

Yaşlı İstismar ve İhmalinin Değerlendirilmesi

[Identifying and Evaluating Elder Abuse and Neglect]

ÖZET

Son yıllarda yaşlı nüfusun hızlı artışı, aile yapısı ile sosyo-kültürel değişimler ve kötüleşen ekonomik koşullar yaşlı istismar ve ihmali gündeme getirmiştir. İstismar ve ihmal yaşlıların sağlık ve yaşam kalitelerini etkileyen ciddi ve karmaşık bir konu olarak görülmektedir. Sağlık profesyonellerinin yaşlı istismar ve ihmali ortaya çıkarma, yönetme ve önlem almada önemli konumda olmalarından dolayı istismarın nedeni, risk faktörleri, bulguları konusunda bilgilerin olması gerekmektedir. Yaşlı savunuculuğu yapan sağlık profesyonelleri-özellikle hemşireler- yalnızca bu konu ile ilgilenmemeli aynı zamanda tanılamak, rapor etmek ve girişimlerde bulunmak için de eğitilmelidir. Bu makalenin amacı; yaşlı istismar ve ihmal risk faktörleri, bulguları, değerlendirilmesi ve önlenmesi konusunda bilgilendirmek ve bu konudaki duyarlılığı artırmaktır.

SUMMARY

Elder abuse and neglect have been put into agenda because of the increasing number of elderly people, changing family and socio-cultural structure, worsening of the economic conditions in recent years. Abuse and neglect has been considered as a critical and complex subject which affects the health of elderly people and their life quality. Health professionals are a central position to reveal, manage and prevent elder abuse. For this reason, They need to know the reason, risk-factor and findings of abuse. Health professionals who support elder-especially nurse- shouldn't only deal with this subject but also they should be educated about diagnosing, reporting and attempting. This paper's aim is to inform people about the evaluation of risk-factors, findings and prevention of elder abuse and neglect and to increase sensitivity.

**Aygül Kıssal,
Ayşe Beşer**

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Halk
Sağlığı AD, İzmir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık,
İstismar, İhmal, Hemşirelik.

Key words: Elderly, Abuse,
Neglect, Nursing.

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Aygül Kıssal
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Halk
Sağlığı AD, İnciraltı, İzmir,
Türkiye.
akssal2000@yahoo.com

GİRİŞ

Son 30-40 yıl içinde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler sağlık hizmetlerinin daha nitelikli hale gelmesine katkı sağlamıştır. Geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması, beslenme alışkanlığının olumlu yönde gelişmesi, gibi faktörler ölüm hızını azaltmıştır. Bunların sonucunda, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış, toplam nüfus içinde 65 yaş üzerindeki nüfus artmıştır (1,2). Dünya'nın 1995'te 542 milyon olan 60 yaş ve üzerindeki nüfusunun 2025 yılına kadar yaklaşık 1,2 milyar olacağı tahmin edilmektedir (4). Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde daha görünür olan yaşlanma olgusu, artık gelişmiş ülkeler kadar, gelişmekte olan ülkeler açısından da önemle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerde 1998-2020 yılları arasındaki yaşlı nüfusunun %240 oranında artacağı düşünülmektedir (5). Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. Ülkemizde 1985 nüfus sayımlarına göre nüfusun %4,2'sini, 2003 yılında ise %7'sini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmuştur. Doğumdan beklenen yaşam umudu geçtiğimiz yarım yüzyılın ortalarında 50 yıl iken giderek artarak 70-75 yıla ulaşmıştır (5).

Bu demografik değişimin etkileri her toplumda farklı sorunlarla kendini göstermektedir. Hızlı sanayileşme ve kentleşme sonucu, ekonomik ve sosyal yapıda hızlı değişimler, tarımsal düzenden kent ve sanayi düzenine doğru hareket geniş haneleri çekirdek aileler halinde bölünmeye zorlamaktadır. Geniş aile kurumundan çözülmeye, çekirdek aileye dönüşmeye yol açan sosyo-ekonomik nedenler, bireyler arasında geçimsizlikler, bağımsızlık isteği, oturlan evi dar ve yetersiz bulma gibi biçimler şeklinde kendini göstermekte; bireydeki bu yansımalarıyla önemli sağlık ve bakım sorunlarını yaratmaktadır. Yıllardır aile içinde söz sahibi olan yaşlılar, kentlerde yaşam koşullarının güçleşmesiyle ailelere yük olmaya başlamıştır (6,7). Yaşlılık dönemindeki fiziksel ve sosyal değişimlerle birlikte yaşanan ekonomik güçlükler yaşlı bireyin evde veya kurumda bakımında bakım ilişkisinin yeterince desteklenemediği durumlarda yaşlı istismar ve ihmali gündeme gelebilmektedir (3,8-10).

Yaşlı istismar ve ihmali, eş istismarı ve aile içi şiddet olayları ile ilgili olan bir olgudur (11,12). Yaşlı istismarı terimi şiddet eylemlerini ve kötü davranmayı içine almaktadır. Araştırmalarda yaşlı istismarı kendi evinde oluşan, çoğunlukla yetişkin çocukları ve eşleri tarafından suçun işlendiği ev içi veya kişilerarası şiddet olarak tanımlanmaktadır

(10,12). Yaşlı istismar ve ihmali “hırpalanmış yaşlı kadın” (granny battering) terimi ile literatürde 1970’li yıllardan beri tartışılan bir sorun olmasına rağmen tanımına ilişkin bir görüş birliği yoktur (3,8,12).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kurulu ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toronto Deklerasyonu’na göre yaşlı istismarı “Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır” (3,13). “Yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış” (4) veya “belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” şeklinde de tanımlanabilmektedir (11).

