



TC.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İNME Lİ HASTAYA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN
BAKIM YÜKÜ VE YAŞLI İSTİSMAR RİSKİ ARASINDAKİ
İLİŐKI**

Yasemin KARGI KEVEN

**Temmuz 2022
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ HASTAYA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN
BAKIM YÜKÜ VE YAŞLI İSTİSMAR RİSKİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**HALKSAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Yasemin KARGI KEVEN

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

Denizli, 2022

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Yasemin KARGI KEVEN

İmza:

ÖZET

İNME Lİ HASTAYA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN BAKIM YÜKÜ VE YAŞLI İSTİSMAR RİSKİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yasemin KARGI KEVEN
Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

Temmuz 2022, 88 Sayfa

Bu araştırmanın amacı inmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşlı istismar riski arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın tipi tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Denizli Devlet Hastanesi evde bakım birimine başvuran merkez ilçelerde ikamet eden 1276 evde bakım hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 120 inmeli hasta ve 120 bakım veren aile üyesi oluşturmaktadır. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Barthel İndeksi, Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi, Bakım verme yükü ölçeği, Bakım veren bireyi tanımlama formu, aile uyum ölçeği kısa formu ile toplanmıştır. Yaşlı istismar riskini yordayan değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testinin 3 alt boyutu vardır, Savunmasız olan yaşlının özellikleri alt boyut ortalaması 1.56 ± 0.97 , Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar alt boyut ortalaması 0.37 ± 0.52 , Potansiyel istismar alt boyut ortalaması 0.03 ± 0.67 , genel Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Test ortalaması 2.26 ± 1.31 olarak bulunmuştur. Okur yazar olmayan hastanın istismar riski daha yüksektir. Bekar, sosyal güvencesi olmayan, şuan ki ilişki durumu kötü olan, bakım verirken yardım eden birisi olmayan bakım verenlerden bakım alan hastanın istismar riski daha yüksektir. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Tesi ile hastanın yaşı ve bakım yükü arasında pozitif aile uyumu ile negatif ilişki bulunmaktadır. Yaşlı istismarını etkileyen önemli değişkenler sırasıyla bakım yükü, bakım verenin sosyal güvencesi ve hastanın yaşıdır. Bakım verenlerin ve hastaların istismar riski açısından sık aralıklarla izlenmesi, istismar riski saptanan hastanın bakımında farklı seçeneklerin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, bakım yükü, yaşlı istismarı

ABSTRACT**THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVER BURDEN of FAMILY MEMBERS
CARING FOR PATIENTS WITH STROKE AND ELDERLY ABUSE RISK**

KARGI KEVEN, Yasemin

Master Thesis, Department of Public Health Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Fadime Hatice İNCİ

July 2022, 88 Pages

The aim of this study is to examine the relationship between the care burden of family members caring for stroke patients and the risk of elder abuse. The type of study is descriptive and correlational. The population of the research consists of 1276 home care patients residing in the central districts who applied to the Denizli State Hospital home care unit. The sample of the study consists of 120 stroke patients and 120 caregiver family members. The data were collected with the Introductory Information Form, the Barthel Index, the Hwalek-Sengstock Elderly Abuse Screening Test, the caregiver burden scale, the caregiver identification form, and the family cohesion scale short form. Variables predicting elder abuse risk were tested with multiple linear regression analysis. For statistical significance, $p < 0.05$ was accepted. Hwalek-Sengstock Elderly Abuse Screening Test has 3 sub-dimensions, Characteristics of the vulnerable elderly sub-dimension mean 1.56 ± 0.97 , Violation of personal rights and direct abuse sub-dimension mean 0.37 ± 0.52 , Potential abuse sub-dimension mean 0.03 ± 0.67 , overall Hwalek-Sengstock Elderly Abuse Screening Test mean was found to be 2.26 ± 1.31 . The illiterate patient has a higher risk of abuse. The risk of abuse is higher for the patient who is single, does not have social security, has a bad relationship status, and receives care from caregivers who do not have a helping hand. There is a positive relationship between the Hwalek-Sengstock Aged Abuse Screening Test and the age of the patient and the burden of care, and there is a negative relationship between family cohesion and family cohesion. The important variables affecting elder abuse are care burden, caregiver's social security, and patient's age, respectively. It is recommended to monitor caregivers and patients frequently in terms of abuse risk, and to evaluate different options in the care of patients with abuse risk.

Keywords: Stroke, caregiver burden, elder abuse

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca desteğini, emeğini ve tecrübesini esirgemeyen, bilgi ve zamanını benimle paylaşarak çalışmama katkıda bulunan, zorlandığım zaman bana umut veren ve inanan çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ'ye,

Yüksek lisans öğrenimim süresince, bilgi, beceri ve güler yüzlerini eksik etmeyen değerli hocalarım; Prof. Dr. Asiye KARTAL, Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz Aslan ve Doç. Dr. İlgün Özgen Çınar'a,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca çalışma koşullarımı düzenleyip, her koşulda yardımcı olan Pamukkale İlçe Sağlık Müdürü Uzm. Dr. Ayşe ERDOĞAN'a ve sevgili iş arkadaşım Meral UYDURAN'a,

Hayatım boyunca desteklerini ve sevgilerini hep yanımda hissettiğim canım aileme, beni her seferinde umutlandıran ve anlayış gösteren sevgili eşim Kadir KEVEN'e, çalışma hayatım ve tez çalışmam nedeniyle zamanlarından çaldığım ve canımdan çok sevdiğim, kızım Berra Zeynep'e, oğlum İsrail Hüseyin'e ve yakında doğacak olan güzel kızıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Yasemin KARGI KEVEN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1 Amaç.....	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	4
2.1. İnme.....	4
2.1.1. İnmenin Risk Faktörleri.....	5
2.2. Bakım Verme ve Bakım Yüğü.....	6
2.2.1.Bakım Verme.....	6
2.2.2.Bakım Yüğü	7
2.3. Yaşlılık.....	8
2.3.1. Yaşlılığın Tanımı.....	8
2.3.2. Dünyada Yaşlı Nüfus.....	8
2.3.3 Türkiye’de Yaşlı Nüfus.....	9
2.4. Yaşlı İstismarı.....	10
2.4.1. Yaşlı İstismarının Tanımı.....	10
2.4.2. Yaşlı İstismarı Türleri.....	11
2.4.2.1. Fiziksel İstismar.....	11
2.4.2.2. Psikolojik İstismar	12
2.4.2.3. Ekonomik İstismar.....	12
2.4.2.4. Cinsel İstismar.....	12
2.4.2.5. Yaşlı İhmali.....	12
2.4.3 Yaşlı İstismarı İçin Risk Faktörleri.....	13
2.4.5. Yaşlıya Yönelik İstismarın Önlenmesi.....	14
2.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	14

3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	15
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	16
3.5. Veri Toplama Araçları.....	16
3.5.1. Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu	16
3.5.2. Barthel İndeksi	17
3.5.3. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.....	17
3.5.4. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	18
3.5.5. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı.....	18
3.5.6. Aile Uyum Ölçeğı Kısa Form.....	18
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	19
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	19
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.10. Araştırmanın Süresi.....	20
4. BULGULAR	21
4.1. İnmeli Hastanın ve Bakım Veren Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	21
4.2. Bakım Yüğüne Yönelik Bulgular.....	28
4.3. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Sonuçlarına Yönelik Bulgular.....	33
5. TARTIŞMA	46
5.1. Bakım Yüğüne Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	46
5.2. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Sonuçlarına Yönelik Bulguların İncelenmesi	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR	56
ÖZGEÇMİŞ	63
EKLER	
Ek-1 Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	
Ek-2 Barthel İndeksi.....	
Ek-3 Hwalek Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi.....	
Ek-4 Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu.....	
Ek-5 Bakım Verme Yüğü Ölçeğı.....	

Ek-6 Aile Uyum Ölçeği Kısa Form.....	
Ek-7 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzini.....	
Ek-8 Denizli İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	
Ek-9 Ölçek Kullanım İzinleri.....	

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Türkiye’de ölüme neden olan ilk on hastalığın yüzde değişimi 2004-2017.....	4
Şekil 2.2 Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2015, 2020.....	9
Şekil 4.1 İnmeli hastaların Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi ölçek sonuçları.....	33

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1 İnmeli hastanın tanıtıcı özellikleri.....	22
Tablo 4.2 İnmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili bilgiler.....	23
Tablo 4.3 Bakım verenin özellikleri.....	25
Tablo 4.4 Bakım verenin bakım vermeye ilişkin özellikleri.....	27
Tablo 4.5 İnmeli hastanın tanıtıcı özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları.....	28
Tablo 4.6 İnmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili değişkenlere göre bakım yükü puan ortalamaları.....	29
Tablo 4.7 Bakım verenin özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları.....	31
Tablo 4.8 Bakım verenin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları.....	32
Tablo 4.9 Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları...	34
Tablo 4.10 İnmeli hastanın tanıtıcı özelliklerine göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları.....	35
Tablo 4.11 İnmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili değişkenlere göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları.....	37
Tablo 4.12 Bakım verenin özelliklerine göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları.....	40
Tablo 4.13 Bakım verenin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları.....	42
Tablo 4.14 Yaşlı istismar riski ile bazı değişkenler arasındaki ilişki.....	43
Tablo 4.15 Yaşlı istismar riskinin belirleyicileri.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GYA.....	Günlük Yaşam Aktiviteleri
H-S YİTT.....	Hwaleck-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi
INPEA.....	Yaşlı İstismarını Önleme Uluslararası Ağı
TÜİK.....	Türkiye İstatistik Kurumu
TDK	Türk Dil Kurumu
VIF.....	Varyans artış faktörü
WHO.....	World Health Organization

1. GİRİŞ

Tüm dünyada ve ülkemizde, tıpta ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, ortalama yaşam beklentisini artırmıştır. İnsan ömrünün uzaması birçok kronik hastalığın görülme sıklığının artmasına ve buna bağlı komplikasyonların oluşmasına sebep olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde genç nüfusun yaşlı nüfusa oranla fazla olması bir avantaj iken; yaşlı nüfusun hızlı artışı bu ülkelerin hazırlıksız yakalanmasına sebep olmuştur. Ülkemizde TÜİK 2021 yaşlı nüfus raporuna göre “2016 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8,3 iken, 2021 yılında bu oran %9,7 ye yükselmiştir (TÜİK 2021). Yaşlı nüfus oranının hızlı artışı, kronik hastalıkların görülme sıklığını artırmış ve ülkeler için hastalık yükünün artmasına sebep olmuştur.

Dünya da hastalık yükünü artıran önemli hastalıklar kardiyovasküler hastalıklar, inme ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır (WHO, 2015). Dünyada başlıca ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan inme, engelliliğe neden olan etkenler listesinde üçüncü sırada yer almaktadır (Feigin vd. 2015, Campbell 2020). İnme, büyük oranda yeti kaybına sebep olan ve ileri yaş engelliğinin önemli nedenlerinden biridir. İnmenin sebep olduğu fiziksel kayıplar, kişilerin özgürlüğünü kısıtlamakta, öz bakım ihtiyaçlarının artmasına sebep olmakta, psiko-sosyal sorunların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. İnme geçiren hastaların %50’si taburcu olmakta, %20’si hastanede ölmekte ve %30’u ise uzun süreli evde bakım ya da kurumsal bakım gereksinimi duymaktadır (Karakurt ve Kaşıkçı 2008). Hastanede yattıktan ya da rehabilitasyon gördükten sonra eve dönen inmeli hastaların %80’i günlük yaşamlarını sürdürmede, duyuşsal ve araçsal açıdan destek almak üzere aile üyelerinin bakımına gereksinim duymaktadır (Schure vd. 2006). İnmeli hastalar taburcu olduktan sonra, genellikle eşinden, ailesinden ya da arkadaşlarından destek almaktadırlar (Greenwood ve Mackenzie 2010). İnmeli hastanın evde aile üyeleri tarafından bakımı hasta ve bakım verenler açısından oldukça uzun ve meşakkatli bir süreçtir. Bakım vericiler, bakım alıcının var olan sorunlarını ve gereksinimlerini gidermek amacıyla günlük yaşam aktivitelerine yardım eden kişilerdir (İnci vd. 2017). Yaşlı ve inmeli hastaya bakım veren aileler, her ne kadar aileleri için ellerinden geleni yapsalarda, bakım vermek, hem bakım veren birey için hemde bakım alan için yoğun stres kaynağıdır. Bakım verme;

bakım veren bireyler açısından çok yönlü olarak algılanan bir durumdur ve tek bir yardım çeşidi ile sınırlı değildir; emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi de kapsamaktadır (Akpınar vd. 2011). Bu sebeple; bakım verme, bakım veren birey için bir yük oluşturmaktadır ve bu durum bakım yükü olarak adlandırılmaktadır. Bakım yükü, “bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (Collins vd 1994).

Yaşlı istismarı, bakım verenler veya güven ilişkisi oluşması gereken diğer bireyler tarafından yaşlıya zarar veren davranışlarda bulunulması; ciddi zarar riski yaratılması veya bakım verenin yaşlının temel gereksinmelerini karşılamada, onu zarardan korumada yetersiz kalması ve başarısızlığıdır (Özmete 2016). Yaşlı istismarı; Dünya Sağlık Örgütü'nün Toronto (2002) Bildirgesi'ndeki tanıma göre “yaşlı insanlara karşı herhangi bir güven ilişkisi içerisinde sıkıntı ve zarara neden olabilecek tek veya tekrarlanan bir eylem veya uygun eylem eksikliğidir” (WHO 2017).

Yaşlı istismarı dünya nüfusunun giderek yaşlanmasına bağlı olarak dünya çapında bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Yaşlı istismarı prevalansı popülasyona, ortamlara, tanımlara ve araştırma yöntemlerine göre değişmektedir. Yaşlı istismarına ilişkin yasal bildirimde bulunma zorunluluğu 1976 yılında, Kanada, İsrail ve ABD'de 43 eyalette başlamıştır (WHO 2014). Yaşlı istismarı ile ilgili çalışmalar dünya genelinde hızlı bir gelişme göstermiş olup, 1997 yılında altı kıtanın temsili ile “Yaşlı İstismarını Önleme Uluslararası Ağı” (INPEA) kurulmuştur. INPEA'nın amaçları: kamuoyunda farkındalığı artırmak; eğitim ve öğretimi teşvik etmek, açık istismara uğramış ve ihmal edilmiş yaşlı insanlar adına kampanya düzenlemek ve nedenleri, sonuçları araştırmayı teşvik etmek, yaşlı istismarının tedavisi ve önlenmesi konusunda eğitimler düzenlemektir. INPEA'a ait bir web sitesi kurulmuş olup her 3 ayda bir bülten yayımlanmaktadır (WHO 2017). Yaşlı istismarı toplumsal ve kültürel olarak birçok faktörden etkilendiği için tanımlanması zor bir olgudur. Dolayısıyla farklı ülkelerde farklı değerlendirmeler yapılmaktadır. Dünya genelinde birçok ülkede yapılan çalışmalarda yaşlı istismarına neden olan faktörler tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu faktörler arasında en önemlilerinin; fonksiyonel bağımlılık, düşük gelir veya servet, demans, zayıf aile bağları, sosyal destek azlığı sıralanabilir. Yaşlı istismarının tespit edilmesi diğer şiddet türlerine göre çok daha güçtür; çünkü yaşlılar hareket kısıtlılığı, sosyal ortamlarının kısıtlı olması gibi nedenlerle sosyal ortamlara daha az girerler ve kendilerini ifade etmekte zorluk çekerler. Yaşlı istismarı ve ihmali, bazen kişinin kendini ihmal etmesi şeklinde, bazen yakınları tarafından, bazen de kurumsal olarak bakım gördüğü hastane, huzurevi ve bakım evlerinde görülmektedir. Dünya sağlık örgütüne göre

bildirilen ve kayıtlara geçen yaşlı istismarı vakaları buz dağının görünen kısmıdır. Yaşlı istismarı yaşlının yaşamını ve sağlığını tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bakım yükü istismar ve ihmal için önemli bir risk faktörüdür. Yaşlı bir insan için günlük bakım talepleri, eğitim almayan veya yaşlı kişinin ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçları ile nasıl dengeleyeceğine dair bilgi almayan bakıcılar bakım veriyorsa bu çoğunlukla istismara sebep olabilir. Bu tür stresli durumlarda bakıcılar kendilerini sık sık kapana kısılmış ve umutsuz hissederler ve mevcut kaynak ve yardımlardan habersizdirler.

Farklı hastalık gruplarında Bakım yükünün yaşlı istismarı ile ilişkisini belirlemeye yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Lee ve Kolomer (2005) demanslı hasta grubunda bakım yükü ile istismarın pozitif ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Yine demanslı hasta grubunda Yan ve Kwok'un (2011) çalışmasında bakım yükü ile fiziksel istismarının ilişkisi olmadığı fakat sözel istismarın ilişkili olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de Özcan ve arkadaşlarının, demanslı ve alzheimerli hastalar ve bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada bakım yükü yüksek olan bakım verenlerin yaşlı hastaya daha fazla istismar uyguladığı saptanmıştır (Özcan vd 2017). Aile bireylerinin bakım yükünün yaşlı istismarını artırdığına yönelik genel bir algı bulunmaktadır. Bu genel algının aksine Gainey ve Payne'nin (2006) alzheimer hastalarında yaptıkları çalışmada ise bakım yükünün yaşlı istismarının primer nedeni olmadığı belirtilmiştir (Gainey ve Payne 2006).

Yapılan çalışmalar genellikle demans ve alzheimer hastaları ile gerçekleştirilmiş olup, inmeli hastaya bakım verenlerin yükü ile yaşlı hastanın istismarının ilişkisini ortaya koyan çalışmaya rastlanmamıştır.

1.1. Amaç

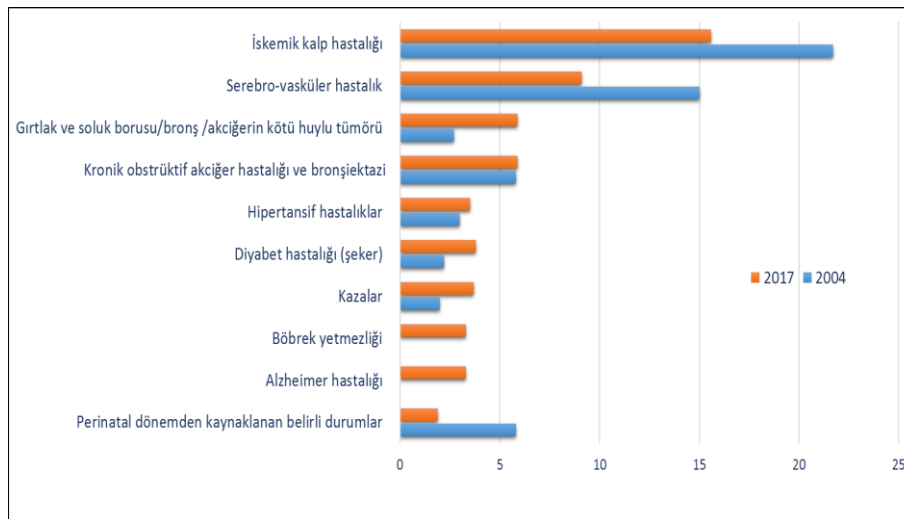
Bu çalışmanın amacı; inmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile yaşlı istismarı riski arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. İnme

İnme Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, "serebral fonksiyonların bozulması sonucu; beynin kan dolaşımının, oksijenlenmesinin ve beslenmesinin etkilenmesiyle oluşan, doku hasarının hızla ortaya çıktığı, 24 saat veya daha uzun süren bulgularla karakterize, ortaya çıkışında vasküler nedenlerin rol oynadığı ve ölüme yol açabilen bir klinik tablodur" (Kumral 1993). İki tane inme türü vardır bunlar iskemik inme ve hemorajik inmedir. Hemorajik inmeler, beyin içindeki bir kan damarının hasarından kaynaklanır, iskemik inmeler, beyindeki bir arterin tıkanmasından kaynaklanır; her iki durum da beyin dokusuna zarar verir. Beyin damar hastalıkları dünyada en fazla fiziksel kayba neden olan, hastalık grubudur. Son 3 yılda (2015-2018 yılları) açıklanan TÜİK raporlarına göre Türkiye'de beyin damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybeden kişilerin sayısı 35 bin- 40 bin arasında değişmekte ve yıllar içinde artış göstermektedir. Türkiye'de ölüme neden olan ilk on hastalığa bakıldığında inmenin de içinde bulunduğu serebro-vasküler hastalıklar ikinci sırada yer almaktadır (TÜİK, 2017).

