



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELER İÇİN YAŞLI İSTİSMARINI
TANILAMA ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ**

Oğuzhan TİRYAKİ

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

18.05.2025
Oğuzhan Tiryaki

İthaf

Doktora tezimi, hayatıma anlam katan canım kızım Azra Aden'e, her zaman yanımda olan sevgili eşim Elif Tiryaki'ye ve destekleriyle beni bugünlere getiren aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim sürecinde tanışma fırsatı bulduğum, bilgi ve birikimiyle bu çalışmanın her aşamasında rehberlik eden, akademik gelişimime değerli katkılar sunan danışmanım Sayın Prof. Dr. Birs el Canan DEMİRBAĞ'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Kendisinin yol göstericiliği ve özverili tutumu, bu tezin tamamlanmasında önemli bir rol oynamıştır.

Tez izleme komitemde yer alan ve bilimsel katkılarıyla çalışmamın gelişimini destekleyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayten TURAN KURTARAN'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Havva KARADENİZ'e, yapıcı eleştirileri, önerileri ve yönlendirmeleri için teşekkür ederim.

Zorlu ve yoğun geçen bu süreçte manevi desteğini her daim yanımda hissettiğim, sabrı ve sevgisiyle beni daima motive eden değerli eşim Elif TİRYAKİ'ye ve henüz dünyaya gelen canım kızım Azra Aden'e sonsuz teşekkür ederim. Onların varlığı, bu yolculuğu anlamlı kılmıştır.

Yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince akademik ve idari anlamda desteklerini esirgemeyen Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'na ve kıymetli öğretim üyelerine şükranlarımı sunarım.

Çalışmamın saha uygulama sürecine katılarak değerli katkılar sunan tüm hemşirelere, görüş ve deneyimlerini benimle paylaşarak verilerin toplanmasına ve sürecin sağlıklı şekilde yürütülmesine destek olan tüm sağlık profesyonellerine en içten teşekkürlerimi sunarım.

Her koşulda yanımda olan, sevgileri ve destekleriyle bana güç veren aileme ise en derin minnet duygularımı ifade etmek isterim. Onların varlığı, bu süreci başarıyla tamamlamamda en büyük dayanağım olmuştur.

Oğuzhan Tiryaki

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

3

2.1. Yaşlılık Tanımı

3

2.2. Yaşlı İstismarı Tanımı ve Sağlık Etkileri

5

2.3. Yaşlı İstismarı Nedenleri

6

2.4. Yaşlı İstismarı Risk Faktörleri

7

2.5. Yaşlı İstismarı Türleri ve Klinik Belirtileri

8

2.5.1. Fiziksel İstismar

8

2.5.2. Duygusal/Psikolojik İstismar

9

2.5.3. Cinsel İstismar

9

2.5.4. Ekonomik İstismar

9

2.5.5. İhmal

9

2.6. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı İstismarı Yaygınlığı

10

2.7. Yaşlı İstismarından Korunma

12

2.7.1. Birincil Korunma

12

2.7.2. İkincil Korunma

12

2.7.3. Üçüncül Korunma

13

2.8. Yaşlı İstismarını Önleme Çalışmaları

13

2.8.1. Eğitim Programları ve Bakıcı Müdahaleleri

14

2.8.2. Yasal Düzenlemeler	14
2.8.3. Multidisipliner Ekipler	14
2.8.4. Toplumsal Farkındalık Kampanyaları	15
2.8.5. Para Yönetimi Programları	15
2.8.6. Yardım Hatları	15
2.8.7. Uluslararası İş Birliği ve Politika Önerileri	15
2.9. Yaşlı İstismarında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	16
2.10. Yaşlı İstismarını Tanılama	17
2.11. Yaşlı İstismarını Tanılamada Kullanılan Teoriler	18
2.12. Yaşlı İstismarını Tanılamada Hemşirelik Kuramları	20
2.12.1. Kavramsal Çatı: Hemşirelik Etkileşim Kuramı Temelinde Yaşlı İstismarı	21
2.13. Türkiye’de Yaşlı İstismarının Rapor Edilmesine İlişkin Mevzuat	24
2.13.1. İhbar ve Raporlama Yükümlülüğü	25
2.14. Dünyada Yaşlı İstismarı ve İhmalinde Kullanılan Ölçekler	26
2.15. Türkiye’de Yaşlı İstismarını Tanılamada Kullanılan Ölçekler	28
2.16. Ölçek Geliştirme ve Aşamaları	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Dışlanma Kriterleri	34
3.5. Veri Toplama Araçları	35
3.5.1. Kişisel Bilgi Formları	35
3.5.2. Taslak Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği	35
3.6. Veri Toplama Süreci	36
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	39
4. BULGULAR	40
4.1. HİYİTÖ’nin Geçerlik Bulguları	40
4.1.1. HİYİTÖ’nün Yüzey Geçerliği	40
4.1.2. HİYİTÖ’nün Kapsam Geçerliği	41
4.1.3. HİYİTÖ’nün Pilot Uygulaması	43

4.1.4. HİYİTÖ'nün Gözlemciler Arası Uyum Analizi	44
4.1.5. HİYİTÖ Maddelerinin Normal Dağılım Analizleri	45
4.1.6. HİYİTÖ'nün Yapı Geçerliği	46
4.1.6.1. HİYİTÖ'nün Açıklayıcı Faktör Analizi	46
4.1.6.2. HİYİTÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi	50
4.2. HİYİTÖ'nün Güvenirlik ve Madde Analizi Sonuçları	55
4.2.1. HİYİTÖ'nün Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi	58
4.2.2. HİYİTÖ'nün Ayırt Edicilik Testi Sonuçları	59
4.2.3. HİYİTÖ'nün Toplanabilirlik Varsayımı	60
4.3. HİYİTÖ'nün Son Yapısı ve Hesaplanması	61
4.3.1. HİYİTÖ'nün Puanlama Sistemi	62
4.4. HİYİTÖ'nün Saha Raporu Verilerinin İstatistiksel Analizi	62
4.4.1. HİYİTÖ'nün Saha Raporu–Artvin	63
4.4.2. HİYİTÖ'nün Saha Raporu–Trabzon	68
5. TARTIŞMA	73
5.1. HİYİTÖ Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	73
5.2. HİYİTÖ Saha Raporlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	82
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	85
7. KAYNAKLAR	87
EKLER	102
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	103
EK 2. Taslak Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği	105
EK 3. Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (Nihai Form)	108
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	110
EK 5. Etik Kurul Onayı	111
EK 6. Kurum İzinleri	114
ÖZGEÇMİŞ	119

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerdeki hemşire sayıları	35
Tablo 2. HİYİTÖ'yü geliştirme aşamaları ve veri toplama süreci	37
Tablo 3. HİYİTÖ'nün geliştirilmesinde kullanılan testler ve yöntemler	38
Tablo 4. HİYİTÖ'nün kapsam ve dil geçerliği için cevap alınan uzmanların unvanlarına göre dağılımı	42
Tablo 5. KGÖ'nün minimum/kritik değerleri	43
Tablo 6. HİYİTÖ'nün ön test sonucu iç tutarlılık Cronbach's alpha değeri	44
Tablo 7. Kendall's W iyi uyum düzeyleri	44
Tablo 8. HİYİTÖ'nün gözlemciler arası uyum analizi	44
Tablo 9. HİYİTÖ maddelerine ilişkin Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri	45
Tablo 10. HİYİTÖ'nün KMO ve Bartlett's Testi sonuçları	47
Tablo 11. HİYİTÖ'nün alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yükleri analiz sonuçları	48
Tablo 12. HİYİTÖ'nün KMO ve Bartlett's Testi sonuçları	49
Tablo 13. HİYİTÖ'nün DFA indeks değerleri	53
Tablo 14. HİYİTÖ'nün DFA faktör yükleri	54
Tablo 15. HİYİTÖ'nün güvenirlik katsayıları analizleri	56
Tablo 16. HİYİTÖ'nün AFA ve DFA örneklemelerindeki madde analizi sonuçları	57
Tablo 17. HİYİTÖ genel puanı ve alt boyutları arasında korelasyon analizi	59
Tablo 18. HİYİTÖ'nün puanlarının alt-üst %27 gruplarına göre farklılaşma durum	60
Tablo 19. HİYİTÖ'nün toplanabilirlik varsayımı için Tukey'in Eklememezlik Testi sonuçları	61
Tablo 20. HİYİTÖ toplam ve alt boyut puanlarının minimum ve maksimum değerleri	62
Tablo 21. HİYİTÖ'nün normal dağılım tablosu	63
Tablo 22. HİYİTÖ'nün istismar tanılama puanlarının hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumu (Artvin)	65
Tablo 23. HİYİTÖ'nün istismar tanılama puan ortalamaları	67
Tablo 24. HİYİTÖ'nün istismar tanılama puanlarının hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumu (Trabzon)	70
Tablo 25. HİYİTÖ'nün istismar tanılama puan ortalamaları (Trabzon)	72

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Lawshe tekniğinde KGO hesaplama formülü	42
Şekil 2. HİYİTÖ'nün faktör saçılım grafiği	50
Şekil 3. HİYİTÖ'nün DFA'ya ilişkin diyagram	52



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	Adjusted Goodness-of-Fit-Index (Düzeltilmiş Uyum İyi-lik İndeksi)
AVE	Average Variance Extracted (Ortalama Açıklanan Varyans)
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CR	Composite Reliability (Yapı Güvenilirliği)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum İndeksi)
HIV/AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
HİYİTÖ	Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği
ICC	Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
KGI	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranları
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Testi
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
NFI	Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SRMR	Standardized- Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü)
TLI	Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)
X²/Sd	Düzeltilmiş Kikare İstatistiği

Formüller

$$[KGO = (Nu - N/2) / (N/2)]$$

ÖZET

Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Geliştirilmesi

Yaşlı istismarı, artan yaşlı nüfusla birlikte önemli bir küresel sağlık sorunu haline gelmiştir. Hemşirelerin yaşlı istismarını tanılamalarını desteklemek amacıyla yürütülen bu araştırmada, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma, metodolojik desende planlanmıştır. Etik kurul onayı (15.06.2023, Sayı: 2023/43) ve kurum izinleri alınmıştır. Ölçek maddeleri literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Uzman görüşü sonrası ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0.878 olarak saptanmıştır. Araştırmada açıklayıcı faktör analizi için Artvin ilinde 373 hemşireden, doğrulayıcı faktör analizi için ise Trabzon ilinde 334 hemşireden veri toplanmış, toplamda 707 hemşire çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (HIYİTÖ) taslak formu kullanılarak toplanmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde KMO değeri 0.861, Bartlett's testi sonucu $\chi^2=7109.368$ ($p<0.001$) bulunmuş, dört faktörlü bir yapı ile toplam varyansın %61.810'unun açıklandığı belirlenmiştir. Maddelerin faktör yükleri 0.643 ile 0.895 arasında değişmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde KMO değeri 0.929, Bartlett's testi sonucu $\chi^2=6429.759$ ($p<0.001$) bulunmuş, uyum indeksleri $\chi^2/sd=3.516$, CFI=0.858, GFI=0.869 ve NFI=0.886 düzeyinde tespit edilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde, açıklayıcı faktör analizi örnekleminde Cronbach's Alpha katsayısı 0.890, doğrulayıcı faktör analizi örnekleminde ise 0.944 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyon değerleri 0.552 ile 0.810 arasında değişmiş, tüm maddelerin ayırt edicilik gücü bağımsız gruplar t-testi ile değerlendirilmiş ve alt %27 ile üst %27 gruplar arasında anlamlı farklar bulunduğu ($p<0.001$) belirlenmiştir. Toplanabilirlik analizi kapsamında Tukey's Nonadditivity Test uygulanmış ve eklememezlik etkisinin anlamlı olmadığı ($p=0.488$) tespit edilmiştir. Bu durum ölçek maddelerinin toplam puan oluşturmak üzere toplanabilir olduğunu göstermektedir. Ayrıca, hemşirelerin yaş, eğitim düzeyi ve klinik deneyim süresi gibi sosyodemografik değişkenlerinin ölçek puanlarında anlamlı farklılık yarattığı saptanmıştır ($p<0.05$). Sonuç olarak, Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği'nin hemşirelerin yaşlı istismarını tanılamada kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Geçerlik, Güvenirlik, Ölçekler, Yaşlı istismarı

ABSTRACT

Development of the Elderly Abuse Diagnostic Scale for Nurses

Elder abuse has become a significant global public health issue with the increasing aging population. This study aimed to develop a valid and reliable measurement tool to support nurses in diagnosing elder abuse. The research was designed using a methodological approach. Ethical approval (15.06.2023, No: 2023/43) and institutional permissions were obtained. The scale items were developed based on a comprehensive literature review and expert opinions. Following expert review, the content validity index of the scale was determined to be 0.878. In the study, data were collected from 373 nurses in Artvin for exploratory factor analysis and 334 nurses in Trabzon for confirmatory factor analysis, resulting in a total sample size of 707 nurses. Data were gathered using a Personal Information Form and the draft version of the Elderly Abuse Diagnostic Scale for Nurses (EADSN). In the exploratory factor analysis, the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value was found to be 0.861, and Bartlett's test result was $\chi^2=7109.368$ ($p<0.001$). A four-factor structure explaining 61.810% of the total variance was identified, with factor loadings ranging between 0.643 and 0.895. In the confirmatory factor analysis, the KMO value was 0.929, Bartlett's test result was $\chi^2=6429.759$ ($p<0.001$), and model fit indices were determined as $\chi^2/df=3.516$, CFI=0.858, GFI=0.869, and NFI=0.886. Reliability analysis showed that Cronbach's alpha was 0.890 for the exploratory factor analysis sample and 0.944 for the confirmatory factor analysis sample. Item-total correlation coefficients ranged from 0.552 to 0.810. Discriminant validity was tested by independent samples t-tests, revealing significant differences between the lower 27% and upper 27% groups ($p<0.001$). Additionally, the Tukey's Nonadditivity Test indicated no significant nonadditivity effect ($p=0.488$), demonstrating that the items were suitable for summation to form a total score. Sociodemographic variables such as age, educational level, and clinical experience were found to significantly affect scale scores ($p<0.05$). In conclusion, the Elderly Abuse Diagnostic Scale for Nurses (EADSN) is a valid and reliable measurement tool that can be effectively used by nurses to diagnose elder abuse.

Keywords: Elder abuse, Nursing, Reliability, Scales, Validity

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlı istismarı, son yıllarda küresel çapta önemli ölçüde ilgi gören bir halk sağlığı sorunudur. Bu konu, sadece sağlık profesyonellerini değil, aynı zamanda politika yapıcıları ve toplum liderlerini de etkilemektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu (INPEA), yaşlı istismarını, bir güven ilişkisi içinde yaşlıya zarar veren veya stres yaratan tekil veya tekrarlayan uygunsuz davranışlar olarak tanımlamaktadır (1-3). Bu tanım, yaşlı bireylerin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren davranışları kapsamaktadır ve kültürel olarak kabul edilmeyen davranışlara maruz kalma şeklinde de genişletilebilmektedir (4).

Yaşlı istismarı, genellikle mağdurları sakatlık ve ölüm riski altına sokan, sağlık kaynaklarının kullanımını arttıran, az tanınan ve yeterince bildirilmeyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (5, 6). Maliyeti kesin olarak hesaplanamasa da yaşlı istismarının ekonomik yükünün yılda milyarlarca dolar olduğu tahmin edilmektedir. İstismar türleri arasında fiziksel, finansal-ekonomik, psikolojik-duygusal, cinsel istismar ve ihmal bulunmaktadır (7). Bu türler, yaşlıların güvendikleri veya bakımından sorumlu oldukları kişiler tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Örneğin, fiziksel istismar, yaşlıya fiziksel zarar verme veya acı çektirme şeklinde ortaya çıkarken, finansal istismar, yaşlının parasının veya malının yasal olmayan yollarla elde edilmesi şeklinde gerçekleşebilmektedir. Psikolojik istismar ise yaşlının duygusal ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi veya ona yönelik küçümseyici davranışlar şeklinde kendini gösterebilmektedir (8).

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, yaşlı istismarı ve ihmal vakalarının da artış göstermesi beklenmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun önümüzdeki yıllarda önemli oranda artacağı öngörülmektedir. DSÖ'ye göre, her 6 yaşlıdan biri yılda en az bir kez istismara uğramaktadır (1). Bu durum, yaşlı istismarına bağlı sağlık harcamalarını ve ilgili morbidite ve mortalite oranlarını arttıracaktır (9-11).

Bu artan ilgi ve ihtiyaç doğrultusunda, yaşlı istismarını tespit etme ve müdahale etme yöntemlerinin geliştirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Ancak, yapılan araştırmalar, yaşlı istismarının çoğunlukla sağlık çalışanları tarafından fark edilemediğini ya da raporlanmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca istismar vakalarının sadece yaklaşık %5'inin yetkililere bildirildiği belirtilmektedir (12, 13). Bu, morbidite ve mortalitenin

büyük bir kısmının, vakaların tespit edilememesi ve müdahale edilememesi nedeniyle ortaya çıktığını düşündürmektedir (12). Bunun temel nedenleri arasında; istismarın genellikle gizli ve kronik bir biçimde sürmesi, yaşlı bireyin konuşmaktan çekinmesi ya da istismarcının genellikle bakım veren olması gibi dinamikler yer almaktadır (14, 15). Ayrıca, yaşlı bireylerin sağlık problemlerinin istismarla karıştırılması ve istismarı işaret eden ipuçlarının göz ardı edilmesi de tespit sürecini zorlaştırmaktadır (5, 16).

Hemşireler, yaşlı bireylerle doğrudan ve sürekli iletişim halinde olmaları nedeniyle istismarı erken fark edebilecek en önemli sağlık profesyonellerindendir (6). Bu nedenle istismar belirtilerini tanıma, raporlama ve uygun müdahaleyi başlatma konusunda kritik bir rol üstlenmektedirler (8).

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin yaşlı istismarını etkin bir şekilde tanıyabilmeleri ve gereken müdahaleleri yapabilmeleri için güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı geliştirmektir. Hemşirelerin ihtiyaçlarına özel olarak tasarlanmış olan bu çalışma, yaşlı istismarını fiziksel, duygusal, ekonomik, cinsel, ihmal ve bakıcı yönleri olmak üzere altı boyutta ele almayı hedeflemektedir.

Orlando'nun Hemşire-Hasta Etkileşim Kuramı çerçevesinde yapılandırılan bu çalışma, hemşirenin yalnızca görünen belirtileri değil, hastanın ifade edemediği gereksinimleri de anlamasını esas almaktadır. Bu yaklaşım, istismarın sadece var olup olmadığını değil, nasıl bir müdahale gerektirdiğini de anlamaya imkân sunmaktadır (8). Bu ölçek, hemşirelerin yaşlı istismarını daha kolay tanılayıp müdahale etmelerini sağlayarak kötü muamelenin önlenmesine katkı sunmaktadır. Araştırma, Türkiye kültürüne uygun ölçeklerin geliştirilmesi konusundaki boşlukları doldurmayı amaçlamakta ve yaşlı istismarı konusunda farkındalığı artırmaktadır. Bu bağlamda, geliştirilen ölçeğin hemşireler için önemli bir kaynak oluşturması ve yaşlılara yönelik muamelelerin iyileştirilmesine katkıda bulunması hedeflenmektedir.

Araştırmada şu sorulara yanıt aranmaktadır:

- Geliştirilecek olan 'Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (HİYİTÖ)' geçerli bir ölçme aracı mıdır?
- Geliştirilecek olan HİYİTÖ güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Tanımı

Yaşlılık, insan yaşamının doğal bir evresi olarak tanımlanmaktadır ve genellikle 65 yaş ve üzeri kişiler için kullanılmaktadır. Bu dönemde bireyler, fiziksel, zihinsel ve sosyal değişimler yaşamaktadır (14). Yaşlılık döneminin başlıca özellikleri arasında fiziksel güç ve dayanıklılıkta azalma, hafıza ve diğer bilişsel fonksiyonlarda yavaşlama, sosyal rollerde ve ilişkilerde değişiklikler yer almaktadır (15). Ayrıca, bu dönemde bireyler genellikle emeklilik, torun sahibi olma gibi yeni yaşam durumlarıyla yüzleşmektedir. Bu özellikler bireyden bireye değişiklik göstermektedir ve herkes yaşlanma sürecini farklı şekillerde deneyimlemektedir (14, 16).

Yaşlılık genellikle üç ana kategoriye ayrılarak sınıflandırılmaktadır:

Erken Yaşlılık: Genellikle 65-74 yaş aralığını kapsamaktadır. Bu dönemde bireyler genelde daha aktif olup, sağlık sorunları nispeten daha azdır (17).

Orta Yaşlılık: 75-84 yaş aralığındaki bireyleri içermektedir. Bu evrede, fiziksel ve bilişsel işlevlerde daha belirgin azalmalar görülebilmekte ve sağlık problemleri daha yaygın hale gelmektedir (17).

İleri Yaşlılık: 85 yaş ve üzeri kişileri ifade etmektedir. Bu dönemde bireyler, genellikle ciddi sağlık sorunlarıyla ve azalan fiziksel ve bilişsel yeteneklerle karşı karşıya kalmaktadır (17).

Dünya genelinde yaşlı nüfusun durumu, giderek artan bir demografik değişimi yansıtmaktadır. 2020'de, 60 yaş ve üstü kişi sayısı, 5 yaşın altındaki çocuk sayısını geçmiş durumdadır. 2015-2050 yılları arasında, dünya nüfusunun %12'si olan yaşlı nüfusun oranı, %22'ye çıkacak şekilde neredeyse ikiye katlanacaktır. Yaşlıların yüzdesi Asya ülkelerinde %52'ye, gelişmiş ülkelerde ise %40'a ulaşacağı düşünülmektedir (17). Bu demografik değişim, yüksek gelirli ülkelerde başlamış olup, şimdi düşük ve orta gelirli ülkelerde en hızlı yaşlanma oranları görülmektedir. 2050 yılına kadar, 60 yaş ve üstü bireylerin %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (1, 17, 18).

Gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye'de bu büyümeden etkilenmektedir. Türkiye'nin nüfus yapısı, araştırmalara göre yaşlanan bir topluma geçiş dönemindedir. Türkiye nüfus araştırmalarında yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21.4 artarak 2023

yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi olduğu görülmektedir (10). Yaşlı nüfusun, toplam nüfusa oranı ise 2016 yılında %8.3'ten 2021 yılında %9.7'ye yükseldiği belirtilmektedir. Nüfus tahmin çalışmalarına bakıldığında ise Türkiye nüfusunun 2025 yılında %11.0'ının, 2030 yılında %12.9'unun ve 2040 yılında %16.3'ünün 65 ve üzerinde yaşa sahip olacağı öngörülmektedir (10). Yaşlı bağımlılık oranı ise 2021 yılında %14.3'iken 2025 yılında %16.4'e, 2030 yılında %19.6'ya, 2040 yılında ise %25.3'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2021 yılı için il bazında bakıldığında en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ilin Sinop (%20.1), Kastamonu (%19.2) ve Artvin (%17.8) olduğu görülmektedir (10, 11, 18).

Yaşlanma süreci, fiziksel ve zihinsel kapasitede azalma, hastalık riskinde artış ve en nihayetinde ölümle sonuçlanan hücresel ve moleküler hasarın birikimiyle ilişkilidir. Yaşlılık, sadece biyolojik bir süreç değil, aynı zamanda emeklilik, daha uygun konutlara taşınma ve arkadaş veya eş kaybı gibi yaşam geçişleriyle de ilişkilidir (17).

Yaşlanan küresel nüfus, dünya genelinde önemli zorlukları beraberinde getirmektedir (15). Özellikle, yaşlı nüfusun 2030 ve 2050 yıllarına kadar sürekli artacak olması, genç nesillere yönelik eğitim, istihdam ve diğer toplumsal hizmetlere yapılan yatırımların yanı sıra yaşlı nüfusa yönelik hizmetlerin de güçlendirilmesini zorunlu kılmaktadır (17).

Yaşlılıkla ilişkili yaygın sağlık sorunları arasında işitme kaybı, katarakt ve görme bozuklukları, sırt ve boyun ağrısı, osteoartrit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, depresyon ve demans bulunmaktadır (14). Yaş ilerledikçe, birden fazla sağlık sorunu yaşama olasılığı artmaktadır. Bu demografik değişim, toplumlar için hem zorluklar hem de fırsatlar sunmaktadır. Ancak, yaşlıların sağlıklı ve aktif kalabilmesi, toplumun ve sağlık sistemlerinin bu değişime uyum sağlama kabiliyetine bağlıdır (17, 19).

Yaşlanan küresel nüfusun artmasıyla birlikte yaşlı istismarının önemi de artmaktadır (1). Yaşlı yetişkinlerin sayısındaki artış, sağlık hizmetleri, emeklilik sistemleri, yaşam koşulları ve toplumsal yapılar üzerinde çeşitli etkiler yaratmakta; bu durum, yaşlı istismarının potansiyel risklerini de beraberinde getirmektedir (6, 9). Teknolojik ilerlemeler yaşam süresini uzatırken, bu uzayan yaşam süresi, yaşlı bireylerin maruz kaldığı istismar ve ihmal vakalarının daha sık görülmesine yol açabilmektedir. Bu durum, yaşlı istismarını önleme ve müdahale etme stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (13, 15) Yaşlı bireylerin korunması ve onlara yönelik istismarın

önlenmesi, genel toplumsal refah ve adaletin sağlanması için kritik bir unsur haline gelmektedir (15).

2.2. Yaşlı İstismarı Tanımı ve Sağlık Etkileri

Günümüzde tıp ve teknolojiadaki ilerlemeler, yaşam beklentisini arttırmış ve genel nüfus içindeki yaşlıların oranını yükseltmiştir (14). Yaşam kalitesindeki bu iyileşmeler, uzun ömürlülüğü artırırken yaşlılarla ilgili birçok psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan biri de yaşlı istismarıdır ve bu durum yaşlı bireylerin fiziksel ve duygusal refahını olumsuz yönde etkilemektedir (16).

Yaşlı istismarı hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ciddi bir sağlık ve sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılara yönelik istismar, son yirmi yılda giderek daha fazla ilgi gören, son derece ciddi, sosyal ve tıbbi bir konudur (20). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu (INPEA) Toronto Deklarasyonu'nda yaşlı istismarını; “güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulması” olarak tanımladığı görülmektedir (1, 2, 14). Ayrıca literatürdeki diğer yaşlı istismarı tanımları incelendiğinde; “yaşlı bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış” veya “belli bir zaman dilimi içerisinde bir yetişkin tarafından yaşlının o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması” gibi tanımlamaların mevcut olduğu görülmektedir (21, 22). Başka bir deyişle yaşlı istismarı, “mağdurları sakatlık ve ölüm riski altında bırakan, sağlık kaynaklarının kullanımının artmasına neden olan, az tanınan ve az bildirilen bir halk sağlığı sorunudur” (18, 21).

Yaşlı istismarı, yaşlı bireyler üzerinde ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Fiziksel yaralanmalar, kronik sağlık sorunları ve psikolojik travmalar, istismarın yaygın sonuçları arasındadır. Araştırmalar, istismara uğramış yaşlı bireylerin, uğramamış olanlara göre %300 daha yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olduğunu göstermektedir (4, 23). Bu durum, yaşlı istismarının sadece bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda sağlık hizmetleri üzerinde de önemli bir yük oluşturduğunu göstermektedir (24). İstismar sonucu oluşan sağlık sorunları, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve sağlık hizmetlerine olan bağımlılıklarını arttırmaktadır (4, 25).

Yaşlı istismarı sadece fiziksel ve psikolojik zararlarla sınırlı kalmamaktadır; aynı zamanda mali sömürü ve ekonomik kayıplarla da ilişkilidir (7). Yaşlı bireylerin mali kaynakları, dolandırıcılık, sahtekarlık ve hırsızlık gibi çeşitli yollarla kötüye

kullanılmaktadır. Özellikle bilişsel bozuklukları olan yaşlı bireyler, bu tür finansal istismara karşı daha savunmasızdır (25, 26). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, her yıl yaklaşık 36 milyar doların yaşlı istismarı ve mali sömürü nedeniyle kaybedildiğini ortaya koymaktadır. Bu kayıplar, yaşlı bireylerin mali güvenliğini tehdit etmekte ve ekonomik bağımsızlıklarını kaybetmelerine yol açmaktadır (27, 28).

2.3. Yaşlı İstismarı Nedenleri

Yaşlı istismarı, çok katmanlı ve kompleks nedenlerden kaynaklanan bir sorun olarak ifade edilmektedir. Genellikle bireysel, ilişkisel, toplumsal ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesiyle meydana gelmektedir (24). Bu faktörlerin her birinin yaşlı istismarını tetiklemedeki rolünü anlamak, bu soruna karşı etkili stratejiler geliştirmek için önem taşımaktadır (29).

Bireysel faktörler arasında, yaşlılarda demans veya diğer bilişsel bozukluklar gibi sağlık sorunları bulunmaktadır. Bu sağlık sorunları, bireylerin savunmasız hale gelmelerine ve günlük ihtiyaçlarını başkalarının yardımı olmadan karşılayamamalarına neden olmaktadır (19). Ayrıca hem mağdur hem de istismarcı açısından mevcut olan depresyon, anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklar, istismar olasılığını önemli ölçüde arttırmaktadır. Madde bağımlılığı, istismarcının öfke kontrolü ve şiddet eğilimlerini tetikleyerek, istismar riskini daha da yükseltmektedir (29, 30).

İlişkisel faktörler, aile içi şiddet geçmişini içermektedir. Aile içi şiddet geçmişi, şiddet davranışlarının nesilden nesile aktarılmasına zemin hazırlamaktadır. Yaşlıya bakım veren kişilerde görülen yüksek stres düzeyleri, özellikle bakım yükünün ağır olması ve yeterli destek sistemlerinin bulunmaması durumunda, sabırsızlık ve agresif davranışlara yol açmaktadır (30). Finansal bağımlılık da yaşlı bireyleri maddi çıkarlar için istismar edebilecek kişiler arasında yaygın bir motivasyon kaynağı olmaktadır (31).

Toplumsal ve kültürel faktörler, toplumda yaşlılara yönelik ayrımcı tutumlar ve stereotipleri içermektedir. Bu tür tutumlar, yaşlı bireylerin değersiz veya daha az saygı görmesi gerektiği yönünde yanlış bir algı yaratmaktadır (30). Ekonomik zorluklar, aileleri finansal olarak zor durumda bırakabilmekte ve bu da yaşlı bireylerin finansal istismarına yol açabilmektedir. Ayrıca, yetersiz toplumsal destek, sağlık hizmetlerinin kısıtlı olması veya erişilebilir yaşlı bakım hizmetlerinin eksikliği, aileleri ve bakım verenleri aşırı yük altında bırakarak, istismara zemin hazırlamaktadır (31, 32).

Çevresel faktörler arasında, konut ve yaşam koşulları önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlıların kötü veya güvensiz yaşam koşullarında yaşaması, onların daha savunmasız hale gelmesine ve istismar riskinin artmasına neden olmaktadır (5, 30). İzolasyon ve yalnızlık, yaşlıların dış dünyayla etkileşimlerini azaltmakta ve onları gözetimsiz bırakmaktadır; bu durum da onları potansiyel istismara daha açık hale getirmektedir (33).

Bu faktörlerin birleşimi, yaşlı istismarının çok katmanlı bir sorun olduğunu göstermekte ve etkili müdahalelerin aynı şekilde çok yönlü olmasını gerektirmektedir. Bu nedenle, yaşlı istismarını önlemek için bireysel, toplumsal ve politik düzeyde kapsamlı stratejilerin geliştirilmesi önem taşımaktadır (31, 33).

2.4. Yaşlı İstismarı Risk Faktörleri

Yaşlı istismarı, genellikle yaşlı bireylere yönelik fiziksel, duygusal veya cinsel şiddet; ihmal veya ekonomik suiistimal içeren eylemleri kapsamaktadır. Yaşlı bireyler, bakım verenler veya aile üyeleri tarafından zarar görebilmektedir (25). Bu terim ayrıca yaşlı kişilere yönelik saygısızlık ve onların özerkliklerinin veya haklarının ihlal edilmesini de içermektedir. Yaşlı istismarının yaşanmasını etkileyen çeşitli risk faktörleri mevcuttur (34).

Risk faktörleri genellikle bireysel, ilişkisel, topluluk ve toplumsal düzeylerde incelenmektedir. Bireysel düzeyde, işlevsel bağımsızlık kaybı, kötü fiziksel sağlık, bilişsel bozukluk, kötü ruh sağlığı ve düşük gelir gibi faktörler güçlü risk faktörleri olarak belirlenmektedir (25). İlişkisel düzeyde, failin mağdura yakınlığı, medeni durum ve mağdur-fail ilişkisinin dinamikleri risk faktörleri arasındadır. Topluluk düzeyinde, coğrafi konum ve toplumsal izolasyon gibi faktörler riski etkileyebilmektedir (23). Toplumsal düzeyde ise, yaşlanma ile ilgili olumsuz stereotipler ve kültürel normlar, yaşlı istismarının yaygınlaşmasına katkıda bulunabilmektedir (25, 34).

Risk faktörleri ayrıca yaşlıya bağlı ve bakıcıya bağlı risk faktörleri olarak ikiye de ayrılmaktadır. Yaşlıya bağlı risk faktörleri arasında; fiziksel ve zihinsel sağlık durumu, sosyal izolasyon ve ekonomik durum yer almaktadır. Yaşlı bireylerde gözlenen fiziksel kısıtlılıklar veya zihinsel durumlar, özellikle demans veya alzheimer gibi durumlar, istismar riskini arttırmaktadır (25). Bu sağlık sorunları, yaşlı bireylerin kendilerini savunma yeteneklerini azaltmakta ve onları daha savunmasız hale getirmektedir. Sosyal çevrelerinden izole olan yaşlı bireyler, sosyal destek eksikliği nedeniyle yardım alma imkanlarının kısıtlanması ve istismara daha açık hale gelmeleri nedeniyle risk altındadır

(23). Finansal olarak zayıf durumda olan yaşlı bireyler ise maddi destek sağlayan kişilere bağımlı hale gelmekte ve bu durum onları istismara daha açık hale getirmektedir (34).

Bakıcıya bağlı risk faktörleri arasında; psikolojik ve duygusal sorunlar, alkol veya madde bağımlılığı, ekonomik bağımlılık ve eğitim ve bilgi eksikliği bulunmaktadır (23, 34). Bakıcıların kendi psikolojik veya duygusal sorunları, özellikle stres, depresyon veya öfke kontrolü sorunları, istismar riskini arttırmakta ve agresif davranışlara yol açmaktadır (23). Alkol veya madde bağımlılığı, bakıcıların karar verme yeteneklerini etkilemekte ve istismar ihtimalini arttırmaktadır (35). Bakıcıların yaşlı bireylere ekonomik olarak bağımlı olmaları, onların kaynaklarını kontrol etmeye veya ele geçirmeye çalışmaları nedeniyle istismarın yaygın bir nedeni olmaktadır (34). Ayrıca, bakıcıların yeterli eğitime sahip olmamaları veya yaşlı bakımı konusunda yetersiz bilgiye sahip olmaları, yanlış bakım uygulamalarına ve istismara yol açmaktadır (24, 25, 36). Bu faktörler, yaşlı istismarını önleme stratejileri geliştirilirken dikkate alınması gereken önemli unsurlar olmaktadır. İstismarın önlenmesi hem yaşlı bireylerin hem de bakıcıların ihtiyaçlarını anlamak ve desteklemek için kapsamlı bir yaklaşım gerektirmektedir (16, 24).

2.5. Yaşlı İstismarı Türleri ve Klinik Belirtileri

Yaşlı istismarı, toplumda genellikle görmezden gelinen ve sessizce devam eden ciddi bir sorundur. Yaşlı istismarı birkaç farklı biçimde ortaya çıkmaktadır ve sağlık hizmetlerinde ciddi bir sorun teşkil etmektedir (35, 37). Yaşlı bireyler, fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik istismar veya ihmal gibi bir dizi zarar verici davranışa maruz kalmaktadır.

2.5.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, yaşlıların fiziksel zarar görmesi, şiddet görmesi veya zararlı müdahalelere maruz kalmasıdır (31). Bu tür istismar, morluklar, kesikler, yanıklar gibi fiziksel belirtilerle kendini göstermektedir. Sağlık profesyonelleri, yaraların nasıl oluştuğunu doğrudan sormakta ve yaralanma mekanizması ile tutarsız olan bulguları not etmektedir (33). Morlukların rengi güvenilir bir gösterge olmamakta; yaşlılarda belgelenmemiş travma olmaksızın kendiliğinden oluşabilmektedir. Baş, boyun ve üst kol yaralanmaları, fiziksel istismar kurbanlarında sık görülmekte, ancak düşmeler ve diğer travmalarla karıştırılmamalıdır (38). Uzun kemik kırıkları, özellikle yatağa bağlı hastalarda, fiziksel istismar olmaksızın da ortaya çıkabilmektedir. Ayak bilekleri ve

bilekler, kısıtlayıcıların kullanıldığını gösteren ezici alet sıyrıkları için incelenmelidir (31, 39).