Yaşlı ihmali ise bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), yaşlının günlük gereksinimlerini karşılamamasıdır (9,14,15). Ayrıca yaşlının fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması ya da yetersiz alması olarak da tanımlanmaktadır (16).

Yaşlı istismar ve ihmali türleri ile tanımları Tablo 1’de verilmiştir (3,4,13-15). Yaşlı istismar ve ihmali en önemli konu problemin farkında olunmaması ya da saptanmasındaki engellerdir. Sağlık personelinin yaşlı bireyi değerlendirmede göz önüne alması gereken bu engellerin nedenleri aşağıda özetlenmiştir.

A-Kişisel Engeller

Yaşlı kişinin;

- Bakıcısı tarafından yargılanacağından, suçlanacağından korkması (17-19).

- Ailesinin davranışlarından utanması ya da bu olayı birilerine söylediğinde yakınlarının kendisine daha kötü davranabileceğinden ve herhangi bir kuruma gönderebileceğinden korkması (8,15,18,19).

- Kimsenin kendisine inanmayacağından korkması (8,10)

- Sisteme karşı güven eksikliğinin olması (18).

- Yaşanan durumu kendi suçu olarak görmesi, kimse ile paylaşmak istememesi ya da istismarı bildirmede isteksiz olması (17,19).

- Aileyi kutsal sayması, başkaları tarafından aile yaşantısına müdahalede bulunulmasının kabul edilemez olduğunu düşünmesi (8,10,17).

- Ailesinde böyle bir problemin olduğunu kabul etmemesi, farkında olmaması ya da nasıl anlatabileceğini bilmemesi (17,20).

- Yaşadığı durumu yeterince ciddi olarak değerlendirmemesi (20).

B-Bilgi ve kaynaklara ulaşmada yetersizlik

- Yaşlının nereden, nasıl yardım alabileceği ile ilgili kaynakların farkında olmaması (12).

- Yaşlının ekonomik ya da sosyal olarak bağımsız olmaması (20).

C-Sağlık çalışanları ve kurumsal engeller

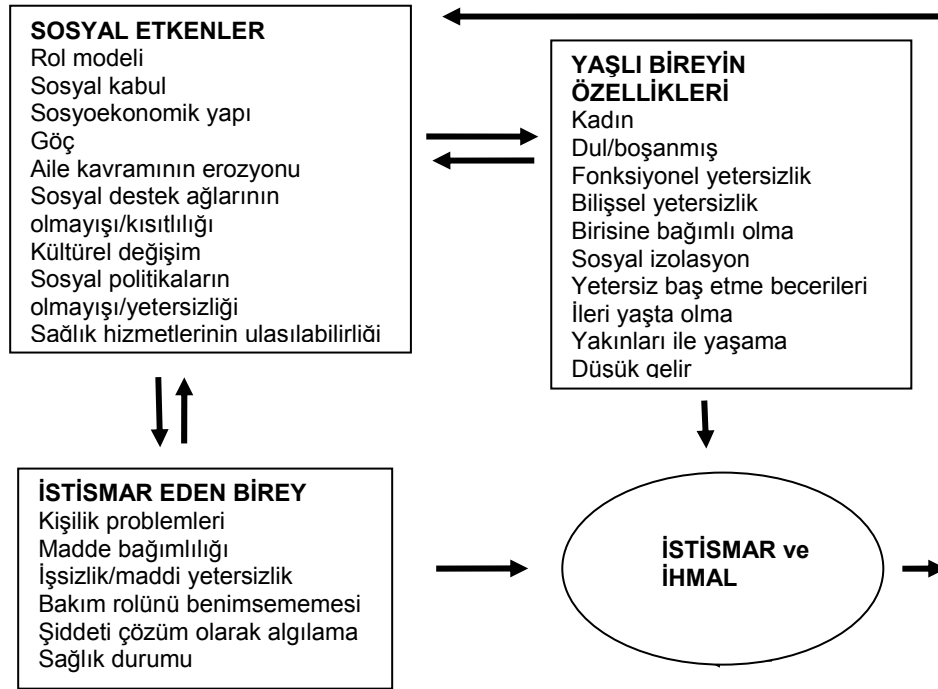
- Hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık personelinin yaşlı istismarını ortaya çıkarmada hangi soruları soracağını bilmemesi, konu ile ilgili bilgi eksikliğinin olması (8,10,12).

- Sağlık personelinin problemi bildirme ve kaydetmede yetersiz ya da isteksiz olması (8,10,17).

- Sağlık çalışanlarının değerlendirme ve eyleme geçmede sorumluluk alma ile ilgili tedirginliğinin olması (12,20).

