



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNE BAŞVURAN 65 YAŞ  
ÜSTÜ BİREYLERDE; YAŞLI İHMALİ-  
İSTİSMARI VE PSİKOLOJİK DESTEK  
İHTİYACININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ahmet KÖROĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Filiz CİVİL ARSLAN

TRABZON-2023

## BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak 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.

15/05/2023

Ahmet KÖROĞLU

## İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Yaşam Dönemleri ve Yaşlanma Teorileri

6

2.1.1. Biyolojik Yaşlanma Teorileri

8

2.1.2. Yaşam Enerjisi-Hızı Kuramı

8

2.1.3. Serbest Radikaller Kuramı

9

2.1.4. Telomer Kuramı

9

2.1.5. İmmünite Kuramı

9

2.1.6. Hormon Kuramı

10

2.1.7. Toplumsal Yaşlanma Teorileri

11

2.1.8. Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı

11

2.1.9. Aktivite Kuramı

12

2.1.10. Süreklilik Teorisi

12

2.1.11. Yaş Tabakalaşma Kuramı

13

2.1.12. Çevreye Uyum Kuramı

13

2.1.13. Modernleşme Kuramı

14

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Epidemiyolojisi

14

2.3. Yaşlı Bireylerin Sosyal Sorunları

18

2.4. Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Psikolojik Sorunları

20

2.5. Yaşlılarda Yaş Ayrımcılığı

23

|                                                                          |            |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.6. Yaşlanma ve Bilişsel Değişiklikler                                  | 27         |
| 2.9.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı İhmali ve İstismarı                   | 43         |
| 2.9.2. Yaşlı İstismarında Risk Etmenleri                                 | 44         |
| 2.9.3. Yaşlı İstismarında Belirtiler ve Klinik Görünüm                   | 46         |
| 2.9.4. Yaşlı İhmali ve İstismarının Önlenmesi                            | 50         |
| <b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>                                                | <b>54</b>  |
| 3.1. Araştırmanın Tipi                                                   | 54         |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri                           | 54         |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi                                    | 54         |
| 3.4. Araştırmaya Kabul Kriterleri                                        | 54         |
| 3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri Şunlardır                     | 54         |
| 3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri Şunlardır                   | 54         |
| 3.5. Veri Toplama Araçları                                               | 55         |
| 3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu                                             | 55         |
| 3.5.2. Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği (YBİÇBGÖ)           | 55         |
| 3.5.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği                                        | 56         |
| 3.5.4. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi                     | 57         |
| 3.5.5. Yaş Ayrımcılığı Ölçeği                                            | 57         |
| 3.6. Verilerin Toplanması                                                | 58         |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi                                         | 58         |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları                                         | 59         |
| <b>4. BULGULAR</b>                                                       | <b>60</b>  |
| 4.1. Demografik Bulgular                                                 | 60         |
| 4.2. İstismara Maruz Kalma, Depresyon ve Yaş Ayrımcılığına Dair Bulgular | 63         |
| 4.3. Psikolojik Destek İhtiyacına Dair Bulgular                          | 75         |
| <b>5. TARTIŞMA ve SONUÇ</b>                                              | <b>79</b>  |
| <b>6. KAYNAKLAR</b>                                                      | <b>94</b>  |
| <b>EKLER</b>                                                             | <b>115</b> |
| Ek 1. Araştırma Bilgilendirilmiş Onam Formu                              | 116        |
| Ek 2. Araştırma Anket Formu                                              | 118        |
| Ek 3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale (GDS))      | 126        |
| EK 4. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi                      | 127        |

|                              |            |
|------------------------------|------------|
| EK 5. Yaş Ayrımcılığı Ölçeği | 128        |
| Ek 6. Etik Kurul İzni        | 129        |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b>              | <b>132</b> |



## TABLÖLER DİZİNİ

| Tablo No                                                                                                                                                   | Sayfa |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Tablo 1.</b> DSÖ'ye göre yaşlılığın sınıflandırılması                                                                                                   | 7     |
| <b>Tablo 2.</b> DSÖ'nün 2019 yılı araştırmasına göre dünya 65 yaş üstü nüfus bilgileri                                                                     | 15    |
| <b>Tablo 3.</b> DSÖ (2022)'ye göre sistematik incelemeler ve meta-analizler sonucu yaşlı ihmal ve istismar verileri                                        | 43    |
| <b>Tablo 4.</b> Yaşlıların demografik bulguları                                                                                                            | 60    |
| <b>Tablo 5.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığı                                                            | 64    |
| <b>Tablo 6.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının cinsiyetle ilişkisi                                     | 64    |
| <b>Tablo 7.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının yaş ile ilişkisi                                        | 65    |
| <b>Tablo 8.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının medeni durum ilişkisi                                   | 66    |
| <b>Tablo 9.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının eğitim durumu ile ilişkisi                              | 67    |
| <b>Tablo 10.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının sosyal güvence durumu ile ilişkisi                     | 68    |
| <b>Tablo 11.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının ikamet ettikleri yer ile ilişkisi                      | 68    |
| <b>Tablo 12.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının bakımını sağlayan veya destek olan bireylerle ilişkisi | 69    |
| <b>Tablo 13.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının sosyal aktivitelere katılım ile ilişkisi               | 70    |
| <b>Tablo 14.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının katıldıkları sosyal aktivite türleri ile ilişkisi      | 71    |
| <b>Tablo 15.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının sosyal aktivitelere katılamama nedenleri ile ilişkisi  | 72    |

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 16.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının sosyal medya kullanımlarına göre ayrımcılık yaşama durumları ile ilişkisi | 73 |
| <b>Tablo 17.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının hastaneye yatış durumları ile ilişkisi                                    | 74 |
| <b>Tablo 18.</b> Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının kronik hastalık durumları ile ilişkisi                                    | 75 |
| <b>Tablo 19.</b> Yaşlı bireyler için çok boyutlu gözlem ölçeği madde istatistiği                                                                                              | 75 |
| <b>Tablo 20.</b> Yaşlıların psikolojik destek ihtiyacının çok boyutlu gözlem ölçeği alt boyutlarına göre dağılımı                                                             | 77 |
| <b>Tablo 21.</b> Yaşlıların psikolojik destek ihtiyaçları ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular                                                          | 77 |
| <b>Tablo 22.</b> Yaşlıların psikolojik destek ihtiyacına yönelik regresyon analizi bulguları                                                                                  | 78 |

## KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

### Kısaltmalar

|                 |                                                                |
|-----------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>AB</b>       | Avrupa Birliği                                                 |
| <b>ABD</b>      | Amerika Birleşik Devletleri                                    |
| <b>AD</b>       | Alzheimer Tipi Demans                                          |
| <b>ADS-MP</b>   | Yaşa Ve Klinik Psikopatolojiye Özgü Psikoterapi Modülü         |
| <b>BDT</b>      | Bilişsel Davranışçı Terapi                                     |
| <b>DNA</b>      | Deoksiribo Nükleik Asit                                        |
| <b>DSM-V</b>    | Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistiksel Sınıflandırması   |
| <b>DSÖ</b>      | Dünya Sağlık Örgütü                                            |
| <b>EUROSTAD</b> | Avrupa İstatistik Kurumu                                       |
| <b>FDA</b>      | Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi               |
| <b>GA</b>       | Güven Aralığı                                                  |
| <b>ICD-10</b>   | Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10                |
| <b>ICF</b>      | Uluslararası İşlevsellik, Engellilik Ve Sağlık Sınıflandırması |
| <b>KTİ</b>      | Kişiler Arası İlişkiler Terapisi                               |
| <b>KTÜ</b>      | Karadeniz Teknik Üniversitesi                                  |
| <b>MRI</b>      | Manyetik Rezonans Görüntüleme                                  |
| <b>NASEM</b>    | Amerika Ulusal Tıp Ve Mühendislik Akademisi                    |
| <b>NCEA</b>     | Amerikan Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi                        |
| <b>OR</b>       | Odds Oranı                                                     |
| <b>PÇT</b>      | Problem Çözme Terapisi                                         |
| <b>PET</b>      | Pozitron Emisyon Tomografisi                                   |
| <b>PHQ-9</b>    | Hasta Sağlık Anketi-9                                          |
| <b>SNRI</b>     | Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü                    |
| <b>SSRI</b>     | Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü                          |
| <b>TSYEP</b>    | Türkiye Sağlıklı Yaşama Eylem Planı                            |
| <b>vb.</b>      | Ve Benzeri                                                     |

## ÖZET

### **Psikiyatri Kliniğine Başvuran 65 Yaş Üstü Bireylerde; Yaşlı İhmal-i İstismarı ve Psikolojik Destek İhtiyacının Değerlendirilmesi**

İnsan gelişiminin son aşaması olan yaşlanma, beraberinde birçok değişimi ve sağlık sorununu da getirmektedir. Yaşlıların sağlığını etkileyebilecek olan yaş ayrımcılığı ve yaşlı ihmal-istismarı güncel yaşlı ruh sağlığı sorunlarındandır. Bu araştırma da tanımlayıcı, analitik klinik araştırmalar kapsamında, 65 yaş üstü bireylerin maruz kaldıkları yaş ayrımcılığı, ihmal-istismarın düzeyi ve ihtiyaç duydukları psikolojik destek ihtiyacı değerlendirilmiştir. Araştırma örneklemini, KTÜ Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran 65 yaş üstü 135 yaşlı bireyden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik veri formu, “Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği”, “Geriatrik Depresyon Ölçeği” “Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi” ve “Yaş Ayrımcılığı Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen araştırma verileri SPSS 22.0 programı aracılığıyla tanımlayıcı istatistiksel metotlar ve verilerin gruplar arası değerlendirmelerinde, Mann-Whitney U testi ile istismara maruz kalma, depresyon ve yaş ayrımcılığına dair veriler ise Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Katılımcıların psikolojik destek ihtiyacının belirlenmesi için bir standart regresyon analizi kurulmuştur. Ayrıca psikolojik destek ihtiyacı ile depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla Spearman’s rho korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlarda; sosyal aktivitelere katılım göstermeyen yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sosyal medya kullanan ve ayrımcılık yaşamayan yaşlı bireylerin sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hastaneye yatış yapan yaşlı bireylerin yapmayanlara göre; sosyal destek düzeyinin daha düşük ve depresyon düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyaçlarının %77’sinin depresyona, ihmal-istismara ve yaş ayrımcılığına bağlı olarak açıklanabildiği ve depresyonun psikolojik destek ihtiyacını pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir ( $F(3-134)=152,04$ ,  $p<0.05$ ). Araştırmada yaş ayrımcılığı ve yaşlı ihmal-istismarına yönelik psikolojik desteğin önemli bir ihtiyaç olduğu bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Geriatrik depresyon, psikolojik destek, yaşlılık, yaş ayrımcılığı, yaşlı ihmal ve istismarı

## ABSTRACT

### **In Individuals Over the Age of 65 Who Applied to the Psychiatry Clinic; Evaluation of Elderly Neglect-Abuse and the Need for Psychological Support**

Aging, which is the last stage of human development, brings with it many changes and health problems. Ageism and neglect-abuse of the elderly, which may affect the health of the elderly, are among the current mental health problems of the elderly. In this study, within the scope of descriptive and analytical clinical studies, ageism, neglect-abuse level and the psychological support they need were evaluated. The research sample consists of 135 elderly individuals over the age of 65 who applied to the Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hospital Psychiatry Clinic. Sociodemographic data form, "Multidimensional Observation Scale for Elderly People", "Geriatric Depression Scale", "Hwalek-Sengstock Elderly Abuse Screening Test" and "Ageism Scale" were used as data collection tools. The research data obtained were analyzed with the descriptive statistical methods and intergroup evaluations of the data through the SPSS 22.0 program, the Mann-Whitney U test and the data on exposure to abuse, depression and ageism were analyzed with the Kruskal Wallis test. A standard regression analysis was established to determine the psychological support needs of the participants. In addition, Spearman's rho correlation analysis was performed to determine the relationship between the need for psychological support and the levels of depression, neglect-abuse and ageism. In the results obtained from the research; It has been observed that the depression, neglect-abuse and ageism levels of elderly individuals who do not participate in social activities are higher than the others. Social support levels of elderly individuals who use social media and do not experience discrimination were found to be higher. According to the elderly people who are hospitalized, compared to those who do not; It was observed that the level of social support was lower and the level of depression was higher. It was determined that 77% of the psychological support needs of elderly individuals could be explained by depression, neglect-abuse and ageism, and depression positively affected the need for psychological support ( $F(3-134)=152.04$ ,  $p<0.05$ ). In the study, it was found that psychological support for ageism and elderly neglect-abuse is an important need.

**Keywords:** Aging, ageism, elder neglect and abuse, geriatric depression, psychological support

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsan yaşamının gelişimsel olarak değerlendirilmesinde kuşkusuz ki en önemli basamaklardan birisi de yaşamın son dönemi olarak görülebilecek olan yaşlılıktır. Yaşlılık bilimsel değerlendirmede çok yönlü bir bakış açısı ile irdelenmesi gereken ve multidisipliner bir perspektifte bilgi birikimine ihtiyaç duyulan bir alandır. Gelişim psikolojisinde yaşlılık dönemi psikososyal, nörobilişsel ve fizyolojik olarak yavaşlamanın başladığı ve sağlık penceresinden bakıldığında da tıbbi ve psikolojik desteğin artarak ihtiyaç duyulduğu bir yaşam dönemi olarak görülmektedir. Yaşlılık bedensel uzuvların işlevini yerine getirmekte güçlük çektiği, bağımlılığın oluştuğu, tıbbi desteğin artarak devam ettiği bir halk sağlığı inceleme alanıdır. Orta ve geç yetişkinliğin benzersiz zorlukları ve büyüme süreçlerindeki travmatik izler, olumlu-olumsuz yaşam deneyimleri, gelişimsel süreçte bilimsel gelişim karşısında yeniden formüle edilme çağrısı yaratmaktadır. Kişilik alanındaki deneye dayalı araştırmalar dünya nüfusunun yaşlandığını ve artan yaşlı nüfusun beraberinde sağlık sistemi başta olmak üzere tüm sistemlerde değişimin gerektiğine işaret etmektedir (1).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre önümüzdeki birkaç on yıl içinde dünya çapında; yaşlanmak, ihmal, istismar ve yaşa bağlı ayrımcılığa maruz kalan “60 yaş üstü” yaşlı yetişkinlerin katlanarak artacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusun artışı, psikolojik desteğe ihtiyaç duyan insan sayısının, bakımın verene olan ihtiyacın ve sağlık ihtiyaçlarına duyulan talebin de artmasına neden olacaktır. Günümüzde tıp ve teknolojideki gelişmeler sağlıklı, uzun yaşam beklentisini artırmaktadır. Yaşlıların sağlıklı yaşam için ayrımcılığa maruz kalma aynı zamanda değişen yaşam koşulları nedeniyle birçok psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik sorunla baş etmeleri gerekmektedir. Beraberinde de sosyal ve psikolojik desteğe daha fazla ihtiyaç duymalarına da ortam oluşmaktadır (2, 3).

DSÖ’nün 2021 yılı Yaş Ayrımcılığı raporuna göre kırılgan gruplar içerisinde (engelli, yaşlı, çocuk vb.) yaş ayrımcılığına en çok yaşlılar maruz kalmaktadır. Dünya nüfusunun yarısı, yaşlılara karşı yaş ayrımcılığı yapmaktadır. Tüm yaş gruplarına ilişkin verilerin mevcut olduğu tek bölge olan Avrupa’da, gençlerin diğer yaş gruplarından daha fazla yaş ayrımcılığı sergilediği bildirilmektedir. Yaş ayrımcılığı, kendimizi nasıl gördüğümüzü değiştirebilir. Nesiller arasındaki dayanışmayı aşındırabilir, genç ve yaşlı nüfusların katkılarından yararlanma yeteneğimizi değersizleştirebileceği gibi sınırlayabilmektedir. Aynı zamanda geniş kapsamlı ekonomik sonuçlara yol açarken sağlıklı uzun ömür ve refahıda etkileyebilmektedir. Örneğin yaş ayrımcılığı, daha erken ölümle, daha kötü fiziksel ve zihinsel sağlıkla ve ileri yaşlarda engellilikten kaynaklı daha yavaş

iyileşmeyle ilişkilidir. Yaşlı ayrımcılığı, sağlıksız beslenme, aşırı alkol tüketimi veya sigara içme gibi sağlıkta riskli davranışları da artırır. Ayrıca yaşam kalitesini de önemli ölçüde düşürdüğü bildirilmektedir (2, 4).

Yaşlıların yaş ayrımcılığı dışında yaşa bağlı olarak ihmal-istismara maruz kalması da bir diğer yaşlı sağlığı sorunudur. Yaşlıların ihmal edilmesi ya da istismarı ile ilişkili faktörlerin en başında ise bilişsel bozukluğa bağlı olarak oluşan davranışsal, işlevsel veya psikolojik bozukluklardır. Ayrıca zayıf fiziksel sağlık, önceki travma veya ihmal-istismar deneyiminin bıraktığı izlerde bir diğer ilişkili etmenlerdir. Bir eşle paylaşılan yaşam ortamı, yetişkin çocuklar veya diğer bakıcıların varlığı, zayıf çevre ile ilişkiler ve aile uyumsuzluğu da diğer belirleyici faktörlerdir. Örneğin, sosyal izolasyon ve sosyal destek eksikliği; düşük gelir veya ekonomik zorluklar nedeniyle başkaları ile birlikte yaşamak ise diğer risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Buna karşılık alan yazını incelendiğinde; istismar için belirgin olarak görülen sorunlara yönelik koruyucu önlemlerin evrensel olarak oluşmaya başladığı görülmektedir. Ancak yaşlılar içerisinde daha kırılgan bir grup olan psikiyatrik destek almaya başvurmuş yaşlı yetişkinlerin kapsamlı bir şekilde incelenmediği görülmektedir (3, 4).

Bir yaşam dönemi olarak yaşlılık, birçok fizyolojik ve psikolojik değişimin başladığı, aynı zamanda da farklı sağlık sorunlarının yaşandığı bir dönemdir. Günümüzde yaşlı nüfusun artışı göz önüne alındığında, bağımlı birey sayısı da artmakta ve sağlık hizmetlerine başvurunun da görece arttığı görülmektedir. Yaşlıların yaşlanma ile yaşadığı önemli bir halk sağlığı sorunu ise yaşlı ihmali, istismarı ve yaş ayrımcılığıdır. Yaşlı istismarının yaşlı bir yetişkin üzerinde çeşitli fiziksel ve duygusal etkileri olmaktadır. Mağdurların duygudurumu çoğunlukla korkulu ve endişelidir. Güvenle ilgili sorunları ve başkalarına karşı bazen patolojik olarak da görülebilecek temkinli yaklaşımları izlenebilmektedir. Birçok mağdur da fiziksel yaralanmalara maruz kalmaktadır. Ayrıca psikolojik zedelenmeler mevcut sağlık sorunlarını daha da kötüleştirebilmektedir. Kanıta dayalı veriler bu sonuçların çoğunlukla yaşlı tarafından bildirilemediğine de vurgu yapmaktadır. Önemli bir sonuçta yaşlıların giderek artan ayrımcılık ve istismar maruziyeti ile birlikte ruh sağlığının da olumsuz yönde etkilenmesidir (4).

Yaşlının bir risk faktörü olarak yaşından ötürü ayrımcılığa maruz kalması, sosyal olarak izole olması ve fizyolojik hastalıklarına bağlı olarak daha fazla bağımlı olması ihmale açık olmasına neden olur. Ayrıca güven beklentisinin olduğu herhangi bir ilişkide meydana gelen, yaşlı bir kişiye zarar, sıkıntı veren tek veya tekrarlanan bir eylem ya da uygun eylem

eksikliği ihmal ve istismar olarak tanımlanmaktadır. Ciddi bir halk sağlığı sorunu olan yaşlı istismarının çeşitli sınıflandırmaları vardır. Alan yazınında ihmal-istismara dair altı başlık üzerinde durulmaktadır. Bunlar fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal veya psikolojik istismar, ekonomik istismar, ihmal/terk etme ve kendini ihmal etmedir. Yaşlılara yönelik artış eğiliminde olan ihmal-istismarın bir halk sağlığı sorunu olarak geriatrik psikiyatride ve gerontolojide yeni çalışma verilerine ihtiyaç oluşturmaktadır (5).

Yaşlı istismarının alt türleri şu şekilde de değerlendirilmektedir. Psikolojik istismar: Sebep olan eylemler ve tehditler yoluyla yaşlıda zihinsel strese neden olmak, korku, şiddet, tecrit, yoksunluk, utanç ve güçsüzlüğü tetiklemektir. Örnekler arasında sözlü olarak yaşlı kişiyi istismar etmek, korkutmak ve tehdit etmek gösterilebilir. Sosyal istismar (örneğin arkadaşlar ve aile ile temasın önlenmesi) bir sorun olarak kabul edilebilir. Fiziksel istismar ise fiziksel acı veya yaralanma ile sonuçlanan kaza dışı eylemler ya da fiziksel olarak yaşlıyı zorlamaktır. Cinsel istismar, cinsel temas, tecavüz dahil olmak üzere istenmeyen cinsel eylemler, sözlü saldırı veya sömürücü davranış, kişinin rızasının alınmadığı veya rızanın alındığı durumlarda zorlama yoluyla elde edilen tüm cinsel aktivitelerdir. Ekonomik istismar yaşlının mülkünün veya mali kaynaklarının; yasa dışı kullanımı, uygunsuz kullanımı veya kötü yönetimidir. İhmal ise bir bakıcının veya sorumlu kişinin yaşlının yaşam gereksinimlerinin temininde bağımlı bir birey olarak uygun bakımı sağlamamasıdır (6).

Bu araştırma ile KTÜ Farabi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine psikiyatrik destek almak için başvuruda bulunmuş 65 yaş üstü, gönüllü bir grup yaşlı ile klinik ortamda araştırma anketindeki ölçeklerle yaş ayrımcılığı ve yaşlı ihmal-istismarı araştırılmıştır. Ayrıca yaş ayrımcılığının ileri bir göstergesi olan yaşlı ihmal-istismarının psikiyatrik destek almak için başvuran yaşlılarda ki psikolojik destek ihtiyacı da değerlendirilmiştir. Psikiyatri kliniği içerisinde takip edilen yaşlı bireyler, 2 Mayıs 2022 ile 31 Ekim 2022 tarih aralığında sınırlı kalınarak; yaş ayrımcılığı, ihmal-istismara maruz kalma ile psikolojik desteğe ihtiyaç duyulması arasında ki ilişki değerlendirilmiştir. Psikiyatride klinik psikolojik destek ve ekip çalışmasının sağaltımdaki yeri alan yazınında kayda değer bir yere sahip olsa da ülkemizin gelişmişlik düzeyi değerlendirildiğinde kayda değer bir yerde olmadığı ve akademik verilerin nerdeyse hiç olmadığı görülmektedir. Bu akademik çalışma ile yukarıda ifade edilen özgünlükte yeni verilerin elde edilmesi hedeflenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Günümüzde yaşlı nüfus her geçen gün artmaktadır. Yaşlanma ile bağımlı birey sayısı da artmakta ve sağlık hizmetlerine başvurunun da görece arttığı görülmektedir. Yaşlıların yaşlanma ile yaşadığı önemli bir halk sağlığı sorunu ise yaşlı ihmali, istismarı ve yaş ayrımcılığıdır. Yaşlı istismarının yaşlı bir yetişkin üzerinde çeşitli fiziksel ve duygusal etkileri vardır. Koruyucu faktörler arasında ise sosyal desteğin mevcudiyeti ve toplum-tabanlı kaynaklar bazı önerilerde bulunmuştur. Yaşlı nüfusa ve bakıcılarına sunulan hizmetler, üst düzeyde topluluk uyumu ve desteklemek için daha fazla toplu etkinlik sağlamak ile daha yaşlı yetişkinlerle genç bireylerin bir araya getirilmesi gibi tali çözüm arayışları bulunmaktadır. Ancak öngörülebilir tıp ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde bu stratejilerin yeterli gelmediği, sistematik bir sürece dönüşemediğini ve kültüre duyarlı yeni yaklaşımlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Ayrıca daha kırılgan olan psikiyatrik destek almaya başvurmuş yaşlı yetişkinlerin yaş ayrımcılığı, istismar öyküsü ve psikolojik destek ihtiyaçlarının da Türk örnekleminde yeterince irdelenmediğini göstermektedir (3, 4-6).

Los Angeles County'de 2008 yılında ikamet eden ve çalışmayan katılan Koreli yaşlıların %58.3'ü bir veya daha fazla ihmal ya da istismar deneyimi yaşadığını belirtti. Bu çalışmada, duygusal istismar yaşlı Koreli göçmenlerde en yaygın istismar şekliydi, bunu ekonomik, fiziksel ve cinsel istismar ve ihmal izledi. Bu bulguların Kore'de yapılan önceki çalışmalardan elde edilenlerle tutarlı olduğunun görüldüğü de vurgulanmıştır (7). Benzer şekilde aynı popülasyonda 66 yaş ve üstü Latin yetişkinlerin psikolojik rahatsızlıkların sıklığını değerlendirmek için yapılan bir araştırmada katılımcıların %40.4'ü yaşamının bir döneminde bir tür istismar veya ihmal yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların yaklaşık %25'i psikolojik taciz, %10.7 fiziksel saldırı, %9 cinsel istismar ve %16.7 ekonomik sömürü ve %11.7'si ihmal edildiğini bildirmiştir (8).

Yaşlı istismarı, şiddetin yakın zamanda ortaya çıkan bir biçimidir. Temel bir halk sağlığı sorun alanı olarak toplumun dikkatini çekse de büyük ölçüde gizli bir sorun olmaya devam etmektedir. DSÖ'nün her yıl yayınladığı raporlar irdelendiğinde yaşlıya yönelik şiddetin, sağlık sorunlarının gelişiminde geniş bir yelpazenin varlığını tetiklediğini göstermektedir. Yaşlıların maruz kalabileceği olumsuz yaşam deneyimleri farklı sosyal ve kültürel gruplara göre değişse de yaşlılara yönelik ihmal ve istismar gerçeğini değiştirmemektedir. Bir kaynağın belirttiği gibi “Mozambik'te sözde cadı diye bir yaşlının yakılması, ABD (Amerika Birleşik Devletleri)'de bir huzurevi sakininin şiddete maruz

kalması, Brezilya'da bir meyve satıcısı yaşlının soyulması ortak bir faktörü paylaşmaktadır” hepsi yaşlılara yönelik istismar örnekleridir. Keza yaşlı istismarı genellikle herhangi bir kasıtlı veya kasıtsız eylem neticesinde yaşlının zarara uğraması ve çok yönlü olarak zedelenmesidir (9, 10-11).

Yaşlı istismarının epidemiyolojisine odaklanılan ve Çin nüfusundaki yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşlıların istismar algılarının bir değerlendirilmesinde; yaşlı istismarının prevalansı Çin nüfusunda %0.2 ile %64 arasında bulunmuştur. Daha genç yaş, daha düşük gelir düzeyi, depresyon, bilişsel bozulma ve sosyal destek eksikliğinin ise belirgin risk faktörleri olduğu görülmüştür. Ayrıca yaşlı istismarının olumsuz sağlık sonuçları arasında intihar düşüncesi ve psikolojik stres olduğuna da dikkat çekilmiştir (12).

İsveç'te 65 ile 84 yaş arasındaki kadın ve erkeklerden oluşan bir örnekleme yapılan ihmal ve istismara dair ulusal bir halk sağlığı araştırmasında (4386 erkek ve 4974 kadın). Bu yaş grubu için yanıt oranı erkekler için %59 ve kadınlar için %70 olarak görülmüştür. Yaşlı kadınlara ve erkeklere yönelik psikolojik ve fiziksel istismar, sosyo-ekonomik durumdan bağımsız olarak, psikolojik istismar ve olumsuz sağlık sonuçları arasında pozitif yönlü bir korelasyon bulundu. Ayrıca erkeklerin intihar düşünceleri ve hatta teşebbüs için yüksek olasılık oranlarının fiziksel istismar, psikolojik istismar ve kendi kendine ihmalin bir göstergesi olarak suç korkusuyla bağlantılı olduğu sonucuna ulaşıldı (13).

İhmal ve istismarın klinikte görülme sıklığı üzerine Vida ve arkadaşları (2002) tarafından 126 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada; hastaların 20'sinde (%16) istismar veya ihmalden şüphelenildiği görülmüştür. Bu hastaların 16'sı (%13) ekonomik istismar, 7'si (%6) ihmal, 5'i (%4) duygusal veya psikolojik istismar, fiziksel istismarın ise 3'ünde (%2) ve 7'sinde (%6) çoklu istismar öyküsünün olduğu görülmüştür (14).

Giray ve arkadaşları tarafından (2007) Türkiye'de İzmir şehrinde sosyoekonomik statü ile yaşlı istismarı farklı yönleriyle değerlendirilmiştir. Yaşlılar arasında fiziksel ve ekonomik istismarın yaygınlığı düşük sosyoekonomik statülü ilçede sırasıyla %1.5 ve %2.5 olarak ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ilçedeki yaşlılar arasında ise sırasıyla %2 ve %0.3 olarak saptandı. Bununla birlikte yaşlı ihmalinin yaygınlığı düşük sosyoekonomik statülü ilçede %27.4 ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ilçedeki %11.2 idi. İhmalin yaygınlığı akrabalarla seyrek temas, gelirin az olması veya hiç olmaması ve daha düşük sosyoekonomik bölgedeki yaşlılar arasında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (15).

Türk toplumunda yaşlıların istismara uğrama riski algılarının belirlenmesi amaçlanan bir araştırmada; Isparta'da yaşayan 65 yaş üzeri, gönüllü, işitsel, sözel yetileri olan ve görece

sağlıklı durumda olan 500 katılımcıdan oluşan bir grup üzerinde yapılan bir çalışmada yaşlıların büyük çoğunluğunun kendilerine yönelik fiziksel eylemlerden etkilendiklerini göstermiştir. Kendilerine yöneltilen istismar içerikli ifadeleri suiistimal olarak değerlendirdiklerini ve ekonomik istismarı kabul ettiklerini ifade ettikleri görülmüştür (16). Yaşlılara yönelik kötü muamelenin sonuçlarının prospektif olarak çalışıldığı ulusal bir örneklem içerisinde; 774 yaşlının 8 yıllık takip bulguları genel olarak irdelendiğinde duygusal istismarın (n = 163, %21.1), fiziksel istismarın (n = 18, %2.3), cinsel istismarın (n = 3, %0.4) ve ihmal (n = 2, %0.3) olduğu görüldü. Ayrıca yaşlı istismarı mağdurlarında, Depresyon (%13.1'e karşı %5.1), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (%7.1'e karşı %1.7), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (%8.2'ye karşı %1.7) önemli ölçüde daha yüksek olduğu ve genel sağlık durumlarının mağdur olmayanlara kıyasla daha kötü olduğu (%39.9'a karşı %23.2) görüldü (17).

Dikkat çeken bir unsurda artan yaşlı popülasyonun büyük bir çoğunluğunun ayaktan ya da müşahade altında sağlık hizmeti almasıdır. Bu nedenle özellikle psikiyatrik destek hizmeti alan yaşlı hastaların maruz kaldıkları yaş ayrımcılığı, ihmal, istismar süreci ve ihtiyaç duydukları psikiyatrik desteğin kapsamının incelenmesiyle geriatrik psikiyatri yaklaşımlarında klinik psikolojik desteğin uygulanabilirliği değerlendirilebilir. Ayrıca yeni terapötik becerilerin geliştirilmesine de katkı sağlanabileceği düşünülmektedir (18).

İnsan ömrünü kontrol eden mekanizmalar moleküler biyoloji ve genetikteki son gelişmelere rağmen, henüz tam olarak açıklanamamaktadır. İki ana kategoriye ayrılan birçok teori: yaşlanma sürecini açıklamak için farklı bakış açıları sunmaktadır. Ancak hiçbirisi tam olarak yaşlanmanın değerlendirilmesinde tam olarak açıklayıcı görünmemektedir. Bu teoriler birbirleriyle karmaşık bir şekilde etkileşime girebildiği gibi biyolojik ve sosyal yönleriyle yaşlanmayı irdelemektedir (19, 20).

## **2.1. Yaşam Dönemleri ve Yaşlanma Teorileri**

Psikolojide insan gelişimine dair kuramsal yaklaşımlar irdelendiğinde Erikson'un Psikososyal gelişim kuramının en kardinal yaklaşım olarak değerlendirildiği dikkat çekmektedir. Bu yaklaşıma göre insan yaşamı doğumdan ölüme kadar gelişimin her basamağı için yerine getirilmesi beklenen gelişimsel görevleri ve yaşam dönemine göre gözlemlenecek psikososyal krizleri açıklamaktadır. Erikson'un savunduğu kişilik gelişiminin sekiz aşaması teorisi, her biri ortaya çıkan kendi karakteristik kriziyle iki zıt eğilim arasındaki çatışmanın her yaş döneminin gelişimsel görevini yerine getirmek için gereken çatışmayı çözmek gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca toplumun talepleri ile kişisel

ihtiyaçları giderebilmek ve her çatışmanın başarılı bir şekilde özölmesiyle ancak yeni bir gelişimsel döneme geçişi izleyebilmektedir (19).

Erikson'un psikososyal gelişim aşamaları, belirli yaş dönemleriyle yakından bağlantılı değildir. Yaşamın sekiz ağı olarak da ifade edilen bu yaklaşımda yaşlılık yaşam dönemlerinin en sonuncusu olarak irdelenebilir. Bu dönem benlik bütünlüğüne karşılık umutsuzluk dönemi olarak ifade edilmektedir. Yaşlılık dönemi, fizyolojik bozulmalar ve toplumsal rollerde azalmanın yaşandığı ve bağımlı nüfusun içerisine dahil olunan ve önemli rol değışikliklerinin olduğu bir dönemdir. Ayrıca görece işlevsellikte geriye dönüşün olmadığı biyolojik ve sosyal azalmanın yaşandığı bu dönemde ruhsal bozuklukların artabileceğine de dikkat çekilmektedir (20).

İnsan hayatının son dönemi olarak değerdendirilen yaşlılık dönemi farklı disiplinler arasında birçok değışkene göre kategorize edilmektedir. Yaşlılık kavramı sözlük açıklamasında; biyolojik olarak artan yaşın bir sonucu olarak bedensel, ruhsal ve sosyal yöndeki farklılaşmalar olarak ifade edilmektedir. Bir organizma olarak insanın yetişkin kapasitesine gelmesiyle birlikte ölüme kadar ki süreçte yaşanan değışim ve dönüşümün tüm aşamalarıdır. Bu dönüşüm sürecinde DSÖ yaşlılığın başlangıç sınırını 60 olarak değerdendirirken yaşlanma kavramını yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak izlemektedir. Aşağıda DSÖ'ye göre yaşlılığın sınıflandırılması Tablo 1'de görülecektir (2, 21).

**Tablo 1.** DSÖ'ye göre yaşlılığın sınıflandırılması (DSÖ'den, 2,19)

| Dönemler              | Yaş aralığı |
|-----------------------|-------------|
| Genç yaşlı            | 65-74       |
| Orta yaşlı            | 75-84       |
| İleri yaşlı (ihtiyar) | 85-85+      |

Yaşlılığın yaş aralıklarına göre üç ana dönemde irdelendiğı ise 65 yaşın başlangıç yaşı olduğu görölmektedir. Yaşlanma dönemleri gerontolojik izlencede insanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerindeki değışimlerin değerdendirilmesiyle kategorize edilmektedir. Bu sınıflandırmaya dair bilgiler ise şu şekildedir (22).

1. Biyolojik Yaşlanma: Ana rahmindeki ilk oluşumdan gelişimin tüm aşamalarındaki anatomik, fizyolojik ve morfolojik farklılaşmalardır.
2. Kronolojik Yaşlanma: İnsanın doğumundan beri geçen takvim yaşına göre daha büyükler ileri daha küçükler ise genç yaşlı olarak değerdendirilirler.

3. Psikolojik Yaşlanma: Yaşlılık boyunca geçirilen uyum sorunları, zihinsel yeterliliklerdeki değişimler ve davranış farklılıkları irdelenir.
4. Sosyal Yaşlanma: Yaşanılan sosyal grubun yüklediği roller ve sosyal statüdeki yaşlanmayla değişen konumdur.
5. Ekonomik Yaşlanma: Gelişim dönemlerinin en son basamağı olarak görülen yaşlanma ile bireyin emeklilik süresince yaşadığı ekonomik değişiklikler ve bu durumun bireyin refah seviyesindeki etkileridir.
6. Patolojik Yaşlanma: Bireyin doğal seyrin dışında geçirdiği hastalıklar sonucu yaşadığı öngörülemeyen yaşlanmadır.

Çok faktörlü bir süreç olarak görülen yaşlanmanın fizyolojik yönleri olduğu gibi sosyal, psikolojik ve genetik kökenlerinin de olduğu yadsınamaz. Kuramsal değerlendirme de biyolojik ve sosyal yaşlanma kurumları olarak temel iki başlık altında yaşlanmanın incelendiği görülmektedir.

#### **2.1.1. Biyolojik Yaşlanma Teorileri**

Fizyolojik değişim süreci insan gelişiminde yaşam dönemlerinin irdelenmesindeki en somut göstergedir. Yaşlanma ile organizmada başlayan biyolojik işlevsel bozulmalar, hücre içindeki kimyasal reaksiyonlar, yaşlanmanın biyolojik kökenlerindeki en temel belirleyicilerdir. Hücre içi yenilenmenin ilerleyen yaş ile birlikte azalması ve yıpranmanın ise daha belirgin olarak görülmesi yaşlanmayı oluşturmaktadır. Biyolojik yaşlanma yaklaşımları bu perspektifte insan organizmasını değerlendirmekte ve yaşlanmayı açıklamaktadır. Aşağıda biyolojik yaşlanma yaklaşımları irdelenmiştir.

#### **2.1.2. Yaşam Enerjisi-Hızı Kuramı**

İnsan fizyolojisindeki dinlenme aktivasyonun, metabolizma hızı, yaşlanma ve uzun ömür arasındaki karmaşık ilişki üzerine derin kökleri vardır. 1892'de Amerikalı kimyager Wilbur Olin Atwater, Max Rubner ve Francis G. Benedict ile birlikte ilk insan kalorimetresini yaptı. 1908'de Max Rubner, daha büyük hayvanların daha küçük hayvanlardan daha uzun yaşama eğiliminde olduğu gözlemine dayanan "Yaşam Hızı Teorisini" ortaya koydu ve daha yavaş bir metabolizmanın uzun ömür ile ilişkili olabileceğini öne sürdü. Bugüne kadar, Rubner'in teorisi, sınırlı enerji metabolizması anlayışımızı ve insan yaşlanması, kronik hastalık ilerlemesi ve farklı yaşam süresindeki rolünü ortaya koyan ancak tartışılmaya devam eden bir yaklaşımdır (23).

### **2.1.3. Serbest Radikaller Kuramı**

Bu yaklaşım 1956'da Denham Harman tarafından önerildi ve doğuştan gelen yaşlanma sürecinin, aerobik solunum sırasında üretilen serbest radikallerin hücrelere verdiği kümülatif ve oksidatif hasardan kaynaklandığını varsaymaktadır. Serbest radikaller, eşleşmemiş tek elektronlu atomlar veya moleküllerdir. Elektronlarını çalmak ve kararlılık kazanmak için yakındaki moleküllere saldırdıklarından, radikal zincir reaksiyonlarının meydana gelmesine neden olduklarından kararsız ve oldukça reaktiftirler. Serbest radikaller, in-vivo olarak, mitokondriyal elektron taşınması sırasında ve ayrıca diğer fizyolojik süreçlerde esas olarak mitokondri içinde üretilir. Harman daha sonra serbest radikallerin ve diğer reaktif oksijen türlerinin oluşumunda mitokondrinin rolünü dahil etmek için yaşlanmanın serbest radikal teorisini genişletti. Teori, mitokondriyal DNA (Deoksiribo Nükleik Asit)'ya oksidatif hasar oranının öncelikle yaşam süresini belirlediğini öne sürdü. Bu yaklaşıma göre ilerleyen yaşla birlikte artan hücresel hasar beraberinde savunma sistemindeki zayıflığı getirmektedir. Böylece yaşlanma hücre içindeki yaşanan genetik yapılardaki bozulmalarla açıklanmaktadır (24).

### **2.1.4. Telomer Kuramı**

Bir hücre her bölündüğünde, DNA paketini açar ve içindeki bilgiler kopyalanır. Hücrelerin her bölünmesinde ise bir kromozomun son parçası olan telomer tamamen kopyalanamaz, bir bölümü kesilmektedir. Bir hücre bölündükçe telomerlerin yok olana kadar her seferinde kısaldığı ön görülmektedir. Bu noktada yaşlanma ile gelişen işlevsel değişim sonrası DNA artık kopyalanamaz ve hücre sadece yaşlanır ve artık çoğalamaz. Bu durum ise yaşlanmanın en temel biyolojik yönü olarak değerlendirilmektedir. Genel popülasyondaki araştırmalarda, yaşlıların daha kısa telomerlere sahip olduğu bulunmuştur. Bu kısa dizilimdeki hücreler ise bir süre sonra çoğalamaz. Bu yaşlanmanın istenmeyen belirtileri ise ilerleyen süreçte daha fazla hücreyi etkileyerek doku hasarını oluşturur (25).

### **2.1.5. İmmünite Kuramı**

Roy L. Walford (1969) tarafından ortaya atılan otoimmün yaşlanma teorisi, yaşla birlikte bağışıklık sisteminin etkinliğini kaybetme eğiliminde olduğunu ve otoimmünite (kişinin kendi vücut proteinlerine karşı bağışıklık reaksiyonları) ve yanıt verme yeteneğinin azalmasıyla kanıtlanan yaygın işlev bozukluğu yaşadığını savunmaktadır. İnsan bağışıklığı, yüksek düzeyde düzenlenmiş ve koordineli bir süreçtir ve genellikle iki bileşene ayrılır. Doğuştan gelen bağışıklık olarak bilinen ilki, özel olmayan bir şekilde patojenlere (potansiyel hastalığa neden olan ajanlar) karşı bir savunma sağlar ve adaptif veya koruyucu

bağışıklık olarak bilinen ikincisi, vücudun daha önce gördüğü bir patojene özel bir tepkiyi içerir. Vücut bir antijene (bağışıklık tepkisine neden olabilen yabancı bir madde veya patojen) maruz kaldığında, o antijeni özellikli olarak hedefleyen antikolar üretilecektir. İfade edilen bu doğal süreçte ise yaşlanma, organizmanın genetik akışında olağan bir süreç olarak oluşmaktadır (26, 27).

#### **2.1.6. Hormon Kuramı**

İnsan vücudunda çoğu hormonun üretimleri, seviyeleri ve hücre reseptörleri ilerleyen yaşla birlikte giderek azalır ve vücudu yavaş yavaş çeşitli endokrin eksikliği durumlarına sokar. Bu hormonların sirkadiyen döngüleri de zamanla derinden değişir. Yaşlanan bireylerde, dengeli endokrin sistem, özellikle çok yaşlı veya hasta bireylerde, kayıplar, faz ilerlemeleri, faz gecikmeleri, niktemeral hormon döngülerinin öngörülemeyen düzensizlikleri ile kaotik bir durum dahi oluşabilmektedir. Senkronizasyon, hormon aktivitelerini yanlış zamanlarda zirveye çıkararak verimsiz hale getirir ve bazı durumlarda sağlığı tehdit eder hale gelir. Birden fazla hormon eksikliğinin ortaya çıkması ve desenkronizasyon yoluyla dökülme, insan yaşlanmasının başlıca nedenlerini oluşturabilir ve bunlar tedavi edilebilir nedenler arasındadır. Yaşlanmanın esas olarak bir çoklu hormon eksikliği sendromu olduğu görüşünü desteklemek için çeşitli argümanlar ileri sürülmüştür: Birincisi, yaşlanmanın belirti ve hastalıklarının (kalp damar hastalıkları, kanser, obezite, diyabet, osteoporoz, demans dahil) çoğu olmasa çoğunluğu hormon eksikliklerinin fiziksel sonuçlarına benzer ve hormon eksikliklerinden kaynaklanabilir. İkincisi aşırı serbest radikal oluşumu, glikasyon, proteinlerin çapraz bağlanması, dengesiz apoptoz sistemi, atık ürünlerin birikmesi, onarım sistemlerinin başarısızlığı, yetersiz bağışıklık sistemi gibi yaşlanmanın varsayılan nedenlerinin çoğu hormon eksikliklerinden kaynaklanabilir. Bu durum ise yaşlanmayı destekleyebilmektedir. Hücre proliferasyonunun limitleri (hücre bölünmesinin Hayflick limiti gibi), zayıf gen polimorfizmleri, erken telomer kısalması ve olası genetik "ölü programların" aktivasyonu gibi genetik nedenler bile hormon eksiklikleri ile de bağlantılı olabilir. Üçüncüsü ise dengeli hormon takviyeleri, yaşlanma belirtilerinin veya hastalıklarının ilerlemesini yavaşlatabilir veya durdurabilir. Bu yaklaşımda temel olarak bu argümanlar üzerinde yaşlanma değerlendirilmektedir (28, 29).

Biyolojik yaşlanma kuramlarındaki temel değerlendirme bir organizma olarak insanı fizyolojik olarak etkileyen sistemlerde ilerleyen yaşla birlikte meydana gelen hücresel değişimler, yaşanan işlevsizlikler ve tüm kardinal değişimin bir sonucu olarak tedavi

edilmesi elzem olan sağlık sorunları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu kuramsal birikim yaşlanmayı insan fizyolojisindeki değişimlerin bir sonucu olarak irdelemektedir (29).

### **2.1.7. Toplumsal Yaşlanma Teorileri**

Yaşam boyu gelişim ve değişim insanın doğal varoluşunun bir parçasıdır. Toplumsal bir varlık olarak insanın içinde yaşadığı toplumun etkileşiminde bir değişim ve gelişim öyküsü ise kaçınılmazdır. Bu değişimler insan varlığının evrendeki hemostatik dengesinin sağlanmasında yaşantısal bir öneme sahiptir. Yaşlanma ise insan yaşamının dengesindeki kaçınılmaz bir gerçektir ki bu varoluşsal döngünün önemli bir dönüm noktasıdır. Sosyal yaşlanma teorileri, sosyal faktörlere dayalı olarak orta yaştan ileri yaşlara doğru beklenen sosyal değişimleri ve yaşlanma sürecindeki yerini değerlendirmektedir. Toplumsal yaşlanma kuramları insanların yaşlandıkça toplumdaki rollerinde ve ilişkilerinde meydana gelen değişiklikleri irdelemekte ve yaşlanmayı bu perspektifte açıklamaktadır (30). Aşağıda toplumsal yaşlanma yaklaşımları irdelenmiştir.

### **2.1.8. Yaşamdan Geri Çekilme Kuramı**

Bu teori 1960'ta sosyal bilimci Elaine Cumming ve meslektaşları tarafından önerilen ve daha sonra 1961'de Growing Old adlı kitapta etraflıca irdelenerek, insanların yaşlandıkça yavaş yavaş sosyal hayattan da koptuğu varsayımına dayandırılmaktadır. Yaşlanma ileri yaştaki insanın kaçınılmaz ve karşılıklı bir geri çekilmesidir. Teori, Kansas City'de 50 ila 90 yaşları arasındaki 211 yetişkini gözlemleyen ve takip eden Chicago Üniversitesi'nden bilim adamları tarafından yürütülen boylamsal bir araştırmaya dayanmaktadır. Sonuç olarak toplumsal rollerdeki kesin bir değişiminin yaşlanmanın sonucunda olduğu ve yaşlı yetişkinlerin önemli roller üstlendikleri sosyal sistemden yavaş yavaş uzaklaşmasının insan gelişimindeki yeri irdelenmektedir (31). Cumming ve Henry, bu teori için dokuz önerme veya varsayım vermektedir:

1. İnsanlar, bir şeyler yapma ve başkalarıyla etkileşim kurma yetenekleri zamanla bozulacağından, çevrelerindeki sosyal bağları kaybetme eğilimindedir ve ölümü beklemeye bir başlangıçtır.

