



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YAŞLILARDA KENDİNİ İHMAL PREVALANSI VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANAN BULUT AYZ

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ MELİKE YALÇIN GÜRSOY

ÇANAKKALE – 2023



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YAŞLILARDA KENDİNİ İHMAL PREVALANSI VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANAN BULUT AYAZ

Tez Danışmanı

DR. ÖĞR. ÜYESİ MELİKE YALÇIN GÜRSOY

ÇANAKKALE – 2023

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Canan BULUT AYAZ tarafından Dr. Öğr. Üyesi Melike YALÇIN GÜRSOY yönetiminde hazırlanan ve **12/04/2023** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Yaşlılarda Kendini İhmal Prevalansı ve İlişkili Faktörler**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Melike YALÇIN GÜRSOY
(Danışman)

Prof. Dr. Gülbu TANRIVERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Selma İNFAL KESİM

.....

.....

.....

Tez No : **10541778**

Tez Savunma Tarihi : **12/04/2023**

.....
DOÇ. DR. YENER PAZARCIK
Enstitü Müdürü

.././20..

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

(İmza)

Canan BULUT AYAZ

12/04/2023

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, çalıŐmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle yoluma ıŐık tutan, kıymetli bilim insanı, saygı değer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Melike YALÇIN GÜR SOY'a, bana Halk Sağlığı Hemşireliği alanında vizyon kazandıran saygı değer hocam Prof. Dr. Gülbu TANRIVERDİ'ye,

Çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen sevgili eŐim Ömer AYAZ'a, kıymetli annem Hatice BULUT ve babam Mustafa BULUT'a, kardeŐim Ali BULUT'a ve de bu süreçte anlayıŐıyla bana destek olan biricik kızım Zeynep Mira AYAZ'a

Çalışma süresince benden desteklerini esirgemeyen çok kıymetli iş arkadaşlarım, Uzm. Dyt. Hilal ER DÖNGEL, Elif ÖZTOPRAK KOL, Bahar DUMAN ve Mine TÜRE TEKİN'e

Sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Canan BULUT AYAZ

anakkale, Nisan 2023

ÖZET

YAŞLILARDA KENDİNİ İHMAL PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Canan BULUT AYZAZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Melike YALÇIN GÜRSOY

12/04/2023, 47

Bu çalışma yaşlılarda kendini ihmal prevalansını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Kesitsel türde olan araştırmaya Kütahya il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 380 yaşlı dahil edildi. Veriler anket formu yardımı ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Anket formunun içeriğinde; yaşlının bazı sosyo-demografik ve sağlık durumu ile ilgili sorular, İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendini İhmalini Tarama Ölçeği, Standardize Mini Mental Test ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu ve KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği yer aldı. Araştırmaya başlamadan etik kurul izin alındı. Ayrıca araştırmanın içeriği yaşlılara anlatılarak, yaşlıdan yazılı-sözlü onay alındı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, ki kare analizi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı. Bu çalışmada yaşlılarda kendini ihmal prevalansı %36,6 (n=139) olarak belirlendi. Ayrıca, yalnız yaşayanlarda 2,7 kat (1,1-6,3), hafif demansı olanlarda 3 kat (1,0-8,2), ciddi demansı olanlarda 4,5 kat (1,6-12,3), günlük yaşam aktivitelerinde şiddetli düzeyde bağımlı olanlarda 3,3 kat (1,1-10,2) daha fazla kendini ihmal görüldüğü belirlendi. Sonuç olarak yaklaşık her üç yaşlı bireyden bir tanesinin kendini ihmal ettiği ve bazı değişkenlerin kendini ihmal ile ilişkili olduğu görüldü. Bu yüzden yaşlıların yaşadıkları yerlerde ve sağlık kurumlarında kendini ihmal yönünden değerlendirilmeleri önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Kendini ihmal, İlişkili faktörler, Halk sağlığı hemşireliği

ABSTRACT

PREVALENCE OF SELF-NEGLECT IN THE ELDERLY AND RELATED FACTORS

Canan BULUT AYAZ
Çanakkale Onsekiz Mart University
School of Graduate Studies
Master of Science Thesis in Nursing
Advisor: Assist. Prof. Melike YALÇIN GÜRSOY
12/04/2023, 47

This study was conducted to determine the prevalence of self-neglect and related factors in the elderly. The cross-sectional study included 380 elderly aged 65 years and over living in Kütahya city center. Data were collected by face-to-face interview method with the help of a questionnaire form. The content of the questionnaire form included questions about some socio-demographic and health status of the elderly, Istanbul Medical Faculty Self-neglect of the Elderly Screening Scale, Standardized Mini Mental Test, Geriatric Depression Scale Short Form and KATZ Activities of Daily Living Scale. Ethics committee permission was obtained before starting the study. In addition, the content of the study was explained to the elderly and written and verbal consent was obtained from the elderly. Descriptive statistical methods, chi-square analysis and logistic regression analysis were used to evaluate the data. In this study, the prevalence of self-neglect in the elderly was 36.6% (n=139). In addition, the prevalence of self-neglect was 2.7 times (1.1-6.3) higher in those living alone, 3 times (1.0-8.2) higher in those with mild dementia, 4.5 times (1.6-12.3) higher in those with severe dementia, and 3.3 times (1.1-10.2) higher in those severely dependent on activities of daily living. As a result, it was observed that approximately one out of every three elderly individuals neglected themselves and some variables were associated with self-neglect. Therefore, it may be recommended that the elderly should be evaluated in terms of self-neglect in the places where they live and in health institutions.

Keywords: Elderly, Self neglect, Associated factors, Public health nursing

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	2
1.3. Amaç	3
1.4. Araştırma Soruları.....	3

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlı ve Yaşlılık Epidemiyolojisi	4
2.2. Yaşlılıkta Sık Görülen Sorunlar.....	7
2.2.1. Yaşlılık Dönemi Sosyokültürel ve Ekonomik Sorunlar	8
2.2.2. Bakım ve Barınma Sorunları	9
2.2.3. Yaşlılık Döneminde Yaşam Doyumu ve Uyum Sorunları	9
2.3. Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları.....	10
2.4. Yaşlılarda Kendini İhmal.....	12
2.4.1. Yaşlılarda Kendini İhmalin Prevalansı	13
2.4.2. Yaşlılarda Kendini İhmalin Belirtileri	14
2.4.3. Yaşlılığın Kendini İhmali ile İlişkili Faktörler	14
2.4.4. Yaşlılarda Kendini İhmalin Sonuçları	16
2.4.5. Yaşlılarda Kendini İhmal ve Halk Sağlığı Hemşireliği	16

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.2. Araştırmanın Türü.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.5. Verilerin Toplanması	20
3.6. Değişkenler	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.8. Etik.....	21
3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	21

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Yaşlılara Ait Bazı Tanımlayıcı Özellikler	22
4.2. Yaşlılarda Kendini İhmal Prevalansı	26
4.3. Yaşlılarda Kendini İhmal ile İlişkili Faktörler.....	27

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA

5.1. Yaşlılarda Kendini İhmal Prevalansı	32
5.2. Yaşlılarda Kendini İhmal ile İlişkili Faktörler.....	33

ALTINCI BÖLÜM
SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKÇA	37
Ek-1: Etik Kurul İzni	I
Ek-2: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kullanım İzni	II
Ek-3: Minimal Durum Testi Kullanım İzni	III
Ek-4: İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlıların Kendi Kendini İhmali Tarama Ölçeği Kullanım İzni.....	IV
Ek-5: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Kullanım İzni.....	V
Ek-6: Anket Formu	VI

SİMGELER VE KISALTMALAR

TUİK Türkiye İstatistik Kurumu

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

T.C Türkiye Cumhuriyeti

GYA Günlük Yaşam Aktiviteleri

ILO International Labour Organization

WHO World Health Organization

ABD Amerika Birleşik Devletleri



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Yaşlıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	22
Tablo 2	Yaşlıların sağlık durumları ile bazı özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 3	Ölçeklere ait bazı tanımlayıcı istatistikler	25
Tablo 4	Yaşlıların kendini ihmalini tarama ölçeğinde yer alan maddelere ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı	26
Tablo 5	Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki-1	27
Tablo 6	Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki-2	29
Tablo 7	Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki-3 (n=380)	30
Tablo 8	Kendini ihmal ile ilişkili risk faktörlerine ilişkin lojistik regresyon analizi	31

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Giriş bölümü; problemin tanımı, araştırmanın önemi, amaç ve araştırma soruları başlıkları altında ele alındı.

1.1. Problemin Tanımı

Tüm dünyada uzayan yaşam süreleri ve doğumların azalması gibi sebeplerle yaşlı nüfus oranının arttığı bilinmektedir (UN, 2017). Yaşlı nüfustaki bu artış, yaşlılıkla ilgili sorunların da daha fazla gündeme gelmesine neden olmaktadır. Bu sorunlardan bir tanesi de yaşlının kendini ihmali olarak kabul edilmektedir (Yalçın Gürsoy, 2020). Yaşlının kendini ihmali yaşlı bireyin fiziksel yeti kaybı, bilişsel bozukluk gibi nedenlerle temel ihtiyaçlarını (gıda, giysi, barınma, güvenlik) kendi kendine karşılayamaması olarak tanımlanmıştır (Elder Justice Act, 2010). Yaşlılarda kendini ihmal çoğunlukla yaşlının yeterli yiyecek, su, giysi, barınak, ilaç, hijyen gibi ihtiyaçlarını karşılayamaması, güvenlik önlemlerini reddetmesi veya bu konuda başarısızlık olarak kendini göstermektedir (Pickens vd., 2021).

Kendini ihmali inceleyen çok sayıda araştırma olmasına rağmen, tanım ve ölçümlerdeki metodolojik tutarsızlıklar nedeniyle kendini ihmal yaygınlığının nasıl tahmin edilebileceğine dair bilgi eksikliği vardır (Dong, 2017). Bununla birlikte Güney Kore'de bir metropol bölgesinde yalnız yaşayan 1.023 yaşlı yetişkin ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların %22,8'inin kendini ihmal ettikleri belirtilmiştir (Dong vd., 2012). Chicago'da 3.159 Çinli yaşlı yetişkinden oluşan bir kohortta kendini ihmal yaygınlığı %29,1 olarak bildirilmiştir (Dong, 2014).

Yaşlının kendini ihmali sıklıkla geriatrik kırılabilirlik durumlarıyla ilişkili görülmekle birlikte; fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlardaki kayıplarla karakterizedir (Pickens vd., 2021). Bu nedenle yaşlının kendini ihmali bir takım sağlık problemleri ile

ilişkilendirilmiştir. Kardiyovasküler, pulmoner hastalıklar, depresyon, demans, diyabet, inme öyküsü, alkolün kötüye kullanımı bu problemlerden bazılarıdır (Spensley, 2008). Ayrıca bir çalışmada kendini ihmal, 1 yıllık mortalite riskinde önemli ölçüde artış ile ilişkilendirilmiştir (Dong vd., 2009).

Kendini ihmalin erken dönemde tespit edilmesinin güç olması, bu olguların tespitini zorlaştıran kısımdır (Pickens vd., 2021). Yaşlıların kendini ihmalinin geç farkına varılır ve tedavisi yapılmazsa, önlenmesi veya kontrol altına alınması mümkün olan sağlık problemleri daha da kötüleşmektedir. Bu yüzden de ihmal bulgularının erken dönemde tespiti yaşlı sağlığı için büyük önem taşımaktadır (Johnson, 2018). Halk sağlığı hemşireleri, yaşlının kendini ihmalini erken dönemde tespit etmede ve değerlendirmede eşsiz bir konumdadır (Day vd., 2015). Yaşlı bireyleri kendini ihmalden korumak için sağlığı koruyucu ve geliştirici eğitim faaliyetleri düzenleyebilir. Ayrıca yaşlıları destek alabilecekleri resmi ve sivil toplum kuruluşlarına yönlendirebilirler. Bu uygulamalar, anahtar konumdaki halk sağlığı hemşirelerinin önemli işlevleri arasında yer almaktadır (Noblett, 2019).

1.2. Araştırmanın Önemi

Yaşlının kendini ihmali, farklı koşullara sahip yaşlıları etkileyen yaygın ve ciddi bir sorundur (Iris vd., 2014). Yapılan bir sistematik bir derleme sonucunda toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerde kendini ihmal yaygınlığının %18,4-%29,1 aralığında değiştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada sosyodemografik özellikler (erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük ekonomik durum, etnik köken, düşük eğitim düzeyi, medeni durum ve daha az çocuk sayısı), sağlıkla ilgili özellikler (bilişsel bozukluk, düşük fiziksel işlev, beslenme durumu, daha yüksek sayıda tıbbi ek hastalık ve ağrı), psikolojik özellikler (depresyon) ve sosyal yaşam özellikleri (yalnız yaşama, daha düşük sosyal ağlar ve sosyal katılım, daha düşük komşuluk uyumu ve mahalle bozukluğu) kendini ihmal ile ilişkili risk faktörleri arasında yer almıştır (Yu vd., 2020).

Yaşlının kendini ihmali, yaşlı insanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden küresel bir halk sağlığı ve insan hakları sorunudur. Kendini ihmal, yaşlıların fiziksel ve psikolojik refahı, ölüm oranları ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (Dong, 2017). Ayrıca, kendini ihmal etme, toplumda yaşayan yaşlı bir popülasyonda yaşlı istismarının önemli bir belirleyicisi olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle, kendini ihmalin yol açtığı sağlık problemlerinin önüne geçebilmek için ihmalin erken zamanlarda tespit edilmesi gerektiği açıktır (Johnson, 2018). Halk sağlığı hemşireleri toplumla iç içe oldukları ve yaşlıları kendi yaşam alanlarında gördükleri için kendini ihmal riski taşıyan bireyleri tespit etme ve değerlendirmede kritik bir role sahiptir (Day vd., 2015; Yalçın Gürsoy, 2020). Bununla birlikte, tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı oranlarının daha da artması beklenmekte ve bu durumda kendini ihmal vakalarının da artabileceği öngörülmektedir. (Dong vd., 2013; Pickens vd., 2021). Yaşlının kendini ihmali ile ilgili literatür son yıllarda önemli ölçüde artmış olsa da hala yeterince kapsamlı ve net görülmemektedir (Pickens vd., 2021). Ayrıca, Türkiye’de konu ile ilgili yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu yüzden sorunun büyüklüğünü anlayamaya yönelik çalışmaların yapılması, konuya yönelik uygun girişimlerin planlanması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

1.3. Amaç

Bu çalışmanın amacı, yaşlılarda kendinin ihmal prevalansının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

1.4. Araştırma Soruları

- 1.Yaşlılarda kendini ihmal prevalansı nedir?
- 2.Yaşlılarda kendini ihmal ile ilişkili faktörler nelerdir?