Tablo 1. Yaşlı istismar ve ihmali türleri ile tanımları

Tipi	Tanım
Fiziksel İstismar	Yaşlının güvendiği veya yaşlıya bakan birisi tarafından güç kullanarak vücuda zarar verme, ağrı verme, yetersizliğe yol açma, fiziksel olarak engel olma, zorla besleme ve yatakta tutma gibi eylemlerdir. Örnek olarak tekme atma, tokat atma, itme, vurma, sarsma, dövme ya da kötü niyetle ilaç uygulama vb. yer almaktadır.
Emosyonel/ Psikolojik İstismar	Yaşlının güvendiği konumda olan birisi tarafından sözel veya sözel olmayan yolla ruhsal açıdan acı veren veya strese sokan davranışlardır. Örnek olarak sözel saldırı, küçümseme, aşağılama, gözdağı verme, tehdit etme, utandırma, sürekli eleştirme, korkutma, lakap takma, zorla çevresinden ayırma vb. yer almaktadır.
Cinsel İstismar	Yaşlının isteği dışında herhangi bir türde cinsel ilişkiye girilmesidir. Örnek olarak isteği olmadan dokunma, tecavüz, zorla soyunma, açık şekilde cinsellik içeren fotoğraf çekme vb. yer almaktadır.
Ekonomik İstismar	Yaşlının güvendiği konumda olan birisi tarafından yasal ve yasal olmayan şekilde parasının veya malının kötüye kullanılması veya çalınmasıdır.
İhmali	Bilerek veya bilmeden yaşlı bireyden yiyecek, ilaç, tıbbi cihaz gibi (protez, gözlük, işitme cihazı) ihtiyaçlarını esirgemek, bakım vermedeki sorumluluklarını yerine getirmede isteksiz davranarak veya reddederek yaşlıya duygusal, fiziksel acı ve sıkıntı vermektir. Örnek olarak yeme, giyinme, ısınma, kişisel hijyen gibi gereksinimlerin karşılanmaması, duygusal-sosyal uyarının sağlanmaması, uzun zaman yalnız bırakılması vb. yer almaktadır.



Şekil 1. Yaşlı istismar ve ihmal risk faktörleri

Herhangi bir yerde meydana gelebilen istismar ve ihmalinin en çok oluşabileceği yerler arasında yaşlının kendi evi, hastane, huzurevleri, günlük bakım evleri sayılmaktadır (3,19). Çalışmalar istismar ve ihmali her toplumda, her ekonomik düzeyde, etnik ve dini yapıda oluşabileceğini göstermektedir (3,14,21,22).

Gizli ve sosyal bir sorun olan yaşlı istismarı ile ilgili yeterli ve doğru verilere ulaşmak zordur. Gelişmiş ülkelerde de resmi bildirimler tahmin edilenden daha düşüktür. Amerika'da 1996 Ulusal Yaşlı İstismarı insidans çalışmasında, bildirimi olmayan yaşlı istismar ve ihmalinin %60'ın üzerinde olduğu saptanmış ve yaşlının ev içi istismarında 1986–1996 yılları arasında %150 bir artış (117 binden 293 bine) olduğu görülmüştür (23). Avustralya'da yapılan bir çalışmada fiziksel istismar %30, psikolojik istismar %55, ekonomik istismar %81, cinsel istismar %4 ve ihmal %25 olarak belirlenmiştir (24). Hollanda'da Comijs ve ark.'nın (1998) çalışmalarında istismar prevalansı %5,6; fiziksel istismar %1,2, ekonomik istismar %1,4 ve ihmal %0,2 olarak bildirilmiştir. Kore'de yapılan bir çalışmada toplam istismar prevalansı %6,3 iken fiziksel istismar %1,9, ekonomik istismar %4,1, psikolojik istismar %4,2, ihmal %2,4 olarak bildirilmiştir (17). Japonya'da yapılan bir çalışmada

ise istismar prevalansı %17,9 olup ilk sırada ihmal (%7,7), ikinci sırada ekonomik istismar (%6,4), en düşük olarak da cinsel istismar (%1,3) saptanmıştır (26). Amerika'da topluma dayalı bir çalışmada istismar ve ihmal prevalansı %1,6 olarak saptanmıştır (27).

Bugüne kadar ülkemizde yaşlı istismar ve ihmali ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ülkemizde huzurevlerinde kalan yaşlılarda yapılan bir çalışmada huzurevine başvuran yaşlıların %25,7'sinin ailelerinden fiziksel istismar ile karşılaştıkları ve yaşlıyı istismar edenlerin başında gelinlerin (%41,4) geldiği saptanmıştır (11). Keskinoglu ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların %1,5'inin fiziksel, %2,5'inin ekonomik istismara uğradıkları bildirilmektedir.

Düşük sosyoekonomik bölgede fiziksel istismar prevalansı %1,5, ekonomik istismar %2,5 ve ihmal %27,4 olarak bulunurken, yüksek sosyoekonomik bölgede fiziksel istismar %2, ekonomik istismar %0,3 ve ihmal %11,2 olarak saptanmıştır (28).

Yaşlı istismar ve ihmalinin oluşmasına risk oluşturabilecek etmenler pek çok araştırmada incelenmiştir.