2. İçinde bulunduğumuz toplumsal normlar genellikle etkileşim süreci yoluyla öğrenilir, bir kişi daha büyük toplumdan ayrılmaya ve etkileşimi azaltmaya başladığında, toplumun normlarından giderek daha özgür hale gelir. Bu ayrılma sürecini daha da kolaylaştırır.

3. Toplumda farklı roller oynadıkları için erkeklerinkinden farklı olarak kadınlar için ayrılma süreci farklıdır.

4. Yaşlandıkça, yukarıda bahsedildiği gibi belirli yetenek ve becerilerimizi kaybetmeye başladığımız için, toplumdan ayrılma olasılığımız olan becerilerin kaybı nedeniyle itibarımızın zarar görmemesi için ayrılma süreci önemli ve gerekli hale gelir. Ancak aynı zamanda bizden daha genç olan bireyler, ayrılanların yerini almak için gerekli olacak beceri ve bilgileri öğrenirler.

5. Hem toplum hem de birey sürecin gerçekleşmesi için hazır olduğunda ancak tam bir ayrışma gerçekleşir, şayet ikisi de hazır olmadığında ise bir nevi kopukluk oluşur. Bu kopukluk ile de bireyin ayrışması zorlaşacaktır.

6. İlişkilerinden kopan insanlar, herhangi bir kimlik kriziyle karşı karşıya kalmamak ve yine de kendilerini değerli hissetmek için yeni roller üstlenirler.

7. Ayrılma tam olarak insanların kısa bir ömrü olduğunu fark ettiklerinde ortaya çıkar.

8. Ayrılma ile kalan ilişkiler değişir ve ödülleri de değişir.

9. Ayrılma her kültürde gerçekleşir ancak kültürden kültüre değişir ve bu nedenle farklı bir kültürdeki her birey için farklı sonuçlar olacaktır (32, 33).

#### **2.1.9. Aktivite Kuramı**

Havighurst ve Albrecht (1953), bir grup yetişkin üzerinde çalışarak ilk yaşlanma teorilerinden birini olan bu yaklaşımı önerdiler. Toplumun emeklilerin kendi topluluklarında aktif kalmasını beklediği sonucuna vardılar. Havighurst ve Albrecht, 1963'te, meşgul ve ilgili kalmanın tatmin edici bir geç yaşama sahip olmak için gerekli olduğunu belirten Aktivite teorisini yayınladılar. Yaşamda aktivitenin psikolojik sağlıkla ilişkili olduğuna açıkça inandılar. Ancak ne tür aktivitelerin yaşam doyumu ile bağlantılı olduğunu açıklamadılar. Yaşamda aktif olmanın orta yaşı uzattığını ve böylece yaşlılığın olumsuz etkilerini geciktirdiğini öne sürmüşlerdir. Aktivite teorisine yönelik bir eleştiri, aktif kalmanın yaşlanmanın olumsuz etkilerinin başlamasını zorunlu olarak geciktirdiği yönündeki kanıtlanmamış iddiadır. Ayrıca yaşlı yetişkinlerin üstlendikleri rollerin toplumsal beklentilerden büyük ölçüde etkilendiğini, bu nedenle de yaşlı yetişkinlerin seçebilecekleri faaliyetlerin sınırlı olabileceğini iddia etmektedir (34, 35).

#### **2.1.10. Süreklilik Teorisi**

Bir bireyin içyapısı (örneğin, bir bireyin kişilik özellikleri) bir kişinin yaşamı boyunca nispeten sabit kalır. İnançlar gibi diğer içsel yönler de nispeten sabit kalabilir ancak aynı zamanda değişime tabidir. Bu içyapı, bireye geçmişin güçlü bir iç temelini sağlayarak gelecekteki karar verme sürecini kolaylaştırır. Bireyin dış yapısı ilişkilerden ve sosyal

rollerden oluşur ve istikrarlı bir benliğin korunmasını destekler. Bu değerlendirme ışığında George Maddox, 1968'de insanların benzer faaliyetlerde bulunma ve yaşlandıkça tanıdık yaşam tarzı kalıplarını sürdürme eğiliminde olduklarını gözlemlemiştir. Bu bakış açısıyla yaşlanan bireylerin davranışlarını tanımlamak için süreklilik fikrini kullanmıştır. Bununla birlikte, yaşlanmanın süreklilik teorisi 1989'a kadar tanıtılmamıştır. Robert Atchley, bu teorisin gelişimiyle itibar kazanmış ve bu yaklaşımı derinlemesine açıklamıştır. Süreklilik teorisi, yaşlanma sürecini çok yönlü olarak; tarih, kültür ve sosyal yapılar tarafından şekillendirildiği bir yaşam seyri perspektifi olarak irdelemektedir. Bu teoriye göre, yaşlanmadaki süreklilik, bireylerin büyüdüğü, uyum sağladığı, değiştiği, dinamik ve evrimsel bir gelişim süreci olarak görülür ancak bu değişiklikler kişiliğin altında yatan ideoloji ve geçmiş deneyimlerle de tutarlıdır (36).

#### **2.1.11. Yaş Tabakalaşması Kuramı**

Yaş tabakalaşması hem bireylerin yaşamları boyunca nasıl yaşlandıklarını hem de bir toplumda yaşa ne anlam verildiğini keşfetmek için kavramsal bir değerlendirme sunmaktadır. Bu çerçevede 1970'lerde Matilda White Riley ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kavramsal bir yönelim olarak yaş tabakalaşması, hem bir popülasyondaki çeşitli yaş katmanlarını dolduran bireylere hem de bu bireylerin davranışlarını şekillendirmek için yaşı kullanan sosyal yapılara dikkat çekmektedir. Yaşlanma deneyiminde zaman içindeki değişikliklere ve yaş katmanları arasındaki ilişkilerde zaman içindeki farklılıklara özel önem verir. Bu bakış açısı insan yaşlanmasının büyük ölçüde sosyal olarak inşa edildiğini kabul etmektedir. Bireylerin yaşlanma biçimlerinin zaman içinde değişebileceği ve genel tabakalaşma kavramının bazen kafa karıştırıcı ve çoklu çağrışımları göz önüne alındığında, Riley daha sonra bunu yaşlanma ve toplum perspektifi olarak adlandırmayı tercih etti (37, 38).

#### **2.1.12. Çevreye Uyum Kuramı**

Murrell ve Norris, insan ekosisteminin (birey, aile, toplum) toplum içinde travmaya yol açan stresörlere (boşanma, emeklilik, hastalık gibi olumsuz yaşam olayları) maruz kalabileceğini ve bu dinamiklerin yaşlılığın anlamlandırılmasındaki yerine vurgu yapmıştır. Bu modelin temel varsayımlarından biri, bir kişinin yaşam kalitesinin kaynaklar ve stres faktörleri arasındaki uyumsuzluğun bir fonksiyonu olduğudur. Yaşam kalitesini kişinin elde ettiği ile karşılanmayan ihtiyaç ve arzuları arasındaki uyumsuzluk olarak tanımlamıştır. İnsanların sahip oldukları ile ihtiyaç duydukları ve istedikleri arasındaki fark ne kadar büyük olursa, yaşam kaliteleri de o kadar düşük olmaktadır. Murrell ve Norris (1983) tarafından

yukarıda irdelenen bir perspektifte kişi-çevre uyumu ya da uyum iyiliği, yaşam kalitesini, kişi ve çevresi arasındaki uyum iyiliğini kurmak için bir ölçüt olarak tanımlamıştır ve bir anlamda, yaşam kalitesinin nesnel ve öznel göstergeleri arasındaki uyumun yaşlanma üzerindeki baskılayıcı etkisini açıklamaya çalışmıştır (39, 40).

### **2.1.13. Modernleşme Kuramı**

Modernleşme teorisinin temel mantığı, sanayi öncesi ekonomilerde olduğu gibi geniş aile standart aile olduğu sürece, yaşlıların toplumda bir yeri ve açıkça tanımlanmış bir rolü olacağıdır. Toplumlar modernleştikçe ev dışında çalışamayan yaşlıların ekonomik olarak sunacakları toplumsal katkı da azalacaktır ve bir yük olarak görüleceklerdir. Bu model hem gelişmiş hem de gelişmekte olan dünyaya uygulanabilir ve insanların yaşlandıkça terk edilebileceklerini ve üretken olmayan bir ekonomik yük haline geldikleri için aile desteklerinin çoğunu kaybedeceklerini öne sürer. Sanayileşmeden önce, güçlü sosyal normlar genç nesli yaşlılara bakmakla yükümlü tutuyordu. Fakat toplumlar sanayileştikçe, çekirdek aile geniş ailenin yerini almaktadır. Toplumlar giderek bireyselleşmektedir ve yaşlıların bakımıyla ilgili normlar değişmektedir. Bireyci bir endüstriyel toplumda, yaşlı bir akrabaya bakma artık toplumsal kınama korkusu olmadan göz ardı edilebilecek ancak gönüllü bir yükümlülük olarak görülmektedir. Modernleşme teorisi yaşlıların toplumdaki güç ve nüfuzlarını kaybetmelerinin başlıca nedeninin sanayileşme ve modernleşmenin paralel güçleri olduğunu öne sürer. Toplumlar modernleştikçe yaşlıların statüsü azalır ve sosyal dışlanma yaşama olasılıkları giderek artar (41).

Günümüzde yaşlanma sadece insan bedeninde yaşanan nörofizyolojik değişimin bir sonucu olarak değil biyopsikososyal perspektifte ki kapsamlı bir sürecin sonucu olarak değerlendirilmektedir. Karmaşık fizyolojik, sosyal, ekonomik ve psikolojik zorluklar, yaşlandıkça daha belirgin hale gelir. Azalan sağlık, bilişsel veya fiziksel işlevsellik, finansal kaynakları tüketen destekleyici bakıma muhtaç bir yaşantıya geçmeyi gerektirebilmektedir. Arkadaşlarını veya sevdiklerini kaybetmek, hayatın anlamı ile boğuşmak, artan beden işlevsizliği karşısında yaşam kalitesini korumak, emekliliğe uyum sağlamak ve ölümü düşünmek, yaşlanan yetişkinlerin karşılaştığı zorluklardan sadece birkaçıdır (41, 42).

### **2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Epidemiyolojisi**

Dünya nüfusundaki yaşlanma hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde yadsınamaz bir eğilimdir. Dünya nüfusu her geçen gün yaşlanmaktadır. Bu nedenle de nüfusun bu büyüyen kesiminin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yaşlanma konusunda uzmanlaşmış sağlık uzmanlarına ihtiyaç artacaktır. Yaşlanma Epidemiyolojisi, yaşlanan

toplumların sağlık ihtiyaçlarının halk sağlığı üzerindeki etkisini ve yaşlanmayla ilişkili olarak yaşlı insanlar için sağlık sorunlarını önemli kılan çok faktörlü değişiklikleri, sosyal değişkenlere göre inceler (42).

Tüm dünyada yaşlıların sağlığında gerçekten dikkate değer değişiklikler olduğu farklı araştırmalarla gözlemlenmektedir. Bu değişiklikler toplum sağlığını güçlü bir şekilde etkilemektedir. Yaşlı nüfusun büyümesi her ne kadar genel nüfus büyüklüğündeki olağan artışla genişlemiş olsa da önde gelen ölüm nedenlerindeki büyük düşüşlerden de güçlü bir şekilde etkilenmektedir. Bu demografik dönüşümler toplum sağlığının sürdürülebilirliğine de yansımaktadır. Tıbbi bakım talebindeki artış sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının da önümüzdeki yıllarda hızla artması beklenmektedir (43).

DSÖ'nün 2019 yılındaki araştırmasına göre: 65 yaş ve üzeri 703 milyon kişi vardır. Doğu ve Güneydoğu Asya bölgesi (261 milyon) en fazla sayıda yaşlıya ev sahipliği yapmaktadır. Onu Avrupa ve Kuzey Amerika (200 milyonun üzerinde) izlemektedir. Önümüzdeki otuz yıl içinde, dünya çapındaki yaşlı insan sayısının iki katından fazla olacağı ve 2050'de 1.5 milyardan fazla kişiye ulaşacağı ön görülmektedir. En büyük artışın (312 milyon) Doğu ve Güneydoğu Asya'da gerçekleşmesi beklenmektedir. Yaşlıların sayısındaki en hızlı artışın Kuzey Afrika ve Batı Asya'da olacağı 2019'da 29 milyona, 2050'de ise 96 milyona yükseleceği ön görülmektedir. En hızlı ikinci artışın ise 65 yaş ve üzeri nüfusun en yüksek seviyeye ulaşabileceği Sahra Altı Afrika için öngörülmüyor. 2019'da 32 milyondan 2050'de 101 milyona (% 218) büyüyeceği tahmin edilmektedir. Buna karşılık Avustralya ve Yeni Zelanda'da (% 84) Avrupa ve Kuzey Amerika'da (% 48) nispeten küçük bir artışın olması beklenmektedir. Aşağıda dünya üzerindeki bölgelere göre 2019 ve 2030 yaşlı nüfus istatistikleri sunulmuştur (44).

**Tablo 2.** DSÖ'nün 2019 yılı araştırmasına göre dünya 65 yaş üstü nüfus bilgileri

| Bölge                                      | 2019 yılı 65 yaş üstü kişi sayısı (10 <sup>6</sup> ) | 2050 yılı 65 yaş üstü ön görülen kişi sayısı (10 <sup>6</sup> ) | 2019 ile 2050 arasındaki değişim (%) |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Dünyada                                    | 702.9                                                | 1 548.9                                                         | 120                                  |
| Kuzey Afrika ve Batı Asya                  | 29.4                                                 | 95.8                                                            | 226                                  |
| Sahra Altı Afrika                          | 31.9                                                 | 101.4                                                           | 218                                  |
| Orta ve Güney Asya                         | 119.0                                                | 328.1                                                           | 176                                  |
| Doğu ve Güneydoğu Asya                     | 260.6                                                | 572.5                                                           | 120                                  |
| Latin Amerika ve Karayipler                | 56.4                                                 | 144.6                                                           | 156                                  |
| Avusturya ve Yeni Zelanda                  | 4.8                                                  | 8.8                                                             | 84                                   |
| Avustralya ve Yeni Zelanda Hariç Okyanusya | 0.5                                                  | 1.5                                                             | 190                                  |
| Avrupa ve Kuzey Amerika                    | 200.4                                                | 296.2                                                           | 48                                   |

Epidemiyoloji ve Gerontoloji yaşlanma araştırmalarının yelpazesini genişletmek ve güçlendirmek için her iki alandaki uzmanlığı bir araya getirme çabasındadır. Yaşlanma araştırmaları kronik hastalıkların ve bozuklukların etiyolojisinin değerlendirilmesinde ve sağlık sonuçlarının belirleyicilerinin irdelenmesinde çok disiplinli bir yaklaşım sergilemek durumundadır. Yaşlanma araştırması alanı artık birden fazla sınırı kapsıyor; biyolojik süreçler ve belirli yaşa bağlı hastalıklar arasındaki bağlantılar sosyal yaşam ile de ilişikli olarak haritalanmaya başlanmıştır. Yaşlanma mekanizmaları, yaşa bağlı hastalıkların etiyolojisi ve hatta terapötik tepkilerin belirlenmesinde çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. Geleneksel genetik yaklaşımlar, yaşlanma ile ilgili değişimlerin fizyolojik olarak tanımlanması yoluyla yaşlanma mekanizmalarını tanımlamaya çabalamakta ve hastalık patogenezi modellerini ortaya koymaktadır. Ancak sosyal yaşlanma kuramları ise yaşlanma ile gelen sosyal değişimlerin bireyin statü, sağlık ve işlevselliği üzerinde farklı bir yaklaşım sergilemektedir. Bu nedenle bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi yaşlanmayı anlama çabalarını ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerini istedik yönde etkileyecektir (45, 46).

Sosyal faktörlerin biyolojik etkilerinin incelenmesi, özellikle de yaşlanma süreci için bakılacak olursa henüz emekleme aşamasında olduğu görülmektedir. İnsan yaşlanmasında biyososyal süreçlerin incelenmesi öncelikle iki araştırma alanı olan sosyal epidemiyoloji ile sosyal ve sağlık psikolojisinin çalışma ürünleridir. Yıllar boyunca, sosyal epidemiyologlar, çeşitli sosyal faktörlerin “sosyoekonomik durum, eğitim, sosyal izolasyon, sosyal destek eksikliği, sosyal ağlar ve sosyal çevrenin” hastalık ve ölüm oranlarını etkilediğini gösteren çok sayıda veri aktarmıştır (47).

Eurostat (Avrupa İstatistik Kurumu) tarafından Ekim 2019'da yayınlanan “Yaşlanan Avrupa – AB (Avrupa Birliği)'deki yaşlı insanların yaşamlarına bakış” raporu, 2018'in başlarında, 28 AB ülkesinde yaşayan 101.1 milyon yaşlı (65 yaş ve üzeri) var olduğu ve bunun toplam nüfusun neredeyse beşte birini (%19.7) oluşturduğunu göstermiştir. Ayrıca önümüzdeki otuz yıl içinde bu rakamın 2050'de 149,2 milyon nüfusa (toplam nüfusun %28.5'i) yükseleceği tahmin edilmektedir. AB nüfusunun bu hızlı yaşlanmasının gereklerinde ise sağlık ve tıbbi ilerleme ile iyileştirilmiş yaşam ve çalışma koşullarındaki değişimlerin ve doğurganlık oranlarındaki uzun vadeli düşüşün ne çıktığı ve artan yaşam beklentisinden (uzun ömür) kaynaklandığı değerlendirilmektedir (48).

AB yesi 28 ülkedeki yaşlıların (65-74 yaş arası) yaklaşık yarısı, sağlıklarını iyi veya çok iyi olarak algılamaktadır; bu oran 75-84 yaşındakiler arasında üçte bire (%34.1) ve çok yaşlılar için (85 yaş ve üzeri) ise (%25.0) dört bire kadar düşmektedir. 85 yaş ve üzeri

kişilerin yaklaşık 3/4'ü uzun süredir devam eden bir sağlık sorununa sahiptir. Yaşlı insanlar tarafından bildirilen en yaygın kronik hastalıklar ise: yüksek tansiyon, artroz ve sırt problemleridir. 75 yaş ve üzeri kişilerde, dolaşım sistemi hastalıkları en sık görülen ölüm nedenidir (kanser, hem erkekler hem de 55 ile 74 yaş arasındaki kadınlar için ana ölüm nedenidir) (48, 49).

75 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık 1/3'ü yürümede ciddi güçlükler yaşarken, 65-74 yaş arası kişilerin yaklaşık onda birine yakını bu sınırlama ile karşı karşıyadır. 75 yaş ve üzeri kadınların 1/5'i evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır. Burada ayrıca bazı yaşlıların evde bakım hizmeti alırken, diğerlerinin de benzer hizmetleri - örneğin, diğer yaşlı insanlara bakmak veya torunlara bakmak gibi - sağlayıcılar olduğu dikkate alınmaya değerdir. 75 yaş ve üzeri kişilerde nispeten yüksek bir oranda depresif belirtiler bildirilmektedir. Yine burada, AB üyesi 28 ülkedeki yaşlı insanların genel olarak genel yetişkin nüfusa göre yaşamlarından genellikle daha fazla memnun olduklarını ortaya koymaktadır (48, 49).

Ülkemizde de küresel yaşlanma eğilimlerine paralel olarak nüfusta yaşlı kesimin artışı dikkat çekmeye başlanmaktadır. 167 ülke arasındaki yaşlanma oranlarında ülkemiz 66. sıradadır. Yaşlı nüfus epidemiyolojik oranlarına göre ilk sırada %33.2 ile Monako, ikinci sırada %28.4 ile Japonya ve üçüncü sırada ise %22.4 ile Almanya yer almaktadır. Bu toplumsal ve biyolojik değişim süreci toplum sağlığının ihtiyaç yönünü de yeni beklentilere taşıyacaktır (50). Avrupa komisyonunca yapılan bir araştırmaya göre Türkiye hızla yaşlanan bir nüfusa sahiptir; 2019 yılı verilerine göre nüfusun %9.1'i 65 yaşındadır. 2030 bu oranın %12.9 ve 2060'ta ise %22.6'ya çıkması beklenmektedir. 2019 yılında yaşlılık oranı (65 yaş ve üstü nüfus) %13.4, engellilik oranı ise %23 olarak gerçekleşti. Daha detaylı bir veriye göre ise 65-69 ve 70-74 yaşları için %31.9 ve 75 yaşından büyükler için %46.5 olduğu bildirilmektedir (51).

Sürdürülebilir sağlık sistemi reformlarının arka planı irdelendiğinde ise önemli gelişmeler olduğu görülmektedir. 2011 yılında çıkan yasa ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesindeki Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Genel Müdürlüğü uzun süreli yaşlı bakım hizmetlerini organize etmek ve sosyal hizmet müdahalelerini belirlemek için sistemli bir evde bakım hizmeti modelini kalıcı olarak hayata geçirmiştir. Bu sosyal hizmet modeli yanında evde sağlık hizmetleri ise bir diğer sosyal politikadır (52).

Yetmiş yaş ve üzeri kişilerde ölüm nedenlerinin başında engelli olarak geçirilen yaşam yıllarının kayda değer arttığı, kardiyovasküler durumlar, alzheimer hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının en sık görülen ölüm nedeni olduğu aktarılmaktadır.

Engellilikle ilişkili en önemli risk faktörleri ise sigara içmek, yüksek açlık plazmasıdır. Ayrıca hem kadınlar hem de erkekler için glikoz ve yüksek sistolik kan basıncı primer risk faktörleri arasındadır. Yaşlı insanlar arasında alkol tüketimi AB ortalamalarından çok daha düşüktür. Bununla birlikte, erkeklerde daha yüksek sigara içme oranları bildirmektedir. Daha yaşlı kadınlarda erkeklerden daha fazla obezite tespit edilmiştir. 70 yaş ve üzeri kişilerde, kadınların %85'i ve Erkeklerin %51'i 2017'de düşük fiziksel aktivite sergilemektedir. Nüfusun tamamı için yoksulluk veya sosyal dışlanma oranı %36'dır. Yaşlılarda bu oran %23'tür ve kadınlar daha fazla etkilenmektedir (53).

### **2.3. Yaşlı Bireylerin Sosyal Sorunları**

Tüm dünyada yaşlanmak insan yaşamı için istenmeyen bir süreç olarak karşılanırsa da yaşlanmanın olumsuz çağrışımlara sahip olması gerekmemektedir. Yaşlılar bir toplumun saygın ve tecrübeli fertleridir. Toplum, yaşlı insanların fiziksel olarak daha az yetenekli veya zihinsel olarak daha az aktif olacağını varsayar ancak bu her zaman böyle değildir ve tüm yaşlı insanlar tipik stereotiplere uymamaktadır. Bununla birlikte, yaşlı insanların yaşam kalitesini etkileme olasılığı daha yüksek olan bazı sosyal sorunlar vardır. Bunlardan bazıları: Bir eş veya yakın arkadaşları kaybetmekten kaynaklanan yalnızlık, yetişkin çocuklar kendi hayatları, kariyerleri ve aileleriyle meşguldürler ve yakınlarda yaşamıyorlardır bu durum karşısında yaşlının yaşadığı sosyal izolasyon, bir diğeri ise emekliliktir. Keza kendine değer verme duygusunu ve sabahları kalkmak için bir nedeni kaybetmek önemli bir statü kaybı ve sosyal sorundur. Yaşlının hayat arkadaşı kaybindan kaynaklanan üzüntü ve ruhsal sorunları da dikkat çekmektedir. Ayrıca yaşam alanının ihtiyaçlarını karşılayamama durumu ve ekonomik şartlardaki değişim de önemli sosyal sorunların başındadır (54, 55).

Yaşlanmanın neden olduğu fiziksel değişiklikleri kabul etmede yaşanan zorluklar birçok sosyal sorunun oluşmasını tetiklemektedir. Alışveriş ve yemek pişirme gibi günlük aktiviteleri yönetememek, düzenli gelir kaybından kaynaklanan finansal kaygılar, yalnız yaşamın yeme alışkanlıklarındaki getirdiği değişim, sosyal aktivitelere yaşanan sağlık sorunları, fiziksel işlev kaybı ve statü değişimi ile daha az katılım sergilemek gibi birçok değişim süreci bütünüleştirebilir. Sosyal izolasyonu ve yalnızlığı tam olarak ölçmek oldukça güçtür. Ancak gelişmiş ülkelerdeki birçok araştırma 50 yaş ve üstü birçok yetişkinin sağlıklarını riske atacak şekilde sosyal olarak izole veya yalnız olduğuna dair güçlü kanıtlar sunmaktadır. Yaşlanan nüfus, sağlık ve sosyal hizmetlere olan ihtiyacın artmasına neden olmakta ve buna bağlı sağlık ve sosyal hizmet maliyetleri de giderek artmaktadır. Aynı

zamanda bakım sorumluluğunun üstlenilmesinde de artan bir profesyonel işgücü sıkıntısı oluşmaktadır (56, 57).

NASEM (Amerikan Ulusal Tıp ve Mühendislik Akademisinin -National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine) 2020 araştırması, sosyal izolasyonun bir kişinin tüm nedenlerden dolayı erken ölüm riskini önemli ölçüde artırdığına işaret etmektedir. Bu risk, sigara içme, obezite ve fiziksel hareketsizlikle rekabet edebilecek bir risktir. Sosyal izolasyon, bunama riskinin yaklaşık %50 artmasıyla ilişkilendirilebilecek veriler bulunmaktadır. Yalnızlık ve sosyal izolasyonla korektirize olan kötü sosyal ilişkiler; felç riskinde %32 ve kalp hastalıklarında ise %29 artışla bağlantılı bulunmuştur. Kaygı bozuklukları, depresyon ve intihar eğilimi ve kalp yetmezliği hastalarının yaşadıkları yalnızlık ise hastaneye yatış ihtimalini %68, acil servise başvurmayı ise %57 artırdığı bildirilmektedir. Yalnızlığın ölüm riskini yaklaşık 4 kat artırdığı da belirtilmektedir (57).

Önemli bir sosyal sorunda yaşlılara yönelik yaş ayrımcılığıdır. Yaş ayrımcılığı teorik olarak bireye ya da gruplara göre farklılık gösterenlerin ayrımcılığa maruz bırakılmasıdır. Yaşlılara yönelik olarak ise yaşlarına dayalı olarak yaşlılara karşı önyargı içeren bir ayrımcılık türüdür. Irkçılık ve cinsiyetçiliğe benzer şekilde, yaş ayrımcılığı, farklı yaşlardaki insanlar hakkında olumsuz ön yargılara sahip olmayı ve dışlamayı yansıtır. Yaşlanmayla ilgili olumsuz tutumlara ve klişelere dayalı olarak yaşlılar hakkında sosyal olarak inşa edilmiş bir düşünme biçimidir. Tüm dünyada dikkat çeken bir sorundur (58).

Yaş ayrımcılığı, yaşlıların psikolojik iyi oluşları üzerinde, depresyon ve diğer kaygı bozuklukları gibi ruhsal sağlık sorunlarına yol açan zararlı etkilere sahip olabilir. Bir araştırmada yaş ayrımcılığı ile yaşlıların psikolojik iyi oluşları arasında olumsuz bir ilişki olduğunu doğrulandı ve yüksek düzeyde psikolojik iyiliğe sahip yaşlı yetişkinlerin yaş ayrımcılığından daha az olumsuz etkilenebileceğini, özellikle de kendi yaş gruplarıyla gurur duyanların daha az deneyimlediklerini ortaya koymuştur (59).

Türkiye'de yaşlı ayrımcılığı araştırmaları dikkat çeken bir araştırma alanıdır. Gençlerin ve sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik tutumları üzerine yapılan çalışmalar ağırlıktadır. Erol ve arkadaşları (2016) yapılan bir araştırmada katılanların %82.5'i yaş ayrımcılığını en az bir kez yaşadığını ancak %17.5'i hiç yaşamadığını bildirmiştir. Ayrıca %49 ile en sık bildirilen yaş ayrımcılığı türü ise yaşlının söylenenleri anlamadığını zanneden insanlar olduğudur. Sık karşılaşılan diğer ayrımcılık örnekleri ise yaşlının yaşlı olmasından ötürü doğum gününün kutlanmaması (%45), yaşlının iyi işitemediğini zanneden insanların

olması (%44), yaşlının bir işi yapmak için çok yaşlı olduğunu aktaran insanlar olması (%43) ayrıca yaşlılar ile dalga geçen bir şaka yapılması (%39) olarak aktarılmıştır (60).

Kuşkusuz ki yaşlanma ve beraberinde ki kardinal değişimler yaşlılar için değişen ve bireyleşen dünyada birçok farklı yeni sosyal sorunu da getirecektir. Yaşanan fizyolojik değişim yanı sıra yaşlının sosyal statü değişikliği beraberindeki motivasyonel sorunları, bağımlı birey olmaya giden süreçteki güçlükler sosyal izolasyonu desteklemektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın giderek artması ve yaş ayrımcılığına maruz kalmak ise yaşanan diğer önemli sosyal sorunları arasındadır (59, 60).

#### **2.4. Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Psikolojik Sorunları**

İnsan organizmasında biyolojik yaşlanma, en temelde hücrelerde yaşanan hasarı ve moleküler farklılaşmanın bir sonucudur. Bu değişim bilişsel yeterlilikte ve bedenin fizyolojik bütünlüğünde de kademeli bir azalmaya, hastalık riskinde artışa yol açabildiği gibi ölümle de sonuçlanabilmektedir. Yaşanan farklılaşma beden sitemleriyle tutarlı olmadığı gibi doğrusal da değildir. Gelişim dönemine göre ise bireyin yaşı ile sadece yıl olarak bağlantılıdır. Bu nedenle de ilerleyen yaşla görülen çeşitli değişim sonuçları bir rastlantı değildir. Yaşlanma, organizmadaki biyolojik değişikliklerin ötesinde, sosyal yaşamdaki bazı geçiş değişkenleri (yaşa uygun konut ihtiyacı, yakın arkadaşlar ve eşin kaybı ve sosyal ilişkilerde yaşanan azalma vb.) ile de yakından bağlantılıdır (61, 62).

Günümüzde uzun yaşam süresi giderek artmakta olup çoğu insan altmışlı yaşlarında ve sonrasında yaşamayı bekleyebilmektedir. Dünyadaki her ülke hem büyüklük hem de nüfus içindeki yaşlıların oranında büyüme yaşamaktadır. 2030 yılına kadar dünyadaki her 6 kişiden 1'i 60 yaş ve üzerinde olacağı ön görülmektedir. Şu anda 60 yaş ve üzeri nüfusun payı 2020'de 1 milyardan 1.4 milyara yükselmiş olup 2050 yılına kadar ise 60 yaş ve üzeri dünya nüfusunun iki katına çıkacağı (2.1 milyar) görülmektedir. 80 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2020 ile 2050 yılları arasında üç katına çıkması ve 426 milyona ulaşması beklenmektedir (62).

Ekonomik göstergeleri yüksek olan ülkelerde günümüzde düşük ya da orta düzeyde olan nüfus dağılımındaki bu belirgin kaymanın (örneğin 60 yaş üstü nüfus Japonya'da nüfusun %30'un üzerindedir) artarak devam edeceği değerlendirilmektedir. En büyük değişimin ise gelişmekte olan ülkelerde yaşanacağı değerlendirilmektedir. 2050 yılına kadar 60 yaş üstü dünya nüfusunun üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde olması ön görülmektedir. Türkiye'nin de bu grup içerisinde olacağı ve yaşlı sağlığı hizmetlerine olan talebin de giderek artacağı ön görülmektedir (62, 63).

Yaşlanmanın getirdiği en belirgin değişim sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın giderek artması, toplumsal rollerdeki değişimler ve beraberindeki ruhsal durumdaki istenmedik klinik seyirdir. Her geçen yıl artan seyirde geriatrik psikiyatrik takibe ihtiyacı olan yaşlı sayısı artmaktadır. Yaşlı nüfustaki bu kayda değer artış yanında, alzheimer hastalığı, depresyon, anksiyete, şizofreni ve madde bağımlılığı gibi ruh sağlığı bozuklukları olan yaşlı yetişkinlerin sayısı da benzer seyirde artmaktadır. DSÖ dünya çapındaki yaşlı yetişkinlerin %20'sinin nörolojik ve psikolojik bozukluklara sahip olduğunu tahmin etmektedir. Demans hastalarının sayısının 2040 yılına kadar iki katına çıkması ve 81 milyonun üzerinde bir seyir sergilemesini beklemektedir. İleri yaştaki depresif bozukluklardaki yaygınlığın yaşlı yetişkinlerde ki ruhsal bozulmaların önde gelen nedeni olduğu değerlendirilmektedir (64).

Ruhsal bozukluklar yaşlı erişkinlerde artan morbidite ve mortaliteye yol açar ayrıca aileler üzerinde artan baskı ve toplumlar için daha yüksek tıbbi maliyetler açısından önemli sosyal ve ekonomik yükler oluşturur. Dünyanın her yerindeki yaşlı insanların ruh sağlığı ve esenliği, değişen kişisel özelliklerden, kültürel faktörlerden, ailesel yapılardan, ulusal politika ve kaynaklardan etkilenmektedir. Yaşlı nüfusların sürekli küresel genişlemesiyle birlikte, geriatrik ruh sağlığı bozukluklarına yönelik etkili yaklaşımlar geliştirmek, ulusların sosyal ve finansal refahı için önemli bir yer edeceği tahmin edilmektedir. Sosyal, kültürel ve coğrafi olarak farklı ortamlarda yaşlılar için ruh sağlığı konularındaki çeşitliliğe yanıt verecek politikalara ve yaşlı bakımı hizmetlerine duyulan ihtiyaç her geçen gün artmakta olup Türkiye’de bu süreçte kayda değer bir ihtiyaca sahiptir (65).

Hayatın herhangi bir noktasında ruh sağlığı sorunları için birden fazla risk faktörü klinik seyrin oluşmasına etki edebilmektedir. Yaşlılar, tüm insanlar için ortak olan yaşam stresörlerini deneyimleyebilirler fakat aynı zamanda yaşam kapasitelerinde devam eden önemli bir kayıp ve işlevsel yetenekte ki düşüş gibi faktörler yaygın olan stresörleri tetikleyebilmektedir. Örneğin yaşlılar, bir tür uzun süreli bakım gerektiren hareketlerde azalma, kronik ağrı, kırılganlık veya diğer sağlık sorunlarını her geçen gün artan bir oranda yaşayabilmektedir. Ek olarak yaşlı insanların yas veya emeklilikle birlikte sosyoekonomik statüde düşüş gibi olaylar yaşama olasılığı da yüksektir. Tüm bu stresörler, uzun süreli bakım gerektirebilecekleri yaşlı insanlarda; izolasyon, yalnızlık veya psikolojik sıkıntıya neden olabilmektedir (64, 66).

Epidemiyolojik kanıtlar yaşlı nüfusta ruh sağlığı hastalıklarında yüksek bir yük olduğunu gösteriyor. Yaşlı insanlarda ruhsal bozukluk genellikle komorbid tanı olarak

ortaya çıkabilir (örneğin, anksiyete ile ilgili bozukluklar fiziksel hastalıkların sağaltımı esnasında ortaya çıkabilir) veya teşhis edilemeyebilir. Psikiyatrik hastalığı teşhis etmek ve tedavi etmek, yaşlı insanların yaşamlarını iyileştirmenin bir yönüdür ancak başka bir yönü de ruh sağlığını istendik yönde (yaşam kalitesinin en üst düzeyde iyileştirilmesi) en üst düzeye çıkarmaktır (67).

Yaşlıların bakım ve destek ihtiyaçlarını anlamak maksatlı DSÖ uluslararası işlevsellik, engellilik ve sağlık sınıflandırması (ICF) kullanarak yapılan kapsamlı bir araştırmada; yaşlı yetişkinlerin üç ana alanda bakım ve desteğe ihtiyaç duyduklarını ve bir dizi fiziksel, sosyal ve psikolojik zorlukla karşılaştıklarını vurguladı. Bunlardan ilki sosyal faaliyetler ve ilişkiler, ikincisi ruh sağlığı ve üçüncüsü ise hareketlilik, öz bakım, ev hayatı ile ilgili faaliyetlerdir. İnceleme ayrıca birçok yaşlı insanın hastalıklarıyla başa çıkma ve bağımsızlığını koruma arzusu gösterdiğini ancak çevresel faktörlerin bu çabalara müdahale ettiğini de vurgulamaktadır.

Yaşlıların artan bir eğilimle:

- 1) Kişisel bakım stratejileri konusunda profesyonel tavsiye eksikliği
- 2) Hizmetlerin zayıf iletişim ve koordinasyonu
- 3) Bakım yolları gibi hizmetler hakkında bilgi eksikliği olduğunu vurgulamaktadır.

Ayrıca yaşlı nüfus içindeki iki grubun bakım ve destek ihtiyaçları hakkında ise bilgi eksikliği tespit edilmiştir. Bu grup yaşlı işçiler ve yaşlı bakıcılardır (68).

Ülkemizde yaşlılara yönelik sağlık politikaları incelendiğinde ise 2021-2026 arasında yürütülmesi hedeflenen TSYEP (Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı) kapsamında bazı stratejilerin planladığı görülmektedir. Bu kapsamda sağlıklı yaşlanma ve yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi, toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması, yaşlılar için sağlık hizmetlerine tam erişim sağlama ve izleme değerlendirmenin geliştirilmesinin hedeflendiği görülmektedir. Bu stratejik hedeflerin hayata geçirilmesinde ise bütün yaşlılar için fiziksel aktivite ve rehabilitasyon ile evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ayrıca yaşlılıkta nöropsikiyatrik hastalıklar, yaşlılara yönelik; şiddet, ihmal ve istismar ile yaşlılıkta yeti yitimi konularında etkinlikler ve sürdürülebilir müdahalelerin değerlendirilmesi üzerinde durulmaktadır (69).

Sağlık politikalarının bu hızlı değişime ayak uydurabilmesi, yaşlı nüfusların özel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde revize edilmesi önem arz etmektedir. Yaşlılara bakım sağlama konusunda sağlık profesyonelleri için eğitim şartları iyileştirilmelidir. Ruhsal,

nörolojik ve madde kullanım bozuklukları dahil yaşa bağlı kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi konusunda önleyici sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır. Ayrıca palyatif bakım konusunda sürdürülebilir politikalar tasarlamak ve yaşlı dostu sosyal hizmetler ve yaşam alanları geliştirmeye ihtiyaç vardır. Yaşlı yetişkinlerin psikiyatrik sorunlarına yönelik tedaviler üzerine yapılan araştırmalarda ortaya çıkan sonuç geriyatrik ruh sağlığı müdahalelerinin etkinliğini artırmayı desteklemektedir. Ruhsal bozukluğu olan yaşlı kişilerin popülasyonunda ki beklenen artışı, geriyatrik ruh sağlığı hizmetlerinde kanıta dayalı uygulamaların sistematik ve etkili bir şekilde uygulanmasını kolaylaştıracak bir stratejiye duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Toplum temelli, multidisipliner, geriyatrik psikiyatri tedavi ekiplerinin etkinliği için ruh sağlığı hizmeti sunan sistemde kanıta dayalı uygulamaların uygulanmasının önündeki engeller ise tartışılmaktadır (64, 70).

## **2.5. Yaşlılarda Yaş Ayrımcılığı**

Her bireyin doğuştan getirdiği fizyolojik yapısı, içinde yaşadığı kültürden kazandığı yaşam anlayışı ve sonradan edindiği bir potansiyeli vardır. Bireyin bu birikimine karşı diğerlerince gösterilen her türden kötü muamele, ötekileştirme ve olumsuz etiket olarak tanımlanabilecek olan ayrımcılık tüm insanlığın evrensel bir sorunudur. Yaş ayrımcılığı ise yaşa bağlı olarak yaşanan kötü muamele ve her türlü olumsuz yaklaşımlara maruz kalmaktır. Yaşlılarda yaş ayrımcılığı da bezer şekilde ileri yaştan getirdiği işlev kaybı beraberindeki sosyal statüdeki değişim sonucu yaşlıların; ötekileştirilmesi, dışlanması ve olumsuz muameleye maruz kalmalarıdır (71).

Yaş ayrımcılığının insanların sağlığı ve esenliği için ciddi ve geniş kapsamlı sonuçları vardır. Yaşlı insanlar arasında yaş ayrımcılığı, görece daha zayıf fiziksel ve zihinsel sağlık, artan sosyal izolasyon ve tek başına kalma, daha fazla finansal güvensizlik, düşük yaşam kalitesi ve erken ölüm ile ilişkilidir. Dünya çapında tahminen 6.3 milyon depresyon vakasının yaş ayrımcılığına bağlı olduğu tahmin edilmektedir. İnsanların sağlığı ve esenliği üzerinde olumsuz bir etkiye yol açan cinsiyet, ırk ve engellilikle ilgili olanlar da dahil olmak üzere her türlü önyargı, olumsuz etiketleme ve dezavantaj biçimleriyle kesişmekte olup ayrıca yaş ayrımcılığı tüm bu faktörlerle şiddetlenmektedir (72).

Yaşlı insanları zarara, dezavantaja ve adaletsizliğe yol açacak şekilde sınıflandırmak ve bölmek için harekete geçen her türlü eylemde yaş ayrımcılığı olarak değerlendirilmektedir. Önyargılı tutumlar, ayrımcı eylemler ve bağnaz inançları sürdüren yaşam inançları, kurumsal politikalar ve uygulamalar da olmak üzere birçok biçimde toplumlarda bu süreç izlenebilmektedir. Yaş ayrımcılığının yaşlı yetişkinlerin sağlığını

olumsuz etkilediğini gösteren pek çok kanıt bulunmaktadır. Dünya Değerler Araştırması'nın altıncısına katılan 57 ülkenin yer aldığı ve Türkiye'nin de aralarında olduğu kapsamlı bir araştırmada: Farklı birey ve ülke sınıflarını belirlemek için çok düzeyli gizli sınıf analizi yapıldı. Dahil edilen 83.034 milyon katılımcıdan elde edilen sonuçlar sırasıyla %44, %32 ve %24'ü düşük, orta ve yüksek yaş ayrımcılığına sahip olarak sınıflandırılmıştır. 57 ülkeden 34'ü orta veya yüksek yaş ayrımcılığı sınıflandırmasında yer almıştır. Bir bireyin veya bir ülkenin yaş ayrımcılığı yapma olasılığı, sağlıklı yaşam beklentisindeki artışlar ve bir ülkedeki yaşlı insanların oranı önemli ölçüde belirleyici olduğu görülmüştür. Bazı kişisel özellikler (daha genç yaş, erkek olmak ve daha düşük eğitime sahip olmak) ise bireyin yüksek yaş ayrımcılığı tutumlarına maruz kalma olasılığının artmasıyla önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmaya dahil edilen her iki kişiden en az biri, orta veya yüksek yaş ayrımcılığı tutumlarına sahipti. Sorunun büyüklüğüne ve sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine rağmen, yaşlı ayrımcılığı ihmal edilen bir küresel sağlık sorunu olmaya devam ettiği aktarılmıştır. 57 ülkede 83.034 milyon kişiyle yapılan bir ankete dayanan yaygınlık rakamları, her iki kişiden birinin orta veya yüksek derecede yaş ayrımcılığına (yani önyargılar) sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca Yüksek, orta ve düşük yaş ayrımcılığına sahip bireylerin ülkelere göre dağılımında Türkiye 57 ülke arasında en yüksek orandaki 17. ülkedir (73).

Yaş ayrımcılığı bireylere veya gruplara yaşlarına göre kalıp yargılarla yaklaşmak ve ayrımcılık yapmaktır. 1971'de Robert Butler tarafından yaşlılara karşı ayrımcılığı tanımlamak için ilk kez ortaya çıkmış bir kavramdır. Butler, yaş ayrımcılığını; birbirine bağlı üç unsurun birleşimi olarak tanımladı. Bunlar yaşlı insanlara, yaşlılığa ve yaşlanma sürecine karşı önyargılı tutumlardır. Yaşlılar hakkında kalıp yargıları sürdüren kurumsal uygulamalar ve politikalar gibi yaşlı insanlara karşı başka ayrımcı uygulamalar da vardır (74). Yaşlı ayrımcılığı yaygın bir olgudur ve yaşlıların refahı için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Yaş ayrımcılığına katkıda bulunan faktörleri değerlendirmek, toplumsal etkisini en aza indiren politikaları belirlemek için kritik öneme sahiptir. Bir sistematik derlemede, kırk yılı aşkın bir süre boyunca (1970–2017) yaşlılara karşı yaş ayrımcılığının temel belirleyicilerini araştıran 199 makale incelenmiştir. Yaş ayrımcılığıyla güçlü bir şekilde ilişkili olarak toplam 14 belirleyici unsur tespit edilmiştir. Bunlardan 13'ünün diğerlerine yönelik yaş ayrımcılığı üzerinde ve birinin kendi kendine yönelik yaş ayrımcılığı algısına etkisi olduğu görülmüştür. Yaşlı insanlarla diğerleri arasındaki temasın kalitesi ve yaşlıların diğerlerine olumlu ya da

olumsuz olarak kendilerini ifade etme şekilleri, yaş ayrımcılığının en güçlü belirleyicileri olarak görülmüştür (75).

ABD'nin Doğu Tennessee bölgesindeki yaşlı yetişkinler tarafından bildirilen yaş ayrımcılığı türlerini incelemek ve yaş ayrımcılığının görülme sıklığını ölçmek için yapılan bir çalışmada; (Katılımcıların yaşları 60-92 arasındadır) katılımcıların %84'ü en az bir tür yaş ayrımcılığı ile ilgili deneyimi olduğunu belirtti. Sıklıkla bildirilen yaş ayrımcılığı biçimleri ise yaşlı insanlarla dalga geçen şakalar ve saygısızlık gösteren olaylar olarak ifade edilmiştir (76). Toplumlara göre yaşlı ayrımcılığının yaygınlığı, hangi tür yaşlı ayrımcılığının daha yaygın olduğu ve yaşlıların hangi alt gruplarının daha fazla yaş ayrımcılığına maruz kaldığının araştırıldığı bir çalışmada; katılımcıların %77'den fazlası bir veya daha fazla yaş ayrımcılığı deneyimlediğini bildirdi. Çoğunluk ise birkaç yaş ayrımcılığı olayı yaşadığını belirtti ve olayların yarısından fazlasının birden fazla meydana geldiği bildirildi. En sık görülen ayrımcılık tipleri ise yaşlılara saygısızlık gösteren ifadeler sarf etme, yaştan kaynaklanan rahatsızlıklar veya zayıflık hakkında yaşlılara itham edilen kalıp ifadeler ve sosyal etiketler izledi (77).

