya bakım hizmeti veren kurumlar geliştirilmeli ve bu yerler belli aralıklarla denetlenmeli; bu hizmet işleyici disiplinli ve iş birliği içinde olmalıdır (Akkaya ve Çöl, 2022).

2.4. Palyatif Bakım

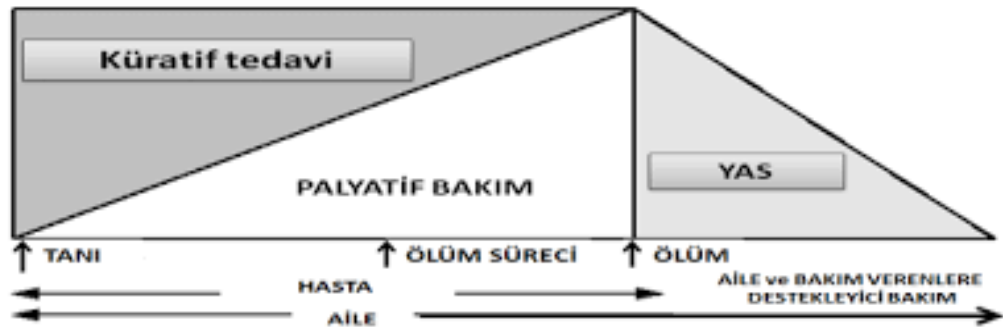
2.4.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Önemi

Palyatif sözcüğü Lantince kökenli “örtmek” anlamına karşılık gelen “palliare” kelimesinden türemiştir (Twycross, 2003). DSÖ’ne göre palyatif bakım; hastanın ve ailesinin yaşamını tehdit eden sorunlarla karşılaştığında, ağrının ve tüm fiziksel, psikososyal ve manevi, ruhsal problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2016). Palyatif bakım sürecinde, tanı anından itibaren tedavi süreci, ölüm anı ve sonraki yas dönemini hasta ve yakını başta olmak üzere fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaçlar multidisipliner ekiple ve bütüncül bir yaklaşımla karşılanmaktadır (Ünver, 2020). Palyatif bakım, yaşlılarda gelişmiş hastalıklarda ve hastalıkların yaşlı da etkilerini erken tanımak için önemlidir. Semptomları gidermek yaşam kalitesini arttırmak, hastanın ailesine ve bakım vericilerine bakım ve destek vermeye odaklanır. Ağrının kontrolü yaşlı hastalarda tıbbi ve sosyal boyutuyla büyük önem taşımaktadır. Palyatif bakım ölümü hızlandırmaz ve geciktirmez. Palyatif bakımda yaşam ve ölümü hayatın normal bir süreci olarak kabul eder. Ölüme kadar mümkün geçen sürede kişiye ihtiyacı olan en iyi yaşam kalitesini sağlamaya çalışır (Ünver, 2020; WHPCA, 2021).

World Palliative Care Association (WPCA- Dünya Palyatif Bakım Birliği) ve DSÖ palyatif bakım gerektiren tıbbi sorunları; kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, organ yetmezlikleri, son dönem böbrek yetmezliği, son dönem karaciğer hastalığı,

nörolojik hastalıklar (serebrovasküler olay), motor nöron hastalıkları (multiple sklerozis, amniyotrofik lateral sklerozis), geriatrik sendromlar (demans, parkinson hastalığı), travma sonrası durum, immün yetmezlik sendromları gibi birçok hastalık örnek vermektedir. KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), beslenme sorunları, diyabet, romatoid artrit, HIV/AIDS olmak üzere ruhsal sorunlar, enfeksiyon hastalıkları ve gastrointestinal problemler de palyatif bakım gerektiren tıbbi sorunlar arasında sıralamaktadır (Ünver, 2020; WPCA, 2021).

Palyatif bakım; hastaya tanı konulduğu andan itibaren başlamakta, ölüme kadar küratif tedavi ile birlikte devam etmekte, ölüm sonrası yas sürecinde aile ve diğer bakım vericileri destekleyen bir bakımla sona ermektedir (Meier, 2011). Palyatif bakım ve küratif tedavinin entegrasyonu Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Palyatif bakım ve küratif tedavinin Entegrasyonu
(Meier, 2011)

Palyatif bakıma duyulacak ihtiyaç dünya nüfusu yaşlandıkça, daha çok artacağı düşünülmektedir (Çiftçi, 2021). Her yıl 40 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyacı vardır, yalnızca %14'ünün bu hizmeti aldığı tahmin edilmektedir (DSÖ, 2021). Dünya Hospis Palyatif Bakım Birliği'nin 2017 verilerine göre palyatif bakım gereksinimi olan insanların %40'ı 70 yaşın üzerindedir. Kalan diğer kısmının %27'si 50 ile 69 yaş arası, %26'sı 20 ile 49 yaş arası yetişkinlerden oluştuğunu göstermektedir. Palyatif bakıma

ihtiyaç duyan yetişkinlerin hastalık grubuna göre dağılımı incelendiğinde çoğunluğunu kanser (%28.2), HIV/AIDS (%22.2), serebrovasküler hastalıklar (%14.1) ve demans (%12.2) oluşturmaktadır (WHPCA, 2021).

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2019), “Yaşlılara yönelik sağlık izlemleri gerçekleştirilecek, yaşla birlikte artan hastalıklara ilişkin koruyucu ve tedavi edici hizmetler güçlendirilecek, geriatri ve palyatif bakım hizmetleri sunan merkezlerin sayısı artırılacaktır” maddesi hedeflenmektedir.

2.4.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

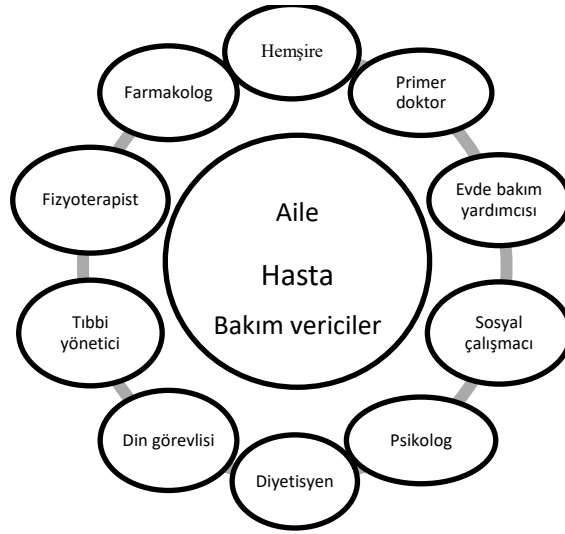
Palyatif bakım ilk olarak 19. Yüzyılda ortaya çıkmış 1967 yılında ilk modern hospisi Dame Cicely Saunder tarafından İngiltere’de kurulmuştur. Hospisler terminal dönemdeki hastalara bakım verildiği kurumlardır (Ünver, 2020). Ülkemizde palyatif bakım merkezlerine öncülük ederek 2006 yılında Anadolu Sağlık Merkezi Palyatif Bakım Ünitesi ve Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Palyatif Bakım Üniteleri kurulmuştur. Bir yıl aradan sonra Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği hizmete başlamıştır. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Onkoloji Hastanesi'nde Palyatif Bakım Ünitesi ise 2011 yılında açılmıştır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2010- 2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı içerisinde Palya-Türk adı ile proje kapsamında pilot hastane olarak Ulus Devlet Hastanesini seçerek, bu hastane bünyesinde palyatif bakım merkezi açılmasını sağlamıştır ve ardından ülke genelinde sayıları arttırılmıştır (Madenoglu Kıvanç, 2017; Ünver, 2020). Ankara Ulus Devlet Hastanesi İlk kapsamlı merkez olarak açılmış olup, Bezmialem Vakıf Üniversitesi ilk palyatif bakım merkezi açılan vakıf üniversitesidir (Tiryaki ve Tüfekçi, 2023).

Ülkemizin Sağlık Bakanlığı tarafından Palyatif bakım merkezlerinin kurulması, işleyişi, fiziki şartları, bulundurulması gereken araç, gereç ve personelin asgari standardı, personelin görev yetki ve sorumlulukları ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayımlanmış (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). 2014 tarihinde Resmî Gazetede yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de palyatif bakım hizmetleri ödeme kapsamı altına alınmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2014). Türkiye’de, İstanbul 524, İzmir 360, Bursa 280, Balıkesir 226 ve Ankara 215 yatak kapasitesi ile 383 kamu hastanesinde 5.091 yatak ile palyatif bakım merkezi hizmet vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Worldwide Palliative Care Alliance’nin (WPCA), 2011 yılındaki rapora göre palyatif bakım hizmetlerinin gelişmişlik seviyesine göre Türkiye 3b grubunda yer almaktadır. Raporda palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş entegrasyon seviyesinde olduğu 4b grubunda; Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Hong Kong, İzlanda, İrlanda, İtalya, Japonya, Norveç, Polonya, Romanya, Singapur, İsveç, İsviçre, Uganda, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri bulunmaktadır (Ünver, 2020).

2.4.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım bir ekip işidir ve palyatif bakım multidisipliner ekibi kimlerden oluştuğu Şekil 2’de görülmektedir (Yakar ve ark., 2021).



Şekil 2.2. Palyatif Bakım Multidisipliner Ekibi
(Yakar ve ark., 2021)

2.4.4. Palyatif Bakım ve Kırılганlık

Palyatif bakım, kırılган olanlar da dahil olmak üzere kişinin hastalığı boyunca yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen disiplinler arası bir tıp uzmanlığıdır. Kişiyeye sunulan palyatif bakım bir hastalığın neden olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal sıkıntıya karşı yaşam kalitesini arttırmak için destek sunar. Kırılганlık, düşük yaşam kalitesiyle ilişkili bir durumdur. Kırılган kişilerde kilo kaybı, güçsüzlük, depresyon, ağrı ve düşmeler gibi durumlar görülebilir. Bu durum değiştirilebilir. Kişilerin multidisipliner ekip ile hasta ve ailesini temel alarak yaşam kalitesini arttırmaya yönelik palyatif bakım hizmeti sunulabilir. Amaç hem hastanın hem de ailesinin yaşam kalitesini iyileştirmektir. Kırılган hastaların, düşmeler, hastaneye yatışlar ve hatta ölüm dahil olmak üzere olumsuz sağlık sonuçları yaşama olasılığı yüksektir (Crooms & Gelfman, 2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan 902 yaşlı birey ile yapılan bir çalışmada %6'sı kırılган olarak tespit edilmiştir. Kırılган tespit edilen katılımcıların

hastaneye yatış oranı ve hastanede yatış süresi fazla olduğu bildirilmiştir ayrıca bu kırılğan tespit edilen bireylerin ölüm oranlarıda fazla bulunmuştur (Kennedy ve ark., 2019).

Kırılğanlık, uygun ve doğru değerlendirme ve bakım ile önlenabilir veya hatta geri döndürülebilir. Kırılğanlık bir sendrom ve multidisipliner ekip yaklaşımı gerektiren durumdur. Bu multidisipliner ekipte bulunan hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanının iş birliği içinde olması yaşlı bireye verilen bakımın kalitesini artırmaktadır (Ng ve ark., 2015). Ayrıca yaşlı bireye bu bakımlar verilirken bireylerin ailesiyle birlikte bakım verilmesi oldukça önemlidir. Yaşlı bireylerde kapsamlı olarak geriatrik değerlendirme yapılmalı, beslenme desteği sağlanmalı, fiziksel aktiviteler planlanmalı, kullanılan ilaçlar kontrol edilmeli, sosyal durum değerlendirilmeli, risk gruplarının erken değerlendirmeleri yapılmalıdır. Yaşlının ihtiyacına uygun holistik bir yaklaşım geliştirilmelidir (Kalyoncuo, 2023; Kapucu ve Ünver 2017).

2.4.5. Palyatif Bakım ve Yaşlı İstismarı

Yaşamın sonuna yaklaşmış yaşlılar istismara uğrama etkenlerini taşıdığından daha yüksek risk altındadır. Bu durum sosyal bir sorun olmakla birlikte, tıbbi bir sorundur (Toraman ve ark., 2022). Ölmekte olan yaşlılar da hayatlarının son döneminde istismara uğrayabilmektedir. Palyatif bakım ekibi multidisipliner yaklaşımla bu hassas hasta grubuna istismarı belirlemek ve önlemek için önemli bir konumdadır ve yaşamın sonundaki hastalar, klinik tablonun ağırlaşması ve sosyal koşullarının değişmesi ile yaşlı istismarı açısından yüksek risk altındadır. Bakıcının bakım yükü stresi yaşlıya karşı istismar riskini arttırmaktadır (Jayawardena & Liao, 2006). Çalışmalar ruhsal sorunlar, sosyal izolasyon, yalnız yaşama, cinsiyet, eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi,

kırsal alanda yaşama, kronik hastalık varlığı ve yaşlı bireye bakım vericilerin özellikleri yaşlı ihmal ve istismarını etkilediğini belirtmiştir (Akkaya ve Çöl, 2022; Arpacı ve Bakır, 2017; Çiftçi ve ark., 2020). Palyatif bakım ekibi bu probleme daha çok önem vermeli bu konuda bilgilendirilmeli ve çözüm geliştirmelidir. Palyatif bakımda bütüncül bakım sağlama amacına yönelik istismarcı aile ilişkileri sorununun tanımlanması ve çözülmesi önerilmektedir istismarcı ve aile ilişkileri sorunu net olarak tanımlanamamıştır. Bu belirsizlik istismar ve ihmal sorununu çözmez ve bu durumun devam etmesine neden olabilir (Fisher, 2003). Palyatif bakımda ailelere semptom yönetimi, duygusal destek, bilgilendirme, eğitim, iletişim, hasta ile ilgili kararlarda yer alması, hasta bakımını sağlayanların sorulara yanıt vermesi, hasta ile daha fazla zaman geçirmeleri sağlanarak soruna çözüm bulunabilir (Yakar ve ark., 2022).

Demans hastaların palyatif bakımı gün geçtikçe artan bir ilgi alanı haline gelmektedir (Sayın Kasar ve Yıldırım, 2017). Palyatif bakım hasta grubundan olan demanslı hastaların arasında yaşlı istismarı yaygındır. Aile üyeleri, bakım verme sürecinde psikososyal, ruhsal ve ekonomik birtakım sorunlar yaşamaktadırlar Çin’de yapılan bir araştırma 158 aile bakıcılarında yaşlı istismarının yaygınlığı üzerinde yapılmış %77.8 demanslı yaşlı risk altında bulunmuştur. Ailelerin bakıcı yükünde, başa çıkmada desteğe ve sosyal desteğe ihtiyacı vardır (Wang ve ark., 2019). Japonya da yapılan bir araştırmada demans hastasının ailesinde bakım verenlerin %48.9’u potansiyel istismar davranışı göstermiştir (Toda ve ark., 2018). Yan ve Kwok (2011) demansı olan yaşlı bireylerde sözel ve fiziksel istismarın yaygın olduğunu bildirmiştir. Bu tez çalışmasında demanslı hastalar ele alınmamıştır. Ancak konunun bu yönü gelecek araştırmalarda dikkatle ele alınmalıdır.

2.4.6. Palyatif Bakımda Kırılgnlık ve İstismarı Önemede Hemşirenin Sorumlulukları

Hemşireler yaşlı bireyler ile daha çok bir arada olduğundan, yaşlıya karşı yapılan her türlü ihmal ve istismar durumunu saptamada ve müdahale de bulunmada önemli bir sorumluluğa sahiptirler (Toraman ve ark., 2022; Yeşil ve ark., 2016). Yaşlı bireyin, ailesinin ve çevresinin değerlendirilmesi holistik yaklaşımla kırılgn (Ng ve ark., 2015) istismara uğrayan yaşlı bireye erken müdahale için önemlidir (Akdemir ve ark., 2008). Yaşlılara yönelik istismar hakkında hizmet içi eğitim her yıl tüm hemşirelere ve sağlık peofesyonellerine verilmelidir (Akkaya ve Çöl, 2022).

Yaşam kalitesini artırmaya yönelik yapılan ve holistik bakım temelli hemşirelik bakım girişimleri, doğru ve dengeli beslenme egzersiz programları, beslenme desteği ve kontrolü, özbakım davranışları kazandırma özbakım ihtiyaçlarının karşılanması, psikolojik, fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması yaşlı bireylerin sosyal izolasyonu engellenebilmekte ve kırılgnlık durumu yönetebilmektedir. İstismar ve ihmali önlemeye odaklı hemşirelik bakım planı geliştirilmeli, uygulanmalı ve bireylerde öncesi ve sonrası farklılıklar değerlendirilmelidir (Doğan, 2015; Oksel ve Turan, 2024; Uchmanowicz ve ark., 2018).

Palyatif bakım ünitelerinde hasta merkezli ve multidisipliner bir yaklaşımla kapsamlı bir geriatrik değerlendirme yapılması ve yaşlı bireylerin olası veya mevcut istismar, ihmal ve kırılgnlığının belirlenmesi, riskli veya sorunu yaşayan yaşlı hastalara uygun tedavi, bakım verilmesi ve takip edilen dönemdeki bulguları dikkate alınarak yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve komplikasyonların önlenmesi bakımından bu konu önemlidir. Sağlık hizmeti sunucuları sorunu önlemeye yönelik aile, toplum ve sağlık çalışanı adaylarına gerekli eğitimleri sağlamalıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı: Araştırma 01.05.2023-14.04.2024 tarihleri arasında Tokat'taki "Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi" palyatif bakım ünitesinde yatan hastalar üzerinde yapılmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem: Bu araştırmanın evrenini, 01.05.2023-14.04.2024 tarihleri arasında, Tokat'taki "Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi" palyatif bakım ünitesinde yatan hastalar oluşturmuştur. Hastanelerin istatistik birimlerinden alınan verilere göre 65 yaş ve üzeri son bir yılda Tokat Devlet Hastanesi palyatif bakım merkezine 158, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesine ise 350 hastanın yatış yaptırdığı bildirilmiştir. Bu sayılar göz önüne alınarak evreni bilinen örneklem formülü ile araştırmanın örnekleme %95 güven aralığında 219 hasta olarak belirlenmiştir. Belirlenen örneklem sayısına göre hastanelerin her birinden kaç hasta alınacağına tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak orantılı seçim yöntemiyle karar verilmiştir. Örnekleme alınma kriterlerine uyan ve görüşmeyi kabul eden yaşlı bireylerden Tokat Devlet Hastanesinden 68 hasta, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinden 151 toplam 219 hasta örnekleme alınmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{(N-1) \cdot d^2 + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde ;

N: Kitledeki birey sayısı.

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı(olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı(1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde 't' tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.
Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,05 (%5 hata payı)

$$n = \frac{508 \cdot (1.96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0.05)^2 \cdot (508-1) + (1.96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 219 \text{ hasta}$$

3.3.1. Araştırmaya alınma kriterleri

1. 65 yaş ve üzerinde olması
2. Bilişsel ve mental bozukluğunun olmaması
3. Tanılanmış bir psikiyatrik rahatsızlığının olmaması
4. İletişime engel bir durumun olmayışı
5. Palyatif bakım hastası olması
6. Hastanede veya evde ventilatöre gereksinim duymayan hastalar
7. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması gerekmektedir

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verilerinin elde edilmesinde Sosyo-Demografik Bilgi Formu (EK 1), Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EK 2), Geriatrik İstismar Ölçeği (EK 3) ve KATZ’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA) (EK 4) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sosyo-Demografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Aygör ve ark., 2013; Daşbaş & ark., 2019; Elbi ve Özyurt, 2021; Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2013; Hymabaccus Muradi, 2017). Bu form için yaşlı istismarı konusunda çalışmaları olan bir uzmanın, iki halk sağlığı hemşireliği alanı uzmanının görüşü alınmıştır. Sosyo-Demografik Bilgi Formunda yaş, cinsiyet, medeni

durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyal güvence, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, herhangi bir kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanım durumu, düşme öyküsü, son bir yılda acile başvuru sayısı, aile ilişkileri, bakımı ile ilgilenen kişi, kontinans durumu, yardımcı araç kullanımı gibi soruları içeren toplam 21 soru bulunmaktadır.

Ön Uygulama: Hazırlanan soruların anlaşılabilirliğini test etmek için araştırma örnekleminde yer almayan beş yaşlı birey ile görüşülmüştür. Soruların anlaşılabilirliğinde ve kabul edilebilirliğinde bir problem olmadığı için bu form uygulanmıştır.

3.4.2. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (EKÖ) (Edmonton Frail Scale-EFS)

2006 yılında Rolfson ve arkadaşları tarafından Kanada Alberta Üniversitesi'nde geliştirilmiştir. Yaşlılarda kırılgnlığı ölçmeyi amaçlayan ve kırılgn bireyleri saptamaya yarayan bir ölçektir. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (Edmonton Frail Scale-EFS), fonksiyonel bağımsızlık, beslenme, inkontinans, polifarmasi, genel ruh hali ve sosyal destek, duygu durumu, yaşam kalitesi ile iki adet performansa dayalı değişkenle (kognitif bozukluk ölçümü için saat çizme testi ile mobilite ve dengenin değerlendirildiği süreli kalk-yürü testi gibi durumları değerlendiren 17 potansiyel eksiklik içeren 10 alandan oluşan, çok boyutlu bir ölçektir (Rolfson ve ark., 2006). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Aygör ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach Alpha değeri 0.75'dir. Ölçeğin zaman içindeki tutarlılığı için hesaplanan test-tekrar test güvenilirliği $r:0.98$ ($p < 0.001$) değeri ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. EKÖ kırılgnlık düzeyi puanlaması beş seviyeden oluşur; kırılgn değil, savunmasız, hafif kırılgn, orta kırılgn ve şiddetli kırılgnadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise 17'dir. On bir ve üstü puan şiddetli kırılgn, 9-10 puan arası orta kırılgn, 7-8 puan arası hafif kırılgn, 5-6 puan arası görünürde savunmasız (kırılgnlığa yatkın), 0-4

puan arası ise kırılğan değil (normal) olarak değ erlendirilir (Aygör ve ark., 2013). Edmonton Kırılğanlık  l eği yönetmek be  dakikadan az sürer. Bu  alı mada Edmonton Kırılğanlık  l eğinin kullanılması n temel nedeni yaşlı bireylerin kırılğanlık durumlarını belirleyici olarak kabul edilen 9 kırılğanlık alanından oluşmasıdır.

