

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİNDE YAŞLININ KENDİNİ İHMALİ VE
BEDEN KİTLE İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Mithat BEKDEMİR

AİLE HEKİMLİĞİ TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/2025



HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Mithat BEKDEMİR tarafından hazırlanan “Aile Hekimliğinde yaşlının kendini ihmali ve beden kitle indeksi arasındaki ilişki” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Anabilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

Üye: Doç. Dr. Çağla ÖZDEMİR

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür YAĞAN

Dekan V.

I. TEŞEKKÜR

Uzun asistanlık sürecimde bana mesleki, akademik ve insani olarak büyük katkıları olan, tezimin her aşamasında yanımda olup benimle tecrübelerini ve fikirlerini paylaşan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK'a, asistanlığım boyunca yine hem mesleki hem insani olarak bana katkıda bulunan ve gelişmemi sağlayan çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK'a, rotasyonlarımda eğitim aldığım ve tecrübelerinden faydalandığım tüm saygıdeğer hocalarıma, asistanlık sürecimde hem Aile Hekimliği hem de diğer anabilim dallarında beraber çalıştığım, yardım ve katkılarını unutmayacağım kıymetli asistan arkadaşlarıma, yine bu eğitim sürecimde beni destekleyen İstanbul'dan Öğr. Gör. Dr. Merve GÜNALTAY BAŞAK'a, Öğr. Gör. Recep BAŞAK'a ve Ankara'dan Doç. Dr. Mehmet Enes GÖKLER'e,

En büyük teşekkürü ise benim için değerleri ölçülemez, sevgileri anlatılamaz, en güzel zamanlarında bana anlayış gösteren ve 'sen yaparsın baba' diyerek destek olan canlarım, Mithat Alp BEKDEMİR ve Ali Kağan BEKDEMİR'e ve tabii ki evimizin kraliçesi, hayat ortağım, ruh eşim, eğitim konusunda her zaman yanımda olan biricik eşim İlknur KARACA BEKDEMİR'e teşekkür ederim.

Bu mesleği seçmemde büyük etkisi olan, Merhum Annem Meryem BEKDEMİR'i, tüm ekonomik sıkıntılarına rağmen 'ceketimi satar, yine okuturum' diyen Merhum Babam Süleyman BEKDEMİR'i rahmetle yad ediyorum, mekânınız cennet olsun.

Dr. Mithat BEKDEMİR

ÇORUM/2025

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	iv
II. İÇİNDEKİLER.....	vi
III. ÖZET	viii
IV. ABSTRACT.....	x
V. KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
VI. TABLOLAR LİSTESİ.....	xiii
VII. ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Aile Hekimliği.....	7
2.1.1. Aile Hekimliğinde Yaşlılara Yaklaşım	12
2.1.2. Aile Hekimliğinde Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları	12
2.2. Yaşlının Kendini İhmali.....	15
2.2.1. Yaşlının Tanımı.....	17
2.2.2. Yaşlılarda Kendini İhmalin Prevelansı	20
2.2.3. Yaşlılarda Kendini İhmal ve Belirtileri.....	21

2.2.4. Yaşının Kendini İhmali ile İlişkili Faktörler.....	23
2.2.5. Yaşlılarda Kendini İhmalin Sonuçları.....	24
2.2.6. Yaşlılarda Kendini İhmal ve Aile Hekimliği	26
2.3. Beden Kitle İndeksi.....	28
2.3.1. Beden Kitle İndeksinin Önemi.....	28
2.3.2. Beden Kitle İndeksini Etkileyen Faktörler.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri, Süresi ve İzinler.....	31
3.2. Araştırma Evreni Ve Örneklemi	31
3.3. İşlem.....	32
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	33
3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu	33
3.4.2. İstanbul Tıp Fakültesi Yaşının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği.....	33
3.4.3. Kilo ve Boy Ölçümleri Yapılarak Beden Kitle indeksinin Hesaplanması	34
3.5. Verilerin Analizi	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER.....	62

III. ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİNDE YAŞLININ KENDİNİ İHMALİ VE BEDEN KİTLE İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Yaşlılarda Kendini ihmal, sık görülen ve zor tesbit edilen bir durumdur. Yaşlının kendini ihmalinde, beslenmenin düzensiz olması, kilosunda değişikliklere yol açacaktır. Kilo değişiklikleri, kilo alımına bağlı obezite veya kilo kaybına bağlı zayıflık şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu değişiklikleri değerlendirmek için beden kitle indeksi (BKİ) kullanılır. BKİ, kilo değişikliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan, basit, kolay, uygulanabilir bir parametredir. Kendini ihmalle beraber obezite veya zayıflık, yeni rahatsızlıklara neden olabileceği gibi, mevcut sağlık problemlerini ağırlaştırabilir. Yaşlılarda kendini ihmal ve BKİ'i arasındaki ilişkiyi değerlendirerek, bunlara bağlı oluşabilecek veya ağırlaşılabilecek sağlık sorunlarının önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 01.02.2025 – 30.06.2025 tarihleri arasında Çorum Uğurludağ Aile Sağlığı Merkezinde, 65 yaş ve üstü, 285 kişi ile yüz yüze görüşme yolu ile yapıldı. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde; bilgilendirilmiş onam formunun okunması ve imzalanmasının ardından, boy, kilo ölçümleri yapıldı, BKİ hesaplandı, Sosyo-Demografik Veri Formu (Ek-4), İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği (Ek-5) veri toplama araçları katılımcılar tarafından dolduruldu.

Bulgular: Çalışmada BKİ kategorileri ile kendini ihmal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.669$). Çalışma grubunda beden kitle indeksi (BKİ) dağılımı incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83.5) $25.0 < BKİ$ obez olduğu; bunların (%46.7) $25.0 < BKİ < 30.0$ 1.derece obez, (%36.8) $30.0 < BKİ$ 2.derece obez olduğu görülmektedir. $BKİ = 18.5-25.0$ normal olan bireyler %16.1 ile daha küçük bir grubu oluştururken, $BKİ < 18,5$ zayıf kategorisindeki katılımcıların oranı son derece düşüktür (%0.4). Çalışma katılımcıların %71.6'sının kendini ihmal etmediğini bildirirken, önemli bir oranda (%28.4) kendini ihmal davranışı gösteren bireylerin

varlığını ortaya koymaktadır. Çalışmada kendini ihmal davranışı gösteren bireylerin (%28.4) sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). 65-74 yaş grubunda kendini ihmal oranı daha düşük (%49.4) iken, 75 yaş ve üzerinde bu oran belirgin şekilde artmaktadır (75-84 yaş: %43.2, 85+ yaş: %7.4). Yaş arttıkça kendini ihmal de artmaktadır. Eğitim durumu ile kendini ihmal arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$), eğitim düzeyi arttıkça kendini ihmal oranı düşmüştür. Araştırmada yalnız yaşayanlarda (%18.5) ve çocuklarıyla yaşayanlarda (%13.6) ihmal oranları, eşiyile yaşayanlara (%63.0) göre daha yüksektir. Sosyodemografik verilerden gelir durumuna göre değerlendirildiğinde, geliri giderinden az olan grupta ihmal oranı (%58.0) belirgin şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Sonuçlar: Bu araştırma da kendini ihmal ile BKİ kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırma; İleri yaş, düşük eğitim seviyesi, yalnız yaşama, ekonomik zorlukların, yaşlı bireylerde kendini ihmal riskini artıran, önemli faktörler olduğunu ortaya koymuştur. BKİ açısından bakılınca katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83.5) obez olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Yaşlılık, Kendini İhmal, Beden Kitle İndeksi (BKİ), Geriatri.

IV. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ELDERLY SELF-NEGLECT AND BODY MASS INDEX IN FAMILY MEDICINE

Objective: Self-neglect in the elderly is a common and difficult-to-detect condition. In cases of self-neglect, irregular eating habits will lead to changes in weight. Weight changes manifest as obesity due to weight gain or weakness due to weight loss. (BMI) body mass index is used to evaluate these changes. BMI is a simple, easy, and applicable parameter used to assess weight changes. Neglect, along with obesity or weakness, can cause new health issues and exacerbate existing health problems. By evaluating the relationship between neglect and BMI in the elderly, the aim is to prevent health issues that may arise or worsen as a result.

Materials and Methods: The study was conducted between February 1, 2025, and June 30, 2025, at the Çorum Uğurludağ Family Health Center with 285 individuals aged 65 and older through face-to-face interviews. During the interviews with the participants, after reading and signing the informed consent form, height and weight measurements were taken, BMI was calculated, and the Socio-Demographic Data Form (Appendix 4) and the Istanbul Faculty of Medicine Self-Neglect Screening Scale for the Elderly (Appendix 5) data collection tools were completed by the participants.

Findings: The study found no statistically significant relationship between body mass index (BMI) categories and self-neglect ($p=0.669$). When the (BMI) distribution in the study group was examined, the vast majority of participants (83.5%) had a BMI of 25.0 or higher, indicating obesity; of these, 46.7% had a BMI of 25.0–30.0, indicating first-degree obesity, and 36.8% had a BMI of 30.0 or higher, indicating second-degree obesity. Individuals with a BMI of 18.5–25.0, which is considered normal, made up a smaller group (16.1%), while the proportion of participants in the underweight category (BMI <18.5) was extremely low (0.4%). While 71.6% of the study participants reported not neglecting themselves, a significant proportion (28.4%) exhibited self-neglect behavior.

When examining the sociodemographic characteristics of individuals exhibiting self-neglect behavior (28.4%), significant differences were found between age groups ($p < 0.001$). The rate of self-neglect was lower in the 65-74 age group (49.4%), while it increased significantly in those aged 75 and above (75-84 age group: 43.2%, 85+ age group: 7.4%). Self-neglect increased with age. A strong relationship was found between educational status and self-neglect ($p < 0.001$), with the rate of self-neglect decreasing as educational level increased. In the study, neglect rates were higher among those living alone (18.5%) and those living with their children (13.6%) than among those living with their spouses (63.0%). When evaluated according to income status based on sociodemographic data, the neglect rate was significantly higher in the group with income lower than expenditure (58.0%) ($p < 0.001$).

Results: This study also found no statistically significant relationship between self-neglect and BMI categories. The study revealed that advanced age, low educational level, living alone, and economic difficulties are important factors that increase the risk of self-neglect in older adults. In terms of BMI, it was found that the vast majority of participants (83.5%) were obese.

Keywords: Family Medicine, Elderly, Self-Neglect, Body Mass Index (BMI), Geriatrics.

V. KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BKİ: Beden kitle indeksi

MMT: Mini Mental Test

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

TSE: Türk Standardları Enstitüsü

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri

VI. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Yaşlıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	36
Tablo 2: BKİ ile Kendini İhmal Durumu Arasındaki İlişki	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 3: Yaşlıların BKİ'ye Göre Dağılımı	38
Tablo 4: Yaşlının Kendini İhmalini Tarama Ölçeğinde Yer Alan Maddelere İlişkin Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	39
Tablo 5: Yaşlının Kendini İhmal Oranlarının Dağılımı.....	40
Tablo 6: Yaşlı Bireylerde Kendini İhmal Durumu ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişki	41
Tablo 7: Yaşlı Bireylerde Kendini İhmal Durumu ile Kronik Hastalık ve İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki	43
Tablo 8: Yaşlıların Kronik Hastalıklara ve Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 9: Gelir Durumunun, Yaşlı Bireylerde Kendini İhmal Etme Durumuna Etkisine İlişkin Analizi	47

VII. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Mesleki Yeterlilikte Üç Temel Bileşen	8
Şekil 2: Örnekleme Akış Şeması	35



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye’de sağlık sisteminde gerçekleştirilen reform çalışmaları sonucunda, 2010 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçilmiştir (1). Bu yeni yapılanma, sağlık hizmetlerine erişimi artırmış; başvuru oranlarında gözlenen artışa paralel olarak hizmet kalitesinde de anlamlı bir iyileşme sağlamıştır. Aile hekimliği, bireyin yaşı, cinsiyeti veya hastalığına bakılmaksızın, kayıtlı nüfusa yönelik hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerini bütüncül bir yaklaşımla sunan birinci basamak tıp disiplini (2).

Bu sistemde görev yapan hekimler, kayıtlı bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine ilk başvuru noktası olarak tanımlanmakta ve kişiye özel, sürdürülebilir bakım sunma sorumluluğunu taşımaktadır (1). Bu yönüyle aile hekimliği hem bireylerin sağlık izlemine sağlamakta hem de toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde merkezi bir işlev üstlenmektedir (3).

Aile hekimliğinin mesleki kimliğinin güçlendirilmesi, akademik alandaki görünürlüğünün artırılması ve toplumsal düzeyde daha yaygın kabul görmesi, bu disiplinin sürdürülebilir gelişimi açısından kritik öneme sahiptir. Bu gelişimin sağlanabilmesi, aile hekimliğinin hem ulusal hem de uluslararası düzeyde nitelikli temsiline bağlıdır. Bu temsili üstlenen çeşitli örgütler ve yapılanmalar, disiplinin bilimsel, eğitsel ve hizmet sunumu yönlerinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır.

Uluslararası ölçekte en kapsamlı yapılardan biri olan Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), aile hekimliğinin temel ilkelerini tanımlamayı, bu alandaki hizmet standartlarını yükseltmeyi ve aile hekimliğinin birey, aile ve toplum düzeyindeki bütüncül bakım anlayışını yaygınlaştırmayı hedeflemektedir. Ayrıca WONCA, aile hekimliğine yönelik eğitim, araştırma ve klinik uygulamaları destekleyerek, üye ülkeler arasında deneyim paylaşımına olanak tanıyan çok yönlü bir iş birliği platformu sunmaktadır.

Eğitim alanında uzmanlaşmış bir yapı olan Avrupa Aile Hekimliği Eğitici Akademisi (EURACT) ise, disiplinin öğretim süreçlerini güçlendirmek ve bu süreçlerin kalitesini artırmak amacıyla faaliyet göstermektedir. Araştırma boyutunda, Avrupa Genel Pratisyenlik Araştırma Ağı (EGPRN), birinci basamakta yürütölen bilimsel çalışmaların desteklenmesini, ölkeler arası çok merkezli projelerin hayata geçirilmesini ve araştırma tecrübelerinin paylaşılmasını amaçlamaktadır. Aile hekimliğinde hasta güvenliği ve hizmet kalitesiyle ilgilenen Avrupa Aile Hekimliği Kalite ve Güvenliği Topluluğu da klinik uygulamalarda güvenilirliği artırmaya yönelik çalışmalar yürötmektedir.

Türkiye’de ise, aile hekimliği uzmanlık alanının kurumsal gelişimini destekleyen başlıca yapı Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği’dir (TAHUD). Dernek, aile hekimliğinin bir tıp disiplini olarak sağlık sistemindeki konumunun güçlendirilmesi, görev ve sorumluluklarının tanımlanması, meslek mensuplarının eğitimi ve mesleki haklarının savunulması gibi alanlarda etkin rol oynamaktadır. Aynı zamanda TAHUD, uluslararası kuruluşlarla iş birliği yaparak Türkiye’nin bu alandaki temsiline de katkı sunmaktadır (14).

Aile sağlığı merkezleri, her yaşta bireye hizmet etmekle birlikte, yaşlı bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine düzenli ve bütöncöl biçimde erişimini sağlayan temel birinci basamak kurumlarıdır. Kronik hastalık yönetimi, ilaç takibi ve rutin sağlık kontrolleri gibi yaşlılığa özđü ihtiyaçlar, bu merkezlerde süreklilik ilkesi çerçevesinde izlenebilmektedir. Aynı zamanda yaşa bağlı işlevsel kayıpların erken tanınması ve multidisipliner yönlendirmeler açısından da aile hekimliği sistemi kritik bir rol üstlenmektedir. Toplum temelli sağlık hizmetinin en yakın ve erişilebilir noktası olan bu merkezler, yaşlı bireylerin sağlık sistemine uyumunu kolaylaştırarak yaşam kalitesini artırmada etkin bir araç olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye’de yaşlı bireylerin toplam nüfus içerisindeki oranı her geçen yıl artış gösterirken, güncel veriler; 65 yaş ve üzeri nüfusun ölkö nüfusunun yaklaşık %8’ine karşılık geldiğini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler ve yaşam kalitesindeki artışa paralel olarak, doğuşta beklenen yaşam süresi uzamış; erkeklerde ortalama 75,3 yıl, kadınlarda ise 80,3 yıl olarak hesaplanmıştır (5,6). Bu demografik dönüşüm, sağlık hizmetleri açısından yeni öncelikler doğurmuştur. Türkiye genelinde

yaklaşık 22 milyon kişinin en az bir kronik hastalıkla yaşadığı bildirilmekte olup, bu durum özellikle yaşlı bireylerde daha yaygın bir tablo çizmektedir (7).

Kronik hastalıklar; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi rahatsızlıkları, maligniteler ve inme gibi yaşam boyu izlem gerektiren sağlık sorunlarını kapsamaktadır. Bu hastalık grupları, bireylerin yaşam kalitesini doğrudan etkilerken, sağlık sistemleri üzerinde de ciddi bir yük oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri, kronik hastalıkların tedavisine ayrılan kaynakların toplam sağlık harcamalarının %60'ını oluşturduğunu göstermektedir (8). Özellikle yaşlı bireylerde kronik hastalıkların varlığı, tüm sağlık hizmet kademelerinde artan hasta yoğunluğuna yol açmakta; bu yoğunluk, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların da belirgin şekilde artmasına neden olmaktadır (9,10).

Bu kapsamda, kronik hastalıkların izlenmesi ve yönetimi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri hâline gelmiştir. Yaşlılıkla birlikte kronik hastalık görülme sıklığının artması, bu hizmet düzeyinde sürdürülebilir izlem ve yönetim modellerinin geliştirilmesini zorunlu kılar. Nitekim bu ihtiyaca yanıt olarak Sağlık Bakanlığı, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kronik Hastalıklar İzlemi" başlığı altında çeşitli eğitim programları düzenlemiş ve bu eğitimler bazı illerde uygulamaya geçirilmiştir (12).

65 yaş ve üzeri bireylerin, mevcut kronik hastalıkları doğrultusunda birinci basamak sağlık kuruluşlarını nasıl kullandıklarının değerlendirilmesi hem hizmet sunumunun etkinliğini ölçmek hem de ulusal düzeyde kronik hastalık yönetimi politikalarına yön vermek açısından önem taşımaktadır. Günümüzde yaşam süresindeki artışa paralel olarak, yaşlı nüfusun sağlık sistemleri üzerindeki etkisi belirginleşmiş, bu etki özellikle birinci basamak hizmetlerde daha görünür hale gelmiştir. Bireylerin tüm yaşam evrelerini kapsayan kapsamlı ve sürekli bakım ilkesiyle yapılandırılan aile hekimliği, yaşlı bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık ihtiyaçlarını bütüncül biçimde ele alan temel bir uzmanlık alanı olarak konumlanmaktadır. Bu yaş grubunda görülen sağlık sorunları, yalnızca kronik hastalık yüküyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda öz bakım davranışlarında gerileme ve bireyin kendine yönelik ilgisinin azalması gibi klinik tablolarla da kendini göstermektedir. Özellikle "kendini ihmal" (öz-ihmal), yaşlının temel yaşam gereksinimlerini yerine getirmemesi ya da bunu bilinçli olarak reddetmesi

biçiminde tanımlanmakta ve çok boyutlu klinik ve sosyal etmenleri içeren geriatrik bir sendrom olarak değerlendirilmektedir (1).