Tablo 2. İstismar ve ihmalde öykü alma ve fiziksel bulgular

Problemin saptanması - Problemin nedeni ile ilgili belirsizlik - Yaralanma oluşumu ve tedavi arama arasında gecikmelerin olması - Aile üyelerinin veya diğer bakım verenlerin uygunsuz reaksiyonları - Yaralanmanın ciddiyetini önemsememe veya inkar etme - Anlatılanlar ve fizik muayene arasında uyumsuzluk Aile Öyküsü - Geçmişte ailede şiddet öyküsü - Anne/babanın sorgulatmayan itaat isteği - Alkol veya madde bağımlılığı - Ev dışında şiddet - İşsizlik/ekonomik güçsüzlük/yoksulluk - Aile üyelerinin yaşının maddi gücünü kullanması - Birisi tarafından katı şekilde ekonomik kontrolün olması Sağlık Öyküsü - Farklı iyileşme aşamalarında olan kırıklar - Sık sık acile başvurular - Konstipasyon, diyare gibi eliminasyon bozuklukları - Yoğun somatik şikayetler - Yeme bozukluğu - Madde bağımlılığı - Depresyon/intihar girişimi/düşük benlik saygısı/ - Posttravmatik stres sendromu - Yalnızlık/umutsuzluk hissetme - Kronik yorgunluk - Apati - Uyku bozuklukları - Psikiyatri kliniğine yatış Kişisel/Sosyal Öykü - Güçsüzlük hissi - Güvensizlik - Ailedeki büyük kararlara katılamama - Sosyal izolasyon/Ev dışına çıkmada azalma - Bakım verene veya aile üyelerine aşırı bağımlılık - Yoğun korku - Sözel saldırganlık/ Negatif sözel iletişim - Beden imajı bozukluğu - Kronik fiziksel veya psikolojik yetersizlik öyküsü - Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik	Genel Görünüş - Korkulu/Endişeli/Hiper ya da Hipoaktif - Soruları cevaplarken eşine/bakıcısına bakma - Kötü hijyen ve uygunsuz ve yetersiz giyinme - Kötü beslenmiş/ Stres ve yorgunluk bulguları - Yaklaşıldığı ya da dokunulduğunda irkilme - Uygunsuz ve anksiyeteli beden dili Vital Bulgular - Otonom yanıtlar (Kan basıncında ve nabız hızında yükseklik, fazla terleme ...) - Aşırı zayıf ya da aşırı kilolu olma Deri - İp veya halat izleri - Ütü, sigara vb yarattığı yanıklar - Yaralar, morluklar, çürükler, ödem, skar izi - Subdural hematoma/Saç dökülmesi - Deri bütünlüğü bozukluğu (dekübütüs, tedavi edilmemiş yaralar, idrar pişikleri) - Dehidratasyon bulguları Gözler - Şişlik/ Konjektival- retinal kanama - Göz altlarında morluk - Görme kaybına rağmen gözlüğün olmaması Kulaklar - İşitme kaybı - İşitme kaybına rağmen işitme cihazının olmaması Ağız - Yaralanma/laserasyonlar - Diş kayıpları/diş kırıkları - Tedavi edilmemiş diş problemleri Abdomen - İntra- abdominal yaralanmalar Genitoüriner/Rektal - Vajinal,anal,genital yaralar, çürükler, kanamalar, enfeksiyonlar - Üriner enfeksiyon Kas- iskelet - Farklı iyileşme aşamalarında olan kırıklar - Ekstremitelerde hareket kısıtlılığı - Kontraktürler Nörolojik durum - Konuşmada bozulma - Konfüzyon - Hiperaktif reflexler/Tremorlar Mental durum - Korkulu/anksiyeteli/depresif olma - İntihar düşüncesi - Konsantrasyon güçlüğü/hafıza kaybı İlaç Tedavisi - Reçetelenmemiş veya istenilen dozun üzerinde ilaç kullanımı
---	--

İstismarı etkileyen etmenleri Goodrich (1997) istismar edilen birey, istismar eden birey, çevresel faktörlerle ilgili olmak üzere üç ana başlıkta toplamaktadır. İstismar ve ihmal edilen bireyle ilgili yaş, cinsiyet, fiziksel sağlık, emosyonel sağlık,

ekonomik bağımlılık vb. yer almaktadır. Lachs ve ark.'nın (1997) çalışmasında yaşlı istismarı ile ilgili yaş, cinsiyet, fonksiyonel ve bilişsel yetersizliğin etkili olduğu bulunurken, Shugarman ve ark.'nın (2003) çalışmasında ise yaş, cinsiyet, evlilik durumu,

eğitim düzeyi önemli bulunmamıştır. Buchwald ve ark. (2000) çalışmasında fiziksel istismara uğrayan bireylerin kadın ve sağlık problemi olan yaşlı bireyler olduğunu saptanmıştır. Pek çok çalışmada ise ileri yaşta ve kadın olanlarda istismarın arttığı bildirilmektedir (16,23,24). Birlikte yaşamanın istismarı artırdığını bildiren çalışmaların (13,27) yanı sıra yalnız yaşayanlarda istismarın daha fazla görüldüğünü saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (17,32).

İstismar ve ihmal eden bireylerle ilgili olarak yaşlının bakımından sorumlu olan bireylerin fiziksel ve fonksiyonel sınırlılığı, bilgi ve beceri eksikliği, alkol ya da diğer madde alışkanlığı ve ekonomik bağımlılığı gibi faktörlerin istismar ve ihmalin oluşumunda rol oynadığı belirtilmektedir (13,29).