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

Bu bölümde öncelikli olarak yaşlı ve yaşlılık ile ilgili tanım ve epidemiyolojik bilgilere ve yaşlılarda sık görülen sorunlara yer verildi. Sonrasında yaşlılarda önemli sağlık sorunlarından biri olan kendini ihmal ile ilgili güncel literatür bilgisine yer verildi. Yaşlılığın kendini ihmal konusu tanımı, belirtileri, yaygınlık oranları, ilişkili faktörler, sonuçları ve yaşlılarda kendini ihmal ve halk sağlığı hemşireliği başlıkları altında ele alındı.

2.1. Yaşlı ve Yaşlılık Epidemiyolojisi

Canlıların tümü zaman içerisinde yaşamlarını sürdürür ve ölürlür. İnsan hayatının dönemleri şu şekilde dörde ayrılabiliriz; çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık. Yaşamın son evresi yaşlılıktır (Kalınkara, 2016). Yaşlanmanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve toplumsal boyutları bulunmaktadır. Fiziksel yaşlanma, çoğu insanın aşına olduğu yaşlanma türüdür, vücudun zaman içinde doğal olarak değiştiği çeşitli yolları ifade eder. Psikolojik yaşlanma, yaş ilerleyişiyle beyindeki değişiklikleri ve kişilikteki değişimleri ifade eder. Sosyal yaşlanma, sosyal alışkanlıkların ve davranışların zaman içinde nasıl değiştiğini ifade eder (Aslan, 2018). DSÖ'nün tanımında kişinin kontrolü dışında oluşan ve çevreye uyum sağlamasında zorluklar oluşturan ve 64 yaşın bitimi 65 yaşın başlaması yaşlılık olarak tanımlanır. Yaşlılık kendi içerisinde üç döneme ayrılmıştır. 65-74 yaş arası, erken yaşlılık dönemi; 75-84 yaş arası, orta yaşlılık dönemi; 85 yaş ve ötesi ise ileri yaşlılık dönemi olarak tanımlanmıştır (WHO, 2016). Yaş artışı ifade eden 'yaşlanma' kavramı kronolojik sürecin dışında toplumsal ve kültürel olarak da anlam ifade etmektedir (Beğer, 2012).

Toplumun yaşlanması tarih boyunca gündemde olan bir konudur. Özellikle 20. Yüzyıldan itibaren Dünya'nın birçok bölgesindeki doğum hızlarında yaşanan azalma, yaşam koşullarındaki değişim, bebek ölümlerinin azalması beslenme ve sağlık hizmetlerindeki değişim ve gelişmelerle doğuştan beklenen ortalama yaşam süresinde artış gerçekleşmiştir (Beğer, 2012). Dünya Nüfus Beklentileri (2019) raporuna göre, 2019

yılında 11 kişiden 1'i 65 yaş üzeri iken, 2050 yılına gelindiğinde dünyadaki 6 kişiden 1'i 65 yaşın üzerinde olması bekleniyor. Nüfus yaşlanması küresel bir olgudur. Dünyadaki hemen hemen her ülke nüfusunda büyüme yaşıyor ve 2019'da 65 yaş üstü nüfus 703 milyon kişi iken bu yaşlı nüfusun iki katına çıkacağı, 2050 'de 1,5 milyara ulaşacağı tahmin ediliyor. Durum gösteriyor ki dünyadaki tüm topluluklar bu uzun ömürlü devrimin ortasındadır. Bazıları başlangıç aşamasındadır, bazıları daha gelişmiştir (United Nations, 2019).

TUIK 2021 verilerine göre, dünyada yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üstü nüfus, 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi iken son beş yılda %24,0 artarak 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında %9,7'ye yükseldi. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülüyor (TUIK, 2021). Geleceğe yönelik tahminler, yaşlı nüfusun sayı ve oran olarak artacağı yönündedir (Duyar, 2005).

Günümüzde çoğu insanın öngördüğü yaşam ömrü genellikle 60 yaş üzeridir. Brezilya veya Burma'da (Myanmar) bugün dünyaya gelen bir çocuk bundan 50 yıl önce doğan birinden 20 yıl daha fazla ömür bekleyebilir. 2016 yılında yapılan bir araştırmada İran'da her 10 kişiden sadece 1'inin 60 yaşının üzerinde olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmanın öngörüsü, 35 yıl içerisinde bu oranın her 3 yaşlıdan biri şeklinde olacağı yönündedir (Bread vd., 2016). Birleşmiş Milletler tarafından yapılan tahminler; dünyada nüfusun 15 Kasım 2022 tarihinde 8 milyara ulaşacağı belirtilmektedir. Türkiye, 2021 yılı itibarıyla 84 milyon 680 bin 273 kişilik nüfusu ile dünyada nüfus büyüklüğüne göre 195 ülke içinde 18. sırada yer almıştır. Dünya nüfusunun 7 milyar 874 milyon 965 bin 732 olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada nüfusu en kalabalık ülke 1 milyar 444 milyon 216 bin 102 kişi ile Çin'dir (TUIK, 2022).

Yapılan araştırmalara göre gelişmekte olan ülkelerde demografik yaşlanma daha hızlı gerçekleşmektedir. Buna göre de 2050 yılında 10 yaşlıdan 8'inin gelişmekte olan ülkelere olacağı belirtilmektedir (ILO, 2014). 2019 yılında Dünya yaşlılarının %37'sine yani en büyük payına Doğu ve Güneydoğu Asya ülkelerine ev sahipliği yapmaktadır. 2050

yılında da nüfusun böyle kalması bekleniyor. Yaşlı nüfusun en büyük ikinci payını yüzde 28,5 oran ile Avrupa ve Amerika'nın kuzeyinde yaşayan yaşlı nüfus oluştururken bu oranın 2050 yılında %19,1 olması bekleniyor. Orta ve Güney Asya'nın küresel yaşlı nüfusun altıda birine (%16,9) ev sahipliği yaptığı tahmin edilmektedir. 2050 yılında bu rakamın %21'e yükseleceği öngörülüyor. 2019 ve 2050 yılları arasında Latin Amerika ve Karayiplerin dünyadaki yaşlı nüfus paylarında artış gözleneceği ve bu oranın %8'den %9'a çıkması bekleniyor (United Nations, 2019).

Yaşlılar toplumdaki büyüyen bir demografik gruptur. Bugün 17 ülkede nüfusun beşte birinden fazlasını yaşlı nüfus oluşturuyor. Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi Nüfus Dairesi'nin projeksiyonlarına göre yüzyılın sonuna kadar bu durumunun, dünya nüfusunun çoğunluğunu (%61) kapsayan 155 ülke için 2100'de böyle olacağını göstermektedir (United Nations, 2019).

Dünya nüfusu demografik dönüşüm yaşamaktadır. Demografik dönüşüm, küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılır. Dönüşüm sürecinde olan Türkiye'de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı artmakla birlikte 2021 TÜİK verilerine göre toplumun %9,7'sini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Cinsiyete göre yaşlı nüfusa bakıldığında kadın oranının daha fazla olduğu görülmektedir. 65 yaş üstü kadın nüfusu toplumun %10,9'unu oluştururken %8,6'sını 65 yaş üstü erkek nüfus oluşturmaktadır. Dünya nüfusun %9,8'ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde 31 Aralık 2022 tarihi itibarıyla 8 milyon 245 bin 124 yaşlı birey yaşamaktadır. Türkiye'deki yaşlı nüfusu oranı 9,7 oran ile 167 ülke arasından 68. Sırada yer almıştır. Yaşlı nüfusun kendi içindeki yaş gruplarına göre oranlarına bakıldığında %38,3 oranla 65-69 yaş grubu yaşlı bireyler oluşturmaktadır. En az oran 85 yaş üzeri olup yaşlı nüfusun %8'ini oluşturmaktadır.

Yapılan yapısal incelemelere bakıldığında, Türkiye'de yaşlı ilerlemiş nüfusun kategorik incelenmesi iyileştirilmesi gereken yönlerin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu amaçla, TÜİK verilerine göre; 2021 yılı cinsiyet temelli bazı bilgileri paylaşmakta fayda sağlayacaktır. Türkiye'de toplam nüfusun %50,1'ini erkekler ve

%49,9'unu kadınlar oluşturmaktadır. 60 yaş ve üzeri için bu durum değişiklik göstermektedir. 60 ve üzeri yaşlı kadın nüfusuna bakıldığında 60-74 yaş grubunda %52,3 ve 90 yaş ve üzeri grupta %73,2'dir. Öğrenim durumları açısından erkeklerin kadınlardan daha yüksek öğrenim düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir. Ayrıca yaşlı kadınların, yaşlı erkeklere göre hayatlarından daha memnun oldukları belirtilmiştir (TUİK, 2021).

Türkiye'de yaşlı popülasyona ait demografik verilerin haricinde sosyal durum ile ilgili de bazı veriler mevcuttur. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Yaşlı Nüfus İstatistik Bülteni 2020 verilerine göre; yaşlı popülasyonuna ait verilerin son on yılda neredeyse bir buçuk kat artış gösterdiği görüldü. Şöyle ki doğumda beklenen yaşam süresinin artış eğiliminde olduğu, dört haneden birinde en az bir yaşlı bireyin yaşamını sürdürdüğü, yaşlıların yüzde yirmisinin tek başına yaşadığı, okuma yazma bilen erkek yaşlıların sayısının kadın yaşlılardan beş kat daha fazla olduğu, neredeyse her on yaşlıdan birinin çalışmaya devam ettiği ve yaşlıların çoğunun tarım sektöründe çalışmakta olduğu belirtilmiştir. Ayrıca son yıllarda yaşlı bireyler arasında internet kullanımının da oldukça artış gösterdiği, son beş yılda beş kat arttığı belirtilmiştir. Yaşlı bireyler için Türkiye 'de farklı eğitim programları düzenlenmektedir. 2021 yılı itibari ile bu eğitimler dokuz üniversitede devam etmektedir (TUİK, 2020).

2.2. Yaşlılıkta Sık Görülen Sorunlar

Yaşlılar, bağımsızlıkları ve ekonomik açıdan kendilerine yeterlilikleri ile refahları ve sağlık durumları açısından farklılık gösterir. Yaşlıların bir kısmı bağımsız yaşamakta ve kendi gelirleriyle geçimlerini sağlamaktadır; bir kısmı halen çalışma hayatında aktiftir. Bununla birlikte, yaşlı nüfusun büyük bir kısmı, artan destek ve bakım ihtiyacı nedeniyle bağımlı ve savunmasızdır. Yaşlı nüfusun homojen bir insan grubu olmadığını, bunun yerine farklı yaşam öyküsü, ihtiyaçları ve umutları olan çeşitli farklı grupları içerdiğini anlamak önemlidir (Sourtzi, 2019).

Yaşlılık dönemi, mental ve fiziksel açıdan hem bir gerilemeyi aynı zamanda sosyal konumda değişimleri içeren bir dönemdir. Birçok sağlık problemini de beraberinde getirir

(Palabıyıkoglu, 1992). Ayrıca yaşlılık dönemi biyolojik, kültürel ve ekonomik problemlerin yaşanması olası bir dönemdir (Duben, 2016). Bununla birlikte yaşlılık dönemi sorunları dört başlık altında incelenebilir. Bunlar sosyokültürel ve ekonomik sorunlar, barınma sorunları, yaşam doyumu ve uyum sorunları ve sağlık durumlarına bağlı sorunlardır (Dağ, 2020).

2.2.1.Yaşlılık Dönemi Sosyokültürel ve Ekonomik Sorunlar

Türkiye'nin yıllar içinde geçirdiği sosyokültürel değişimi sonucu günümüz aile yapısı, yaşam tarzı değişiklik göstermiştir. Geleneksel Türk kültüründe yaşlı insanlar güç, prestij ve söz sahipleriydi. Fakat günümüzde ekonomik, fiziksel ve sosyal açıdan inaktif, bağımlı ve güçsüz hale gelmektedir (Türkan ve Sezer, 2017). Yaş ilerleyişi ile birlikte yaşlı bireylerin en önemli problemi bakılma ihtiyacı, yoksulluk ve yalnız kalmadır. Bu yüzden sosyal problemler açığa çıkmaktadır. Yaşın ilerleyişi ile birlikte fizyolojik, psikolojik, biyolojik problemler artış göstermektedir. Bunun beraberinde yoksullaşma ortaya çıkmaktadır. Aktif çalışmaya alışmış olan yaşlı bireyler yaş ilerleyişi ile birlikte üretkenlikten uzaklaştıkları için işe yaramama, yetememe, faydalı olamama, yetersizlik gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedir (Türkan ve Sezer, 2017).

Yaşın ilerleyişi ile birlikte kronik sağlık problemleri, zihinsel, fiziksel yeti kaybı yaşayan yaşlı bireylerin bakım ihtiyacı özellikle de sosyal güvenlik kapsamında olmayan çocukları için maddi yük olmaya başlamıştır. Toplum, yoksul, bağımlı, düşkün yaşlılara devletin bakmasını istemiştir. Bu da zaten yetersizlik, yoksulluk, yeti kaybı gibi problem yaşayan yaşlıların, bakılma ihtiyacı gibi problemler yaşamaları süreci daha da güç hale getirmektedir (Türkan ve Sezer, 2017). Emeklilik ücretlerinin yaşanan döneme göre düşük kalması, sağlık harcamalarının ciddi ekonomik yük oluşturması yaşlı yoksulluğunu meydana getirmektedir. Emeklilik sonrası çalışmak isteyen yaşlılara düşük ücretler ve daha az seçenekler sunulmaktadır. Yoksulluk sorunu aynı zamanda beslenme, barınma ve sosyal izolasyon gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (Karasoy, 2021). Gelir ve yaşam koşulları araştırması sonuçlarına göre, yoksulluk oranı, yaşlı nüfus için 2014 yılında %18,3 iken 2018 yılında %16,4 olduğu belirtilmiştir (TUİK, 2021).

2.2.2. Bakım ve Barınma Sorunları

Yaşlı bakımı geçmiş yıllarda sorun olmazken, aile yapısındaki değişim ve değişiklikler sebebiyle yaşlı bakımı sorun olarak görülmeye başlanmış ve bir taraf huzurevi, gündüz bakım evi gibi hizmetlere yönelir iken, diğer taraf geleneksel çekincelerle bunu tercih etmemektedir (Keser, 2020). Toplumsal yapının, değişmesi, çekirdek aile yaşantısı, kadının çalışma hayatına katılması ile birlikte yaşlı ilerlemiş bireye geleneksel aile desteği azalmıştır (Akdemir vd., 2008).