Kendini ihmal, literatürde; yetersiz beslenme, sıvı alımında azalma, kişisel temizlik ve hijyenin ihmal edilmesi, sağlık hizmetlerini reddetme gibi davranış örüntüleriyle ilişkilendirilmiştir (2). Ayrıca bu durum, ruhsal bozukluklar, bilişsel gerileme, fiziksel işlev kayıpları ve sosyal destekten yoksunluk gibi çok sayıda risk etmeni ile görülmekte; bu faktörler arasında kurulan çok yönlü ilişkiler, öz bakım kapasitesinde bozulmalara zemin hazırlamaktadır (3). Nitekim yapılan çalışmalar, kendini ihmal eden yaşlı bireylerde mortalite riskinin anlamlı şekilde arttığını ortaya koymuştur. Özellikle Dong ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği araştırmada, öz-ihmal davranışı gösteren bireylerin, tüm nedenlere bağlı ölüm oranlarının kontrol grubuna göre yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (4). Bu bağlamda, aile hekimliği pratiğinde bireyin beslenme ve genel sağlık durumunun izlenmesi, öz-ihmalin saptanması ve önlenmesi açısından önemli bir değerlendirme alanı olarak öne çıkmaktadır.

Çeşitli başlıklar altında değerlendirilebilecek bu kritik noktalardan bir tanesi de sağlıklı beslenme ve bu süreçte bireye sunulabilecek desteklerdir. Beden kitle indeksi (BKİ), vücut ağırlığının boy uzunluğuna oranlanmasıyla elde edilen ve bireyin beslenme durumu hakkında bilgi sağlayan pratik bir antropometrik göstergedir. Geriatrik popülasyonda BKİ, yalnızca metabolik hastalıklarla değil, aynı zamanda bireyin yaşam tarzı, fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ve öz bakım becerileriyle de ilişkilendirilmektedir (5). Son dönemde yapılan çalışmalar, düşük BKİ değerleri ile kendini ihmal davranışı arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir. Bu bulgular, BKİ'nin yalnızca beslenme durumunu değil, aynı zamanda bireyin öz bakım yeterliliğini de dolaylı biçimde yansıtabileceğini düşündürmektedir (6). Ancak mevcut literatürde bu ilişkinin ayrıntılı ve sistematik biçimde ele alındığı çalışma sayısı sınırlıdır. Bu durum, konunun özellikle birinci basamak hizmetler bağlamında daha yakından incelenmesini gerekli kılmaktadır.

Gerek küresel düzeyde gerekse Türkiye’de demografik geçiş sürecinin doğal bir sonucu olarak 65 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Bu artış, sağlık sistemlerinde yaşlı bireylere yönelik hizmetlerin niteliğini ve kapsamını öncelikli gündem maddelerinden biri haline getirmiştir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, yaşlı bireylerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi hem

koruyucu sağlık uygulamaları hem de kronik hastalık yönetimi açısından temel bir ihtiyaçtır. Bu bağlamda, yaşlı bireylerde sık gözlemlenen “kendini ihmal” davranışı, fiziksel, ruhsal ve sosyal faktörlerin etkileşiminden kaynaklanan çok boyutlu bir geriatrik sendrom olarak karşımıza çıkmaktadır. Öz bakım yükümlülüklerinin aksatılması, yetersiz beslenme, düşük fiziksel aktivite ve sağlık hizmetlerinden uzak durma gibi unsurlar, bu durumun en belirgin göstergeleri arasında yer almaktadır.

Kendini ihmal davranışı ile BKİ arasında dikkate değer bir ilişki olduğu literatürde sıkça vurgulanmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerin kendilerine yönelik bakım ve özen düzeyinin azalması, zamanla düzensiz beslenme alışkanlıklarının gelişmesine, fiziksel aktivitenin azalmasına ve buna bağlı olarak vücut kitle indeksinde önemli değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. BKİ'nin ≥ 30 kg/m² olduğu durumlarda insülin direnci, metabolik sendrom, osteoporoz gibi metabolik ve iskelet sistemi bozukluklarının görülme riski artarken; BKİ'nin < 18.5 kg/m² olması, kas kütlelerinde azalma, yara iyileşmesinde gecikme, düşme riski, kırıklar ve genel kırılabilirlik durumu gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Bu patolojik sonuçlar, yalnızca yaşının fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda fonksiyonel bağımsızlığını da olumsuz yönde etkileyerek öz bakım kapasitesinde daha fazla gerilemeye neden olmaktadır.

Özellikle ileri yaş grubundaki bireylerde vücut ağırlığı ve beslenme durumu, yalnızca metabolik denge açısından değil; fonksiyonel hareketlilik, denge ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilirliği bakımından da kritik önemdedir. BKİ'deki sapmalar, fiziksel performansın düşmesine, hareket kabiliyetinin azalmasına ve bireyin sağlık hizmetlerine erişim kapasitesinin kısıtlanmasına yol açabilir. Bu da kendini ihmal döngüsünü pekiştiren bir geri besleme mekanizması oluşturur. Bu nedenle, vücut kitle indeksinin düzenli olarak izlenmesi ve bu ölçüt üzerinden yapılacak erken müdahaleler, yaşlı bireylerin sağlık durumunu stabilize etmede ve komplikasyon gelişimini önlemede önemli bir izleme aracı olarak değerlendirilebilir.

Bu noktalar değerlendirildiğinde, Aile Hekimi tarafından takip gerektiren çeşitli kritik noktaların varlığı ortaya çıkmaktadır. Bu tez çalışmasında, yaşlı bireylerde kendini ihmal ile beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde sistematik biçimde değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Özellikle aile hekimlerinin, yaşının beslenme durumu ve öz bakım yeterliliğini birlikte göz önünde

bulundurarak erken tanılama ve yönlendirme işlevlerini daha etkin şekilde yerine getirmesi hedeflenmektedir. Bu sayede, kendini ihmal davranışına bağlı gelişebilecek fiziksel sağlık bozukluklarının önlenmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve morbidite ile mortalite oranlarının azaltılması yönünde somut katkılar sağlanması amaçlanmaktadır. Ana amacımız Aile hekimliği uygulamaları çerçevesinde yaşlı bireylerde kendini ihmal ile beden kitle indeksi arasındaki olası ilişkiyi değerlendirmektir. Elde edilecek bulgularla, yaşlı bireylerin öz bakım düzeylerinin değerlendirilmesi ve risk altındaki bireylerin sağlık sistemine yönlendirilmesinde aile hekimine rehberlik etmesi hedeflenmektedir. Bu yönüyle çalışma, yaşlı sağlığında erken tanı temelli koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi ve aile hekimliği pratiğinde öz-ihmal olgusuna yönelik farkındalığın artırılması açısından katkı sunmayı amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

Aile hekimliği, hastaların yaş, cinsiyet veya sağlık sorunu gözetilmeksizin bütüncül bir yaklaşımla ele alındığı tıp alanlarından biridir. Leeuwenhorst'un tanımına göre, aile hekimi bireylere, ailelere ve belirli bir bölgedeki nüfusa sürekli ve kişisel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunu bir hekimdir (7). Olesen, aile hekimini sağlık sisteminin ilk basamağında görev yapan ve her türlü sağlık problemine yönelik ilk müdahaleyi gerçekleştirmek için özel olarak yetiştirilmiş bir uzman olarak tanımlar (8). WONCA'nın daha kapsamlı açıklamasına göre ise aile hekimleri, başvuran her hastaya, demografik özelliklerine veya hastalığına bakılmaksızın, bireyin ailesi, sosyal çevresi ve kültürel yapısı göz önünde bulundurularak bütüncül ve sürekli bakım sağlayan, mesleki etik çerçevesinde hareket eden ve aile hekimliği disiplininin temel ilkelerine göre eğitim almış uzman doktorlardır (9).

Aile hekimliği uzmanlık alanı, kendi içerisinde tanımlanmış on iki temel mesleki özelliği, altı ana çekirdek yeterlilik başlığı altında toplamaktadır. Bu yeterlilikler, uzman bir aile hekiminin mesleki uygulamalarında ustalıkla sergilemesi gereken bilgi, beceri ve tutumları ifade eder. Tanımlanan altı çekirdek yeterlilik şu başlıklarda toplanmaktadır: birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin yönetimi, kişi merkezli hizmet sunumu, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı klinik yaklaşım, toplum yönelimli uygulama ve bütüncül sağlık hizmeti modellemesi. Bu yeterlilik alanları, aile hekiminin mesleki etkinliğini üç temel uygulama sahasında ortaya koymasını gerektirir: klinik görevlerin yürütülmesi, hasta-hekim iletişiminin etkinliği ve muayenehane ya da sağlık uygulama merkezinin işlevsel yönetimi.

Aile hekimliği, kişi merkezli bir yaklaşımı esas aldığı için, mesleki yeterliliğin üç temel bileşenle desteklenmesi gereklidir:

Bağlamsal boyut

Hekimin, bireyin aile yapısı, toplumsal ilişkileri ve kültürel çevresiyle olan etkileşimlerini gözetererek sağlık hizmeti sunması.

Tutumsal boyut

Mesleki sorumluluk, etik değerler ve profesyonel davranışlar çerçevesinde tutum geliştirmesi.

Bilimsel boyut

Tıbbi uygulamalara eleştirel düşünme ile yaklaşması, güncel kanıta dayalı bilgiyle hareket etmesi ve mesleki gelişimi sürekli öğrenme ile desteklemesidir (37).

Şekil 1: Mesleki Yeterlilikte Üç Temel Bileşen

Genel pratisyenlik, günümüzdeki aile hekimliği disiplininin tarihsel temellerini oluşturan erken bir uygulama biçimi olarak XVIII. yüzyılda Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkmıştır. Avrupa'dan Amerika'ya dönen ve cerrahi alanda çalışmak istemeyen hekimlerin sayısındaki artış, cerrahi dışı genel tıbbi hizmetlerin gelişmesini teşvik etmiştir. Bu eğilime benzer bir süreç XIX. yüzyılda İngiltere'de de yaşanmış; "genel pratisyen" (general practitioner) terimi bu dönemde ilk kez The Lancet adlı tıp dergisinde kullanılmıştır. Böylece kavramsal temelleri XVIII. yüzyıl Amerika'sında atılan genel pratisyenlik, terminolojik ifadesini XIX. yüzyıl İngiltere'sinde kazanmıştır (10).

Aile hekimliğine duyulan sistematik ihtiyaç, ilk kez XX. yüzyılın başlarında, 1923 yılında, iç hastalıkları uzmanı Dr. Francis Peabody tarafından dile getirilmiştir. Peabody, tıp pratiğinde giderek artan uzmanlaşma eğiliminin hasta bakımını bütüncül bakış açısından uzaklaştırdığını savunmuş; bireylerin yalnızca belirli organ ya da sistemler üzerinden değil, bir bütün olarak ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. Bu kapsamda kişisel, sürekli ve kapsamlı bir sağlık hizmeti modelinin gerekliliğine dikkat çekmiştir (10, 11). Ancak dönemin tıp kurumları ve toplum yapısı, Peabody'nin öngördüğü bu bütüncül yaklaşımı benimsemeye henüz hazır değildi. XX. yüzyılın ortalarına kadar, özellikle 1950'li yıllara dek, tıp alanında uzmanlaşma eğilimi hızla sürmüştü; bu dönemde yalnızca sınırlı sayıda hekim birinci basamak hizmetlere yönelmiştir (12).

İngiltere’de aile hekimliği (genel pratisyenlik) uygulamaları, resmî olarak 1947 yılında başlatılmış, bu model 1979 yılında zorunlu hale getirilmiştir. Alanda kurumsallaşmanın önemli bir adımı olarak, 1952 yılında Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur (10, 11). 1960’lı yılların başlarında, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hekim eksikliğini gidermek amacıyla, genel tıp alanındaki liderler tarafından yeni bir uzmanlık alanının oluşturulması önerilmiştir. Bu öneri, bilgi temeli ve yeterlilikleri doğrudan birinci basamağa dayanan özgün bir tıp disiplini kurulmasını öngörmekteydi.

Bu girişim, 1966 yılında yayımlanan iki bağımsız raporla resmîyet kazanmıştır. Bunlardan ilki, Amerikan Tıp Birliği’nin Tıp Eğitimi Yurttaşlar Komisyonu tarafından yayımlanan ve “Millis Raporu” olarak bilinen belgedir. Diğeriyse, Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyi bünyesinde faaliyet gösteren Willard Komitesi’nin hazırladığı rapordur. Bu belgelerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak yeni bir uzmanlık dalı olarak “Aile Hekimliği” tanımlanmış ve önerilmiştir. Sürecin devamında, 1969 yılında Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice) kurulmuş ve bu kurul, ülkedeki 20. tıbbi uzmanlık kurulu olarak resmen tanınmıştır. Kurumun adı, 2004 yılında American Board of Family Medicine (ABFM) olarak değiştirilmiştir (12).

Benzer yapısal gelişmeler, aynı dönemlerde Kuzey Amerika’nın diğer bölgelerinde de gözlemlenmiştir. Kanada’da 1954 yılında Kanada Aile Hekimliği Koleji (College of Family Physicians of Canada) kurulmuş; 1966 yılı itibarıyla üniversitelerde aile hekimliği kürsüleri oluşturulmaya başlanmıştır (10).

Almanya’da aile hekimliği uzmanlık eğitimi, 1960’lı yıllardan itibaren artan bir önem kazanmış ve 1976 yılında Hannover Tıp Fakültesi bünyesinde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur (10). Bu gelişmeler, aile hekimliğinin küresel ölçekte ortak bir tanıma kavuşturulması gerekliliğini gündeme getirmiş; bu amaçla 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısı gerçekleştirilmiştir. Toplantıda, birinci basamak hekimliğinin, uzmanlık alanı olarak insanı yalnızca organ veya sistem düzeyinde ele alan diğer klinik disiplinlerden farklı olduğu vurgulanmış ve aile hekimliği tanımlanmıştır (11).

1978 yılında düzenlenen Alma Ata Konferansı'nda ise, modern tıp anlayışının bir uzantısı olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefi ortaya konmuş ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin özgün bilgi ve koşullara dayalı olarak, bu alanda uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu doğrultuda birçok ülke, sağlık sistemlerini ve politikalarını gözden geçirme sürecine girmiştir (10, 11).

1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile WONCA iş birliğiyle gerçekleştirilen uluslararası konferansta, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, maliyet-etkin ve ihtiyaçlara duyarlı olabilmesi için sistem düzeyinde kapsamlı reformlara gidilmesi gerektiği savunulmuştur. Bu bağlamda, aile hekiminin ilk başvuru noktası olması, aile hekimliği uygulamalarının her ülkede bağımsız yapılarla desteklenmesi ve disiplinin kurumsal çerçevesinin belirlenmesi yönünde önemli kararlar alınmıştır (11).

Bu süreci izleyen 1998 yılında, DSÖ'nün 51. toplantısında yayımlanan Dünya Sağlık Bildirgesi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemlerinin temelini oluşturması gerektiği açıkça ifade edilmiştir (11, 13). Böylece aile hekimliğinin uzmanlık alanı olarak gelişimi için uluslararası düzeyde güçlü bir zemin oluşturulmuştur.

Aile hekimliği ya da genel pratisyenlik olarak adlandırılan bu birinci basamak uzmanlık alanı, temel tıp eğitiminin ardından alınan özel bir uzmanlık eğitimi gerektirir ve uygulamaları ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, küresel ölçekte bu tarihsel süreç içerisinde gelişmiştir. Günümüzde aile hekimliği; Amerika Birleşik Devletleri'nden Küba'ya, İngiltere'den Çin Halk Cumhuriyeti'ne kadar pek çok ülkede, çeşitli finansman modelleriyle uygulanmaktadır (10).

Türkiye'ye bakıldığında ise, 1980'li yıllardan itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin karşılaştığı bazı yapısal sorunlar daha fazla gündeme gelmeye başlamıştır. Bu sorunlar arasında görev ve sorumlulukların fazlalığı, yetersiz çalışma koşulları, sınırlı akademik olanaklar ve sürekli tıp eğitiminin eksiklikleri yer almaktadır. Türkiye'de, 1970–1980 döneminde dünyada yaşanan gelişmelerin etkisiyle aile hekimliği modeli tartışılmaya başlanmış ve bu doğrultuda 5 Temmuz 1983 tarihinde Aile Hekimliği Uzmanlığı, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne resmen dâhil edilmiştir (10, 11, 14).

Ülkede aile hekimliği alanındaki ilk kurumsal adım, 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın kurulmasıyla atılmıştır. Ancak uzmanlık eğitimi, üniversitelerden önce, 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde başlatılmıştır (11). 1990 yılında kurulan Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD), 1998 yılında TAHUD adını almıştır (11, 15).

Yükseköğretim Kurulu (YÖK), 16 Temmuz 1993 tarihli 12547 sayılı kararıyla tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını onaylamış; bu karar, disiplinin akademik gelişimi açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur. Aynı yıl 17 Eylül'de Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve üniversitelerde asistan eğitimi resmen başlamıştır. 1994 yılı itibarıyla aile hekimliği uzmanları akademik kadrolarda yer almaya başlamıştır (15).

Uygulamanın yaygınlaşmasıyla birlikte, TAHUD'un yanı sıra 2007 yılında Aile Hekimliği Akademisi kurulmuştur. TAHUD'un WONCA ve WONCA Avrupa üyelikleri ise 2003 yılında başlamıştır (16). TAHUD, dünyada tıp uzmanlık eğitimi konusundaki gelişmelere paralel olarak ülkemizde de öncülük etmiş ve Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nun (TAHYK) kuruluşuna zemin hazırlamıştır. TAHYK, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin planlanması, izlenmesi, geliştirilmesi, standartlarının belirlenmesi ve yeterliliklerin belgelendirilmesi gibi işlevleri üstlenmektedir (17).

Yaşamın her döneminde bireyin sağlık ihtiyaçlarını bütüncül bir bakış açısıyla ele alan disiplinlerden biri olarak Aile Hekimliği, doğum öncesinden palyatif bakım sürecine kadar kesintisiz hizmet sunma kapasitesine sahiptir (18). Bu yaklaşım; yalnızca tedavi edici uygulamaları değil, aynı zamanda koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini de kapsayarak birey merkezli bakım anlayışını temel alır. Söz konusu alan, kendine özgü eğitim içerikleri, bilimsel araştırma yöntemleri, kanıta dayalı bilgi birikimi ve uygulama standartlarıyla akademik kimliği belirgin, birinci basamak temelli bir klinik uzmanlık dalı olarak konumlanmaktadır (9).

Türkiye Uzmanlık Eğitimi Kurulu'nun (TUKMOS) tanımına göre bu uzmanlık alanı; birey, aile ve toplum sağlığını desteklemek amacıyla çocukluktan yaşlılığa kadar yaşamın tüm evrelerinde, cinsiyet, başvuru nedeni veya hastalık ayrımı yapmaksızın sağlık hizmeti sunma yeterliliğine sahip hekimleri tanımlar. Bu hizmetler; birinci

basamak düzeyinde erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyon süreçlerini kapsamakta olup, çağdaş tıbbın etik ilkeleriyle uyum içinde, nitelikli ve kanıta dayalı bir yaklaşımı esas alır (1).

