

Hekimlerin Yaşlı İhmal ve İstismarı Konusundaki Farkındalığına Yönelik Kısa Bir Değerlendirme

Brief Notes on the Awareness of the Physicians on Elderly Neglect and Abuse

Yeşim Gökçe Kutsal¹, Dilek Aslan², Tolga R. Aydos³, Altuğ Kut⁴, Nurper Erberk Özen⁵, Meral Saygun⁶, Meltem Şengelen⁷, Sevilay Karahan⁸



DOI: 10.17942/sted.1098957

Geliş/Received : 22.02.2022
Kabul/ Accepted : 21.04.2022

Öz

Amaç: Birinci basamakta ayaktan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan aile hekimleri yaşlı ihmal ve/veya istismarı açısından özel bir yere sahiptir. Bu araştırmada, birinci basamakta hizmet sunan aile hekimlerinin yaşlı ihmali ve/veya istismarı konusundaki farkındalıklarının saptanması amaçlanmış olup veriler araştırmacılar tarafından çevrimiçi olarak hazırlanmış çevrimiçi veri toplama formu aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın bulguları hekimlerin ihmal ve istismarı düşündürten genel görüşler, fiziksel durumlar, sosyal durumlar, hekimlerin ihmal ve/veya istismarı düşündüklerinde izledikleri yaklaşımlar ve yaptıkları uygulamalar olmak üzere üç kategoride sunulmuştur. Hekimlere ihmal ve/veya istismarı düşündürten bazı durumlar sunulmuş, sıralanan kategorilerden hiçbiri için, ihmal ve istismar durumu hekimlerin tamamı tarafından düşünülmemiştir. Bununla birlikte fiziksel belirtiler olduğunda, sosyal belirtilere göre daha fazla ihmal ve istismarı düşünmektedirler.

Bu durum, hekimlik uygulamaları sırasında daha somut olan belirtileri fark etmenin görece kolaylığı nedeniyle olabilir.

Sonuç: Araştırmanın sonuçlarına göre; hekimlerin bilgi ve farkındalık düzeyleri her zaman istenilen davranışlara dönüşmemektedir. Kendilerine sunulan uygulama alanlarında bu eksiklikler görülmektedir. Hekimlerin yaşlı ihmal ve istismarı konusunda doğru uygulamaları yapabilmesi için, farkındalık durumlarının geliştirilmesinin yanı sıra davranış temelli eğitim olanaklarının da sunulması uygun olur.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, Yaşlı İstismarı, Geriatri

Abstract

Objective: Family physicians who provide outpatient preventive and therapeutic health services in primary care have a special place in terms of elder neglect and/or abuse. In this study, it was aimed to determine the awareness of family physicians providing primary care services about elder neglect and/or abuse, and the data were collected by the researchers through an online data collection form.

Results: The findings of the study are presented in three categories: general opinions of physicians suggesting neglect and abuse, physical conditions, social conditions, approaches physicians follow when they think about neglect and/or abuse, and practices that they make. Situations suggesting neglect and/or abuse have been presented to physicians, and for none of the listed categories, the situation of neglect and abuse has not been considered by all of the physicians. However, when there are physical symptoms, they consider neglect and abuse more than social symptoms. That may be due to the relative ease of noticing the symptoms, which are more tangible during the practice of medicine.

Conclusion: According to the results of the research the level of knowledge and awareness of physicians does not always translate or reflect into the desired behaviors. These shortcomings are observed in the application areas available to them. For the physicians to make the right practices about elder neglect and abuse, it is appropriate to provide behavioral-based training opportunities as well as to develop awareness situations.

Key words: Aged, Elder Abuse, Geriatrics

¹Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD (Orcid no: 0000-0003-3853-6452)

²Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0002-4053-2517)

³Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD (Orcid no: 0000-0002-1832-9336)

⁴Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD (Orcid no: 0000-0003-0776-8349)

⁵Prof. Dr., UMOOD Psikiyatri ve Psikoterapi Merkezi (Orcid no: 0000-0002-0375-3580)

⁶Prof. Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000 0003 4238 587X)

⁷Uzm. Öğr. Gör., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0002-8257-765x)

⁸Dr. Öğr. Gör., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD (Orcid no: 0000-0002-8692-7266)

Giriş

Yaş nedenli ihmal (yaşlı ihmali) ve istismar (yaşlı istismarı) yaygın görülmesi ve önlenebilir olması nedeniyle önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır.