2.5.2. Duygusal/Psikolojik İstismar

Duygusal veya psikolojik istismar, yaşlı kişinin tehdit edilmesi, aşağılanması veya sosyal izolasyon gibi duygusal zarar verici eylemlerle karakterize edilmektedir. Bu tür istismarın sonuçları, genellikle yaşlının depresyon veya anksiyete gibi duygusal sorunlar yaşaması şeklinde ortaya çıkmaktadır (19). Sözel veya psikolojik istismar, bakım verenin önünde soruları cevaplamaktan kaçınma, kurbanın güvenilir arkadaşlar ve aile üyeleri tarafından izole edilmesi gibi belirtilerle kendini göstermektedir (38, 40).

2.5.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, yaşlı bireylerin rızaları dışında cinsel eylemlere zorlanmalarıdır. Bu durum, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yanı sıra ciddi psikolojik travmaları da beraberinde getirebilmektedir (33, 38). Cinsel istismar, genital veya abdominal bölgede morluklar, kesikler ve yeni edinilmiş cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Sağlık profesyonelleri, cinsel aktivite veya zorlama hakkında doğrudan sorular sormaktadır (36). Geriatrik cinsel saldırıya maruz kalan yaşlı hastaların genellikle hiperaktif cinsel davranışlar gösterdiği veya bu tür bir saldırıyı hatırlamayabileceği unutulmamalıdır (40, 41).

2.5.4. Ekonomik/Maddi İstismar

Ekonomik veya maddi istismar, yaşlı bireylerin finansal kaynaklarının izinsiz kullanımı veya onlardan maddi çıkar sağlama eylemlerini içermektedir (31, 33). Banka hesaplarının izinsiz kullanılması, mülklerin usulsüz şekilde el değiştirmesi gibi durumlar bu kategori altında değerlendirilmektedir. Finansal istismar, yaşlı hastaların ilaçlarını alacak paralarının olmaması, tıbbi bakım masraflarını karşılayamaması gibi durumlarla ortaya çıkmaktadır (38). Bu tür durumlarda, sağlık profesyonelleri finansal sömürüyü değerlendirmek için hastayla veya güvenilir aile üyeleriyle doğrudan konuşmaktadır (40, 42).

2.5.5. İhmal

İhmal, yaşlı kişinin temel yaşam ihtiyaçlarının bilinçli olarak göz ardı edilmesidir. İhmal, yeterli beslenme, sağlık hizmetleri veya temizlik hizmetlerinin sağlanmaması şeklinde olabilmektedir (31, 33). Yaşlılarda ihmal, bası yaraları, yetersiz beslenme,

dehidrasyon, kötü hijyen ve tıbbi tedaviye uyumsuzluk gibi belirtilerle kendini göstermektedir (39). Sağlık profesyonelleri, hastanın cilt ve giyim durumunu değerlendirerek ihmal belirtilerini tespit etmektedir. Ayrıca, hastanın sağlık durumunu ve ilaç kullanımını izlemektedirler (38, 40).

Yaşlı istismarının çeşitli şekilleri, dikkatli klinik değerlendirme ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir (43). Hemşirelerin, yaşlı hastaların güvenliğini sağlamak için bu belirtileri dikkatle izlemeleri ve uygun müdahalelerde bulunmaları önemlidir. Hemşirelerin, yaşlı bireylerle doğrudan iletişim halinde oldukları için istismarı tespit etmede önemli bir rol oynayabilecekleri düşünülmektedir (41). Ayrıca yaşlı istismarının belirtilerini fark etmeleri ve gerekli müdahaleleri zamanında yapmaları, yaşlı bireylerin korunmasında kritik öneme sahiptir (40).

2.6. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı İstismarı Yaygınlığı

Yaşlı istismarı, dünya genelinde önemli bir sorun olup, yaşlı nüfusun büyük bir kısmını etkilemektedir. DSÖ’ye göre, 60 yaş ve üzerindeki bireylerin her altı kişisinden biri, her yıl bir tür istismara maruz kalmaktadır (1, 15). Farklı çalışma popülasyonları, ortamlar, tanımlar ve araştırma metodolojileri nedeniyle yaşlı istismarı prevalansı çeşitli araştırmalarda farklılık göstermektedir. Birçok yaşlı istismarı vakası fark edilmediği veya bildirilmediği için, yayınlanan çalışmaların gerçek prevalansı olduğundan düşük tahmin ettiği belirtilmektedir (35, 40, 44).

28 farklı ülkeden 44 çalışmayı kapsayan bir meta-analize göre, dünya genelinde topluluk ortamlarında yaşlı istismarı prevalansı %15.7 olarak tahmin edilmektedir (45). En yaygın alt tür psikolojik/duygusal istismar (%11.6) olup, bunu ekonomik istismar (%6.8), ihmal (%4.2), fiziksel istismar (%2.6) ve cinsel istismar (%0.9) izlemektedir. Coğrafi farklılıklar da gözlemlenmektedir; Asya’da prevalans %20.2 iken, Avrupa’da %15.4 ve Amerika’da %11.7 olarak tahmin edilmektedir (45).

Yaşlı istismarı türlerine göre farklılık göstermekte olup, çeşitli çalışmaların sentezi dünya genelinde önemli oranlarda istismar bildirmektedir (4, 13, 45-47). Fiziksel istismarın yıllık prevalans oranları %0.2 ile %4.9 arasında değişmektedir ve Hindistan ile Çin gibi bazı Asya ülkelerinde daha yüksek oranlar bildirilmektedir (48, 49). Cinsel istismarın yıllık prevalans oranları %0.04 ile %0.8 arasında değişmekte olup, bazı aykırı değerler daha yüksek oranlar bildirmektedir (45, 48). Ekonomik istismar ise yıllık prevalans oranları %1.0 ile %9.2 arasında değişmekte olup, en yüksek oranlar Nijerya ve

İsrail’de görülmektedir (45, 47). Duygusal veya psikolojik istismar, yıllık prevalans oranları %0.7 ile %27.3 arasında büyük bir varyasyon göstermektedir. İhmalin yıllık prevalans oranları ise %0.2 ile %5.5 arasında değişmektedir (4, 28, 47, 50).

Avrupa’da yaşlı kötü muamelesini önlemeye yönelik bir rapora göre, her yıl Avrupa Bölgesi’nde 60 yaş ve üzeri yaklaşık 4 milyon fiziksel, 1 milyon cinsel, 29 milyon psikolojik ve 6 milyon ekonomik istismar vakası yaşanmaktadır (1, 51). Ayrıca, yaşlı istismarı prevalansı ve risk faktörlerinin ülkelere ve kültürlere göre değiştiği sonucuna varılmıştır (15). Avrupa’nın yedi şehrinde (İtalya, Almanya, Yunanistan, Litvanya, Portekiz, İspanya, İsveç) yapılan kesitsel bir çalışmaya göre, yaşlı istismarı prevalans oranları ülkelere ve türlere göre farklılık göstermektedir (51). Almanya, Litvanya ve İsveç’te yaşayan yaşlıların daha yüksek prevalans oranlarıyla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu farklılıkların, ülkeler arasındaki farkındalık düzeyleri, kolektif yaşam olayları ve metodolojik nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (51).

Ho ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analize göre, batı dışı ülkelerde yaşayan yetişkinlerin, batı ülkelerinde yaşayanlara göre %10.1 daha fazla istismara maruz kalma olasılığı olduğu bildirilmiştir (Batı dışı ülkelerde %17.4 iken Batı ülkelerinde %7.3). Hiyerarşik aile yapısı ve saygı gösterme gibi kültürel beklentilerin, batı dışı ülkelerde istismar riskini arttırdığı önerilmektedir (52).

Çin’in altı farklı bölgesinde yaşayan 7.466 yetişkinin rastgele örneklemesine göre, katılımcıların %10’unun ebeveynlerinin önceki yıl boyunca birden fazla kez istismar yaşadığı bildirilmiştir. Ayrıca, mağdurların %40’ının geçen yıl iki veya daha fazla türde istismara maruz kaldığı sonucuna varılmıştır (48).

İran’da 2019 yılında yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz, yaşlı istismarı genel prevalansını %48.3 olarak göstermektedir: %11.6 fiziksel istismar, %26.7 psikolojik istismar, %26.7 ekonomik istismar ve %38.4 ihmal olarak tespit edildiği belirtilmektedir (47). Güney Afrika gibi bazı bölgelerde güvenilir veri bulunmamaktadır ve bunun çok kültürlü toplum, yoksulluk ve Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (HIV/AIDS) krizi gibi diğer sorunlar nedeniyle olduğu bildirilmektedir (47, 53, 54).

Türkiye’de de dünya genelinde olduğu gibi yaşlı nüfusun artması sosyo-kültürel ve ekonomik yapının değişmesi nedeniyle yaşlı sorunlarına son zamanlarda öncelik verilmektedir (7, 55, 56). Yakın zamanda yapılan bir sistematik derlemeye göre, Türkiye’deki yaşlı istismarı prevalans oranları %14.2 ile %70.9 arasında değişmektedir

(57). Çalışmada, yaşlı istismarının türlerine göre prevalans oranlarının; psikolojik istismar için %5.9 ile %78.0, fiziksel istismar için %1.3 ile %63.0, cinsel istismar için %0.3 ile %3.2, ekonomik istismar için %0.8 ile %33.3 ve ihmal için %5.3 ile %80.0 arasında değiştiği sonucuna varılmıştır (57).

Türkiye’de yaşlı istismarı risk faktörlerine bakıldığında; kadın olmak, 70 yaşın üzerinde olmak, düşük eğitim seviyesi, eş ve çocuklarla birlikte yaşamak, kötü aile ilişkileri, yalnızlık, yetersiz gelir, fiziksel engellilik ve bağımlılık gibi durumlar yaşlılar arasında istismar riskini artırmaktadır. Ayrıca, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerine bağımlılığın da yaşlı istismarı ile ilişkili olduğu sonucuna varılmaktadır (39, 58-60).

2.7. Yaşlı İstismarından Korunma

2.7.1. Birincil Koruma

Birincil koruma, bireylere ve ailelere çeşitli yaşam stresörlerine karşı daha etkin baş etme becerileri kazandırmayı hedeflemektedir. Yaşlı bireyin, ailesinin ve çevresinin değerlendirilmesi yapılmakta, risk oluşturan bir etken belirlenmişse bu etkenin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerde bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitim ve farkındalıklarının artırılması amaçlanmaktadır (4, 5, 38). Yaşlı bireylerin sosyal destek ağlarını genişletmek, sosyal ve toplumsal etkinliklere katılımlarını sağlamak konusunda cesaretlendirilmekte, ailelerin yaşlı bakımında destek sistemlerini belirlemesi, güçlü ve zayıf yönlerini analiz etmesi sağlanmaktadır (61). Kurum bakımı seçeneklerini belirlemek ve yaşlı bakımı konusunda bilgilendirmek önem arz etmektedir. Toplumsal önlemler kapsamında, yaşlılara yönelik hizmet programlarını arttırmak, aileler için gereksinim duyduklarında yaşlıya bakım verecek hizmet birimlerini oluşturmak ve hizmet birimlerine ulaşılabilirliği kolaylaştırmak gerekmektedir (4, 36, 38).

2.7.2. İkincil Koruma

İkincil koruma, erken dönemde istismara uğrayan yaşlı bireyleri bulmayı ve müdahale etmeyi kapsamaktadır. Riskli olan bireylerin istismar belirtileri yönünden izlenmesi, istismarı düşündürecek fiziksel, psikolojik, sosyal ve mali-ekonomik bulguların ayrıntılı olarak değerlendirilmesi yapılmaktadır. Yaşlının birlikte yaşadığı bireylerin tutumlarının analiz edilmesi ve fiziksel, mental ve fonksiyonel değerlendirmenin kapsamlı yapılması sağlanmaktadır (4, 38). Yaşlı bireyin ürkek bakışları, kaçamak yanıtları, karamsar ve depresif hallerinin ayrıntılı olarak araştırılması yapılmakta, yaşlı bireyin aile

üyelerinin şüpheli davranışları varsa, aşırı ilgili ve fazla koruyucu davranışlar gösteriliyorsa istismar açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşlı bireyin istismara uğradığından şüpheleniliyorsa, yaşlı bireyle yalnız görüşülmesi sağlanmalıdır (36, 38, 61).

2.7.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül korunma, istismara maruz kalmış yaşlı bireylerin ve ailelerinin yaşadıkları olumsuzlukların etkisini azaltmaya yönelik müdahaleleri kapsamaktadır (38). Bu aşamada, bireyin yeniden güven ve özsaygı geliştirmesi amacıyla hem fiziksel hem de psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinin bütüncül biçimde sunulması büyük önem taşımaktadır (18, 38). Yaşlı bireyin yaşam kalitesini yeniden inşa etmek adına fiziksel, mesleki ve konuşma terapileri ile desteklenmesi; günlük yaşam aktivitelerinde ve beslenme süreçlerinde yardımcı olunması gerekmektedir. Ek olarak, üçüncül koruma kapsamında grup temelli etkinlikler, bireysel psikososyal destek ve aile danışmanlığı öncelikli müdahaleler arasında yer almaktadır (4, 36). Bununla birlikte, güvenli yaşam alanlarının oluşturulması, çevresel düzenlemelerin yapılması ve yaşlı bireylere yönelik sürekli eğitim olanaklarının sağlanması da önerilen diğer uygulamalardandır (36, 38).

Yaşlı istismarı ve ihmali, insan hakları ihlali ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (3). Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının artmasıyla birlikte yaşlı istismarı ve ihmali de artış göstermektedir. Yaşlılarda, yaşlanmaya bağlı olarak biyolojik, psikolojik ve bilişsel yeti yitimine bağlı olarak yaşlıların istismarı ve ihmali tespiti ve müdahalesi zorlaşmaktadır (36). Yaşlı istismarı ve ihmali, yaşlıların bildirmemesi durumunda tespiti oldukça güç bir olgudur. Türkiye’de yaşlıların istismarı ve ihmali ile ilgili çalışmalar, çoğunlukla yaşlılar istismara veya ihmale uğradıktan sonra gerçekleşmektedir (7, 60). Yaşlı bireyler çoğunlukla en yakın çevreleri tarafından istismar ve ihmal edilmektedir. Toplumda bu soruna yönelik farkındalık yetersizdir; bu nedenle politika geliştirme, eğitim ve güvenlik gibi hizmetlerin sağlanması gereklidir (38). Birçok ülkede risk altındaki gruplara yönelik acil hizmetler sunulmaktadır. Yaşlı istismarının önlenmesi için bireysel, toplumsal ve hükümet düzeyinde risk ve koruyucu faktörlerin ele alınması gerekmektedir (1, 44, 59). Önleme stratejilerinin etkililiği değerlendirilmeli, farklı gruplarda nedenleri inceleyen araştırmalar yapılarak çözüm önerileri geliştirilmelidir.

2.8. Yaşlı İstismarını Önleme Çalışmaları

Bilimsel olarak titiz müdahale araştırmalarının sınırlı olmasına rağmen, yaşlı istismarını önlemeye yönelik umut verici stratejiler belirlenmiştir. Bu stratejiler arasında

eğitim programları, yasal düzenlemeler, multidisipliner ekipler ve toplumsal farkındalık kampanyaları bulunmaktadır (4).

2.8.1. Eğitim Programları ve Bakıcı Müdahaleleri

Eğitim programları ve bakıcı müdahaleleri, yaşlı istismarını önleme stratejileri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu yaklaşımlar hem bakıcıların hem de toplumun yaşlı istismarı konusunda bilinçlenmesini sağlamak ve yaşlı bireylerin daha güvenli ve destekleyici bir ortamda yaşamalarına yardımcı olmaktadır (1, 62).

Eğitim programları, bakıcıların yaşlı bireylere yönelik daha duyarlı ve bilinçli yaklaşımlar geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (3, 57). Bu programlar, istismar belirtilerinin tanınması, doğru müdahale yöntemlerinin öğrenilmesi ve etik bakım uygulamalarının benimsenmesi gibi konuları kapsamaktadır. Eğitimler, bakıcıların yaşlı bireylere yönelik davranışlarında olumlu değişiklikler yapmalarını sağlamaktadır. Bu sayede, bakıcılar yaşlı bireylerle olan ilişkilerinde daha bilinçli ve hassas yaklaşımlar sergileyebilmektedir (62).

Bakıcıların eğitimi ve destekleyici müdahaleler, bakım kalitesini artırarak yaşlı istismarını önlemede etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (62, 63). Eğitimler, olumlu ilişki geliştirmeyi desteklerken; destek grupları, bakıcıların karşılaştığı zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Bu stratejiler, yaşlıların yaşam kalitesini artırmakta ve istismar riskini azaltmaktadır (38).

2.8.2. Yasal Düzenlemeler

Yasal düzenlemeler, yaşlı bireylerin korunmasını güçlendirmekte ve istismarcılara karşı caydırıcı bir rol oynamaktadır. Bu düzenlemeler, yaşlı istismarını önlemeye yönelik politikaların ve uygulamaların hayata geçirilmesini sağlamaktadır (3, 62). Yasal çerçeveler, yaşlı bireylerin haklarını koruyarak, istismar vakalarının etkin bir şekilde takibini ve cezalandırılmasını mümkün kılmaktadır. Ayrıca, yaşlı istismarı konusunda yasal yaptırımların varlığı, potansiyel istismarcılar üzerinde caydırıcı bir etki yaratmaktadır (38, 64). Bu konuya “2.13. Türkiye’de Yaşlı İstismarının Rapor Edilmesine İlişkin Mevzuat” başlığında detaylıca değinilecektir.

2.8.3. Multidisipliner Ekipler

Multidisipliner ekipler, farklı uzmanlık alanlarından profesyonellerin bir araya gelerek yaşlı istismarına karşı koordineli bir şekilde mücadele etmelerini sağlamaktadır

(4). Bu ekipler, sağlık hizmeti sağlayıcıları, sosyal hizmet uzmanları, hukuk danışmanları ve mali danışmanlar gibi çeşitli profesyonellerden oluşmaktadır (3, 62). Multidisipliner yaklaşımlar, yaşlı istismarı vakalarının daha kapsamlı ve etkili bir şekilde ele alınmasını mümkün kılmaktadır. Ekiplerin ortak çalışmaları, yaşlı bireylere yönelik koruyucu ve önleyici hizmetlerin daha etkin bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır (65, 66).

2.8.4. Toplumsal Farkındalık Kampanyaları

Toplumsal farkındalık kampanyaları, toplum genelinde yaşlı istismarı konusunda farkındalığı arttırmakta ve ihbarların artmasını sağlamaktadır. Bu kampanyalar, yaşlı istismarının ne olduğu, belirtileri ve nasıl önlenebileceği konusunda bilgilendirici içerikler sunmaktadır (38). Toplumun her kesimine ulaşmayı hedefleyen kampanyalar, yaşlı istismarının toplumun ortak bir sorunu olduğunu vurgulamaktadır. Bu sayede, toplumda yaşlı istismarı konusunda duyarlılık artmakta ve istismar vakalarının bildirilmesi teşvik edilmektedir (4, 64, 67).

2.8.5. Para Yönetimi Programları

Para yönetimi programları, yaşlıların mali istismara uğramalarını önlemek için tasarlanmıştır. Bu programlar genellikle yaşlıların finansal işlemlerini yönetmelerine yardımcı olacak araçlar ve kaynaklar sunmaktadır. Mali danışmanlık, bütçe planlama ve finansal okuryazarlık eğitimi gibi hizmetler içerebilmektedir (38). Bu tür programlar, yaşlı bireylerin mali bağımsızlıklarını korumalarına ve dolandırıcılık veya kötüye kullanım gibi risklere karşı daha dirençli olmalarına yardımcı olmaktadır (4, 32, 36).

2.8.6. Yardım Hatları

Yardım hatları, yaşlı istismarı mağdurları için önemli bir kaynaktır. Bu hatlar, istismar mağdurlarının anonim olarak durumlarını bildirmelerine, destek ve rehberlik alabilmelerine olanak tanımaktadır (4). Ayrıca, acil durumlar için hızlı müdahale imkânı sağlamaktadırlar. Bu hatlar genellikle 24 saat hizmet vermekte olup, yaşlıların yanı sıra aile üyeleri, sosyal hizmet uzmanları ve diğer ilgilenen kişiler tarafından da kullanılabilir (3, 4). Örneğin Türkiye’de 183 Sosyal Destek veya 112 Acil Yardım Hattı üzerinden ihbarlar yapılabilmektedir.

2.8.7. Uluslararası İş birliği ve Politika Önerileri

Yaşlı istismarının önlenmesi ve mücadele edilmesi için uluslararası iş birliği önem arz etmektedir. DSÖ ve Birleşmiş Milletler (BM) gibi uluslararası kuruluşlar, yaşlı

istismarını önleme ve bu konuda farkındalık yaratma çalışmalarına öncülük etmektedir. Bu kuruluşlar, ülkeler arası iş birliğini teşvik etmekte ve en iyi uygulamaların paylaşılmasını sağlamaktadır. Ulusal düzeyde, yaşlı istismarına yönelik politika ve programların geliştirilmesi gerekmektedir (38). Bu politikalar, yaşlı bireylerin haklarını korumayı ve istismar riskini azaltmayı hedeflemelidir (1, 4, 32, 68).

Bu stratejiler, yaşlı istismarını önlemeye yönelik bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Eğitim programları, yasal düzenlemeler, multidisipliner ekipler ve toplumsal farkındalık kampanyaları, yaşlı bireylerin güvenliğini arttırmak ve istismarı önlemek için önemli adımlardır (36). Bu yaklaşımların etkili bir şekilde uygulanması, yaşlı istismarının azaltılmasına ve yaşlı bireylerin daha güvenli bir ortamda yaşamalarına katkı sağlamaktadır (62).

2.9. Yaşlı İstismarında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Hemşireler, yaşlı istismarını tespit etme, önleme ve müdahale etme konusunda kritik bir role sahip olmaktadır (59). Yaşlı istismarı, sağlık hizmetleri sırasında ortaya çıkabilmekte veya belirginleşebilmektedir. Bu nedenle hemşireler bu tür durumları fark edebilecek ve uygun adımlar atabilecek pozisyonda bulunmaktadır (69). Hemşirelerin yaşlı istismarında oldukça önemli olan bazı anahtar noktalar vardır. Bunlar;

Erken Tespit: Hemşireler, düzenli muayene ve ziyaretler sırasında yaşlı bireylerin fiziksel ve psikolojik durumlarını gözlemleyerek istismar belirtilerini erken tespit edebilmektedirler (59). İstismarın belirtileri arasında kötü kişisel hijyen, açıklanamayan yaralar veya morluklar, beslenme yetersizliği ve depresyon belirtileri yer almaktadır (4, 67). Hemşireler, alışılmadık yaralanmalar gördüklerinde dikkatli olmalı ve istismar veya kötü muamele olasılığını araştırmalıdır (65, 66).

Bilinçlendirme ve Eğitim: Hemşireler, yaşlıları ve ailelerini istismar konusunda eğitmekte ve bilinçlendirmektedirler. Bu, yaşlıların kendilerine daha iyi bakmalarını sağlamak için gerekli beceri ve kaynaklara erişimlerini kolaylaştırmaktadır (70). Ayrıca, hemşireler, yaşlı bireylerin haklarını ve kendilerini nasıl koruyabileceklerini bilmelerini sağlayarak, istismarın önlenmesine katkıda bulunmaktadır (67).

Müdahale ve Yönlendirme: İstismar belirtileri fark edildiğinde, hemşireler uygun müdahalelerde bulunmakta ve yaşlı bireyleri sosyal hizmetler, psikolojik destek veya diğer

ilgili hizmetlere yönlendirmektedirler (4, 70). Bu tür bir müdahale, yaşlı bireylerin güvenliğini sağlamak ve daha fazla istismarı önlemek açısından kritik öneme sahiptir.

Takip ve Destek: Hemşireler, yaşlı bireylerin durumlarını sürekli takip ederek, sağlık ve refahlarının iyileştirilmesine yönelik destek sağlamaktadırlar (70). Bu sürekli takip, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmalarını ve istismar riskinin azaltılmasını sağlamaktadır (3, 70).

Etik ve Yasal Sorumluluk: Hemşireler, yaşlı istismarını bildirme konusunda yasal ve etik yükümlülüklerle sahip bulunmaktadırlar. Bu, istismar veya kötü muamele şüphesi durumunda ilgili yetkililere durumu bildirmeyi içermektedir (70). Bu tür bildirimler, yaşlı bireylerin korunmasına ve istismarın önlenmesine yardımcı olmaktadır (70, 71).

Hemşireler, yaşlı istismarını tanılamak ve gerekli durumlarda bildirimde bulunmakla mesleki, etik ve yasal olarak sorumludur. Hemşirelik Yönetmeliği, Hemşirelik Etik İlkeleri ve Hasta Hakları Yönetmeliği hemşirelerin birey haklarını koruma görevini vurgulamaktadır. Yaşlı istismarı şüphesi durumunda hemşireler; ALO 183, Cumhuriyet Savcılığı, İl Sağlık Müdürlükleri, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri, Emniyet Birimleri ve Hastane Polisi gibi mercilere bildirim yapmalıdır. Bu sorumluluklar, hemşirelerin yaşlı bireylerin güvenliğini sağlamadaki kritik rolünü ortaya koymaktadır. Hemşirelerin yaşlı istismarını tespit etme, önleme ve müdahale etme konusundaki rolleri, yaşlılara yönelik istismarın azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin korunmasında hayati önem taşımaktadır (3). Bu rollerin etkin bir şekilde yerine getirilmesi, yaşlı bireylerin güvenliğini artırmakta ve toplum genelinde yaşlı istismarının önlenmesine katkıda bulunmaktadır.

2.10. Yaşlı İstismarını Tanılama

Yaşlı istismarının tanınması, erken teşhis ve müdahale için çeşitli belirtiler ve gözlem yoluyla mümkün olmaktadır (65). İhmal veya kötü muamele vakalarının başarılı bir şekilde ele alınması bu sürece bağlıdır. Yaşlı istismarının tanınmasında dikkate alınması gereken çeşitli kritik göstergeler vurgulanmaktadır (16, 72).

Fiziksel Belirtiler: Yaşlılarda görülen morluklar, yanıklar, kesikler, kırıklar veya anormal yaralar, özellikle bunlar tekrarlayan veya açıklanamayan yaralanmalar olduğunda, fiziksel istismarın açık göstergeleri olarak değerlendirilmektedir (65). Bu tür belirtiler, yaşlı bireylerin fiziksel durumlarına yönelik titiz bir gözlem gerektirmektedir (3).

Davranışsal Değişiklikler: Depresyon, kaygı, sosyal izolasyon, agresif veya sinirli davranışlar gibi davranışsal değişiklikler, yaşlılarda duygusal veya psikolojik istismarın işaretleri olarak kabul edilmektedir. Ani veya açıklanamayan bu tür değişiklikler, sağlık profesyonelleri tarafından dikkatle değerlendirilmektedir (66, 73).

Mali Değişiklikler: Ani veya açıklanamayan mali sorunlar, hesaplarda beklenmedik değişiklikler, faturaların ödenmemesi gibi durumlar, finansal istismarın belirtileri olarak görülmektedir (25). Bu göstergeler, yaşlı bireylerin mali durumlarının yakından incelenmesini gerektirmektedir (25, 66).

Kişisel Bakımın Düşmesi: Kişisel hijyenin kötüleşmesi, uygun olmayan giyim veya beslenme yetersizliği, ihmalin varlığını işaret etmektedir. Bu belirtiler, yaşlı bireyin günlük bakımının yeterli olmadığını göstermekte ve derhal müdahaleyi gerektirmektedir (3, 26).

Acil Servis Ziyaretleri: Acil servise sık yapılan başvurular, hastaneye yatışlar veya alışılmadık sağlık sorunlarının rapor edilmesi, yaşlı istismarını tanıma sürecinde önemli ipuçları sunmaktadır (66). Acil servis çalışanları, şüpheli durumlarla karşılaştıklarında uygun yetişkin koruma servislerine yönlendirme yaparak kritik bir rol oynamaktadır (6, 66).

Yaşlı istismarının tanınması, sağlık profesyonelleri, sosyal hizmet uzmanları ve aile üyelerinin iş birliği ile gerçekleştirilen multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu yaklaşım, yaşlı bireylerin sağlık ve refahını korumak için erken müdahaleyi mümkün kılmaktadır (5, 20, 66).

2.11. Yaşlı İstismarını Tanılamada Kullanılan Teoriler

Yaşlı istismarı, modern toplumların karşılaştığı karmaşık ve çok boyutlu bir sorun olarak dikkat çekmektedir. Yaşlı bireylere yönelik istismar, genellikle bu bireylerin güvenilir ilişkiler çerçevesinde zarar görmesi şeklinde tanımlanmaktadır (30). Çeşitli kapsamlı literatür taramalarında, yaşlı istismarının teorik çerçeveleri ele alınmakta ve istismarın altında yatan çeşitli dinamikler ve nedenler teorik modeller aracılığıyla açıklanmaktadır (74-76). Bu teorik modeller; bakıcı stresi teorisi, sosyal değişim teorisi, sosyal öğrenme teorisi, ekolojik teori, karşılıklı etkileşim teorisi, ikili uyumsuzluk teorisi ve bakıcı psikopatolojisi olarak sıralanmaktadır. Her biri, yaşlı istismarını farklı bir perspektiften ele almakta ve istismarın özgül yönlerini aydınlatmaktadır (74-76).

Bakıcı stresi teorisi, bakıcının stres altında olduğu ve bu stresin bakım verdiği kişiye yönelik istismarla sonuçlandığı fikrine dayanmaktadır. Stres teorisi, bakım verenlerin yaşadığı yüksek stres seviyelerinin, özellikle destek sistemlerinin yetersiz olduğu durumlarda, istismar davranışlarına yol açabileceğini belirtmektedir (30, 74). Bakım verme görevi zorlayıcı ve tüketici olduğunda, bakıcıların sabırlarının azalması ve yanlış yönetme yöntemleri uygulaması muhtemeldir. Bu teori, yaşlı istismarının altında yatan psikolojik ve çevresel baskıları anlamada önemli bir çerçeve sunmaktadır (30, 74, 76).

Sosyal değişim teorisi, yaşlı istismarını, bireylerin sosyal ilişkilerindeki güç ve kaynak değişimini temel alarak açıklamaktadır (74). Yaşlılar, fiziksel güçlerinin ve bağımsızlıklarının azalması nedeniyle daha az kaynağa sahip olabilirler ve bu durum onları manipülasyona ve sömürüye daha açık hale getirebilir. Yaşlı bireylerin sosyal ağlarının daralması, sosyal desteğin azalması ve bu durumun yaşlıların istismar veya ihmal görme olasılığını artırması üzerine odaklanmaktadır. Bu teoriye göre, bakıcılar veya aile üyeleri, yaşlı bireylerden fayda sağlamak için güçlerini kötüye kullanabilmektedir (76, 77).

Sosyal öğrenme teorisi, istismar davranışlarının öğrenilmiş davranışlar olduğunu ileri sürmektedir (78). Eğer bireyler aile içinde veya toplumda şiddet ve istismar görmüşlerse, bu tür davranışları normal olarak kabul edebilir ve bu davranışları tekrarlayabilirler. Bu çerçevede, istismar eden kişilerin geçmişte benzer davranışlara maruz kalmış olmaları bu davranışların nesilden nesile aktarılmasına neden olabilmektedir (74, 79).

Ekolojik teori, yaşlı istismarını, bireylerin içinde bulundukları çevresel sistemlerin etkileşimi çerçevesinde incelemektedir (80). Bu teori, bireyin (yaşlı), ailenin, toplumun ve kültürün birbiriyle olan etkileşimlerini ve bu etkileşimlerin nasıl istismara yol açabileceğini ele almaktadır. Ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerin hepsi bu ekolojik çerçevede değerlendirilmektedir. Farklı kültürlerde yaşlılara yönelik tutumlar ve davranış kalıpları, istismar ve ihmal eğilimlerini etkileyebilmektedir (74, 76, 80).

Karşılıklı etkileşim teorisi hem bakıcının hem de yaşlının karşılıklı olarak agresif davranışlar sergilediği durumları açıklamaya çalışmaktadır (81). Bu teoriye göre, yaşlı ve bakıcı arasındaki ilişki dinamikleri, karşılıklı çatışma ve anlaşmazlıklar nedeniyle istismar veya ihmal ile sonuçlanabilmektedir (74-76, 81).

İkili uyumsuzluk teorisi, ilişkideki çatışma ve uyumsuzlukların şiddete yol açabileceğini öne sürmektedir (80). Bu teori, aile içi şiddet literatüründen geliştirilmiştir ve yaşlı istismarı bağlamında, özellikle bakıcı ve yaşlı arasındaki uyumsuzluk ve anlaşmazlıkların istismara neden olabileceğini vurgulamaktadır (74, 80).

Bakıcı psikopatolojisi teorisi, bakıcının psikolojik sorunlarının, yetersiz bakım sağlama veya şiddet eğilimi gibi istismara yol açabileceğini belirtmektedir (82). Bu teori, bakıcıların psikolojik sağlığının yaşlı bireylerin maruz kaldığı istismar üzerinde önemli bir etkisi olduğunu vurgulamaktadır (74, 77, 82).

Bu teorilerin her biri, yaşlı istismarı vakalarının farklı yönlerini açıklamada önemli roller oynamaktadır. Yaşlı istismarının çok boyutlu yapısını ve çeşitli nedenlerini anlamada yardımcı olmakta ve bu karmaşık soruna karşı çözümler üretmek için çeşitli müdahale stratejilerinin tasarlanmasına olanak tanımaktadır (74, 75).

2.12. Yaşlı İstismarını Tanılamada Hemşirelik Kuramları

Hemşireler yaşlı istismarını tanılamak için çeşitli hemşirelik kuramlarını ve yaklaşımlarını kullanabilmektedir (83). Özellikle, yaşlı istismarının tanımlanması ve değerlendirilmesinde hemşirelerin rolü büyüktür. İstismarın tanımlanması, fiziksel, psikolojik, cinsel, finansal istismar ve ihmal dahil olmak üzere çeşitli biçimleri kapsamakta ve hemşirelerin bu tür durumları tanımlamak için yetkinliklerini geliştirmeleri gerekmektedir (84). Hemşireler, sağlık politikaları şekillendirme, eğitim ve araştırma gibi alanlarda etkin rol alarak bu tür durumların önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Ayrıca, yaşlıların insan haklarına saygı gösterilerek korunmasını sağlamak için savunuculuk yapmaları beklenmektedir (83).

Jean Watson'ın İnsancıl Bakım Teorisi, bireyin bütünlüğünü koruma ve onurlandırma üzerine kuruludur. Hemşireler, bireylerle empatik ve saygılı ilişkiler kurarak onların ihtiyaçlarını anlamaya ve karşılamaya yönelik derin bir bağ kurmaları gerektiğini vurgulamaktadır (83). Bu teori, yaşlı istismarı durumlarında, hemşirelerin yaşlı bireylerin duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını anlamalarını ve onlara saygılı bir şekilde yaklaşımlarını teşvik etmektedir (84).

Dorothea Orem'in Öz Bakım Teorisi, bireylerin kendi kendine bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme kapasitelerini geliştirmelerine odaklanmaktadır (83). Yaşlı istismarı bağlamında, bu teori hemşirelere, yaşlı bireylerin bağımsızlıklarını ve özerkliklerini

destekleme yöntemleri konusunda rehberlik etmektedir. Hemşireler, yaşlıların kendi kendilerine bakım yapmaları için gereken destek ve kaynakları sağlayarak ihmal ve istismar riskini azaltabilmektedirler (85).

Hildegard Peplau'nun Psikodinamik Hemşirelik Teorisi (Kişilerarası ilişkiler kuramı), hemşire ile hasta arasındaki terapötik ilişkilerin önemine odaklanmaktadır (83). Hemşirelerin, yaşlı hastalarla güvenli ve destekleyici ilişkiler kurmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Bu teori, yaşlı istismarını tanıma ve müdahale etme sürecinde, hemşirelerin yaşlı bireylerle güçlü iletişim ve anlayış geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (86).

Madeleine Leininger'in Kültürel Bakım Çeşitliliği ve Evrensellik Teorisi, farklı kültürel arka planlardan gelen bireylerin bakım ihtiyaçlarını anlamayı ve onlara saygı göstermeyi vurgulamaktadır (83). Yaşlı istismarı kontekstinde, bu teori hemşirelere, yaşlı bireylerin kültürel değerlerini, inançlarını ve ihtiyaçlarını dikkate alarak onlara uygun müdahalelerde bulunmaları konusunda rehberlik etmektedir (87).

Ida Jean Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı, hemşirelik uygulamalarında hasta ile hemşire arasındaki etkileşimlere büyük önem vermektedir (88). Bu teori, hastaların ihtiyaçlarını belirleme ve bu ihtiyaçlara uygun müdahalelerde bulunma sürecini vurgulamaktadır. Orlando'nun teorisi, hemşirelerin hastalarının sözel ve sözel olmayan ifadelerine duyarlı olmaları gerektiğini savunmaktadır. Hemşireler bu ifadeleri dikkatlice değerlendirerek hastanın gerçek ihtiyaçlarını anlamaya çalışmakta ve buna göre müdahalede bulunmaktadırlar (88, 89).