Şekil 2.1. Türkiye'de ölüme neden olan ilk on hastalığın yüzde değişimi 2004-2017



İnme sonrası görülebilen yaygın engel durumları; hemiparezi, hemipleji ve merkezi yüz parezi gibi motor bozukluklarıdır. Ayrıca inme, dil anlama bozukluğu ve konuşma bozukluğuna da sebep olabilir. Tüm dünyada ve ülkemizde ileri yaş engelliliğin ana nedenlerinden biri inmelerdir (Sarıkaya vd. 2015).

İnmeler sağlık hizmetlerinin maliyetinin artmasına, ilaç harcamalarına ve ciddi oranda iş gücü kaybına neden olmaktadır, bu sebeple inme, ülkeler için ciddi bir ekonomik yüküdür. Gelişmiş ülkeler inmeyi önlemek ve risk faktörlerini azaltmak adına sağlık politikaları geliştirmektedir (O'Donnell vd. 2010).

2.1.1. İnmenin Risk Faktörleri

İnmede risk faktörleri değiştirilebilir risk faktörleri ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Risk faktörleri kontrol altına alınırsa inme insidansının düşeceği düşünülmektedir. İnmede değiştirilemeyen risk faktörleri; yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü-genetik, ailede geçici iskemik atak öyküsü. Değiştirilebilen risk faktörleri ise; hipertansiyon, sigara, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar, karotis stenozu, atriyal fibrilasyon, dislipidemi, obezite, diyet ve beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, post menopozal hormon tedavisidir (Midi ve Afşar 2010).

Demografik değişimler göz önüne alındığında inme oranlarının artacağı düşünülmektedir. Özellikle yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, sedanter yaşam tarzının benimsenmesi, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivitenin azalması gibi durumlar inme riskini artıran önemli faktörlerdir. Fakat bu durum ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. “Örneğin; yaşam tarzı değişikliği, son 30 yılda gelişmiş ülkelerde inme insidansını %42'ye varan oranda azaltırken, gelişmekte olan ülkelerde %100'den fazla bir artış bildirilmiştir. Bu gözlem, yaşam tarzı ve diyetin önemli rolüne işaret etmektedir; sigara, hiperlipidemi veya yüksek tansiyon gibi risk faktörlerinin prevalansı önemli ölçüde azalmış, bu da yüksek gelirli ülkelerin nüfusları arasında farkındalığı artırmıştır. Ancak, düşük gelirli ülkelerde sanayileşme, olumsuz gıda ve yaşam tarzı değişikliklerine yol açmıştır” (Hankey 2012).

İnme hastalarının korunma ve tedavilerine yönelik olarak hazırlanan ve ilk olarak 2014 yılında İstanbul'da yapılan Dünya İnme Kongresinde oluşturulan ve ilan edilen “Küresel İnme Beyannamesi” ne göre inmede kilit uygulamalar arasında aşağıdaki uygulamalar yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2018);

- Toplumun beyin damar hastalıklarından korunma ve risk faktörleri konusunda bilgilenmesi,
- Risk faktörlerinden korunmak için uygun ortamlar oluşturulması,
- Bireylerin inme belirtileri konusunda yeterince bilgilendirilmiş olması,
- Hasta ve yakınlarının tedavi yaklaşımlarına dair bilgilerinin ve hızlı, etkin tedaviye ulaşabilme imkanlarının artırılması,

- İnme sonrası rehabilitasyon tedavilerine ve sosyal hizmetlere ulaşımın kolaylaştırılması yer almaktadır.

Ülkemizde toplumda inme riskini azaltmak için;

- Yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesi (tütün ve alkol kullanımının azaltılması, sigara dumanına maruz kalınmamasının sağlanması, fiziksel aktivitenin teşviki, diyetle yağ, şeker ve tuz azaltılması, sebze ve meyve tüketiminin artırılması),
- Hekimlerin kan basıncı, kan yağları, kan şekeri ve kilo kontrolüne dair önerilerine uyumun artırılması için çalışmalar sürdürülmektedir.

2.2. Bakım Verme Ve Bakım Yükü

2.2.1. Bakım Verme

Bakım Türk Dil Kurumu' na göre; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, Hemşirelik Terimleri Sözlüğü' ne göre ise; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, bireyin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü 2015, TDK 2022).

Bakım verme hem bakım veren için hem de bakım alan için oldukça zorlayıcı bir süreçtir. Bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde olmaktadır. Formal bakım verme; evde ya da resmi kurumda sağlık bakımı ve bireyin kişisel ihtiyaçlarını giderme şeklinde, bu hizmetleri sunan meslekler tarafından verilen bakımdır (Amankwaa, 2017). Evde formal bakım veren sağlık görevlileri genel olarak, hemşire, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarında oluşmaktadır (Kunkle vd 2020). İnfomal yani uzmanlık gerektirmeyen bakım verme ise; bakım verenin bir yakının kişisel ihtiyaçlarını karşılamak adına yaptığı işlemlerin tümüdür (Kasuya vd 2000). İnfomal bakım verenler hastanın bakımını ücretsiz olarak üstlenen aile üyeleri veya arkadaşlardan oluşmaktadır (Bastawrous 2013, Amankwaa 2017). Bakım verme fiziksel, duygusal ve ekonomik olarak sunulan çok yönlü bir eylemdir. Bakım verme, içinde sevgi ve merhamet duygusunu barındıran bir işlemdir. Sevdiklerine bakmak, kişisel tatmin de dahil olmak üzere çeşitli faydalarla ilişkilidir; bununla birlikte, bakım verme aynı zamanda fiziksel, psikolojik ve mali yüklerle de ilişkilidir. Kronik veya akut olarak gelişen fonksiyon kaybı ile sonuçlanan hastalık ya da yaşlılık nedeniyle artan informal bakım verme; kişinin banyo yapmasına, tuvalet ihtiyacını karşılamasına, yemek yemesine yardım etmek gibi kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılarken, aynı zamanda sonda bakımı, trakeostemi bakımı, intravenöz

ilaç uygulaması, aspirasyon ve benzeri gibi ileri düzeyde bilgi ve beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır (Amankwaa 2017, Diniz vd. 2018).

Bakım verme, bakım veren birey için genellikle uzun süren bir durumdur ve uyum, sabır, kişinin stresle başa çıkabilmesi ve süreci yönetebilmesini gerektirir. Özellikle nörolojik hastalıklarda hastanın hem fiziksel hem bilişsel, hemde davranışsal kayıpları nedeniyle bakım vermek çoklu zorlukları içinde barındırır (Blowers A.N. 2012).

2.2.2. Bakım Yüğü

Bakım yüğü “bakım nedeniyle bakım verenin karşılaştığı emosyonel, sosyal, finansal, fiziksel ve ruhsal güçlüklerin tümü” şeklinde tanımlanmıştır (Zarit vd 1980). Bakım yükünün nesnel ve öznel yük olmak üzere iki boyutu vardır. Bakım yükünün ekonomik maliyetler, zaman kaybı, sosyal yaşantıda bozulma ve benzeri gibi ölçülebilir nesnel bileşenleri varken, duygusal olarak hissedilen tükenmişlik, yorgunluk, mutsuzluk gibi öznel bir bileşeni de vardır. Kültürel farklılıklara rağmen, bakım yüğü, dünyanın birçok yerinde aile üyelerinin karşılaştığı global bir problemdir.

Yapılan araştırmalar bakım yükünü etkileyen birçok faktör olduğunu göstermektedir. Bunlar; bakım verenin yaşı, eğitim düzeyi, sosyal destek ağları, ekonomik durum, bakım verenin cinsiyeti, bakım verenin sağlık durumu, madde bağımlılığı, bakım alan kişinin yaşı, bakım alan kişinin öz yeterliliği, bakım alan kişinin ekonomik durumu, bakım alan kişinin eşlik eden hastalıkları, bakım alan kişinin eğitim düzeyi, bakım alan kişinin bilişsel durumu bakım verme süresi ve benzeridir (Dökmen 2012).

Bakım yüğü zamanla bakım verenlerde, depresyon, kaygı, endişe, emosyonel stres, psiko-sosyal bozukluk, tükenmişlik, ekonomik problemler, arkadaş ve sosyal çevrede azalma, boş zamanlarının olmaması, fiziksel sağlık sorunları, benlik saygısında azalma, kendisini yetersiz hissetme, uyku, yeme problemleri yaşama ve kendi sağlık sorunlarını erteleme şeklinde sorunları meydana getirmekte ve bireylerin yaşam kaliteleri bozulmaktadır (Doğru 2019).

2.3. Yaşlılık

2.3.1 Yaşlılığın Tanımı

Yaşlanma bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süreçtir. Yaşlılık dönemi olarak ele alınan dönem, sağlık açısından bağımlılık dönemi, çalışma yaşamı açısından çalışma performansının düştüğü emeklilik dönemi, kronolojik açıdan bakıldığında ise 65 yaş üstünü kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise, yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneğinin azalması ya da büyük oranda kaybolması olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 65 yaş üstünü yaşlı olarak kabul etmektedir. Yaşlılık dönemi kendi içinde bazı farklılıklar göstermesi sebebiyle 65-74 yaş (genç yaşlı), 75-84 yaş (yaşlı), ve 85 yaş üzeri dönem ileri yaşlı olarak tanımlanmaktadır (Güler ve Akın 2012).

2.3.2. Dünyada Yaşlı Nüfus

“Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payına göre toplumların genç ya da yaşlı nüfus yapısına sahip olduğuna dair yorum yapılır. Bir toplumda 65 yaş ve üzeri grubun toplumdaki payı %4 ten az ise “genç toplum”, %4-7 arasında ise “olgun toplum”, %7-10 arasında olduğunda “yaşlı toplum”, %10 un üzerinde olduğu durumlarda ise “çok yaşlı toplum” ifadesi kullanılmaktadır (Güler ve Akın 2012). Nüfus yapılarına göre ABD “yaşlı toplum”, Avrupa ülkeleri ise “çok yaşlı toplum” sınıfına girmektedir. Türkiye ise yaşlı nüfusun %9,5 olması sebebiyle “yaşlı toplum” olarak sınıflandırılmaktadır.

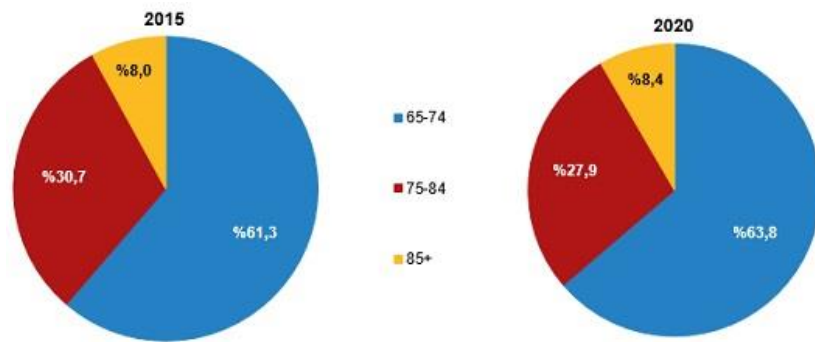
Dünya sağlık örgütüne göre yaşlı nüfus artışının iki önemli sebebi vardır; bunlardan biri hemen her ülkede doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, diğeri ise, doğum kontrol yöntemlerinin etkin kullanımına ve toplumsal cinsiyet rollerinin değişmesine bağlı olarak, doğurganlığın azalmasıdır.

Dünyada yaşlıların sosyodemografik özelliklerine bakılacak olursa, dünyada 781 milyon kişi okur yazar değildir ve bu nüfusun yaklaşık üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır (WHO 2016). Gelişmemiş ülkelerde okuma yazma bilmeyen kadınların oranı %85'lere kadar ulaşmıştır. Yaşlı kadınların büyük çoğunluğu duldur. Avrupa ülkelerinde yaşlı kadınların yarısı yalnız yaşamaktadır (United Nations Economic and Social Council 2008). Az gelişmiş ya da geri kalmış ülkelerde, yaşlı kadınların okur yazar olmayışı, dul ya da yalnız olmaları, iş gücüne katılamıyor olmaları onları toplumun en kırılgan grubu yapmaktadır (Grundy 2006).

2.3.3. Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Türkiye’de Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son beş yılda %22,5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükseldi. Yaşlı nüfusun 2020 yılında %44,2'sini erkek nüfus, %55,8'ini kadın nüfus oluşturdu. 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 öngörüldü (TÜİK 2020).

Yaşlı nüfus yaş grubuna göre incelendiğinde, 2015 yılında yaşlı nüfusun %61,3'ünün 65-74 yaş grubunda, %30,7'sinin 75-84 yaş grubunda ve %8,0'ının 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görülürken, 2020 yılında %63,8'inin 65-74 yaş grubunda, %27,9'unun 75-84 yaş grubunda ve %8,4'ünün 85 ve daha yukarı yaş grubunda yer aldığı görüldü (TÜİK 2020).



Şekil 2.2 Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2015, 2020 (TÜİK,2020)

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlandığının bir göstergesidir. Türkiye’de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermiştir. Küresel yaşlanma süreci olarak adlandırılan "demografik dönüşüm" sürecinde olan Türkiye’de, doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki azalma ile birlikte sağlık alanındaki gelişmeler, yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirmiştir. Çocuk ve gençlerin toplam nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermiştir. Türkiye, oransal olarak yaşlı

nüfus yapısına sahip ülkelere göre hala genç bir nüfus yapısına sahip olsada, yaşlı nüfus sayısal olarak oldukça fazladır.

Doğumda beklenen yaşam sürelerinde de önemli oranda değişiklikler olmuştur. 2017-2019 sonuçlarına göre, doğuşta beklenen yaşam süresi Türkiye geneli için 78,6 yıl, erkekler için 75,9 yıl ve kadınlar için 81,3 yıl oldu. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, doğuşta beklenen yaşam süresi farkı 5,4 yıl olmuştur (TÜİK 2020).

2.4. Yaşlı İstismarı

2.4.1. Yaşlı İstismarının Tanımı

Dünya sağlık örgütü (WHO) Genova raporuna göre, “Yaşlı birine uygun eylem eksikliği veya güven beklentisi olan bir ilişkide yaşlıya zarar veren ya da sıkıntıya sokan tek ya da tekrarlayan davranışların tümüne yaşlı istismarı” denir (WHO, 2008). Ya da başka bir ifade ile “yaşlı bireyin sağlık, iyilik halini tehdit eden davranış “olarak ta tanımlanır. Yaşlı istismarı 5 grupta sınıflandırılmıştır bunlar; fiziksel istismar, psikolojik istismar, ekonomik istismar, cinsel istismar ve ihmaldir. Yaşlı istismarı her ne kadar bu beş başlık altında sınıflandırılmış olsa da istismar kültürel olarak çok boyutlu olabilmektedir, örneğin bazı Afrika ve Hindistan topluluklarında yaşlı kadınlar zorla evlendirilirken, bazı toplumlarda yaşlı bireylerin tüm mülkleri ellerinden alınabiliyor, ya da bazı toplumlarda yaşlılar yalnızlığa mahkûm edilebiliyor (National Research Council USA, 2003).

Yaşlı istismarı muhtemelen ilk çağlardan beri var olmasına karşın, pek de gün yüzüne çıkmamış ve tespit edilmesi zor bir olgudur. İlk olarak ABD de 1970 yılında bir aile içi şiddet vakasında yaşlının istismarı ve suiistimali gibi ifadeler kullanılmıştır (Burston 1975). Yaşlı istismarı her kültürde olabilen fakat yetersiz araştırmalar nedeniyle görünürlüğü pek olmayan bir olgudur. Dünya nüfusunun hızlı bir oranla yaşlanması ve yaşam süresinin uzaması, tüm dünyada dikkate alınması gereken önemli bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir. Yaşlı istismarı olgusu oldukça güncel ve önemli bir konudur, dünya çapında altı yaşlı kişiden birinin bu tür bir istismarın kurbanı olduğu tahmin edilmektedir, yılda yaklaşık 141 milyon kurban (Yon vd. 2017).

Yaşlı istismarının tespiti diğer şiddet türlerine oranla çok daha zordur. Bunun nedenlerinden bazıları; istismarın şiddetlenmesi korkusu, suçluluk, utanç, duygusal şantaj korkusu, çaresiz hissetme, bilişsel eksiklik, sosyal izolasyon, bakım verene

bağımlılık ya da istismarın doğallığına inanma ve kabul etme gibi durumlardan ötürü madurların istismarı bildirememesidir.

Yaşlı istismarı ev içi ortamda aile üyeleri, ya da bakıcılar tarafından olabileceği gibi, hastane, bakım evi, huzurevi gibi ortamlarda kurumsal olarak yaşanabilir. Kurumsal ortamlardaki istismarla ilgili olarak, *European Journal of Public Health*, üç personelden neredeyse ikisinin (% 64.2) yaşlı hastalara, özellikle fiziksel ve psikolojik olmak üzere kötü muamelede bulunduğunu bildirmiştir (Yon vd. 2019). Yine ABD’de, 2.713 yaşlı kişiyi kapsayan bir araştırma, toplumda aile içi yaşlı istismarı insidansının yaklaşık %8.8 olduğunu ortaya koymuştur, araştırmaya göre; tanımlanan risk faktörleri şunlardır: kadın cinsiyet, ileri yaş (> 85 yaş) ve çoklu fiziksel patolojilerin varlığıdır (Wang ve Dong. 2017).

Yaşlı istismarının yaygınlığına yönelik Cooper ve arkadaşlarının (2009) yaptığı literatür çalışmasına göre farklı ülkelerden 49 araştırma incelenmiş olup, bu çalışmaya göre; yaşlıların %6’sı önemli derecede istismar bildirmiştir. Evli çiftlerin %5,6’sı son bir yıl içinde ilişkilerinde fiziksel şiddet bildirmiş. Korunmasız yaşlıları içeren çalışmalarda ise, yaklaşık dörtte biri önemli düzeyde psikolojik istismar bildirmiştir. Aile üyelerinden oluşan bakım verenlerin yüzde beşi, bir yıl içinde demanslı bakım alıcılarına yönelik fiziksel istismar bildirmiş ve üçte biri ise herhangi istismar türünü bildirmiştir. Bakımevi personelinin yüzde 16’sı ise bakım verdikleri yaşlı bireylere psikolojik istismar uyguladıklarını kabul etmişlerdir (Cooper vd. 2009).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki yaşlı istismarı tüm dünya için önemli ve acil önlem alınması gereken bir halk sağlığı problemidir.

2.4.2. Yaşlı İstismarı Türleri

Yaşlı istismarı fiziksel, psikolojik, ekonomik, cinsel ve yaşlının ihmali olarak incelenmektedir (Yeşil vd 2016).

2.4.2.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; yaşlıya bakım veren kişinin yaşlıya karşı güç uygulaması, tokat atması, sert cisimlerle vurması, düşürmesi, itmesi, zorla beslemesi, istemediği halde yatakta tutması, dövmesi, zorla ilaç uygulaması, engel olması ve benzeri durumlar, fiziksel istismar olarak adlandırılabilir (Kıssal ve Beşer 2009, Yeşil vd 2016).