Yaşlı istismarının önlenmesine yönelik çalışmaları olan uluslararası kuruluşlara göre; yaşlı istismarı, "güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren ya da sıkıntı yaratan tek ya da tekrarlayıcı uygunsuz davranışlarda bulunulması, yaşlı ihmali ise yaşlı bireye bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar vb) yaşlı bireyin günlük gereksinimlerini karşılamaması, yaşlı bireyin fiziksel güçsüzlük, ruhsal bozukluk veya zihinsel işlevlerdeki yetersizlik nedeniyle gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması ya da yetersiz ölçüde alması" olarak tanımlanmaktadır (1-3).

Yaşlı istismarının çeşitli kategorileri vardır. Fiziksel, psikolojik, duygusal, ekonomik, cinsel, istismar, yaş temelli taraf tutma (ageism), ihmal istismarın kategorileri arasında yer alır. Fiziksel, tıbbi gereksinimleri karşılamama, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeyi engelleyen durumları içeren ihmal (neglect) de bir yaşlı istismarı türü olarak kabul edilmektedir (1-5).

Yaşamını bakım evlerinde sürdüren yaşlı bireyler üzerinde gerçekleştirilecek, etik ilkelerin göz ardı edildiği klinik çalışmalar da yaşlı istismarına yol açabilecek diğer bir etmendir (6).

Yaşlı ihmal ve/veya istismarı önlenebilir sorunlar olduğu halde hastalık ve ölümlerin de içinde olduğu istenmeyen sonuçları bulunmaktadır. Bu nedenle, bu durumların hiç yaşanmaması, yaşandı ise erken tanı ve tedavisi ve rehabilitasyonunun yapılması son derece önemlidir. Bu aşamaların tamamında sağlık çalışanlarının rolleri büyüktür. Sağlık çalışanları arasında hekimler özellikle erken tanı ve tedavi açısından önemli rol ve sorumluluğa sahiptir. Bu sorumluluk bütün hekimler içindir, ancak birinci basamakta ayaktan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan aile hekimleri özel bir yere sahiptir. Aile hekimlerinin bu sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için konuyla ilgili farkındalık düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir. Oysa, hekimlerin istismarı tanıyabilmeleri açısından rutin bir eğitim almamaları nedeniyle farkındalıklarının yeterli olmadığı belirtilmektedir (7).

Olası istismarı saptayabilmek için standart bir protokol mevcut değildir. Bununla birlikte ilk değerlendirmelerde istismarın fiziksel ve ruhsal etkileri göz ardı edilmemelidir. Bu konuda mevcut durumun tespiti ve varsa geliştirilebilecek alanların saptanması değerlidir.

Bu araştırmada, yaşlı sağlığının korunması ve erken tanı açısından önemli olduğu düşünülen birinci basamakta hizmet sunan aile hekimlerinin yaşlı ihmali ve/veya istismarı konusundaki farkındalıklarının saptanması amaçlanmıştır. Durum tespitinin ileride hazırlanabilecek olan eğitim programlarında ve protokollerde yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırma, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ne üye olan Aile Hekimleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreni Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin elektronik iletişim grubunda yer alan Aile Hekimlerinin tümüdür. Araştırmada örnek seçilmemiş, evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Çağrıya olumlu yanıt vererek araştırmaya katılan aile hekimi sayısı 167 olmuştur. Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Verilerin toplanma süreci

Veriler, araştırmacılar tarafından çevrimiçi olarak hazırlanmış çevrimiçi veri toplama formu aracılığıyla toplanmıştır. Formun web adresi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği üyesi aile hekimlerine Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği e-posta sistemi üzerinden e-posta ile gönderilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden üyeler formu çevrimiçi olarak doldurmuşlardır. Araştırma gönüllülük esasına dayalı olarak 1 Ocak 2020-30 Nisan 2020 tarihleri arasında yürütülmüş, katılımcı hekimlerin isim ve kişisel bilgileri alınmamıştır.