Yaşlı yetişkinler için bakım harcamaları genç yetişkinlere göre çok daha yüksektir. Keza düzenli tıbbi hizmet birçok yaşlı için günlük yaşamın önemli bir parçasıdır. Örneğin ABD'de 65 yaşın üzerindeki nüfusun %15'inden azı iken, toplam sağlık bakım maliyetlerinin %36'sından fazlası bu kitleye ayrılmaktadır (78). Almanya'da yaşlı bireyler reçeteli ilaç maliyetlerinin %30'dan fazlasından sorumludur. Bu karmaşık tıbbi ihtiyaçları olan ve büyüyen yaşlı hasta grubu (85+ yaşlar) Avrupa'da aşırı orantısız maliyetlerin yaşandığı bir sağlık hizmeti harcaması oluşturmaktadır. Bu nedenle, yaşlı yetişkinler sağlık hizmetlerinden oldukça önemli bir kullanıcı grubunu temsil etmektedir. Bu kırılgan ve bağımlı grubun ayrımcılığa ve kötü muameleye maruz kalması da tüm bu süreç içerisinde kaçınılmazdır (79).

Yaş ayrımcılığı günlük hayatta (medyada, tutumlarımızda vb.) sürekli olarak mevcuttur ve bilinçaltı olabileceği değerlendirilmektedir. Ayrımcılık yaşlı insanlarla etkileşimi etkiler ve onlar için olumsuz sonuçlar doğurabilir. Ayrıca insanların yaşlandıkça, yaşlanma kavramına yükledikleri anlam değişebileceği için zihinsel ve fiziksel sağlığı da etkileyebilmektedir. Geriatrik onkolojide, sağlık profesyonellerinin yaşlı hastaların klinik takibinde kalıp yargılara sahip olmaları tedavi başarısını düşürebilmektedir. Örneğin günlük uygulamada, bir hastanın belirli bir tedavi için fizyolojik olarak çok yaşlı olduğu sonucuna varma riski klinisyen tarafından akılda tutulmalıdır. Sağlık profesyonelleri ayrımcı

düşünceler nedeniyle ve birey hakkında iyi bir bilgi sahibi olmadan, örneğin kafası karışmış yaşlı bir hastanın neler olup bittiğini anlayamayacak kadar bilişsel olarak yetersiz olduğu sonucuna varabilmektedir. Tersine, genç bir hastada, aynı gözlem onkolojik konsültasyonun stresiyle bağlantılı olacaktır. Bu nedenle, klinik uygulamada yaşlı ayrımcılığına karşı mücadelenin ciddiye alınması gerekmektedir. Bu amaçla bazı terapötik yaklaşımlar olsa da olası olumlu yansımaları netleştirmek ve bu alana uyarlanmış metodolojiler geliştirmek için geriatrik onkoloji özel bağlamında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (80).

Ruh sağlığı klinisyenlerinin (N=488), yaşlı bir yetişkin hasta ile iletişimlerinin derecelendirildiği sağlık yanlılığının ve sağlığa dayalı farklılıkların yaş ayrımcılığı tutumları üzerindeki etkisinin irdelendiği deneysel bir çalışmada, klinisyenler sağlığı iyi veya kötü olan yaşlı bir yetişkin danışanın kısa öyküsünü almak üzere rasgele görevlendirildi. Ardından bu danışanla yapılan klinik çalışmanın çeşitli yönlerini derecelendirmeleri sağlandı. Klinisyenlerin, sağlıklı yaşlı yetişkin danışanla yapılan klinik çalışmayı, sağlıklı yaşlı yetişkin danışana göre daha olumsuz olarak değerlendirdikleri görüldü. Sağlığa dayalı farklılıklar, danışanın terapi için uygunluğu düşünüldüğünde ise daha yüksek yaş ayrımcılığı tutumlarının sergilendiği ve mevcut şikayeti tedavi etmede de benzer bir sonuç olduğu tespit edildi. Bu çalışma verileri ve klinik uygulamalarda yaşlı yetişkin danışanlara yönelik ruh sağlığı bakımının önemi gözetildiğinde ruh sağlığı uzmanlarının geropsikolojik yeterliliklerinin dinamik bir gelişim içinde olması gerektiği de vurgulanmıştır (81).

Ülkemizde tıp öğrencilerinin meslek yaşamında yaşlı hastalarla çalışmaya istekli olmaları ve yaş ayrımcılığı ilişkili faktörler üzerindeki eğilimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada (N=637) Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlı hastalara yönelik tutumları genel olarak olumlu olsa da meslek yaşamında yaşlılarla çalışmak konusundaki isteksizlikleri ve uzak duruşları yüksek olarak bulundu (82). Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları halk sağlığı açısından önemli bir konudur. Benzer şekilde tıp öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları ile ilgili bazı faktörlerin belirlenmesi amaçlandığı farklı bir çalışmada (N=468) benzer şekilde her ne kadar öğrencilerin yaşlılara yönelik olumlu bir tutum içinde oldukları görülse de yaşlı hastalara sağlık bakımı vermek konusunda istenilen düzeyde istekli olmadıkları görülmüştür (83).

Bireylerin ve toplumun yaşlılara ilişkin algıları, onlara sunulan sağlık ve diğer hizmetlere yansımaktadır. Hemşirelik ve yaşlı bakımı programı öğrencilerinin (N=220) yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin irdelendiği bir çalışmada öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına karşı olumlu tutumlara sahip oldukları ve hemşirelik öğrencilerinin Yaşlı

Bakım Programı öğrencilerine göre Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (84).

Yaşlı yetişkinlerin ruh sağlığı hizmetleri alanında her ne kadar yeterince hizmet almadıkları genel olarak kabul edilse de yaşlılara yönelik ayrımcı yaklaşımlar sürdürülebilir sağlık hizmetlerini etkilemektedir. Yaşlı yaş ayrımcılığı; ruh sağlığı teşhisi, tıbbi bakıma erişim ve yaşlı yetişkinlere psikoterapi verilmesi birçok klinik uygulamayı olumsuz yönde etkilemektedir. Ruh sağlığı sorunlarının değerlendirilmesine ilişkin mevcut uygulamaların ve yaşlı yetişkinlerin optimal tedavisinin önündeki engellerden birisinin yaşlılara yönelik yaş ayrımcılığı olduğu ve toplum ruh sağlığı perspektifinden bu süreci incelemek ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğinin artırılmasında oldukça önemlidir. Ruh sağlığı klinisyenlerinin yaşlı yetişkinlerin tedavisine yönelik olumsuz tutumları ayrıca klinisyenler arasında yaş ayrımcı tutumların gelişimine katkıda bulunan olası faktörlerin aydınlatılması klinikte iyi uygulama örneklerinin gelişimine katkı sunacaktır. Ayrıca yaşlıların yaşlanmaya, psikiyatrik tanıya ve psikoterapiye yönelik olumsuz tutumlarının değerlendirilmesi de bir o kadar tedavi başarısı için önemlidir. Ayrıca yaşlı ruh sağlığı hastalarının değerlendirilmesi ve teşhis edilmesindeki zorlukların ve sorunların bazılarının da yaş ayrımcı tutumlardan sorumlu olabileceği ihtimali de kritik edilmelidir (85).

## **2.6. Yaşlanma ve Bilişsel Değişiklikler**

İnsan yaşamının çok yönlü gelişimi gibi yaşlanma da farklı yönleriyle ve metaforlarla tasvir edilmiştir. Doğal gelişim döngüsü ve beslenme alışkanlıklarını takip eden klasik görüşler: Yaşlanmanın içsel bir nedenden kaynaklandığı yaklaşımı etrafında bir tartışma yürütmüştür. 19. yüzyıl da yaşlanma; aşınma ve yıpranma kavramları ile irdelenmiş ve kavramsal çerçeve her zaman olduğu gibi gözleme dayandırılmıştır. Kuşkusuz ki yaşam döngüsü içinde canlı olsun ya da olmasın tüm doğal nesneler zamanın tahribatına tabidir. Yaşlanma kavramı da bu döngünün kaçınılmaz bir sonucudur. Bilimsel birikimde yaşlanma kavramı bu yıpranmanın bir sonucu olarak değerlendirilmiştir. Bu değişim kadar getirdiği kesin sonuçları da irdelenmelidir. Keza yaşlanma, insan organizmasının işlevselliğinde azalmayı ve nihayetinde de yaşamın sonlanması ile sonuçlanmaktadır. Zaman içinde ve kültürler arası farklılıklara göre de yaşlanmanın ve yaşlıların tedavisi konusunda büyük bir belirsizlik var olmuştur. Neyse ki gerçekçi bir kabullenme hakim olmuş ve yaşlanmanın istenmeyen bir durum olduğu öğretisi; aşınma faktörlerinin azaltılması, ömrü uzatmanın yollarını tasarlamak için önemli olduğu üzerinde yoğunlaşmaya çabalanmıştır (86, 87).

1833'te Lobstein, arteriosklerozun temel patolojisini tanımladığında (ihtiyarlık) mekanizmasını ilk kez irdeleyen verileri açıkladığının farkında değildi. Bu kavram etrafında motor ve duyu kusurları, vertigo, sanrılar, halüsinasyonlar, bilişsel ve duygusal bozukluk gibi nörobilişsel değişimlerin etiyolojisini yaşlanmanın etkisine ve arteriyosklerozun sonucuna bağlandı. Bu çalışma verilerine göre, bu değişimle ilgili nedensel ve prognostik bir faktör olarak arteriyosklerozun rolü evrimsel psikozlarla ilgili olarak erken dönemde bir süre sorgulanmıştır. Hatta 20. yüz yıl içerisinde buradan hareketle (arteriyosklerotik bunama) gibi bazı eski kavramlar 1960'lara kadar aktif kalmıştır (88).

Modern anlamda yaşlanmayı anlama süreci ise ana hayati organ olan beyin ve nörobilişsel sistem üzerinde yoğunlaşarak başlamıştır. Teknolojik gelişmelerle birlikte konvansiyonel beyin yapısal MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme) ile bu gelişim en üst seviyeye çıkarak günümüze kadar ki gelen süreçte beyin yapısındaki nörofizyolojik süreçler ve patolojik değişimin sınıflandırılmasında kanıtlanabilir veriler elde edilmeye başlanmıştır. Nöro-radyolojideki bu gelişmeler nörobilimin de katkıları ile normal yaşlanma, beyindeki morfolojik değişimler ve doku karakterize yaşla birlikte beyinde meydana gelen değişiklikleri anlamlandırmada klinikte kayda değer bir birikim oluşmuştur (88, 89).

Yaşlı bireylerin beyinlerinde çok çeşitli anatomik ve histolojik değişiklikler görülebilmektedir. Bununla birlikte fizyolojik olarak içsel yaşlanmadan kaynaklı değişiklikler beyindeki bu değişimden sorumlu tutulmaktadır. Yaşlılıkta bir dereceye kadar beyinde nörolojik değişim ve hacim kaybının kaçınılmaz gibi görüldüğü ancak son araştırmalar bu tür değişikliklerin büyüklüklerinin bilişsel olarak sağlam bireylerde daha önce düşünülenlerden çok daha az olduğunu ve nöral plastisitenin yaşlanmada dahi devam ettiğini öne sürmektedir. Nörobilim yaşlanma ile beyin mekanizmasında yaşanan değişimi çok yönlü olarak incelemeye devam etmektedir (90, 91).

Prevalansı yüksek olan hipertansiyon ve ateroskleroz gibi sistemik durumlara atfedilebilen bir dizi vasküler değişiklik yaşla birlikte daha sık hale gelir. Bu tür durumlarla açıkça bağlantılı olmayan yaşa bağlı vasküler değişiklikler, küçük intrakraniyal damarlarda arteriyel kıvrımların oluşumu ile hiyalin arteriosklerotik değişiklikleri ve lökoaraiosis olarak bilinen derin serebral beyaz cevherdeki radyografik değişiklikleri içerir. Yaşlanmaya, glial hücre aktivasyonundaki, proteinlere ve lipitlere yönelik oksidatif hasara, geri dönüşümsüz protein glikasyonuna ve DNA hasarındaki artışlar eşlik eder ve bu tür değişiklikler, AD (Alzheimer Tipi Demans) gibi dejeneratif durumların yaşa bağlı artan insidansının kısmen altında yatan sebepler olarak değerlendirilmektedir. Yaşlı insan beyinlerinde az sayıda

histolojik değişikliğin evrensel olduğu görülmektedir. Bunlar, kan-beyin veya beyin omurilik sıvısı-beyin arayüzlerinin yakınındaki astrositik süreçlerde artan sayıda korpora amilacea, tüm beyin bölgelerinde (yaşlanan) pigment lipofusin birikimi ve Alzheimer tipi nörofibriler yumakların (ancak mutlaka amiloid plakları değil) görünümünü içerir (91, 92). Postmortem incelemeler, beyin yaşlanmasının AD'de belirgin karakterize olduğunu göstermektedir. Yaşlanma, asenkron olarak gerçekleşen fizyolojik bir süreçtir. Çeşitli ülkelerde üretilen yaşa bağlı diferansiyel değişiklikler beyindeki nöronların anatomisindeki bölgeler, doku hacmi, yoğunluğu ve çeşitli nörotransmitterlerin dinamiklerindeki farklılıklar ise buna destek vermektedir (93, 94).

Yaşlanma beyin boyutunda, damar sisteminde ve bilişte değişikliklere neden olur. Yaş ilerledikçe beyin küçülür ve moleküllerden morfolojiye kadar her düzeyde değişiklikler olur.  nme, beyaz cevher lezyonları ve bunama insidansı, hafıza bozukluğu seviyesi gibi yaşla birlikte artar ve nörotransmitter ve hormon seviyelerinde değişiklikler olur. Yaşlanmanın beyindeki nörofizyolojik değişimin kaynağı olması, yaşlıların ruh sağlığında ki değişimleri anlama da ve klinik sağaltımında birincil değerlendirilmesini gerektirmektedir (95).

Bilişsel gerileme, 60 yaşın üzerindeki birçok kişiyi etkiler. Hafif bilişsel bozukluk ve bunama, yaygın olarak Alzheimer bunaması, birçok bilişsel alanı etkileyebilir ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Geriatrik bir değerlendirme de normal yaşlanma ile yaşa bağlı bilişsel gerileme ayırt edebilir. Bu etkinlik, bilişsel gerilemenin değerlendirilmesini, tedavisini ve yönetimini açıklar ve bu durumdaki hastaları değerlendirme, tedavi etme ve yönetmede meslekler arası ekibin rolünü de vurgulamaktadır. Keza geriatrik değerlendirme çok yönlüdür ve disiplinler arası koordineli bir klinik çabayı gerekli kılmaktadır (96).

Bilişsel düşüşün etiyolojisini anlamak zordur. Tıbbi ve diğer faktörlerin nasıl etkileşime girdiğine dair daha derin bir birikim gereklidir. Ancak bazı klinik çalışmalara dayalı olarak daha düşük sosyoekonomik statüye sahip ve daha düşük eğitim düzeyine sahip hastalarda bilişsel gerileme riski yüksektir. Bilişsel düşüş için tıbbi risk faktörleri arasında kardiyovasküler hastalık ( zellikle vasküler demans ve Alzheimer hastalığı (AD) için), yüksek kolesterol, hipertansiyon, diabetes mellitus, atriyal fibrilasyon, inme ve depresyon yer almaktadır. Sigara içmek, aşırı alkol alımı ve hareketsiz bir yaşam tarzı da artmış risk ile ilişkilidir (97, 98).

Son araştırmalar depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikozun, demansı olmayan yaşlı popülasyonlarda önceden sanıldığından daha yaygın olduğunu göstermiştir. Bu

bozuklukların sıklığının yaşla birlikte arttığı veya azaldığı açık değildir. Yaşlılıkta psikiyatrik bozuklukların klinik ifadesi, daha az ve genellikle daha hafif belirtilerle, daha genç yaş gruplarında görülenden farklı olabilir. Aynı zamanda, farklı psikiyatrik bozukluklar arasındaki ve somatik bozukluklarla komorbidite çok fazladır. Depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikozu olan kişilerde bilişsel işlev genellikle azalır ancak bu bozuklukların demans için risk faktörleri olup olmadığı belirsizdir. Psikososyal risk faktörleri de önemli olmasına rağmen, yaşlılardaki psikiyatrik bozukluklar sıklıkla serebral nörodejenerasyon ve serebrovasküler hastalık ile ilişkilidir. Yaşlılar arasında yaygın olan psikiyatrik bozuklukların sosyal yoksunluk, düşük yaşam kalitesi, bilişsel gerileme, sakatlık, somatik bozukluk riskinde artış, intihar ve intihar dışı ölümlerde artış gibi sonuçları vardır (99).

Düşünme yeteneğindeki bazı değişiklikler, yaşlanma sürecinin normal bir parçası olarak kabul edilir. Bu yaşa bağlı düşüşler en yaygın olarak düşünmede genel yavaşlığı ve dikkati sürdürmede, çoklu görevlerde, bilgiyi akılda tutmada ve sözcük bulmada güçlükleri içerir. Araştırmalar, azalan hipokampal, frontal ve temporal lob hacimleri gibi beyin yapılarında yaşa bağlı değişikliklerin, bazı düşünce değişikliklerine katkıda bulunan yaşlanmanın yaygın bir yönü olduğunu göstermektedir. Ancak, tüm düşünme yetenekleri yaşla birlikte azalmaz. Aslında kelime dağarcığı, okuma ve sözel muhakeme, yaşlanma sürecinde değişmeden kalır ve hatta gelişir (100).

Bilişteki bazı hafif değişiklikler yaşlanma sürecinin normal bir parçası olarak kabul edilirken bunama öyle değildir. Yaşa bağlı normal düşüşler hafiftir ve çoğunlukla düşünme hızı ve dikkati etkiler. Anormal yaşlanmada bilişteki gerilemeler daha şiddetlidir ve hızlı unutma veya yol bulma, ortak sorunları çözme, konuşmada kendini ifade etme veya sosyal kuralların dışında davranma gibi diğer düşünme becerilerini içerebilir. Anormal yaşlanma, aşırı takılma, düşme veya titreme ile sonuçlanan motor sistemini de içerebilir. Çoğu zaman, bir kişinin yaşıyor olabilecekleri bilişsel değişikliklerle tam olarak ne zaman ilgilenmesi gerektiğini belirlemek zordur. Bilişsel gerilemeyi önlemek için farmakolojik olmayan müdahalelerin neleri içermesi gerektiği açık değildir. Semptomlar kişiden kişiye değişebilir ve bir kişi için normal olan bir başkası için normal olmayabilir. Bu durum klinisyenlerin bir kişinin yaşadıklarının onlar için önemli bir düşüş mü yoksa normal beklentiler dahilinde mi olduğunu belirlerken karşılaştıkları zorluklara katkıda bulunur. Her bir vakaya ayrı bir yaklaşım gerekmektedir (101, 102).

Bilişteki bu yaşa bağlı değişiklikleri anlamak, artan yaşlı nüfusumuz, yaşlılıkta ki işlevsel bağımsızlığı ve başkalarıyla etkili iletişimi sürdürmede bilişin önemi göz önüne

alındığında oldukça önemlidir. Normal yaşlanma ile bilişteki en önemli değişiklikler, işlem hızı, çalışma belleği ve yürütücü bilişsel işlev ölçümleri dahil olmak üzere kişinin bir karar vermek için bilgileri hızlı bir şekilde işlemesini veya dönüştürmesini gerektiren bilişsel görevlerdeki performanstaki düşüşlerdir. Kümülatif bilgi ve deneyimsel beceriler ileri yaşlara kadar iyi korunur. Beyindeki yapısal ve işlev değişiklikleri, nöronal ölüm olmaksızın nöronal yapıdaki değişiklikler, sinapsların kaybı ve nöronal ağların işlev bozukluğu dahil olmak üzere yaşa bağlı bu bilişsel değişikliklerle ilişkilidir. Yaşa bağlı hastalıklar, nöronal işlev bozukluğu, nöronal kayıp ve bilişsel gerileme oranını hızlandırır; birçok kişi, günlük işlevsel yeteneklerini bozacak kadar şiddetli bilişsel bozukluklar geliştirir. Sağlıklı yaşam tarzlarının yaşlanmayla birlikte görülen bilişsel gerileme oranını azaltabileceğine ve yaşa bağlı hastalıklar ortamında bilişsel semptomların başlamasını geciktirebileceğine dair ortaya çıkan kanıtlar vardır. Yaşlı refahı ve klinik sağılatım için bu sonuçların uygulanabilirliğini terapötik iletişimde arttırmak gerekmektedir (103, 104).

## **2.7. Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar**

Ruh sağılığı ve esenlik, yaşamın diğer zamanlarında olduğu kadar yaşlılıkta da önemlidir. 60 yaş ve üzerindeki yaşlı yetişkinler, aile üyeleri, gönüllüler ve iş gücünün aktif katılımcıları olarak topluma önemli katkılarda bulunurlar. Çoğunun ruh sağılığı iyi olsa da, birçok yaşlı yetişkin ruhsal bozukluklar, nörolojik bozukluklar veya madde kullanım sorunlarının yanı sıra diyabet, işitme kaybı ve osteoartrit gibi diğer sağılık sorunları geliştirme riski altındadır. Yaşlı yetişkinler arasındaki ruhsal ve nörolojik bozukluklar, bu yaş dönemindeki yeti yitiminin %6.6'sını oluşturmaktadır. 60 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin yaklaşık %15'i bir ruhsal bozukluktan mustariptir. Ayrıca insanlar yaşlandıkça, aynı anda birkaç sağılık sorununu yaşama olasılığı da yükselmektedir (105).

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır: 2015 ile 2050 arasında, dünyadaki yaşlı yetişkinlerin oranının yaklaşık %12'den %22'ye, neredeyse iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı insanlardaki bu bozukluklar, engelli olarak yaşanan yılların %17.4'ünü oluşturmaktadır. Bu yaş grubundaki en yaygın ruhsal ve nörolojik bozukluklar, sırasıyla dünya yaşlı nüfusunun yaklaşık %5'ini ve %7'sini etkileyen bunama ve depresyondur. Anksiyete bozuklukları yaşlı nüfusun %3.8'ini, madde kullanım sorunları ise neredeyse %1'ini etkilemektedir. Ayrıca kendine zarar verme nedeniyle meydana gelen ölümlerin yaklaşık dörtte biri 60 yaş ve üstü kişiler arasındadır. Giderek artan sosyal ve tıbbi bir sorun haline gelen yaşlılık ruhsal bozukluklarına ilişkin sınıflandırma ise yarım yüzyıl öncesinin büyük tanımlayıcı psikiyatrlarının (Kraepelin 1909 ve Bleuler 1916) görüşlerine

dayanmaktadır. Yaşlılığa özgü dejeneratif bozukluklarla ilişkili klinik süreçler ilk kez kanıtlanabilir düzeyde değerlendirildiğinde; bu tür nöropsikolojik semptomların yaşlılıkta belirginleştiği veya uzun süreli remisyondan sonra yaşlılıkta ortaya çıktığı görülmektedir. Günümüzde ise nörolojik belirtileri veya hastalığı açıklayabilecek zihinsel verimlilikteki düşüşün bazı kanıtlarını araştırmak üzerinde durulmaktadır. Ayrıca yaşlı insanlar arasındaki madde bağımlılığı sorunları ise göz ardı edilebilmekte veya yanlış teşhis edilmektedir. Ruh sağlığı sorunları, sağlık uzmanları ve yaşlıların kendileri tarafından yeterince tanımlanmamaktadır ve bu durumları çevreleyen damgalama, insanları yardım arama konusunda isteksiz kılmaktadır (105, 106).

Psikiyatrik hastalıklar, etkilenen bireyler, bakıcıları ve sağlık sistemi üzerinde kayda değer bir yük oluşturur. Yaşlanma ile ortaya çıkan hastalıkların gelişiminde birçok kalıtsal bileşen olduğuna dair kanıtlar olmasına rağmen, henüz mevcut veriler etiyolojinin açıklanmasında gelişim aşamasındadır. Klinik olarak çok az sayıda farmakolojik tedavi seçeneği mevcuttur. Psikiyatrik hastalıkların birçok özelliği, monozigotik ikizlerin uyumsuzluğu, geç başlangıç yaşı, menşee ebeveyn ve cinsiyet etkileri ve dalgalanan hastalık seyri gibi epigenetik düzensizlik ile tutarlıdır. Son yıllarda, deneysel teknolojiler, epigenomun ve bunun normal genom merkezli fonksiyonların sürdürülmesindeki rolünün yanı sıra hastalık etyopatogenezinin derinlemesine çalışmalarına izin vererek önemli ölçüde ilerlemiştir (107).

Psikiyatrik hastalıkların klinik tanı sürecinde ise; ICD-10 (Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması) kılavuzu ve DSM-V (Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı) kılavuzu evrensel değerlendirme ölçütleridir. Yaşlı bir kişiden psikiyatrik öykü alırken bu popülasyonun; genel sağlık ve kırılganlıkta ki heterojenliği, bilişsel yetenekler ve destek ihtiyacı gibi faktörler klinisyenin doğru tanıya varmasında oldukça önemlidir. Ayrıca klinisyen yaşlı bireyleri biraz daha cesaretlendirmeli samimiyet çerçevesinde, saygı ve açıklığın sözel ve sözel olmayan iletişimde bir dinamiğini yakalamalıdır (108).

Klinik takipte psikiyatrik belirtilere neden olan başka bir tıbbi bozukluk bulunduğuna dair veriler (%63) vardır. Örnekler arasında deliryum (enfeksiyonlar, metabolik anormallikler, polifarmasi); bunama (tiroid hastalığı, B12 eksikliği); psikoz (madde yoksunluğu/toksisite, boşluk beyindeki işgalci lezyonlar); depresyon (anemi, tiroid hastalığı, bazı ilaçlar, malignite); mani (inme, ilaç yan etkileri); kaygı bozuklukları (tiroid hastalığı, kardiyak aritmi); ve algısal anormallikler (görme kusurları, migren, temporal lob epilepsisi,

ilaçlar) gösterilebilir. Ayrıca ruhsal bozukluk yeni olayların başlamasına da katkıda bulunabilir. Bu nedenle de klinisyen tarafından ayırıcı tanı kriterlerinin dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir (109).

Yaşlılıkta ruhsal bozukluklarla ilgili araştırmaların çoğu, demans ve depresyon üzerinde yoğunlaşmaktadır. Anksiyete bozuklukları gibi diğer ruhsal bozukluklar ve psikotik bozukluklar daha az dikkat çekmiştir. Halk sağlığı sorunları olarak yaşlı insanlar arasında Demans; hafıza, düşünme, davranış ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğinde bozulmanın olduğu, genellikle kronik veya ilerleyici nitelikte bir sendrom olarak açıklanır. Yaşlanmanın normal bir parçası olmasa da esas olarak yaşlıları etkiler. Dünya çapında 50 milyon insanın bunama ile yaşadığı ve yaklaşık %60'ının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir. Demanslı kişilerin toplam sayısının 2030'da 82 milyona ve 2050'de 152 milyona çıkacağı tahmin ediliyor. Demansla ilişkili tıbbi, sosyal ve resmi olmayan bakımın doğrudan maliyetleri açısından önemli sosyal ve ekonomik sorunlar vardır. Ayrıca, fiziksel, duygusal ve ekonomik baskılar ailelerde ve bakıcılarda büyük strese neden olabilir. Hem demansı olan kişiler hem de bakıcıları için sağlık, sosyal, finansal ve yasal sistemlerden destek alınması gerekmektedir (105, 110).

Depresyon büyük ıstıraplara neden olabilir ve günlük yaşamda işlev bozukluğuna yol açar. Tek kutuplu depresyon genel yaşlı popülasyonun %7'sinde görülür ve 60 yaş üstü kişilerde yeti kaybının yaklaşık %5.7'sinden sorumlu tutulmaktadır. Klinik takipte ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon hem yetersiz teşhis edilir hem de yetersiz tedavi edilir. Semptomlar genellikle gözden kaçır ve tedavi yetersiz kalabilmektedir çünkü yaşlı yetişkinlerin karşılaştığı diğer problemlerle birlikte ortaya çıkan bu süreç ayırıcı tanıda fark edilmeyebilmektedir. Depresyonun sonuçları arasında sosyal yoksunluk, yalnızlık, düşük yaşam kalitesi, engellilik, artan sağlık ve evde bakım ihtiyacı gelmektedir. Depresif semptomları olan yaşlı insanlar, akciğer hastalığı, hipertansiyon veya diyabet gibi kronik tıbbi durumları olanlara kıyasla daha zayıf işlevselliğe sahiptir. Depresyon ayrıca kötü sağlık algısını, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı ve maliyetleri de artırmaktadır (105, 111).

## **2.8. Geriatrik Psikiyatride Tedavi Süreci**

Geriatrik psikiyatri, ruhsal sağlık ihtiyaçları olan yaşlı yetişkinlerle tıbbi psikiyatrik sorunları olan 65 yaş ve üstü bireylerin tedavisine ve bakımına odaklanmış bir tıbbi uzmanlık alanıdır. Geriatrik psikiyatristler ve bu alanda çalışan psikologlar yaşlı yetişkinlerin duygusal, fiziksel, sosyal ve bilişsel ihtiyaçlarını karşılamak için kapsamlı değerlendirmeler yaparak tedavi sürecini yönetirler. Geriatrik psikiyatri, geriatrik ruh sağlığı hizmetlerinin

odağını, bozuklukları ve psikopatolojiyi incelemenin ötesinde, ruhsal esenliğe ve başarılı yaşlanmaya katkıda bulunan faktörleri de incelemektedir. Artan sayıda girişimsel çalışma bu değiştirilebilir pozitif psikososyal özellikleri hedefleyen tedavileri kullanmaktadır. İyileştirilmiş refah, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık sonuçları ile ilişkili olabilecek değiştirilebilir birçok yapı olduğuna dair veriler bunu desteklemektedir (112).

Yirmi birinci yüzyılda dünya nüfusu, insanlık tarihinde görülmemiş bir oranda yaşanmaktadır ve kronik hastalıklarda ki eş zamanlı artışlarla birlikte dünyadaki sağlık sistemleri üzerinde önemli bir baskı oluşturacağı da değerlendirilmektedir. Yaşlılıkta ruhsal hastalıkların çeşitli nedenleri vardır. Belirli bir stres (emeklilik, kayıp deneyimleri, fiziksel hastalıklar, özerklik kaybı, yalnızlık) önceden bilinen ruhsal hastalıklarını (örneğin, depresyon, kaygı bozuklukları, bağımlılıklar, yaşam krizleri) şiddetlendirebilir ve hatta tetikleyebilir. Ayrıca bunama ve deliryum gibi fiziksel nedenlere sahip ruhsal hastalıklar ise daha sık görülmektedir. Özellikle de bilişsel bozuklukların ve geç yaşam duygudurum bozukluklarının oranlarının artması da beklenmektedir. Yakın tarihli dünya alzheimer küresel raporunda, yaşlı insanların ( $\geq 60$  yaş) payının 1990'da %9.2'den 2013'te %11.7'ye yükseldiğini ve 2050'de %21.1'e ulaşarak dünya nüfusunun bir oranı olarak artmaya devam edeceğini öne sürmektedir. Yaşlandıkça, yaşa bağlı bilişsel gerileme ve bunama oranlarının ve geriatrik depresyonun ciddi sonuçlarla artacağını öne süren güçlü tahminler bu verilerle desteklenmektedir. 2013 yılı itibarıyla, dünya genelinde bunama hastası 44.4 milyon insan olduğu tahmin ediliyor. Bu sayı 2030'da 75.6 milyona ve 2050'de 135.5 milyona çıkacağı ön görülmektedir (113, 114).

Geriatrik psikiyatride sağlığa duyarlı yeniliğe olan ihtiyacı yönlendirmek için bir dizi ana faktör bir araya gelmektedir. Öncelikle dünya nüfusu yaşanmaktadır. İkincisi, yaşa bağlı bilişsel gerileme, bunama ve depresyonun yaşlı ruh sağlığı üzerinde büyük bir yükü vardır. Üçüncüsü, bu koşullar için mevcut tedavi seçenekleri oldukça azdır. Son olarak, düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık imkanlarına nispeten zayıf bir erişim eksikliği vardır. Sürdürülebilir sağlık sisteminin tüm bu değişime uygun yeni uygulamalara ihtiyaç duymaktadır (115).

Klinik uygulamalarda toplum ruh sağlığına duyarlı uygun bir uygulama yapılması klinik değerlendirmenin bütüncül boyutuna vurgu yapmaktadır. Hastadan alınan tıbbi, psikiyatrik öykü ve hasta yakının dinlenilmesi, ruhsal durum değerlendirmesi ile birlikte, yaşlıların değerlendirilmesinde kültürel farklılıkların gözetilmesi gerekmektedir. İlk olarak, klinisyen tarafından hasta ve yakınları dinlenilerek bütüncül bir yaklaşım sergilenmelidir.

İkincisi, ayırıcı tanıdaki faktörlerin dikkatlice incelenmesi ve ruhsal değerlendirmeye yönelik klinik adımların dikkatlice atılması gerekmektedir. Üçüncüsü, daha rasyonel ve odaklanmış bir araştırma planı çizmek için klinisyen hastalığın seyrini gözlemler ayrıca varsa daha önce uygulanan tedavinin etkinliğini ve klinik tanıları değerlendirir. Bu veriler ışığında ise klinik teşhis ve tedavi süreci sonuçlandırılır. Ancak bazı durumlarda, yeterli öykü (örneğin deliryumda) elde edilemeyebilir. Bu durumda fiziksel bir muayene ve değerlendirmeye daha fazla ağırlık verilir. Yaşlıyı değerlendirilirken; ev, klinik, hastane dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda hasta ile ilk veya tek temas kuran kişi kiniysen olabilmektedir. Bu nedenle yaşlıyı değerlendirecek klinisyenin kısa ama kapsamlı bir şekilde gerçekleştirme becerisine ve yeteneğine sahip olmalıdır. Ayrıca fizik muayene, test sonuçları ve bulguları yorumlama, mantıksal bir dizi planlama dahil tüm incelemeler multidisipliner ekibin diğer üyelerinin katkıları ile desteklenmelidir (116).

Yaşlı ve genç insanlar arasındaki birtakım farklılıklar (kronik hastalığın geçmişi, bozulmuş homeostaz/yaşlanmanın fizyolojik değişiklikleri, hastalığın daha az spesifik sunumu) vardır. Bu farklılıklar ise hastalığın şekline ve semptomlarına yansımaktadır. Öncelikle, yaşlı insanlarda yaygın olarak görülen hastalıklar birçok yaşlıyı yoğun olarak etkilemiştir ve yaşlı bu birikmiş klinik tablo ile kliniğe başvurmaktadır. Ayrıca komorbidite yaygındır ve hastalığın sunumunu değiştirmek için vücudun normal fizyolojik yaşlanma değişiklikleriyle etkileşime girmektedir. Fizyolojik homeostatik mekanizmaların bozulmasının sonuçları ise vücuttaki değişikliklerle başa çıkma kapasitesinde azalma (neden olduğu hastalık nedeniyle) veya çevrede (bakıcı veya bakıcı olmaması gibi) önemli bir değişim oluşturmaktadır. Böylece yaşlı kişi genç bir yetişkin için nispeten küçük olabilecek bir hakareten daha derin etkilenmektedir. İleri yaştaki bu yeti kaybı daha yavaş iyileşmeye de yol açabilmektedir. Örneğin genç yetişkinlere göre yaşlılarda hastanede kalış süresi iki kat daha fazladır. Ancak yaşlı ve ağır hasta kişiler dahi yeterli zaman ve destek verilirse iyileşebilmektedir. Geriatrik tedavi de bütüncül bir yaklaşımın sergilenmesi, klinisyenin kısa sürede etraflı bir değerlendirme kabiliyetine sahip olabilmesi ayrıca tedavinin planlamasında disiplinler arası bir ekiple sürecin değerlendirilmesi gerekmektedir (117).

### **2.8.1. Psikofarmakolojik Yaklaşımlar**

Güncel psikiyatrik değerlendirmede yaşlanmanın olağan geçişiyle görülen psikosomatik ve bilişsel değişiklikler yanı sıra oluşan hastalıklarla ve uygulanan farmakolojik tedavilere de odaklanılmaktadır. Yaşlı hastalar sıklıkla subklinik sendromlar veya eşlik eden hastalık veya kısmi tedavi ile modifiye edilen semptomlarla gelmektedir. Bireysel bir hasta

için psikotropik rejim, hastane, klinik ve uzun süreli bakım tesisinden alınan reçetelerin bir bileşimi olabileceğinden, mükerrer ilaçlar (örn. İkinci nesil antipsikotik) olabilir, ilaç etkileşimleri ve ilaç dozajı farkı bu nedenle önemli olabilmektedir. Uygunsuz (örneğin, titrasyon olmaması nedeniyle yetersiz dozda bir antidepresan) veya çeşitli ilaçlar için dozaj programları senkronize olmayabilir. Hastanın ilaç rejimlerini mümkün olduğunca düzenli tutmakla kalmayan, aynı zamanda belirli endikasyonlar için ilaç deneylerini denetleyen ve uygun şekilde ilaçları ayarlayan veya kesen bir birincil bakım sağlayıcısının olması bu tür hastalar için önemlidir. Geriatrik psikofarmakoloji konusunda iyi bilgiye sahip bir klinisyenle konsültasyon ve multidisipliner bir yaklaşım yaşlı hasta bakımı için oldukça önemlidir (118).

Geriatrik psikiyatrik bozuklukların klinik değerlendirme ve tedavi sürecinde kuşkusuz ki psikofarmakolojik yaklaşımların önemli bir yeri vardır. Geriatrik psikiyatri ile ilgili son gelişmeler, Alzheimer hastalığı (AD), şiddetli/dirençli depresyon ve kanser/yaşam sonu palyatif bakımına odaklanmıştır. Son klinik incelemelerde Anti-amiloid ajanlarla ilgili devam eden denemelerin odak noktası çok erken evre AD'ye sahip bireyler olmuştur; birkaç ajan faz üç araştırması altındadır ve FDA'nın (Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi) incelemesi altındadır. Amiloid ve tau PET taramaları, FDA tarafından AD teşhisine yardımcı olmak için onaylanmıştır. Demansın nöropsikiyatrik semptomları için ümit vaat eden farmasötikler arasında pimavanserin, brexpiprazol, essitalopram, dekstrometorfan-kinidin ve lityum yer almaktadır. Esketamin, genel erişkinlerde tedaviye dirençli depresyon için onaylanmış olmasına rağmen, bir faz üç denemesinde yaşlı hastalarda etkinlik gösterememiştir. Psychedelic destekli psikoterapinin yaşamın sonu ve kanserle ilişkili depresyon/anksiyetede yararına dair ön kanıtlar vardır. Kannabinoidlerin kullanımına ilişkin kanıtlar ise şu anda yeterli değildir (119).

Günümüzde yaşlılarda psikotrop ilaçların kullanımına rehberlik edecek önemli kanıtlar mevcuttur. Mevcut verilerin çoğu ise majör depresif bozuklukların tedavisinde SSRI veya SNRI antidepresanlarının kullanımı; demansın davranışsal ve psikolojik semptomlarının tedavisinde atipik antipsikotiklerin kullanımı ve AD'ye bağlı bilişsel bozukluğun tedavisinde ise bilişsel güçlendiricilerin kullanımı üzerinde durmaktadır. Bilişsel güçlendiriciler, demansı olan yaşlı bireylerde nispeten güvenli görünmektedir. Ancak etkinlikleri orta düzeydedir. Farmakoepidemiolojik veriler, toksisitetlerine rağmen benzodiazepinlerin daha fazla sayıda yaşlı kişiye reçete edilmeye devam ettiğini göstermektedir. Bipolar bozukluğu veya şizofrenisi olan yaşlı kişilerde duygudurum

dengeleyicilerin veya antipsikotiklerin kullanımına rehberlik edecek ampirik veriler eksiktir. Benzer şekilde, semptomları birinci basamak farmakolojik müdahalelere yanıt vermeyen yaşlı kişilerde psikotrop ilaçların seçimi, sıralaması ve kombinasyonu hakkında bilgi vermek için daha iyi verilere ihtiyaç vardır (120).

Yaşlı nüfus arttıkça multimorbid hastaların sayısı ve polifarmasi riski de artar. Sonuçları ise; ilaç etkileşimleri, ilaçların istenmeyen yan etkileri, sağlıkta bozulma ve hastaneye yatış ihtiyacıdır. Yaşlılar arasında hastaneye başvuruların %5-10'u ilaçların istenmeyen yan etkilerine bağlanabilir. Yaşlı hastalar hem yaşlılıkta multimorbidite prevalansı hem de hekimlerin kılavuzları eleştirmeden uygulamaları nedeniyle özellikle polifarmasi riski altındadır. Bir kişi ne kadar çok ilaç alırsa, ilaç etkileşimi ve istenmeyen yan etki riski o kadar artmaktadır. Farmakokinetik ve farmakodinamikteki yaşa bağlı değişiklikler de bu riski artırır. Yaşlı hastalara ilaç reçete eden doktorların, ilaç etkileşimlerinden ve polifarmasiden kaçınmak için ilaçların katabolik yolları, protein bağlama ve sitokrom P450 üzerindeki endüktif ve inhibitör etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. İlaç etkileşimi risklerinin ve istenmeyen yan etkilerin erken tespit edilebilmesi ve önlenmesi için pratik ve makul ilaç takibini sağlamak klinik psikofarmakolojik yaklaşımda oldukça önemlidir (121).

Farmakoterapide etkinliğin üç ana belirleyicisi, doğru tanı koymak, kanıtlanmış bir tedavi kullanmak ve müdahalenin yeterliliğini sağlamak için kararlı olmaktır. Yukarıdaki belirtilen tüm nedenlerle, geriatride yanlış tanı riski genel popülasyona göre daha yüksektir. Doğru bir boylamsal öykü elde etmek ve aile üyeleri veya diğer bakıcılarla konuşarak bu öyküyü desteklemek için ekstra özen gösterilmelidir. Ayrıca mümkün olduğunca hastanın psikotropik içermediği başlangıç düzeyi gözlemlenmeli, hasta alkol ve diğer reçetesiz ilaçlardan arındırılmalıdır. Spesifik tanı koymak için DSM-V veya ICD gibi kriterler teşhis için kullanılabilir. Bu kriterlerin geriatride için yeterince ayrıntılı olmayabileceği alanlarda (örneğin, demansın belirli etiyolojilerinde) orijinal kaynaklardan tam teşhis kriterleri etraflıca irdelenmelidir. Her ilaç denemesi için ilk adım, hedef semptomları belirlemek ve karakterize etmektir; mümkün olduğunda, yayınlanmış normatif verilerle standartlaştırılmış ölçekler kullanılarak objektif patoloji derecelendirmeleri için kullanılmalıdır (122, 123).

## **2.8.2. Psikoterapi ve Diğer Klinik Uygulamalar**

Yaşlı insanlara yönelik psikoterapi uygulamaları, yaşlılık psikiyatrisinde ve genel olarak psikoterapide geleneksel olarak düşük bir yere sahiptir. Özellikle yaşlılıkta yaşanan önemli işlev kayıpları bu alanda uzmanlık ve hizmetlerin geliştirilmesine büyük bir engel

teşkil etmektedir. Yaşlı insanların tedavi edilebilirliği hakkındaki olumsuz inanışlar ve yaşlılara hitap edebilecek psikoterapi teorilerinin eksikliği, tedavide ki beklentilerin karmaşıklığı da yaygın bir olumsuz etkiye sahiptir. Erken bunamanın değerlendirilmesi ve tedavisi için yaşlılık psikiyatrisi hizmetlerine yönelik mevcut yüksek taleple birlikte, hizmetlerdeki gelişmeler psikoterapiden ziyade hastalığın biyolojik modellerine ve farmakolojik tedavilere odaklanmaktadır (124).

Diğer herhangi bir tedavi şekli gibi, psikoterapinin amacı da acıyı dindirmek, normal işleyişi sağlamak, mümkünse tam olarak iyileştirmek ve zorlukları önlemektir. Psikoterapinin bir yöntemin diğerine göre açık bir üstünlüğü ortaya çıkmamış olsa da, psikoterapinin genç popülasyonlar için olduğu kadar yaşlı insanlar için de etkili olduğu kanıtlanmıştır. Psikoterapi, yaşlı hastaya ve mevcut soruna bağlı olarak birincil veya yardımcı tedavi yöntemi olarak kullanılabilir (125).

Psikoterapide yaşlı hastalarla genellikle ana tema benlik saygısıdır. Terapistin işi, hastanın yaşlanmayla ilişkili biyopsikososyal kayıpların ardından benlik saygısını nasıl korumaya çalıştığını anlamaya çalışmak ve bu başa çıkma stratejilerini desteklemek veya üzerine inşa etmektir. Psikiyatrist veya diğer ruh sağlığı profesyonellerinin, yaşlı hastaların genellikle terapistlerinden onay ve destek aradıklarını fark etmesi önemlidir. Yaşlılar bu onaydan yararlanırlar çünkü bu yetkin ve usta olarak kendilerine ilişkin daha olumlu bir bakış açısı kazanmalarına yardımcı olur ve kendilerine ilişkin olumlu görüşleri ile sürekliliği yeniden tesis etmelerini desteklemektedir (126).

Yaşlı hastalarla çalışırken karşılaşılan en yaygın temalarda birisi de kayıptır. Kaçınılmaz olarak yıllar içinde ve özellikle ileri yaşlarda insan birçok şeyi kaybetmektedir. Yaşlılar, eşleri, arkadaşları, akrabaları, rolleri, işlevleri ve bağımsızlığıyla ilgili birden fazla gerçek kayıp yaşarlar ve bu kayıplar gelecekte beklenen kayıplara karşıda bir endişe yaratabilmektedir. Ayrıca hayatta kalmanın getirebileceği suçlulukta terapide üzerinde çalışılması gereken bir konudur. Çünkü yaşlı hastaların çoğu sevdiklerinin acı çekmesine ve ölümüne tanık olmuştur. Psikodinamik bir bakış açısıyla, ileri yaştaki kayıplar en yaygın olarak "narsistik yaralanmalar" olarak veya hastanın "benliğine" yönelik yaralanmalardır. Yeterince gelişmemiş bir "benliği" olan ya da yetersiz işleyen bir egosu olan bireyler bu narsist saldırılarla iyi başa çıkamazken, sağlam bir benlik duygusuna sahip olanlar ise bu kayıpları çok daha az yorucu bulmaktadır. Bu dinamik sürecin aydınlatılması ise psikoterapinin bir alanıdır (125, 127).

Psikoterapötik ilişkinin başlangıcında yaşlılar çok yoğun bir direnç sergileyebilmektedir. Terapistlerin yaşlı hastalarla psikoterapötik çalışmaya karşı dirençlere odaklanmaları da gerekmektedir. Bu dirençler birbirinden çok farklı iki süreci yansıtır olarak anlaşılabılır. İlki hem normal yaşlanmanın fenomenolojisine hem de yaşa özgü uyarlanabilir başa çıkma mekanizmalarının doğasına ilişkin bilişsel yanlış anlamaları içerir. Bu tür bilişsel yanlış anlamaların net sonucu, psikiyatristin normatif yaşlanmanın bir parçası olan şeyi psikopatoloji olarak yorumlamasıdır. İkinci tip direnç ise empatik başarısızlığı içerir. Psikoterapistler, yaşlı hastanın ikileminin duygusal bileşenine yanıt veremezler çünkü bunu yapmak, kendilerinin veya ebeveynlerinin yaşlanması ve ölümüyle ilgili çözülmemiş duygular uyandırma riskini içermektedir. Bu dirençler, yaşlı hastaların uygun psikoterapötik keşif için müsait olmadığı efsanesine de katkıda bulunmaktadır (128).