2.4.2.2. Psikolojik İstismar

Psikolojik istismar bireyin iyilik haline ve duygusal dengesine zarar veren davranışlardır. Yaşlıya, lakap takma, kötü söz söyleme, aşağılama, başkalarının yanında rencide etme, tehdit etme, küçük düşürme, istemediği yerde bulundurmaya zorlama gibi davranışlardır (Kıssal ve Beşer 2009, Fadiloğlu ve Şenuzun 2012, Yeşil vd 2016).

2.4.2.3. Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar; yaşlının rızası olmadan malını ya da parasını kullanma, yasal ya da yasal olmayan şekilde mülküne el koyma, ya da buna zorlama şeklinde tanımlanır. Ekonomik istismar yaygın olduğu düşünülmesine karşın tespit edilmesi daha güç olabilmektedir (Kıssal ve Beşer 2009, Fadiloğlu ve Şenuzun 2012, Yeşil vd 2016).

2.4.2.4. Cinsel İstismar

Cinsel istismar; yaşlının isteği ve rızası olmadan herhangi bir şekilde cinsel birliktelik yaşanması, yaşlının bu konuda zorlanması, isteği olmadan dokunulması, zorla soyundurulması, cinsellik içeren fotoğraflarının çekilmesi, taciz ve tecavüz gibi durumlar bu tür istismara örneklerdir (Kıssal ve Beşer 2009, Fadiloğlu ve Şenuzun 2012, Yeşil vd 2016).

2.4.2.5. Yaşlı İhmali

Yaşlı ihmali yaşlıya bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), yaşlının günlük ihtiyaçlarını karşılamaması şeklinde tanımlanmaktadır. İhmal iki türlü olabilmektedir. Yaşlının kendini ihmali ya da bakım verenin ihmali şeklinde. İhmal de yaşlının bilerek ya da bilmeyerek yiyecek, içecek, tıbbi ihtiyaçlarının karşılanmaması söz konusudur. Örneğin protez, işitme cihazı ve benzeri ihtiyaçlarının karşılanmaması, gerektiğinde tedavi için doktora götürülmemesi, kişisel hijyen ihtiyacının giderilmemesi, ısınma, giyinme gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması, uzun süre yalnız bırakılması gibi durumlar ihmale verilebilecek örneklerdir. Yaşlının kendini ihmali ise yemek yemeyi red etmesi, banyo yapmayı, kıyafetlerini değiştirmeyi, doktora gitmeyi ya da kendisi için önemli olan bir protezi

kullanmayı red etmesi şeklindedir (Keskinoglu vd 2004, Kissal ve Beşer 2009, Fadiloğlu ve Şenuzun 2012, Yeşil vd 2016).

2.4.3. Yaşlı İstismarı İçin Risk Faktörleri

Yaşlı istismarı ve ihmali ile ilgili olarak yaşlı birey ve bakım veren açısından pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Bu faktörler yaşlıya ait, istismarcıya ait ve sosyokültürel risk faktörleri olarak aşağıda verilmiştir (Kuzeyli Yıldırım 2005, Yeşil vd. 2016, Arpacı ve Bakır 2017, Erden 2018).

Yaşlıya ait risk faktörleri;

- İleri yaşlarda olması,
- Kadın olması,
- Eğitim durumunun düşük olması,
- Gelir düzeyinin çok düşük ya da çok yüksek olması,
- Depresyon yaşaması,
- Bağımlı olması,
- Kalabalık aile ortamı içerisinde yaşaması,
- Statü ve güç kaybı yaşaması,
- Dul ya da boşanmış olması,
- Yalnız yaşaması,
- Bilişsel yetersizliğinin olması,
- Fiziksel veya mental engelin bulunması,
- İstismarcı ile birlikte yaşaması,
- İstismarcıya bağımlı olması,

İstismarcıya ait risk faktörleri;

- Aile üyesi olması,
- Bakım rolünü benimsememesi ve zorunlu olarak yapması,
- Bakım alan yaşlı ile anlaşamama,
- Kontrol altına alınmamış ruhsal sorunlarının olması,
- Maddi sıkıntı içinde olması,
- Aile içi sorunlarının olması,
- İşsiz olması,
- Madde bağımlılığının olması,
- Şiddet ve istismarı çözüm olarak düşünmesi,

Sosyokültürel risk faktörleri ise:

- Sosyal desteğin eksik olması,
- Şiddetin kuşaklar boyu öğrenilmesi,
- Şiddetle ilgili kültürel inanışlara sahip olunması
- Cinsiyet ayrımcılığının olması olarak sıralanabilir.

2.5. Yaşlıya Yönelik İstismarın Önlenmesi

Yaşlı istismarının önlenmesinde sağlık personelinin bilinçli olması, istismar belirtilerini değerlendirebilmesi ve risk grupları ve risk faktörlerini bilmesi oldukça önemlidir. Bireyler, aileler ve toplum yaşlı istismarı konusunda bilgilendirilmeli. Yaşlı istismarını önlemeye yönelik uygulamalarda medya desyeği alınması uygulamanın etkinliğini artıracaktır. Toplumda özellikle gençlerde yaşlıya karşı olumlu tutumlar geliştirilmesi ve yaşlı ayrımcılığının önlenmesine yönelik eğitimler planlanmalıdır. İstismar açısından risk taşıyan yaşlıya bakım verenlerin bakımla ilgili becerileri artırılmalı, ihtiyacı olan desteği sağlamak için kurumsal planlamalar yapılmalıdır. Yaşlıların bakımı ve korunması için politikaların gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi ve yaşama geçirilmesi önemlidir (Yeşil vd 2016).

2.6. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: İnmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile yaşlı istismar riski arasında ilişki vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma inmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşlı istismarı arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla planlanan tanımlayıcı, ilişki arayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Denizli Devlet Hastanesi evde bakım biriminden hizmet alan ve merkez ilçelerde ikamet eden yatağa bağımlı hastalar ve bakım verenleriyle yapılmıştır. Denizli Devlet Hastanesi'ne bağlı evde bakım birimi 2006 yılından beri hizmet vermektedir. Evde bakım hizmetlerinden kronik hastalığı nedeniyle hastanede sürekli yatarak sağaltım edilemeyen, belli bir süre (geçici) yürüyemeyen ve yatağa bağımlı olup tuvalet gereksinimini dahi gideremeyecek durumda olan (örneğin yaşlılığa bağlı alzheimer, felç gibi) yatağa bağımlı hastalar yararlanabilmektedir. Evde bakım birimine başvuran hastalar için önce, doktor ve hemşireden oluşan bir ekip ilk değerlendirme amacıyla hastanın evine ziyarete bulunuyor ve hastanın ihtiyacı belirleniyor. Sonraki ziyaretlerde hastanın ihtiyacına yönelik olarak hizmet veriliyor, örneğin pansuman, sonda değişimi, trakeostomi bakımı, hasta yakını eğitimi, yatak yarası bakımı gibi hizmetler veriliyor.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Denizli Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı 65 yaş üstü, en az 6 ay önce inme tanısı almış hastalar ve bu hastalara bakım veren aile üyeleri oluşturmaktadır. Araştırma Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınarak evde bakım birimine kayıtlı hastaların iletişim adresleri ve hastalık bilgilerine ulaşmak

suretiyle yapılmıştır. Araştırma Covid-19 pandemisi nedeniyle yapılması planlanan tarihten geç yapılmış olup, araştırma sırasında Covid 19 pandemi koşullarına dikkat edilmiştir. Araştırmanın izni alındığı tarih olan 21 Eylül 2021 itibari ile evde bakım biriminde hizmet alan hasta sayısı 1276 dır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde G-Power 3.0 paket programı kullanılmıştır. Etki büyüklüğü 0.3 orta düzeyde, yanılma düzeyi 0.05, çalışmanın gücü 0.90 olacak şekilde hesaplama yapılmış olup en az 112 kişinin örnekleme alınması gerektiği belirlenmiştir. Araştırma sırasında 146 hastaya ev ziyareti düzenlenmiş olup, bu hastalardan 26 tanesinin, bakım veren yakını ankete katılmayı red etmiş ve hasta ile görüşülmesine izin vermemiştir. Araştırma örnekleme dahil edilme ölçütlerini sağlayan 120 inmeli hasta ve bakım veren birey ile tamamlanmıştır.

Hastalar için örnekleme dahil edilme ölçütleri; 65 yaş ve üzerinde olmak, en az 6 ay önce inme tanısı almış olmak ve Denizli merkez ilçelerde ikamet ediyor olmaktır. Bakım verenler için örnekleme dahil edilme ölçütleri ise 18 yaş ve üzerinde olmak, araştırmaya katılmayı kabul ediyor olmak, hastanın bakımından primer olarak sorumlu olmak, hastanın birinci veya ikinci dereceden yakını olmak, hasta ile aynı evi paylaşıyor olmak, en az altı aydır hastanın bakımından sorumlu olmak şeklinde belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri hasta bireyin özellikleri, günlük yaşam aktiviteleri, bakım veren bireyin özellikleri, aile uyumudur. Bağımlı değişkenleri ise yaşlı istismarı ve bakım yüküdür.

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış bu formda; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, çocuk sayısı, inme süresi, inmeye eşlik eden kronik hastalık, inmeden etkilenen vücut bölümünü sorgulayan 10 sorudan oluşmaktadır. Form hazırlanırken konu ile ilgili literatür taranarak form soruları oluşturulmuştur (Mollaoğlu vd. 2011, Kumar 2015, Campbell 2020).

3.5.2 Barthel İndeksi (Ek-2)

İnmeli hastalarda fonksiyonel bağımlılığı ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendirebilmek amacıyla bazı araçlar kullanılmaktadır. Bunlardan biri de Barthel İndeksidir. Bu çalışmada Barthel indeksi ile inmeli hastaların günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmiştir. Barthel İndeksi Barthel ve Mahoney tarafından 1965 yılında engelli ve fonksiyonel kayıp yaşayan hastaların günlük yaşam aktivitelerini yapma durumunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Barthel vd. 2002). Barthel İndeksinde; beslenme, banyo, tuvalet, giyinme, defekasyon, idrar, transfer, yürüme ve merdiven çıkma şeklinde 10 soru bulunmaktadır. Birey bu testten 0 ile 100 arasında bir puan almaktadır ve 0 puan tam bağımlılığı 100 puan bağımsızlığı ifade etmektedir. İndeksin puanları 0-20 tam bağımlı, 21-61 puan ileri derecede bağımlı, 62-90 puan orta derecede bağımlı, 91-99 puan hafif derecede bağımlı, 100 puan ise tam bağımsız olarak derecelendirilir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasını Küçükdeveci ve arkadaşları yapmıştır (Küçükdeveci 2000).

3.5.3 Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (Ek-3)

Test 1986 yılında Hwalek ve Sengstock tarafından geliştirilmiştir (Hwalek, Sengstock 1986). Tarama testi doğrudan istismarı değerlendirmek üzere sorulan 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Özmete tarafından 2016 yılında Özçakar ve arkadaşları tarafından 2017 yılında gerçekleştirilmiştir. İç tutarlılığı sırasıyla 0.81 ve 0.74 olarak bulunmuştur (Özmete 2016, Özçakar 2017). Bu çalışmada Özmete tarafından Türkçeye uyarlanan form kullanılmıştır. Bu formda test 14 sorudan oluşmaktadır. Testin üç alt boyutu bulunmaktadır: Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar (3,8,9,10 ve 14. soru), Savunmasız olan yaşlının özellikleri (1,2 ve 5. soru), Potansiyel istismar durumunun belirlenmesi (4,6,7,11,12 ve 13. soru) olmak üzere üç boyutludur. Testin maddeleri evet (1), hayır (0) şeklinde puanlandırılmaktadır. Testteki 1, 5, 11 ve 13. sorular ters puanlandırmaya sahiptir. Verilen hayır cevapları 1, evet cevabı 0 olarak puanlandırılır. Farklı olarak 3. soruya verilen bir başkası cevabı 1 puan, ben cevabı 0 puan şeklinde değerlendirilir Testten alınabilecek en yüksek puan 14, en düşük puan 0'dır. Testten alınan puanın yüksek olması istismar riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Özmete 2016). Test toplam puan üzerinden değerlendirildiği gibi 3 ve üzerindeki puanların istismarın olduğu şeklinde de yorumlanabilmektedir (Özmete 2016).

3.5.4. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-4)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda bakım verenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, ekonomik durumu, çocuk sayısı, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım verilen kişi ile önceki ilişki durumu, bakım verilen kişi ile şuanaki ilişki durumu, bakım verirken, bakıma yardımcı olan başka kişilerin varlığı, bakım verirken hissedilen çaresizlik duygusu, bakım verirken en çok zorlanılan durumlar ile ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form toplam 19 sorudan oluşmaktadır.

3.5.5. Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek-5)

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek “asla”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, ya da “hemen her zaman” şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir (Zarit vd 1980). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Zarit vd 1980). Ülkemizde ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmış olup, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.95’dir (İnci ve Erdem, 2008).

3.5.6. Aile Uyum Ölçeği Kısa Formu (Ek-6)

Kavikondala ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinalinin 5 maddelik kısa formunun yanı sıra 5 boyutlu ve 24 maddelik uzun versiyonu da bulunmaktadır. Kendini değerlendirmeye yönelik, 5’li Likert (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) tipi bir ölçektir. Ölçeğin yapı geçerliği için 8.731 kişiden elde edilen verilere uygulanan doğrulayıcı faktör analizinde 5 madde ve tek boyutlu modelin uyum indeksi değerleri ($S-B\chi^2=25.11$, $sd=5$, $RMSEA=.021$, $RCFI=.99$, $95\% CI=.017$, $.026$, $RNFI=.98$, $RSRMR=.01$). Madde faktör yükleri .57 ile .90 arasında sıralanmaktadır. Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı .92 olarak bulunmuştur. İki hafta sonra 207 kişiden alınan tekrar ölçümlerine

dayanarak ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=.61$ olarak hesaplanmıştır. Türkçe uyarlama çalışması Sarıçam tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Türkçe ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 90'dır (Kula Duman vd. 2018)

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Eylül 2021-Mart 2022 tarihleri arasında Denizli Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı 65 yaş üstü en az 6 ay önce inme tanısı almış hasta ve bakım verenlere, veri toplama araçları yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Hastanın kendisini rahat ifade edebilmesi için görüşmeler hasta ve bakım verenler ile ayrı ayrı yapılmıştır. Görüşmelerin ortalama süresi 20-30 dakikadır. Veriler hastaların evlerine ziyaret düzenlenmek suretiyle araştırmacı tarafından anket soruları bizzat okunarak yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi SPSS paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Bağımlı değişken açısından gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde; varyansların homojen olduğu durumlarda, Student t, one-way ANOVA, varyansların homojen olmadığı durumlarda Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Yaşlı istismar riskini yordayan değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmanın amacı açıklanmış, hasta ve bakım verenlerden yazılı onam alınmıştır. Verilerin toplanmasında kullanılacak ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yapan yazarlardan izin alınmıştır (Ek-7, Ek-8, Ek-9).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Denizli Devlet Hastanesi evde bakım birimine başvuran hastalar arasından, en az 6 ay önce inme tanısı almış hastalar, rastgele seçilip, ev ziyaretleri düzenlenerek yapılmıştır. Dolayısı ile araştırma sadece Denizli merkez ilçeleri için genellenebilir.

3.10. Araştırmanın Süresi

Araştırma konusunu belirlemek amacıyla Mart-Mayıs 2019'da literatür tarama çalışmalarına başlanmıştır. Mayıs 2019'da araştırma konusu belirlenmiş ve Mayıs 2019'da tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırmanın etik kurul izni Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 6.8.2019 da alınmıştır. Covid 19 pandemisi nedeniyle veri toplama süreci ertelenmiştir. Verileri toplamak üzere kurum izni Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden Ağustos 2021'de alınmıştır. Veriler Eylül 2021-Mart 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Tez raporunun yazımı Temmuz 2022'de tamamlanmıştır.

4 BULGULAR

Bu araştırmada; inmeli hastanın ve bakım verenin tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular, Hwalek-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi sonuçlarına yönelik bulgular, bakım yüküne yönelik bulgular, bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular incelenmiş ve dört başlık altında toplanmıştır.

4.1. İnmeli Hastanın ve Bakım Verenin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, inmeli hastanın ve bakım verenin tanıtıcı özellikleri incelenmiştir. Tablo 4.1 de inmeli hastanın tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; bakım ihtiyacı olan inmeli hastaların yaş ortalamasının 74.44 ± 8.76 olduğu, hastaların %56.7'sinin kadın olduğu görölmüştür. Hastanın eğitim durumları sorgulandığında; %23.3'ünün okuryazar olmadığı, %43.3' ünün ilkokul mezunu, %33.3'ünün ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip olduğu görölmüştür. Medeni durumları incelendiğinde; %43.3'ünün evli, %56.7'sinin ise bekar olduğu belirlenmiştir. Hastaların %42.5'inin gelir durumunun iyi ve %98.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %42.5'inin üç ve üzerinde çocuk sahibi olduğu görölmektedir.

Tablo 4.1 İnmeli hastanın tanıtıcı özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş (Ortalama±SS)	74.44±8.76	(min.65-max.101)
Cinsiyet		
Kadın	68	56.7
Erkek	52	43.3
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	28	23.3
İlkokul	52	43.3
Ortaokul ve üzeri	40	33.3
Medeni durumu		
Evli	52	43.3
Bekar	68	56.7
Gelir durumu		
Kötü	69	57.5
İyi	51	42.5
Sosyal güvence		
Var	118	98.3
Yok	2	1.7
Çocuk sayısı		
Hiç çocuğu olmayan	17	14.2
Bir çocuğu olan	11	9.2
İki çocuğu olan	41	34.2
Üç ve üzeri çocuğu olan	51	42.5
Toplam	120	100.0

Tablo 4.2.de ise inmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili ek bilgilere yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde; inme süresinin ortalama 4.77 ± 4.72 yıl olduğu görülmüştür. Ayrıca tabloya bakıldığında; inmeye eşlik eden kronik hastalıklardan %12.5'inin demans, %40.8'inin kalp damar, %15.8'inin diyabet, %1.7 sinin KOAH, %25.0'inin diğer hastalıklar olduğu görülmüştür. Yaşlıların inmeden etkilenen vücut bölümlerine bakıldığında; %70.0'inin alt ekstremitte, %5.8'inin üst ekstremitte, %10.8'inin sağ hemipleji, %13.3'ünün sol hemipleji olduğu görülmüştür.