Veri toplama formunda; A-Hastanın mevcut durumunun olası bir istismarla ilgili olup olmadığının tespiti için belli başlı durumlar listelenmiştir. B-Hastalarda istismar/ihmal durumundan şüphelenildiğinde kanıt olarak kabul edilemese de olası bir gösterge olabilecek sosyal ve fiziksel durumlara yer verilmiştir. C-İhmal ve istismarı düşündüren durumlarda hekimin bir girişimde bulunup/bulunmadığı sorulmuştur.

Verilerin analizi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 23.0) istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak, dağılım istatistikleri ise ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer

olarak belirtilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki ki kare testi ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın izinleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2019/23-01 sayılı karar numarası ile onaylanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı dönemin TAHUD Başkanından sözel izin alınmıştır, Etik Kurul onayını takiben yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Araştırmanın bulguları hekimlerin ihmal ve istismarı düşündürten genel görüşler, fiziksel

durumlar, sosyal durumlar, hekimlerin ihmal ve/veya istismarı düşündüklerinde izledikleri yaklaşımlar ve yaptıkları uygulamalar olmak üzere üç kategoride sunulmuştur.

Tablo 1'de hekimlere ihmal ve/veya istismarı düşündüren bazı durumlar sunulmuştur. Hekimler, ihmal ve/veya istismarı düşündürecek durumlarla ilgili farkındalıkları değişiklik göstermektedir. Bu kategoride ihmal ve/veya istismarın düşünülmesi en fazla tutarsız öykü alma (%91,6) kategorisi için olmuştur. Yeti yitimi olan bir yaşlının tanımlanan "acil durum" özelliği için hekimlerin sadece %43,7'si ihmal ve/veya istismar düşüneceklerini belirtmişlerdir.

Tablo 1. İhmal ve istismar düşündürten durumlar				
Durum	İhmal ve istismar düşünme/akla gelme			
	Hayır		Evet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaşlı hasta size başvurduğunda açıklanamayan düşmeler veya yaralanmalar olduğunda	29	17,4	138	82,6
Yaşlı hastanızda yaralanma veya hastalık dönemiyle tedavi arayışı ile başvuru arasında geçen sürenin uzun olması durumunda	44	26,3	123	73,7
Hasta ya da hasta yakını yaralanma veya hastalık ile öyküyü şüpheli veya tutarsız bir şekilde anlattığında	14	8,4	153	91,6
Hasta ve bakım verenin yaralanma veya hastalık durumuna ilişkin verdiği detaylar birbirini tutmadığında	25	15,0	142	85,0
Yetiyitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak size başvurması halinde	94	56,3	73	43,7
Laboratuvar bulgularıyla hastalık veya yaralanmaya ilişkin verilen öykünün birbiriyle tutarlı olmaması durumunda	61	36,5	106	63,5

Tablo 2’de hekimlerin bazı fiziksel ve sosyal durumlar olduğunda ihmal ve/veya istismar düşünme durumları sunulmuştur. Hekimler ihmal ve istismar açısından fiziksel durumları sosyal durumlara göre daha somut olarak değerlendirmektedirler. Örneğin; alışılmadık bölgelerde yanık veya ezilme izleri bulunması hekimlerin %95,2’si tarafından ihmal ve/veya istismar olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte,