Ayaktan tedavi gören yaşlı hastalarla psikoterapi süreci de geriatrik psikiyatrinin bir diğer çalışma alanıdır. Bu grup için psikoterapi önkoşulları, semptom düzeyleri, psikolojik ve bedensel işlevsellik ve kişilerarası sorunlar açısından bütüncül bir değerlendirme gerekmektedir. ADS-MP'ye (Yaşa ve Klinik Psikopatolojiye Özgü Psikoterapi Modeli) göre yaşlı hasta grubunun, genç gruplardan daha kısa tedavi süresinin yanı sıra psikoterapi için daha uygun ön koşullar sergilediği değerlendirilmektedir. Bu kuramsal yaklaşım içerisinde bir üniversite kliniğinde ayaktan tedavi gören toplam 169 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada: ruhsal bozuklukların oranları ile sık görülen bozukluklar için gruplar arasında farklılıklar olmadığı gösterilmiştir. Yaşlı hasta grubu, psikolojik işlevleri karşılaştırma gruplarına göre daha iyi olmasına rağmen semptom düzeylerinde bir farklılık göstermemiştir. Tedavinin sona ermesine kadar gerekli tedavi saatlerinin sayısı, yaşlı grupta (ortalama 21 saat), genç ve orta yaşlı hasta gruplarına göre önemli ölçüde daha az bulunmuştur. Yaşlılıkta psikoterapi için psikolojik ön koşulların düşünülenin aksine iyi olduğuna işaret edilmiştir (129).

Farklı psikoterapi yaklaşımları günümüzde yaşlı yetişkinlerin tedavisi için kullanılmaktadır. Kanıta dayalı psikoterapiler, Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT), Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Problem Çözme Terapisini (PÇT) daha az ölçüde Hatırlama Terapisini ve Kısa Süreli Psikodinamik Terapiyi içermektedir. Farkındalık temelli yaklaşımlar, internet veya diğer elektronik araçlar aracılığıyla sunulan terapiler de dahil olmak üzere daha yeni yaklaşımlar da dikkat çekmeye başlamıştır. Etkililik kanıtı, depresyon tedavisi için BDT, PÇT ve KİT üzerindedir. Bazı araştırmalar özellikle depresyon tedavisinde psikoterapinin farmokoterapi ile eş değer düzeyde sağaltım sağladığına vurgu

yapmaktadır. Ayrıca geriatrik psikoterapide bakım vermenin stresi, bilişsel bozukluk ve eşlik eden fiziksel hastalık tedavisinin etkileri gibi yaşlı yetişkinleri özellikle ilgilendiren konuları da ele alınmaktadır. Yaşlı yetişkinlerle terapötik müdahalelerin etkililiğine yönelik güçlü desteğe ve yaşlı yetişkinlerin psikolojik müdahaleyi farmakolojik müdahaleye tercih ettiğine dair kanıtlara rağmen, yaşlı yetişkinlerin psikolojik müdahale alma olasılığı çalışma çağındaki insanlara göre daha düşüktür. Bunun nedenleri arasında damgalanma, yaşlı yetişkinlerde anksiyete ve depresyonu tanıma, değerlendirme zorlukları ve uygun hizmetlerin olmaması yer almaktadır (130).

Klinik bir bozukluğa özgü psikoterapi yöntemleri genç hastalarda olduğu gibi yaşlı hastalarda da kullanılmaktadır. Özellikle BDT’de ki terapötik yaklaşımlar ve KİT’in geriatrik psikoterapide etkili olduğu kanıtlanmıştır. Psikoeğitim ise hastanın farkındalık kazanmasında, bireysel bir hastalık modelinin geliştirilmesinde ve tüm müdahalelerde önemli bir rol oynamaktadır. En sık kullanılan BDT ise iki bölümden oluşur: Bilişsel bölüm, hastanın düşünceler, duygular, tutumlar, durumlar ve beklentiler üzerindeki yansımaları tanımlamaktadır. Davranış kısmında ise uyumsuz davranışın değiştirilmesi üzerinde durulmaktadır. Haftalık bir plan/protokol genellikle hafta boyunca ruh hali ve etkinlikler hakkında bir izlenim edinmek için kullanılır. Terapist, bu bilgilere dayanarak, terapinin nasıl ilerlediğini ve nerede hala değişime ihtiyaç duyulabileceğini daha iyi değerlendirir. Kişilerarası psikoterapi ise sınırlı bir süre için kısa süreli bir terapi olarak tasarlanmıştır. Terapist, hastayı mevcut bir sorunun kişilerarası süreçlerdeki yerine göre destekler. Hasta stres ve sorunlarla kendi başına baş etmeyi, stresli durumla ilgili duygularını söze dökmeyi ve bunlarla baş etmeyi öğrenmektedir (131, 132).

Geriatrik psikiyatride psikoterapinin yeri yaşamı yeniden değerlendirme ve psikopatolojik süreçlerin sağaltımında destek olmasıdır. Yaşamı gözden geçirme müdahalelerinin, özellikle depresyon, komplike yas veya travma sonrası stres bozuklukları bağlamında da uzun süredir etkili olduğu kanıtlanmıştır. Yaşamı gözden geçirme müdahaleleri, bazen büyük ölçüde farklılık gösteren ve çok farklı şekilde yapılandırılabilen psikoterapötik müdahalelerdir. Bu müdahalelerin amacı, hayata dair olumlu ve olumsuz anılara dengeli bir bakış açısı kazandırmak, olumsuz olaylara anlam verebilmek ve travmatik anıları anlatılabilecek bir hikâye haline getirmektir. Tüm psikoterapi yaklaşımlarında, değişmez referans olan terapötik yaklaşım, sağaltımın desteklenmesi için önemli bir rol oynamaktadır (131, 133).

## 2.9. Yaşlı İhmali ve İstismarı

Yaşamın her döneminde karşılaşılan bir güçlük bulunmaktadır. Yaşlılıkta azalan işlevsellik, artan sağlık sorunları, sosyal statüdeki kayıp gibi değişiklikler bireyin bağımlı bir birey olmasına ve olumsuz davranışlara maruz kalmasına neden olabilmektedir. Bu değişim yaşlının ihmali edilmesine ve diğerlerince istismara uğraması ile de sonuçlanabilmektedir. Yaşlı istismarı, yaşlı bir yetişkine verilen fiziksel, duygusal veya cinsel zararı, onların mali sömürsünü ifade etmektedir. Onların bakımından doğrudan sorumlu kişiler tarafından refahlarının sağlanmaması ise yaşlının ihmali edilmesidir (134, 135).

Son otuz yılda toplum, yaşlı istismarı olarak adlandırılan duruma ilgi duymaya başladı. İlgi ilk ortaya çıktığından beri, yaşlı istismarına ilişkin endişeler, sorunun kavramsallaştırılması, uygun tepkiler ve açıklamalarla ilgili farklı döngülerden geçmiştir. Yakın tarihli bir eğilim, yaşlı istismarına ilişkin disiplinler arası ve bütünleşik bir anlayış ve buna yanıt verilmesi çağrısında bulunmuştur. Yaşlı yetişkinler fiziksel olarak daha zayıf hale geldikçe, kendilerine daha az bakabilirler, zorbalığa güçlkle karşı koyabilirler veya saldırıya uğradıklarında ise tepki göstermeyebilirler. Ruhsal veya fiziksel rahatsızlıklar, yaşlıları onlarla yaşayanlar için daha zorlu arkadaşlar haline getirebilir. Ayrıca eskisi kadar iyi göremeyebilir, duyamayabilir veya net düşüneyebilirler, bu da olumsuz tutum içindeki insanların onlardan faydalanması için açıklıklar bırakmaktadır (136).

Farklı bir tanımlamada ise yaşlı istismarı, karmaşık psikososyal ve tıbbi değerlendirmeleri olan yaygın bir sorundur. Genel olarak, yaşlı istismarı, yaşlı bir yetişkine yönelik olarak ya sözde güven konumunda olan bir kişi ya da mağduru yaşına göre hedef alan dışarıdan bir kişi tarafından onlara zarar veren ya da zarar görme riskine sokan doğrudan bir eylem, eylemsizlik ya da ihmali olarak kabul edilir. Yaşlı istismarı beş kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategoriler fiziksel istismarı, duygusal veya psikolojik istismarı, cinsel istismarı, ekonomik istismarı ve ihmali içerir. Yaşlı istismarı kategoriler halinde tanımlanırken, mağdurlar genellikle aynı anda birden fazla istismar biçimine maruz kalabilmektedir (137, 138).

Yaşlıların fiziksel istismarı, mağdura acı vermek, sakatlığa neden olmak veya yaralamak için kasıtlı fiziksel güç kullanımından oluşur. Örnekler arasında vurmak, bir kişiyi uygunsuz bir şekilde zapt etmek, saçını çekmek, bir kişiyi zorla beslemek, çimdiklemek, itmek ve kasıtlı olarak fiziksel zarar vermek için kullanılan diğer mekanizmalar yer alır. Psikolojik veya duygusal istismar sözlü olarak zarar verme, taciz, korkutma, bağırma, birini

tecrit etme veya yaşlı bir kişiye çocuk gibi davranma tehditlerini kapsar. Bu istismar, yaşlı bireyin depresyona girmesine, kaygılanmasına, sosyal etkileşimden uzaklaşmasına, sürekli bir korku halinde yaşamasına ve kendisini umutsuz hissetmesine neden olabilmektedir (138, 139).

Yaşlıların cinsel istismarı, mağdurun ya iradesi dışında eyleme zorlandığı ya da cinsel eylemi anlayamadığı ya da rıza gösteremediği, rıza dışı bir cinsel eylem olarak kabul edilir. Cinsel istismar örnekleri arasında tecavüz, zorla çıplaklık, müstehcen fotoğraf çekme, uygunsuz bir şekilde kendini kurbana teşhir etme ve istenmeyen dokunma sayılabilir. Toplumun yaşlılar arasındaki yanlış cinsellik algısı ve istismarı bildiren mağdurun önündeki engeller de dahil olmak üzere çok faktörlü bir süreçte söz konusudur (140).

İhmal, kasıtlı veya kasıtsız olabileceği için benzersizdir. Temel bir tanımla bakıcının yaşlı yetişkine karşı yükümlülüklerini yerine getirememesidir. İhmal biçimleri, beslenmeyi, suyu, uygun giysileri vermemeyi, ilaçları vermemeyi veya gereken hallerde yenilememeyi ve işitme cihazı, gözlük veya yürüteç gibi yardımcı cihazları sağlamamayı içerir. İhmal genellikle kişinin zayıf olması, susuz kalması, kötü kişisel hijyene sahip olması, kirli giysiler, uzun ayak tırnakları veya el tırnakları ile kendini gösterir ve kötü kontrol edilen tıbbi durumlardan kaynaklanan komplikasyonlara da yol açabilmektedir. Ayrıca klinisyenlerin mağdurları bildirme konusundaki isteksizliği, tıbbi sağlayıcıların inançsızlığı, ve klinisyenlerin uyarı işaretlerinin farkında olmaması önemli bir nedendir (141, 142).

Mali sömürü, mağdurun zararına veya failin yararına para, mülk ve diğer varlıklar dahil olmak üzere yaşlı yetişkinin kaynaklarının durdurulmasını veya kötüye kullanılmasını kapsar. Bu suiistimal türü, doğrudan varlıkların çalınmasını, mağdurun belgelerde veya çeklerde imzasının taklit edilmesini, vasiyetnamenin uygunsuz şekilde değiştirilmesini, mal veya hizmetler için fazla ödeme yapılmasını, mağdurun varlıklarının bilgisi dışında kullanılmasını veya mağdurun mali değişiklikler yapmaya zorlanmasını içerebilir. Yaşlı istismarı, mağdur ve bir bütün olarak toplum üzerinde yıkıcı ve maliyetli etkilere sahiptir (142, 143).

Yaşlı ihmali ve istismarı çoğu zaman tanımlanamamakta veya rapor edilmemektedir. Sağlık uzmanları, yaşlı bir yetişkinin ev dışında tek temas noktası olabileceğinden, yaşlı istismarını belirleme ve müdahale etme konusunda benzersiz bir konumdadır. Bu nedenle, sağlık ekibinin tüm üyelerinin yaşlı istismarının risk faktörlerinin ve belirtilerinin yanı sıra mağdurlara ve ailelere yardımcı olacak mevcut sistemlerin farkında olması gerekmektedir (143).

### 2.9.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı İhmali ve İstismarı

Yaşlı nüfusun hızlı artışı tüm dünyada değerlendirilmesi gereken, sosyal bileşenleri olan ve halk sağlığı sorunu olarak görülen bir süreçtir. DSÖ’ye göre yaşlıların istismarı, güven beklentisinin olduğu herhangi bir ilişkide meydana gelen ve yaşlıya zarar, sıkıntı veren tek veya tekrarlanan bir eylem veya uygun eylem eksikliğidir. Bu tür şiddet bir insan hakları ihlali teşkil eder ve fiziksel, cinsel, ekonomik, psikolojik ve duygusal istismarı içerir; ihmal ise yaşlının saygı kaybı yaşaması ve ihtiyaçlarının diğerlerince karşılanmamasıdır. Yaşlı ihmali ve istismarı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Farklı bölgelerden 28 ülkede 52 çalışmanın 2017 yılında gözden geçirilmesi sonucunda, geçtiğimiz yıl içinde 60 yaş ve üzerindeki 6 kişiden 1’inin (%15.7) bir tür istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Hastaneler, bakım evleri ve diğer uzun süreli bakım tesisleri gibi kurumlarda sorunun boyutuna ilişkin veriler ise kısıtlıdır. Bununla birlikte, kurumsal ortamlarda yaşlıların istismarına ilişkin son çalışmaların gözden geçirilmesi ile personelin %64.2’sinin geçen yıl bir tür istismar gerçekleştirdiğini bildirdiğini göstermektedir. Kesin veriler sınırlı olmasına rağmen, yapılan sistematik analizler sonucu farklı istismar türlerinden etkilenen yaşlı insanların oranına ilişkin yaygınlık tahminleri aşağıda yer almaktadır (144, 145-146).

**Tablo 3.** DSÖ (2022)’ye göre sistematik incelemeler ve meta-analizler sonucu yaşlı ihmali ve istismarı verileri

|                     | <b>Topluluk ortamlarında yaşlıların istismarı</b> | <b>Kurumsal ortamlarda yaşlıların istismarı</b>      |                                |
|---------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Tipi                | Yaşlı yetişkinler tarafından bildirilen           | Yaşlı yetişkinler ve vekilleri tarafından bildirilen | Personel tarafından bildirilen |
| Genel yaygınlık     | %15.7                                             | Yeterli veri yok                                     | %64,2 veya 3 personelden 2’si  |
| Psikolojik istismar | %11.6                                             | %33.4                                                | %32.5                          |
| Fiziksel istismar   | %2.6                                              | %14.1                                                | %9.3                           |
| Ekonomik istismar   | %6.8                                              | %13.8                                                | Yeterli veri yok               |
| Cinsel istismar     | %0.9                                              | %1.9                                                 | %0.7                           |
| İhmal               | %4.2                                              | %11.6                                                | %12.0                          |

Son verilere göre küresel olarak tüm dünyayı etkileyen COVID-19 salgını sırasında hem toplumda hem de kurumlarda yaşlıların istismar yaygınlığının arttığı görülmektedir. Pandeminin, artan kişilerarası stresörlerle birlikte evde kalmaları emredilen bireyler nedeniyle yaşlı istismarında bir artış getirdiği değerlendirilmektedir. ABD’de yapılan bir araştırma, toplumdaki oranların %84’e kadar artmış olabileceğini öne sürmektedir (147).

Birçok epidemiyolojik çalışma ise kırsal alanlarda da yaşlı istismarı ve ihmalinin yaygın olduğunu bildirmiştir. 10.313 katılımcının dahil edildiği bir sistematik analiz çalışmasında: Kırsal alanlarda yaşlı istismarı ve ihmalinin yaygınlığı %4.5 ile %61.7 arasında değiştiğini göstermiştir. Ayrıca tüm gruplardaki yaygınlık tahmini %33'tür (%95 GA 23-43). Fiziksel istismarın yaygınlığının %7 (%95 GA 5-9), ekonomik istismarın %5 (%95 GA 4-7), psikolojik/duygusal istismarın %17 (%95 GA 11-23) ve %26'da (%95 GA 17-35) ihmaldir. Yaşlı istismarı ve ihmalinin toplu prevalansı kırsal alanlarda görece yüksek olarak bulunmuştur (148).

Kırk dokuz çalışmanın dahil edildiği başka bir araştırma da ise yaşlıların %6'sı son bir ayda önemli derecede istismar bildirmiştir ve çiftlerin %5.6'sı son bir yılda ilişkilerinde fiziksel şiddet olduğunu aktarmıştır. Savunmasız yaşlıları içeren geçerli araçların kullanıldığı çalışmalarda, yaşlıların yaklaşık dörtte biri önemli düzeyde psikolojik taciz yaşadıklarını ifade etmiştir. Aile bakıcılarının %5'i bir yıl içinde demanslı bakım verdikleri yaşlılara dair fiziksel istismar bildirmiştir. Bakım evi personelinin %16'sı önemli ölçüde psikolojik istismarın varlığını kabul etmiştir. Her dört savunmasız yaşlıdan biri istismar riski altındadır ve şu anda bunun yalnızca küçük bir kısmı tespit edilmiştir (149).

Ülkemizde 332 katılımcı ile yapılan ve yaşlılarda istismar sıklığını ve bunun yaşam doyumuna etkisini irdeleyen bir çalışmada: katılımcıların %16'sı bir tür istismara maruz kaldığını aktarmıştır. Bunun en yükseği %6.92 ile psikolojik istismardır, %6.6 ile fiziksel istismar ikinci sıradadır. Ayrıca ekonomik ve cinsel istismar %1.5, ihmal ise %1.8 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi düştükçe ve geniş ailede yaşamının çekirdek aileye göre daha fazla istismara maruziyet oluşturduğu aktarılmıştır (150).

Yirmi sekiz ülkenin yer aldığı ve 52 makalenin dahil edildiği bir sistematik analizde yaşlı istismarının yaygınlık oranı %15.7'dir (%95 GA 12.8–19.3). Psikolojik istismar için %11.6 (8.1–16.3), ekonomik istismar için %6.8 (5.0–9.2), ihmal için %4.2 (2.1–8. 1), fiziksel istismar için %2.6 (1.6–4.4) ve cinsel istismar için %0.9 (0.6–1.4) oranı bulunmuştur. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kanıtlanabilir yaygınlık çalışmaları az olmasına karşın, yaşlı istismarı dünya çapında yaklaşık 141 milyon kişi olan altı yaşlı yetişkinden birini etkilediği düşünülmektedir. Bununla birlikte, yaşlı istismarı, özellikle diğer şiddet türleri ile karşılaştırıldığında, ihmal edilmiş bir küresel halk sağlığı önceliğidir (151).

### **2.9.2. Yaşlı İstismarında Risk Etmenleri**

Yaşlı istismarı, dikkate alınması gereken birçok risk faktörü ve toplumsal etmen içeren karmaşık bir olgudur. Özellikle mağdur ve failin özellikleri, toplumun algıları ve

çevresel ilişkilerin belirgin bir etkisi olmaktadır. Literatürde farklı araştırma sonuçlarına göre çeşitli risk faktörlerinin yaşlı istismarı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Risk faktörleri arasında, bilişsel ve fiziksel bozulma ve psikososyal sıkıntı, sürekli olarak yaşlı istismarı ile ilişkili görünmektedir. Yaşlı istismarı, zararlı sağlık sonuçlarına yol açabilir ve sağlık hizmeti kullanımını da artırabilmektedir. Bu nedenle de sağlık profesyonellerinin özellikle yüksek riskli popülasyonlarda yaşlı istismarının rutin taramasını klinik uygulamaya entegre etmeleri gerekmektedir. Hassas popülasyonları korumak için hasta merkezli ve kültürel olarak uygun tedavi ve önleme stratejiler oluşturularak koordineli çabalar sürdürülmelidir (152).

Yaşlı istismarı ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilen mağdur özellikleri, fiziksel, duygusal, psikolojik veya finansal bağımlılık nedeniyle bakıcıya artan güven önemli bir risk oluşturmaktadır. Yaygın bir inanış, bir bakıcıya artan güvenin, yaşlı istismarı olarak ortaya çıkabilen yüksek bakıcı yüküne yol açtığı yönündedir. Mağdurlar ayrıca bazen direnç gösterebilse de kötüye kullanımı bildiremeyebilirler. Bu tereddüt ise fiziksel veya bilişsel yetersizlik, misilleme veya hastaneye yatma korkusu, utanma, tacizi normal kabul etme, kendini suçlama veya yardımın mümkün olduğunu bilmeme gibi nedenlerle ikincil olarak sürtülebilmektedir (153).

Yaşlı istismarı veya kötü muamele; fiziksel, duygusal, cinsel istismarın yanı sıra ekonomik sömürü, ihmal ve terk edilmeyi de içermektedir. NCEA'ya (Amerikan Ulusal Yaşlı İstismarı Merkezi) göre, yaşlı istismarı “güven beklentisi içeren bir güven ilişkisi içindeki başka bir kişi ya da bir bakıcı tarafından sergilenen kasıtlı bir olumsuz eylem karşısında hareket etmemedir.”. Yaşlı istismarı dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur. Amerika Birleşik Devletleri'nde her 10 yaşlı yetişkinden 1'i bir tür yaşlı istismarı yaşamaktadır ve yılda 5 milyon yaşlı yetişkinin istismara uğradığı tahmin edilmektedir. İstismarcı aile, arkadaşlar, huzurevleri, yardımcı yaşam tesisleri ve evde sağlık bakım kurumlarındaki personel olabilir. Bu nedenle de yaşlı istismarının görünenin ötesinde daha büyük risklerle ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (154).

Yaşlı istismarı ile ilişkili fail özellikleri arasında madde kötüye kullanımı, önceki yaşam deneyimleriyle şiddetin normalleştirilmesi, kurbanı mali bağımlılık, ruhsal hastalık, kişilik bozuklukları ve yaşlı yetişkinle hastalık öncesi gergin bir ilişki öyküsü yer almaktadır. Bu faktörlerin her biri, istismarla sonuçlanabilecek artan bakıcı yüküyle baş etmeyi zorlaştırabilir. Toplumsal ve çevresel faktörler arasında şiddeti normalleştirebilecek yüksek suç oranları, bakıcılar ve mağdurlar üzerinde artan baskıya neden olan topluluk

kaynaklarının eksikliği ve yaşlıların istismar kurbanı olma ihtimalinin düşük olduğu inancı yer alır. Sağlık uzmanları arasında yaşlı istismarı mağdurlarının uygun şekilde nasıl belirleneceği ve yönetileceği konusunda da yetersiz eğitim vardır. Ayrıca bakım tesislerinde çalışanlar da dahil olmak üzere bakıcılar, klinisyenler ve diğer sağlık çalışanları, agresif hastaların nasıl yönetileceği konusunda yeterli eğitime sahip olmayabilir. Bu durum, istismarı sürdüren ortamlara ve bölge sakinlerine yönelik tepkilere yol açabilmektedir (153, 155).

### **2.9.3. Yaşlı İstismarında Belirtiler ve Klinik Görünüm**

Muhtemelen çok eski zamanlardan beri var olmasına karşın, yaşlı istismarı tıp literatüründe ilk kez 1970'lerde tanımlanmıştır. Olgunun klinik spektrumunu tanımlamaya ve etkili müdahale stratejilerini formüle etmeye yönelik ilk girişimlerin çoğu, anekdot niteliği nedeniyle sınırlıydı veya epidemiyolojik olarak kusurluydu. Ancak son on yılda, yaşlı yetişkinlere ve ailelerine bakan klinisyenlerin ilgisini çekmesi gereken yaşlı istismarı araştırmalarının kalitesinde gelişmeler görülmektedir. İlk çalışmalarda çok az araştırılan yaşlı yetişkinlerin mali sömürüsü, son zamanlarda sanal bir salgın ve dikkatli bir doktor tarafından tespit edilebilecek veya şüphelenilebilecek bir sorun olarak tanımlanmıştır (156). Uzun süreli bakım alanında, araştırmalar yaşlı yetişkinlere yönelik yüksek oranlarda kişiler arası şiddet ve saldırganlık olduğunu ortaya çıkarmıştır; özellikle yaşlıların uzun süreli bakım tesislerinde kalanlar tarafından istismar edilmesi, personel tarafından yapılan fiziksel istismardan daha yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir (157, 158).

Disiplinler arası veya multidisipliner ekiplerle yapılan araştırmalar; yaşlı istismarı mağdurlarının karmaşık, çok boyutlu ihtiyaçlarını ve sorunlarını ele alan müdahale stratejilerinin önemini ortaya çıkarmıştır. Bu yeni gelişmeler, yaşlı istismarı mağdurlarını değerlendirme ve tedavi etme ve daha ileri bakım için sevk etme konusunda yeni bakış açıları geliştirmiştir (159, 160).

Klinik ortamda yaşlı istismarı yeterince tanınmamaktadır. Vakaların tespiti, tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında yüksek bir şüphe indeksi gerektirmektedir. Birçok geriatrik yaralanma kurbanı radyografik görüntülemeye tabi tutulduğu için, tanısal radyologlar istismarı düşündüren yaralanma modellerini belirlemek için iyi bir konumda olabilir. Akademik bir tıp merkezinde tanısal radyologlarla yarı yapılandırılmış bir format kullanarak 19 katılımcı ile yapılan bir çalışmada sadece iki radyoloğun yaşlı istismarının tespiti konusunda herhangi bir resmi veya gayri resmi eğitim aldığını bildirmiştir. Ayrıca tüm katılımcılar, yaşlı istismarı vakalarını kaçırdıklarına inanıyorlardı. Deneyimli

radlyologlar dahi, sevk eden bir doktordan yaşı istismarını düşündüren kanıtlar için görüntülerin değeriendirilmesine yönelik bir talep almadıklarını aktarmıştır. Katılımcılar, üst kaburga kırıkları gibi yüksek enerjili yaralanmalar, iyileşmenin birden çok aşamasındaki yaralanmalar ve bildirilen mekanizmayla tutarsız yaralanmalar dahil olmak üzere yaşı istismarını potansiyel olarak düşündüren radyografik bulgular veya paternler tanımlamıştır (161).

Klinik uygulamalarda uygun hasta öyküsü, kötüye kullanım gelişimi için risk faktörlerini belirlemenin yanı sıra aktif kötüye kullanımla ilgili olabilecek kalıpları belirlemeye de odaklanır. "Evinizde güvende hissediyor musunuz?" gibi tek bir tarama sorusunun, daha kapsamlı sorgulama veya tarama araçlarına göre istismarı belirleme olasılığı çok daha düşüktür. Olası kötüye kullanım için uyarı sinyallerini: Açıklanamayan veya sık yaralanmalar, hastalık veya yaralanmanın başlamasının ardından bakımın gecikmesi, tıbbi rejime uyulmaması ve takip randevularının kaçırılmasını içerir. Endişe duyulan bir alan belirlendiğinde, şüphelenilen kötüye kullanımın türüne göre odaklanmış sorular sormak önemlidir. Bazı durumlarda, hastadan, aile üyelerinden, bakıcıdan, acil tıbbi hizmetlerden, kolluk kuvvetlerinden, evde sağlık hizmetlerinden, vaka yönetiminden veya hastanın birinci basamak hekiminden bilgi almak gerekmektedir. Özellikle bakıcı, istismarla ilgili öykü alınmasında mutlaka odadan ayrılmalıdır. İstismarın önlenmesi için daha fazla desteğe ihtiyaç duyan alanların belirlenmesine yardımcı olmak için öykü alma, belirli tıbbi ve psikososyal faktörleri içermelidir. Hastalar kendilerini rahat hissedersen görüşmeciyeye güvenme olasılıkları daha yüksek olacağından, hastalara yanıt vermesi için zaman verirken soruların yargılayıcı olmayan bir şekilde sunulması gerekmektedir (154, 161).

Akut vizit durumunda, yaralanma mekanizmasının veya vizite yol açan olayların ayrıntılı bir geçmişini almak önemlidir çünkü tarih, uygunluk için muayene bulgularıyla bir karşılaştırma gerektirir. İstismardan şüphelenilen durumlarda aile üyeleri ve bakıcılar aracı olarak kullanılmamalıdır. Öykü ve muayene, daha sonra bir soruşturmanın parçası olabileceğinden ayrıntılı ve objektif olmalıdır. Olası kötüye kullanımla ilgili bir endişe olduğunda, kapsamlı bir baştan ayağa fizik muayene gereklidir. Muayene, hasta-hasta bakıcı etkileşiminin ve zayıf göz teması veya kaygı belirtileri gibi hasta tavırlarının gözlemlenmesini içermelidir. Fiziksel istismara yönelik muayene bulguları; paternli morluklar, ısıruk izleri, farklı iyileşme evrelerinde morluklar, subkonjonktival kanamalar, ağız içi yaralanmalar, bilek, önkolun ulnar yüzü, yüz, boyun, kulaklar, sırt, karın ve diğer kemiksiz çıkıntılar olabilmektedir (154, 161).

İhmalin fiziksel belirtileri arasında yetersiz beslenmiş veya susuz kalmış görünen, kirli giysiler giyen, uzun ayak veya el tırnakları olan bir görünüm vardır. Cinsel istismar şüphesi varsa detaylı genital ve rektal muayene yapılmalıdır. Morarma, yırtık veya yırtık, kızarıklık, şişlik, idrar kaçırma ve akıntı, lezyon veya kötü koku gibi cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri cinsel istismar için endişe yaratabilecek muayene bulgularıdır (162).

Değerlendirme ise şüphelenilen suiistimalin türüne ve görülen yaralanmalara odaklanan ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene ile yapılmalıdır. Yaralanmanın kötüye kullanım şüphesi olup olmadığını belirlemek için hastanın tıbbi öyküsü, fonksiyonel kapasitesi, yaralanma mekanizması, muayene bulguları, laboratuvar bulguları ve görüntüleme sonuçlarının dikkate alınması esastır. Çocuk istismarından farklı olarak, yaşlı istismarı için patognomonik spesifik radyolojik paternleri tanımlayan sınırlı veri vardır. Kötüye kullanımın olası belirtileri olarak öne sürülen bazı radyolojik bulgular arasında arka kaburga kırıkları, değişen kronik kırıklar, distal ulnar diyafiz kırıkları, kafatası kırıkları, subdural hematomlar, ince bağırsak hematomları ve düşük enerji mekanizması ortamında yüksek enerjili kırıklar yer alır. Uygun laboratuvar çalışması, dehidratasyon, yetersiz beslenme, enfeksiyon, endokrinolojik etiyolojiler, anemi, koagülopatiler ve rabdomiyoliz için değerlendirmeyi içerebilir. Mümkünse, hastanın ilaçlarını alıp almadığını görmek için ilaç düzeylerinin elde edilmesi de uygun olacaktır. Zehirlenmeyi düşündüren ilaçların veya maddelerin varlığını belirlemek için bir idrar uyuşturucu taraması dikkate alınmalıdır (161, 163).

İsveç'te yapılan bir çalışmada; hastanede yatan yaşlı yetişkinler arasında yaşlı istismarı ve yaşam boyu mağduriyet yaygınlığı, yaşlı istismarı ile ruh sağlığı ile ilişkili faktörleri araştırılmıştır. Çalışma İsveç'te bir üniversite hastanesinde gerçekleştirildi. 2018 baharında bir tıbbi veya geriatrik akut bakım servisine kabul edilen 65 yaş üstü yetişkinler ardışık olarak çalışmaya dahil edildi. Katılımcı oranı %44 (n=135/306) idi. Toplamda, katılımcıların %40.7'si (n = 55) hayatları boyunca bir tür taciz edici deneyim bildirdi. Yaşlı istismarının yaygınlığı %17.8 (n = 24) idi ve yaşlı istismar mağdurlarının %58'i (n = 14) de hayatlarının erken dönemlerinde mağduriyet bildirdi. 65 yaşından önce istismara uğramak, yaşlı istismarıyla ilişkili tek arka plan faktörüydü (OR = 5.4; %95 GA 1.9-15.7). 65 yaşından önce ve sonra kötüye kullanım deneyimlerini bildirmek, mevcut antidepresan ilaçlarla (OR = 6.6; %95 GA 1.1-39.2), PHQ-9 sonucu 10 veya daha fazla (OR = 10.4; %95 GA 2.1) ile ilişkilendirildi-51.0) ve dokuz veya daha fazla semptom teşhisi (OR = 4.0, %95 GA 1.0-16.1) konuldu. Yalnızca 65 yaşından önce veya sonra istismara uğramak, herhangi bir ruhsal

hastalığın sonuç ölçüsü ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmadı. Yaşlı istismarı ve yaşamın erken dönemlerinde mağduriyet, hastanede yatan yaşlı hastalar arasında oldukça yaygındır hem yaşlı istismarı araştırmalarında hem de klinik uygulamada yaşam boyu bakış açısının önemini vurgulanmaktadır. İstismara maruz kalmış yaşlı yetişkinlerin belirlenmesi ve bakımı sağlık hizmetlerinde bir öncelik olmalıdır (164).

Kötü muameleye maruz kalan yaşlı yetişkinler, olumsuz sağlık sonuçlarına karşı savunmasızdır. Kore’de yapılan bir araştırmada; yaşlılara kötü muamelenin (tek ve çok tipli kötü muamele) depresyon veya intihar düşüncesiyle ilişkilerini incelendi. Koreli popülasyonda, yaşlı yetişkinlerin %9,8’i kötü muamele deneyimlerine sahip olduğu bildirmiştir. Karıştırıcı faktörler (sosyo-demografik, sağlıkla ilgili ve sosyal ilişki özellikleri) için düzeltme yapıldıktan sonra, tek ve çoklu kötü muamele deneyimlerinin artan depresyon riskleriyle ilişkili olduğunu gösterdi (sırasıyla OR = 1.93, %95 GA = [1.61- 2.32] ve OR = 3.51, %95 GA = [2.52-4.87]). Ağırlıklandırılmamış veriler kullanılarak yapılan duyarlılık analizlerinde de benzer sonuçlar bulunmuştur. Mevcut bulgular, kötü muamele ile depresyon ve sonraki yaşamda intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi açıklamıştır (165).

Zor danışan durumlarını yönetmede deneyimli klinisyenler için dahi, yaşlı istismarı kafa karıştırıcı, karmaşık ve etik olarak yükümlülük içeren bir süreçtir. Diğer sorunları veya hastalıkları kolayca yansıtabilecek ince tezahürleri ve göstergeleri ile bu tür bir istismarı tespit etmek zor olabilmektedir. Özellikle mağdur yardımı reddettiğinde veya kötü muamelenin ciddiyetini inkâr ettiğinde kontrol etmek imkansız görünebilmektedir. Ayrıca yaşlı istismarına yönelik müdahalelerle uğraşırken karar vermek nadiren kolaydır ve sıklıkla etik ikilemlerle gölgelenir. Yaşlı istismarının klinik yönetiminde klinisyenler, yaşlı istismarı durumlarını gözlemlemek ve danışanların yaşamlarında gerçek bir fark yaratabilecek müdahaleleri tespit etme konusunda multidisipliner bakış açısına ihtiyaç vardır. Multidisipliner ekibin söyleyecekleri, yaşlı istismarının dinamikleri ve karmaşıklıkları, yaşlı istismarının klinik yönetiminde atılması gereken önemli adımları belirlemede elzemdir (166).

Her geçen gün 65 yaş üstü bireyin arttığı da göz önüne alındığında klinisyenlerin (ruh sağlığı uzmanları) klinikte yaşlı istismarı mağdurlarıyla karşılaşma olasılığı da giderek artmaktadır. Klinisyenler yaşlı istismarını önleme, belirleme ve iyileştirmede deneyim ve becerilerini artırmaları beklenmektedir. Bununla birlikte, klinikte yaşlı istismarını etkili bir şekilde ele almak için müdahaleler daha fazla dikkat gerektirir. Yaşlı erişkinlerde bunama olasılığı yaşla birlikte artmaktadır ve buna bağlı istismar yaygınlığının önümüzdeki yıllarda

artması beklenmektedir. Klinik ekipteki psikiyatristler ve psikologlar başta olmak üzere bir dizi alanda yaşlı yetişkinin kapasitesini değerlendirmek için daha iyi araçlar üretmeye ihtiyaç vardır (167).

#### **2.9.4. Yaşlı İhmali ve İstismarının Önlenmesi**

Farklı araştırma verilerine göre yaşlı yetişkinlerin yaşamlarının bir bölümünde yaklaşık %10'unun bir tür istismar yaşadığını ve vakaların yalnızca bir kısmının gerçekten bildirildiğini veya sosyal hizmet kurumlarına sevk edildiğini göstermektedir. Yaşlı istismarı, önemli morbidite ve erken ölüm ile ilişkilidir. Yaşlılara kötü muamele sorununu ele almak için çok sayıda müdahale uygulanmıştır. Bununla birlikte, hangi müdahalelerin yaşlı istismarını önlemeye veya azaltmaya en iyi şekilde hizmet ettiği ise açık değildir. Yaşlıların kendi evlerinde, kurumsal ortamlarda ve sosyal ortamlarda istismarını azaltmak veya önlemek için kullanılan müdahale programlarının etkinliğini değerlendirmek ve müdahale etkilerinin istismar türleri, katılımcı türleri, müdahale ortamı veya yaşlı insanların bilişsel durumu tarafından değiştirilip değiştirilmediğini araştıran bir çalışmada müdahale programlarının şu şekilde kategorize edildiği görülmüştür:

- 1) Yaşlı istismarı konusunda eğitim
- 2) Yaşlı istismarını etkileyen faktörleri azaltmaya yönelik programlar
- 3) Yaşlı istismarına yönelik özel politikalar
- 4) Yaşlı istismarına ilişkin mevzuat
- 5) Yaşlı istismarı tespit oranını artırmaya yönelik programlar
- 6) Yaşlı istismarı kurbanlarını hedefleyen programlar
- 7) Yaşlı istismarı failleri için rehabilitasyon programları

Bu program başlıklarının tümünün istismarı önlemede katkı sağlayacağı düşünülmektedir (168).

Yaşlı istismarı müdahalelerinin istismarın ortaya çıkması veya tekrarlanması üzerindeki etkilerini değerlendirmek için yeterli güvenilir kanıt yoktur ancak bakım verenlerin anksiyete ve depresyon birleşik ölçümünü değiştirebileceğini öne süren bazı kanıtlar vardır. Manuel temelli bir baş etme stratejisi, demanslı aile üyelerinin bakıcılarında afektif semptomları ve vaka düzeyindeki depresyonu azaltmada etkili olarak bulunmuştur. Ayrıca bakıcıların yaşam kalitesini de arttığı dikkat çekmiştir. Yaşlılar arasında spesifik müdahale programlarının ve bu programların hangi bileşenlerinin istismar olaylarını önlemede veya azaltmada etkili olup olmadığını belirlemek için ise yeterli istatistiksel güce

ve uygun çalışma özelliklerine sahip, düşük veya orta gelirli ülkeler de dahil olmak üzere yüksek kaliteli araştırmalara ihtiyaç vardır (168, 169).

Sağlık profesyonellerinin yaşlı istismarını önlemede, tespit etmede ve klinik takipteki rolü büyüktür. Bu kapsamda yapılan ve hastane dışı ya da yaşlı istismarına ilişkin epidemiyoloji, hasta ve bakıcı ile ilişkili faktörler, klinik özellikler, tarama araçları, önleme, müdahaleler ve bakış açıları hakkındaki mevcut kanıtları sentezlemeyi amaçlayan ve 1988 ile 2019 yılları arasında yayınlanan 55 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede: Acil servis ziyareti sırasında bildirilen yaşlı istismarı yaygınlığı, toplulukta bildirilenden daha düşük olduğu görülmüştür. En sık tespit edilen yaşlı istismarı türü ihmal ve ardından fiziksel istismardır. Şu faktörlerin ise tanımlanmış yaşlı istismarı vakalarında daha yaygın olduğu görülmüştür: Kadın cinsiyet, bilişsel bozukluk, işlevsel yetersizlik, kırılganlık, sosyal izolasyon ve düşük sosyoekonomik durum. Psikiyatrik bozukluklar ve madde kullanım bozukluklarının mağdurlar ve onların bakıcıları arasında daha yaygın olduğu görülmüştür. Bazı çalışmalarda ise tarama araçlarının önerildiği ancak çok merkezli doğrulama ve taramanın hasta açısından önemli sonuçlar üzerindeki etkisinin olmadığı görülmüştür. Sağlık uzmanları, yetersiz eğitim aldıklarını ve potansiyel kurbanlara bakarken çok sayıda engel olduğunu bildirmiştir. Hastane dışı ve acil servis ortamlarında yaşlı istismarı konusunda yetersiz bilgi, sınırlı eğitim ve kötü organize edilmiş bir sistemin mevcut olduğuna dikkat çekilmiştir (170).

Browne ve Herbert (1997) göre, yaşlı istismarını önlemek veya azaltmak için yaşlı istismarının çok yönlü doğasının ele alınması gerekmektedir. Bu perspektifte geliştirilmiş, sosyo-ekolojik yaklaşımı yansıtan farklı düzeylerde bireysel, ailesel, topluluk ve toplumsal düzeylerde hedeflenen müdahalelere ihtiyaç olduğuna vurgu yapılmıştır. Farklı seviyelerde işleyebilecek üç temel müdahale türü tanımlanmışlardır. Sınıflandırmalarına dayanarak, birincil önlemeyi istismarın meydana gelmesini önlemeye yönelik müdahaleler olarak, ikincil müdahaleyi daha fazla istismarı önlemeyi amaçlayan eylemler olarak ve üçüncül müdahaleyi ise istismar gerçekleştikten sonra sonuçları yönetmeye yönelik eylemler olarak görmekteyiz (171).

Bireysel odaklı faaliyetler, toplum temelli müdahaleler veya politikalardaki değişiklikler birincil önleme faaliyetleridir. Bireysel odaklı faaliyetler, doğrudan yaşlıları, aile üyelerini veya her ikisini birden hedef alan müdahaleleri içermektedir. Örneğin, sağlık eğitimi ve beceri temelli programlar, yaşlılar ve ailelerine etkili iletişim kurma, stresi yönetme, çatışmaları çözme ve daha sağlıklı ilişkileri geliştirme becerileri kazandırmak için

özel olarak geliştirilmiştir (172). İkincil müdahaleye ise nesiller arası bir program aracılığıyla yaşlılar ve gençler arasındaki anlamlı etkileşimi artırarak yaşlı insanlara karşı olumlu tutumları teşvik eden yaklaşımlar örnek verilebilir. Farklı kademedeki okulları, üniversite öğrencilerini veya sosyal ortamlardaki gençleri hedefler ve yürütülen faaliyetlerin türüne göre ise etkililik değişebilmektedir. Ayrıca bu kapsamda ki faaliyetler, mektup veya e-posta alışverişinden ortak topluluk projelerine, grup faaliyetlerine katılım veya günlük yaşam faaliyetlerine (örneğin bahçe işleri, ev temizliği veya özel ders) yardım yoluyla yaşlılarla uzun vadeli veya doğrudan etkileşime kadar değişebilmektedir (173, 174-175).

Ayrıca televizyon, radyo, basılı materyaller ve internet web siteleri gibi kitle iletişim araçları kullanılarak toplumda yürütülecek bilinçlendirme kampanyaları ve sağlık eğitimi gibi toplum temelli müdahalelerinde genellikle yaşlılara kötü muamele konusunda farkındalık yaratmak, yaşlı insanlara saygılı ve onurlu muameleyi teşvik etmek ve yaşlı istismarını önleyebilecek mevcut destek hizmetleri hakkında eğitim sağlamak için uygun birincil önleme çalışmalarıdır (176).

Uygulanmakta olan bir müdahale programının yalnızca yararlı etkiler getireceği varsayılmaz. Bazı müdahaleler, uygun olmayan risk değerlendirmesi, mahremiyetin ihlali ve güvenlik planındaki başarısızlık nedeniyle yaşlıları tehlikeye atabilir. Örneğin, çeşitli araştırmalar, psikolojik temelli programlar (örn. öfke, stres ve başa çıkma yönetimi), davranış terapisi, geçici bakım veya geçici rahatlama bakımı sağlanması ve sosyal aile üyeleri veya bakıcılar için destek grupları, bakıcıların stresi ve yaşlıların bağımlılığı gibi yaşlı istismarı risk faktörlerini azaltabilir (177, 178-179).

Bununla birlikte, çeşitli değerlendirmeler kısıtlamaları azaltma programı (sandalyede, tekerlekli sandalyede veya yatakta bir kişinin hareketini kısıtlayan mekanik cihazlar veya engeller), ev ziyareti programı ve gönüllü sivil toplum çalışmaları gibi müdahalelerin ardından kötü muamelede bir artış olduğu da bildirmiştir. Bu nedenle de yaşlı istismarını önleme stratejileriyle ilişkili olumsuz sonuçların çok iyi gözetilmesi gerekmektedir (180).

Üçüncül müdahaleyi içeren ve istismar gerçekleşikten sonraki süreci yönetmeye yönelik eylemlerde ise daha çok sağlık çalışanlarının ve bakımdan sorumlu aile üyelerinin rol alabileceği değerlendirilmektedir. Sağlık hizmeti personelinin yanı sıra sosyal çalışmacılar, yaşlı ihmal ve istismarına yönelik belirtileri tespit etmekten, müdahale ve önleyici hizmetler sağlamaktan sorumlu olma olasılığı en yüksek olan profesyonellerdir. Klinik uygulamalarda hekim dışı sağlık çalışanlarının (hemşireler, hasta bakıcılar vb.)

birincil, ikincil müdahalelerin yanı sıra istismarın gerçekleşmesinden sonraki süreçte tespiti, yinelenmesinin önlenmesi ve sağaltımında da önemli rolleri bulunmaktadır (181).