2.12.1. Kavramsal Çatı: Hemşirelik Etkileşim Kuramı Temelinde Yaşlı İstismarı

Bu çalışmanın kavramsal çatısı Orlando'nun Etkileşim kuramı doğrultusunda açıklanabilir. Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı, üç ana bileşenden oluşmaktadır:

Hasta Davranışı: Hasta, bakım sürecinde aktif bir katılımcıdır ve hemşireye fiziksel veya sözel olarak ihtiyaçlarını belirtir. Bu ihtiyaçlar, hemşire tarafından gözlemlenmekte ve yorumlanmaktadır (88, 89).

Hemşire Tepkisi: Hemşire, hastanın ifadelerine ve davranışlarına karşılık vermektedir. Bu tepki, hastanın ihtiyaçlarını doğru bir şekilde anlamaya yönelik olmalıdır.

Hemşire, hastanın verdiği ipuçlarını değerlendirerek uygun hemşirelik eylemlerini planlamaktadır (88).

Hemşire-Hasta Etkileşimi: Hemşire ve hasta arasındaki etkileşim, hemşirelik sürecinin merkezinde yer almaktadır. Bu süreçte hemşire, hastanın ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçlara uygun şekilde yanıt vermek için sürekli bir değerlendirme ve müdahale döngüsü içinde bulunmaktadır (88).

Orlando'nun kuramı, hemşirelik sürecinde dört ana aşamayı içermektedir:

Değerlendirme: Hemşire, hastanın hem fiziksel hem de psikolojik durumunu kapsamlı şekilde değerlendirmektedir. Bu değerlendirme, hastanın sözel ve sözel olmayan ifadelerini gözlemleyerek yapılmaktadır (88, 90).

Tanılama: Hemşire, değerlendirme sonucunda hastanın ihtiyaçlarını ve sorunlarını belirlemektedir. Bu aşama, hemşirenin hastanın durumunu anlama ve uygun hemşirelik tanılarını koyma sürecidir (89, 90).

Planlama: Hemşire, hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için bir bakım planı oluşturmaktadır. Bu plan, hastanın sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik hemşirelik müdahalelerini içermektedir (89, 90).

Müdahale ve Değerlendirme: Hemşire, planlanan müdahaleleri uygulamakta ve hastanın tepkilerini değerlendirmektedir. Bu aşama, hemşirelik sürecinin etkinliğini değerlendirme ve gerektiğinde bakım planını yeniden gözden geçirme sürecidir (90).

Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı, yaşlı istismarını tanıma ve müdahale etme konusunda oldukça uygun bir çerçeve sunmaktadır (89). Bu kuramın yaşlı istismarını tanılamada uygun bir kuram olduğunu aşağıda belirtilmektedir.

Hastanın İhtiyaçlarını Ön Plana Alma: Orlando'nun kuramı, hemşirelerin hastalarının ihtiyaçlarına odaklanmalarını ve bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik müdahalelerde bulunmalarını vurgulamaktadır. Yaşlı bireylerin istismar ve ihmal durumlarını ifade etmekte zorlanabileceği göz önüne alındığında, hemşirelerin hastaların sözel olmayan ipuçlarını dikkatlice değerlendirmesi önemlidir (88). Bu kuram, hemşirelerin yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını doğru bir şekilde anlamalarını ve uygun müdahalelerde bulunmalarını sağlamaktadır (88-90).

Etkileşim ve Gözlem: Orlando'nun kuramı, hemşire ve hasta arasındaki etkileşimin önemini vurgulamaktadır. Hemşireler, yaşlı bireylerle sürekli etkileşim halinde olarak onların davranışlarını ve ifadelerini gözlemlemekte ve bu gözlemler doğrultusunda istismar belirtilerini tanımlamaktadır (88). Bu dinamik etkileşim, hemşirelerin yaşlı istismarını erken aşamalarda tanımlamalarını ve müdahale etmelerini kolaylaştırmaktadır (88-90).

Bireysel ve Kapsamlı Değerlendirme: Kuram, her hastanın benzersiz olduğunu ve bireysel ihtiyaçlarının anlaşılması gerektiğini vurgulamaktadır. Yaşlı bireylerin istismar veya ihmal durumlarını tanımlamak için bireysel değerlendirmeler yapılması önemlidir (88). Orlando'nun modeli, hemşirelerin yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmelerini sağlamaktadır (88-90).

Sistemik Müdahale Süreci: Orlando'nun kuramı, hemşirelik sürecini sistemik bir değerlendirme, tanılama, planlama ve müdahale döngüsü içinde ele almaktadır (88). Bu sistemik yaklaşım, yaşlı istismarının tanımlanması ve uygun müdahalelerin yapılması için yapılandırılmış bir yol sunmaktadır. Hemşireler, bu süreçte hastanın ihtiyaçlarını belirleyip uygun bakım planlarını uygulayarak istismarı önleyebilirler (88-90).

Empati ve Duyarlılık: Orlando'nun kuramı, hemşirelerin empatik ve duyarlı olmalarını vurgulamaktadır. Yaşlı istismarını tanımlamak için hemşirelerin hastalarının duygusal ve fiziksel durumlarına karşı duyarlı olmaları gerekmektedir (88). Bu empatik yaklaşım, hemşirelerin yaşlı bireylerle güvenli ve destekleyici ilişkiler kurmalarını sağlamaktadır (88-90).

Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı, yaşlı istismarını tanıma ve müdahale etme sürecinde hemşirelere kapsamlı ve etkili bir çerçeve sunmaktadır (89). Bu kuram, hemşirelerin yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını doğru bir şekilde anlamalarını, sözel olmayan ipuçlarını değerlendirmelerini ve uygun müdahalelerde bulunmalarını sağlamaktadır (88-90). Hemşire-hasta etkileşiminin merkezde yer aldığı bu kuram, yaşlı istismarını erken aşamalarda tanılamada ve etkili müdahalelerde bulunmada önemli bir rol oynamaktadır.

Yaşlı istismarını tanıma ve müdahale etme süreçlerinde hemşireler merkezi bir role sahiptirler (83). Hemşirelik kuramları, kişisel merkezli bakım yaklaşımları ve etik standartlar doğrultusunda hareket etmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin yaşlı bakımında gerekli bilgi ve becerilere sahip olmaları, istismarın erken tanınması ve uygun müdahalelerin yapılabilmesi için kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda, hemşirelerin eğitimi ve bilinçlendirilmesi, kurumsal kültürlerin geliştirilmesi ve liderlik becerilerinin

güçlendirilmesi önemli alanlardır. Hemşirelerin, yaşlı bireylerin insan haklarına saygı gösterilerek korunmasını sağlamak için savunuculuk yapmaları beklenmektedir (83, 88-90).

2.13. Türkiye’de Yaşlı İstismarının Rapor Edilmesine İlişkin Mevzuat

Yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesi, çağdaş toplumlarda önemli bir insan hakları sorunu olarak kabul edilmektedir (62, 65). Türkiye’de yaşlı bireylerin korunması, haklarının savunulması ve istismar veya ihmal durumlarının rapor edilmesi, çeşitli yasal düzenlemelerle güvence altına alınmıştır.

Türk Ceza Kanunu (TCK) (Kanun No:5237), yaşlı bireylerin istismarı ve ihmeline karşı koruma sağlayan önemli yasal düzenlemeler içermektedir (91). TCK’nın 97. maddesi, yaşlı veya hasta olan ve kendine bakamayacak durumda olan kişilerin korunmasına yönelik düzenlemeler içermektedir. Bu maddeye göre, yaşı veya hastalığı nedeniyle kendini idare edemeyen ve bu sebeple koruma ve gözetim altında olması gereken bir kişiyi kendi haline terk eden kimse, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır (91). Madde 232, aile içi şiddet ve kötü muamele suçlarını düzenlemektedir. Bu maddeye göre, aile bireylerine karşı kötü muamelede bulunan kişiler, şikâyet üzerine cezalandırılmaktadır. Yaşlı bireyler de bu kapsamda değerlendirilebilmekte ve aile içinde maruz kaldıkları kötü muamele durumunda hukuki koruma talep edebilmektedirler (91). Madde 233, yardıma muhtaç kişilere yardım etmeyen veya bu durumu yetkililere bildirmeyen kişilerin cezalandırılmasını öngörmektedir. Yaşlı bireylerin ihmali durumunda, bu hüküm devreye girer ve gerekli yardımı sağlamayan veya durumu bildirmeyen kişiler hukuki yaptırımlarla karşılaşabilmektedirler (91). TCK’nın 280. maddesi, sağlık mesleği mensuplarının görevleri sırasında karşılaştıkları suç belirtilerini bildirmeleri gerektiğini düzenlemektedir. Bu maddeye göre, bir sağlık mesleği mensubu, görevini ifa ederken bir suç işlendiğine dair herhangi bir belirti ile karşılaştığında, bu durumu yetkili makamlara bildirmek zorundadır. Eğer bu bildirim yapılmaz veya bildirimde gecikirse, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır (91).

Türk Medeni Kanunu (Kanun No:4721), yaşlı bireylerin korunmasına yönelik düzenlemeler içermektedir (92). Madde 432, velayet altında olmayan kısıtlıların korunmasını sağlamaktadır. Bu hüküm, yaşlı ve yardıma muhtaç bireylerin, yakınları veya vasileri tarafından korunmasını ve gerekli yardımların sağlanmasını güvence altına almaktadır (92).

Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (Kanun No:6284), aile içi şiddetin önlenmesi ve şiddet mağdurlarının korunması için alınacak tedbirleri düzenlemektedir. Yaşlı bireyler de bu kanun kapsamında değerlendirilebilmekte ve korunabilmektedir (93).

Sosyal Hizmetler Kanunu (Kanun No:2828), yaşlı bireylerin korunması ve sosyal hizmetlerden yararlanmasını düzenlemektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yaşlı bireylerin korunması için çeşitli hizmetler sunmaktadır (94).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (Kanun No:3359), yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması ve sağlık kurumlarında korunmasını sağlamaktadır. İlgili kanun sağlık personelinin istismar veya ihmal durumlarını tespit etmekle ve rapor etmekle yükümlü olduğunu belirtmektedir (95).

Belediye Kanunu (Kanun No:5393), yaşlı bireylerin sosyal hizmetlerden yararlanması ve korunması konusunda çeşitli sorumluluklara sahip olduğu vurgulamaktadır (96).

Çocuk Koruma Kanunu (Kanun No:5395), doğrudan yaşlı bireylerle ilgili olmasa da benzer ihmal ve istismar durumlarında benzer koruma tedbirleri öngörmektedir (97).

2.13.1. İhbar ve Raporlama Yükümlülüğü

Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmalini rapor etmekle yükümlü olan kişiler aşağıda sıralanmaktadır:

- Sağlık çalışanları
- Sosyal hizmet uzmanları
- Emniyet ve jandarma personeli
- Belediye çalışanları
- Eğitimciler ve öğretmenler

Yaşlı istismarı veya ihmali durumunda, ilgili makamların (polis, jandarma, sosyal hizmetler) ve kurumların (sağlık kuruluşları, belediyeler) bilgilendirilmesi gerekmektedir (98). İhbarlar, 183 Sosyal Destek Hattı gibi acil yardım hatları üzerinden de yapılabilmektedir. Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmalinin önlenmesi ve rapor edilmesi, çeşitli yasal düzenlemelerle güvence altına alınmaktadır (98). Bu düzenlemeler, yaşlı

bireylerin haklarının korunması ve maruz kaldıkları kötü muamelelerin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Yaşlı bireylerin korunması için toplumun tüm kesimlerine düşen sorumluluklar ve bu sorumlulukların yerine getirilmesi, yaşlıların daha güvenli ve huzurlu bir yaşam sürdürmelerine katkıda bulunmaktadır (98, 99).

2.14. Dünyada Yaşlı İstismarı ve İhmalinde Kullanılan Ölçekler

Yaşlı istismarı, toplumda giderek daha fazla önem kazanan ve yaşlı bireylerin sağlığını ve refahını tehdit eden bir sorun olarak kabul edilmektedir (19). Bu endişe verici durumun tanımlanması, tespiti ve müdahale edilmesi için özel ölçüm araçlarının kullanımı giderek daha yaygın hale gelmektedir (100).

Yaşlı İstismarı Tanıma ve Değerlendirme Ölçeği (Elder Abuse Recognition and Evaluation Scale - EARES); yaşlı bireylerde istismar belirtilerinin tespiti için tasarlanmış kapsamlı bir ölçüm aracıdır (19). Fiziksel, duygusal, cinsel ve mali istismarın yanı sıra ihmal gibi faktörleri de içeren geniş bir yelpazede değerlendirme yapmaktadır. Bu ölçek, risk faktörlerini tanımlamaya ve olası istismar vakalarını belirlemeye yönelik sağlam bir temel sağlamaktadır (19, 101).

Yaşlıların İstismarı Belirtileri ve Riskleri Ölçeği (Elder Abuse Signs and Risks Scale - EASRS); yaşlı istismarı belirtilerini tanımlamak ve risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (19). EASRS, hem yaşlı bireylerin kendileri hem de bakım verenler için risk faktörlerini belirleyerek, olası istismar durumlarını öngörmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçek, fiziksel, duygusal, mali ve diğer istismar biçimlerini içeren kapsamlı bir değerlendirme sunmaktadır (19, 101).

Yaşlı İstismarı Değerlendirme Ölçeği (Elder Abuse Assessment Scale - EAAS); yaşlı bireylerde istismar belirtilerini tespit etmek ve değerlendirmek için bir araç olarak hizmet vermektedir (19). EAAS, istismar belirtilerini tanımlamak için çeşitli sorular içermekte ve bu soruların yanıtlarını analiz ederek istismar olasılığını değerlendirmektedir. Bu ölçek, sağlık ve sosyal hizmet profesyonelleri tarafından güvenilir bir şekilde kullanılmaktadır (19, 101).

Yaşlı İstismarı İçin Kontrol Listesi (Checklist for Elder Abuse - CEA); yaşlı bireylerde istismar belirtilerini değerlendirmek için basit bir kontrol listesi olarak hizmet vermektedir (19). CEA, farklı istismar biçimlerini tanımlayan öğeler içermekte ve bu

belirtilerin varlığını veya yokluğunu kontrol etmeyi amaçlamaktadır. Bu ölçek hem uzmanlar hem de toplum üyeleri tarafından kolayca kullanılmaktadır (19).

Yaşlı Psikolojik İstismarı Ölçeği (Elder Psychological Abuse Scale - EPAS); yaşlı bireylerde psikolojik istismarı değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir (19). Bu ölçek, yaşlı bireylerin psikolojik istismara maruz kalma potansiyelini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Puanlama sistemine göre, bir öznenin psikolojik istismar için toplam puanı, olumlu olarak yanıtlanan tüm maddelerin toplamıdır. Kesme noktası 10 olarak belirlenmiştir (19, 101).

Yaşlı Değerlendirme Aracı (Elder Assessment Instrument - EAI); şüpheli yaşlı istismarını taramak için tasarlanmış kapsamlı bir ölçektir (19). EAI, genel değerlendirme, olası kötüye kullanım göstergeleri, olası ihmal göstergeleri, olası kullanım göstergeleri ve olası terk etme göstergeleri olmak üzere beş genel kategoride maddeler içermektedir. Her bir madde, bir dördümlü Likert tipi ölçekte değerlendirilmektedir. EAI' nin değerlendirme sonuçları, sosyal hizmetlere sevk gerektiren durumları belirlemek için kullanılmaktadır (19, 101).

Geriatrik Kötü Muamele Ölçeği (Geriatric Mistreatment Scale); yaşlı kötü muamelesini değerlendirmek için geliştirilmiş bir araçtır. Bu ölçek, beş farklı yaşlı istismarı kategorisini değerlendirmek amacıyla tasarlanmış 22 maddeden oluşmaktadır (19). Her bir madde, yaşlı bireyin son 12 ay içinde maruz kaldığı olası istismarı belirlemeyi amaçlamaktadır. Maddeler evet veya hayır şeklinde yanıtlanmakta ve her bir evet yanıtı bir puan olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin toplam puanı, yaşlı istismarının varlığını veya yokluğunu belirlemek için kullanılmaktadır (19, 101).

Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (Elder Abuse Suspicion Index - EASI); yaşlı psikolojik istismarını değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek, yaşlı bireylerin son 12 ay içinde maruz kaldığı olası psikolojik istismarı belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (100). EASI, yaşlı bireyin kendisine ve doktora yöneltilen sorulardan oluşmakta ve evet/hayır/yanıt yok şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin sonuçları, yaşlı bireyin psikolojik istismara maruz kalma potansiyelini değerlendirmek için kullanılmaktadır (19, 100, 101).

Sağlık Çalışanları İçin Yaşlı İstismarı ve İhmali Riskini Tanılama Ölçeği (Risk Identification Scale for Elder Abuse and Neglect among Healthcare Workers - RISEAN); Bu ölçek, sağlık çalışanlarının yaşlı istismarı ve ihmali riski hakkındaki bilgi ve farkındalık

düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır (19). Ölçek, bakım verene ait riskler, sosyo-kültürel riskler ve yaşlıya ait riskler olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının, yaşlı bireylerin istismar ve ihmali riski taşıyıp taşımadığını daha etkin bir şekilde tanımlamalarına yardımcı olmaktadır (19, 101).

Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test-HS/EAST); fiziksel ve psikolojik/emosyonel istismarı ölçmeyi amaçlamaktadır (19). Toplam 15 maddeden oluşan HS/EAST, uyum ve yapı geçerliği ve iç güvenilirliği sağlamaktadır. Üç ve üzeri puanlar, şiddet riski olduğunu göstermektedir. Kültürlerarası adaptasyonu yapılmış olan bu ölçek, 259 yaşlı yetişkin üzerinde uygulanmıştır (19, 101).

Bakıcı İstismarı Tarama Ölçeği (Caregiver Abuse Screen-CASE); fiziksel ve psikolojik/emosyonel istismarı ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 8 maddeden oluşan CASE, uyum ve yapı geçerliği ve iç güvenilirliği sağlamaktadır (19). En az bir olumlu yanıtın verilmesi, şiddet riski olduğunu göstermektedir. Kültürlerarası adaptasyonu yapılmış olan bu ölçek, 341 vaka üzerinde uygulanmıştır (19, 101).

İstismar Göstergeleri (Indicators of Abuse-IOA); fiziksel ve psikolojik/emosyonel istismarı ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 27 maddeden oluşan IOA, ayırım geçerliği ve iç güvenilirliği sağlamaktadır. Şiddet riski olduğunu göstermektedir (19). Kültürlerarası adaptasyonu yapılmış olan bu ölçek, 341 yaşlı yetişkin üzerinde uygulanmıştır (19, 101).

Yaşlı Yetişkin Kötü Muamele Değerlendirmesi (Older Adult Mistreatment Assessment-OAMA); psikolojik/emosyonel istismarı ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 31 maddeden oluşan OAMA, içerik ve yapı geçerliği ve iç güvenilirliği sağlamaktadır. Dört ila beş puan arası skor, önemli istismarı göstermektedir (19).

Geriatrik Kötü Muamele Ölçeği (Geriatric Mistreatment Scale-GMS); fiziksel, psikolojik/emosyonel, cinsel, ihmal, finansal ve kendine ihmal durumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 22 maddeden oluşan GMS, içerik geçerliği ve iç güvenilirliği sağlamaktadır. Üç ila beş puan arası skor, önemli istismarı göstermektedir (19, 101).

2.15. Türkiye’de Yaşlı İstismarını Tanılamada Kullanılan Ölçekler

Türkiye’de yaşlı istismarını değerlendirmek amacıyla çeşitli ölçekler ve araçlar kullanılmaktadır (102). Bu ölçekler, yaşlı bireylerin maruz kaldığı fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik ve ihmal türündeki istismarları belirlemek ve ölçmek amacıyla

geliştirilmiştir. Yaşlı istismarı ve ihmali tespit etmek için güvenilir ve standartlaştırılmış bir tarama aracı kullanmak önemlidir, ancak tek bir altın standart tarama aracı önerilmemektedir (102). Türkiye'de yaygın olarak kullanılan bazı yaşlı istismarı ölçekleri şunlardır:

Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi (H-S/EAST); Türkçe uyarlama çalışmaları Özmeye (2016) ve Özçakar ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmış olup, güvenilirlik ve geçerlilik analizleri olumlu sonuçlar vermiştir. İç tutarlılık katsayısı 0.814 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, potansiyel yaşlı istismarı riskinin arttığı anlamına gelmektedir (102, 103).

Geriatrik İstismar Ölçeği; yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal ve cinsel istismarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir başka önemli ölçektir (104). Bu ölçek, yaşlı bireylere yönelik istismarı tanımlamak, müdahale etmek ve önlemek için önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Türkçe uyarlaması Daşbaşı ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmış olup, 776 yaşlı birey üzerinde yapılan çalışmada, ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği doğrulanmıştır. Cronbach's alpha değeri 0.80 olarak belirlenmiştir (104).

Yaşlılarda Kendini İhmal Ölçeği; yaşlı bireylerin kendilerine yönelik ihmali tespit etmek için kullanılmaktadır (105). Bu ölçek, yaşlı bireylerin kendi bakım ve sağlık ihtiyaçlarını ihmal edip etmediklerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Türkçe uyarlaması Özmeye ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır (105).

Yaşlı İstismarı Şüphe İndeksi (Elder Abuse Suspicion Index - EASI); yaşlı istismarının şüphelenildiği durumlarda sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir (106). Yaşlı bireylerle yapılan kısa görüşmelerde istismarı tespit etmeye yönelik sorular içermektedir ve basit, hızlı bir değerlendirme yapma olanağı sunmaktadır. EASI'nin Türkçe versiyonu da kullanılmaktadır (106, 107).

Yaşlı İstismar Tarama Ölçeği (YİTÖ); Türkiye'de geliştirilmiş bir ölçektir. YİTÖ, yaşlı bireylerde istismarı belirlemeye yönelik bir ölçek geliştirme çalışmasının sonucunda oluşturulmuştur. Bu ölçek, yaşlı bireylerin çeşitli istismar türlerine maruz kalıp kalmadığını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Türk toplumuna özgü kültürel ve sosyo-ekonomik faktörleri de dikkate alarak geliştirilmiştir (18).

Yaşlı istismarını belirlemek için kullanılan ölçeklerin etkin kullanımı, daha fazla araştırma ve uygulama gerektirmektedir. Hangi ölçeğin kullanılacağı, değerlendirme

ihtiyacına ve belirli duruma bağlı olarak değişmektedir. Ayrıca, yaşlı istismarıyla mücadelede toplumun her kesiminin bilinçlenmesi ve aktif katılımı büyük önem taşımaktadır (108). Farklı tarama ve teşhis yöntemleri geliştirilmiş olmasına rağmen, yaşlı istismarını tespit etmek için kullanılan araçların iyileştirilmesi amacıyla daha fazla araştırma gerekmektedir (102, 103, 105, 107-109). Bu, bilimsel geçerliliği olan yöntemlere dayalı ve çok disiplinli ekiplerin katılımını içeren bir süreç gerektirmektedir.

Önemli bir nokta, yaşlı istismarını tespit etmek için kullanılan ölçeklerin genellikle yaşlı bireylerden veya bakıcılarından elde edilen verilere dayanmasıdır. Bununla birlikte, hemşirelerin yaşlı istismarı ve ihmali belirtilerini tespit etmelerine yönelik özel bir ölçek bulunmamaktadır (108). Bu çalışmada geliştirilen ölçek, alandaki bu eksikliğin giderilmesine önemli bir katkı sağlamaktadır. Hemşirelerin bilgi ve duyarlılıklarının artırılması, istismarın önlenmesinde önemli bir adımdır. Bu nedenle, hemşirelerin yaşlı istismarı ve ihmali risklerini belirlemeye yönelik ölçeklerin geliştirilmesi ve kullanılması büyük önem taşımaktadır (43, 57).

Bu tür ölçeklerin geliştirilmesi, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin istismar belirtilerini daha iyi tanımasını ve uygun müdahalelerde bulunmasını sağlayacaktır. Bu, yaşlıların güvenliğinin ve refahının korunması için kritik bir adımdır.

2.16. Ölçek Geliştirme ve Aşamaları

Ölçek geliştirme, belirli bir niteliği sayısal değerlere çevirmek amacıyla güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracını tasarlama işlemidir. Fiziksel özellikler doğrudan ölçülebilmekteyken, psikolojik özellikler gözlemlenemediği için doğrudan ölçülememektedir (73). Ölçek geliştirme, yalnızca istatistiksel yöntemlerin ve sayıların ötesinde, ölçülecek özelliğe ilişkin derinlemesine kavramsal bilgi gerektirmektedir (110). Araştırmacılar, literatüre hâkim olmalı ve elde ettikleri sonuçları sadece sayısal değerler olarak değil, bu sonuçların anlamlandırılması ve kavramsal çerçevede değerlendirilmesi gerekmektedir (111, 112).

Bir ölçeğin etkinliği, güvenilirlik ve geçerlik özelliklerine bağlıdır:

Geçerlik: Ölçek, ölçmeyi hedeflediği özelliği diğer tüm özelliklerden ayırt ederek doğru bir şekilde ölçbilmelidir. Yetersiz geçerlik, istatistiksel testlerin gücünü azaltabilmekte, araştırma sonuçlarını yanıltıcı hale getirebilmekte ve gereksiz maliyet artışlarına yol açabilmektedir (110, 111).

Güvenirlik: Ölçek, tutarlı, doğru ve tarafsız sonuçlar vermelidir. Ölçme aracı ne kadar az hata içerirse, o kadar güvenilir sayılmaktadır (73). Güvenirlik düşük olan bir ölçüm aracı, yanlış sonuçlara ve potansiyel olarak hatalı klinik kararlara yol açabilmektedir (110). Güvenirlik ve geçerlik, bir ölçeğin bilimsel çalışmalarda etkin bir şekilde kullanılabilmesi için temel şartlardır. Bu iki özellik, ölçeklerin sağladığı verilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini doğrulamakta kritik rol oynamaktadır (111, 112).

Ölçek geliştirme aşamaları yapılan araştırmalar sonucu literatürde belirlenmiş bulunmaktadır. Ölçek geliştirme çalışmalarında atılacak ilk adım konu ile ilgili bir ölçeğin olup olmadığının tespit edilmesi gerekmektedir (110). Bir ölçeğin bilimsel olarak kabul görebilmesi için belirli standartlara uygun olarak geliştirilmesi ya da uyarlanması gerekmektedir. Rastgele hazırlanmış sorular bilimsel çalışmalar için uygun bulunmamaktadır (111). Yeni bir ölçek geliştirmek isteyen bir araştırmacının şu sekiz aşamayı izlemesi beklenmektedir:

1. Kavramsal tanımlama ve literatür taraması: İlk aşama, çalışmanın konusunun ve kavramsal çerçevesinin net bir şekilde tanımlanmasıdır (111).
2. Madde havuzu oluşturma: İkinci aşama, literatür taraması doğrultusunda ölçülecek kavramı kapsayan geniş bir madde havuzu oluşturulmasıdır (111).
3. Uzman görüşlerinin alınması: Üçüncü aşamada, oluşturulan madde havuzu uzmanlar tarafından incelenmektedir. Uzmanların görüşleri doğrultusunda maddelerin dil, içerik ve yapı açısından uygunluğu değerlendirilmekte ve gerekli düzenlemeler yapılmaktadır (112).
4. Ön test ve pilot uygulama: Dördüncü aşamada, ölçeğin ön testi yapılmaktadır. Bu süreçte, ölçek küçük bir örneklem grubuna uygulanarak, maddelerin anlaşılabilirliği ve ölçeğin genel yapısı hakkında geri bildirimler toplanmaktadır (110).
5. Ana uygulama ve veri toplama: Beşinci aşama, ölçeğin geniş bir örneklem grubuna uygulanmasıdır (111).
6. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri: Altıncı aşama, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasıdır (110).

7. Ölçeğin revizyonu ve son hali: Yedinci aşamada, elde edilen analiz sonuçlarına göre ölçek maddelerinde gerekli revizyonlar yapılmakta ve ölçeğin son hali oluşturulmaktadır (110).
8. Sonuçların raporlanması ve yayınlama: Sekizinci ve son aşama, ölçek geliştirme sürecinin ve elde edilen sonuçların raporlanmasıdır (110).

Bu aşamalar, ölçek geliştirme sürecinin bilimsel ve sistematik bir şekilde yürütülmesi için takip edilmesi gereken adımları içermektedir (73, 110-112). “Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği” geliştirme aşamaları literatürde belirtilen bu süreçler çerçevesinde yürütülmüştür.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hemşireler için yaşlılara yönelik istismarı tanılamak amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek üzere metodolojik desende planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın yüzey geçerliği yapıldıktan sonra birinci aşamada açıklayıcı faktör analizi(AFA), Artvin ilinde bulunan Arhavi, Borçka, Hopa, Yusufeli, Şavşat ve Merkez devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerle 01.03.2024-01.06.2024 tarihlerinde yürütülmüştür. Araştırmanın ikinci aşaması olan doğrulayıcı faktör analizi(DFA) ise Trabzon il merkezinde bulunan Fatih Devlet Hastanesi, SBÜ Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve SBÜ Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle 25.06.2024-15.09.2024 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Ölçek geliştirme çalışmalarında, verilerin evrene genellenememesi nedeniyle çalışma evreni belirlenmemektedir; ancak analizlerin geçerli ve güvenilir olması için yeterli sayıda katılımcı seçilmesi zorunludur. Bu bağlamda, ölçek toplam madde sayısının 5-10 katı kadar katılımcı belirlenmesi tavsiye edilmektedir (113, 114). Örneklem büyüklüğünün en az 100 olmasının yanı sıra, bu sayının madde sayısının 5-10 katı olması gerektiği de vurgulanmaktadır. Faktör analizi için en az 300 örneklemin yeterli olduğu belirtilmekte olup, bazı sınıflandırmalarda 100 örneklemin zayıf, 300 örneklemin iyi ve 1000 örneklemin mükemmel olarak değerlendirildiği görülmektedir (110, 115). Faktör analizlerinde örneklem büyüklüğü Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri üzerinden de yorumlanmaktadır. KMO değeri 0.70-0.80 arası orta, 0.80-0.90 arasında ise iyi ve 0.90 üzerinde ise mükemmel sayılmaktadır (116, 117). Yürütülen bu çalışmada KMO değeri AFA örnekleminde 0.861, DFA örnekleminde ise 0.929 olarak bulunmuştur. Ayrıca, güvenilirlik analizlerinin aynı örneklem grubunda yapılması önerilirken, doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizlerinin farklı örneklem üzerinde yapılması gerektiği literatürde sıkça vurgulanmaktadır (116, 117). Bu yaklaşımlar, ölçek geliştirme sürecinde güvenilir ve geçerli sonuçlar elde edilmesi için kritik öneme sahiptir ve örneklem büyüklüğünün dikkatli bir şekilde belirlenmesini gerektirmektedir (114, 116).

Tüm bu literatür değerlendirildiğinde bu araştırmada iyi düzeyde örneklem sayısı olması açısından ölçek maddeleri de düşünülerek her aşamada 300 örneklem üzerinde veri toplanmasının yeterli olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın birinci aşamasının örneklemine, Artvin ilinde bulunan devlet hastanelerinde görev yapan ve araştırmaya dahil olma kriterlerini sağlayan 373 hemşire oluşturmaktadır. Yeterli örneklem büyüklüğünü sağlayabilmek amacıyla tüm hemşirelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Artvin Devlet Hastanesi(ADH)'nde 168, Artvin Hopa Devlet Hastanesi(AHH)'nde 65, Artvin Arhavi Devlet Hastanesi(AAH)'nde 43, Artvin Borçka Devlet Hastanesi(ABH)'nde 35, Artvin Şavşat Devlet Hastanesi(AŞH)'nde 32 ve Artvin Yusufeli Devlet Hastanesi(AYH)'nde 30 hemşire ile birinci aşama tamamlanmıştır. Artvin Murgul ve Artvin Ardanuç Devlet Hastaneleri, entegre hastane kapsamında olmaları ve serviste hasta takibi yapılmaması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir (Tablo 1).

Araştırmanın ikinci aşamasında yapılacak doğrulayıcı faktör analizi için elde edilecek veriler Trabzon il merkezinde bulunan üç kamu hastanesinde görev yapan ve araştırmaya katılma şartlarını sağlayan 334 hemşireden elde edilmiştir. Bu aşamada, SBÜ Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi(KEAH), Trabzon Fatih Devlet Hastanesi(FDH) ve SBÜ Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi(AEAH) araştırmaya dahil edilmiştir (Tablo 1).

Bu örneklem yapısı, araştırmanın geçerliliğini ve güvenilirliğini artırmayı hedeflemektedir. Artvin ve Trabzon illerindeki farklı hastanelerin dahil edilmesi, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini ve araştırmanın kapsamını genişletmektedir.

3.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri: Hemşireler için çalıştıkları hastanelerde yetişkin bölümlerinde görev yapmak, araştırmaya katılmayı kabul etmek ve verilerin toplandığı süreçte izinli veya raporlu olmamaktır. Hemşirelerin ölçek kullanarak değerlendireceği yaşlıların, 65 yaş ve üzerinde olması, veri toplama sürecini engelleyebilecek herhangi bir tıbbi tanısının olmaması, iletişim kurulabilmesi gerekmektedir.

Araştırmaya kabul edilmeme ölçütleri: Hemşireler için çalıştıkları hastanelerin çocuk, yenidoğan, kadın doğum servislerinde veya idari kadrolarda görev yapmaktır. Hemşirelerin değerlendireceği yaşlılar için ise veri toplamaya engel bir tıbbi tanısının olması, iletişim kurulamaması veya bilincinin açık olmaması şeklinde belirlenmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerdeki hemşire sayıları

Şehir	Hastaneler	Toplam Hemşire Sayısı	Araştırmaya Katılan Hemşire sayısı
Artvin	Artvin Devlet Hastanesi	187	168
	Artvin Hopa Devlet Hastanesi	76	65
	Artvin Arhavi Devlet Hastanesi	51	43
	Artvin Borçka Devlet Hastanesi	43	35
	Artvin Şavşat Devlet Hastanesi	40	32
	Artvin Yusufeli Devlet Hastanesi	35	30
Toplam		432	373
Trabzon	SBÜ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	655	176
	SBÜ Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	262	77
	Trabzon Fatih Devlet Hastanesi	250	81
Toplam		1167	334

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış ‘Kişisel Bilgi Formu’ ve yaşlı istismarını altı boyutta ele alan taslak HİYİTÖ kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ilgili soruları içeren 11 maddeli bir soru formudur (65, 70, 106, 108). Sorular; bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, görev yaptığı hastane ve birimi, mesleki deneyim süresi, ilgili hastanedeki çalışma süresi, kadro türü, yaşlı istismarı hakkında herhangi bir eğitim alma durumu, daha önce bir istismar durumunu tanılama tecrübesi olma durumu, herhangi bir istismara şahit olma durumu ile ilgilidir (Ek 1).

3.5.2. Taslak Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (HİYİTÖ)

Araştırmacılar literatür doğrultusunda hemşirelerin kullanabileceği ve yaşlı istismarını tanılamada rehber olacak bir taslak HİYİTÖ oluşturmuşlardır (4, 6, 7, 13, 25, 34, 36, 38, 39, 43, 46, 47, 49, 50, 53, 57, 59, 60, 65, 68, 74, 99, 101, 103, 105, 107-109, 118, 124-126). Taslak HİYİTÖ; fiziksel istismar, finansal-ekonomik istismar, psikolojik-duygusal istismar, cinsel istismar, ihmal ve bakıcı boyutları olmak üzere altı boyuttan ve

115 sorudan meydana gelmektedir. Taslak HİYİTÖ puanlaması üçlü Likert (2=Var, 1=Olası, 0=Yok) şeklinde düzenlenmiştir (Ek 2)(119).

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırma süreci, gerekli tüm izinler alındıktan sonra etik kurallar çerçevesinde iki aşamada yürütülmüştür. Birinci aşama Artvin ilinde yürütülen AFA için elde edilen verileri kapsamaktadır. İkinci aşama ise Trabzon ilinde yürütülen ve DFA için elde edilen verileri kapsamaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelere öncelikle, yaşlı bireylerin seçiminde dikkat edilmesi gereken kriterler, kullanacakları taslak ölçeğin doldurulma yöntemi ve anketlerin iade süreci hakkında kapsamlı bilgilendirme yapılmıştır. Değerlendirecekleri yaşlıların (65 yaş ve üzeri bireyler) veri toplama sürecine engel bir tıbbi tanıli hastalığının olmaması seçim kriteri olarak ifade edilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup, katılımcılar tarafından Bilgilendirilmiş Onam Formu doldurulmuştur (Ek 4). Ayrıca, hemşirelerin kişisel ve mesleki bilgilerinin toplandığı Kişisel Bilgi Formu ile HİYİTÖ kullanılmıştır. Veri toplama süreci, başlangıçta yüz yüze görüşmeler yoluyla gerçekleştirilmiştir. Erişilemeyen hemşireler için ise anketler dijital platformlar aracılığıyla gönderilmiş ve bu bireylerden anketleri bir ay içinde tamamlayıp geri göndermeleri talep edilmiştir. İlk aşama 01.03.2024 tarihinden 01.06.2024'e kadar Artvin ilinde gerçekleştirilmiştir (Tablo 2).