3.4.3. Geriatrik  stismar  l eği (G  ) (The Geriatric Mistreatment Scale)

Geriatrik  stismar  l eği 2013'te Giraldo-Rodriguez ve Rosas-Carrasco (Development and psychometric properties of the Geriatric Misteratment Scale) tarafından yaşlılara yönelik kötü muameleyi değ erlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesinde nitel ve nicel araştırma yöntemleri birlikte kullanılmıştır. Ölçek (1) fiziksel istismar, (2) psikolojik istismar, (3) ihmal, (4) ekonomik istismar ve (5) cinsel istismar olmak üzere ya lıya yönelik kötü muamelenin be  farklı türünü ölçmek üzere tasarlanmıştır ve 22 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin her biri iki kategorili yanıt şeklinde cevaplandırılmaktadır. (0=Hayır= stismar Ger ekle medi, 1=Evet= stismar Gerçekleşti). Her bir soruda geçtiğimiz bir yıl içinde gerçekleşen bir kötü muamele olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmaktadır ve bu sorulardan en az birine verilen 'evet' yanıtı o bireyin istismar edildiği anlamına gelmektedir. Ölçeğin puanlaması 22 maddenin toplamı şeklinde yapılabileceği gibi (yaşlı istismarı), istismarın türleri için ayrı ayrı da yapılabilmektedir. Da ba  ve arkadaşları tarafından 2019 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin 22 maddesi üzerinde yapılan test sonucunda Cronbach Alpha değ eri 0.80 çıkmıştır. Ölçeğin alt boyutlarında; fiziksel istismar için alfa değ eri 0.724, psikolojik istismar için 0.719, ihmal için 0.344, ekonomik istismar için 0.616 ve cinsel istismar için 0.628 olarak belirlenmiştir. Bu  l ek yaşlı istismarı kategorisinin oranlarını belirlemek için Türk popülasyonunda

kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. İstismarı, istismar türlerini ve sıklığını belirlemek için kullanılabileceği ayrıca yapılan istismarın kimin tarafından (yaşlının eşi, oğlu, kızı gelini vs.) gerçekleştiği, ne zamandan beri devam ettiği, istismar eden kişinin cinsiyetini ortaya çıkaran bir ölçek olması yönüyle özgün niteliktedir.

3.4.4. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KATZ GYA)

Katz ve arkadaşlarının (1963) de geliştirdiği skala banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. Günlük aktivitelerini ne kadar bağımsız yapabildiğini gösteren bir ölçektir. Kronik hastalık ve yaşlı popülasyonda özbakım fonksiyonlarını değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir. Yardım ile gerçekleştirilen işlevler 0 puan alırken, bağımsız olarak gerçekleştirilen fonksiyonlar 1 tam puandır. Ölçekten alınan puan azaldıkça günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanma ve bağımlılıkta artma olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan puana göre 0-2 bağımlı, 3-4 yarı bağımlı, 5-6 ise bağımsız olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin orijinalinde her bir aktivite, 0 ile 1 puan üzerinden değerlendirilmekte ve ölçekten alınabilecek azami puan 6'dır. Bu ölçek hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2018 yılında Özkan Pehlivanoglu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. KATZ GYA ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

3.4.5. Verilerin Toplanma Süreci: Verilerin toplanması için araştırmanın yapılacağı hastanelerde örnekleme dahil edilen, palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastalar bilgilendirilerek çalışmanın amacı açıklanmış, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Görüşmeler yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmış ve formlar araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Bu, yaşlılardan bilgi alırken olası yanlış anlaşılımları ve biası önlemek için yaşlılarla görüşülürken “65 yaş üstü kişilerle bir araştırma yapıyoruz. Kabul ederseniz size birkaç tane soru sormak istiyorum” diyerek öncelikle yaşlıdan onam alınmıştır. Yaşlının yakınlarına yaşlı istismarı ile ilgili bir araştırma olduğundan kesinlikle bahsedilmemiştir. Onlara da yaşlı ile özel olarak görüşmek istenildiği belirtilerek yukarıdaki açıklama yapılmıştır. Görüşme yaşlı ile yalnız ve ayrı bir odada dinlenilmediğinden emin olunarak yapılmıştır. Yaşlı yatağa bağımlı ise odadakilerin dışarı çıkması istenmiş ve kapı kapatılmıştır. Görüşmeden sonra konuşulanların gizli kalacağı, araştırmacı ve yaşlının kendisi dışında kimseyle paylaşılmayacağı yaşlıya söylenilmiştir.

3.4.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler; Geriatrik İstismar Ölçeği, Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve KATZ’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler; Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, birlikte yaşadığı kişi, aile ve bakım aldığı kişilerle ilişki algısı, sağlık, sosyal destek algısı ve ilaç kullanımı özellikleri ve kontinans durumudur. Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve KATZ’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puan ortalamaları da bağımsız değişken olarak ele alınmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-22 programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için ± 2.0 Çarpıklık – Basıklık değerleri incelenmiştir (George & Mallery, 2010). Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, yüzde, minimum, maksimum değerler) yanı sıra Student-t testi, Tek Yönlü ANOVA testi, Tukey HSD posthoc testi veya Tamhane’s T2,

Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin analizinde Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, İkili karşılaştırmalar için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan Tarih: 25.04.2023 Sayı: 83116987-278 23-KAEK-091 proje nosu) onay alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı Tokat Devlet Hastanesi'nden 13.07.2023 tarih E-87064461-044-219790100, 31.10.2023 tarih E-87064461-044-228103540 ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'nden: E-21979232-044-293390 ve 27.10.2023 tarih E-21979232-044-356620 sayı ile kurum izni alınmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılacak olan Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (Edmonton Frail Scale-EFS), ve Geriatrik İstismar Ölçeği (GİÖ), Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (KATZ GYA) için ölçek sahiplerinden e-posta yoluyla izin alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı bir ildeki üniversite ve bir devlet hastanesi palyatif bakım biriminde gerçekleşmiş olmasıdır. Araştırmanın ikinci sınırlılığı konunun doğası gereği hastalar korktuğu, çekindiği veya söylemek istemediği, sakladığı için hastanın ifadesine dayalı veriler elde edildiği için gerçek istismar durumları belirlenememiş olabilir. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar evrene genellenemeyebilir.

4. BULGULAR

Yaşlı bireylerin sosyal ve demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de incelenmiştir. Çalışmamıza dahil etme kriterlerini karşılayan toplam 219 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 74.35 ± 6.06 (min=65 ve maks=91)’dir. Yaşlı bireylerin %68.9’u üniversite hastanesinde, %31.1’i devlet hastanesinde yatmaktadır. Katılımcıların %57.1’i kadın, %42.9’u erkektir. Yaşlı bireylerin %52.5’i 65-74 yaş, %47.5’i 75-89 yaş aralığındadır. Yaşlı bireylerin %89’u evli, %41.1’i okuryazar değil, %41.6’sı okuryazar, %12.3’ü ilköğretim ve %5’i ise lise öğrenim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %90.9’unun sosyal güvencesi vardır. Yaşlı bireylerin %47.5’i eşi, %32’si eşi ve çocukları, %10.5’i yalnız, %3.2 kişi bakımevinde, %1.4 kişi torunu ve %5.4’ü ise çocukları ile yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin %92.2’si çocuğunun olduğunu, %69.9’u gelirlerinin giderinden az, %30.1’i gelirlerinin giderine denk veya fazla olduğunu ifade etmiştir. Yaşlı bireyler uzun süre yaşadığı yerleşim yeri olarak %52.1’i il merkezini, %23.3’ü ilçeyi ve %24.7’si kişi köy/kasabayı belirtmişlerdir. Yaşlıların %40.2’sinin ev mülkiyeti kendisine, %34.7’sinin eşine, %10.5’inin çocuklarına ait olup %10.5’i kirada, %4.1’i ise torununun yanı veya bakımevinde yaşamaktadır. Bakım verenin bakmakla yükümlü olduğu yaşlıdan başka birinin varlığı incelendiğinde; bakımverenin %48.4’ünün sadece yaşlıya baktığı, %51.6’sının yaşlıdan başka kişilere de bakmakta olduğu görülmüştür. Katılımcıların aile ilişkilerini %8.2’sinin çok iyi, %75.8’inin iyi, %9.6’sının orta, %6.4’ünün kötü algıladığı görülmüştür. Yaşlıların bakım veren ile ilişkilerini %20.1’inin çok iyi, %62.6’sının iyi, %17.4’ünün orta düzeyde algıladığı görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Sosyal ve Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=219)

Yaş	Ort±SS	Min	Maks		
	74.35±6.0	65	91		
Özellikler				n	%
Hastane	Üniversite			151	68.9
	Devlet			68	31.1
Cinsiyet	Kadın			125	57.1
	Erkek			94	42.9
Yaş Grubu	65-74			115	52.5
	75-89			104	47.5
Medeni Durum	Evli			195	89.0
	Bekâr/boşanmış			24	11.0
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil			90	41.1
	Okuryazar			91	41.6
	İlköğretim			27	12.3
	Lise ve üzeri			11	5.0
Sosyal Güvence	Yok			20	9.1
	Var			199	90.9
Birlikte yaşadığı kişiler	Eş			104	47.5
	Eş ve Çocuk			70	32.0
	Yalnız			23	10.5
	Diğer (Bakımevi n=7, çocuk n=12 ve torun n=3)			22	10.0
Çocuk Durumu	Yok			17	7.8
	Var			202	92.2
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az			153	69.9
	Gelir Gidere Denk			66	30.1
Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim	İl			114	52.0
	İlçe			51	23.3
	Köy/Kasaba			54	24.7
Şu An Yaşadığı Evin Mülkiyeti	Kendinin			88	40.2
	Eşinin			76	34.7
	Çocuklarının			23	10.5
	Kira			23	10.5
	Diğer (Bakımevi n=7, Torun n=2)			9	4.1
Bakım Verenin Bakmakla Yükümlü Olduğu	Evet			106	48.4
Yaşlıdan Başka Birinin varlığı	Hayır			113	51.6
Aile İlişkileri Algısı	Çok İyi			18	8.2
	İyi			166	75.8
	Orta			21	9.6
	Kötü			14	6.4
Bakım Veren ile İlişkileri Algısı	Çok İyi			44	20.1
	İyi			137	62.6
	Orta			38	17.4
Toplam				219	100.0

Ort:Ortalama, SS: Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

Yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Yaşlı bireylerin %83.1'inin kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların %72.6'sı

sigara kullanmadığını, %24.7'si daha önceden içip bıraktığını, %98.2'si ise alkol kullanmadığını bildirmiştir. Yaşlı bireylerin %49.3'ünün idrar veya gaita kaçırmadığı, %16.9'unun idrar kaçırdığı, %4.1'inin gaita kaçırdığı, %20.1'inin hem gaita hem idrar kaçırdığı ve %9.6'sının bezlendiği belirlenmiştir. Katılımcıların son bir yılda %22.7'si 1-2 kez, %40.9'u 3-4 kez, %36.4'ü beş ve üzeri acile başvurdıklarını bildirmiştir. Son bir yılda acile başvuru ortalaması 4.32 ± 2.52 (min=1, maks=20)'dir. Yaşlı bireyler son bir yılda %80.4'ü düşmediğini, %12.3'ü bir defa düştüğünü, %7.3'ü iki ve üzeri kez düştüğünü ifade etmiştir. Son bir yıl düşme ortalaması 1.49 ± 0.74 (min=1, maks=4)'tür. Yaşlı bireylerin %13.7'si yardımcı araç gereç kullanmamaktadır. Yaşlıların %26.9'u baston, %19.2'si gözlük veya lens, %38.4'ü tekerlekli sandalye yürüteç ve %1.8'i işitme cihazı kullanmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=219)

Özellikler		n	%
Kronik Hastalık Durumu	Hayır	37	16.9
	Evet	182	83.1
Sigara Kullanma	Hayır	159	72.6
	Evet	6	2.7
	Daha Önceden İçiyordum Bıraktım	54	24.7
Alkol Kullanma	Hayır	215	98.2
	Evet	4	1.8
İdrar veya Gaita Kaçırma	Hayır	108	49.3
	İdrar Kaçırma	37	16.9
	Gaita Kaçırma	9	4.1
	Hem Gaita Hem İdrar Kaçırma	44	20.1
	Bezlenme	21	9.6
Son Bir Yılda Acile Başvuru Sayısı	1-2 kez	40	22.7
	3-4 kez	72	40.9
	5 ve üzeri	64	36.4
	Düşmedim	176	80.4
Son Bir Yılda Düşme Sayısı	1 kez	27	12.3
	2 ve üzeri kez	16	7.3
	Düşmedim	176	80.4
Kullanılan Yardımcı Araç Gereçler	Yok	30	13.7
	Baston	59	26.9
	Gözlük veya Lens	42	19.2
	Tekerlekli Sandalye/Yürüteç	84	38.4
	İşitme Cihazı	4	1.8
	Ort±SS	Min	Maks
Son Bir Yılda Acile Başvuru Sayısı	4.32 ± 2.52	1	20
Son Bir Yılda Düşme Sayısı	1.49 ± 0.74	1	4

Ort:Ortalama, SS: Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

Çalışmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarının tanımlayıcı ve güvenirlik analizleri Tablo 4'te verilmiştir. Yaşlı bireylerin EKÖ toplam puan ortalaması 8.26 ± 2.86 (min=1, maks=16)'dır. EKÖ Cronbach's Alpha değeri 0.723 bulunmuştur. KATZ GYA puan ortalaması 3.23 ± 1.86 (min=0, maks=6)'dır. KATZ GYA Ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0.810 saptanmıştır. GİÖ puan ortalaması 0.68 ± 1.55 (min=0, maks=9)'dir. GİÖ Cronbach's Alpha değeri 0.79 hesaplanmıştır. GİÖ alt boyutları puan ortalamasına göre fiziksel istismar puan ortalaması 0.46 ± 0.27 (min=0, maks=2)'dir. Psikolojik istismar puan ortalaması 0.32 ± 0.86 (min=0 maks=5)'dir. İhmal puan ortalaması 0.26 ± 0.60 (min=0 maks=4)'dir. Ekonomik istismar puan ortalaması 0.05 ± 0.29 (min=0 maks=2)'dur. Katılımcılar cinsel istismar bildirmemiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı ve Güvenirlik Analizleri (n=219)

	Ort	SS	Min	Maks	Çpk	Bsk	Cronbach's Alpha (α)
Edmonton Kırılganlık Ölçeği	8.26	2.86	1	16	0.325	0.082	0.723
KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	3.23	1.86	0	6	0.128	-1.139	0.810
Geriatrik İstismar Ölçeği	0.68	1.55	0	9	1.920	1.957	0.785
Alt Boyutlar							
Fiziksel İstismar	0.46	0.27	0	2	1.860	1.828	0.667
Psikolojik İstismar	0.32	0.86	0	5	1.877	1.900	0.723
İhmal	0.26	0.60	0	4	1.805	1.603	0.604
Ekonomik İstismar	0.05	0.29	0	2	1.985	1.890	0.616
Cinsel İstismar	0	0	0	0	0	0	-

Ort:Ortalama, SS: Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, Çrp: Çarpıklık, Bsk: Basıklık

Tablo 5'te Yaşlı bireylerin Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri sınıflamalarına göre dağılımları incelenmiştir. EKÖ kırılganlık sınıflamasına göre yaşlı bireylerin %9.1'i kırılgan değil, %16.4'ü görünürde savunmasız, %32.0'ı hafif kırılgan, %22.8'i orta kırılgan ve %19.6'sı şiddetli kırılgan saptanmıştır. Katılımcıların KATZ GYA sınıflandırmasına göre %42'si bağımlı, %32.4'ü yarı bağımlı, %25.6'sı bağımsız olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Yaşlı Bireylerin Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Sınıflamalarına Göre Dağılımları (n=219)

		n	%
Edmonton Kırılgnlık Sınıflaması	0-4 Kırılgn Değil	20	9.1
	5-6 Görünürde Savunmasız	36	16.4
	7-8 Hafif Kırılgn	70	32.0
	9-10 Orta Kırılgn	50	22.8
	11 ve Üzeri Şiddetli Kırılgn	43	19.6
KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Sınıflandırma	0-2 Bağımlı	92	42.0
	3-4 Yarı Bağımlı	71	32.4
	5-6 Bağımsız	56	25.6

Yaşlı Bireylerin sosyal ve demografik özelliklerinin Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırması Tablo 6’da ele alınmıştır. Üniversite hastanesindeki yaşlı bireylerin EKÖ toplam puan ortalaması 8.26 ± 2.75 , devlet hastanesindeki yaşlı bireylerin EKÖ toplam puan ortalaması 8.28 ± 3.13 ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$). KATZ GYA Ölçeği üniversite hastanesi için 3.11 ± 1.86 , devlet hastanesi için 3.5 ± 1.86 ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$). Yaşlı bireylerin EKÖ puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p > 0.05$). Erkek bireylerin KATZ GYA puan ortalaması kadınlardan daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**$p < 0.05$**). Yaşı 75-89 olan katılımcıların 65-74 olanlara göre EKÖ puan ortalamaları daha yüksek iken KATZ GYA ölçeği puan ortalaması daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**$p < 0.05$**). Medeni duruma göre; bekar bireylerin EKÖ toplam puan ortalamaları evlilerden yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (**$p < 0.05$**) iken KATZ GYA ölçeği puan ortalaması bekar bireylerde daha düşük ve istatistiksel olarak aralarındaki fark anlamsız saptanmıştır ($p > 0.05$). Eğitim ve sosyal güvence durumuna göre yaşlı bireylerin EKÖ ve KATZ GYA ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**$p < 0.05$**). Çocukları, bakımevi ve torunları

ile yaşıyan yaşlı bireylerin EKÖ toplam puan ortalamaları eşi, eşi ve çocukları ve yalnız yaşıyanlardan daha yüksek, KATZ GYA ölçeği toplam puan ortalaması ise daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**$p<0.05$**). Katılımcıların sosyal güvence, çocuk sahibi olma, gelir düzeyine ve yerleşim yerine göre EKÖ ve KATZ GYA Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$). Yaşlıdan başka bakmakla yükümlü olduğu kişileri olan bakım vericilerin sadece yaşlıya bakmakla yükümlü olan kişilere göre EKÖ toplam puan ortalaması daha yüksek saptanmış iken KATZ GYA ölçeği toplam puan ortalaması daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**$p<0.05$**). Aile ilişkileri orta olanların, kötü, iyi ve çok iyi olanlara katılımcılara göre EKÖ toplam puan ortalaması daha yüksek saptanmış (**$p<0.05$**) Yaşlı bireylerin KATZ GYA Ölçeği toplam puan ortalamaları aile ilişkilerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p>0.05$). Yaşlının bakımıyla ilgilenen kişi ile ilişkisi orta olan katılımcıların ilişkisi iyi ve çok iyi olan katılımcılara göre EKÖ toplam puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**$p<0.05$**). Yaşlı bireylerin KATZ GYA ölçeği toplam puan ortalaması bakım veren ile ilişki algısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p>0.05$). (Tablo 6).