2.1.1. Aile Hekimliğinde Yaşlılara Yaklaşım

Aile hekimliği uygulamaları, birey merkezli ve bütüncül sağlık hizmeti sunma ilkesine dayanır; bu bağlamda yaşlı bireylere yönelik yaklaşım, sadece mevcut hastalıkların tedavisiyle sınırlı kalmaz, aynı zamanda yaşlanmanın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarını da kapsayan kapsamlı bir değerlendirme sürecini gerektirir. Geriatrik bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bu yaklaşımda, çoklu hastalıklar (multimorbidite), polifarmasi, düşme riski, bilişsel gerileme, yalnızlık gibi yaşa özgü sorunların erken tanınması ve yönetimi önem taşır. Aile hekimi, hastasını uzun süreli izleyebilen konumuyla bu tür sorunların seyrini izleyebilme ve bireysel sağlık planları oluşturma konusunda eşsiz bir avantaja sahiptir. Bu süreçte yaşlı bireyin sağlık okuryazarlığı, bakım vereniyle ilişkisi ve sosyoekonomik koşulları da dikkate alınarak kişiselleştirilmiş bakım hedeflenmelidir.

Aile hekimliğinde yaşlılara yönelik etkili bir yaklaşımın sürdürülebilirliği, multidisipliner ekip çalışmasının ve toplumsal destek mekanizmalarının güçlendirilmesine bağlıdır. Özellikle evde sağlık hizmetleri, ileri yaş grubunun sağlık hizmetlerine erişimindeki engelleri azaltmada kritik rol oynar. Bununla birlikte, yaşlının yaşam tercihleri, etik ilkeler doğrultusunda karar alma süreçlerine dâhil edilmeli; hastaya yönelik tıbbi kararlar sadece klinik göstergelere değil, bireyin değerlerine ve beklentilerine de dayanmalıdır. Aile hekimi, bu yönüyle yalnızca bir sağlık sunucusu değil, aynı zamanda yaşlının yaşam döngüsündeki değişimleri izleyen ve destekleyen bir sağlık danışmanı olarak konumlanır. Geriatrik bakımın merkezinde yer alan bu insan odaklı yaklaşım, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesiyle birlikte yaşlı bireylerin hem daha sağlıklı hem de daha onurlu bir yaşlılık süreci geçirmelerine katkı sağlar.

2.1.2. Aile Hekimliğinde Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları

Yaşlanma süreci, yalnızca kronolojik bir ilerleme değil; bedensel, zihinsel ve sosyal alanlarda çok boyutlu değişimlerin yaşandığı bir dönem olarak değerlendirilir. Bu

değişimlerin etkisi, bireyin sağlıkla kurduğu ilişkinin biçimini ve hizmet gereksinimlerini doğrudan etkiler. Özellikle ileri yaşla birlikte artan hastalık yükü, işlevsel kayıplar ve yaşam alışkanlıklarındaki dönüşümler, sağlık sistemlerinin yaşlı birey odaklı yeni stratejiler geliştirmesini zorunlu kılar. Bu çerçevede, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer alan aile hekimliği, yaşlı bireyin düzenli izlenmesini mümkün kılan ve uzun süreli takip avantajı sunan bir model olarak öne çıkar. Bu süreçte bireylerde kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, osteoartrit, bilişsel gerileme, polifarmasi ve düşme riski gibi sağlık sorunları yaygın şekilde görülmektedir. Ayrıca işitme ve görme kaybı, beslenme bozuklukları, hareket kısıtlılıkları ve sosyal izolasyon gibi durumlar da yaşlı bireylerin sağlık durumunu etkileyen önemli faktörler arasında yer alır. Aile hekimliği uygulamaları, yaşlı bireylerin sağlık durumunu düzenli aralıklarla izlemeye ve çok yönlü değerlendirme yapmaya imkân tanır. Bu kapsamda, bireyselleştirilmiş izlem planları ve disiplinler arası iş birliğiyle yürütülen uygulamalar, yaşlılık dönemine özgü sağlık risklerinin yönetilmesinde etkili bir yöntem sunar.

Yaşlılıkla ilişkili sağlık sorunları çoğu zaman tek bir tıbbi belirtiyel sınırlı kalmaz. Giderek karmaşıklaşan hastalık profilleri, bilişsel işlevlerde gerileme, ilaç kullanımına bağlı komplikasyonlar ve yaşam çevresine bağlı riskler bir arada değerlendirilir. Aile hekimi, bireyin mevcut durumu hakkında kapsamlı bir değerlendirme yaparak, yalnızca klinik tabloya değil, aynı zamanda yaşlının günlük yaşam kapasitesine, sosyal destek yapısına ve çevresel koşullarına dair bütüncül bir izlem gerçekleştirme olanağına sahiptir. Bu yaklaşım, müdahale sürecinin kişiye özel biçimlendirilmesini kolaylaştırır ve sağlık kayıplarının ilerlemeden kontrol altına alınmasına katkı sağlar.

Yaşlı bireylerin, fiziksel ve ruhsal olarak kendilerine zarar verebilecek davranışlardan korunmasına yönelik yapılandırılmış müdahalelerin planlanması, toplum sağlığı açısından önemli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (18). Bu süreçte, bireysel risk faktörlerinin belirlenmesi ve kapsamlı biçimde analiz edilmesi, müdahale önceliklerinin saptanmasında temel oluşturur. Belirlenen önceliklere uygun olarak oluşturulan bakım planları hem tıbbi gereksinimlerin hem de sosyal ihtiyaçların dikkate alındığı bütüncül bir model çerçevesinde şekillenir (19).

Bu bağlamda, bireyin sağlık durumunun iyileştirilmesine yönelik tedavi uygulamaları, yaşam alanındaki güvenlik koşullarının iyileştirilmesi ve sosyal destek

kaynaklarının etkinleştirilmesi gibi çok yönlü müdahaleler önem kazanmaktadır. Söz konusu uygulamaların, farklı disiplinlerden uzmanların katkısıyla oluşturulan ve bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanan bakım planları doğrultusunda yürütülmesi hem klinik başarıyı hem de yaşam kalitesini artırma potansiyeli taşımaktadır (20). Aile hekimi, bu sürecin koordinasyonunda temel bir role sahip olup, bireyin ihtiyaçlarını tespit eden, uygun hizmete yönlendiren ve bakımın sürekliliğini izleyen birinci basamak sağlık aktörü olarak konumlanmaktadır.

Yaşlanma süreci, organizmanın çevresel stres faktörlerine, hastalıklara ve travmatik durumlara karşı adaptasyon yeteneğinde azalma ile karakterize edilen biyolojik bir süreçtir. Bu süreç, zamanla gelişen fizyolojik değişikliklerle birlikte organizmanın işlevsel kapasitesini sınırlamaya başlar. Yaşlanmanın fizyolojik etkileri başta duyu organları, kas-iskelet sistemi, sinir sistemi ve kardiyovasküler yapı olmak üzere birçok organ ve sistem üzerinde belirginleşir. Gözlemlenen bu değişiklikler, bireyin yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini doğrudan etkileyen sonuçlar doğurur (21). Örneğin, görme yetisinin azalması, yaşlı bireylerin okuma, televizyon izleme ve ince motor beceri gerektiren işleri yerine getirmesini güçleştirir. Tat ve koku duyarlarında meydana gelen azalma, iştah ve beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir. İşitme kapasitesindeki gerileme ise sosyal etkileşimi sınırlandıran ve iletişimi zayıflatan önemli bir değişiklik olarak öne çıkar. Bu duysal değişimler, yaşlı bireyin çevresiyle olan bağını zayıflatmakta ve psikososyal yalıtım riskini artırmaktadır.

Kas gücündeki azalma, eklem hareketlerinde kısıtlılık ve kemik yoğunluğundaki düşüş, yaşlı bireylerde düşme ve kırık riskini artıran temel faktörler arasında yer alır. Osteoporoz ve sarkopeni gibi durumlar, özellikle hareket kabiliyetinin azalmasıyla birlikte fiziksel bağımsızlığı tehdit eden önemli klinik sorunlara dönüşebilir. Aynı zamanda nörolojik işlevlerde meydana gelen gerilemeler, denge kaybı ve koordinasyon eksikliği gibi sorunlara da zemin hazırlar.

Sinir sistemi üzerindeki yaşa bağlı değişiklikler, bilişsel süreçlerin etkinliğinde gerilemeye neden olur. Beyin hücrelerinin yenilenme kapasitesinin sınırlı olması, öğrenme hızında ve hafıza işlevlerinde azalma ile sonuçlanır. Bu durum, ileri yaş grubunda dikkat gerektiren görevlerde performans düşüklüğüne yol açabilir. Aile hekimi, bu tür değişimleri erken dönemde izleyerek yaşlı bireylerin fonksiyonel kayıplarını

yönetmek, çevresel riskleri azaltmak ve yaşam kalitesini desteklemek amacıyla bütüncül bir yaklaşım geliştirir.

Yaşlı bireylerde görülen fiziksel ve bilişsel gerilemelerin erken fark edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulmasını gerekli kılar. Aile hekimliği sistemi, bireyin sağlık geçmişine hâkim olan hekim aracılığıyla bu süreci kesintisiz bir izlem çerçevesinde yönetir. Fonksiyonel kapasitedeki azalmaların erken tanınması, çevresel düzenlemeler ve uygun yönlendirmelerle komplikasyonların önüne geçilmesini sağlar. Aile hekiminin kişiye özgü planlamaları, yaşlı bireylerin evde kalma süresini uzatarak kurumsal bakım gereksinimini azaltırken, sistematik ve bütüncül yaklaşımı sayesinde, aile hekimliği modeli sağlıklı yaşlanma hedeflerine ulaşmada temel bir rol üstlenmektedir.

2.2. Yaşlının Kendini İhmali

İhmal kavramı, aile hekimliği bağlamında ele alındığında, bireyin yerine getirmesi gereken sorumlulukları zamanında ve yeterli düzeyde gerçekleştirmemesi durumunu ifade eder. Bu kavram, yalnızca bir eylemin ertelenmesi ya da göz ardı edilmesi değil, aynı zamanda bireyin sağlıkla ilgili yükümlülüklerine gereken özeni göstermemesi anlamına da gelir. Hukuki literatürde ise ihmal, kasıt içermemekle birlikte, içinde bulunulan durumun gerektirdiği dikkat ve özenin gösterilmemesi sonucunda oluşan zarar hâli olarak tanımlanır. Bu bağlamda ihmal, dikkatsizlik ve ilgisizlikten doğan olumsuz sonuçların, özellikle bireyin sağlığı üzerinde ortaya çıkmasına neden olabilecek önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilir (22).

Kendini ihmal eden bireylerin durumu, toplumda oldukça yaygın olmasına rağmen, özellikle kalabalık nüfus gruplarının yaşadığı bölgelerde hâlâ yeterince tanımlanamamış ve izlenmesi güç bir olgu olarak varlığını sürdürmektedir. Bu belirsizlik hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli sonuçlar doğurabilecek bir halk sağlığı meselesine işaret eder. Özellikle yaşlı nüfusun hızlı artışı dikkate alındığında, kendini ihmal vakalarının sıklığında da kayda değer bir yükselişin yaşanacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sağlayıcıları, sosyal hizmet uzmanları, hukukçular, sivil toplum kuruluşları ve politika yapıcılar gibi çok sayıda paydaşın, artan bu eğilime karşı bütüncül ve proaktif stratejiler geliştirmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Kendi kendini ihmal, yaşlı bireyin herhangi bir bakım desteği ya da profesyonel yardım almaksızın,

kendi ev ortamında yaşarken sağlık, güvenlik ve genel iyilik hâlini tehlikeye atacak biçimde özbakım sorumluluklarını ihmal etmesi durumudur. Bu durum; yeterli düzeyde beslenmeme, sıvı alımında yetersizlik, uygun barınma koşullarının sağlanmaması, kişisel hijyen ve temizlik alışkanlıklarının sürdürülememesi ile ilaç kullanımı ve tıbbi tedavilerin aksatılması gibi alanlarda kendini gösterebilir. Yaşlı birey bu tür ihmal davranışlarını bazen fiziksel veya bilişsel yetersizlik nedeniyle gerçekleştiremezken, kimi zaman da bilinçli olarak yardımını reddederek sürdürebilir. Özellikle yaşlanma sürecini kabullenmekte güçlük çeken bireylerde ya da ailesine bağımlı görünmekten kaçınanlarda bu durumun ortaya çıkma olasılığı artmaktadır. Toplumda oldukça yaygın olmasına rağmen, genellikle fark edilmesi zor olan bu ihmal biçimi, yaşlı sağlığı açısından ciddi riskler barındırmaktadır (23).

Kendi kendini ihmal davranışları, yaşlı bireyin yalnızca bireysel sağlığını tehlikeye atmakla kalmaz; aynı zamanda sağlık sistemine yönelik müdahale gereksinimini artıran ciddi sonuçlar doğurur. Geciken tıbbi başvurular, kötüleşen kronik hastalıklar ve yetersiz beslenme gibi sonuçlar, sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltan temel etkenler arasında yer alır. Bu bağlamda, aile hekimliği birimleri, düzenli takip ve evde sağlık hizmetleri aracılığıyla ihmalin erken belirtilerini tanımlamada kritik bir rol üstlenmektedir. Yaşlı bireylerin yaşam tarzındaki ani değişimler, tedaviye uyum eksiklikleri veya sosyal temas azlığı gibi ipuçları, hekimin klinik dikkatini yönlendiren önemli göstergelerdir.

Toplum tabanlı sağlık politikalarının geliştirilmesi, yaşlı bireylerde ortaya çıkan ihmal davranışlarının önlenmesine katkı sağlar. Aile hekimi; yalnızca fiziksel semptomları değil, bireyin sosyal çevresi, yaşam koşulları ve psikolojik durumu gibi değişkenleri de dikkate alarak kapsamlı bir değerlendirme süreci yürütebilir. Bu yaklaşım, risk altındaki bireylerin zamanında tespit edilmesini mümkün kılar. Uzun vadede, bütüncül izlem yöntemleri ve sosyal destek mekanizmalarının artırılması, hem yaşlı bireylerin yaşam kalitesini yükselten hem de sağlık sisteminin yükünü dengeleyen etkili stratejiler arasında değerlendirilebilir.

Bu noktada Aile hekimliği uygulaması; bireylerin sağlık davranışlarını düzenli olarak izleme ve yönlendirme işleviyle, özellikle yaşlılık döneminde artış gösteren sağlık ihmali durumlarını saptamada temel bir rol oynar. Yaşlanma sürecinde karşılaşılan

fiziksel yetersizlikler, bilişsel gerilemeler ve sosyal yalnızlık gibi faktörler, bireylerin tıbbi takiplerini aksatmasına zemin hazırlayabilir. Rutin kontrollerin ihmal edilmesi, tedaviye uyumda azalma ya da beslenme ve hijyen gibi temel gereksinimlerin karşılanmaması, birey sağlığı açısından ciddi sonuçlara yol açabilir. Aile hekimi, kişinin sağlık geçmişi, yaşam alışkanlıkları ve sosyal çevresi üzerine sahip olduğu bilgiyle bu tür ihmalleri erken evrede belirleyerek uygun müdahale yolları geliştirme olanağına sahiptir. Böylelikle, önlenemez risklerin kalıcı sağlık sorunlarına dönüşmesi engellenir; bireyin bağımsız yaşamını sürdürebilmesi desteklenir.

Toplum düzeyinde yapılandırılmış birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık ihmali olgusunu bireysel zafiyetin ötesinde sosyoekonomik, kültürel ve çevresel boyutlarıyla birlikte değerlendirme imkânı sunar. Aile hekimi, yalnızca hastalık odaklı bir gözlemci değil, aynı zamanda sağlık davranışlarını etkileyen dinamikleri analiz eden bir halk sağlığı aktörüdür. Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler, sağlık okuryazarlığı eksiklikleri veya sosyal destek sistemlerindeki zayıflıklar, bireyin kendi sağlığına ilişkin sorumluluklarını yerine getirememesine neden olabilir. Bu tür çok katmanlı sorunları belirleyebilen aile hekimi, bireye özgü bakım planları oluşturarak hem erken müdahale fırsatı yaratır hem de sistematik izlem yoluyla sürdürülebilir iyilik hâlini destekler. Bu çerçevede aile hekimliği sistemi, sağlık ihmali olgusunu yalnızca bireysel bir sorun olarak değil, müdahale edilmesi gereken toplumsal bir gösterge olarak ele alır.

2.2.1. Yaşlılığın Tanımı

Uluslararası düzeyde yaşlılığın tanımı konusunda net bir uzlaşma bulunmamaktadır. Birleşmiş Milletler ile Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılık döneminin başlangıcını farklı yaş eşikleriyle tanımlamaktadır. BM, bu dönemi 60 yaşından itibaren başlatırken, DSÖ bu sınırı 65 yaş olarak belirlemiştir. Bu ayrışma, yaşlanmanın yalnızca bireyin takvim yaşıyla açıklanamayacağını, aynı zamanda sosyal ve kültürel bağlamların da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Öte yandan, bireylerin ortalama yaşam süresi zamanla önemli ölçüde artış göstermektedir. Bu değişimin arka planında; kentleşme düzeyindeki artış, işçi sınıfının yaşam ve çalışma koşullarında gözlenen yapısal iyileşmeler, tıptaki ilerlemeler, teknolojik gelişmelerin yaygınlaşması ve gıda üretiminde sağlanan istikrar gibi birçok etken yer almaktadır (24). Tüm bu dinamikler, yaşlılık kavramının yeniden değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Yaşlanma olgusunun

kapsamlı biçimde anlaşılabilmesi için yalnızca bireyin yaş alması değil, toplumsal düzeyde nüfusun yaşlanması ve yaşlılık sürecine eşlik eden niteliksel dönüşümlerin birlikte ele alınması gerekmektedir (25).

Toplumda sıklıkla eş anlamlı olarak kullanılan “yaşlı,” “yaşlanma” ve “yaşlılık” terimleri, gerçekte birbirinden farklı kavramsal alanlara işaret etmektedir. “Yaşlı” ifadesi, bireyin yaşamındaki belirli bir döneme ait özellikleri tanımlayan bir sıfat işlevi görürken, “yaşlanma” terimi zaman içinde süregiden fiziksel, zihinsel ve sosyal değişimlerin bütününe tanımlar. Buna karşılık “yaşlılık,” genellikle yaşamın ilerleyen safhalarında, belirli bir yaş aralığının (çoğunlukla 60 veya 65 yaş sonrası) ardından başladığı kabul edilen bir dönem olarak kullanılır. Yaşlı sözcüğü, bazı durumlarda saygı, bilgelik ve deneyim gibi olumlu anlamlar yüklenmişken, kimi zaman toplumsal önyargılar nedeniyle olumsuz çağrışımlar da taşıyabilir. Bu olumlu ya da olumsuz anlamlar, büyük ölçüde kültürel kodlar ve toplumsal yapılar tarafından belirlenmektedir. Üstelik yaşlılık algısı sadece toplumlar arasında değil, aynı toplum içinde zamanla da değişebilmektedir (26).

Öte yandan yaşlanma süreci ile yaşlılık dönemi arasında önemli bir ayırım söz konusudur. Yaşlanma, bireyin doğumundan itibaren başlayan ve yaşam boyunca devam eden biyolojik ve psikososyal dönüşümleri içerirken; yaşlılık, bu sürecin belirli bir evresine karşılık gelir. Üstelik yaşlılıkla ilişkilendirilen bazı gerilemelerin, bu döneme girmeden önce de ortaya çıkabildiği göz önüne alındığında, her iki kavramın dikkatle birbirinden ayrılması gerekliliği daha da belirginleşmektedir (27).