İkinci aşama, 25.06.2024 tarihinden 15.09.2024'e kadar Trabzon il merkezinde bulunan üç devlet hastanesinde yürütülmüştür. Bu aşamada da birinci aşamada izlenen metodoloji tekrarlanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında, hemşirelerce kullanılmak üzere geliştirilen yaşlı istismarını tanılama ölçeğine ilişkin geçerlilik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Yapı geçerliliğinin belirlenmesinde Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve güvenirlik analizleri için IBM SPSS Statistics 26.0, Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) için ise AMOS 21 programı kullanılmıştır. Geçerlilik süreci; yüzey, kapsam ve yapı geçerliliği olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir. Kapsam geçerliliği, uzman görüşleri doğrultusunda Lawshe'nin Kapsam Geçerlik İndeksi ile; gözlemciler arası uyum ise Kendall's W analizi ile değerlendirilmiştir. AFA sürecinde Kaiser-Meyer Olkin (KMO), Bartlett testi, Anti-image korelasyon, ana bileşenler analizi ve Oblimin döndürme yöntemleri kullanılmıştır. Elde

edilen faktör yapısı DFA ile test edilmiş; analizde χ^2 , RMSEA, CFI ve IFI gibi uyum indeksleri dikkate alınmıştır (120–123).

Tablo 2. HİYİTÖ’yü geliştirme aşamaları ve veri toplama süreci

Ölçek Geliştirme ve Veri Toplama Süreci			Tarih
Etik kurul izni alındı.			15.06.2023
Artvin İl Sağlık Müdürlüğünden ve hastanelerden kurum izinleri alındı.			18.09.2023
Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünden ve hastanelerden kurum izinleri alındı.			17.10.2023
HİYİTÖ’nün Geçerliliğinin Sağlanması			
Literatür taraması yapılarak taslak maddelerin oluşturulması			01.03.2023-01.05.2023
Geçerliliğin sağlanması	Yüzey ve kapsam geçerliliğinin sağlanması	Yüzey geçerliliği sağlandı.	01.07.2023-30.08.2023
		Lawshe kapsam geçerlilik yöntemi kullanılarak 15 uzmandan görüş alındı.	01.09.2023-01.11.2023
		Dil geçerliliği için iki Türk Dili uzmanından görüş alındı.	15.11.2023-15.12.2023
		Pilot çalışma için 40 hemşireden veri toplandı.	20.12.2023-20.02.2024
	Yapı Geçerliliği	Açıklayıcı faktör analizi için Artvin ilinden 373 hemşireden veri toplandı.	01.03.2024-01.06.2024
Doğrulayıcı faktör analizi için Trabzon ilinden 334 hemşireden veri toplandı.		25.06.2024-15.09.2024	
HİYİTÖ’nün Güvenirliğinin Sağlanması			
Güvenirliğin Sağlanması	Güvenirlik analizleri yapıldı.	Cronbach’s Alpha Spearman-Brown Coefficient Guttman Split-Half Coefficient	01.11.2024-15.12.2024
	Ayırt edicilik testi	% 27 'lik Alt ve Üst Çeyreklik için Bağımlı Gruplarda t-testi	01.11.2024-15.02.2025
	Toplanabilirlik analizi	Tukey’in Nonadditivity Testi	01.11.2024-15.02.2025
Raporlama		Araştırma sonuçları raporlandı.	15.12.2024-15.02.2025

Güvenirlik analizleri kapsamında, ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach’s Alpha, Spearman-Brown ve Guttman katsayıları ile değerlendirilmiştir. Her bir maddenin ölçeğin bütününe katkısını belirlemek amacıyla madde-toplam korelasyonları incelenmiş, ayrıca %27’lik alt ve üst gruplar üzerinden yapılan madde ayırt edicilik analizleri ile maddelerin seçicilik düzeyleri test edilmiştir. Ölçeğin toplam puan oluşturma açısından uygunluğunu belirlemek amacıyla toplanabilirlik analizi gerçekleştirilmiş ve bu doğrultuda Tukey’s

Nonadditivity testi uygulanmıştır. Ayrıca, gruplar arası farklılıkları incelemek için t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) gibi parametrik istatistiksel testlerden yararlanılmıştır. Uygulanan bu çok yönlü analizler, geliştirilen ölçeğin yaşlı istismarını belirlemede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymuştur.

Tablo 3. HİYİTÖ'nün geliştirilmesinde kullanılan testler ve yöntemler

Yüzey Geçerliği	Madde havuzunun oluşturulması Akran değerlendirmesi Uzman görüşü alınması Pilot uygulama
Kapsam Geçerliği (Lawshe Tekniği)	Yüzde ve ortalama testleri Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)
Normal Dağılım	Kurtosis ve Skewness değerleri
Yapı Geçerliği	Açıklayıcı Faktör Analizi kapsamında (AFA) - Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) - Barlett Testi - Anti-İmaj Korelasyon Testi - Temel Bileşenler Analizi - Oblimin Döndürme Testi - Yamaç Grafiği / Scree Plot Grafiği - Ortalama ve Standart Sapma
	Doğrulayıcı Faktör Analizi kapsamında (DFA) - Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) - Barlett Testi - Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd) - Uyum İndeksi (GFI) - Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) - Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) - Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü (SRMR) - Fazlalık Uyum İndeksi (IFI) - Tucker-Lewis İndeksi (TLI) - Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)
Madde Ayırt Edicilik	% 27'lik alt ve üst çeyreklik için Bağımlı Gruplarda t-testi
Güvenirlilik Analizleri	Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı Madde Toplam Korelasyon Analizi
	Yarıya Bölme Yöntemi (Spearman-Brown ve Guttman Split-Half Analizi)
Toplanabilirlik	Tukey'in Nonadditivity Testi
Hemşirelerin demografik özelliklerine göre HİYİTÖ puanlarını değerlendirme	Yüzde, ortalama Kurtosis ve Skewness değerleri t testi / ANOVA

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları araştırmanın yapıldığı illerde çalışan hemşirelerin görüşleri ve araştırmada benzer ölçek geçerliliğinin yapılmaması ile sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Tarih:15.06.2023 Sayı:2023/43) (Ek 5). Ayrıca, Artvin İl Sağlık Müdürlüğü (18.09.2023) ve Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'nden (17.10.2023) gerekli kurum izinleri alınmıştır (Ek 6). Araştırma kabul ölçütlerini taşıyan hemşirelere araştırmanın amacı ve uygulamaları hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR

Araştırma bulgularında HİYİTÖ'nün geçerlik, güvenirlik bulguları ve ölçeğin son yapısı ve puanlama bulguları yer almaktadır.

4.1. HİYİTÖ'nün Geçerlik Bulguları

HİYİTÖ'ye ilişkin yüzey, kapsam ve yapı geçerlik bulguları bu bölümde verilmiştir.

4.1.1. HİYİTÖ'nün Yüzey Geçerliği

Yüzey geçerliği, bir ölçüm aracının, ölçmeyi amaçladığı kavramı ne derece açık ve anlaşılır biçimde temsil ettiğine ilişkin ilk izlenim temelli değerlendirmeyi ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle, ölçeğin görünüşte, hedeflediği yapıyı ne ölçüde yansıttığına dair yapılan öznel bir değerlendirmedir (121-123). Bu tür geçerlik, genellikle araştırmacı, konu uzmanları, uygulayıcılar ve hedef kitlede yer alan bireylerin ölçek maddelerini yüzeysel olarak incelemesiyle belirlenir. Yüzey geçerliği, istatistiksel bir analizden çok nitel bir ön değerlendirme niteliği taşımakta olup, ölçeğin kullanıcılar ve katılımcılar açısından anlaşılır, uygulanabilir ve uygun olup olmadığını ortaya koymada önemli bir adımdır (121, 122).

Bu çalışmada geliştirilen HİYİTÖ'nün yüzey geçerliği, alan uzmanlarının, konuya hâkim akademisyenlerin, araştırmacının danışmanının ve ilgili alanda deneyimi bulunan hemşirelerin görüşleri doğrultusunda değerlendirilmiştir. Ölçek maddelerinin oluşturulmasında, ulusal ve uluslararası literatürde yer alan, özellikle Türkçeye uyarlanmış geçerli ve güvenilir ölçekler ile bu alandaki tanımlayıcı çalışmalar detaylı biçimde incelenmiştir (7, 34, 36, 39, 43, 46, 47, 49, 50, 53, 57, 59, 60, 68, 74, 99, 101, 103, 105, 107-109, 124-126). Elde edilen bilgiler ışığında oluşturulan taslak HİYİTÖ; fiziksel istismar, finansal/ekonomik istismar, psikolojik/duygusal istismar, cinsel istismar, ihmal ve bakıcıya yönelik değerlendirme olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek toplamda 115 madde içermekte olup, her bir madde üçlü Likert tipi puanlama sistemiyle (2 = Var, 1 = Olası, 0 = Yok) değerlendirilecek şekilde yapılandırılmıştır (119). Böylelikle, taslak formun kapsamının, yaşlı istismarının farklı türlerini hemşirelik perspektifinden bütüncül olarak değerlendirecek biçimde yeterli ve anlaşılır olup olmadığına ilişkin ön değerlendirme yapılmıştır.

Hazırlanan maddelerin konuya ilişkin yüzey geçerliğinin sağlanması için yaşlı ihmal ve istismarı konusunda alan yazına katkısı bulunan ve konu hakkında klinik tecrübeye sahip olduğu düşünülen 12 akademisyen(6) ve hemşire(6) araştırmaya elektronik posta yoluyla davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 5 akademisyen ve 5 hemşire ile madde havuzu paylaşılmıştır. Akademisyenlerin ve hemşirelerin önerilerine göre düzenlenen ve 32 maddesi elenen madde havuzunda yüzey geçerliği sağlanmış ve kapsam geçerliği için hazır 83 madde elde edilmiştir.

4.1.2. HİYİTÖ'nün Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, bir ölçek maddesinin ölçmek istenen özelliği ne kadar iyi kapsadığını belirlemek amacıyla yeterli sayıda uzmanın görüşlerinin alınmasıyla yapılan bir ön çalışmadır (120, 123). Uzmanların görüşleri doğrultusunda hazırlanan ölçeğin yüksek geçerliğe sahip olması beklenmektedir. Kapsam geçerliği için gerekli uzman sayısı, kullanılacak tekniğe bağlı olarak belirlenmektedir. Hedeflenen kapsam doğrultusunda oluşturulan ölçek maddelerinin ardından, görüş alınacak uzmanların listesi hazırlanmaktadır (127). Ölçek maddelerini içeren uzman görüş formu oluşturularak bu form uzmanlara iletilmektedir. Uzmanlardan alınan görüşler nitel veriler olup, seçilen teknik doğrultusunda nicel verilere dönüştürülerek analiz edilmektedir. Analiz sonucunda her bir ölçek maddesi için Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) ve ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) elde edilmektedir (111, 123, 127).

Yaşlı istismarını tanılama amacı ile oluşturulan taslak ölçeğin maddelerinin dilbilgisi ve Türkçe anlaşılabilirliği için Türkçe Eğitimi ve Türk Dil ve Edebiyatı alanında çalışan iki akademisyene gönderilmiş, görüşleri alınmış ve bu görüşler doğrultusunda taslak ölçek soruları dil veya dil bilgisi açısından düzeltilmiştir. Bu kapsamda “ 4, 7, 10, 22, 25, 26, 27, 29, 32, 52, 62,” sorularda “ve” bağlacı yerine “veya” kullanılması (Örnek: “Öyküsü ile uyumsuz ve açıklanamayan yaralanmaların olması” yerine “Öyküsü ile uyumsuz veya açıklanamayan yaralanmaların olması” kullanılması), ayrıca “8, 21, 33, 43, 46, 48, 50, 56, 57, 60, 61, 64, 65” soruların anlam bütünlüğü veya daha güçlü anlam vermesi için ifade değiştirme (Örnek: “Tekrarlanan yaralanmalarda aynı sağlık kurumuna gitmeme” yerine “Tekrarlanan yaralanmalarda daha önceki sağlık kurumuna tekrar gitmeme” kullanılması) gibi düzenlemeler yapılmıştır. Maddelerin okunurluk, anlaşılabilirlik açısından düzenlemeleri sağlanmıştır.

Yüzey geçerliği sağlanan madde havuzunun yaşlı istismarını ölçme ve konuya uygunluğunu değerlendirmek adına kapsam geçerliğinin sağlanması için Lawshe tekniği tercih edilmiştir. Lawshe tekniği kapsamında taslak madde havuzu alanında uzman olan 60 öğretim üyesine gönderilmiş ve 15’inden geri dönüş alınmıştır. Uzman görüşü alınan öğretim üyelerinin özellikleri Tablo 4’te verilmiştir. Literatürde 15 uzman görüşüne göre maddelerin kapsam geçerliğinden geçebilmesi için hesaplanan Kapsam Geçerliği Ölçütü (KGÖ) puanının 0.600 ve üzerinde olması gerektiği Tablo 5’te belirtilmiştir (120, 128).

Tablo 4. HİYİTÖ’nün kapsam ve dil geçerliği için cevap alınan uzmanların unvanlarına göre dağılımı

Akademik Unvan			Toplam
Prof.	Doç.	Dr. Öğr. Üyesi	
6	4	5 (+2 Dil Geçerliği)	Kapsam Geçerliği: 15 Dil Geçerliği: 2

Lawshe Kapsam Geçerlik yönteminde uzmanlar her bir maddeye ilişkin görüşlerini “Gereksiz”, “Yararlı ancak gerekli değil-Düzeltilmeli” ve “Gerekli” şeklinde Likert tipi bir derecelendirme ile belirtmektedir. En az 5 en fazla 40 uzmandan gelen görüşler doğrultusunda KGO ve KGİ hesaplanmaktadır. Şekil 1’de Lawshe tekniğinde KGO’nun nasıl hesaplandığı formülü verilmiştir. Burada; Nu, maddeye “Gerekli” diyen uzman sayısını ve N ise maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısını göstermektedir (120, 128).

$$KGO = \frac{Nu - N/2}{N/2} \text{ veya } KGO = \frac{Nu}{N/2} - 1$$

Şekil 1. Lawshe tekniğinde KGO hesaplama formülü

Şekil 1’de belirtilen KGO puanı hesaplama formülüne göre yapılan hesaplamalarda 83 maddelik havuzundan 17 madde elenmiş ve pilot uygulama öncesi madde havuzunda 66 madde kalmıştır.

Tablo 5. KGÖ'nün minimum/kritik değerleri

Uzman Sayısı	Minimum KGÖ Değeri
5	1.000
8	0.750
10	0.800
12	0.667
15	0.600
18	0.444
20	0.500

KGÖ: Kapsam Geçerlilik Ölçütü (0.05 anlamlılık düzeyinde)

66 maddenin KGO puanlarının aritmetik ortalaması ile hesaplanan KGİ değeri **0.878** olarak tespit edilmiştir. Ölçek maddelerine ait KGİ değeri, ölçekten 17 madde çıkarıldıktan sonra hesaplanmış ve **0.878** olarak tespit edilmiştir. Elde edilen KGİ değerinin KGÖ değerinden büyük olması ($KGİ > KGÖ$) ölçekte kalan maddelerin kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (123, 128, 129). Bu değer madde havuzunun kapsam geçerliğinin sağlandığını ve ön test sürecine hazır olduğunu göstermektedir.

4.1.3. HİYİTÖ'nün Pilot Uygulaması

Pilot uygulamanın kimler üzerinde yapılacağı, ölçülecek değişkene ve hedef grubun kimler olacağına bağlıdır. Pilot uygulamanın örneklemindeki grubun yaş aralığı, eğitim düzeyi, cinsiyeti gibi pek çok özellik, orijinal ölçeğin hedef grubu ile aynı olmalıdır (111, 130). Bu nedenle dil ve kapsam geçerliği sağlanmış taslak ölçek formunun, hedef örneklem tarafından doğru anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek amacıyla, çalışma evreni ile benzer özelliklere sahip 40 kişilik bir örneklem grubuna uygulanmıştır. Pilot çalışmalar için 30-50 kişilik örneklem literatür tarafından yeterli görülmektedir (130). Pilot uygulama standart koşullarda yapılmış, ölçekte yer alan maddelerin örneklem tarafından doğru değerlendirilebildiği, veri toplama formlarının yanıtlama süresi ve katılımcıların ölçekteki ifadelerle göre yaşlıları değerlendirmede zorlanmadıkları belirlenmiştir. Pilot uygulama tamamlandıktan sonra katılımcıların veri toplama formunu ortalama 17 dakikada (minimum: 12, maksimum: 20) doldurabildikleri belirlenmiştir. Ayrıca 40 kişi ile yapılan pilot uygulama verilerine göre taslak ölçeğin iç tutarlılık Cronbach's alpha değeri 0.972 olarak tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. HİYİTÖ'nün ön test sonucu iç tutarlılık Cronbach's alpha değeri

Hemşire Sayısı	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	Soru Sayısı
40	0.972	0.973	66

Son düzenlemelerle taslak ölçek, örneklem grubuna uygulanmaya ve veri toplama işlemine başlanmaya hazır hale getirilmiştir.

4.1.4. HİYİTÖ'nün Gözlemciler Arası Uyum Analizi

Gözlemciler arası iyi uyum özellikle tanılama ve değerlendirme ölçeklerinde önemli bir değerlendirme kriteri olarak görülmektedir. Kendall's W iyi uyum katsayısı hesaplanarak elde edilen bu veri gözlemcilerin taslak ölçeği kullanarak değerlendirdikleri yaşlı istismarı toplam puanlarının birbirleri ile uyumlu olup olmadığını göstermektedir (121-123, 131). Tablo 7'de Kendall's W iyi uyum düzeyleri görülmektedir (122, 130).

Tablo 7. Kendall's W iyi uyum düzeyleri

Kendall's W değeri	Açıklama
0.81-1.00	Çok iyi düzeyde uyum
0.61-0.80	İyi düzeyde uyum
0.41-0.60	Orta düzeyde uyum
0.21-0.40	Düşük düzeyde uyum
0.00-0.20	Zayıf uyum

Bu sayede yaşlıyı değerlendiren hemşire farkı olmaksızın ölçeğin yaşlı istismarını tarafsız olarak değerlendirebildiği sonucuna varılabilmektedir.

Tablo 8. HİYİTÖ'nün gözlemciler arası uyum analizi

N	5
Kendall's W*	0.856
Chi-Square	17.120
df	4
Asymp. Sig.	0.002

* Kendall'in uyum katsayısı

Bunun için veri toplama işlemine başlanmadan önce rastgele belirlenen beş hemşirenin gözlemci olarak acil servise gelen beş yaşlıyı taslak ölçeği kullanarak değerlendirmeleri istenmiştir. Rastgele belirlenen beş hemşirenin acile rastgele gelmiş beş yaşlıdan elde ettiği verilerin Kendall's W iyi uyum sonuçları Tablo 8'de verilmiştir. Buna göre taslak ölçeğin gözlemciler arasında 'Çok iyi düzeyde uyum' gösterdiği belirlenmiştir (Kendall's W=0.856; p=0.002).

4.1.5. HİYİTÖ Maddelerinin Normal Dağılım Analizleri

Araştırmada, ölçek maddelerinin normal dağılım gösterip göstermediğini değerlendirmek için Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri incelenmiştir. Literatürde normal dağılım için önerilen kriterler doğrultusunda, Tabachnick ve Fidell (2020) tarafından belirtilen +1.5 ile -1.5 aralığı ve George ve Mallery (2019) tarafından önerilen +2.0 ile -2.0 aralığı referans alınmıştır (132, 133).

Tablo 9. HİYİTÖ maddelerine ilişkin Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri

Madde	Kurtosis	Skewness	Madde	Kurtosis	Skewness	Madde	Kurtosis	Skewness
Fİ1	-1.249	0.837	Cİ23	1.288	-0.461	İ45	-0.950	0.058
Fİ2	0.803	1.437	Cİ24	-0.316	1.326	İ46	1.438	1.033
Fİ3	-0.432	-0.071	Cİ25	-0.166	-1.116	İ47	1.060	-0.836
Fİ4	-0.333	0.156	Cİ26	-0.193	0.545	İ48	-1.002	-0.999
Fİ5	-0.494	-1.394	Cİ27	-0.409	0.257	BVİ49	-0.316	0.624
Fİ6	0.255	0.446	Cİ28	0.226	-0.886	BVİ50	0.614	-1.249
Fİ7	-1.138	-1.457	Cİ29	-0.758	-1.448	BVİ51	0.440	1.216
Fİ8	-0.016	-0.969	Cİ30	0.746	-0.044	BVİ52	0.399	1.071
Pİ9	-0.939	-0.726	Cİ31	0.273	-0.782	BVİ53	0.518	-1.409
Pİ10	-1.417	-1.457	Cİ32	0.380	-0.800	BVİ54	-1.220	-0.573
Pİ11	0.959	-0.660	Cİ33	-1.236	-1.499	BVİ55	-0.869	0.786
Pİ12	0.688	0.405	İ34	0.682	1.232	BVİ56	-1.329	0.708
Pİ13	-0.075	-1.105	İ35	0.310	1.124	BVİ57	0.892	0.959
Pİ14	0.672	1.189	İ36	-1.365	-0.130	BVİ58	0.756	1.132
Pİ15	-0.697	-0.224	İ37	0.744	0.896	BVİ59	0.361	0.762
Eİ16	-0.692	-0.466	İ38	-0.110	1.393	BVİ60	-0.985	0.085
Eİ17	-0.028	0.460	İ39	-0.905	0.531	BVİ61	1.014	-1.475
Eİ18	1.371	-1.419	İ40	0.854	-0.705	BVİ62	-0.701	-1.050
Eİ19	0.079	0.227	İ41	1.356	-1.277	BVİ63	1.207	0.034
Eİ20	0.822	0.126	İ42	0.528	1.214	BVİ64	0.727	0.915
Eİ21	1.205	-0.584	İ43	0.008	0.998	BVİ65	-0.302	0.507
Cİ22	-0.850	-0.003	İ44	1.084	-0.223	BVİ66	1.357	0.344

Fİ: Fiziksel İstismar, Pİ: Psikolojik İstismar, Eİ: Ekonomik İstismar, Cİ: Cinsel İstismar, İ: İhmal, BVİ: Bakım Verici İstismarı

Ölçek maddelerinin tamamının Kurtosis ve Skewness değerleri +1.5 ile -1.5 aralığında bulunmuş, bu durum maddelerin normal dağılıma uygun olduğunu göstermiştir (Tablo 9). Genel olarak, ölçek maddelerinin normal dağılım kriterlerini sağladığı ve veri setinin güvenilir analizler için uygun olduğu söylenebilir.

4.1.6. HİYİTÖ'nün Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, bir ölçme aracının soyut bir olguyu (örneğin bir kavram ya da boyut) ne ölçüde doğru bir şekilde yansıttığını değerlendiren bir geçerlik türüdür. Bu bağlamda, ölçme aracının hangi kavramları ve özellikleri ne ölçüde kapsadığını belirlemek amacıyla yapı geçerliği incelenmektedir (110, 111, 130).

Yapı geçerliğini değerlendirmek için sıklıkla faktör analizi kullanılmaktadır. Faktör analizi, birbirleriyle ilişkili çok sayıda maddeyi bir araya getirerek, bu maddelerden daha az sayıda ve birbirleriyle tutarlı alt boyutlar (faktörler) elde etmeyi amaçlamaktadır (114). Böylece, veri seti sadeleştirilmekte ve kavramsal yapı daha anlaşılır bir şekilde ortaya konmaktadır (130).

Faktör analizi sayesinde ölçme aracının kuramsal temellere uygun olarak oluşturulup oluşturulmadığı, maddelerin hangi boyut altında toplandığı ve bu boyutların yapıyı ne derece temsil ettiği anlaşılmaktadır (110, 111). Bu süreç, ölçeğin geçerliği açısından kritik bir adımdır. Araştırmanın bu bölümünde, 66 maddelik taslak HİYİTÖ'nün yapı geçerliğini test etmek için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

4.1.6.1. HİYİTÖ'nün Açıklayıcı Faktör Analizi

Araştırmada, ölçeğin faktör yapısını incelemek için açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Araştırmada, örneklem yeterliliği ve değişkenler arasındaki ilişkilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett Küresellik Testi yapılmıştır. KMO testi, örneklem yeterliliğini ölçer ve değerlerin 0.80-0.89 arasında olması çok iyi uygunluk olarak kabul edilir. Bartlett's Küresellik Testi, değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olup olmadığını test eder ve anlamlı sonuçlar, faktör analizi uygulanabilirliğini destekler (114, 129, 134). Tablo 10'da görüldüğü üzere, KMO değeri 0.861 olarak bulunmuş, bu da verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca Bartlett Küresellik Testi sonuçlarına göre, ki-kare değeri 7109.368 ve anlamlılık düzeyi $p < 0.001$ bulunmuştur. Bu sonuç, değişkenler arasındaki ilişkilerin faktör analizi için yeterli olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 10. HİYİTÖ'nün KMO ve Bartlett's Testi sonuçları

Test	Değer
Kaiser-Meyer-Olkin Ölçümü	0.861
Bartlett's Test (Chi-Square)	7109.368
Bartlett's Test (df)	406
Bartlett's Test (Sig.)	0.000

Faktör analizi sırasında temel bileşenler analizi oblimin döndürme yöntemi kullanılmıştır. Faktör yük değeri için alt sınır 0.60, eş yükleme farkı için 0.10 kriteri, özdeğer için ise 1.00 ve üzeri kabul edilmiştir. Toplam 4 döndürme işlemi sonucunda, faktör yükü düşük ve eş yükleme kriterine uygun olmayan maddeler analizden çıkarılmıştır. Birinci döndürmede 21 madde (4, 9, 11, 12, 18-20, 26-29, 36, 42, 47, 49, 56, 58, 59, 64-66), ikinci döndürmede 6 madde (14, 37, 40, 44, 46, 53), üçüncü döndürmede 3 madde (24, 15, 32) ve son olarak dördüncü döndürmede 7 madde (5, 7, 8, 10, 13, 23, 39) olmak üzere toplam 37 madde ölçekten çıkartılmıştır.

Faktör analizi kapsamında, her bir maddenin kısmi kovaryans ve korelasyonları incelemek amacıyla anti-image matrisi oluşturulmuştur. Bu matriste her madde için diyagonal örneklem yeterliliği (Measures of Sampling Adequacy - MSA) değerleri hesaplanmıştır. Literatürde önerildiği gibi, MSA değeri 0.50'nin altında olan maddeler analizden çıkarılmıştır (134, 135). Araştırmada maddelerin MSA değerleri 0.782 ile 0.915 arasında bulunmuş, bu nedenle hiçbir madde analiz dışı bırakılmamıştır.

Faktör analizi sonucunda, ölçeğin toplam varyansın %61.810'unu açıklayan dört faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Tablo 11'de görüldüğü üzere, birinci faktör varyansın %25.714'ünü açıklarken, ikinci, üçüncü ve dördüncü faktör sırasıyla %16.642, %10.577 ve %8.877 varyans açıklama oranlarına sahiptir.

Tablo 11. HİYİTÖ'nün alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yükleri analiz sonuçları (n=373)

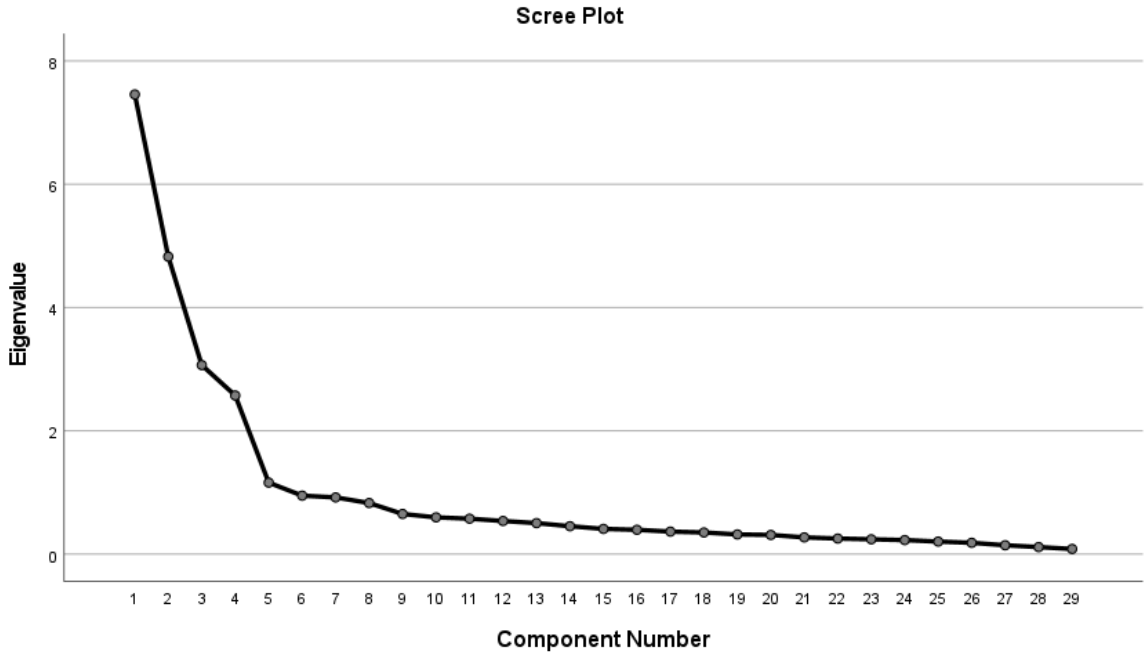
Alt Boyutlar*	Özdeğer	Varyans(%)	Ort.	SS	Faktör Yüğü
Temel Bakım İhmali	7.457	25.714			0.643-0.895
BVİ52. Bakım vericinin yaşlının kişisel eşyalarına özen göstermemesi			0.89	0.80	0.895
BVİ60. Bakım vericinin yaşlının dini vecibelerini yerine getirmesine duyarsız kalması			0.83	0.81	0.867
BVİ62. Bakım vericinin yaşlının yemek veya ilaç saatlerine dikkat etmemesi			0.79	0.73	0.840
BVİ61. Bakım vericinin yaşlıyı rahatsız eden sorunlarını ciddiye almaması			0.73	0.80	0.840
İ35. Yaşlının kişisel bakım ihtiyaçlarının karşılanmamış olması			1.12	0.81	0.788
İ34. Yaşlının giysilerinin kirli olması veya kötü kokması			1.15	0.78	0.767
İ41. Yaşlının tıbbi kontrollerinin düzenli yapılmaması			0.84	0.74	0.764
BVİ54. Bakım vericinin yaşlıyı sık sık yalnız bırakması			0.75	0.67	0.753
BVİ63. Bakım vericinin yaşlının sorunlarını başkaları ile konuşarak dalga geçmesi			0.79	0.73	0.661
BVİ51. Bakım vericinin yaşlıya bağırması veya yersiz sesini yükseltmesi			0.62	0.58	0.644
BVİ57. Bakım vericinin yaşlıyı hareket ettirirken onu incitecek şekilde özensiz davranması			0.58	0.73	0.643
Mali ve Fiziksel İstismar	4.826	16.642			0.698 – 0.794
Eİ16. Yaşlının kendi gelirini kendisinin yönetmesine izin verilmemesi			0.53	0.62	0.794
Eİ21. Yaşlının bilinci yerinde olduğu halde kalıcı vekaletini vermesi için baskı gördüğünü söylemesi			0.27	0.55	0.772
Eİ17. Yaşlının isteğı veya bilgisi dışında banka kartının, kredi kartının veya parasının başkaları tarafından kullanılması			0.47	0.62	0.767
Fİ3. Yaşlının kafa derisinde çeşitli morluklar/şişlikler olması			0.32	0.56	0.754
Fİ1. Yaşlının başında ,boynunda, kollarında, ellerinde veya ayaklarında çürük, morluk veya yanık izleri olması			0.51	0.62	0.744
Fİ6. Yara tipinin, iyileşme seviyesinin veya yerinin yaşlı beyanıyla uyuşmaması			0.37	0.59	0.698
Fİ2. Yaşlının el veya ayak bileklerinde kamçı ya da halat izlerinin olması			0.17	0.38	0.691
Duygusal ve Sosyal İhmal	3.067	10.577			0.689 – 0.850
İ43. Yaşlının aile bireylerinin yanında konuşmaması (duygusal, fiziksel acıları, sıkıntıları vb. ile ilgili)			0.46	0.65	0.850
BVİ50. Bakım vericinin anlattığı öykünün yaşlıdan alınan öyküyle tutarsız olması			0.31	0.52	0.788
İ45. Yaşlının telefonunun olmaması			0.43	0.58	0.772
İ38. Yaşlının tedavi edilmemiş mental ya da fiziksel hastalık tanılarının olması			0.50	0.60	0.754
BVİ55. Bakım vericinin herhangi bir kısıtlama olmaksızın yaşlının aile üyeleri ile veya yakınları ile konuşmasını, görüşmesini engellemek istemesi			0.27	0.48	0.704
İ48. Yaşlının yataktan kalkarken yardım istemeye çekinmesi			0.44	0.54	0.689
Cinsel İstismar Belirtileri	2.574	8.877			0.745 – 0.805
Cİ31. Yaşlının genital-rektal bölgesinde travma düşündüren bulguların olması			0.20	0.41	0.805
Cİ22. Yaşlının açıklanamayan anal veya vajinal kanama olması			0.20	0.40	0.802
Cİ30. Yaşlının temiz olmasına rağmen sürekli bedeninin veya genital bölgesinin kirli olduğunu söylemesi			0.21	0.42	0.796
Cİ25. Yaşlının cinsel ilişki yoluyla bulaşan hastalıklar veya vajinal enfeksiyonlarının olması			0.17	0.39	0.767
Cİ33. Yaşlının yüz yüze görüşmelerde cinsel travma içerikli konuşmalara yer vermesi			0.18	0.38	0.745

*Fİ: Fiziksel İstismar, Eİ: Ekonomik İstismar, Cİ: Cinsel İstismar, İ: İhmal, BVİ: Bakım Verici İstismarı

AFA sonucunda ölçeğin dört faktörden oluştuğu ve her bir faktörün yüklemeleri Tablo 11’de gösterilmiştir. Faktörler şu şekilde adlandırılmıştır:

- **Temel Bakım İhmali (TBİ):** Birinci faktör, toplam varyansın %25.714’ünü açıklamakta olup, faktör yükleri **0.643 ile 0.895** arasında değişmektedir.
- **Mali ve Fiziksel İstismar (MFİ):** İkinci faktör, toplam varyansın %16.642’sini açıklamaktadır ve faktör yükleri **0.698 ile 0.794** arasında değişmektedir.
- **Duygusal ve Sosyal İhmal (DSİ):** Üçüncü faktör, toplam varyansın %10.577’sini açıklamakta ve faktör yükleri **0.689 ile 0.850** arasında değişmektedir.
- **Cinsel İstismar Belirtileri (CİB):** Dördüncü faktör, toplam varyansın %8.877’sini açıklamaktadır ve faktör yükleri **0.745 ile 0.805** arasında değişmektedir.

Faktör analizi sonuçlarının görselleştirilmesinde kullanılan Scree Plot grafiği incelendiğinde, özdeğerlerin faktör numaralarına göre değişimi açıkça gözlemlenmiştir (Şekil 2). Grafikte, özdeğerlerin hızlı bir şekilde azaldığı ve ardından nispeten yatay bir seyir izlediği bir "diz kırılması" noktası dikkat çekmektedir. Araştırmada, diz kırılması noktası dördüncü faktör sonrasında oluşmuştur (Şekil 2). Bu durum, dört faktörün ölçeğin yapısında anlamlı bir katkı sağladığını ve toplam varyansın önemli bir kısmını açıkladığını göstermektedir.



Şekil 2. HİYİTÖ'nün Faktör Saçılım Grafiği (Scree Plot)

Dördüncü faktörden sonra gelen faktörlerin özdeğerleri 1'in altına düşmüş ve bu faktörler ölçeğe anlamlı bir katkı sunmadığı için analiz dışında bırakılmıştır. İlk dört faktör, toplam varyansın %61.810'unu açıklamış ve faktör yapısının güvenilirliğini desteklemiştir. Scree Plot, ölçeğin dört faktörlü yapısının geçerli ve güvenilir olduğunu ortaya koymuş ve faktör analizinin diğer bulgularıyla uyumlu bir şekilde sonuç vermiştir. Bu nedenle, ölçek geliştirme çalışması açısından dört faktörlü yapı uygun kabul edilmiştir.