Tablo 6. Yaşlı Bireylerin Sosyal ve Demografik Özelliklerinin Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırması (n=219)

		Edmonton Kırılgnlık Ölçeği		KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
Özellikler		n	Ort±SS	Ort±SS
Hastane	Üniversite	151	8.26±2.75	3.11±1.86
	Devlet	68	8.28±3.13	3.5±1.86
	Test;p		t:-0.050;0.960	t:-1.427;0.155
Cinsiyet	Kadın	125	8.20±2.86	3.6±1.88
	Erkek	94	8.35±2.88	2.74±1.73
	Test;p		t:-0.386;0.700	t:3.445;<0.001*
Yaş	65-74	115	7.86±2.95	3.7±1.91
	75-89	104	8.71±2.72	2.71±1.68
	Test;p		t:-2.214;0.028*	t:4.075;<0.001*
Medeni Durum	Evli	195	8.09±2.72	3.24±1.84
	Bekâr	24	9.67±3.58	3.21±2.06
	Test;p		Z:-2.397;0.017*	Z:-0.031;0.975
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	90	9.14±3.12 ^a	2.6±1.79 ^a
	Okuryazar	91	7.53±2.47 ^b	3.75±1.75 ^b
	İlköğretim	27	7.44±2.28 ^{ab}	3.81±1.8 ^b
	Lise ve üzeri	11	9.18±3.03 ^{ab}	2.73±2 ^{ab}
	Test;p		KW:16.425;<0.001*	KW:21.859;<0.001*
Sosyal Güvence	Yok	20	9.20±3.16	3.25±1.86
	Var	199	8.17±2.83	3.23±1.87
	Test;p		Z:-1.324;0.186	Z:-0.026;0.979
Birlikte yaşadığı kişiler	Eş	104	7.62±2.57 ^a	3.6±1.84 ^a
	Eş ve Çocuk	70	8.26±2.63 ^a	2.87±1.69 ^{ab}
	Yalnız	23	8.35±3.52 ^a	3.78±1.88 ^a
	Diğer (Bakımevi n=7, çocuk n=12 ve torun n=3)	22	11.27±2.35 ^b	2.09±1.87 ^b
	Test;p		KW:30.009;<0.001*	KW:17.579;<0.001*
Çocuk Durumu	Yok	17	8.12±2.55	3.41±1.46
	Var	202	8.28±2.89	3.22±1.9
	Test;p		Z:-0.283;0.777	Z:-0.494;0.621
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	153	8.35±2.98	3.27±1.9
	Gelir Gidere Denk	66	8.06±2.58	3.15±1.78
	Test;p		t:0.692;0.490	t:0.424;0.672
Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim	İl	114	8.29±2.97	3.32±1.94
	İlçe	51	8.25±2.88	3.12±1.89
	Köy/Kasaba	54	8.22±2.68	3.17±1.69
	Test;p		F:0.010;0.990	F:0.243;0.785

Tablo 6 devam. Yaşlı Bireylerin Sosyal ve Demografik Özelliklerinin Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırması (n=219)

Özellikler		Edmonton Kırılganlık Ölçeği		KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
		n	Ort±SS	Ort±SS
Bakım Veren	Evet	106	8.80±2.72	2.75±1.8
Bakmakla Yükümlü	Hayır	113	7.76±2.92	3.68±1.82
Olduğu Yaşlıdan				
Başka Birinin varlığı				
Test;p			t:2.727; 0.007*	t:-3.788; <0.001*
Aile İlişkileri Algısı	Çok İyi	18	9.44±2.91 ^a	2.67±2.38
	İyi	166	7.77±2.57 ^b	3.42±1.78
	Orta	21	10.29±3.07 ^a	2.52±2.14
	Kötü	14	9.57±3.80 ^{ab}	2.86±1.41
Test;p			KW:21.240; <0.001*	KW:7.812;0.051
Bakım Veren ile	Çok İyi	44	7.64±2.6±8 ^a	3.05±1.94
İlişkileri Algısı	İyi	137	8.05±2.69 ^a	3.37±1.82
	Orta	38	9.76±3.25 ^b	2.95±1.92
Test;p			F:7.005; 0.001*	F:1.052;0.351

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir. t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) (İkili karşılaştırmalar için Post Hoc Tukey HSD veya Tamhane's T2 kullanılmıştır.) Z:Mann Whitney U Testi, KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi (İkili karşılaştırmalar için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney kullanılmıştır.) * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır. Farklı üst indis istatistiksel anlamı göstermektedir.

Yaşlı bireylerin sağlıkla ilgili özelliklerinin Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırması Tablo 7'de incelenmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların EKÖ toplam puan ortalaması kronik bir hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek, KATZ GYA ölçeği toplam puan ortalaması ise daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p<0.05**). İdrar ve gaita kaçırmayan yaşlı katılımcıların kaçırın, bezlenen bireylere göre EKÖ toplam puan ortalamaları daha düşük, KATZ GYA ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p<0.05**). Son bir yıldaki acile başvuru sayısı 5 ve üzeri olan katılımcıların 1-2 kez ve 3-4 kez acile başvuran katılımcılara göre EKÖ toplam puan ortalamaları

daha yüksek, KATZ GYA ölçeği toplam puan ortalaması daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Son bir yılda düşme öyküsü olmayan katılımcıların düşme öyküsü olanlara göre EKÖ toplam puan ortalamaları daha düşük, KATZ GYA ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0.05$). Tekerlekli Sandalye/Yürüteç kullanan katılımcıların sırasıyla işitme cihazı, baston, gözlük/lens ve yardımcı araç gereç kullanmayan katılımcılara göre EKÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek, KATZ GYA ölçeği toplam puan ortalaması daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir ($p<0.05$). (Tablo 7).

Tablo 7. Yaşlı Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Edmonton Kırılganlık Ölçeği ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırması (n=219)

		Edmonton Kırılganlık Ölçeği		KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
		n	Ort±SS	Ort±SS
Kronik Hastalık Durumu	Hayır	37	7.32±2.72	3.84±1.83
	Evet	182	8.46±2.86	3.11±1.85
Test;p			t:-2.210; 0.028*	t:2.185; 0.030*
İdrar veya Gaita Kaçırma	Hayır	108	6.51±1.92 ^a	4.39±1.3 ^a
	İdrar Kaçırma	37	8.78±2.02 ^b	3.3±1.81 ^b
	Gaita Kaçırma	9	12.44±2.35 ^c	0.67±0.87 ^c
	Hem Gaita Hem İdrar Kaçırma	44	9.77±2.29 ^{bc}	1.75±1.28 ^c
	Bezleniyor	21	11.43±2.91 ^c	1.38±0.74 ^c
Test;p			KW:104.44; <0.001*	KW:114.62; <0.001*
Son Bir Yılda Acile Başvuru Sayısı	1-2 kez	40	6.97±.49 ^a	3.95±1.77 ^a
	3-4 kez	72	7.88±2.94 ^{ab}	3.29±1.76 ^{ab}
	5 ve üzeri	64	8.62±2.61 ^b	2.95±1.95 ^b
Test;p			F:4.560; 0.012*	F:3.561; 0.028*
Son Bir Yıl Düşme Sayısı	Düşmedim	176	7.93±2.85 ^a	3.38±1.89 ^a
	1 kez	27	9.74±2.89 ^b	2.44±1.53 ^b
	2 ve üzeri kez	16	9.50±1.79 ^b	2.94±1.81 ^{ab}
Test;p			KW:16.809; <0.001*	KW:6.275; 0.043*

Tablo 7 devam .

	Yok	30	6.87±3.07 ^a	4.27±1.8 ^a
Kullanılan Yardımcı	Baston	59	7.47±2.69 ^a	3.49±1.75 ^a
Araç Gereçler	Gözlük veya Lens	42	7.95±2.74 ^a	4.12±1.92 ^a
	Tekerlekli			2.19±1.42 ^b
	Sandalye/ Yürüteç	84	9.49±2.60 ^b	
	İşitme Cihazı	4	8.00±0.82 ^{ab}	4.25±1.26 ^{ab}
Test;p			KW:31.255;<0.001*	KW:47.519;<0.001*

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir. t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) (İkili karşılaştırmalar için Post Hoc Tukey HSD veya Tamhane's T2 kullanılmıştır.) Z:Mann Whitney U Testi, KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi (İkili karşılaştırmalar için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney kullanılmıştır.) * p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır. Farklı üst indis istatistiksel anlamı göstermektedir.

Tablo 8'e göre Devlet hastanesinde yatan yaşlı bireylerin GİÖ toplam ve psikolojik istismar alt boyut puan ortalaması üniversite hastanesine göre daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Yaşlı bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence, uzun süre yaşanan yer ve yaşlıya bakım veren kişinin yaşlıdan başka bakmakla yükümlü olduğu kişi varlığı ile GİÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (**p>0.05**). Yalnız yaşayan bireylerin eş, eş ve çocuk, diğer bireyler ile yaşayanlara göre fiziksel ve ekonomik istismar puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). Torun, çocukları veya bakım evinde yaşayan yaşlı bireylerin ise yalnız, eş, eş ve çocukları ile yaşayanlara göre psikolojik, ihmal ve GİÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p<0.05**). Gelir giderden az olan katılımcıların gelir gidere denk olanlara göre GİÖ toplam puan ortalaması, fiziksel istismar ve ekonomik istismar toplam puan ortalamaları daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p<0.05**). Çocuğu olmayan katılımcıların çocuğu var olan katılımcılara göre; fiziksel ve psikolojik istismar toplam puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki

fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**$p < 0.05$**). Yaşlı bireylerin psikolojik istismar ve ihmal puan ortalaması, gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir ($p > 0.05$). Yaşlı bireylerden aile ilişkilerini kötü ve orta düzeyde algılayanlar iyi ve çok iyi algılayanlara göre; bakım veren ile ilişkilerini orta düzey algılayanların iyi ve çok iyi algılayanlara göre psikolojik, ekonomik istismar, ihmal ve GİÖ toplam puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (**$p < 0.05$**). Yaşlı bireylerin fiziksel istismar algısı aile ve bakım verici ilişki algısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p > 0.05$). (**Tablo 8**).

Tablo 8. Yaşlı Bireylerin Sosyal ve Demografik Özelliklerinin Geriatrik İstismar Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı (n=219)

		n	Geriatrik İstismar Ölçeği Alt Boyutları				Geriatrik İstismar Ölçeği
			Fiziksel	Psikolojik	Ekonomik	İhmal	
Hastane	Üniversite	151	0.01±0.11	0.2±0.66	0.03±0.21	0.23±0.53	0.47±1.22
	Devlet	68	0.12±0.44	0.6±1.15	0.09±0.41	0.34±0.73	1.15±2.05
		t;p	-1.921;0.059	-2.708; 0.008*	-1.038;0.302	-1.154;0.251	-2.532; 0.013*
Cinsiyet	Kadın	125	0.07±0.34	0.39±0.98	0.06±0.32	0.3±0.64	0.82±1.73
	Erkek	94	0.01±0.1	0.23±0.66	0.04±0.25	0.2±0.54	0.49±1.27
		t;p	1.904;0.059	1.418;0.158	0.338;0.736	1.277;0.203	1.653;0.100
Yaş	65-74	115	0.06±0.3	0.3±0.81	0.04±0.28	0.22±0.51	0.63±1.48
	75-89	104	0.03±0.22	0.35±0.92	0.06±0.31	0.31±0.68	0.74±1.63
		t;p	0.886;0.377	-0.358;0.721	-0.360;0.719	-1.099;0.273	-0.543;0.588
Medeni Durum	Evli	195	0.05±0.27	0.3±0.82	0.05±0.27	0.25±0.6	0.65±1.54
	Bekâr	24	0.04±0.2	0.5±1.18	0.08±0.41	0.33±0.64	0.96±1.65
		Z;p	-0.269;0.788	-0.417;0.677	-0.303;0.762	-0.736;0.462	-1.169;0.243
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	90	0.08±0.34	0.48±1.05	0.06±0.31	0.32±0.7	0.93±1.72
	Okuryazar	91	0.03±0.23	0.16±0.56	0.02±0.21	0.21±0.51	0.43±1.26
	İlköğretim	27	0	0.41±1.01	0.07±0.27	0.3±0.61	0.78±1.8
	Lise	11	0	0.18±0.6	0.18±0.6	0.09±0.3	0.45±1.51
		KW;p	3.142;0.370	6.153;0.104	4.000;0.261	2.298;0.513	7.059;0.070
Sosyal Güvence	Yok	20	0.05±0.22	0.4±0.88	0	0.35±0.59	0.8±1.51
	Var	199	0.05±0.27	0.32±0.86	0.06±0.3	0.25±0.6	0.67±1.56
		Z;p	-0.462;0.644	-0.625;0.532	-0.850;0.395	-1.149;0.251	-0.631;0.528
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	23	0.17±0.49 ^a	0.39±0.84 ^a	0.26±0.69 ^a	0.3±0.56 ^{ab}	1.13±2.24 ^{ab}
	Eş	104	0.03±0.22 ^b	0.2±0.63 ^a	0.03±0.22 ^b	0.17±0.43 ^a	0.43±1.09 ^a
	Eş ve Çocuk	70	0.03±0.24 ^b	0.24±0.84 ^a	0.03±0.17 ^{ab}	0.2±0.55 ^a	0.5±1.39 ^a
	Diğer	22	0.05±0.21 ^{ab}	1.09±1.41 ^b	0 ^{ab}	0.82±1.05 ^b	1.95±2.3 ^b
		KW;p	8.454; 0.038*	24.889; <0.001*	8.739; 0.033*	17.504; <0.001*	20.538; <0.001*
Çocuk Durumu	Yok	17	0.12±0.33	0.59±0.94	0	0.41±0.62	1.12±1.54
	Var	202	0.04±0.26	0.3±0.85	0.05±0.3	0.25±0.6	0.64±1.55
		Z;p	-2.047; 0.041*	-2.239; 0.025*	-0.778;0.436	-1.609;0.108	-1.781;0.075
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	153	0.07±0.32	0.38±0.93	0.06±0.31	0.33±0.68	0.83±1.72
	Gelir Gidere Denk	66	0	0.2±0.66	0.03±0.25	0.11±0.31	0.33±1.01

Tablo 8 devam.

		t;p	2.544; 0.012*	1.642;0.102	0.727;0.469	3.307; 0.001*	2.663; 0.008*
Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim	İl	114	0.03±0.21	0.32±0.85	0.08±0.38	0.27±0.64	0.7±1.66
	İlçe	51	0.08±0.39	0.25±0.8	0.02±0.14	0.31±0.58	0.67±1.35
	Köy Kasaba	54	0.06±0.23	0.39±0.96	0.02±0.14	0.19±0.52	0.65±1.52
		F;p	0.718;0.489	0.315;0.730	1.161;0.315	0.647;0.524	0.034;0.976
Bakım Veren Bakmakla Yükümlü Olduğu Yaşlıdan Başka Birinin varlığı	Evet	106	0.05±0.29	0.39±0.98	0.04±0.24	0.29±0.7	0.76±1.8
	Hayır	113	0.04±0.25	0.27±0.73	0.06±0.33	0.23±0.48	0.6±1.28
		t;p	0.081;0.936	1.031;0.304	-0.615;0.539	0.770;0.442	0.773;0.441
Aile İlişkileri Algısı	Çok İyi	18	0	0.17±0.51 ^a	0 ^{ab}	0 ^a	0.17±0.51 ^a
	İyi	166	0.04±0.24	0.16±0.62 ^a	0.01±0.11 ^a	0.16±0.43 ^a	0.37±1.03 ^a
	Orta	21	0.14±0.48	1.19±1.5 ^b	0.29±0.72 ^b	0.86±1.11 ^b	2.48±2.93 ^b
	Kötü	14	0.07±0.27	1.21±1.12 ^b	0.21±0.58 ^b	0.86±0.77 ^b	2.36±1.86 ^b
		KW;p	4.307;0.230	51.699; <0.001*	16.862; <0.001*	42.645; <0.001*	43.786; <0.001*
Bakım Veren ile İlişkileri Algısı	Çok İyi	44	0	0 ^a	0 ^a	0.07±0.25 ^a	0.07±0.25 ^a
	İyi	137	0.04±0.25	0.23±0.69 ^b	0.01±0.09 ^{ab}	0.19±0.46 ^a	0.46±1.06 ^b
	Orta	38	0.13±0.41	1.05±1.39 ^c	0.26±0.64 ^b	0.74±0.98 ^b	2.18±2.66 ^c
		F;p	2.734;0.067	20.746; <0.001*	13.772; <0.001*	17.566; <0.001*	28.285; <0.001*

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir. t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) (İkili karşılaştırmalar için Post Hoc Tukey HSD veya Tamhane's T2 kullanılmıştır.) Z:Mann Whitney U Testi, KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi (İkili karşılaştırmalar için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney kullanılmıştır.)

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır. Farklı üst indis istatistiksel anlamı göstermektedir.

Tablo 9’da yaşı bireylerin sağlıkla ilgili özelliklerinin özelliklerinin Geriatrik İstismar Ölçeği ve alt boyut puanlarına göre dağılımı gösterilmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların kronik hastalığı olmayanlara göre fiziksel ve ekonomik istismar puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**p<0.05**). Bezlenen katılımcıların idrar ve/veya gaita kaçıranlardan psikolojik istismar puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (**p<0.05**). Yaşı bireylerin GİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları son bir yılda acile başvuru sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Katılımcılardan son bir yılda iki kez ve üzerinde düşme yaşayanlar düşme yaşamayanlara göre ekonomik istismar puan ortalaması daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir (**p<0.05**). Yaşı bireylerin yardımcı araç gereçler kullananların kullanmayanlara göre fiziksel istismar puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.05**). GİÖ toplam ve psikolojik, ekonomik ve ihmal alt boyut puan ortalamaları kullanılan araç gereç özelliğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). (Tablo 9).

Tablo 9. Yaşlı Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Geriatrik İstismar Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı (n=219)

		Geriatrik İstismar Ölçeği Alt Boyutları				Geriatrik İstismar Ölçeği	
		n	Fiziksel	Psikolojik	Ekonomik	İhmal	
Kronik Hastalık Durumu	Hayır	37	0	0.19±0.7	0	0.22±0.48	0.41±1.01
	Evet	182	0.05±0.29	0.35±0.89	0.06±0.32	0.27±0.62	0.74±1.64
		t;p	-2.537;0.012*	-1.224;0.226	-2.562;0.011*	-0.490;0.625	-1.606;0.112
İdrar veya Gaita Kaçırma	Hayır	108	0.04±0.23	0.25±0.7 ^{ab}	0.01±0.1	0.17±0.44	0.46±1.09
	İdrar Kaçırma	37	0.14±0.48	0.51±1.1 ^{ab}	0.08±0.36	0.32±0.67	1.05±2.12
	Gaita Kaçırma	9	0	0.22±0.67 ^{ab}	0.22±0.67	0.22±0.44	0.67±1.66
	Hem Gaita Hem İdrar Kaçırma	44	0.02±0.15	0.14±0.51 ^b	0.02±0.15	0.3±0.63	0.48±1.19
	Bezleniyor	21	0	0.81±1.47 ^a	0.19±0.6	0.57±0.98	1.57±2.5
		KW;p	4.122;0.390	9.799;0.044*	7.224;0.125	7.348;0.119	5.610;0.230
Son Bir Yılda Acile Başvuru Sayısı	1-2 kez	40	0.03±0.16	0.2±0.65	0.03±0.16	0.2±0.52	0.45±1.2
	3-4 kez	72	0.1±0.38	0.47±1.01	0.06±0.29	0.33±0.65	0.96±1.72
	5 ve üzeri	64	0.03±0.25	0.25±0.76	0.06±0.35	0.16±0.44	0.5±1.51
		F;p	1.135;0.324	1.768;0.174	0.221;0.802	1.866;0.158	2.066;0.130
Son Bir Yıl Düşme Sayısı	Düşmedim	176	0.03±0.24	0.29±0.81	0.04±0.27 ^a	0.25±0.6	0.61±1.45
	1 kez	27	0.07±0.27	0.52±1.09	0.15±0.46 ^b	0.33±0.62	1.07±2.06
	2 kez ve üzeri	16	0.13±0.5	0.37±1.02	0 ^{ab}	0.25±0.58	0.75±1.65
		KW;p	2.461;0.292	1.348;0.510	6.320;0.042*	0.783;0.676	0.849;0.654
Kullanılan	Yok	30	0 ^{ab}	0.3±0.79	0	0.13±0.43	0.43±1.07
	Baston	59	0.14±0.47 ^a	0.44±0.91	0.05±0.29	0.34±0.6	0.97±1.73
Yardımcı Araç	Gözlük veya Lens	42	0.05±0.22 ^{ab}	0.24±0.73	0.05±0.31	0.19±0.45	0.52±1.23
Gereçler	Tekerlekli Sandalye Yürüteç	84	0 ^b	0.31±0.93	0.07±0.34	0.3±0.71	0.68±1.72
	İşitme Cihazı	4	0 ^{ab}	0	0	0	0

KW;p	9.562;0.048*	3.438;0.487	1.860;0.762	5.007;0.287	6.421;0.170
------	--------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Veriler Ortalama $\pm$ Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir. t: Bağımsız Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) (İkili karşılaştırmalar için Post Hoc Tukey HSD veya Tamhane's T2 kullanılmıştır.) Z:Mann Whitney U Testi, KW: Kruskal Wallis Varyans Analizi (İkili karşılaştırmalar için Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney kullanılmıştır.)

* p değeri 0,05 düzeyinde anlamlıdır. Farklı üst indis istatistiksel anlamı göstermektedir.

Tablo 10’da yaşı bireylerin tüm örneklem ve hastanelerde istismar türleri ile karşılaşma dağılımları incelenmiştir. Yaşı bireylerin %3.2’si fiziksel, %15’i psikolojik, %3.2’si ekonomik istismara ve %19.6’sı ihmale uğradığını bildirmiştir. Cinsel istismara uğrayan kişi saptanamamıştır. Yaşı bireylerin istismarın herhangi bir tür/türlerine maruz kalma oranı %24.2’dir. Geriatrik İstismar Ölçeği sınıflamasına göre üniversite hastanesindeki yaşı bireylerin %1.3’ü, devlet hastanesindekilerin %7.4’ü fiziksel istismara maruz kaldığını ifade etmiştir. Üniversite hastanesindeki yaşı bireylerin %9.3’ü, devlet hastanesindekilerin %27.9’u psikolojik istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Üniversite hastanesindeki yaşı bireylerin %2.6’sı, devlet hastanesindekilerin %4.4’ü ekonomik istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Üniversite hastanesindeki yaşı bireylerin %17.9’u, devlet hastanesindekilerin %23.5’si ihmale maruz kaldığını belirtmiştir. Her iki hastanede cinsel istismar durumu saptanamamıştır. Devlet hastanesindeki yaşı bireylerin %33.8’i, üniversite hastanesindekilerin %19.9’u istismarın herhangi bir tür/türlerine uğramıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Yaşı Bireylerin Tüm Örneklem ve Hastanelerde İstismar Türleri ile Karşılaşma Dağılımları (n=219)

		Tüm örneklem		Üniversite Hastanesi		Devlet Hastanesi	
		n	%	n	%	n	%
Fiziksel İstismar	Var	7	3.2	2	1.3	5	7.4
	Yok	212	96.8	149	98.7	63	92.6
Psikolojik İstismar	Var	33	15.1	14	9.3	19	27.9
	Yok	186	84.9	137	90.7	49	72.1
Ekonomik İstismar	Var	7	3.2	4	2.6	3	4.4
	Yok	212	96.8	147	97.4	65	95.6
Cinsel İstismar	Var	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Yok	219	100.0	151	100.0	68	100.0
İhmal	Var	43	19.6	27	17.9	16	23.5
	Yok	176	80.4	124	82.1	52	76.5
Geriatrik İstismar Ölçeği	Var	53	24.2	30	19.9	23	33.8
	Yok	166	75.8	121	80.1	45	66.2

Tablo 11’de EKÖ, KATZ GYA Ölçeği ve GİÖ arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre; EKÖ ile KATZ GYA Ölçeği arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=-0.584$; $p<0.001$) olduğu tespit edilmiştir. EKÖ ve GİÖ arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0.261$; $p<0.001$) saptanmıştır. KATZ GYA Ölçeği ve GİÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.038$; $p=0.580$). (Tablo 11).