Küresel ölçekte nüfus yapısında yaşa bağlı dönüşümler, son yıllarda demografik tartışmaların merkezine yerleşmiştir. Yaşam süresinin uzaması, sağlık sistemlerindeki ilerlemeler ve doğurganlık oranlarındaki düşüş, yaşlı bireylerin toplam nüfus içindeki oranını giderek artırmaktadır. Birleşmiş Milletler’in 2015 tarihli raporuna göre, 2013 yılında dünya genelinde 60 yaş üzerindeki birey sayısı 841 milyon iken, bu rakamın 2050 yılına dek yaklaşık 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (28). Bu öngörü, yaşlanmanın yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal, ekonomik ve sağlık politikaları düzeyinde de ele alınması gereken yapısal bir dönüşüm olduğunu göstermektedir.

Bu bağlamda, yaşlanmanın etkilerini değerlendirmek ve gerekli müdahale stratejilerini belirlemek amacıyla çeşitli uluslararası organizasyonlar düzenlenmiştir.

Özellikle 2002 yılında Birleşmiş Milletler öncülüğünde Madrid'de gerçekleştirilen “Dünya Yaşlanma Asamblesi”, küresel düzeyde yaşlılıkla ilgili politikaların yönünü belirleyen önemli bir dönüm noktası olmuştur (29). Toplantıda, yaşlı nüfus artışına karşılık olarak alınması gereken tedbirler; sağlık, bakım, sosyal güvenlik ve toplumsal katılım boyutlarıyla değerlendirilmiştir.

Türkiye’de de bu gelişmelere paralel olarak yaşlanma politikaları gündeme gelmiş, Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 2007 yılında “Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” hazırlanmıştır (30). Bununla birlikte, 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı öncülüğünde yürütülen “Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler” başlıklı araştırma, yaşlı bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini ortaya koyan önemli bir saha çalışması niteliği taşımaktadır.

Tüm bu girişimler, yaşlılığın yalnızca bireysel bir deneyim değil, aynı zamanda sosyal yapıyı yeniden şekillendiren, kamu politikalarında öncelikli ele alınması gereken bir alan hâline geldiğini göstermektedir. Bu doğrultuda yaşlanma, Türkiye'nin sosyal politika ajandasında giderek daha görünür ve merkezi bir konuma yerleşmektedir.

Türkiye’de yaşlılık, henüz ileri sanayileşmiş ülkelerdeki düzeyde kapsamlı bir toplumsal sorun olarak algılanmasa da son yıllarda sağlık alanındaki ilerlemeler ve yaşam koşullarındaki iyileşmeler neticesinde ortalama yaşam süresinin uzaması, bu konunun yakın gelecekte daha belirgin bir biçimde gündeme geleceğini göstermektedir. Nüfus yapısı açısından Türkiye, yaşlı nüfus oranı bakımından hâlen görece genç bir ülke olarak değerlendirilmektedir; ancak mutlak yaşlı nüfus sayısı dikkate alındığında, demografik dönüşümün etkileri kayda değerdir. Dahası, yaşlı nüfus oranı hızla artmakta olup, 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfus içindeki oranının 2023 yılı itibarıyla %10,2’ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu oran, Türkiye’nin yaşlı toplum kategorisine geçiş sürecine girdiğini göstermektedir. Yaşam beklentisi verileri de bu dönüşümü desteklemektedir. 1960’lı yıllarda kadınlar için ortalama yaşam süresi 54 yıl, erkekler için ise 51 yıl iken, 2030 yılı projeksiyonlarına göre bu sürenin kadınlar için 79 yıla, erkekler için ise 74 yıla yükseleceği öngörülmektedir (31). Söz konusu veriler, Türkiye'deki yaşlanma olgusunun yalnızca demografik değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel boyutlarıyla da araştırılması gereken çok yönlü bir olguya dönüştüğünü ortaya koymaktadır.

Öte yandan, gelişmiş ülkelerde uzun bir zaman dilimine yayılan nüfusun yaşlanma süreci, gelişmekte olan ülkelerde çok daha kısa sürede gerçekleşmektedir. Bu bağlamda Türkiye, hızlı yaşlanan toplumlar arasında yer almakta; bu durum, yaşlılıkla ilgili politikaların ve akademik araştırmaların zaman kaybetmeden önceliklendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Yaşlı bireylerin karşılaşılabileceği yapısal sorunların önlenmesi ve yaşlılığın toplumsal bir kriz alanına dönüşmesinin engellenmesi açısından, yaşlanma olgusunun disiplinler arası bir yaklaşımla ele alınması büyük önem taşımaktadır.

2.2.2. Yaşlılarda Kendini İhmalin Prevelansı

Türkiye'de yaşlı bireyler arasında kendini ihmal (self-neglect), önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum, yaşlıların temel ihtiyaçlarını karşılamada yetersizlik göstermesi veya bu ihtiyaçları ihmal etmesi şeklinde tanımlanır. Türkiye'de yapılan araştırmalar, yaşlı bireyler arasında kendini ihmalin yaygınlığını ortaya koymaktadır. Örneğin, İstanbul'da gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşlıların %18,2'sinin aile içi istismara uğradığı, bu istismar vakalarının %29,7'sinin ihmal vakaları olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, yaşlı nüfus arasında kendini ihmalin önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (32).

Kendini ihmalin ortaya çıkmasında çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, yaşlı bireylerin sosyal faaliyetlere katılımının ve sosyal desteklerinin az olmasının, kendini ihmal ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bilişsel bozuklukların yaygınlığı %30,1 ile %43,3 arasında değişmektedir; bu da kendini ihmal riskini artıran önemli bir faktördür. Fonksiyonel yetersizlikler de diğer bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır; Konya'da yapılan bir çalışmada, yaşlıların %68,6'sında mobilitede yeti yitimi olduğu belirlenmiştir (33).

Yaşlı bireylerde kendini ihmal olgusu, Türkiye'de hem sağlık hizmetleri hem de sosyal destek sistemleri açısından müdahale gerektiren bir durumu yansıtmaktadır. Bu davranış biçimi, yalnızca bireyin kendi bakımını sürdürememesiyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlılığı, sosyal izolasyon ve yaşla ilişkili işlev kayıpları gibi çok katmanlı sorunlarla da ilişkilidir. Aile hekimliği uygulamaları, yaşlı bireylerin sağlık durumlarını izleme ve değişimleri erken evrede fark etme açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Ancak bu potansiyelin etkili şekilde kullanılabilmesi için, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşa duyarlı değerlendirme araçlarının sistematik

olarak uygulanması ve aile hekimlerinin sosyal hizmet birimleriyle işbirliği içinde çalışabilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de yaşlı sağlığına yönelik hizmetlerin niceliksel gelişimi kadar, niteliksel içeriğinin de kendini ihmal gibi karmaşık durumlara yanıt verebilecek biçimde yeniden yapılandırılması önemlidir. Özellikle yaşlıların ev ortamında izlenmesi, bilişsel durumlarının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve sosyal destek ağlarının haritalandırılması gibi uygulamalar, ihmalin önlenmesine yönelik etkili adımlar olarak öne çıkmaktadır. Yaşlı bireylerin kendini ihmal etmesini yalnızca bireysel bir sorun değil, toplumun bakım kapasitesini ve yaşlıya bakış açısını yansıtan çok yönlü bir gösterge olarak ele almak gereklidir. Bu alanda yapılacak yeni saha araştırmaları, ulusal ölçekte veri üretimini artıracak ve hizmet planlamasında daha kanıta dayalı bir yaklaşımı mümkün kılacağı düşünülmektedir.

2.2.3. Yaşlılarda Kendini İhmal ve Belirtileri

Toplumların yaşlanmasıyla birlikte, bireyin sağlık durumunu yalnızca hastalıkların varlığıyla değil, aynı zamanda günlük yaşam işlevlerini sürdürme kapasitesiyle değerlendiren yaklaşımlar önem kazanmaktadır. Bu bağlamda, bireyin kendine yönelik bakım davranışları, sağlık durumunun erken dönem göstergeleri arasında yer almakta ve özellikle yaşlılık döneminde koruyucu sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Kendi bakımını ihmal eden bireylerde yalnızca fizyolojik gerilemeler değil, aynı zamanda bilişsel, psikolojik ve sosyal alanlarda da önemli değişiklikler gözlemlenmektedir. Öz-ihmal olarak kavramsallaştırılan bu durum, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, sağlık hizmetlerine erişimini geciktiren ve çevresel risk faktörlerine açık hâle getiren karmaşık bir olguyu tanımlar. Dolayısıyla bu davranış biçimi, sağlık profesyonelleri açısından sadece bireysel yetersizlik değil, çok boyutlu bir müdahale alanı olarak ele alınmalıdır. Bireyin kendine yönelik bakım davranışlarını değerlendirmek, yalnızca dış görünüşle sınırlı değildir. Kişinin yaşam alanı ile ruhsal ve fiziksel sağlıkla ilgili tutumları bütüncül bir biçimde değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım, öz-ihmalin yalnızca bireysel bir ihmal biçimi değil, aynı zamanda çevresel ve davranışsal boyutları olan çok katmanlı bir durum olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim, öz-ihmal davranışı sergileyen kişilerde dış görünüş sıklıkla kişisel hijyen eksikliği ile kendini göstermekte; bakımsız saç ve tırnaklar,

kirli kıyafetler ve hoş olmayan vücut kokuları bu durumun belirgin göstergeleri arasında yer almaktadır (34). Bu bulgular yalnızca bireyin bakım kapasitesindeki düşüşe işaret etmekle kalmaz, aynı zamanda sosyal geri çekilmenin ve izolasyonun da habercisi olabilmektedir.

Bu bireylerin yaşadıkları konutlar da sıklıkla öz-ihmalin çevresel izdüşümlerini yansıtır. Bozulmuş fiziksel yapı, hijyen koşullarının yetersizliği, kemirgen ve haşere varlığı ya da kontrolsüz şekilde biriktirilmiş evcil hayvanlar gibi göstergeler, bireyin yaşam alanının da öz-bakım davranışları kadar ihmal edildiğini göstermektedir (35). Bireyin temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik göstermesi, özellikle yaşlılık döneminde önemli bir ihmal biçimi olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, literatürde ilk olarak 20. yüzyılın ortalarında dikkat çekmiş; ilerleyen yıllarda “Diyojen Sendromu” (36) ve “Squalor Sendromu” (37) gibi farklı adlandırmalarla anılmıştır (38). Buna karşın, bireyin kendine yönelik bu türden ihmali için hem ulusal hem de uluslararası ölçekte üzerinde uzlaşmış net bir tanım geliştirilmemiştir (39).

Ancak 2010 yılında kabul edilen Yaşlı Adalet Yasası, bu olguya yasal bir çerçeve kazandırmıştır. Yasada, kişinin fiziksel ya da zihinsel bozukluklar nedeniyle; beslenme, barınma, giyim, sağlık hizmetlerine erişim gibi yaşamsal gereksinimlerini karşılayamaması ve mali sorumluluklarını sürdürememesi durumları “kendini ihmal” kapsamında değerlendirilmiştir (40). Bu ihmal biçimi, bireyin güvenliğini tehdit eden ciddi sağlık sorunları, kazalar ve tedaviye erişim eksiklikleri gibi sonuçlar doğurabilmektedir (41).

Öz-ihmal davranışları, yalnızca kişisel bakım alanındaki eksikliklerle sınırlı kalmaz; aynı zamanda bireyin çevresel düzeni, psikolojik durumu ve sosyal etkileşim biçimleriyle birlikte çok boyutlu bir yapıyı yansıtır. Yaşlı bireylerde gözlemlenen bu durum, bireyin fiziksel ve ruhsal kapasitesindeki azalmalarla birlikte değerlendirilir. Dış görünüşteki ihmal ile ev ortamındaki düzensizlik arasında kurulan paralellik, öz-ihmalin bireysel işlevsellik düzeyi kadar yaşam koşullarının da bir göstergesi olarak ele alınmasına imkân tanır.

Aile hekimliği modeli, birey merkezli ve sürekli izleme dayalı yapısıyla, öz-ihmalin erken tanınması ve yönetimi açısından önemli bir çerçeve sunar. Hekimin bireyin sosyal çevresi, aile yapısı ve kronik hastalık geçmişi hakkında bilgi sahibi olması,

davranışsal değişimleri fark etmesini kolaylaştırmakta ve müdahale sürecini daha etkili hâle getirmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde sık karşılaşılan sosyal izolasyon, depresyon ve bilişsel gerileme gibi durumlar, öz-ihmal davranışlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlarken, aile hekiminin bütüncül değerlendirme kapasitesi sayesinde bu risklerin yönetilebilir hâle gelmesi mümkündür. Bu nedenle öz-ihmal olgusunun anlaşılması ve bu duruma yönelik etkili stratejilerin geliştirilmesi, yalnızca birey sağlığının korunmasına değil, aynı zamanda toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesine de katkı sunmaktadır.

Aile hekimliği uygulamaları, yaşlı bireylerin sağlık durumunu bütüncül bir yaklaşımla izlemeyi hedeflerken, öz-ihmal davranışlarının erken tanınmasında ve yönetilmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Özellikle beden kitle indeksi (BKİ), bireyin beslenme durumu ve genel sağlık göstergesi olarak değerlendirildiğinde, yaşlının kendine yönelik bakım tutumlarını dolaylı biçimde yansıtan önemli bir parametre hâline gelmektedir. Düşük ya da yüksek BKİ değerleri, yalnızca metabolik ya da sistemik sağlık sorunlarının değil, aynı zamanda beslenme yetersizliği, fiziksel aktivite eksikliği ve kişisel ihmal gibi davranışsal faktörlerin bir sonucu olabilir. Bu bağlamda aile hekimliği sistemi, yaşlı bireylerin düzenli izlemi yoluyla BKİ verilerini değerlendirme, öz-ihmal risklerini saptama ve gerekli yönlendirmeleri yapma açısından etkili bir birincil basamak hizmet modelidir. Beden kitle indeksi ile öz-ihmal arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, yaşlının fiziksel sağlığı ile öz-bakım davranışları arasındaki dinamik etkileşimi anlamaya yönelik önemli bir yaklaşım sunmaktadır.

2.2.4. Yaşlının Kendini İhmali ile İlişkili Faktörler

Öz-ihmalin önemli bir boyutu, sağlıkla ilişkili davranış örüntülerinde gözlemlenmektedir. Sağlık önerilerine uymama, ilaç tedavisini aksatma, tıbbi cihazların bakımını ihmal etme ya da yaşamı tehdit eden zararlı alışkanlıkları sürdürme – örneğin oksijen tedavisi sırasında sigara içmek gibi – bu davranışlar arasında sayılabilir (34). Bu tür davranışlar yalnızca bireysel risk oluşturmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini de zora sokabilecek yapısal yükler yaratır. Bu nedenle öz-ihmalin, sağlık hizmetlerine erişim ve uyum süreçleriyle olan ilişkisi ayrıntılı olarak ele alınmalıdır.

Klinik ve sosyal sonuçları itibarıyla öz-ihmal, sağlık ve sosyal hizmet sistemleri açısından ciddi bir müdahale alanı oluşturmaktadır. Literatürde bu olgunun, yüksek ölüm oranları (42), sağlık durumunda belirgin bozulmalar, tekrarlayan hastaneye yatışlar (43), bakım kurumlarına yönlendirme gerekliliği (34) ve yaşlı bireylere yönelik istismar ya da bakım veren ihmali (44) gibi ciddi sonuçlarla bağlantılı olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, öz-ihmalin pasif bir ihmali davranışı değil; sistemik ve çok boyutlu bir kriz biçiminde değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Toplum tarafından kabul gören öz-bakım standartlarının sürdürülememesi ve bireyin sağlık sistemine etkin şekilde katılım sağlayamaması, yalnızca bireysel iyilik halini değil, kolektif toplum sağlığını da tehdit eden bir durum yaratmaktadır (34). Bu nedenle öz-ihmal, bireysel sorumluluk düzeyinde ele alınmaktan ziyade, sosyal politika, halk sağlığı ve yaşlılık çalışmaları kapsamında bütüncül yaklaşımlarla değerlendirilmesi gereken bir toplumsal meseledir. Yaşlı bireyin kendi temel ihtiyaçlarını karşılama konusundaki yetersizliği veya isteksizliği, kişisel hijyen, beslenme, sağlık hizmetlerine erişim gibi alanlarda kendini gösterir (44).

Yaşlının kendini ihmal etmesi, yalnızca bireyin fiziksel durumuna bağlı gelişen bir süreç değildir; sosyal destek sistemlerindeki zayıflıklar, psikolojik dayanıklılığın azalması ve toplumsal rollerin değişmesi gibi dinamikler de bu davranış biçimini etkileyen önemli unsurlar arasında yer alır. Bireyin sosyal ilişkilerden uzaklaşması, yalnız yaşaması ya da bakım veren desteğinden yoksun olması gibi faktörler, ihmali riskini artıran yapısal nedenler arasında değerlendirilir. Ayrıca, yaşlının sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşanan zorluklar, sağlık okuryazarlığındaki eksiklikler ve tedaviye uyum konusundaki yetersizlikler de öz-bakım ihmali ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle yaşlı bireylerde görülen ihmali davranışlarının yalnızca bireysel zafiyetler üzerinden değil, çok katmanlı sosyal, psikolojik ve yapısal faktörlerin etkileşimiyle ele alınması gerekmektedir.

2.2.5. Yaşlılarda Kendini İhmali Sonuçları

Yaşlı bireylerde sık karşılaşılan bir öz bakım sorunu olan kendini ihmal, hem genel sağlık durumu üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta hem de ölüm riskini kayda değer ölçüde artırmaktadır (45). Lach ve çalışma arkadaşlarının 1998 yılında yürüttüğü uzunlamasına bir araştırmada, kendini ihmal eden bireylerin tüm nedenlere bağlı

mortalite oranlarının, benzer demografik özelliklere sahip kontrol grubuna kıyasla yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Benzer biçimde Dong ve ekibinin 2009 yılında gerçekleştirdiği başka bir çalışma, kendini ihmalin; kalp-damar, solunum, nöropsikiyatrik, endokrin, metabolik ve neoplastik sistemleri etkileyen hastalıklarda artan ölüm oranlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

İleri yaş grubundaki bireylerde görülen kendini ihmal durumu, diğer pek çok geriatrik klinik tablo gibi çoklu hastalıklarla birlikte seyretme eğilimindedir. Hipertansiyon, demans, diyabet, artrit, inme, depresyon, idrar kaçırma ve deliryum gibi rahatsızlıklar, bu durumla sıklıkla eş zamanlı olarak gözlemlenmektedir (47). Bu bireylerde dikkat çeken önemli bir başka sorun ise tedavi planlarına yeterli uyum gösterilmemesidir. Turner ve çalışma arkadaşları tarafından yürütülen bir araştırmada, kendini ihmal ettiği belirlenen 100 yaşlı bireyin büyük çoğunluğunun —yaklaşık %90'ının— düzenli olarak kullanması gereken ilaçları almadığı tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları, bu uyumsuzluğun hem reçete edilen ilaç sayısının fazlalığıyla hem de bireylerin düşük düzeyde fiziksel işlevselliğe sahip olmasıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, Dong'un (2017) bulgularına göre, bu tür ihmal davranışları uzun vadede sağlık ve sosyal hizmet talebinin artmasına zemin hazırlayabilmektedir. Benzer biçimde, Dahl ve arkadaşlarının (2018) elde ettiği veriler de öz bakımın ihmal edilmesinin yaşlı bireyin genel sağlık durumunu bozmakla kalmayıp, yaşam kalitesi üzerinde de ciddi olumsuz etkiler doğurabileceğini ortaya koymuştur.