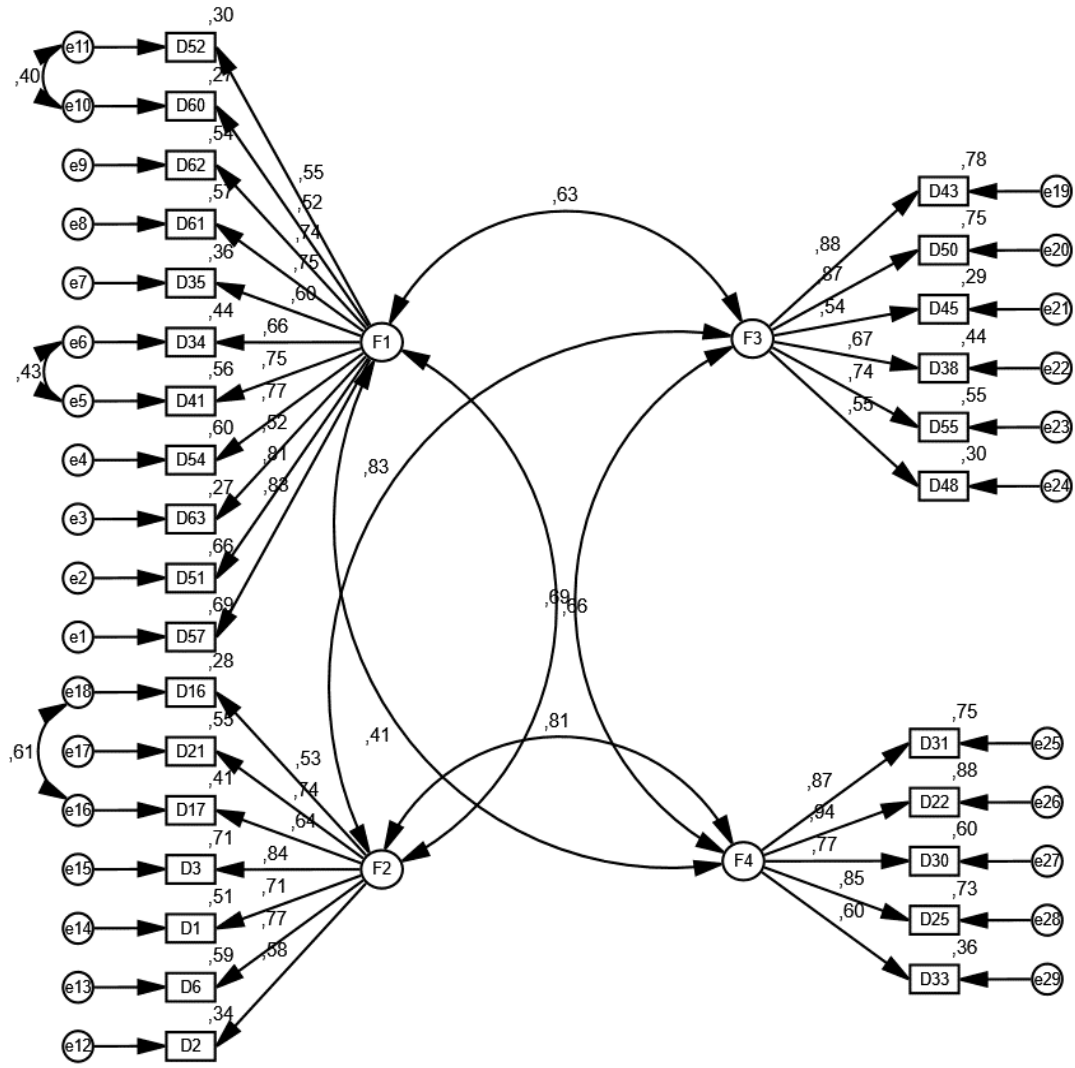
4.1.6.2. HİYİTÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizine (DFA) geçmeden önce veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett's Küresellik Testi uygulanmıştır. KMO testi, örneklem yeterliliğini ölçer ve değerlerin 0.90 ve üzerinde olması mükemmel bir uygunluk olarak kabul edilir. Analiz sonuçlarında KMO değeri 0.929 olarak bulunmuş, bu da veri setinin faktör analizi için oldukça uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 12). Bartlett's Küresellik Testi, değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olup olmadığını test eder ve anlamlı sonuçlar, faktör analizi uygulanabilirliğini destekler. Bartlett's test sonucunda elde edilen ki-kare değeri 6429.759, serbestlik derecesi (df) 378 ve anlamlılık düzeyi ($p < 0.001$) bulunmuştur. Bu sonuçlar, veri集中的 değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir.

Tablo 12. HİYİTÖ'nün KMO ve Bartlett's Testi sonuçları

Test	Değer
Kaiser-Meyer-Olkin Ölçümü	0.929
Bartlett's Test (Chi-Square)	6429.759
Bartlett's Test (df)	378
Bartlett's Test (Sig.)	0.0001

DFA ölçeğin ölçme modelinin doğruluğunu test etmek ve faktör yapısının geçerliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. DFA, AFA'dan elde edilen yapıyı doğrulamaya yönelik olarak kullanılmıştır ve literatürde önerilen teorik modele dayanmaktadır. Şekil 3'te, DFA'ya ilişkin diyagram sunulmuş olup, diyagramda faktörler ve maddeler arasındaki ilişkiler görselleştirilmiştir. Diyagramda her bir faktöre yüklenen maddeler ve maddeler arasındaki standartlaştırılmış regresyon katsayıları belirtilmiştir. Ayrıca, faktörler arasındaki ilişkiler ve faktörlerin birbiriyle ne ölçüde ilişkili olduğu da diyagramda gösterilmiştir. Analiz sonuçları doğrultusunda DFA ile hesaplanan uyum istatistiklerinin ölçeğin daha önce belirlenen faktör yapısı ile kabul edilebilir düzeyde uyumlu olduğu saptanmıştır.



Şekil 3. HİYİTÖ'nün DFA'ya ilişkin diyagram

DFA sonucunda modelin uyum iyiliği kriterleri incelenmiş ve modelin veri ile uyum düzeyini gösteren çeşitli indeksler (CFI, TLI, RMSEA ve SRMR) değerlendirilmiştir. Modelin uyum iyiliği değerleri genel olarak kabul edilebilir düzeyde bulunmuş ve faktör yapısının teori ile uyumlu olduğu doğrulanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. HİYİTÖ'nün DFA indeks değerleri

Uyum İndeksleri	Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Değerler (136-139)
χ^2	1293.718	
sd	368	
χ^2/sd	3.516	$0 \leq \chi^2/\text{df} \leq 5$
CFI	0.858	$0.80 \leq \text{CFI} \leq 1.00$
GFI	0.869	$0.80 \leq \text{GFI} \leq 0.95$
NFI	0.886	$0.90 \leq \text{NFI} \leq 0.95$
IFI	0.859	$0.80 \leq \text{IFI} \leq 1.00$
TLI	0.873	$0.80 \leq \text{TLI} \leq 1.00$
SRMR	0.073	$0.05 \leq \text{SRMR} \leq 0.08$
RMSEA	0.077	$0.05 \leq \text{RMSEA} \leq 0.08$

* χ^2/Sd : Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, GFI: Uyum İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, TLI: Tucker-Lewis İndeksi, SRMR: Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

DFA sonuçlarına ilişkin uyum iyiliği indeksleri, modelin genel olarak kabul edilebilir bir uyum düzeyi sergilediğini göstermektedir. Elde edilen χ^2/df değeri 3.516 olup, literatürde kabul edilen $0 \leq \chi^2/\text{df} \leq 5$ aralığında yer almakta ve modelin veriye uygun bir yapı sunduğunu göstermektedir. CFI değeri 0.858 ve IFI değeri 0.859 olarak hesaplanmış, her iki indeks de kabul edilen $0.80 \leq \text{CFI}$, $\text{IFI} \leq 1.00$ aralığında bulunmuştur. GFI değeri 0.869 ile $0.80 \leq \text{GFI} \leq 0.95$ sınırları içinde kalmış ve modelin veriyle iyi bir uyum gösterdiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte, NFI değeri 0.886 olup, $0.90 \leq \text{NFI} \leq 0.95$ aralığının hemen altında kalmıştır (Tablo 13). Bu durum, modelin uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğu ancak mükemmel uyum için geliştirme potansiyeli taşıdığını göstermektedir (136-139).

Standartlaştırılmış rezidüel hataları ölçen SRMR değeri 0.073 ve RMSEA değeri 0.077 olarak bulunmuş, her iki indeks de kabul edilen sınırlar olan $0.05 \leq \text{SRMR}$, $\text{RMSEA} \leq 0.08$ aralığında yer almıştır. TLI değeri 0.873 ile kabul edilebilir $0.80 \leq \text{TLI} \leq 1.00$ aralığında bulunmuş ve modelin uyum düzeyinin yeterli olduğunu desteklemiştir (136, 138, 139).

Genel olarak, modelin uyum iyiliği indeksleri, veri ile kabul edilebilir düzeyde bir uyum sağladığını ortaya koymaktadır. NFI'nin sınır değerinin hemen altında kalması ve diğer indekslerin kabul edilebilir sınırların üzerinde yer alması, modelin büyük ölçüde teorik yapıya uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 14. HİYİTÖ'nün DFA faktör yükleri

Maddeler ve Faktörler*			β	Std. β	S. Hata	t	P
BVİ57(TBİ11)	<---	F1	1.000	0.830			
BVİ51(TBİ10)	<---	F1	1.000	0.814	0.057	17.504	p<0.001
BVİ63(TBİ9)	<---	F1	0.604	0.518	0.062	9.777	p<0.001
BVİ54(TBİ8)	<---	F1	0.861	0.772	0.053	16.197	p<0.001
İ41(TBİ7)	<---	F1	0.878	0.748	0.057	15.491	p<0.001
İ34(TBİ6)	<---	F1	0.714	0.662	0.054	13.147	p<0.001
İ35(TBİ5)	<---	F1	0.691	0.603	0.059	11.726	p<0.001
BVİ61(TBİ4)	<---	F1	0.902	0.754	0.058	15.674	p<0.001
BVİ62(TBİ3)	<---	F1	0.910	0.735	0.060	15.145	p<0.001
BVİ60(TBİ2)	<---	F1	0.544	0.516	0.056	9.734	p<0.001
BVİ52(TBİ1)	<---	F1	0.568	0.552	0.054	10.531	p<0.001
Fİ2(MFİ18)	<---	F2	1.000	0.581			
Fİ6(MFİ17)	<---	F2	1.301	0.771	0.122	10.687	p<0.001
Fİ1(MFİ16)	<---	F2	1.229	0.712	0.121	10.149	p<0.001
Fİ3(MFİ15)	<---	F2	1.433	0.843	0.127	11.268	p<0.001
Eİ17(MFİ14)	<---	F2	1.111	0.637	0.118	9.407	p<0.001
Eİ21(MFİ13)	<---	F2	1.275	0.741	0.122	10.423	p<0.001
Eİ16(MFİ12)	<---	F2	0.904	0.528	0.111	8.163	p<0.001
İ43(DSİ19)	<---	F3	1.000	0.882			
BVİ50(DSİ20)	<---	F3	0.940	0.868	0.044	21.228	p<0.001
İ45(DSİ21)	<---	F3	0.685	0.540	0.065	10.521	p<0.001
İ38(DSİ22)	<---	F3	0.716	0.666	0.052	13.887	p<0.001
BVİ55(DSİ23)	<---	F3	0.805	0.742	0.049	16.275	p<0.001
İ48(DSİ24)	<---	F3	0.595	0.545	0.056	10.655	p<0.001
Cİ31(CİB25)	<---	F4	1.000	0.868			
Cİ22(CİB26)	<---	F4	1.050	0.937	0.042	24.964	p<0.001
Cİ30(CİB27)	<---	F4	0.882	0.773	0.050	17.565	p<0.001
Cİ25(CİB28)	<---	F4	1.019	0.852	0.049	20.796	p<0.001
Cİ33(CİB29)	<---	F4	0.752	0.601	0.062	12.183	p<0.001

*BVİ: Bakım verici istismarı, Fİ: Fiziksel istismar, Eİ: Ekonomik istismar, İ: İhmal, Cİ: Cinsel İstismar, TBİ: Temel bakım ihmali, MFİ: Mali ve Fiziksel istismar, DSİ: Duygusal ve sosyal ihmali, CİB: Cinsel İstismar Belirtileri

DFA sonuçları, ölçeğin yapı geçerliğinin güçlü olduğunu ve maddelerin ilgili faktörlere anlamlı şekilde yüklendiğini göstermektedir. F1 faktöründe, en yüksek standartlaştırılmış faktör yükü BVİ57 maddesine ait olup, $\beta = 0.830$ olarak hesaplanmıştır.

Bunun yanı sıra, BVİ51 ($\beta=0.814$), BVİ54 ($\beta=0.772$) ve BVİ61 ($\beta=0.754$) maddeleri de yüksek faktör yüklerine sahiptir. Tüm maddelerin t değerlerinin anlamlı olması ($p<0.001$), F1 faktörünün ölçeğin önemli bir boyutunu temsil ettiğini göstermektedir. F2 faktöründe ise en yüksek faktör yükü Fİ3 maddesine ait olup, $\beta=0.843$ olarak belirlenmiştir. Bu faktörde Fİ6 ($\beta=0.771$) ve Eİ21 ($\beta=0.741$) maddeleri de yüksek yükler sergileyerek ölçeğin ikinci boyutunu güçlü bir şekilde desteklemektedir (Tablo 14).

F3 faktörüne yüklenen maddeler arasında en yüksek standartlaştırılmış faktör yükü İ43 maddesine ait olup, $\beta=0.882$ olarak bulunmuştur. Bunu, BVİ50 ($\beta=0.868$) ve BVİ55 ($\beta=0.742$) maddeleri takip etmektedir. Bu faktör, üçüncü boyutun sağlam bir yapı sunduğunu ve maddelerin bu faktöre anlamlı şekilde yüklendiğini göstermektedir. F4 faktöründe ise Cİ22 maddesi en yüksek faktör yüküne sahiptir ($\beta=0.937$) ve bu maddenin faktörle yüksek düzeyde ilişkilendiği görülmektedir. Ayrıca, Cİ31 ($\beta=0.868$) ve Cİ25 ($\beta=0.852$) maddeleri de bu faktöre güçlü şekilde yüklenmiştir (Tablo 14).

Genel olarak, tüm maddelerin standartlaştırılmış faktör yüklerinin $\beta\geq 0.5$ olduğu ve bu yüklerin çoğunun $\beta\geq 0.7$ seviyesinde olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, ölçeğin faktör yapısının oldukça güçlü olduğunu ve maddelerin ilgili faktörlere yüksek düzeyde anlamlı şekilde yüklendiğini ortaya koymaktadır. Tüm maddelerin $p<0.001$ düzeyinde anlamlı olması, ölçeğin geçerliğini ve yapı güvenilirliğini desteklemektedir. Bununla birlikte, yükleri nispeten daha düşük olan bazı maddeler (örneğin, BVİ63 ve BVİ60) modelin genel uyumuna etkisi açısından değerlendirilmelidir. Sonuç olarak, ölçek iyi yapılandırılmış bir faktör modeline sahip olup, teorik yapıyı başarılı bir şekilde temsil etmektedir.

4.2. HİİYİTÖ'nün Güvenirlik ve Madde Analizi Sonuçları

Güvenirlik, bir ölçeğin katılımcıların maddelere verdikleri yanıtlar arasındaki tutarlılığı ifade eder (140). Literatürde ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için yaygın olarak Cronbach's alpha katsayısı kullanılmaktadır. Bu katsayının yorumlanmasında genel kabul gören kriterlere göre, $0.00\leq\alpha<0.40$ aralığındaki değerler ölçeğin güvenilir olmadığını, $0.40\leq\alpha<0.60$ aralığındaki değerler düşük güvenilir olduğunu, $0.60\leq\alpha<0.80$ aralığındaki değerler oldukça güvenilir olduğunu, $0.80\leq\alpha<1.00$ aralığındaki değerler ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (141).

Bu çalışmada kullanılan ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları hem AFA hem de DFA örneklemelerinde incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, ölçeğin genelinde

AFA için Cronbach's alpha katsayısı 0.890, Spearman-Brown Coefficient (SB) değeri 0,898 ve Guttman Split-Half Coefficient (GSH) değeri 0.879 olarak bulunmuştur. DFA analizinde ise bu değerler sırasıyla 0.944, 0.770 ve 0.768 olarak hesaplanmıştır. Ölçek genelinde her iki analiz türü için de güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 15).

Tablo 15. HİYİTÖ'nün güvenilirlik katsayıları analizleri

Alt Boyutlar	AFA(n=373)			DFA(n=334)		
	Alpha	SB	GSH	Alpha	SB	GSH
Ölçek Genel	0.890	0.898	0.879	0.944	0.770	0.768
Temel Bakım İhmali	0.934	0.920	0.865	0.912	0.832	0.830
Mali ve Fiziksel İstismar	0.868	0.836	0.799	0.865	0.800	0.781
Duygusal ve Sosyal İhmal	0.865	0.853	0.849	0.853	0.839	0.835
Cinsel İstismar Belirtileri	0.854	0.854	0.808	0.897	0.871	0.835

SB: Spearman-Brown Coefficient; GSH: Guttman Split-Half Coefficient

Alt boyutlar açısından incelendiğinde, Temel Bakım İhmali alt boyutunun AFA için Cronbach's alpha değeri 0.934, SB değeri 0.920 ve GSH değeri 0.865 iken; DFA için bu değerler sırasıyla 0.912, 0.832 ve 0.830 olarak hesaplanmıştır. Mali ve Fiziksel İstismar alt boyutunda AFA değerleri sırasıyla 0.868, 0.836 ve 0.799; DFA değerleri ise 0.865, 0.800 ve 0.781 olarak bulunmuştur. Duygusal ve Sosyal İhmal alt boyutunda AFA için Cronbach's alpha değeri 0.865, SB değeri 0.853 ve GSH değeri 0.849 iken; DFA için bu değerler 0.853, 0.839 ve 0.835 olarak hesaplanmıştır. Son olarak, Cinsel İstismar Belirtileri alt boyutunun AFA değerleri sırasıyla 0.854, 0.854 ve 0.808; DFA değerleri ise 0.897, 0.871 ve 0.835 olarak tespit edilmiştir (Tablo 15).

Madde analizi, bir ölçeğin veya alt boyutlarının güvenilirliğini ve maddelerinin iç tutarlılığa katkısını değerlendirmek amacıyla yapılan bir yöntemdir (141,142). Corrected Item-Total Correlation değeri, her bir maddenin toplam ölçek puanı ile olan ilişki düzeyini ifade ederken, Cronbach's Alpha if Item Deleted değeri, söz konusu madde çıkarıldığında ölçeğin güvenilirlik katsayısında meydana gelen değişimi gösterir. Corrected Item-Total Correlation değerinin yüksek olması, maddenin ölçekle uyumlu olduğunu ve tutarlılığı artırdığını ifade eder. Cronbach's Alpha if Item Deleted değerinin düşük olması ise maddenin ölçeğe olumlu katkı sağladığını gösterir (143).

Tablo 16, hem AFA hem de DFA sonuçlarına göre, her bir alt boyut için madde analizi değerlerini içermektedir. Temel Bakım İhmali, Mali ve Fiziksel İstismar, Duygusal ve Sosyal İhmal ile Cinsel İstismar Belirtileri alt boyutlarının her bir maddesi için Corrected Item-Total Correlation ve Cronbach's alpha if Item Deleted değerleri verilmiştir. Bu değerler, her iki analiz türü açısından da ölçek maddelerinin iç tutarlılığa katkısını ve güvenilirlik düzeylerini ortaya koymaktadır.

Tablo 16. HİYİTÖ'nün AFA ve DFA örneklemelerindeki madde analizi sonuçları

Alt Boyutlar	AFA			DFA		
	Madde	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Madde	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Temel Bakım İhmali (TBİ)	BVİ52	0.810	0.923	TBİ1	0.594	0.907
	BVİ60	0.770	0.925	TBİ2	0.562	0.909
	BVİ62	0.812	0.924	TBİ3	0.735	0.900
	BVİ61	0.802	0.924	TBİ4	0.712	0.901
	İ35	0.757	0.926	TBİ5	0.616	0.906
	İ34	0.734	0.927	TBİ6	0.684	0.903
	İ41	0.689	0.929	TBİ7	0.739	0.900
	BVİ54	0.668	0.930	TBİ8	0.711	0.901
	BVİ63	0.631	0.932	TBİ9	0.462	0.914
	BVİ51	0.645	0.931	TBİ10	0.718	0.901
	BVİ57	0.636	0.931	TBİ11	0.746	0.899
Mali ve Fiziksel İstismar (MFİ)	Eİ16	0.677	0.844	MFİ12	0.526	0.861
	Eİ21	0.694	0.842	MFİ13	0.700	0.837
	Eİ17	0.627	0.852	MFİ14	0.648	0.844
	Fİ3	0.690	0.843	MFİ15	0.758	0.829
	Fİ1	0.627	0.852	MFİ16	0.654	0.843
	Fİ6	0.604	0.855	MFİ17	0.666	0.842
	Fİ2	0.632	0.856	MFİ18	0.510	0.863
Duygusal ve Sosyal İhmal (DSİ)	İ43	0.704	0.834	DSİ19	0.772	0.802
	BVİ50	0.741	0.829	DSİ20	0.781	0.802
	İ45	0.639	0.846	DSİ21	0.512	0.856
	İ38	0.674	0.839	DSİ22	0.600	0.835
	BVİ55	0.641	0.846	DSİ23	0.686	0.819
Cinsel İstismar Belirtileri (CİB)	İ48	0.581	0.855	DSİ24	0.513	0.850
	Cİ31	0.711	0.812	CİB25	0.833	0.856
	Cİ22	0.655	0.827	CİB26	0.873	0.848
	Cİ30	0.679	0.821	CİB27	0.719	0.881
	Cİ25	0.642	0.830	CİB28	0.770	0.870
	Cİ33	0.648	0.829	CİB29	0.566	0.916

BVİ: Bakım verici istismarı, Fİ: Fiziksel istismar, Eİ: Ekonomik istismar, İ: İhmal, Cİ: Cinsel İstismar

Bu analiz sonucunda, tüm maddelerin Corrected Item-Total Correlation değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu ve güvenilirlik katsayılarının ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterdiği söylenebilir. AFA ve DFA sonuçlarının birbiriyle uyumlu

olduğu, ölçeğin hem iç tutarlılık hem de genel güvenilirlik açısından başarılı olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, ölçek genelinin ve alt boyutlarının tüm güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, ölçeğin ve alt boyutlarının tutarlı ve güvenilir ölçümler sağladığını göstermektedir.

4.2.1. HIYİTÖ'nün Ölçek Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek amacıyla kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (141). Bu analizde en sık kullanılan ölçüt Pearson korelasyon katsayısıdır (r). Pearson r değeri -1 ile +1 arasında değişmekte olup, bu değerler değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü yansıtmaktadır. Pozitif değerler değişkenler arasında doğru yönlü bir ilişki olduğunu, negatif değerler ise ters yönlü bir ilişkiyi göstermektedir. Bu r değerinin sıfıra yakın olması, iki değişken arasında anlamlı bir doğrusal ilişkinin olmadığını ifade etmektedir. Literatürde tarafından yapılan sınıflamaya göre, r değeri 0.10 ile 0.29 arasında ise zayıf; 0.30 ile 0.49 arasında ise orta düzeyde; 0.50 ve üzerindeyse güçlü bir ilişki olduğu kabul edilmektedir (140, 141, 143). Ayrıca, korelasyon katsayısı yalnızca değişkenler arasındaki ilişkiyi belirtmekte olup, bu ilişkinin nedenselliğini ortaya koymamaktadır. Tablo 17'de, ölçek genel puanı ile alt boyutlar arasında gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizi sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre, ölçek genel puanı ile tüm alt boyutlar arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0.01$). Ölçek genel puanı ile temel bakım ihmali arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunmuş ($r = 0.676$, $p < 0.01$), bu durum temel bakım ihmali puanlarının artışıyla genel ölçek puanlarının da arttığını göstermektedir. Benzer şekilde, mali ve fiziksel istismar ile genel ölçek puanı arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = 0.604$, $p < 0.01$). Duygusal ve sosyal ihmal boyutuyla genel ölçek puanı arasında da pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuş ($r = 0.642$, $p < 0.01$) ve bu boyutun ölçek genel puanına anlamlı katkı sağladığı görülmüştür. Cinsel istismar belirtileri ile genel ölçek puanı arasında ise pozitif ve düşük düzeyde bir ilişki gözlemlenmiştir ($r = 0.535$, $p < 0.01$).

Alt boyutlar arasındaki ilişkilere bakıldığında, temel bakım ihmali ile mali ve fiziksel istismar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış ($r = 0.093$, $p = 0.072$). Ancak temel bakım ihmali, duygusal ve sosyal ihmal ($r = 0.202$, $p < 0.01$) ve cinsel istismar belirtileriyle ($r = 0.128$, $p < 0.05$) zayıf düzeyde anlamlı ilişkiler sergilemiştir. Mali ve fiziksel istismar

boyutunun, duygusal ve sosyal ihmal ($r=0.220$, $p<0.01$) ve cinsel istismar belirtileriyle ($r=0.269$, $p<0.01$) pozitif ve düşük düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Duygusal ve sosyal ihmal ile cinsel istismar belirtileri arasında da zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.178$, $p<0.01$).

Tablo 17. HİYİTÖ genel puanı ve alt boyutları arasında korelasyon analizi

		Ölçek Genel	Temel Bakım İhmali	Mali Fiziksel İstismar	Duygusal Sosyal İhmal	Cinsel İstismar Belirtileri
Ölçek Genel	r	1.000				
	p	0.000				
Temel Bakım İhmali	r	0.676*	1.000			
	p	0.000	0.000			
Mali Fiziksel İstismar	r	0.604*	0.093	1.000		
	p	0.000	0.072	0.000		
Duygusal Sosyal İhmal	r	0.642*	0.202*	0.220*	1.000	
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	
Cinsel İstismar Belirtileri	r	0.535*	0.128*	0.269*	0.178*	1.000
	p	0.000	0.013	0.000	0.001	0.000

* <0.01 ; Pearson Korelasyon Analizi

Genel olarak, alt boyutlar arasındaki ilişkiler düşük ila orta düzeyde değişmekte olup, ölçek genel puanının tüm alt boyutlarla güçlü ilişkilere sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, ölçeğin bütüncül yapısının desteklendiğini göstermektedir.

4.2.2. HİYİTÖ'nün Ayırt Edicilik Testi Sonuçları

Madde ayırt edicilik analizi, bir ölçme aracında yer alan maddelerin, ölçülmek istenen özelliği ne derece iyi ayırt edebildiğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilir. Bu amaçla sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri, test puanlarına göre örneklemin en alt ve en üst %27'lik dilimlerine dayalı karşılaştırmadır. Analizde, toplam test puanlarına göre en düşük puan alan %27'lik grup (alt grup) ile en yüksek puan alan %27'lik grup (üst grup) arasında, her bir madde için bağımsız gruplar t-testi uygulanır. Elde edilen anlamlı farklar, ilgili maddenin yüksek ve düşük düzeyde performans gösteren bireyleri ayırt etme gücüne sahip olduğunu göstermektedir (140, 143).

%27 oranı, literatür tarafından önerilen ve klasik test kuramı çerçevesinde en uygun duyarlılığı sağladığı belirtilen bir değerdir (140, 141). Bu oran, hem örneklem büyüklüğü açısından yeterli sayıda birey içermesi hem de gruplar arası farkların istatistiksel olarak

anlamalı biçimde saptanabilmesi için optimum düzeyde varyans sağlaması açısından tercih edilmektedir. Daha büyük ya da daha küçük yüzdelik dilimlerin kullanımı, varyansın azalmasına veya gruplar arası farkların bulanıklaşmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle %27'lik alt ve üst grupların karşılaştırılması, özellikle madde analizlerinde güvenilir bir yöntem olarak kabul görmektedir (140, 141, 143). Bu bölümde, ölçek maddelerinin ayırt edicilik düzeyini belirlemek amacıyla bağımsız gruplar t-testi kullanılarak alt %27 ve üst %27 grupları arasındaki farklar incelenmiştir. Tablo 18'te, ölçek toplam puanı ve alt boyutlara ilişkin ortalama değerler, standart sapmalar, t değerleri ve anlamlılık düzeyleri sunulmaktadır.

Tablo 18. HİYİTÖ'nün puanlarının alt-üst %27 gruplarına göre farklılaşma durumu

Gruplar	Alt %27 (n=101)		Üst %27 (n=101)		t	sd	p*
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Ölçek Toplam	4.663	2.967	24.891	6.632	-27.981	200	0.000
Temel Bakım İhmali	2.624	2.712	13.188	5.095	-18.395	200	0.000
Mali Fiziksel İstismar	1.109	1.356	4.921	3.495	-10.220	200	0.000
Duygusal Sosyal İhmal	0.743	1.036	4.535	3.045	-11.849	200	0.000
Cinsel İstismar Belirtileri	0.188	0.484	2.248	2.114	-9.544	200	0.000

*Bağımsız Gruplar T-Testi

Tablo 18'in sonuçlarına göre, ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlar arasında alt %27 ve üst %27 grupları arasında anlamlı farklar bulunmuştur ($p < 0.001$). Bu sonuçlar, ölçeğin ve alt boyutlarının yüksek bir ayırt edicilik gücüne sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Alt ve üst gruplar arasında belirgin farkların bulunması, ölçek maddelerinin katılımcılar arasındaki farklılıkları net bir şekilde ortaya koyabildiğini göstermektedir. Bu durum, ölçeğin geçerliliği açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanı ve alt boyutların tümünde istatistiksel olarak anlamlı farkların bulunması, ölçeğin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu desteklemektedir.

4.2.3. HİYİTÖ'nün Toplanabilirlik Varsayımı

Tukey'in Eklememezlik (Nonadditivity) Testi, ölçeklerde yer alan maddelerin bir bütün olarak toplanabilir olup olmadığını, yani toplam puanla temsil edilemeyeceğini değerlendirmek amacıyla kullanılan istatistiksel bir analizdir (140). Bu testte toplam varyans, kişiler arası ve kişiler içi varyans olmak üzere iki bileşene ayrılmakta; kişiler içi varyans içerisinde ise maddeler arası farklarla birlikte madde-birey etkileşiminden

kaynaklanan eklememezlik (nonadditivity) etkisi değerlendirilmektedir. Eklememezlik etkisinin anlamlı bulunması, ölçek maddelerinin doğrusal bir bütünlük göstermediğini ve bu nedenle toplam puan kullanımının geçerli olmayabileceğini ortaya koymaktadır (143). Ölçeğin doğrusal bir yapıya sahip olması, ölçekten elde edilen toplam puanın anlamlı ve geçerli bir gösterge olmasını sağlar. Doğrusal yapı, ölçek maddelerinin aynı psikolojik özelliği ölçtüğünü ve bu maddelerin toplanarak tek bir toplam puanla bireyin o özelliğe ilişkin düzeyinin temsil edilebileceğini garanti eder (140, 141). Tablo 19, ANOVA sonuçlarını ve Tukey'in Eklememezlik Testi bulgularını detaylı bir şekilde sunmaktadır.

Bu analizde, maddeler arası varyansın anlamlılığı ($p < 0.001$), maddelerin farklı yapıları ölçme potansiyelini ortaya koyarken; eklememezlik testi sonucunda anlamlı bir bulguya rastlanmaması ($p > 0.05$), ölçek maddelerinin toplam puan oluşturmak için toplanabilir olduğunu göstermektedir (Tablo 19).

Tablo 19. HİYİTÖ'nün toplanabilirlik varsayımı için Tukey'in Eklememezlik Testi sonuçları

Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı (SS)	Serbestlik Derecesi (df)	Ortalama Kare (MS)	F	p
Kişiler Arası (Between People)	1867.077	333	5.607	-	-
Kişiler İçi (Within People)					
-Maddeler Arası (Between Items)	729.422	27	27.016	83.802	0.000
-Eklememezlik (Nonadditivity)	0.155	1	0.155	0.482	0.488
-Denge (Balance)	2898.315	8990	0.322	-	-
Toplam	5494.970	9351	0.588	-	-

ANOVA with Tukey's Test for Nonadditivity sonuçlarına göre, ölçeğin toplanabilirlik varsayımı ihlal edilmemiştir ($F=0.482$, $p=0.488$), bu da maddeler arasında doğrusal olmayan bir ilişkinin bulunmadığını ve toplam puan oluşturmanın uygun olduğunu göstermektedir. Maddeler arası varyans anlamlıdır ($F=83.802$, $p < 0.001$), bu da maddelerin farklı derecelerde varyans açıklayarak ölçeğe katkı sağladığını işaret etmektedir. Tukey'nin gücü (0.973), toplanabilirlik için büyük bir dönüşüm gerektirmediğini göstermektedir.

4.3. HİYİTÖ'nün Son Yapısı ve Hesaplanması

Bu araştırma kapsamında geliştirilen **HİYİTÖ**, yaşlı istismarını tanılamada hemşirelerin farkındalığını ölçmek ve değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş, dört alt

boyuttan ve toplam **29 maddeden** oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış, yapı geçerliliği doğrulanmıştır.

4.3.1. HİYİTÖ'nün Puanlama Sistemi

Ölçek maddeleri **0-2** arasında değişen bir puanlama sistemi ile değerlendirilmekte olup, her bir madde aşağıdaki şekilde puanlanmaktadır:

- **2:** Var
- **1:** Olası
- **0:** Yok

Her bir maddeye verilen puanlar, ilgili alt boyutun toplam puanına eklenmekte ve daha sonra alt boyutların toplamıyla ölçek genel puanı hesaplanmaktadır. Ölçek toplam puanı, hemşirenin yaşlı istismarını tanılama düzeyini yansıtmaktadır. Yüksek puanlar, hemşirenin yaşlı istismarını daha iyi tanılayabildiğini, düşük puanlar ise tanılama düzeyinin yetersiz olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 20. HİYİTÖ toplam ve alt boyut puanlarının minimum ve maksimum değerleri

Alt Boyut / Ölçek	Madde Sayısı	Maddeler (Nihai Form)	Minimum Puan	Maksimum Puan
Temel Bakım İhmali	11	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	0	22
Mali ve Fiziksel İstismar	7	12,13,14,15,16,17,18	0	14
Duygusal ve Sosyal İhmal	6	19,20,21,22,23,24	0	12
Cinsel İstismar Belirtileri	5	25,26,27,28,29	0	10
Ölçek Toplam Puanı	29		0	58

HİYİTÖ, yaşlı bireylerde olası istismar durumlarını erken dönemde tespit etmek ve hemşirelerin tanılama yeteneklerini güçlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin dört boyutlu yapısı, yaşlı istismarının farklı türlerini kapsamakta ve detaylı bir değerlendirme sunmaktadır. Her bir boyut, yaşlı bireylerin temel bakım ihmalinden cinsel istismar belirtilerine kadar geniş bir yelpazede istismarın tanınmasını sağlamaktadır.

4.4. HİYİTÖ'nün Saha Raporu Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen nicel veriler, IBM SPSS Statistics 26.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcı hemşirelerin

tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde dağılımları; ölçek puanlarının değerlendirilmesinde ise aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Veri setinin parametrik testlere uygunluğunu belirlemek amacıyla değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) katsayıları incelenerek değerlendirilmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. HİYİTÖ'nün normal dağılım tablosu

	AFA		DFA	
	Basıklık	Çarpıklık	Basıklık	Çarpıklık
İstismar Tanılama Toplam	1.155	0.652	-0.251	0.404
Temel Bakım İhmali	-1.034	0.318	-0.890	-0.356
Mali Fiziksel İstismar	0.854	0.844	0.091	0.855
Duygusal Sosyal İhmal	0.208	0.983	-0.376	0.436
Cinsel İstismar Belirtileri	0.845	1.745	0.339	1.105

İlgili literatürde ± 1.5 sınırları ve ± 2.0 aralığı dâhilindeki değerlerin normal dağılımı yansıttığı kabul edilmektedir (132, 133). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve analizlerde parametrik istatistiksel yöntemler tercih edilmiştir. Ölçek puanlarının hemşirelerin tanımlayıcı değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve anlamlı farklılıkların belirlenmesinde post hoc testlerinden Tukey ve LSD analizleri uygulanmıştır.

4.4.1. HİYİTÖ'nün Saha Raporu-Artvin

Tablo 22'de, Artvin'de çalışan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin veriler ve istismar tanılama puanlarının demografik özelliklere göre farklılaşma durumuna ilişkin bulgular sunulmuştur. Katılımcıların %77.7'si kadın, %22.3'ü ise erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyet açısından, istismar tanılama toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.305$). Kadın ve erkek hemşirelerin alt boyutlardaki puanları da birbirine benzerdir.