Tablo 11. Edmonton Kırılganlık Ölçeği, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Geriatrik İstismar Ölçeği arasındaki Korelasyon Değerleri (n=219)

	KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	Geriatrik İstismar Ölçeği
Edmonton Kırılganlık Ölçeği	$r=-0.584$ $p<0.001^*$	0.261 $<0.001^*$
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	r p	-0.038 0.580

r: Pearson Korelasyon Katsayısı, *p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı.

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin de içinde yer aldığı palyatif bakım ekibi savunmasız durumdaki yaşlılarda istismarın değerlendirilmesi için önemli konumdaki sağlık profesyonelleridir (Jayawardena ve Liao, 2006). Bildiğimiz kadarıyla, Türkiye’deki bir devlet ve üniversite hastanesinde palyatif bakım alan 65 yaş ve üstü hastalarda kırılabilirlik ve yaşlı istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulayan ilk araştırmacılarız. Bir üniversite ve bir devlet hastanesinin palyatif bakım ünitesinde yatan 65 yaş ve üstü hastalarda kırılabilirlik ve yaşlı istismarı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu kesitsel tipte araştırmanın bulguları yaşlı istismar türleri, yaşlıların sosyodemografik ve sağlık özellikleri ile birlikte kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları dikkate alınarak tartışılmıştır.

Yaşlıların Kırılabilirlik, KATZ GYA düzeyleri ve İstismara Uğrama Durumları

Kırılabilirlik yaşamın son dönemlerinde görülen, fiziksel performanda azalma, sarkopeni, kilo kaybı gibi belirtilerin görüldüğü bir sendromdur (Gale ve ark., 2018). Palyatif bakım kırılabilir olanlar da dahil olmak üzere kişinin hastalığı boyunca yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen disiplinler arası bir tıp uzmanlığıdır (Crooks & Gelfman, 2020). Yapılan bir çalışmada 2015-2021 yılları arasında 175 hasta birey dahil edilmiş, kırılabilir olarak bulunan kişilerin kapsamlı bir palyatif bakım almadığı belirtilmiştir (Strang & Schultz, 2023). Mevcut araştırmada yaşlı katılımcıların %19.6’sı kırılabilirliği şiddetli düzeyde olup tüm örneklemin kırılabilirliği hafif düzeyde (8.26 ± 2.86) saptanmıştır. Türkiyedeki araştırmalarda bulgumuza yakın yaşlıların kırılabilirlik düzeyleri 7.02-8.18 puan aralığında hafif kırılabilir düzeyde bildirilmiştir (Aşiret ve Çetinkaya, 2018; Gökgez ve Yılmaz, 2023; İmren, 2020). Bir çalışmada kırılabilirlik puan ortalaması bizim çalışmamızdan daha yüksek düzeyde (9.63) saptanmıştır

(Yalçınkılıç ve ark., 2020). Yaptığımız çalışmada EKÖ'ye göre yaşlı bireylerin %9.1'nin kırılğan olmadığı, %16.4'ünün görünürde savunmasız, %32'sinin hafif kırılğan, %22.8'inin orta kırılğan, %19.6'sının şiddetli kırılğan olduğu bulunmuştur. EKÖ kullanılarak 360 kişi ile yapılan bir çalışmada kırılğanlık prevalansı %47 saptanmıştır (Carneiro ve ark., 2017). Bir diğer çalışma 540 kişi dahil edilerek yapılmış ve yaşlıların %14.3'ünün kırılğan olduğu tespit edilmiştir (Delbari ve ark., 2021). Ülkemizde pekçok ilde son yıllarda yapılan araştırmalarda yaşlıların kırılğalık düzeyi EKÖ ile değerlendirilmiştir. Çalışmamıza benzer bir araştırmada 70 yaşlı bireyin %55.6'sı kırılğan bulunmuştur (Arslan ve ark., 2020). Yapılan başka bir çalışmaya 1126 yaşlı birey dahil edilmiş kırılğanlık yaygınlığı %39.2 saptanmıştır (Eyigor ve ark., 2015). Aksaray ilinde yapılan bir çalışmaya göre 186 yaşlıdan %19.4'ü orta kırılğan ve %27.4'ü şiddetli kırılğan belirlenmiştir (Aşiret ve Çetinkaya, 2018). Diğer bir çalışma 130 yaşlı birey üzerinde yapılmış olup yaşlıların %10.0'ının orta kırılğan ve %13.1'inin ise şiddetli kırılğan olduğu tespit edilmiştir (Aygör ve ark., 2018). Başka bir çalışma da 400 yaşlı birey katılım sağlamış, yaşlı bireylerin %24.5'inin kırılğan olduğu saptanmıştır (Pala ve Yalçın Gürsoy, 2020). Türkiye'de kırılğanlık ortalamasının %44.5 olduğu belirtilmektedir (Pala ve Yalçın Gürsoy, 2020). Yaşlı 264 birey ile yapılan çalışmaya göre %23.1'inin şiddetli kırılğan olduğu bulunmuştur (İmren, 2020). Varan ve arkadaşları (2020) 1001 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada %3.8'inin orta kırılğan ve %0.8'inin şiddetli kırılğan olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada 76 yaşlı bireyin kırılğanlıkları sorgulanmış ve yaşlı bireylerin %15.8'inin orta kırılğan, %22.4'ünün şiddetli kırılğan olduğu saptanmıştır (Irgat ve ark., 2021). Başka bir kırılğanlık prevelansı çalışmasında 111 yaşlı dahil edilmiş, şiddetli kırılğanlık prevelansı %19.8 bulunmuştur (Düzgün ve ark., 2021). Yapılan diğer bir çalışmaya 200

birey dahil edilmiş, katılımcıların %66.5'inin kırılgan olduğu belirlenmiştir (Baş, 2022). Bir diğer çalışmada 164 kişinin %22.5'inde kırılganlık saptanmıştır. Bu kırılganların %7.9'u orta derece ve %1.2'si şiddetli kırılgan olduğu belirlenmiştir (Birlik & Balcı, 2022). Başka bir çalışmaya 202 yaşlı birey katılmış %21.8'inin şiddetli kırılgan olduğu belirlenmiştir (Gökgöz ve Yılmaz, 2023). Diğer bir çalışmada %3.3' ü orta kırılgan, %6.6'sı şiddetli kırılgan olarak belirlenmiştir (Gürkan, 2023). Diğer bir çalışma 142 yaşlı kadın üzerinden yapılmış araştırmada %16.2'si orta kırılgan, %4.9'u şiddetli kırılgan belirlenmiştir (Ünver ve ark., 2023). Bir başka çalışmada 68 yaşlı bireyden %32.4'ünün ileri derecede kırılgan olduğu bildirilmiştir (Şişman ve ark., 2024). Araştırma sonuçlardaki bu farklılıkların nedenleri arasında; farklı bölgelerde ve farklı kültürde yaşam tarzına sahip bireylerle yapılmış olması ile açıklanabilir. Kırılganlık düzeylerini belirlemede geliştirilen ölçekler uygulanacak ortam olan klinik ve toplum ayrımı gözetilerek yaşlı bireylere özgü olmalıdır.

Yaşın artışı ile azalan fizyolojik işlev yeteneği, yaşamı sürdürme ihtiyaçlarını sağlayamama zamanla bireyin GYA'yı yerine getirmesini kısıtlayarak bireyin bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (Bozkurt ve ark., 2022). Çalışmamızda KATZ GYA sınıflandırmasına göre yaşlı katılımcılar tüm örnekleme 3.23±1.86 puan ortalaması ile yarı bağımlı tespit edilmiştir. Yaşlı birey KATZ GYA ölçeğine göre değerlendirildiğinde; yaşlı bireylerin %42'si bağımlı, %32.4'ü yarı bağımlı, %25.6'sı bağımsız olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada 450 yaşlı birey katılmış olup katılımcıların %71'inin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu saptanmıştır (Mortazavi ve ark., 2020). Yapılan başka iki çalışmada birbirine benzer şekilde yaşlıların yaklaşık %18'inin bağımlı olduğu bildirilmiştir (Khan ve ark, 2018; Soubeyranve ark, 2012). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; bir araştırmada

yaşlı hastalardan %60'ının bağımsız, %8.7'sinin bağımlı, KATZ GYA ölçeği puan ortalaması 5.14 bulunmuştur (Pehlivanoglu ve ark., 2018). Yapılan başka bir çalışmada KATZ GYA ölçeği puan ortalaması 3.3 ile yaşlı bireyler yarı bağımlı saptanmıştır (Aslan ve Erci, 2019). 73 yaşlı birey ile yapılan bir diğer çalışmada GYA'ya göre yaşlıların %84'ü bağımsız, %23.3'ü kısmen bağımlı, % 2.7'si bağımlıdır (Ekici ve ark., 2019). Yapılan başka bir çalışmaya 783 yaşlı birey dahil edilmiş çalışmada %66.3'ünün bakımını kendisinin sürdürdüğü ve katılımcıların gereksinimlerini karşılamada bağımlı olmadığı belirtilmiştir (Gökçe ve ark., 2020). Elbi ve Özyurt (2021) KATZ indeksine göre yaşlıların %3.6'sını bağımlı bulmuştur. Klinikte yatarak tedavi alan 90 yaşlı bireylerin KATZ GYA ölçeği puan ortalaması 2.14 bulunmuş katılımcıların %58.3'ü bağımlı iken 19.8'i yarı bağımlı, %21.9'u bağımsız olarak saptanmıştır (Bozkurt ve ark., 2022). Bir diğer çalışmada katılımcıların GYA'sı %80.6'sının bağımsız; %10.4'ünün orta bağımlı %9'unun ise şiddetli bağımlı belirlenmiştir (Şahin ve ark., 2023). 151 yaşlı birey ile yapılan çalışmada KATZ puan ortalaması 3.25 bulunmuştur. Yaşlı bireylerin %11.9'u bağımlıdır (Değer ve ark., 2024). Bu bulgular yaşlı bireylerin toplumda veya klinikte değerlendirilmesi veya var olan fiziksel ve psikolojik sağlık durumlarının farklılığı ile açıklanabilir.

219 yaşlı birey ile yaptığımız çalışmada yaşlıların istismara maruz kalma durumunun %24.2 oranında azımsanmayacak kadar yüksek olduğunu doğruladık. Bu araştırmamızda yaşlı bireylerin %3.2'si fiziksel istismara, %15'i psikolojik istismara, %19.6'sı ihmale, %3.2'si ekonomik istismara uğradığını bildirmiştir. Cinsel istismar maruziyeti saptanmamıştır. Mevcut araştırmanın bulguları diğer araştırmalarla uyumlu olarak yaşlıların istismara maruz kalma oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Toplumsal ve kurumsal alanda yapılan çalışmalarda yaşlıların istismara uğrama sıklığı

%1-%35 arasında değişmektedir (Yon ve ark., 2017; Zhang, 2022). 28 ülkenin değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında İsveç, İspanya, Portekiz, Kanada, Hırvatistan gibi yüksek gelirli ülkelerde %0.8-%36.2, Türkiye, Malezya, Kolombiya, Çin gibi üst orta gelirli ülkelerde %4.5-%28.8, Peru, Hindistan, Mısır gibi alt orta gelirli ülkelerde %14-%79.7 oranında yaşlının istismara uğradığına dikkat çekilmiştir (Yon ve ark., 2017). Çinde kırsal ve kentsel alanda yapılan bir çalışmada, istismar vakalarının sayısının 1596 olduğu ve yaşlı istismar yaygınlığının %15.4 olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların toplam %31.2'si iki veya daha fazla istismar türüne maruz kaldığını ve bu türlerin en fazla ekonomik istismar ve ihmal ile karşılaştığını ifade etmiştir (Du & Chen, 2021). Yaşlı istismarının yaygınlığının kırılıganlıkla ilişkisi üzerine Kuzey Tayland'da 2022 yılında 210 yaşlı hasta dahil edilerek yapılan çalışmada yaşlı hastaların %15.7'sinin psikolojik istismara maruz kaldığı ve yaşlı istismarının yaygınlığı %2.38 ile araştırmamızdan oldukça düşük bulunmuştur (Choksomngam vd., 2023). 606 kişi ile yapılan çalışmada 487 kişinin 60 yaş üzeri bir araştırmada istismar prevalansı %35.7, fiziksel istismar %33.4, ekonomik istismar %12.3 ve ihmal %6.6 tespit edilmiştir (Torres-Castro vd., 2018). Türkiye'de farklı il ve bölgelerde yapılan araştırmalarda istismar yaygınlığı %10.8-%32.5 arasında değişmektedir (Altıntaş ve Korkmaz, 2020; Lök, 2015; Pak, 2020). Yapılan bir çalışmada katılımcıların %26.8'i fiziksel, %26.9'u ekonomik, %12.6'sı cinsel istismara ve %56.5'i ise orta düzeyde ihmal ve psikolojik istismara maruz kalmıştır (Aslan ve Erci, 2020). Araştırmalarda yaşlıların karşılaştığı en yaygın istismar türünün ihmal ve psikolojik istismar olduğu gösterilmiştir (Aslan ve Erci, 2020; Altıntaş ve Korkmaz., 2020; Şen ve Meriç 2020; Lök, 2015; Pak, 2020). Literatürde istismar oranı çalışmanın yapıldığı bölge, ülke, kullanılan ölçek ve kültüre göre değişiklik gösterebilmektedir. Yaşlılara yönelik

istismarın ve onun başlıca alt tiplerinin (psikolojik, fiziksel, cinsel ve ekonomik istismar ve ihmal) tanımlanması ve ölçülmesinde fikir birliğinin olmaması, gizli kalmasına neden olacak kültürel ve dini yaklaşımlar bildirilen yaygınlık oranlarında büyük farklılıklara yol açmış olabilir.

Yaşlı Bireylerin Sosyal ve Demografik Özelliklerin Edmonton Kırılgnalık Ölçeğine ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Bulgularına İlişkin Tartışılması

Bizim çalışmamızda hastaneler, cinsiyet, sosyal güvence, çocuk durumu, gelir düzeyi ve uzun süre yaşanan yer ile kırılgnalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kadınların geleneksel yapımızda fiziksel olarak daha aktif olmaları nedeniyle bu araştırmaya benzer bir sonuç olarak diğer araştırmalarda da kırılgnalık ile cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Aygör ve ark., 2013; Çakmur, 2015; Düzgün ve ark., 2021; Jankowska-Polańska ve ark., 2019; Yang ve ark., 2018). Çalışmamızdan farklı olarak kadınların kırılgnalık düzeyinin (%87.31) erkeklerden (% 67.9) daha fazla olduğu ve aralarındaki fark istatistiksel anlamlı tespit edilmiştir (Yalçınkılıç ve ark., 2020). Çalışmalarda kadınların erkeklerden daha kırılgn olduğunu da bildiren araştırmalar vardır (Carneiro ve ark., 2017; Şişman ve ark., 2024). Çalışma sonucundaki farklılıklar çalışmanın yapıldığı toplumdaki kültürel farklılıklara bağlı olabilir. Çalışmamızda cinsiyet faktörüne baktığımızda erkek yaşlı bireylerin KATZ GYA puan ortalaması kadınlardan daha düşük, erkek bireyler daha bağımlı bulunmuştur. 65 yaş üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıkları üzerine yapılan bir çalışmada kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Şahin ve ark., 2016). Çalışmalar bulgumuzdan farklı olarak kadın bireylerin daha bağımlı olduğu bildirilmiştir (Mortazavi ve ark., 2020; Somrngthong ve ark., 2017; Şişman ve

ark., 2024; Poli ve ark., 2017). Erkek bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumsuz olması bağımlılıklarını etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir. Yılmaz ve Çağlayan (2016)'ın çalışmalarında erkeklerin kadınlara göre daha düşük sağlıklı yaşam biçimine sahip olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda yaş arttıkça EKÖ puan ortalamasının arttığı görülmektedir. 75-89 yaş aralığındaki bireylerin kırılgnlık puan ortalaması 65-74 yaş aralığındaki bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Ulusal ve uluslararası araştırmalarda bulgumuzu destekler şekilde yaş artışı ile kırılgnlık arasındaki ilişki kanıtlanmıştır (Carneiro ve ark., 2017; Delbari, 2021; İmren, 2020; Jankowska ve ark., 2019; Kapucu ve Ünver, 2017; Khan ve ark., 2019; Setiati ve ark., 2021; Soyuer ve Süzen, 2021; Şenkal, 2022; Tse ve ark., 2020). Geriatrik grupta yapılan bir çalışmada 65-69 yaş arası bireylerde kırılgnlık prevelansı %5.1; 75 yaş ve üzeri bireylerde %16.8 olarak daha yüksek saptanmıştır. Kırılgnlık prevelanstaki bu artış yaş artışı ile ilişkilendirilmiştir (Woo ve ark., 2015). Yaşlılarda yaş arttıkça kırılgnlıkta artış yaşlanma sonucunda gelişen fizyolojik gerilemeler, kronik hastalıkların görülmesindeki artış ve çoklu ilaç kullanımından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda 75-89 yaş aralığındaki bireylerin, 65-74 yaş aralığındaki bireylere göre KATZ GYA puan ortalaması daha düşük bulunmuş olup yaş artışı ile bağımlılığın arttığı görülmüştür. Yapılan başka çalışmalarda bulgumuzu destekleyen sonuçlar vardır (Değer ve ark., 2024; Elbi ve Özyurt, 2021; Norman ve ark., 2021; Sagong & Yoon, 2021). Yaşın artması ile bireylede işlevsel bozukluklar ve ruhsal değişimlerle bağımlı olma beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Mevcut araştırmamızda literatürle uyumlu olarak bekar yaşlılar evli yaşlılardan daha kırılgn saptanmıştır (Atakul ve Aykar, 2019; Çelik, 2022; Elbi ve Özyurt, 2021;

Gökgöz ve Yılmaz, 2023; Yalçinkılıç ve ark., 2020). Çalışmamızın sonucunu destekleyen EKÖ kullanılarak bir çalışmada da en çok bekarlarda daha sonra dul medeni durumunda kırılganlık saptanmıştır (Yang ve ark., 2018). Bu durum literatürde evli olan yaşlıların fiziksel, duygusal ve sosyal destek varlığıyla güven duygusuna sahip oldukları için kırılganlık görülmesinin daha az yaşamış olabileceği şeklinde açıklanmıştır (Çelik, 2022; Atakul ve Aykar, 2019). Yaşlı bireylerin eşlerinin yanında manevi desteklerini alarak daha güvende hissetmeleri (Atakul ve Aykar, 2019) ve eşlerin duygusal, ekonomik ve sosyal destek sağlaması olasılığıyla bağlantılı kırılganlığın azalabileceği açıklanmıştır (Li ve ark., 2008). Kesitsel tipte bir çalışmada yaşlı bireylerin dul/bekar olmasının kırılganlığı etkilediği, dul olmanın yaşlılarda sosyal izolasyona neden olacağı ve özbakım gücünü azaltarak kırılganlığa neden olacağı şeklinde görüş bildirilmiştir (Grden ve ark., 2017). Medeni durumun kırılganlığı etkilemediğini belirten araştırmalar da bulunmaktadır (Çelik, 2022; Feng ve ark., 2017). Diğer bir çalışmada ise, evli olan bireylerin kırılganlığı bekar bireylere oranla yüksek saptanmıştır (Temizsoy, 2021). Bekar olan bireylerin sosyal desteklerinin evli olan bireylere göre daha az olmasından kaynaklı, bekar yaşlılar kendilerini daha yalnız hissetmesiyle kırılganlıklarının arttığı düşünülmektedir. Başkasına bağımlı olma ve aile içi bireylerin rollerini yerine getirememesi nedeniyle bekar bireylerde kırılganlık yüksek bulunmuş olabilir. Nitekim bu araştırmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da bekarların bağımlılık düzeyleri evlilerden yüksektir.

Mevcut çalışmamızda okuryazar olmayanların okuryazar olan ve ilköğretim eğitim seviyesine göre EKÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda da eğitim düzeyi düşük yaşlıların daha kırılgan olduğu saptanmıştır (Buchmann ve ark., 2019; Elbi ve Özyurt, 2021; Eyigor ve ark., 2015; Kapucu ve

Ünver, 2017; Khan ve ark., 2019; Soyuer ve Süzen, 2021; Poli ve ark., 2017). Brezilya’da yapılan bir çalışmada 540 yaşlının sınırlı eğitiminin bilişsel durum, işlevsel engellilik ve kırılabilirlik durumu ile ilişkisi gösterilmiştir (Brigola ve ark., 2019). Bir meta-analiz çalışmasında incelenen araştırmalardan birisinde eğitim seviyesi düşük olan yaşlıların daha fazla kırılabilir olduğu saptanırken, çalışmalardan üç tanesinde eğitim düzeyi ile kırılabilirlik arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Da Mata, 2016). Eğitimi düşük yaşlıların farkındalıkları daha az olması sorunlara karşı çözüm arayışı bulmadaki zayıflıkları kırılabilir olmaya yatkınlıklarını artırmaktadır. Eğitim düzeyi ve kırılabilirlik ilişkileri daha iyi anlamak için başka çalışmalara ihtiyaç vardır. Eğitim durumuna göre okuryazar olmayan yaşlıların KATZ GYA puan ortalaması, okuryazar ve ilköğretim mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bulgumuza benzer olarak başka çalışmalarda eğitim düzeyi düştükçe bağımlı olma durumunun arttığı saptanmıştır (Bozkurt ve ark., 2022; Değer ve ark., 2024; Elbi ve Özyurt, 2021; Gökçe ve ark., 2020; Norman ve ark., 2021; Pehlivanoglu ve ark., 2018; Sagong & Yoon, 2021).