Kendini ihmal, geriatrik popülasyonda sık karşılaşılan ve çoklu kronik hastalıklarla ilişkili olarak seyreden önemli bir klinik durumdur. Bu olgu, tedaviye uyumun azalmasına, mortalite riskinin artmasına ve sağlık hizmeti kullanımında belirgin bir yükselişe neden olmaktadır. Literatürde, kendini ihmalin fiziksel işlevsellik düzeyinin düşüklüğü ve reçete sayısının fazlalığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda, yaşlı bireylerde öz bakım yetersizliğinin erken tanımlanması, önleyici müdahalelerin planlanması açısından geriatri pratiğinde önemli bir değerlendirme alanı olarak öne çıkmaktadır.

Öz-bakımın ihmal edilmesi; yetersiz beslenme, ilaç uyumsuzluğu, enfeksiyon riskinde artış, hijyen sorunları ve kronik hastalıkların kontrolsüz ilerlemesi gibi bir dizi olumsuz sonuca yol açabilir. Bu durum, yaşlı bireylerin hastane başvurularında artışa,

acil müdahale gereksinimlerine ve uzun süreli bakım hizmetlerine olan ihtiyacın büyümesine neden olur. Ayrıca kendini ihmalin sosyal etkileri de göz ardı edilemez; toplumsal ilişkilerden kopuş, yalnızlık hissinin derinleşmesi ve psikolojik dayanıklılığın zayıflaması gibi sonuçlar, bireyin hem ruhsal hem fiziksel sağlığını tehdit eder. Dolayısıyla, yaşlılarda öz-ihmalin sonuçları yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda sağlık sistemi ve toplum açısından da stratejik müdahale gerektiren bir alan olarak değerlendirilebilmektedir.

2.2.6. Yaşlılarda Kendini İhmal ve Aile Hekimliği

Yaşlılık, insan biyolojisinin ileri evrelerinde ortaya çıkan, fizyolojik değişimlerin yanı sıra sosyal ve psikolojik dönüşümleri de içeren bir dönemdir. Bireyin yaşam süresi içinde karşılaşılabileceği bu evre, yalnızca kişisel bir durum olarak değil, aynı zamanda toplumsal yapılar üzerinde etkisi olan bir süreç olarak ele alınmaktadır. Son yıllarda ortalama yaşam süresindeki artış, yaşlı birey sayısında belirgin bir yükselişe neden olmuştur. Bu demografik dönüşüm hem sağlık sistemleri hem de sosyal destek mekanizmaları açısından yeni düzenlemelere ihtiyaç doğurmuştur.

Nüfusun giderek daha yaşlı bir yapıya evrilmesi, sadece bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebini artırmakla sınırlı kalmaz; aynı zamanda sosyal güvenlik politikalarının sürdürülebilirliğini ve bakım hizmetlerinin organizasyonunu da etkiler. Yaşlı bireylerin sağlık ve yaşam koşullarının izlenmesi, yalnızca bireysel iyilik hâlini desteklemekle sınırlı olmayan, toplumun genel refah düzeyine katkı sağlayan bir süreçtir. Bu bağlamda, yaşlılığın artık yalnızca doğal bir biyolojik süreç değil, aynı zamanda uzun süreli planlama ve müdahale gerektiren toplumsal bir konu hâline geldiği görülmektedir.

Kendine yönelik öz bakım davranışlarının ihmal edilmesi, bireyin fiziksel ya da bilişsel kapasitesindeki azalma nedeniyle temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmasıyla ortaya çıkan bir durumdur (48). Bu durum, genellikle bireyin yeterli besin ve sıvı tüketmemesi, hijyen standartlarına uymaması, kişisel bakım alışkanlıklarını sürdürmemesi, yaşam alanında temizlikten uzak koşullarda bulunması ya da ilaçlarını önerilen biçimde kullanmaması gibi sağlık açısından risk oluşturan davranış örüntüleriyle karakterizedir (49). Öz bakımın bu biçimde ihmal edilmesine sıklıkla sosyal izolasyon, sağlık hizmetlerine mesafe koyma, kişisel bilgileri paylaşmaktan kaçınma ve ev içi bakım desteklerini reddetme gibi sosyal boyutlu davranış kalıpları da eşlik etmektedir (50). Bu

nedenlerle, kendini ihmal durumu yalnızca bireysel sağlık açısından değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin müdahale öncelikleri içinde ele alınması gereken kritik bir alan olarak değerlendirilmektedir (51).

İleri yaş bireylerinde gözlemlenen kendini ihmal olgusu, bireyin bağımsız yaşam sürdürebilmesi için gerekli olan öz bakım faaliyetlerini yerine getirmemesi ya da bu faaliyetleri gerçekleştirme istemini reddetmesi durumunu ifade etmektedir (42). Bu tanım, güvenli ve sağlıklı bir yaşam çevresi oluşturmak ve sürdürmek için gerekli eylemlerin yerine getirilmesinde yaşanan yetersizlikleri de kapsamaktadır. Kendini ihmal, çok bileşenli ve karmaşık yapıya sahip geriatrik bir sendrom olarak ele alınmakta; psikiyatrik bozukluklar, bilişsel ve fiziksel kapasitedeki gerilemeler ile sosyal destek eksikliği bu durumun temel belirleyicileri arasında yer almaktadır. Söz konusu faktörler arasındaki çok yönlü etkileşim, öz bakım davranışlarının bozulmasına ve kişinin kendine yönelik ihmal düzeyinin artmasına katkı sağlamaktadır (52).

Yaşlılık döneminde fiziksel kapasitenin azalması, bilişsel işlevlerde gerileme, kronik hastalık yükünün artması ve sosyal izolasyon gibi etkenler, bireyin kendi bakımını sürdürmesini zorlaştırabilmektedir. Bu durum, "kendini ihmal" olarak kavramsallaştırılan; temel hijyenin sağlanamaması, ilaç tedavilerinin düzenli kullanılmaması, beslenme yetersizlikleri ve sağlık kontrollerinin aksatılması gibi olgularla kendini göstermektedir. Erken fark edilmediği takdirde bu durum, bireyin genel sağlık durumunda hızlı bir bozulmaya ve komplikasyon gelişimine yol açabilmektedir. Aile hekimliği uygulamaları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin birey odaklı, izlem temelli ve uzun dönemli yapısı sayesinde, bu tür ihmal davranışlarının erken belirlenmesi ve önlenmesinde işlevsel bir rol üstlenmektedir.

Aile hekimliği sistemi, yaşlı bireylerin periyodik sağlık değerlendirmelerini, kronik hastalık izlemlerini ve sosyal çevre analizlerini bütüncül bir çerçevede yürütme kapasitesine sahiptir. Bu kapsamda aile hekimleri, bireyin kendi bakımını yerine getirme yeterliliğini düzenli olarak izleyebilmekte; ihtiyaç duyulan durumlarda ilgili sağlık veya sosyal hizmet birimlerine yönlendirme sağlayabilmektedir. Özellikle yalnız yaşayan, bilişsel gerileme riski taşıyan veya sosyal desteği sınırlı olan yaşlı bireylerde, bu sistematik yaklaşım, sağlık hizmetlerinden kopuşun önlenmesine katkı sunmaktadır. Dolayısıyla aile hekimliği, yaşlı bireylerde kendini ihmal davranışlarının hem

saptanmasında hem de önleyici hizmetlere entegrasyonunda temel bir birinci basamak müdahale düzlemi oluşturmaktadır.

2.3. Beden Kitle İndeksi

BKİ erişkinlerde vücudun boy- ağırlık dengesi, obezite, zayıflık ve yetersiz beslenme için bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. BKİ hem halk sağlığı hem de klinik açıdan beslenme durumuyla ilgili yararlı bir ölçüttür. Beden kitle indeksi kişinin ağırlığı ile boyu arasındaki ilişkiyi gösterir. Kilogram olarak ağırlığın, metre olarak ölçülen boy değerinin karesine bölünmesi ile elde edilir. Dünya Sağlık Örgütü çalışma grubunca, kronik yetersiz beslenmeyi tarif etmek için kabul edilen nokta (cut-off point) 18.5 olarak önerilmektedir. BKİ, %5 hata payıyla, 18.5-17.1 hafif derece, 17.0-16.1 orta derece, <16.0 ağır derece kronik enerji eksikliği olarak tanımlanmaktadır. Obeziteyi tanımlamak için ise kesin sınırlarda anlaşma sağlanamamıştır. BKİ si 25.0'dan yüksek olanlar fazla kilolu, 30.0 ve üzerinde olanlar obez olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü çalışma grubu 25.0<BKİ<30.0 arasını 1. derece, 30.0<BKİ<40.0 arasını 2.derece, BKİ>40.1 3.derece obez olarak kabul etmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre toplumun ortalama BKİ değeri 20.0-22.0 arasında, bireysel BKİ değerleri de 18.0-25.0 arasında olmalıdır. Ülkemizde yayınlanan ve diğer beslenme ile ilgili kaynaklarda BKİ 20-24.9 normal, 25-29.9 hafif obez, 30-30.9 obez,> 40 ağır veya morbid obez olarak gösterilmektedir. (53-54)

2.3.1. Beden Kitle İndesinin Önemi

BKİ, kolay, ucuz ve hızlı bir ölçüm aracıdır. BKİ, laboratuvar testlerine veya ileri görüntüleme yöntemlerine gerek kalmadan kolayca hesaplanabilir. Sağlık profesyonelleri ve bireyler tarafından rahatlıkla kullanılabilir. BKİ, bireylerin zayıf, normal kilolu, fazla kilolu veya obez kategorilerinde sınıflandırılmasını sağlar. (55) Bu sınıflandırma, bireyin sağlık risklerini belirlemek için ilk basamak tarama aracı olarak kullanılır. Hastalık risklerinin belirlenmesinde etkili bir ölçüm aracıdır. Tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar (inme), uyku apnesi, meme ve kolon kanserleri, yüksek BKİ değerleri, ile ilişkili iken, Malnütrisyon, osteoporoz ve bağışıklık sistemi zayıflığı gibi durumlarda düşük BKİ ile ilişkilendirilmiştir. (56-57-58-59)

BKİ toplum sağlığı açısından da önemlidir. Obezite prevalansı ve toplumun beslenme durumunu değerlendirmek ve izlem için kullanılmaktadır. (60)

BKİ, Halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi ve müdahale programlarının planlanmasında temel veriler sağlar. (61)

Tedavi planlaması ve takibin de de BKİ kullanılmaktadır. Obezite tedavisinde, kilo yönetiminde ve bazı kronik hastalıkların takibinde BKİ önemli bir parametredir. Cerrahi girişimler (rneğin bariatrik cerrahi) için hasta seçiminde BKİ sınırları dikkate alınır. (59)

2.3.2. Beden Kitle İndeksini Etkileyen Faktörler

Biyolojik sebepler; Tiroid hastalıkları, Polikistik Over Sendromu (PCOS), Cushing Sendromu, Tip 2 Diyabet, Kronik Böbrek Hastalığı, Kalp Yetmezliği sayılabilir.

Tiroid hastalıkları, özellikle hipotiroidizm (tiroid bezinin az çalışması) metabolizmayı yavaşlatarak kilo artışına ve BKİ yükselmesine neden olur. (62-59) PCOS, Hormonal dengesizlikler, insülin direnci yapar ve kilo artışı ile yüksek BKİ 'ye yol açar. (63) Cushing Sendromu, Aşırı kortizol hormonu üretimi sonucu vücutta yağ dağılımı değer işir ve ciddi obeziteye yol açabilir. (64) Tip 2 Diyabet, İnsülin direnci ve metabolizma bozuklukları hem kilo artışı hem de değer işen vücut kompozisyonu ile yüksek BKİ ilişkili bulunmuştur. (65) Kronik Böbrek Hastalığı, İleri evre böbrek hastalarında hem zayıflık (malnütrisyon) hem de anormal kilo artışı görülebilir, dolayısıyla BKİ değer işenlik gösterir. (66) Kalp Yetmezliği, özellikle ileri evrelerde kilo kaybı ve kas erimesi (kardiyak kaşeksi) gelişebilir, BKİ düşebilir. (67-68) Psikolojik sebepler; Depresyon ve anksiyete, yeme alışkanlıklarında değer işiklik yaparak; aşırı yeme, yememe ve fiziksel hareketsizlik nedeniyle BKİ'yi etkileyebilir. Depresyon 65 yaş ve üzerinde beslenme bozukluğuyla birlikte BKİ de düşmeye neden olabildiği gibi, aşırı yeme ve hareketsizlik nedeniyle BKİ artış ve obezite şeklinde karşımıza çıkmaktadır. (69-70-71)

Sosyal sebepler, Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve uyku süresinin vücut kitle indeksini etkilediği bulunmuştur (62) İleri yaşla birlikte metabolizma hızı düşer ve vücut yağ oranı artabilir. Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanan vücut kitle indeksi incelendiğinde, 2022 yılında.

Obez bireylerin oranı cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların %23,6'sının obez ve %30,9'unun obez öncesi durumda, erkeklerin %16,8'inin obez ve %40,4'ünün obez öncesi durumda olduğu görüldü. (72) BKİ değerinin yaşı ilerlemesine paralel olarak her iki cinsiyette de azaldığı ve azalma eğiliminin 85 yaşından sonra daha da belirginleştiği görülmektedir. (73) Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitede BKİ ni etkileyen faktörlerdendir. Yüksek kalorili, düşük besin değerli gıdaların fazla tüketimi, sedanter yaşam tarzı (hareketsizlik) BKİ'nin yükselmesine neden olurken, düzenli egzersiz yapan kişilerde BKİ genellikle daha düşüktür. (74) Sosyoekonomik durum, gelir düzeyi, eğitim seviyesi ve yaşam koşulları da dolaylı yoldan BKİ üzerinde etkili olabilir. Genetik Faktörlerde BKİ yi etkilemektedir. Ailede obezite geçmişi olan bireylerde yüksek BKİ görülme olasılığı artar. İlaç Kullanımı, Kortikosteroidler, antidepresanlar gibi ilaçlarda BKİ yi etkileyen faktörler arasında sayılabilir. (75)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri, Süresi ve İzinler

Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu çalışmaya Hitit üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındıktan ve akabinde Çorum İl Sağlık Müdürlüğünden onay alındıktan sonra başlanmıştır.01.02.2025 – 30.06.2025 tarihleri arasında Uğurludağ Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır.

Bu çalışma için, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.12.2024 tarih ve 2024-133 karar numarası ile onay alınmıştır. (Ek-1)

Bu çalışmayı yapabilmek için Çorum İl Sağlık Müdürlüğünden 23.01.2025 tarih ve E-85322798-770-266393659 sayılı onayı alınmıştır. (Ek-2)

Çalışmada kullanılan İstanbul Tıp Fakültesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği için izin alınmıştır. (Ek-3)

3.2. Araştırma Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Çorum İli Uğurludağ ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üstü kadın ve erkeklerden meydana gelmektedir. Uğurludağ ilçesi il merkezine 65 km uzaklıkta, yaklaşık 20 köyü bulunan, toplam nüfusu 5400-5600 civarında olan, halkın büyük kısmı tarımla uğraşan kırsal bir yerleşim alanıdır. ASM kayıtlarına göre 65 yaş ve üstü kişi sayısı 1200 civarındadır. Çalışmanın yapıldığı birim 3 aile hekimliğinden oluşan, entegre aile sağlığı merkezidir. Bu çalışmada uygun örneklem büyüklüğü ve istatistiksel güç, OpenEpi programı kullanılarak hesaplanmıştır. Tek bir grupta, literatürde bildirilen %35,6 oranındaki bir sıklığın %5 anlamlılık düzeyi ve %90 güç ile saptanabilmesi için en az 206 katılımcıya ihtiyaç duyulmuştur.

Katılımcılar seçilirken dikkat edilen hususlar şunlardır:

1- Uğurludağ ve köylerinde yaşayan, Aile hekimlerine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişiler telefonla aranarak, telefon numarası olmayanlara ASM'ye gelen yakınları ve tanıdıkları vasıtasıyla ulaşılarak ASM'ye davet edilmiştir. Davet edilen ve herhangi bir sebeple ASM'ye başvuran bu yaş grubu hastalar çalışmamıza dahil edilmiştir.

Çalışmaya aşağıdaki durumları olan kişiler dâhil edilmemiştir:

1-Mini mental testten 19 puan ve altında alanlar; orta ve şiddetli bilişsel bozukluğu olan kişilerdir. Orta ve şiddetli bilişsel bozukluğu olan bireylerde dikkat, bellek, yönelim, karar verme ve yargılama yetilerinde ciddi azalma görülmektedir. Genellikle başkalarına bağımlı yaşadıkları ve çalışmayı kendi başlarına sürdürmekte zorlanacakları için, çalışma dışında tutulmuştur.

2- İşlevsel olarak bağımlı yaşlı yetişkinlerde, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme kabiliyetinde azalma, bireyin temel bakım ihtiyaçlarını yapmasını engelleyerek kendi kendini ihmal etme riskini artırır. Bu sebeple, kendi kendini ihmal bu yaşlı grubunda, beklenen ve yaygın bir durumdur.

3- Demans, konfüzyon ve bilinç kaybı gibi bilişsel ve nörolojik bozukluklar, bireyin çevresini algılamasını, karar verme süreçlerini ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini engellediği için, bu durumlarda kendi kendini ihmal davranışı sıklıkla altta yatan rahatsızlığa bağlı olarak gelişir. Bu sebeple bu rahatsızlıkları olan yaşlılar çalışma dışında tutulmuştur.

4- Okuryazar olmayan yaşlı bireyler çalışma da doldurulması istenen veritoplama araçlarını okuyup değerlendirmekte kısıtlı oldukları için çalışma dışında tutulmuştur.

3.3. İşlem

65 yaş ve üstü, 321 kişiye AHBS programından kayıtlı telefon numaralarından, telefon numarası olmayanlara ASM'ye gelen yakınları ve tanıdıkları vasıtasıyla araştırmacı tarafından ulaşıldı. Çalışma için telefonla aranan katılımcılara çalışma hakkında bilgilendirilme yapıldı. ASM'ye yakınları vasıtasıyla çağırılan veya herhangi bir sebeple gelen katılımcılarla da yüzyüze görüşülerek araştırma hakkında bilgi verildi.

Gelen katılımcılardan 11 kişi çalışmaya katılmak istemedi. Kalan katılımcılara, ASM binasında boş poliklinik odasında araştırmacı tarafından MMT uygulandı, fizik muayene yapıldı. Çalışmada kalan katılımcılara, çalışmanın 10-20 dakika süreceği bilgilendirilerek, onam formu doldurmaları sağlanmıştır. Sonra boy/ağırlık ölçölüp, BKİ belirlenmiştir. Boy, kilo ölçümleri Aile sağlığı merkezinde kullanılan, NAN TARTI A.ř. markalı TSE onaylı, kalibrasyonları ve kontrolleri yapılmış, tartı, boy ölçerle yapılmıştır. Boy, kilo ölçümleri ASM'de görevli hemşireler ve araştırmacı tarafından yapılmıştır. BKİ değeri araştırmacı tarafından hesaplanarak veri formuna isim ve kimlik belirtmeden kaydedilmiştir. Daha sonra katılımcılar, ASM de bu çalışma için ayrılan odaya sırayla alınarak, kendi BKİ değeri yazan veri formunu isim/kimlik belirtmeden doldurmaları istenmiştir. Katılımcılardan doldurdıkları belgeleri, bunun için hazırlanmış kutuya bırakmaları istenmiştir.

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde; bilgilendirilmiş onamın okunması ve imzalanmasının ardından, boyları, kiloları ölçölerek BKİ değerleri belirlendi. Sosyo-Demografik Veri Formu (Ek-4) ve İstanbul Tıp Fakóltesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeđinden (Ek-5) anket şeklinde oluşturulan veri toplama araçları, katılımcılara doldurmaları için verildi.