Yaşlı istismarını önlemek için birçok strateji denenmiştir ancak bu müdahalelerin çoğunun etkinliğine dair kanıtlar şu anda sınırlıdır. En umut verici olduğu düşünülen stratejiler arasında: bakım verme yükünü hafifletmek için sağlanan devlet destekleri, ekonomik sömürüye açık yaşlı yetişkinler için ekonomik destek programları; yardım hatları ve acil durumlarda barınma ve sosyal destek sağlama ve çok disiplinli ekiplerle yapılan istismar sonrası klinik müdahaleler, ceza sistemindeki caydırıcı mekanizmalar, sağlık hizmetlerinde özellikle ruh sağlığı hizmetleri, yetişkin koruma hizmetleri ve uzun vadeli bakım dahil olmak üzere geriatrik tedavi bakım hizmetleridir. Ayrıca bazı ülkelerde sağlık sektörü, yaşlıların istismarına ilişkin kamuoyunda endişe uyandırmada öncü bir rol üstlenirken, diğerlerinde sosyal yardım sektörü başı çekmektedir. Küresel olarak, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, yaşlı istismarı ve bunun nasıl önleneceği hakkında ise çok az şey bilinmektedir (182).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, psikiyatri kliniğine başvuran 65 yaş üstü bireylerde klinik ortamda gözlemlenebilecek; yaşlı ihmalinin ve istismarının boyutunu irdelemek ayrıca bu hasta bireylere sunulacak psikolojik destek ihtiyacının kapsamını değerlendirmek amacıyla gözlemsel tanımlayıcı klinik araştırmalar tipinde yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma tek merkezlidir. Araştırma verileri: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran 65 yaş üstü bireylerle yapılacak görüşme, gözlem ve testlerden elde edilmiştir. Araştırma verileri Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun 29.04.2022 tarih ve 329 sayılı kararı sonrasında, 2 Mayıs 2022 ile 31 Ekim 2022 tarih aralığında toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın gözlemsel tanımlayıcı klinik araştırmalar içerisinde yapılması nedeniyle doğrudan evren üzerinde çalışılmıştır. Bu nedenle de 2 Mayıs 2022 ile 31 Ekim 2022 tarih aralığında klinik başvuruda bulunan tüm 65 yaş üstü bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Ancak toplam 153 hasta birey arasından dahil edilme kriterlerine uymayan 18 hasta birey dışlanmış ve 135 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

#### **3.4. Araştırmaya Kabul Kriterleri**

##### **3.4.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:**

- Araştırmaya katılmayı yazılı olarak kabul etmek,
- 65 yaş ve üzerinde olmak,
- Kendini ifade edebilecek düzeyde dil becerisi sahibi olmak,
- Psikiyatrik destek için başvuruda bulunmak,
- Kendini ifade etmeyi güçleştiren bir engeli olmamak

Araştırma sürecince yukarıdaki kriterleri sağlayan ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran 65 yaş üstü bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

##### **3.4.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri ise şunlardır:**

- Mental geriliği olmak,

- İleri derecede demansa bağlı bilişsel işlev bozukluklarının olması,
- Adli bir vaka olarak kliniğe gelmiş olmak

Bu grup içerisinde gönüllü olan ve iletişim kurmakta güçlük çekmeyen tüm hastaların çalışmaya gönüllü onam formu çerçevesinde dahil edilmesi, herhangi bir sebepten ötürü araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanların ise dahil edilmemesi ve verilerin araştırmacı tarafından bireysel görüşmeler içerisindeki uygulanan anket verilerinden elde edilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmanın verileri; araştırmacılar tarafından hazırlanmış Sosyodemografik veri formu ve “Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği”, “Geriatrik Depresyon Ölçeği” “Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi” ve “Yaş Ayrımcılığı Ölçeği” ile toplanmıştır. Bu ölçekler: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine (Geriatrik Psikiyatri Kliniği) 2 Mayıs 2022 ile 31 Ekim 2022 tarih aralığında başvuran yaşlı hastalarla birebir görüşme yapılarak ve doğrudan ölçekleri doldurmaları istenerek tamamlanmıştır. Araştırmacı tarafından elde edilen bu verilerin mahremiyeti ve güvenliği etik kurallar çerçevesinde değerlendirilerek saklanmıştır.

#### **3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu**

Bu form araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Katılımcının sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim vb.) hastalık (kronik ya da psikiyatrik hastalıklar vb.) gibi başlıkları kapsayan 12 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği (YBİÇBGÖ)**

Türkçeye uyarlamasını ise Soygür ve arkadaşları tarafından 2017’de yapılan ölçeğin yaşlıların işlevselliğinin değerlendirilmesini amaçlayan 40 madde yer almaktadır. Puanlama ise ölçeğin alt boyutlarına göre madde sayısı 40 olan ölçek beş işlevsel alanın sekiz maddedeki alt alanlarına göre değerlendirmektedir. Bu alanlara ilişkin bilgiler ise sırasıyla Öz-bakım maddeleri 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. maddelerdir. Yönelim bozukluğu maddeleri ise 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. maddelerdir. Kaygılı duygudurum ve depresyonla ilişkili maddeler ise 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24. sıradadır. Huzursuzluk verici davranışa dair maddeler ise 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32. sırada yer alır. Son işlevsel alan olan toplumdan uzaklaşmaya dair maddeler ise 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40. maddelerdir. Bu beş işlevsel alanlardan birisi öz-bakım için yaşlı bireyin dış görünüşü, tırnak, saç kesme, giyim şekli, dış bakımı ve banyo yapmak, yaşlının tuvalet gereksinimi ve yaşlının yatağa fiziksel olarak kendisinin yatağa yatabilmesi ve kalkabilmesi gibi temel becerileri irdelenmektedir.

Yaşlının kişilerarası iletişimde kendini ifade edebilmesi, yakın geçmişi hatırlaması, yaşlı için önemli olabilecek olayları hatırlayabilmesi, yaşadığı ya da bulunduğu yeri ve zamanı biliyor olması, ev içinde ve dışarıda gideceği yeri bulabiliyor olması ise yönelim bozukluğu alanında değerlendirilmektedir. Depresif/kaygılı duygudurum için yaşlı bireyin kaygılı görünümü, mutluluk durumu, konuşmanın içeriği ve ses tonunun durumu irdelenmektedir. Huzursuzluk verici davranış için bakım verenlerle yaşlının iletişimi, bakım veren kişilerle yaşlının uyum içinde olabilmesi, alınganlık ve huysuzluk düzeyi, engellenmeye karşı tepkileri, diğerlerine ve özellikle de bakım verenlere sözel saldırıları, başkalarına fiziksel saldırı durumu, diğer insanlarla münakaşa çıkarma durumu değerlendirilir. Toplumdan uzaklaşma işlevsel alanı için ise yaşlı bireyin yalnızlığı tercih etme durumu, sosyal ilişkileri başlatma durumu, sosyal ilişki kurma girişimlerine verdiği tepkisi, diğer insanlarla arkadaşlığı, günlük olaylara ilgisi, dış çevrede olan olaylara ilgisi, bir işle meşgul olma durumu ve başkalarına yardım etme durumu değerlendirilir. Ayrıca ölçek evde bakım alan ve huzur evinde kalan bakıma ihtiyaç duyan tüm yaşlara yönelik olarak hazırlanmıştır. Ölçekteki her bir madde 0-4 arasında puanlanmaktadır. Örneğin ölçeğin 9. maddesi 4 seçenekli ve 36 maddesi ise 5 seçeneklidir. Beş seçenekli maddeler yaşlı bireyin soruya yanıt veremeyeceği gözetilerek yer verilmiştir. Ölçeğin puan aralığı ise minimum 0, maksimum ise 138'dir. Düşük ölçek puanları yaşlı bireylerin işlevselliğinin düşüklüğüne ve yüksek oluşu da tam tem tersi olarak işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekteki maddeler bakım verenler, hastane ya da huzur evi personeli gibi diğerleri tarafından çabucak yanıtlanabilmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlamasını ise Soygür ve ark. (183, 184-185) tarafından yapılmıştır.

### **3.5.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)**

Türkçeye uyarlanması ise Ertan ve arkadaşları tarafından 1997 yapılan ölçek 1983'te Yesavage, Brink ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Ölçek yaşlı nüfusun depresyon düzeyini ölçmektedir. Ölçek 30 öz bildirime dayalı sorudan oluşmaktadır. Bu nedenle de depresyon dışındaki diğer psikiyatrik bozukluklar da yer almaktadır. Ölçek maddeleri ise evet-hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Puanlamada depresyona yönelik olan her bir yanıt için 1 puan verilirken diğer yanıtlar için ise 0 puan verilmektedir. Tüm puanlama sonrasında ise toplam puan depresyon puanı oluşmaktadır. Depresyon tanısı için eşik değer 11 olarak alındığında ölçeğin duyarlılığı %85, özgüllüğü ise %95 olarak hesaplanmıştır. Yazarlar alınan toplam puanın 0-11 arasında olması durumunda depresyon olmadığı, 11-14 arası için olası depresyonu, 14 ve yukarısı için ise kesin depresyon tanısı yönünde yorumlama

yapılabileceği açıklaması yapmaktadır. Bu ölçek genel popülasyondaki yaşlılarda, psikiyatri kliniklerinde yatan yaşlılarda, huzurevinde kalan yaşlılarda, ayaktan tedavi gören yaşlılarda geçerlilik ve güvenilirlik ölçütlerine göre değerlendirilmiş ve geçerli olduğu saptanmıştır (186, 187).

#### **3.5.4. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi**

Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testini 1991 yılında ABD ve Kanada'da yaşlı istismarına ilişkin tutanaklar incelenerek istismar belirleyicilerini irdelendiği bir çalışma sonrasında 1000 maddelik bir havuz üzerinde çalışılarak oluşturmuştur. İlgili havuzdan madde ayırt edici istatistiklerle yapılan analiz sonucu üç temel kategoride 15 madde seçilmiştir. Bu üç kategorilerin ilki bireyselliğin ihlal edilmesi ve istismar maruziyeti, ikincisi yaşlıların savunmasız olma yönleri ve üçüncüsü ise potansiyel istismar durumunun belirlenmesidir. Ölçek puan aralığı ise 0-15 arasındadır. Testten alınan puanın yükselmesi istismar riskinin arttığı ve 3'ün üzerindeki puanların ise istismarın olduğu şeklinde yorumlanması gerektiği yazarlar tarafından belirtilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlamasını ise Özmete tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Türkçeye uyarlamasında Türkiye'de farklı yerlerde yakınları ya da tek başına yaşayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 60 yaş üstündeki 465 kadın ve erkek oluşturmaktadır. Uyarlama çalışmasında Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi Türkçe formunun, istismarın yaşlılarda belirlenmesinde, erken tanısında ve başka araştırmalarda geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabileceğini göstermiştir (188, 189).

#### **3.5.5. Yaş Ayrımcılığı Ölçeği (Ageism Survey)**

Yaş Ayrımcılığı ölçeği 2001 yılında Palmore (190) tarafından geliştirilmiştir (alfa = 0,79). Özellikle şu üç soruya yanıt olarak geçerli olabilecek bir araç geliştirmek için oluşturulmuştur: Yaşlı ayrımcılığının çeşitli toplumlarda yaygınlığı nedir? Hangi tür yaşlı ayrımcılığı daha yaygın? Yaşlı insanların hangi alt grupları daha fazla ayrımcılık hakkında rapor veriyor? Öncelikle bir anket ile 20 tür yaşlı ayrımcılığı listelendi. Bu birikim üzerinde, 60 yaşından büyük 84 kişiden oluşan uygun bir örneklem ile ölçek süreci test edildi. Ölçme aracının tatmin edici güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu görüldü. Anket verileri yaşlı ayrımcılığının bu katılımcılar arasında yaygın ve sık olduğunu bildirdi. En sık görülen türler ise yaşlı insanlara saygısızlık gösteren kişilerdi, bunu hastalıklar veya hastalıklar hakkında varsayımlarda bulunan kişiler izledi. Ölçme aracının Türk diline uyarlaması Erol ve ark. (191) tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Türkçe'ye uyarlanmış uygulama formunun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak saptanmıştır. Yaş ayrımcılığı anketi

puanlaması 0 “asla”, 1 “bir kez”, 2 “birden fazla” olmak üzere üçlü likert tipi formatındadır ve toplam 20 madde yer almaktadır. Alınabilecek toplam puan üçlü likert tipi ölçek maddelerinin puanlarının toplamı ile hesaplanmaktadır. Toplam puan aralığı ise 0-40 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçek tek boyutlu bir yapıdadır ve yaş ayrımcılığının yalnızca negatif yönlerini kapsamaktadır. Ölçek sonucunda alınan yüksek puanlar yaşlı ayrımcılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Bu araştırmanın verileri Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun 29.04.2022 tarih ve 329 sayılı kararı sonrasında, 2 Mayıs 2022 ile 31 Ekim 2022 tarih aralığında, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran ve gönüllü onam formunu kabul edip imzalayan 65 yaş üstü yaşlı bireylerle, araştırmacılar tarafından yapılan görüşmeler dahilinde araştırmacılar tarafından oluşturulan araştırma anketindeki sorulara alınan yanıtlar, araştırmacının mesleki gözlemleri ile hasta yakınlarından alınan bakım sürecine dair bilgiler ile de desteklenerek elde edilmiştir. Düzenli olarak araştırmacılar katılımcıların ilgili poliklinikteki psikiyatrik muayene ve takip sürecini tamamlaması sonrasında, bölümün uygun olan görüşme odasında mesleki görüşme yapmış ve ilgili araştırma anketindeki ölçekleri doldurmasını istemiştir.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences – IBM®) kullanılarak yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Ancak niceliksel verilerin gruplar arası değerlendirmelerinde normal dağılım görülmediğinden, gruplar arasında fark ya da eşitliği belirlemek için Mann-Whitney U testi ile analiz yapılmıştır. Ayrıca istismara maruz kalma, depresyon ve yaş ayrımcılığına dair veriler ise iki ya da daha çok örneklem ortalamasının birbirinden manidar bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Kruskal Wallis testi ile analiz edildi. Yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin psikolojik destek ihtiyaçlarını ne kadar yordadığını test edebilmek için bir standart regresyon analizi yapılmıştır. Yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyaçları ile depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ise Spearman’s rho korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında ve  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edildi.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma sonuçları Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine 2 Mayıs 2022 ile 31 Ekim 2022 tarih aralığında başvuran 65 yaş üstü yaşlı bireyler ile sınırlıdır. Bu nedenle tüm 65 yaş üstü popülasyona genellenemez. Ayrıca araştırma 65 yaş üstündeki bireylerden psikiyatrik destek almak için hastaneye başvuran bir grup ile yapılmış olup psikiyatrik destek almak için başvuruda bulunan tüm hastalara da genellenemez.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın temel amaçlarına dair yapılan istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır. Yapılan analizlerde araştırma grubu Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine 2 Mayıs 2022 ile 31 Ekim 2022 tarih aralığında başvuran 65 yaş üstü tüm bireylerden oluşmaktadır. Bu grup içerisinde 152 hastanın kliniğe başvuruda bulunduğu ancak psikotik bozukluk tanısı almış, kendini ifade etmekte güçlük çeken ve katılmaya gönüllü olmayan 17 kişi araştırmadan dışlanmıştır. Araştırma bulguları ise aşağıda yer alan üç bölümde değerlendirilmiştir.

- Demografik bulgular
- İstismara maruz kalma, depresyon ve yaş ayrımcılığına dair bulgular
- Psikolojik destek ihtiyacına dair bulgular

##### 4.1. Demografik Bulgular

Bu bölümde araştırmadaki Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran 65 yaş üstü yaşlılar; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvenlik durumu, ikamet ettikleri yer, hastaneye yatış durumu, kronik hastalıklarının varlığı, bakımını sağlayan ya da destek olan birey, sosyal aktivitelere katılım, sosyal medya kullanımına dair veriler aktarılmıştır.

**Tablo 4.** Yaşlıların demografik bulguları

| Değişken             | f  | %    |
|----------------------|----|------|
| <b>Cinsiyet</b>      |    |      |
| Kadın                | 86 | 63.7 |
| Erkek                | 49 | 36.3 |
| <b>Yaş</b>           |    |      |
| 65-74 yaş arası      | 94 | 69.6 |
| 75-84 yaş arası      | 32 | 23.7 |
| 85 yaş üstü          | 9  | 6.7  |
| <b>Medeni Durum</b>  |    |      |
| Hiç evlenmemiş       | 3  | 2.2  |
| Evli                 | 88 | 65.2 |
| Eşi vefat etmiş      | 38 | 28.1 |
| Boşanmış             | 5  | 3.7  |
| Eşinden ayrı         | 1  | 0.7  |
| <b>Eğitim Durumu</b> |    |      |
| Okuryazar değil      | 38 | 28.1 |
| Okuryazar            | 15 | 11.1 |
| İlkokul mezunu       | 47 | 34.8 |
| Ortaokul mezunu      | 10 | 7.4  |

**Tablo 4. (Devam)**

|                                                                     |     |      |
|---------------------------------------------------------------------|-----|------|
| Lise mezunu                                                         | 11  | 8.1  |
| Yüksekokul mezunu                                                   | 13  | 9.6  |
| Yüksek lisans ve doktora                                            | 1   | 0.7  |
| <b>Sosyal Güvence Durumu</b>                                        |     |      |
| Hayır                                                               | 2   | 1.5  |
| Evet                                                                | 133 | 98.5 |
| <b>İkamet Ettiği Yer</b>                                            |     |      |
| Kendi evi                                                           | 107 | 79.3 |
| Çocuklarının yanı                                                   | 25  | 18.5 |
| Akrabalarının yanı                                                  | 2   | 1.5  |
| Diğer (Huzur evi vb.)                                               | 1   | 0.7  |
| <b>Bakımını Sağlayan veya Destek Olan Bireyler</b>                  |     |      |
| Oğlu                                                                | 62  | 45.9 |
| Kızı                                                                | 42  | 31.1 |
| Gelini                                                              | 9   | 6.7  |
| Bakıcısı                                                            | 6   | 4.4  |
| Hiç kimse                                                           | 16  | 11.9 |
| <b>Sosyal Aktivitelere Katılım Durumu</b>                           |     |      |
| Hayır                                                               | 65  | 48.1 |
| Evet                                                                | 70  | 51.9 |
| <b>Katıldıkları Sosyal Aktivite Türleri</b>                         |     |      |
| Hobi bahçesi                                                        | 47  | 34.9 |
| Kitap okuma                                                         | 3   | 2.2  |
| Spor yapma                                                          | 2   | 1.5  |
| Arkadaşlarla buluşma                                                | 15  | 11.1 |
| Diğer                                                               | 3   | 2.2  |
| Katılımım yoktur                                                    | 65  | 48.1 |
| <b>Sosyal Aktivitelere Katılmama Nedenleri</b>                      |     |      |
| Hastalıklar                                                         | 33  | 24.2 |
| Fiziksel yetersizlik                                                | 18  | 13.1 |
| İsteksizlik, haz alamama                                            | 14  | 10.2 |
| Yaşam şartlarının yetersizliği                                      | 1   | 0.5  |
| Katılımım vardır                                                    | 70  | 51.9 |
| <b>Sosyal Medya Kullanımlarına Göre Ayrımcılık Yaşama Durumları</b> |     |      |
| Evet, ayrımcılığa maruz kaldım                                      | 7   | 5.2  |
| Evet, ayrımcılığa maruz kalmadım                                    | 18  | 13.3 |
| Hayır kullanmıyorum                                                 | 110 | 81.5 |
| <b>Hastaneye Yatış Durumu</b>                                       |     |      |
| Hayır                                                               | 110 | 81.5 |
| Evet                                                                | 25  | 18.5 |
| <b>Kronik Hastalık Durumu</b>                                       |     |      |
| Hayır                                                               | 17  | 12.6 |
| Evet                                                                | 118 | 87.4 |

**Tablo 4. (Devam)**

| <b>Kronik Hastalıklar</b>  |    |      |
|----------------------------|----|------|
| Diyabet                    | 32 | 23.7 |
| Tansiyon                   | 44 | 32.6 |
| Kalp ve Damar Hastalıkları | 34 | 25.2 |
| Diğer Hastalıklar          | 8  | 5.9  |

Tablo 4.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri incelendiğinde 86 (%63.7)'sinin kadın, 49 (%36.3)'unun erkek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yaşları incelendiğinde 94 (%69.6)'ünün 65-74 yaşları arasında, 32 (%23.7)'sinin 75-84 yaşları arasında ve 9 (%6.7)'unun 85 yaş üstünde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların yaş ortalamasının 72.03 (ss. 6.43) olduğu belirlenmiştir. Medeni durumları incelendiğinde ise 3 (%2.2)'ünün hiç evlenmemiş olduğu, 88 (%65.2)'inin evli olduğu, 38 (%28.1)'inin eşinin vefat etmiş olduğu, 5 (%3.7)'inin boşanmış olduğu ve 1 (%0.7)'inin eşinden ayrı olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde 38 (%28.1)'inin okuryazar olmadığı, 15 (%11.1)'inin okuryazar olduğu, 47 (%34.8)'sinin ilkokul mezunu olduğu, 10 (%7.4)'unun ortaokul mezunu olduğu, 11 (%8.1)'inin lise mezunu olduğu, 13 (%9.6)'ünün yüksekokul mezunu olduğu ve 1 (%0.7)'inin yüksek lisans veya doktora mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların sosyal güvence durumları incelendiğinde 2 (%1.5)'sinin sosyal güvencesinin olmadığı ve 133 (%98.5)'ünün sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan 65 yaş üstü bireylerin ikamet ettikleri yerler incelendiğinde 107 (%79.3)'sinin kendi evinde ikamet ettikleri, 25 (%18.5)'inin çocuklarının yanında ikamet ettikleri, 2 (%1.5)'sinin akrabalarının yanında ikamet ettikleri ve 1 (%0.7)'inin huzur evi gibi diğer yerlerde ikamet ettikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin bakımını sağlayan veya destek olan bireylerin kimler olduğu incelendiğinde 62 (%45.9)'sinin bakımını sağlayan veya destek olan bireyin oğlu olduğu, 42 (%31.1)'sinin bakımını sağlayan veya destek olan bireyin kızı olduğu, 9 (%6.7)'unun bakımını sağlayan veya destek olan bireyin gelini olduğu, 6 (%4.4)'sının bakımını sağlayan veya destek olan bireyin bakıcısı olduğu ve 16 (%11.9)'sının bakımını sağlayan veya destek olan herhangi bir bireyin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin sosyal aktivitelere katılım durumları incelendiğinde 65 (%48.1)'inin sosyal aktivitelere katılım sağlamadığı ve 70

(%51.9)'inin ise sosyal aktivitelere katılım sağladıkları belirlenmiştir. Sosyal aktivite türleri incelendiğinde ise 47 (%34.9)'sinin hobi bahçesi ile meşgul oldukları, 3 (%2.2)'ünün kitap okudukları, 2 (%1.5)'sinin spor yaptıkları, 15 (%11.1)'inin arkadaşları ile buluştukları, 3 (%2.2)'ünün diğer sosyal aktivitelere katıldıkları ve 65 (%48.1)'inin herhangi bir sosyal aktiviteye katılım göstermedikleri belirlenmiştir.

Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin sosyal aktivitelere katılmama nedenleri incelendiğinde 33 (%24.2)'ünün hastalıklarından dolayı sosyal aktivitelere katılmadıkları, 18 (%13.1)'inin fiziksel yetersizliklerden dolayı sosyal aktivitelere katılmadıkları, 14 (%10.2)'ünün isteksiz olması ve haz alamamasından dolayı sosyal aktivitelere katılmadıkları, 1 (%0.5)'inin yaşam şartlarının yetersizliğinden dolayı sosyal aktivitelere katılmadıkları görülmüştür.

Tablo 4.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin sosyal medya kullanımlarına göre ayrımcılık yaşama durumları incelendiğinde 7 (%5.2)'sinin sosyal medya kullandıkları için ayrımcılığa maruz kaldıkları, 18 (%13.3)'inin sosyal medya kullandıkları için ayrımcılığa maruz kalmadıkları ve 110 (%81.5)'unun sosyal medya kullanmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin hastaneye yatma durumları incelendiğinde 110 (%81.5)'unun hastaneye yatmadıkları ve 25 (%18.5)'inin ise hastaneye yattıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumları incelendiğinde 17 (%12.6)'sinin kronik hastalığının bulunmadığı ve 118 (%87.4)'inin ise kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin hastalık durumları incelendiğinde ise 32 (%23.7)'sinin diyabet hastası olduğu, 44 (%32.6)'ünün tansiyon hastası olduğu, 34 (%25.2)'ünün kalp ve damar hastalıklarına sahip olduğu ve 8 (%5.9)'inin diğer kronik hastalıklara sahip oldukları belirlenmiştir.

#### **4.2. İstismara Maruz Kalma, Depresyon ve Yaş Ayrımcılığına Dair Bulgular**

Bu bölümde araştırmadaki başvuran ve araştırmaya dahil edilen Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran 65 yaş üstü yaşlıların; işlevselliği, depresyon düzeyleri, yaş ayrımcılığına maruz kalmaları ve ihmal ve istismar bulguları demografik veriler dahilinde değerlendirilmiştir. İlgili araştırma bulguları ve yapılan analizlere dair sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 5.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığı

| Ölçek                      | f   | $\bar{x}$ | S.S.  | Min | Max |
|----------------------------|-----|-----------|-------|-----|-----|
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği  | 135 | 30.77     | 26.92 | 0   | 115 |
| <b>Tablo 5. (Devam)</b>    |     |           |       |     |     |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği | 135 | 15.17     | 10.65 | 0   | 30  |
| İhmal-İstismar Ölçeği      | 135 | 2.51      | 2.81  | 0   | 13  |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği     | 135 | 8.20      | 9.73  | 0   | 39  |

Tablo 5.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylere uygulanan Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği, Geriatrik Depresyon Ölçeği, İhmal-İstismar Ölçeği ve Yaş Ayrımcılığı Ölçeği'ne ilişkin bulguları incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinden minimum 0 maksimum 115 puan aldıkları ve ortalamalarının 30.77, standart sapmanın 26.92 olduğu görülmektedir. Geriatrik Depresyon Ölçeğinden ise minimum 0 maksimum 30 puan aldıkları ve ortalamalarının 15.17, standart sapmalarının 10.65 olduğu görülmektedir. İhmal-İstismar Ölçeğinden minimum 0 maksimum 13 puan aldıkları ve ortalamalarının 2.51, standart sapmalarının 2.81 olduğu görülmektedir. Yaş Ayrımcılığı Ölçeğinden minimum 0 maksimum 39 puan aldıkları ve ortalamalarının 8.20 standart sapmanın ise 9.73 olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının cinsiyetle ilişkisi

|                            | Değişken | f  | $\bar{x}$ | S.S.  | P    |
|----------------------------|----------|----|-----------|-------|------|
| <b>Cinsiyet</b>            |          |    |           |       |      |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği  | Kadın    | 86 | 33.54     | 28.33 | 0.11 |
|                            | Erkek    | 49 | 25.89     | 23.76 |      |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği | Kadın    | 86 | 16.12     | 10.65 | 0.15 |
|                            | Erkek    | 49 | 13.48     | 10.54 |      |
| İhmal-İstismar Ölçeği      | Kadın    | 86 | 2.47      | 2.64  | 0.83 |
|                            | Erkek    | 49 | 2.57      | 3.12  |      |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği     | Kadın    | 86 | 7.45      | 9.40  | 0.06 |
|                            | Erkek    | 49 | 9.51      | 10.24 |      |

Tablo 6.'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin işlevselliklerinin, depresyon düzeylerinin,

ihmal-istismar düzeylerinin ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Böylece kadın ve erkek olan yaşlı bireylerin işlevsellik puanlarının, depresyon puanlarının, ihmal-istismar puanlarının ve yaş ayrımcılığı puanlarının benzer olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 7.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının yaş ile ilişkisi

|                            | Değişken    | f  | $\bar{x}$ | S.S.  | p    | Anlamlı Farklılık |
|----------------------------|-------------|----|-----------|-------|------|-------------------|
| <b>Yaş</b>                 |             |    |           |       |      |                   |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği  | 65-74       | 94 | 25,22     | 22,25 | 0,01 | A<B               |
|                            | 75-84       | 32 | 42,43     | 31,26 |      |                   |
|                            | 85 ve üzeri | 9  | 47,22     | 37,27 |      |                   |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği | 65-74       | 94 | 14,03     | 10,47 | 0,13 | Yok               |
|                            | 75-84       | 32 | 18,37     | 10,37 |      |                   |
|                            | 85 ve üzeri | 9  | 15,66     | 12,24 |      |                   |
| İhmal-İstismar Ölçeği      | 65-74       | 94 | 2,31      | 2,72  | 0,38 | Yok               |
|                            | 75-84       | 32 | 2,87      | 2,99  |      |                   |
|                            | 85 ve üzeri | 9  | 3,22      | 3,27  |      |                   |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği     | 65-74       | 94 | 8,20      | 9,78  | 0,98 | Yok               |
|                            | 75-84       | 32 | 8,03      | 9,19  |      |                   |
|                            | 85 ve üzeri | 9  | 8,77      | 12,03 |      |                   |

Tablo 7.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin yaşlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin işlevsellik düzeylerinin yaşlarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu hususta özel bir teknik bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Yapılan analiz doğrultusunda yaşları 75-84 arasında olan yaşlı bireylerin yaşları 65-74 arasında olan yaşlı bireylere işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ancak yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin yaşlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Böylece yaşlı bireylerin yaşlarına göre depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 8.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının medeni durum ilişkisi

|                            | Değişken        | f  | $\bar{x}$ | S.S.  | p    | Anlamlı Farklılık |
|----------------------------|-----------------|----|-----------|-------|------|-------------------|
| <b>Medeni Durum</b>        |                 |    |           |       |      |                   |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği  | Hiç evlenmemiş  | 3  | 38.00     | 45.21 | 0.35 | Yok               |
|                            | Evli            | 88 | 28.03     | 26.40 |      |                   |
|                            | Eşi vefat etmiş | 38 | 36.60     | 27.02 |      |                   |
|                            | Boşanmış        | 5  | 28.80     | 28.41 |      |                   |
|                            | Eşinden ayrı    | 1  | 38.00     | -     |      |                   |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği | Hiç evlenmemiş  | 3  | 17.66     | 9.71  | 0.56 | Yok               |
|                            | Evli            | 88 | 14.45     | 10.93 |      |                   |
|                            | Eşi vefat etmiş | 38 | 16.76     | 10.10 |      |                   |
|                            | Boşanmış        | 5  | 11.80     | 11.00 |      |                   |
|                            | Eşinden ayrı    | 1  | 27.00     | -     |      |                   |
| İhmal-İstismar Ölçeği      | Hiç evlenmemiş  | 3  | 3.33      | 1.52  | 0.75 | Yok               |
|                            | Evli            | 88 | 2.72      | 3.12  |      |                   |
|                            | Eşi vefat etmiş | 38 | 2.00      | 2.13  |      |                   |
|                            | Boşanmış        | 5  | 2.20      | 2.58  |      |                   |
|                            | Eşinden ayrı    | 1  | 2.00      | -     |      |                   |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği     | Hiç evlenmemiş  | 3  | 13.00     | 9.53  | 0.55 | Yok               |
|                            | Evli            | 88 | 8.73      | 10.37 |      |                   |
|                            | Eşi vefat etmiş | 38 | 6.28      | 7.26  |      |                   |
|                            | Boşanmış        | 5  | 11.20     | 14.95 |      |                   |
|                            | Eşinden ayrı    | 1  | 4.00      | -     |      |                   |

Tablo 8.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bu sonuçlara göre yaşlı bireylerden hiç evlenmemiş olanların, evli olanların, eşi vefat etmiş olanların, boşanmış olanların ve eşinden ayrı olanların sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 9.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının eğitim durumu ile ilişkisi

|                            | Değişken          | f  | $\bar{x}$ | S.S.  | p    | Anlamlı Farklılık |
|----------------------------|-------------------|----|-----------|-------|------|-------------------|
| <b>Eğitim Durumu</b>       |                   |    |           |       |      |                   |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği  | Okuryazar değil   | 38 | 41.26     | 31.77 | 0.13 | Yok               |
|                            | Okuryazar         | 15 | 34.26     | 30.48 |      |                   |
|                            | İlkokul mezunu    | 47 | 25.55     | 21.86 |      |                   |
|                            | Ortaokul mezunu   | 10 | 25.00     | 22.74 |      |                   |
|                            | Lise mezunu       | 11 | 32.63     | 27.58 |      |                   |
|                            | Yüksekokul mezunu | 13 | 17.84     | 19.03 |      |                   |
|                            | Diğer             | 1  | 30.00     | -     |      |                   |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği | Okuryazar değil   | 38 | 18.26     | 11.15 | 0.21 | Yok               |
|                            | Okuryazar         | 15 | 15.53     | 10.52 |      |                   |
|                            | İlkokul mezunu    | 47 | 13.46     | 10.12 |      |                   |
|                            | Ortaokul mezunu   | 10 | 14.80     | 12.03 |      |                   |
|                            | Lise mezunu       | 11 | 17.54     | 14.03 |      |                   |
|                            | Yüksekokul mezunu | 13 | 10.00     | 9.23  |      |                   |
|                            | Diğer             | 1  | 17.00     | -     |      |                   |
| İhmal-İstismar Ölçeği      | Okuryazar değil   | 38 | 3.36      | 3.27  | 0.06 | Yok               |
|                            | Okuryazar         | 15 | 2.20      | 1.89  |      |                   |
|                            | İlkokul mezunu    | 47 | 2.12      | 2.31  |      |                   |
|                            | Ortaokul mezunu   | 10 | 2.10      | 2.64  |      |                   |
|                            | Lise mezunu       | 11 | 3.63      | 4.31  |      |                   |
|                            | Yüksekokul mezunu | 13 | 0.92      | 1.55  |      |                   |
|                            | Diğer             | 1  | 5.00      | -     |      |                   |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği     | Okuryazar değil   | 38 | 12.50     | 12.68 | 0.09 | Yok               |
|                            | Okuryazar         | 15 | 4.46      | 3.62  |      |                   |
|                            | İlkokul mezunu    | 47 | 7.23      | 8.15  |      |                   |
|                            | Ortaokul mezunu   | 10 | 3.90      | 3.84  |      |                   |
|                            | Lise mezunu       | 11 | 9.09      | 12.65 |      |                   |
|                            | Yüksekokul mezunu | 13 | 5.38      | 6.11  |      |                   |
|                            | Diğer             | 1  | 16.00     | -     |      |                   |

Tablo 9.'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin eğitim durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Böylece yaşlı bireylerden okuryazar olmayanların, okuryazar olanların,

ilkokul mezunu olanların, ortaokul mezunu olanların, lise mezunu olanların, yüksekokul mezunu olanların ve diğer (yüksek lisans veya doktora) mezunu olanların sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 10.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının sosyal güvence durumu ile ilişkisi

|                              | Değişken | f   | $\bar{x}$ | S.S.  | p    |
|------------------------------|----------|-----|-----------|-------|------|
| <b>Sosyal Güvence Durumu</b> |          |     |           |       |      |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği    | Hayır    | 2   | 41.50     | 28.99 | 0.48 |
|                              | Evet     | 133 | 30.60     | 26.98 |      |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği   | Hayır    | 2   | 25.50     | 2.12  | 0.24 |
|                              | Evet     | 133 | 15.01     | 10.65 |      |
| İhmal-İstismar Ölçeği        | Hayır    | 2   | 2.50      | 2.12  | 0.73 |
|                              | Evet     | 133 | 2.51      | 2.83  |      |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği       | Hayır    | 2   | 21.00     | 16.97 | 0.12 |
|                              | Evet     | 133 | 8.00      | 9.56  |      |

Tablo 10.'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin işlevselliklerinin, depresyon düzeylerinin, ihmal-istismar düzeylerinin ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal güvence durumuna göre farklılaşmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Böylece sosyal güvencesi olan ve olmayan yaşlı bireylerin işlevsellik puanlarının, depresyon puanlarının, ihmal-istismar puanlarının ve yaş ayrımcılığı puanlarının benzer olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 11.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının ikamet ettikleri yer ile ilişkisi

|                             | Değişken           | f   | $\bar{x}$ | S.S.  | p    | Anlamlı Farklılık |
|-----------------------------|--------------------|-----|-----------|-------|------|-------------------|
| <b>İkamet Ettikleri Yer</b> |                    |     |           |       |      |                   |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği   | Kendi evi          | 107 | 27.30     | 24.80 | 0.06 | Yok               |
|                             | Çocuklarının yanı  | 25  | 43.92     | 30.07 |      |                   |
|                             | Akrabalarının yanı | 2   | 45.00     | 63.63 |      |                   |
|                             | Diğer              | 1   | 44.00     | -     |      |                   |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği  | Kendi evi          | 107 | 14.38     | 10.73 | 0.22 | Yok               |
|                             | Çocuklarının yanı  | 25  | 18.64     | 9.91  |      |                   |
|                             | Akrabalarının yanı | 2   | 10.50     | 13.43 |      |                   |
|                             | Diğer              | 1   | 22.00     | -     |      |                   |

**Tablo 11.** (Devam)

|                        |                    |     |       |       |      |     |
|------------------------|--------------------|-----|-------|-------|------|-----|
| İhmal-İstismar Ölçeği  | Kendi evi          | 107 | 2.33  | 2.75  | 0.21 | Yok |
|                        | Çocuklarının yanı  | 25  | 3.28  | 3.11  |      |     |
|                        | Akrabalarının yanı | 2   | 1.50  | 2.12  |      |     |
|                        | Diğer              | 1   | 4.00  | -     |      |     |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği | Kendi evi          | 107 | 7.77  | 9.51  | 0.69 | Yok |
|                        | Çocuklarının yanı  | 25  | 9.60  | 10.71 |      |     |
|                        | Akrabalarının yanı | 2   | 12.50 | 14.84 |      |     |
|                        | Diğer              | 1   | 10.00 | -     |      |     |

Tablo 11.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin ikamet ettikleri yere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin ikamet ettikleri yere göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bu sonuçlara göre yaşlı bireylerden kendi evinde kalanların, çocuklarının yanında kalanların, akrabalarının yanında kalanların ve diğer (huzurevi vb.) yerlerde kalanların sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 12.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının bakımını sağlayan veya destek olan bireylerle ilişkisi

|                                                    | Değişken  | f  | $\bar{x}$ | S.S.  | p    | Anlamlı Farklılık |
|----------------------------------------------------|-----------|----|-----------|-------|------|-------------------|
| <b>Bakımını Sağlayan veya Destek Olan Bireyler</b> |           |    |           |       |      |                   |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği                          | Oğlum     | 62 | 26.04     | 24.09 | 0.07 | Yok               |
|                                                    | Kızım     | 42 | 32.23     | 25.41 |      |                   |
|                                                    | Gelinim   | 9  | 62.11     | 38.28 |      |                   |
|                                                    | Bakıcım   | 6  | 37.66     | 41.21 |      |                   |
|                                                    | Hiç kimse | 16 | 25.00     | 16.21 |      |                   |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği                         | Oğlum     | 62 | 14.83     | 10.91 | 0.39 | Yok               |
|                                                    | Kızım     | 42 | 13.88     | 9.89  |      |                   |
|                                                    | Gelinim   | 9  | 21.22     | 11.74 |      |                   |
|                                                    | Bakıcım   | 6  | 17.00     | 12.68 |      |                   |
|                                                    | Hiç kimse | 16 | 15.75     | 10.25 |      |                   |
| İhmal-İstismar Ölçeği                              | Oğlum     | 62 | 2.37      | 2.73  | 0.48 | Yok               |
|                                                    | Kızım     | 42 | 2.07      | 2.20  |      |                   |
|                                                    | Gelinim   | 9  | 4.22      | 3.89  |      |                   |

**Tablo 12.** (Devam)

|                        |           |    |       |       |      |     |
|------------------------|-----------|----|-------|-------|------|-----|
|                        | Bakıcım   | 6  | 3.33  | 4.22  |      |     |
|                        | Hiç kimse | 16 | 2.93  | 3.21  |      |     |
|                        | Oğlum     | 62 | 7.58  | 8.54  |      |     |
|                        | Kızım     | 42 | 7.28  | 9.76  |      |     |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği | Gelinim   | 9  | 12.88 | 12.55 | 0.37 | Yok |
|                        | Bakıcım   | 6  | 7.00  | 8.89  |      |     |
|                        | Hiç kimse | 16 | 10.81 | 12.35 |      |     |

Tablo 12.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin bakımını sağlayan veya destek olan bireylere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin bakımını sağlayan veya destek olan bireylere göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Böylece yaşlı bireylerden oğlu, kızı, gelini ve bakıcısı tarafından bakılan veya destek olunan ile hiç kimse tarafından destek olunmayan veya bakılmayanların sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 13.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının sosyal aktivitelere katılım ile ilişkisi

|                                    | Değişken | f  | $\bar{x}$ | S.S.  | p    |
|------------------------------------|----------|----|-----------|-------|------|
| <b>Sosyal Aktivitelere Katılım</b> |          |    |           |       |      |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği          | Hayır    | 65 | 43.86     | 28.79 | 0.01 |
|                                    | Evet     | 70 | 18.61     | 18.11 |      |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği         | Hayır    | 65 | 20.15     | 9.35  | 0.01 |
|                                    | Evet     | 70 | 10.54     | 9.69  |      |
| İhmal-İstismar Ölçeği              | Hayır    | 65 | 3.32      | 2.79  | 0.01 |
|                                    | Evet     | 70 | 1.75      | 2.63  |      |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği             | Hayır    | 65 | 9.67      | 10.62 | 0.05 |
|                                    | Evet     | 70 | 6.82      | 8.68  |      |

Tablo 13.'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal aktivitelere katılıma göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin işlevselliklerinin, depresyon düzeylerinin, ihmal-istismar düzeylerinin ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal aktivitelere

katılımlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Buna göre sosyal aktivitelere katılım göstermeyen yaşlı bireylerin, sosyal aktivitelere katılım gösteren yaşlı bireylere göre; sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin de daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 14.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının katıldıkları sosyal aktivite türleri ile ilişkisi

|                                                  | Değişken             | f  | $\bar{x}$ | S.S.  | p    | Anlamlı Farklılık |
|--------------------------------------------------|----------------------|----|-----------|-------|------|-------------------|
| <b>Katılım Sağladıkları Sosyal Aktivite Türü</b> |                      |    |           |       |      |                   |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği                        | Hobi bahçesi         | 47 | 19.71     | 19.59 | 0.01 | C<E<br>D<E        |
|                                                  | Kitap okuma          | 3  | 16.66     | 6.02  |      |                   |
|                                                  | Spor yapma           | 2  | 4.00      | 4.24  |      |                   |
|                                                  | Arkadaşlarla buluşma | 15 | 12.86     | 10.09 |      |                   |
|                                                  | Diğer                | 3  | 45.00     | 18.52 |      |                   |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği                       | Hobi bahçesi         | 47 | 11.13     | 10.79 | 0.01 | C<E               |
|                                                  | Kitap okuma          | 3  | 10.66     | 2.08  |      |                   |
|                                                  | Spor yapma           | 2  | 1.00      | 1.41  |      |                   |
|                                                  | Arkadaşlarla buluşma | 15 | 8.53      | 6.20  |      |                   |
|                                                  | Diğer                | 3  | 20.33     | 6.65  |      |                   |
| İhmal-İstismar Ölçeği                            | Hobi bahçesi         | 47 | 1.78      | 2.85  | 0.01 | A<E<br>B<E        |
|                                                  | Kitap okuma          | 3  | 0.33      | 0.55  |      |                   |
|                                                  | Spor yapma           | 2  | 1.00      | 1.41  |      |                   |
|                                                  | Arkadaşlarla buluşma | 15 | 1.60      | 2.02  |      |                   |
|                                                  | Diğer                | 3  | 4.66      | 3.05  |      |                   |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği                           | Hobi bahçesi         | 47 | 6.93      | 9.83  | 0.09 | Yok               |
|                                                  | Kitap okuma          | 3  | 8.66      | 1.15  |      |                   |
|                                                  | Spor yapma           | 2  | 1.00      | 1.41  |      |                   |
|                                                  | Arkadaşlarla buluşma | 15 | 6.46      | 6.41  |      |                   |
|                                                  | Diğer                | 3  | 11.33     | 6.11  |      |                   |

Tablo 14.'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin katıldıkları sosyal aktivite türüne göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin sosyal destek düzeyi, depresyon ve ihmal-istismar düzeylerinin katıldıkları sosyal aktivite türüne göre farklılaştığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu hususta özel bir teknik

bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Yapılan analiz doğrultusunda spor yapan ve arkadaşlarıyla buluşan yaşlı bireylerin sosyal destek düzeylerinin diğer aktivitelere katılım sağlayan yaşlı bireylere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Spor yapan yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin diğer aktivitelere katılım sağlayan yaşlı bireylere göre daha düşük olduğu ve hobi bahçesi ile uğraşan ve kitap okuyan yaşlı bireylerin ihmal-istismar düzeylerinin diğer aktivitelere katılım sağlayan yaşlı bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ayrımcılığı düzeylerinin katıldıkları sosyal aktivite türüne göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Buna göre hobi bahçesi ile uğraşan, kitap okuyan, spor yapan, arkadaşlarıyla buluşan ve diğer aktivitelere katılan yaşlı bireylerin yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 15.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının sosyal aktivitelere katılamama nedenleri ile ilişkisi

|                                                 | Değişken                    | f  | $\bar{x}$ | S.S.  | p    | Anlamlı Farklılık |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|----|-----------|-------|------|-------------------|
| <b>Sosyal Aktivitelere Katılamama Nedenleri</b> |                             |    |           |       |      |                   |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği                       | Hastalıklar                 | 33 | 49.33     | 30.36 | 0.01 | A>C               |
|                                                 | Fiziksel yetersizlik        | 18 | 47.0      | 30.72 |      |                   |
|                                                 | İsteksizlik, haz alamama    | 14 | 29.92     | 13.38 |      |                   |
|                                                 | Yaşam şartları yetersizliği | 1  | 10.00     | -     |      |                   |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği                      | Hastalıklar                 | 33 | 19.42     | 9.31  | 0.01 | Yok               |
|                                                 | Fiziksel yetersizlik        | 18 | 22.72     | 10.49 |      |                   |
|                                                 | İsteksizlik, haz alamama    | 14 | 18.57     | 7.77  |      |                   |
|                                                 | Yaşam şartları yetersizliği | 1  | 3.00      | -     |      |                   |
| İhmal-İstismar Ölçeği                           | Hastalıklar                 | 33 | 3.81      | 2.55  | 0.01 | Yok               |
|                                                 | Fiziksel yetersizlik        | 18 | 2.88      | 3.04  |      |                   |
|                                                 | İsteksizlik, haz alamama    | 14 | 2.71      | 2.99  |      |                   |
|                                                 | Yaşam şartları yetersizliği | 1  | 0.01      | -     |      |                   |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği                          | Hastalıklar                 | 33 | 9.87      | 9.36  | 0.03 | A>B<br>C>B        |
|                                                 | Fiziksel yetersizlik        | 18 | 7.03      | 11.53 |      |                   |
|                                                 | İsteksizlik, haz alamama    | 14 | 12.21     | 12.27 |      |                   |
|                                                 | Yaşam şartları yetersizliği | 1  | 0.01      | -     |      |                   |

Tablo 15.'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal aktivitelere katılamama nedenlerine göre farklılık gösterip göstermediğinin

belirlenmesi üzerine yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin sosyal destek, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal aktivitelere katılamama nedenlerine göre farklılaştığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu hususta özel bir teknik bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Yapılan analiz doğrultusunda hastalıklarından dolayı sosyal aktivitelere katılım sağlayamayan yaşlı bireylerin sosyal destek düzeylerinin; isteksiz olması veya haz alamamasından dolayı sosyal aktivitelere katılım sağlayamayan yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hastalıklarından dolayı, isteksiz olması veya haz alamamasından dolayı sosyal aktivitelere katılım sağlayamayan yaşlı bireylerin yaş ayrımcılığı düzeylerinin; fiziksel yetersizliklerden dolayı sosyal aktivitelere katılım sağlayamayan yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin depresyon ve ihmal-istismar düzeyleri sosyal aktivitelere katılım gösterememe nedenlerine göre farklılık gösterse de gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 16.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının sosyal medya kullanımlarına göre ayrımcılık yaşama durumları ile ilişkisi

| Değişken                                                         |                                   | f   | $\bar{x}$ | S.S.  | p    | Anlamlı Farklılık |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----|-----------|-------|------|-------------------|
| <b>Sosyal Medya Kullanımlarına Göre Ayrımcılık Yaşama Durumu</b> |                                   |     |           |       |      |                   |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği                                        | Evet, ayrımcılık yaşadım          | 7   | 21.71     | 6.42  | 0.03 | C>B               |
|                                                                  | Evet, ayrımcılık yaşamadım        | 18  | 17.00     | 18.62 |      |                   |
|                                                                  | Hayır, sosyal medya kullanmıyorum | 110 | 33.60     | 28.11 |      |                   |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği                                       | Evet, ayrımcılık yaşadım          | 7   | 11.42     | 3.04  | 0.23 | Yok               |
|                                                                  | Evet, ayrımcılık yaşamadım        | 18  | 11.44     | 10.86 |      |                   |
|                                                                  | Hayır, sosyal medya kullanmıyorum | 110 | 16.01     | 10.79 |      |                   |
| İhmal-İstismar Ölçeği                                            | Evet, ayrımcılık yaşadım          | 7   | 1.42      | 1.90  | 0.29 | Yok               |
|                                                                  | Evet, ayrımcılık yaşamadım        | 18  | 1.94      | 2.41  |      |                   |
|                                                                  | Hayır, sosyal medya kullanmıyorum | 110 | 2.67      | 2.91  |      |                   |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği                                           | Evet, ayrımcılık yaşadım          | 7   | 7.71      | 4.82  | 0.51 | Yok               |
|                                                                  | Evet, ayrımcılık yaşamadım        | 18  | 7.16      | 9.02  |      |                   |
|                                                                  | Hayır, sosyal medya kullanmıyorum | 110 | 8.40      | 10.11 |      |                   |

Tablo 16.'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal medya kullanımları ve ayrımcılık yaşama durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre yaşlı

bireylerin sosyal destek düzeyinin, sosyal medya kullanımları ve ayrımcılık yaşama durumlarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu hususta özel bir teknik bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Yapılan analiz doğrultusunda sosyal medya kullanmayan yaşlı bireylerin sosyal destek düzeylerinin, sosyal medya kullanan ve ayrımcılık yaşamayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal medya kullanımları ve ayrımcılık yaşama durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Buna göre sosyal medya kullanan ve ayrımcılık yaşayan, sosyal medya kullanan ve ayrımcılık yaşamayan ve sosyal medya kullanmayan yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 17.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının hastaneye yatış durumları ile ilişkisi

|                                  | Değişken | f   | $\bar{x}$ | S.S.  | p    |
|----------------------------------|----------|-----|-----------|-------|------|
| <b>Hastaneye Yatış Durumları</b> |          |     |           |       |      |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği        | Hayır    | 110 | 27.85     | 25.78 | 0.01 |
|                                  | Evet     | 25  | 43.60     | 28.60 |      |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği       | Hayır    | 110 | 13.83     | 10.51 | 0.01 |
|                                  | Evet     | 25  | 21.04     | 9.32  |      |
| İhmal-İstismar Ölçeği            | Hayır    | 110 | 2.41      | 2.84  | 0.15 |
|                                  | Evet     | 25  | 2.92      | 2.70  |      |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği           | Hayır    | 110 | 7.80      | 9.11  | 0.69 |
|                                  | Evet     | 25  | 9.96      | 12.16 |      |

Tablo 17.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin hastaneye yatış durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin işlevselliklerinin ve depresyon düzeylerinin hastaneye yatış durumlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Buna göre hastaneye yatış yapan yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin hastaneye yatış yapmayan yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yaşlı bireylerin ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin hastaneye yatış durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Buna göre hastaneye yatış yapan ve yapmayan yaşlı bireylerin ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 18.** Yaşlıların işlevselliği, depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının kronik hastalık durumları ile ilişkisi

|                                  | Değişken | f   | $\bar{x}$ | S.S.  | p    |
|----------------------------------|----------|-----|-----------|-------|------|
| <b>Kronik Hastalık Durumları</b> |          |     |           |       |      |
| Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği        | Hayır    | 17  | 28.05     | 30.00 | 0.45 |
|                                  | Evet     | 118 | 31.16     | 26.57 |      |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği       | Hayır    | 17  | 12.52     | 10.59 | 0.28 |
|                                  | Evet     | 118 | 15.55     | 10.65 |      |
| İhmal-İstismar Ölçeği            | Hayır    | 17  | 2.52      | 3.82  | 0.37 |
|                                  | Evet     | 118 | 2.50      | 2.66  |      |
| Yaş Ayrımcılığı Ölçeği           | Hayır    | 17  | 5.88      | 9.13  | 0.18 |
|                                  | Evet     | 118 | 8.53      | 9.80  |      |

Tablo 18.'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin kronik hastalık durumuna göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre yaşlı bireylerin işlevselliklerinin, depresyon düzeylerinin, ihmal-istismar düzeylerinin ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin kronik hastalık durumuna göre farklılaşmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Böylece kronik hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin işlevsellik puanlarının, depresyon puanlarının, ihmal-istismar puanlarının ve yaş ayrımcılığı puanlarının benzer olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.3. Psikolojik Destek İhtiyacına Dair Bulgular

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen yaşlıların işlevselliği Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinin; Öz-bakım (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), Yönelim bozukluğu (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), Depresif/kaygılı duygudurum (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24), Huzursuzluk verici davranış (25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32), Toplumdan uzaklaşma (33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40) başlıklarında değerlendirilmiştir. Ayrıca psikolojik destek ihtiyacı ise geriatrik depresyon ve yaş ayrımcılığı ölçek sonuçları ile karşılaştırılarak irdelenmiştir.