Barınma problemi yaşlılık döneminin en önemli sorunlarından bir diğeridir. Bu problem huzurevi, bakım evi gibi çözümler ile sınırlı kalacak nitelikte değildir. Barınma probleminin ortaya çıkmasının sebebi yetersiz maddi güç yani yaşlının ekonomik problemler ya da sosyal problemler yaşaması olabilir. Barınma problemine alternatif yöntemler geliştirilmelidir. Sadece ekonomik sorunlar nedeniyle değil çoğu yaşlı günlük ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük yaşadığı için huzurevi gibi alternatif yolları tercih etmektedir (Sılaydın, 2008).

2.2.3. Yaşlılık Döneminde Yaşam Doyumu ve Uyum Sorunları

Yaşam doyumu, bireyin hayattan beklentileri ile yaşadığı hayatın arasındaki ilişkidir. Cinsiyet, eğitim düzeyi, sağlık algısı, gelir ve sosyal ilişkilerin bireyin yaşam doyumunu etkilediği belirtilir. Yaşlılık süreci bireysel farklılıklar içeren fizyolojik bir süreçtir. Yaşlı bireyin yaşam doyumu alması için yaşlanma sürecine hazırlığı, sağlıklı yaşam becerilerini geliştirmesi, sağlık problemlerini en aza indirmek için koruyucu tedbirler alması, zihni canlı tutmaya çalışması, içinde bulunduğu koşul ve durumlardan bağımsız pozitif bakma becerisi geliştirmesi son derece önemlidir. Bunların dışında ekonomik koşulları kötü olan yaşlı bireyin yaşam doyumu düşük olacaktır. Yaşlı bireyin yaşamdan doyum alabilmesi için kendini nasıl hissettiği, nasıl gördüğü, sağlık durumunu nasıl algıladığı, kendini ne kadar önemseydiği durumları önemlidir (Tambağ, 2013).

Yaşın ilerleyişi ile birlikte yaşlı bireyler içinde buldukları duruma karşı sıklıkla uyum problemi davranışları göstermektedirler. Bireyden bireye farklılık gösteren uyum sorunu, yaşlı bireyin cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal çevresi, gelir düzeyi ile yakından ilişkilidir. Özellikle ‘emeklilik dönemi’ uyum sorunları açısından kritik bir dönemdir. Bu dönemi rahat atlatabilmeleri için yaşlı bireylerin yeni roller edinmeleri, yeni uğraş ve hobiler bulmaları önerilmektedir.

Yaşam doyumu ve yaşlılığa uyum yakından ilişkilidir. Yaşam doyumu yüksek olan yaşlı bireylerin yaşlılığa uyum ve sosyal uyumlarının da iyi olduğu belirtilmektedir (Tambağ, 2013).

2.3. Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları

İlerleyen yaşla birlikte sağlık problemlerinde de artış görülmektedir. Kanıtlar, sağlıklı yaşamın oranının genel olarak sabit kaldığını belirtirken, ek yılların sağlıksızlığını da işaret etmektedir. İlerleyen yaşla birlikte kronik hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Toplumda yaygın olarak görülen kronik hastalıklar; kalp hastalıkları, hipertansiyon, inme, astım, kronik-bronşit, kanser, diabetesmellitus, artrit yer almaktadır (Aslan, 2018). Ülkemizde yaşayan yaşlıların %70-90 en az bir kronik hastalığa sahiptir. Bu da yaşlılığın bağımlılığı ve bakım ihtiyacı konusunu gündeme getirir (Özkul, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2021 verilerine göre, 2019 yılında hayatını kaybeden yaşlı bireylerin ölüm sebepleri sırasıyla; %41,5'i dolaşım sistemi hastalıkları, %15,3 kanserler ile solunum sistemi hastalıkları, %5,3 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları olarak bildirilmiştir. Cinsiyete göre ölüm sebeplerine bakıldığında, erkek ve kadın cinsiyet arasındaki en önemli fark malign ve malign olmayan tümörler sebebiyle olduğu belirtilmiştir. Malign ve malign olmayan tümörler nedeniyle hayatını kaybeden yaşlı erkek bireylerin oranı, yaşlı kadın bireylerin neredeyse iki katıdır (TUİK, 2021).

Yaşlılık, genellikle geriatrik sendromlar olarak adlandırılan birkaç karmaşık sağlık durumunun ortaya çıkması ile de karakterize edilir. Bunlar genellikle altta yatan birçok faktörün sonucudur ve zayıflık, idrar kaçırma, düşme, deliryum ve basınç ülserlerini içerir (Aslan, 2018). Deliryum akut nörobilişsel bir hastalıktır. Yaşlılarda sık görülen ciddi bir nöropsikiyatrik sendromdur. Hastanede yatan yaşlılar arasında deliryum oranları yüksektir (Eshmawey, 2021). Yaşlı bireylerde deliryum tablosu sinsi ilerleyebilir. Dezorganize düşünceler, dikkati sürdürme, duyumsama, algılama, uyku-uyanıklık döngüsünün ters dönmesi sıklıkla karşılaşılan belirtilerindendir (Kaya, 2013). Demans hafıza, düşünme gibi zihinsel süreçler ve yargılama, akıl yürütme gibi işlevlerde bozukluk olarak ortaya çıkan bir sendromdur. Böylece bireyin günlük yaşamın işlevlerini yerine getirme yeteneğini ciddi şekilde bozar (Ravindranath, 2021). Hastaneye yatış yapan demanslı bireylerin %30'unda deliryum bildirilmiştir (Karakovan, 2014). Depresyon sürekli üzüntü hali ve çevreye olan ilgi kaybıyla kendini gösteren bir duygu durum bozukluğudur. Depresyon sadece bir yaşlılık hastalığı değildir. Fakat yaş ilerleyişi ile birlikte artan sağlık sorunları, bağımlılık, fiziksel ihtiyaçlarını kendi başına karşılayama, hafıza, hatırlama güçlükleri gibi sorunlar yaşının depresyona girmesine sebep olabilmektedir (Dağ, 2020). Depresyonun klinik olarak kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Savrun, 1999).

Yaşlılık dönemindeki hem fiziksel sınırlılıklar hem zihinsel yeti kaybı, psikolojik durum bozuklukları, demans, alzheimer gibi hastalıklar beslenmeyi olumsuz etkilemektedir (Keleş, 2020). Yetersiz beslenme bağışıklığı düşürdüğü için birçok hastalığı da beraberinde getirir. Kas kaybı, zihinsel ilgisizlik ve hareketsizlikle ilişkilendirilir. Şiddetli malnütrisyon, bozulmuş oral alım ve basınç ülseri riski birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Dağ, 2020).

Yaşlı bireylerde uyku sorunları sık rastlanan sorunlar arasında yer almaktadır. Bunlar arasında insomnia (uykusuzluk) ve hipersomnia (aşırı uyku hali) en sık rastlanan uyku sorunlarıdır. Kullanılan ilaçlar, yaşam kalitesinde bozulma, sedanter yaşam, ölüm düşüncesi, psikolojik problemler gibi sorunlar uyku sorunlarını arttırmaktadır (Özgür, 2005).

Düşme yaşlı bireylerde önemli bir sorun olarak belirtilmektedir. İlerleyen yaşla birlikte işitme, görme, denge ve güç kaybına bağlı olarak yaşlı bireyler düşme problemi yaşamaktadırlar. Düşmenin yaşlı bireylerde mortalite ve morbidite oranlarını arttırdığı bilinmektedir (Dağ, 2020). Ayrıca yaşlı bireylerde kırılabilirlik ile düşme ilişkili görülmüştür (Hoogendijk vd., 2019). Sorunların bir kombinasyonu, yaşlılar için tipiktir ve kırılabilirlikle sonuçlanabilir. Ayrıca, kırılabilir yaşlı insanlar ağız sağlığının bozulması açısından daha fazla risk altındadır ve ağız sağlığı sorunları, yetersiz beslenme gibi diğer birçok sağlık sorununa beraberinde getirir (Sourtzi, 2019).

2.4. Yaşlılarda Kendini İhmal

Yaşlılarda sık görülen sorunlardan bir diğeri de yaşlının kendini ihmalidir. Kendini ihmal kavramının klasik bir tanımı olmamakla birlikte ilk olarak 1950'lerde tanımlanmış kaynaklarda 'Diyogen Sendromu'(Clark vd., 1975) ve 'Squalar Sendromu'(Shah, 1995) gibi kavramlar kullanılmıştır. Kendini ihmal tanımı Yaşlı Adalet Yasasında; yaşlı bireylerin fiziksel yeti veya bilişsel bozukluk nedeniyle temel ihtiyaçlarını (gıda, giysi, barınak ve ilaç), güvenliğini, mali işlerini kendi başına karşılayamaması şeklinde belirtilmiştir (ElderJusticeAct, 2010).

Literatürde kendini ihmal etmenin bir tür yaşlı istismarı olup olmadığı konusunda da tartışmalar vardır. Yapılan çalışmaların bir kısmında yaşlının kendini ihmal bir istismar türü olarak gösterilirken, bazı kaynaklar ise bunu reddeder (Brayevd., 2011; Dyer vd., 2007). Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşlanma ve Sağlık Dünya Raporu'nda kendini ihmal etme, yaşlı istismar biçimleri arasında yer almamaktadır (WHO, 2015).

Yaşlının kendini ihmal, milyonlarca yaşlıyı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Dong, 2017). Bireylerin yaşamlarının her döneminde yaşayabileceği ama en sık yaşlılıkta görülen küresel bir olgudur. Önemli bir sağlık ve sosyal bakım sorunudur (Day vd., 2013). Kendini ihmal etme, kendini ihmal edenlerin yalnızca kendileri için değil, aynı zamanda toplumlarının sağlığı ve güvenliği için de genellikle tehlike arz eden sosyal bir

sorundur (Sengstock vd., 1999). Yetersiz öz bakım, sağlık personeli tarafından bir davranış modeli gözlemlenene kadar fark edilmeyen, kendini ihmal olgusunun bir yönüdür (Finkel, 2003; Lauder, 1999). Bireyin ihmal durumu şiddetlendiğinde ya da hastalık akut bir şekilde hastaneye yatırılmasıyla sonuçlanır (Clark vd., 1975; Gee vd., 1998).

2.4.1.Yaşlılarda Kendini İhmalin Prevalansı

Yaşlılarda kendini ihmal etme, tipik olarak iyileştirici hizmetlere erişememe veya isteksizlikten kaynaklanan, sağlık ve hijyene dikkatsizlikle karakterize edilen karmaşık bir olgu ve ortaya çıkan yaygın bir sorundur (Pavlou ve Lachs, 2006). Nüfus yaşlanmaya başladıkça, yaşlı nüfusun oranı arttıkça yaşlı ihmal ve istismarı konuları hem dünyada hem ülkemizde önem kazanmaya başlamaktadır (Çilingir ve Hindistan, 2012). İrlanda'da kendini ihmal ile ilgili pek çok yayın, vaka çalışması, inceleme bildirilmiştir. Geleceğimizi Korumada Yaşlı İstismarı ve İhmali Çalışma Grubu tarafından 2008 yılında İrlanda'da 1.840 vakadan 359 'u kendini ihmal olarak belirtilmiştir (Day, 2013). Abrams ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada 1982-1991 yılları arasında ulaşılan 2161 kişinin %4,2'sinde kendini ihmal vakası doğrulanmıştır. Dyer ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu kendini ihmali etyolojik faktörlerinin araştırıldığı çalışmada, kendini ihmal düşünülen 568 yaşlının, %50'sinde bilişsel fonksiyon bozukluğu, %15'inin depresyon belirti ve bulgusu gösterdiği, %76'sının fiziksel yetersiz olduğu, %95'inin sosyal ağlarının zayıf olduğu tespit edilmiştir.

ABD'de 65 yaş üstü yaşlı bireyler toplam nüfusun %19'unu oluştururken, bu popülasyonun %45'inin kendini ihmal ettiği bildirilmiştir (Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi, 1998). 2019 yılında yapılmış bir çalışmada ABD Yaşlı Koruma Merkezleri'ne (APS) sevk edilen istismara uğramış yaşlı bireylerin %50'sinin kendini ihmal vakası olduğu belirtilmiştir (McGee ve Urban, 2020). Yapılan bir sistematik bir derlemede yaşlıların kendini ihmal yaygınlığının %18,4-%29,1 aralığında olduğu bildirilmiştir. (Yu vd., 2020). 2014 yılında Güney Kore'de yapılmış bir çalışmada %22,8 (Lee ve Kim, 2014), Chicago'da bir çalışmada, kendini ihmal prevalansının %29,1 olarak belirtilmiştir. Bu vakaların %18,2'sinin hafif şiddette ve %10,8'inin orta şiddette olduğu belirtilmiştir (Dong vd.,

2014). Thomson ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada ABD ‘de kendini ihmal yaygınlığının %26,3 olduğunu bildirmiştir. Mohseni ve arkadaşlarının 2019 yılında İran’da yaptığı çalışmada %11,5 olarak bildirilmiştir. Literatürde Afrikalı–Amerikalılar arasında %21,7 ve beyazlar arasında %5,3'lük bir kendini ihmal yaygınlığı bulunmuştur (Dong vd., 2012). Türkiye’de yapılmış çalışmalar baktığımızda olmakla birlikte İlhan ve arkadaşlarının 2018 yılında İstanbul’da yaptığı çalışmada, yaşlıların %16,8’inin kendini ihmal ettiği bildirilmiştir. Nüfusun yaşı ilerledikçe kendini ihmal vakalarının da artacağı öngörülmektedir (Mardan vd., 2014).

2.4.2.Yaşlılarda Kendini İhmalin Belirtileri

Dünya genelinde yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlılığın getirdiği sorunların araştırılması da önem kazanmıştır. Kendini ihmal mortaliteyi etkileyen önemli bir etkidir. Fakat kendini ihmal vakalarını erken dönemde tanımlamak, tespit etmek güç olabilir. Ayrıca kendini ihmalde erken müdahalenin faydalarını destekleyecek yeterli kanıt yoktur. Bilişsel bozukluk yaşlı popülasyonda kendini ihmal etmenin en önemli kriteri olarak belirtilmiştir. Bilişsel bozukluk yaşayan yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamada güçlük yaşadıkları bildirilmiştir. Yaşlı bireyler çoğunlukla eş ya da bakıcı yardımı olmadan tek başına hayatlarını devam ettirmek zorunda kalabilmektedirler. Fiziksel, psikolojik, biyolojik olarak yaşlanmış olan birey için günlük ihtiyaçlarını karşılamak zor olabilir. Yetersiz vücut bakımı, kötü hijyen, yetersiz beslenme kendini ihmali gösteren belirtilerendir. Papaioannou ve arkadaşlarının 2012’de yaptığı bir çalışmada kendini ihmal kavramı depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan araştırmada yaşlı bireylerde depresyon varlığının kendini ihmali iki kattan daha fazla arttırdığı belirtilmiştir (Papaioannou, 2012). Depresif benlik saygısı ve tedavi edilmemiş psikolojik bozukluğu olan yaşlı bireylerde kendini ihmal belirtilerinin daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada kendini ihmal edenlerin %27’sinde alkolün kötüye kullanımının mevcut olduğu sonucuna varılmıştır (Halliday vd., 2000).