3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan formda katılımcılara çeşitli sorular sorulmuştur. Bu sorular; yaş, eğitim ve çalışma durumu, medeni durumu, kiminle ve nerede yaşadığı, kronik hastalıkları, devamlı kullandığı ilaçları, ekonomik olarak geliriyle alakalı sorulardır.

3.4.2. İstanbul Tıp Fakóltesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği

İstanbul Tıp Fakóltesi Yaşlının Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği, Dr. Birkan İlhan ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçekle, kendi kendine yetebilen yaşlı yetişkinlerde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir öz ihmal tarama aracı geliştirmek ve toplumda ayakta tedavi gören yaşlı hastalarda öz ihmalin yaygınlığı ve ilişkili faktörleri incelemek amaçlanmıştır. İstanbul Tıp Fakóltesi Yaşlının

Kendi Kendini İhmalini Tarama Ölçeği 11 sorudan oluşan bir ölçektir. Toplam test puanı: "Evet" yanıtlarının toplam sayısıdır. Toplam puanın 7 veya altında olması yaşlıda kendini ihmal etmeyi yansıtır. Ölçek içerisinde kişinin kendi kişisel bakımı, beslenmesi, sağlık taramalarına uyumu, egzersiz durumu, sosyal yaşantısı ve kişisel becerilerini içeren sorular yer almaktadır. Sorular yaşlıların anlayabileceği ölçüde basite indirgenmiş uygulanabilirliği kolay bir ölçektir. Testin güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,708 olarak belirlenmiştir (76).

3.4.3. Kilo Ve Boy Ölçümleri Yapılarak Bki Hesaplanması

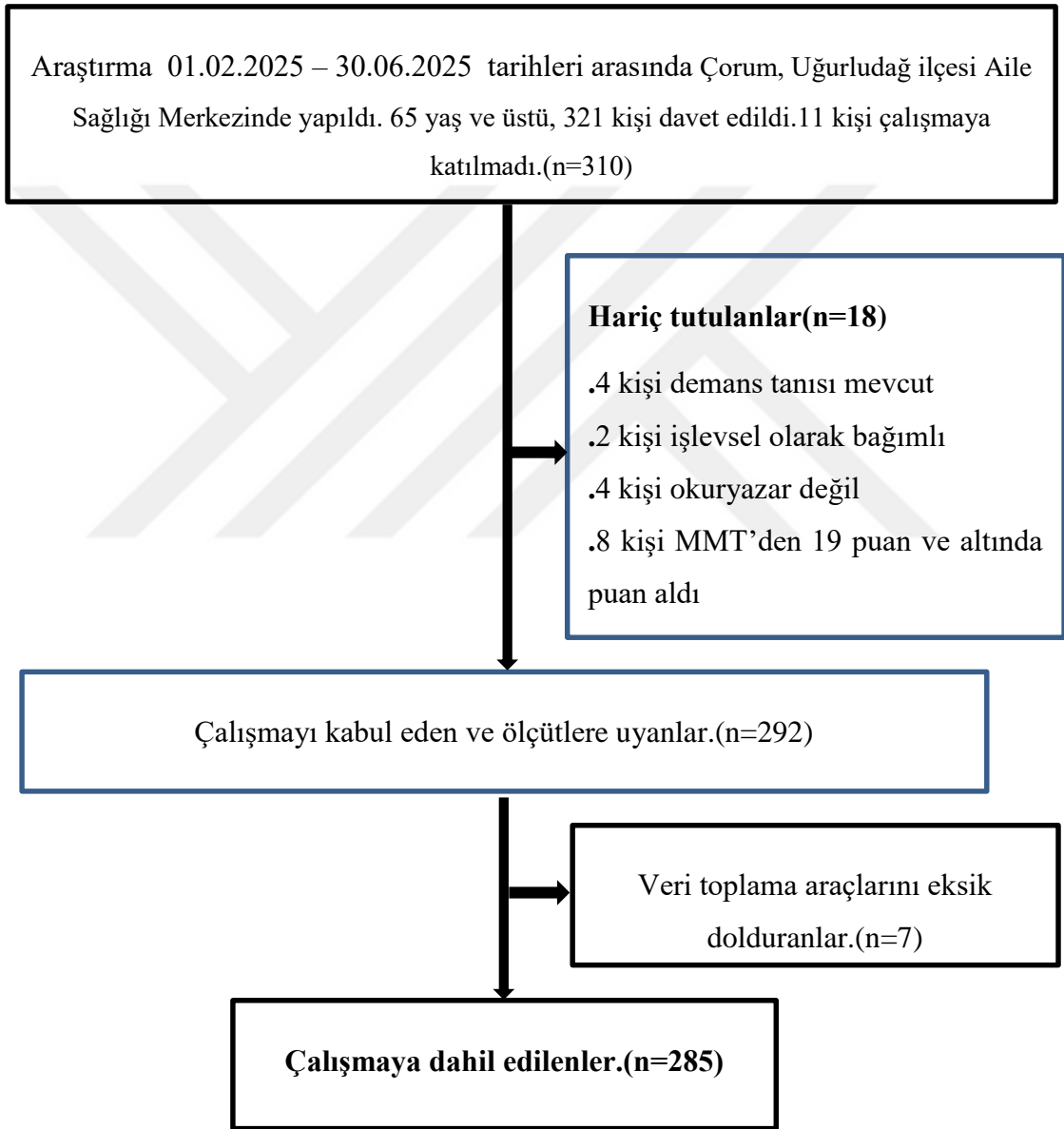
BKİ hesaplaması için gereken boy ve kilo ölçümleri ayakkabısız olarak, mümkün olan en dik pozisyonda ileriye bakarken Aile Sağlığı merkezinde bulunan boy, kilo ölçer vasıtasıyla yapılmıştır. BKİ, vücut ağırlığının (kilogram cinsinden) boyun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır (Beden kitle indeksi = ağırlık(kg) / boy (m²) formülü). BKİ değerlendirmesinde Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği sınıflama kullanılarak analizler yapılmış, <18,5 kronik enerji yetmezliği (zayıf), 18,5-24,9 ideal tartı (normal), 25-29,9 1.derece obez, >30 2.derece obez olarak kabul edilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM-SPSS (Versiyon 22.0) istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ± standart sapma (SD), ortanca, minimum (min) ve maximum (max) değerleri kullanılmıştır. Katagorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p<0,05 kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

65 yaş ve üstü, 321 kişi davet edildi. Gelen katılımcılardan 11 kişi çalışmaya katılmak istememiştir, 4 kişi demans tanısı, 2 kişi işlevsel olarak bağımlı, 8 kişi MMT den 19 puan altında aldıklarından, 4 kişi okur yazar olmadığı için çalışmaya dahil edilmedi. 7 kişi veri formlarını eksik doldurduğu için çalışmadan çıkarılmıştır. Toplam 36 kişi çalışma dışında kaldı. Çalışma 285 katılımcıyla tamamlanmıştır.



Şekil 2: Örneklem Akış Şeması

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%66,3'ü) 65–74 yaş aralığında, yani erken yaşlılık dönemindedir. Katılımcıların yaş ortalaması $71,96 \pm 6,29$ olarak hesaplanmıştır.

Yaş değerleri 65 ile 93 arasında değişmektedir. Çalışmada erkekler (%59,3) kadınlara (%40,7) göre daha fazla temsil edilmiştir. Katılımcıların %77,9'u evli ve çoğunluğu eşiyile birlikte yaşamaktadır. Eğitim durumu incelendiğinde okuryazar olan ve ilkokul mezunlarının sayısı (%75,5) çoğunluğu oluşturmakta, lise ve yüksekokul mezunu sayısı çok azdır. Çalışma grubunun eğitim seviyesi düşüktür. Ekonomik durum açısından katılımcıların yaklaşık %39'u ekonomik olarak yetersiz durumda olduğu görülmektedir. Çalışma grubu genel olarak 65-74 yaş aralığındaki, evli, ilkokul mezunu ve eşiyile yaşayan bireylerden oluşmakta olup, önemli bir kısmının ekonomik zorluklar yaşadığı görülmektedir(Tablo 1).

Tablo 1: Yaşlıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Yaş	65–74 arası	189	66,3
	75–84 arası	85	29,8
	85 ve üzeri	11	3,9
Cinsiyet	Kadın	116	40,7
	Erkek	169	59,3
Medeni Durumu	Evli	222	77,9
	Bekar	5	1,8
	Boşanmış	6	2,1
	Dul	52	18,2
Eğitim Durumu	Okuryazar	90	31,6
	İlkokul	125	43,9
	Ortaokul	35	12,3
	Lise	17	6
	Üniversite	18	6,3
Kiminle, Nerede Yaşıyor?	Eşi ile, ev	198	69,5
	Çocukları ile ev	21	7,4

	Eş ve çocuklar, ev	21	7,4
	Yalnız, ev	36	12,6
	Bakımevi	9	3,2
Çalışıyor mu?	Evet	52	18,2
	Hayır	233	81,8
Emekli mi?	Evet	127	44,6
	Hayır	158	55,4
Çiftçilik yapan	Evet	40	14
	Hayır	245	86
Diğer işlerde çalışan	Evet	15	5,3
	Hayır	270	94,7
Gelir Durumu	Gelir = Gider	155	54,4
	Gelir < Gider	110	38,6
	Gelir > Gider	20	7

Çalışmada beden kitle indeksi (BKİ) kategorileri ile kendini ihmal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,669$). 1. Derece Obez bireylerde ihmal oranı (%50,6) normal BKİ'ne sahip kişilere (%17,3) göre hafifçe yüksek olmakla birlikte, bu fark anlamlı düzeyde değildir. 2. derece Obez grupta ise ihmal oranı (%32,1) beklenenin aksine daha düşük bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2: BKİ ile Kendini İhmal Durumu Arasındaki İlişki

Değişken	Kategori	Kendini İhmal Yok (n / %)	Kendini İhmal Var (n / %)	χ^2	p
BKİ (Beden Kitle İndeksi)	Zayıf	1 (0,5)	0 (0)	1,558	0,669
	Normal BKİ	32 (15,7)	14 (17,3)		
	1.Derece Obez	92 (45,1)	41 (50,6)		
	2.Derece Obez	79 (38,7)	26 (32,1)		

χ^2 : Ki kare, p<0,05 anlamlı

Çalışma grubunda beden kitle indeksi (BKİ) dağılımı incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83,5) obez olduğu; 1.derece obez (%46,7), 2. Derece obez (%36,8) şeklinde görülmektedir. Zayıf kategorisindeki katılımcıların oranı beklenenden çok düşükken, normal BKİ'ye sahip bireyler de küçük bir grubu oluşturmaktadır(Tablo 3).

Tablo 2: Yaşlıların BKİ'ye Göre Dağılımı

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
BKİ		
Zayıf (BKİ<18,5)	1	0,4
Normal(BKİ= 18,5-24.9)	46	16,1
1.derece obez(BKİ= 25-29.9)	133	46,7
2. derece Obez(BKİ> 30)	105	36,8

Bu çalışmada katılımcıların yaşlarının kendini ihmalini tarama ölçeğinde yer alan maddelere ilişkin verdikleri yanıtlara bakıldığında; kişisel bakım ve sağlık davranışlarına yönelik sorularda çok yüksek oranlarda olumlu davranışlar sergiledikleri görülmektedir.

Sağlık kontrollerini düzenli yaptırdıkları ve beslenme alışkanlıklarınada dikkat etiklerine yönelik sorularada, verdikleri cevaplar yüksek oranda olumludur. Ancak fiziksel aktivite düzeylerinin (%51,9) diğer öz bakım davranışlarına göre nispeten daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Zihinsel uğraşlar (bulmaca, kitap, örgü) aktiviteler (%42,1) sınırlı düzeyde iken, en düşük oran sanatsal etkinliklere katılım (%31,9) şeklinde ortaya çıkmıştır. (Tablo 4).

Tablo 3: Yaşlının Kendini İhmalini Tarama Ölçeğinde Yer Alan Maddelere İlişkin Verdikleri Yanıtların Dağılımı

No	Soru	Evet		Hayır	
		N	(%)	N	(%)
1	Düzenli olarak (haftada bir veya daha fazla) banyomu yaparım	283	99,3	2	0,7
2	Düzenli olarak (15 günde bir ya da daha kısa sürede) tırnaklarımı keserim	276	96,8	9	3,2%
3	Sağlık kontrollerimi aksatmamaya gayret ederim	234	82,1	51	17,9
4	İlaçlarımı zamanında alırım	258	90,5	27	9,5
5	Kıyafetlerimin ve çamaşırlarımın temiz olmasına özen gösteririm	266	93,3	19	6,7
6	İmkânlarım ölçüsünde beslenmeme özen gösteririm	237	83,2	48	16,8
7	Yürüyüş, egzersiz gibi beden sağlığımı koruyucu aktiviteler yaparım	148	51,9	137	48,1
8	Sağlığım için yapılan uyarılara uygun beslenirim ve yaşarım	200	70,2	85	29,8
9	Sosyal etkinliklere (komşu-akraba ziyareti, gezi vb.) katılımım	235	82,5	50	17,5
10	Sanatsal etkinliklere (sinema, tiyatro, konser vb.) katılımım	91	31,9	194	68,1
11	Bulmaca çözme, kitap okuma, örgü örme gibi uğraşlarım var	120	42,1	165	57,9

Çalışma bulguları, (%28,4) gibi önemli bir oranda katılımcıların kendini ihmal davranışı gösterdiğini ortaya koymaktadır. (Tablo 5).

Tablo 4: Yaşlının Kendini İhmali Oranlarının Dağılımı

	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İhmal varlığı		
Kendini ihmal yok	204	71,6
Kendini ihmal var	81	28,4

Çalışmada kendini ihmal davranışı gösteren bireylerin (%28,4) sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). 65-74 yaş grubunda kendini ihmal oranı daha düşük (%49,4) iken, 75 yaş ve üzerinde bu oran belirgin şekilde artmaktadır (75-84 yaş: %43,2; 85+ yaş: %7,4). Eğitim durumu ile kendini ihmal arasında güçlü bir ilişki saptanmış olup ($p<0,001$), okuryazar grupta ihmal oranı (%54,3) diğer eğitim seviyelerine göre anlamlı derecede yüksektir. Üniversite mezunlarında ise ihmal oranı yalnızca %2,5'tir. Yaşam durumu açısından yalnız yaşayanlarda (%18,5) ve çocuklarıyla yaşayanlarda (%13,6) ihmal oranları, eşiyile yaşayanlara (%63) göre daha yüksektir ($p=0,011$). Ekonomik faktörler değerlendirildiğinde, geliri giderinden az olan grupta ihmal oranı (%58) belirgin şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Çiftçilik yapan bireylerde de ihmal oranı (%21) diğer yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p=0,033$). Cinsiyet ($p=0,418$), medeni durum ($p=0,157$) ve çalışma durumu ($p=0,151$) gibi değişkenlerin ise kendini ihmal üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. (Tablo 6).

Tablo 5: Yaşlı Bireylerde Kendini İhmal Durumu ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişken	Kategori	Kendini İhmal Yok (n / %)	Kendini İhmal Var (n / %)	χ^2	p
Yaş Grubu	65–74 arası	149 (73)	40 (49,4)	15,381	<0,001
	75–84 arası	50 (24,5)	35 (43,2)		
	85 ve üzeri	5 (2,5)	6 (7,4)		
Cinsiyet	Kadın	80 (39,2)	36 (44,4)	0,657	0,418
	Erkek	124 (60,8)	45 (55,6)		
Medeni Durum	Evli	165 (80,9)	57 (70,4)	5,218	0,157
	Bekar	3 (1,5)	2 (2,5)		
	Boşanmış	5 (2,5)	1 (1,2)		
	Dul	31 (15,2)	21 (25,9)		
Eğitim Durumu	Okuryazar	46 (22,5)	44 (54,3)	29,168	<0,001
	İlkokul	97 (47,5)	28 (34,6)		
	Ortaokul	30 (14,7)	5 (6,2)		
	Lise	15 (7,4)	2 (2,5)		
	Üniversite	16 (7,8)	2 (2,5)		
Kimle Nerede Yaşiyor	Eşi ile, evde	147 (72,1)	51 (63,0)	13,109	0,011
	Çocukları ile, evde	10 (4,9)	11 (13,6)		
	Eş ve çocuklar, ev	18 (8,8)	3 (3,7)		
	Yalnız, evde	21 (10,3)	15 (18,5)		
	Bakımevi	8 (3,9)	1 (1,2)		
Çalışıyor mu	Evet	33 (16,2)	19 (23,5)	2,060	0,151
	Hayır	171 (83,8)	62 (76,5)		

Emekli	Evet	96 (47,1)	31 (38,3)	1,812	0,178
	Hayır	108 (52,9)	50 (61,7)		
Çiftçilik yapıyor	Evet	23 (11,3)	17 (21)	4,534	0,033
	Hayır	181 (88,7)	64 (79)		
Diğer İşlerde çalışıyor	Evet	13 (6,4)	2 (2,5)	1,772	0,183
	Hayır	191 (93,6)	79 (97,5)		
Gelir Durumu	Gelir Gidere denk	122 (59,8)	33 (40,7)	20,334	<0,001
	Gelir Giderden az	63 (30,9)	47 (58)		
	Gelir Giderden fazla	19 (9,3)	1 (1,2)		

χ^2 : Ki kare, $p < 0,05$ anlamlı

Analiz sonuçları, kronik hastalık varlığı ile kendini ihmal davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir ($p=0,940$). Kronik hastalığı olan bireylerin %84.3'ü ihmal göstermezken, %84.0'ı ihmal davranışı sergilemektedir. Benzer şekilde, hipertansiyon ($p=0,721$), diyabet ($p=0,224$), kalp hastalıkları ($p=0,629$), kanser ($p=0,519$), solunum hastalıkları ($p=0,823$) ve tiroid hastalıkları ($p=0,535$) gibi spesifik kronik hastalıkların varlığı ile kendini ihmal arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Osteoporoz varlığında ihmal olması oranı (%6,2), ihmal olmaması oranı (%2,5) tesbit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,124$). İlaç kullanımı açısından bakıldığında, tansiyon ilaçları ($p=0,664$), diyabet ilaçları ($p=0,224$), solunum ilaçları ($p=0,713$), kalp ilaçları ($p=0,688$), tiroid ilaçları ($p=0,411$), kanser ilaçları ($p=0,674$) ve depresyon ilaçları ($p=0,229$) kullanımı ile kendini ihmal arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Osteoporoz ilaçları kullananlarda ihmal oranı (%6,2) kullanmayanlara (%2) göre daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,067$) (Tablo 7).