**Tablo 19.** Yaşlı bireyler için çok boyutlu gözlem ölçeği madde istatistiği

| M.No. | Maddeler                     | Ort. | S.S. |
|-------|------------------------------|------|------|
| 1     | Giyim kuşam                  | 0.53 | 1.06 |
| 2     | Banyo yapma                  | 0.67 | 1.15 |
| 3     | Kişisel bakım                | 0.63 | 1.13 |
| 4     | Altına kaçırma               | 0.56 | 1.09 |
| 5     | Tuvalet kullanımı            | 0.52 | 1.04 |
| 6     | Fiziksel hareketlilik        | 0.63 | 1.04 |
| 7     | Yatağa yatma/Yataktan kalkma | 0.59 | 1.00 |
| 8     | Kısıtlayıcıların kullanımı   | 0.81 | 1.10 |
| 9     | İletişimi anlama             | 0.40 | 0.75 |

**Tablo 19. (Devam)**

|    |                                                    |      |      |
|----|----------------------------------------------------|------|------|
| 10 | Konuşma                                            | 0.50 | 0.96 |
| 11 | Bina içinde yolunu bulma                           | 0.76 | 1.08 |
| 12 | İnsanları tanıma                                   | 0.50 | 0.79 |
| 13 | Bulunduğu yerin farkında olma                      | 0.47 | 0.92 |
| 14 | Zamanın farkında olma                              | 0.72 | 1.04 |
| 15 | Yakın zamandaki olayları anımsama                  | 0.45 | 0.84 |
| 16 | Önemli geçmiş olayları anımsama                    | 0.56 | 0.92 |
| 17 | Mutsuz ve depresif görünüm                         | 1.79 | 1.21 |
| 18 | Mutsuzluk ve depresyon bildiren konuşmalar yapma   | 1.78 | 1.20 |
| 19 | Mutsuz ve depresif ses tonu                        | 1.79 | 1.19 |
| 20 | Endişeli ve kaygılı görünüm                        | 1.59 | 1.08 |
| 21 | Endişe ve kaygı bildiren konuşmalar yapma          | 1.26 | 0.81 |
| 22 | Ağlama                                             | 1.16 | 1.16 |
| 23 | Gelecek hakkında karamsarlık                       | 1.32 | 1.43 |
| 24 | Kendisiyle aşırı meşgul olma                       | 1.74 | 1.20 |
| 25 | Bakım veren kişiler ile işbirliği                  | 0.36 | 0.77 |
| 26 | Bakım veren kişilerin istem ve yönergelerine uyma  | 0.41 | 0.95 |
| 27 | Huzursuzluk verici davranış ya da huysuzluk        | 0.53 | 0.94 |
| 28 | Engellenmeye karşı tepkiler                        | 0.47 | 0.92 |
| 29 | Bakım veren kişilere sözlü saldırı                 | 0.37 | 0.86 |
| 30 | Diğer insanlara sözlü saldırı                      | 0.29 | 0.80 |
| 31 | Başkalarına fiziksel saldırı                       | 0.23 | 0.74 |
| 32 | Diğer insanlarla münakaşa çıkarma                  | 0.24 | 0.71 |
| 33 | Yalnızlığı tercih etme                             | 0.82 | 1.15 |
| 34 | Sosyal ilişkileri başlatma                         | 0.82 | 1.02 |
| 35 | Sosyal ilişki kurma girişimlerine verilen karşılık | 0.74 | 0.93 |
| 36 | Diğer insanlarla arkadaşlık                        | 0.90 | 1.26 |
| 37 | Günlük olaylara ilgi                               | 0.71 | 0.98 |
| 38 | Dış çevrede olan olaylara ilgi                     | 0.75 | 0.99 |
| 39 | Bir işle meşgul olma                               | 0.81 | 1.01 |
| 40 | Başkalarına yardım etme                            | 0.59 | 0.91 |

Tablo 19.'da görüldüğü üzere Yaşlı Bireyler İçin Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinde yaşlı bireylerin en fazla depresif/kaygılı duygudurum alt boyutunda yer alan “Mutsuz ve depresif görünüm” ( $\bar{x}=1.79$ ) ve “Mutsuz ve depresif ses tonu” ( $\bar{x}=1.79$ ) maddelerine katılım gösterdikleri, en az ise huzursuzluk verici davranış alt boyutunda yer alan “Başkalarına fiziksel saldırı” ( $\bar{x}=0.23$ ) ve “Diğer insanlarla münakaşa çıkarma” ( $\bar{x}=0.24$ ) maddelerine katılım gösterdikleri belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyacının belirlenmesinde Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinin alt boyutlarına göre dağılımları Tablo 19.'da belirtilmiştir.

**Tablo 20.** Yaşlıların psikolojik destek ihtiyacının çok boyutlu gözlem ölçeği alt boyutlarına göre dağılımı

| Psikolojik Destek İhtiyacı  | f   | $\bar{x}$ | S.S. |
|-----------------------------|-----|-----------|------|
| Öz-Bakım                    | 135 | 4.94      | 7.56 |
| Yönelim Bozukluğu           | 135 | 4.35      | 6.02 |
| Depresif/Kaygılı Duygudurum | 135 | 12.41     | 8.19 |
| Huzursuzluk Verici Davranış | 135 | 2.91      | 5.78 |
| Toplumdan Uzaklaşma         | 135 | 6.14      | 7.12 |

Tablo 20.'de görüldüğü üzere yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyaçlarının belirlenmesinde kullanılan Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinin alt boyutlarından olan öz-bakıma göre psikolojik destek ihtiyacının ortalaması 4.94 standart sapması 7.56 olarak, yönelim bozukluğuna göre psikolojik destek ihtiyacının ortalaması 4.35 standart sapması 6.02 olarak, depresif/kaygılı duyguduruma göre psikolojik destek ihtiyacının ortalaması 12.41 standart sapması 8.19 olarak, huzursuzluk verici davranışa göre psikolojik destek ihtiyacının ortalaması 2.91 standart sapması 5.78 olarak ve toplumdan uzaklaşmaya göre psikolojik destek ihtiyacının ortalaması 6.14 standart sapması 7.12 olarak tespit edilmiştir. Buna göre yaşlı bireylerin en fazla depresif/kaygılı duygudurumlarından kaynaklı olarak psikolojik destek ihtiyacına sahip oldukları belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyaçları ile depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla bir korelasyon modeli oluşturulmuştur. Bu modelde 65 yaş üstü bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Tablo 20.'de oluşturulan korelasyon modelindeki Spearman's rho analizine yer verilmiştir.

**Tablo 21.** Yaşlıların psikolojik destek ihtiyaçları ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

|          |   | Ç.B.G.Ö. | G.D.Ö. | İ.İ.Ö. | Y.A.Ö. |
|----------|---|----------|--------|--------|--------|
| Ç.B.G.Ö. | r | 1        | 0.83** | 0.71** | 0.41** |
|          | p |          | 0.00   | 0.00   | 0.00   |
| G.D.Ö.   | r | 0.83**   | 1      | 0.68** | 0.35** |
|          | p | 0.00     |        | 0.00   | 0.00   |
| İ.İ.Ö.   | r | 0.71**   | 0.68** | 1      | 0.52** |
|          | p | 0.00     | 0.00   |        | 0.00   |
| Y.A.Ö.   | r | 0.41**   | 0.35** | 0.52** | 1      |
|          | p | 0.00     | 0.00   | 0.00   |        |

Not: \*\* $p < 0.01$  r: korelasyon katsayısı; p: anlamlılık değeri; Ç.B.G.Ö.: Çok Boyutlu Gözlem Ölçeği; G.D.Ö.: Geriatrik Depresyon Ölçeği; İ.İ.Ö.: İhmal-İstismar Ölçeği; Y.A.Ö.: Yaş Ayrımcılığı Ölçeği

Tablo 21.'de görüldüğü üzere yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyaçları çok boyutlu gözlem ölçeği ile belirtilmiş olup psikolojik destek ihtiyacı ile yaşlı bireylerin

depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı, ihmal istismar düzeyleri ile arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ve yaş ayrımcılığı düzeyleri ile arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer ifadeyle yaşlı bireylerin; depresyon, ihmal istismar ve yaş ayrımcılığı düzeyleri arttıkça psikolojik destek ihtiyacı düzeyleri de artmaktadır. Yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin psikolojik destek ihtiyaçlarını ne kadar yordadığını test edebilmek için bir standart regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi kapsamında oluşturulan modelde araştırma amaçlarına uygun olarak bağımlı değişken işlevselliğin alt boyutu olan depresif kaygılı duygudurum iken bağımsız değişkenler: Depresyon, İhmal-istismar ve Yaş ayrımcılığıdır. Tablo 22.'de oluşturulan regresyon analizi modeline yer verilmiştir.

**Tablo 22.** Yaşlıların psikolojik destek ihtiyacına yönelik regresyon analizi bulguları

|                 | $R^2$ | $\beta$ | p    |
|-----------------|-------|---------|------|
|                 | 0.77  |         |      |
| Depresyon       |       | 0.66    | 0.01 |
| İhmal-İstismar  |       | 0.01    | 0.99 |
| Yaş Ayrımcılığı |       | 0.03    | 0.35 |

*Notlar:  $R^2$ = belirlilik katsayısı;  $\beta$ = standardize edilmiş regresyon kat sayısı; p= anlamlılık değeri*

Tablo 22.'de görüldüğü üzere oluşturulan regresyon modeli psikolojik destek ihtiyacı varyansının %77'sini açıklamaktadır ( $F(3-134)=152,04$ ,  $p<0.05$ ). Modelde yaşlı bireylerin ihmal-istismar düzeylerinin ( $\beta= 0,01$   $p>0.05$ ) ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin ( $\beta= 0,03$   $p>0.05$ ) psikolojik destek ihtiyaçlarını yordamadığı ancak depresyon düzeylerinin ( $\beta= 0,66$   $p<0.05$ ) psikolojik destek ihtiyaçlarını pozitif yönde yordadığı belirlenmiştir. Buna göre oluşturulan regresyon modelinde yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyaçlarının %77'sinin depresyona, ihmal-istimara ve yaş ayrımcılığına bağlı olarak açıklanabildiği görülmüştür. Ayrıca depresyon düzeyindeki artışın psikolojik destek ihtiyacı hissetmeyi pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Modern dünyada değişen ve iyileşen yaşam koşullarıyla her geçen gün artan dünya nüfusu, sağlık araştırmalarında da yeni çalışma alanları oluşturmuştur. Özellikle artan nüfusun en belirgin olduğu 65 yaş üstü grubun sağlık ihtiyaçları giderek artmaktadır. Tüm ülkeler sağlık ve sosyal sistemlerini bu demografik değişim karşısında hazır olmasını sağlamak için büyük zorluklarla karşı karşıyadır. 2050'de yaşlı insanların %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşıyor olacağı ve nüfusun yaşlanma hızının geçmişe göre çok daha hızlı olacağı ön görülmektedir. 2020'de 60 yaş ve üstü nüfus, 5 yaş altı çocukları geride bıraktı. 2015 ile 2050 arasında, dünya nüfusunun 60 yaş üstü oranı %12'den %22'ye neredeyse iki katına çıkacağı değerlendirilmektedir. Birleşmiş Milletler nüfus tahminlerine göre 2022 yılında dünya nüfusu 7 milyar 975 milyon 105 bin 156, yaşlı nüfusu ise 782 milyon 998 bin 642 kişi oldu. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %9,8'ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Türkiye'de ise 2017 yılında 6.89 milyon olan yaşlı sayısı 8.45 milyona çıkarak 2022 yılında toplam nüfusun %9,9'unu 65 yaş üstü bireyler oluşturmuştur (192, 193, 194).

2022'de AB nüfusunun beşte birinden fazlası %21.1'i 65 yaş ve üzerindedir. Artan yaşlı nüfusu ise beraberinde birçok sağlık ihtiyacını da getirmektedir. Avrupa'da sağlık ve sosyal bakım sistemleri, evde yaşayan ve sayıları giderek artan yaşlı insanlara bakım ve destek sunma zorluğuyla karşı karşıyadır (195, 196). Bu artış beklenenin ilerisindeki yaşlanan nüfustan kaynaklanmaktadır. Yaşlı insanların büyük bir kısmı kendi evlerinde kalabilirken, kırılabilirlik, çoklu hastalık ve engellilik prevalansı yaşla birlikte artmakta ve toplum içinde birden fazla sağlık ve sosyal bakım ihtiyacı ile yaşayan yaşlı insan sayısının artmasına yol açmaktadır. Bu çoklu ihtiyaçlar yaşlıların sosyal katılımını kısıtlayabilir ve kendine güvenin azalmasına ve bakım bağımlılığının artmasına yol açabilir. Bu tablo ise uzun süreli bakım ve destek hizmetlerinden daha fazla yararlanma ile sonuçlanmaktadır (197, 198).

Dünya da ve Türkiye'de artan yaşlı nüfusunun getireceği sosyal ve sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu kırılabilir grubun yaşlanma ile gelişen bağımlılığın bir sonucu olarak maruz kalabileceği ihmal ve istismar öykülerinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi de gerekmektedir. Bu araştırma da ise yukarıda ifade edilen yeni koşullarda 65 yaş üstü bireylerin klinik takip içerisinde olan sınırlı bir grubunun maruz kalabileceği ihmal ve istismar öyküsü irdelenerek ihtiyaç duyabilecekleri psikolojik desteğin bağlantılarını ve kapsamını değerlendirmektedir. Araştırma sonuçlarının çok değişkenli

çıktılarını kategorize ederek: Demografik bulgular, istismara maruz kalma, depresyon ve yaş ayrımcılığına dair bulgular ve psikolojik destek ihtiyacına dair bulgular olmak üzere üç ana başlık etrafında sonuçlar değerlendirilmiştir.

Demografik değişkenlere göre araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde 38 (%28,1)'inin okuryazar olmadığı, 15 (%11,1)'inin okuryazar olduğu, 47 (%34,8)'sinin ilkokul mezunu olduğu, 10 (%7,4)'ünün ortaokul mezunu olduğu, 11 (%8,1)'inin lise mezunu olduğu, 13 (%9,6)'ünün yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu tablonun Türkiye ortalamasını yansıttığı görülmektedir. 2021 TÜİK verilerine göre okuma yazma bilmeyen ya da okula gitmemiş yaşlıların toplam oranının %28.5, ilkokul mezunlarının %46.5, ortaokul mezunlarının %8.5, lise mezunlarının %8.6 ve yüksekokul mezunlarının ise % 7.9 olduğu görülmektedir (199).

Bağımlı bireyler olarak yaşlıların ikamet ettikleri yerin bu araştırmaya katılanlar dahilinde incelendiğinde 107 (%79,3)'sinin kendi evinde ikamet ettikleri, 25 (%18,5)'inin çocuklarının yanında ikamet ettikleri görülmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin bakımını sağlayan veya destek olan bireylerin kimler olduğu incelendiğinde ise 62 (%45,9)'sinin bakımını sağlayan veya destek olan bireyin çocukları (oğlu, kızı vb.) olduğu ve 16 (%11,9)'sının bakımını sağlayan veya destek olan herhangi bireyin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçların yaşlıların çoğunluğunun kendi evlerinde ikamet ettikleri ve ihtiyaç dahilinde diğerlerinden destek aldıklarını göstermektedir. Ayrıca araştırma sonuçlarında yaşlı bireylerin ikamet ettikleri yere göre depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin farklılaşmadığı görülmektedir. Ancak araştırmaya katılan yaşlı bireylerden kendi evinde yalnız kalanların (n=135/107) depresyon düzeyinin ( $\bar{x}$ =14.38) ve çocuklarının yanında kalanların (n=135/25) depresyon düzeyinin ise ( $\bar{x}$ =18.64) olduğu görülmektedir. Yaşlılarının çoğunluğunun daha çok yalnızlığı tercih ettikleri ve depresyon düzeylerinin ise anlamlı olarak yüksek olduğu (n=135,  $\bar{x}$ =15.17) belirlenmiştir.

Yaşlı insanların sağlığının korunmasına yönelik en büyük tehlikelerden biri de yalnızlıktır. Boylamsal araştırmalar, kendini yalnız hisseden kişilerin depresyona girme veya duygudurum bozukluklarının tekrarlama olasılığının daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Yalnızlık veya zorunlu sosyal izolasyon duygularının manik nöbetlerden önce gelebileceğine dair ortaya çıkan yeni kanıtlar da vardır. Bu nedenle yalnızlık ve duygudurum bozuklukları arasındaki karmaşık ve çift yönlü ilişkinin bir boyutunu yaşlanma ile gelen içe çekilme eğiliminin temsil edebileceği tartışılmaktadır (200, 201).

Burada belirleyici olan bir diğer unsur ise sosyalleşme sürecidir. Araştırmalar yaşlı bireylerde yalnızlaşma ve içe çekilmenin depresyonu olumsuz yönde etkileyeceğine aksine daha fazla sosyalleşmenin ise olumlu yönde etki edeceğine vurgu yapmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyal aktivitelere katılım durumları incelendiğinde ise 65 (%48,1)'inin sosyal aktivitelere katılım sağlamadığı, 70 (%51,9)'inin ise sosyal aktivitelere katılım sağladıkları belirlenmiştir. Katılımcıların neredeyse yarısının sosyalleşme çabasının olduğu ancak diğer yarısının ise daha çok yalnızlığı tercih ettiklerini göstermektedir. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin sosyal aktivitelere katılmama nedenleri incelendiğinde ise 33 (%24,2)'ünün hastalıklarından dolayı sosyal aktivitelere katılamadıkları, 18 (%13,1)'inin fiziksel yetersizliklerden dolayı sosyal aktivitelere katılamadıkları, 14 (%10,2)'ünün isteksiz olması ve haz alamamasından dolayı sosyal aktivitelere katılmadıkları görülmektedir. Ayrıca araştırma bulgularına göre sosyal aktivitelere katılım göstermeyen yaşlı bireylerin, sosyal aktivitelere katılım gösteren yaşlı bireylere göre; sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin de daha yüksek olduğu görülmüştür.

Fiziksel aktivite müdahalelerinin, anksiyete, depresyon ve sosyal desteği düşük yaşlılarda etkilerinin incelendiği birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülmüş çok merkezli randomize kontrollü bir çalışmada; müdahaleden sonra, müdahale grubunda depresyon, anksiyete, sağlık durumu algısında önemli olumlu gelişmelerin olduğu görülmüştür. Ayrıca 4 ay boyunca haftada iki gün bir gruba aktivite yapmanın, klinik depresyonu %59 ve anksiyeteyi %45 oranında azalttığı bulunmuştur (202). Bu sonuçlar irdelendiğinde yaşlı popülasyonun sağlığının geliştirilmesi için fiziksel aktiviteleri ve sosyal desteği artırıcı programlara ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Keza araştırma sonuçlarımız da bu ihtiyacın gerekliliğini göstermektedir.

Günümüz dünyasının önemli bir gelişimi de dijitalleşmedir. Bu teknolojik gelişim sosyal ilişkileri ve insan etkileşimini, sanal dünyaya ve sosyal medya araçlarına taşımıştır. Ancak bu kardinal değişimin yaşlı bireyler için önemli bir sonucu da dijital ortamlarda maruz kalabilecekleri ayrımcılık davranışları ve istismar durumlarıdır. Araştırmaya katılan bireylerin sosyal medya kullanımlarına göre ayrımcılık yaşama durumları incelendiğinde 7 (%5,2)'sinin sosyal medya kullandıkları için ayrımcılığa maruz kaldıkları, 18 (%13,3)'inin sosyal medya kullandıkları için ayrımcılığa maruz kalmadıkları ve 110 (%81,5)'unun sosyal medya kullanmadıkları belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda her ne kadar sosyal medya araçlarını kullanan katılımcı sayısı az olsa da yaşlıların sosyal medya araçlarında yaş

ayrımcılığına maruz kalmaları ve istismara maruz kalma oranlarının artış eğiliminde olduğu ve ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Keza araştırma sonuçlarına göre sosyal medya kullanmayan yaşlı bireylerin sosyal destek düzeylerinin; sosyal medya kullanan ve ayrımcılık yaşamayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal medya kullanımları ve ayrımcılık yaşama durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Covid-19 salgını sırasında yapılan bir çalışmada sosyal medya da yaşlı bireylerin yaşlarından ötürü negatif içerikli mesaj müdahalelerine maruz kalması, nötr bir duruma kıyasla önemli ölçüde daha kötü ruh sağlığına, daha fazla kaygı ve huzursuzluğa yol açtığı; buna karşılık, pozitif içerikli mesaj müdahalelerinin ise nötr bir duruma kıyasla önemli ölçüde daha iyi ruh sağlığına, daha az kaygı ve daha fazla huzurlu kalmayı sağladığı görülmüştür (203).

Katılımcıların psikiyatrik öykülerinden ötürü yaşamlarının bir döneminde hastaneye yatma durumları incelendiğinde 110 (%81,5)'unun hastaneye yatmadıkları, 25 (%18,5)'inin ise psikiyatrik şikâyetlerinden ötürü hastaneye yattıkları belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarında yaşlı bireylerin işlevselliklerinin ve depresyon düzeylerinin hastaneye yatış durumlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre hastaneye yatış yapan yaşlı bireylerin yatış yapmayanlara göre; sosyal destek düzeyinin daha düşük ve depresyon düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yaşlı bireylerin ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin hastaneye yatış durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Yaşlı hastalar, hastanelerde ve tüm sağlık hizmeti sunulan ortamlarda diğerlerine göre daha savunmasızdır. Ayrıca istismara maruziyet ve ihmal edilme eğilimleri de daha fazladır. Nitekim sağlık profesyonellerinin hastane dışı ya da yaşlı istismarına ilişkin hasta ve bakıcı ile ilişkili faktörler, klinik özellikler, müdahaleler ve bakış açıları hakkındaki mevcut kanıtları sentezlemeyi amaçlayan bir sistematik derlemede; sağlık uzmanlarının ihmal ve istismarı belirlemede yetersiz eğitim aldıklarını ve potansiyel kurbanlara bakarken çok sayıda engel olduğunu bildirmiştir. Yetersiz bilgi, sınırlı eğitim, hastane dışı ve acil servis ortamlarında yaşlı istismarı için yetersiz organize edilmiş bir sistemin varlığına işaret edilmiştir (204). Her ne kadar araştırma sonuçlarında bunu destekleyecek bir kanıt olmasa da bu alana dair sonuçların daha kapsamlı ve boylamsal araştırmalarla irdelenmesi gerektiği değerlendirilmektedir. Bu hassas popülasyonun bakımını iyileştirmek için tarama ve müdahalelerin süreçleri ve etkileri üzerine araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Yaşlı bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları önemli bir sağlık değişimi ise yaşlanma ile artan fizyolojik ve bilişsel bozulmanın getirdiği kırılğanlığın bir sonucu olarak giderek artan hastalık öyküsünün olmasıdır. Katılımcıların psikiyatrik hastalık tanısı yanında bir diğer kronik hastalık durumları incelediğinde; sadece 17 (%12,6)'sinin bir kronik hastalığının bulunmadığı, 118 (%87,4)'inin ise kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı bulunan bireylerin hastalık durumları incelendiğinde ise 32 (%23,7)'sinin diyabet hastası olduğu, 44 (%32,6)'ünün tansiyon hastası olduğu, 34 (%25,2)'ünün kalp ve damar hastalıklarına sahip olduğu ve 8 (%5,9)'inin diğer kronik hastalıklara sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca araştırma sonuçlarına göre; kronik hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin işlevsellik, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı puanlarının benzer olduğu tespit edilmiştir.

Avrupa'da Sağlık, Yaşlanma ve Emeklilik Araştırması'nın son bulgularının ise araştırma sonuçlarını desteklediği görülmüştür. 2017'de AB ülkelerinde 65 yaş ve üstü kişilerin yaklaşık %37'si ortalama olarak en az iki kronik hastalığa sahip olduğu bildirildi. Kadınlar erkeklerden daha sık birden fazla kronik hastalık bildirmektedir (ortalama olarak %41'e karşı %32). Beklendiği gibi, kronik hastalıkların prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. 80 yaş ve üstü kişiler arasında, AB ülkelerinde ortalama olarak kadınların %56'sı ve erkeklerin %47'si birden fazla kronik hastalığı olduğu ve psikiyatrik eş tanılarında birlikte görüldüğüne vurgu yapılmıştır (205).

Psikiyatrik hastalıkların komorbide gösterme sıklığı yaşlılıkta fazladır. En sık görülen komorbid tanı ise depresyondur. Nitekim araştırma sonuçları da bunu desteklemektedir. Kronik hastalıkları bulunan yaşlı bireylerin depresyon puanları ( $\bar{x}$ =15.55), bulunmayanlara ( $\bar{x}$ =12.52) göre daha yüksektir. Geriatrik depresyon önemli bir halk sağlığı sorunudur ve özellikle kronik bir tıbbi durumla birlikte görüldüğünde sağlık üzerinde büyük bir olumsuz etkiye sahiptir. Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve diyabete yüksek bir depresyon insidansı eşlik eder. Bu klinik durum ise tedaviyi ve prognozu etkileyebilir. Depresyon, kardiyovasküler hastalık insidansı için oldukça yaygın bir risk faktörüdür ve kardiyovasküler hastalık morbidite ve mortalitesi ile ilişkilidir. Birincil hastalıkların proaktif ve etkili kontrolünün yanı sıra, hastaların psikolojik ve sosyal işlevlerinin iyileştirilmesi için de ayrıca bir çaba gösterilmesine ihtiyaç oluşturur. Koroner hastalığı olan hastalarda antidepresif tedavi ile ilgili güncel kanıtlar ise sınırlıdır. Depresyon ve kardiyovasküler hastalığı destekleyen patofizyolojik mekanizmaların yanı sıra depresyonla komplike olan

kardiyovasküler hastalığın karmaşık biyolojik karışmasının daha iyi anlaşılması, gelecekteki terapötik stratejiler için oldukça önemlidir (206).

Araştırma sonuçlarının ikinci bölümde katılımcıların istismara maruz kalma, depresyon ve yaş ayrımcılığına dair bulgular değerlendirilmiştir. Yaşlıların; işlevselliği, depresyon düzeyleri, yaş ayrımcılığına maruz kalmaları ve ihmal ve istismar bulguları demografik veriler çerçevesinde, betimleyici istatistikler vasıtasıyla irdelenmiştir.

Yaşlıların işlevselliğinin; depresyon, ihmal-istismar düzeyleri ve yaş ayrımcılığının alt boyutlarıyla irdelendiğinde tüm ölçek sonuçlarına göre: Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinden (min 0 ve mak 115, ss: 26.92,  $\bar{x}$ =30.77 ) olduğu ve dağılımın dağınık olduğu ancak katılımcıların genel olarak işlevselliklerinin beklenen düzeyden düşük olmadığı görülmüştür. Geriatrik Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının (min 0 ve mak 30, ss: 10,65,  $\bar{x}$ =15.17 ) olduğu ve katılımcıların çoğunluğunun işlevselliğini etkileyecek düzeyde depresyon geçirdikleri görülmektedir. Katılımcıların İhmal-İstismar Ölçeğinden (min 0 ve mak 13, ss: 2.81,  $\bar{x}$ =2.51) aldıkları görülmüş olup ölçek sonuçlarının ihmal ve istismarın varlığını gösterecek düzeyde manidar olduğu ayrıca literatür ortalamasının da ( $\bar{x}$ =3) karşılandığı görülmüştür. Yaş Ayrımcılığı Ölçeğinden (min 0 ve mak 39, ss: 9.73,  $\bar{x}$ =8.20 ) ortalamasının ise beklenen düzeyde ayrımcılığın varlığı görülmüştür.

Keza İsveç'te geriatrik takip servisine kabul edilen 65 yaş üstü bireylerle yapılan %44 (n=135/306) bir araştırmada, katılımcıların %40,7'si (n=55/306) hayatları boyunca bir tür istismar içerikli deneyim bildirmiştir. Yaşlı istismarının yaygınlığı %17,8 (n=24) idi ve yaşlı istismar mağdurlarının %58'i (n = 14) de hayatlarının erken dönemlerinde bir istismar mağduriyeti bildirmiştir (207). Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir. Ayrıca yaşlı ihmal ve istismarının yaygınlığını tahmin etmek ve yaşlı duygusal istismarı, fiziksel istismarı ve ihmalinin risk ve koruyucu faktörlerini belirlemek amacıyla İngilizce veya İspanyolca konuşan bir toplulukta yaşayan, bilişsel olarak sağlam 60 yaş ve üstü bireylerin temsili (ırk, etnik köken, cinsiyet) örnekleme alınarak (n=4.156) yapılan bir çalışmada bir önceki yıl içerisinde yaşlıların duygusal istismarının yaygınlığı %1.9, fiziksel istismarın %1.8 ve ihmalin toplam yaygınlığı %1.8 ve toplam ihmal-istismar varlığı ise %4.6 olarak saptandı. Ayrıca duygusal ve fiziksel istismarın, eşten ayrılma veya boşanma, düşük gelirli bir evde yaşama, işlevsel bozulma ve daha genç yaşta olmakla ilişkili olduğu görülmüştür (208).

Yaşlı bireylerin işlevsellik (Öz-bakım becerileri, yönelim bozukluğu, depresif/kaygılı duygudurum, huzursuzluk verici davranış, toplumdan uzaklaşma),

depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin; cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, sosyal güvencelerine, ikamet ettikleri yere ve yaşının bakımını sağlayan ve destek olan birey değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre yaşlı bireylerin işlevselliklerinin, depresyon düzeylerinin, ihmal-istismar düzeylerinin ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin bu değişkenlere göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Yaşlı istismarı meta-analizlerine göre, özellikle Asya ve Doğu Akdeniz gibi Batılı olmayan ülkelerde yaşayan yaşlı kadınların istismara uğrama olasılığı daha yüksekken, Batılı gelişmiş ülkelerde yaşlı istismar oranı cinsiyete göre farklılık göstermemektedir (209, 210).

Nitekim Türkiye'nin batı eksenli yapısı göz önüne alındığında araştırma sonuçlarımızla bu sonuçlar benzerlik göstermektedir. Yapılan analiz doğrultusunda yaşları 75-84 arasında olan yaşlı bireylerin yaşları 65-74 arasında olan yaşlı bireylere işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak cinsiyete göre ise bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin yaşlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Böylece yaşlı bireylerin yaşlarına göre depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

ABD'de yaşlı yetişkinden oluşun bir örnekleme ( $n=777$ ) yapılan bir araştırmada yaklaşık on yetişkinden biri en az bir tür istismara maruz kaldığını ve olayların çoğunun yetkililere bildirilmediği aktarılmaktadır. Erkeklerle yönelik fiziksel istismar failleri, kadınlara yönelik fiziksel istismar faillerine göre daha “patolojik” özelliklere sahip olduğu ve yasal sorunlar, psikiyatrik tedavi, olay sırasında madde kullanımı, mağdurla birlikte yaşama ve mağdurla akraba olmanın istismar olasılığını arttığı bildirilmiştir (211). Ayrıca Etiyopya'da yapılan toplum temelli kesitsel bir çalışmada ( $n=268$ ) yaşlı istismarı ve eş tanıli multimorbidite, fiziksel yetersizlik ve madde kullanım bozukluğunun büyüklüğünün yüksek olduğu, birden fazla kronik hastalığa sahip olmak, fiziksel yetersizlik, ileri yaş ve zayıf sosyal desteğin ise yaşlı istismarı için en önemli risk faktörleri olduğu aktarılmıştır (212).

Çin'de yürütülen bir çalışmada ( $n=10.362$ ), yaşlı istismarı yaygınlığının yaş ilerledikçe arttığını, prevalansın 65-69 yaş grubunda %12,8, 70-74 yaş grubunda %16,2 olduğu bulunmuştur. Cinsiyete göre bakıldığında kadınların (%16,7) erkeklere (%13,7) göre daha fazla istismara uğradığı görüldü. Boşanmış, dul ve bekar bireylerde yaşlı istismarı yaygınlığı (%20,0), evli bireylere göre (%13,3) daha yüksektir. Yaşlı bireylerin eğitim

düzeyi yükseldikçe istismar yaygınlığının giderek azaldığı ve yaşlı bir kişinin geliri ne kadar düşükse, istismar olasılığının da o kadar yüksek olduğu görülmüştür (213).

Araştırmada (Öz-bakım becerileri, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış, Toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin katılımcıların sosyal aktivitelere katılımlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Buna göre sosyal aktivitelere katılım göstermeyen yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin sosyal aktivitelere katılım gösteren yaşlı bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ABD’de 1268 kadın ve 973 erkek yaşlı ile yapılan bir kesitsel araştırmanın, bu sonuçları desteklediği görülmektedir. Nitekim sıklıkla sosyal faaliyetlere katılan yaşlı yetişkinler, daha az düzenli sosyal katılıma sahip olanlara göre benzer veya daha yüksek düzeyde istismar bildirmiştir. Aileleri veya arkadaşlarıyla düzenli sosyal temasları olan yaşlı kadınların bazı istismar türlerini bildirme olasılığı daha düşük bulunmuştur (214).

ABD’de Ulusal Sosyal Yaşam, Sağlık ve Yaşlanma Projesi kapsamında yapılan bir araştırmada ( $n=2.334$ ) 60 yaşından beri kötü muameleye maruz kalmanın, daha az mevcut sosyal desteğe, daha fazla sosyal gerginliğe ve çekirdek sosyal ağda daha az akrabaya sahip olmakla ilişkili olduğunu göstermektedir. Çoklu mağduriyet bildiren yaşlı yetişkinlerin de daha az akraba ile iletişim halinde oldukları ve sosyalleşmekten kaçındıklarına dikkat çekilmiştir (215).

Ayrıca katılımcıların sosyal aktivitelere katılımlarında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan analizlerde; spor yapan ve arkadaşlarıyla buluşan yaşlı bireylerin sosyal destek düzeylerinin diğer aktivitelere katılım sağlayan yaşlı bireylere göre daha düşük olduğu, spor yapan yaşlı bireylerin depresyon düzeylerinin diğer aktivitelere katılım sağlayan yaşlı bireylere göre daha düşük olduğu ve hobi bahçesi ile uğraşan ve kitap okuyan yaşlı bireylerin ihmal-istismar düzeylerinin diğer aktivitelere katılım sağlayan yaşlı bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak araştırmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ayrımcılığı düzeylerinin katıldıkları sosyal aktivite türüne göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Kore’de yaşlılarda hangi tür sosyal aktivitelerin depresyonu azalttığına dair yapılan bir araştırmada; çocuklarla telefon veya mektup yoluyla sık temasın yaşlı Koreli yetişkinler arasında daha düşük depresyon riski ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Yakın arkadaşlarla yüz yüze temas, kadınlarda depresyonla negatif ilişkili bulunmuşken, erkeklerde benzer durumun olmadığı görülmüştür (216).

Yaşlılar arasında yaşam düzenlemeleri ve ev dışındaki sosyal ilişkilerin depresif belirtilerle ilişkisini incelemek amacıyla Singapur'da yapılan bir araştırmada (n=4489) kadınlar erkeklerden daha yüksek depresif belirti puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Yalnız yaşamak ve en az bir çocukla yaşamak (eşsiz) eş ve çocuklarla yaşamaya göre ve ev dışındaki zayıf sosyal ağlar, hem erkekler hem de kadınlar arasında daha yüksek depresif belirti puanları ile ilişkili bulunmuştur. Ev dışında zayıf sosyal ağlarla yalnız yaşayan erkeklerin depresif belirti puanları, güçlü ağlara sahip olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (217). Benzer bir çalışmada (n=2000) 60 yaş ve üstü bireylerden oluşan bir örnekleme, depresyon ve sosyal faaliyetler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yüksek kaliteli aile bağlarının, bireyleri depresyonla ilişkili istenmeyen sonuçlardan koruyan destekleyici başa çıkma kaynakları sağladığı göstermiştir (218). Nitekim bu araştırma sonuçları da bunu desteklemektedir. Araştırma bulgularında sosyal aktivitelere katılım göstermeyen yaşlı bireylerin, sosyal aktivitelere katılım gösteren yaşlı bireylere göre; sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu, depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmüştür.

Almanya'da demans riski yüksek olan yaşlı kişilerde sosyal katılımı tanımlamayı ve depresif semptomlarla ilişkileri değerlendirmeyi amaçlamayan çok merkezli randomize kontrollü bir çalışmada (n=1030) depresif semptomları olan hastalar, depresyonu olmayan hastalara göre önemli ölçüde daha küçük sosyal katılım sergiledikleri görülmüştür ( $p<0.001$ ). Çalışma, yaşlı katılımcılarda azalmış bir sosyal ağın ve daha az sosyal katılım ile depresif semptomların ilişkisini göstermiştir (219). Bu çalışma çalışmamıza benzer şekilde, yaşlı katılımcılarda azalmış bir sosyal ağ ve daha az sosyal katılım ile depresif semptomların ilişkisini göstermektedir. Yeterli aile dışı temaslar ve haftalık sosyal aktiviteler, ruh sağlığında önemli bir rol oynuyor gibi görünmektedir. Bu nedenle de sosyal aktivitelere katılım teşvik edilmelidir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin; depresyon ve ihmal-istismar düzeylerinin sosyal medya kullanımında ayrımcılık yaşama durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan analizde, yaşlı bireylerin sosyal destek düzeyleri, sosyal medya kullanımları ve ayrımcılık yaşama durumlarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan analiz doğrultusunda sosyal medya kullanmayan yaşlı bireylerin sosyal destek düzeylerinin; sosyal medya kullanan ve ayrımcılık yaşamayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal medyada yaşlılara yönelik algıların ve kullanılan dilin irdelendiği nitel bir çalışma

sonuçları ise bu sonuçları desteklemektedir. Keza bir sosyal medya aracında; yaşlanma, yaşlılık, yaşlı insanlar ve yaşlı terimleri etrafında 1.200 söylemin ele alındığı bir örnekleme, sıklıkla kullanılan dil, yaşlı yetişkinleri güçsüz, savunmasız ve homojen bir grup olarak konumlandıran olumsuz yaş ve yaşlanma söylemlerini pekiştirdiği görülmüştür (220). Ancak bu konuda alan yazında çok az araştırma bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin işlevsellik (öz-bakım becerileri, yönelim bozukluğu, depresif/kaygılı duygudurum, huzursuzluk verici davranış, toplumdan uzaklaşma), depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin hastaneye yatış durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi üzerine yapılan analize göre yaşlı bireylerin işlevselliklerinin ve depresyon düzeylerinin hastaneye yatış durumlarına göre farklılaştığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). ). Buna göre hastaneye yatış yapan yaşlı bireylerin yatış yapmayanlara göre; sosyal destek düzeyinin daha düşük ve depresyon düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak yaşlı bireylerin ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin hastaneye yatış durumlarına göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Hastanede yatan yaşlı yetişkinler için psikolojik desteğin, depresif belirti düzeylerine etkilerinin incelendiği bir araştırmada ( $n=468$ ), psikolojik desteğin yaşlı yetişkinlerin esenliği üzerindeki etkisini anlamada işlevsel durumun, desteğin türünün ve verildiği ortamın önemli olduğunu göstermiştir (221). Hastane ortamındaki çeşitli psikolojik destek müdahalelerinin potansiyel terapötik yönleri yeni araştırmalarla irdelenmelidir.

Yaşlı bireylerin depresyon, ihmal-istismar ve yaş ayrımcılığı düzeylerinin psikolojik destek ihtiyaçlarını ne kadar yordadığını irdelemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarında oluşturulan regresyon modelinde yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyaçlarının %77'sinin depresyona, ihmal-istismara ve yaş ayrımcılığına bağlı olarak açıklanabildiği ve depresyonun psikolojik destek ihtiyacını pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir ( $F(3-134)=152,04$ ,  $p<0.05$ ). Psikososyal destek eksikliğinin, yaşlı istismarı ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada ( $n=2.744$ ) daha az psikososyal kaynağa sahip yaşlı yetişkinler, yaşlı istismarına karşı daha savunmasız olduğu görülmüştür. Ayrıca istismar yaşantısının bu bireylerin psikolojik iyi oluşuna önemli zararlar verdiğine de dikkat çekilmiştir (222).

Yaşlı istismarı, savunmasız bir yaşlı kişinin insani ve sosyal haklarının ihlalidir. Psikiyatrik hastalık, özellikle fiziksel zayıflık, duyuşal bozukluk, sosyal izolasyon ve fiziksel bağımlılık gibi diğer risk faktörleriyle birlikte görüldüğünde ise istismara daha açık hale gelinebilmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının düzenli olarak yaşlı istismarıyla

karşılaşma olasılığı yüksektir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bunun tespit edilmesinde ve yönetilmesinde ve sonraki psikiyatrik hastalıkların tedavisinde önemli bir role sahiptir. Çekya’da yürütülen psikiyatrik hastalığı olan yaşlılarda yaşlı istismarı ve ihmalinin yaygınlığının irdelendiği bir araştırma da bu sonuçları desteklemektedir. Psikogeriatric servisinde ruhsal bozukluk nedeniyle yatan 202 yaşlı ve diğer serviste somatik bozukluk nedeniyle yatan 103 yaşlıdan oluşan karşılaştırmalı kesitsel bir araştırmada (n=305) iki yaşlı grubu arasında, psikiyatrik hastalığı olan yaşlılarda yüksek yaşlı istismarı prevalansı saptanmıştır. Ayrıca 30 hemşireden 5’i (%16.7) yaşlı istismarı ve ihmali belirtilerini hiç duymamış, 10’u (%33.3) yaşlı istismarı ve ihmali ve belirtileri hakkında kısmen bilgi sahibi olmuş, geri kalan hemşireler (%50.0) yaşlı istismarı ve ihmali ve belirtileri hakkında iyi bilgiye sahip olduğu saptanmıştır (223). Vakalarının nasıl bildirileceği bilgisi hakkında hemşireler ve sağlık personeli için eğitim programlarının geliştirilmesi ve ruhsal hasta yaşlıların daha iyi yaşam kalitesine sahip olmalarına yönelik psikoeğitim verilmesinin önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Yaşlılarda ruh sağlığını etkileyen önemli faktörler olarak yaşlı istismarının ve yaş ayrımcılığının, çoklu bir o kadar da karmaşık kesişim noktası vardır. Yaşlı istismarının ve yaş ayrımcılığının klinik sonuçlarının başında geriatric depresyon gelmektedir. Depresyonu olan yaşlı bireyler her yaştan insanın yaşadığı zorluklar yanında yaşlanmayla ilgili veya yaşlanmayla birleşen bazı sorunlarında üstesinden gelmek zorundadırlar. Yaşlı istismarı ve yaş ayrımcılığının getirdiği anksiyete ve depresyon öyküsü, ruhsal hastalıklarının katalizörü olabilmektedir. Tüm bu süreç ise istismar ve yaş ayrımcılığı mağduru yaşlı bireylerin psikolojik destek ihtiyacının çok yönlü değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yaşlı istismarı, küresel olarak olumsuz sağlık sonuçları risklerini artıran ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlı bireylerde istismarın depresyonla ilişkili olduğu farklı çalışmalarla ortaya konulmuştur. Ancak depresyon öyküsü ve yaşlı istismarı arasındaki nedensel ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça azdır (224).