2.4.3.Yaşlıların Kendini İhmali ile İlişkili Faktörler

İlk araştırmacılar tarafından ‘standartlarda bunama’ olarak tanımlanan (McMillan, 1966), kendini ihmal etme, kişinin kendi sağlık, hijyen, beslenme veya sosyal ihtiyaçlarını yeterince önemsememesi veya reddetmesini içeren davranışsal bir durumdur. Yani yaşlı istismarının bir biçimi olan ihmalden farklıdır (Lachs, 1997).

Fiziksel yetersizlik, bağımlılık, bilişsel bozukluk, depresyon, kötü vücut bakımı/öz bakım gibi faktörler kendini ihmal ile ilişkilendirilmiştir (Papaioannou vd., 2012). Yaşlanan birey günlük ihtiyaçlarını karşılamakta (alışveriş, yemek yapma, ilaç takibi), beslenme, banyo yapma, giyinme vb. aktivitelerini yapmakta desteğe ihtiyaç duyuyor, tek başına gerekleştiremiyorsa istismar ve ihmal açısından risk altındadır (WHO, 2002). Yaşlı bireylerin %90’ında en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Sık görülen hipertansiyon, diyabet, kanser, kalp hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları yaşamı tehdit eden hastalıklardır (Gökçe Kutsal, 2016). Yaşamı tehdit eden bu hastalıkların kendini ihmali arttırdığı yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Kshatri vd., 2021).

Geç yaşamda depresyon ve demans olmak üzere iki önemli psikiyatrik bulgu ortaya atılmıştır (Wills, 1991). Bu iki bilişsel bozukluğun sonuçlarının yaşam kalitesi değerlerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Abrahams, 2001). Abrahams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğa sahip bireylerin kendini ihmali ile karşı karşıya oldukları belirtilmiştir. Kendini ihmal etmenin zihinsel, fiziksel, sosyal rahatsızlıklardan kaynaklandığı aynı zamanda bu tür durumları teşvik ettiği düşünülmektedir. Toplumdaki yaşlıların sosyo-epidemiyojik araştırma sonuçlarının son odak noktası kendini ihmaldir (Lachs, 1996).

Kendini ihmal eden yaşlı bireylerde fiziksel, zihinsel, bilişsel yeti kaybıyla ilişkili olarak öz bakım ihtiyaçlarını gerçekleştiremediği belirtilmiştir (Naik, 2006). Yaşı ilerleyen bireyin kendini ihmal durumu genel çerçevede yetersiz beslenme, barınma ortamı ve kişisel bakım ve giysi temizliğine dikkat etmeme, vücut ihtiyaçlarını karşılamayacak az miktarda sıvı alımı, ilaçlarının takibini yapamama davranışları olarak belirtilmiştir (Burnett, 2009, Mosqueda, 2011).

2.4.4. Yaşlılarda Kendini İhmalin Sonuçları

Kendini ihmal etme, bireyin temel öz bakım ihtiyaçlarını yerine getirememesi ile karakterize bir durumdur. Aynı zamanda yaşlının sağlığı ve güvenliği için risk oluşturur. Yaşlılarda erken mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür. Temizlik ve finansal kaynakların ihmal edilmesi aile ve ev ortamını ciddi şekilde etkilemektedir. Genellikle yetersiz beslenmeye bağlı zayıflık ve fiziksel, bilişsel yeti kaybıyla birlikte düşme ve kırıklara neden olabilir. Yaşlı bireylerin öz bakımını gerçekleştirmemesi, yiyecek ve giyecek sağlama, muhafaza etme, ev onarımı, kişisel hijyen gibi durumları tek başına gerçekleştirememesi bakım eksikliğine bağlı yaşlıların güvenliğini ve bağımsızlığı riske atar (Papaioannou, 2012).

Kendini ihmal etme kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, nöropsikiyatrik hastalıklar, diyabet gibi endokrin sistem hastalıkları ve metabolik sistem hastalıkları ile ilişkili bulunmuştur (Dyer vd., 2007). Yapılan bir araştırmada nedenlerden bağımsız olarak, kendini ihmal etmenin yaşlı bireylerde mortaliteyi iki kat arttırdığı sonucuna varılmıştır (OR:1.7; %95CI:1.2-2.5). Ayrıca yapılan bir sistematik derlemede sağlık hizmetleri tüketimini ve çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomları arttırdığı ortaya konulmuştur (Yunus, 2019).

2.4.5. Yaşlılarda Kendini İhmal ve Halk Sağlığı Hemşireliği

Yaşlıların kendini ihmal etmesi, yaşlıların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden küresel bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olarak kabul edilmektedir (Dong, 2017). Kendini ihmal etme sıklıkla hem öz bakım hem de yaşam alanını ihmal etmeyi içerdiğinden halk sağlığı hemşireleri bu bireyleri tanımlamak ve müdahale etmek için mükemmel konumdadır (Johnson, 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde halk sağlığı hemşireleri tarafından kendini ihmal vakalarının %60'ının gerekli kurumlara bildirildiği belirtilmektedir (Miller, 2005). Yapılan başka bir araştırmada 1 yıllık dönem içerisinde, halk sağlığı hemşirelerinin %89'unun ihmal olgularıyla karşılaştığı belirtilmiştir (Day, 2015). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada hemşirelerin kendini ihmal vakalarının

farkına varamadıkları; bu konuyla ilgili eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. (Band-Winterstein, 2016).

Yaşı ilerlemiş bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek, rehabilitasyonunu gerçekleştirmek için koruma basamaklarını takip edilmesi önemlidir. Bunlar birincil, ikincil, üçüncül koruma basamaklarıdır (CHN, 2014). Literatür kendini ihmalî önlemede ve müdahale çabalarını geliştirmek için multidisipliner değerlendirme ve birincil koruyucu hizmetlerin önemini vurgulamaktadır (Howard, 2022). Yaşlı ihmalinin etkileri göz önüne alındığında önlemek için programlar geliştirmek ve uygulamak önemlidir. Önleme ve müdahale üç aşamaya ayrılır. (Reay ve Browne, 2002). Birincil koruma en erken olanıdır. Risk faktörlerini hedefleyen tüm programları içerir (Sethi vd., 2010). İkincil korumada amaç sorunların erken aşamada tespitini sağlayarak durumun kötüye gitmesini önlemedir (Donder vd., 2015). Kendini ihmalî erken aşamalarda belirlemek oldukça güçtür. Halk sağlığı profesyonellerinin bu klinik belirtiler açısından risk oluşturan bireyin tespitini yapabilmesi büyük önem teşkil etmektedir (Bartley, 2011; Dong, 2010).

Üçüncül koruma yaşlının kendini ihmalinin oluşmasını engellemeyi ve tekrar gerçekleşmesinin önüne geçmeyi amaçlar (Sethi vd., 2010). Yaşlıların ulaşabileceği toplumsal kaynaklardan haberdar olmaları ve bu kaynaklarla etkileşim halinde bulunmaları konusunda yol gösterici olmak, halk sağlığı hemşirelerinin rollerindedir (Papaioannou vd., 2012).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 01.02.2022-01.11.2022 tarihleri arasında Kütahya il merkezinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel türdedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kütahya il merkezinde yer alan aile sağlığı merkezlerine bağlı bölgede oturan 65 yaş ve üzeri 27.550 yaşlı oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün hesaplamasında epiinfo 7.2 programı kullanıldı. İlgilenilen değişkenin görülme oranı değeri (p), hata payı (d) sırasıyla 0,050, %95,0 ve %0,05 olarak alındı. Hesaplama sonucunda örneklem büyüklüğü 379 olarak belirlendi. Araştırmanın post hoc güç analizi GPower 3.1 programı kullanılarak yapıldı. Toplam örneklem sayısınının 380 olduğu araştırma verileri kullanılarak gerçekleştirilen hesaplama sonucunda, araştırmanın korelasyon değerinin 0.678 olduğu ve korelasyon analizi için %5 hata payı ile araştırmanın gücünün 0.99 olduğu görüldü.Örnekleme girecek yaşlıların belirlenmesinde basit rastgele örneklem yöntemi kullanıldı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler yüz yüze görüşme yoluyla anket formu (Ek-6) aracılığıyla toplandı. Anket formunun içeriğinde yaşlıların bazı sosyo-demografik ve sağlık ile ilgili özellikleri tanımlayan sorular, İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlıların Kendini İhmalini Tarama Ölçeği, Standardize Mini Mental Test, Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz GYA) yer aldı.

İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlıların Kendini İhmalini Tarama Ölçeği: Ölçek, İlhan ve arkadaşları tarafından (2020) toplumda yaşayan yaşlılarda kendini ihmalin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. 11 maddeden oluşan ölçekte cevaplar evet (1 puan) ve hayır (0 puan) şeklindedir. Sorulardan elde edilen yanıtlara verilen toplam puanın 7 ve altında olması yaşlıların kendini ihmal anlamına gelmektedir. Geliştirilen ölçeğin cronbach alfa değeri 0.708 olarak belirtilmiş olup, bu çalışmada cronbach alfa değeri 0.789 olarak bulunmuştur.

Standardize Mini Mental Test: Folstein ve arkadaşları (1975) tarafından geliştirilen testin, Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Testte oryantasyon, kayıt hafızası, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan alanlarında değerlendirme yapılmaktadır. Testin uygulanması yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Ülkemizde hafif ve orta düzeyde demans için kesme puanı 23/24 olarak hesaplanmıştır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Formu: Durmaz ve arkadaşları tarafından (2018) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek, Yesavage ve Sheikh (1986) tarafından geliştirilmiştir. Bireyin kendisini son yedi güne göre değerlendirmesine göre, soruya göre farklılık olmakla beraber “evet” ve “hayır” cevaplarına göre birer puan alınabilen, sonucunda da 0 ila 15 puan arasında toplam skora sahip olan bir ölçektir. Buna göre, 0-4arası depresif bulgu yok, 5-8 arası hafif depresifbulgular, 9-11 orta düzeyde depresif bulgular ve 12ve üstü puanlar şiddetli depresif bulgular olduğunugöstermektedir. Ölçeğin tamamı için Cronbach alfa katsayısı 0.920'dir.

*Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri leği (Katz GYA):*Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri leği, banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi, zkan Pehlivanoglu vd. (2018) tarafından yapılmış, skalanın Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. KATZ Günlük Yaşam Aktivite leğinde her işlev için yardımlı ya da yardımsız olmak üzere iki seçenek mevcuttur. Yardımla geçekleştirilen eylemler için 0 puan alınırken, bağımsız olarak geçekleştirilen eylemler için 1 puan alınır (zkan Pehlivanoglu vd., 2018). Altı puan tam fonksiyon gösterirken, 4 orta dereceli bozukluğu, 2 veya daha az puan ağır fonksiyonel bozukluğu gösterir (Wallace ve Shelkey, 2007).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, Mart-Ekim 2022 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Kütahya il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı yaşlı bireylerin adreslerinde yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Araştırma için yaşlı bireylerin onayları alındı. Anket formu üzerindeki sorular yaşlılara tek tek okundu ve araştırmacı tarafından işaretleme yapıldı. Bir anket formu üzerindeki soruların tamamlanması yaklaşık yarım saat sürdü.

3.6. Değişkenler

Bağımlı Değişken: Yaşlının kendini ihmali

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, ocuk varlığı, birlikte yaşadığı kişi, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir algısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli fiziksel aktivite, genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, kronik hastalık sayısı, reçeteli ilaç kullanımı, reçeteli ilaçları düzenli kullanma durumu, demans varlığı, günlük yaşam aktivitelerini geekleştirmedeki bağımlılık düzeyi, geriatrik depresyon varlığı

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı türde sayı ve yüzde istatistik yöntemleri kullanıldı. Kendini ihmal ile bağımsız değişkenler arasında ki kare analizi uygulandı. Çok değişkenli analiz için, önceki analizlerde ($p < 0.05$) belirlenen olası değişkenler lojistik regresyon analizine dahil edildi. Anlamlılık seviyesi 0.05 alındı.

3.8. Etik

Araştırma için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındı. Ayrıca araştırmanın içeriği yaşlılara anlatılarak, yaşlıdan yazılı-sözlü onay alındı.

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu çalışma yaşlıların kendini ihmal durumları ile ilgili Türkiye’de yapılmış sınırlı çalışmadan birisidir. Ayrıca verilerin yaşlıların yaşadıkları yerlerde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanması bu çalışmanın güçlü yönleri arasındadır. Bununla birlikte çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi anket formlarının yaşlıların kendi ifadelerine göre toplanmasıdır. Ayrıca çalışma sadece Kütahya il merkezinde gerçekleştirilmiş olup bu durum sonuçların genellebilirliğini mevcut bölge ile sınırlandırmaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu çalışmada bulgular yaşlıya ait tanımlayıcı özellikler, kendini ihmal prevalansı ve kendini ihmal ile ilişkili faktörler başlıkları altında ele alındı.