sekiz hekim bu somut durumu ihmal ve/veya istismar olarak değerlendirmemiştir (%4,8). İhmal ve/veya istismar olarak değerlendirilebilecek ve fiziksel açıdan somut olmayan durumlara ilişkin hekimlerin farkındalık durumu somut göstergeleri olan durumlar kadar yüksek değildir. Örneğin; yaşlılarda içe kapanma, vb. duyu durumu hekimlerin sadece %64,1’i tarafından ihmal ve/veya istismar olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 2. Fiziksel ve sosyal bazı durumlar				
Durum	Hayır		Evet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiziksel durum				
Alışılmadık bölgelerde yanık veya ezilme izleri bulunması	8	4,8	159	95,2
Fiziksel kısıtlamayı akla getirebilecek kesikler, parmak izleri gibi kanıtlar	18	10,8	149	89,2
Alışılmıştan ya da gerekenden sık ilaç reçete ettirme ya da verilmiş olan ilaç tedavilerinin yetersiz kullanımı	75	44,9	92	55,1
Hastalıkla ilişkili bir neden olmaksızın dehidratasyon ve beslenme yetersizliği	45	26,9	122	73,1
Hijyenle ilişkili standartların düşük olması	38	22,8	129	77,2
Hastanın sık sık ve birbirinden farklı hekimlere ya da sağlık kuruluşlarına başvurmuş olması	113	67,7	54	32,3
Sosyal durum				
Yeme alışkanlıklarında değişiklik ya da uyku sorunları varlığı	81	48,5	86	51,5
Korku veya konfüzyon	46	27,5	121	72,5
Edilgenlik, sosyal içe çekilme, depresyon	60	35,9	107	64,1
Çaresizlik, umutsuzluk, kaygı	66	39,5	101	60,5
Bir hastalığa bağlı kafa karışıklığından kaynaklanmayan tutarsız söylemler, ikircikli tutumlar	60	35,9	107	64,1
Açık bir şekilde konuşmaktan çekinme	42	25,1	125	74,9
Bakım verenle sözel, fiziksel ya da göz temasında bulunmama	36	21,6	131	78,4
Yaşlı kişinin sosyal olarak yalıtılmış olması	63	37,7	104	62,3

Uygulama	Hayır		Evet	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hastayla baş başa görüşme yaparak görüşmede olası fiziksel şiddet, kısıtlama veya ihmalle ilişkili doğrudan soru sorma	75	44,9	92	55,1
İhmal veya istismardan sorumlu olduğu şüphelenilen kişiyle baş başa görüşme	93	55,7	74	44,3
Hastayla istismardan sorumlu olduğu düşünülen kişinin ilişkisini dikkatle inceleme	35	21,0	132	79,0
Hastayı kapsamlı geriatrik değerlendirmeden (tıbbi, işlevsel, bilişsel ve sosyal) geçirme	71	42,5	96	57,5
Hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeleme	130	77,8	37	22,2

Tablo 3'te hekimlerin ihmal ve/veya istismar düşündüklerinde yapıları uygulamalar yer almaktadır. Araştırmaya katılan hekimler ihmal ve/veya istismar durumlarında yapılması beklenen uygulamalar arasında yer alan "hastayla baş başa görüşme yaparak görüşmede olası fiziksel şiddet, kısıtlama veya ihmalle ilişkili direkt soru sorma (%55,1)", "ihmal veya istismardan sorumlu olduğu şüphelenilen kişiyle baş başa

görüşme (%44,3)", "hastayla istismardan sorumlu olduğu düşünülen kişinin ilişkisini dikkatle inceleme (%79,0)", "hastayı kapsamlı geriatrik değerlendirmeden (tıbbi, işlevsel, bilişsel ve sosyal) geçirme (%57,5)" ve "hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeleme (%22,2)" kategorilerine "evet yanıtını vermişlerdir.

Değişkenler arasındaki ilişki ise Tablo 4'te sunulmuştur.

		Yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde aklınıza ihmal veya istismar gelmesi		p
		Sayı	%	
Bir hastalığa bağlı kafa karışıklığından kaynaklanmayan tutarsız söylemler, ikircikli tutumlar	Hayır (n=60)	12	%20	<0,001
	Evet (n=107)	61	%57	
Yaşlı kişinin sosyal olarak yalıtılmış olması.	Hayır (n=63)	15	%23,8	<0,001
	Evet (n=104)	58	%55,8	
Alışılmıştan ya da gerekenden sık ilaç reçete ettirme ya da verilmiş olan ilaç tedavilerinin yetersiz kullanımı.	Hayır (n=75)	19	%25,3	<0,001
	Evet (n=92)	54	%58,7	
Hastanın sık sık ve birbirinden farklı hekimlere ya da sağlık kuruluşlarına başvurmuş olması.	Hayır (n=113)	33	%29,2	<0,001
	Evet (n=54)	40	%74,1	
Hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeliyor musunuz?	Hayır (n=130)	46	%35,4	<0,001
	Evet (n=37)	27	%73	