Araştırmanın üçüncü bölümünde yukarıda da ifade edildiği üzere 65 yaş üstü bireylerde istismar ve yaş ayrımcılığı karşısında oluşan depresyon durumu ve ihtiyaç duydukları psikolojik desteğin kapsamı değerlendirilmiştir. Bu amaçla Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinin alt boyutları olan: Öz-bakım, Yönelim bozukluğu, Depresif/kaygılı duygudurum, Huzursuzluk verici davranış ve Toplumdan uzaklaşma başlıkları dahilinde psikolojik desteğin ihtiyaç alanları irdelenmiştir. Ayrıca psikolojik destek ihtiyacının kapsamının

belirlenmesi amacıyla, Geriatrik Depresyon ve Yaş Ayrımcılığı Ölçek sonuçları ile Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinin alt boyutları karşılaştırılmıştır.

Çok Boyutlu Gözlem Ölçeğinin alt boyutlarına dair yapılan madde analizinde; en fazla depresif/kaygılı duygudurum alt boyutunda yer alan “Mutsuz ve depresif görünüm” ( $\bar{x}=1,79$ ) ve “Mutsuz ve depresif ses tonu” ( $\bar{x}=1,79$ ) maddelerine katılım gösterildiği görülmüştür. Bunun yanı sıra en az katılımın ise huzursuzluk verici davranış alt boyutunda yer alan “Başkalarına fiziksel saldırı” ( $\bar{x}=0,23$ ) ve “Diğer insanlarla münakaşa çıkarma” ( $\bar{x}=0,24$ ) maddelerinde yoğunlaştığı belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ( $n=135$ ) psikolojik destek ihtiyacının çok boyutlu gözlem ölçeği alt boyutlarına göre dağılımı irdelendiğinde katılımcıların en fazla depresif/kaygılı duygudurumlarından kaynaklı olarak psikolojik destek ihtiyacına sahip oldukları belirlenmiştir.

Benzer bir çalışmada, yaşlı istismarı türleri, kaygı belirtileri ve depresif belirtiler arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonuçlarında anksiyete ve depresyon düzeyinin, yaşlı yetişkinler arasındaki istismar türlerine göre farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca psikolojik istismar, fiziksel istismar, ekonomik istismar ve bakıcı ihmali olan katılımcıların anksiyete belirtileri ve depresif belirtilere sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (225). Hindistan’da depresyonu olan yaşlı hastalarda yaşlı istismarı prevalansının çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelendiği benzer bir araştırmada ise şiddetli depresyonu olan hastaların ( $n=100$ ) yaklaşık %54’ü yaşlı istismarı mağduru olduğu görülmüştür (226).

Japonya’da yapılan bir araştırmada yaşlı istismarı ile depresyon arasındaki ilişki irdelenmiştir. Bu kapsamda Japonya gerontolojik değerlendirme çalışmasından elde edilen veriler kullanılarak iki boylamsal analiz yapılmıştır. Veriler, 2010 ve 2013 yıllarında Japonya genelinde 1.737 kişinin (983 kadın, 754 erkek) katıldığı bir posta anketi yoluyla toplanmıştır. 2010 yılında istismara uğramayanlardan oluşan 38’i (%5) erkek ve 53 (%5.4) kadın katılımcı yeni bir vaka olarak istismara uğradığını bildirmiştir. 2010’da depresif belirtileri olmayan katılımcılar arasında, 2013’te 60 (%8,0) erkek ve 61 (%6,2) kadın yeni katılımcının ise depresif belirtiler bildirdiği görülmüştür. İstismara uğrayan kişilerin üç yıl sonra depresif semptomlara sahip olma olasılığı, istismar edilmeyenlere göre 2,28 kat (%95 güven aralığı [GA] = 1,68–3,09) daha fazla olduğu görülmüştür. 2010’da hafif veya şiddetli depresyonu olan katılımcıların, depresyonu olmayanlara göre üç yıl sonra istismara uğrama olasılığının ise 2,23 kat (%95 GA = 1,61–3,10) daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu

sonuçlar istismarın depresyona yol açabileceğini ve depresyonun istismarın nedeni olabileceğini göstermiştir (227).

Kore’de yaşılar da yaş ayrımcılığı ve depresyonun arasındaki ilişkinin değeriendirildiğı bir çalışmada (n=816); yaş ayrımcılığı, depresif semptomlarla anlamlı bir şekilde ilişkili ( $B = 0.27, p < 0.0001$ ) bulunmuştur. Bu ilişkinin yordayıcılar olarak ise öfke, üzüntü ve güçsüzlük gibi duygusal tepkiler olduğı belirlenmiştir. Ayrıca sorun odaklı başa çıkma, yüzleşme ve sosyal desteğın, duygusal tepkilerin depresyon üzerindeki etkisini azalttığı görülmüştür. Ayrıca duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin ise olumsuz etki gösterdiği değeriendirilmiştir (228).

Çin’de 21 farklı huzurevinde kalan bir grup yaşı birey üzerinde yürütölen bir araştırmada, depresif belirtiler ve yaşı ayrımcılığı arasındaki ilişkide sosyal desteğın değeriştirici rolü değeriendirilmiştir. Araştırma sonuçları huzurevlerindeki yaşı yetişkinlerin orta düzeyde yaşı ayrımcılığı yaşadığını göstermiştir. Depresif semptomlar ve sosyal destek arasında önemli bir ilişkinin var olduğı görülmüştür. Sosyal destek düzeyi arttıkça, tahmin edilen yaş ayrımcılığı, depresif belirtileri olmayan yaşı yetişkinler arasında, depresif belirtileri olanlara kıyasla büyük ölçüde azaldığı tespit edilmiştir (229).

Araştırmada yaşıların psikolojik destek ihtiyaçları ile diğeri değerişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulgularda yaşı bireylerin; depresyon, ihmal istismar ve yaş ayrımcılığı düzeyleri arttıkça psikolojik destek ihtiyacının da arttığı bulunmuştur. Buna göre oluşturulan regresyon modelinde yaşı bireylerin psikolojik destek ihtiyaçlarının %77’sinin depresyona, ihmal-istimara ve yaş ayrımcılığına bağılı olarak açıklanabildiğı saptanmıştır. Ayrıca depresyon düzeyindeki artışın psikolojik destek ihtiyacı hissetmeyi pozitif yönde etkilediğı tespit edilmiştir.

İhtiyaç duyulan psikolojik desteğın değeriendirildiğı randomize kontrollü bir müdahale çalışmasında; psikoterapinin koruyucu sonuçlarını, kabul edilebilirliğini ve etkisini test etmek için bir akademik-toplum ortaklığı kurulmuştur. İstismar mağduru 40 yaşı birey program dahilinde belirlenmiştir. Koruyucu psikoterapi uygulamalarına katılımcıların bir bölümü araştırma grubu (n=25) olarak ve bir bölümü de genel psikiyatrik destek sunulan kontrol grubu olarak (n=15) randomize edildi. Tedavinin depresyon şiddeti ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin incelenmesinde; mağdurların çoğı (%75) iki veya daha fazla türde istismar bildirmiştir. Araştırma sonuçlarında koruyucu psikoterapi sunulan araştırma grubunun, olağın destek sunulan kontrol grubuna kıyasla daha fazla fayda gördüğü tespit edilmiştir. Ayrıca araştırma grubunda kontrol grubuna kıyasla depresyon şiddetinde

de önemli bir azalma bulunmuştur. Pilot proje sonuçları ise koruyucu psikoterapi uygulamalarının; uygulanabilir, kabul edilebilir ve depresyonu azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (230). Benzer uygulamaların kültüre duyarlı olarak ülkemizde de geliştirilmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Türkiye’de yürütülen ve 65 yaş üstü bireylerde depresyon ve yaşlı istismarı arasındaki bağlantıların değerlendirildiği bir çalışmada (n=595) depresyon belirtileri gösteren (%27.7) yaşlı bireylerin (%23.2)’nin bir tür istismara uğradığını bildirdiği görülmüştür. Ayrıca depresyon semptomlarının sosyodemografik değişkenlerin (cinsiyet, yaş, eğitim vb.) psikiyatrik hastalık geçmişi ve istismar öyküsünün varlığının yaşlanmada beklenen olumlu gidişatı etkilediği tespit edilmiştir (231). Benzer şekilde yaşlı bireylerin istismar sonrası oluşan olumsuz yaşantı süreci ile başa çıkmak için kullandıkları mücadele yöntemlerinin değerlendirildiği nitel bir çalışmada (n=50) cinsiyete göre maruz kalınan istismar türünün farklılaştığı gibi başa çıkma yönteminin de farklılaştığı görülmüştür. En çok kullanılan başa çıkma yöntemlerinin ise aktif veya pasif agresif karşı koyma, dini eğilimle karşı koyma, yakınlarından destek alma, içe çekilme ve yaşanan durumu kabullenmenin olduğu değerlendirilmiştir (232).

Alan yazını irdelendiğinde psikiyatride; klinik, klinik dışı araştırmalarda 65 yaş üstü bireyler de yaşlı ihmal-istismarı ve ayrımcılığının dikkat çeken bir halk sağlığı araştırma alanı olduğu görülmektedir. Kanıta dayalı son veriler yaş ayrımcılığına maruz kalan yaşlı bireylerin önemli bir bölümünde ihmal ve istismar bulgularının da varlığına işaret etmektedir. Ülkemiz sınırlılığında yaş ayrımcılığı, yaşlı ihmal ve istismarı konusunda ise sınırlı sayıda akademik çalışma olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca geriatric psikiyatride klinik psikolojik destek ve ekip çalışmasının sağaltımdaki yeri alan yazınında önemli olarak görülse de ülkemizin gelişmişlik düzeyi neticesinde kayda değer bir yerde olmadığı ve akademik verilerin nerdeyse hiç olmadığı görülmektedir. Bu akademik çalışma ile yukarıda ifade edilen özgünlükte ve psikiyatrik destek almak için başvuruda bulunan 65 yaş üstü bireylerin ihmal-istismarıyla yaş ayrımcılığının getirebileceği sonuçlar ve bu grubun psikolojik destek ihtiyacı irdelenmiştir. Ayrıca kültüre duyarlı psikolojik müdahalelerin klinikteki uygulanabilirliği sorgulanmıştır.

Ancak bu araştırma sonuçları Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine 2 Mayıs 2022 ile 31 Ekim 2022 tarih aralığında başvuran 65 yaş üstü yaşlı bireyler ile sınırlıdır. Bu nedenle tüm 65 yaş üstü popülasyona genellenemez. Ayrıca araştırma 65 yaş üstündeki bireylerden, psikiyatrik destek almak için hastaneye

başvuran bir grup ile çalışılmış olup psikiyatrik destek almak için başvuruda bulunan tüm hastalara da genellenemez.

Nitekim araştırma sonuçlarının, yaşlı ihmal-istismarının ve yaş ayrımcılığının önlenmesi ve buna müdahale edilmesi için çeşitli çıkarımları vardır. Sosyo-kültürel değişkenler açısından, birinci basamak sağlık kuruluşları başta olmak üzere önleyici tedbirlerin alınması, yaşlı bireylerin mağduriyetinin önlemek maksatlı asgari bir standart (örneğin mevzuat veya ekonomik teşvikler kullanarak) oluşturulabilir. Yaşlı bireylerin daha savunmasız ve istismara açık oldukları gözetildiğinde, sağlık hizmeti sunan ve bakım personeline yaşlı istismarının farklı yönleri ve yaşlanma hakkında eğitim verilmesi yoluyla da önlenabilir. Yaşlı ihmal-istismarının ve yaş ayrımcılığının olumsuz sonuçları önemli olduğundan, yaşlı istismarı mağdurlarına bireysel yardım sunmak için destek birimlerine de ihtiyaç vardır. Keza etkili bir önleme için yardım sadece mağdura değil, aynı zamanda faile de yönlendirilmelidir. Bununla birlikte, hem savunmasızlık hem de istismar algıları, bireyin kendine özgü biyopsikososyal koşullarına ve önceki yaşam deneyimlerine göre önemli ölçüde değiştiğinden, önleyici tedbirlerin bireye uyarlanması önemli bir ilke olmalıdır. Bu aynı zamanda yaşlı istismarı konusunda yaşam boyu bir bakış açısına duyulan ihtiyacın da altını çizmektedir.

Yaşlı insanların istismarını önlemek ve bunlara yanıt vermek için bakım vermenin yükünü hafifletmek, ekonomik istismara açık yaşlı bireyler için para yönetimi programları geliştirmek ve gerekli hallerde ulaşabilecekleri yardım hatları kurulması katkı sağlayabilir. Psikolojik, cinsel ve fiziksel istismarın önlenmesi için başta sağlık çalışanlarına olmak üzere yaşlılara temas halinde olan tüm bireylere psikoeğitim programları düzenlenebilir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında çok disiplinli ekiplerin değerlendirmeleri de yaşlı ihmal-istismarının ve yaş ayrımcılığının belirlenmesinde önemli katkı sunabilir. Ayrıca araştırma bulguları, yaşlı ihmal-istismarının kapsamı ve nedenleri ile yaş ayrımcılığını önleme programlarının geliştirilerek daha etkili ve kanıta dayalı araştırmalara acil ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.

Yaşlılarda yaş ayrımcılığı ve yaşlı ihmal-istismarının değerlendirilmesinde bu araştırma dışındaki tıp birimlerinden sağlık hizmeti alan, evde bakım hizmeti alan, huzurevi ya da yaşlı bakım merkezinde kalan ve genel popülasyondaki 65 yaş üstü bireylerle yapılacak karşılaştırmalı ve daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Han LK, Verhoeven JE, Tyrka, AR, Penninx BW, Wolkowitz OM, Månsson KN, Lindqvist D, Boks MP, Révész D, Mellon SH & Picard M (2019). Accelerating research on biological aging and mental health: Current challenges and future directions. *Psychoneuro Endocrinology* 106: 293-311.
2. World Health Organization (2015). World report on ageing and health. Library services electronic resources [online]. Available from: <https://apps.DSÖ.int/iris/handle/10665/186463>. [Accessed 7 August 2022].
3. Beard JR, Officer AM, Cassels AK (2016). The world report on ageing and health. *The Gerontologist* 56: 163-166.
4. World Health Organization (2021). Global report on ageism: executive summary. Library services electronic resources [online]. Available from: <https://apps.DSÖ.int/iris/bitstream/handle/10665/340205/9789240020504-eng.pdf>. [Accessed 9 August 2022].
5. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8: 346-348.
6. Cole JH, Marioni RE, Harris SE, Deary IJ (2019). Brain age and other bodily ‘ages’: implications for neuropsychiatry. *Molecular Psychiatry* 24: 266-281.
7. Chang M (2016). Experience of elder abuse among older Korean immigrants. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 28(2): 76-94.
8. DeLiema M, Gassoumis ZD, Homeier DC, Wilber KH (2012). Determining prevalence and correlates of elder abuse using promotores: Low- income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. *Journal of the American Geriatrics Society* 60(7): 1333-1339.
9. Nelson D (2002). Violence against elderly people: a neglected problem. *The Lancet* 360(9339): 1094.
10. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinyà D, Vilà A, Vilalta-Franch J, Frailty and Dependence in Girona Study Group (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(5): 815-822.
11. Johannesen M, LoGiudice D (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing* 42(3): 292-298.

12. Dong X (2015). Elder abuse in Chinese populations: A global review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(3): 196-232.
13. Olofsson N, Lindqvist K, Danielsson I (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years. *Public Health* 126(4): 358-364.
14. Vida S, Monks RC, Rosiers, PD (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *The Canadian Journal of Psychiatry* 47(5): 459-467.
15. Keskinoglu P, Pýcackýefe M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R (2007). Elder abuse and neglect in two different socioeconomic districts in Izmir, Turkey. *International Psychogeriatrics* 19(4): 719-731.
16. Kalaycı I, Yazıcı SÖ, Özkul M, Küpeli A (2016). Perceptions Of The Elderly On Elderly Abuse. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi* 19(4): 232-237.
17. 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.
18. Dasbas S, Isikhan V (2018). Elder abuse in Turkey and associated risk factors. *Journal of Social Service Research* 45(5): 739-749.
19. Kohlberg L (1973). Stages and aging in moral development: Some speculations. *The Gerontologist* 13(4): 497-502.
20. Schroots JJ (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist* 36(6): 742-748.
21. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M (2020). The World Health Organization (DSÖ) approach to healthy ageing. *Maturitas* 139: 6-11.
22. Kalınkara V, Argun N, Güler P (2011). Temel Gerontoloji: Yaşlılık bilimi. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 1-50.
23. Rubner M (2012). The laws of energy consumption in nutrition. Elsevier Yayınları, New York; Sayfa: 1-406.
24. Harman D (1992). Free radical theory of aging. *Mutation Research/DNAging* 275: 257-266.
25. M Mikhelson V, A Gamaley I (2012). Telomere shortening is a sole mechanism of aging in mammals. *Current Aging Science* 5(3): 203-208.

26. Diggs J (2008). Autoimmune Theory of Aging. Loue SJ, Sajatovic M (Ed.), Encyclopedia of Aging and Public Health. Springer Press, Boston, Sayfa: 285-298. doi: [https://doi.org/10.1007/978-0-387-33754-8\\_46](https://doi.org/10.1007/978-0-387-33754-8_46).
27. Diggs JC (2006). The Impact Of Medicaid Expansion Initiatives And County Characteristics On The Health And Healthcare Access Of Ohio's Children. Doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, USA.
28. Hertoghe T (2005). The "Multiple Hormone Deficienc" Theory of Aging: Is Human Senescence Caused Mainly by Multiple Hormone Deficiencies?. Annals of the New York Academy of Sciences 1057(1): 448-465.
29. Toescu EC (2013). Neuroendocrine Theory of Aging. In: Gellman MD, Turner JR (Eds.) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, New York, Pages. Sayfa: 1311-1315.
30. Putnam M (2002). Linking aging theory and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment. The Gerontologist 42(6): 799-806.
31. Zhang X, Lin H (2019). Disengagement Theory. In: Gu D, Dupre M (Eds.) Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Springer, Cham, Pages: Sayfa: 200-204.
32. Orbach HL (1974). The Disengagement Theory Of Aging, 1960-1970: A Case Study Of Scientificcontroversy. Doctoral dissertation, University of Minnesota, Minnesota.
33. Cumming E, Henry WE (1961). Growing old, the process of disengagement. Basic boks, New York; Sayfa: 217-224.
34. Havighurst RJ, Albrecht R (1953). Older people. Oxford Press, Oxford Longmans, Green; Sayfa: 300-338.
35. Havighurst RJ, Neugarten BL, Tobin SS (1963). Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. In: P Hansen (Eds.), Age with a future. Copenhagen, Denmark: Munksgoasrd, Pages: Sayfa: 419-425.
36. Diggs J (2008). The Continuity Theory of Aging. In: Loue SJ, Sajatovic M. (Eds.), Encyclopedia of Aging and Public Health. Springer, Boston, MA, Pages: Sayfa: 233-235.
37. Uhlenberg P, Dannefer D (2007). Age Stratification. Encyclopedia of Gerontology (Second Edition) [online]. Available from: <https://doi.org/10.1016/B0-12-370870-2/00008-1>. [Accessed 09 September 2022].
38. Riley MW (1971). Social gerontology and the age stratification of society. The Gerontologist 11(1): 79-87.

39. Murrell SA, Norris FH (1983). Quality of life as the criterion for need assessment and community psychology. *Journal of Community Psychology* 11(2): 88-97.
40. Murrell SA, Norris FH (1984). Resources, life events, and changes in positive affect and depression in older adults. *American Journal of Community Psychology* 12(4): 445.
41. Cowgill DO, Holmes L (1972). *Aging and modernization*. Appleton-Century-Crofts press, New York; Sayfa: 242-331.
42. Satiriano W (2006). *Epidemiology of aging: An ecological approach*. 1st Edition. Jones & Bartlett Learning, Burlington, Massachusetts, USA; Sayfa: 243-424.
43. Ferrucci L, Giallauria F, Guralnik JM (2008). Epidemiology of aging. *Radiologic Clinics of North America* 46(4): 643-652.
44. World Health Organization (2019). *World Population Ageing 2019*, Department of Economic and Social Affairs. *Global And Regional Trends in Population Ageing*: 5-12.
45. Brenner H, Arndt V (2004). Epidemiology in aging research. *Experimental Gerontology* 39(5): 679-686.
46. Fallin MD, Matteini, A (2009). Genetic epidemiology in aging research. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences* 64(1): 47-60.
47. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo, JT (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine* 74(6): 907-914.
48. Eurostat (European Commission). (2020). *Ageing Europe - looking at the lives of older people in the EU - Eurostat 2019 report*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-02-20-655>.
49. Jaul E, Barron J (2017). Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. *Frontiers in Public Health* 5: 335.
50. Türkbeyler İH, Çiğiloğlu A, Öztürk ZA (2021). Yaşlanma epidemiyolojisi. Öztürk ZA (Ed.), *Yaşlanma Biyolojisi ve Yaşlanma Karşısı Uygulamalar*. 1. Baskı. Ankara, Sayfa: 1-6.
51. World Health Organization (2021). *Country case study on the integrated delivery of long-term care: Turkey* (No. DSÖ/EURO: 2021-4212-43971-61980). World Health Organization. Regional Office for Europe. Cenevre, İsviçre; Sayfa: 1-46.
52. Erol I (2019). *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Sosyal Hizmetler*. The Licence Number of Publicator, Ankara; sayfa: 73-126.

53. Özmete E (2019). Measuring the poverty of elderly people with needs analysis in Turkey. In Socio-economic development: Concepts, methodologies, tools, and applications. IGA Global Publisher, Ankara; Sayfa: 256-276.
54. Hazan H (1994). Old age: Constructions and deconstructions. Hazan H (Eds.), Old Age: Constructions and Deconstructions (Themes in the Social Sciences), Cambridge University Press, UK; Sayfa: 0-138.
55. Hazan, H. (2022). Gerontology, Social. In Social Problems and Mental Health, Routledge Press, London; Sayfa: 81-84.
56. Holt-Lunstad J, Steptoe A (2022). Social isolation: An underappreciated determinant of physical health. *Current Opinion in Psychology* 43: 232-237.
57. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. Washington, DC: The National Academies Press. doi: <https://doi.org/10.17226/25663>.
58. Butler RN (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues* [online]. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>. [Accessed 10 October 2022].
59. Kang H, Kim H (2022). Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2022(8). doi: 10.1177/23337214221087023.
60. Erol S, Ergun A, Kadioğlu H, Gur K, Albayrak S, Şişman FN, Kolac N. (2016). The psychometric features of the Turkish version of the Ageism Survey and the frequency of ageism. *International Journal of Gerontology* 10(3): 170-174.
61. Weinert BT, Timiras PS (2003). Invited review: Theories of aging. *Journal of Applied Physiology* 95(4): 1706-1716.
62. World Health Organization (2021). Ageing and health [online]. Available from: <https://www.DSÖ.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Accessed 12 October 2022].
63. Arun Ö (2015). Eşitsizliklerin kavşağında: Çağdaş Türkiye’de Yaşlılık ve Sağlık. Alptekin D (Ed.), *Hasta Toplum*. Nobel Yayınları, Ankara, Sayfa: 125-144.
64. World Health Organization (2017). Ageing and health [online]. Available from: <https://www.DSÖ.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. [Accessed 13 October 2022].

65. Cummings S, Li W, Kropf N (2017). Aging And Mental Health: Global Perspectives, *Innovation in Aging*, 1(1): 640. doi: <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.2262>.
66. Kwag KH, Martin P, Russell D, Franke W, Kohut M (2011). The impact of perceived stress, social support, and home-based physical activity on mental health among older adults. *The International Journal of Aging and Human Development* 72(2): 137-154.
67. Lilford P, Hughes JC (2020). Epidemiology and mental illness in old age. *BJPsych Advances*, 26(2): 92-103.
68. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the DSÖ international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics* 19(1): 1-15.
69. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2021). Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Matbaası, Ankara.
70. Bartels SJ, Dums AR, Oxman TE, Schneider LS, Arean PA, Alexopoulos GS, Jeste DV (2004). Evidence-based practices in geriatric mental health care. *Focus* 53(2): 1419-281.
71. World Health Organization (2021). Ageing: Ageism [online]. Available from: <https://www.DSÖ.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>. [Accessed 15 October 2022].
72. World Health Organization (2021). Ageism is a global challenge: UN [online]. Available from: <https://www.DSÖ.int/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>. [Accessed 15 October 2022].
73. Officer A, Thiyagarajan JA, Schneiders ML, Nash P, De La Fuente-Nunez V (2020). Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9): 3159.
74. Butler RN (2009). Combating ageism. *International Psychogeriatrics* 21(2): 211-211.
75. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, Martins D (2020). Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(7): 2560.
76. McGuire SL, Klein DA, Chen SL (2008). Ageism revisited: A study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing & Health Sciences* 10(1): 11-16.
77. Palmore E (2001). The ageism survey: First findings. *The Gerontologist* 41(5): 572-575.

78. Jecker NS (2013). Justice between age groups: An objection to the prudential lifespan approach. *American Journal of Bioethics*, 13(8): 3–15. doi: <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802061>.
79. König HH, Leicht H, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Maier W (2013). Effects of multiple chronic conditions on health care costs: An analysis based on an advanced tree-based regression model. *BMC Health Services Research* (13): 200-219.
80. Schroyen S, Adam S, Jerusalem G, Missotten P (2015). Ageism and its clinical impact in oncogeriatrics: state of knowledge and therapeutic leads. *Clinical Interventions in Aging*, 10: 117-125. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S70942>.
81. Caskie GI, Patterson SL, Voelkner AR (2022). Health bias in clinical work with older adult clients: The relation with ageism and aging anxiety. *Clinical Gerontologist* 45(2): 351-365.
82. Sonmez Y, Akdemir M, Toprak E, Aktekin M (2022). Attitudes On Ageism Among First-And Sixth-Year Medical Students And Related Factors. *Turkish Journal of Geriatrics-Turk Geriatri Dergisi* 25(1): 106-119.
83. Oral B, Ener D, Gunay O, Çetinkaya F (2021). Attitudes of Medical Faculty Students Toward Ageism: A Cross-Sectional Study From Kayseri. *Erciyes Medical Journal* 43(4): 343-350.
84. Yilmaz MÇ, İnce FZ (2017). Relationship Between Nursing And Elderly Care Students'attitudes Towards Ageism. *Belitung Nursing Journal* 3(4): 281-296.
85. Bodner E, Palgi Y, Wyman MF (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. *Contemporary Perspectives on Ageism* 19: 241-262.
86. Grant RL (1963). Concepts of aging: an historical review. *Perspectives in Biology and Medicine* 6(4): 443-478.
87. Gruman GJ (1979). Ethics of death and dying: Historical perspective. *OMEGA-Journal of Death and Dying* 9(3): 203-237.
88. Abou-Saleh MT, Katona CL (2011). Normal and Abnormal Ageing, Kumar A (Eds.), *Principles and Practice Of Geriatric Psychiatry*, 3-6. [https://books.google.com.tr/books?id=bPjMmePxYAkC&lpg=PA87&dq=\(2011\).%20Principles%20and%20practice%20of%20geriatric%20psychiatry%3B%20&lr&hl=tr&pg=PT56#v=onepage&q=\(2011\).%20Principles%20and%20practice%20of%20geriatric%20psychiatry;&f=false](https://books.google.com.tr/books?id=bPjMmePxYAkC&lpg=PA87&dq=(2011).%20Principles%20and%20practice%20of%20geriatric%20psychiatry%3B%20&lr&hl=tr&pg=PT56#v=onepage&q=(2011).%20Principles%20and%20practice%20of%20geriatric%20psychiatry;&f=false).

89. Raz N, Gunning-Dixon FM, Head D, Dupuis JH, Acker JD (1998). Neuroanatomical correlates of cognitive aging: evidence from structural magnetic resonance imaging. *Neuropsychology* 12(1): 95.
90. Mrak RE, Griffin WST, Graham DI (1997). Aging-associated changes in human brain. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology* 56(12): 1269-1275.
91. Armstrong RA (2022). Basic Structure of the Brain and Neurology. In *Handbook of Substance Misuse and Addictions: From Biology to Public Health*. Cham: Springer International Publishing, New York; Sayfa: 1-21.
92. Rossini PM, Rossi S, Babiloni C, Polich J (2007). Clinical neurophysiology of aging brain: from normal aging to neurodegeneration. *Progress in Neurobiology* 83(6): 375-400.
93. Mora F, Segovia G, del Arco A (2007). Aging, plasticity and environmental enrichment: structural changes and neurotransmitter dynamics in several areas of the brain. *Brain Research Reviews* 55(1): 78-88.
94. Braak H, Braak, EVA (1995). Staging of Alzheimer's disease-related neurofibrillary changes. *Neurobiology of Aging* 16(3): 271-278.
95. Peters R (2006). Ageing and the brain. *Postgraduate Medical Journal* 82(964): 84-88.
96. Randhawa SS, Varghese D (2022). Geriatric Evaluation and Treatment of Age-Related Cognitive Decline. In *StatPearls* [online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK580536/>. [Accessed 11 October 2022 ].
97. Jongsiriyanyong S, Limpawattana P (2018). Mild cognitive impairment in clinical practice: a review article. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®* 33(8): 500-507.
98. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T (2018). Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology* 14(11): 653-666.
99. Skoog I (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry* 56(7): 387-397.
100. Bugg JM, Head D (2011). Exercise moderates age-related atrophy of the medial temporal lobe. *Neurobiology of Aging* 32(3): 506-514.
101. Persson J, Nyberg L, Lind J, Larsson A, Nilsson LG, Ingvar M, Buckner RL (2006). Structure–function correlates of cognitive decline in aging. *Cerebral Cortex* 16(7): 907-915.

102. Whitty E, Mansour H, Aguirre E, Palomo M, Charlesworth G, Ramjee S, Cooper C (2020). Efficacy of lifestyle and psychosocial interventions in reducing cognitive decline in older people: Systematic review. *Ageing Research Reviews* 62: 101-113.
103. Murman D. L. (2015). The Impact of Age on Cognition. *Seminars in Hearing* 36(3): 111–121. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>.
104. Li KZ, Lindenberger U (2002). Relations between aging sensory/sensorimotor and cognitive functions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 26(7): 777-783.
105. World Health Organization (2021). Mental health of older adults. <https://www.DSÖ.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
106. Roth M (1955). The natural history of mental disorder in old age. *Journal of Mental Science* 101(423): 281-301.
107. Carolyn P, Arturas P (2010). Epigenetic approaches to psychiatric disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 12(1): 25-35.
108. Abou-Saleh MT, Katona CL (2011). Principles and practice of geriatric psychiatry. Kumar A (Eds.), *Classification of Dementia and other Cognitive Disorders in ICD-10 and DSM-IV*. Wiley Publishing, UK, Pages: Sayfa: 105-108.
109. Abou-Saleh MT, Katona CL (2011). Principles and practice of geriatric psychiatry. Kumar A (Eds.), *Investigations in Old Age Psychiatry*. Wiley Publishing, UK, Pages: Sayfa: 122-129.
110. Pollitt PA (1996). Dementia in old age: an anthropological perspective. *Psychological Medicine* 26(5): 1061-1074.
111. Skoog I (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *The Canadian Journal of Psychiatry* 56(7): 387-397.
112. Lam J, Aftab A, Lee E, Jeste D (2020). Positive psychiatry interventions in geriatric mental health. *Current Treatment Options in Psychiatry* 7(4): 471-488.
113. Prince M, Prina M, Guerchet M (2013). *World Alzheimer report 2013: Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia*. Published by Alzheimer's Disease International (ADI), London.
114. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLOS Medicine* 10(11): e1001547. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>.

115. Eyre H, Baune B, Lavretsky H (2015). Clinical advances in geriatric psychiatry: a focus on prevention of mood and cognitive disorders. *Psychiatric Clinics* 38(3): 495-514.
116. Abou-Saleh MT, Katona CL (2011). Principles and practice of geriatric psychiatry. Kumar A (Eds.), *The Physical Examination: A Guide for Old Age Psychiatrists*. Wiley Publishing, UK, Pages: Sayfa: 117-121.
117. National Institute for Health, Clinical Excellence (Great Britain), British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists. (2011). British Psychological Society (Eds.), *Common mental health disorders: identification and pathways to care*, 1-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/?report=reader>
118. Jacobson SA (2014). *Clinical manual of geriatric psychopharmacology*. 2nd ed. American Psychiatric Pub, USA; Sayfa: 1-25.
119. Aftab A, Lam JA, Liu F, Ghosh A, Sajatovic M (2021). Recent developments in geriatric psychopharmacology. *Expert Review of Clinical Pharmacolog*, 14(3): 341-355.
120. Mulsant BH, Pollock BG (2015). Psychopharmacology. In DC Steffens, DG. Blazer, ME Thakur (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of geriatric psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Inc, Sayfa: 527–587.
121. Kratz T, Diefenbacher A (2019). Psychopharmacological Treatment in Older People: Avoiding Drug Interactions and Polypharmacy. *Deutsches Arzteblatt International* 116(29-30), 508–518. doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0508>.
122. S Reilly Dr, D Challis, A Burns, J Hughes (2004) The use of assessment scales in Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland. *Aging & Mental Health*, 8:3, 249-255. doi: 10.1080/13607860410001669787.
123. Rush Jr, A J, First MB (2009). *Handbook Of Psychiatric Measures*. Blacker D (Eds.), *Neuropsychiatric Measures For Cognitive Disorders*. American Psychiatric Publishing, USA, Pages: Sayfa: 397-431.
124. Hepple J (2004). Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment* 10(5): 371-377.
125. Atiq R (2006). Common themes and issues in geriatric psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))* 3(6): 53–56.
126. Lazarus LW, Groves L, Newton N, Gutman D, Ripeckyl A (1984). *Brief Psychotherapy With the Elderly: A Review and Preliminary Study and Outcome*. *Psychotherapy With the Elderly* 1:5-35.

127. Coffey C, Cummings JL, Lovell MR, Pearlson GD (2000). The American Psychiatric Press textbook of geriatric neuropsychiatry. 2nd ed. American Psychiatric Association Publishing, USA, Sayfa: 1-102.
128. Lewis JM, Johansen KH (1982). Resistances to psychotherapy with the elderly. *American Journal of Psychotherapy* 36(4): 497-504.
129. Maercker A, Nitsche I, Schuster P, Boos A (2004). Psychotherapy with the elderly in outpatient settings: Are elderly patients the easier ones?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37(4): 265-271.
130. Bryant C (2017). Psychological Interventions for Older Adults: Evidence-Based Treatments for Depression, Anxiety, and Carer Stress. In: Chiu, H., Shulman, K. (Eds.), *Mental Health and Illness of the Elderly*. Mental Health and Illness Worldwide, Springer, Singapore. doi: [https://doi.org/10.1007/978-981-10-2414-6\\_21](https://doi.org/10.1007/978-981-10-2414-6_21).
131. Peters M (2022). Soziale Kognitionen im Alter–Grundlagen und Möglichkeiten einer altersadaptierten Psychotherapie. *Die Psychotherapie* 1: 1-8.
132. Hirsch R (2013). *Psychotherapie bei Demenzen*. 1st edition. Springer-Verlag Publishing, Germany, Sayfa: 1-204.
133. Agronin ME (2006). Principles and Practice Of Geriatric Psychiatry. Maletta GJ (Eds.), Section III: general principles of psychiatric treatment; psychotherapy with older adults. Lippincott Williams & Wilkins Publishing, USA, Sayfa:177-199.
134. Adigun OO, Mikhail AG, Krawiec C, Hatcher JD (2022). Abuse and Neglect. Adigun OO, Mikhail AG (Eds.), *Abuse and Neglect*, 1-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436015/>.
135. Carpenter C (2012). Geriatric Emergency Medicine. Carpenter C (Eds.), *An Issue of Clinics in Geriatric Medicine* (Elsevier Health Sciences), 1-49. <https://www.elsevier.com/books/geriatric-emergency-medicine-an-issue-of-clinics-in-geriatric-medicine/978-1-4557-7094-6>.
136. Payne BK (2002). An integrated understanding of elder abuse and neglect. *Journal of Criminal Justice* 30(6): 535-547.
137. 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.01.037>.

138. Johnson MJ, Fertel H (2022). Elder Abuse. Johnson MJ, Fertel H (eds.), Elder Abuse, 1-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560883/>.
139. Liao S, Mosqueda L (2006). Physical abuse of the elderly: the medical director's response. *Journal of the American Medical Directors Association* 7(4): 242-245.
140. Beauregard E, Chopin J (2021). Elderly Abuse. 1st Edition, Elderly Sexual Abuse: Theory, Research, and Practice Routledge, 1-182. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003121039/elderly-sexual-abuse-eric-beauregard-julien-chopin>.
141. Levine JM (2003). Elder neglect and abuse. *Geriatrics* 58(10): 37-44.
142. Fulmer T, Paveza G, VandeWeerd C, Fairchild S, Guadagno L, Bolton-Blatt M, Norman R (2005). Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect. *The Gerontologist* 45(4): 525-534.
143. Dessin, C. L. (1999). Financial abuse of the elderly. *Idaho L. Rev.* [online]. Available from: <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/idlr36&div=15&id=&page=>. [Accessed 24 October 2022 ].
144. World Health Organization. (2022). Abuse of older people [online]. Available from: <https://www.DSÖ.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>. [Accessed 24 October 2022 ].
145. 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): e147–e156. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2).
146. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health* 29(1): 58–67. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>.
147. Chang ES, Levy BR (2021). High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 29(11): 1152–1159. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.007>.
148. Zhang LP, Du YG, Dou HY, Liu J (2022). The prevalence of elder abuse and neglect in rural areas: a systematic review and meta-analysis. *European Geriatric Medicine* 13(3): 585–596. doi: <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00628-2>.

149. Cooper C, Selwood A, Livingston G (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing* 37(2): 151–160. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afm194>.
150. Yılmaz M, Durmaz A, Arıkan İ (2022). Elderly abuse, affecting factors and evaluation of life satisfaction: a cross-sectional study. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society* 22(5): 612–620. doi: <https://doi.org/10.1111/psyg.12862>.
151. 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.
152. Dong XQ (2015). Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *Journal of the American Geriatrics Society* 63(6): 1214–1238. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>.
153. Johnson MJ, Fertel H. (2022). Continuing Education Activity. Johnson MJ, Fertel H. (Eds.), *Elder Abuse*, 1-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560883/#!po=75.0000>.
154. Mion LC, Momeyer MA (2019). Elder abuse. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 40(6): 640–644. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.003>.
155. Mileski M, Lee K, Bourquard C, Cavazos B, Dusek K, Kimbrough K, Sweeney L, McClay R (2019). Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review. *Clinical Interventions in Aging* 14: 1797–1815. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S216678>.
156. Burston GR (1975). Letter: Granny-battering. *British Medical Journal* 3(5983): 592. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.3.5983.592-a>.
157. Pillemer K, Chen EK, Van Haitsma KS, Teresi J, Ramirez M, Silver S, Sukha G, Lachs MS (2012). Resident-to-resident aggression in nursing homes: results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist* 52(1): 24–33. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnr107>.
158. Rosen T, Lachs MS, Bharucha AJ, Stevens SM, Teresi JA, Nebres F, Pillemer K (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society* 56(8): 1398–1408. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01808.x>.

159. Blowers AN, Davis B, Shenk D, Kalaw K, Smith M, Jackson K (2012). A multidisciplinary approach to detecting and responding to elder mistreatment: Creating a university-community partnership. *American Journal of Criminal Justice* 37(2): 276-290.
160. Navarro AE, Gassoumis ZD, Wilber KH (2013). Holding abusers accountable: an elder abuse forensic center increases criminal prosecution of financial exploitation. *The Gerontologist* 53(2): 303–312. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gns075>.
161. Rosen T, Bloemen EM, Harpe J, Sanchez AM, Mennitt KW, McCarthy TJ, Nicola R, Murphy K, LoFaso VM, Flomenbaum N, Lachs MS (2016). Radiologists' Training, Experience, and Attitudes About Elder Abuse Detection. *AJR. American journal of Roentgenology* 207(6): 1210–1214.
162. Bows H (2020). The other side of late-life intimacy? Sexual violence in later life. *Australasian Journal on Ageing* 39(1): 65–70. doi: <https://doi.org/10.1111/ajag.12728>.
163. Lee M, Rosen T, Murphy K, Sagar P (2019). A new role for imaging in the diagnosis of physical elder abuse: results of a qualitative study with radiologists and frontline providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(2): 163–180. doi: <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1573160>.
164. Wiklund N, Ludvigsson M, Nägga 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. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03638-8>.
165. 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): 111-165. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811165>.
166. Anetzberger GJ (2012). Elder Abuse: The Social Worker's Perspective. Anetzberger GJ (Eds.), *The Clinical Management of Elder Abuse*, 15-21. doi: <https://doi.org/10.4324/9780203049495>.
167. Jackson SL (2018). Introduction and Overview of Elder Abuse. Jackson SL (Eds.), *Understanding elder abuse: A clinician's guide*, 3-24. <https://www.apa.org/pubs/books/Understanding-Elder-Abuse-Series-Forward-and-Ch-1-Sample.pdf>.

168. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010321>.
169. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, Livingston D, Mummery C, Walker Z, Hoe J, Sampson EL, Cooper C (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, Strategies for Relatives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 347: f6276. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f6276>.
170. Mercier É, Nadeau A, Brousseau AA, Émond M, Lowthian J, Berthelot S, Costa AP, Mowbray F, Melady D, Yadav K, Nickel C, Cameron PA (2020). Elder Abuse in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Annals of emergency medicine* 75(2): 181–191. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.12.011>.
171. Browne K, Herbert M (1997). Preventing family violence. 1st edition. Wiley Publishing, UK; Sayfa: 1-207.
172. Hsieh HF, Wang JJ, Yen M, Liu TT (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Advances in health sciences education: theory and practice* 14(3): 377–386.
173. Fujiwara Y, Nishi M, Watanabe N, Lee S, Inoue K, Yoshida H, Sakuma N, Kureta Y, Ishii K, Uchida H, Kakuno F, Shinkai S (2006). [Nihon koshu eisei zasshi] Japanese journal of public health 53(9): 702–714.
174. Hermoso J, Rosen AL, Overly L, Tompkins C J (2006). Increasing aging and advocacy competency: the intergenerational advocacy pilot project. *Journal of Gerontological Social Work* 48(1-2): 179–192.
175. Sanders S, Dorfman LT, Ingram JG (2008). An evaluation of the GeroRich program for infusing social work curriculum with aging content. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(4): 22–38.
176. Elder Abuse Service (HSE) (2009). Health Service Executive [online]. Available from: <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/104461/ElderAbuseServicesReport2009.pdf?sequence=2>. [Accessed 21 December 2022].
177. Dugan L, Nagin DS, Rosenfeld R (2003). Do domestic violence services save lives. *National Institute of Justice Journal* 250(20): 25.

178. Cooper C, Barber J, Griffin M, Rapaport P, Livingston G (2016). Effectiveness of START psychological intervention in reducing abuse by dementia family carers: randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics* 28(6): 881–887. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610215002033>.
179. Drossel C, Fisher JE, Mercer V (2011). A DBT Skills training group for family caregivers of persons with dementia. *Behavior Therapy* 42(1): 109–119. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.06.001>.
180. Davis RC, Medina J, Avitabile N (2001). Reducing repeat incidents of elder abuse: Results of a randomized experiment: Final report. New York, NY: US Department of Justice: 1-60.
181. Arpacı F, Bakır B (2017). Yaşlı İstismarı Ve İhmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 21(3): 691-703.
182. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist* 56(2): 194–205. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>.
183. Helmes E, Csapo KG, Short JA (1987). Standardization and validation of the multidimensional observation scale for elderly subjects (MOSES). *Journal of Gerontology* 42(4): 395-405.
184. Soygür H, Duyan V, Hasgöl E, Adıbatmaz M (2017). Turkish adaptation study of multidimensional observation scale for elderly subjects. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 11(3): 171-185.
185. Sturmey P, Tsiouris JA, Patti P (2003). The psychometric properties of the Multi-Dimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES) in middle aged and older populations of people with mental retardation. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18(2): 131-134.
186. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17(1): 37-49.
187. Ertan T, Eker E, Şar V (1997). Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 34(2): 62-71.
188. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology* 10(4): 406-418.

189. Özmete E (2016). Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi: Türkçeye uyarlama çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 17: 45-52.
190. Palmore E (2001). The ageism survey: First findings. *The Gerontologist* 41(5): 572-575.
191. Erol S, Ergun A, Kadioğlu H, Gür K, Albayrak S, Şişman FN, Kolaç N (2016). The psychometric features of the Turkish version of the Ageism Survey and the frequency of ageism. *International Journal of Gerontology* 10(3): 170-174.
192. World Health Organization (2022). Ageing and health. Library services electronic resources [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. [Accessed 30 March 2023].
193. United Nations (2022). World Population Prospects 2022 Summary of Results [online]. Available from: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf). [Accessed 30 March 2023].
194. TÜİK (2022). Elderly Statistics [online]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2022-49667&dil=2>. [Accessed 30 March 2023].
195. EUROSTAT (2022). Elderly Statistics [online]. Available from: [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing). [Accessed 30 March 2023].
196. WHO (2016). National Institutes of Health/World Health Organization. Global health and aging. NIH publication no 11-7737 [online]. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf). [Accessed 30 March 2023].
197. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G and McBurnie MA (2001). Frailty in older adults evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56(3): 146–157.
198. Metzelthin SF, van Rossum E, de Witte LP, Ambergen AW, Hobma SO, Sipers W & Kempen GI (2013). Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 347: f5264. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f5264>.
199. TÜİK (2022). Elderly Statistics [online]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2021-45636>. [Accessed 30 March 2023].

200. Giacco D (2023). Loneliness and mood disorders: consequence, cause and/or unholy alliance?. *Current Opinion in Psychiatry* 36(1): 47-53.
201. Shiovitz-Ezra S, Shemesh J, McDonnell/Naughton M (2018). Pathways from Ageism to Loneliness. In: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (Ed.), *Pathways from Ageism to Loneliness. International Perspectives on Aging*, vol 19. Springer Cham, New York, USA, 131-149.
202. Ruiz-Comellas A, Valmaña GS, Catalina QM, Baena IG, Peña JM, Poch PR, Carrera AS, Pujol IC, Solà ÀC, Gamisans MF, Vila CS, Abanades LV & Vidal-Alaball J (2022). Effects of Physical Activity Interventions in the Elderly with Anxiety, Depression, and Low Social Support: A Clinical Multicentre Randomised Trial. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 10(11): 2203. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare10112203>.
203. Levy BR, Chang ES, Lowe SR, Provololo N & Slade MD (2022). Impact of Media-Based Negative and Positive Age Stereotypes on Older Individuals' Mental Health. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 77(4): 70–75. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab085>.
204. Mercier É, Nadeau A, Brousseau AA, Émond M, Lowthian J, Berthelot S, Costa AP, Mowbray F, Melady D, Yadav K, Nickel C & Cameron PA (2020). Elder Abuse in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Annals of Emergency Medicine* 75(2): 181–191. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.12.011>.
205. OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris [online]. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en). doi: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>. [Accessed 30 March 2023].
206. Zhang Y, Chen Y & Ma L (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of The Neurosurgical Society of Australia* 47: 1–5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>.
207. Wiklund N, Ludvigsson M, Nägga 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. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03638-8>.

208. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Jr Berman J, Cook A M, Shukoff D, Brownell P, Powell M, Salamone A & Lachs MS (2015). Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 63(9): 1906–1912. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.13601>.
209. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, & Wilber K. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global health* 5(2). doi: e147–e156. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2).
210. 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: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists. Dong Ya jing shen ke xue zhi: Xianggang jing Shen Ke Yi Xue Yuan Qi Kan* 27(2): 43–55.
211. Amstadter AB, Cisler JM, McCauley JL, Hernandez MA, Muzzy W & Acierno R (2011). Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 23(1): 43–57. doi: <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.534707>.
212. Wolde A, Wolancho W, Belay Y, Alemu A, Asefa A & Gebremedhin T (2022). A Community-Based Exploratory Cross-Sectional Study of Elder Abuse Perpetration or Victimization Among Elders in Ethiopia. *Clinical Interventions in Aging* 17: 957–969. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S360548>.
213. 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. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11175-z>.
214. Yang EZ, Kotwal AA, Lisha NE, Wong JS & Huang AJ (2021). Formal and informal social participation and elder mistreatment in a national sample of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 69(9): 2579–2590. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.17282>.
215. Wong JS, Breslau H, McSorley, Wroblewski KE, Howe MJK & Waite LJ (2020). The Social Relationship Context of Elder Mistreatment. *The Gerontologist* 60(6): 1029–1039. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnz154>.

216. Lee SH & Kim YB (2014). Which type of social activities decrease depression in the elderly? An analysis of a population-based study in South Korea. *Iranian Journal of Public Health* 43(7): 903–912.
217. Chan A, Malhotra C, Malhotra R & Ostbye T (2011). Living arrangements, social networks and depressive symptoms among older men and women in Singapore. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 26(6): 630–639. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.2574>.
218. Holtfreter K, Reisig MD & Turanovic JJ (2017). Depression and infrequent participation in social activities among older adults: the moderating role of high-quality familial ties. *Aging & Mental Health* 21(4): 379–388. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1099036>.
219. Wendel F, Bauer A, Blotenberg I, Brettschneider C, Buchholz M, Czock D, Döhring J, Escales C, Frese T, Hoffmann W, Kaduszkiewicz H, Köni, HH, Löbner M, Lupp M, Schwenker R, Thyrian JR, Weißenborn M, Wiese B, Zöllinger I, Riedel-Heller SG, Gensichen J (2022). Social Network and Participation in Elderly Primary Care Patients in Germany and Associations with Depressive Symptoms-A Cross-Sectional Analysis from the Age Well de Study. *Journal of Clinical Medicine* 11(19): 5940. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm11195940>.
220. Makita M, Mas-Bleda A, Stuart E & Thelwall M (2021). Ageing, old age and older adults: A social media analysis of dominant topics and discourses. *Ageing & Society* 41(2): 247-272. doi: 10.1017/S0144686X19001016.
221. Gur-Yaish N, Zisberg A, Sinoff G & Shadmi E (2013). Effects of instrumental and psychological support on levels of depressive symptoms for hospitalized older adults. *Aging & Mental Health* 17(5): 646–653. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.758234>.
222. Luo Y & Waite LJ (2011). Mistreatment and psychological well-being among older adults: exploring the role of psychosocial resources and deficits. *The journals of gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 66(2): 217–229. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq096>.
223. Luzny J & Jurickova L (2012). Prevalence of elder abuse and neglect in seniors with psychiatric morbidity - example from central moravia, Czech Republic. *Iranian Journal of Public Health* 41(8): 27–32.

224. Joosten M & Victoria SR (2021). Elder abuse, mental health and wellbeing, Discussion paper, Melbourne: SRV [online]. Available from: <https://seniorsrights.org.au/wp-content/uploads/2021/11/SRV-Elder-abuse-mental-health-and-wellbeing-November-2021.pdf>. [Accessed 40 April 2023].
225. Chao YY, Li M, Lu SE & Dong X (2020). Elder mistreatment and psychological distress among U.S. Chinese older adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 32(5): 434–452. doi: <https://doi.org/10.1080/08946566.2020.1814180>.
226. Patel VK, Tiwari DS, Shah VR, Patel MG, Raja HH & Patel DS (2018). Prevalence and Predictors of Abuse in Elderly Patients with Depression at a Tertiary Care Centre in Saurashtra, India. *Indian Journal of Psychological Medicine* 40(6): 528–533. doi: [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_18\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_18_18).
227. Koga C, Tsuji T, Hanazato M, Suzuki N & Kondo K (2022). Elder Abuse and Depressive Symptoms: Which is Cause and Effect? Bidirectional Longitudinal Studies From the JAGES. *Journal of Interpersonal Violence* 37: 11–12. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260520967135>.
228. Kim IH, Noh S & Chun H (2016). Mediating and Moderating Effects in Ageism and Depression among the Korean Elderly: The Roles of Emotional Reactions and Coping Responses. *Osong Public Health And Research Perspectives* 7(1): 3–11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2015.11.012>.
229. Xu D, Wang Y, Li M, Zhao M, Yang Z & Wang K (2022). Depressive Symptoms and Ageism among Nursing Home Residents: The Role of Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19: 19. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912105>.
230. Sirey JA, Solomonov N, Guillod A, Zanotti P, Lee J, Soliman M & Alexopoulos GS (2021). PROTECT: a novel psychotherapy for late-life depression in elder abuse victims. *International Psychogeriatrics*, 33(5): 521–525. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610221000430>.
231. Çelik Seyitoğlu D (2019). Malatya İli Battalgazi ilçesinde, 65 yaş ve üzeri yaşlılarda istismar, depresyon, başarılı yaşlanma durumlarının saptanması ve etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya.
232. Işiker Bedir D (2019). Yaşlılıkta istismar, ihmal ve başa çıkma stratejileri. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul.



**EKLER**

## EK 1. (Devam)

### 4.Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Bu araştırma içerisinde sizinle bireysel görüşmeler yapılacaktır ve araştırmacı tarafından anket içerisinde yöneltilen sorulara cevap vermeniz ve yine araştırmacı tarafından gözlemlenen fizyolojik ve psikolojik durumunuza dair bilgilerin kayıt altına alınması sağlanacaktır. Fiziksel ve ruhsal sağlığınızı tehdit edebilecek bir risk olmadığı düşünülmektedir.

### 5.Çalışmada yer almanın yararları nelerdir?

Bu araştırmaya katılarak; sağlık hizmeti alan 65 yaş üstü bireylerin maruz kaldıkları yaş ayrımcılığı, ihmal, istismar süreci ve ihtiyaç duydukları psikiyatrik desteğin incelenmesiyle alan yazınına kültüre duyarlı yeni veriler oluşturulmasına katkı sağlayacaksınız. Böylece sosyal ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde, mevcut sürecin analizinde ve ruh sağlığı alanında hızla artan yaşlı nüfusun psikiyatrik destek ihtiyaçlarına dair yeni stratejilerin belirlenerek alan yazına katkı sunulmasına destek olacaksınız.

### 6.Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

### 7.Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma içerisinde araştırmacı; kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

### 8.Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Ahmet KÖROĞLU

GÖREVİ: Psikolog

### (Katılımcının/Hastanın Beyanı)

KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Sağlık Psikoloji Anabilim Dalında, Psikolog Ahmet KÖROĞLU tarafından bilimsel bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Tezin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

| Katılımcı (Katılımcı imzalayamıyorsa varsa vasisi) | Katılımcı ile görüşen araştırmacı |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Adı, soyadı:                                       | Adı soyadı, unvanı:               |
| Adres:                                             | Adres:                            |
| Tel:                                               | Tel:                              |
| İmza/Tarih:                                        | İmza/Tarih:                       |

## Ek 2. Araştırma Anket Formu

### Araştırma Anket Formu

“Psikiyatri Kliniğine Başvuran 65 Yaş Üstü Bireylerde; Yaşlı İhmali-İstismarı ve Psikolojik Destek İhtiyacının Değerlendirilmesi” konusunda Doç. Dr. Filiz CİVİL ARSLAN danışmanlığında bir tez araştırması yapmaktayım. Bu araştırma ile artan yaşlı nüfusu içerisinde geriatrik psikiyatri kliniğine başvuran yaşlı hastaların maruz kaldıkları ihmal, istismar süreci ve yaş ayrımcılığı incelenerek bu hastaların ihtiyaç duydukları psikolojik desteğin çok boyutlu olarak irdelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmacı tarafından elde edilen bu verilerin mahremiyeti ve güvenliği etik kurallar çerçevesinde değerlendirilerek saklanacaktır. Katkılarınız için teşekkürler.

Araştırmacı  
Ahmet KÖROĞLU  
Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü  
Sağlık Psikolojisi ABD

|                                                                                      |                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-Hastane yatışı var mı?                                                             | Evet ( ) Hayır ( )                                                                                                                                                           |
| 2-Cinsiyetiniz                                                                       | ( ) Kadın ( ) Erkek                                                                                                                                                          |
| 3-Yaşınız                                                                            |                                                                                                                                                                              |
| 4-Eğitim Durumu                                                                      | 1 ( ) Okuryazar değil<br>2 ( ) Okuryazar<br>3 ( ) İlkokul mezunu<br>4 ( ) Ortaokul mezunu<br>5 ( ) Lise mezunu<br>6 ( ) Yüksekokul mezunu<br>7 ( ) Diğer (Lütfen belirtiniz) |
| 5-Medeni durumu                                                                      | 1 ( ) Hiç evlenmemiş<br>2 ( ) Evli<br>3 ( ) Eşi vefat etmiş<br>4 ( ) Boşanmış<br>5 ( ) Eşinden ayrı<br>6 ( ) Diğer (yüksek lisans veya doktora)                              |
| 6-İkamet ettiği yer                                                                  | 1 ( ) Kendi evi<br>2 ( ) Çocuklarının yanında<br>3 ( ) Akrabalarının yanında<br>4 ( ) Diğer (Lütfen belirtiniz)                                                              |
| 7- İkametteki birey sayısı (Yaşlı dışındaki evde bulunan kişi sayısı)                |                                                                                                                                                                              |
| 8- Ne kadar süredir psikiyatrik destek hizmeti alıyorsunuz? (Yıl olarak belirtiniz.) |                                                                                                                                                                              |

## EK 2. (Devam)

|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 9- Yaşlının kronik hastalıkları var mı?                                                                               | Evet<br>1 ( ) .....<br>2 ( ) .....<br>3 ( ) .....<br>4 ( ) .....                                                                                                            | Hayır ( ) |
| 10-Sosyal güvenceniz var mı?                                                                                          | Evet ( )<br>Hayır ( )                                                                                                                                                       |           |
| 11-Size en çok destek olan bakımınızı sağlan kim var?                                                                 | Oğlum ( ) Kızım ( ) Gelinim ( ) Eşim ( )<br>Bakıcım ( ) Hiç kimse yok ( )                                                                                                   |           |
| 12- Sosyal aktivitelere (hobi bahçesi, kitap okuma, spor vb.) katılımınız var mı?                                     | Evet ( )<br>Hayır ( )                                                                                                                                                       |           |
| 13. 12. soruya yanıt evet ise nelerdir?                                                                               | ( ) Hobi bahçesi<br>( ) Kitap okuma<br>( ) Spor yapma<br>( ) Arkadaşlarla buluşma<br>( ) Diğer .....                                                                        |           |
| 14. 12. soruya yanıt hayır ise gerekçesi?                                                                             | ( ) Hastalıklar<br>( ) Fiziksel yetersizlik<br>( ) Engellenmiş olmak<br>( ) İsteksizlik, haz alamama<br>( ) Yaşam şartlarının yetersizliği<br>(Ekonomik ve sosyal imkânlar) |           |
| 15-Sosyal medya kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız, sanal ortamlarda yaşınızdan ötürü ayrımcılığa maruz kaldınız mı? | ( ) Evet, yaşımdan ötürü ayrımcılığa maruz kaldım<br>( ) Evet, yaşımdan ötürü ayrımcılığa maruz kalmadım<br>( ) Hayır kullanmıyorum                                         |           |

## 1.YAŞLI BİREYLER İÇİN ÇOK BOYUTLU GÖZLEM ÖLÇEĞİ

Lütfen tüm soruları yanıtladığınızdan emin olunuz.

Her bir soru için, geçen hafta yaşlının gün içindeki davranışını en iyi tanımlayan seçeneği seçiniz. Parantez içinde verilen örnekler, karar almanızda size yardımcı olacaktır. Yanıt formu üzerinde sadece tek bir seçenek işaretleyiniz.

### 1. GİYİM KUŞAM (16)

1. Bir başkasının yardımına gereksinim duymaksızın giyinmeye başladı ve giyindi.
2. Yalnızca küçük bir yardımla giyindi. (Örneğin, giyeceği giysiler hazırlandı ya da giyinmesi gerektiği hatırlatıldı)
3. Kısmen kendi başına giyindi, ancak çoğunlukla bir başkasının yardımına gereksinim duydu.
4. Ya tümüyle bir başkası tarafından giydirildi ya da pijamalarıyla kaldı.

### 2. BANYO YAPMA (Banyo ve duşu içerir) (17)

1. Bir başkasının yardımına gereksinim duymaksızın banyo hazırlıklarını yaptı ve banyosunu yaptı.
2. Yalnızca küçük bir yardımla banyo yaptı. (Örneğin, banyo öncesinde sabunun kendisine verilmesi, musluğun açılması, havluların hazırlanması veya banyo yapması için uyarılması gerekti)
3. Kısmen kendi başına banyo yaptı, ancak çoğunlukla bir başkasının yardımına gereksinim duydu. (Örneğin, küvete veya duşa girerken ve çıkarken fiziksel yardıma gereksinim duydu veya bir başkası tarafından vücudunun bazı kısımlarının yıkanması ya da havluyla kurulması gerekti)

## EK 2. (Devam)

4. Banyosu tamamen bir başkası tarafından yaptırıldı (Yatakta yapılan yıkamalar dâhil)

### 3. KİŞİSEL BAKIM (Saç, tırnak, diş bakımı ve tıraş olma dâhil. Giyim-kuşam ve banyo yapma hariç) Geçen hafta içinde, yaşlı: (18)

1. Kişisel bakımının tamamını bir başkasının yardımına gereksinim duymaksızın yaptı.
2. Bazı kişisel bakım işlerini kendi başına yaptı, ancak bir bölümü için bir başkasının yardımına ya da gözetimine gereksinim duydu.
3. Kendi bakımının bir kısmına yardımcı oldu, fakat çoğunlukla kişisel bakımının tüm yönleri için bir başkasının yardımına gereksinim duydu.
4. Kişisel bakımının tamamı bir başkası tarafından yapıldı.

### 4. ALTINA KAÇIRMA (İdrar ya da dışkı kaçırmaya dâhil) Geçen hafta içinde yaşlı hangi sıklıkta idrar ya da dışkı kaçırdı? (19)

1. Hiç
2. Yalnızca geceleri
3. Gündüzleri ara sıra
4. Gündüzleri sıklıkla (günde bir defadan daha fazla)

### 5. TUVALET KULLANIMI (120)

1. Bir başkasının yardımına gereksinim duymaksızın tuvalete gitti ve tuvaleti gerektiği gibi kullandı.
2. Yalnızca küçük bir yardımla tuvaleti kendi başına kullandı (Örneğin, tuvalete gitmesi ya da tuvalet sonrası temizliğini yapması hatırlatıldı veya ara sıra tuvaleti kirletti)
3. Tuvaletini kendi başına yapmaya çalıştı, ancak çoğunlukla bir başkasının yardımına gereksinim duydu. (örneğin, pantolonunu indirirken, tuvalet sonrası temizlik yaparken ve oturup kalkarken yardıma gereksinim duydu)
4. Tuvaleti tamamen bir başkası tarafından yaptırıldı. (Tuvalete bir başkası tarafından oturtulup kaldırıldı. Ördek ya da lazımlık, sonda ve kolostomi kullanımı dâhil)

### 6. FİZİKSEL HAREKETLİLİK (21)

1. Herhangi bir yardıma gerek kalmaksızın yürüyüş yaptı.

2. Mekanik yardımla kendi başına yürüdü. (Örneğin, baston, kolluk değneği ve yürümeye yardımcı cihazlar ile kendi başına yürüdü ya da tekerlekli sandalyeyi kendi gücüyle sürdü)
3. Bir başkasının fiziksel yardımıyla yürüdü.
4. Yatağa ya da koltuğa bağlı kaldı. (Koltuğa bağlı kalmak deyimi, gün içinde yataktan koltuğa nakledilen ancak bunun dışında tamamen hareketsiz kalan yaşlıları tanımlamak için kullanılmıştır)

### 7. YATAĞA YATMA/YATAKTAN KALKMA (22)

1. Herhangi bir fiziksel yardım olmaksızın, yatağa kendi başına yatıp kalkabildi.
2. Bir başkasına gereksinim duymaksızın, ancak bazı araçların yardımıyla yatağına yattı ve yatağından kalktı (Örneğin, trapez ya da kayma tahtasını kendisi kullanarak)
3. Bir başkasının fiziksel yardımıyla yatağa yatıp yataktan kalktı.
4. Bütün gün yatakta kaldı

### 8. KISITLAYICILARIN KULLANIMI (23)

(Örneğin, yatak tırabzanı, yumuşak bağlar, geriatrik sandalye kullanımı) Geçen hafta gün içinde, bu kısıtlayıcılar yaşlı için ne sıklıkta kullanıldı?

1. Hiç
2. Nadiren (bir-üç gün, yalnızca kısa süreyle)
3. Ara sıra (ya kısa sürelerle 3 günden fazla ya da günün çoğunluğunda olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günün çoğunluğunda olmak üzere 3 günden fazla)

### 9. İLETİŞİMİ ANLAMA (24)

(Sözlü, yazılı ya da jestlerle) Geçen hafta içinde yaşlıyla iletişim kurduğunuzda çoğu kez, yaşlı:

1. Sizi net olarak anladı
2. Yalnızca kısa iletileri anladı (kısa cümleler ya da hareketler gibi)
3. Ancak tekrar edildiğinde kısa iletileri anladı.
4. Hiçbir iletiyi anlamadı.

### 10. KONUŞMA (25)

1. Tutarlı ve mantıklıydı.
2. Mantıklı başladı, ancak konuşurken konunun etrafında gezinip durdu.
3. Kulağa tutarlı geldi, ancak söyledikleri konuyla ilgisizdi. (Örneğin, konuşması, sorulan soruyla ya da yaşanan olayla ilgili değildi).

## EK 2. (Devam)

4. Çok az anlam ifade etti (Örneğin, sözcüklerin karışması, anlamsız cümleler ya da anlamsız sesler).
5. Soru geçerli değil – yaşlı geçen hafta hiç konuşmadı

### 11. BİNA İÇİNDE YOLUNU BULMA (26)

(Örneğin, kendi odasını, banyoyu veya yemek salonunu bulma becerisi) Geçen hafta gün içinde yaşlı, yaşadığı binada yolunu bulmada ne kadar sıklıkla dezoryante ve konfüze haldeydi?

1. Hiç
2. Nadiren (hafta boyunca sadece 1-3 kez)
3. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günde birkaç kez olmak üzere 3 günden fazla)
5. Soru geçerli değil – yaşlı geçen hafta bina içinde herhangi birinin yardımı olmaksızın hiç dolaşmadı.

### 12. İNSANLARI TANIMA ;(27)

1. Birçok insanı tam olarak tanıdı.
2. Bir ya da iki kişiyi tam olarak tanıdı.
3. İnsanları ayırt edebildi, ancak hiçbirini tam olarak tanıyamadı.
4. İnsanların hiçbirini tam olarak tanıyamadı ya da ayırt edemedi.

### 13. BULUNDUĞU YERİN FARKINDA OLMA (28)

1. Yaşadığı yeri tam olarak biliyordu. (Yaşadığı yeri, hangi şehirde veya ilçede olduğunu biliyordu)
2. Yaşadığı yerin nasıl bir yer olduğunu biliyordu, ancak mahallesini karıştırıyordu.
3. Ara sıra yaşadığı yerin neresi olduğunu anlıyor gibi görünüyordu, ancak diğer zamanlarda bunu karıştırıyordu.
4. Yaşadığı yerin neresi olduğunu karıştırıyordu. (Örneğin, evde mi yoksa başka bir yerde mi olduğunu bilemiyordu)
5. Bu konuda bilgi elde edilemedi. Yaşlı ile uygun bir iletişim kurulamadı.

### 14. ZAMANIN FARKINDA OLMA (29)

Geçen hafta içindeki günlerin çoğunda, içinde bulunulan (a) yılın (b) mevsimin (c) günün zamanının (sabah, öğleden sonra ya da akşam yemeği sonrası gibi) farkında olup olmadığı dikkate alındığında, yaşlı:

1. Üçünün de (yıl, mevsim ve günün zamanı) farkındaydı.
2. Bunlardan ikisinin farkındaydı.

3. Bunlardan birisinin farkındaydı.
4. Üçünü de karıştırdı.
5. Bu konuda bilgi elde edilemedi. Yaşlı ile uygun bir iletişim kurulamadı.

### 15. YAKIN ZAMANDAKİ OLAYLARI ANIMSAMA (30)

(Geçen hafta olan eğlence, yemek, ziyaret gibi günlük olaylara dair) Geçen hafta boyunca, yaşlı:

1. Yakın geçmişe ait olayların çoğunu net olarak hatırlayabildi.
2. Yakın geçmişe ait olayların çoğunu belli belirsiz hatırlayabildi.
3. Yakın geçmişe ait olayların bir kısmını hatırlayabildi, ancak diğerlerini tümüyle unuttu.
4. Olayların çoğunu, meydana geldikten birkaç dakika sonra unutmuş gibiydi.
5. Bu konuda bilgi elde edilemedi. Yaşlı ile uygun bir iletişim kurulamadı.

### 16. ÖNEMLİ GEÇMİŞ OLAYLARI ANIMSAMA (31)

(Örneğin doğum tarihi, geçmişteki işi/mesleği, aile üyelerinin isimleri ve halen hayatta olup olmadıkları gibi)

Geçen hafta boyunca, yaşlı:

1. Uzak geçmişe ait olayların çoğunu kolaylıkla ve doğru olarak hatırlayabildi.
2. Uzak geçmişe ait olayların çoğunu biraz çabayla doğru olarak hatırlayabildi.
3. Uzak geçmişe ait olayların bir kısmını hatırlayabildi, ancak diğerlerini unuttu.
4. Geçmiş yaşamındaki çoğu olayla hakkında kafası karıştıktı.
5. Bu konuda bilgi elde edilemedi. Yaşlı ile uygun bir iletişim kurulamadı.

### 17. MUTSUZ VE DEPRESİF GÖRÜNÜM (32)

(Örneğin, kasvetli, mutsuz, kederli gibi görünme. Sıkılmış, kayıtsız, düşünceli ya da endişeli görünümleri dikkate almayınız) Geçen hafta boyunca yaşlı hangi sıklıkta mutsuz ve depresif görünüyordu?

1. Hiç
2. Nadiren (sadece kısa sürelerde olmak üzere 1-3 gün)
3. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günün çoğunluğunda olmak üzere 3 günden fazla).
5. İfade edemedi – yaşlının yüzüne sıkıntılı bir ifade veren yüz felci veya fiziksel sorunları var.

## EK 2. (Devam)

### 18. MUTSUZLUK VE DEPRESYON BİLDİREN KONUŞMALAR YAPMA (33)

(Mutsuz veya depresif olduğunuzu ya da başka bir yerde bulunmayı istediğinizi söylemek. Kendisine sunulan bakım hakkındaki şikâyetlerinizi dikkate almayınız. Ayrıca kendisini endişeli hissettiğine dair konuşmalarını da hesaba katmayınız.) Geçen hafta içinde, yaşlı hangi sıklıkla mutsuz ya da depresif olduğunuzu belirten şeyler söyledi (ya da yazdı)?

1. Hiç
2. Nadiren (hafta boyunca sadece 1-3 kez)
3. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günde birkaç kez olmak üzere 3 günden fazla. Ayrıca bu seçeneğe, ölmek istediğini söyleyen herhangi bir yaşlıyı da dâhil ediniz)
5. Soru geçerli değil, yaşlı geçen hafta konuşmadı (ya da yazmadı).

### 19. MUTSUZ VE DEPRESİF SES TONU (34)

(Mutsuzluk veya depresyonu çağrıştıran bir ses tonunda konuşmak veya inlemek ya da iç çekmek gibi mutsuzluk ifade eden sesler çıkarmak. Kızgın veya endişeli ses tonunu ya da akut ağrıdaki ses tonunu dikkate almayınız). Geçen hafta içerisinde yaşlı hangi sıklıkta mutsuz ve depresif bir ses tonu kullandı?

1. Hiç
2. Nadiren (yalnızca kısa sürelerle olmak üzere 1-3 gün boyunca)
3. Ara sıra (ya kısa sürelerle olmak üzere 3 günden fazla ya da günün çoğunda 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günün çoğunda olmak üzere 3 günden fazla)
5. Soru geçerli değil, yaşlı geçen hafta konuşmadı ya da hiçbir ses çıkarmadı

### 20. ENDİŞELİ VE KAYGILI GÖRÜNÜM (35)

(Mutsuz ve depresif görünümü dikkate almayınız) Geçen hafta boyunca yaşlı hangi sıklıkta endişeli, gergin ve kaygılı görünüyordu?

1. Hiç
2. Nadiren (sadece kısa sürelerde olmak üzere 1-3 gün)
3. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günün çoğunluğunda olmak üzere 3 günden fazla).

### 21. ENDİŞE VE KAYGI BİLDİREN KONUŞMALAR YAPMA (36)

(Çeşitli konular hakkında endişeli olduğu yolunda konuşmak. Mutsuz olduğu ile ilgili konuşmaları hesaba katmayınız) Geçen hafta sırasında yaşlı, hangi sıklıkla bir konu hakkında endişeli veya kaygılı olduğunu belirten şeyler söyledi (ya da yazdı)?

1. Hiç
2. Nadiren (hafta boyunca sadece 1-3 kez) Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
3. Sık sık (günde birkaç kez olmak üzere 3 günden fazla)
4. Soru geçerli değil, yaşlı geçen hafta konuşmadı (ya da yazmadı).

### 22. AĞLAMA (37)

(İnleme, iç çekme ve bağırmaları hesaba katmayınız.) Geçen hafta içerisinde yaşlı hangi sıklıkta ağladı?

1. Hiç
2. Nadiren (yalnızca kısa sürelerle olmak üzere 1-3 gün)
3. Ara sıra (ya yalnızca kısa sürelerle olmak üzere 3 günden fazla ya da uzun sürelerle olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (uzun sürelerle olmak üzere 3 günden fazla)

### 23. GELECEK HAKKINDA KARAMSARLIK (38)

(Geleceğin ümitsiz veya dayanılmaz olduğu ya da işlerin daha iyiye gitmeyeceği hakkında konuşmak) Geçen hafta içinde, yaşlı geleceği hakkında kendisini karamsar hissettiğini gösterecek şeyleri ne kadar sıklıkta söyledi veya yazdı?

1. Hiç
2. Nadiren (hafta boyunca sadece 1-3 kez)
3. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günde birkaç kez olmak üzere 3 günden fazla).
5. Soru geçerli değil, yaşlı geçen hafta konuşmadı (ya da yazmadı).

## EK 2. (Devam)

### 24. KENDİSİYLE AŞIRI MEŞGUL OLMA (39)

Geçen hafta içinde yaşlı, çok üzüntülü veya kendi sorunlarıyla meşgul olduğundan dolayı, kendi başına gelen veya etrafında olan olaylara odaklanmada hangi sıklıkla sorun yaşadı?

1. Hiç
2. Nadiren (hafta boyunca sadece 1-3 kez)
3. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günde birkaç kez olmak üzere 3 günden fazla).

### 25. BAKIM VEREN KİŞİLER İLE İŞBİRLİĞİ (40)

(Beslenme, banyo yapma, kişisel bakım ve ilaç alma gibi konularda işbirliği) Geçen haftanın çoğu gününde, hemşire ve bakım personeli ile etkileşimde bulunduğu yaşlı:

1. Kendi bakımı için aktif olarak işbirliğinde bulundu. (mümkün olduğunda kendi bakımına katılmaya ve yardım etmeye çalıştı)
2. Kendi bakımı için pasif olarak işbirliği yaptı. (kendi bakımının yapılmasına sessizce izin verdi)
3. Bakım girişimlerine az da olsa direnç gösterdi. (başlangıçta tartıştı, mızımlandı ya da fiziksel direnç gösterdi, ancak hemen sonra bakım yapılmasını kabul etti)
4. Bakım girişimlerine üst düzeyde direnç gösterdi. (Yaşlıyla işbirliği yapmak gerçekten çok zordu)

### 26. BAKIM VEREN KİŞİLERİN İSTEM VE YÖNERGELERİNE UYMA (41)

Geçen hafta içinde, onunla ilgilenen kişilerin istem ve yönergelerinin çoğuna yaşlı:

1. Herhangi bir direnç veya kırgınlık olmaksızın uydu.
2. Direnç göstermeksizin uydu, ancak sessiz bir kırgınlık vardı. (Örneğin, kısık sesle söylenmeler ya da hoş olmayan bakışlar)
3. İşbirliği yapmadan önce tartıştı veya fiziksel direnç gösterdi.
4. Direnç gösterdi ve nihayetinde fiziki güç kullanılmak zorunda kalındı.
5. Yaşlı tarafından anlaşılmadı. (Zihinsel ya da fiziksel olarak ileri derecede engelli olduğu için basit istem ve yönergelerin verilemediği yaşlıları bu seçeneğe dahil ediniz)

### 27. HUZURSUZLUK VERİCİ DAVRANIŞ YA DA HUYSUZLUK (42)

1. Hiç
2. Nadiren (yalnızca kısa sürelerle olmak üzere 1-3 gün)
3. Ara süre (ya yalnızca kısa sürelerle olmak üzere 3 günden fazla ya da günün çoğunda olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günün çoğunda olmak üzere 3 günden fazla)

### 28. ENGELLENMEYE KARŞI TEPKİLER (43)

(İstekleri reddedildiğinde veya bir şey için beklemesi gerektiğinde, istismar edici ya da şikayet ederek tepki gösterme) Geçen hafta sırasında yaşlı engellenme yaşadığında hangi sıklıkta sükûnetini kaybetti?

1. Hiç
2. Nadiren (hafta boyunca sadece 1-3 kez)
3. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günde birkaç kez olmak üzere 3 günden fazla).

### 29. BAKIM VEREN KİŞİLERE SÖZLÜ SALDIRI (44)

(Bağırma, küfretme, beddua etme, tehdit etme dahil) Geçen hafta sırasında, yaşlı ne kadar sıklıkta bakım veren kişilere sözlü saldırıda bulundu?

1. Hiç
2. Bazen
3. Sık sık (günde en az 1 kez olmak üzere 3 günden fazla) “Yapmak istemediği bir şeyi yapması söylendiğinde”
4. Sık sık (günde en az 1 kez olmak üzere 3 günden fazla) “Hiçbir kışkırtma ya da neden olmaksızın”
5. Soru geçerli değil - yaşlı geçen hafta konuşmadı ya da hiçbir ses çıkarmadı.

### 30. DİĞER İNSANLARA SÖZLÜ SALDIRI (45)

(Bağırma, sövüp sayma, beddua etme, tehdit etme) Geçen hafta sırasında, yaşlı ne kadar sıklıkla diğer insanlara sözlü olarak saldırıda bulundu?

1. Hiç
2. Bazen
3. Sık sık (günde en az 1 kez olmak üzere 3 günden fazla) “Diğer yaşlılar kendisiyle zıtlığında”
4. Sık sık (günde en az 1 kez olmak üzere 3 günden fazla) “Hiçbir belirgin provokasyon ya da neden olmaksızın”

## EK 2. (Devam)

5. Soru geçerli değil, yaşlı geçen hafta ya hiç konuşmadı ya da diğer insanlarla ulaşma imkanı yok.

### 31. BAŞKALARINA FİZİKSEL SALDIRI (46)

(Bakım verenlere veya diğer insanlara vurma ya da itip kakma) Geçen hafta içinde yaşlı, herhangi birine hangi sıklıkta fiziksel saldırıda bulundu?

1. Hiç
2. Bir kez, kışkırtıldıktan sonra
3. Bir kez, bir neden ya da kışkırtma olmaksızın
4. Birden çok (diğerlerine saldırmasını engellemek için önlem alınan yaşlıları bu gruba dahil ediniz)
5. Soru geçerli değil - yaşlı fiziksel olarak herhangi birine saldırabilecek durumda değil.

### 32. DİĞER İNSANLARLA MÜNAKAŞA ÇIKARMA (47)

Geçen hafta içinde yaşlı, hangi sıklıkla başka biriyle münakaşa başlattı ya da kışkırttı?

1. Hiç
2. Nadiren (hafta boyunca 1-3 kez)
3. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
4. Sık sık (günde birkaç kez olmak üzere 3 günden fazla).
5. Soru geçerli değil - yaşlı diğer insanlara erişim olanağına sahip değildi.

### 33. YALNIZLIĞI TERCİH ETME (48)

(Kendi başına kalma) Geçen hafta içinde yaşlı, fiziksel bakım olmadığı zamanlarda yalnız başına kalmayı tercih ediyor izlenimi verdi mi?

1. Hayır. Yaşlı- eğer mevcutsa- birileriyle birlikte olmaktan her zaman zevk aldı.
2. Birileriyle birlikte olma ya da yalnız kalma durumuna kayıtsız göründü.
3. Yaşlı, en azından zamanının bir kısmında birileriyle birlikte olmaya aktif olarak hevesli/isteksiz kaldı.
4. Çoğu zaman birileriyle birlikte olmaya aktif olarak hevesli/isteksiz kaldı.

### 34. SOSYAL İLİŞKİLERİ BAŞLATMA (49)

(Konuşarak, jestlerle ya da gülümseyip ilk adımı atarak ya da yaklaşarak) Geçen hafta içinde, yaşlı:

1. Sıklıkla "Hem bakım veren kişilerle hem de diğer insanlarla olan sosyal ilişkileri" kendisi başlattı. (Günde birkaç kez 3 günden fazla)
2. Sıklıkla "Ayrı ayrı olmak üzere ya bakım veren kişilerle ya da diğer insanlarla olan

sosyal ilişkileri" kendisi başlattı. (günde birkaç kez 3 günden fazla)

3. Ayrı ayrı olmak üzere ya bakım veren kişilerle ya da diğer insanlarla olan sosyal ilişkileri" zaman zaman kendisi başlattı.
4. Bakım veren kişilerle veya diğer insanlarla hiçbir zaman sosyal ilişki başlatmadı.

### 35. SOSYAL İLİŞKİ KURMA GİRİŞİMLERİNE VERİLEN KARŞILIK (50)

(Yalnızca yönergeleri takip eden ya da sosyal iletilere sadece bakarak verilen karşılıkları dikkate almayın) Geçen hafta içinde yaşlı, başkaları tarafından yapılan sosyal ilişki kurma girişimlerine hangi sıklıkla karşılık verdi?

1. Çoğu zaman karşılık verdi ve ilişkinin sürmesi için çaba sarf etti. (Örneğin, sohbeti sürdürerek ya da o kişiyi dinlemeye devam ederek)
2. Çoğu zaman kısaca karşılık verdi. (Örneğin, sadece soruya yanıt vererek, başını sallayarak ya da gülümseyerek, ancak ilişkinin sürmesi için çaba harcamadan)
3. Yalnızca bazı zamanlarda (diğerlerinin sosyal ilişki kurma çabalarının yarısından daha az)
4. Hiç

### 36. DİĞER İNSANLARLA ARKADAŞLIK (51)

1. Birden fazla kişiyle yakın arkadaşlık yaptı. (Bu gerçek bir ilişki kastedilmektedir)
2. Sadece bir kişiyle ile yakın arkadaşlık yaptı.
3. En azından bir kişiyle tesadüfen arkadaşlık kurdu. (Örneğin, birisiyle bir süre birlikte oldu, ancak gerçek bir ilişki kurmadı)
4. Hiçbir kişiyle, hiçbir şekilde arkadaşlık yapmadı.
5. Soru geçerli değil, yaşlı diğer insanlara erişim olanağına sahip değildi.

### 37. GÜNLÜK OLAYLARA İLGİ (52)

(Örneğin, çevresinde olan bitenleri izleyerek, dinleyerek veya tepki vererek)

Geçen hafta içinde yaşlı çevresinde olan bitenlere hangi sıklıkla aktif olarak dikkat gösterdi?

1. Sıklıkla (günün çoğunluğunda 3 günden fazla)
2. Ara sıra (ya kısa sürelerle olmak üzere 3 günden fazla ya da günün çoğunda 1-3 gün boyunca)

## EK 2. (Devam)

3. Nadiren (yalnızca kısa sürelerle 1-3 gün boyunca)
4. Hiç

### 38. DIŞ ÇEVREDE OLAN OLAYLARA İLGI (53)

(Örneğin, ailesinin ve yanında olmayan arkadaşlarının yaptığı etkinliklere veya haberlere ya da sporla ilgili haberlere ilgi göstermek) Geçen hafta içinde yaşı, kaldığı yerin dışında olan olaylara hangi sıklıkla ilgi gösterdi?

1. Her gün düzenli bir şekilde
2. Bazı günler
3. Nadiren (örneğin ailesine az miktarda ilgi gösterebildi, ancak bu sadece ailesinin yaşlıya yapacağı ziyaretlerle ilgiliydi)
4. Hiç

### 39. BİR İŞLE MEŞGUL OLMA (54)

(Kendi başına okuyarak, televizyonu dikkatle izleyerek veya radyo dinleyerek, hobileriyle uğraşarak, sohbet ederek, yürüyüş yaparak boş zamanları değerlendirme. Organize edilen eğlence etkinliklerini hesaba katmayınız) Geçen hafta içinde yaşı, hangi sıklıkta kendi başına bir işle meşgul oldu?

1. Sıklıkla (günün çoğunluğunda 3 günden fazla)
2. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
3. Nadiren (yalnızca kısa sürelerle 1-3 gün boyunca)
4. Hiç

### 40. BAŞKALARINA YARDIM ETME (55)

(Başka bir kişiye ilgi duymayı yansıtır izlenimi veren her türlü yardımı dahil ediniz. Örneğin, diğer insanlara fiziksel olarak yardım ederek, onları rahat ettirerek veya eğlendirerek) Geçen hafta içinde yaşı, ne kadar sıklıkla diğer yaşlılara gönüllü olarak yardım etti?

1. Sıklıkla (günün çoğunluğunda 3 günden fazla)
2. Ara sıra (ya günde 1-2 kez olmak üzere 3 günden fazla ya da günde birkaç kez olmak üzere 1-3 gün boyunca)
3. Nadiren (yalnızca kısa sürelerle 1-3 gün boyunca)
4. Hiç

\*Soru geçerli değil, yaşı ya fiziksel olarak hareket edebilecek durumda değil (hareket edebilmek için başkalarının yardımına ihtiyacı var) ya da çoğu gün kısıtlama altında.

### EK 3. Geriatrik Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale (GDS))

|                           | Geriatric Depresyon Ölçeği (Geriatric Depression Scale (GDS))                   | Evet                               | Hayır |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| 1.                        | Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz? (56)                                  | 0                                  | 1     |
| 2.                        | Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı? (57)                            | 1                                  | 0     |
| 3.                        | Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz? (58)                           | 1                                  | 0     |
| 4.                        | Sıklıkla canınız sıkın mıdır? (59)                                              | 1                                  | 0     |
| 5.                        | Gelecekte ümitli misiniz? (60)                                                  | 0                                  | 1     |
| 6.                        | Sizi rahatsız eden ve kafanızdan bir türlü atamadığınız düşünceler var mı? (61) | 1                                  | 0     |
| 7.                        | Keyfiniz çoğu zaman yerinde midir? (62)                                         | 0                                  | 1     |
| 8.                        | Sanki size kötü bir şey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz? (63)          | 1                                  | 0     |
| 9.                        | Kendinizi çoğu zaman mutlu hissediyor musunuz? (64)                             | 0                                  | 1     |
| 10.                       | Sıklıkla çaresiz hissediyor musunuz? (65)                                       | 1                                  | 0     |
| 11.                       | Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz olursunuz? (66)                            | 1                                  | 0     |
| 12.                       | Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktan evde kalmayı mı tercih edersiniz? (67)    | 1                                  | 0     |
| 13.                       | Gelecekle ilgili olarak sık sık endişelenir misiniz? (68)                       | 1                                  | 0     |
| 14.                       | Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı? (69)                       | 1                                  | 0     |
| 15.                       | Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi? (70)                                 | 0                                  | 1     |
| 16.                       | Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz? (71)                                       | 1                                  | 0     |
| 17.                       | Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz? (72)                                | 1                                  | 0     |
| 18.                       | Geçmişini düşünmek canınızı oldukça sıkıyor mu? (73)                            | 1                                  | 0     |
| 19.                       | Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu? (74)                              | 0                                  | 1     |
| 20.                       | Yeni bir şeye kalkışmak size oldukça zor geliyor mu? (75)                       | 1                                  | 0     |
| 21.                       | Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi? (76)                                             | 0                                  | 1     |
| 22.                       | Durumunuz size ümitsiz geliyor mu? (77)                                         | 1                                  | 0     |
| 23.                       | Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz? (78)           | 1                                  | 0     |
| 24.                       | Küçük şeyler canınızı sıkıyor mı? (79)                                          | 1                                  | 0     |
| 25.                       | Sıklıkla ağlamaklı olursunuz? (80)                                              | 1                                  | 0     |
| 26.                       | Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz? (81)                             | 1                                  | 0     |
| 27.                       | Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu? (82)                             | 1                                  | 0     |
| 28.                       | Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz? (83)                 | 0                                  | 1     |
| 29.                       | Kolayca karar verebiliyor musunuz? (84)                                         | 0                                  | 1     |
| 30.                       | Eskisi kadar iyi düşünabiliyor musunuz? (85)                                    | 0                                  | 1     |
| 0-10 puan “depresyon yok” |                                                                                 | 11-13 puan “muhtemel depresyon”    |       |
|                           |                                                                                 | 14 ve üzeri puan “kesin depresyon” |       |
| Sonuç:                    |                                                                                 |                                    |       |

#### EK 4. Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi

| (Hwalek-Sengstock Yaşlı İstismarı Tarama Testi) |                                                                                   |           |              |                   |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|-------------------|
|                                                 | Maddeler                                                                          | 0<br>Asla | 1<br>Bir kez | 2<br>Birden fazla |
| 1.                                              | Yaşlılar ile dalga geçen bir şaka yapıldı (100)                                   |           |              |                   |
| 2.                                              | Yaşlı olduğum için doğum günüm kutlanmadı. (101)                                  |           |              |                   |
| 3.                                              | Yaşlı olduğum için beni ciddiye almadılar, görmezden geldiler. (102)              |           |              |                   |
| 4.                                              | Yaşımla ilgili küçük düşürücü bir ad takıldı/isimle hitap edildi. (103)           |           |              |                   |
| 5.                                              | Yaşlı olduğum için hor görüldüm, benimle aşağılayıcı bir şekilde konuşuldu. (104) |           |              |                   |
| 6.                                              | Yaşlı olduğum için ev kiralama talebim geri çevrildi. (105)                       |           |              |                   |
| 7.                                              | Yaşlı olduğum için bankadan kredi çekmekte zorlandım. (106)                       |           |              |                   |
| 8.                                              | Yaşlı olduğum için yönetici pozisyonunda bir işe uygun görülmedim. (107)          |           |              |                   |
| 9.                                              | Yaşımdan dolayı ilgi çekici olmadığım gerekçesiyle reddedildim. (108)             |           |              |                   |
| 10.                                             | Yaşlı olduğum için daha az itibar ve saygı gördüm. (109)                          |           |              |                   |
| 11.                                             | Yaşlı olduğum için bir garson beni görmezden geldi. (110)                         |           |              |                   |
| 12.                                             | Yaşlı olduğum için bir doktor/hemşire hastalığımı ciddiye almadı. (111)           |           |              |                   |
| 13.                                             | Yaşlı olduğum için tıbbi tedavi isteğim geri çevrildi. (112)                      |           |              |                   |
| 14.                                             | Yaşlı olduğum için işe alınmadım. (113)                                           |           |              |                   |
| 15.                                             | Yaşlı olduğum için terfi ettirilmedim. (114)                                      |           |              |                   |
| 16.                                             | Yaşlı olduğum için iyi işitemediğimi zanneden insanlar oldu. (115)                |           |              |                   |
| 17.                                             | Yaşlı olduğum için söylenenleri anlamadığımı zanneden insanlar oldu. (116)        |           |              |                   |
| 18.                                             | Bana, bunu yapmak için çok yaşlısın diyen insanlar oldu. (117)                    |           |              |                   |
| 19.                                             | Yaşlı olduğum için evimi değiştirmek zorunda kaldım. (118)                        |           |              |                   |
| 20.                                             | Yaşlı olduğum için bir suçlu tarafından (saldırıya uğradım) soyuldum. (119)       |           |              |                   |

## EK 5. Yaş Ayrımcılığı Ölçeği

| Yaşlı Ayrımcılığı Anketi (Ageism Survey) |                                                                                   |           |              |                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|-------------------|
|                                          | Maddeler                                                                          | 0<br>Asla | 1<br>Bir kez | 2<br>Birden fazla |
| 1.                                       | Yaşlılar ile dalga geçen bir şaka yapıldı (100)                                   |           |              |                   |
| 2.                                       | Yaşlı olduğum için doğum günüm kutlanmadı. (101)                                  |           |              |                   |
| 3.                                       | Yaşlı olduğum için beni ciddiye almadılar, görmezden geldiler. (102)              |           |              |                   |
| 4.                                       | Yaşımla ilgili küçük düşürücü bir ad takıldı/isimle hitap edildi. (103)           |           |              |                   |
| 5.                                       | Yaşlı olduğum için hor görüldüm, benimle aşağılayıcı bir şekilde konuşuldu. (104) |           |              |                   |
| 6.                                       | Yaşlı olduğum için ev kiralama talebim geri çevrildi. (105)                       |           |              |                   |
| 7.                                       | Yaşlı olduğum için bankadan kredi çekmekte zorlandım. (106)                       |           |              |                   |
| 8.                                       | Yaşlı olduğum için yönetici pozisyonunda bir işe uygun görülmedim. (107)          |           |              |                   |
| 9.                                       | Yaşımdan dolayı ilgi çekici olmadığımı gerekçesiyle reddedildim. (108)            |           |              |                   |
| 10.                                      | Yaşlı olduğum için daha az itibar ve saygı gördüm. (109)                          |           |              |                   |
| 11.                                      | Yaşlı olduğum için bir garson beni görmezden geldi. (110)                         |           |              |                   |
| 12.                                      | Yaşlı olduğum için bir doktor/hemşire hastalığımı ciddiye almadı. (111)           |           |              |                   |
| 13.                                      | Yaşlı olduğum için tıbbi tedavi isteğim geri çevrildi. (112)                      |           |              |                   |
| 14.                                      | Yaşlı olduğum için işe alınmadım. (113)                                           |           |              |                   |
| 15.                                      | Yaşlı olduğum için terfi ettirilmedim. (114)                                      |           |              |                   |
| 16.                                      | Yaşlı olduğum için iyi işitemediğimi zanneden insanlar oldu. (115)                |           |              |                   |
| 17.                                      | Yaşlı olduğum için söylenenleri anlamadığımı zanneden insanlar oldu. (116)        |           |              |                   |
| 18.                                      | Bana, bunu yapmak için çok yaşlısın diyen insanlar oldu. (117)                    |           |              |                   |
| 19.                                      | Yaşlı olduğum için evimi değiştirmek zorunda kaldım. (118)                        |           |              |                   |
| 20.                                      | Yaşlı olduğum için bir suçlu tarafından (saldırıya uğradım) soyuldum. (119)       |           |              |                   |