4.1. Yaşlılara Ait Bazı Tanımlayıcı Özellikler

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması $71,29 \pm 6,32$ olup, %73,4'ü (n=279) 65-74 yaş arasında, %54,5'i (n=207) kadındır. Yaşlı bireylerin %64,7'si evli (n=246), %96,1'i (n=365) çocuk sahibi ve %58,4'ü (n=222) eşi ile birlikte yaşamaktadır. %32,9'u (n=125) lise ve üzeri eğitim durumuna sahip, %4,2'si (n=16) herhangi bir işte çalışmakta ve %51,1'i (n=194) gelirini giderine denk olarak algılamaktadır. Yaşlı bireylerin %12,4'ü (n=47) sigara, %5,8'i (n=22) alkol kullanmakta ve %10,8'i (n=41) düzenli yürüyüş yapmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1

Yaşlıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=380)

Özellikler	min – max	X ± SD
Yaş	65-98	71,29 ± 6,32
	n	%
Yaş (kategorik)		
65-74 yaş arası	279	73,4
75-84 yaş arası	84	22,1
85 yaş ve üzeri	17	4,5
Cinsiyet		
Kadın	207	54,5
Erkek	173	45,5
Medeni durum		
Evli	246	64,7
Bekâr	12	3,2
Boşanmış/Dul	122	32,1

Tablo 1 devamı;

Yaşlıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=380)

	n	%
Çocuk varlığı		
Evet	365	96,1
Hayır	15	3,9
Birlikte yaşadığı kişi		
Eşi ile	222	58,4
Çocuklarıyla	58	15,3
Yalnız	100	26,3
Eğitim durumu		
Eğitimi yok	93	24,5
İlkokul mezunu	116	30,5
Ortaokul mezunu	46	12,1
Lise ve üzeri	125	32,9
Çalışma durumu		
Evet	16	4,2
Hayır	364	95,8
Aylık gelir algısı		
Gelir-gidere denk	194	51,1
Gelir giderden az	155	40,8
Gelir giderden fazla	31	8,2
Sigara kullanımı		
Evet	47	12,4
Hayır	333	87,6
Alkol kullanımı		
Evet	22	5,8
Hayır	358	94,2
Düzenli fiziksel aktivite		
Evet (Yürüyüş)	41	10,8
Hayır	339	89,2

Yaşlıların sağlık durumları ile bazı özellikleri Tablo 2 verildi. Buna göre, yaşlıların %58,7'sinin (n=223) sağlık durumunu iyi/çok iyi olarak algıladığı, %54,5'inin (n=207) kronik bir hastalığı olduğu, %37,1'inin (n=141) bir adet kronik hastalığı olduğu görüldü. Yaşlılarda en sık görülen üç kronik hastalık sırasıyla; hipertansiyon (%32,9, n=96), diyabet (%28,4, n=83) ve kalp hastalığı (%27,4, n=80) idi. Yaşlıların %54,5'inin (n=207) en az bir

reçeteli ilaç kullandığı ve %83,4'ünün (n=317) reçeteli ilaçlarını düzenli kullandığı görüldü.

Tablo 2

Yaşlıların sağlık durumları ile bazı özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	%
Genel sağlık algısı (n=380)		
İyi/Çok iyi	223	58,7
Orta	113	29,7
Kötü/Çok kötü	44	11,6
Kronik hastalık varlığı (n=380)		
Evet	207	54,5
Hayır	173	45,5
Kronik hastalık sayısı (n=207)		
1	141	37,1
2	48	12,6
3 ve üzeri	18	4,7
Kronik hastalıklar (n=292)		
Hipertansiyon	96	32,9
Diyabet	83	28,4
Kalp	80	27,4
KOAH	20	6,9
Kanser	5	1,7
Diğer (Böbrek yetmezliği)	8	2,7
Reçeteli ilaç kullanımı (n=380)		
Evet	207	54,5
Hayır	173	45,5
Reçeteli ilaçları düzenli kullanma durumu (n=380)		
Düzenli	317	83,4
Düzensiz	63	16,6

Standardize Mini Mental Test, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği gibi geriatrik değerlendirme testlerine ilişkin bulgular Tablo 3'te verildi. Buna göre yaşlıların %39,2'sinde (n=149) hafif ile ciddi demans ve yaklaşık yarısında (%48,4; n=184) hafif ile şiddetli arasında depresyon olduğu belirlendi. Ayrıca KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeğine göre yaşlıların %17,1'inin (n=65) orta ve şiddetli bağımlı olduğu görüldü.

Tablo 3

Ölçeklere ait bazı tanımlayıcı istatistikler

Ölçekler	min – max	X ± SD
Standardize Mini MentalTest	13-31	23,84 ± 3,61
KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	0-6	5,19 ± 1,35
Geriatrik Depresyon Ölçeği	0-15	5,78 ± 4,58
	n	%
Standardize Mini Mental Test(n=380)		
Normal	231	60,8
Hafif demans	121	31,8
Ciddi demans	28	7,4
KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği		
Tam bağımsız	315	82,9
Orta bağımlı	31	8,2
Şiddetli bağımlı	34	8,9
Geriatrik depresyon ölçeği (n=380)		
Depresyon yok	196	51,6
Hafif depresyon	72	18,9
Orta düzey depresyon	50	13,2
Şiddetli depresyon	62	16,3

4.2.Yaşlılarda Kendini İhmal Prevalansı

Bu çalışmada yaşlılarda kendini ihmal prevalansı%36,6 (n=139) olarak belirlendi. Ayrıca, Tablo 4’te katılımcıların İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlıların Kendini İhmalini Tarama Ölçeğinde yer alan her bir maddeye verdikleri yanıtların yüzdeleri verildi. Buna göre ölçekte sıralanan tüm kendini ihmal biçimleri arasında, katılımcıların en fazla hayır cevabını verdikleri maddeler arasında ilk üç sırada “Sinema, tiyatro, konser gibi sanatsal etkinliklere katılma”, “Yürüyüş, egzersiz gibi beden sağlığını koruyucu aktiviteler yapma” ve “Ev içerisinde bulmaca çözme, kitap okuma, örgü örme gibi bir uğraşı varlığı” yer aldı.

Tablo 4

Yaşlıların kendini ihmalini tarama ölçeğinde yer alan maddelere ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı

Ölçek maddeleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
1- Düzenli olarak (haftada bir veya daha fazla) banyomu yaparım	305	80,3	75	19,7
2- Düzenli olarak (on beş günde bir ya da daha kısa sürede) tırnaklarımı keserim	354	93,2	26	6,8
3- Sağlık kontrollerimi aksatmamaya gayret ederim	341	89,7	39	10,3
4- İlaçlarımı zamanında alırım	353	92,9	27	7,1
5- Kıyafetlerimin ve çamaşırlarımın temiz olmasına özen gösteririm	287	75,5	93	24,5
6- İmkanlarım ölçüsünde beslenmeme özen gösteririm	341	89,7	39	10,3
7- Yürüyüş, egzersiz gibi beden sağlığını koruyucu aktiviteler yaparım	158	41,6	222	58,4
8- Sağlığım için yapılan uyarılara uygun beslenirim ve yaşarım	324	85,3	56	14,7
9- Komşu-akraba ziyaretine gitme ya da misafir kabul etme, turistik amaçlı gezilere katılma gibi sosyal etkinliklerde bulunurum	335	88,2	45	11,8
10- Sinema, tiyatro, konser gibi sanatsal etkinliklere katılırım	84	22,1	296	77,9
11- Ev içerisinde bulmaca çözme, kitap okuma, örgü örme gibi bir uğraşılarım var	160	42,1	220	57,9

4.3.Yaşlılarda Kendini İhmal ile İlişkili Faktörler

Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki Tablo 5'te verildi. Buna göre; yaşının birlikte yaşadığı kişi, eğitim durumu ve aylık gelir algısı ile kendini ihmal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Bununla birlikte yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, çalışma durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve düzenli fiziksel aktivite yapma durumları ile kendini ihmal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 5
Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki-1
(n=380)

Özellikler	Kendini ihmal var		Kendini ihmal yok		χ^2	p
	n	%	n	%		
Yaş						
65-74	97	34,8	182	65,2	1,750	0,417
75-84	34	40,5	50	59,5		
85 ve üzeri	8	47,1	9	52,9		
Cinsiyet						
Kadın	78	37,7	129	62,3	0,238	0,626
Erkek	61	35,3	112	64,7		
Medeni durum						
Evli	85	34,6	161	65,4	1,510	0,470
Bekar	4	33,3	8	66,7		
Boşanmış/dul	50	41,0	72	59,0		
Çocuk varlığı						
Evet	133	36,4	232	63,6	0,079	0,779
Hayır	6	40,0	9	60,0		
Birlikte yaşadığı kişi						
Eşi ile	77	34,7	145	65,3	15,663	0,000
Çocuklarıyla	34	58,6	24	41,4		
Yalnız	28	28,0	72	72,0		

Tablo 5 devamı;

Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki-1
(n=380)

Eğitim durumu						
İlkokul mezunu	44	37,9	72	62,1		
Ortaokul mezunu	11	23,9	35	76,1	24,754	0,000
Lise ve üzeri	32	25,6	93	74,4		
Çalışma durumu						
Evet	5	31,3	11	68,8	0,204	0,651
Hayır	134	36,8	230	63,2		
Aylık gelir algısı						
Gelir-gidere denk	54	27,8	140	72,2		
Gelir giderden az	75	48,4	80	51,6	15,959	0,000
Gelir giderden fazla	10	32,3	21	67,7		
Sigara kullanımı						
Evet	17	36,2	30	63,8	0,004	0,950
Hayır	122	36,6	211	63,4		
Alkol kullanımı						
Evet	7	31,8	15	68,2	0,228	0,633
Hayır	132	36,9	226	63,1		
Düzenli fiziksel aktivite						
Evet (Yürüyüş)	10	24,4	31	75,6	2,943	0,059
Hayır	129	38,1	210	61,9		

χ^2 : Ki kare, $p<0,05$ anlamlı

Yaşlıların sağlık durumları ile ilgili bazı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki Tablo 6'da verildi. Buna göre yaşlıların genel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve reçeteli ilaç kullanımı ile kendini ihmal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$). Ayrıca kronik hastalık sayısı, reçeteli ilaçları düzenli kullanma durumu ve kendini ihmal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 6

Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki-2 (n=380)

Özellikler	Kendini ihmal var		Kendini ihmal yok		χ^2	p
	n	%	n	%		
Genel sağlık algısı						
İyi/Çok iyi	65	29,1	158	70,9	15,319	0,000
Orta	49	43,4	64	56,6		
Kötü/Çok kötü	25	56,8	19	43,2		
Kronik hastalık varlığı						
Evet	85	41,1	122	58,9	3,940	0,047
Hayır	54	31,2	119	68,8		
Kronik hastalık sayısı						
1	59	41,8	82	58,2	1,262	0,532
2	17	35,4	31	64,6		
3 ve üzeri	9	50,0	9	50,0		
Reçeteli ilaç kullanımı						
Evet	86	41,5	121	58,5	4,835	0,028
Hayır	53	30,6	120	69,4		
Reçeteli ilaçları düzenli kullanma durumu						
Düzenli kullanım	110	34,7	207	65,3	2,909	0,088
Düzensiz kullanım	29	46,0	34	54,0		

Yaşlıların standardize mini mental test, KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, geriatrik depresyon ölçeği sonuçları ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki Tablo 7'de verildi. Buna göre yaşlıların standardize mini mental test ve KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği sonuçları ile kendini ihmal durumları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görüldü. Bununla birlikte geriatrik depresyon ölçeği ile kendini ihmal durumları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 7

Yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kendini ihmal durumları arasındaki ilişki-3
(n=380)

Özellikler	Kendini ihmal var		Kendini ihmal yok		χ^2	P
	n	%	n	%		
Standardize mini mental test						
Normal	71	30,7	160	69,3	12,999	0,002
Hafif demans	60	49,6	61	50,4		
Ciddi demans	8	28,6	20	71,4		
KATZ günlük yaşam aktiviteleri ölçeği						
Tam bağımsız	104	33,0	211	67,0	12,986	0,002
Orta bağımlı	20	64,5	11	35,5		
Şiddetli bağımlı	15	44,1	19	55,9		
Geriatrik depresyon ölçeği						
Depresyon yok	60	30,6	136	69,4	7,283	0,063
Hafif depresyon	28	38,9	44	61,1		
Orta düzey depresyon	24	48,0	26	52,0		
Şiddetli depresyon	27	43,5	35	56,6		

Çok değişkenli regresyon analizi için, önceki analizlerde belirlenen ilişkili faktörler ($p < 0.05$), lojistik regresyon analizine eklendi. Buna göre yalnız yaşayanlarda 2,7 kat (1,1-6,3), aylık gelirini giderden az olarak algılayanlarda 1,8 (1,0-3,2) kat, genel sağlık algısı kötü/çok kötü olanlarda 2,3 kat (0,9-5,4), hafif demansı olanlarda 3 kat (1,0-8,2), ciddi demansı olanlarda 4,5 kat (1,6-12,3), günlük yaşam aktivitelerinde şiddetli düzeyde bağımlı olanlarda 3,3 kat (1,1-10,2) daha fazla; eğitim durumu ortaokul ve üzerinde olanlarda 1,7 kat (0,9-2,9) kat daha az kendini ihmal görüldüğü belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8

Kendini ihmal ile ilişkili risk faktörlerine ilişkin lojistik regresyon analizi(n=380)

Değişkenler	Beta	Wald	p	Odds oranı	95% G A.	
Birlikte yaşadığı kişi (RK: eş)		5,890	,053			
Çocuklarıyla	,473	2,697	,101	1,605	,913	2,822
Yalnız	1,000	5,378	,020	2,718	1,167	6,327
Eğitim durumu(RK: ilkokul ve altı)						
Ortaokul ve üzeri	-,532	3,768	,050	1,703	,995	2,914
Aylık gelir algısı (RK: denk)		5,087	,079			
Gelir giderden az	,623	4,865	,027	1,865	1,072	3,243
Gelir giderden fazla	,420	,923	,337	1,522	,646	3,584
Genel sağlık algısı(RK: iyi/çok iyi)		4,653	,098			
Orta	,833	3,573	,059	1,008	,519	1,960
Kötü/Çok kötü	,825	4,192	,041	2,300	,970	5,457
Kronik hastalık						
Var x yok	-,123	,041	,839	,884	,270	2,890
Sürekli kullanılan reçeteli ilaç						
Var x yok	-,024	,002	,968	,976	,303	3,149
Standardize mini mental testi(RK: normal)		9,693	,008			
Hafif demans	1,101	4,535	,033	3,009	1,092	8,291
Ciddi demans	1,515	8,849	,003	4,549	1,677	12,343
KATZ GYA (RK: tam bağımsız)		4,933	,085			
Orta bağımlı	,456	,870	,351	1,577	,605	4,108
Şiddetli bağımlı	1,222	4,698	,030	3,394	1,124	10,249
Sabit	-2,014	5,784	,016	,133		

HosmerandLemeshow Test: 0,856 Nagelkerke R Square: 0.168.

RK: Referans Kategori G.A: Güven Aralığı

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Tartışma bölümü yaşlının kendini ihmal prevalansı ve yaşlının kendini ihmali ile ilişkili faktörler başlıkları altında ele alındı.