Analiz sonuçlarına göre; hastada bir hastalığa bağlı kafa karışıklığından kaynaklanmayan tutarsız söylemler, ikircikli tutumlar gözleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı gözlemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Bununla birlikte, yaşlı kişinin sosyal olarak yalıtılmış olması durumunu gözleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı gözlemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Alışılmıştan ya da gerekenden sık ilaç reçete ettirme ya da verilmiş olan ilaç tedavilerinin yetersiz kullanımı durumunu gözleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı gözlemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Hastanın sık sık ve birbirinden farklı hekimlere ya da sağlık kuruluşlarına başvurmuş olması durumunu gözleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı gözlemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeleyen hekimlerde yeti yitimi belirgin olan yaşlı bir kişinin esas bakım veren kişi yanında olmadan acil olarak başvurması halinde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı belgelemeyen hekimlere göre daha yüksektir.

Tartışma

Yaşlı istismarı konusunda gerek ülkeler içinde ve gerekse ülkeler arasında karşılaştırmalı çalışmalar yürütmede kavramsal ve metodolojik zorluklar vardır. Bu açıdan öncelikli gereksinim ülke içindeki değerleri yansıtarak yaşlılara karşı bu tür olumsuzlukların ortak bir tanımının oluşturulmasıdır (8).

Güncel anlamda yaşlı istismarının tanımlanmasında fikir birliğine varılan bileşenler şunlardır: A-Tek veya tekrarlanan bir işlem veya ihmal eylemi, B-Eylemin bir güven ilişkisi içinde meydana gelmesi, 3-Yaşlı bir kişiye zarar veya sıkıntı vermesi (9).

Farkındalığın geliştirilmesi için de sistematik ve

uygulanabilir önerilerin önemi bulunmaktadır. Aile hekimlerinin görüşlerini yansıtan bu çalışmanın özellikle farkındalık eksikliğinin giderilmesine katkı sunacağı düşünülmektedir.

Tablo 1’de hekimlere ihmal ve/veya istismarı düşündüren bazı durumlar sunulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin, ihmal ve/veya istismarı düşündürecek durumlarla ilgili farkındalıkları değişiklik göstermiştir. Bu kategoride ihmal ve/veya istismarın düşünülmesi en fazla tutarsız öykü alma (%91,6) kategorisi için olmuştur belirlenmiştir. Yeti yitimi olan bir yaşlının tanımlanan “acil durum” özelliği için hekimlerin sadece %43,7’si ihmal ve/veya istismar düşüneceklerini belirtmişlerdir. Tablo 1’de yer alan hiçbir kategori için ihmal ve istismar hekimlerin tamamı tarafından akla gelmemiştir.

Tablo 1’de yer alan hiçbir kategori için, ihmal ve istismar durumu hekimlerin tamamı tarafından düşünülmemiştir. Bu durum hekimler arasındaki farkındalığın artmasına gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır.

Toplum içinde yaşayan yaşlılar yanında huzurevi popülasyonları açısından da istismar konusunda yeterli veri mevcut değildir. Birkaç ampirik çalışmanın huzurevinde yaşlı istismarına odaklandığı bildirilmektedir. ABD Michigan’da huzurevinde bakım alan yaşlı bireyler arasında personelin fiziksel istismarı prevalansı ve risk faktörleri araştırılmıştır. Huzurevinde yaşlı akrabaları olan 452 yetişkin üzerinde rastgele örnekleme yapılarak bu yaşlı aile üyesinin bakım ortamında yaşadığı istismarı ve ihmali ile ilgili bir telefon anketi gerçekleştirilmiş ve ankete katılanların yaklaşık %24,3’ü huzurevi personeli tarafından en az bir fiziksel istismar olayı bildirmiştir. Huzurevi istismarında çeşitli risk faktörlerinin önemini tahmin etmek için lojistik regresyon modeli kullanılmıştır. Günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlamalar, yaşlı yetişkinlerin davranış zorlukları ve eğitilmiş olmayan bakıcılar tarafından yaşatılan önceki mağduriyetler, fiziksel istismar olasılığının daha yüksek olmasıyla ilişkili bulunmuş (10).