Yaş gruplarına göre dağılımda, %40.5'i 26-30 yaş aralığında, %22.5'i 31-35 yaş aralığında, %20.6'sı 36 yaş ve üzerinde, %16.4'ü ise 20-25 yaş aralığındadır. Yaş grupları arasında toplam istismar tanılama puanları açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0.695$). Benzer şekilde, temel bakım ihmali, mali-fiziksel istismar, duygusal-sosyal

ihmal ve cinsel istismar belirtileri alt boyutlarında da yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Medeni durumlarına bakıldığında, %57.1'i evli, %42.9'u bekdir. Medeni durum açısından da istismar tanılama toplam puanları ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumları incelendiğinde, %49.6'sı lisans, %35.7'si ön lisans, %14.7'si lise mezunudur. Eğitim durumu açısından toplam puan ve alt boyutlarda anlamlı fark bulunmamakla birlikte, temel bakım ihmali alt boyutunda lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin diğer gruplara kıyasla daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Görev yapılan hastane dağılımında en yüksek oran %45.0 ile ADH'de görev yapan hemşirelerdir; bunu %17.4 ile AHH, %11.5 ile AAH, %9.4 ile ABH, %8.6 ile AŞH ve %8.0 ile AYH takip etmektedir. Görev yapılan hastane açısından, mali-fiziksel istismar alt boyutunda anlamlı fark bulunmuş ($p=0.049$), post-hoc analiz sonuçları, AŞH'de çalışan hemşirelerin bu alt boyutta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek puan aldığını göstermiştir.

Servis birimlerine göre dağılımda, hemşirelerin %31.9'u acil, %29.0'ı yoğun bakım, %22.0'ı dahiliye, %17.2'si ise cerrahi birimlerde çalışmaktadır. Servis birimi açısından mali-fiziksel istismar alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark sınırda bulunmuş ($p=0.067$), yoğun bakımda çalışanların puanları daha düşük eğilim göstermiştir.

Toplam çalışma süresi 5 yıl ve altı olanlar %73.7 ile en yüksek orana sahiptir; bunu %19.0 ile 6-10 yıl, %7.2 ile 11 yıl ve üzeri takip etmektedir. Mesleki deneyim yılı açısından ise %50.1'i 5 yıl ve altı, %31.4'ü 6-10 yıl, %18.5'i 11 yıl ve üzeridir. Toplam çalışma süresi ve mesleki deneyim yılı değişkenlerinde, duygusal-sosyal ihmal alt boyutunda anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p=0.009$ ve $p=0.008$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, 11 yıl ve üzeri çalışma süresi veya mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin, 5 yıl ve altındaki gruplara göre daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Yaşlı istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumlarına bakıldığında, %79.9'u bu konuda eğitim almadığını, %20.1'i ise eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alma durumu, istismar tanılama toplam puanı ve alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ($p>0.05$). Ancak, eğitim alan hemşirelerin mali-fiziksel istismar alt boyutunda daha yüksek puan eğiliminde olduğu gözlenmiştir.

Daha önce yaşı istismarını tanılama tecrübesine sahip olanların oranı %16.6 iken, %83.4'ü bu tecrübeye sahip olmadığını ifade etmiştir. İstismar tanınması tecrübesi olan hemşireler, mali-fiziksel istismar alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır (p=0.008). Benzer şekilde, istismara şahit olma durumu da mali-fiziksel istismar alt boyutunda anlamlı bir fark yaratmış (p=0.011), şahit olan hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 22. HİYİTÖ'nün istismar tanılama puanlarının hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumu (Artvin)

Demografik Özellikler	Frekans(%)	İstismar Tanılama Toplam	Temel Bakım İhmal	Mali Fiziksel İstismar	Duygusal Sosyal İhmal	Cinsel İstismar Belirtileri
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	290(%77.7)	14.466±8.975	8.459±6.319	2.638±3.026	2.393±2.654	0.976±1.648
Erkek	83(%22.3)	15.590±8.135	9.675±5.970	2.590±2.768	2.446±2.485	0.880±1.400
t=		-1.027	-1.565	0.129	-0.162	0.485
p=		0.305	0.119	0.898	0.872	0.628
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
20-25	61(%16.4)	13.721±7.975	8.623±6.280	2.279±2.933	2.213±2.531	0.607±1.370
26-30	151(%40.5)	15.013±9.263	8.570±6.205	2.980±3.257	2.364±2.456	1.099±1.716
31-35	84(%22.5)	15.274±8.918	9.441±6.405	2.333±2.576	2.441±2.826	1.060±1.601
36 ve Üzeri	77(%20.6)	14.312±8.419	8.351±6.234	2.533±2.770	2.597±2.773	0.831±1.481
F=		0.482	0.493	1.297	0.264	1.667
p=		0.695	0.688	0.275	0.851	0.174
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	213(%57.1)	15.089±9.129	8.845±6.195	2.662±3.000	2.545±2.673	1.038±1.682
Bekar	160(%42.9)	14.219±8.336	8.575±6.352	2.581±2.932	2.219±2.530	0.844±1.469
t=		0.946	0.412	0.260	1.192	1.162
p=		0.345	0.680	0.795	0.234	0.246
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Lise	55(%14.7)	13.091±8.449	7.327±6.189	2.055±1.880	2.855±2.621	0.855±1.483
Ön Lisans	133(%35.7)	15.850±9.062	9.338±6.648	2.910±3.076	2.519±2.800	1.083±1.661
Lisans	185(%49.6)	14.384±8.646	8.708±5.943	2.595±3.133	2.189±2.461	0.892±1.581
F=		2.189	2.024	1.644	1.575	0.679
p=		0.114	0.134	0.195	0.208	0.508
Görev Yapılan Hastane		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
ADH	168(%45.0)	14.601±9.389	8.363±6.466	2.673±2.968	2.387±2.590	1.179±1.779
AHH	65(%17.4)	14.185±8.259	8.646±6.367	2.277±2.859	2.400±2.609	0.862±1.310
AAH	43(%11.5)	15.163±6.568	9.442±5.877	2.395±2.761	2.558±2.728	0.767±1.586
AYH	30(%8.0)	13.033±7.536	8.933±6.225	1.800±1.627	1.833±2.019	0.467±1.008
AŞH	32(%8.6)	16.719±10.654	9.813±6.732	4.063±4.119	2.094±2.763	0.750±1.524
ABH	35(%9.4)	15.314±8.519	8.600±5.192	2.743±2.769	3.086±2.914	0.886±1.549
F=		0.656	0.427	2.253	0.882	1.516
p=		0.657	0.830	0.049	0.493	0.184
PostHoc=				5>1, 5>2, 5>3, 5>4 (p<0.05)		

Tablo 22. (Devam)

Servis Birim		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Acil	119(%31.9)	15.933±9.080	9.177±6.056	2.966±2.980	2.571±2.615	1.219±1.869
Cerrahi	64(%17.2)	13.688±8.584	8.203±6.226	2.328±3.310	2.250±2.289	0.906±1.640
Dahiliye	82(%22.0)	14.549±9.274	8.146±6.000	3.049±3.685	2.707±2.826	0.646±1.382
Yoğun Bakım	108(%29.0)	14.111±8.182	8.991±6.694	2.111±1.871	2.083±2.620	0.926±1.344
F=		1.233	0.652	2.403	1.148	2.158
p=		0.297	0.582	0.067	0.330	0.093
Toplam Çalışma Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
5 Yıl ve Altı	275(%73.7)	14.389±8.210	8.618±6.142	2.629±2.917	2.229±2.414	0.913±1.523
6-10 Yıl	71(%19.0)	15.085±10.515	8.958±6.705	2.606±3.349	2.549±2.858	0.972±1.812
11 Yıl ve Üzeri	27(%7.2)	17.074±9.83	9.259±6.389	2.667±2.465	3.815±3.453	1.333±1.710
F=		1.224	0.187	0.004	4.752	0.860
p=		0.295	0.830	0.996	0.009	0.424
PostHoc=					3>1, 3>2 (p<0.05)	
Mesleki Deneyim Yılı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
5 Yıl ve Altı	187(%50.1)	14.198±8.391	8.668±6.346	2.481±2.831	2.112±2.377	0.936±1.571
6-10 Yıl	117(%31.4)	14.598±9.158	8.222±6.086	2.966±3.471	2.376±2.579	1.034±1.752
11 Yıl ve Üzeri	69(%18.5)	16.319±9.182	9.754±6.262	2.449±2.323	3.246±3.103	0.870±1.382
F=		1.484	1.321	1.113	4.852	0.256
p=		0.228	0.268	0.330	0.008	0.775
PostHoc=					3>1, 3>2 (p<0.05)	
Eğitim Alma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	75(%20.1)	14.267±10.181	8.307±7.092	2.787±2.772	2.187±3.026	0.987±1.564
Hayır	298(%79.9)	14.829±8.428	8.836±6.036	2.587±3.017	2.460±2.503	0.946±1.605
t=		-0.494	-0.654	0.520	-0.808	0.196
p=		0.660	0.554	0.604	0.419	0.845
İstismar Tanılaması Tecrübesi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	62(%16.6)	16.113±11.109	8.790±7.479	3.710±3.541	2.516±3.238	1.097±1.705
Hayır	311(%83.4)	14.437±8.253	8.717±5.996	2.412±2.796	2.383±2.477	0.926±1.573
t=		1.371	0.084	3.184	0.367	0.769
p=		0.263	0.942	0.008	0.760	0.442
İstismara Şahit Olma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	128(%34.3)	15.969±10.104	9.078±6.543	3.164±3.341	2.695±2.844	1.031±1.752
Hayır	245(%65.7)	14.061±7.974	8.547±6.106	2.347±2.717	2.253±2.478	0.914±1.508
t=		1.996	0.778	2.544	1.554	0.672
p=		0.065	0.437	0.011	0.121	0.502

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Hemşirelerin yaş ortalaması 31.050±5.666 (Min=20; Maks=53), toplam çalışma süresi ortalaması 4.660±4.110 (Min=1; Maks=32) ve mesleki deneyim yılı ortalaması 7.100±5.737 (Min=1; Maks=32) olarak saptanmıştır.

Genel olarak demografik özellikler istismar tanılama puanlarını kısmen etkilerken, bazı alt boyutlarda mesleki deneyim, eğitim ve istismar tecrübesinin belirgin farklılıklar oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 23'te, hemşirelerin istismar tanılama puanlarının ölçek minimum ve maksimum değerleriyle karşılaştırmalı olarak sunulan sonuçları görülmektedir. Genel istismar tanılama puanlarının ölçek aralığı 0-58 olup, elde edilen puanlar 0.000 ile 52.000 arasında değişmektedir. Ortalama puanın 14.716 ± 8.797 olması, hemşirelerin istismar tanılama düzeyinin ölçek üst sınırına kıyasla düşük bir seviyede olduğunu göstermektedir.

Tablo 23. HİYTÖ'nün istismar tanılama puan ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Min	Ölçek Maks
İstismar Tanılama Toplam	373	14.716	8.797	0.000	52.000	0	58
Temel Bakım İhmali	373	8.729	6.256	0.000	21.000	0	22
Mali Fiziksel İstismar	373	2.627	2.967	0.000	14.000	0	14
Duygusal Sosyal İhmal	373	2.405	2.614	0.000	12.000	0	12
Cinsel İstismar Belirtileri	373	0.954	1.595	0.000	8.000	0	10

Alt boyutlar incelendiğinde, temel bakım ihmali alt boyutunun ölçek aralığı 0-22 olup, katılımcıların bu alt boyuttan elde ettikleri puanların 0.000 ile 21.000 arasında değiştiği görülmektedir. Ortalama puan 8.729 ± 6.256 ile ölçek maksimum puanının yaklaşık %40'ına denk gelmektedir, bu da temel bakım ihmali tanılama düzeyinde orta düzey bir farkındalık olduğunu göstermektedir.

Mali ve fiziksel istismar alt boyutunun ölçek aralığı 0-14 iken, puanlar 0.000 ile 14.000 arasında değişmiştir. Ortalama puan 2.627 ± 2.967 , ölçek üst sınırına kıyasla oldukça düşük olup, bu alt boyutun tanılama düzeyinin sınırlı olduğunu işaret etmektedir.

Duygusal ve sosyal ihmal alt boyutunun ölçek aralığı 0-12'dir. Puanların 0.000 ile 12.000 arasında değiştiği görülmektedir. Ortalama puan 2.405 ± 2.614 , ölçek maksimum değerinin yaklaşık %20'sine denk gelmekte olup, bu alt boyuttaki farkındalığın oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

Cinsel istismar belirtileri alt boyutunda ölçek aralığı 0-10 olup, elde edilen puanlar 0.000 ile 8.000 arasında değişmiştir. Ortalama puan 0.954 ± 1.595 , ölçek üst sınırına kıyasla oldukça düşüktür. Bu durum, cinsel istismar belirtilerinin tanılama düzeyinde hemşirelerin farkındalık seviyesinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, alt boyutlar arasındaki en yüksek tanılama düzeyi temel bakım ihmalinde görülmekteyken, cinsel istismar belirtileri en düşük düzeydedir. Bu sonuçlar,

ölçek alt boyutlarına ilişkin farkındalık ve tanılama düzeylerinde belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir ve özellikle düşük puanlı alt boyutlara yönelik eğitim ve farkındalık çalışmalarının artırılmasının gerekliliğine işaret etmektedir.

4.4.2. HİYİTÖ'nün Saha Raporu-Trabzon

Tablo 24'te hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular ve istismar tanılama puanlarının, temel bakım ihmal, mali-fiziksel istismar, duygusal-sosyal ihmal ve cinsel istismar belirtileri alt boyutlarına göre demografik özellikler açısından farklılıkları sunulmaktadır. Katılımcıların %83.5'i kadın, %16.5'i erkeklerden oluşmaktadır. Cinsiyet açısından, toplam puanlar ve alt boyutlar arasında anlamlı farklılık saptanmamış olup ($p>0.05$), yalnızca mali-fiziksel istismar alt boyutunda erkek hemşirelerin puanlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0.007$).

Yaş grupları incelendiğinde, %41.6'sı 26-30 yaş arasında, %29.9'u 36 yaş ve üzerinde, %18.3'ü 31-35 yaş arasında, %10.2'si ise 20-25 yaş arasındadır. Yaş grupları açısından duygusal-sosyal ihmal alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuş ($p=0.011$), 20-25 yaş grubundaki hemşirelerin diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Medeni durum dağılımında, %54.8'i evli, %45.2'si bekdir ve medeni durum açısından toplam puanlar ile alt boyutlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumu incelendiğinde, %67.1'i lisans, %26.0'ı lise ve ön lisans, %6.9'u ise lisansüstü eğitim almıştır. Eğitim durumu açısından da toplam puan ve alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Görev yapılan hastaneler arasında en yüksek oran %52.7 ile KEAH'de çalışanlar oluştururken, AEAH'de çalışanların oranı %23.1, FDH'de çalışanların oranı ise %24.3'tür. Görev yapılan hastane açısından toplam puan ve temel bakım ihmal alt boyutunda anlamlı farklılıklar bulunmuş ($p=0.038$ ve $p=0.006$), post-hoc analizde KEAH'de çalışan hemşirelerin AEAH'ye göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Servis birimleri dağılımında, %29.9'u yoğun bakımda, %24.0'ı acil ve dahiliyede, %22.2'si ise cerrahi birimlerde çalışmaktadır. Servis birimleri açısından, toplam puan ve alt boyutlarda anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0.05$). Özellikle dahiliyede çalışan hemşirelerin istismar tanılama puanlarının diğer servislerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Toplam çalışma süresi açısından, %62.6'sı 5 yıl ve altı, %17.4'ü 6-10 yıl, %20.1'i ise 11 yıl ve üzeridir. Mesleki deneyim yılı açısından, %41.6'sı 5 yıl ve altı, %40.1'i 11 yıl ve üzeri, %18.3'ü ise 6-10 yıl arasında mesleki deneyime sahiptir. Ancak toplam çalışma

süresi ve mesleki deneyim yılı değişkenlerinde toplam puan ve alt boyutlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yaşlı istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumuna göre, katılımcıların %78.7'si eğitim almadığını, %21.3'ü ise eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alma durumu açısından, duygusal-sosyal ihmali alt boyutunda eğitim alanların puanları anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p=0.014$). Daha önce yaşlı istismarı tanılama tecrübesi olanların oranı %11.1, bu tecrübeye sahip olmayanların oranı ise %88.9'dur. İstismar tanılaması tecrübesi açısından, temel bakım ihmali ve cinsel istismar belirtileri alt boyutlarında anlamlı farklar bulunmuştur ($p<0.05$). İstismar tanılaması tecrübesi olanların temel bakım ihmali puanları daha yüksek, cinsel istismar belirtileri puanları ise daha düşük bulunmuştur. Yaşlı istismarına şahit olma durumunda, %31.7'si şahit olduğunu, %68.3'ü ise şahit olmadığını ifade etmiştir. Şahit olma durumu açısından, temel bakım ihmali ve cinsel istismar belirtileri alt boyutlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$). Şahit olan hemşirelerin temel bakım ihmali puanlarının daha yüksek, ancak cinsel istismar belirtileri puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin yaş ortalaması 33.100 ± 7.645 (Min=21; Maks=52), toplam çalışma süresi ortalaması 6.327 ± 6.027 (Min=0.1; Maks=30) ve mesleki deneyim yılı ortalaması 10.129 ± 8.205 (Min=0.1; Maks=33) olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, hemşirelerin büyük bir kısmının genç yaş grubunda ve kısa süreli mesleki deneyime sahip olduğunu göstermektedir. Genel olarak, demografik özellikler bazı alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir. Özellikle servis birimi, görev yapılan hastane ve istismar tecrübesi gibi faktörler, istismar tanılama puanlarını etkileyen belirgin değişkenler olarak öne çıkmaktadır.

Tablo 24. HİYİTÖ'nün istismar tanılama puanlarının hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumu (Trabzon)

Demografik Özellikler	Frekans(%)	İstismar Tanılama Toplam	Temel Bakım İhmali	Mali Fiziksel İstismar	Duygusal Sosyal İhmal	Cinsel İstismar Belirtileri
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	279(%83.5)	23.774±13.688	11.638±6.119	4.921±3.894	4.703±3.279	2.513±3.007
Erkek	55(%16.5)	23.800±8.575	12.909±4.539	3.800±2.505	4.564±2.573	2.527±2.324
t=		-0.013	-1.463	2.052	0.297	-0.034
p=		0.986	0.078	0.007	0.728	0.968
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
20-25	34(%110.2)	27.735±14.843	11.912±6.895	6.029±3.966	6.324±3.707	3.471±3.863
26-30	139(%41.6)	23.511±13.066	11.993±5.647	4.784±4.050	4.302±3.250	2.432±2.852
31-35	61(%18.3)	21.771±11.491	10.590±5.566	4.131±3.217	4.689±2.760	2.361±2.781
36 ve Üzeri	100(%29.9)	24.030±12.913	12.390±6.062	4.600±3.375	4.640±2.959	2.400±2.644
F=		1.582	1.237	1.975	3.803	1.381
p=		0.194	0.296	0.118	0.011	0.248
PostHoc=					1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)	
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	183(%54.8)	22.869±12.123	11.700±5.661	4.404±3.423	4.443±2.946	2.322±2.703
Bekar	151(%45.2)	24.881±13.898	12.027±6.193	5.139±4.030	4.967±3.411	2.748±3.120
t=		-1.413	-0.504	-1.802	-1.507	-1.336
p=		0.159	0.615	0.077	0.138	0.188
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Lise ve Ön Lisans	87(%26.0)	23.770±11.810	12.081±6.051	4.529±3.406	4.828±2.997	2.333±2.744
Lisans	224(%67.1)	23.585±13.111	11.808±5.873	4.777±3.733	4.518±3.200	2.482±2.868
Lisansüstü	23(%6.9)	25.696±16.001	11.348±5.820	5.130±4.770	5.696±3.430	3.522±3.679
F=		0.275	0.154	0.276	1.573	1.574
p=		0.760	0.857	0.759	0.209	0.209
Görev Yapılan Hastane		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
KEAH	176(%52.7)	24.977±11.827	12.335±5.272	4.949±3.685	4.943±2.929	2.750±2.954
AEAH	77(%23.1)	20.507±15.447	9.974±6.633	4.312±4.187	4.039±3.683	2.182±3.055
FDH	81(%24.3)	24.284±12.421	12.568±6.158	4.679±3.320	4.716±3.103	2.321±2.616
F=		3.306	5.214	0.797	2.202	1.267
p=		0.038	0.006	0.452	0.112	0.283
PostHoc=		1>2 (p<0.05)	1>2, 3>2 (p<0.05)			
Servis Birim		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Acil	80(%24.0)	16.263±9.410	9.913±6.124	2.600±2.254	2.738±2.599	1.013±1.436
Cerrahi	74(%22.2)	22.405±12.540	11.811±5.764	4.230±3.755	4.473±3.058	1.892±3.000
Dahiliye	80(%24.0)	29.888±14.059	13.288±5.751	6.575±4.176	6.313±3.499	3.713±3.508
Yoğun Bakım	100(%29.9)	25.920±11.834	12.270±5.606	5.350±3.353	5.080±2.521	3.220±2.541
F=		18.588	4.785	19.422	20.895	16.907
p=		0.000	0.003	0.000	0.000	0.000
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 3>4 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 3>4 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 3>4 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)

Tablo 24. (Devam)

Toplam Çalışma Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
5 Yıl ve Altı	209(%62.6)	22.880±13.155	11.349±5.972	4.579±3.825	4.498±3.301	2.455±2.987
6-10 Yıl	58(%17.4)	25.741±13.220	12.655±5.805	5.328±3.949	5.276±3.211	2.483±3.010
11 Yıl ve Üzeri	67(%20.1)	24.881±12.077	12.702±5.665	4.716±3.152	4.731±2.655	2.731±2.550
F=		1.410	2.002	0.919	1.382	0.234
p=		0.246	0.137	0.400	0.252	0.792
Mesleki Deneyim Yılı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
5 Yıl ve Altı	139(%41.6)	24.187±13.451	11.964±5.820	4.842±3.977	4.755±3.470	2.626±3.149
6-10 Yıl	61(%18.3)	24.148±11.030	12.033±5.060	4.934±3.572	4.541±2.643	2.639±2.745
11 Yıl ve Üzeri	134(%40.1)	23.187±13.352	11.642±6.357	4.537±3.528	4.664±3.083	2.343±2.712
F=		0.232	0.138	0.332	0.099	0.390
p=		0.793	0.871	0.717	0.906	0.677
Eğitim Alma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	71(%21.3)	22.493±13.992	12.211±6.113	4.437±4.031	3.859±3.335	1.986±2.915
Hayır	263(%78.7)	24.126±12.692	11.749±5.850	4.818±3.638	4.901±3.094	2.658±2.888
t=		-0.941	0.585	-0.765	-2.476	-1.736
p=		0.348	0.559	0.445	0.014	0.083
İstismar Tanılaması Tecrübesi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	37(%11.1)	25.054±8.096	14.946±4.156	4.108±2.208	4.568±3.132	1.432±1.501
Hayır	297(%88.9)	23.620±13.460	11.461±5.977	4.815±3.865	4.694±3.180	2.650±3.007
t=		0.634	3.442	-1.089	-0.228	-2.423
p=		0.356	0.000	0.102	0.820	0.000
İstismara Şahit Olma		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	106(%31.7)	23.594±10.405	13.377±5.074	4.236±3.212	4.396±2.943	1.585±2.229
Hayır	228(%68.3)	23.864±14.030	11.136±6.130	4.969±3.921	4.811±3.268	2.947±3.077
t=		-0.177	3.278	-1.681	-1.114	-4.086
p=		0.844	0.001	0.072	0.266	0.000

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Tablo 25'te hemşirelerin istismar tanılama puanlarının ölçek minimum ve maksimum değerleriyle karşılaştırmalı sonuçları sunulmuştur. Genel istismar tanılama puanlarının ölçek aralığı 0-58 olarak belirlenmiş olup, katılımcıların elde ettiği puanlar 0.000 ile 57.000 arasında değişmektedir. Ortalama puan 23.778±12.974, ölçek maksimum değerine göre orta düzey bir tanılama düzeyine işaret etmektedir.

Tablo 25. HİYİTÖ'nün istismar tanılama puan ortalamaları (Trabzon)

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Min	Ölçek Maks
İstismar Tanılama Toplam	334	23.778	12.974	0.000	57.000	0	58
Temel Bakım İhmali	334	11.847	5.901	0.000	22.000	0	22
Mali Fiziksel İstismar	334	4.737	3.722	0.000	14.000	0	14
Duygusal Sosyal İhmal	334	4.680	3.170	0.000	12.000	0	12
Cinsel İstismar Belirtileri	334	2.515	2.903	0.000	10.000	0	10

Alt boyutlar incelendiğinde, temel bakım ihmali alt boyutunun ölçek aralığı 0-22 olup, puanların 0.000 ile 22.000 arasında değiştiği görülmektedir. Ortalama puan 11.847 ± 5.901 , ölçek maksimum değerine oldukça yakın olup, temel bakım ihmali tanılama düzeyinin diğer alt boyutlara kıyasla yüksek olduğunu göstermektedir.

Mali ve fiziksel istismar alt boyutunda ölçek aralığı 0-14, puanlar 0.000 ile 14.000 arasında değişmektedir. Ortalama puan 4.737 ± 3.722 , ölçek üst sınırına göre orta düzeyde bir tanılama düzeyine işaret etmektedir.

Duygusal ve sosyal ihmal alt boyutunun ölçek aralığı 0-12 olup, puanların 0.000 ile 12.000 arasında değiştiği görülmektedir. Ortalama puan 4.680 ± 3.170 , ölçek maksimum değerine kıyasla orta düzey bir tanılama farkındalığını yansıtmaktadır.

Cinsel istismar belirtileri alt boyutunun ölçek aralığı 0-10, puanların 0,000 ile 10,000 arasında değiştiği görülmektedir. Ortalama puan 2.515 ± 2.903 , ölçek üst sınırına göre oldukça düşük olup, cinsel istismar belirtileri tanılama düzeyinin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, en yüksek tanılama düzeyi temel bakım ihmali alt boyutunda görülürken, en düşük düzey cinsel istismar belirtileri alt boyutunda saptanmıştır. Bu bulgular, farklı alt boyutlar arasında belirgin farklar olduğunu ve özellikle düşük tanılama düzeyine sahip alanlarda farkındalık ve eğitim çalışmalarının artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

5. TARTIŞMA

Yaşlı istismarı, yaşlı bireylere yönelik fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik ya da ihmal biçiminde gerçekleşen zarar verici davranışları kapsamaktadır. Bu durum, yaşlı bireylerin sağlık, yaşam kalitesi ve genel refahını ciddi şekilde tehdit etmekte olup, toplum sağlığı açısından da önemli bir sorun teşkil etmektedir. Yaşlı istismarının tanınması, genellikle gizli kalması, istismar edilen bireylerin korku ya da utanç duygusuyla bildirim yapmaması ve sağlık profesyonellerinin değerlendirme araçlarının yetersizliği nedeniyle güçlükler içermektedir. Bu nedenle, güvenilir ve geçerli değerlendirme araçlarının geliştirilmesi kritik bir önem taşımaktadır.

Orlando'nun Hemşirelik Süreci Kuramı, hemşirelik pratiğinde dinamik bir etkileşim sürecine dayanmaktadır. Bu kurama göre, hemşire ile hasta arasındaki etkin iletişim ve empatik değerlendirme, hastanın ifade edilen ya da gözlemlenen ihtiyaçlarının doğru belirlenmesini ve uygun müdahalelerin uygulanmasını sağlamaktadır (83, 88, 89). Bu çalışma kapsamında geliştirilen HİYİTÖ, Orlando'nun teorik çerçevesine uygun olarak hemşirenin yaşlı bireyin ihtiyaçlarını ve olası istismar risklerini değerlendirmesine olanak tanımaktadır. Ölçeğin "var", "olası", ve "yok" şeklindeki üçlü değerlendirme yapısı, hemşirenin yaşlı bireylerin bireysel ihtiyaçlarına göre esnek ve empatik bir değerlendirme yapmasına olanak sağlamakta ve istismar durumlarında hızlı, etkili müdahale planlarının oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır (27, 88). Bu bağlamda, geliştirilen ölçeğin Hemşirelik Süreci ile entegrasyonu, hemşirelerin yaşlı istismarını etkin bir şekilde tanımlayabilmeleri ve profesyonel kararlar almalarına destek sunarak klinik uygulamalarda kullanımını güçlendirmektedir.

Bu bölümde, geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri detaylandırılarak, elde edilen bulgular mevcut literatür ışığında tartışılmıştır. Araştırmanın alana sağladığı katkılar değerlendirilmiş ve bölgesel farklılıkların incelenmesi amacıyla Artvin ve Trabzon illerine ait bulgular ayrı bir başlık altında ele alınmıştır.

5.1. HİYİTÖ Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Yüzey geçerliği, geliştirilen bir ölçme aracının dışarıdan bakıldığında hedeflenen kavramı ölçüp ölçmediğini değerlendirme sürecidir (73). Özellikle ölçek geliştirme çalışmalarının erken aşamalarında uygulanan bu yöntem, ölçek maddelerinin içerik açısından uygunluğunu belirlemede kritik öneme sahiptir (130). Bu çalışmada, yaşlı istismarı ve ihmalini tanılamak amacıyla literatür doğrultusunda toplam 115 maddelik

taslak HİYİTÖ hazırlanmıştır. Hazırlanan maddelerin yüzey geçerliliğinin sağlanması için yaşlı ihmal ve istismarı alanında literatüre katkıda bulunmuş ve klinik deneyime sahip olduğu düşünülen 12 akademisyen ve hemşireye elektronik posta yoluyla ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 5 akademisyen ve 5 hemşireden gelen geri bildirimlere göre madde havuzunda düzenlemeler yapılmıştır. Uzman değerlendirmeleri sonucunda 32 madde çıkarılarak, yüzey geçerliği sağlanmış ve kapsam geçerliği değerlendirilmesine hazır olan 83 madde elde edilmiştir.

Yüzey geçerliğinin yüksek olması, ölçeğin pratik kullanımını ve klinik alandaki uygulanabilirliğini artırmaktadır. Sağlık profesyonellerinin kullanacağı araçların anlaşılır ve kolay uygulanabilir olması, klinik etkinlik açısından önemlidir (120). Gerçekleştirilen değerlendirme sonucunda, ölçeğin maddelerinin açık, anlaşılır ve yaşlı istismarı ile ihmal konularını kapsayıcı biçimde ifade ettiği saptanmıştır.

Kapsam geçerliği, ölçeği oluşturan her bir maddenin ölçülmek istenen özelliği tam olarak ölçüp ölçmediğini ve ölçülmek istenen özellik dışında başka bir kavram içerip içermediğini değerlendiren önemli bir geçerlik ölçütüdür (128, 130). Bu çalışmada kapsam geçerliliğini değerlendirmek için Lawshe tekniği kullanılmıştır. Kolay uygulanabilirliği nedeniyle bu yöntem literatürde yaygın olarak tercih edilmektedir (120).

Çalışmada, literatürde önerilen KGÖ puanı olan 0.600 değerinin üzerindeki maddeler geçerli kabul edilmiştir (120, 142). Yüzey geçerliği sağlanan madde havuzu, kapsam geçerliğinin sağlanması amacıyla 60 alan uzmanı öğretim üyesine gönderilmiştir. Lawshe tekniği kapsamında uzmanlar her bir madde için ‘gereksiz’, ‘yararlı ancak gerekli değil-düzeltilmeli’ ve ‘gerekli’ şeklinde üçlü likert tipi derecelendirme yapmıştır (120).

Uzman değerlendirmelerinden elde edilen veriler kullanılarak KGO ve KGİ hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda, 17 madde gerekli KGO değerini (≥ 0.600) sağlayamadığı için ölçekten çıkarılmıştır. Sonuç olarak, kalan 66 madde ile hesaplanan KGİ değeri 0.878 olarak bulunmuştur. Bu değer, kapsam geçerliğinin anlamlı olduğunu ve madde havuzunun ön test için uygun olduğunu göstermektedir (123, 142).

Bu bağlamda, çalışmamızda geliştirilen ölçeğin kapsam geçerliğini sağladığı ve yaşlı istismarı konusunun önemli bileşenlerini kapsadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak uzman değerlendirmelerine dayalı yapılan kapsam geçerliği testlerinin, ölçeklerin ölçüm kalitesini ve kullanılabilirliğini önemli ölçüde artırdığı söylenebilir.

Dil geçerliği, geliştirilen ölçeğin hedef kitlenin diline ve kültürel bağlamına uygun olarak çevrilmesi ve anlaşılır olması sürecini ifade etmektedir (73, 130). Ölçek maddelerinin hedef kitle tarafından doğru anlaşılması ve yaşlı bireyleri değerlendirme sırasında yanlış anlamaların önüne geçilmesi, ölçeğin klinik kullanımı açısından kritik önem taşımaktadır. Bu çalışmada yaşlı istismarını tanılama amacı ile oluşturulan 66 maddelik taslak ölçek formunun Türkçe dil geçerliğinin sağlanması için Türkçe Eğitimi ve Türk Dil ve Edebiyatı alanında uzman olan iki akademisyenin görüşlerine başvurulmuştur. Uzmanların değerlendirmeleri sonucunda, toplam 24 maddede dil bilgisi ve anlam bütünlüğünü güçlendirecek düzenlemeler yapılmıştır.

Yapılan bu düzenlemeler sonucunda ölçeğin maddelerinin orijinal anlamını koruduğu, hemşireler tarafından açıkça anlaşıldığı ve klinik uygulama için uygun hale geldiği belirlenmiştir. Literatürde de yaşlı istismarı ölçeklerinin dil geçerliğinin sağlanmasının ölçeklerin doğruluğunu ve uygulama alanındaki etkinliğini artırdığı vurgulanmaktadır (99, 106). Bu bağlamda, çalışmamızda uygulanan dil geçerliği sürecinin ölçeğin geçerliğini ve güvenilirliğini güçlendirdiği ifade edilebilir.

Pilot uygulama, geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerine başlamadan önce, ölçüm aracının hedeflenen örneklem tarafından doğru ve anlaşılır biçimde yanıtlanıp yanıtlanmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Pilot uygulamanın katılımcıları, orijinal hedef kitlenin özelliklerini taşımali; yaş, eğitim düzeyi ve cinsiyet gibi özellikler açısından benzer olmalıdır (130, 143). Bu çalışmada, dil ve kapsam geçerliği sağlanmış taslak ölçek formunun uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini test etmek üzere çalışma evreni ile benzer özelliklere sahip 40 kişilik bir örneklem grubu seçilmiştir. Literatüre göre pilot çalışmalar için 30-50 kişilik örneklem yeterli kabul edilmektedir (112, 130). Benzer şekilde başka bir çalışma, pilot çalışma için 30-100 kişilik bir örneklem önermektedir (112). Diğer taraftan, Hertzog (2008) ise pilot çalışmaların örneklem büyüklüğünün asıl örneklemin %10'u kadar olmasının yeterli olduğunu savunmaktadır (144).

Pilot uygulama standart koşullarda gerçekleştirilmiş ve uygulama sırasında ölçek maddelerinin katılımcılar tarafından doğru biçimde anlaşıldığı, veri toplama formunun doldurma süresinin katılımcılar için uygun olduğu ve ölçek maddelerinin yaşlıları değerlendirme konusunda herhangi bir zorluk oluşturmadığı belirlenmiştir. Pilot uygulama sonucunda, katılımcıların veri toplama formunu ortalama 17 dakikada (minimum: 12, maksimum: 20) tamamladıkları tespit edilmiştir. Ayrıca, 40 kişi ile yapılan pilot uygulama

sonucunda, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha değeri 0.972 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen yüksek Cronbach's alpha değeri, taslak ölçeğin iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğunu ve yapı geçerliği çalışmalarına hazır olduğunu göstermektedir.

Gözlemciler arası iyi uyum, tanılama ve değerlendirme ölçeklerinin güvenilirliği açısından önemli bir kriter olarak değerlendirilmektedir. Gözlemcilerin ölçeği kullanarak yaptıkları değerlendirmelerin tutarlı olması, ölçeğin güvenilir bir şekilde kullanılmasını sağlamaktadır (121, 122, 145). Bu çalışmada, hemşireler tarafından doldurulan ölçeğin gözlemciler arası güvenilirliğini belirlemek amacıyla Kendall's W iyi uyum katsayısı hesaplanmıştır. Bu değerlendirme, rastgele belirlenen beş hemşirenin, acil servise başvuran beş yaşlı birey üzerinde taslak ölçeği bağımsız olarak doldurmasıyla gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen verilerin analizi sonucunda Kendall's W katsayısı 0.856 bulunmuştur. Bu değer, hemşirelerin değerlendirmeleri arasında 'Çok iyi düzeyde uyum' olduğu literatür tarafından desteklenmektedir (131, 145). Bu sonuç, ölçeğin farklı gözlemciler tarafından tutarlı bir biçimde kullanıldığını ve değerlendirme sürecinde gözlemci farklılıklarından kaynaklı hataların minimal düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda çalışmamızdan elde edilen yüksek uyum katsayısı, geliştirilen ölçeğin hemşireler tarafından tarafsız ve güvenilir bir biçimde uygulanabilirliğini desteklemektedir.