Yine yaşlının günlük yaşam aktiviteleri Barthel indeksi ile incelendiğinde; %27.5'inin tam bağımlı, %29.2'sinin ileri derecede bağımlı, %26.7'sinin orta derecede bağımlı, %8.3'ünün hafif derecede bağımlı, %8.3'ünün ise tam bağımsız olduğu görülmüştür (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 İnmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili bilgiler

Değişkenler	Sayı	Yüzde (%)
İnme süresi- yıl (Ortalama\pmSS)	4.77 \pm 4.72	(min.0.5-max.28)
Inmeye eşlik eden kronik hastalık		
Yok	5	4.2
Demans	15	12.5
Kalpdamar	49	40.8
Diyabet	19	15.8
KOAH	2	1.7
Diğer	30	25.0
Inmeden etkilenen vücut bölümü		
Alt ekstremitte	84	70.0
Üst ekstremitte	7	5.8
Sağ hemipleji	13	10.8
Sol hemipleji	16	13.3
GYA (Barthel indeksi)		
Tam Bağımlı	33	27.5
İleri Derecede Bağımlı	35	29.2
Orta Derecede Bağımlı	32	26.7
Hafif Derecede Bağımlı	10	8.3
Tam Bağımsız	10	8.3
Toplam	120	100.0

Tablo 4.3 te bakım verenin özellikleri incelendiğinde; bakım verenlerin yaş ortalamasının 54.60 ± 11.49 olduğu ve bakım verenlerin %76.7'sinin kadın %23.3'ünün ise erkek olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin eğitim durumu incelendiğinde; %36.7'sinin ilkokul, %8.3'ünün ortaokul, %38.3'ünün lise ve %16.7'sinin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Medeni durumlarına bakıldığında; %8.3'ünün bekar, %91.7'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin meslekleri incelendiğinde; %5.0'ının işçi, %5.0'ının memur, %29.2'sinin emekli, %1.7'sinin serbest meslek, %55'inin ev hanımı, %4.2'sinin diğer meslek gruplarında görev yaptıkları görülmektedir. Bakım verenlerin sosyal güvence durumları incelendiğinde; %90.8'inin sosyal güvencesinin olduğu %9.2'sinin sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür. Ekonomik durumları incelendiğinde; %0.8'inin ekonomik durumunun çok kötü olduğu, %59.2'sinin kötü olduğu, %40'ının iyi olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin çocuk sayıları incelendiğinde; %12.5'inin hiç çocuğu olmadığı, %25.8'inin bir çocuğu olduğu, %40.8'inin iki çocuğu olduğu, %20.9'unun üç ve üzeri çocuğu olduğu görülmüştür. Yine bakım verenlerin kronik hastalık durumları incelendiğinde; %43.3'ünün kronik hastalığı olduğu, %56.7'sinin kronik hastalığı olmadığı görülmüştür. Sigara kullanım durumları incelendiğinde; %13.3'ünün sigara kullandığı, %86.7'sinin sigara kullanmadığı görülmüştür. Alkol kullanma durumları incelendiğinde ise, alkol kullanan bakım veren olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.3 Bakım verenin özellikleri

Değişkenler	Kategoriler	Sayı	%
Yaş (Ortalama±SS)		54.60± 11.49	(min.26-max.80)
Cinsiyet	Kadın	92	76.7
	Erkek	28	23.3
Eğitim durumu	İlkokul	44	36.7
	Ortaokul	10	8.3
	Lise	46	38.3
	Üniversite	20	16.7
Medeni durumu	Bekar	10	8.3
	Evli	110	91.7
Mesleği	İşçi	6	5.0
	Memur	6	5.0
	Emekli	35	29.2
	Serbest meslek	2	1.7
	Ev hanımı	66	55.0
	Diğer	5	4.2
Sosyal güvencesi	Var	109	90.8
	Yok	11	9.2
Ekonomik durumu	Çok kötü	1	.8
	Kötü	71	59.2
	İyi	48	40.0
	Çok iyi	0	0.0
Çocuk sayısı	Hiç çocuğu olmayan	15	12.5
	Bir çocuğu olan	31	25.8
	İki çocuğu olan	49	40.8
	Üç ve üzeri çocuğu olan	25	20.9
Kronik hastalık	Var	52	43.3
	Yok	68	56.7
Sigara kullanma durumu	Evet	16	13.3
	Hayır	104	86.7
Alkol kullanma durumu	Evet	0	0.0
	Hayır	120	100.0
Toplam		120	100.0

Tablo 4.4'de bakım verenlerin bakım vermeye yönelik özellikleri incelenmiştir. Bakım verenlerin %27.5'inin bakmakla yükümlü olduğu başka bireylerin olduğu, hastayla yakınlık dereceleri incelendiğinde; %8.3'ünün oğlu, %38.3'ünün kızı, %35'inin eşi, %18.4 torun, yeğen, gelin, kardeş gibi diğer aile yakınlarından oluştuğu görülmektedir. Bakım verenlerin bakım verme süresine bakıldığında ortalama 4.71 ± 4.84 yıl olduğu görülmektedir. Yine bakım veren ile bakım alan kişinin önceki ilişki durumu incelendiğinde; %85.8'inin iyi, %11.7'sinin çok iyi, %2.5'inin kötü olduğu görülmüştür. Bakım veren ile bakım alan kişinin şu anki ilişki durumu incelendiğinde; %80'inin iyi %15'inin çok iyi, %5'inin ise kötü olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin bakım verirken kendilerine yardımcı olan başka birilerinin olup olmadığı incelendiğinde; %59.2'sine yardımcı olan birilerinin olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin bakım verirken hissettikleri çaresizlik duygusu sorulduğunda %75'inin çaresizlik hissettiği, %25'inin ise çaresizlik hissetmediği görülmüştür. Bakım verenlerin %51.7'si bakım verirken en çok zorlandıkları durum olarak banyo yaptırma, alt değiştirme ve hastayı beslenme gibi hastanın kişisel bakımını gerçekleştirmek olduğu belirtmişlerdir. Bakım yükü ortalaması 30.18 ± 9.47 , aile uyum ortalaması 20.21 ± 3.63 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4 Bakım verenin bakım vermeye ilişkin özellikleri

Değişkenler	Sayı	%
Bakmakla yükümlü olunan başka kişiler		
Var	33	27.5
Yok	87	72.5
Bakım verilen hastaya yakınlık derecesi		
Oğlu	10	8.3
Kızı	46	38.3
Eşi	42	35.0
Diğer (torun, yeğen, gelin, kardeş)	22	18.4
Bakım verme süresi- yıl (ortalama±ss)	4.71±4.84	(min.0.5-max.28)
Bakım verilen kişi ile önceki ilişki durumu		
İyi	103	85.8
Çok iyi	14	11.7
Kötü	3	2.5
Bakım verilen kişi ile şuanki ilişki durumu		
İyi	96	80.0
Çok iyi	18	15.0
Kötü	6	5.0
Bakım verirken, bakıma yardımcı olan başka kişilerin varlığı		
Var	71	59.2
Yok	49	40.8
Bakım verirken hissedilen çaresizlik duygusu		
Evet	90	75.0
Hayır	30	25.0
Bakım verirken en çok zorlanılan durumlar		
Kişisel bakım (banyo,yemek, tuvalet)	62	51.7
Transfer (taşımada, dışarı çıkarma, merdiven çıkma)	43	35.8
İletişim kurmak	15	12.5
Bakım yükü (Ortalama±SS)	30.18±9.47	(min.12-max.70)
Aile uyumu (Ortalama±SS)	20.21±3.63	(Min.9-max.25)
Toplam	120	100.0

4.2. Bakım Yüküne Yönelik Bulgular

Bu başlık altında inmeli Hastanın ve Bakım verenin bazı özellikleri açısından bakım yükü incelenmiştir.

Tablo 4.5 İnmeli hastanın tanıtıcı özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları

Bakım yükü	
Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyeti	
Kadın	29.78±9.79
Erkek	30.71±9.09
Test (t/p)	-0.533 (p=0.595)
Eğitim durumu	
Okur-yazar değil	34.79±10.79
İlkokul	29.50±7.80
Ortaokul ve üzeri	27.85±9.59
Test (K-W/p)	10.571 (p=0.005)
Medeni durumu	
Evli	29.83±10.11
Hiç evlenmemiş	30.62±7.76
Test (t/p)	-0.262 (p=0.794)
Gelir durumu	
İyi	27.92±8.44
Çok kötü-kötü	31.86±9.89
Test (t/p)	-2.29 (p=0.024)
Çocuk sayısı	
.00	29.47±7.26
1.00	27.00±8.58
2.00	29.32±10.03
3.00	31.80±9.77
Test (K-W/p)	3.364 (p=0.339)

Tablo 4.5'de İnmeli hastanın sosyo-ekonomik özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları incelenmiştir. İnmeli hastanın cinsiyeti, medeni durumu ve çocuk sayısına göre bakım yükü ortalamaları arasında farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). İnmeli hastanın eğitim durumuna göre gurplar arasında bakım yükü puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Okuryazar olmayan hastaya bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması (34.78±10.79), ilkokul mezunlarının (29.50±7.80), ortaokul ve üzeri mezunlarının (27.85±9.59) puan ortalamasından daha yüksektir.

Gelir durumu kötü olan hastaya bakım verenlerin bakım yükü ortalaması (31.85±9.88) ile gelir durumu iyi olan hastaya bakım verenlerin bakım yükü ortalaması (27.92±8.43) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.6 İnmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili değişkenlere göre bakım yükü puan ortalamaları

Değişkenler	Bakım yükü
	$\bar{X} \pm SS$
İnmeye eşlik eden kronik hastalık	
Yok	26±11.85327
Demans	32.4±12.06411
Kalpdamar	31.8776±8.69778
Diyabet	27.1579±4.77567
Koah	30.5±2.12132
Diğer	28.9±10.97442
Test (K-W/p)	8.465 ($p=0.132$)
Inmeden etkilenen vücut bölümü	
Alt ekstremit	26.00±11.85
Üst ekstremit	32.40±12.06
Sağ hemipleji	31.88±8.70
Sol hemipleji	27.16±4.78
Test (K-W/p)	8.164 ($p=0.043$)
Gya (Barthel indeksi)	
Tam bağımlı	35.12111.05
İleri derecede bağımlı	30.09±6.33
Orta derecede bağımlı	30.03±8.51
Hafif derecede bağımlı	22.90±5.57
Tam bağımsız	22.00±9.80
Test (K-W/p)	22.447 =0.001)

İnmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili değişkenlere göre bakım yükü puan ortalamaları Tablo 4.6'da görülmektedir. İnmeye eşlik eden kronik hastalık türüne göre bakım yükü puan ortalaması değişiklik göstermemektedir.

Inmeden etkilenen vücut bölümlerine göre bakım yükü puanları arasında istatistiksel farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Alt ekstremitelerini kullanmayan hastalar puan 26.00±11.85, üst ekstremitelerini kullanamayan hastalar 32.40±12.06 puan, sağ hemiplejisi olan hastalar 31.87±8.69 puan, sol hemiplejisi olan hastalar 27.15±4.77 puan almışlardır. Üst ekstremitesi etkilenen ve sağ hemiplejisi olan hastaların puan ortalaması daha yüksektir.

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumuna göre bakım yükü puanları incelendiğinde; tam bağımlı hastaların bakım yükü puanı 35.12 ± 11.04 , ileri derecede bağımlı hastaların bakım yükü puanı 30.08 ± 6.33 , orta derecede bağımlı hastaların bakım yükü puanı 30.03 ± 8.50 , hafif derecede bağımlı hastaların bakım yükü puanı 22.90 ± 5.56 , tam bağımsız hastaların bakım yükü puanı 22.0 ± 9.80 dir ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Tam bağımlı olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü diğer gruplara göre daha yüksektir.

Bakım veren aile üyelerinin özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları Tablo 4.7'de sunulmuştur. Bakım verenlerin cinsiyeti, mesleği, sosyal güvencesi, çocuk sayısı, kronik hastalığı ve sigara kullanma durumuna göre bakım yükü puan ortalaması farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Bakım verenlerin eğitim durumlarına göre gruplar arasında bakım yükü puan ortalaması istatistiksel farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). İlkokul mezunu bakım verenlerin puanı 32.07 ± 11.48 ortaokul mezunu bakım verenlerin bakım yükü puanı 32.07 ± 11.48 , lise mezunu bakım verenlerin bakım yükü puanı 30.91 ± 8.12 , üniversite mezunu bakım verenlerin bakım yükü puanı 24.5 ± 6.79 dir.

Bakım verenlerin medeni durumlarına göre bakım yükü puanları incelendiğinde; bekar olan bakım verenlerin bakım yükü ortalaması (36.80 ± 10.35) evli olan bakım verenlerin ortalamasından (29.58 ± 9.20) yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Bakım verenlerin ekonomik durumlarına göre bakım yükü puanı incelendiğinde; bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Ekonomik durumu çok kötü ve kötü olan bakım verenlerin bakım yükü puanı 32.32 ± 9.63 , ekonomik durumu iyi ve çok iyi olan bakım verenlerin bakım yükü puanı 26.98 ± 8.33 'dür.

Tablo 4.7 Bakım verenin özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları

Değişkenler	Bakım yükü		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Cinsiyet		Sosyal güvencesi	
Kadın	30.7±9.82	Var	29.66±9.54
Erkek	28.5±8.13	Yok	35.36±7.1
Test (U/p)	1094.000 (p=.228)	Test (U/p)	325.500 (p=0.130)
Eğitim durumu		Çocuk sayısı	
İlkokul	32.07±11.48	Hiç çocuğu olmayan	26.98±8.33
Ortaokul	32.07±11.48	Bir çocuğu olan	28.42±8.27
Lise	30.91±8.12	İki çocuğu olan	28.42±8.27
Üniversite	24.5±6.79	Üç ve üzeri çocuğu olan	30.36±11
Test (K-W/p)	9.077 (p=0.028)	Test (K-W/p)	2.244 (p=0.326)
Medeni durumu		Ekonomik durumu	
Bekar	36.80±10.35	Çok kötü- kötü	32.32±9.63
Evli	29.58±9.20	İyi-çok iyi	26.98±8.33
Test (U/p)	268.500 (p=0.007)	Test (t/p)	3.138 (p=0.002)
Mesleği		Kronik hastalık	
İşçi	29.33±8.76	Var	30.71±9.95
Memur	23±8.9	Yok	29.78±9.14
Emekli	28.03±7.06	Test (t/p)	.533 (p=0.595)
Serbest meslek	25±8.49	Sigara kullanma	.533 (p=0.595)
Ev hanımı	32.23±10.47	Evet	32.25±8.19
Diğer	30±6.67	Hayır	29.87±9.64
Test (K-W/p)	8.418 (p=0.135)	Test (U/p)	665.500 (p=0.198)

Bakım verenin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları Tablo 4.8'de sunulmuştur. Bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı, bakım verilen hasta ile yakınlık derecesi, bakım verilen kişi ile olan önceki ilişki durumu ve bakım verirken bakıma yardım eden kişilerin varlığına göre bakım yükü puan ortalaması açısından gruplar arasında farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bakım verenin yaşlıyla olan şu an ki ilişki durumuna göre bakım yükü puanı incelendiğinde; bakım verenin yaşlıyla şu anki ilişki durumuna iyi diyenlerin bakım yükü ortalaması (30.82 ± 9.63), çok iyi diyenler (26.29 ± 8.13) ve kötü diyenlere (26.67 ± 5.13) göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Bakım verirken çaresizlik hisseden bakım verenlerin bakım yükü (32.27 ± 9.20), çaresizlik hissetmeyenlerin bakım yükünden (23.93 ± 7.35) daha yüksek olup aradaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Bakım verirken en çok zorlanılan duruma göre bakım yükü puanı incelendiğinde; kişisel bakımda zorlananların bakım yükü puan ortalaması (33.02 ± 9.97), transferde

zorlananların (27.37 ± 8.05) ve iletişim kurmada zorlananların (26.53 ± 7.75) ortalamasından daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

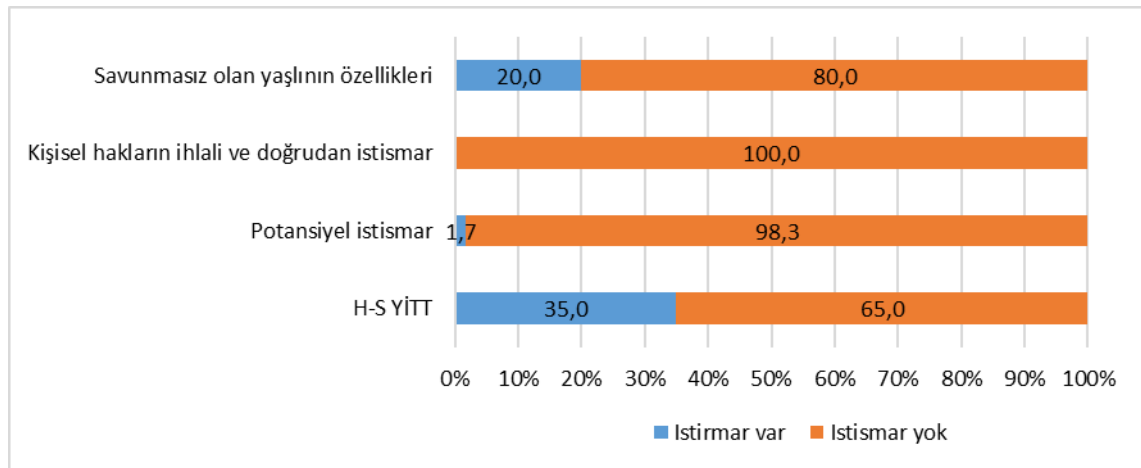
Tablo 4.8 Bakım verenin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamaları

Değişkenler	Bakım yükü
Bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı	$\bar{X} \pm SS$
Var	31.12 \pm 7.87
Yok	29.83 \pm 10.02
Test (t/p)	0.667 (p=0.506)
Bakım verilen hasta ile yakınlık derecesi	
Oğlu	30.50 \pm 9.30
Kızı	31.5 \pm 10.70
Eşi	31.5 \pm 10.70
Diğer (torun, yeğen, gelin, kardeş)	30.82 \pm 7.85
Test (K-W/p)	3.268 (p=0.352)
Bakım verilen kişi ile olan önceki ilişki durumu	
İyi	30.29 \pm 8.9
Çok iyi	26.00 \pm 8.25
Kötü	41.00 \pm 13.93
Test (K-W/p)	3.228 (p=0.199)
Bakım verilen kişiyle şuan ki ilişki durumu	
İyi	30.82 \pm 9.63
Çok iyi	26.29 \pm 8.13
Kötü*	26.67 \pm 5.13
Test (K-W/p)	8.380 (p=0.015)
Bakım verirken bakıma yardım eden kişilerin varlığı	
Var	30.70 \pm 9.50
Yok	29.43 \pm 9.46
Test (t/p)	.724 (p=0.470)
Bakım verirken hissedilen çaresizlik duygusu	
Evet	32.27 \pm 9.20
Hayır	23.93 \pm 7.35
Test (t/p)	4.501 (p=0.001)
Bakım verirken en çok zorlanılan durum	
Kişisel bakım (banyo, yemek, tuvalet)	33.02 \pm 9.97
Transfer (hasta taşıma, dışarı çıkarma, merdiven çıkma)	27.37 \pm 8.05
İletişim kurmak	26.53 \pm 7.75
Test (K-W/p)	9.536(p=0.008)

4.3. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Sonuçlarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde Hwalek-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi sonuçlarına yönelik bulgular incelenmiştir.

Şekil 4.1 inmeli hastaların Hwaleck-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi (H-S YİTT) ölçek sonuçları incelendiğinde; Savunmasız olan yaşlıların özelliklerine bakıldığında %80 (n=96) oranında istismar olmadığı, %20 (n=24) oranında istismar olduğu görülmüştür. Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar durumuna bakıldığında istismarın olmadığı görülmüştür. Potansiyel istismar oranına bakıldığında %1.7 (n=2) oranında Potansiyel istismar olasılığının olduğu %98.3 (n=118) oranında potansiyel istismarın olmadığı görülmüştür. H-S YİTT ölçeğine genel olarak bakıldığında %35 (n=42) oranında istismarın olduğu, %65 (n=78) oranında ise istismar olmadığı görülmüştür.