Çevresel faktörlerle ilgili olarak ise, evin yeri, kullanımı, ev ortamının sağlık koşullarının uygun olmaması istismar ve ihmalde etkili olabilmektedir (28,29).

Çalışmalar yaşlının sıklıkla eşi, yetişkin çocukları, akrabaları tarafından istismar edildiğini göstermektedir. Boldy ve ark.'nın (2005) araştırmasında yaşlıların %22'si kızları tarafından istismar edilirken, %21'i oğulları tarafından istismar edilmiştir. Oh ve ark.'nın (2006) çalışmalarında, yaşlı istismarının %75-%80'inden daha fazlasının yaşlının oğulları ya da gelinleri tarafından yapıldığı, evli çocukları ile yaşayan, düşük eğitim ve ekonomik düzeyde olan, fonksiyonel olarak bağımlı yaşlı kişilerin daha fazla istismara uğradığı bildirilmekte ve cinsiyet, yaş, ekonomik bağımlılığın yaşlı istismarını etkilemediği vurgulanmaktadır. Anne (2004) yaşlıların daha çok gelinleri tarafından istismar edildiğini ve ileri yaşta, inkontinansı olanların daha sık istismara uğradığını belirtmektedir.

Yaşlı istismarında risk oluşturan etmenlerin bilinmesi tanılama aşamasını kolaylaştırmaktadır. Yapılan incelemelerde istismarın yaşlı birey, istismarcı ve sosyal boyut özellikleri açısından değerlendirildiği görülmektedir (Şekil 2) (14,17,25,34,35).

Yaşlı istismar ve ihmali karar verebilmede sağlık personelinin yaşlı bireyleri değerlendirme becerisi önemlidir. Aşağıda istismar ve ihmali değerlendirmek için öyküde nelerin yer alacağı ve istismar ve ihmali yaşlının yaşamış olabileceğini gösteren bulgulara yer verilmiştir (Tablo 2) (34,35).

Yaşlı Bireylerde İstismar ve İhmali Önleme Uygulamaları

İstismar farklı disiplinlerin birlikte yaklaşımını gerektirmektedir. Ancak hemşireler her zaman yaşlı kişilerle birlikte olmalarından dolayı gerçek ve

şüpheli durumları tespit etmede ve bunlara müdahale etmede en önemli konumdadırlar (17–19,33). Yaşlı istismar ve ihmali önlemede atılacak ilk adımın, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilgi, tanısal beceri ve duyarlılıklarının artırılması olduğu kabul edilmektedir (19,22).

Yaşlı istismar ve ihmalden korunma birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeyleri olarak üç basamakta ele alınabilir.

Birincil Koruma: Hangi yaş grubunda olursa olsun, şiddet ve istismarı önlemede toplumsal yaklaşım esastır. Her toplum şiddet olaylarına karşı hükümet programları, yasal düzenlemeler, medya, resmi ve gönüllü kuruluşlar, eğitim kurumları vb. aracılığı ile açık ve net tavrını koyabilmelidir. Hemşireler ve diğer meslek grupları şiddet ve istismara karşı toplumsal tavrın belirlenmesinde önemli bir rol üstlenebilirler (17,33).

Birinci basamak sağlık çalışanları toplumla birebir ilişki kurabilecek bireyleri kendi ortamlarında değerlendirebilecekleri önemli bir konumda bulunmaları nedeni ile kolaylıkla şiddet ve istismar olaylarını farkedebilecektir. Bunun için istismara yönelik risk faktörleri konusunda bilgili olma önem taşımaktadır. Eğitim ile sağlık personelinin istismara karşı duyarlı hale getirilmesi istismarın erken dönemde fark edilip müdahale edilmesini sağlayacaktır. Ayrıca sağlık personelinin özellikle risk grubundaki çocuk, kadın ve yaşlılara eğitim vermesi bilgilendirilmiş bireyin yardım alma konusunda istekliliğini artırabilir (8,10,19,35,36). Şiddet ve şiddet çeşitleri gibi konularda küçük yaşlarda başlanan eğitimle kişiler hem şiddet olayının farkına varabilecek, alınabilecek önlemler konusunda bilgi sahibi olabilecek hem de yaşlanma sürecini daha iyi anlayabilecektir. Önemli bir başka konu ise istismar ile karşılaşan veya tanık olan kişilerin yardım alabileceği kuruluşların oluşturulmasıdır (3,8,21,33,35). Bunlar polis, sığınma evleri, bakım yurtları gibi resmi ve gönüllü kuruluşlar olabilir.