5.1. Yaşlılarda Kendini İhmal Prevalansı

Yaşlıların kendini ihmal ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı bu çalışmada yaşlılarda kendini ihmal prevalansı %36,6 olarak belirlendi. Literatürde 19 çalışmanın sonuçlarını içeren bir sistematik derlemede yaşlılarda kendini ihmal prevalansının %18,4 ile %29,1 değerleri arasında olduğu belirtilmiştir (Yu vd., 2020). Güney Kore'nin metropol bir bölgesinde yalnız yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmada, katılımcıların %22,8'inin kendini ihmal ettiği bildirilmiştir (Lee ve Kim, 2014). Amerika Birleşik Devletlerinde 65 yaş üstü nüfus toplam nüfusun %19'unu oluştururken, bu popülasyonun %45'inin kendini ihmal ettiği bilmiştir (Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi, 1998). Yine Amerika'da yaşayan Afrikalı yaşlılarda %21,7, beyaz ırk yaşlılarda %5,3 kendini ihmal vakasına rastlanmıştır. Chicago'da yaşayan Çinli yaşlılarda, kendini ihmal prevalansı % 29,1 belirtilmiştir (Dong, 2017). Chicago'da (1993-2005) yılları arasında yapılan prospektif bir çalışmada yaşlının kendini ihmali %16,5 olarak belirtilmiştir (Dong vd.,2009). Türkiye'de yapılmış çalışma sayısı sınırlı olmakla birlikte İlhan tarafından (2018) İstanbul'da yapılan bir çalışmada yaşlıların kendini ihmal prevalansı %16,8 olarak bildirilmiştir. Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışma sonuçlarındaki farklılık dikkat çekicidir. Bunun nedeni yaşanan coğrafyanın kültürel özellikleri veya çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarından kaynaklı olabilir. Kültürel olarak yaşlıya verilen değer, değişen yaşam şekilleri ve aile yapısı, toplumsal roller yaşlının kendini ihmaliinde pay sahibi olabilir. Günümüzde değişen aile yapısı ile birlikte kadın ve erkeğin iş yaşamında aktif var olmasıyla bakıma ihtiyacı olan yaşlılar bunu farklı kaynaklardan karşılamak durumunda kalmış, ya da fiziksel, sosyal, duygusal ihtiyaçlarını karşılamakta eksiklikler yaşamış olabilir. Bununla birlikte toplum temelli yaşlı popülasyonlarda kendini ihmal etmenin kesin yaygınlığı bilinmemektedir. Bunun nedeni, seçilmemiş popülasyonlarda kendini ihmal etmeyi keşfetmenin zorluğudur.

Kendilerini ihmal eden bireyler, kendini ihmal etmenin enfeksiyon, yetersiz beslenme, kalça kırığı, yaralar ve deliryum gibi ciddi ve genellikle acil sosyal veya tıbbi sonuçlarına maruz kalana kadar sosyal ve sağlık hizmetleriyle iletişim kurmazlar (Papaioannou vd., 2012). Bu yüzden yaşlıların yaşadıkları yerlerde düzenli aralıklarla kendini ihmal belirti ve bulguları yönünden değerlendirilmeleri önemlidir.

5.2. Yaşlılarda Kendini İhmal ile İlişkili Faktörler

Kendini ihmal eskiden beri ileri gelen bir problem olmasına karşın ez zorlu problemlerden biridir. Kendini ihmal etme bazen bireyin de ötesine geçer aile, arkadaşlar ve sosyal çevreden yardım sıklıkla reddedilir. En seyrek bildirilen ve anlaşılması en zor türüdür (Gomes ve O'Brien, 2018). Yaşlının kendini ihmali önlenebilir veya ilk aşamalarda belirlendiğinde ise geri dönüşümü olabilen bir durum olarak kabul edilebilir. Bu sebeple ilişkili faktörlerin anlaşılması önem taşır. Mevcut çalışmada yaşlıların bazı sosyodemografik ve sağlıkla ilgili özelliklerinin kendini ihmal ile ilişkili olduğu görüldü. Bunlardan ilki yalnız yaşama idi. Çalışma sonuçlarına göre yalnız yaşayanlarda 2,7 kat daha kendini ihmal görüldüğü belirlendi. Literatürde düşük sosyal ağ ve sosyal katılım seviyelerinin, artan kendini ihmal etme riskiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Dong vd., 2010). Abrams ve arkadaşlarının (2002) gerçekleştirdikleri bir çalışmada yalnız yaşamakendini ihmal etme ile ilişkili diğer faktörler arasında yer almıştır. Güney Kore'de yapılan bir çalışmada aile sosyal desteği eksikliği olan yalnız yaşayan yaşlılarda kendini ihmal etme daha yaygın olarak bulunmuştur (Lee ve Kim, 2014). Bununla birlikte, zayıf sosyal ağların kendini ihmal etmenin bir nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu bilinmemektedir. Kendini ihmal etmenin, bireysel risk faktörlerinden ziyade zayıf bir sosyoekonomik duruma ve yetersiz kamu desteğine atfedilebileceği de öne sürülmüştür (Papaioannou vd., 2012).

Çalışmada kendini ihmal ile ilişkili görülen diğer bir değişkende aylık gelir algısı idi. Buna göre Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermekle birlikte, aylık geliri yüksek olan yaşlıların sağlık hizmeti alma olanaklarının daha fazla olması ve daha fazla

sosyal aktiviteye katılmaları gibi nedenlerle kendini ihmal etme riskleri azalabilir (Yu vd., 2019).

Mevcut çalışmada genel sağlık algısı kötü/çok kötü olanlarda 2,3 kat (0,9-5,4) daha fazla kendi ihmal olduğu belirlendi. Dong ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada benzer şekilde yaşlı yetişkinlerde sağlık durumu düştükçe kendini ihmal etme yaygınlığının arttığı belirtilmiştir. Kendini ihmal yaşlı nüfusta önemlisizlik sonuçlara neden olabileceğinden dolayı kendini ihmal eden bireylerin sağlık durumları algılarının bozulması beklendik bir durum olarak yorumlanabilir. Ayrıca kendini ihmalden kaynaklanan olumsuz sonuçlar, yaşlı yetişkinleri kısır döngüye hapsederek daha fazla sağlık hizmeti kullanımını olasılığını daha da artırabilir (Yu vd., 2019).

Bilişsel bozukluk, yaşlı popülasyonda kendini ihmal etme için en önemli predispozan faktör olarak görülmektedir (Papaioannou vd., 2012). Bu çalışmada hafif demansı olanların 3 kat (1,0-8,2), ciddi demansı olanların 4,5 kat (1,6-12,3) kendini ihmal ettikleri görüldü. Yaşlıların dahil edildiği bir kohortta, demansı olan bireylerin dokuz yıllık takip süresi boyunca dört kat daha fazla kendini ihmal etme riski olduğu belirtilmiştir (OR: 4.24; %95 GA: 2.32-9.23) (Abrams vd., 2002). Yapılan diğer bir çalışmada bilişselsağlık düzeyleri daha düşük olan yaşlı yetişkinlerin yaşlı kendini ihmal etme olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Dong ve Simon, 2016).

Mevcut çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde şiddetli düzeyde bağımlı olanlarda 3,3 kat (1,1-10,2) daha fazla kendini ihmal görüldüğü belirlendi. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada da günlük yaşam aktivitelerinde bozulma olan yaşlılar ve gerekli destek hizmetinden yoksun yaşlıların kendini daha fazla ihmal ettiği sonucuna varılmıştır (Pavlou ve Lachs, 2008). 1966 ile 2004 yılları arasında İngilizce ve Fransızca makalelerin tarandığı bir derlemede de kendini ihmal ile günlük yaşam aktivitelerinde bozukluk ilişkili bulunmuştur (Pavlou ve Lachs, 2006). Dong ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışma sonucunda günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, kendini ihmal ile ilişkilendirilmiştir (Dong vd., 2011). Çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Daha düşük fiziksel işlev, yaşlı bireylerin günlük aktiviteleri

gerçekleştirme yeteneğini azaltabilir, bu da temel ihtiyaçların karşılanamamasına ve kendini ihmal edici davranışlara yol açabilir (Dong ve Simon, 2015).

Çalışmada kendini ihmal ile ilişkili olabileceği görülen diğer bir değişke de yaşlının eğitim durumu idi. Eğitim durumu ortaokul ve üzerinde olanlarda 1,7 kat (0,9-2,9) kat daha az kendini ihmal görüldüğü belirlendi. Çalışmada, eğitim durumu ortaokul ve üzerinde olanlarda 1,7 kat (0,9-2,9) kat daha az kendini ihmal görüldüğü belirlendi. 54 makale, 24 vaka serisi, 13 teorik makale, 11 gözlemsel çalışmanın incelendiği bir derlemede eğitim durumunun doğrudan tıbbi okuryazarlığı etkilediği ve bunun sonucunda da ilaçları düzenli kullanım ve ilaç prospektüsünü anlamamayla kendini ihmalin ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Pavlou ve Lachs, 2006). Literatürde yapılan çalışmalarda (Mardan vd., 2014; Harley vd., 2000) çalışma bulgularını destekler nitelikte eğitim durumu ve yaşlının kendini ihmalindeki ilişkisi ortaya koyar niteliktedir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin bazı tanımlayıcı özellikleri arasında yer alan yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanımı ve alkol kullanımı değişkenleri ile kendini ihmal arasında istatistiksel olarak ilişki görülmedi. Ancak literatürde yaş (Abrams vd., 2002; Mardan, 2014), cinsiyet (Ghiasi, 2018; Abrams vd., 2002; Yu vd., 2020) ve alkol kullanımı (Halliday, 2000; Hansen vd., 2016) ile kendini ihmal arasında istatistiksel olarak ilişki olduğunu belirten çalışmalar mevcuttu. Bu farklılıkların sebebi örneklemin diğer özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu çalışmada depresyon ile kendini ihmal arasında istatistiksel bir ilişki görülmesede literatürde pek çok çalışma da bir ilişki varlığına işaret edilmiştir (Dong ve Simon, 2015; Zhao vd., 2017; Dong, 2017; Papaioannou, 2012).

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlının kendini ihmali ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu araştırmanın sonucunda yaklaşık her üç yaşlıdan birinin kendini ihmal ettiğini, ayrıca yalnız yaşayanların, aylık gelirini giderden az olarak algılayanların, genel sağlık algısı kötü/çok kötü olanların, hafif ve ciddi demansı olanların, günlük yaşam aktivitelerinde şiddetli düzeyde bağımlı olanların daha fazla; eğitim durumu ortaokul ve üzerinde olanların daha az kendini ihmal ettiğini gösterdi.

Sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

-Sağlık problemlerinin kendini ihmal ile ilişkili olma olasılığı değerlendirilmeli ve engellemek için yaşlıların yaşadıkları adreslerde ve sağlık kurum ve kuruluşlarında kendini ihmalin belirti ve bulguları yönünden taramaları,

- Yaşlıyı sağlık kurumları dışında yaşadığı yerlerde (ev, kurum) değerlendirme fırsatına sahip olan halk sağlığı hemşirelerinin yaşlıyla karşılaştıkları her yerde kendini ihmal açısından uygun tarama araçları ile taramaları,

- Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerine, hasta bakımı ile ilgilenen kişilere, topluma konu ile ilgili farkındalık oluşturacak eğitim programlarının yapılması,

- Alanda çalışan hemşirelere yaşlının kendini ihmali ile ilgili farkındalık oluşturacak eğitim çalışmalarının düzenlenmesi,

- Yaşlının kendini ihmali erken dönemde fark edilmesi için risk faktörlerini açığa çıkaran bilimsel çalışmaların yapılması ve kullanılabilir ölçüm araçlarının geliştirilmesi,

- Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştiremeyen ve bilişsel bozukluk yaşayan bireylerin kendini ihmal durumu açısından değerlendirilmeleri önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abrams, R.C., Alexopoulos, G.S., Spielman L.A., Klausner, E., Kakuma, T. (2001). "Personality disorders symptoms predict declines in global functioning and quality of life in elderly depressives". *Am J Geriatr Psychiatry*, (9), 67–71
- Abrams, R.C., Lachs, M., McAvay, G., Keohane, D.J., Bruce, M.L. (2002). "Predictors of self-neglect in community dwelling elders". *Am J Psychiatry*, 159(10), 1724 –1730.
- Akdemir, N., Görgülü, Ü., Çınar, F. İ. (2008). "Yaşlı istismarı ve ihmali". *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 15(1), 68-75.
- Alexopoulos, G.S. (2000). Mood disorders, B.J Saddock, V.A Saddock (Ed). in: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (s.3060-3067). Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia.
- Aslan, D., Koç, E., Çolaklar M. (2018). "Yaşlıların Sağlık/Hastalık Durumlarının Toplum Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi". *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*; 21(2), 29-48.
- Band Winterstein, T., Doron, I. I., Naim, S. (2012). "Elder self neglect: A geriatrics syndrome or a life course story?". *Journal of Aging Studies*, 26(2), 109-118.
- Bartley, M., O'Neil, D., Knight, P.V., O'Brien J.G. (2011). "Self neglect and elder abuse: Related phenomenon?". *J Am Geriatr Soc*; 59(11), 2163-2168.
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E. G., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* (London, England), 387(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Beğen, T., Yavuzer, H. (2012). "Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi". *Klinik gelişim dergisi*, 25(3), 1-3.
- Berman Rossi, T. (2001). "Older persons in need of long term care". in: A. Gitterman (Ed.). *Handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations* (pp. 715–768). NY: Columbia University Press. New York.