Hekimler, fiziksel belirtiler olduğunda, sosyal belirtilere göre daha fazla ihmal ve istismarı düşünmektedirler (Tablo 2). Bu durum, hekimlik uygulamaları sırasında daha somut olan belirtileri fark etmenin görece kolaylığı nedeniyle olabilir. Bununla birlikte, ihmal/istismar konusundaki bilgi

ve farkındalık eksikliğinin giderilmesine ihtiyaç vardır. Yapılan eğitimlerin bu doğrultuda katkısı olduğu ifade edilmektedir. Örneğin, stajyerlere yönelik olarak gerçekleştirilen 3 aylık bir eğitim sonrasında stajyerlerin istismar konusundaki farkındalıklarının ve bilgilerinin artması sağlanmış. Bununla birlikte araştırmacılara göre; doktorların davranışlarını değiştirmenin öncelikle iletişim becerilerine odaklanarak daha karmaşık bir müdahale gerektirebileceği varsayılmaktadır (2).

Hekimlerin bilgi ve farkındalık düzeyleri her zaman istenilen davranışlara dönüşmemektedir. Tablo 3'te yer alan uygulama alanlarında bu eksiklikler görülmektedir. Hekimlerin yaşlı ihmal ve istismarı konusunda doğru uygulamaları yapabilmesi için farkındalık durumlarının geliştirilmesinin yanı sıra davranış temelli eğitim olanaklarının da sunulması uygun olur.

Tablo 4'te sunulduğu üzere; yaşlı hastada bir hastalığa bağlı kafa karışıklığından kaynaklanmayan tutarsız söylemler, ikircikli tutumlar, yaşlı kişinin sosyal olarak yalıtılmış olması, alışılmıştan ya da gerekenden sık ilaç reçete ettirme ya da verilmiş olan ilaç tedavilerinin yetersiz kullanımı durumu saptayan hekimlerde, hastanın sık sık ve birbirinden farklı hekimlere ya da sağlık kuruluşlarına başvurmuş olması ve ayrıca hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgeleyen hekimlerde akla ihmal veya istismar gelmesi oranı daha yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmanın zayıf yönü katılımcı hekimlerin demografik özellikleri ile sorulara verilen cevaplar arasında ilişkinin araştırılmamış olmasıdır. Güçlü yön olarak ise; daha önce bu şekilde bir çalışma yapılmadığı için bu çalışmanın öncü olduğu, geliştirilecek yeni araştırmalara yol açabileceği söylenebilir. Yaşlanan nüfusun dikkat çeken artışı, bu alanda çok daha kapsamlı araştırmalara ve eğitimlere olan gereksinimi ortaya çıkarmaktadır.

Güncel Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; geçtiğimiz yıl toplum içinde yaşayan 60 yaş ve üzerindeki 6 kişiden yaklaşık birisi bir tür istismar yaşamıştır. Huzurevleri ve uzun süreli bakım tesisleri gibi kurumlarda yaşlı istismarı oranları yüksektir ve her 3 çalışandan 2'si geçen yıl yaşlılara kötü muamele yaptıklarını bildirmişlerdir. Yaşlı istismarı sadece ciddi fiziksel yaralanmalara değil, uzun vadeli psikolojik sonuçlara da yol açabilmektedir. Küresel anlamda 2050 yılında 60 yaş ve üzeri popülasyonun 2 milyara çıkacağı,

yaşlı istismarının, hızla yaşlanmakta olan birçok ülkede artacağı öngörülmektedir (11).

Dünya Sağlık Örgütü ayrıca COVID-19 pandemisi sırasında yaşlı istismarı oranlarının artmış olduğunu bildirmektedir (11). Araştırmamız pandemi sürecinde gerçekleştirilmiş olup, bu durum bulaş riski nedeniyle hastane ortamına gidemeyen/götürülmeyen yaşlılardaki olası ihmal/istismar bulguları ile ilgili olarak yapılacak yorumların kısıtlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca pandemi koşulları sadece infeksiyonu önceleyen bir yaklaşım ile, yaşlılardaki pek çok kronik hastalığın/sorunun da göz ardı edilmesine neden olmuştur.

Storey'e göre bu alandaki mevcut tüm araştırmalar göz önüne alındığında hepsinde ortak bir sınırlama dikkati çekmektedir ki, bu da yaşlı istismarının yeterince bildirilmemesidir (9).