Bakım veren bireyler ve özellikleri istismara neden olabilecek riskler yönünden izlenerek değerlendirilmeli ve gerekiyorsa kurum bakımı gibi seçenekler araştırılmalıdır. Bakım veren bireylerin bakım verme konusunda yardım ve destek alabileceği seçenekler (sağlık kuruluşları, sosyal hizmetler, gönüllü kuruluşlar vb.) konusunda bilgilendirilmesi de önem taşımaktadır. Ayrıca bakım veren birey yaşlı bireyin bakım gereksinimleri konusunda deneyimsiz ya da bilgisiz olabilir. Ev ziyaretleri sırasında bakım veren bireye bakımın nasıl verileceği öğretilir. Böylece bilgisizlik ve deneyimsizlikten kaynaklanabilecek istismar ve ihmal ortadan kaldırılabilir. Halk sağlığı çalışanları ziyaretleri

sırasında iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak hem bakım veren için hem de yaşlı için iyi bir rol modeli olabilir (8,10,19,35,36). Halk sağlığı çalışanları bireyin yaşadığı gerginliği azaltmada, sosyal desteği artırmada (kimlerle paylaşabilir, kime başvurabilir, kimden yardım alabilir vb.) bireyin baş etme becerilerini artırmada (daha atılgan davranma, daha iyi problem çözme, daha sağlıklı olma gibi) ve bireyin benlik saygısını artırmada önemli bir konumdadır. Holistik yaklaşımla, hem istismar mağduru bireyi ve istismara tanık olan bireyi güçlendirmesi, hem de öfke ve öfke nedenlerini ele alması, öfkenin uygun yollarla ifade edilmesini sağlaması gerekir (37).

Birincil korumada yer alan diğer uygulamalar arasında halk duyuruları ve afişleri, gazetelerde makaleleri, bilgilendirme için telefon hizmeti, yasal düzenlemeler-yaşlıya kötü davrananlar için katı cezalar, bakım ve sağlık hizmetleri ile ilgili düzenlemeler, potansiyel istismar vakalarına destek ağlarını güçlendirme, günlük bakım merkezleri, eve yemek ve taşıma hizmetleri, ailelerine bakım verenlere direkt yardım, toplumdaki davranışsal değişimleri izlem, durum saptaması araştırmaları, istismarcıyı tedavi etme, komşu izleme programları ve toplumla işbirliği yapma sayılabilir (3,19,21,22).

İkincil Koruma: İkincil koruma erken dönemde vaka bulmayı ve müdahale etmeyi kapsar. Erken dönemde tespit edebilmede gözlem becerisi çok iyi kullanılmalıdır. Ev ziyaretleri sırasında veya herhangi bir yaralanma nedeni ile kuruma gelen yaşlı bireyin ürkek bakışları, kaçamak yanıtları, karamsar, depresif halleri ayrıntılı olarak araştırılarak çok yönlü olarak değerlendirilmelidir. Bununla birlikte yaşlı bireyin aile üyelerinin şüpheli davranışları varsa, yaşlı bireyle aşırı ilgili ve fazla koruyucu davranıyor ise istismar açısından değerlendirilmelidir. Eğer istismardan şüpheleniliyorsa yaşlı birey ile yalnız görüşülmeli ve doğrudan istismara yönelik soru sormaktan kaçınılmalı, tehditkâr olmadan ve yargılamadan basit sorular sorularak veri toplanmalıdır. Yaralanmanın ne zaman, nerede ve nasıl olduğu sorulmalı, fiziksel ipuçları ile cevaplar arasında tutarsızlık olup olmadığı kontrol edilmelidir (8,10,35-37). Fizik muayene sırasında deri bütünlüğü değerlendirilerek ezik, morluk, büyüklüğü, görünüşü ve yeri gözlenmelidir. Özellikle sırt ve genital bölge gibi vücudun beklenmedik bölgelerinde travma izi olup olmadığı, bir obje ile vurulmuş gibi olan iz varlığı ya da paralel yaralanmalar (örn: iki kolun üstünde morluklar gibi), sigara, ütü veya suyla haşlanma gibi yanıklar açısından yaşlı birey dikkatle değerlendirilmelidir. İstismar varsa yaşlı aile ile birlikte ele alınmalı ve bireyler değil davranışlar ele alınarak istismarın

nedenleri ortaya konulmalıdır. Stresle baş etme ve problem çözmeye yönelik olarak programlar düzenlenebilir. Ailelere yardım alabilecekleri kurum ve kuruluşlara nasıl başvurabilecekleri bilgisi verilerek yönlendirilebilir (8,10,35-37).

İkincil korumada yer alan diğer uygulamalar arasında ilgili kurumlara ya da koruyucu servislere vakaları bildirme, istismar eden ve edileni belirlemede değerlendirme araçlarını kullanma, krize müdahale stratejileri oluşturma ve gerekli ise acil tıbbi tedavi, istismarcıya yasal cezalar, istismar eden ve edilene sık ziyaret, istismar edeni tedavi etme, istismar eden ve edilene ekonomik yardım, ev bakım hizmetleri, yaşlı çiftlere evlilik danışmanlığı yer almaktadır (21, 22).

Üçüncül Koruma: Aile üyeleri ve yaşlıya yönelik rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini kapsar. İstismar davranışını sergileyen bireyler ayıplanma korkusu ile sağlık çalışanı ile iletişime girmek istemeyebilirler. Ancak izlemlere devam ederek ve istismara uğrayan bireyin bakımını sağlayarak kendilerine olan güven ve saygıyı kazanmalarına destek olunabilir ve aile ile güven ortamını oluşturabilir. Halk sağlığı hemşiresi ve diğer sağlık personeli istismara uğramış bireylerin kullanabileceği toplumsal kaynakları bilmeli ve bu kaynaklarla iletişim içinde olmalıdır (2,10,35,36).