Çalışmamızda yaşlı bireylerde çocukları, bakımevi ve torunları ile yaşayan yaşlı bireylerin EKÖ toplam puan ortalamaları eşi, eşi ve çocukları ve yalnız yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Yalnız yaşayan yaşlılarında EKÖ toplam puan ortalamaları eşi, eşi ve çocukları ile yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Temizsoy (2021) ve Şenkal (2022) çocuk veya akraba ile yaşamanın kırılabilirlikle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışma da ise yalnız yaşayan yaşlılar, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlılara göre daha kırılabilir bulunmuştur (Kapucu ve Ünver, 2017; Khan ve ark., 2019; Soyuer & Süzen, 2021). Bireyin mevcut kırılabilirliği, çocuğu ile yaşamasına ihtiyacı artırmış olabilir. Yaşlı bireyin çocuğu ve diğer kişilerle yaşamasıyla birlikte kendi alışık olduğu çevreden ayrılması, çocuğunun ya da yaşadığı

diğer kişilerin evine yerleşmesi onların çevresine göre uyum sağlayacak olması bireylerde sosyal yalnızlık hissetmesine ve kırılganlık yaşamaya neden olabileceği düşünülmektedir. Yaşlıların yalnız yaşaması da bireylerde sosyal yalnızlık hissettirebilir bu da yaşlıları kırılganlığa götürebilir. Yaşlı bireylerden çocuğu, bakımevi ve torunu ile yaşayanların KATZ GYA puan ortalaması eş ve çocuk, yalnız ve sadece eşiyile yaşayanlardan daha düşük bulunmuştur. Bu durum aile ilişkilerinin daha iyi incelenmesi gerektiğine işaret edebilir. Nitekim araştırma bulgularımız aile ve bakım veren ilişkisi orta olanların; kötü, iyi ve çok iyi olanlara göre EKÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Yaşlıya bakmakla yükümlü bireyin yaşlıdan başka kişilere de bakması sadece yaşlı bireye bakarlara göre EKÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Yaşlıdan başka bakmakla yükümlü olduğu kişileri olan bakım vericilerin KATZ GYA puan ortalaması, sadece yaşlıya bakmakla yükümlü olan kişilere göre daha düşük bulunmuştur. 783 kişi yapılan çalışmada yaşlının bakımını başka kişilerin sağlaması yaşlının bağımlılık düzeyinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Gökçe ve ark., 2020). Bakım verenin bakım yükü arttıkça yaşlı ile ilgilenmesi azalabilir. Bu durum yaşlının fiziksel, duygusal, manevi, sosyal, ekonomik ve işlevsel ihtiyaçlarının karşılanmasını önlemiş ve yaşlıda kırılganlık ve bağımlılığın artmasına neden olmuş olabilir şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda sosyal güvence, çocuk durumu ve gelir düzeyi, uzun süre yaşanan yerleşim yeri ile kırılganlık arasında ilişki bulunamamıştır. Kırılganlık ve ikamet yeri açısından anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (Eyigor ve ark., 2015). Eyigor ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada fazla sayıda çocuğu olanların daha kırılgan olduğu belirtmiştir. Gelir durumuna göre yapılan bir çalışmada gelir durumu

azaldıkça kırılğanlığın arttığı belirtilmiştir (Poli ve ark., 2017). Bu araştırmamızda gelir durumu ve kırılğanlık arasında ilişki bulamasakta gelir durumunun azalması kişinin yaşam kalitesini ve konforunu azaltacağı ve kırılğanlığı arttırabileceği düşünülmektedir.

Yaşlı Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Edmonton Kırılğanlık Ölçeği Ölçeği ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Bulgularına göre Tartışılması

Çalışmamızda kronik hastalığı olan yaşlıların EKÖ toplam puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada bulunan kronik hastalığı olan yaşlıların olmayanlara göre kırılğanlık düzeyinin yüksek olduğu sonucunu benzer pek çok araştırmada desteklemektedir (Elbi ve Özyurt 2021; Gökğöz ve Yılmaz, 2023; Palabıyık, 2019; İmren, 2020). Çin’de yapılan çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin kırılğanlık oranı %18.8, kronik hastalığı olmayan bireylerin kırılğanlık oranı %8.8 olarak saptanmıştır (Yang ve ark., 2018). Kronik hastalığın olması bireylerin sürekli ilaç kullanmasına neden olmakta ve kırılğanlık için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Yaşlı bireyin hastalığa bağlı uzun tedaviler görmesi bakımında güçlük nedeniyle kırılğanlık düzeyinin artabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda kronik hastalığı olan yaşlıların kronik hastalığı olmayan yaşlılara göre KATZ GYA puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Pek çok çalışmada kronik hastalığı olanların daha bağımlı olduğunu sonuçlarımıza benzer olarak doğrulanmıştır (Değer ve ark., 2024; Elbi ve Özyurt, 2021; Norman ve ark., 2021; Sagong & Yoon, 2021; Şişman ve ark., 2024). Yaşın artışı ile kas iskelet sisteminde ve bilişsel fonksiyonlarda değişiklikler kronik hastalıkları ortaya çıkarmaktadır. Kronik hastalıkların verdiği fiziksel ve psikolojik zorluklar günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılamada zorluk yaşatabilir ve kişiyi bağımlı hale getirebilmektedir. Yaşlı bireyler fiziksel ve psikolojik sağlıklarını arttırmak için fiziksel

aktivite, kas gücünü artırarak bağımlılık düzeylerini azaltabilirler ve kronik hastalıklara yakalanmayı önleyebilir veya geciktirebilirler.

Bu araştırmada idrar ve gaita kaçırmayan yaşlı katılımcıların kaçırın, bezlenen bireylere göre EKÖ toplam puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerde üriner enfeksiyon görülmesi önemli ve yaygın bir sorun olduğu ve kırılganlıkla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Zeng ve ark., 2020). Bu soruna bağlı yaşlılarda üriner inkonsitans görülmekte bu durumla birlikte yaşlıda kırılganlık görülebilir. 2660 hasta incelenerek yapılan çalışmada; üriner inkontinansın gelişmesi yaşlıyı kırılganlığa götürmektedir (Miles ve ark., 2001). Çalışmamızda idrar ve gaita kaçırın ve bezlenen yaşlı bireylerin KATZ GYA puan ortalaması idrar ve gaita kaçırmayan yaşlı katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Üriner inkontinans yaşayan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlandığı belirtilmiştir (Miles ve ark., 2001). İdrar kaçırmının yaşlıda sakatlığa yol açan düşme sayısında artışla da ilişkilendirilmiştir (Soliman ve ark., 2016). Çalışmamızda son bir yıl içindeki acile başvuru sayısı arttıka EKÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuş ve acile başvuru sayısı ile kırılganlık arasında ilişki saptanmıştır. Bu bulguya benzer olarak yapılan bir çalışmada son bir yılda acile başvuru sayısı ile kırılganlık arasında ikişki saptanmıştır (Eyigor ve ark., 2015). Çalışmamızda son bir yıldaki acile başvuru sayısı 5 ve üzerinde olan yaşlı bireylerin KATZ GYA puan ortalaması 1-2 kez ve 3-4 kez başvuranlara göre daha düşük bulunmuştur. Bağımlılık düzeyi arttıkça acile başvurunun artabilir. Bu durum beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda düşme öyküsü yaşayan yaşlı bireylerin düşme öyküsü olmayanlara göre daha kırılgan oldukları saptanmıştır. Literatürde kırılganlık ile düşme öyküsü arasındaki ilişki kanıtlanmıştır (Akın ve ark., 2015; Birlik ve Balcı, 2022;

Carneiro ve ark., 2017; Düzgün ve ark., 2021; Eyigor ve ark., 2015; Gale ve ark., 2016; Pala ve Yalçın Gürsoy, 2020; Qin ve ark., 2023; Setiati ve ark., 2021; Şahin ve ark., 2022; Şişman ve ark., 2024). Düşme ve kırılgnalık ile vücutta ve organlardaki sistemik değişiklikler, vücutta çoklu işlevsel değişimlere neden olmaktadır bu durumda yaşlıyı kırılgnlığa götürebilir (Buchmann, 2019). Yaşlının düşmesine bağlı yaralanmalar oluşmasına, yaşlının kas zayıflığı yaşayarak fiziksel fonksiyonelliğinin azlamasına, hareket kısıtlılığı yaşamasına ve yaşlının kırılgnalık gelişmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda son bir yıldaki düşme öyküsü olan yaşlı bireylerin KATZ GYA puan ortalaması düşme öyküsü olmayan yaşlı bireylere göre daha düşük bulunmuştur. KATZ GYA ölçeğine göre yapılan bir çalışmada düşme öyküsü olan yaşlı bireyler daha bağımlı bulunmuştur (Değer ve ark., 2024). Düşme ve bağımlı olma durumu arasında ilişki olduğu yapılan başka çalışmalarda da saptanmıştır (Norman ve ark., 2021; Sagong & Yoon, 2021).

Çalışmamızda yardımcı cihaz kullanan yaşlıların EKÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer sonuç bulan başka bir çalışmada yardımcı cihaz kullanımının kırılgnalık düzeyi ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Bruce ve ark., 2017; Şişman ve ark., 2024). Çalışmamızda beklenen bir bulgu olarak yardımcı araç gereç kullanımı olan yaşlı bireylerin KATZ GYA puan ortalaması yardımcı araç gereç kullanmayan yaşlı bireylere göre düşük bulunmuştur.

Yaşlı Bireylerin Sosyal, Demografik Özelliklerinin Geriatrik İstismar Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına Göre Tartışması

Mevcut çalışmamızda yaşlının bakım aldığı hastane, birlikte yaşanan kişi, gelir düzeyi, aile ve bakım veren ilişkileri algısına ile istismara uğrama durumu arasında

anlamalı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda yaşlı bireylerden aile ilişkilerini kötü ve orta düzeyde algılayanlar iyi ve çok iyi algılayanlara göre; bakım veren ile ilişkilerini orta düzey algılayanların iyi ve çok iyi algılayanlara göre psikolojik, ekonomik istismar, ihmal ve GİÖ toplam puan ortalaması daha yüksek tespit edilmiştir. Gelir düzeyi düşük olan yaşlı bireylerde ekonomik yetersizliklere bağlı olarak aile ilişkilerinin bozulduğu ve yaşlıların bu durumdan olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (Du ve Chen 2021; Kalaycı ve ark., 2018). Çalışmamızda bakım veren kişilerin özelliklerini sorgulamasak da yapılan çalışmalara bakıldığında bakım veren kişi ile ilgili çeşitli risk faktörleri de istismar mağduru olma riskini artırabilir. Bakım veren kişide alkol madde kullanımı, kişilik bozuklukları, zihinsel hastalık varlığı gibi faktörler sayılabilir (Makaroun ve ark., 2020; Pillemer ve ark., 2016; Yeşil ve ark., 2016). Günlük yaşam aktivitelerinde yerine getirememe ve bağımlılık düzeyinin artması yaşlının bakıma ve bakım veren kimselere ihtiyaç duymasına yol açmaktadır. Bu durum artan bakım talepleri, yoğunluğu olan bakım veren kimse için istismar ve ihmal riskini artırabilir. Bizim çalışmamızda yaşlıların gelir düzeyi azaldıkça istismarı GİÖ puan ortalaması artmaktadır. Çalışmamızda GİÖ alt boyutlarına göre fiziksel ve ekonomik istismara uğrama riski yüksek bulunmuştur. Du ve Chen (2021) ve Dong (2015) çalışmaların da gelir düzeyi azaldıkça istismara uğrama oranının arttığı belirtmişlerdir. Bazı çalışmalarda bulgularımızı destekler şekilde yaşlının istismara uğrama durumu ve düşük gelir düzeyi arasında anlamlı fark bulunmuştur (Aslan ve ark., 2020; Kulakçı Altıntaş ve ark., 2020; Şahin ve ark., 2018; Pak, 2020; Kshatri ve ark., 2021; Santos ve ark., 2020).

Bu araştırmada istismar durumu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çocuk varlığı, bakmakla yükümlü olunan başka kişi varlığına göre anlamlı ilişki saptanmamıştır. Pek çok araştırma cinsiyet değişkeni açısından

çalışmamızın sonucunu desteklemektedir (Mohseni ve ark., 2019; Şimşek ve Evin, 2024; Yon ve ark., 2017). Tersine kadın cinsiyetinin istismara uğrama durumu arasında ilişki tespit eden çalışmalar da bulunmaktadır (Aslan ve ark., 2020; Ho ve ark., 2018; Kshatri ve ark., 2021; Pak, 2020). Bu farklı sonuçların nedeni farklı kültürlerde kadın haklarına verilen değer ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile açıklanabilir. Bizim toplumumuzda kadınlar ve erkekler arasında fark bulunmamasının nedeni istismara uğramada bilgi vermek istememe ve saklama isteği ile ilişkili olabilir.

Bizim çalışmamızda yaş ve istismara uğrama durumu arasında ilişki bulunmamıştır. Chandanshive ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada 70-79 yaş grubundaki tüm yaşlı yetişkinlerde istismar daha fazla bulunsada yaş ile istismar durumu arasında ilişki saptanmamıştır. Sezer ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada yaş ile istismar durumu arasında bir ilişki saptamamıştır. Literatürde yaşlı istismarının yaş ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Aslan ve Erci, 2020; Dong, 2015). Çalışmamızda yaş ile ilişki bulamasakta yaş ilerledikçe yaşlıların daha savunmasız hale gelmesi istismar riskini arttırabileceği düşünülebilir.

Medeni durum ve eğitim durumu ile istismara uğrama arasında ilişki bulamadığımız çalışma bulgumuzu destekleyen araştırmalar vardır (Chandanshive ve ark., 2022; Sezer ve ark., 2021). Tersinde medeni durumda boşanmış ya da dul olmanın istismar riski ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Aslan ve Erci, 2020; Pak ve ark., 2020; Kshatri ve ark., 2021). Yaşlı istismarının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu da bildirilmektedir (Dong, 2015; Şahin ve ark., 2018; Kulakçı ve ark., 2020). Çalışmamızda eğitim düzeyi ve istismar arasında ilişki bulamasakta yaşlıdaki eğitim yetersizliğine bağlı kendini ifade edememesi, yaşlı bireylerin yardım isteme yollarını bilmemesi istismara uğrama durumunu arttırabilir. Cinsiyet ile istismara uğrama

durumu arasında ilişki bulamasa da yapılan başka çalışmalarda yaşlı istismarı ile cinsiyet arasında ilişki saptanmıştır (Aslan ve Erci 2020; Pak, 2020; Ho ve ark., 2017). Mevcut araştırmada sosyal güvence ile istismar arasında ilişki saptanmasa da sosyal güvencenin olmamasının istismar ile ilişkisi bildirilmiştir (Kulakçı ve ark., 2020; Şahin ve ark., 2018). Çalışmamızda sosyal güvence ile ilişki bulamamış olsakta sosyal güvence varlığı yaşlının sağlık hizmeti almasını kolaylaştırmaktadır ve daha çok kişiyle iletişim kurmasını ve bu kişilere ulaşmasına daha kolaylık sağlamaktadır bu durum istismar riskini azaltabilir. Bizim çalışmamızda çocuk varlığı ile istismara uğrama durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Du ve Chen (2021) çocuk sayısı ne kadar fazlaysa, fiziksel istismar, finansal istismar ve yaşlı ihmali riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Mevcut araştırmada bakım verenin bakmakla yükümlü olduğu yaşlıdan başka kişilerin varlığı ile yaşlı istismarı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu beklemediğimiz bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Çünkü bu koşullar bakım vericinin bakım yükünü arttırmaktadır. Yaşlılar ile bakım vericileri arasındaki ilişki bozulabilmektedir. Yaşlılar ile yetişkinler, akrabaları veya bakıcıları arasında uygunsuz bir ilişki olduğunda yaşlıların istismara uğrama riskinin daha fazla olduğu düşünülmektedir (Faustino ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda çocuk veya başkalarıyla yaşayan yaşlıların istismara uğrama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızın bulgusuna benzer olarak çocuk veya başkalarıyla yaşayan yaşlıların ekonomik istismar puanı, kendi evinde yaşayan yaşlılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Daşbaşı ve ark., 2019). Yaşlı bireyin çocukları ve torunları ile birlikte yaşaması çatışma olasılığını arttırdığı, bu da yaşlılara yönelik istismar riskinin artmasına neden olduğunu belirtmiştir (Elman ve ark., 2020; Makaroun ve ark.,

2020). Bizim çalışmamızda çocuk sahibi olma ile fiziksel ve psikolojik istismar riski arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Literatürde benzer olarak çocuk sahibi olma ile istismar arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir (Aslan ve ark., 2020; Daşbaş ve ark., 2019; Dong, 2015; Şahin ve ark., 2020). Bir başka çalışmada da çocuk sayısı ile fiziksel istismar, finansal istismar ve yaşlı ihmali riski daha yüksek bulunmuştur (Du ve Chen, 2021). Bu bulgu aile içi ilişkilerde iletişim ve yaşlı bakımında yer alacak kişilerin eğitim ve sağlık çalışanı tarafından gözlemlenmesi ihtiyacını düşündürmektedir.

Yaşlı Bireylerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Geriatrik İstismar Ölçeği ve Alt Boyutlarına Göre Tartışması

Çalışmamızda kronik hastalığı bulunan yaşlıların fiziksel ve ekonomik istismar puan ortalaması kronik hastalığı bulunmayan yaşlılara göre yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı bulunan yaşlıların fiziksel ve ekonomik istismara uğrama durumu arasında ilişki olduğu görülmektedir. Literatürdeki bazı çalışmalar kronik hastalığı olan yaşlıların istismar mağduru oldukları belirtilmiştir (Daşbaş ve ark., 2019; Dong, 2015). Çalışmamızın bulgularına benzer kronik hastalık varlığı ile istismar arasında anlamlı fark olduğunu belirtilmiştir (Pak, 2020; Pickering, 2020). Kronik sağlık sorunları olan yaşlılar durumlarını yönetmek ve sağlıklı kalmak için ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ve malzemelere erişmede zorlanabilirler. İzolasyon, mali stres ve sağlık endişeleri gibi sorunlar yaşlıların istismarına yatkınlığa katkı yapıyor olabilir (Makaroun ve ark., 2020). Çalışmamızda bezlenen katılımcıların idrar ve/veya gaita kaçıranlardan psikolojik istismar puan ortalaması daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. Bu durum bakım vericinin yükünü artması ile ilişkili olabilir. Ancak bu araştırmada bakım vericinin yükü incelenmemiştir. Yapılan bir çalışmada bakım yükü ile yaşlı istismarı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur

(Mahmoudian ve ark., 2021; Özcan ve ark., 2017). KATZ GYA kullanılarak yapılan bir çalışmada dışkı veya idrar tutmayı sağlamayan yaşlıların daha çok fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Faustino ve ark., 2014).

Çalışmamızda son bir yıldaki düşme öyküsü olan yaşlıların düşme öyküsü olmayan yaşlılara göre ekonomik istismar puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Richmond ve arkadaşları (2002) 38707 geriatrik travma olgularının incelediği çalışmalarında en sık başvuru nedeni düşme olarak saptamıştır. Çalışmamızda ilişki bulamasa da yaşlı yetişkinlerde yaygın yaralanmalar yaşlının istismar edildiğini düşündürülebilir ya da düşme sonrası travmaya bağlı da ortaya çıkmış olabilir. Nadir görülen yaralanmalar istismarı düşündürüleceğinden ayırt edebilmek için yaralanmanın yerine ve şekline göre değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda son bir yıldaki acile başvuru sayısı ile istismar durumu arasında bir ilişki saptayamadık. 1988 ile 2019 arasında yayınlanmış 55 çalışma incelenmiş acil servis ziyareti sırasında en sık tespit edilen yaşlı istismarı türü ihmal ve ardından fiziksel istismar olarak bildirilmiştir (Mercier ve ark., 2020). Evans ve arkadaşları (2017) acil servislere ihmal ve fiziksel istismar vakalarının daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Acil servise başvuran 1061 kişi ile yapılan çalışmada yaşlıların %5,1'i istismara maruz kaldığını bildirmiştir (Gagnon ve ark., 2023). Çalışmamızda acil başvuru ve istismar durumu arasında bir ilişki bulamasa da acil servisler bireylerin en çok başvurduğu birimlerden biridir. Acil serviste travma olgularında görüntüleme yöntemleri büyük öneme sahiptir. Acile başvuru nedenleri iyi sorgulanmalıdır. Yaşlı hastalar da sıklıkla acile başvuran bir grup olması nedeniyle istismar yönünden değerlendirip saptanması yönünden oldukça önemlidir.