Araştırmalarda ihmal ve istismar için tanımlanan risk faktörleri, bir dizi psikolojik, sosyal, biyolojik ve ekonomik konuyu içeren geniş kapsamlı bir listeden oluşmaktadır. Bireysel risk faktörlerinin doğası da bir vaka içinde birbirleriyle nedensel olarak ilişkili olabilecekleri şekilde ifade edilmekteydi. Örneğin, depresyon, kendi kendine ilaç tedavisi yoluyla madde kullanımıyla ilgili sorunlara yol açabilir ve madde kullanımıyla ilgili sorunlar, bir bağımlılığı desteklemek için başkalarına finansal bağımlılığa yol açabilir. Faile ait risk faktörlerinin ve mağdurun savunmasızlık faktörlerinin bireysel vakalarda birbiriyle ilişkili olmasının da mümkün olduğu bildirilmiştir. Araştırmalar, kronik zihinsel, fiziksel, madde kullanımı veya stresle ilgili sorunları olan yetişkin çocukların ebeveynlerinin (tüm fail risk faktörleri) diğerlerinden daha yüksek düzeyde depresyona (mağdur güvenlik açığı faktörü) sahip olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (9). Bu nedenle, fail için mevcut olan risk faktörleri, mağdur için güvenlik açığı faktörleriyle ilişkilendirilebilir. Araştırmalar mağdurla ilgili kırılabilirlik faktörlerinin mağduru daha fazla istismar riskine sokabileceğini gösterse de bu hiçbir şekilde mağdurların suçlu olduğunu göstermez. Failin davranışlarından kurbanlar asla sorumlu değildir. Yaşlı istismarı, hedefli bir şiddet biçimidir ve bu nedenle, mağdurun kendine özgü koşulları ve savunmasızlıkları dikkate alınmadan failin yarattığı risklerin tam bir resmini elde etmek imkansızdır. Fail ve mağdur ile ilgili risk faktörleri göz önünde

bulundurulmalıdır, çünkü yaşlı istismarı vakalarına etkili müdahale, kötü niyetli davranışların arkasındaki nedenlerin anlaşılmasını gerektirir (9).

Bir risk grubunu oluşturan yaşlılara yönelik olarak; öncelikle toplumda ve sağlık profesyonellerinde ileri yaştaki kişilerin çoklu sorunları olabileceği, bunların sadece fiziksel değil, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarının da göz ardı edilmemesi gerektiği bilincinin oluşturulması gerekir. Hekimlerin mümkün olduğu kadar, hastalarını kapsamlı olarak değerlendirmeleri, hasta ile baş başa görüşme yaparak görüşmede olası fiziksel şiddet veya ihmalle ilişkili direkt sorular sormaları, hastanın sosyal çevresine dahil olan kişileri belgelemeleri, istismardan sorumlu olduğu düşünülen kişiyi incelemeleri, bu kişi ile de görüşmeleri hem olası sorunları önleyecek, hem yaşlının korunduğu ve gözetildiği algısını pekiştirecek hem de bu konudaki farkındalığın artmasına destek olarak bir tür caydırıcılık sağlayacaktır.

Yaşlı istismarı üzerine yapılan araştırmalar son yıllarda artmış olsa da hala yapılması gereken çok şey olduğu vurgulanmaktadır. A-İlk olarak istismarın niteliği ve failin veya mağdurun ikamet ettiği toplum veya kurumla ilgili risk faktörleri, riskin anlaşılması için önemlidir, ancak bu faktörler araştırma literatüründe hala yeterince temsil edilmemektedir. B-İkincisi, tanımlanan faktörler ile yaşlı istismarı arasındaki ilişkiyi açıklamak için birçok hipotez iletilmiştir. Gelecekteki araştırmalar, bu faktörlerin neden yaşlı istismarı ile ilişkili olduğunu belirlemek için bu hipotezleri test etmelidir. C-Üçüncüsü, bundan sonra, hangi risk yönetimi stratejilerinin yaşlı istismarını azalttığını belirlemek için daha fazla araştırmaya gereksinim vardır. Çünkü aslında, yaşlı istismarı çalışmalarının sadece % 6,5'inin tespit, değerlendirme veya müdahaleyi incelediği bildirilmektedir (9).