Yapı geçerliği, geliştirilen ölçüm aracının amaçlanan kavramsal yapıyı doğru ve tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediğinin belirlenmesinde kritik önem taşımaktadır (112). Bu çalışmada, HİYİTÖ'nün yapı geçerliği AFA ve DFA yöntemleri ile incelenmiştir.

Yapılan faktör analizi öncesinde maddelerin dağılım özellikleri incelenmiş olup, ölçek maddelerinin tamamının çarpıklık ve basıklık değerleri Tabachnick ve Fidell (2020) tarafından önerilen ± 1.5 aralığında kalmıştır. Bu durum, verilerin normal dağılım varsayımlarını sağladığını göstermektedir (132).

Faktör analizinin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen KMO testi sonucu 0.861 olarak bulunmuştur. Bu değer, literatürde belirtilen kriterlere göre faktör analizi için 'çok iyi' düzeyde bir örneklem yeterliliğini işaret etmektedir (122, 123). Ayrıca Bartlett Küresellik Testi sonuçlarının anlamlı olması ($p < 0.001$), değişkenler arasında güçlü korelasyonların bulunduğunu ve faktör analizinin uygulanabilir olduğunu ortaya koymaktadır (114).

AFA sırasında oblimin döndürme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemin tercih edilmesinin temel nedeni, maddeler arasında ilişki olması durumunda eğik döndürmenin daha uygun sonuçlar vermesidir (107). Analizler sırasında faktör yükleri 0.60'ın altında kalan ve eş yükleme sorunu yaşayan maddeler çıkarılmıştır. Yapılan bu işlemler sonucunda ölçek, başlangıçta 66 maddeden oluşan taslak formundan 29 maddeye indirilmiştir. Maddelerin anti-image korelasyon matrisinde hesaplanan örneklem yeterlilik ölçüleri (MSA değerleri) 0.782-0.915 aralığında bulunmuş ve hiçbir madde bu kriter doğrultusunda analiz dışında bırakılmamıştır. Bu bulgular, ölçek maddelerinin faktör yapısına uygunluğunu ve maddelerin iyi düzeyde örneklem yeterliliğine sahip olduğunu desteklemektedir (134, 135).

Çalışmanın analiz sonuçlarına göre ölçeğin dört faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir. Faktörlerin öz değerleri incelendiğinde birinci faktörün öz değeri 7.457, ikinci faktörün 4.826, üçüncü faktörün 3.067 ve dördüncü faktörün ise 2.574 bulunmuştur. Faktörlerin açıkladığı toplam varyans %61.810 olarak hesaplanmıştır. Literatürde kabul edilen değerlerle karşılaştırıldığında, toplam varyansın %60'ın üzerinde olması ölçeğin yapı geçerliğinin sağlandığını göstermektedir (114). Faktörlerin varyans açıklama oranları ise sırasıyla; Temel Bakım İhmali %25.714, Mali ve Fiziksel İstismar %16.642, Duygusal ve Sosyal İhmal %10.577 ve Cinsel İstismar Belirtileri %8.877 olarak tespit edilmiştir. Her faktörün varyans açıklama oranının toplam varyansın en az %5'ini aşması, ölçeğin faktör yapısının anlamlılığını ortaya koymaktadır (107).

Faktör yükleri değerlendirildiğinde ise maddelerin yük değerlerinin 0.643 ile 0.895 aralığında değiştiği görülmektedir. Literatürde, faktör yüklerinin 0.50'nin üzerinde olması, iyi tanımlanmış bir yapıyı ve maddelerin ilgili faktörle güçlü ilişkisini göstermektedir (115).

Ayrıca, faktör yapısının belirlenmesinde önemli kriterlerden biri olan Scree Plot grafiği incelendiğinde öz değerlerin dördüncü faktörden sonra keskin düşüş gösterdiği, ardından yatay bir seyir izlediği görülmektedir. Bu durum literatürde “diz kırılması” noktası olarak tanımlanmakta ve ölçeğin dört faktörlü yapısının uygunluğunu desteklemektedir (107, 114).

Sonuç olarak, yapılan AFA sonucunda HİYİTÖ'nün dört faktörlü yapısının güçlü ve geçerli olduğu ortaya konulmuştur. Bu yapı hem teorik çerçeveye uyumludur hem de klinik uygulamalarda hemşirelere yaşlı istismarını tanılamada etkili bir araç sunmaktadır.

DFA ölçeğin teorik yapıya uygunluğunu değerlendirmek ve önceden belirlenen faktör yapısını doğrulamak amacıyla uygulanmıştır (146, 147). DFA uygulamadan önce veri setinin faktör analizi için uygunluğu değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda örneklem yeterliliği için KMO testi ve değişkenler arası ilişkilerin uygunluğu için Bartlett's Küresellik Testi kullanılmıştır. KMO testi sonucunda elde edilen 0.929 değeri, veri setinin faktör analizi için oldukça yeterli olduğunu göstermektedir. Ayrıca Bartlett testi sonucunda ki-kare (χ^2) değerinin 6429.759, serbestlik derecesinin (df) 378 ve anlamlılık düzeyinin ($p<0.001$) olması, değişkenler arasında anlamlı ve yeterince güçlü ilişkilerin var olduğunu ortaya koymaktadır.

DFA'nın uygunluğunu değerlendirmek amacıyla literatürde yaygın olarak kabul edilen uyum indeksleri kullanılmıştır. Bu çalışmada, χ^2/sd , GFI, CFI, NFI, TLI, RMSEA, SRMR ve IFI değerleri incelenmiştir. Çalışmanın χ^2/sd değeri 3.516 olarak hesaplanmıştır. Literatüre göre χ^2/sd değerinin 5 ve altında olması kabul edilebilir bir uyumu, 3 ve altında olması ise mükemmel uyumu ifade etmektedir (114, 148). Bu sonuç, modelin kabul edilebilir düzeyde veriyle uyumlu olduğunu göstermektedir.

İyi uyum göstergelerinden biri olan GFI değeri, bu çalışmada 0.869 olarak hesaplanmıştır. Literatürde 0.90 ve üzerindeki değerlerin ideal uyumu gösterdiği, ancak 0.80-0.95 arasındaki değerlerin kabul edilebilir uyumu temsil ettiği belirtilmektedir (143, 148). Bu bağlamda GFI değerinin kabul edilebilir uyum sınırlarında olduğu ifade edilebilir. Çalışmanın CFI değeri 0.858 olarak belirlenmiş olup, bu değer 0.80'in üzerinde olduğundan kabul edilebilir uyum kriterlerini karşılamaktadır (149). Benzer şekilde IFI değeri de 0.859 olarak hesaplanmış ve kabul edilebilir uyum göstermektedir (150).

NFI değerinin ise 0.886 ile ideal sınır olan 0.90'ın hemen altında kalması, modelin genel olarak iyi ancak mükemmel uyum açısından geliştirilme potansiyeli taşıdığını işaret etmektedir (150). TLI değerinin 0.873 bulunması, literatürde kabul edilen 0.80-1.00 aralığında yer almakta ve örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak modelin yeterli uyuma sahip olduğunu göstermektedir (150-152).

RMSEA ve SRMR değerleri, modelin uyum kalitesini değerlendirmede önemlidir. RMSEA değerinin 0.077 olması, literatürde iyi uyum olarak tanımlanan 0.05-0.08 aralığında bulunmakta ve bu nedenle kabul edilebilir bir uyum düzeyi sağlamaktadır (114, 147, 150). SRMR değerinin ise 0.073 olarak hesaplanması, uyumun kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığını ve modelin iyi uyum sağladığını desteklemektedir (147).

Yapı geçerliliğini doğrulamak amacıyla maddelerin standartlaştırılmış faktör yükleri incelenmiştir. Bulgular, maddelerin ilgili faktörlere anlamlı şekilde yüklendiğini göstermektedir. Faktör yüklerinin çoğunluğunun $\beta \geq 0.7$ seviyesinde olması, ölçeğin yapı geçerliliğinin güçlü olduğunu ifade etmektedir. F1 faktöründe BVİ57 maddesi ($\beta=0.830$), F2 faktöründe Fİ3 maddesi ($\beta=0.843$), F3 faktöründe İ43 maddesi ($\beta=0.882$) ve F4 faktöründe Cİ22 maddesi ($\beta=0.937$) en yüksek yükleri sergileyerek ilgili boyutları güçlü bir şekilde temsil etmektedir.

Sonuç olarak, DFA sonuçları ölçeğin teorik yapı ile yüksek düzeyde uyumlu olduğunu ve maddelerin anlamlı ve güçlü şekilde faktörlere yüklendiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular doğrultusunda ölçeğin yapı geçerliliğinin ve güvenilirliğinin sağlandığı söylenebilir. Bazı maddelerin yüklerinin nispeten daha düşük olması nedeniyle modelin iyileştirilmesi üzerine gelecekte yapılacak çalışmalar önem taşımaktadır.

HİYİTÖ'nün geçerlik analizleri tamamlandıktan sonra güvenilirlik analizlerine geçilmiştir. Güvenirlik, bir ölçme aracının tutarlı, kararlı, duyarlı ve hata payı düşük ölçümler yapabilme yeteneğini ifade eden önemli bir ölçüt olarak değerlendirilir (143, 147). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach alpha katsayıları, madde toplam korelasyonları, Spearman Brown katsayısı, Guttman Split-Half testi, alt-üst grup ortalamalarının karşılaştırılması ve toplanabilirlik test yöntemleri kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir.

Güvenirliğin temel unsurlarından biri olan iç tutarlılık, ölçeği oluşturan maddelerin birbiriyle ilişki düzeyini ve homojenliğini belirlemektedir. Cronbach alpha katsayısı, likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığı değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmakta olup 0 ile 1 arasında değişen değerlere sahiptir ve değer arttıkça ölçeğin güvenilirliği de artmaktadır (140, 153, 154). Ölçeğin iç tutarlılığı, madde sayısı ve madde içeriklerinin homojenliği gibi faktörlerden doğrudan etkilenmektedir. Dolayısıyla, Cronbach alpha katsayısının yüksek çıkması, ölçeğin uygulandığı örneklem grubunda maddelerin anlamlı ve tutarlı biçimde anlaşıldığını ve yanıtlandığını göstermektedir. Bu durum, ölçme aracının hem klinik uygulamalarda hem de araştırmalarda güvenilir biçimde kullanılabileceğini işaret etmektedir.

Literatürde Cronbach alpha değerlerinin yorumlanmasına ilişkin farklı sınıflandırmalar yapılmaktadır. Alpar'a göre Cronbach alpha değerleri; 0.40'ın altında ise güvenilir değil, 0.40-0.60 arasında düşük, 0.60-0.80 arasında orta, 0.80-1.00 arasında

yüksek güvenilirliğe sahiptir (154). George ve Mallery ise bu değerleri; 0.60-0.70 arası kabul edilebilir, 0.70-0.90 arası iyi, 0.90 ve üzeri mükemmel olarak sınıflandırmaktadır (133). Bu sınıflandırmaların çeşitliliği, araştırmacıların ölçeklerin güvenilirlik değerlendirmesinde farklı referans noktaları kullanmalarına neden olmaktadır. Dolayısıyla, elde edilen Cronbach alpha değerlerinin yorumlanmasında, araştırmanın amacı, kullanılan örneklem ve ölçeğin kullanılacağı alan dikkate alınarak en uygun değerlendirme kriterinin seçilmesi önemlidir. Bu bağlamda çalışmanın sonuçları, yüksek güvenilirlik kriterlerini sağlayarak ölçme aracının farklı popülasyonlarda kullanılabilirliğini desteklemektedir.

Bu çalışmada, HİYİTÖ'nün genel Cronbach alpha katsayısı AFA sonuçlarında 0.890, DFA sonuçlarında ise 0.944 olarak bulunmuştur. Bu durum ölçeğin iç tutarlılığının yüksek ve güvenilirliğinin mükemmel düzeyde olduğunu göstermektedir (133). Ayrıca alt boyutlar için Cronbach Alpha katsayıları incelendiğinde; Temel Bakım İhmali alt boyutu için AFA'da 0.934, DFA'da 0.912, Mali ve Fiziksel İstismar alt boyutu için AFA'da 0.868, DFA'da 0.865, Duygusal ve Sosyal İhmal alt boyutu için AFA'da 0.865, DFA'da 0.853 ve Cinsel İstismar Belirtileri alt boyutu için AFA'da 0.854, DFA'da ise 0.897 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlar arasında elde edilen bu değerlerin tümünün yüksek olması, ölçeğin tüm boyutlarının kendi içinde homojen bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Alt boyutların Cronbach alpha değerlerinin yüksek olması, maddelerin ilgili alt boyutları temsil etme gücünün yüksek olduğunu ve maddelerin doğru alt boyut altında gruplandığını göstermektedir (133, 143). Bu bulgular, ölçeğin genel yapısının teorik çerçeve ile uyumlu olduğunu desteklemektedir.

Madde-toplam korelasyonu, ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için yapılan analizlerden biridir ve bu değer yüksek olması, maddenin ölçekle uyumlu olduğunu göstermektedir (112, 147). Bu çalışmada madde-toplam korelasyonları 0.552 ile 0.810 arasında değişmekte olup ölçek maddelerinin güvenilirliğinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Madde-toplam korelasyonlarının yüksek çıkması, maddelerin ölçeğin genelinde yer alan olguyu doğru biçimde yansıttığını ve tutarlı cevaplar sağladığını göstermektedir. Özellikle yüksek korelasyon değerleri, maddelerin ayırt edici gücünün iyi olduğunu ve her maddenin ölçeğin genel güvenilirliğine pozitif katkı sağladığını işaret etmektedir (140, 143). Bu sonuçlar ayrıca, madde içeriklerinin iyi formüle edildiğini ve katılımcıların soruları net olarak anladıklarını göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada,

HİYİTÖ toplam puanı ile alt boyutları arasında gerçekleştirilen analizler sonucunda, orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Spearman Brown ve Guttman Split-Half testleri de ölçeğin güvenirlik düzeyini değerlendirmede kullanılmaktadır. Spearman Brown katsayıları ölçeğin genelinde AFA için 0.898, DFA için 0.770 olarak hesaplanırken; Guttman Split-Half katsayıları ise AFA için 0.879, DFA için 0.768 olarak bulunmuştur. Her iki test sonucunda elde edilen değerlerin 0.70 üzerinde olması, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu desteklemektedir (140). Bu katsayıların yüksek olması, ölçeğin iki farklı yarısının da benzer şekilde güvenilir ve tutarlı sonuçlar üretebildiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, her iki test yönteminden de elde edilen benzer sonuçlar, ölçeğin tutarlılığının metodolojik olarak da doğrulandığını göstermektedir (149). Bu durum, ölçeğin farklı test yöntemleri kullanılarak yapılan analizlerde de güvenilir olduğunu ve uygulamalarda esneklik sağlayabileceğini göstermektedir (73, 147).

Alt-üst grup ortalamalarının karşılaştırılması yöntemi ile yapılan analizlerde, ölçeğin toplam puanı ve tüm alt boyutlarda alt ve üst gruplar arasında anlamlı farkların olduğu tespit edilmiştir. Bu durum ölçeğin ve alt boyutlarının yüksek bir ayırt ediciliğe sahip olduğunu ve hassas ölçüm yaptığını ortaya koymaktadır (147, 154). Madde ayırt edicilik analizi olarak da bilinen bu yöntem, ölçülen olgu bağlamında maddelerin bireyler arasındaki farklılıkları ortaya koyma kapasitesini değerlendirir (140). Bu bulgu, ölçeğin klinik ve akademik ortamlarda bireyleri doğru bir şekilde değerlendirmek ve farklı ihtiyaçları belirlemek için etkili olduğunu işaret etmektedir (143, 153). Sonuç olarak, HİYİTÖ'nün kapsamlı güvenirlik analizleri, ölçeğin genel yapısının sağlam ve güvenilir olduğunu ortaya koyarak gelecekteki çalışmalar ve klinik uygulamalar için değerli bir araç olduğunu kanıtlamıştır.

HİYİTÖ'nün geçerlik ve güvenirlik analizlerine ek olarak, toplanabilirlik analizi de gerçekleştirilmiştir. Toplanabilirlik analizi, ölçeğin toplam puan oluşturabilme yeteneğini ve alt boyutların genel ölçek yapısı içerisinde anlamlı şekilde birleştirilip birleştirilemeyeceğini değerlendirmek açısından kritik öneme sahiptir (132). Bu analizlerin temel amacı, ölçek maddelerinin toplam puan oluşturmak için doğrusal bir yapıya sahip olup olmadığını belirlemektir. Ölçek maddelerinin toplam puan olarak bir araya getirilmesi, uygulamalarda ve araştırmalarda daha basit ve etkin değerlendirme yapılmasını sağlamaktadır (135).

Çalışmamızda toplanabilirlik varsayımının incelenmesi amacıyla Tukey'nin Eklememezlik Testi uygulanmıştır. Bu test, toplam varyansı kişiler arası ve kişiler içi varyans bileşenlerine ayırarak inceler. Kişiler içi varyans, maddeler arası farklılıkları ve eklememezlik (nonadditivity) etkilerini içermekte olup, maddelerin toplam puan oluşturma uygunluğunu test etmektedir. Analiz sonuçlarına göre maddeler arası varyans anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu durum maddelerin farklı yapısal özellikleri temsil ettiğini ve ölçek yapısına zenginlik kattığını göstermektedir (73, 110).

Eklememezlik testinin sonucu incelendiğinde anlamlı bir bulguya rastlanmamıştır. Bu durum, ölçek maddeleri arasında doğrusal olmayan bir ilişkinin bulunmadığını ve maddelerin tek bir toplam skor altında toplanmasının istatistiksel açıdan uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Tukey'in Eklememezlik Testinin gücü yüksek (0.973) bulunmuştur. Bu sonuç, maddelerin toplam puan oluşturmak için büyük dönüşümler gerektirmeden doğrudan toplanabileceği anlamına gelmektedir (135, 147).

Sonuç olarak, HİYİTÖ için yapılan toplanabilirlik analizleri, ölçek maddelerinin tek bir toplam puan oluşturabilme yeteneğine sahip olduğunu doğrulamıştır. Bu durum, ölçeğin klinik ve akademik çalışmalarda toplam skor kullanılarak pratik ve anlamlı değerlendirmeler yapılabilmesine imkân tanımaktadır. Bu bulgular, ölçeğin kullanım alanlarının genişletilmesi ve daha yaygın biçimde uygulanabilir olması açısından önem taşımaktadır.

5.2. HİYİTÖ Saha Raporlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşlı istismarı, multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılan; bireysel, ailesel ve toplumsal faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkan karmaşık bir sorundur (1). Bu araştırmanın temel amacı, HİYİTÖ'yü geliştirmektir. Ölçeğin uygulanmasıyla, araştırmaya dâhil edilen illerde görev yapan hemşirelerin yaşlı istismarını tanılama düzeyleri değerlendirilmiştir. Bu kapsamda HİYİTÖ ile elde edilen bulgular, literatürde yer alan benzer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılmış; ölçeğin geçerliliği, kullanım potansiyeli ve sağladığı katkılar, tutarlılık ve farklılıklar açısından tartışılmıştır.

Araştırmamızda, Artvin ilinde görev yapan hemşirelerin HİYİTÖ toplam tanılama puan ortalaması 14.716 ± 8.797 iken Trabzon ilinde bu değer 23.778 ± 12.974 olarak tespit edilmiştir. Bu fark, Trabzon'daki hemşirelerin yaşlı istismarını tanılamada daha yüksek düzeyde farkındalığa sahip olduklarını düşündürmektedir. Trabzon'daki hemşirelerin daha büyük ve merkezî hastanelerde çalışmaları, daha fazla vaka görmeleri ve klinik tecrübenin

yoğunluğu bu durumu açıklayabilecek faktörler arasında yer almaktadır. Literatürde de yaşlı istismarı tanılmasında profesyonel tecrübenin önemli bir değişken olduğu vurgulanmaktadır (155).

Her iki ilde de HİYİTÖ'nün alt boyutları arasında en yüksek tanılama düzeyinin temel bakım ihmali alt boyutunda elde edildiği görülmüştür. Trabzon'da ortalama 11.847 ± 5.901 olan bu puan, Artvin'de 8.729 ± 6.256 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu, hemşirelerin yaşlı bireylerin temel bakımlarındaki aksaklıkları daha kolay fark ettiklerini göstermektedir. Kulakçı Altıntaş ve Korkmaz Aslan (2019) tarafından yapılan çalışmada da yaşlı bireylerin sıklıkla duygusal ve fiziksel ihmal yaşadıkları, özellikle bakımın aile bireylerine bırakıldığı durumlarda bu riskin arttığı belirtilmiştir (7).

Duygusal ve sosyal ihmal tanılama düzeyi ise her iki ilde orta düzeyde bulunmuştur. Trabzon'da 4.680 ± 3.170 olan bu puan Artvin'de 2.405 ± 2.614 ile daha düşüktür. Bu durum, duygusal ihmal gibi soyut belirtilerin tanılanmasının daha zor olduğu ve bu konuda mesleki farkındalığın düşük olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, Şen ve Meriç (2019)'in çalışmasındaki depresyon ve duygusal istismar arasındaki ilişkiyi vurgulayan sonuçlarıyla örtüşmektedir (39).

Mali ve fiziksel istismar alt boyutu, her iki ilde de orta düzeyin altında kalmıştır. Trabzon'da 4.737 ± 3.722 , Artvin'de 2.627 ± 2.967 olarak saptanan bu alt boyut puanı, hemşirelerin bu tür istismarları tanılamada zorlandıklarını göstermektedir. Bu, Daşbaşı ve arkadaşlarının (2019) geliştirdiği Geriatrik İstismar Ölçeğinde de vurgulanan; fiziksel ve ekonomik istismarın görünürlüğünün düşük olması nedeniyle sıklıkla göz ardı edilmesiyle açıklanabilir (104). Ayrıca, hemşirelerin bu tür istismarlarda bildirim sorumluluğu ve yasal süreçten çekinmeleri de etkili olabilir.

Cinsel istismar belirtilerine ilişkin tanılama puanları, hem Artvin (0.954 ± 1.595) hem de Trabzon'da (2.515 ± 2.903) oldukça düşük bulunmuştur. Bu bulgu, yaşlı bireylerde cinsel istismarın sıklıkla göz ardı edildiğini ve sağlık çalışanları arasında bu konuda farkındalığın yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Cinsel istismar, toplumsal bir tabu olarak görülmekte ve yaşlı bireylerde bu tür davranışların olamayacağına dair yanlış algılar yaygındır (156). Oysa Yalçın Gürsoy ve Kara (2019)'nın Çanakkale'de yaptığı çalışmada, yaşlı bireylerin yaklaşık %8'inin cinsel istismara uğradığı ortaya konmuştur (157).

Demografik değişkenler açısından değerlendirildiğinde, yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi faktörlerin HİYİTÖ puanları üzerinde anlamlı etkileri sınırlı

olmuştur. Ancak mesleki deneyim yılı, istismar tanılama tecrübesi ve yaşlı istismarına şahit olma gibi mesleki yaşantı değişkenleri, tanılama düzeylerinde anlamlı farklılıklar yaratmıştır. Trabzon'da özellikle 20-25 yaş arası genç hemşirelerin duygusal-sosyal ihmal tanılama puanlarının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olması ($p=0.011$), eğitimlerinin güncelliği ve teorik bilgilere erişimlerinin daha fazla olması ile açıklanabilir (158).

Eğitim alma durumu, her iki ilde de toplam HİYİTÖ puanları üzerinde anlamlı fark yaratmamış olmakla birlikte, bazı alt boyutlarda (örneğin Trabzon'da duygusal-sosyal ihmal) anlamlı farklar gözlenmiştir. Bu bulgu, eğitim programlarının süresi, içeriği ve uygulama düzeyinin yetersizliğinden kaynaklanabilir. Eğitimler bilgi artışı sağlasa da davranış değişikliğine dönüşmede etkisiz kalmış olabilir (159).

Araştırmamızın bulguları, yaşlı istismarı alanında yapılmış ulusal ve uluslararası çalışmalarla büyük ölçüde örtüşmektedir. Özellikle Keskinoglu ve arkadaşlarının (2007) İzmir'de farklı sosyoekonomik düzeylerde yaptıkları araştırma, bakım verme güçlüğü çeken ailelerde ihmalin daha yüksek olduğunu göstermiştir (155). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, hemşirelerin temel bakım ihmali konusunda daha duyarlı oldukları, ancak soyut istismar türlerinde tanılama güçlüğü yaşadıkları ortaya konmuştur.

Yapılan çalışmalarda istismar riskinin, yaşlı bireyin eğitimsizlik, yalnız yaşama, sosyal güvencesizlik ve düşük gelir gibi sosyoekonomik risk faktörleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (7, 39, 160). Bu bağlamda, hemşirelerin sadece klinik gözlemle değil, yaşlı bireyin sosyal çevresi ve aile dinamikleri hakkında bilgi sahibi olması da tanılamayı etkileyen faktörler arasındadır.

Çalışmamızda kullanılan HİYİTÖ, hemşirelerin yaşlı bireyde istismarın farklı türlerini tanılamalarına olanak sağlayan özgün bir araç olarak ön plana çıkmaktadır. Bu ölçek, Daşbaşı ve arkadaşlarının (2019) uyarladığı Geriatrik İstismar Ölçeği ve Hwalek-Sengstock testi gibi mevcut araçlara alternatif sunarak hemşire merkezli değerlendirme yetisini artırmayı amaçlamaktadır (102, 104). Ayrıca, hemşirenin bakım vericiyi de değerlendirmesi yönüyle literatürdeki ölçeklerden ayrılmaktadır.

Sonuç olarak, yaşlı istismarının tanılanmasında hemşirelerin oynadığı rol kritiktir. Araştırmamız, hemşirelerin istismarın bazı türlerini tanımada yeterli düzeyde olmadığını, özellikle cinsel istismar ve duygusal ihmal gibi alanlarda farkındalıklarının artırılması gerektiğini göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada geliştirilen HİYİTÖ, yaşlı bireylerin maruz kaldığı istismar ve ihmali etkili şekilde tanılamak amacıyla hazırlanmıştır. Ölçeğin kavramsal çatısı Orlando'nun Hemşirelik Süreci Kuramı'na dayanmaktadır. Gerçekleştirilen analizlerde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik açısından oldukça güçlü olduğu belirlenmiştir.

AFA sonucunda ölçek, dört faktörlü bir yapı göstermiştir. Bu dört faktör toplam varyansın %61.810'unu açıklamaktadır. Faktör yükleri ise 0.643 ile 0.895 arasında değişmiş, ölçek maddelerinin faktörlerle güçlü ilişkide olduğu belirlenmiştir.

DFA sonuçları da teorik modelin kabul edilebilir düzeyde iyi uyuma sahip olduğunu göstermiştir (GFI=0.869, CFI=0.858, RMSEA=0.077). Bu durum, ölçeğin teorik yapıya uygunluğunu ve yapısal geçerliliğini doğrulamaktadır.

Ölçeğin güvenirliği açısından yapılan analizlerde ise yüksek Cronbach's alpha katsayıları (0.890-0.944) elde edilmiştir. Ayrıca gözlemciler arası güvenirlik analizi sonucu Kendall's W katsayısının 0.856 olması, ölçeğin farklı hemşireler tarafından tutarlı biçimde kullanılabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak HİYİTÖ, yaşlı istismarının klinik ortamda etkin şekilde tanılanmasını sağlayan, geçerliği ve güvenirliği yüksek, teorik açıdan güçlü ve klinik kullanıma uygun bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Yaşlı istismarı ve ihmali konusunda geliştirilen HİYİTÖ'nün klinik uygulamalarda ve akademik alanda etkin şekilde kullanımı, yaşlı bireylerin korunması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, uygulama ve araştırma süreçlerinde dikkate alınabilecek gerçekçi ve uygulanabilir öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- HİYİTÖ'nün özellikle acil servisler, geriatri üniteleri, bakım evleri ve yaşlı bakım hizmeti sunan tüm sağlık kuruluşlarında kullanımı teşvik edilebilir.
- Yapılandırılmış tanılama araçlarının ulusal düzeyde yaygınlaştırılması, farklı sağlık profesyonelleriyle entegrasyonun sağlanması ve multidisipliner ekip çalışması ile desteklenmesi önerilir.

- Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin yaşlı istismarını tanılama ve raporlama konusunda farkındalığını artırmak için düzenli eğitim programları planlanması ve uygulanması desteklenebilir.
- Sağlık profesyonellerinin yaşlı istismarı vakalarını tanımlaması ve bildirmesi sürecini kolaylaştırıcı açık ve uygulanabilir yönergeler oluşturulmalıdır.
- Sonuçların genellenebilirliğini artırmak için ölçeğin daha geniş örneklem ve farklı sağlık kurumlarında uygulanarak geçerlilik ve güvenirlik analizlerinin genişletilmesi önerilir.
- HİYİTÖ'nün yaşlı istismarı müdahale programları ve girişimlerinin etkinliğini değerlendiren araştırmalarda ölçüm aracı olarak kullanılması önerilmektedir.
- Bu alışma, gelecekte planlanan ölçek geliştirme çalışmalarında kaynak olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2022). Tackling abuse of older people five priorities for the united nations decade of healthy ageing (2021–2030). [online]. Available from: <http://www.who.int/int/publications/i/item/9789240052550>. [Accessed 28 Feb 2023].
2. World Health Organization (2002). The toronto declaration on the global prevention of elder abuse [online]. Available from: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf. [Accessed 20 Feb 2023].
3. National Council on Aging (2024). Get the facts on elder abuse [online]. Available from: <https://www.ncoa.org/article/get-the-facts-on-elder-abuse>. [Accessed 15 May 2024].
4. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist* 56(2): 194-205.
5. Reingle Gonzalez JM, Cannell MB, Jetelina KK, Radpour S (2016). Barriers in detecting elder abuse among emergency medical technicians. *BMC Emergency Medicine* 16(1): 36.
6. Rosen T, Zhang H, Wen K, Clark S, Elman A, Jeng P, Baek D, Zhang Y, Gassoumis Z, Fettig N, Pillemer K, Lachs MS, Bao Y (2023). Emergency department and hospital utilization among older adults before and after identification of elder mistreatment. *JAMA Network Open* 6(2): 2255853.
7. Kulakçı Altıntaş H, Korkmaz Aslan G (2020). Prevalence of elder abuse among community-dwelling older adults in turkey and its associated factors. *Psychogeriatrics* 20(1): 3-10.
8. Ludvigsson M, Motamedi A, Westerlind B, Swahnberg K, Simmons J (2022). Responding to elder abuse in geriatric care (reagera) educational intervention for healthcare providers: A non-randomised stepped wedge trial. *BMJ Open* 12(5): e060314.
9. Erden Ş, Boz H (2018). Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmali. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 71(3): 100-105.

10. TÜİK (2024). İstatistiklerle yaşlılar, 2023 [online]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>. [Accessed 02 May 2024].
11. TÜİK (2018). Nüfus projeksiyonları, 2018-2080 [online]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2018-2080-30567>. [Accessed 10 May].
12. Yunus RM, Hairi NN, Choo WY (2019). Consequences of elder abuse and neglect: A systematic review of observational studies. *Trauma Violence and Abuse* 20(2): 197-213.
13. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health* 29(1): 58-67.
14. World Health Organization (2021). Ageing and health [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. [Accessed 25 April].
15. World Health Organization (2017). Global strategy and action plan on ageing and health [online]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>. [Accessed 21 April 2024].
16. Saylor KWM (2016). Multiple approaches to understanding and preventing elder abuse: Introduction to the cross-disciplinary national institutes of health workshop. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 28(4): 179-184.
17. United Nations (2022). World population prospects 2022 [online]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf. [Accessed 28 April 2024].
18. Mustan K (2017). Yaşlılarda istismarı belirlemeye yönelik ölçek geliştirme çalışması. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
19. Santos-Rodrigues RC, Brandão BMLS, Araújo-Monteiro GKN, Marcolino EC, Moraes RM, Souto RQ (2022). Assessment tools for elder abuse: Scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 56: 20220115.

20. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR (2018). Identifying and initiating intervention for elder abuse and neglect in the emergency department. *Clinics in Geriatric Medicine* 34(3): 435-451.
21. Kissal A, Beşer A (2011). Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in İzmir, Turkey. *Social Work in Health Care* 50(2): 158-175.
22. Kissal A, Beşer A (2009). Yaşlı istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 8(4): 357-364.
23. Li M, Dong X (2021). Identifying the incidence and factors associated with the risk of elder mistreatment. *JAMA Network Open* 4(8): e2119593.
24. Storey JE (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 50: 101339.
25. Burnes D, Hancock DW, Eckenrode J, Lachs MS, Pillemer K (2021). Estimated incidence and factors associated with risk of elder mistreatment in New York State. *JAMA Network Open* 4(8): e2117758.
26. Evans CS, Hunold KM, Rosen T, Platts Mills TF (2017). Diagnosis of elder abuse in U.S. Emergency departments. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(1): 91-97.
27. Ejaz FK, Rose M, Reynolds C, Bingle C, Billa D, Kirsch R (2020). A novel intervention to identify and report suspected abuse in older, primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 68(8): 1748–1754.
28. Rosay AB, Mulford CF (2017). Prevalence estimates and correlates of elder abuse in the United States: The national intimate partner and sexual violence survey. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 29(1): 1-14.
29. Weissberger GH, Lim AC, Mosqueda L, Schoen J, Axelrod J, Nguyen AL, Wilber KH, Esquivel RS, Han SD (2022). Elder abuse in the COVID-19 era based on calls to the national center on elder abuse resource line. *BMC Geriatrics* 22(1): 689.
30. Mathew A, Nair SB (2017). Theoretical perspectives on elder abuse : A framework analysis for abused elderly in Kerala. *Journal of Humanities and Social Science* 22(9): 29-33.

31. Namboodri BL, Rosen T, Dayaa JA, Bischof JJ, Ramadan N, Patel MD, Grover J, Brice JH, Platts-Mills TF (2018). Elder abuse identification in the prehospital setting: An examination of state emergency medical services protocols. *Journal of the American Geriatrics Society* 66(5): 962-968.
32. Nemati Vakilabad R, Khalili Z, Ghanbari Afra L, Mirzaei A (2023). The prevalence of elder abuse and risk factors: A cross-sectional study of community older adults. *BMC Geriatrics* 23(1): 616.
33. Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus S (2015). Elder abuse: An approach to identification, assessment and intervention. *Canadian Medical Association Journal* 187(8): 575-581.
34. Du P, Chen Y (2021). Prevalence of elder abuse and victim-related risk factors during the covid-19 pandemic in China. *BMC Public Health* 21(1): 1096.
35. Dong XQ (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society* 63(6): 1214-1238.
36. Alqadiri S, MacLeod H, Huang SC, Molnar F, Frank C (2022). Key signs and strategies for recognizing elder abuse. *Canadian Family Physician* 68(10): 746-747.
37. Bajpai N, Kulshreshtha K, Dubey P, Sharma G (2022). Travesty of life elders abuse an inquiry of physical and psychological abuse. *Ageing international* 48(2): 413–437.
38. Akkaya B, Çöl M (2022). Halk sağlığı bakışıyla yaşlı istismarı ve ihmali. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 16(2): 456-464.
39. Şen F, Meriç M (2020). Determination of abuse and depression in the elderly. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 32(1): 600-671.
40. Mohd Mydin FH, Othman S, Choo WY, Hairi NNM, Hairi FM, Syed Karim SN, Tan MP, Ali Z, Abdul Aziz S, Mohd R, Ramli R, Mohamad R, Awaludin LR, Adnan Z (2020). Clinical recognition of elder maltreatment and intention to report among primary care doctors. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 32(1): 72-83.
41. Simmons J, Motamedi A, Ludvigsson M, Swahnberg K (2022). Testing an educational intervention to improve health care providers' preparedness to care for victims of elder abuse: A mixed method pilot study. *BMC Medical Education* 22(1): 597.

42. Simmons J, Wiklund N, Ludvigsson M (2022). Managing abusive experiences: A qualitative study among older adults in Sweden. *BMC Geriatrics* 22(1): 456.
43. Dilem Ş, İşler G, Ersal İ, Nur G, Balonde M, Kesen N, Daşbaşı S (2023). Elderly neglect and abuse intervention. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 17: 155-178.
44. Lachs MS, Pillemer KA (2015). Elder abuse. *The New England Journal of Medicine* 373(20): 1947-1956.
45. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global health* 5(2): 147-156.
46. Stevens TB, Richmond NL, Pereira GF, Shenvi CL (2014). Prevalence of nonmedical problems among older adults presenting to the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 21(6): 651-658.
47. Abdi A, Tarjoman A, Borji M (2019). Prevalence of elder abuse in iran: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry* 39: 120-127.
48. Chen M, Chan KL (2022). Elder abuse and neglect in China: Prevalence, co-occurrence, and intergenerational risk factors. *Journal of Interpersonal Violence* 37(11-12): 9839–9862.
49. Chandanshive P, Subba SH, Parida SP, Mishra S (2022). Prevalence patterns and associated factors of elder abuse in an urban slum of Eastern India. *BMC Geriatrics* 22(1): 317.
50. Paek MS, Lee MJ, Shin YS (2022). Elder mistreatment as a risk factor for depression and suicidal ideation in Korean older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(18): 11165.
51. Lindert J, de Luna J, Torres-Gonzales F, Barros H, Ioannidi-Kopolou E, Melchiorre MG, Stankunas M, Macassa G, Soares JF (2013). Abuse and neglect of older persons in seven cities in seven countries in Europe: A cross-sectional community study. *International Journal of Public Health* 58(1): 121.
52. Ho CS, Wong SY, Chiu MM, Ho RC (2017). Global prevalence of elder abuse: A meta-analysis and meta-regression. *East Asian Archives of Psychiatry* 27(2): 43-55.