Üçüncül korumada yer alan diğer uygulamalar arasında fiziksel, iş ve konuşma terapileri, günlük yaşam aktiviteleri ve yemekle ilgili yardım, sosyal aktiviteler, günlük programlar, toplumsal aktiviteler, danışmanlık ve psikoterapi, aile danışmanlığı, alternatif yaşam olanakları, ev ortamını düzenleme, destek grupları, eğitim yer almaktadır (22).

İstismar ve İhmali Önlemede Yaşlı Bireye, Ailesine ve Topluma Yönelik Önerilebilecek Diğer Önlemler

A-Yaşlı Bireyin Alabileceği Sosyal Önlemler

- Sosyal ilişkilerini sürdürmesi ve arkadaş çevresini geliştirmesi,
- Ayrılmış olsa bile eski arkadaş ve komşuları ile ilişkilerini sürdürmesi, ev dışında arkadaşlık ilişkilerini artırması,
- Arkadaşlarının kendi evinde ziyaret etmelerini istemesi,
- Sosyal ve toplumsal aktivitelere, gönüllü programlara katılması,
- İlerde yetersizlik yaşayabileceği durumlarda yasal açıdan koruyacak birilerini, örneğin kendisini temsil edecek bir avukat veya yasal güçten destek ve öneriler alması,

- Yasal ve sosyal anlamdaki görüşmelerini periyodik olarak devam ettirmesi,
- Banka hesaplarını veya sosyal güvenlik evraklarını kontrol ederek düzenlemeler yapması,
- Yanında güvenebileceği biri olmadan ve incelemiden herhangi bir doküman veya evrak imzalamaması, evden yalnız ayrılmaması,
- Geçmişinde şiddet veya madde kullanım öyküsü olmayan birisi ile yaşaması,
- Koruyucu hizmetler sunan ajanslar, kurumlar, güvenlik birimleri veya güvenebileceği birinin (doktoru, arkadaşı vb.) telefon numarasını sürekli yanında bulundurması (15,35).

B-Ailelerin Alabileceği Önlemler

- Yaşlı komşuları ve arkadaşları ile yakın ilişkiler kurması,
- Uzun dönem evde bakımı sağlamada ailesinin gücünü ve becerisini incelemesi,
- Alternatif bakım kaynaklarını keşfetmesi,
- Potansiyel yeteneklerini önceden belirlemesi ve yaşlının isteğine dayalı tartışma yapmayı planlaması,
- Ekonomik boyutunu ve sorumlulukları üstlenmek ve talepleri karşılamak için yeterli olmadığı halde evde kişisel bakımı tercih etmemesi, sınırlılıklarını ve olumlu yönlerini göz ardı etmemesi,
- Yaşlı bireyin bağımsızlığına engel olmaması ya da gerekli olmadıkça özeline girmemesi (15,35).

C-Toplumsal Önlemler

- Yaşlıya hizmet programlarını daha kapsamlı gerçekleştirecek başka toplum kurumlarının araştırılması,
- Bakımı üstlenen ailelere yardım etmeleri için hem kamu hem de özel girişimcilerin cesaretlendirilmesi,
- Bakımı vermede mevcut destek servisleri ve mesleklerin ilanlarının verilmesi
- Vaka yönetimi ve hizmet sunumu ile ilgili kamu çalışanlarına temel eğitim verilmesi,
- Hizmet çalışanlarına, kapıcılara, topluma eğitimler sağlanması (15,35).

Ek olarak

- Yaşlılar için gelir, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerinin yeterli olmasının sağlanması,
- Mental sağlık ve aile danışmanlığı hizmetleri gibi gerekli tüm danışmanlık hizmetlerinin oluşturulması
- Alkol ve madde kullanımını tedavi etme programlarının oluşturulması,
- Yaşlı haklarını artırma ve bütün yaşlılara hak arama ve kendini savunma eğitiminin verilmesi
- Yaşlanmanın pozitifliği ve üretkenliği ile ilgili bilinçlilik oluşturulması ve eğitim yapılması gibi konular ele alınmalıdır (15).