Çalışmamızda yardımcı araç gereç kullanan bireylerin kullanmayan yaşlı bireylere göre fiziksel istismar puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Araştırmalarda fiziksel istismar ve saldırı ile ilişkili yaralanmaların en sık baş, boyun ve üst ekstremitelerde meydana geldiğini göstermiştir (Rosen ve ark., 2016; Rosen ve ark., 2018). Yaşlıda yardımcı araç gereç kullanımı sorgulanırken ve kullanım yeri değerlendirilirken travmaya bağlı ise niteliği göz önünde bulundurulmalı şüpheli yaralanmalar istismar açısından sorgulanmalıdır. Yardımcı araç gereç kullanımı yaşlı bireyi bir başkasına bağımlı ve savunmasız hale getirebilmektedir. Yaşlıların yardımcı araç gereç kullanımında ne zaman ve neden kullanmaya başladığı, travma ve yaralanma şüphesi istismarı düşündürebildiği gibi bu durum başka yönüyle bakıldığında yaşlı bireylerin yaşa bağlı biyolojik ve fizyolojik gerilemeler nedeni ile günlük yaşamlarında yardımcı araç gereç kullanmaları olabilir.

Yaşlılardaki Kırılganlık ile İstismar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bizim çalışmamızda kırılgan yaşlıların istismara uğrama oranları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Kuzeydoğu Brezilya'daki bir şehrin acil bakım ünitesinde yaşlı yetişkinlerle yürütülen 146 yaşlının yer aldığı bir çalışmada yaşlıların istismara uğrama durumu kırılganlık arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Dos Santos ve ark., 2020). Türkiye'de yapılan bir araştırmada yaşlıların %28.68'inin kırılgan grupta ve %22.84'ünün istismara uğramış olduğu ve kırılganlık ile istismar arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bildirilmiştir (Akyol Guner, 2022). Dünyada ve ülkemizde bizim bulgularımızın tersine kırılganlık ile istismara uğrama durumunda bir korelasyon tespit edilmemiş olan araştırmalar da bulunmaktadır (Choksomngam ve ark., 2023; Piña-Escudero ve ark., 2017). Torres-Castro ve arkadaşları (2018) toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerde

kırılganlık ve yaşlı istismarı arasında bir ilişki saptamıştır. Kırılgan bireylerin istismara uğrama durumunun iki katından daha fazla olduğunu belirtilmiştir. Depresif kırılgan yaşlılar ile istismar arasında ilişkiyi anlamlı bulmuş ancak yaş, cinsiyet, eğitim, yaşam düzeni ve mesleki durum, eşlik eden hastalık, yetersiz beslenme riski, idrar ve dışkı tutamama ve polifarmasi ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bir araştırmada istatistiksel olarak anlamlı korelasyonların olmaması yaşlı istismarının yaygınlığının düşük olması ile açıklanmıştır (Choksomngam vd., 2023). Bizim araştırmamızda elde edilmiş sonuç beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Kırılganlığın arttırabileceği bağımlılık ve destek gereksinimleri üzerine potansiyel etkisini göz önüne alındığında yaşlı istismarı ile ilişkisi olabilir (Akyol Guner, 2022).

Yaşlılardaki Bağımlılık ile İstismar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Mevcut çalışmamızda KATZ GYA Ölçeği ve GİÖ arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.038$; $p=0.580$). Benzer olarak çalışmalarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin artması ile istismara uğrama arasında ilişki bulunmamıştır (Alexa ve ark., 2020; Chandanshive ve ark., 2022; Sezer ve ark., 2021). İranda yapılan bir çalışmada ise bağımlılık puanı ile yaşlı istismarı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptanmıştır (Mahmoudian ve ark., 2021). Başka bir çalışmada yaşlıların temel günlük yaşamın aktivitelerine bağımlılıkları ile fiziksel şiddete maruz kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bildirilmiştir (Faustino ve ark., 2014). Günlük yaşam aktivitelerinin azalması ve bağımlılık düzeyinin artması yaşlının bakıma daha fazla ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Bakım verici ve diğer kişiler yaşlılarda artan bağımlılıkla birlikte destek gereksiniminin artmasıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bakım verenler yaşlı bireylerin

bakım zorluğu ve sürekli talepleri karşısında bunalmış ve istismarcı davranışa başvurma ihtimalini tetikleyebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Çalışmamızda bir üniversite ve bir devlet hastanesinde palyatif bakım alan yaşlı bireylerin istismara maruz kalmaları ile kırılabilirlik arasındaki ilişki araştırıldı. Sonuç olarak palyatif bakım alan yaşlı katılımcıların tüm örneklemdaki kırılabilirliği hafif düzeyde, günlük yaşam aktivitelerinde ise yarı bağımlı oldukları tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerin yaklaşık dörtte biri (%24.2) istismara uğradığını bildirmiştir. Mevcut araştırmada en sık ihmal (%19.6) ve psikolojik istismar (%15) ile bireyler karşılaştığını ifade etmiştir. Katılımcıların %3.2'si ekonomik, %3.2'si fiziksel istismar ile karşılaşmıştır.

Araştırmada hastane, sosyal güvence, çocuk durumu, gelir düzeyi ve uzun süre yaşanan yer ile kırılabilirlik ve bağımlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sosyal ve demografik özelliklerine göre; yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşlının birlikte yaşadığı kişiler, yaşlıya bakmakla yükümlü bireyin yaşlıdan başka kişilerde bakması, aile ilişkileri algısı ve yaşlının bakım veren ile ilişkisi algısı ve kırılabilirlik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda sağlıkla ilgili özelliklere göre; kronik hastalık varlığı, idrar ve gaita kaçırma durumu, son bir yıldaki acile başvuru, son bir yıldaki düşme öyküsü ve yardımcı araç gereç kullanımı ile kırılabilirlik düzeyi ve bağımlılık arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal ve demografik özelliklerine göre; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yaşlının birlikte yaşadığı kişiler, yaşlıya bakmakla yükümlü bireyin yaşlıdan başka kişilerde bakması bağımlılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.

Araştırmada yaşlı bireylerin istismara uğrama durumları ile hastane, birlikte yaşanan kişiler, gelir düzeyi, aile ve bakım veren ilişkisine göre istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerin istismara uğrama durumları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal güvence, çocuk durumu, uzun süre yaşanan yer, bakım verenin bakmakla yükümlü olduğu başka birinin varlığı, kronik hastalık, idrar ve gaita kaçırma, son bir yılda acile başvurma, son bir yılda düşme ve kullanılan yardımcı araç gereç varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Yaşlı bireylerin kırılganlık ve yaşlı istismarına maruz kalmaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yaşlılardaki kırılganlık ile bağımlılık düzeyleri arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerin bağımlılık ve istismara uğrama durumu arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamsız bir ilişki saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER

Yaşlı istismar ve ihmalini tamamen önlemek mümkün olmamaktadır. Ancak alınacak önlemler ile azaltılabilir. Sağlık çalışanlarının, toplumun ve yaşlı bireylerin istismar konusunda bilgilendirilmesi, eğitimi ve farkındalığı artırılmalıdır. Yaşlı bireylerin yaşlı istismarının ne olduğunu, istismara maruziyetinde yasal başvuru süreçleri ve hangi önlemleri alabileceğini anlamalarına yardımcı olunmalıdır.

Sağlık çalışanlarının 75 yaş ve üzerinde, eğitim düzeyi düşük, bakım ev/çocuk ve torunu ile yaşayan, bakım verenin başka birine bakım verdiği kişi varlığı, kronik hastalığı olan, idrar ve gaita kaçırma, sık acile başvurusu, sık düşme öyküsü ve yardımcı araç kullanımı olan yaşlılarda bağımlılık ve kırılganlık yönünden kapsamlı geriatrik değerlendirmelerini daha düzenli aralıklarla yapması,

Riskli grup olarak kırılgnlık düzeyi yüksek, gelir düzeyi düşük, birlikte yaşanılan bireylerde risk oluşturabilecek bakım verici varlığı tespit edilen yaşlının istismar riski ve tespiti için dikkatle taramalarına devam edilmesi,

Sağlık kurumları istismara uğrama ve kırılgnlık yönünden risk grubunda olan yaşlıların öncelikli olarak değerlendirilmesi ve bu konuda kurumsal talimat/rehber/ölçeklerin oluşturulması ve kullanılması önerilmektedir.

Kırılgnlık ve istismarın ölçümünde farklı kırılgnlık ölçekleri ve farklı istismar leklerinin kullanıldığı göz önüne alındığında kanıtları artırmak için bölgeler, ülkeler arası ve farklı kltlerin karşılaştırıldığı daha fazla ve geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır. Literatürde konu hakkında araştırmalar sınırlı olduğu için sağlık kurumları ortamlarında ve klinik servislerde yaşlı istismarını ve kırılgnlığı ve ilişkilerin incelemesi ve araştırılmasına odaklanması, önceden yapılmış benzer araştırmaların meta-analizinin yapılması önerilmektedir.

Kırılgnlık nlenebilir bir durumdur. Yaşlı bireyde kırılgnlık konusunda yaşlıya, aile bireyleri ve bakım vericilere farkındalık eğitimleri yapılmalıdır.

Geleceğin meslek adayı hemşire öğrencilerin farkındalığını artırmak için eğitim müfredatlarında yaşlı bireyde kırılgnlık ve istismarı belirleme ve nleme yaklaşımlarına yer verilmelidir.

Türkiye'deki yasal sistemde istismar ve ihmalle ilişkili cezaların az olması, istismarı yapanlar için caydırıcı olmamasından dolayı yaşlı kişilerin haklarını koruyan yasal düzenlemeler için hemşireler lobicilik yapmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abdi, A., Tarjoman, A., & Borji, M. (2019). Prevalence of elder abuse in Iran: a Systematic review and meta-analysis. *Asian journal of psychiatry*, 39, 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.005>
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *American journal of public health*, 100(2), 292–297. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.163089>
- Akın, S., Mazıcıoğlu, M. M., Mucuk, S., Gocer, S., Deniz Şafak, E., Arguvanlı, S., & Ozturk, A. (2015). The prevalence of frailty and related factors in community-dwelling Turkish elderly according to modified Fried Frailty Index and FRAIL scales. *Aging clinical and experimental research*, 27(5), 703–709. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0337-0>
- Akkaya, B., Çöl, M. (2022). Halk Sağlığı Bakışıyla Yaşlı İstismarı ve İhmali. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(2), 456-464. DOI: 10.21763/tjfmpe.1030724
- Aktaş, M. (2024). Yaşlı İstismar ve İhmaline İlişkin Uygulanan Kuramsal Yaklaşımlar. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 154-160. <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.1409341>
- Akyol Guner T. (2022). Evaluation of frailty, abuse and depression among community-dwelling older adults in a northwest city of Turkey. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 22(4), 485–492. <https://doi.org/10.1111/psyg.12832>
- Alexa, I. D., Ilie, A. C., Pislaru, A. I., Dronic, A., Gavrilovici, O., Alexa-Stratulat, T., Stefaniu, R., Sandu, I., Nuta, C., & Herghelegiu, A. M. (2020). Elder abuse and associated factors in eastern romania. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 20(2), 196–205. <https://doi.org/10.1111/psyg.12488>
- Arpacı, F., Bakır, B. (2017). Yaşlı İstismarı Ve İhmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 21(3), 691-703.
- Arslan, M., Keskin Arslan, E., Koç, E. M., Sözmen, M. K., & Kaplan, Y. C. (2020). Altmış beş yaş ve üzeri kişilerde kırılabilirlik ile ilaç kullanımı ve polifarmasi arasındaki ilişki. *Med Bull Haseki*, 58(1), 33-41.
- Artan, T. (1996). “Aile İçi Fiziksel Yaşlı İstismarı”, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aslan, H., & Erci, B., (2020). The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect. *Journal Of Public Health-Heidelberg* , 28(5), 525-533.
- Aşiret, G., & Çetinkaya, F. (2018). Hastanede yatırılan yaşlı hastaların kırılabilirlik ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(4), 184-188.
- Atakul E, Akyar İ. (2019). Hematolojik kanserli yaşlı erişkinlerde kırılabilirlik prevalansı ve özellikleri. *Asya-Pasifik Onkoloji Hemşireliği Dergisi*;6(1):43-9.
- Aydoğan, Ü., Onar, T., Nerkiz, P. (2011). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler. *Gerofam Tıp Dergisi*, 2(3), 1-12.

- Aygör, H. E., Fadiloğlu, Ç., Aykar, F. Ş., & Akçiçek, F. (2013). Testing the reliability and validity of the “Edmonton Frail Scale” in Turkish population. *European Geriatric Medicine*, (4), S76.
- Baş, K. G. (2022). Yaşlılarda fiziksel aktivitenin kırılabilirlik düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi (Master's thesis, Hitit Üniversitesi).
- Birlik, K. B., & Balcı, U. G. (2022). Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Kırılabilirlik Sendromu Açısından Analizi. *İzmir Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(1), 29-35.
- Bozkurt, C., Karalar, B. C., Hoşaf, S., & Karadakovan, A. (2022). Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Düşme Riski Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(3), 219-229.
- Brigola, A. G., Alexandre, T. D. S., Inouye, K., Yassuda, M. S., Pavarini, S. C. I., & Mioshi, E. (2019). Limited formal education is strongly associated with lower cognitive status, functional disability and frailty status in older adults. *Dementia & neuropsychologia*, 13(2), 216–224. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-020011>
- Bruce, J., Ralhan, S., Sheridan, R., Westacott, K., Withers, E., Finnegan, S., Davison, J., Martin, F. C., Lamb, S. E., PreFIT Intervention (MFFP) Group, & PreFIT Study Group (2017). The design and development of a complex multifactorial falls assessment intervention for falls prevention: The Prevention of Falls Injury Trial (PreFIT). *BMC geriatrics*, 17(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0492-6>
- Buchmann, N., Spira, D., König, M., Demuth, I., & Steinhagen-Thiessen, E. (2019). Frailty and the Metabolic Syndrome - Results of the Berlin Aging Study II (BASE-II). *The Journal of frailty & aging*, 8(4), 169–175. <https://doi.org/10.14283/jfa.2019.15>
- Bulut, E. A., Soysal, P., & Isik, A. T. (2018). Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. *Clinical Interventions in Aging*, 4(13):1899-1905. doi: 10.2147/CIA.S180281.
- Bunt, S., Steverink, N., Olthof, J., Van Der Schans, C. P., Hobbelen, J. S. M. (2017). Social frailty in older adults: a scoping review. *European Journal Of Ageing*, 14(3), 323-334.
- Carmona-Torres JM, López-Soto PJ, Coimbra-Roca AI, Gálvez-Rioja RM, Goergen T, Rodríguez-Borrego MA. Elder abuse in a developing area in Bolivia. *Journal of interpersonal violence*. 2018;33(2):339-56.
- Carneiro, J. A., Cardoso, R. R., Durães, M. S., Guedes, M. C. A., Santos, F. L., Costa, F. M. D., & Caldeira, A. P. (2017). Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(4), 747–752. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>
- Chandanshive, P., Subba, S. H., Parida, S. P., & Mishra, S. (2022). Prevalence patterns and associated factors of elder abuse in an urban slum of eastern India. *BMC geriatrics*, 22(1), 317. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02986-9>
- Chen, X., Mao, G., & Leng, S. X. (2014). Frailty syndrome: an overview. *Clinical interventions in aging*, 9, 433–441. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45300>
- Choksomngam, Y., Petrungjarern, T., Ketkit, P., Boontak, P., Panya, R., Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Lertrakarnnon, P. (2023). The Prevalence of Elder Abuse and its Association with Frailty in Elderly Patients at the Outpatient

- Department of a Super-Tertiary Care Hospital in Northern Thailand. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(9), 1644. <https://doi.org/10.3390/medicina59091644>
- Coelho, T., Paül, C., Gobbens, R. J., Fernandes, L. (2015). Determinants of frailty: the added value of assessing medication. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 56-64.
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x>
- Crooms, R. C., & Gelfman, L. P. (2020). Palliative Care and End-of-Life Considerations for the Frail Patient. *Anesthesia and analgesia*, 130(6), 1504–1515. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004763>
- Çakmur, H. (2015). Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Medical Science Monitor*, 21, 1232-1242. doi: 10.12659/MSM.893400
- Çelik, M. (2022). Yaşlı hipertansiyon hastalarında kırılabilirlik ve öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Düzce.
- Çiftçi, H., Daştan, N. B., & Kaya, F. (2020). Acil servisin bilinmeyen-görülme-yeni: yaşlı istismarı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(3), 213-220.
- Da Mata, F. A., Pereira, P. P., Andrade, K. R., Figueiredo, A. C., Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2016). Prevalence of Frailty in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, 11(8), e0160019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160019>
- Dasbas, S., & Isikhan, V. (2018). Elder abuse in Turkey and associated risk factors. *Journal of Social Service Research*, 45(5), 739–749. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1511883>
- Daşbaşı, S., Koçoğlu Tanyer, D., & Kesen, N. F. (2019). The geriatric mistreatment scale: The validity and reliability of its Turkish adaptation. *The Turkish Journal of Geriatrics*, 22(1), 91–100. <https://doi.org/10.31086/tjgeri.2019150578>
- De vries, N.M., Staal, J.B., van Ravensberg, C.D., Hobbelen, J.S., Olde Rikkert, M.G., Nijhuis-van der Sanden, M.W. (2011). Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. *Ageing Res Rev*, 10(1), 104-14
- Değer, M. S., Sezerol, M. A., & Atak, M. (2024). Assessment of frailty, daily life activities, and nutrition of elderly immigrants: A household based cross-sectional study. *Medicine*, 103(17), e37729. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037729>
- Delbari, A., Zanjari, N., Momtaz, A., Rahim, F., Saeidimehr, S. (2021). Prevalence of frailty and associated socio-demographic factors among community-dwelling older people in southwestern Iran: a cross-sectional study. *Journal of Diabetes Metabolic Disorders*, 20(1), 601-610.
- Dong X. (2014). “Self-neglect in an elderlycommunity-dwelling U.S. Chinese population: findingsfromthePopulationStudy of ChineseElderly in Chicago study”. *Journal of theAmericanGeriatricsSociety*, 62(12), 2391–2397. <https://doi.org/10.1111/jgs.13140>.
- Dong X. (2017). Elder self-neglect: research and practice. *Clinical interventions in aging*, 12, 949–954. <https://doi.org/10.2147/CIA.S103359>
- Dong X. Q. (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214–1238. <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>

- Dong, X., Simon, M., & Evans, D. (2014). A population-based study of physical function and risk for elder abuse reported to social service agency: findings from the Chicago health and aging project. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 33(7), 808–830. <https://doi.org/10.1177/0733464812459371>
- Dos Santos, R. C., Menezes, R. M. P., Souto, R. Q., de Araújo, G. K. N., Marcolino, E. C., Soares, M. C. D. S., & Almeida, J. L. S. (2020). Frailty Syndrome: A Risk Factor Associated With Violence in Older Adults. *Journal of forensic nursing*, 16(3), 130–137. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000295>
- Düzgün, G., Üstündağ, S. & Karadakovan, A. (2021). Assessment of Frailty in The Elderly. *Florence Nightingale J Nurs*, 29(1), 2-8.
- Ekici, E., Çolak, M. Y., & Kozan, E. H. (2019). Huzurevinde yaşayan yaşlıların beslenme durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 506-518.
- Elbi, H., Özyurt, B. C. (2021). 65 Yaş ve Üstü Bireylerde Kırılğanlığın Prevalansı ve Kırılğanlığı Etkileyen Faktörler. *Smyrna Tıp Dergisi*, 9-17.
- Eyigor, S., Kutsal, Y. G., Duran, E., Huner, B., Paker, N., Durmus, B., ... & Ceceli, E. (2015). Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation, Geriatric Rehabilitation Working Group. Frailty prevalence and related factors in the older adult-FrailTURK Project. *Age (Dordr)*, 37(3), 9791.
- Evans, C. S., Hunold, K. M., Rosen, T., & Platts-Mills, T. F. (2017). Diagnosis of Elder Abuse in U.S. Emergency Departments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(1), 91–97. <https://doi.org/10.1111/jgs.14480>
- Feng, Z., Lugtenberg, M., Franse, C., Fang, X., Hu, S., Jin, C., Raat, H. (2017). Risk factors and protective factors associated with incident or increase of frailty among community-dwelling older adults: A systematic review of longitudinal studies. *Plos One*, 12(6), 1-18.
- Faustino, A. M., Gandolfi, L., Moura, L.B.dA. (2014). Functional capability and violence situations against the elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27:392-8.
- Fitten L. J. (2015). Psychological Frailty in the Aging Patient. *Nestle Nutrition Institute workshop series*, 83, 45–53. <https://doi.org/10.1159/000382060>
- Gagnon, S., Nadeau, A., Tanguay, K., Archambault, P. M., Brousseau, A. A., Carmichael, P. H., Emond, M., Deshaies, J. F., Benhamed, A., Blanchard, P. G., Mowbray, F. I., & Mercier, E. (2023). Prevalence and predictors of elder abuse among older adults attending emergency departments: a prospective cohort study. *CJEM*, 25(12), 953–958. <https://doi.org/10.1007/s43678-023-00600-4>
- Gale, C. R., & Cooper, C. (2018). Attitudes to Ageing and Change in Frailty Status: The English Longitudinal Study of Ageing. *Gerontology*, 64(1), 58–66. <https://doi.org/10.1159/000477169>
- Garg, R., Mattoo, K., Kumar, L., Khalid, I., Baig, F., Elnager, M., & Faridi, M. A. (2021). Impact of Sensitization of Family Caregivers upon Treatment Compliance among Geriatric Patients Suffering from Elder Abuse and Neglect. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(2), 226. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020226>
- Gedfew, M., Getie, A., Akalu, T. Y., & Ayenew, T. (2024). Prevalence and types of elder abuse in Sub Saharan Africa, systematic review and meta-analysis, 2023. *Journal of the National Medical Association*, 116(3), 292–301. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2024.05.002>

- George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Gökçe, S., Boyraz, S., Adana, F., Demirkıran, F., Kiraz, EDE, Aktaş, B., Özvernaz S., Yıldırım, B. (2020). 75 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Yaşam Koşulları ve Sağlık Koşulları. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 168-183. <https://dergipark.org.tr/en/pub/jphn/issue/58585/799497>
- Gökgöz, R., & Yılmaz, C. K. (2023). Acil servise başvuran yaşlı bireylerde bakım bağımlılığının kırılabilirlik düzeyine etkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 62(2), 195-204.
- Grden, C. R. B., Lenardt, M. H., Sousa, J. A. V., Kusomota, L., Dellaroza, M. S. G., Betiolli, S. E. (2017). Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 5, 25.
- Hall, Sue, Petkova, Hristina, Tsouros, Agis D, Costantini Massimo, Higginson, Irene J. Palliative care for older people: better practices. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2011. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326378>
- Irgat, S. İ., Kızıltan, G. (2021). Yaşlı bireylerde kırılabilirlik ile malnütrisyon ilişkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(Özel Sayı), 88 100.
- İlhan, B., Bahat, G., Saka, F., Kılıç, C., Merve Oren, M., Karan, M. A. (2020). “A new screening tool for self-neglect in community-dwelling older adults: IMSelfneglectquestionnaire”. *The aging male*, 23(5), 388–395. <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1499083>.
- İmren, I. İ., (2020). Geriatrik hastalarda kırılabilirlik ile dermatolojik yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.
- Jankowska-Polańska, B., Uchmanowicz, B., Kujawska-Danecka, H., Nowicka-Sauer, K., Chudiak, A., Dudek, K., Rosińczuk, J. (2019). Assessment of frailty syndrome using Edmonton Frailty Scale in Polish elderly sample. *Aging Male*, 22(3), 177- 186.
- Johns Hopkins University (2016) Older Americans Independence Center. Johns Hopkins Center on Aging Health My ASP.NET Application (jhmi.edu)
- Juhász, B., Khan, K. S., Cano-Ibáñez, N., Bueno-Cavanillas, A., & Triviño-Juárez, J. M. (2024). Prevalence of elder abuse in the community and care settings: An umbrella review. *Semergen*, 50(6), 102209. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102209>
- Kalaycı, I., & Özkul, M. (2018). Modernleşme sürecinin toplumsal mağdurları olarak yaşlılar: Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmali. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (43), 92-119.
- Kalyoncuo, S. (2023). Yaşlılarda Geriatrik Sendromlardan Biri Olan Kırılabilirlik ve Hemşirelik Bakımı. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(3), 520-526. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1289615>
- Kapucu S, Ünver G. 2017. Kırılabilir yaşlı ve hemşirelik bakımı. *Osmangazi Tıp Derg*, 39(1): 122-129.
- Karadakovan A. (2014). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. (1.bs.). *Akademisyen Tıp Kitapevi*, Ankara.
- Kennedy, CC, Novotny, PJ, LeBrasseur, NK, Wise, RA, Sciurba, FC ve Benzo, RP (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında kırılabilirlik ve klinik sonuçlar. *Amerikan Toraks Derneği Yıllıkları* , 16 (2), 217-224.