Şekil 4.1 İnmeli hastaların Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi ölçek sonuçları

İnmeli hastaların Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi sonuçları Tablo 4.9'da gösterilmiştir. Savunmasız olan yaşlıların özellikleri alt boyut ortalaması 1.56 ± 0.97 , Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar alt boyut ortalaması 0.37 ± 0.52 , Potansiyel istismar alt boyut ortalaması 0.03 ± 0.67 , genel H-S YİTT ortalaması 2.26 ± 1.31 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.9 Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları

H-S YİTT ve alt ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
Savunmasız olan yaşlının özellikleri	1.56±0.97	0-3
Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar	0.37±0.52	0-2
Potansiyel istismar	0.03±0.67	0-4
H-S YİTT	2.26±1.31	0-8

Tablo 4.10'da inmeli hastaların tanıtıcı özelliklerine göre H-S YİTT puan ortalamaları dağılımı verilmiştir. Hastaların cinsiyetine göre H-S YİTT alt boyutları ve genel H-S YİTT puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre H-S YİTT puan ortalama dağılımları incelendiğinde; Savunmasız olan yaşlının özellikleri alt boyutu ve genel HS-YİTT açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde farklılığın okur-yazar olmayan grup ile ortaokul ve üzeri eğitimi olan grup arasında olduğu belirlenmiştir. İnmeli hastanın medeni durumu ve çocuk sayısına göre H-S YİTT ve alt boyutları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Gelir durumuna göre H-S YİTT puan ortalama dağılımları incelendiğinde; sadece Savunmasız olan yaşlının özellikleri alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir durumu kötü olan yaşlıların gelir durumu iyi olan yaşlılara göre Savunmasız olan yaşlının özellikleri açısından istismar riski yüksektir.

Tablo 4.10 İnmeli hastanın tanıtıcı özelliklerine göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları

Değişken	Kişisel hakların			
	Savunmasız olan yaşının özellikleri	ihlali ve doğrudan istismar	Potansiyel istismar	H-S YITT
Cinsiyeti	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kadın	1.57±1.03	0.40±0.52	0.40±0.65	2.37±1.22
Erkek	1.54±0.90	0.33±0.51	0.25±0.68	2.12±1.41
Test (t/p)	0.196 (p=0.845)	0.734 (p=0.464)	1.202 (p=0.232)	1.049 (p=0.296)
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil ¹	1.96±0.92	0.21±0.42	0.46±0.69	2.64±1.10
İlkokul ²	1.52±0.10	0.40±0.50	0.33±0.73	2.25±1.41
Ortaokul ve üzeri ³	1.33±0.89	0.43±0.37	0.25±0.54	2.00±1.31
Test (K-W/p)	7.729 (p=0.021)	3.074 (p=0.215)	3.032 (p=0.220)	6.967 (p=0.031)
Medeni durumu				
Evlili	1.50±1.04	0.52±0.58	0.31±0.58	2.33±1.38
Bekar	1.38±0.87	0.38±0.51	0.31±0.4	2.08±0.86
Test (t/p)	0.369 (p=0.713)	0.769 (p=0.445)	0.00 (p=1.00)	0.62 (p=0.537)
Gelir durumu				
İyi	1.33±0.91	0.41±0.54	0.45±0.88	2.20±1.54
Kötü	1.72±0.98	0.33±0.50	0.25±0.43	2.30±1.12
Test (t/p)	-2.224 (p=0.028)	0.82 (p=0.414)	1.678 (p=0.096)	-0.447 (p=0.655)
Çocuk sayısı				
Çocuk yok	1.53±0.94	0.41±0.51	0.24±0.44	2.18±0.95
1 çocuk	1.45±0.93	0.18±0.40	0.18±0.40	1.82±1.08
2 çocuk	1.49±1.05	0.46±0.55	0.41±0.84	2.37±1.67
3 çocuk ve üzeri	1.65±0.93	0.31±0.51	0.33±0.62	2.29±1.12
Test (K-W/p)	1.155 (p=0.764)	3.699 (p=0.296)	0.656 (p=0.884)	1.845 (p=0.605)

3<1

Tablo 4.11'de inmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili değişkenlere göre H-S YİTT puan ortalamaları incelenmiştir. İnmeye eşlik eden kronik hastalık grupları arasında sadece Potansiyel istismar alt boyut açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). İnmeye eşlik eden kronik hastalığı olmayanların Potansiyel istismar riski ortalaması 0.20 ± 0.45 , demans hastalığı olanların 0.53 ± 0.64 , kalp damar hastalığı olanların 0.30 ± 0.65 , diyabet hastalığı olanların 0.00 ± 0.00 , KOAH olanların 0.00 ± 0.00 , diğer hastalığı olanların ise 0.53 ± 0.86 olarak bulunmuştur.

İnmeden etkilenen vücut bölümüne göre H-S YİTT değerlendirildiğinde; üst extremitelerini kullanamayan ve sağ hemipleji olan hastaların diğer gruplara göre Savunmasız olan yaşlının özellikleri, Potansiyel istismar ve genel H-S YİTT puan ortalaması yüksek olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumuna göre H-S YİTT puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Savunmasız olan yaşlının özelliklerinden; tam bağımlı olan hastalar 1.90 ± 0.87 puan, ileri derecede bağımlı olan hastalar 1.74 ± 0.74 puan, orta derecede bağımlı olan hastalar 1.37 ± 1.07 puan, hafif derecede bağımlı olan hastalar 0.60 ± 0.84 puan, bağımsız olan hastalar 1.30 ± 1.06 puan almışlardır. Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar durumları incelendiğinde; tam bağımlı olan hastalar 0.12 ± 0.33 puan, ileri derecede bağımlı olan hastalar 0.14 ± 0.43 puan, orta derecede bağımlı olan hastalar 0.56 ± 0.50 puan, hafif derecede bağımlı olan hastalar 1.00 ± 0.47 puan, bağımsız olan hastalar 0.70 ± 0.48 puan almışlardır. Potansiyel istismar durumları incelendiğinde; tam bağımlı olan hastalar 0.48 ± 0.62 puan, ileri derecede bağımlı olan hastalar 0.17 ± 0.45 puan, orta derecede bağımlı olan hastalar 0.31 ± 0.78 puan, hafif derecede bağımlı olan hastalar 0.20 ± 0.42 puan, bağımsız olan hastalar 0.60 ± 1.07 puan almışlardır. H-S YİTT' ne genel olarak bakıldığında; tam bağımlı olan hastalar 2.51 ± 1.32 puan, ileri derecede bağımlı olan hastalar 2.05 ± 1.05 puan, orta derecede bağımlı olan hastalar 2.25 ± 1.54 puan, hafif derecede bağımlı olan hastalar 1.80 ± 0.79 puan, bağımsız olan hastalar 2.60 ± 1.58 puan almışlardır. İnmeli hastanın günlük yaşam aktiviteleri yönünden bağımlılık düzeylerine göre savunmasız olan yaşlının özellikleri ve kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunurken ($p<0.05$), potansiyel istismar ve genel H-S YİTT puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.11 İnmeli hastanın hastalığı ve bağımlılık durumu ile ilgili değişkenlere göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları

Değişken	Savunmasız olan yaşının özellikleri	Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar	Potansiyel istismar	H-S YİTT
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İnmeye eşlik eden kronik hastalık				
Yok	1.4±1.14	0.60±0.55	0.20±0.45	2.2±1.31
Demans	1.6±1.12	0.33±0.62	0.53±0.64	2.47±1.60
Kalpdamar	1.76±0.95	0.37±0.53	0.31±0.65	2.43±1.31
Diyabet	1.53±1.07	0.21±0.42	0.00±0.00	1.74±0.81
Koah	2.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	2.00±0.00
Diğer	1.23±0.82	0.47±0.51	0.53±0.87	2.23±1.43
Test (K-W/p)	6.795 (p=0.236)	5.79 (p=0.327)	13.573 (p=0.019)	4.119 (p=0.532)
Inmeden etkilenen vücut bölümü				
Alt ekstremité	1.40±1.14	0.60±0.54	0.20±0.45	2.20±1.30
Üst ekstremité	1.60±1.12	0.33±0.62	0.53±0.64	2.47±1.60
Sağ hemipleji	1.76±0.95	0.37±0.53	0.31±0.65	2.43±1.31
Sol hemipleji	1.53±1.07	0.21±0.42	0±0	1.74±0.81
Test (K-W/p)	5.047 (p=0.168)	5.233 (p=0.155)	1.91 (p=0.591)	4.663 (p=0.198)
GYA (Barthel indeksi)				
Tam bağımlı	1.91±0.88	0.12±0.33	0.49±0.62	2.51±1.33
İleri derecede bağımlı	1.74±0.74	0.14±0.43	0.17±0.45	2.06±1.06
Orta derecede bağımlı	1.38±1.07	0.56±0.50	0.31±0.78	2.25±1.55
Hafif derecede bağımlı	0.6±0.84	1±0.47	0.2±0.42	1.8±0.79
Tam bağımsız	1.30±1.06	0.70±0.48	0.60±1.07	2.60±1.58
Test (K-W/p)	16.123 (p=0.003)	40.132 (p=0.001)	7.502 (p=0.112)	3.928 (p=0.416)

Tablo 4.12'de bakım verenin özelliklerine göre H-S YİTT puan ortalamaları verilmiştir. Kadın bakım verenlerin savunmasız olan yaşının özellikleri alt boyut puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar ve Potansiyel istismar puan ortalaması düşük olmasına rağmen hem alt ölçekler hem de H-S YİTT açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bakım verenlerin eğitim durumlarına göre H-S YİTT ve alt ölçek puanları incelendiğinde Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar alt boyutu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar ortalaması ilkokul mezunu olanlar için 0.50 ± 0.55 , ortaokul mezunu olanlar için

0.00±0.00, lise mezunu olanlar için 0.24±0.43, üniversite mezunu olanlar için 0.55±0.6'dır. İleri analizlerde ikili karşılaştırmalar yapılmış ve ilkokul ve üniversite mezunu olanların ortalamasının değişiklik göstermediği, diğer grupların ortalamasının birbirinden farklı olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin medeni durumlarına göre H-S YİTT değerlendirildiğinde; Savunmasız olan yaşlının özellikleri alt boyutundan bekar olan bakım verenler 2.00±0.67 puan, evli olan bakım verenler 1.52±0.98 puan almış olup aradaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar durumları incelendiğinde; bekar olan bakım verenlerin ortalaması 0.40±0.52, evli olan bakım verenlerin ortalaması 0.36±0.52 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Potansiyel istismar durumları incelendiğinde; bekar olan bakım verenlerin ortalaması 0.7±0.67, evli olanların ortalaması 0.3±0.66 olarak bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). H-S YİTT genel olarak incelendiğinde; bekar olan bakım verenler 3.10±1.10 puan, evli olan bakım verenler 2.18±1.30 puan almışlardır. H-S YİTT açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Bakım verenlerin mesleki durumlarına göre H-S YİTT değerlendirildiğinde; her 3 alt boyutta da bakım yükü ile istismar riski açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.005$). Potansiyel istismar durumları incelendiğinde; mesleği işçi olan bakım verenler 1.17±0.98 puan, mesleği memur olan bakım verenler 0.00±0.00 puan, emekli olan bakım verenler 0.29±0.75 puan, serbest meslek sahibi olan bakım verenler 0.50±0.71 puan, ev hanımı olan bakım verenler 0.29±0.55 puan, diğer meslek sahibi bakım verenler 0.60±0.89 puan almışlardır. Potansiyel istismar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0.005$). H-S YİTT genel olarak incelendiğinde; mesleği işçi olan bakım verenler 3.33±1.86 puan, mesleği memur olan bakım verenler 1.50±1.05 puan, emekli olan bakım verenler 2.09±1.40 puan, serbest meslek sahibi olan bakım verenler 2.00±1.41 puan, ev hanımı olan bakım verenler 2.26±1.14 puan, diğer meslek sahibi bakım verenler 3.2±1.64 puan almışlardır. H-S YİTT açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.005$).

Bakım verenlerin sosyal güvence durumlarına göre H-S YİTT değerlendirildiğinde; Savunmasız olan yaşlının özellikleri, sosyal güvencesi olan bakım verenler 1.52±0.97 puan, sosyal güvencesi olmayan bakım verenler 1.91±0.94 puan almışlardır. Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar durumları incelendiğinde; sosyal güvencesi olan bakım verenler 0.35±0.5 puan, sosyal güvencesi olmayan bakım verenler 0.55±0.69 puan almışlardır. Potansiyel istismar durumları incelendiğinde; sosyal güvencesi olan bakım verenler 0.27±0.63 puan, sosyal güvencesi olmayan bakım verenler 1.00±0.63 puan almışlardır. H-S YİTT genel olarak incelendiğinde; sosyal

güvencesi olan bakım verenler 2.14 ± 1.24 puan, sosyal güvencesi olmayan bakım verenler 3.45 ± 1.44 puan almışlardır. Sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin tüm alt ölçekler ve H-S YİTT istismar risk puan ortalaması sosyal güvencesi olan gruba göre yüksektir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi sadece Potansiyel istismar boyutu ve genel H-S YİTT puan ortalamaları arasında bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Bakım verenlerin ekonomik durumları çok kötü, kötü, iyi ve çok iyi olacak şekilde dört kategorili sorgulanmıştır. Çok kötü olarak düşünen bakım veren bir birey, çok iyi olarak düşünen birey olmadığı için sadece iyi ve kötü olarak kategoriler verilmiştir. Savunmasız olan yaşlının özellikleri alt boyutu puan ortalaması ekonomik durumu kötü olanlarda 1.75 ± 0.96 , ekonomik durumu iyi olanlarda 1.27 ± 0.92 olarak bulunmuştur. Ekonomik durumu kötü olan bakım verenlerin Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar ortalaması 0.32 ± 0.5 , ekonomik durumu iyi olanların ortalaması ise 0.44 ± 0.54 'dür. Potansiyel istismar durumları incelendiğinde; bakım verenlerin ekonomik durumu kötü olanlar 0.25 ± 0.44 puan, bakım verenlerin ekonomik durumu iyi olanlar 0.46 ± 0.9 puan almışlardır. H-S YİTT genel olarak incelendiğinde; bakım verenlerin ekonomik durumu kötü olanlar 2.32 ± 1.07 puan, bakım verenlerin ekonomik durumu iyi olanlar 2.17 ± 1.6 puan almışlardır. Ekonomik durumu kötü ve iyi olan bakım verenlerin H-S YİTT ve alt ölçek puan ortalaması karşılaştırıldığında; Savunmasız olan yaşlının özellikleri alt boyutunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p < 0.05$) diğer alt boyutlar ve H-S YİTT puan ortalamaları arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumları ve kronik hastalık durumlarına göre H-S YİTT ve alt ölçekler açısından puan ortalaması arasında istatistiksel farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Bakım verenlerin sigara kullanım durumlarına göre gruplar arasındaki farklılık sadece potansiyel istismar alt puan ortalamalarında bulunmaktadır ($p < 0.05$). Sigara kullanan bakım verenler potansiyel istismar alt boyutundan 0.56 ± 0.63 puan, sigara kullanmayan bakım verenler 0.3 ± 0.67 puan almışlardır.

Tablo 4.12 Bakım verenin özellikleri göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları

Değişken	Savunmasız olan yaşının özellikleri	Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar	Potansiyel istismar	H-S YITT
Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet				
Kadın	1.64±0.93	0.35±0.52	0.32±0.61	2.30±1.26
Erkek	1.29±1.05	0.43±0.50	0.39±0.83	2.11±1.47
Test (U/p)	1021.000 (p=0.083)	1168.000 (p=0.369)	1248.000 (p=0.745)	1115.000 (p=0.265)
Eğitim durumu				
İlkokul	1.54±1.00	0.50±0.55	0.25±0.53	2.30±1.17
Ortaokul	1.80±0.79	0.00±0.00	0.60±0.97	2.4±1.26
Lise	1.67±0.97	0.24±0.43	0.37±0.71	2.28±1.46
Üniversite	1.20±0.95	0.55±0.60	0.30±0.66	2.05±1.32
Test (K-W/p)	3.911 (p=0.271)	13.187 (p=0.004)	2.306 (p=0.511)	1.060 (p=0.787)
Medeni durumu				
Bekar	2.00±0.67	0.40±0.52	0.70±0.67	3.10±1.10
Evli	1.52±0.98	0.36±0.52	0.3±0.66	2.18±1.30
Test (U/p)	389.000 (p=0.110)	524.000 (p=0.766)	348.500 (p=0.012)	298.500 (p=0.013)
Mesleği				
İşçi	1.50±1.05	0.67±0.52	1.17±0.98	3.33±1.86
Memur	1.00±0.89	0.50±0.55	0.00±0.00	1.50±1.05
Emekli	1.49±1.04	0.31±0.47	0.29±0.75	2.09±1.40
Serbest meslek	1.00±1.41	0.50±0.71	0.50±0.71	2.00±1.41
Ev hanımı	1.62±0.92	0.35±0.51	0.29±0.55	2.26±1.14
Diğer	2.20±0.84	0.40±0.89	0.60±0.89	3.20±1.64
Test (K-W/p)	5.084 (p=0.406)	3.600 (p=0.608)	11.455 (p=0.043)	7.948 (p=0.159)
Sosyal güvencesi				
Var	1.52±0.97	0.35±0.50	0.27±0.63	2.14±1.24
Yok	1.91±0.94	0.55±0.69	1.00±0.63	3.45±1.44
Test (U/p)	460.000 (p=0.185)	514.500 (p=0.351)	228.000 (p=0.001)	280.000 (p=0.003)
Ekonomik durumu				
Kötü	1.75±0.96	0.32±0.50	0.25±0.44	2.32±1.07
İyi	1.27±0.92	0.44±0.54	0.46±0.9	2.17±1.60
Test (t/p)	2.726 (p=.007)	-1.227 (p=.222)	-1.694 (p=0.094)	0.626 (p=.532)

Tablo 4.12 Bakım verenin özellikleri göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Puan Ortalamaları (devamı)

	Savunmasız olan yaşının özellikleri	Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar	Potansiyel istismar	H-S YİTT
Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çocuk sayısı				
Çocuğu olmayan	1.87±0.64	0.40±0.63	0.40±0.63	2.67±1.35
Bir çocuk	1.71±1.13	0.29±0.46	0.42±0.85	2.42±1.57
İki çocuk	1.39±0.98	0.43±0.54	0.29±0.5	2.10±1.16
Üç ve üzeri çocuk	1.52±0.87	0.32±0.48	0.28±0.74	2.12±1.20
Test (K-W/p)	1.780 (p=0.411)	1.437 (p=0.488)	1.107 (p=0.575)	.878 (p=0.645)
Kronik hastalık				
Var	1.48±0.94	0.33±0.51	0.33±0.58	2.13±1.12
Yok	1.62±0.99	0.40±0.52	0.34±0.73	2.35±1.43
Test (t/p)	-0.766 (p=0.445)	-0.734 (p=0.464)	-0.092 (p=0.927)	-0.907 (p=0.366)
Sigara kullanma				
Evet	1.75±0.93	0.19±0.54	0.56±0.63	2.5±1.51
Hayır	1.53±0.97	0.39±0.51	0.30±0.67	2.22±1.28
Test (U/p)	730.500 (p=0.413)	635.000 (p=0.067)	609.500 (p=0.024)	758.500 (p=0.555)

Tablo 4.13'de bakım verenin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre H-S YİTT puan ortalamaları değerlendirildiğinde; bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı, bakım verilen hasta ile yakınlık derecesi, bakım verilen kişi ile olan önceki ilişki durumu, bakım verirken en çok zorlanılan durum değişkenlerinde hem toplam ölçek puanı hem de alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bakım verilen kişi ile şu an ki ilişki durumu çok iyi, iyi ve kötü olanlar istismar riski açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında potansiyel istismar ve genel H-S YİTT puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Potansiyel istismar puan ortalaması bakım verenin yaşıyla şu an ki ilişki durumu iyi ise 0.32 ± 0.67 puan, çok iyi ise 0.36 ± 0.63 puan, kötü ise puan 0.67 ± 0.58 'dir. H-S YİTT ne genel olarak bakıldığında; bakım verenin yaşıyla şu anki ilişki durumu iyi ise 2.26 ± 1.34 puan çok iyi ise 2.21 ± 1.19 puan kötü ise 2.33 ± 0.58 puan almışlardır. Yapılan ileri analizde farklılık yaratan grubun şuanki ilişki durumunu kötü olarak bildirenler olduğu belirlenmiştir.