- Berr, C., Wancata, J., Ritchie, K. (2005). "Prevalence of dementia in the elderly in Europe". *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 463-471.
- Bickel, H. (1996). "Need for nursing care by the elderly: Results of a population based retrospective longitudinal study". *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 58(1 Suppl), 56-62.
- Blondell, R. D. (1999). "Alcohol abuse and self-neglect in the elderly". *Journal of Elder Abuse Neglect*, 11(2), 55-75.
- Braye, S., Orr, D., Preston Shoot, M. (2011). "Conceptualising and responding to self neglect: the challenges for adults safeguarding". *The Journal of Adult Protection*, 13(4):182-193. <https://doi.org/10.1108/14668201111177905>.
- Burnett, J., Dyer, C. B., Naik, A. D. (2009). "Convergent validation of the Kohlman Evaluation of Living Skills as a screening tool of older adults' ability to live safely and independently in the community". *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90(11), 1948-1952. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.05.021>
- CHN, (2014). Aging. In: *Community Public Health Nursing*. Wolters Kluwer, 350-400.
- Clark, A. N., Mankikar, G. D., Gray, I. (1975). Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet (London, England)*, 1(7903), 366-368. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(75\)91280-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(75)91280-5)
- Çilingir, D., Hindistan, S., (2012). "Adli hemşireliğin kapsamı ve yasal boyutu". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9:10-15.
- Dağ E. (2020). "Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Yaşlılık", Yaşlılık Sorunları Ve Sendromları Tam Metin Kitabı. III. *International Health Science And Life Congress*, 04-06 June 2020, Burdur/TÜRKİYE.
- Dahl, N., Ross, A., Ong, P. (2018). "Self neglect in older populations: A description and analysis of current approaches". *Journal of Aging Social Policy*, 1-22.
- Day, M. R., Mulcahy, H., Leahy-Warren, P., Downey, J. (2015). Self-neglect: a case study and implications for clinical practice. *British journal of community nursing*, 20(3), 110-115. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.3.110>

- Day, M. R., Leahy Warren, P., McCarthy, G. (2013). “Perceptions and views of self-neglect: A client centered perspective”. *Journal of elder abuse and neglect*, 25(1), 76-94.
- Donder, L., De Witte, N., Brosens, D., Dierckx, E., Verté, D. (2015). “Learning to detect and prevent elder abuse: the need for a valid risk assessment instrument”. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 191, 1483-1488.
- Dong, X. Q., Simon, M., Evans, D. (2010). “Cross-sectional study of the characteristics of reported elder self-neglect in a community-dwelling population: findings from a population-based cohort”. *Gerontology*, 56(3), 325–334. <https://doi.org/10.1159/000243164>
- Dong, X., Simon, M., Fulmer, T., Mendes de Leon, C. F., Rajan, B., Evans, D. A. (2010). “Physical function decline and the risk of elder self-neglect in a community-dwelling population”. *The Gerontologist*, 50(3), 316–326. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp164>.
- Dong, X., Simon, M. A., Evans, D. A. (2012). “Prevalence of self-neglect across gender, race, and socioeconomic status: findings from the Chicago Health and Aging Project”. *Gerontology*, 58(3), 258–268. <https://doi.org/10.1159/000334256>.
- Dong, X., Simon, M. A., Mosqueda, L., Evans, D. A. (2012). “The prevalence of elder self-neglect in a community-dwelling population: hoarding, hygiene, and environmental hazards”. *Journal of aging and health*, 24(3), 507–524. <https://doi.org/10.1177/0898264311425597>.
- 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., Simon, M., Evans, D. (2013). “Elder self-neglect is associated with increased risk for elder abuse in a community-dwelling population: findings from the Chicago Health and Aging Project”. *Journal of aging and health*, 25(1), 80–96. <https://doi.org/10.1177/0898264312467373>.
- Dong, X., Simon, M. (2016). “Prevalence of elder self-neglect in a Chicago Chinese population: The role of cognitive, physical and mental health”. *Geriatrics gerontology international*, 16(9), 1051–1062. <https://doi.org/10.1111/ggi.12598>.

- Dong, L., Sun, L. (2021). “Prevalence of Self Neglect and Associated Factors Among Disability Elderly in China”. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1169768/v1>.
- Dong X. (2014). “Self-neglect in an elderly community-dwelling U.S. Chinese population: findings from the Population Study of Chinese Elderly in Chicago study”. *Journal of the American Geriatrics Society*, 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., Simon, M. (2016). “Prevalence of elder self-neglect in a Chicago Chinese population: The role of cognitive physical and mental health”. *Geriatrics, gerontology international*, 16(9), 1051–1062. <https://doi.org/10.1111/ggi.12598>.
- Dong, X., Simon, M. A., Evans, D. (2012). “Elder self-neglect and hospitalization: findings from the Chicago Health and Aging Project”. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 202–209. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03821.x>.
- Dong, X., Simon, M. A., Mosqueda, L., Evans, D. A. (2012). “The prevalence of elder self-neglect in a community-dwelling population: hoarding, hygiene, and environmental hazards”. *Journal of aging and health*, 24(3), 507–524. <https://doi.org/10.1177/0898264311425597>.
- Dong, X., Simon, M., Mendes de Leon, C., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., Dyer, C., Paveza, G., Evans, D. (2009). “Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population”. *JAMA*, 302(5), 517–526. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1109>.
- Duben, A., (2016). *Yaşlanma ve Yaşlılık: Disiplinlerarası Bakış Açuları*. Bilgi Üniversitesi Yayınları: İstanbul.
- Durmaz, B., Soysal, P., Ellidokuz, H., & Isik, A. T. (2018). “Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults”. *Northern Clinics of Istanbul*, 5(3), 216–220. <https://doi.org/10.14744/nci.2017.85047>
- Duyar, İ. (2005). “İnsanda yaşlılığın evrimi”. *Türk Geriatri Dergisi*, 8(4), 209-214.

- Dünya Nüfus Günü, (2022, 17 Ekim). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2022-45552>
- Dyer, C. B., Goodwin, J. S., Pickens-Pace, S., Burnett, J., Kelly, P. A. (2007). “Self-neglect among the elderly: a model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team”. *American Journal of Public Health*, 97(9), 1671–1676. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.097113>.
- Dyer, C. B., Pickens, S., Burnett, J. (2007). “Vulnerable elders: when it is no longer safe to live alone”. *JAMA*, 298(12), 1448–1450. <https://doi.org/10.1001/jama.298.12.1448>.
- Elder Justice Act, (2010). Washington; Patient protection and affordable care act. Public Law 111-148., DC: United States Government.
- Eryiğit, S. Ç. (2022). Yaşlılarda ihmal ve istismar ile ilişkili faktörler-İzmir ilinden bir örnek. Dok. Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Eshmaewey, M., Zullino, D., Popp, J. (2021). “Relationship between delirium and depression in old age”. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 172(02). <https://doi.org/10.4414/sanp.2021.03178>.
- Finkel, S.I. (2003). “Cognitive screening in the primary care setting: The role of physicians at the first point of entry”. *Geriatrics*, 58(6), 43–44.
- Gee, A., Jones, J.S., Brown, M.D. (1998). “Self-neglect in the elderly: Emergency department assessment and crisis intervention”. *Annals of Emergency Medicine*, 32(30, Supplement, Part 2), S42.
- Ghiasi, A. (2018). “Prevalence of elder abuse and neglect in Iran: A systematic review and meta-analysis”, *Shiraz E-Medical Journal*, 19 (11). <https://doi.org/10.5812/semj.81045>.
- Gomes JP, O’Brien JG. (2018). Medical perspectives of self-neglect: an issue for health and social care. In: Day MR, McCarty G, Fitzpatrick JJ, eds. *Self-Neglect in Older Adults: A Global, Evidence Based Resource for Nurses and Other Healthcare Providers*. Springer Publishing Company, 147-162.

- Gökçe Kutsal, Y. (2016). “Sağlık ve Yaşlılık”. H. Ceylan (Ed.), içinde *Yaşlılık Sosyolojisi*. (s.61-75). Nobel Akademik Yayıncılık: İstanbul.
- Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., Engin, F. (2002). “Standardize mini mentaltest’in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 273-281.
- Gürsoy, M. Y. (2020). “İhmal Edilen Bir Sorun: Yaşlının Kendini İhmali ve Halk Sağlığı Hemşireliği”. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 223-231.
- Halliday, G., Banerjee, S., Philpot, M., Macdonald, A. (2000). “Community study of people who live in squalor”. *Lancet (London, England)*, 355(9207), 882–886. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)06250-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)06250-9).
- Hansen, M. C., Flores, D. V., Coverdale, J., Burnett, J. (2016). “Correlates of depression in self-neglecting older adults: A cross-sectional study examining the role of alcohol abuse and pain in increasing vulnerability”. *Journal of elder abuse & neglect*, 28(1), 41–56. <https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1136252>.
- Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., Fried, L. P. (2019). “Frailty: implications for clinical practice and public health”. *Lancet (London, England)*, 394(10206), 1365–1375. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6).
- Howard, J.N., Voltmer, H., Ferrell, A., Croteau-Johnson, N. and Lepore, M. (2022), "Self-neglect: a review of opportunities and barriers to federal policy and research priorities", *The Journal of Adult Protection*, Vol. 24 No. 3/4, pp. 149-160. <https://doi.org/10.1108/JAP-01-2022-0003>
- Enformasyon materyali-Demans (2022, 16 Aralık). Erişim adresi: <https://www.psychenet.de/tr/ruhsalsaglik/bilgiler/demans.html>
- Hurley M, Scallen E, Johnson H, De La Harpe D. (2000). “Adult service refusers in the greater Dublin area”. *Ir Med J* ; 93(7):208–211.
- International Labour Organization (2014). *World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice*. International Labour Office, Geneva: ILO. Erişim: 10 Ekim 2022, <http://www.ilo.org/ilosta>.

- Iris, M., Conrad, K. J., Ridings, J. (2014). “Observational measure of elder self-neglect”. *Journal of elder abuse & neglect*, 26(4), 365–397. <https://doi.org/10.1080/08946566.2013.801818>.
- 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: IM Self-neglect questionnaire”. *The aging male*, 23(5), 388–395. <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1499083>.
- Johnson Y. (2018). Home care nurses and self neglect. An issue for health and social care in: Day MR, McCarty G, Fitzpatrick JJ eds. *Self-Neglect in Older Adults: A Global, Evidence Based Resource for Nurses and Other Healthcare Providers*. Springer Publishing Company. p:147-162.
- Kalınkara V. (2016). *Temel gerontoloji: Yaşlılık bilimi*. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık, İstanbul.
- Karadakovan A. (2014). *Yaşlı Sağlığı ve Bakım*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.
- Karasoy G. (2021). “Sosyal bir sorun alanı olarak yaşlı yoksulluğunun incelenmesi”. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19.3: 155-167.
- Kaya, E., Sönmez, S., Barlas, F. (2013). “Deliryum”. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29 (2), 70-74. doi:10.5222/otd.supp2.2013.070.
- Keleş, M., Van Giersbergen, M. Y. (2020). “Yaşlılarda klinik beslenme ve sıvı durumu: Kanıta dayalı uygulama önerileri”. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 188-199.
- Keser, E. N. N. (2020). “Yaşlı Bakım Uygulamalarındaki Etik Sorunlar Üzerine Bir Değerlendirme”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 303-333.
- Kibar, E. (2015). Ankara ili Pursaklar ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlık/hastalık profilleri, bakım gereksinimleri ve kendini ihmal etme durumları niceliksel ve niteliksel bir değerlendirme. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Kshatri, J. Y., Bhoi, T., Barik, S. R., Palo, S. K., Pati, S. (2021). “Is multimorbidity associated with risk of elder abuse? Findings from the AHSETS study”. *BMC Geriatrics*, 21(1), 413.

- Lachs M, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R: (1996). "Older adults: an 11 year longitudinal study of adult protective service use". *Arch Intern Med*, 156(4), 449-453.
- Lachs, MS., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., Horowitz, R. (1997). "Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study". *The Gerontologist*, 37(4), 469-474.
- Lachs, M., Williams, C., O'Brien, S., Pillemer, K., Charlson, M. (1998). "Mortality of elder mistreatment". *Journal of the American Medical Association*, 280, 428-432.
- Lauder, W. (1999). "A survey of self-neglect in patients living in the community". *Journal of Clinical Nursing*, 8, 95-102.
- 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.
- Mardan, H., Hamid, T., Ibrahim, R. (2014). "Correlate of self-care and self-neglect among community-dwelling older adults". *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7), S71.
- McGee, L. Urban, K. (2020). Adult Maltreatment Data Report 2019. Erişim: 9 Ekim 2022, <https://namrs.acl.gov.tr>.
- McMillan D, Shaw P. (1966). "Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness". *British Medical Journal*, 2(5521), 1032-1037.
- Miller, C. A. (2005). "Elder abuse: The nurse's perspective". *Clinical Gerontologist*, 28(1-2), 105-133.
- 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.
- Mosqueda, L., Dong, X. (2011). "Elder abuse and self neglect: I don't care anything about going to the doctor, to be honest." *JAMA*, 306(5), 532-540.

- Naik, AD., Pickens, S., Burnett, J., Lai, JM., Dyer, CB. (2006). "Assessing capacity in the setting of self-neglect: Development of a novel screening tool for decision making capacity". *J Elder Abuse Neglect*, 18(4), 79-91.
- Noblett, K. (2019). "Clinical implications of self-neglect among patients in community settings". *British journal of community nursing*, 24(11), 524-526.
- Özkul M, Kalaycı I, Aslan A. (2017). "Yaşlılık ve Kadın Sorunlarını Toplumsal Sermaye Perspektifinden Düşünmek". *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27, 366-386.
- Pehlivanoglu, E. F. Ö., Özkan, M. U., Balcıoğlu, H., Bilge, U., Ünlüoğlu, İ. (2018). "Adjustment and reliability of Katz daily life activity measures for elderly in Turkish". *Ankara Medical Journal*, 18(2), 219-223.
- Palabıyıkoglu, R., Haran, S., Yücat, T., Köse, K. (1992). "Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doyumu". *Kriz Dergisi*, 1(1), 26-31.
- Papaoannou, E. S. C., Räihä, I., Kivelä, S. L. (2012). "Self-neglect of the elderly. An overview". *The European Journal of General Practice*, 18(3), 187-190.
- Pavlou, M. P., Lachs, M. S. (2006). "Could self-neglect in older adults be a geriatrics syndrome?". *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 831-842.
- Pavlou, M. P., Lachs, M. S. (2008). "Self-neglect in older adults: a primer for clinicians". *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), 1841-1846.
- Pickens, S., Daniel, M., Jones, E. C., Jefferson, F. (2021). "Development of a conceptual framework for severe self-neglect (SN) by modifying the CREST model for self-neglect". *Frontiers in Medicine*, 333.
- Ravindranath, V., Sundarakumar, J. S. (2021). "Changing demography and the challenge of dementia in India". *Nature Reviews Neurology*, 17(12), 747-758.
- Reay Campbell, A. M., Browne, K. D. (2002). "The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents". *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 416-431.
- Savrun BM., (1999). "Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi". *Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu*, 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 11-17.