- Khan, Z. A., Singh, C., & Khan, T. (2018). Correlates of physical disability in the elderly population of Rural North India (Haryana). *Journal of family & community medicine*, 25(3), 199–204. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_160_17
- Kulakçı Altıntaş, H., & Korkmaz Aslan, G. (2020). Prevalence of elder abuse among community-dwelling older adults in Turkey and its associated factors. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 20(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/psyg.12446>
- Lee, M., Kim, K. (2014). “Prevalence and risk factors for self-neglect among older adults living alone in South Korea”. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(2), 115–131.
- Li, Z. L., Gao, Y., Wang, B. H., Zou, L. H. (2008). Analysis on the social support to the elderly in empty-nest families in city. *Medicine and Society*, 21, 11–12
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132–135. <https://doi.org/10.17681/hsp-dergisi.316894>
- Makaroun, L. K., Rosland, A. M., Mor, M. K., Zhang, H., Lovelace, E., Rosen, T., Dichter, M. E., & Thorpe, C. T. (2023). Frailty predicts referral for elder abuse evaluation in a nationwide healthcare system-Results from a case-control study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(6), 1724–1734. <https://doi.org/10.1111/jgs.18245>
- Makaroun, L. K., Bachrach, R. L., & Rosland, A. M. (2020). Elder Abuse in the Time of COVID-19-Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(8), 876–880. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017>
- Mardan, H., Hamid, T., Redzuan, M., & Ibrahim, R. (2014). Correlate of self-care and self-neglect among community-dwelling older adults. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7 Suppl 1), S71–S76.
- McGee, L. Urban, K. (2020). Adult Maltreatment Data Report 2019. <https://wrma.com/2020/10/adult-maltreatment-report-2019-2/>
- Mercier, É., Nadeau, A., Brousseau, A. A., Émond, M., Lowthian, J., Berthelot, S., Costa, A. P., Mowbray, F., Melady, D., Yadav, K., Nickel, C., & Cameron, P. A. (2020). Elder Abuse in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Annals of emergency medicine*, 75(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.12.011>
- Meier D E (2011) Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. *Milbank Quarterly*, 89(3); 343–380.
- Miles, T. P., Palmer, R. F., Espino, D. V., Mouton, C. P., Lichtenstein, M. J., & Markides, K. S. (2001). New-onset incontinence and markers of frailty: data from the Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(1), M19–M24. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.1.m19>
- Mohseni, M., Rashedi, V., Iranpour, A., Naghibzadeh Tahami, A., Borhaninejad, V. (2019). “Prevalence of elder abuse and associated factors among community-dwelling older adults in Iran”. *Journal of Elder Abuse Neglect*, 31(4-5), 363–372.
- Mortazavi, H., Tabatabaieichehr, M., Taherpour, M., Masoumi, M. (2020). Yaşlılarda

- Günlük Yaşam Aktivitelerinin (Temel, Enstrümantal, İleri) Durumunun Ve İlgili Faktörlerin Araştırılması. *North Khorasan Tıp Bilimleri Üniversitesi Dergisi*, 12(2), 88-95.
- Mahmoudian, A., Shamsalinia, A., Alipour, A., Fotoukian, Z., & Ghaffari, F. (2021). Structural equation model of affecting factors on elder abuse to patients under hemodialysis by family caregivers. *BMC geriatrics*, 21(1), 360. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02291-x>
- Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S., Feng, L., Niti, M., Tan, B. Y., Chan, G., Khoo, S. A., Chan, S. M., Yap, P., & Yap, K. B. (2015). Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *The American journal of medicine*, 128(11), 1225–1236.e1. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.017>
- Norman, K., Haß, U., & Pirlich, M. (2021). Malnutrition in Older Adults-Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients*, 13(8), 2764. <https://doi.org/10.3390/nu13082764>
- O’Caoimh, R., Sezgin, D., O’Donovan, M.R., Molloy, D.W., Clegg, A., Rockwood, K. & Liew, A. (2021). Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies, *Age and Ageing*, 50(1), 96–104.
- O’Caoimh, R., Galluzzo, L., Rodríguez-Laso, Á., Van der Heyden, J., Ranhoff, A. H., Lamprini-Koula, M., Ciutan, M., López-Samaniego, L., Carcaillon-Bentata, L., Kennelly, S., Liew, A., & Work Package 5 of the Joint Action ADVANTAGE (2018). Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. *Annali dell’Istituto superiore di sanita*, 54(3), 226–238. https://doi.org/10.4415/ANN_18_03_10
- Oksel, E., & Turan, S. (2024). Yaş Alan Bireylerde Kırılganlık ve Sosyal İzolasyona Bir Bakış. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 40(1), 155-159. <https://doi.org/10.53490/eghehemsire.1077201>
- Özdemir, S., Öztürk, Z. A., Türkbeyler, İ. H., Şirin, F., & Göl, M. (2017). Klinikte yatan geriatrik hastalarda farklı ölçekler kullanılarak kırılganlık prevalansının belirlenmesi. *KSU Medical Journal*, 12(3), 1-5.
- Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., & Sertçelik, E. (2017). Reciprocal Abuse: Elder Neglect and Abuse by Primary Caregivers and Caregiver Burden and Abuse in Turkey. *Archives of psychiatric nursing*, 31(2), 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.011>
- Özkan Pehlivanoğlu, E. F., Özkan, M. U., Balcıoğlu, H., Bilge, U., et al. (2018). Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish. *Ankara Medical Journal*, 18(2), 219-223. <https://doi.org/10.17098/amj.435264>
- Özmete, E. (2016). Hwalek-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17 (1), 45-52.
- Pak M. (2020). The prevalence and associated risk factors of elder abuse among older people applied to the family health center in the rural district of Turkey. *Social work in health care*, 59(4), 236–256. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1740377>

- Pala, F., & Yalçın Gürsoy, M., (2020). Türkiye’de Yaşlı Kırılganlığını Konu Alan Araştırmalar: Sistematik Bir İnceleme. *Farklı Boyutlarıyla Sağlık* (pp.67-75), Çanakkale: Rating Academy Ar-Ge Yazılım Yayıncılık.
- Pickering, C. E. Z., Yefimova, M., Maxwell, C., Puga, F., & Sullivan, T. (2020). Daily Context for Abusive and Neglectful Behavior in Family Caregiving for Dementia. *The Gerontologist*, 60(3), 483–493. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz110>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 56 Suppl 2(Suppl 2), S194–S205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
- Piña-Escudero, S. D., García-Lara, J. M. A., & Avila-Funes, J. A. (2017). Frailty Is not Associated with Mistreatment. *The Journal of frailty & aging*, 6(4), 202–205. <https://doi.org/10.14283/jfa.2017.29>
- Poli, S., Cella, A., Puntoni, M., Musacchio, C., Pomata, M., Torriglia, D., Vello, N., Molinari, B., Pandolfini, V., Torrigiani, C., & Pilotto, A. (2017). Frailty is associated with socioeconomic and lifestyle factors in community-dwelling older subjects. *Aging clinical and experimental research*, 29(4), 721–728. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0623-5>
- Richmond, T. S., Kauder, D., Strumpf, N., & Meredith, T. (2002). Characteristics and outcomes of serious traumatic injury in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(2), 215–222. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50051.x>
- Qin, Y., Hao, X., Lv, M., Zhao, X., Wu, S., & Li, K. (2023). A global perspective on risk factors for frailty in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 105, 104844. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104844>
- Rivas-Ruiz, F., Machón, M., Contreras-Fernández, E., Vrotsou, K., Padilla-Ruiz, M., Díez Ruiz, A. I., de Mesa Berenguer, Y., Vergara, I., & Group GIFEA (2019). Prevalence of frailty among community-dwelling elderly persons in Spain and factors associated with it. *The European journal of general practice*, 25(4), 190–196. <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1635113>
- Robertson, D. A., King-Kallimanis, B. L., Kenny, R. A. (2016). Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychol Aging Journal*, 31(1), 71-81.
- Rochat, S., Cumming, R. G., Blyth, F., Creasey, H., Handelsman, D., Le Couteur, D. G., Naganathan, V., Sambrook, P. N., Seibel, M. J., & Waite, L. (2010). Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: the Concord Health and Ageing in Men Project. *Age and ageing*, 39(2), 228–233. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp257>
- Rodríguez Mañas, L., García-Sánchez, I., Hendry, A., Bernabei, R., Roller-Wirnsberger, R., Gabrovec, B., ... & Telo, M. (2018). Key messages for a frailty prevention and management policy in Europe from the Advantage Joint Action Consortium. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22, 892-897
- Rohrmann S. (2020). Epidemiology of Frailty in Older People. *Advances in experimental medicine and biology*, 1216, 21–27. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33330-0_3
- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing*, 35(5), 526-529

- Rosay, A. B., PhD, & Mulford, C. F., PhD (2017). Prevalence estimates and correlates of elder abuse in the United States: The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 29(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1249817>
- Rosen, T., Clark, S., Bloemen, E. M., Mulcare, M. R., Stern, M. E., Hall, J. E., Flomenbaum, N. E., Lachs, M. S., & Eachempati, S. R. (2016). Geriatric assault victims treated at U.S. trauma centers: Five-year analysis of the national trauma data bank. *Injury*, 47(12), 2671–2678. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.001>
- Rosen, T., Stern, M. E., Elman, A., & Mulcare, M. R. (2018). Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clinics in geriatric medicine*, 34(3), 435–451. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007>
- Sagong, H., & Yoon, J. Y. (2021). Pathways among frailty, health literacy, acculturation, and social support of middle-aged and older Korean immigrants in the USA. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 18(3), 1245. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031245>
- Setiati, S., Soejono, C. H., Harimurti, K., Dwimartutie, N., Aryana, I. G. P. S., Sunarti, S., Budiningsih, F., Mulyana, R., Dwipa, L., Sudarso, A., Rensa, R., Istanti, R., Azwar, M. K., & Marsigit, J. (2021). Frailty and its associated risk factors: first phase analysis of multicentre Indonesia longitudinal aging study. *Frontiers in Medicine*, 8, 658580. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.658580>
- Sezer, Ö., Ataş, C. A., & Dağdeviren, N. (2021). The prevalence and associated factors of elderly abuse: a cross-sectional study. *Konuralp Medical Journal*, 13(3), 570–575.
- Siriwardhana, D. D., Hardoon, S., Rait, G., Weerasinghe, M. C., & Walters, K. R. (2018). Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 8(3), e018195. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018195>
- Soliman, Y., Meyer, R., & Baum, N. (2016). Falls in the elderly secondary to urinary symptoms. *Reviews in Urology*, 18(1), 28–32.
- Son, Y. H., & Cho, M. S. (2022). Abuse and risk factors among community-dwelling elderly in South Korea during COVID-19. *Journal of elder abuse & neglect*, 34(4), 259–279. <https://doi.org/10.1080/08946566.2022.2114971>
- Sooryanarayana, R., Choo, W. Y., & Hairi, N. N. (2013). A review on the prevalence and measurement of elder abuse in the community. *Trauma, Violence & Abuse*, 14(4), 316–325. <https://doi.org/10.1177/1524838013495963>
- Soubeyran, P., Fonck, M., Blanc-Bisson, C., Blanc, J. F., Ceccaldi, J., Mertens, C., Imbert, Y., Cany, L., Vogt, L., Dauba, J., Andriamampionona, F., Houédé, N., Floquet, A., Chomy, F., Brouste, V., Ravaud, A., Bellera, C., & Rainfray, M. (2012). Predictors of early death risk in older patients treated with first-line chemotherapy for cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(15), 1829–1834. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.35.744>
- Stow, D., Spiers, G., Matthews, F. E., & Hanratty, B. (2019). What is the evidence that people with frailty have needs for palliative care at the end of life? A systematic review and narrative synthesis. *Palliative Medicine*, 33(4), 399–414. <https://doi.org/10.1177/0269216319828650>

- Strang, P., & Schultz, T. (2023). The impact of frailty on palliative care receipt, emergency room visits and hospital deaths in cancer patients: a registry-based study. *Current Oncology (Toronto, Ont.)*, 30(7), 6623–6633. <https://doi.org/10.3390/curroncol30070486>
- Şahin, An., Kılıçalp Kılınç, D., & Gökçe Eskin, S. (2023). Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Beslenme Durumu ve Beslenme Durumlarını Etkileyen Faktörler. *Gevher Nesibe Tıp Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 163–171. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7601269>
- Şahin, S. ve Cankurtaran, M. (2010). “Geriatrik sendromlar”. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3): 31-37
- Şahin, S., Boyacıoğlu, H., Tosun Taşar, P., Kozan, E., Sarıkaya, OF. (2016).Bornova ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri nüfustaki fonksiyonel bağımlılık oranları. *Ege Journal of Medicine*;55(2):65-70.
- Şenkal, S. (2022). Hacettepe Üniversitesi erişkin hastanesi iç hastalıkları ana bilim dalı geriatri bilim dalı polikliniği'ne başvuran yaşlıların diyet kalitesinin sarkopeni, kırılabilirlik ve malnütrisyon ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Şimşek, H., & Evin, H. (2024). Aile İçi Yaşlı İstismarı Ve İhmali. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 320-332.
- Şişman, H., Alptekin, D., Işık, E. İ., Işık, H. (2024). Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Kırılabilirlik Ve Bağımlılık Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 29-41. <https://doi.org/10.52538/duhes.1348629>
- T.C. Resmi Gazete (2014). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/12/20141224-17.htm>. (Erişim Tarihi: 14.11.2024).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <http://shgm.saglik.gov.tr/TR,10004/yonergeler.html> . (Erişim Tarihi: 18.11.2024).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Palyatif Bakım Hizmetleri. <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>. (Erişim Tarihi: 15.11.2024).
- Tanrıverdi, D. (2016). Yaşlı İstismarı, İhmali ve Psikiyatri Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 2(2), 63-76.
- Tiryaki, E., & Tüfekçi, F. G. (2023). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Sunumu ve İlgili Düzenlemeler. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 312-320.
- Torres-Castro, S., Szlejf, C., Parra-Rodríguez, L., & Rosas-Carrasco, O. (2018). Association Between Frailty and Elder Abuse in Community-Dwelling Older Adults in Mexico City. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(9), 1773–1778. <https://doi.org/10.1111/jgs.15489>
- Toraman, H., Özkaya, F., Bulut, M., Ünal, A., Kesen, N., & Daşbaşı, S. (2022). Yaşlı İstismarı ve İhmalinin Önlenmesine Yönelik Uygulamalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(34), 642-658.
- Tse, M. M. Y., Kwan, R. Y. C., Ho, S. S. M., Davidson, P. M., Cheng, P. P., Yeung, S. S. Y. (2020). Frailty is associated with pain and cognitive function in older people in post-acute care settings. *Geriatric nursing*, 41(5), 530-535.
- Tsutsumimoto, K., Doi, T., Makizako, H., Hotta, R., Nakakubo, S., Makino, K., Suzuki, T., Shimada, H. (2017). Association of social frailty with both cognitive and

- physical deficits among older people. *Journal of the American Medical Directors Association*. 18(7), 603-607.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2024a). 53710. İstatistiklerle Yaşlılar. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Ya%C5%9Fl%C4%B1lar-2023-53710&dil=1>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (TÜİK) (2024b). Yayın No 53699.Nüfus Projeksiyonları, 2023-2100. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2023-2100-53699>
- Twycross, R. (2003). *Introducing palliative care*. 4th ed. Oxon:Radcliffe Medical Press
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Wleklik, M., Lisiak, M., & Gobbens, R. (2018). Frailty Syndrome: Nursing Interventions. *SAGE open nursing*, 4, 2377960818759449. <https://doi.org/10.1177/2377960818759449>
- United Nations Population Fund (UNFPA), (2012), *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. UNFPA, New York ve HelpAge International, London. (Erişim Tarihi: 04.11.2024).
- United Nations Population Fund (UNFPA), (2024), *World Population Dashboard*. <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard> (Erişim Tarihi: 04.11.2024).
- Ünver, G., Bahçeli, P. Z., Özcan, M., & Kapucu, S. (2023). Geriatrik Kadınlarda Üriner İnkontinans Şiddeti ile Kırılganlık Düzeyi Arasındaki İlişki: Korelasyonel Bir Çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(1), 9-15
- Ünver, Z. (2020). Palyatif Bakım. *Annals of Health Sciences Research*, 1(1), 1-6
- Varan, H. D., Kilic, M. K., Kizilarlanoglu, M. C., Dogrul, R. T., Arik, G., Kara, O., Yavuz, B. B. (2020). Frailty and its correlates in older adults: a challenging and preventable geriatric syndrome. *Erciyes Medical Journal*, 42(2), 150-157.
- Williams JL, Racette EH, Hernandez-Tejada MA, Acierno R. Prevalence of Elder Polyvictimization in the United States: Data From the National Elder Mistreatment Study. *J Interpers Violence*. 2017;35(21-22):4517-4532. doi:10.1177/0886260517715604
- Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) (2021). *Global Atlas of Palliative Care*, 2nd Edition, 2020. <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. (Erişim Tarihi: 18.11.2024).
- Woo, J., Yu, R., Wong, M., Yeung, F., Wong, M., & Lum, C. (2015). Frailty Screening in the Community Using the FRAIL Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(5), 412–419. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.087>
- World Health Organization (WHO). (2015a). *Launch of the World report on ageing and health*. Geneva 2015. Available from: www.who.int/ageing/en/ (Erişim Tarihi: 18.10.2024).
- World Health Organization (WHO). (2015b). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> (Erişim Tarihi: 18.10.2024).
- World Health Organization (WHO). (2018). *Ageing and health*. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. (Erişim Tarihi: 09.11.2024).
- World Health Organization (WHO). (2021). *Abuse of older people*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> (Erişim Tarihi: 01.11.2024).