Bakım verirken bakıma yardım eden başka kişilerin olup olmaması durumuna göre Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar alt boyutu ve H-S YİTT açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bakıma yardım edecek birisi olmayan bakım verenlerin, Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar alt boyutu ve H-S YİTT puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.13 Bakım verenin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi puan ortalamaları

Değişkenler	Savunmasız olan yaşının özellikleri	Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar	Potansiyel istismar	H-S YITT
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığı				
Var	1.61±1.09	0.42±0.56	0.42±0.75	2.45±1.33
Yok	1.54±0.93	0.34±0.5	0.3±0.63	2.18±1.3
Test (t/p)	0.331 (p=0.741)	0.769 (p=0.455)	0.921 (p=0.359)	1.014 (p=0.313)
Bakım verilen hasta ile yakınlık derecesi				
Oğlu	1.70±1.06	0.40±0.52	0.60±1.26	2.70±2.16
Kızı	1.63±0.97	0.33±0.52	0.37±0.61	2.33±1.32
Eşi	1.36±0.96	0.45±0.55	0.17±0.44	1.98±1.09
Diğer (torun, yeğen, gelin, kardeş)	1.73±0.94	0.27±0.46	0.45±0.74	2.45±1.14
Test (K-W/p)	3.303 (p=0.347)	2.242 (p=0.524)	4.723 (p=0.193)	3.343 (p=0.342)
Bakım verilen kişi ile olan önceki ilişki durumu				
İyi	1.54±0.97	0.33±0.5	0.25±0.48	2.12±1.1
Çok iyi	1.39±0.98	0.39±0.5	0.28±0.57	2.06±1.16
Kötü	2.33±0.52	0.83±0.75	1.83±1.47	5±1.9
Test (K-W/p)	2.904 (p=0.234)	5.355 (p=0.069)	2.338 (p=0.311)	.231 (p=0.891)
Bakım verilen kişi ile olan şuanlık ilişki durumu				
İyi	1.59±0.98	0.35±0.52	0.32±0.67	2.26±1.34
Çok iyi	1.50±0.85	0.36±0.5	0.36±0.63	2.21±1.19
Kötü*	0.67±0.58	1.00±0.00	0.67±0.58	2.33±0.58
Test (K-W/p)	4.886 (p=0.087)	3.860 (p=0.145)	14.505 (p=0.001)	13.108 (p=0.001)
Bakım verirken bakıma yardım eden başka kişilerin varlığı				
Var	1.56±0.95	0.27±0.48	0.32±0.6	2.15±1.23
Yok	1.55±1	0.51±0.54	0.35±0.75	2.41±1.41
Test (t/p)	.068 (p=0.946)	-2.584 (p=0.011)	-.185 (p=0.853)	-1.044 (p=.029)
Bakım verirken hissedilen çaresizlik duygusu				
Evet	1.67±0.92	0.28±0.47	0.37±0.69	2.31±1.33
Hayır	1.23±1.04	0.63±0.56	0.23±0.57	2.1±1.24
Test (t/p)	2.155 (p=0.33)	-3.401 (p=0.001)	0.950 (p=0.344)	0.765 (p=0.446)
Bakım verirken en çok zorlanılan durum				
Kişisel bakım	1.76±0.9	0.27±0.45	0.42±0.78	2.45±1.43
Transfer	1.44±1.01	0.44±0.55	0.28±0.55	2.16±1.19
İletişim kurmak	1.07±0.96	0.53±0.64	0.13±0.35	1.73±0.88
Test (K-W/p)	6.799 (p=0.033)	3.7690 (p=.152)	2.268(p=0.322)	2.999(p=0.223)

Bakım verirken hissedilen çaresizlik duygusu yaşayan ve yaşamayan grup istismar riski açısından karşılaştırıldığında sadece Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar alt boyut puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmaktadır ($p<0.001$). Çaresizlik yaşayan grubun istismar puan ortalaması daha yüksektir.

Bakım verirken en çok zorlanılan durumla ilgili değişkeninde de gruplar arasında Savunmasız olan yaşlının özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde farklılığın kişisel bakımda ve iletişim kurmada zorlanan gruplar arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14 Yaşlı istismar riski ile bazı değişkenler arasındaki ilişki

Değişkenler	6	7	8	9	10	11
	r		r	r	r	r
1. Hastanın yaşı	0.399**	-0.119	0.270**	0.008	0.267**	0.339**
2. Inme süresi	0.177	0.107	0.111	-0.054	0.040	0.081
3. Bakım verenin yaşı	0.000	0.057	-0.173	0.187*	-0.133	-0.122
4. Bakım verme süresi	0.126	0.204*	0.025	-0.006	0.031	0.032
5. GYA	-0.387**	-0.035	-0.339**	0.484**	-0.059	-0.090
6. Bakım yükü	1	-0.329**	0.404**	-0.182*	0.342**	0.402**
7. Aile uyumu		1	-0.208*	0.080	-0.140	-0.194*
8. Savunmasız olan yaşlının özellikleri			1	-0.362**	0.296**	0.749**
9. Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar				1	0.057	0.157
10. Potansiyel istismar	0.				1	0.751**
11. H-S YITT						1

6: Bakım yükü, 7: Aile uyumu 8: Savunmasız olan yaşlının özellikleri, 9: Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar, 10: Potansiyel istismar, 11: H-S YITT, , * <0.05 . ** <0.01

Yaşlı istismar riski ile bazı değişkenler arasındaki ilişki Tablo 4.14'de verilmiştir. Bakım yükü ile hastanın yaşı arasında pozitif, GYA arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Hastanın yaşı arttıkça bakım yükü artmakta, GYA düzeyi yani hastanın bağımsızlığı arttıkça azalmaktadır.

Aile uyumu ile bakım verme süresi arasında pozitif yönlü ve anlamlı ($p<0.05$), bakım yükü ile arasında negatif yönlü anlamlı ($p<0.01$) ilişki bulunmaktadır. Bakım verme süresi arttıkça aile uyumu artmakta, bakım yükü arttıkça azalmaktadır.

Savunmasız olan yaşlının özellikleri ile hastanın yaşı ve bakım yükü arasında pozitif, GYA ve aile uyumu ile negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$, $p<0.05$). Hastanın yaşı arttıkça Savunmasız olan yaşlının özellikleri açısından istismar

riski artmaktadır. Benzer şekilde bakım yükü arttıkça Savunmasız olan yaşlının özellikleri açısından istismar riski artmaktadır. GYA puanı düşük olması hastanın bağımlılığının yüksek olduğunu gösterir. GYA puanı düştükçe (hastanın bağımlılığı artıkça) Savunmasız olan yaşlının özellikleri istismar riski artmaktadır. Yine hastanın bağımsızlığı azaldıkça Savunmasız olan yaşlının özellikleri açısından istismar riski artmaktadır.

Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar ile bakım verenin yaşı ve hastanın GYA arasında pozitif, bakım yükü ile negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$, $p<0.05$). Bakım verenin yaşı arttıkça istismar riski artmaktadır. Benzer şekilde hastanın GYA puanı arttıkça (hastanın bağımsızlığı arttıkça) Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar riski artmaktadır. Bakım yükü arttıkça Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar riski azalmaktadır.

Potansiyel istismar riski ile hastanın yaşı ve bakım yükü arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Hastanın yaşı ve bakım yükü arttıkça potansiyel ve toplam istismar riski artmaktadır.

H-S YITT ile hastanın yaşı ve bakım yükü arasında pozitif aile uyumu ile negatif ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$, $p<0.05$). Hastanın yaşı ve bakım yükü arttıkça, aile uyumu azaldıkça istismar riski artmaktadır.

Tablo 4.15 Yaşlı istismar riskinin belirleyicileri

Model	Değişkenler	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	VIF	
1	Sabit	0.585	0.368		1.590			
	Bakım yükü	0.055	0.012	0.402	4.768	0.000	1.000	1.000
				R	R ²	Adj R ²	F	Sig.
				0.402	0.162	0.154	22.732	0.000
2	Sabit	-0.376	0.500		-0.751	0.454		
	Bakım yükü	0.050	0.011	0.362	4.343	0.000	0.970	1.031
	Bakım verenin Sosyal güvencesi	1.032	0.376	0.229	2.748	0.007	0.970	1.031
				R	R ²	Adj R ²	F	Sig.
				0.461	0.212	0.199	15.773	0.000
3	Sabit	-1.943	0.930		-2.089	0.039		
	Bakım yükü	0.041	0.012	0.296	3.330	0.001	0.833	1.201
	Bakım verenin Sosyal güvencesi	0.911	0.376	0.202	2.424	0.017	0.944	1.059
	Hastanın yaşı	0.027	0.013	0.178	1.989	0.049	0.819	1.221
				R	R ²	Adj R ²	F	Sig.
				0.488	0.238	0.219	12.099	0.000

Yaşlı istismarının belirleyicilerini saptamak için adım adım çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Analize univariate analizlerde yaşlı istismar riski açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunan değişkenler ve yaşlı istismar riski ile anlamlı korelasyon gösteren değişkenler alınmıştır. Bu değişkenler hastanın eğitim durumu, yaşı, GYA, bakım verenin sosyal güvencesi, hasta ile şuan ki ilişkisi, bakıma yardım eden birinin varlığı, bakım yükü ve aile uyumudur. Regresyon analizi öncesinde değişkenler arasında çok bağlantı olmadığı varyans artış faktörü (VIF) değeri ile incelenmiş ve çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmüştür (VIF<10) (Bowen 2011). Bakım yükünün ($\beta= 0.296$), bakım verenin sosyal güvencesinin ($\beta=0.202$) ve hastanın yaşınının ($\beta= 0.178$) yaşlı istismar riski üzerinde belirleyici etkisinin olduğu ve bu değişkenlerin yaşlı istismar riskinin %23'ünü açıklamaktadır (Tablo 4. 15).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada inmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşlı istismarı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada 120 inmeli bakım ihtiyacı olan 65 yaş üstü birey ile onlara bakım veren aile üyeleri ile görüşülmüş ve veriler toplanmıştır. Bu bölümde bakım yüküne yönelik bulgular ve Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi sonuçlarına yönelik bulgular literatür bilgisi doğrultusunda tartişılmıştır.

5.1. Bakım Yüküne Yönelik Bulguların İncelenmesi

Bu çalışmada bakım yükü ortalaması 30.18 ± 9.47 olarak bulunmuştur. Bakım verme yükü ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 88 olduğu düşünüldüğünde inmeli hastaya bakım verenlerin bakım yükünün hafif-orta düzeyde olduğu söylenebilir. Hem yurtdişında hem de ölkemizde yaşlılara bakım verenlerin bakım yükünün orta düzeyde olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Limpawattana vd 2013, Kumar vd 2015, Dos Santos vd 2017, Keser Özcan vd 2017 Gök Metin vd 2019; Or ve Kartal, 2019). Yaşlıların bakım gereksiniminin olması ve bu gereksinimin aile bireyleri tarafından karşılanması beklendik bir durum olduğu için bakım verenler daha bakım verici sorumluluğunu üstlenmeden önce bakım sorumluluğunu kabullenmiş olabilirler.

Hastanın eğitim durumu ile bakım yükü puanındaki değişime bakıldığında; okur yazar olmayan yaşlıya bakım verenler daha fazla bakım yükü ifade ederken, eğitim düzeyi yüksek olan hastalara bakım verenler daha az bakım yükü yaşamaktadır ($p=0.01$). Yapılan alışmalar da hastanın eğitim düzeyinin düşüklüğünün bakım yükünü arttırdığı bildirilmektedir (Mollaoğlu vd 2011, Tel vd 2012). Bunun aksine hastanın eğitim düzeyi yükseldikçe bakım yükünün arttığını (Bekdemir ve İlhan, 2019) ya da eğitim durumunun bakım yükünü etkilemediğini (Ogunlana 2014) bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastanın kendi hastalığı ve bakımı ile ilgili farkındalığının ve hastalığa uyumunun düşük olabileceği ve bu durumun bakım yükünün artmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Gelir durumu ile bakım yükü ilişkisi incelendiğinde; gelir durumu ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,024$). Buna göre hastanın gelir durumu kötüleştikçe bakım yükü artmaktadır. Mashayekhi ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da gelir düzeyi kötü olan hastalara bakım verenlerin daha fazla yük yaşadığı belirtilmiştir. Hastanın bakımı için gerekli olan malzemelere ulaşmakta zorluk yaşanması, ihtiyaçların güçlkle temin edilmesi ve bakım veren bireyin kendi gelirini hastanın bakımı için kullanmak zorunda kalması bu durumu etkiliyor olabilir. Hastanın cinsiyeti, medeni durumu ve çocuk sayısı bakım yükünü etkilememiştir.

İnmeden etkilenen vücut bölümlerine göre bakım yükü açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Buna göre üst ekstremitelerini kullanamayan hastaların bakım yükünün en fazla olduğu görülmektedir, bunun nedeninin hastaların kendi yemeklerini yiyemiyor, saçlarını tarayamıyor, kişisel bakımları sırasında bakım verene yardımcı olamıyor olmaları düşünülebilir. İkinci sırada ise sağ hemiplejisi olan hastalar gelmektedir, bunun sebebi de yine benzer şekilde sağ vücut bölgesini kullanamayan kişilerin kişisel bakımlarını yapmakta ve kendi kendine yetme konusunda daha fazla zorluk yaşamaları düşünülebilir.

Hastanın bağımlılık durumu göre bakım yükü puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.001$). Buna göre bağımlılık durumu arttıkça bakım yükü önemli ölçüde artmaktadır. Hastanın GYA gerçekleştirmede bağımlı olmasının bakım yükünü artırdığını ortaya koyan pek çok çalışma bulunmaktadır (Baumann vd 2011, Mollaoğlu vd 2011, Taşdelen ve Ateş 2012, , Tel vd 2012, Gürol ve Çapık 2014, , Selçuk ve Avcı 2016, Bekdemir ve İlhan 2019). Bakım verenin bağımlılık düzeyi yüksek hastaya bakım verirken daha fazla zaman ayırması ve daha fazla sorumluluk üstlenmek zorunda kalması bu durumun sebebi olabilir.

Bakım verenin eğitim durumuna göre gruplar arasında bakım yükü değişiklik göstermektedir ($p<0.05$). Pek çok çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bakım verenin daha fazla yük deneyimlediği belirtilmektedir (Salama ve El-Soud 2012; Orak ve Sezgin 2015; Şahin ve Ergüney 2015, Yazıcı vd 2016). Bu çalışmada üniversite mezunu olan bakım verenler daha az bakım yükü yaşamaktadır. Üniversite mezunu bakım verenler bakım sürecinde sağlık profesyonlerinden gereksinim duyduğu bilgi ve diğer destekleri alma, hasta ile iletişim kurma, problem çözme ve stresle başetme becerilerinin konusunda eğitim düzeyi düşük bakım verenlere göre daha becerikli olabilirler.

Bekar ve evli olan bakım verenler arasında bakım yükü puan ortalaması açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0.01$). Yapılan çalışmalarda evli olan bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Tel vd 2012, Şahin ve Ergüney, 2015, Yeşil vd 2016) Bu çalışmada ise literatürden farklı olarak bekar bakım verenlerin, evli olanlara göre bakım yükü oldukça fazladır. Bunun nedeni evli olanların

daha fazla sosyal destek ağına sahip olmaları ve bakım verirken kendilerine yardım edecek başka bireylerin olması olabilir.

Ekonomik durumu iyi ve kötü olan bakım verenlerin yük puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Ekonomik durumu kötü olan bakım verenler daha fazla bakım yükü yaşamaktadır. Bu çalışma bulgularına benzer şekilde gelir düzeyi kötü olan bakım verenlerin daha fazla yük yaşadığını bildiren pek çok araştırma bulunmaktadır (Papastavrou vd 2012, Tel vd 2012, Tosun vd 2015, Şahin ve Ergüney 2015 Yeşil vd 2016) Bunun nedeni hastanın tedavi ve bakımına ilişkin maddi giderlerin bakım verene ek yük oluşturması şeklinde yorumlanabilir.

Bakım verenin cinsiyeti, mesleği, sosyal güvencesi, çocuk sayısı, kronik hastalık varlığı ve bakım yükü puanı açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bakım verenin bakım vermeye ilişkin özellikleri bakım yükü açısından incelendiğinde; bakmakla yükümlü olunan başka kişilerin varlığının ve hasta ile olan yakınlık derecesinin, hasta ile önceki ilişki durumunun, bakım verirken bakıma yardım eden kilişerin varlığının bakım yükünü etkilemediği görülmüştür. Bakım verilen kişi ile olan şu an ki ilişki durumuna bakıldığında; şu an ki ilişki durumunun bakım yükünü etkilediği görülmektedir ($p<0.05$). Hastayla şuanki ilişkisini iyi olarak tanımlayan bakım verenlerin yükü iyi ve kötü olarak tanımlayanlara göre daha yüksektir. İlişki durumunu iyi olarak tanımlayanlar hasta için yaptıklarından daha fazlasını yapması gerektiğini hissediyor olabilir. Yapılan bir çalışmada ilişki durumunu kötü olarak tanımlayanlar daha fazla bakım yükü yaşadığı belirtilmiştir (Dağdeviren vd 2020).

Bakım verirken hissedilen çaresizlik duygusuna bakıldığında; çaresizlik duygusu ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$). Buna göre çaresizlik duygusu hisseden bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu görülmektedir. Dağdeviren ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çaresizlik duygusu yaşayanların hasta ve hastanın bakımı için ne yapması gerektiğini bilme ve bakım konusunda kendi becerilerine güvenme, aldığı bu sorumluluğun altından kalkabilme konusunda sorunlar yaşıyor olabilir. Bakım verirken en çok zorlanılan durumlara göre gruplar arasında bakım yükü açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Hastanın kişisel ihtiyaçlarını karşılamada zorlanan bakım verenler daha fazla bakım yükü yaşamaktadırlar. Kişisel ihtiyaçların karşılanması hergün ya da gün içinde birkaç defa yapılması gereken bir eylemdir. Bakım verene hasta transferi konusunda aile bireyleri daha fazla destek olurken kişisel bakımda aynı desteği sağlamıyor olabilirler. Kişisel bakım ayrıca bakım verenin fiziksel sağlık durumu etkilemekte ve bakım verende yorgunluğu da neden olabilmektedir.

5.2. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Sonuçlarına Yönelik Bulguların İncelenmesi

İnmeli hastaların Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testine göre yaşlı istismarı “*Savunmasız olan yaşlının özellikleri, Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar ve Potansiyel istismar*” olmak üzere üç boyut olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada Savunmasız olan yaşlının özellikleri alt boyut ortalaması 1.56 ± 0.97 , Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar alt boyut ortalaması 0.37 ± 0.52 , Potansiyel istismar alt boyut ortalaması 0.03 ± 0.67 , genel H-S YİTT ortalaması 2.26 ± 1.31 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Savunmasız olan yaşlının özellikleri en yüksek puana sahipken Erkal ve Şahin’in (2018) çalışmasında en düşük puana sahiptir. Ayrıca toplam ölçek puanı bu çalışmada onların çalışmasına göre daha yüksek bulunmuştur (Erkal ve Şahin 2018). Bu çalışmada yaşlıların %20’si Savunmasız olan yaşlının özelliklerine %1.7’si potansiyel, %35’i se toplam istismar riskine sahiptir. Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar durumuna bakıldığında istismarın olmadığı görülmüştür. Bu oranlar Seyitoğlu’nun (2019) çalışmasında bulunan istismar sıklığından yüksektir (Seyitoğlu 2019). Sonuçların farklı olmasının sebebi her iki çalışmada da sağlıklı yaşlılarda, bu çalışmada ise GYA açısından bağımlılık durumu yüksek olan inmeli grup üzerinde çalışılmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda hastanın cinsiyetine göre gruplar arasında yaşlı istismarı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen kadınların istismar risk puanı erkeklere göre daha yüksektir. Ülkemizde İlhan (2006) yılında yaptığı çalışmada ve Baştuğ (2020) de yaptığı çalışmada yine kadınların daha fazla istismara uğradıkları görülmüştür. Kadınların yaşam sürelerinin uzun olmasının, daha uzun süre bakıma muhtaç olmalarına neden olması ve bakım verene daha fazla sorumluluk yüklemesi nedeniyle kadınların istismara uğrama riskinin erkeklere göre yüksek olduğu belirtilmektedir (McClennen, 2010). Ayrıca kadınların duygusal olarak daha kırılgan olmaları onların istismara uğrama riskini artırıyor olabilir.