Tablo 6: Yaşlı Bireylerde Kendini İhmal Durumu ile Kronik Hastalık ve İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki

Değişken	Kategori	Kendini İhmal Yok (n / %)	Kendini İhmal Var (n/ %)	χ^2	p
Kronik hastalık var mı?	Evet	172 (84,3)	68 (84,0)	0,006	0,94
	Hayır	32 (15,7)	13 (16)		
Hipertansiyon var mı?	Evet	134 (65,7)	55 (67,9)	0,127	0,721
	Hayır	70 (34,3)	26 (32,1)		
Diyabet hastalığı var mı?	Evet	76 (37,3)	24 (29,6)	1,48	0,224
	Hayır	128 (62,7)	57 (70,4)		
Kalp hastalıkları var mı?	Evet	62 (30,4)	27 (33,3)	0,234	0,629
	Hayır	142 (69,6)	54 (66,7)		
Kanser hastalığı var mı?	Evet	5 (2,5)	1 (1,2)	0,416	0,519
	Hayır	199 (97,5)	80 (98,8)		
Solunum hastalıkları var mı?	Evet	16 (7,8)	7 (8,6)	0,05	0,823
	Hayır	188 (92,2)	74 (91,4)		
Tiroid hastalıkları var mı?	Evet	9 (4,4)	5 (6,2)	0,385	0,535
	Hayır	195 (95,6)	76 (93,8)		
Osteoporoz rahatsızlığı var mı?	Evet	5 (2,5)	5 (6,2)	2,372	0,124
	Hayır	199 (97,5)	76 (93,8)		
Diğer Kronik hastalıklar	Evet	38 (18,6)	11 (13,6)	1,037	0,308
	Hayır	166 (81,4)	70 (86,4)		
Tansiyon ilaçları	Evet	133 (65,2)	55 (67,9)	0,189	0,664
	Hayır	71 (34,8)	26 (32,1)		
Diyabet ilaçları	Evet	76 (37,3)	24 (29,6)	1,48	0,224

	Hayır	128 (62,7)	57 (70,4)		
Solunum ilaçları	Evet	15 (7,4)	7 (8,6)	0,135	0,713
	Hayır	189 (92,6)	74 (91,4)		
Kalp ilaçları	Evet	63 (30,9)	27 (33,3)	0,161	0,688
	Hayır	141 (69,1)	54 (66,7)		
Tiroid ilaçları	Evet	8 (3,9)	5 (6,2%)	0,675	0,411
	Hayır	196 (96,1)	76 (93,8)		
Kanser ilaçları	Evet	4 (2)	1 (1,2)	0,177	0,674
	Hayır	200 (98)	80 (98,8)		
Osteoporoz ilaçları	Evet	4 (2)	5 (6,2)	3,364	0,067
	Hayır	200 (98)	76 (93,8)		
Depresyon ilaçları	Evet	12 (5,9)	2 (2,5)	1,446	0,229
	Hayır	192 (94,1)	79 (97,5)		
Diğer ilaçlar	Evet	37 (18,1)	11 (13,6)	0,86	0,354
	Hayır	167 (81,9)	70 (86,4)		

χ^2 : Ki kare, p<0,05 anlamlı

Katılımcıların büyük çoğunluğunda (%84,2) kronik hastalık bulunmakta olup, en yaygın görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları şeklinde sıralanmaktadır. Diğer kronik hastalıklar arasında solunum sistemi hastalıkları, tiroid hastalıkları ve osteoporoz daha düşük prevalans göstermektedir. Kronik hastalıkların tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar hipertansiyon ilaçları (%66), diyabet ilaçları (%35,1) ve kalp ilaçları (%31,6) olarak belirlenmiştir. Diğer ilaç kullanımları daha düşük orandadır.(Tablo 8).

Tablo 8: Yaşlıların Kronik Hastalıklara ve Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımı

	Kişi Sayısı(n)	Yüzde (%)
--	----------------	-----------

Kronik hastalığı var mı?	Evet	240	84,2
	Hayır	45	15,8
Hipertansiyon Hastalığı var mı?	Evet	189	66,3
	Hayır	96	33,7
Diyabet Hastalığı var mı?	Evet	100	35,1
	Hayır	185	64,9
Kalp Hastalıkları var mı?	Evet	89	31,2
	Hayır	196	68,8
Kanser hastalığı var mı?	Evet	6	2,1
	Hayır	279	97,9
Solunum Hastalıkları var mı?	Evet	23	8,1
	Hayır	262	91,9
Tiroit Hastalıkları var mı?	Evet	14	4,9
	Hayır	271	95,1
Osteoporoz rahatsızlığı var mı?	Evet	10	3,5
	Hayır	275	96,5
Diğer Kronik Hastalık var mı?	Evet	49	17,2
	Hayır	236	82,8
Tansiyon İlaçları kullanıyor mu?	Evet	188	66
	Hayır	97	34
Diyabet İlaçları kullanıyor mu?	Evet	100	35,1
	Hayır	185	64,9
Solunum İlaçları kullanıyor mu?	Evet	22	7,7
	Hayır	263	92,3
Kalp İlaçları kullanıyor mu?	Evet	90	31,6
	Hayır	195	68,4

Tiroit İlaçları kullanıyor mu?	Evet	13	4,6
	Hayır	272	95,4
Kanser İlaçları kullanıyor mu?	Evet	5	1,8
	Hayır	280	98,2
Osteoporoz İlaçları kullanıyor mu?	Evet	9	3,2
	Hayır	276	96,8
Depresyon İlaçları kullanıyor mu?	Evet	14	4,9
	Hayır	271	95,1
Diğer İlaçlar kullanıyor mu?	Evet	48	16,8
	Hayır	237	83,2

Backward Stepwise (Wald) yöntemi ile yapılan lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre, kendini ihmalle ilgili; Ekonomik faktörler açısından, geliri giderinden az olan bireylerde ihmal riskinin 4,3 kat arttığını ($p < 0,001$) göstermiştir, Geliri giderinden fazla olan grupta ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p = 0,152$). Analiz sürecinde yaş, eğitim durumu ve yaşam koşulları gibi değişkenler modelden elenmiştir. Bu sonuçlar, Backward Stepwise (Wald) yöntemiyle elde edilen nihai modelin, ekonomik zorlukların kendini ihmal davranışı üzerinde belirleyici olduğunu, ortaya koymaktadır (Tablo 9).

Tablo 7: Gelir Durumunun, Yaşlı Bireylerde Kendini İhmal Etme Durumuna Etkisine İlişkin Analizi

Değişkenler	B	S.E.	p	Exp(B)	%95 Güven Aralığı (Alt)	%95 Güven Aralığı (Üst)
Gelir = Gider			0			
Gelir < Gider	1,466	0,373	0	4,332	2,084	9,008
Gelir > Gider	-1,585	1,106	0,152	0,205	0,023	1,792
Sabit (Constant)	-2,020	0,484	0	0,133		

B:Katsayı, S.E:Standart hata, $p < 0,05$ anlamlı, Exp(B): Olasılık Oranı Katsayısı

5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde yaşlı (65 yaş ve üstü) nüfus, giderek artmakta ve sağlık sistemimizde önemli oranda yer tutmaktadır. Yaşlılarda kendini ihmal birçok problemi tetiklemekte yalnız kendileri için değil, toplum içinde, ciddi, olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Kendini ihmal eden yaşlıların, kişisel bakımları, beslenme alışkanlıkları, sağlık işlerinin yönetimi ve sosyal ilişkileri düzensiz olmaktadır. İhmale bağlı gelişen beslenme alışkanlıklarının değişmeside bu kişilerde beden kitle indeksi değerlerinin değişmesine yol açmaktadır. Bu çalışmada, yaşlının kendini ihmal ve BKİ arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmada BKİ kategorileri ile kendini ihmal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,669$). 1. Derece Obez bireylerde ihmal oranı (%50,6), normal BKİ'ye sahip bireylere (%17,3) göre hafifçe yüksek olmakla birlikte, bu fark anlamlı düzeyde değildir. 2. derece Obez grupta ise ihmal oranı (%32,1) beklenenin aksine daha düşük bulunmuştur. Çalışmada, ihmalle ilgili dışardan bir gözlem ve değerlendirme yapılmaması, yaşlıların ev ortamının değerlendirilmemesi, kendini ihmal ve beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmasını önlemiş olabilir. BKİ yaşlılarda ihmal araştırılmak için iyi bir değerlendirme aracı olmayabilir.

Çalışma grubunda BKİ dağılımı incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun obez (%83,5) olduğu; 1.derece obez (%46,7) ve 2.derece obez (%36,8) şeklinde görülmektedir. Normal BKİ'ye sahip bireyler %16,1 ile daha küçük bir grubu oluştururken, zayıf kategorisindeki katılımcıların oranı son derece düşüktür (%0,4). Ölçekte sağlığımıza uygun beslenirim ve beslenmeme özen gösteririm sorularına yüksek oranda evet cevabı verilmesi, obezite oranının yüksek olmasıyla çelişmektedir. Katılımcıların, sağlıklı beslenme alışkanlıkları konusunda bilgi sahibi olmadıkları söylenebilir. Ülkemizde ve dünyada yapılan çeşitli çalışmalarda zayıflık oranı, düşük bulunmuştur. Vural ve ekibi (2018) İzmir'de hem huzurevlerini hem de evlerinde yaşayan yaşlıları kapsayan çalışmalarında “zayıfların” oranını %2 olarak tespit etmişlerdir. (79) Sibai ve ekibi (2003) Lübnan'da yapılan çalışmada zayıflık oranını %7 bulmuştur. (80) ülkemizde yapılan çalışmalarda da yaşlı grupta katılımcıların %64- %80'i kilolu bulunmuştur (81). Bu çalışma da zayıflık oranı düşük, obez bireylerin oranı da yüksek bulunmuştur, literatürle uyumludur.

Bu çalışma, katılımcıların %71,6'sının kendini ihmal etmediğini bildirirken, önemli bir oranda (%28,4) kendini ihmal davranışı gösteren bireylerin varlığını ortaya koymaktadır. Türkiye’de bu konuda yapılan çalışma sınırlıdır. İlhan tarafından (2018) İstanbul’da yapılan bir araştırmada yaşlıların kendini ihmal prevalansı %16,8 olarak bildirilmiştir (76). 2023 yılında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yapılan, verilerin Kütahya ilinden elde edildiği Yaşlıların kendini ihmal ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı tez çalışmasında yaşlılarda kendini ihmal prevalansı %36,6 olarak belirlenmiştir (86). Literatürde 19 çalışmanın sonuçlarını içeren bir sistematik derlemede yaşlılarda kendini ihmal prevalansının %18,4 ile %29,1 değerleri arasında olduğu belirtilmiştir (77). Önceki çalışmalara bakıldığı zaman, bu çalışma kendini ihmal oranı yönünden literatürle uyumlu çıkmıştır. Ülkemizde ve Dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında ihmal oranlarında farklılık olduğu görülmektedir. Bunun sebepleri çalışma yapılan bölgelerin kültürel özellikleri veya araştırmalarda kullanılan ölçüm araçlarına bağlı olabilir. Toplumlar arasında kültürel farklılıklar yaşlıya verilen değer, farklı yaşam tarzları ve aile yapısı, toplumsal roller yaşlının kendini ihmalinde pay sahibi olabilir. Günümüzde aile yapısının değişmesi ve aile fertlerinin iş yaşamında aktif rol almasıyla, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bakıma ihtiyacı olan yaşlılar bunu farklı kaynaklardan karşılamak durumunda kalmış veya ihtiyaçlarını yeterli oranda karşılayamamış olabilir. Yaşlılarda kendini ihmalin tanısı zor olduğu için, yaşlılarda kendini ihmal etmenin kesin yaygınlığı bilinmemektedir.

Çalışmada kendini ihmal davranışı gösteren bireylerin (%28,4) sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). 65-74 yaş grubunda kendini ihmal oranı daha düşük (%49,4) iken, 75 yaş ve üzerinde bu oran belirgin şekilde artmaktadır (75-84 yaş: %43,2; 85+ yaş: %7,4). Yapılan bir çalışmada kendini ihmalin yaşla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (78). 2014 yılında Malezyada yapılan bir çalışmada kendini ihmalin yaşla birlikte arttığı belirtilmiştir (82). Çalışma da ilerleyen yaşla beraber, kendini ihmal oranının arttığı bulunmuştur, literatürle uyumludur.

Araştırmaya okuryazar olmayanlar dahil edilmemiş, okuryazar, ilköğretim ve üzeri eğitim durumu olan yaşlılar dahil edilmiştir. Çalışmada Eğitim durumu ile kendini ihmal arasında güçlü bir ilişki saptanmış olup ($p<0,001$), okuryazar grupta ihmal oranı (%54,3) diğer eğitim seviyelerine göre anlamlı derecede yüksektir. Üniversite mezunlarında ise

ihmal oranı yalnızca %2,5'tir.2023 yılında Türkiye de yapılan bir tez çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe kendini ihmalin azaldığı belirtilmiştir (83). Ayrıca bir derlemede eğitim durumunun kendini ihmal ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. (84) Araştırma literatürle uyumludur.

Araştırmada yaşam durumu açısından yalnız yaşayanlarda (%18,5) ve çocuklarıyla yaşayanlarda (%13,6) ihmal oranları, eşyle yaşayanlara (%63) göre daha yüksektir ($p=0,011$). Literatürde, Çin'de yapılan bir çalışmada kendini ihmal etme yalnız yaşayan yaşlı yetişkinler arasında yaygın ve artan bir sorun olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. (85)

Sosyodemografik verilerden gelir durumuna göre değerlendirildiğinde, geliri giderinden az olan grupta ihmal oranı (%58) belirgin şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerde öz ihmal (Öİ) ve risk faktörleri hakkında yayınlanmış kanıtları sistematik olarak inceleyen bir yayında, 2020 yılına kadar yapılan 19 yayın incelenmiş ve düşük ekonomik durumun kendini ihmalde etkili olduğu belirtilmiştir (77).2023 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. (83) Araştırma literatürle uyumludur. Bu araştırma, tarım sektöründe çalışmanın da yaşlı bireylerde kendini ihmal riskini artıran faktörler arasında olduğunu göstermektedir. Çalışma yapılan bölgenin kırsal ve halkın büyük kısmının geçim kaynağı olarak tarım olması, araştırmada böyle bir sonuç çıkmasına sebep olabilir. Tarım sektöründe çalışanlarda gelir durumu düşük olan grup içerisinde sayılabilir, tarımla uğraşmak kendini ihmal için bir faktördür, bunun için daha kapsamlı ve meslekleri içeren bir çalışma yapılması gerekmektedir.

Çalışmadaki bulgular kronik hastalık varlığının ve ilaç kullanımının tek başına kendini ihmal davranışını belirlemede yeterli olmadığını göstermektedir. Ancak osteoporoz gibi belirli hastalıkların ve bunların tedavisinde kullanılan ilaçların ihmal davranışı ile ilişkili olabileceğine dair sınırdan anlamlılık gösteren sonuçlar dikkat çekicidir. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ihmal davranışının değerlendirilmesinde, hastalık tipinden ziyade sosyodemografik faktörlerin ve fonksiyonel durumun daha belirleyici olabileceği düşünülmektedir.

Bu bulgular, ileri yaş, düşük eğitim seviyesi, yalnız yaşama, ekonomik zorluklar ve tarım sektöründe çalışmanın yaşlı bireylerde kendini ihmal riskini artıran önemli

faktörler olduğunu göstermektedir. Özellikle 75 yaş üstü, okuryazar ve gelir yetersizliği olan bireylerin kendini ihmal açısından yüksek risk grubunu oluşturduğu söylenebilir.

Araştırmanın Güçlü Yönleri

Verilerin yaşlılarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanması bu çalışmanın güçlü yönlerindedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Okuryazar olmayan yaşlıların, hastalık belirtilerini tanıyamaması, sağlık önerilerini anlayamaması, tedavi arayışında gecikmeye, tedaviye uyumsuzluğa neden olabilir. Yazılı materyalleri (ilaç prospektüsleri, sağlık broşürleri vb.) okuyamamak nedeniyle bilgiye erişim kısıtlıdır. Sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacağı konusunda bilgisizlik olabilir. Günümüzde sağlık sistemleri dijitalleşirken, okuryazar olmamak teknoloji kullanımını daha da zorlaştırır. E-nabız, MHRS gibi sistemleri kullanamamak da sağlık hizmetlerine ulaşımı ve takibi zorlaştırır. Okuryazarlık sadece bir eğitim düzeyi göstergesi değil; aynı zamanda kişinin sağlığını yönetme becerisi, bilgiye ulaşabilme kapasitesi ve sosyal katılım düzeyi ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle, okuryazar olmayan yaşlılar da ihmal açısından önemli bir grubu oluşturmaktadır. Çalışmaya alınmaması bir sınırlılıktır.

Çalışmamıza gelen yaşlılar, mobil olup, kendi işlerini yapabilen, ihmalin az görülebileceği bir grup olabilir. Gelemeyen yaşlılarda ihmal yüksek olabilir. Gelemeyen yaşlıların değerlendirilememesi çalışmamız için bir kısıtlılıktır.

Bağımlı evden çıkamayan yaşlılarda ihmal olasılığı açısından yüksek risk taşıyan gruptur, bu yaşlı grubun değerlendirilememesi de bir kısıtlılıktır.

Kendini ihmali tek bir boyutta incelemek yanıltıcı sonuçlar verebilir. Sağlıksız bir ev ortamı, evde kemirgenlerin varlığı, çok sayıda evcil hayvan ve evdeki yapısal bozulma, konutun görünümü ihmal için önemli göstergelerdir. Çalışmada yaşlıların evlerinin görülmemesi, değerlendirilmemesi çalışmamızın bir kısıtlılığıdır.

Bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalarda, yaşlıların yaşadığı ev ortamının değerlendirilmesi, yakınlarıyla görüşülmesi, sağlık siteminden geçmişe yönelik rahatsızlıkları ve BKİ değerlerinin değerlendirilmesi, ileriye yönelik uzun süreli bir çalışmayla kendini ihmal ve BKİ değişikliklerinin değerlendirilmesi, klinisyenler ve sosyal hizmetler uzmanları için önemli verilerin elde edilmesini sağlayabilir. Ayrıca, kendini ihmali; yaşlının kendi değerlendirilmesi, klinisyenin değerlendirilmesi ve yaşlının bir yakınının değerlendirilmesiyle yapılacak çalışmalar önemli ve güzel sonuçlar verebilir.

Klinisyenler, özellikle ilk temas noktası olan Aile hekimleri yaşlının kendini ihmalle ilgili risk faktörleri, ihmal bulguları hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Tanısı zor konan kendini ihmal durumunun erken tesbiti hem yaşlılar için hemde toplumsal ve sosyal yönden büyük maddi ve manevi avantajlar sağlayacaktır. Sağlık sistemi üzerinden de büyük bir yükün kalkmasına yardımcı olacaktır.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus gün geçtikçe artmaktadır. Politika yapıcılar tarafından, yasal düzenlemeler yapılarak, yaşlılar için ekipler oluşturulmalı, düzenli olarak yaşlılar evlerinde ziyaret edilmeli, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirilmeler yapılmalı, görülen problemlere yönelik zm yolları oluşturulmalı, birimler arası işbirliği sağlanarak, bu kişilerin yaşam şartları iyileştirilmelidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kendini ihmal her yaş grubunda görülebilen bir durum olmakla, ençok yaşlı grupta karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılarda kendini ihmal; yetersiz beslenme, ilaç uyumsuzluğu, enfeksiyon riskinde artış, hijyen sorunları ve kronik hastalıkların kontrolsüz ilerlemesi gibi bir dizi olumsuz sonuca yol açabilir. Bu durum, yaşlı bireylerin hastane başvurularında artışa, acil müdahale gereksinimlerine ve uzun süreli bakım hizmetlerine olan ihtiyacın büyümesine neden olur. Ayrıca kendini ihmalin sosyal etkileri de göz ardı edilemez; toplumsal ilişkilerden kopuş, yalnızlık hissinin derinleşmesi ve psikolojik dayanıklılığın zayıflaması gibi sonuçlar, bireyin hem ruhsal hem fiziksel sağlığını tehdit eder. Dolayısıyla, yaşlılarda kendini ihmalin sonuçları yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda sağlık sistemi ve toplum açısından da stratejik müdahale gerektiren bir alan olarak değerlendirilmelidir.