SONUÇ

Yaşlı istismarı gittikçe artan bir sorun olmasına karşın uzun yıllar göz ardı edilmiştir. Bazı durumlarda istismar ve ihmali yapan kişiler de bunun bir suç olduğunun farkında değildir. Türkiye’de yasal sistemde istismar ve ihmale ilişkin cezaların az olması, istismarı yapan kişiler için de caydırıcı olmamasından dolayı yaşlının haklarını gözetleyen yasal düzenlemelerle yaptırımlar artırılmalıdır. Böylece hem istismar yaşayan yaşlının bunu dile getirmesinin kolaylaşması, hem de istismarcılar için caydırıcı olabilmesi sağlanabilir. Uzun yıllardır politik olarak etkili olmayan hemşireler diğer sağlık meslek grupları ile beraber istismara karşı yasal lobicilik yapmalıdır. İstismar ve ihmal yaşlıları inciten, yaralayan, psikososyal sorunlara yol açan önlenemez bir sorundur. Bu nedenle sağlık personelinin bilgi, beceri, tanılama, rapor etme ve girişimlerde bulunma eğitimi ile bu konudaki duyarlılıkları sağlanabilir. Uygun girişimler ile istismar ve ihmal döngüsü kırılarak yaşlının yaşam gücü ve kalitesi artırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Karaca A. Düzce il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bakım gereksinimlerinin saptanması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2003.
2. Büken N, Büken E. Yaşlanma olgusu ve tıp etiği. Geriatri 2003; 6(2): 75-79.
3. Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: yaşlı istismarı ve ihmali. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2002; 5 (2):43-49.
4. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Eds) World report on violence and health. World Health Organization 2002, Geneva.
5. Daştan A. Sağlıklı yaşlanmak. TC Sağlık Bakanlığı Yayın Organı. SB Diyalog 2005;11.
6. Tıktık A. Türkiye’de yaşlıların durumu ve ulusal eylem planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007. Erişim: <http://www.sp.gov.tr/documents/TurkiyedeYasliLarinDurumuveYaslanmaEylemPlanı.pdf> [Erişim Tarihi:11.10.2007].
7. Öz F. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. Kriz dergisi. 2002; 10(2): 17-28.
8. Koştı N. Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü. Özveri Dergisi 2005; 4 Erişim:<http://www.ozida.com>

- gov.tr/ozveri/ou3/ou3makaleler.htm [Erişim Tarihi:11.10.2007].
9. Keskinoglu P, Giray H, Pıçakçife M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004; 7(2): 57–61.
 10. Bilgili N. Yaşlı istismarı ve ihmali. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999; 6(1-2): 67-77.
 11. Artan T. Aile içi fiziksel yaşlı istismarı. *İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. 1996.
 12. Erlingsson CL, Saveman B, Berg AC. Perceptions of elder abuse in Sweden: Voices of older persons. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2005; 5(2): 213-227.
 13. O' Connor K, Rowe J. Elder abuse. *Reviews in Clinical Gerontology* 2005; 15: 47-54.
 14. Lecovich E. Elder abuse and neglect in Israel: A comparison between the general elderly population and elderly new immigrants. *Family Relations*. 2005; 54(3): 436–47.
 15. Woolf LM. Elder abuse and neglect. 1998. <http://www.webster.edu/~woolfm/abuse.html> [Erişim Tarihi:20.8.2006]
 16. Pavlik VN, Hyman DJ, Festa NA, Dyer CB. Quantifying the Problem of abuse and neglect in adults-analysis of statewide database. *Journal of American Geriatrics Society*. 2001; 49(1): 45-48.
 17. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 203–14.
 18. Kuzeyli Yıldırım Y. Yaşlı istismarı ve önlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 21 (1): 167–174.
 19. Baker MW, Heitkemper MM. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. *Nursing Outlook*. 2005; 53(5): 253-59.
 20. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R et al. Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder abuse and neglect. American Medical Association 2003. <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/elderabuse.pdf> [Erişim Tarihi: 15.10.2007].
 21. Callaghan J. Elder abuse and one community's response. *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services*. 1998; 11(2): VI–XI.
 22. Hogstel MO, Curry LC. Elder abuse. *Journal of Gerontological Nursing*. 1999; 25(7): 10-18.
 23. National Center on Older Abuse. The national elder abuse incidence study. 1998. http://apa.gov/eldefam/elder_Rights/Elder_Abuse/AbuseReport_full.pdf. [Erişim Tarihi:18.09.2006].
 24. Boldy D, Webb M, Horner B, Davey M, Kingsley B. Elder abuse in Western Australia. Centre for Research into Aged Care Services. 2002.
 25. Comijs HC, Pot AM, Smith JH, Bouter LM, Jonker C.J. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of The American Geriatrics Society*. 1998; 46(7): 885-88.
 26. Anne T. A study of elder abuse and risk factors in Japanese families: focused on the social affiliation model. *Geriatric and Gerontology International*. 2004; 4: 262–63.
 27. Lachs MS, William C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*. 1997; 37(4): 469–474.
 28. Keskinoglu P, Pıçakçife M, Bilgiç N et al. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. *International Psychogeriatrics*. 2007; 16: 1-13.
 29. Goodrich CS. Result of National survey of state protective services programs: Assessing risk and defining victim outcomes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1997; 9(1): 69–85.
 30. Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practice. *Journal of American Geriatrics Society*. 2003; 51(1): 24–31.
 31. Buchwald D, Tomita S, Hartman S, Furman R, Dudden M, Manson SM. Physical abuse of urban Native American. *Journal of General Internal Medicine*. 2000; 15: 562-64.
 32. Cupitt M. Identifying and addressing the issues of elder abuse: A rural perspective. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1997; 8(4): 21-30.
 33. Windham DA. The millennial challenge: Elder abuse. *Journal of Emergency Nursing*. 2000; 26: 444-47.
 34. Boyd MA, Nihart MA. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers, 1998, p. 1054-1069.
 35. Sayan A, Durat G. Yaşlı istismarı ve ihmali: önleyici girişimler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 7(3): 97-106.
 36. Smith CM, Maurer FA. *Community Health Nursing: Theory and Practice*. 2 nd Edition. W.B. Saunders Company, 2000, p. 593-795.
 37. Tel H. Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2002; 6(2): 1-9.