Yaşlıların eğitim durumuna göre yaşlı istismar puan ortalamaları arasından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Okur yazar olmayan yaşlılar daha fazla istismar riski taşımaktadır. Benzer olarak Baştuğ (2020) ve Daşbaş (2014) de okur yazar olmayan yaşlıların daha fazla istismara uğradığı sonucuna ulaşmıştır. Buna rağmen eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Seyitoğlu 2019, Sezer vd 2021). Eğitim seviyesi düşük yaşlıların ekonomik durumu, kendini ifade etme, yardım arama, iletişim kurma ve problem çözme becerisinin eğitim seviyesi yüksek olanlara göre yetersiz olabilir. Bu durum onların daha fazla istismara uğrama riskini artırıyor olabilir.

Yaşlıların gelir durumları ile yaşlı istismarı arasındaki ilişkiye bakıldığında; %0,8 inin çok kötü, %56,7 sinin kötü, %42,5 inin ise iyi gelir durumuna sahip olduğu ve gruplar arasında yaşlı istismarı açısından anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan araştırmalarda da yaşlının ekonomik durumu ile ilgili benzer sonuçlar görülmektedir (Aslan 2012, Özer 2013). Bunun nedeni ekonomik durumun hem yaşlı için hem de bakım veren için gerekli tıbbi malzemelere ulaşımındaki zorluk bakım verenin kendi ihtiyaçlarını ve yaşlının ihtiyaçlarını karşılamak için çalışmak zorunda olması ve bu durumun yaşattığı stres olarak düşünülebilir. Ayrıca gelir düzeyi düşük olan yaşlı ekonomik olarak bakım verene bağımlı olması da istismar riskini artıran başka bir faktör olarak değerlendirilebilir.

İnmeli hastaların hastalık ve bağımlılık durumuna göre yaşlı istismarı incelendiğinde; inmeye eşlik eden hastalıklara baktığımızda hastaların, %4,2 sinin eşlik eden bir hastalığı olmadığı, %12,5 inin demans hastası olduğu, %40,8 inin kalp damar hastası olduğu, %15,8 inin diyabet, %1,7 sinin koah, %25 ininde diğer hastalık grubuna dahil olduğu görülmektedir. Yaşlı istismarı ile yukarıda adı geçen hastalıklar değerlendirildiğinde demans hastalarının, potansiyel istismar olasılığının yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Keskinoglu vd (2007) yaptığı çalışmada istismara uğrayan hastaların %81'inin kronik hastalığı olan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Yine İlhan (2006) yaptığı çalışmada hafif ya da orta şiddetli bilişsel bozukluğu olan hastaların daha fazla istismara maruz kaldıkları sonucuna varmıştır. Demans hastalarının yakınları ile kurdukları duygusal ilişkinin azalması, birinci derecede yakınlarını bile tanıyamıyor olmaları, bakım vereni de duygusal olarak yıpratıyor ve bu da istismar riskini artırıyor olabilir. İnmeden etkilenen vücut bölümlerine göre yaşlı istismarı incelendiğinde çalışmamızda anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. İnmeli hastaların bağımlılık durumu ile yaşlı istismarı incelendiğinde; hastaların %27,5 i tam bağımlı, %29,2 si ileri derecede bağımlı, %26,7 orta derecede bağımlı %8,3 ü hafif derecede bağımlı yine %8,3 ünün tam bağımsız olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bağımlılık düzeyi ile savunmasız yaşlının özellikleri ($p<0.01$), ve kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar ($p<0.01$) açısından anlamlı sonuç bulunmuştur. Buna göre bağımlılık düzeyi arttıkça istismarın arttığı görülmektedir. Dünyada yapılan birçok çalışmada çoğunlukla benzer sonuçlar bulunmuş ve bağımlılık düzeyi yaşlı istismarı için risk faktörü olarak kabul edilmiştir (Mercier vd. 2020).

Bakım verenin özelliklerine göre yaşlı istismarı incelendiğinde çalışmamızda bakım verenlerin %76.7 si kadın, %23.3 ü erkek olup bakım verenin cinsiyeti ile yaşlı istismarı açısından anlamlı sonuç bulunamamıştır. Bakım verenin eğitim durumlarına bakıldığında eğitim durumunun Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismarı etkilediği görülmüştür ($p<0.05$). Çalışmamızda ilkokul mezunu ve üniversite mezunu bakım

verenlerin, istismar riskinin daha yüksek olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının bakım verme konusunda bilgi ve beceri eksikliği olduğu düşünülebilir. Üniversite mezunlarının ise genel olarak mesleklerini yapamıyor olmaları ya da sosyal hayatlarını yaşayamıyor olmalarının verdiği stres istismar riskini artırabilir.

Bakım verenin medeni durumlarına göre istismar riskine bakıldığında bakım verenlerin %8.3 ünün bekar, %91.7 sinin evli olduğu görülmekte olup, medeni durumun potansiyel istismar riskini etkilediği görülmektedir ($p<0.05$). Çalışma sırasında yapılan ev ziyaretlerinde genel olarak bakım verenlerin eş olduğu durumlarda, bakıma yardımcı olan diğer kişilerin evlatlar olduğu görülmektedir bu durum evli bakım verenlerin istismar riskini azaltabilir. Fakat bekar olan bakım verenler bu şansa sahip değiller ve bakım verirken yeterince sosyal destek göremiyor olabilirler. Bu sebeple medeni durum potansiyel istismar riskini etkilemektedir.

Bakım verenin mesleğinin Potansiyel istismar riskini etkilediği görülmektedir ($p<0.05$). Çalışmamızda işçi olan bakım verenlerin potansiyel istismar riskinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni işçilerin çalışma koşullarının zorluğu ve bu sebeple yaşadıkları yoğun stres olabilir.

Bakım verenin sosyal güvence durumunun potansiyel istismar riskini etkilediği görülmektedir ($p<0.01$). Buna göre sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin potansiyel istismar riski yüksektir. Sosyal güvencesi olmayan bakım verenin kendi sağlık bakım giderlerini kendisi karşılamak zorunda olduğu için ekonomik olarak sıkıntı yaratıyor olabilir. Bunun nedeni bakım verenlerin, sürekli bakım verdikleri kişiyle birlikte olmaları gerektiği, çalışma imkanlarının olmadığı ve bu durumda bakım vereni hem ekonomik hem de sosyal açıdan fazlaca zorlaması olabilir.

Çalışmamızda bakım verenin sigara kullanım durumunun potansiyel istismarı etkilediği görülmektedir ($p<0.05$). Bunun nedeni stresle baş etme yöntemi olarak sigaranın tercih edildiği düşünülebilir.

Bakım verenin bakmakla yükümlü olduğu başka kişilerin varlığı ve hasta ile olan yakınlık derecesine göre yaşlı istismarı incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bakım verilen kişi ile eski ilişki durumu sorgulandığında çalışmamızda eski ilişki durumu ile yaşlı istismarı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bakım verilen kişi ile şu an ki ilişki durumu sorgulandığında; şuanki ilişki durumunun potansiyel istismar riskini etkilediği görülmektedir. Şuanki ilişki durumunu kötü olarak ifade edenlerin potansiyel istismar riski yüksek çıkmıştır ($p<0.01$).

Çalışmamızda, bakım verirken bakıma yardımcı olan kişilerin varlığı sorgulandığında; bu durumun kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar durumunu etkilediği görülmüştür ($p<0.0$). Çalışmamızda bakıma yardımcı olan kişilerin olmaması

istismar riskini artırmaktadır. Benzer bir diğer çalışmaya bakıldığında sosyal destek ağının olmamasının istismar riskini artırdığı görülmektedir (Cooper vd. 2009)

Bakım verirken hissedilen çaresizlik duygusu sorulduğunda bakım verenlerin %75'i çaresizlik duygusu hissederken, %25'i çaresizlik hissetmemektedir. Hissedilen çaresizlik duygusunun kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismarı etkilediği ve çaresizlik duygusu hissedilen bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Dağdeviren ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çaresizlik hissi sosyal destek ağının yetersiz olması, ekonomik durum, hastanın bağımlılık durumunun ileri derecede olması ve benzeri nedenlerle ilgili olabilir. Çaresizlik duygusu yaşayanların hasta ve hastanın bakımı için ne yapması gerektiğini bilme ve bakım konusunda kendi becerilerine güvenme, aldığı bu sorumluluğun altından kalkabilme konusunda sorunlar yaşıyor olabilir.

Bakım verirken en çok zorlanılan durum sorulduğunda; hastanın kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılamanın, savunmasız hastanın özellikleri açısından istismar riskini artırdığı görülmüştür ($p<0.05$). Bakım verenin hastanın kişisel bakımını vermekte zorlanması, bu konuda yardım alamaması ve gücünün yetmediğini düşünmesinin istismar riskini artırdığı düşünülebilir. Kişisel ihtiyaçların karşılanması hergün ya da gün içinde birkaç defa yapılması gereken bir eylemdir. Bakım verene hasta transferi konusunda aile bireyleri daha fazla destek olurken kişisel bakımda aynı desteği sağlamıyor olabilirler. Kişisel bakım ayrıca bakım verenin fiziksel sağlık durumu etkilemekte ve bakım verende yorgunluğu da neden olabilmektedir.

Yaşlı istismarı ile hastanın yaşı ve bakım yükü arasında pozitif, aile uyumu ile negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Hastanın yaşı arttıkça istismar riski artmaktadır. Hastanın yaşı arttıkça kendisini ifade etmesi zorlaşmakta, GYA açısından daha bağımlı hale gelmektedir. Hastanın bakım verenin desteğine daha fazla ihtiyacı olmaktadır. Bu durum bakım verenin hasta için daha fazla sorumluluk almasını, daha fazla bakım vermesini gerektirmektedir. Oh ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da hastanın bağımlılık durumunun istismar riskini artırdığı bildirilmiştir (Oh vd 2006). Aile uyumunun düşük olması istismar riskini artıran bir başka faktördür. Yapılan çalışmalar bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir (Oh vd 2006, Dong vd 2007, Perez-Carceles vd 2009). Aile uyumunun düşük olması, üyelerinin birbirine desteğinin ve aile işlevselliğinin az olduğu, çatışmaların sık yaşandığı anlamına gelmektedir. Ailede istediği yeterli desteği bulamayan bakım veren tek başına sorunlarla başetmek zorunda kalabilir. Aile içinde yaşadığı olumsuzluğu kendisinin sunduğu bakıma bağımlı olan hastaya yansıtabilir.

Yaşlı istismarını etkileyen önemli değişkenler sırasıyla bakım yükü, bakım verenin sosyal güvencesi ve hastanın yaşıdır. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer

şekilde bakım yükü ile yaşlının istismarı arasında pozitif ilişki bulunduğunu rapor eden pek çok çalışma bulunmaktadır (Lee ve Kolomer 2005, Lee 2008, Cooper vd 2009, Cooper vd 2010, Yan ve Kwok 2011, Keser Özcan 2017, Vaidyanathan vd 2018). Bu çalışmalar farklı hastalık gruplarında gerçekleştirilmiştir. İnmeli hastanın bakım yükünün yaşlı istismarı ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bakım alan hasta grupları içinde bağımlılık oranı yüksek, hastalık yönetimi düşük olan inmeli hastalar yoğun ve uzun süre bakım almaktadırlar. Bakımın uzun yıllar ve yoğun olarak sürdürülmek zorunda kalınması bakım verenin fiziksel, ekonomik, ruhsal ve sosyal alanda pek çok güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Bakım veren çoğunlukla aile, toplum ya da kurum desteği olmadan bakım vermeyi gerçekleştirmektedir. Kendi hayatı üzerinde kontrolünü kaybetme ve kapana kısılmışlık duygusunun kaynağı olarak yaşlı bireyi görebilir ve yaşadığı olumsuz duyguları hastaya yansıtabilir. Kendisi bakım verme nedeniyle mağdur olan bakım veren hastaya kötü davranarak istismarcı rolüne geçebilir. Bakım verme sırasında aslında hasta ve bakım veren olarak iki mağdurun olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Yaşlı istismarının ortaya çıkmadan önce saptanması, risk varsa gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Burada en önemli görev sağlık personeline özellikle de hasta ve bakım verenle hastane ortamında ya da ev ortamında en uzun süre birlikte olma ve gözleme şansına sahip olan hemşirelere düşmektedir. Bakım verenin yaşadığı sıkıntıların erken dönemde farkedilmesi ve zamanında desteklenmesi; bakım verme durumunun en az olumsuz etkilerle sürdürülmesine katkı sağlayabilir. İnmeli hasta ve bakım verenler istismar riski açısından izlenmeli, risk saptandığında hastanın bakımı için bakım verenin değiştirilmesi ya da kurum bakımı düşünülmelidir. Bakım verenler kendisini birdenbire bakım veren olarak bulabilir ve bakım verme becerilerine sahip olamayabilir. Bakım verenin bakım vericiliğe hazırlanması ve bakım becerilerin geliştirilmesi için mutlaka eğitim ve destek verilmelidir. Böylece bakım verenin deneyimsizliğinden kaynaklanan nedenlerle hastanın istismara uğramasının önüne geçilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnmeli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ile yaşlı istismar riskinin incelendiği tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bu araştırmada; aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Okur yazar olmayan ve gelir durumu kötü ve inme nedeniyle üst ekstremitesi etkilenen ve GYA açısından tam bağımlı olan hastaya bakım verenlerin bakım yükü yüksektir.
- Eğitim düzeyi düşük, bekar, ekonomik durumu kötü, hasta ile şuanki ilişki durumu iyi olan, bakım verirken çaresizlik hisseden ve hastanın kişisel bakımında zorlanan bakım verenlerin bakım yükü yüksektir.
- İnmeli hastaların %35'inin istismar riski bulunmakta ve genel H-S YITT ortalaması 2.26 ± 1.31 'dir.
- Eğitim düzeyi düşük, gelir durumu kötü, tam bağımlı olan hastaların, Savunmasız olan yaşlının özelliklerinden aldığı puan yüksektir.
- Ayrıca ekonomik durumu kötü olan ve hastanın kişisel bakımında zorluk yaşayan bakım verenlerden bakım alan hastanın Savunmasız olan yaşlının özelliklerinden aldığı puan yüksektir.
- Eğitim düzeyi ilköğretim ve üniversite mezunu olan, hafif derecede bağımlı yaşlıların Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismardan aldıkları puan yüksektir.
- Bakım verene yardımcı kişilerin olmaması, bakım verirken çaresizlik hissetmemesi yaşlı bireyin Kişisel hakların ihlali ve doğrudan istismar riskini artırmaktadır.
- Eşlik eden hastalığı demans olan yaşlıların Potansiyel istismar riski yüksektir.
- Bekar, işçi, sosyal güvencesi olmayan ve sigara kullanan, hasta ile şu an ki ilişkisi kötü olan bakım verenlerden bakım alan hastaların Potansiyel istismar riski yüksektir.
- H-S YITT ile hastanın yaşı ve bakım yükü arasında pozitif aile uyumu ile negatif ilişki bulunmaktadır.
- Yaşlı istismarını etkileyen önemli değişkenler sırasıyla bakım yükü, bakım verenin sosyal güvencesi ve hastanın yaşıdır.

Sonuçlar göz önüne alınarak aşağıdakiler önerilmektedir.

- Yaşlıların sağlıklı ve aktif yaşlılık konusunda desteklenmesi, bağımlılığa sebep olacak kronik hastalıklar konusunda eğitilmesi ve gerekli önlemlerin alınması,
- Toplumda yaşlıların saygınlığının korunmasına yönelik çalışmaların yapılması, aile içi çatışmaların önlenmesine yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Bakıma muhtaç olan yaşlılara yönelik kurumsal desteğin artırılması,
- Özellikle ekonomik durumu kötü olan yaşlı ve bakım verenlerin devlet tarafından desteklenmesi, tıbbi cihaz araç ve gereçlere ulaşımın kolaylaştırılması,
- Bakım veren aile üyelerine ihtiyaç dahilinde eğitim ve psikolojik destek verilmesi,
- Yaşlıların özellikle fiziksel rehabilitasyon konusunda desteklenmesi ve bağımlılık düzeyinin azaltılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- Bakım verenlerin ve hastaların istismar riski açısından sık aralıklarla izlenmesi
- İstismar riski saptanan hastanın, hakettiği insanca bakım için kurumsal desteklerin sağlanması ve gerekli politikaların oluşturulması,
- Hemşirelerin istismarı, tanımlanabilmesi için gerekli eğitimlerin yapılması
- Bakım verene ihtiyacı olan desteğin sağlanması için ailelerde ve toplumda farkındalık oluşturulması,
- Bakım verenin ve hastanın ekonomik durumlarına bakılmaksızın sosyal güvenceden yararlanmaları, ekonomik yetersizlik içinde yaşamlarının önüne geçilmesi için gerekli yasal değişikliklerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akpınar B, Küçükgüçlü O, Yener G. Effects of gender on burden among caregivers of alzheimer's patients. **J Nurs Scholarsh** 2011; 43(3):248-54.

Amankwaa B. Informal caregiver stress. **ABNF Journal**. 2017; 28(4), 92-96

Arpacı F, Bakır B. Yaşlı istismarı ve ihmali. **Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi**. 2017; 21(3), 691-703

Aslan H. Yaşlıların istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi. **T.C. İnönü Üniversitesi** 2012

Barthel M, Mahoney K. Agency For Health Care Policy And Research Publication, After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet. **Government Printing Office**, Washington, D.C. 2002, s.23-27.

Bastawrus M. Caregiver burden-A critical discussion. **International journal of nursing studies**. 2013; 50(3) 431-441

Baştuğ E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş Üstü Hastaların Yaşlı İstismarı Açısından Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi) **T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi**.2020 s37-40

Baumann M, Lurbe-Puerto K, Alzahouri K, Aïach P. Increased residual disability among poststroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. **Top Stroke Rehabil**. 2011;18(2):162–71

Bayık Temel A. Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, **Türk Dil Kurumu**, Ankara, 2015, s.75.

Bekdemir A. ve İlhan N. Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. **Journal of Nursing Research**. 2019; 27(3), 24.

Blowers A N, Davis B, Shenk D, Kalaw K, Smith M, Jackson K. A multidisciplinary approach to detecting and responding to elder mistreatment: creating a university-community partnership. **Am J Crim Justice**. 2012; 37:276-290

Bowen N K, Guo S. Structural equation modeling. **Oxford University Press**; 2011; (3) 135

Burston GR. Granny-battering. **Br Med J**. 1975; 3:592

Campbell B.C.V. ve Khatri P. Stroke. **Lancet**. 2020;396(10244):129-142.