- World Health Organization, (2019). Elder abuse. Accessed 19 August, 2019, at https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/ (Erişim Tarihi: 20.11.2024).
- World Health Organization (WHO). (2016). Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. <https://www.who.int/publications/i/item/planning-and-implementing-palliative-care-services-a-guide-for-programme-managers> (Erişim Tarihi: 06.12.2024).
- Yalçinkaya, A., Mandiracioğlu, A., & Turan, F. (2006). Turkey: a pilot study of elder mistreatment in a convenience sample. *Journal of elder abuse & neglect*, 18(2-3), 105–121. https://doi.org/10.1300/j084v18n02_07
- Yakar, B., Sertdemir Batbaş, C., & Pirinçci, E. (2021). Palyatif bakım ve hospis. *Journal of Continuing Medical Education*, 30(2), 136-143. <https://doi.org/10.17942/sted.625696>
- Yang, L., Jiang, Y., Xu, S., Bao, L., Parker, D., Xu, X., & Li, J. (2018). Evaluation of frailty status among older people living in urban communities by Edmonton Frail Scale in Wuhu, China: a cross-sectional study. *Contemporary nurse*, 54(6), 630–639. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1552525>
- Yeşil, P., Taşcı, S., & Öztunç, G. (2016). Yaşlı istismarı ve ihmali. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 128-134.
- Yılmaz, F., & Çağlayan, Ç. (2016). Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi*, 20(4).
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global health*, 5(2), e147–e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
- Yu, M., Gu, L., Shi, Y., & Wang, W. (2021). A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 25(12), 2179–2190. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1821168>
- Zeng, G., Zhu, W., Lam, W., & Bayramgil, A. (2020). Treatment of urinary tract infections in the old and fragile. *World journal of urology*, 38(11), 2709–2720. <https://doi.org/10.1007/s00345-020-03159-2>
- Zeng, P., Li, M., Cao, J., Zeng, L., Jiang, C., & Lin, F. (2024). Association of metabolic syndrome severity with frailty progression among Chinese middle and old-aged adults: a longitudinal study. *Cardiovascular Diabetology*, 23(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12933-024-02379-9>
- Zhang, L. P., Du, Y. G., Dou, H. Y., & Liu, J. (2022). The prevalence of elder abuse and neglect in rural areas: a systematic review and meta-analysis. *European Geriatric Medicine*, 13(3), 585–596. <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00628-2>

EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Palyatif Bakım Alan 65 Yaş ve Üstü Hastalarda Kırılganlık ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki

Sayın katılımcı; Bu çalışmanın amacı palyatif bakım alan 65 yaş üstü hastalarda kırılganlık ve yaşlı istismarı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır. Size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve sizden bir ücret istenmeyecektir. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle soruları cevaplarken içten olmanızı diliyoruz. Çalışmanın yaşamınıza katkı sağlayacağını ümit ediyoruz. Katılımınız ve gösterdiğiniz duyarlılığınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Katılımcı no:

Paraf:

Işıl Miray DİNCEL
Doç. Dr. Aygül KISSAL

EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz: 1. () Kadın 2. () Erkek

2.Yaşınız

3. Medeni Durumunuz: 1. () Evli 2. () Bekar 3. () Boşanmış

4.Eğitim Durumunuz:

1. () Okur-yazar değil 2. () Okur-yazar 3. () İlköğretim

4. () Lise 5. () Üniversite ve üzeri

5. Sosyal güvenceniz: 1. () Yok 2. () Var

6. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1. () Yalnız 2. () Eş 3. () Eşim ve çocuklarım 4. () Diğer (Lütfen belirtiniz):.....

7. Çocuk durumunuz: 1. () Yok 2. () Var....sayısı

8. Gelir düzeyiniz:

1. () Gelirim giderimden az 2. () Gelirim giderime denk 3. () Gelirim giderimden fazla

9. Uzun süre yaşadığınız yerleşim yerinin özelliği:

1. () İl merkezi 2. () İlçe merkezi 3. () Kasaba 4. () Köy

10. Şu an yaşadığınız evin mülkiyeti: 1. () Kendisinin 2. () Çocuklarının

3. () Eşinin 4. () Kira 5. () Diğer.....

11. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. () Hayır 2. () Evet

12. Cevabınız Evet ise bu hastalığınızın adını/larını lütfen belirtiniz:.....

13. Size bakan kişilerin bakmakla yükümlü olduğu sizden başka birileri var mı?.....

14. Sigara kullanıyor musunuz?

1. () Hayır 2. () Evet 3. () Daha önceden içiyordum bıraktım

15. Alkol kullanıyor musunuz?

1. () Hayır 2. () Evet

16. Aile ilişkilerini nasıl değerlendirirsiniz?

1. () Çok iyi 2. () İyi 3. () Orta 4. () Kötü 5. () Çok kötü

17. Sizin bakımınızla ilgilenen kişi ile ilişkiniz nasıl?

1. () Çok iyi 2. () İyi 3. () Orta 4. () Kötü 5. () Çok kötü

18. İdrar veya gaita kaçırmanız oluyor mu?

1() Hayır 2() idrar kaçırma 3() Gaita kaçırma 4() Hem idrar hem gaita kaçırma
5() Bezleniyor

19. Son bir yıl içerisinde acile kaç kez başvurdunuz?...

20. Son bir yıl içerisinde düşme sayınız?.

21. Kullandığınız yardımcı araç gereçler nedir?

1. () Baston 2. () Gözlük veya Lens 3. () Tekerlekli Sandalye veya Yürüteç 4. () İşitme Cihazı

EK 2. EDMONTON KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ

Kırılğanlık alanı	Madde	0 puan	1 puan	2 puan
Bilişsel durum	Lütfen bu çizili dairenin bir saat olduğunu düşünün. Sizden sayıları doğru yerlerine koymanızı ve sonra elinizle 11'i 10 geçeyi göstermenizi istiyorum.	Hata yok	Küçük yerleştirme hataları	Diğer hatalar
Genel sağlık durumu	Geçen yıl kaç defa hastaneye yattınız?	0	1-2	>2
	Genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?	Mükemmel, çok iyi, iyi	İdare eder	Kötü
Fonksiyonel bağımsızlık	Aşağıdaki aktivitelerin kaçında yardıma ihtiyacınız olur? -Yemek hazırlama -Alışveriş yapma, -Ulaşım -Telefon -Ev temizliği -Çamaşır Yıkamak -Paranın idaresi -İlaç almak	0-1	2-4	5-8
Sosyal destek	Yardıma ihtiyacınız olduğunda size yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenebiliyor musunuz?	Her zaman	Bazen	Hiç
İlaç kullanımı	Düzenli olarak 5 veya daha fazla farklı ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet	
	Zaman zaman reçeteli ilaçlarınızı almayı unutuyor musunuz?	Hayır	Evet	
Beslenme	Son zamanlarda giysilerinizde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybınız oldu mu?	Hayır	Evet	
Ruh Hali	Kendinizi sıklıkla üzgün veya depresif hisseder misiniz?	Hayır	Evet	
Kontinans	İstemsiz idrar kaçırma probleminiz var mı?	Hayır	Evet	
Fonksiyonel Performans	Sizden bu sandalyeye rahatça oturmanızı rica ediyorum. Size 'gidin' dediğim zaman ayağa kalkın ve zeminde işaretli yere kadar (ortalama 3 metre) rahat ve güvenli yürüyün ve geri dönüp sandalyeye oturun. Süresi değerlendirilir.	0-10 sn	11-20 sn	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma ihtiyaç duyması
Toplam	Toplam skor kolonların skorları toplamıdır			

Kırılğanlık Analiz Skoru:	
0-4	Kırılğan Değil
5-6	Görünürde Savunmasız
7-8	Hafif Kırılğan
9-10	Orta Kırılğan
11 ve üzeri	Şiddetli Kırılğan

EK 3. GERİATRİK İSTİSMAR ÖLÇEĞİ Bilindiği gibi yaşlı insanlar bazı istismar ve kötü davranışlara maruz kalmakta ancak hiç kimse bunun hakkında konuşmak istememektedir. Bu tarz kötü davranışlar yaşlı insanları oldukça fazla etkilemektedir. Bu nedenle bu davranışların ne olduğunu bilmek, onları durdurmak üzere harekete geçmemizi sağlayacaktır. Lütfen geçtiğimiz yıl içerisinde (son 12 ay) aşağıdaki davranışlardan herhangi birinin mağduru olduysanız bizi bilgilendirin. Bu istismarlar evin içinde veya dışında olabilir.

	A Cevabını z Evet ise B'ye geçiniz	B Bu kötü muamele kaç defa gerçekleşti?	C Bu durum ne zamandır devam ediyor?	D Sorumlusu Kim? İlişki	E Cinsiyeti nedir?
Geçtiğimiz yıl (Geçtiğimiz 12 ay) içinde ...	0 Hayır 1 Evet→ *Cevap verilmedi	1. Bir defa? 2. Bazen? 3. Her zaman? 99. cevap verilmedi	01 Bir yıl ve daha az 98 hatırlamıyor	İstismar eden kişi ile yakınlık derecesi (kocas, kızı, gelini, vb.)	1. Erkek 2. Kadın
FİZİKSEL					
1. Size vuruldu mu?	☐	☐	☐		☐
2. Size yumruk ya da tekme atıldı mı?	☐	☐	☐		☐
3. İtildiniz mi ya da saçınız çekildi mi?	☐	☐	☐		☐
4. Size bir cisim fırlatıldı mı?	☐	☐	☐		☐
5. Bıçaklı ya da jiletli saldırıya uğradınız mı?	☐	☐	☐		☐
PSİKOLOJİK					
6. Aşağılandınız mı ya da sizinle alay edildi mi?	☐	☐	☐		☐
7. Size karşı ilgisiz davranıldı mı ya da görmezden gelindiniz mi?	☐	☐	☐		☐
8. Tecrit edildiniz mi ya da evden kovuldunuz mu?	☐	☐	☐		☐
9. Birisi sizi korkuttu mu?	☐	☐	☐		☐
10. Kararlarınızın saygı görmediği oldu mu?	☐	☐	☐		☐
11. Dışarı çıkmanız ya da ziyaret edilmeniz yasaklandı mı?	☐	☐	☐		☐
İHMAL					
12. Kıyafet, ayakkabı vb. şeyleri almanızı engelleyen oldu mu?	☐	☐	☐		☐
13. İhtiyacınız olan ilaçları almanızı engelleyen oldu mu?	☐	☐	☐		☐
14. Korunmaya ihtiyacınız olduğunda bundan mahrum bırakıldınız mı?	☐	☐	☐		☐
15. Yaşadığınız eve alınmadığınız oldu mu?	☐	☐	☐		☐
EKONOMİK					
16. Birisi rızanız olmadan sizin paranızı kullandı mı ya da kullanıyor mu?	☐	☐	☐		☐
17. Paranız elinizden alındı mı?	☐	☐	☐		☐
18. Birisi size ait herhangi bir şeyi (eşyayı) sizin izniniz olmadan aldı mı?	☐	☐	☐		☐
19. Herhangi bir mal varlığınız sizin rızanız olmadan satıldı mı?	☐	☐	☐		☐
20. Sahibi olduğunuz evin ya da diğer mal varlığınızın artık size ait olmadığı konusunda baskıya maruz kaldınız mı?	☐	☐	☐		☐
CİNSEL					
21. İstemediğiniz halde cinsel ilişkiye zorlandınız mı?	☐	☐	☐		☐
22. Sizin rızanız olmadan birisi cinsel organlarınıza dokundu mu?	☐	☐	☐		☐
Toplam	İstismar: Evet ≥① ☐ /22Hayır=②				

EK 4. KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ(GYA)

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi		
Bağımsızlık Puan:	(1 Puan) Nezaret eşliği olmadan, yönlendirme olmadan ya da kişisel destek almadan	(0 Puan) Nezaret eşliğinde, yönlendirme ile kişisel destek alarak, ya da tam himaye ile
Banyo Yapma Puan:	(1 Puan) Kendi kendine banyo yapabilme ya da sadece sırt, genital bölge gibi vücudun bir bölümünü ya da engelli bir uzvunu yıkarken yardıma ihtiyaç duyma	(0 Puan) Vücudun birden fazla bölgesini yıkarken yardım alma ihtiyacı ya da duşa veya küvete girerken veya çıkarken yardım alma, tüm banyo boyunca ihtiyaç duyma
Giyinme Puan:	(1 Puan) Elbiselerini dolabından veya çekmecedan alabilme ve elbise ve diğer giysilerini tamamıyla ilikleterek giyebilme (Ayakkabılarını bağlarken yardım alabilir)	(0 Puan) Kendi kendine giyinirken yardım ihtiyacı ya da tamamen başkası tarafından giydirilme ihtiyacı duyma
Tuvalet Puan:	(1 Puan) Yardım almadan; tuvalete gidebilme, kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilme ve giysilerini düzenleyebilme ve genital bölgeyi temizleyebilme	(0 Puan) Tuvalete giderken yardım ihtiyacı çekme, kıyafetlerini çıkartıp giyinirken yardım alma, sürgü vb. malzemelere ihtiyaç duyma, genital bölge temizliğinde yardım alma
Hareket Yeteneği Puan:	(1 Puan) Yataktan kalkabilme ya da sandalyeye yardım almadan oturabilme (Mekanik destek aletlerini kullanabilir)	(0 Puan) Yataktan kalkarken ya da sandalyeye otururken tamamıyla destek alma
İdrar ve Gaita Kontrolü Puan:	(1 Puan) İdrar ve gaita kontrolünü sağlama	(0 Puan) Kısmen ya da tamamen bağırsak ve mesane fonksiyonlarına hakim olamama
Beslenme Puan:	(1 Puan) Yemeği tabağından alıp ağzına götürebilme (Yemeğin hazırlanması başka insanlar tarafından yapılabilir)	(0 Puan) Kısmen ya da tamamen beslenirken destek ihtiyacı duyma ya da parenteral olarak beslenme

EK 5. ÖLÇEK İZİNLERİ

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Kullanım İzni



Işıl Miray Dincel

10 Nis 2023 17:09 ☆ ↩ ⋮

Sayın Elif Fatma Özkan Pehlivanoğlu,

Merhaba ben Işıl Miray Dincel, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. 2018 yılında Hüseyin Balcıoğlu, İlhami Unluoğlu, Mustafa Umur Özkan, Uğur Bilge ile yapmış olduğunuz Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirliği çalışmanızı ilgiyle okudum. Tez çalışmamda Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum. Ölçeğin Türkçe formunu ve ölçek değerlendirmesini de talep etmekteyim. Görüşünüzü bekliyorum Teşekkürler saygılarımla.



elif fatma özkan

Alıcı: ben ▼

11 Nisan Sal 13:27 ☆ ↩ ⋮

GERİATRİK İSTİSMAR ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Gelen Kutusu x



Işıl Miray Dincel

2 Mart Per 14:34 ☆

Sayın Serap DAŞBAŞ, Merhaba ben Işıl Miray Dincel, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. 201...



Serap (GÜLER) DAŞBAŞ

Alıcı: ben ▼

2 Mart Per 16:12 ☆ ↩ ⋮

Edmonton Kırılglanlık Ölçeği Kullanım İzni



İşil Miray Dincel <[redacted]>

3 Mart Cum 13:45 ☆ ↩ ⋮

Sayın Hülya Eskiizmirli Aygör,

Merhaba ben İşil Miray Dincel, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Prof Dr. Çiçek Fadilloğlu ile tez çalışması olarak yaptığınız **Edmonton Kırılglanlık Ölçeği'nin Türk Toplumu için Geçerlik ve Güvenirliğinin incelenmesi** ve 2018 yılında Çiçek Fadilloğlu, Sevnaz Şahin, Fisun Şenuzun Aykar ,Fehmi Çiçek ile yapmış olduğunuz **Edmonton Kırılglanlık Ölçeğinin Yaşı Türk Nüfusu İçin Geçerliliği** çalışmanızı ilęiyle okudum. Tez çalışmamda Edmonton Kırılglanlık Ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum. Ölçeğin Türkçe formunu ve ölçek değerlendirmesini de talep etmekteyim. Görüşünüzü bekliyorum Teşekkürler saygılarımla.

Kimden: Hülya Eskiizmirli <[redacted]>

Gönderildi: 2 Mart 2023 Perşembe 22:27

Kime: [redacted]

Konu: Fwd: İLT:Edmonton Kırılglanlık Ölçeği

Merhaba İşil Miray Hanım,

Yüksek lisans tezim kapsamında Prof Dr Çiçek Fadilloğlu, Prof Dr Fisun Senuzun Aykar, Pror Dr Fehmi Akçiçek ve Doç. Dr. Sevnaz Şahin rehberliğinde geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğum Edmonton Kırılglanlık Ölçeğini size iletiyorum. Çalışmanızda kullanabilirsiniz, kolaylıklar diliyorum.

Hülya Eskiizmirli Aygör

EK 6. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Kararı

	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı : 83116987 - 278 Konu : Etik Kurul Kararı Toplantı Tarihi : 30.03.2023 Toplantı No : 2023/06 Proje No : 23-KAEK-091	25.04.2023	
Sayın, Doç.Dr. Aygül KISSAL		
Etik Kurulumuzun 30.03.2023 tarihli toplantısında görüşülen 23-KAEK-091 kayıt numaralı "Palyatif Bakım Alan 65 Yaş ve Üstü Hastalarda Kırılganlık ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezden izin alınması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.		
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.		
Bilgilerinizi rica ederim.		
Doç.Dr. Muzaffer KATAR Başkan		
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel:(0356)212 52 98-212 95 00/7515		

EK 7. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Kurum Çalışma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.05.2023-293390



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-044-293390
Konu : Çalışma İzni

10.05.2023

Sayın Doç. Dr. Aygül KISSAL
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

İlgi : , 08.05.2023 tarihli ve bila sayılı yazı.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Aygül KISSAL sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Işıl MİRAY DİNCEL tarafından yapılması planlanan "Palyatif Bakım Alan 65 Yaş ve Üstü Hastalarda Kırılganlık ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasının yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Muzaffer KATAR
Merkez Müdür Yardımcısı

EK 8. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Kurum Çalışma Ek Süre İzni



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-044-356620
Konu : Anketler

27.10.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : , 26.10.2023 tarihli ve BİLA sayılı yazı.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Aygül KISSAL sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Işıl MİRAY DİNCEL tarafından yapılması planlanan "Palyatif Bakım Alan 65 Yaş ve Üstü Hastalarda Kırılganlık ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasının yapılması için veri toplama süresinin 01 Kasım 2023-15 Nisan 2024 tarihine kadar uzatılması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Erkan GÖKÇE
Merkez Müdürü

Dağıtım:
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına
Doç. Dr. Aygül KISSAL

EK 9. Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Ek Süre İzni



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-87064461-044-228103540
Konu : Bilimsel Araştırma Ek Süre Talebi Hk.

31.10.2023

Sayın Doç.Dr. Aygöl KISSAL

İlgi : 25.10.2023 tarihli dilekçe.

İlgi dilekçenize istinaden; Danışmanlığımı yaptığınız Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hemş.İşıl Miray DİNÇEL'in 01 Haziran 2023-01 Kasım 2023 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Ünitelerinde yatmakta olan 219 hastaya (TDH:68 hasta, TOGÜ:151 Hasta) yapmayı planladığı "Palyatif Bakım Alan 65 yaş ve Üstü Hastalarda Kırılganlık ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki" isimli çalışmanın belirtilen tarihlerde yeterli örneklem sayısına ulaşamadığı anlaşılmaktadır. Bu kapsamda; çalışma tarihlerinin 1 Kasım 2023-15 Nisan 2024 tarihleri olarak güncellenmesi talebiniz Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme komisyonunca uygun görülmüştür. Bağlı birimimizle gerekli yazışma yapılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim

Dr. Cihat ZÜLFÜOĞULLARI
Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcısı

EK 10. Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma izni



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-87064461-044-219790100
Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Doç.Dr.Aygül
KISSAL,Işıl Miray DİNCEL

13.07.2023



Danışmanı olduğunuz Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hemş.İşıl Miray DİNCEL'in 01 Haziran 2023-01 Kasım 2023 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Ünitelerinde yatmakta olan 219 hastaya (TDH:68 hasta,TOGÜ:151 Hasta) yapmayı planladığı "Palyatif Bakım Alan 65 yaş ve Üstü Hastalarda Kırılganlık ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki" isimli çalışması Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş yapılması yönünde izin verilmiş komisyon karar tutanağı ve protokol metni ekte gönderilmiştir. Çalışmaya başlanılmadan önce protokol metninin imzalanması; protokol gereği çalışma sonuçlarının çalışma bitimini takip eden 3 (üç) ay içerisinde 2(iki) A4 kağıdını geçmeyecek şekilde raporlanarak Müdürlüğümüze yayın izni için başvurulması gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:

- 1 - protokol-bilimsel araştırma word yeni.docx
- 2 - Komisyon Karar Tutanağı/Aygül KISSAL-Işıl Miray DİNCEL.pdf

EK 11.Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu Karar Tutanağı

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI			
	KARAR TARİHİ	TOPLANTI NO	KARAR NO
	/07/2023	06	02
KONUNUN ÖZETİ	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hemş.İşıl Miray DİNCEL'in (Danışmanı: Doç.Dr.Aygül KISSAL) 01 Haziran 2023-01 Kasım 2023 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Palyatif Bakım Ünitelerinde yatmakta olan 219 hastaya (TDH:68 hasta,TOGÜ:151 Hasta) yapmayı planladığı "Palyatif Bakım Alan 65 yaş ve Üstü Hastalarda Kırılabilirlik ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki" isimli çalışma		
KONU: Palyatif Bakım Alan 65 yaş ve Üstü Hastalarda Kırılabilirlik ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki			
KARAR: Çalışmanın yapılması Komisyon üyelerinin oy birliği ile uygun görülmüştür. Araştırmaya başlanması için Araştırma İzin Protokolünün imzalanması gerekmekte olup; protokol metni kişisel mail adresinize gönderilmiştir. Protokol metninin incelenerek her sayfasının ıslak imza ile imzalanması ve Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerekmektedir.			
BAŞKAN	ÜYE	ÜYE	
İmza	İmza		
Dr.Cihat ZÜLFÜOĞULLARI Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Uzm.Dr.Ünsal DÜRUPUNAR Kamu Hast.Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Dr.Nilay ELİBOL Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Başkan	
ÜYE	ÜYE		
İmza			
Dr.Özkan ÇAKIRTAŞ Desen Uzmanı Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Uzm.Dr.Nimet Pınar BAYSAN Halk Sağlığı Hizmt.Başkanlığı Halk Sağlığı Uzmanı		