Kendini ihmali olan yaşlıların daha düşük bilişsel ve fiziksel işlev düzeyleri, daha zayıf beslenme durumları ve bozulmuş psikososyal işlevler yaşama olasılıkları daha yüksektir. Çalışmada kendini ihmal eden bireylerin beslenme bozukluklarına bağlı olarak BKİ lerinde, ihmale bağlı olarak normal değerler dışında sonuçlar olacağı değerlendirildi, araştırmada kendini ihmalle BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. 1. Derece Obez bireylerde ihmal oranı normal BKİ'ye sahip bireylere göre hafifçe yüksek olmakla birlikte, bu fark anlamlı düzeyde değildir. 2. derece Obez grupta ise ihmal oranı beklenenin aksine daha düşük bulunmuştur. Zayıf bireylerde ise ihmal oranı en düşük çıkmıştır. Araştırmamızda obez ve zayıf grupta kendini ihmal oranını normal BKİ'ye sahip bireylerden, daha yüksek olması bekleniyordu. İlerleyen yıllarda yapılacak geniş katımlı ve uzun periyotlu çalışmalar, kendini ihmal ve BKİ arasındaki ilişkiyi daha net ortaya koyabilir.

Bu çalışmaya göre; ileri yaş, düşük eğitim seviyesi, yalnız yaşama, ekonomik zorluklar yaşlı bireylerde kendini ihmal riskini artıran, önemli faktörler olduğu söylenebilir. Özellikle 75 yaş üstü, eğitim seviyesi düşük, yalnız yaşayan ve gelir yetersizliği olan bireylerin kendini ihmal açısından yüksek risk grubunu oluşturduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan yaşlıların yaklaşık 1/3'ünde ihmal olmasında, polikliniklerimize gelen 3 yaşlıdan birinde kendini ihmal olduğunu göstermektedir. Çalışma grubunda beden kitle indeksi (BKİ) dağılımı incelendiğinde, katılımcıların

büyük çoğunluğunun obez (%83,5) olduğu; 1.derece obez (%46,7) ve 2. derece obez (%36,8) şeklinde görülmektedir. Normal kilolu bireyler %16.1 ile daha küçük bir grubu oluştururken, zayıf kategorisindeki katılımcıların oranı son derece düşüktür (%0,4).

Öneriler;

Başta aile hekimleri olmak üzere, diğer sağlık çalışanları ve sosyal hizmet uzmanları yaşlılarda kendini ihmal ile ilgili bilgi sahibi olmalı, tanısı zor konan bu durumun erken tesbit edilerek, ihmale neden olan faktörlerle mücadele etmelidir. Bunun için bu alanda çalışan kişilere kendini ihmal ile ilgili eğitimler verilmelidir.

Kendini ihmal sadece tıbbi bir rahatsızlık değil, tespiti zor olan, sosyal, yasal ve etik boyutları olan karmaşık bir durumdur. Bunun için multidisipliner bir yaklaşım ve kurumların işbirliği gerekmektedir. Ancak bu şekilde bir ekip yaklaşımı, kendini ihmal olgularının yönetiminde etkili olabilir. Kendini ihmal bütünsel ve derinlemesine bir şekilde ele almak için bu ekipte ruh sağlığı uzmanları, toplum sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları ve finansal hizmet kuruluşları yer almalıdır.

Yaşlıların oturdukları evlerinin durumu, kendini ihmal hakkında bilgiler verebilir, bu nedenle, bireyin kişisel görünümünün yanında evinin değerlendirilmesi de önemlidir. Aile hekimleri, gezici sağlık ekipleri, sosyal hizmet uzmanları ve diğer kamu görevlileri ev ziyaretlerinde ihmal ile ilgili bulguları değerlendirebilmeli ve ihmal şüphesinde ilgili mekanizmaları harekete geçirmelidir.

Yaşlılarda kendini ihmalin, ilgili hizmet sektörlerinde sık sık ve tüm yönleriyle ele alınması, bu konuya dikkat ve hassasiyeti arttırarak, kamu sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkılarda bulunacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. 2010.
2. Kıvrımlı E. Aile hekimliği uygulamasında performans değerlendirme. Çifçili SS, editör. Aile Hekimliğinde Uygulama Alanının Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023, 79-83.
3. Doğan Ü. Türkiye'deki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitim ve çalışma koşulları hakkındaki görüşleri. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya; 2020.
4. Dong XQ, Simon MA, Evans DA. Elder self-neglect and risk of 9-year mortality: Findings from a population-based cohort. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64A(1):117–122.
5. Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kronik Hastalıklar İzlemi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2019.
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar- anasayfa> (Erişim Tarihi: 07.01.2025)
6. Hasta İzleme Rehberi. <https://bursaism.saglik.gov.tr/Eklenti/24841/0/diyetisyenler-icin-hasta-izleme-rehberipdf.pdf> (Erişim Tarihi 02.08.2025)
7. Morley JE. Undernutrition in older adults. *Fam Pract*. 1996;13(6):456–469.
8. Ntlholang O, Mbambo L, Mokoboto-Zwane S. Low body mass index and its association with self-neglect in older adults: A systematic review. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):1–11.
9. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. *BMJ*. 2000; 320:355–357.
10. Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona, Spain: WHO Europe Office; 2011.
11. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C. Aile Hekimliğinin Tarihçesi ve Gelişimi. In: Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. Ankara: Akademi Yayınevi; s.1–10.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. 1. Baskı. Ankara; 2004.
13. Rakel RE, Rakel DP. Saatçi E, editör. Aile Hekimliği. 9. Baskı. İstanbul: Elsevier

Health Science; 2019.

14. Özkacar N. Aile hekiminin görev tanımı.

<http://www.ailehekimirehberi.com/ailetanimi.html>. Erişim tarihi: 5 Şubat 2025.

15. Ünlüoğlu İ, Çağlayaner H. Aile hekimliğinde oluşan akademik gelenek ve gelecek. *Aile Hekimliği Dergisi*. 1997;1(1):46–49.

16. Wonca Europe. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Barcelona: WHO Europe Office; 2002. <https://www.woncaeurope.org/> (Erişim Tarihi: 04.02.2025)

17. WONCA Working Party on Education. <http://www.globalfamilydoctor.com/> (Erişim Tarihi: 04.02.2025)

18. Turner A, Hochschild A, Burnett J, Zulfiqar A, Dyer CB. High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect. *Drugs Aging*. 2012;29(9):741–749.

19. Leff EW, Sonstegard-Gamm J. The home care team approach to self-neglecting elders. *Home Healthc Now*. 2006;24(4):249–257.

20. Dahl N, Ross A, Ong P. Self-neglect in older populations: A description and analysis of current approaches. *J Aging Soc Policy*. 2018;30(1):1–22.

21. Onur B. Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm. Ankara: İmge Kitabevi; 2006.

22. Seyyar A, Genç Y. Sosyal Hizmet Terimleri. 1. Baskı. Sakarya: Sakarya Yayınevi; 2010.

23. Naik AD, Pickens S, Burnett J, Lai JM, Dyer CB. Assessing capacity in the setting of self-neglect: Development of a novel screening tool for decision-making capacity. *J Elder Abuse Negl*. 2006;18(4):79–91.

24. Turner BS. Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi. Çev. Ümit Tatlıcan. İstanbul: Sentez Yayıncılık; 2011.

25. Timonen V. Ageing Societies: A Comparative Introduction. Maidenhead: Open University Press; 2008.

26. Baran A, Görgün. Yaşlı ve Aile İlişkileri Araştırması: Ankara Örneği. Ankara: ASAGEM Yayınları; 2005.

27. Akçay C. Yaşlılık, Kavramlar ve Kuramlar. İstanbul: Kriter Yayınevi; 2011.

28. UNDESA. World Population Prospects: The 2015 Revision.

<https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>. (Erişim Tarihi: 09.01.2025)

29. United Nations. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. https://www.un.org/events/madrid_plan. New York; 2002.

30. DPT. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Ankara: DPT; 2007.
31. EYH. Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2013.
32. Lök N. Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistemik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7(2):149–156.
33. Yalçın Gürsoy M. Yaşlının kendini ihmali ve halk sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2020;2(3):223–231.
34. Gibbons S. Primary care assessment of older adults with self-care challenges. *J Nurse Pract*. 2006;2(5):323–328.
35. Day MR, Leahy-Warren P, McCarthy G. Self-neglect: Ethical considerations. *Annu Rev Nurs Res*. 2016;34(1):89–107.
36. Clark ANG, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome: A clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*. 1975;305(7903):366–368.
37. Shah A. Squalor syndrome: A viewpoint. *Aust J Ageing*. 1995;14(4):160–162.
38. Lauder W, Roxburgh M, Harris J, Law J. Developing self-neglect theory. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(5):447–454.
39. Day MR, Leahy-Warren P, McCarthy G. Perceptions and views of self-neglect. *J Elder Abuse Negl*. 2013;25(1):76–94.
40. Elder Justice Act. Patient Protection and Affordable Care Act. Public Law 111-148. Washington, DC; 2010.
41. Papaioannou ESC, Räihä I, Kivelä SL. Self-neglect of the elderly. *Eur J Gen Pract*. 2012;18(3):187–190.
42. Dong X, Simon M, Mendes de Leon C. Elder self-neglect and abuse and mortality risk. *JAMA*. 2009;302(5):517–526.
43. Dong X, Simon M. Prevalence of elder self-neglect in a Chicago Chinese population. *Geriatr Gerontol Int*. 2016; 16:1051–1062.
44. Dong X, Simon MA. Association between elder self-neglect and hospice utilization. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(1):192–198.
45. Dyer CB, Goodwin JS, Pickens-Pace S, Burnett J, Kelly PA. Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients. *Am J Public Health*. 2007;97(9):1671–1676.
46. Naik AD, Pickens S, Burnett J, Lai JM, Dyer CB. Assessing capacity in the setting of self-neglect. *J Elder Abuse Negl*. 2006;18(4):79–91.

47. Mosqueda L, Dong X. Elder abuse and self-neglect. *JAMA*. 2011; 306:532–540.
48. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA. Adult protective service use. *Gerontologist*. 2002; 42:734–739.
49. Pickens S, Naik AD, Dyer BC. Self-neglect in older adults is a geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(11):1796–1797.
50. Ertin H, Özkaya H. Etik açıdan yaşlıya kötü muamele/istismar ve Toronto Bildirgesi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist*. 2016;2(2):77–84.
51. Baysal A. Diyet yağları ve sağlığımız. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 1992;21(2):5–16.
52. Galuska DA, Sersula M, Pamuk E, Siege PZ, Byers T. Trends in overweight among US adults. *Am J Public Health*. 1996;86(12):1729–1735.
53. Zierle A, Jon A. Physiology, body mass index. National Library of Medicine. 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Erişim Tarihi: 11.01.2025)
54. Kang L, et al. Association between BMI and breast cancer risk. *Cancer Manag Res*. 2018;10: 143–151.
55. Frezza EE, Wachtel MS, Chiriva-Internati M. Obesity and colon cancer risk. *Gut*. 2006;55(2):285–291.
56. Cederholm T, et al. Diagnostic criteria for malnutrition. *Clin Nutr*. 2015;34(3):335–340.
57. TEMD. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2024. <https://file.temd.org.tr/> (Erişim Tarihi: 10.02.2025)
58. Eckel RH, et al. Obesity and type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(6):1654–1663.
59. Bakır B, Şahin H. Hipotiroidi ve beslenme. *ERÜ Sağ Bil Fak Derg*. 2019;6(1):59–72.
60. Tababet Uzmanlık Tüzüğü. 18.04.1973; 14511. <https://srm.metu.edu.tr/tr/> (Erişim Tarihi: 12.02.2025)
61. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu. <https://www.tahud.org.tr/page/yeterlilik-kurulu> (Erişim Tarihi: 11.02.2025)
62. Asil E, Surucuoglu MS, Cakiroglu FP, Ucar A, Ozcelik AO, Yilmaz MV, Akan LS. Factors that affect body mass index of adults. *Pak J Nutr*. 2014; 13:255–260.
63. Barber TM, Franks S. Obesity and polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;95(4):531–554.

64. Juszczak A, Morris D, Grossman A. Cushing's syndrome. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, et al., eds. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Updated September 5, 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279088/> (Erişim Tarihi: 12.02.2025)
65. Eckel RH, Kahn SE, Ferrannini E, Goldfine AB, Nathan DM, Schwartz MW, Smith RJ, Smith SR. Obesity and type 2 diabetes: What can be unified and what needs to be individualized? *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(6):1654–1663. doi:10.1210/jc.2011-0585
66. Kovesdy CP, Furth SL, Zoccali C; World Kidney Day Steering Committee. Obesity and kidney disease: Hidden consequences of the epidemic. *Can J Kidney Health Dis.* 2017;4:2054358117698669. <https://doi.org/10.1177/2054358117698669> (Erişim Tarihi: 12.02.2025)
67. Alpert MA, Lavie CJ, Agrawal H, Aggarwal KB, Kumar SA. Obesity and heart failure: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, and management. *Transl Res.* 2014;164(4):345–356. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2014.04.010> (Erişim Tarihi: 14.02.2025)
68. Okoshi MP, Capalbo RV, Romeiro FG, Okoshi K. Cardiac cachexia: Perspectives for prevention and treatment. *Arq Bras Cardiol.* 2017;108(1):74–80. <https://doi.org/10.5935/abc.20160142> (Erişim Tarihi: 06.03.2025)
69. Karagöl A, ve ark. Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2014;15(3):207–213.
70. Balcı E, şenol V, Eşel E, Günay O, ve ark. 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. *Turk J Public Health.* 2012;10(1):37–43.
71. Pahalı C, Omay OH, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik hasta popölasyonunda beden kitle indeksi ve ilişkili faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi.* 2018;8(4):326–332. <https://doi.org/10.16899/gopctd.414435> (Erişim Tarihi: 06.03.2025)

72. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Kadın 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2023-53675> (Erişim Tarihi: 08.03.2025)
73. Civan BN, Ekici EM. Yaşlı bireylerde malnütrisyonun saptanması, beslenme durumu ve bazı biyokimyasal parametrelerin sarkopeni ile ilişkisinin değerlendirilmesi. J Kırıkkale Univ Fac Med. 2024;26(1):19–27. <https://doi.org/10.24938/kutfd.1375498> (Erişim Tarihi: 08.03.2025)
74. Arslan M. Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin analizi: Marmara Üniversitesi öğretim üyeleri üzerine bir çalışma. Dicle Med J. 2018;45(1):59–69. <https://doi.org/10.5798/dicletip.407246> (Erişim Tarihi: 09.03.2025)
75. Taylaner B. Antidepresan ilaç kullanan depresyon hastalarında, ilacın vücut kitle indeksi ve bel çevresi uzunluğuna etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ankara; 2016.
76. İlhan B, Bahat G, Saka F, Kılıç C, Oren M, Karan MA. A new screening tool for self-neglect in community-dwelling older adults: IM Self-neglect questionnaire. Aging Male. 2020;23(5):388–395. <https://doi.org/10.1080/13685538.2018.1499083>
77. Yu M, Gu L, Shi Y, Wang W. A systematic review of self-neglect and its risk factors among community-dwelling older adults. Aging Ment Health. 2020;1–12.
78. Abrams RC, Lachs M, McAvay G, Keohane DJ, Bruce ML. Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. Am J Psychiatry. 2002;159(10):1724–1730.
79. Vural BK, Vencir G, İnci FH. Üç farklı yerleşim alanında yaşlıların beslenme durumunun incelenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;3(2):1–7. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/38566/328545> (Erişim Tarihi: 10.03.2025)
80. Sibai AM, Zard C, Adra N, Baydoun M, Hwalla N. Variations in nutritional status of elderly men and women according to place of residence. Gerontology. 2003;49(4):215–224. <https://doi.org/10.1159/000070401> (Erişim Tarihi: 11.03.2025)

81. Atamtürk Duyar, D., Can, A. R., Şahin, A., Bıçak, S., vd. (2023). Huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda beden kitle endisi (BKE) değerleri: Hatay örneği. *Anthropology*(45), 44-53.
82. Mardan, H., Hamid, T., Ibrahim, R. (2014). “Correlate of self-care and self neglect among community-dwelling older adults”. *Iranian Journal Nursing and Midwifery Research*, 19(7), S71.
83. Bulut Ayaz C. Yaşlılarda kendini ihmal prevalansı ve ilişkili faktörler [Yüksek lisans tezi]. Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 2023.
84. Pavlou, M. P., Lachs, M. S. (2006). “Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome?”. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 831-842.
85. Yu, Mingming et al. “Predictors of self-neglect among community-dwelling older adults living alone in China.” *Geriatric nursing (New York, N.Y.)* vol. 40,5 (2019): 457-462. doi:10.1016/j.gerinurse.2019.02.002
86. Bulut Ayaz C. Yaşlılarda kendini ihmal prevalansı ve ilişkili faktörler [Yüksek lisans tezi]. Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 2023.

8. EKLER

Ek.1 ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
ÇORUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-85322798-770-266393659
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin (Mithat
BEKDEMİR)

23.01.2025

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı araştırma görevlisi Dr. Mithat BEKDEMİR'in araştırmacılığını üstleneceği, Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK'ın sorumlu danışmanlığında "Aile hekimliğinde yaşlanın kendini ihmalî (öz-ihmal) ve beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" isimli çalışmanın, Müdürlüğümüze bağlı Uğurludağ Aile Sağlığı Merkezinde yapılabilmesi için ön izin verilmesi hakkındaki 20.01.2025 E-85601924-000-266076005 sayılı talep yazısı Başvuru Formu ve ekleri Bilimsel Araştırma ve Proje Ön İzin Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

Mülga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında, yapılacak olan çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına önem verilmesi, yapılacak çalışmaların sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi bildirilmiş olup, bu hususlar çerçevesinde hareket edilmesi, ilgili mevzuat şartlarının yerine getirilmesi, Hastane Yönetimi bilgilendirildikten sonra çalışmaya başlanması koşullarıyla ilgili çalışmaya Ön İzin verilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.

Dr. İhsan DEMİRBAŞ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı

Dr. Hüseyin GÖKSAL
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
Üye

Op. Dr. Mehmet KILIÇ
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Üye

Hasan KASIM
Destek Hizmetleri Başkanı
Üye

OLUR
Prof. Dr. Sinan ZEHİR
İl Sağlık Müdürü

Ek. 2 BİLİMSEL ÇALIŞMA ÖN İZİNİ

Ek.3 ÖLÇEK KULLANIM İZİN YAZISI



DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz

1- Kadın 2- Erkek

3-Medeni durumunuz?

1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış 4- Dul 5-diğer

4-Eğitim durumunuz nedir?

1- Okuryazar 2- İlkokul mezunu 3- Ortaokul mezunu

4- Lise mezunu 5- Üniversite mezunu /Doktora

5-Kiminle beraber ve nerede yaşıyorsunuz?

1-Eş ile 2- Çocuklar ile 3- Eş ve çocuklarla
4- Bakıcı ile 5- Yalnız 6-bakımevi

6- Halen bir işte çalışıyor musunuz?

1-evet 2- hayır

7-Ne iş yaparsınız?

.....

8-Gelir durumunuz hangisine uygun?

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

9-Kronik herhangi bir hastalığınız var mı?

1-Evet (.... Tane) 2- Hayır

10-Evet ise nedir? Nelerdir?

.....

11-Devamlı kullandığınız ilaçlarınız var mı?Nelerdir?

12-Depresyon tanısı almış mı?

BOY:

KİLO:

BKİ:

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

Toplam test puanı: "Evet" yanıtlarının toplam sayısıdır.

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

*İlhan B, et al. A new screening tool for self-neglect in community-dwelling older adults: IMSelf-neglect questionnaire. Aging Male. 2018 Oct 5:1-8.