53. Amirmohammadi M, Nikpeyma N, Negarandeh R, Haghani S, Amrollah Majdabadi Z (2023). Relationship between emotional elder abuse and developmental function of the family. *Nursing Open* 10(4): 2485-2491.
54. Atim LM, Kaggwa MM, Mamum MA, Kule M, Ashaba S, Maling S (2023). Factors associated with elder abuse and neglect in rural Uganda: A cross-sectional study of community older adults attending an outpatient clinic. *Plos One* 18(2): e0280826.
55. Fadiloğlu Ç, Şenuzun Aykar F (2012). Yaşlıda istismar ve ihmale yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi* 51(Supplement): 69-77.
56. Lök N (2015). Elder abuse and neglect in Turkey: A systematic review. *Current Approaches to Psychiatry* 7(2): 149-156.
57. Cevirme AS, Ugurlu N, Cevirme H, Durat G (2021). In Turkish elderly population elder abuse and neglect: A study of prevalence, related risk factors and perceived social support. *Healthmed* 6(1): 88-95.
58. Ergin F, Evci-Kiraz ED, Saruhan G, Benli C, Okyay P, Beser E (2012). Prevalence and risk factors of elder abuse and neglect in a western city of Turkey: A community based study. *Bulletin of the Transilvania University of Brasov Medical Sciences Series* 5(2): 33-50.
59. Aslan H, Erci B (2020). The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect. *Journal of Public Health* 28(5): 525-533.
60. Dasbas S, Isikhan V (2019). Elder abuse in turkey and associated risk factors. *Journal of Social Service Research* 45(2): 1-11.
61. Hoyumpa G, Narro A, Law M, Ciavarra B, Phung V, Chiang S, Oyler T, Lydick H, Flores R, Lee J, Burnett J (2022). Medical student-led social phone calls with elder mistreatment victims: Changes in loneliness, depression, and perspectives of aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 70(6): 1876-1878.
62. CDC (2024). Fast facts: Preventing elder abuse [online]. Available from: https://www.cdc.gov/elder-abuse/about/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/fastfact.html. [Accessed 10 April 2024].

63. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Sertçelik E (2017). Reciprocal abuse: Elder neglect and abuse by primary caregivers and caregiver burden and abuse in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing* 31(2): 177-182.
64. World Health Organization (2008). A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: Main report [online]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-A-Global-Response-to-Elder-Abuse-and-Neglect-Building-Primary-Health-Care-Capacity-to-Deal-with-the-Problem-Worldwide.pdf>. [Accessed 15 April 2024].
65. Ranabhat P, Nikitara M, Latzourakis E, Constantinou CS (2022). Effectiveness of nurses' training in identifying, reporting and handling elderly abuse: A systematic literature review. *Geriatrics* 7(5): 108.
66. Rosen T, Hargarten S, Flomenbaum NE, Platts-Mills TF (2016). Identifying elder abuse in the emergency department: Toward a multidisciplinary team-based approach. *Annals of Emergency Medicine* 68(3): 378-382.
67. Platts-Mills TF, Barrio K, Isenberg EE, Glickman LT (2014). Emergency physician identification of a cluster of elder abuse in nursing home residents. *Annals of Emergency Medicine* 64(1): 99-100.
68. Wiklund N, Ludvigsson M, Nagga K, Simmons J (2022). Elder abuse and life-course victimization in hospitalized older adults in Sweden: Prevalence and associations with mental ill-health. *BMC Geriatrics* 22(1): 929.
69. Lund SB, Skolbekken JA, Mosqueda L, Malmedal WK (2023). Legitimizing neglect a qualitative study among nursing home staff in Norway. *BMC Health Services Research* 23(1): 212.
70. Hirt J, Adlbrecht L, Heinrich S, Zeller A (2022). Staff to resident abuse in nursing homes: A scoping review. *BMC Geriatrics* 22(1): 563.
71. Ertin H, Özkaya H (2016). Etik açıdan yaşlıya kötü muamele/istismar ve Toronto bildirgesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History-Special Topics* 2(2): 77-84.

72. van Houten ME, Vloet LCM, Rikkert M, van de Kerkhof-van Bon B, de Rooij A, Verhoeven M, Bil WME, Lucke JA, Schoon Y, Berben SAA (2024). Erase: A feasible early warning tool for elder abuse, developed for use in the dutch emergency department. *BMC Emergency Medicine* 24(1): 52.
73. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health* 6(149): 149.
74. Fundinho JF, Pereira DC, Ferreira-Alves J (2021). Theoretical approaches to elder abuse: A systematic review of the empirical evidence. *The Journal of Adult Protection* 23(6): 370-383.
75. Martinez JM, Homeier D, Fowler C, Wilber K (2022). Conceptualizing person-centered care in elder mistreatment intervention: Use of a well-being framework. *The Gerontologist* 63(6): 973–982.
76. Jackson SL, Hafemeister TL (2016). Theory based models enhancing the understanding of four types of elder maltreatment. *International Review of Victimology* 22(3): 289-320.
77. Fundinho JF, Ferreira-Alves J (2019). Identifying Abuse at an Advanced Age: Guidelines for Investigators and Ethical Dilemmas. In: Paulino M, Costa D (Eds.), *Geriatrics and Gerontology in the 21st Century*. Prismedical, Lisboa, Pages: 132-140
78. Bandura A (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication* 28(3): 12-29.
79. Nabavi RT (2012). Bandura's social learning theory & social cognitive learning theory. *Theory of Developmental Psychology* 1(24): 1-29.
80. Burnight K, Mosqueda L (2005). Theoretical model development in elder mistreatment. (Ed). *Program in geriatrics*. US Department of Justice, 1-35.
81. Steinmetz SK (1988). Elder abuse by family caregivers: Processes and intervention strategies. *Special Issue: Coping with Victimization* 10(4): 256-271.
82. Chen R, Dong XQ (2017). Risk factors of elder abuse. In: Dong X (Ed). *Elder Abuse: Research, Practice and Policy*. Springer International Publishing, Cham, Pages: 39-107.

83. Bayram A (2021). Hemşirelikte Kavramlar, Modeller. Demirbağ BC (Ed). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 19-28.
84. Duran S (2021). Bakım Bilimi ve Felsefesi/İnsan Bakım Modeli. Demirbağ BC (Ed). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 123-135.
85. Önal B (2021). Öz Bakım Yetersizliği Kuramı. Demirbağ BC (Ed). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 102-112.
86. Çolak B (2021). Psikodinamik Hemşirelik Kuramı/Kişilerarası İlişkiler Kuramı. Demirbağ BC (Ed). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 213-221.
87. Karaismailoğlu D (2021). Kültürel Bakımda Farklılıklar ve Benzerlik Kuramı. Demirbağ BC (Ed). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 113-121.
88. Duran S (2021). Hemşirelikte Etkileşim Kuramı. Demirbağ BC (Ed). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitapevi, Ankara, Sayfa: 236-246.
89. McEwen M, Wills EM (2019). Theoretical Basis for Nursing. 5th ed. Wolters Kluwer Health, Philadelphia: 72-91.
90. Keskin AY, Teke ZB (2020). İda jean orlando'nun etkileşim modeline göre kronik böbrek yetmezliği tanılı hemodiyalize giren hastanın İncelenmesi ve hemşirelik bakımı: Vaka sunumu. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 9(1): 19-28.
91. Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 5237, 12 Ekim 2004.
92. Türk Medeni Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 4721, 8 Aralık 2001.
93. Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun. T.C. Resmi Gazete, 6284, 20 Mart 2012.
94. Sosyal Hizmetler Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 2828, 27 Mayıs 1983.
95. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 3359, 15 Mayıs 1987.
96. Belediye Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 5393, 13 Temmuz 2005.
97. Çocuk Koruma Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 9395, 15 Temmuz 2005.

98. Özmete E (2022). Türkiye Yaşlı Hakları Raporu. Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu, Ankara; Sayfa: 70-75.
99. Acierno R, Hernandez-Tejada MA, Anetzberger GJ, Loew D, Muzzy W (2017). The national elder mistreatment study: An 8-year longitudinal study of outcomes. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 29(4): 254-269.
100. Barmala A, Kavousi A, Yarmohammadi S, Marashi T (2023). Validation of the persian version of elder abuse suspicion index (easi). *Payesh* 22(4): 465-477.
101. Dantas RB, Oliveira GL, Silveira AM (2017). Psychometric properties of the vulnerability to abuse screening scale for screening abuse of older adults. *Revista de Saude Publica* 51: 31.
102. Özmete E (2016). The hwalek-sengstock elder abuse screening test: The adaptation study into Turkish. *Anatolian Journal of Psychiatry* 17: 45-52.
103. Özçakar N, Toprak Ergönen A, Kartal M, Baydur H (2017). Adaptation, reliability, and validity study of the hwalek-sengstock elder abuse screening test (H-S/EAST): A Turkish version. *Turkish Journal of Medical Sciences* 47(6): 1894-1902.
104. Daşbaş S, Koçoğlu D, Kesen NF (2019). The geriatric mistreatment scale: The validity and reliability of its Turkish adaptation. *Turkish Journal of Geriatrics* 22(1): 91-100.
105. Özmete E, Duru S, Yıldırım H (2018). Yaşlılarda kendini ihmal ölçeği: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 19(Ek-2): 87-95.
106. Karakuş S (2022). Validity and reliability of the Turkish version of the elder abuse suspicion index (EASİ). Master Thesis, Yeditepe University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health, İstanbul.
107. Yurdakul ES, Veizi BGY, Avcı C, Yazır HT, Avaner E, Naharci MI, Sari O (2023). Reliability and validity of the Turkish version of the elder abuse suspicion index in community-dwelling older adults. *The Turkish Journal of Medical Sciences* 53(1): 432-438.
108. Özer N (2023). Sağlık çalışanları için yaşlı istismarı ve ihmali riski ve belirtilerini tanılama ölçeklerinin geliştirilmesi. Doktora Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

109. Uymaz F, Özdemir M (2021). Kendi kendine uygulanabilen yaşlı İstismarı şüphe ölçeğinin türk yaşlı örneğinde geçerlik ve güvenirliği. Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi 56(4): 2782-2792.
110. DeVellis RF, Thorpe CT (2017). Scale Development: Theory and Applications. 4th ed. Sage publications, California: 110-165.
111. Karagöz Y, Bardakçı S (2020). Bilimsel Araştırmalarda Kullanılan Ölçme Araçları ve Ölçek Geliştirme. Birinci baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
112. Kishore K, Jaswal V, Kulkarni V, De D (2021). Practical guidelines to develop and evaluate a questionnaire. Indian Dermatology Online Journal 12(2): 266-275.
113. Akgül A (2005). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS Uygulamaları. Üçüncü baskı. Alfa Yayınları, Ankara; Sayfa: 370-400.
114. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. 6. baskı. Pegem Akademi, Ankara.
115. Hair JF, Black WC, Babin BJ (2019). Multivariate Data Analysis: A Global Perspective. 8th ed. Hampshire Education, New York: 33-670.
116. Tabachnick BG, Fidell LS (2013). Using Multivariate Statistics: International Edition. 6th ed. Pearson Education Limited, London: 672-810.
117. Lakens D (2022). Sample size justification. Collabra: Psychology 8(1): 33267.
118. Hancock DW, Burnes DPR, Pillemer KA, Czaja SJ, Lachs MS (2022). Psychometric properties of the five-item victimization of exploitation (five) scale: A measure of financial abuse of older adults. The Gerontologist 63(6): 993-999.
119. Vagias WM (2006). Likert-type scale response anchors. Clemson international institute for tourism. Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management, Clemson University 4(5).
120. Ayre C, Scally AJ (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: Revisiting the original methods of calculation. Measurement and Evaluation in Counseling and Development 47(1): 79-86.

121. Gisev N, Bell JS, Chen TF (2013). Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 9(3): 330-338.
122. Landis JR, Koch GG (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1): 159-174.
123. Yeşilyurt S, Çapraz C (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 20(1): 251-264.
124. Gökçe N (2017). Yaşlı istismarı ve ihmal. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 2(2): 100-111.
125. Güngör ŞD, İşler G, Ersal İ, Günay GN, Balonde M, Kesen NF, Daşbaşı S (2021). Yaşlı ihmal ve istismarına yönelik müdahale. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 17: 155-178.
126. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 24(1): 17-36.
127. Almanasreh E, Moles R, Chen TF (2019). Evaluation of methods used for estimating content validity. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 15(2): 214-221.
128. Lawshe CH (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 28(4): 563-575.
129. Adıgüzel L (2023). Yatağa bağımlı hastaların bakım vericileri için öz yeterlilik ölçeği geliştirilmesi. Doktora tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
130. Gökdemir F, Yılmaz T (2023). Processes of using, modifying, adapting and developing likert type scales. *Journal of Nursology* 26(2): 148-160.
131. Yusoff MSB (2019). Abc of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal* 11(2): 49-54.
132. Tabachnick BG, Fidell LS (2020). Çok Değişkenli İstatistiklerin Kullanımı. 6. baskı. Çeviren: Baloğlu M, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

133. George D, Mallery P (2019). IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference. Routledge, 243-290.
134. Can A (2024). SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi. Onikinci baskı. Pegem Akademi, Ankara; Sayfa: 235-280.
135. Field A (2018). Discovering Statistics Using IBM SPSS. 5. Ed. Sage Publication, London.
136. Cortina J, Green JP, Keeler KR, Vandenberg R (2017). Degrees of freedom in sem. Organizational Research Methods 20(3): 350-378.
137. Gerbing D, Anderson JC (1992). Monte carlo evaluations of goodness of fit indices for structural equation models. Sociological Methods & Research 21(2): 132-160.
138. Hooper D, Coughlan JP, Mullen MR (2008). Evaluating model fit: A synthesis of the structural equation modelling literature. Journal of Behavioral Research and Analysis 6(1): 53-60.
139. Sathyanarayana S, Mohanasundaram T (2024). Fit indices in structural equation modeling and confirmatory factor analysis: Reporting guidelines. Asian Journal of Economics, Business and Accounting 24(7): 561-577.
140. Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. 29. Baskı. Pegem Akademi, Ankara; Sayfa: 168-214.
141. Özdamar K (2018). Paket Programlar ile İstatiksel Veri Analizi. 2 Nisan Kitabevi, Eskişehir; Sayfa: 219-254.
142. Zamanzadeh V, Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Alavi-Majd, H., Nikanfar, A. R. (2015). Design and implementation content validity study: Development of an instrument for measuring patient-centered communication. Journal of Caring Sciences 4(2): 165-178.
143. Karagöz Y, Bardakçı S (2020). Bilimsel Araştırmalarda Kullanılan Ölçme Araçları ve Ölçek Geliştirme. Birinci baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
144. Hertzog MA (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. Research in Nursing & Health 31(2): 180-191.

145. Hallgren KA (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: An overview and tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* 8(1): 23-34.
146. Cohen RJ, Swerdlik ME (2020). *Psychological Testing and Assessment. Psikolojik Test ve Değerleme*. 7th ed. Çeviren: Tavşancıl E, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 143-199.
147. Erkuş A, Selvi H (2021). *Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme Ölçek Uyarlama ve Norm Geliştirme*. İkinci baskı. Pegem Akademi, Ankara.
148. Çapık C (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 17(3): 196-205.
149. Seçer İ (2018). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. İkinci baskı. Anı Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 112-134.
150. Evcı N, Aylar F (2017). Ölçek geliştirme çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Sosyal Bilimler Dergisi* 4(10): 389-412.
151. Karaman M (2023). Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi: Kavramsal bir çalışma. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 9(1): 47-63.
152. Yaşlıoğlu MM (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi* 46: 74-85.
153. Uzunsakal E, Yıldız D (2018). Alan araştırmalarında güvenirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi* 2(1): 14-28.
154. Çarkçı J (2020). *Sosyal Bilimlerde Ölçek Geliştirme Kılavuzu*. Birinci baskı. Çizgi Kitapevi, İstanbul; Sayfa: 60-83.
155. Keskinoglu P, Picakciefe M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R (2007). Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in İzmir, Turkey. *International Psychogeriatrics* 19(4): 719-731.
156. Akbaş Ataş C (2017). *Edirne il merkezinde yaşayan yaşlılarda istismar riskinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

157. Yalçın Gürsoy M, Kara, F (2019). Çanakkale, Türkiye’de yaşlı yetişkinlere yönelik şiddet prevalansı ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Geriatrics & Gerontology International* 20(1): 66-71.
158. Sezer Ö, Akbaş Ataş C, Dağdeviren, HN (2021). Yaşlı istismarı prevalansı ve etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Konuralp Medical Journal* 13(3): 570-575.
159. Kızır Z (2022). Yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri ile ihmal ve istismar arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Gaziantep.
160. Çubukcu M (2022). Samsun pelitköy eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastaların yaşlı istismarı açısından değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun.



EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

HEMŞİRELER İÇİN YAŞLI İSTİSMARINI TANILAMA ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ

Sayın Katılımcı

Bu araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı kapsamında tez çalışması olarak yürütülmektedir. Araştırmanın amacı; hemşirelerin yaşlı istismarını tanılamada kullanabilecekleri güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı geliştirmektir.

Yaşlı istismarında en önemli konu problemin farkında olunmaması ya da saptanmasındaki engellerdir. Yaşlı istismarına karar verebilmede hemşirelerin yaşlı bireyleri değerlendirme becerisi önemlidir. İstismarı değerlendirmede hemşirenin fiziksel değerlendirme becerisinin yanı sıra kişilerarası ilişkileri de önemlidir. İstismar daha çok yaşlı kişinin, özel çevresinde gizli kalan bir durum olduğundan hemşireler, sağlık hizmeti almak için kurumlara başvuran yaşlılarda istismar konusunda şüpheli olmaları gereklidir. Ayrıca hemşireler yaşlı istismarı konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekli olup yaşlıların değerlendirilme sürecinde istismar bulgularına hakim olmalıdırlar.

Bu sebeple araştırmada ‘Kişisel Bilgi Formu’ ve ‘Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeğini’ doldurmanız gerekmektedir. Ölçeği doldurmanız yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Kişisel Bilgi Formuna ve Ölçek maddelerine verdiğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Ölçek sorularını kendi görüş ve bilgilerini yansıtacak şekilde eksiksiz yanıtlamanız araştırmanın amacına ulaşması için çok önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Oğuzhan Tiryaki

KTÜ Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

EK 1. (Devam)

Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz Kadın ☐ Erkek ☐ Yaşınız.....
3. Medeni durumunuz Evli ☐ Bekar ☐ Eşi Vefat Etmiş ☐ Eşinden Boşanmış ☐
4. Eğitim durumunuz
- Lise ☐ Ön Lisans/Lisans Tamamlama ☐ Lisans ☐ Lisansüstü ☐
5. Görev Yaptığınız Hastane.....
6. Görev Yaptığınız Servis/Birim.....
7. Çalıştığınız hastanedeki toplam çalışma süreniz.....
8. Hemşire olarak mesleki deneyim yılınız.....
9. Yaşlı istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumunuz
- Evet eğitim aldım ☐ Hayır eğitim almadım ☐
10. Daha önce yaşlıya yönelik istismar veya ihmali durumunu tanılama tecrübesi olma durumunuz
- ☐ Evet daha önce yaşlıya yönelik istismar veya ihmali tanılardım
- ☐ Hayır daha önce yaşlıya yönelik istismar veya ihmali tanılamadım
11. Daha önce yaşlıya yönelik istismar veya ihmali şahit olma durumunuz
- ☐ Evet daha önce yaşlıya yönelik istismar veya ihmali şahit oldum
- ☐ Hayır daha önce yaşlıya yönelik istismar veya ihmali şahit olmadım

EK 2. Taslak Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği

	ÖLÇEK SORULARI	Var	Olası	Yok
	BOYUT 1: Yaşlının Fiziksel İstismarını Tanılama			
1.	Yaşlının başında, boynunda, kollarında, ellerinde veya ayaklarında çürük, morluk veya yanık izleri olması			
2.	Yaşlının el veya ayak bileklerinde kamçı ya da halat izlerinin olması			
3.	Yaşlının kafa derisinde çeşitli morluklar/şişlikler olması			
4.	Yaşlının ağız içinde veya çevresinde yaralar olması			
5.	Yaşlının dikişsiz iyileşmekte olan eski laserasyonlarının olması			
6.	Yaşlının yara tipinin, iyileşme seviyesinin veya yerinin yaşı beyanıyla uyuşmaması			
7.	Yaşlının öyküsü ile uyumsuz veya açıklanamayan yaralanmaların olması			
8.	Yaşlının tekrarlanan yaralanmalarda daha önceki sağlık kurumuna tekrar gitmemesi			
	BOYUT 2: Yaşlının Psikolojik-Duygusal İstismarını Tanılama			
9.	Yaşlının sözel iletişim kurmaması			
10.	Yaşlının şüpheli veya mantıksız korku yaşaması			
11.	Yaşlının sık sık yalnız yaşamaktan korktuğunu ifade etmesi			
12.	Yaşlının sürekli kendini suçlaması			
13.	Yaşlının uykuya geçişte sorun yaşaması veya uyku sırasında bağırması			
14.	Yaşlının kendi ismi dışında utandırıcı bir lakabının olduğunu söylemesi			
15.	Yaşlının bakım vericisi / refakatçisi tarafından aşağılayıcı veya küçük düşürücü şakalara maruz kalması			
	BOYUT 3: Yaşlının Ekonomik-Finansal İstismarını Tanılama			
16.	Yaşlının kendi gelirini kendisinin yönetmesine izin verilmemesi			
17.	Yaşlının isteği veya bilgisi dışında banka kartının, kredi kartının veya parasının başkaları tarafından kullanılması			
18.	Yaşlının parasının veya eşyasının çalındığını söylemesi			
19.	Yaşlının kendi evinin dışında yaşamaya zorlanması			
20.	Yaşlının maddi konular açıldığında utanması veya konuşmak istememesi			
21.	Yaşlının bilinci yerinde olduğu halde kalıcı vekaletini vermesi için baskı gördüğünü söylemesi			
	BOYUT 4: Yaşlının Cinsel İstismarını Tanılama			
22.	Yaşlının açıklanamayan anal veya vajinal kanama olması			
23.	Yaşlının kanlı, lekeli veya yırtık iç çamaşırlarının olması			
24.	Yaşlının göğüslerinde çürük veya morluklar olması			
25.	Yaşlının cinsel ilişki yoluyla bulaşan hastalıklar veya vajinal enfeksiyonlarının olması			
26.	Yaşlının yürümede veya oturmada güçlük çekmesi			
27.	Yaşlının genital bölgede ağrı veya kaşıntısının olması			
28.	Yaşlının isteği dışında dokunulduğunda ürkmesi			
29.	Yaşlının muayene sırasında giysilerini çıkarmada isteksiz veya tedirgin tavırlar sergilemesi			
30.	Yaşlının temiz olmasına rağmen sürekli bedeninin veya genital bölgesinin kirli olduğunu söylemesi			
31.	Yaşlının genital-rektal bölgesinde travma düşündüren bulguların (morarma-eritem-laserasyonlar) olması			

EK 2. (Devam)

32.	Yaşlının beden bakımı uygulamalarına yönelik aşırı gerginlik veya isteksizlik halinin olması			
33.	Yaşlının yüz yüze görüşmelerde cinsel travma içerikli konuşmalara yer vermesi			
BOYUT 5: Yaşlının İhmalini Tanılama				
34.	Yaşlının giysilerinin kirli olması veya kötü kokması			
35.	Yaşlının kişisel bakım ihtiyaçlarının karşılanmamış olması (Tırnaklarının fazla uzun olması, kötü ağız hijyeni, saç-sakal tıraşı ihtiyacı vb.)			
36.	Yaşlının yatak yaralarının olması			
37.	Yaşlının aşırı zayıflaması, gözlerde çökme veya dehidratasyon olması			
38.	Yaşlının tedavi edilmemiş mental ya da fiziksel hastalık tanılarının olması			
39.	Yaşlının görünen yaralarını inkar etmesi veya bunlarla ilgili yeterli açıklama yapmaması			
40.	Yaşlının belirli bir şikayeti olmasına rağmen hastaneye geç getirilmesi			
41.	Yaşlının tıbbi kontrollerinin düzenli yapılmaması			
42.	Yaşlının tıbbi cihaz (protez, gözlük, işitme cihazı vb.) eksikliğinin olması			
43.	Yaşlının aile bireylerinin yanında konuşmaması (duygusal, fiziksel acıları, sıkıntıları vb. ile ilgili)			
44.	Yaşlının kimsenin ona inanmayacağını söylemesi			
45.	Yaşlının telefonunun olmaması			
46.	Yaşlının tuvalet ihtiyacını gidermede yardım istemeye çekinmesi			
47.	Yaşlının banyo yapmaya isteksiz olması veya banyo sırasında gerginlik yaşamaması			
48.	Yaşlının yataktan kalkarken yardım istemeye çekinmesi			
BOYUT 6: Yaşlıda Bakım Verici İstismarını Tanılama				
49.	Bakım vericinin yaşlıya küçük düşürücü veya çocukmuş gibi davranması, yaşlıyı ciddiye almaması			
50.	Bakım vericinin anlattığı öykünün yaşlıdan alınan öyküyle tutarsız olması			
51.	Bakım vericinin yaşlıya bağırması veya yersiz sesini yükseltmesi			
52.	Bakım vericinin yaşlının kişisel eşyalarına özen göstermemesi			
53.	Bakım vericinin yaşlıya hekim isteminden daha yüksek dozlarda veya reçetesinde olmayan ilaçları yanlışlıkla verdiğini söylemesi			
54.	Bakım vericinin yaşlıyı sık sık yalnız bırakması			
55.	Bakım vericinin herhangi bir kısıtlama olmaksızın yaşlının aile üyeleri ile veya yakınları ile konuşmasını, görüşmesini engellemek istemesi (Sosyal izolasyon)			
56.	Bakım vericinin çeşitli tehditlerle (bir şeylerden mahrum bırakma vb.) yaşlıya istediklerini yaptırmaya çalışması			
57.	Bakım vericinin yaşlıyı hareket ettirirken onu incitecek şekilde özensiz davranması			
58.	Bakım vericinin yaşlının durumu hakkında sağlık personelleri ile konuşmak istememesi			
59.	Bakım vericinin yaşlıyı başkaları ile karşılaştırarak yaşlıda suçluluk hissi oluşturmaması			

EK 2. (Devam)

60.	Bakım vericinin yaşlının dini vecibelerini yerine getirmesine duyarsız kalması			
61.	Bakım vericinin yaşlının uykusuzluk, ağrı, kaşıntı vb. gibi yaşlıyı rahatsız eden sorunlarını ciddiye almaması			
62.	Bakım vericinin yaşlının yemek veya ilaç saatlerine dikkat etmemesi			
63.	Bakım vericinin yaşlının sorunlarını başkaları ile konuşarak dalga geçmesi			
64.	Bakım vericinin yaşlı ile ilgilenmesi gereken zamanlarda sigara/alkol/uyuşturucu madde kullanımının tespit edilmesi			
65.	Bakım vericinin yaşlıya alkol/uyuşturucu madde/uyku hapları vb. kullandırmaya çalışmasının tespit edilmesi			
66.	Bakım vericinin yanında yaşlının konuşmaktan çekinmesi (korkmuş görünmesi)			

EK 3. Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği (Nihai Form)

Bu bölümde yer alan soruları araştırmaya katılan hemşireler, istismarı/ihmali tanılamak için ele aldıkları yaşlıya göre değerlendireceklerdir. Sorulardaki **Var** seçeneği ilgili durumun yaşlıda mevcut olduğu, **Olası** seçeneği ilgili durumun yaşlıda olmadığı ancak düşünülebileceği, **Yok** seçeneği ilgili durumun yaşlıda olmadığı ve düşünülmeyeceği durumlara karşılık gelmektedir.

	YAŞLI İSTİSMARININ TANILANMASI	Var	Olası	Yok
1	Bakım vericinin yaşlının kişisel eşyalarına özen göstermemesi			
2	Bakım vericinin yaşlının dini vecibelerini yerine getirmesine duyarsız kalması			
3	Bakım vericinin yaşlının yemek veya ilaç saatlerine dikkat etmemesi			
4	Bakım vericinin, uykusuzluk, ağrı, kaşıntı vb. gibi yaşlıyı rahatsız eden sorunlarını ciddiye almaması			
5	Yaşlının kişisel bakım ihtiyaçlarının karşılanmamış olması (Tırnaklarının fazla uzun olması, kötü ağız hijyeni, saç-sakal tıraşı ihtiyacı vb.)			
6	Yaşlının giysilerinin kirli olması veya kötü kokması			
7	Yaşlının tıbbi kontrollerinin düzenli yapılmaması			
8	Bakım vericinin yaşlıyı sık sık yalnız bırakması			
9	Bakım vericinin yaşlının sorunlarını başkaları ile konuşarak dalga geçmesi			
10	Bakım vericinin yaşlıya bağırması veya yersiz sesini yükseltmesi			
11	Bakım vericinin yaşlıyı hareket ettirirken onu incitecek şekilde özensiz davranması			
12	Yaşlının kendi gelirini kendisinin yönetmesine izin verilmemesi			
13	Yaşlının bilinci yerinde olduğu halde kalıcı vekaletini vermesi için baskı gördüğünü söylemesi			
14	Yaşlının isteği veya bilgisi dışında banka kartının, kredi kartının veya parasının başkaları tarafından kullanılması			
15	Yaşlının kafa derisinde çeşitli morluklar/şişlikler olması			
16	Yaşlının başında ,boynunda, kollarında, ellerinde veya ayaklarında çürük, morluk veya yanık izleri olması			
17	Yaşlının yara tipinin, iyileşme seviyesinin veya yerinin yaşlı beyanıyla uyuşmaması			
18	Yaşlının el veya ayak bileklerinde kamçı ya da halat izlerinin olması			
19	Yaşlının aile bireylerinin yanında konuşmaması (duygusal, fiziksel acıları, sıkıntıları vb. ile ilgili)			

EK 3. (Devam)

20	Bakım vericinin anlattığı öykünün yaşlıdan alınan öyküyle tutarsız olması			
21	Yaşlının telefonunun olmaması			
22	Yaşlının tedavi edilmemiş mental ya da fiziksel hastalık tanılarının olması			
23	Bakım vericinin herhangi bir kısıtlama olmaksızın yaşlının aile üyeleri ile veya yakınları ile konuşmasını, görüşmesini engellemek istemesi (Sosyal izolasyon)			
24	Yaşlının yataktan kalkarken yardım istemeye çekinmesi			
25	Yaşlının genital-rektal bölgesinde travma düşündüren bulguların (morarma-eritem-laserasyonlar) olması			
26	Yaşlının açıklanamayan anal veya vajinal kanama olması			
27	Yaşlının temiz olmasına rağmen sürekli bedeninin veya genital bölgesinin kirli olduğunu söylemesi			
28	Yaşlının cinsel ilişki yoluyla bulaşan hastalıklar veya vajinal enfeksiyonlarının olması			
29	Yaşlının yüz yüze görüşmelerde cinsel travma içerikli konuşmalara yer vermesi			

EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “*Hemşireler İçin Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Geliştirilmesi*” olup, bu çalışma *hemşirelerin yaşlı istismarını tanılamada kullanabilecekleri güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı geliştirmek amacı ile* yapılacaktır. Çalışmada *metodolojik (ölçek geliştirme) araştırma deseni* kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi 15 ay’dır. Bu çalışma süresince sizlerden *verilen anket formunu uygun şekilde doldurup araştırmacıya teslim etmeniz* beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi (Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Oğuzhan TİRYAKİ

A

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

EK 5. Etik Kurul İzni

Etik Kurul Onay Belgesi

Sayın
Prof. Dr. Birsal Canan Demirbağ
Hemşirelik Bölümü

" Hemşireler için Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Geliştirilmesi " başlıklı etik kurul

2023/43 nolu araştırma dosyası raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Karar Formu (2 Sayfa)

EK 5. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşireler için Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Geliştirilmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2023/43
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Birsal Canan Demirbağ
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Oğuzhan Tiryaki
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☐ DOKTORA TEZİ ☒ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		



**SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 9	Tarih: 15.06.2023
	Prof. Dr. Bilsel Canan Demirbağ 'ın orumluluğunda yürütülen araştırması Hemşire Oğuzhan Tiryaki olan ' Hemşireler için Yaşlı İstismarını Tanılama Ölçeği Geliştirilmesi ' başlıklı 2023/43 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
	KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI		Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI		Prof. Dr. Nesrin NURAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Nesrin NURAL Başkan	İç Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Seçil GÜLHAN Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Umut APAYDIN Raportör	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sedat BOSTAN Üye	Sağlık Yönetimi	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hacer KOBAY BULUT Üye	Çocuk Hastalıkları ve Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Gülşen DELIKANLI AKBAY Üye	Beslenme ve Diyetetik	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Turgay ALTUNALAN Üye	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Merve AYDIN Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Duygu ÖREK Üye	Sağlık Yönetimi	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*: Araştırma ile ilişki / **: Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : OĞUZHAN TİRYAKİ
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (Ev) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Halk Sağlığı Yükseklikansısı	2019
Lisans	Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi / Bolu Sağlık Yüksekokulu / Hemşirelik Bölümü	2014
Lise	Trabzon Fatih Lisesi	2003

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	KTÜ Farabi Hastanesi	2014-2015
2. Hemşire	Trabzon Fatih Devlet Hastanesi	2015-2019
3. Hemşire	Artvin Devlet Hastanesi	2019-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Halk Sağlığı Hemşireliği

YAYINLAR

- Alpteker H, Tiryaki O, Şahin D, Tanrikulu E, Taş Ş, Şahin K, Topçu N (2014). Hemşirelik öğrencilerinin mevsimsel grip ve pnömoni aşısına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Poster Bildiri), Trabzon, 1-3 Mayıs.

2. Tiryaki O, Demirbağ BC (2021). Covid-19 pandemisinde telesağlık ve teletıp hizmetlerinin önemi. The 3rd International Congress of Multidisciplinary Studies in Medical Sciences, Ankara, August 17, 2021, 43-51.
3. Tiryaki O, Demirbağ BC (2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastanın evde bakımı. The 3rd International Baku Scientific Research Congress, Baku, Azerbaijan, October 15-16, 2021, 627-631.
4. Tiryaki O, Çan G, Topbaş M, Beyhun NE (2023). The Effect of Occupational Health and Safety Education on Hazelnut Agriculture Workers' Knowledge Levels Related to Physical and Ergonomic Hazards. Sakarya Tıp Dergisi 13(3): 400-411.
5. Tiryaki O, Demirbağ BC (2023). National precautions for children in the COVID-19 pandemic. 9. International Asian Congress on Contemporary Sciences, Baku, Azerbaijan, November 1-3, 2023, 683-691.
6. Tiryaki O, Demirbağ BC (2023). The place of Chronic Kidney Failure patients in home care practices. 9. International Asian Congress on Contemporary Sciences, Baku, Azerbaijan, November 1-3, 2023, 674-682.
7. Adıgüzel L, Tiryaki O, Sarı C, Demirbağ BC (2023). COVID-19 şüphesi ile hastaneye başvuran hastaların ölüm kaygı düzeyi: Acil servis örneği. 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi. Trabzon, 10 Mayıs, 2023, 715-717.
8. Sarı C, Tiryaki O, Adıgüzel L, Demirbağ BC (2023). Geriatrik hastaların acil servise başvuru sıklığı ve etkileyen faktörler: Artvin örneği. 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi. Trabzon, 10 Mayıs, 2023, 534-536.
9. Tiryaki O, Demirbağ BC (2023). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile temelli yaklaşım. Aktaş S ADY, Toker E (Ed). A'dan Z'ye Temel Ebelik. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, 772-785.
10. Tiryaki O, Tiryaki E, Demirbağ BC (2024). Determination of intolerance of uncertainty and anxiety levels of emergency department workers during the COVID-19 pandemic. EKEV Akademi Dergisi (98): 184-195.
11. Tiryaki O, Demirbağ BC (2024). Afet yönetiminin farklı evreleri içinde halk sağlığı uygulamalarına bir bakış. Kaya AA (Ed). Afet Yönetimi El Kitabı. Gazi Kitabevi Tic. Ltd. Şti., Ankara, 133-161.