Yaşlı istismarının farklı ülkelerde ve kültürlerde farklı tezahürlerle büyüyen uluslararası bir sorun olduğu ifade edilmektedir. Soruna yönelik yasal yaklaşımlar veya uygulamalarda da ülkeler arasında önemli farklılıklar mevcuttur. Benzer şekilde, yaşlı istismarını önlemek ve bunlara müdahale etmek için mevcut kaynaklar ve bunların koordine edilme derecesi dünya genelinde önemli ölçüde değişmektedir. Pillemer ve arkadaşlarına göre gelecek vaat eden önleme

ve müdahale stratejileri öncelikle diğer toplumlara uygulanabilirliği olabilecek yüksek gelirli ülkelerde geliştirilmektedir, ancak bunlar mevcut kaynaklar ve yaşlı istismarının yerel tezahürleri bağlamında diğer ülkelerde de test edilmelidir (12).

Uygulanan yerel stratejilerden bağımsız olarak, yaşlı istismarı vakaları ancak dünya çapındaki nüfusun yaşlanması göz önüne alındığında artacak ve bu da onu küresel öneme sahip bir halk sağlığı sorunu haline getirecektir. Şu anda en acil ihtiyacın yüksek kaliteli yöntemler kullanan geniş çapta genişletilmiş bir araştırma tabanı oluşturulması olduğu hatırlatılmaktadır.

Araştırmacılara göre; düşük gelirli ülkelerde yaşlı istismarının niteliği ve kapsamı hakkında bilgi azlığı vardır ve çalışmaların çoğu yüksek gelirli ülkelerde yapılmıştır. Kültürel olarak spesifik yaşlı istismarı biçimleri ve önleme ve tedaviye yönelik kültürel tutumlar (potansiyel engeller dahil) neredeyse keşfedilmemiştir.

Ayrıca, hizmet modellerinin yüksek gelirli ülkelere düşük gelirli ülkelere aktarılmasının uygulanabilirliği ciddi bir çalışma gerektirmektedir, çünkü yaşlanan hizmetler sektörünün az gelişmiş olduğu ülkelere yetişkinlere yönelik koruyucu hizmetler gibi kaynak yoğun seçenekler mümkün olmayabilir. Avrupa'da çok ülkeli çalışmalar yapılmış olmasına rağmen, araştırmalar düşük gelirli ülkelere de genişletilmelidir. Böylesi uygulamalar yaşlı istismarı hakkında geliştirilmiş bilimsel bilgi, etkili önleme ve tedavi stratejileri geliştirilmenin anahtarıdır ve dünya çapında teşvik edilmelidir (12).

İletişim: Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
E-Posta: ygkutsal@gmail.com

Kaynaklar

1. Phelan A. Elder abuse in the emergency department. International Emergency Nursing 2012;20:214-20.
2. Cooper C, Huzzey L, Livingston G. The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse. Int Psychogeriatr. 2012 Sep;24(9):1447-53.
3. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age Ageing. 2008 Mar;37(2):151-60.
4. Selwood, A., Cooper, C. and Livingston, G. What Is Elder Abuse—Who Decides? International

- Journal of Geriatric Psychiatry, 2007; 22: 1009-12.
5. Rosen T, Hargarten S, Flomenbaum NE, Platts-Mills TF. Identifying Elder Abuse in the Emergency Department: Toward a Multidisciplinary Team-Based Approach *Ann Emerg Med.* 2016; 68: 378–382.
 6. Bell JA, May FE, Stewart RB. Clinical research in the elderly: ethical and methodological considerations. *Drug Intell Clin Pharm* 1987 Dec; 21(12): 1002-7. doi: 10.1177/106002808702101217.
 7. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician.* 2012 Dec; 58(12): 1336-40, e695-8.
 8. Kosberg JI, Lowenstein A, Garcia JL, Biggs S. Study of Elder Abuse Within Diverse Cultures, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2003; 15:3-4, 71-89.
 9. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 2020; 50:101339
 10. Schiamberg LB, Oehmke J, Zhang Z, Barboza GE, Griffore RJ, Von Heydrich L. Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2012; 24:65–83.
 11. WHO fact sheet on elder maltreatment Oct 4, 2021. Accessed 20 Feb 2022, at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
 12. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist* 2016; 56 (Issue Suppl 2): S194–S205.