Collins C E, Given B A, Given C W. Interventions with family caregivers of persons with Alzheimer's disease. **Nursing Clinics of North America** 1994;29(1):195-207

- Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. **Age and Ageing** 2008; 37: 151–160
- Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. Abuse of people with dementia by family carers: Representative cross sectional survey. **BMJ** 2009; 338: b155. 16
- Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: **Results of the CARD study**. *J Affect Disord* 2010; 121:136-42
- Dağdeviren T, Demir N, Adahan D, Dağdeviren M ve Tekin, O. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinde bakım yükü. **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care**, 2020;14(2), 186-195.
- Daşbaşı S. 65 Yaş Üstü Bireylerin Aile İçi Yaşlı İstismarı Konusundaki Değerlendirmeleri. Doktora Tezi. **T.C. Hacettepe Üniversitesi** 2014, s47-56
- Diniz M A A, Melo B R D S, Neri K H, Casemiro F G, Figueiredo L C, Gaioli C C L D O and Gratao A C M. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. **Ciencia & Saude Coletiva**, 2018;23, 3789-3798
- Doğru T. Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların yakınlarının bakım yükü ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. **T.C. Sakarya Üniversitesi**. 2019
- Dong X, Simon MA, Gorbien M. Elder abuse and neglect in an urban Chinese population. **J Elder Abuse Negl** 2007; 19: 79–96.
- Dos Santos G D, Forlenza O V, Ladeira RB, Aprahamian I, Almeida JG, Lafer B ve Nunes PV. Caregiver burden in older adults with bipolar disorder: relationship to functionality and neuropsychiatric symptoms. **Psychogeriatrics**. 2017; 17(5), 317–323
- Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 2012; 3(1): 3-38.
- Erden Ş ve Boz H. Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 2018; 71(3), 100-105.
- Erkal S, Şahin H. Yaşlıların istismar ve ihmale uğrama durumlarının Hwalek-Sengstock yaşlı istismarı tarama testi ile değerlendirilmesi. **Türk Geriatri Dergisi**, 2018; 21(1), 16-24.
- Fadıloğlu Ç, Şenuzun A F. Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. **Ege Tıp Dergisi**. 2012: 51; Ek Sayı: 69-77
- Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett D A, vd. Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990-2013: The GBD 2013 study. **Neuroepidemiology**. 2015;45(3):161-176.
- Gainey RR, Payne BK. Caregiver burden, elder abuse and Alzheimer's disease: Testing the relationship. **Journal of Health and Human Services Administration** 2006; 245-259.
- Greenwood N, Mackenzie A. Informal caring for stroke survivors:metaethnographic review of qualitative literature. **Maturitas** 2010;66(3):268-276.

Grundy E. Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. **Ageing And Society** 2006;26:105-134

Güler Ç, Akın L. Temel Bilgiler 3. Cilt. **Hacettepe Üniversitesi**. 2012; s, 1528-1529-1530

Gök Metin Z., Karadas C., Balci C., ve Cankurtaran M. The perceived caregiver burden among Turkish family caregivers providing care for frail older adults. **Journal of Transcultural Nursing**, 2019; 30(3), 222–230.

Gürol A, Çapık C. Yaşlıya evde bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirildiği bir araştırma. **STED** 2014; 23(2): 65-72.

Hankey GJ. Nutrition and the risk of stroke. **Lancet Neurol** 2012; 11:66-81

Hwalek MA, Sengstock MC. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. **Journal of Applied Gerontology**, 1986; 5(2): 153-173.

İlhan F. Ankara ili yenimahalle ilçesi anadolu mahallesinde aile içi yaşlı istismarının saptanması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara: **Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı**; 2006.

İnci FH, Kartal A, Koştu N. İnmeli hastaya bakım verenlerin bakım yüküne yönelik kanıta dayalı uygulamalar. **Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi-Özel Konular**. 2017;3(1):46-51

İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergi** 2008; 11(4): 85-95.

Karakurt P, Kaşıkçı M. Examining a stroke case according to the living model. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2008;11(1):76-84.

Kasuya RT, Polgar-Bailey, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. **Postgraduate Medicine** 2000 108(7):119-123

Kavikondala S, Stewart S M, Ni M Y, Chan B H, Lee P. vd. Structure and validity of Family Harmony Scale: An instrument for measuring harmony. **Psychological Assessment**, 2016; 28(3), 307-318

Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R. Yaşlıda fiziksel, finansal örselenme ve ihmal edilme. **Türk Geriatri Dergisi**. 2004; 7(2): 57-61

Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Giray H, Karakuş N, Uçku R. Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. **International Psychogeriatrics**, 2007 19(4), 719- 731

Kıssal A, Beşer A. Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. **TAF Prev Med Bull**. 2009; 8(4): 357- 364

Kula Duman M, Ekşi H., Demirci İ. Aile Uyum Ölçeği'nin Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**. 2018; 19(1), 97-106

Kumar R, Kaur S, Reddemma K. Burden and coping strategies in caregivers of stroke survivors. **J Neurol Neurosci**. 2015; 1:1–5

- Kumral K, Kumral E. Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları, İnme Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. **Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları** No: 72, 1993;2:9-10
- Kunkle R, Chaperon C, Hanna KM. Formal Caregiver Burden İn Nursing Homes. A concept analysis. **Journal of Gerontological Nursing**, 2020;46(9)19-24
- Kuzeyli Yıldırım Y. Yaşlı istismarı ve önlenmesi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, 2005; 21(1), 167-174
- Küçükdeveci A A, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the Modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. **Scand J Rehab Med** 2000; 32: 87–92.
- Lee M, Kolomer SR. Caregiver burden, dementia, and elder abuse in South Korea. **J Elder Abuse Negl** 2005;17: 61-74
- Lee, M. Caregiver stress and elder abuse among Korean family caregivers of older adults with disabilities. **Journal of Family Violence**, 2008; 23(8), 707-712.
- Limpawattana P, Theeranut A., Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K., ve Pimporm J. Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: A cross-sectional study. **Journal of Community Health**, 2013; 38(1), 40–45
- Mashayekhi F, Pilevarzadeh M ve Rafati F. The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients. **Materia socio-medica**, 2015; 27(5), 333
- McClennen J, AM Keys ve ML Dugan-Day. "Social work and domestic violence." Theories, assessment and intervention. **Springer Publishing Company** (2010).
- Mercier E. Jones A. Brousseau A. Characteristics of emergency department visits by community-dwelling older adults who screened positive for elder abuse during home care assessments. **CJEM**. 2020; 21: s11,12
- Midi İ, Afşar N. İnme risk faktörleri. **Klinik Gelişim**. 2010;10(1):1-14.
- Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F. ve Kars Fertelli, T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. **DEUHYO ED**, 2011; 4(3), 125-130
- National Research Council (US) Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect; Bonnie RJ, Wallace RB, editors. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. Washington (DC): **National Academies Press** (US); 2003. II,
- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L. Interstroke investigators Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. **Lancet**. 2010;376(9735):112
- Ogunlana M O, Dada O O, Oyewo O S, Odole A C, ve Ogunsan M O. Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. **Hong Kong Physiotherapy Journal**, 2014; 32(1), 6-12
- Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. **Int J Nurs Stud** 2006; 43: 203–14
- Or R., ve Kartal, A. Influence of caregiver burden on well-being of family member

caregivers of older adults. *Psychogeriatrics*, 2019; 19(5), 482–490

Orak O S. ve Sezgin S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemsireliği Dergisi*, 2015; 6(1)-33-39

Özcan Keser N, Boyacıoğlu N E ve Sertçelik E. Reciprocal abuse: Elder neglect and abuse by primary caregivers and caregiver burden and abuse in Turkey. *Archives of psychiatric nursing*, 2017; 31(2), 177-182.

Özçakar N, Ergöner A T, Kartal M, ve Baydur H. Adaptation, reliability, and validity study of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS/EAST): a Turkish version. *Turkish journal of medical sciences*, 2017; 47(6), 1894-1902.

Özer N. Yaşlı bireylerde depresyon istismar ve ihmalin değerlendirilmesi. Yüksek lisanas tezi hemşirelik anabilim dalı. *Türkiye Cumhuriyeti Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* 2013

Özmete, E. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016; 17

Papastavrou E, Charalambous A., Tsangari H ve Karayiannis G. The burdensome and depressive experience of caring: what cancer, schizophrenia, and Alzheimer's disease caregivers have in common. *Cancer nursing*, 2012 35(3), 187-194

Perez Carceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Perez Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in south eastern Spain: the extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49: 132–7

Salama R ve El Soud F A A. Caregiver burden from caring for impaired elderly: a cross-sectional study in rural Lower Egypt. *Italian Journal of Public Health*, 2012; 9(4),1-10

Sarıkaya H, Ferro J, Arnold M. Stroke prevention medical and lifestyle measures. *European Neurology*. 2015

Schure LM, Van Den Heuvel ETP, Stewart RE, Sanderman R, Witte De LP, Meyboom-De Jong B. Beyond stroke: description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling* 2006; 62(1):46-55.

Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 7(1): 1-9.

Seyitoğlu Çelik D. T.C. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Malatya ili Battalgazi ilçesinde, 65 yaş ve üzeri yaşlılarda istismar, depresyon, başarılı yaşlanma durumlarının saptanması ve etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı* 2019.

Sezer Ö, Ataş C A, Dağdeviren N. The Prevalence and Associated Factors of Elderly Abuse: A Cross-Sectional Study. *Konuralp Medical Journal*, 2021; 13(3), 570-575.

Şahin Z.A, Ergüney E. Determining reactions and anger expressions of family members giving care for receiving chemotherapy. *Chemotherapy: Open Access*, 2015 4(2), 1-6.

Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. **HEAD** 2012; 9 (3): 22-29

Tel H, Demirkol D, Kara S. ve Aydın D. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. **Türk Toraks Dergisi**, 2012; 13(3),87-92

T.C. Sağlık Bakanlığı, HSGM, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı.2018

Tosun A S, Doğan S, Kartın P T, Zincir H. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2015;18, 9-16

Türk Dil Kurumu **Büyük Türkçe Sözlük**. (Erişim 20 Mayıs 2022). <http://tdkterimgovtr/bts/>.

Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye ölüm nedenleri istatistikleri. (Erişim tarihi 02.06.2022) <http://www.tuik.gov.tr> **TÜİK** 2017

TÜİK Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, Genel Nüfus Sayımları. (Erişim tarihi 02.06.2022) <http://www.tuik.gov.tr>, **TÜİK** 2017

Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye'de yaş gruplarına göre nüfus oranı. <http://www.tuik.gov.tr> **TÜİK** 2020

Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye'de istatistiklerle yaşlılar. <http://www.tuik.gov.tr> **TÜİK** 2021

United Nations Economic and Social Council: The Report on World Population Monitoring, Focusing on Population Distribution, Urbanization, Internal Migration and Development. E/CN.9/2008/3. **New York: United Nations**. 2008: 1-30.

Vaidyanathan S, Rupesh E, Subramanyam A A, Trivedi S, Pinto C, ve Kamath R. Disability and caregiver burden: Relation to elder abuse. **Journal of Geriatric Mental Health**, 2018; 5(1), 30.

Wang B, Dong X. Incidence of Elder Abuse in a U.S. Chinese Population: findings from the longitudinal cohort PINE Study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. 2017;72: 95,101

World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva, Switzerland: WHO Press.

World Health Organization. World report on ageing and health. İnternet adresi:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1, 2015; (Erişim tarihi 29.05.2022)

World Health Organization. HelpAge International: Older people in disasters and humanitarian crises: Guidelines for best practice.2016

World Health Organization_(2017) Elder abuse fact sheet, Global past year prevalence, İnternet adresi: <http://apps.who.int/violence-info/elder-abuse> (erişim tarihi: 2.06.2022)

Yan E, Kwok T. Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: an inquiry into the role of caregiver burden. **International journal of geriatric psychiatry**, 2011; 26(5): 527-535

Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekeş S B, Inan E, Çakır U, Bosgelmez Ş ve Turgut C. Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. **Nöro Psikiyatri Arşivi**, 2016; 53(2), 96-101

Yeşil P, Taşcı S, ve Öztunç G. Yaşlı istismarı ve ihmali. **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**. 2016 6(2):128-134

Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, vd. Elder abuse prevalence in community settings: a sistematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health**. 2017;5:147–156.

Yon Y, Ramiro-Gonzales M, Mikton CR, vd. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a sistematic review and meta-analysis. **Eur J Public Health**. 2019; 29:58–67.

Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and The Burden Interview. Gerontology Center, **Pennsylvania State University**, USA, 1980.

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

Ek. 1 Hasta Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşı

2. Cinsiyeti

1) Kadın

2) Erkek

3. Eğitim durumu

1) Okur-yazar değil 4) Ortaokul

2) Okur – yazar 5) Lise

3) İlkokul 6) Üniversite

4. Medeni durumu

1) Evli

2) Hiç evlenmemiş

3) Boşanmış

4) Dul

5. Gelir durumu

1) Çok kötü

2) Kötü

3) İyi

4) Çok iyi

6. Sosyal güvencesi varmı?

1) Var

2) Yok

7. Çocuk sayısı.....

8. Ne zaman inme tanısı konmuş.....yıl/.....ay

9. İnme tanısına eşlik eden başka bir kronik hastalık var mı? Varsa nedir?

1) Demans

2) Kalp damar hastalığı

3) Diyabet

4) KOAH

5) Diğer.....

10. İnme sonrası bedenin hangi bölgesinin zarar gördüğü?.....

Ek. 2 Barthel İndeksi

1. Beslenme:

10=Bağımsız. Her gereci kullanıyor. Normal sürede besleniyor

5=Yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

2. Banyo:

5=Yardımsız

0=Düşük performans

3. Tuvalet:

10=Yüzünü yıkıyor, saçını tarıyor, dişini fırçalıyor, tıraş oluyor

0=Düşük performans

4. Giyinme:

10=Bağımsız: ayakkabısını bağlıyor, kemerini bağlıyor

5=Yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

5. Defekasyon:

10=Kaçırmıyor, gerekirse fitil veya lavman yapabiliyor

5=Arada sırada kaçırıyor, fitil için yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

6. İdrar:

10=İnkontinans yok, idrar toplayıcı önlemleri kendisi alabiliyor

5=Arasıra inkontinent, idrar toplamak için yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

7. Tuvalet transferi:

10=Yatakta veya tuvalete gitmekte bağımsız

5=Tualete oturmakta dengesiz, hazırlanmakta ve tuvalet malzemelerini kullanmakta Yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

8. Yatak/koltuk transferi :

15=Bağımsız, tekerlekli sandalye kullanıyorsa frenleri kendisi kullanıyor

10=Minimum destek veya supervizyon

5=Oturabiliyor, fakat transfer için max destek gerekli

0=Düşük performans

9. Yürüme :

15=50 adım bağımsız yürüyebilir. destek aygıtları kullanabilir

10=50 adım yürümede yardıma ihtiyacı var. Tekerlekli deambulator kullanabilir.

5=Yürüyemiyorsa tekerlekli sandalyede bağımsız

0=Düşük performans

10. Merdiven çıkma :

10=Bağımsız, destek aygıt kullanabilir

5=Yardıma ihtiyacı var

0=Düşük performans

Ek. 3 Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

	EVET	HAYIR
1. Sizinle zaman geçiren, sizi alışverişe ya da doktora götüren birisi var mı?		
2. Sık sık üzgün ya da yalnız mısınız?		
3. Kendi ilaçlarınızı kendiniz alabiliyor musunuz, kendinize yetebiliyor musunuz?		
4. Yaşamınız hakkında kararları kim verir? Örneğin, nasıl ve nerede yaşamınız gerektiği gibi		
5. Ailenizde birisi siz hasta olmadığınızı bildiğiniz halde size hasta olduğunuzu ve yatakta kalmanız gerektiğini söyler mi?		
6. Sizi yapmak istemediğiniz şeyleri yapmaya zorlayan herhangi birisi var mı?		
7. Herhangi birisi sizin izniniz olmadan size ait olan şeyleri alır mı		
8. Son zamanlarda size yakın herhangi birisi size kötülük yapmayı veya zarar vermeyi denedi mi?		
9. Ailenizde herhangi birisinden rahatsızlık hissediyor musunuz?		
10. Kimsenin sizi çevresinde istemediğini düşünüyor musunuz?		
11. Ailenizde herhangi birisi fazla alkol içer mi?		
12. Ailenizdeki insanların çoğuna güvenir misiniz?		
13. Herhangi birisi size, sizin onlara rahatsızlık/zahmet verdiğinizi söylüyor mu?		
14. Evde yeterli mahremiyete/gizliliğe sahip misiniz?		

Ek. 4 Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1) Okur-yazar değil
 - 2) Okur- yazar
 - 3) İlkokul
 - 4) Ortaokul
 - 5) Lise
 - 6) Üniversite
4. Medeni durumunuz nedir?
 - 1) Bekar 2) Evli
5. Mesleğiniz nedir?
 - 1) İşçi
 - 2) Memur
 - 3) Emekli
 - 4) Serbest meslek
 - 5) Ev hanımı
 - 6) Diğer.....
6. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Var 2) Yok
7. Ekonomik durumunuzu nasıl ifade edersiniz?
 - 1) Çok kötü
 - 2) Kötü
 - 3) İyi
 - 4) Çok iyi
8. Çocuk sayısı
9. Kronik bir hastalığınız var mı? 1) Var 2) Yok
10. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
11. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
12. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka birileri var mı?.....
13. Bakım verdiğiniz hasta ile yakınlık dereceniz nedir?
 - 1) Oğlu
 - 2) Kızı
 - 3) Eşi
 - 4) Diğer.....
14. Ne zamandan beri hastaya bakım veriyorsunuz?.....yıl/.....ay/.....
15. Bakım verdiğiniz kişiyle önceki ilişkinizi tanımlamak isterseniz nasıl tanımlarsınız?
 - 1) İyi
 - 2) Çok iyi
 - 3) Kötü
 - 4) Çok kötü
16. Bakım verdiğiniz kişiyle şuan ki ilişkinizi tanımlamak isterseniz nasıl tanımlarsınız?
 - 1) İyi
 - 2) Çok iyi
 - 3) Kötü
 - 4) Çok kötü
17. Bakım verirken size yardımcı olan birileri var mı?
 - 1) Var
 - 2) Yok
18. Bakım verirken kendinizi çaresiz hissettiğiniz oluyor mu?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
19. Bakım verirken sizi en çok zorlayan durumlar nelerdir?

Ek. 5 Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel yaşamınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Ek. 6 Aile Uyum Ölçeği Kısa Formu

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım,	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Ailemle gurur duyuyorum.					
2. Aile üyeleri birbirine uyum sağlar.					
3. Ailemin günlük etkileşimleri barışçıldır (huzur doludur).					
4. Ailem uyumludur.					
5. Bütün aile üyeleri üzerine düşen işlevleri çok iyi yerine getirir.					

Ek. 7 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzini

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/08/2019-E.54305



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :60116787-020/54305
Konu :Başvurumuz hk.

07/08/2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

İlgi :01.08.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğumuz "İmmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşlı istismar riski arasındaki ilişki" konulu çalışmamız 06.08.2019 tarih ve 14 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek. 8 Denizli İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ile Hemşire Yasemin KARGI KEVEN arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Denizli Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: "İnme/İnme hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yöklü ve Yaşlı İstismarı Arasındaki İlişki"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Hemşire Yasemin KARGI KEVEN

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında İken Denizli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personeline de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayımlanmaz halde getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitaplık** halinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayımlanmaz vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözlü ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması ve Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyeti Yönetmeliği çerçevesinde ve kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak kullanılması gerekmektedir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütüleceği kurumumuzda 6 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** 21 Eylül 2021 / **Bitiş** 21 Eylül 2022
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokollü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Denizli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranışlığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Denizli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Ek. 9 Ölçek Kullanım İzinleri

Gönderen: Emine Özmete <
Gönderildi: 6 Haziran 2022 Pazartesi 12:22
Kime: ›
Konu: Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

Merhaba,
Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Türkçe Formunu çalışmanızda referans göstererek kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar ve başarılar dilerim.

Prof.Dr. Emine Özmete

← Re: Barthel İndeksi Kullanım İzni Hakkında



Ayşe Küçükdeveci <
Kime: Siz

İntisi

Sayın Yasemin Kargı,

Türkçe adaptasyon ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığımız
Modifiye Barthel İndeksini tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte
ölçeği ve ilgili makalemizi yolluyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı İbni Sina Hastanesi, Kat
4, Samanpazarı, 06100 Ankara