- Sengstock, M.C., Thibault, J.M., Zaranek, R. (1999). “Community dimensions of elderly self-neglect”. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(2), 77–93.
- Shah, A. (1995). “Squalor syndrome: a viewpoint”. *Australian Journal on Ageing*, 14(4), 160- 162.
- Sılaydın, M. (2008). “Şehir planlamada yaşlıya ve yaşlının barınma sorununa yeniden bakmak”. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1(2), 98-106.
- Sourtzi, P., Sarla, E., Äijö, M., Turjamaa, R., Hobbelen, H. J., Weening-Verbree, L. F., Ylinen, E. R. (2019). Most common health issues of older people. *Older People: Improving Health and Social Care: Focus on the European Core Competences Framework*, 33-74.
- Spensley, C. (2008). “The role of social isolation of elders in recidivism of self-neglect cases at San Francisco Adult Protective Services”. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(1), 43-61.
- Tambağ, H. (2013). “Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Doyumu”. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 4(16), 23-31.
- Thomson, M. J., Lietzau, L. K., Doty, M. M., Cieslik, L., Williams, R., Meurer, L. N. (2011). “An analysis of elder abuse rates in Milwaukee County”. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 110(6), 271.
- Türkan, M. ve Sezer, S. (2017). “Yaşlı yoksulluğunun yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar: Muğla örneği”. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(4): 35-57.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2022, 4 Ekim). İstatistiklerle Kadın, 2021. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2022, 4 Ekim). İstatistiklerle Yaşlılar, 2021. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr>.
- United Nations. World Population Ageing (2019). United Nations New York.
- United Nations. (2017). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. Erişim: 8 Kasım 2022, <https://www.un.org.tr>.
- Wancata J, Benda N, Hajji M, Lesch O.M, Müller C. (1998). “Prevalence and course of psychiatric disorders among nursing home admissions”.

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 33(2), 74-79.
<https://doi.org/10.1007/s001270050025>.

WHO (2011). *European Report on Preventing Elder Maltreatment*. Rome: World Health Organization. Erişim 5 Kasım, 2022, <https://www.euro.who.int/tr>.

Willis, S.L. (1991). “Cognition and everyday competence”. M. P. Lawton (ed.). in: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. (pp 80–109). Springer: New York.

Yaşlı Nüfus İstatistik Bülteni (2022, 6 Ekim). Erişim Adresi: <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/sayfalar/istatistikler/engelli-ve-yasli-istatistik-bulteni/>

Yu, M., Gu, L., Shi, Y., Wang, W. (2020). “A systematic review of self neglect and its risk factors among community dwelling older adults”. *Aging & Mental Health*, 1-12.

Yunus, R. M., Hairi, N. N., Choo, W. Y. (2019). “Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies”. *Trauma, violence & abuse*, 20(2), 197–213. <https://doi.org/10.1177/1524838017692798>.

Wallace M, Shelkey M.(2007). “Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults”. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing, Issue Number 2, Revised.

Zhao, Y., Hu, C., Feng, F., Gong, F., Lu, S., Qian, Z., Sun, Y. (2017). “Associations of self-neglect with quality of life in older people in rural China: A cross-sectional study”. *International Psychogeriatrics*, 29(6), 1015-1026.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul İzni



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulu
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04-2200065144
Konu : Başvuru İncelenmesi

22.03.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Melike YALÇIN GÜRSOY

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2022-YÖNP-0216 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 17.03.2022 tarih ve 06/08 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR 08- Dr. Öğr. Üyesi Melike YALÇIN GÜRSOY'un sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "Yaşlılarda Kendini İhmal ve İlgili Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma" başlıklı araştırmasının, Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul ilkelerine uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı

Bilgi Değerlendirme Kurulu TEDEACB

Bu belge, güvendi elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi Talep Adresi: degerlendirme@cumu.edu.tr

Adres: Çanakkale Mart Üniversitesi, Tezliççe Yarıbuldu Çarşıbaşı

Telefon No: (0 286) 2188000

e-Posta:

Exp. Adresi: cumu@cumu.edu.tr

Faks No:

İnternet Adresi: <http://www.cumu.edu.tr>

Bilgi için:

Enine Akad.

Fen Bilimleri Enstitüsü Etik

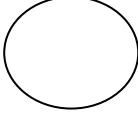
Kurulu Mesure

Telefon No:

(0 286) 2188000 - 1040



Ek-2: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kullanım İzni



Ahmet Turan Isik

Kime: Siz



Sayın Canan Bulut Ayaz,

Çalışmanızda Yesavage Geriatri Depresyon Skalası- 15
(kısa form) türkçe versiyonunu

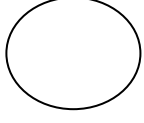
*"Busra Durmaz, Pinar Soysal,Hulya Ellidokuz, Ahmet Turan
Isik: Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form)
in Turkish older adults. North Clin Istanbul 2018;5(3):216-220 doi:
10.14744/nci.2017.85047"*

şeklinde atıfta bulunarak akademik amaçla kullanabilirsiniz.

İyi Çalışmalar

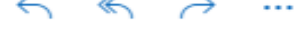


Ek-3: Minimental Durum Testi Kullanım İzni



Funda Akcan

Kime: Siz



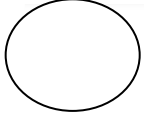
Evet, izin veriyorum.

Sayın Canan Bulut Ayaz , Dr.Öğr.Üyesi Melike Yalçın GÜsroy'un danışmanlığını yürüttüğü "Yaşlılarda Kendini İhmal ve ilişkili Faktörler:Kesitsel Bir Çalışma" isimli yüksekisans tezinizde geçerlilik ve güvenilirliğini gerçekleştirdiğimiz "Standardize Minimental Test" ölçeğini kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar ve başarılar diliyorum.

Uzm.Psk Zeynep Funda Engin Akcan



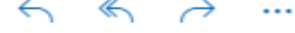
Ek-4: İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendini İhmali Tarama Ölçeği Kullanım İzni



Birkan İlhan

Kime: Siz

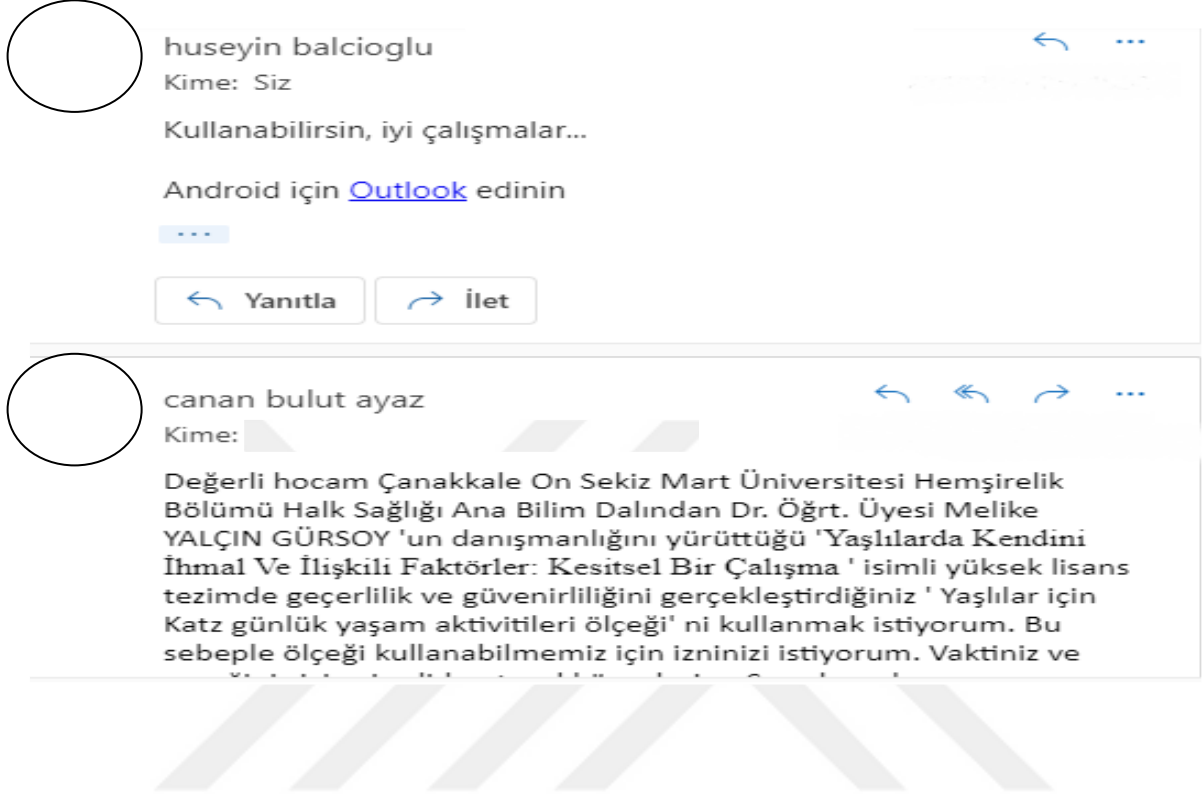
Merhaba
Tabii ki kullanabilirsiniz
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim
sevgiler



<

Değerli hocam Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalından Dr. Öğrt. Üyesi Melike YALÇIN GÜR SOY 'un danışmanlığını yürüttüğü 'Yaşlılarda Kendini İhmal Ve İlişkili Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma ' isimli yüksek lisans tezimde geçerlilik ve güvenilirliğini gerçekleştirdiğiniz '**İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği** ' ni kullanmak istiyorum. Bu sebeple ölçeği kullanabilmemiz için izninizi istiyorum. Vaktiniz ve emeğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla

Ek-5: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Kullanım İzni



Ek-6: Anket Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma 65 yaş ve üstü bireylerin kendini ihmal durumlarını ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar bilimsel bir araştırma makalesi olmanın yanı sıra, yaşlı popülasyonun kendini ihmal ve ilişkili faktörler belirlenecektir. Sorulara vereceğiniz doğru cevaplar, sonuçların güvenilirliği için önem teşkil etmektedir. Katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

Yaşınız _____

Cinsiyetiniz 1- Kadın 2- Erkek

Medeni durumunuz? 1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış 4- Dul

Eğitim durumunuz nedir?

1- Okur-yazar değil 2- Okuryazar 3- İlkokul mezunu

4- Ortaokul mezunu 5- Lise mezunu 6- Üniversite mezunu

Çocuğunuz var mı? 1- Evet (___tane) 2- Hayır

Kiminle beraber yaşıyorsunuz?

1- Eş ile 2- Çocuklar ile 3- Eş ve çocuklarla 4- Bakıcı ile 5- Yalnız

6- Diğer _____ **Mesleğiniz nedir?**

1-Memur 2- İşçi 3- Öğretmen 4-Serbest meslek 5-Diğer _____

Halen bir işte çalışıyor musunuz? 1- Evet 2- Hayır 3-Emekli

Halen bir işte çalışıyorsanız mesleğiniz nedir? _____

Aylık geliriniz ne kadar? _____

Gelir durumunu nasıl algılıyorsunuz?

1- Gelir-gidere denk 2- Gelir giderden az 3-Gelir giderden fazla

Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet (.....adet/gün) 2. Hayır 3. Kullanıyordum, bıraktım

Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Arada sırada

Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Arada sırada

Genel sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

1- Çok iyi 2- İyi 3-Orta 4- Kötü 5- Çok Kötü

Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?

1- Evet (.... Tane) 2- Hayır

Evet ise nedir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1- Yüksek tansiyon 2- Diyabet 3- Kalp hastalığı

4- Kanser 5-KOAH 6- Diğer _____

Sürekli kullandığınız reçeteli ilaçlarınız var mı? 1- Evet 2- Hayır

Sürekli kullandığınız reçeteli ilaçlarınızı düzenli kullanma durumunuz nedir?

1- Düzenli kullanırım 2- Düzensiz kullanırım

Kendi fiziksel ihtiyaçlarınızı karşılama durumunuz nedir?

1- Yardımsız karşılayabiliyor 2- Yardımla karşılayabiliyor

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

Toplam test puanı: "Evet" yanıtlarının toplam sayısıdır.

Toplam puanın 7 veya altında olması yaşlıda kendini ihmal etmeyi yansıtır.

MİNİ MENTAL DURUM TESTİ

Mini Mental State Examination (MMSE)

Hastanın Adı, Soyadı :

Tarih: ___/___/___

Puanı: _____

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)

Hangi yıl içerisindeyiz? _____ Hangi ülkede yaşıyoruz? _____
Hangi mevsimdeyiz? _____ Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? _____
Hangi aydayız? _____ Şu an bulunduğunuz semt neresidir? _____
Bu gün ayın kaçı? _____ Şu an bulunduğunuz bina neresidir? _____
Hangi gündeyiz? _____ Şu an bu binanın kaçınca katındasınız? _____

Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayınız:
Masa, bayrak, elbise. (20 sn süre tanınır.) Her doğru isim 1 puan. _____

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam 5 puan)

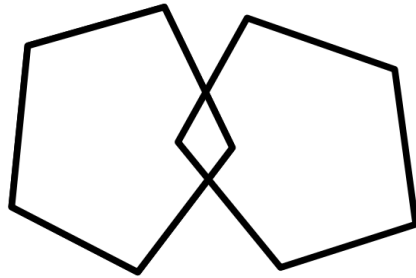
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidiniz. Dur deyinceye kadar devam ediniz. _____
100, 93, 86, 79, 72, 65. Her doğru işlem 1 puan.

Hatırlama (Toplam 3 puan)

Biraz önce tekrar ettiğiniz isimleri söyleyin. _____
Masa, bayrak, elbise. Her doğru isim 1 puan.

Lisan (Toplam 9 puan)

- Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? _____
Kol saati, kalem. (20 sn süre tanınır.) Her yanıt 1 puan, toplam 2 puan.
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin. Ben bitirdikten sonra tekrar edin. _____
Eğer ve fakat istemiyorum. (10 sn süre tanınır.) Doğru yanıt 1 puan
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. _____
"Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(20 sn süre tanınır.) Her işlem 1 puan, toplam 3 puan.
- Şimdi size bir cümle göstereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. _____
Bir kâğıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin. Doğru yanıt 1 puan
- Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. Doğru yanıt 1 puan _____
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin; _____
(Aşağıdaki şekil arka sayfaya çizilecek.) Doğru yanıt 1 puan



Toplam Puan : _____

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1 Puan)	Bağımlı (0 Puan)
Banyo yapma	-----	Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor
Giyinme	-----	Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir).	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
Tuvalet yapma	-----	Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerine tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
Transfer	-----	Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
Kontinans	-----	Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
Beslenme	-----	Yemeği tabaktan ağızına kendisi götürebiliyor (Yemeği başkası hazırlayabilir).	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral beslenmeye muhtaç

Katz, S., Downs, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1), 20-30.

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

Geriatik Depresyon Ölçeği Kısa Form

1	Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	0	1
2	Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	1	0
3	Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
4	Sıklıkla canınız sıkkın mıdır?	1	0
5	Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi?	0	1
6	Sanki size kötü bir şey olacak gibi korku yaşıyor musunuz?	1	0
7	Kendinizi çoğu zaman mutlu hisseder misiniz?	0	1
8	Sıklıkla çaresiz hisseder misiniz?	1	0
9	Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?	1	0
10	Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	1	0
11	Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	0	1
12	Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	1	0
13	Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	0	1
14	Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	1	0
15	Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	1	0
0-4: Depresyon yok 5-8: Hafif depresyon 9-11: Orta düzey depresyon 12-15: Şiddetli Depresyon			

